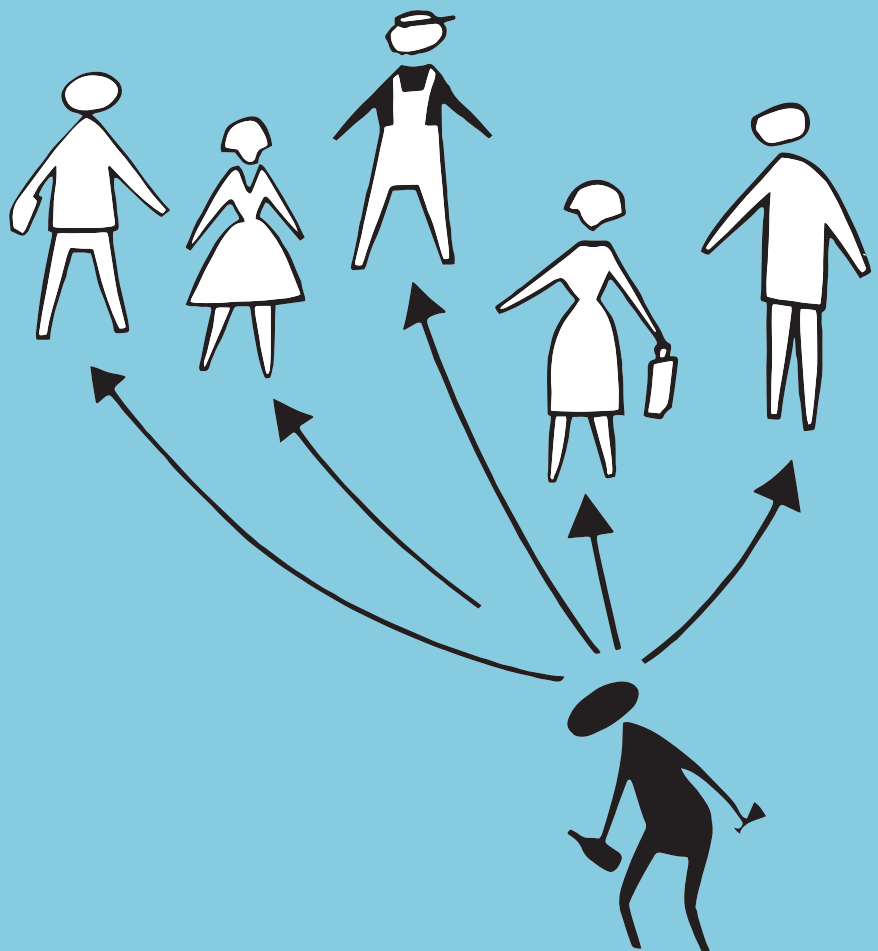


Negativa konsekvenser av alkohol, narkotika och tobak i Sverige

– en ettårsuppföljning av beroende och utsatthet för närståendes bruk

Erica Sundin, Jonas Landberg, Jonas Raninen & Mats Ramstedt

Rapport I 49



Negativa konsekvenser av alkohol, narkotika och tobak i Sverige

**– en ettårsuppföljning av beroende och utsatthet
för närståendes bruk**

Erica Sundin, Jonas Landberg, Jonas Raninen & Mats Ramstedt



Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning

Rapport nr 149

Stockholm 2015

Innehåll

Sammanfattning	5
1. Inledning	8
1.1 Uppdrag.....	8
1.2 Bakgrund.....	9
1.3 Syfte och frågeställningar	9
2. Metod	10
2.1 Studiedesign.....	10
2.2 Genomförande.....	11
2.3 Utfallsvariabler.....	12
2.4 Oberoende variabler.....	13
2.5 Statistiska analyser.....	15
2.6 Är panelen annorlunda än de som inte deltog i uppföljningen?.....	16
3. Stabilitet och förändring i beroende	20
3.1 Stabilitet och förändring bland de som var beroende 2013.....	22
3.2 Hur stor andel av de med beroende 2014 hade inte detta tillstånd 2013?	23
3.3 Faktorer relaterade till att ha utvecklat ett beroende mellan 2013 och 2014	24
4. Stabilitet och förändring i utsatthet för närståendes bruk	29
4.1 Stabilitet och förändring i utsatthet för närståendes bruk bland de som var utsatta 2013.....	31
4.2 Hur stor andel av de som var utsatta för närståendes bruk 2014 var inte utsatta 2013?	32
4.3 Faktorer relaterade till stabilitet och förändring i utsatthet för närståendes bruk	33
5. Sammanfattande diskussion	42
5.1 Beroende	42
5.2 Utsatthet för närståendes bruk.....	44
5.3 Begränsningar	46
5.4 Slutsatser	47
Referenser	48
Bilaga: Formulär	

Tabeller

1. Urval och bortfall.	11
2. Skillnad mellan panel och övriga med avseende på olika bakgrundsförhållanden (%).	17
3. Skillnad mellan panel och övriga med avseende på bruk och beroende av ANT (%).	18
4. Skillnad mellan panel och övriga med avseende på utsatthet för andras bruk av ANT	19
5. Andel med ANT-beroende år 2013 och 2014, totalt och uppdelat på kön (%).	21
6. Olika utvecklingsbanor av beroende i hela panelen (%).	21
7. Andelen av de respondenter som var ANT-beroende år 2013 för vilka beroendet har upphört eller varit stabilt fram till år 2014 (%).	22
8. Andel av respondenterna med ANT-beroende år 2014 som inte var beroende år 2013.	23
9. Relativ risk att ha utvecklat ett ANT-beroende år 2014, bivariata regressionsmodeller.	26
10. Relativ risk att ha utvecklat ett ANT-beroende år 2014, multivariata regressionsmodeller.	28
11. Andel utsatta för negativa konsekvenser av närståendes substansanvändning totalt och uppdelat på kön år 2013 och 2014, % (n).	30
12. Olika utvecklingsbanor av utsatthet för negativa konsekvenser av närståendes substansanvändning under åren 2013 och 2014 (%).	31
13. Stabilitet och förändring i utsatthet för negativa konsekvenser av närståendes substansanvändning bland de som var utsatta 2013 (%).	32
14. Andel av de som var utsatta för negativa konsekvenser av närståendes substansanvändning vid T2 (år 2014) som inte var det ett år tidigare vid T1 (år 2013) och därmed är nytillkomna fall (%).	32
15. Relativ risk att bli utsatt för negativa konsekvenser av närståendes substansanvändning år 2014, bivariata modeller.	35
16. Relativ risk att bli utsatt för negativa konsekvenser av närståendes substansanvändning år 2014, multivariata modeller.	37
17. Relativ risk att fortsatt respektive upphört vara utsatt för negativa konsekvenser av närståendes drickande och rökning år 2014, bivariata modeller.	39
18. Relativ risk att ha fortsatt respektive ha upphört att vara utsatt för negativa konsekvenser av närståendes drickande och rökning år 2014, multivariata modeller.	41

Sammanfattning

Det finns förhållandevis god och aktuell kunskap om förekomsten av problem och skador som orsakas av alkohol, narkotika och tobak (ANT) i Sverige under en specifik tidsperiod, vanligen under 1 år. En begränsning med uppgifter om problemens förekomst under en avgränsad tidsperiod är att de osynliggör problemens benägenhet att förändras på individnivå. Enligt en förhållandevis sparsam internationell forskning finns det en betydande "omsättning" av personer med ANT-relaterade problem i den allmänna befolkningen även på relativt kort sikt. Detta kan tolkas som att antalet ANT-problem underskattas i tvärsnittsstudier eftersom en stor grupp som antingen haft, eller riskerar att inom kort få problem, inte beaktas.

Det övergripande syftet med denna studie är att undersöka förekomsten av förändring och stabilitet för två grundläggande typer av ANT-relaterade skador i Sverige: Skador på den som brukar i form av beroende och skador på personer i brukarens omgivning. Studien bygger på data från 7 072 personer i åldern 17–84 år som svarat på samma frågor om ANT-relaterade problem vid två tillfällen, 2013 (T1) och 2014 (T2) dvs. en s.k. panel. Nedan redovisar vi kortfattat de viktigaste resultaten och slutsatserna i rapporten.

Stabilitet och förändring i beroende

Andelen med beroende i panelen var totalt sett oförändrad mellan 2013 och 2014

Det skedde inga signifikanta förändringar i panelen med avseende på beroende av ANT mellan 2013 och 2014. År 2014 var andelen som hade ett snusberoende högst (4,5 %) följt av beroende av alkohol (4,1 %), cigaretter (2,6 %) samt narkotika eller läkemedel (knappt 1 %). Trots den oförändrade nivån i beroende totalt sett, inträffade betydande förändringar i beroende av ANT mellan mätningarna för de individer som ingår i panelen.

Incidensen högst för alkoholberoende

Incidensen, dvs. andelen i panelen som utvecklade ett beroende mellan mätningarna, var högst för alkoholberoende (2,2 %) följt av snusberoende (1,2 %), cigarettberoende (0,7 %) och slutligen beroende av narkotika eller läkemedel (0,4 %).

Större förändring bland alkohol- och narkotikaberoende än bland tobaksberoende

Om vi ser till utvecklingen bland de respondenter som var beroende av ANT år 2013 visade det sig att beroende av alkohol respektive narkotika/läkemedel är de beroendetillstånd som visar på störst förändring med omkring hälften som upphört att vara beroende ett år senare. Det var något vanligare att beroende bland kvinnor hade upphört inom ett år jämfört med beroende bland män. Tobaksberoende framstår i jämförelse med beroende av alkohol respektive narkotika/läkemedel som ett mindre föränderligt tillstånd med endast en dryg femtedel som upphört vara beroende efter ett år. Könsskillnaderna var små för cigarettberoende medan en något högre andel kvinnor kom ur sitt snusberoende under uppföljningen.

Yngre har högre risk att utveckla beroende av ANT och män har högre risk att utveckla beroende av snus och alkohol

Risken för att ha utvecklat ett ANT-beroende under ettårsuppföljningen varierade mellan vissa grupper. Vad gäller åldersskillnader var risken störst för yngre personer (åldersgruppen 17–29 år) för samtliga substanser. Män hade en högre risk att utveckla beroende av alkohol eller snus jämfört med kvinnor medan ingen könsskillnad påvisades i risken att bli beroende av cigaretter

eller narkotika. Vidare hade respondenterna i gruppen med lägst inkomst en högre risk att bli beroende av alkohol respektive narkotika/läkemedel, men en lägre risk att bli beroende av snus. För övriga bakgrundsvariabler framkom få tydliga eller signifikanta resultat.

I statistiska analyser som tog hänsyn till effekten av flera variabler samtidigt kvarstod den förhöjda risken att ha utvecklat ett ANT-beroende för yngre personer med undantag för beroende av snus. Däremot försvann könsskillnaden i risken att utveckla alkoholberoende vilket sannolikt förklaras av att denna analys kontrollerade för alkoholvanor dvs. jämför kvinnor och män som dricker lika mycket. Detta resultat kan tolkas som att orsaken till att kvinnor har en lägre risk att utveckla alkoholberoende jämfört med män, till stor del beror på att kvinnor dricker mindre alkohol. Sambandet mellan låg inkomst och risk att utveckla beroende kvarstod inte när övriga bakgrundsvariabler beaktades.

Både berusningsdrickande och hur ofta alkohol konsumeras påverkar risken för att bli alkoholberoende

Risken för att bli alkoholberoende ökar både om man dricker alkohol ofta och om man dricker stora mängder vid ett och samma tillfälle. Betydelsen av båda dessa konsumtionsmönster var tydlig och oberoende av samtliga övriga variabler som personernas kön, ålder, inkomst, utbildning och födelseland.

Stabilitet och förändring i utsatthet för närståendes bruk av ANT

Ingen förändring i utsatthet totalt sett mellan 2013 och 2014

Andelen som var utsatt för negativa effekter av närståendes ANT-bruk förändrades inte heller i panelen mellan 2013 och 2014. För 2014 fördelade sig utsattheten i att påverkas negativt av närståendes substansanvändning i panelen som följer: 16 procent för andras drickande, 13 procent för andras rökning och cirka 3 procent för andras narkotika- respektive läkemedelsanvändning. Att påverkas negativt av andras substansbruk var genomgående högre för kvinnor än män.

Bakom den oförändrade nivån i utsatthet totalt sett, så skedde emellertid betydande förflyttningar mellan att vara utsatt och att inte vara det bland de individer som ingick i panelen.

Flest nya fall av utsatthet för närståendes alkoholkonsumtion under 2014

Antalet nyttillkomna fall, dvs. incidensen, av utsatthet för närståendes substansbruk var högst för närståendes alkoholkonsumtion där 8,3 procent i panelen kom att drabbas under den ettåriga uppföljningen. Motsvarande andelar var 6,8 procent för närståendes rökning och knappt 2 procent för narkotika- respektive läkemedelsanvändning av någon i sin närhet.

Majoritet fortfarande utsatt för närståendes alkoholkonsumtion och rökning efter ett år

Drygt hälften av de respondenter som rapporterade negativa konsekvenser av någon närståendes alkoholkonsumtion respektive rökning år 2013 var fortfarande utsatta ett år senare. För knappt hälften hade problemen alltså upphört under uppföljningen. Andelen som var fortsatt utsatt för närståendes narkotika- respektive läkemedelsanvändning under 2014 var något lägre och uppgick till 42,5 respektive 36 procent. Här var det alltså en majoritet av de med problem 2013 som inte längre var utsatt 2014. En något större andel kvinnor var fortsatt utsatt av närståendes drickande (56,7 %) och rökning (52,4 %) jämfört med män där mindre än hälften hade kvar problemen ett år senare. För utsatthet för närståendes narkotika- respektive läkemedelsanvändning föreligger däremot inga könsskillnader i detta avseende.

Kvinnor och yngre har högre risk att bli utsatt för närståendes ANT-bruk

Statistiska analyser visade att kvinnor och att tillhöra en yngre åldersgrupp hade en ökad risk för att ha blivit utsatt för närståendes ANT-bruk under den ettåriga uppföljningen. Berusningsdrickande visade sig också vara en riskfaktor för att ett år senare ha blivit utsatt för närståendes drickande medan egna narkotikavanor inte var relaterade till att bli utsatt av närståendes narkotikakonsumtion.

Ju allvarligare problematik desto mindre troligt att problemen upphör

En viktig faktor för att vara fortsatt negativt påverkad av närståendes drickande och rökning mellan 2013 och 2014 är en högre upplevd allvarlighetsgrad av utsattheten vid 2013. Detta kan tolkas som att ju allvarligare problemen med närståendes rökning och alkoholkonsumtion är, desto svårare blir det att ta sig ur problematiken. Denna tolkning får stöd av att personer som hade sökt hjälp för denna typ av problem vid den andra mätningen också hade en ökad risk för att inte bli av med sina problem. Även detta indikerar att personer som är fortsatt utsatt av närståendes drickande har en mer allvarlig problematik än de som har upphört vara utsatt under uppföljningen.

Slutsatser

- Trots att omfattningen av beroende och utsatthet för negativa effekter av andras substansbruk totalt sett inte förändrades mellan 2013 och 2014 inträffade stora individuella förändringar i form av personer som utvecklade beroende/fick problem och personer för vilka beroendet eller problemen upphörde.
- Att synliggöra dessa förändringar ger en mer nyanserad bild av substansrelaterade problem i befolkningen och pekar på att tillstånden är mer föränderliga än vad man intuitivt föreställer sig.
- Samtidigt framkommer att det finns en omfattande problematik av både beroende och utsatthet för andras bruk där förändring är mindre sannolik – detta tycks speciellt gälla problematik som rapporteras vara relativt allvarlig.
- Resultaten visar också att förändring i form av nya fall och sannolikheten att problemet upphör varierar mellan olika substanser och grupper och kan på så sätt utgöra ett underlag för diskussioner om prioriteringar av ANT-förebyggande insatser.

I. Inledning

Sammanfattning

- År 2013 genomfördes en baslinjeundersökning om den vuxna svenska befolkningens bruk, missbruk och beroende av alkohol, narkotika och tobak (ANT) samt om olika negativa konsekvenser som användandet har för andra än brukaren.
- För att kartlägga förändring och stabilitet i beroende och utsatthet för andras bruk återintervjuades ett urval från baslinjeundersökningen ett år senare.
- Longitudinella studier om dessa frågor i den allmänna befolkningen är sällsynta internationellt och har saknats helt i Sverige.
- Det övergripande syftet är att undersöka stabilitet och förändring för två grundläggande typer av ANT-relaterade skador: Skador på den som brukar i form av beroende och skador på personer i brukarens omgivning. Ett annat syfte var att titta på vilka faktorer vid 2013 som ökar risken för att få problem eller att inte ha tagit sig ur problemen ett år senare.
- I studien studeras förekomsten av beroende av alkohol, narkotika (inklusive receptbelagda läkemedel) och tobak samt utsatthet för närståendes användning av substanserna. Det senare var uppdelat på negativa konsekvenser för någon i respondentens livs drickande, rökning, användning av narkotika samt användning av receptbelagda läkemedel på ett icke föreskrivet sätt.

I.1 Uppdrag

Regeringen beslutade den 18 oktober 2012 (Regeringsbeslut 2012/11:2) att uppdra åt Karolinska Institutet att genomföra en fördjupad mätning av missbruk, beroende och andra negativa konsekvenser av alkohol, narkotika, dopning och tobak (ANDT) i befolkningen. Inom ramen för uppdraget intervjuades närmare 16 000 svenskar om bruk, missbruk och beroende av alkohol, narkotika och tobak (ANT) samt om olika negativa konsekvenser som användandet har för andra än brukaren (Ramstedt m.fl., 2014). Detta var den första nationella befolkningsundersökningen om dessa frågor i Sverige som dessutom inkluderade de olika substanserna i en och samma undersökning. Resultaten visade hur utbredningen av dessa negativa konsekvenser såg ut 2013 och utgör en baslinje för kommande mätningar om utvecklingen i över tid.

Den 17 oktober 2013 kom ett nytt beslut från regeringen att uppdra åt Karolinska Institutet att på basis av denna första baslinjestudie inleda en longitudinell befolkningsundersökning om samma frågor dvs. om bruk och beroende av ANT samt om negativa konsekvenser på andra än den som brukar substanserna (Regeringsbeslut 2013/11:4). Uppdraget genomfördes i samarbete mellan Karolinska Institutet och Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning (CAN). Drygt 7 000 av de som intervjuades 2013 deltog (här kallade panelen) och fick svara på i princip samma enkät 12 månader senare för att på så sätt identifiera olika utvecklingsbanor i ANT-relaterade problem. I denna rapport presenteras de första resultaten från denna uppföljning.

I.2 Bakgrund

Det finns förhållandevis god och aktuell kunskap om förekomsten av problem och skador som orsakas av alkohol, narkotika och tobak i Sverige. En ny studie har visat att rökning står för 7,7 procent av den totala sjukdomsburden och att alkohol och narkotika stod för 3,4 respektive 1,3 procent (Agardh m.fl., 2014). Aktuell forskning har också visat att uppemot en miljon svenskar har ett missbruk eller beroende av ANT samt att ännu fler drabbas av negativa effekter av andras användning (Ramstedt m.fl., 2014).

En begränsning med uppgifter om problemens förekomst under en avgränsad tidsperiod är dock att de osynliggör problemens benägenhet att förändras på individnivå. Enligt en förhållandevis sparsam internationell forskning finns det en betydande "omsättning" av problematiker i den allmänna befolkningen även på relativt kort sikt. Vissa studier har visat att upp till hälften av gruppen som är alkoholberoende vid en tidpunkt, inte längre har beroendeproblem när de följs upp ett till tre år senare men att ungefär lika många nya fall tillkommer (de Brujin m.fl., 2006; Hasin m.fl., 2011). Omfattningen av personer i befolkningen med risk att få ANT-problem underskattas således i tvärsnittsstudier eftersom en stor grupp med hög risk att inom kort få problem inte synliggörs. Dessutom är kunskap om de förändringar i problematisk substansanvändning som sker på individnivå viktig för att kunna rikta förebyggande insatser till grupper som uppvisar relativt hög risk att få problem eller som har svårt att komma ur sina problem. Motsvarande studier om hur omsättningen av personer som skadas pga. andra personers substansanvändning ser ut över tid har inte tidigare genomförts.

Forskning om dessa frågor i den allmänna befolkningen är sällsynt internationellt och saknas helt i Sverige. Framför allt finns inga tidigare studier som studerar utsatthet av andra personers substansbruk i den allmänna befolkningen över tid. Denna studie blir därmed den första att analysera stabilitet och förändring i ANT-relaterade skador i den svenska befolkningen.

I.3 Syfte och frågeställningar

Det övergripande syftet i denna rapport är att undersöka stabilitet och förändring för två grundläggande typer av ANT-relaterade skador: Skador på den som brukar i form av beroende och skador på personer i brukarens omgivning. Till grund för analyserna ligger data från en panel av 7 072 respondenter i åldern 17–84 år som svarat på samma frågor om ANT-relaterade problem både 2013 (T1) och 2014 (T2).

Rapportens specifika frågeställningar med avseende på beroende av respektive ANT-substans är: (i) Hur stor andel av panelen som inte hade ett beroende 2013 utvecklade ett beroende mellan T1 och T2 och vilka sociodemografiska faktorer är förenade med en förhöjd risk att bli beroende? (ii) Hur stor andel av panelen med beroende vid T1 hade fortfarande ett beroende vid T2? (iii) Hur stor andel av panelen med beroende vid T1 har upphört att vara beroende vid T2? (iv) Hur stor andel av panelen med beroende vid T2 är nytillkomna, dvs. hade inte ett beroende vid T1.

Frågor om motsvarande stadier och utvecklingsbanor ställs även om utsatthet för närståendes bruk av ANT. Här kommer även två ytterligare frågeställningar att studeras (v) Vilka faktorer är förenade med en förhöjd risk att fortsatt vara utsatt för närståendes drickande respektive rökning mellan T1 och T2? (vi) Vilka faktorer är förenade med en förhöjd risk att ha upphört vara utsatt för närståendes drickande respektive rökning mellan T1 och T2?

2. Metod

Sammanfattning

- Studiedesignen är longitudinell och inkluderar data från en panel, där samma individer har fått svara på en kombinerad post- och webbenkät vid två olika mättillfällen med ett års mellanrum (år 2013 och 2014). Enkäten innehöll frågor om beroende (kriterier enligt DSM-IV) och utsatthet för närståendes substansanvändning (alkohol, narkotika inklusive läkemedel och tobak).
- Totalt medverkade 7 072 personer i den uppföljande undersökningen vilket var 86,3 procent av de som vid den första undersökningen 2013 tackat ja till att medverka.
- Deskriptiva analyser användes för att studera omfattningen av förändring och stabilitet i beroende. Regressionsanalyser användes för att studera hur olika faktorer påverkar risken att utveckla ett beroende/att bli utsatt för andras substansanvändning under ettårsuppföljningen.
- De huvudsakliga variabler som inkluderades i analyserna var kön, ålder, utbildning och egen substansanvändning vid 2013 års undersökning, förändrad användning av substanser mellan mätpunkterna samt om respondenten sökt hjälp för andras substansbruk vid det andra mättillfället. Även allvarlighetsgrad av utsatthet (mätt på en skala 1–10) av andras substansanvändning 2013 inkluderades i vissa analyser av utsatthet för andras bruk.
- En bortfallsanalys visade att i jämförelse med övriga respondenter i basurvalet bestod panelen i större utsträckning av personer som är svenskfödda, har hög utbildning, dricker mycket alkohol samt har negativa erfarenheter av andras ANT-bruk. Personer som röker och är beroende av cigaretter var däremot underrepresenterade i panelen. I många andra centrala avseende fanns dock inga skillnader mellan panel och övriga, som t.ex. med avseende på kön, ålder och region.

I följande avsnitt ges en närmare beskrivning av studiens design och genomförande dvs. om urval och bortfall, hur datainsamlingen genomfördes, analysmodeller samt en övergripande beskrivning av vilka frågor som användes. Undersökningen är godkänd av regionala etikprövningsnämnden i Stockholm (Dnr 2013/2205-31/5).

2.1 Studiedesign

Under 2013 genomfördes en omfattande befolkningsundersökning som studerade bruket av alkohol, narkotika, dopning och tobak (ANDT) och dess negativa konsekvenser i den svenska befolkningen (Ramstedt m.fl., 2014). Studien fokuserade på beroende samt problem för andra personer än brukaren. Undersökningen utgör den första mätningen av två och kallas här för T1 (tidpunkt 1). Ett år efter att T1 genomfördes undersöktes samma individer vid T2 (tidpunkt 2), alltså vid ett andra mättillfälle. För att förstå mönster och orsakssamband för olika tillstånd har studier som undersöker samma individer vid flera tillfällen över tid (s.k. longitudinella studier) en starkare forskningsdesign jämfört med tvärsnittsstudier. Denna studie med data från 2013

och 2014 ger oss därför en unik möjlighet att undersöka hur beroende och skador av närstående personers bruk förändras över tid och vilka faktorer som påverkar olika banor.

2.2 Genomförande

2.2.1 Urval och bortfall

Inför den första mätningen som genomfördes år 2013 drogs ett slumpmässigt urval ur Statens personadressregister (SPAR) om 26 257 individer i åldrarna 17–84 år (födda 1929–1996). Svarefrekvensen uppgick till 59,3 procent (n = 15 576) och av dessa gav 8 329 personer sin tillåtelse att bli kontaktade igen för en uppföljande undersökning. Dessa individer utgör alltså urvalet till den andra mätningen (T2) som genomfördes ett år senare, dvs. år 2014.

I tabell 1 presenteras undersökningens urval och bortfall. Av de 8 329 personer som gav sitt medgivande att bli kontaktade igen för den uppföljande undersökningen så var 43 personer ej kontaktbara enligt SPAR då de antingen var avlidna, hade flyttat utomlands eller inte hade något giltigt registreringsnummer (1 person). Vidare gick 68 personer inte att nå pga. oklara adresser (postreturer) och 21 personer eller kontaktpersoner till respondenten uppgav att de av olika anledningar inte kunde medverka i studien pga. t.ex. sjukdom, att de inte var bosatta i Sverige, att de var bortresta under en längre tidsperiod eller hade avlidit. Detta gav ett nettourval på 8 197 personer.

Totalt besvarade 7 155 personer enkäten, dock exkluderades 83 personer då deras svar angående kön, personnummer eller födelseland inte var detsamma vid den andra mätningen jämfört med den första mätningen. Eftersom en viss osäkerhet kring om det verkligen var samma individer som hade besvarat enkäten vid båda mättillfällena, beslutades att dessa skulle exkluderas från undersökningen. Detta medför att totalt 7 072 personer inkluderades i undersökningen, vilket motsvarar en svarsfrekvens på 86,3 procent. Av dessa svarade 81 procent på pappersenkäten och 19 procent via webben. Förutom de 83 personer som exkluderades pga. osäkerhet kring den svarande består bortfallet av 27 personer som uttryckligen avböjt medverkan i undersökningen och 1 015 personer som inte svarade på enkäten.

Tabell 1. Urval och bortfall.

	Antal	Procent
Bruttourval	8 329	
Avlidna, utvandrade eller saknar registreringsnummer enligt SPAR	43	
Postreturer	68	
Sjuka/utlandsflytt/bortresta en längre tid/ej svensktalande/avlidna	21	
Nettourval	8 197	100
Totalt svarande	7 072	86,3
(Pappersenkät)	(5 726)	(81)
(Webbenkät)	(1 346)	(19)
Totalt bortfall	1 125	13,7
(Avböjt medverkan)	(27)	(2,4)
(Ej svarat)	(1 015)	(90,2)
(Borttagna pga. att kön, ålder eller födelseår inte stämmer med T1)	(83)	(7,4)

2.2.2 Datainsamling

Precis som i den föregående mätningen vid T1 (Ramstedt m.fl., 2014) användes en kombinerad post- och webbenkät som insamlingsmetod. Datainsamlingen skedde ett år efter mätningen vid T1, mellan mars och maj 2014. Själva förfarandet skedde på samma sätt som för den föregående studien. Först skickades ett missivbrev till samtliga i urvalet, med information om studiens syfte och genomförande samt att de kommer att få en enkät skickad till sig inom en utsatt tid, som de kunde välja att besvara via en länk på internet (webben) eller postalt. Därefter skickades huvud-enkäten tillsammans med ett informationsbrev där det framgick att enkäten besvarades frivilligt och anonymt och att svaren skyddas av offentlighets- och sekretesslagen samt av personuppgiftslagen. Totalt skickades tre påminnelser ut till de som inte besvarat enkäten under en bestämd tidsperiod. Som ersättning för deltagande utgick ett presentkort till ett värde av 100 SEK. Enkäten administrerades av undersökningsföretaget SKOP AB, som också sammanställde en anonymiserad svarsfil med samtliga inkodade enkätsvar.

2.3 Utfallsvariabler

Utfallsvariablerna i den här underökningen är baserade på självskattade frågor och inkluderar beroende samt utsatthet av andra personers substansanvändning av alkohol, narkotika (inklusive receptbelagda läkemedel) och tobak. Samma frågeformulär har används vid båda mättillfällena.

Frågeformuläret var uppdelat i olika avsnitt: (A) bakgrundsinformation, (B) tobak, (C) alkohol och (D) narkotika (inklusive receptbelagda läkemedel som använts utan läkares ordination samt om det använts mer eller oftare än vad läkare ordinerat). Avsnitten om tobak, alkohol och narkotika var uppdelade i tre block: (1) konsumtionsfrågor, (2) beroendefrågor samt (3) frågor om negativa konsekvenser av andra personers bruk. Hela formuläret finns att tillgå i bilaga 1.

2.3.1 Beroende

Cigarettberoende mättes genom skalan Cigarette Dependence Scale (CDS-12). Skalan består av 12 frågor och täcker i huvudsak beståndsdelarna av DSM-IV:s och ICD-10:s definition av tobaksberoende. Varje fråga kan ge mellan 1-5 poäng och skalan kan totalt ge mellan 12–60 poäng. Det rekommenderade gränsvärdet för cigarettberoende på 43 poäng (Etter m.fl., 2003) tillämpades i denna studie. Samma skala och kriterier för beroende används för att mäta snusberoende.

Frågorna om alkoholberoende är utformade utifrån de frågor som ingår i den diagnostiska manualen MINI (MINI, 2009) vilken utgår från de kriterier för alkoholberoende som beskrivs i DSM-IV (APA, 1994). Tidsperioden för ett pågående beroende avser de senaste 12 månaderna. För att klassificeras som alkoholberoende krävs det att minst 3 av 7 kriterier uppfylls. Frågorna om narkotikaberoende är uppbyggda enligt samma princip, dvs. utifrån de frågor som ingår i DSM-IV. Alla personer som uppgett bruk av minst ett preparat (narkotika och/eller läkemedel) under de senaste 12 månaderna fick svara på beroendefrågorna om narkotika och läkemedel. Det går alltså inte att urskilja om det rör sig om ett rent narkotika- eller läkemedelsberoende i de fall respondenten använder både narkotika och läkemedel.

2.3.2 Negativa konsekvenser från närståendes substansanvändning

Problem från närståendes substansbruk mäts med i princip identiska frågor för tobak, alkohol, narkotika och receptbelagda läkemedel på ett icke-föreskrivet sätt och gäller erfarenheter under de senaste 12 månaderna. Som närstående räknas t.ex. familjemedlem, vän eller arbetskamrat.

Endast de som först uppger att de har någon i sitt liv som röker dagligen, dricker för mycket alkohol respektive använder narkotika eller receptbelagda läkemedel på ett icke föreskrivet sätt, får svara på dessa frågor. De som uppger att de påverkats negativt av närståendes substansanvändande får därefter uppge om det var mycket eller lite samt också fylla i ett värde på en skala från 1 till 10, där 1 betyder lite och 10 betyder mycket.

2.4 Oberoende variabler

I enkäten ställdes inledningsvis sedvanliga frågor om kön, ålder, familjeförhållanden, inkomst och utbildning. Vidare ställdes frågor om konsumtion av ANT med fokus på de senaste 12 månaderna. Vad gäller frågorna om vid hur många tillfällen det senaste året respondenten har druckit minst ett standardglas alkohol (frekvensdrickande) samt om respondenten har druckit fem eller fler glas alkohol vid samma dryckestillfälle (intensivkonsumtion), kodades dessa om till antalet gånger per vecka, vilket således resulterar i en kontinuerlig variabel som sträcker sig mellan noll till sju gånger i veckan. T.ex., om en svarande uppgav att den druckit ett glas alkohol en gång i månaden under det senaste året fick den ett värde på 0,25 och om den uppgav att den druckit alkohol 4–5 gånger i månaden fick den ett värde på 4,5.

Vilka oberoende variabler som ingår i analyserna varierar beroende på vilket utfall som studerades. Alla analyser kontrollerade för bakgrundsfaktorer så som ålder, kön och utbildning vid T1. Vidare analyserades betydelsen av egna substansvanor och erfarenheter av problem orsakade av substanser vid T1. I vissa analyser testades också om förändrade vanor/problem mellan T1 och T2 ökar eller minskar risken för något utfall. Inkludering av substansvanor/problem i en analys sker endast om den specifika substansen kan antas påverka den beroende variabeln (utfallet). Till exempel inkluderas egna alkoholvanor i modellerna för utsatthet av andra personers drickande, men inte bruk av de andra substanserna. I box 1 beskrivs de oberoende variablerna mer specifikt.

Box 1. Beskrivning av de oberoende variablerna.

Oberoende variabler	Beskrivning
Bakgrundsfaktorer	
Kön	I regressionsmodellerna är referenskategori män, vilket innebär att relativa risker över 1,0 indikerar att utfallet är vanligare hos kvinnor jämfört med män.
Ålder	I analyserna är ålder uppdelat i fyra kategorier, baserade på ålder vid tidpunkten för 2013 års undersökning: 17–29, 30–49, 50–64, 65–84. Åldersgruppen 65–84 är referenskategori i regressionsmodellerna, vilket innebär att relativa risker över 1,0 tyder på att utfallet är vanligare i förekommande åldersgrupp i jämförelse med den äldsta gruppen.
Födelseland	Variabeln födelseland är uppdelat i följande fyra grupper: födda i Sverige, födda i annat nordiskt land, födda i annat europeiskt land, födda utanför Europa. I regressionsanalyserna är född i Sverige referenskategori, vilket innebär att relativa risker över 1,0 tyder på att gruppen från denna kategori av födelseland har en högre risk för utfallet jämfört med de som är födda i Sverige.
Utbildning	Tre utbildningsgrupper baserade på utbildningsnivån vid T1 används i undersökningen: grundskola, gymnasium samt högskola/universitet. Referensvariabel i regressionsmodellerna är grundskola, vilket betyder att relativa risker för utfallet över 1,0 innebär en ökad risk för de med högre utbildning jämfört med de som har grundskoleutbildning.

Inkomst	Inkomst är uppdelad i fem kategorier, där kategori 1 inkluderar de 20 % av respondenterna som har lägst inkomst vid 2013 års mätning och de i kategori 5 inkluderar de 20 % av respondenterna som har högst inkomst vid T1. Respondenterna i kategori 5 utgör referensgruppen i regressionsmodellerna. Det innebär att relativa risker för utfallet över 1,0 ger en ökad risk i jämförelse med de som tjänar mest.
Arbetslösa/långtids-sjukskrivna	Variabeln jämför personer som är arbetslösa eller långtidssjukskrivna vid T1 med personer som är sysselsatta (studerar, arbetar eller har andra sysselsättningar). I regressionsmodellerna tolkas relativa risker för utfallet över 1,0 som att arbetslösa/långtidssjukskrivna har högre risk jämfört med de som är sysselsatta.
Ensamboende	Personer som bor ensamma jämförs med personer som bor med minst en annan person. Det innebär att i regressionsmodellerna har personer som bor ensam en högre risk för utfallet jämfört med de som bor med minst en annan person om den relativa risken är över 1,0.
Egna substansvanor	
Dagligrökare	Dagligrökare vid T1 jämförs med icke dagligrökare och i regressionsmodellerna innebär relativa risker över 1,0 en ökad risk för utfallet för dagligrökare jämfört med de som inte röker dagligen.
Förändring av dagligrökare	Förändring av dagligrökare mellan T1 och T2 (positivt värde anger nya dagligrökare och negativt värde anger de som slutat vara dagligrökare). I regressionsmodellerna ska relativa risker över 1,0 tolkas som att de som har börjat röka har en ökad risk för utfallet jämfört med de som inte har förändrat sina rökvanor. Likaså att de som fortsatt röka har en högre risk för utfallet jämfört med de som har slutat att röka.
Cigarettberoende	Variabeln inkluderar personer med cigarettberoende vid mätillfället 2013 jämfört med de som inte var beroende. I regressionsmodellerna innebär relativa risker över 1,0 en ökad risk för utfallet för personer med cigarettberoende jämfört med de som inte har det.
Veckovis frekvensdrickande	Antalet gånger i veckan respondenten drack minst ett glas alkohol under det senaste 12 månaderna. En relativ risk över 1,0 i regressionsanalyserna indikerar att varje enhets ökning i antal dryckestillfällen ger en motsvarande ökad risk för utfallet.
Förändrat frekvensdrickande	Förändringen av antalet dryckestillfällen mellan 2013 och 2014 (positiva värden anger en ökning, negativa värden anger en minskning). Relativa risker över 1,0 i regressionsmodellerna innebär att varje enhets förändring i antalet veckovisa dryckestillfällen ger en motsvarande ökad risk för utfallet.
Veckovis intensivkonsumtion	Antalet gånger i veckan under det senaste året som respondenten angav att de drack fem eller fler standardglas vid samma dryckestillfälle. En relativ risk över 1,0 i regressionsanalyserna indikerar att varje enhets ökning i antalet intensivkonsumtionstillfällen ger en motsvarande ökad risk för utfallet.
Förändrad intensivkonsumtion	Förändringen av antalet intensivkonsumtionstillfällen (5+ standardglas per tillfälle) som rapporteras av respondenten mellan 2013 och 2014 (positiva värden anger en ökning, negativa värden anger en minskning). Relativa risker över 1,0 i regressionsmodellerna innebär att varje enhets ökning i antalet veckovisa intensivkonsumtionstillfällen ger en motsvarande ökad risk för utfallet.
Alkoholberoende	Personer med alkoholberoende vid T1 jämförs med personer som inte klassificerats med alkoholberoende. En relativ risk över 1,0 i regressionsmodellerna indikerar att det finns en högre risk för utfallet bland alkoholberoende jämfört med de som inte hade ett beroende.
Användare av narkotika/receptbelagda läkemedel	Variabeln inkluderar personer som vid T1 rapporterat att de under de senaste 12 månaderna har använt narkotika eller receptbelagda läkemedel jämfört med de som inte uppgett användning av dessa substanser. Relativa risker över 1,0 innebär en ökad risk för utfallet för personer som använt narkotika eller receptbelagda läkemedel jämfört med de som inte har gjort det. Frågorna om

	narkotikakonsumtion inkluderar narkotikaklassade preparat som t.ex. cannabis och olika opiater samt receptbelagda läkemedel som använts på ett icke föreskrivet sätt, dvs. att respondenten använt medlet mer eller oftare än vad läkaren har ordinerat.
Förändrat bruk av narkotika/receptbelagda läkemedel	Förändring av narkotikaanvändare mellan T1 och T2 (positivt värde anger nya användare och negativt värde anger de som slutat använda). I regressionsmodellerna ska relativa risker över 1,0 tolkas som att de som har börjat använda narkotika har en ökad risk för utfallet jämfört med de som inte har förändrat sitt narkotikabruk. Likaså har de som fortsatt använda en högre risk för utfallet jämfört med de som har slutat att använda narkotika.
Sökt hjälp	
Sökt hjälp eller stöd pga. andras substansbruk vid T2	Variabeln jämför de som vid T2 uppger att de har sökt hjälp eller stöd under de senaste 12 månaderna pga. alkoholkonsumtion eller narkotikaanvändning hos någon person i sitt liv med de respondenter som inte har uppgett detta. I regressionsmodellerna betyder relativa risker över 1,0 en ökad risk för utfallet för de som har sökt hjälp pga. anhörigas konsumtion jämfört med de som inte har sökt hjälp.

2.5 Statistiska analyser

För att möjliggöra jämförelser mellan T1 och T2 baseras analyserna i denna studie på de 7 072 personer som deltog i båda mättillfällena. Eftersom tyngdpunkten i denna studie var att studera förändring och stabilitet av utfallen för respondenterna har inga vikter beräknats.

Andelen nytillkomna för respektive utfall mellan 2013 och 2014 har studerats på olika sätt för att fånga upp olika perspektiv: (i) incidens dvs. andelen nytillkomna fall vid T2 av dem som inte hade utfallet vid T1 och (ii) andelen av de som hade tillståndet vid det andra mättillfället som är nytillkomna.

Även att fortsatt respektive ha upphört ur ett tillstånd mellan 2013 och 2014 studerades på olika sätt för att fånga upp olika perspektiv: (i) andelen fortsatta respektive upphörda fall av hela studiepopulationen mellan mättillfällena, (ii) andelen av de som hade respektive tillstånd vid det första mättillfället som var fortsatt respektive hade upphört ur tillståndet vid 2014 års mätning.

Dataanalyserna utfördes i statistikprogrammen IBM SPSS Statistics version 20.0 och Stata 13.0. De instrument som ingår i undersökningen har analyserats i enlighet med rekommendationerna för respektive instrument (se beskrivningen av variabler i sektion 2.3 ovan). Deskriptiva analyser användes för att ta fram andelar. För att undersöka om prevalensen av utfallen skiljer sig statistiskt signifikant mellan åren 2013 och 2014 har vi beräknat 95-procentiga konfidensintervall. I de fall konfidensintervallen inte överlappar föreligger signifikant skillnad.

Analyserna av hur olika sociodemografiska faktorer är relaterade till risken att utveckla ett tillstånd vid T2 samt att slutat respektive fortsatt vara utsatt för andra personers substansanvändning genomfördes med hjälp av binära poissonregressioner med robusta standardfel (Zou, 2014). I dessa regressionsmodeller är den beroende variabeln, likt vid logistisk regression, dikotom, dvs. kan bara anta värdet noll eller ett. Men istället för odds (vars innebörd är relativt svårtolkade), skattar poissonmodellerna den relativa risken att bli beroende (s.k. Incidens risk ratio) för de definierade kategorierna inom respektive bakgrundsvariabel. Om vi t.ex. har en variabel för kön som är kodad 1 för kvinnor och 0 för män (vilka därmed utgör referenskategori) och får ett estimat på 1,5 så tolkas detta resultat som att kvinnor har en 50 procent högre risk att ha utvecklat ett beroende år 2014 jämfört med män.

Regressionsanalyserna av att fortsatt respektive ha upphört med ett tillstånd mellan 2013 och 2014 utfördes endast för utsatthet av andra personers drickande samt rökning. Anledningen till att de andra utfallen inte studerades beror på att antalet individer var för få för att analyserna ska vara tillförlitliga.

2.5.1 Kvalitetssäkring

Initialt kontrollerade företaget SKOP AB att inkodningen av de först inkomna enkäterna var korrekt genomförda. Därefter gjordes slumpmässiga kontroller löpande under insamlingen av materialet. Dessutom kontrollerades formulär i samband med att oväntat avvikande värden påträffades. I de fall då en respondent av misstag besvarade enkäten mer än en gång har dubletter tagits bort från den slutgiltiga rådatafilen och den först inkomna enkäten har registrerats i slutfilen.

I pappersenkäten har några respondenter råkat svara på frågor som enligt instruktionerna bara ska besvaras i vissa fall och dessa svar har exkluderats i analyserna. Vad gäller webbenkäten var frågeformuläret inlagt i ett datasystem som styrde hopp mellan frågor automatiskt varför motsvarande misstag inte var möjliga.

2.6 Är panelen annorlunda än de som inte deltog i uppföljningen?

Av de 15 576 personer i åldern 17–84 år som intervjuades under perioden mars–juni 2013 accepterade 53 procent att bli kontaktade igen ett år senare varav 7 072 slutligen faktiskt deltog i uppföljningen. En central fråga är om denna grupp avviker från de som valde att inte vara med, speciellt vad gäller förekomsten av de ANT-relaterade problem vars förändring är denna studies huvudfokus. För att undersöka detta har därför en jämförelse gjorts mellan de 7 072 personer som ingick i uppföljningen (här kallade panelen) och de 8 421 personer som inte intervjuades en andra gång (här kallade övriga). I den slutliga analysen utslöts också 83 respondenter vars kön, ålder och födelseland rapporterats på olika sätt vid T1 och T2.

Jämförelsen mellan panelen och övriga genomfördes i två delar. I en första del beskrivs skillnaderna med avseende på sociodemografisk bakgrund och i en andra del jämförs förekomst av beroende av ANT och utsatthet för andras bruk av ANT.

Vad gäller sociodemografisk bakgrund fanns inga skillnader mellan panelen och övriga med avseende på ålder, kön och region (tabell 2). Att yngre inte i större utsträckning föll bort är ovanligt utifrån tidigare studier (se t.ex. Bergman m.fl., 2010; Redwood m.fl., 2011). Däremot fanns en överrepresentation i panelen av personer födda i Sverige och av högutbildade personer. Andelen svenskfödda var kring 89 procent i panelen mot 81 procent bland övriga och motsvarande siffror för andelen högutbildade var cirka 47 mot 35 procent.

Tabell 2. Skillnad mellan panel och övriga med avseende på olika bakgrundsförhållanden (%).

N=	Samtliga 15 493	Panel 7 072	Övriga 8 421
Kön			
Män	46,1	46,3	46,0
Kvinnor	53,9	53,7	54,0
Ålder			
17–19	4,0	4,4	3,7
20–29	12,5	12,4	12,6
30–49	29,6	29,9	29,4
50–64	26,0	26,4	25,8
65–84	27,8	26,9	28,6
Utbildning ^{a)}			
Låg	23,4	19,5	26,6
Mellan	35,8	33,1	38,0
Hög	40,9	47,3	35,4
Födelseland ^{a)}			
Sverige	85,0	89,3	81,3
Annat land	15,0	10,7	18,7
Region			
Stockholm	21,0	21,6	20,5
Övriga Svealand	18,0	18,5	17,7
Övriga Götaland	11,9	11,8	11,9
Kronoberg	6,6	6,5	6,7
Skåne	12,3	12,2	12,5
Västra Götaland	17,1	17,0	17,2
Norrland	13,0	12,4	13,6

a) Signifikant skillnad mellan panel och övriga ($p < 0,05$).

Motsvarande analys av skillnader i bruk och problem visar varierande mönster mellan de olika substanserna (tabell 3). En signifikant lägre andel i panelen röker och är klassificerade som cigarettberoende medan snusanvändning och snusberoende inte skiljer sig signifikant mellan grupperna. För alkohol framkommer däremot signifikanta skillnader då panelen visar ett annat mönster med en högre andel som dricker alkohol överhuvudtaget (91 respektive 85,9 %) medan skillnader i andelen som dricker sig berusade en gång i månaden är mindre (32,2 respektive 30,4 %) men fortfarande är signifikant. Även andelen med ett alkoholberoende är signifikant högre i panelen (4,1 mot 3,4 %). Bruk och beroende av icke-föreskrivna narkotikaklassade läkemedel samt av narkotiska preparat uppvisade däremot inga skillnader mellan panelen och övriga.

Tabell 3. Skillnad mellan panel och övriga med avseende på bruk och beroende av ANT (%).

N=	Samtliga 15 493	Panel 7 072	Övriga 8 421
Cigaretter			
Röker dagligen ^{a)}	8,6	7,5	9,6
Beroende rökning ^{a)}	3,0	2,6	3,4
Snus			
Snusar dagligen	9,5	9,3	9,7
Beroende snusning	4,4	4,3	4,6
Alkohol			
Dricker alkohol ^{a)}	88,2	91,0	85,9
Minst 1 g per vecka ^{a)}	47,3	52,0	43,3
Binge minst 1 g per månad ^{a)}	31,2	32,2	30,4
Beroende ^{a)}	3,7	4,1	3,4
Läkemedel/Narkotika			
Sömnmedel/lugnande 12 mån	2,8	2,6	3,1
Smärtstillande 12 mån	7,0	7,1	7,0
12-månader bruk narkotika	2,4	2,5	2,3
Narkotika			
Beroende inkl. läkemedel	1,0	1,0	1,0

a) Signifikant skillnad mellan panel och övriga ($p < 0,05$).

Förekomst av utsatthet för andras bruk av ANT uppvisade ett mer entydigt mönster genom att andelen med negativa erfarenheter av andras bruk av ANT genomgående var högre i panelen (tabell 4). Således hade en högre andel i panelen påverkats negativt av rökning hos en närstående (14,3 mot 11,7 %), av närstående som dricker för mycket (17,4 mot 12,0 %) samt även av närstående som använder narkotika (3,2 mot 2 %) och icke-föreskrivna narkotikaklassade läkemedel (2,3 mot 1,6 %).

Logistiska regressionsanalyser genomfördes för att se hur dessa variabler påverkar sannolikheten att var med i panelen. Både bivariata och multivariata analyser bekräftar i stort det som redovisades i tabellerna 2–4.

Sammantaget kan konstateras att den panel som analyseras har en överrepresentation av personer som är svenskfödda, har hög utbildning, dricker mycket alkohol samt har negativa erfarenheter av andras ANT-bruk. Vidare framkom att personer som röker och är beroende av cigaretter är underrepresenterade. Däremot är panelen representativ i många andra centrala avseenden som t.ex. med avseende på kön, ålder och region. Även beträffande bruk av narkotika och läkemedel samt problem relaterat till detta, förelåg inga skillnader mellan panel och de som inte ingick i uppföljningen. Det är sammanfattningsvis viktigt att vara medveten om de skillnader som finns mellan panel och övriga även om det är svårt att tro att de på något avgörande sätt har påverkat resultaten i de longitudinella analyserna av stabilitet och förändring i dessa fenomen.

Tabell 4. Skillnad mellan panel och övriga med avseende på utsatthet för andras bruk av ANT (%).

N=	Samtliga 15 493	Panel 7 072	Övriga 8 421
Rökning			
Har dagligrökare i sitt liv ^{a)}	40,4	42,4	38,7
Påverkats negativt ^{a)}	12,9	14,3	11,7
Alkohol			
Har personer i sitt liv som dricker för mycket ^{a)}	28,5	34,0	24,0
Påverkats negativt ^{a)}	14,3	17,4	12,0
Narkotika			
Har personer i sitt liv som använder narkotika 12 mån ^{a)}	8,9	10,1	7,8
Påverkats negativt ^{a)}	2,5	3,2	2,0
Läkemedel			
Har personer i sitt liv som använder läkemedel 12 mån ^{a)}	6,1	7,1	5,3
Påverkats negativt ^{a)}	1,9	2,3	1,6

a) Signifikant skillnad mellan panel och övriga ($p < 0,05$).

3. Stabilitet och förändring i beroende

Huvudresultat

- Prevalensen av ANT-beroende i panelen skiljer sig inte signifikant mellan mätpunkterna.
- År 2014 uppgick prevalensen i snusberoende till 4,5 procent följt av 4,1 procent för alkoholberoende, 2,6 procent för cigarettberoende och knappt 1 procent för beroende av narkotika eller läkemedel.
- Vid båda mättillfällena var beroende av alkohol, snus samt narkotika/läkemedel vanligare bland män än bland kvinnor medan prevalensen av cigarettberoende var högre för kvinnor än för män.
- Andelen i panelen som utvecklade ett beroende under uppföljningsperioden (12-månaders incidensen) uppgick till 2,2 procent för alkoholberoende, 1,2 procent för snusberoende, 0,7 procent för cigarettberoende och 0,4 procent för beroende av narkotika eller läkemedel.
- Drygt hälften av respondenterna med beroende av alkohol eller narkotika/läkemedel och drygt en femtedel av respondenter med tobaksberoende år 2013 hade inte kvar beroendet ett år senare.
- Bland de respondenter som var beroende av alkohol respektive narkotika/läkemedel år 2014 hade 51 respektive 42 procent inte detta beroende ett år tidigare. Bland respondenter med tobaksberoende låg motsvarande andel på närmare en fjärdedel.

I följande avsnitt redovisas resultatet från de deskriptiva analyserna av stabilitet och förändring i ANT-beroende. Först återges prevalensen av ANT-beroende vid respektive mättillfälle samt omfattningen av stabilitet och förändring av ANT-beroende i hela gruppen respondenter. I nästa steg tittar vi närmare på omfattningen av stabilitet och förändring av ANT-beroende bland de individer som var beroende år 2013. Slutligen redovisas hur stor andel av respondenterna med ANT-beroende år 2014 som är nytillkomna, dvs. inte hade ett beroende år 2013.

I tabell 5 presenteras andelen svarande i panelen (prevalensen) som var beroende av ANT vid respektive mättillfälle. Som framgår skiljer sig andelarna något mellan åren. Skillnaderna är dock inte statistiskt signifikanta vilket kan tolkas som att det inte har skett några faktiska förändringar i prevalensen av beroende av ANT mellan år 2013 och 2014. Högst prevalens år 2014 – 4,5 procent, finner vi för snusberoende följt av alkoholberoende (4,1 %), cigarettberoende (2,6 %) och beroende av narkotika eller läkemedel (knappt 1 %). Gällande könskillnader visar resultaten att beroende av alkohol, snus samt narkotika/läkemedel är vanligare bland män än bland kvinnor medan prevalensen av cigarettberoende här högre för kvinnor än för män.

Att det inte går att fastställa någon förändring i andelen svarande i panelen som klassats med beroende av de studerade substanserna betyder inte att det inte har skett några förändringar mellan mätningarna. I själva verket är det ett betydande antal personer som har rört sig in och ut ur ett beroende av ANT under perioden. Tabell 6 visar att 12-månaders incidensen, dvs. andelen

i panelen som har utvecklats ett beroende mellan mättillfällena, uppgår till 2,2 procent för alkoholberoende, 1,2 procent för snusberoende, 0,7 procent för cigarettberoende och 0,4 procent

för beroende av narkotika eller läkemedel. Andelen av alla svarande vars beroende har upphört mellan mätningarna uppgår till 2,1 procent för alkoholberoende, 0,9 procent för snusberoende, 0,6 procent för cigarettberoende och 0,4 procent för beroende av narkotika eller läkemedel. Stabiliteten i beroende, alltså andelen personer vilka klassas som beroende både år 2013 och 2014, ligger på 3,4 procent för snusberoende, 2,0 procent för alkohol- respektive cigarettberoende och slutligen 0,5 procent för narkotika/läkemedelsberoende. Den stora merparten av alla svarande har dock inte varit beroende vid något av mättillfällena.

Tabell 5. Andel med ANT-beroende år 2013 och 2014, totalt och uppdelat på kön (%).

	Kvinnor		Män		Totalt	
	2013 (3 797)	2014 (3 797)	2013 (3 275)	2014 (3 275)	2013 (7 072)	2014 (7 072)
N=						
Beroende av cigaretter (n)	3,0 (114)	3,1 (118)	2,1 (70)	2,1 (69)	2,6 (184)	2,6 (187)
Beroende av snus (n)	1,9 (71)	1,8 (67)	7,0 (230)	7,8 (254)	4,3 (301)	4,5 (321)
Beroende av alkohol (n)	3,1 (119)	3,2 (122)	5,2 (170)	5,1 (167)	4,1 (289)	4,1 (289)
Beroende av narkotika/ läkemedel (n)	0,9 (35)	0,8 (30)	1,0 (33)	1,0 (32)	1,0 (68)	0,9 (62)

Tabell 6. Olika utvecklingsbanor av beroende i hela panelen (%).

	Beroende 2014 men inte 2013 (incidens) ^{a)}	Beroende 2013 och 2014 ^{b)}	Beroende 2013 men inte 2014 ^{b)}	Ej beroende 2013 och 2014 ^{b)}
Cigaretter (n=7 072) ^{c)}	0,7	2,0	0,6	96,8
Snus (n=7 072) ^{c)}	1,2	3,4	0,9	94,6
Alkohol (n=7 072) ^{c)}	2,2	2,0	2,1	93,9
Narkotika/läkemedel (n=7 072) ^{c)}	0,4	0,5	0,4	98,7

a) Incidens anger antalet nya sjukdomsfall (i det här fallet beroende) under en given tid (i det här fallet ett år). Ett vedertaget sätt att beräkna incidens är att i nämnaren endast inkludera de som var sjukdomsfria vid det första mättillfället. Därför har alla individer med ett beroende år 2013 exkluderats ur nämnaren för respektive substans. I dessa beräkningar motsvarar kvoten antalet personer som var beroende år 2014 över antalet personer som inte hade ett beroende år 2013.

b) I dessa beräkningar ingår hela studiepopulationen i nämnaren och inga personer har exkluderats ur analysen.

c) Radprocenten överstiger 100 % pga. att personer som hade ett beroende år 2013 har exkluderats från nämnaren i beräkningen av incidensen.

3.1 Stabilitet och förändring bland de som var beroende 2013

Detta avsnitt fokuserar på de personer som var beroende av någon av de studerade substanserna år 2013 samt i vilken omfattning personernas beroende har varit stabilt eller upphört mellan mättillfällena.

Beroende av alkohol respektive narkotika/läkemedel är de beroendetillstånd som visar på störst förändringar (tabell 7). Av de personer som bedömdes vara beroende av alkohol år 2013 har omkring hälften, 50,5 procent, upphört vara beroende ett år senare. Även bland de personer som var beroende av narkotika eller läkemedel år 2013 är det närmare hälften, 49,3 procent, som inte är kvar i sitt beroende ett år senare. Uppdelat på män och kvinnor ser vi att andelen som har upphört vara beroende av alkohol eller narkotika/läkemedel är något högre i gruppen kvinnor (52,9 respektive 55,9 %) jämfört med gruppen män (48,8 % respektive 42,4 %). Att omkring hälften av alla svarande med beroende av alkohol eller narkotika/läkemedel år 2013 har upphört vara beroende ett år senare innebär att stabiliteten i beroende ligger på liknande andelar. Det framkommer även att stabiliteten i beroende av alkohol respektive narkotika/läkemedel är högre bland män än bland kvinnor. Av de män som var beroende av alkohol 2013 har 51,2 procent kvar detta tillstånd ett år senare medan motsvarande andel bland kvinnor uppgår till 47,1 procent. Störst könsskillnader i stabilitet i beroende finner vi dock för narkotika/läkemedel, där knappt sex av tio bland männen och drygt fyra av tio bland kvinnorna, är kvar i ett beroende ett år senare.

Tobaksberoende framstår i jämförelse med beroende av alkohol respektive narkotika/läkemedel, som ett mindre föränderligt tillstånd. Av de personer som var beroende av cigaretter respektive snus år 2013 har beroendet upphört för drygt två av tio personer (23,4 % respektive 21,3 %). Uppdelat på kön visar resultaten att en något större andel av männen (24,3%) än kvinnorna (22,8 %) har upphört att vara beroende av cigaretter. För snus är könsskillnaderna de omvända, här har knappt en femtedel av männen upphört vara snusberoende medan motsvarande andel för kvinnor ligger närmare en fjärdedel. Bland de personer som bedömdes vara cigarettberoende eller snusberoende år 2013 är det alltså en klar majoritet (76,6 % respektive 78,7 %) som har kvar sitt beroende ett år senare. Dock är det en större andel bland männen (80,4 %) än bland kvinnorna (73,2 %) som har haft ett stabilt snusberoende medan en något större andel bedöms ha ett stabilt beroende av cigaretter bland kvinnorna (77,2 %) jämfört med männen (75,7 %).

Tabell 7. Andelen av de respondenter som var ANT-beroende år 2013 för vilka beroendet har upphört eller varit stabilt fram till år 2014 (%).

Beroendebana	Kvinnor		Män		Totalt	
	Stabilt	Upphört	Stabilt	Upphört	Stabilt	Upphört
Cigaretter	77,2	22,8	75,7	24,3	76,6	23,4
Snus	73,2	26,8	80,4	19,6	78,7	21,3
Alkohol	47,1	52,9	51,2	48,8	49,5	50,5
Narkotika/läkemedel	44,1	55,9	57,6	42,4	50,7	49,3

3.2 Hur stor andel av de med beroende 2014 hade inte detta tillstånd 2013?

Detta avsnitt fokuserar på andelen av de personer som bedöms vara beroende av ANT år 2014 som är nytillkomna, dvs. inte bedömdes vara beroende av respektive substans ett år tidigare.

Tidigare avsnitt har visat att beroende av alkohol eller av narkotika/läkemedel är mindre stabila tillstånd jämfört med cigarett- och snusberoende. Följaktligen finner vi störst andel nytillkomna personer i grupperna med alkohol- eller narkotika-/läkemedelsberoende när vi studerar de personer som är beroende av ANT år 2014 (tabell 8). Bland de svarande som är alkoholberoende år 2014 hade omkring hälften (50,5 %) inte detta beroende ett år tidigare. I enlighet med att stabiliteten i alkoholberoende är högre bland män än bland kvinnor är andelen nytillkomna alkoholberoende män något lägre (47,9 %) jämfört med andelen nytillkomna kvinnor (54,1 %). Bland de svarande som är beroende av narkotika eller läkemedel år 2014 hade drygt fyra av tio personer inte detta beroende ett år tidigare. Även här är andelen nytillkomna personer större bland kvinnor (43,3 %) än bland män (40,6 %).

Andelen nytillkomna personer i grupperna med tobaksberoende år 2014 är betydligt mindre jämfört med motsvarande andel nytillkomna i grupperna med beroende av alkohol eller narkotika/läkemedel. Bland de som bedöms vara beroende av cigaretter eller snus år 2014 hade omkring en fjärdedel inte ett beroende 12 månader tidigare. Sett till könsskillnader finner vi en något större andel nytillkomna personer med cigarettberoende i gruppen kvinnor (25,4 %) jämfört med gruppen män (23,2 %). För snusberoende är könsskillnaderna de omvända med en större andel nytillkomna män (27,2 %) än kvinnor (22,4 %).

Tabell 8. Andel av respondenterna med ANT-beroende år 2014 som inte var beroende år 2013 (%).

	Kvinnor	Män	Totalt
Cigaretter	25,4	23,2	24,6
Snus	22,4	27,2	26,2
Alkohol	54,1	47,9	50,5
Narkotika/läkemedel	43,3	40,6	41,9

3.3 Faktorer relaterade till att ha utvecklat ett beroende mellan 2013 och 2014

Huvudresultat

Bivariata regressionsmodeller

- Bivariata regressionsanalyser visar att kvinnor har en lägre risk att utveckla beroende av alkohol eller snus och att respondenter i den yngsta åldersgruppen har en högre risk att utveckla beroende av alla substanser. Vidare har respondenter i gruppen med lägst inkomst högre risk att bli beroende av alkohol respektive narkotika/läkemedel men en lägre risk att bli beroende av snus. För övriga bakgrundsvariabler framkommer inga tydliga mönster av signifikanta resultat.

Multivariata regressionsmodeller

- När bakgrundsvariablerna inkluderas i samma regressionsmodell försvinner könsskillnaden i risken att utveckla ett alkoholberoende, däremot har kvinnor fortfarande en lägre risk att utveckla ett snusberoende. För den lägsta åldersgruppen kvarstår en förhöjd risk att ha utvecklat ett beroende av alla substanser frånsett cigaretter.
- Personer med en högre dryckesfrekvens eller frekvens av intensivkonsumtion år 2013 hade en förhöjd risk att ha utvecklat ett alkoholberoende ett år senare, oberoende av kön, ålder, inkomst etc. Likaså är en ökning i dryckesfrekvens/frekvens av intensivkonsumtion mellan 2013 och 2014 förenat med högre risk att utveckla alkoholberoende, oberoende av de svarandes värden på övriga bakgrundsvariabler.

I följande avsnitt används regressionsmodeller för att analysera i vilken utsträckning olika sociodemografiska bakgrundsfaktorer är relaterade till risken att en individ har utvecklat ett ANT-beroende under det senaste året. De oberoende variablerna utgörs av kön, ålder, födelseland, utbildning, inkomst, sysselsättning, boendestatus och dryckesvanor (endast för modellen med alkoholberoende som utfall). För de variabler som varierar över tid används värdet för år 2013, vilket innebär att vi skattar effekten av t.ex. inkomst och sysselsättning år 2013 på den efterföljande risken att utveckla ett beroende. I analyserna utgörs basen av de respondenter som vid varken T1 eller T2 bedömdes vara beroende av ANT jämfört med de respondenter som utvecklade ett beroende av ANT mellan år 2013 och 2014.

Analyserna har genomförts i två steg. I ett första steg utfördes bivariata analyser vilket innebär att de oberoende variablerna inkluderas i separata regressionsmodeller. Detta förfarande ger svar på hur risken att utveckla ett beroende skiljer sig mellan grupperna i den oberoende variabeln, t.ex. mellan män och kvinnor. Estimatet (regressionskoefficienterna) uttrycks i relativa risker vilket motsvarar skillnaden i risk mellan gruppen som estimatet gäller för och gruppen som utgör referensgrupp. Om vi t.ex. får ett estimat på 1,5 för kön (där kvinnor är kodade som 1 och män utgör referensgrupp) så tolkas detta som att kvinnor har en 50 procent högre risk att utveckla ett beroende jämfört med män. I ett nästa steg har vi genomfört multivariata analyser, vilket i detta fall innebär att de oberoende variablerna har inkluderats i en och samma regressionsmodell, för respektive utfall. Vid detta förfarande uttrycker estimatet för den oberoende variabeln den relativa risken att utveckla ett beroende jämfört med referensgruppen – justerat för värdet på övriga oberoende variabler. Om vi likt ovan skulle få ett estimat på 1,5 för

kön i dessa modeller så tolkas detta som att en kvinna har 50 procent högre risk att utveckla ett beroende jämfört med en man givet att de har samma värde på de övriga oberoende variablerna, dvs. är i samma åldersgrupp, har samma utbildning, inkomst etc.

3.1.1 Bivariata analyser

Resultaten från de bivariata regressionsanalyserna återges i tabell 9. Av estimaten för kön framgår att kvinnor har en lägre risk att ha utvecklat ett beroende av alkohol och snus år 2014 jämfört med män. Däremot finner vi inga signifikanta könsskillnader i risken att utveckla beroende av narkotika eller cigaretter.

I regressionsmodellerna innehållande åldersgrupper utgör den äldsta åldersgruppen (65–84 år 2013) referensgrupp. I dessa analyser framkommer det att personer i den yngsta åldersgruppen (17–29 år 2013) har en högre risk att utveckla beroende av alla substanser jämfört med personer i den högsta åldersgruppen. För snusberoende är risken förhöjd även för åldersgruppen 30–49 år. Störst relativ risk för att ha utvecklat beroende finner vi för alkohol respektive narkotika/läkemedel. Här har den yngsta åldersgruppen omkring åtta respektive tio gånger högre risk att ha utvecklat ett beroende vid T2 jämfört med den äldsta åldersgruppen. Den relativa risken för att utveckla beroende av cigaretter i den lägsta åldersgruppen ligger betydligt lägre, på 2,77. Gällande snusberoende har personer tillhörande de två lägsta åldersgrupperna ungefär två gånger högre risk att ha utvecklat beroende vid T2 jämfört med referensgruppen. För övriga åldersgrupper återfinns inga signifikanta skillnader i risk att utveckla ANT-beroende under en ettårsperiod.

Födelseland förefaller i stort sett inte ha någon betydelse för risken att utveckla ett beroende av ANT. Ett undantag utgörs dock av personer födda i annat nordiskt land, vilka har en 3,45 gånger högre risk att utveckla ett cigarettberoende jämfört med personer födda i Sverige.

I regressionsmodellerna som innehåller socioekonomiska bakgrundsvariabler finner vi inga signifikanta skillnader i risk mellan utbildningsgrupper. Däremot har personer i gruppen med lägst inkomst 1,79 respektive 6,4 gånger högre risk att bli beroende av alkohol respektive narkotika/läkemedel jämfört med personer i den högsta inkomstgruppen. Vidare har personer tillhörande de två lägsta inkomstgrupperna en lägre risk att bli beroende av snus jämfört med personer i den högsta inkomstgruppen.

Sett till kvarvarande bakgrundsvariabler har personer som är arbetslösa, långtidssjukskrivna eller förtidspensionerade åtta gånger högre risk att utveckla beroende av narkotika/läkemedel, och tre gånger högre risk att bli beroende av cigaretter, jämfört med personer som är i sysselsättning. Slutligen har ensamboende en lägre risk att utveckla alkoholberoende jämfört med personer i gruppen ej ensamboende.

För alkoholberoende har vi även skattat betydelsen av alkoholvanor. Här visar resultaten att personer med en hög dryckesfrekvens och frekvens av intensivkonsumtion år 2013 har en förhöjd risk att utveckla beroende ett år senare. Liknande samband återfinns gällande förändring i alkoholvanor, där är en ökad dryckesfrekvens eller ökad frekvens av intensivkonsumtion är förenat med en ökad risk att ha utvecklat ett beroende år 2014.

Tabell 9. Relativ risk att ha utvecklat ett ANT-beroende år 2014, bivariata regressionsmodeller.

Typ av beroende	Alkohol	Narkotika/ läkemedel	Cigaretter	Snus
Bakgrundsvariabler				
Kön				
Man (ref)				
Kvinna	0,70*	0,86	1,63	0,18***
Ålder 2013				
17–29	8,22***	9,77**	2,77*	2,22*
30–49	1,50	4,08	1,55	2,03*
50–64	1,82	1,53	2,23	1,58
65–84 (ref)				
Födelseland				
Sverige (ref)				
Annat nordiskt land	0,99	–	3,45*	0,43
Annat europeiskt land	0,22	–	0,80	0,75
Land utanför Europa	0,71	–	0,83	0,40
Utbildning 2013				
Grundskola (ref)				
Gymnasiet	1,43	2,35	0,97	1,06
Högskola/universitet	0,95	0,96	0,48	0,76
Inkomst 2013				
1	1,79*	6,40*	1,98	0,34**
2	0,77	2,94	1,57	0,49*
3	0,72	0,96	0,83	0,69
4	0,75	0,99	0,43	0,56
5 (ref)				
Arbetslös/långtidssjukskriven 2013 (ref: sysselsatt)	1,46	7,86***	3,16**	1,63
Ensamboende (ref: ej ensam- boende) 2013	0,61*	0,48	0,87	0,93
Alkoholvanor				
Dryckesfrekvens 2013	1,20***	–	–	–
Förändring i dryckesfrekvens	1,38***	–	–	–
Frekvens av intensivkonsumtion 2013	1,58***	–	–	–
Förändring i intensivkonsumtion	1,81***	–	–	–

*p<0,05, **p<0,01, ***p<0,001

3.3.2 Multivariata analyser

När bakgrundsvariablerna inkluderas i en och samma regressionsmodell kvarstår inte könsskillnaden i risken för att utveckla ett alkoholberoende. Däremot har kvinnor fortfarande en signifikant lägre risk att utveckla ett snusberoende. Den relativa risken på 0,14 tolkas som att kvinnor har 86 procent lägre risk att ha blivit beroende av snus vid T2 jämfört med män, när övriga oberoende variabler hålls konstanta.

För den lägsta åldersgruppen kvarstår en förhöjd risk att ha utvecklat ett beroende av alla substanser vid T2, fransett cigaretter. Det bör dock noteras att den relativa risken för den lägsta åldersgruppen att bli alkoholberoende har ökat markant jämfört med den bivariata modellen, från 8,22 till 18,15. Förändringen i risk förklaras sannolikt av att den multivariata modellen

kontrollerar för de svarandes alkoholvanor. Resultatet kan tolkas som att personer i den lägsta åldersgruppen har en betydligt högre risk att bli beroende av alkohol, även när vi tar hänsyn till skillnader i de svarandes alkoholvanor.

Värt att nämna för övriga bakgrundsvariabler är att den förhöjda risken att bli beroende av alkohol respektive narkotika/läkemedel inte kvarstår för gruppen med lägst inkomst. Denna förändring förklaras sannolikt av att gruppen med lägst inkomst innefattar en stor andel ungdomar vilken i sin tur har en förhöjd risk att utveckla beroende. Vidare har högskoleutbildade individer här en signifikant lägre risk att bli beroende av snus medan individer som är arbetslösa, långtidssjukskrivna eller förtidspensionärer inte längre har en högre risk att bli beroende av cigaretter och ensamboende har inte längre lägre risk att bli alkoholberoende.

Alkoholvanor var signifikant relaterade till risken att utveckla beroende även i den multivariata analysen. Detta innebär att personer som har en hög frekvens av intensivkonsumtion år 2013 hade en förhöjd risk att ha utvecklat ett alkoholberoende ett år senare, även med hänsyn till skillnader i kön, ålder, inkomst etc. På samma vis innebär en ökning i dryckesfrekvens, eller frekvens av intensivkonsumtion, en högre risk att utveckla alkoholberoende, oberoende av de svarandes värden på övriga bakgrundsvariabler.

Tabell 10. Relativ risk att ha utvecklat ett ANT-beroende år 2014, multivariata regressionsmodeller.

Typ av beroende	Alkohol	Narkotika/ läkemedel	Cigaretter	Snus
Bakgrundsvariabler				
Kön				
Man (ref)				
Kvinna	0,74	0,82	1,15	0,14***
Ålder 2013				
17–29	18,15***	6,86*	2,38	4,23***
30–49	2,39*	3,07	3,51	2,70*
50–64	1,95	1,01	4,28*	1,31
65–84 (ref)				
Födelseland				
Sverige (ref)				
Annat nordiskt land	2,05	–	4,28**	0,64
Annat europeiskt land	0,36	–	0,95	0,86
Land utanför Europa	1,08	–	0,83	0,39
Utbildning 2013				
Grundskola (ref)				
Gymnasiet	1,29	1,46	0,85	0,61
Högskola/universitet	1,14	0,88	0,59	0,47*
Inkomst 2013				
1	0,62	0,53	2,55	0,25**
2	0,57	0,95	2,12	0,57
3	0,48*	0,62	0,89	0,71
4	0,53	0,22	0,48	0,55
5 (ref)				
Arbetslös/långtidssjukskriven 2013 (ref: sysselsatt)	1,10	5,17**	1,09	2,09
Ensamboende (ref: ej ensam- boende) 2013	0,68	0,55	0,77	0,75
Alkoholvanor				
Dryckesfrekvens 2013	1,24**	–	–	–
Förändring i dryckesfrekvens	1,38***	–	–	–
Frekvens av intensivkonsumtion 2013	1,57***	–	–	–
Förändring i intensivkonsumtion	1,62***	–	–	–

*p<0,05, **p<0,01, ***p<0,001

4. Stabilitet och förändring i utsatthet för närståendes bruk

Huvudresultat

- Utsatthet för negativa konsekvenser av närståendes substansanvändning skiljer sig inte signifikant mellan 2013 och 2014 i den studerade panelen.
- År 2014 uppgav 16 procent i panelen att de under det senaste året varit utsatta för negativa konsekvenser av närståendes alkoholkonsumtion. Motsvarande värde för rökning var 13 procent, medan utsatthet för närståendes narkotika- respektive läkemedelsanvändning uppgick till cirka 3 procent. Utsatthet för negativa konsekvenser av närståendes substansbruk var genomgående högre för kvinnor jämfört med män.
- Trots att de negativa konsekvenserna var oförändrade mellan 2013 och 2014 totalt sett, hade en betydande andel individuella förflyttningar skett mellan att vara utsatt och att inte vara det.
- Utsatthet för negativa effekter från närståendes substansbruk under både 2013 och 2014 berörde 9 procent i panelen för närståendes alkoholkonsumtion, 7 procent för rökning, 1,4 procent för narkotikaanvändning och 0,8 procent för närståendes bruk av läkemedel.
- Utsatthet för negativa effekter från närståendes substansbruk under 2014 men inte 2013 (12-månaders incidens) berörde 8 procent i panelen för närståendes alkoholkonsumtion, 7 procent för rökning och 2 procent för både narkotikaanvändning och bruk av läkemedel hos närstående.
- Utsatthet för negativa effekter från närståendes substansbruk under 2013 men inte 2014 berörde 8 procent i panelen för närståendes alkoholkonsumtion, 7 procent för rökning, och 1,8 respektive 1,5 procent av för narkotikaanvändning och bruk av läkemedel hos närstående.
- Drygt hälften av respondenterna som rapporterade negativa konsekvenser av någon närståendes alkoholkonsumtion och rökning under 2013 var fortsatt utsatta ett år senare. Andelen som var fortsatt utsatt för närståendes narkotika- respektive läkemedelsanvändning var något lägre, mellan 36 och 43 procent.
- Av de som var utsatta för närståendes drickande 2014 var i genomsnitt 43 procent nytillkomna dvs. inte utsatta 2013. Motsvarande siffror för rökning, narkotikaanvändning och läkemedelsbruk var 45, 57 respektive 69 procent.
- Andelen nytillkomna var betydligt vanligare bland män vad gäller utsatthet för närståendes alkoholkonsumtion (50 %) medan könsskillnaderna var mindre för de andra substanserna.

Det här kapitlet belyser förekomsten av stabilitet och förändring i utsatthet för negativa konsekvenser av andras ANT-användning. Inledningsvis presenteras den totala prevalensen av utsatthet i panelen vid båda mättillfällena dvs. för 2013 och 2014 och därefter undersöks vilka individuella förändringar som har skett mellan åren. Det gäller framförallt antalet nytillkomna

utsatta personer under 2014, antal personer som vara utsatta både 2013 och 2014 samt antal personer för vilka problemen hade upphört mellan 2013 och 2014.

I tabell 11 redovisas hur stor andel i panelen som under det senaste året utsatts för negativa konsekvenser av andra personers substansanvändning under 2013 respektive under 2014. Resultatet presenteras totalt samt uppdelat på kvinnor och män. Andelarna förändras bara marginellt och ingen förändring i panelen mellan 2013 och 2014 är statistiskt säkerställd.

Högst förekomst av utsatthet för närståendes substansbruk återfanns för negativa effekter av närståendes drickande, vilket uppgick till 17,4 respektive 16 procent under 2013 och 2014. Motsvarande andelar för närståendes rökning var 14,3 respektive 13 procent medan utsatthet för närståendes läkemedelsanvändning uppgick till 2,3 respektive 2,6 procent. Utsatthet för närståendes narkotikaanvändning låg på 3,2 procent vid båda mättillfällena. För samtliga substanser och vid båda åren var andelarna högre för kvinnor än för män.

Tabell 11. Andel utsatta för negativa konsekvenser av närståendes substansanvändning totalt och uppdelat på kön år 2013 och 2014, % (n).

	Kvinnor		Män		Totalt	
	2013 (3 797)	2014 (3 797)	2013 (3 275)	2014 (3 275)	2013 (7 072)	2014 (7 072)
N=						
Påverkats negativt av närståendes:						
...drickande	22,4 (836)	21,0 (785)	11,6 (376)	10,2 (330)	17,4 (1212)	16,0 (1115)
...rökning	16,4 (614)	15,2 (560)	11,9 (384)	10,5 (333)	14,3 (998)	13,0 (893)
...användning av narkotika	3,8 (141)	4,1 (153)	2,6 (83)	2,1 (67)	3,2 (224)	3,2 (220)
...användning av narkotika-klassade läkemedel	2,8 (104)	3,2 (120)	1,8 (60)	2,0 (64)	2,3 (164)	2,6 (184)

Att det inte finns en signifikant skillnad i utsatthet för andras substansbruk mellan 2013 och 2014 betyder inte att ingen förändring har skett mellan mätpunkterna för de individer som ingår i panelen. Bakom den oförändrade nivån i utsatthet totalt sett, så sker betydande individuella förflyttningar mellan att vara utsatt och att inte vara det, se tabell 12.

Andelen av alla svaranden som kommit att drabbas av utsatthet av andras substansbruk mellan 2013 och 2014 (12 månaders incidens dvs. nya fall 2014), uppgår till 8,3 procent för närståendes alkoholkonsumtion, 6,8 procent för rökning och knappt 2 procent för närståendes bruk av narkotika respektive läkemedel. Ser vi till andelen i panelen där de negativa effekterna av andras ANT-bruk istället upphört mellan 2013 och 2014 blir motsvarande andelar: 8,3 procent (alkoholkonsumtion), 7,1 procent (rökning), 1,8 procent (narkotikaanvändning) samt 1,5 procent som upphört att vara utsatt för negativa effekter av andras läkemedelsanvändning. Vidare, när vi ser till stabilitet i utsatthet dvs. andelen som påverkats negativt både 2013 och 2014, finner vi att detta är mest vanligt förekommande gällande utsatthet för närståendes drickande (9,2 %), följt av rökning (7,2 %), narkotikaanvändning (1,4 %) och läkemedelsanvändning (0,8 %). Samtidigt får man konstatera att den absolut vanligaste gruppen i panelen är den betydande majoritet som inte varit utsatt för närståendes substansanvändning under varken 2013 eller 2014.

Tabell 12. Olika utvecklingsbanor av utsatthet för negativa konsekvenser av närståendes substansanvändning under åren 2013 och 2014 (%).

	Utsatta 2014 men inte 2013 (incidens) ^{a)}	Utsatta 2013 och 2014 ^{b)}	Utsatta 2013 men inte 2014 ^{b)}	Utsatta varken 2013 eller 2014 ^{b)}
Påverkats negativt av närståendes:				
...drickande (n=6 870) ^{c)}	8,3	9,2	8,3	75,7
...rökning (n=6 752) ^{c)}	6,8	7,2	7,1	79,9
...användning av narkotika (n=6 879) ^{c)}	1,8	1,4	1,8	95,0
...användning av narkotikaklassade läkemedel (n=6 943) ^{c)}	1,9	0,8	1,5	95,9

a) Incidens anger antalet nya sjukdomsfall (i det här fallet personer utsatta negativt för andra personers substansbruk) under en given tid (i det här fallet ett år). Ett vedertaget sätt att beräkna incidens är att i nämnaren endast inkludera de som var sjukdomsfria vid det första mätillfället. Därför har alla individer som var utsatta för andras substansanvändning år 2013 exkluderats ur nämnaren för respektive substans. I dessa beräkningar motsvarar kvoten antalet personer som var utsatta år 2014 över antalet personer som inte var det år 2013.

b) I dessa beräkningar ingår hela studiepopulationen i nämnaren och inga personer har exkluderats ur analysen.

c) Radprocenten överstiger 100 % pga. att personer som hade ett beroende år 2013 har exkluderats från nämnaren i beräkningen av incidensen.

4.1 Stabilitet och förändring i utsatthet för närståendes bruk bland de som var utsatta 2013

I det här avsnittet fokuserar vi på den grupp som rapporterade utsatthet för andra personers substansanvändning under 2013 och hur stor andel av dessa som fortfarande var utsatta 2014 samt för hur många som utsattheten hade upphört.

Drygt hälften av de respondenter som rapporterade negativa konsekvenser av någon närståendes alkoholkonsumtion respektive rökning år 2013 var fortfarande utsatta för denna problematik ett år senare (tabell 13). Med andra ord hade problemen upphört under uppföljningen för närmare hälften av de som var utsatta år 2013. Andelen som är fortsatt utsatt för närståendes narkotika- respektive läkemedelsanvändning vid uppföljningen 2014 var något lägre och uppgår till 36 respektive 42,5 procent dvs. fler i dessa grupper upphörde att vara utsatta under uppföljningen.

Uppdelat på kön var en något större andel kvinnor fortsatt utsatta av närståendes drickande (56,7 %) och rökning (52,4 %) jämfört med män där mindre än hälften kvarstod ett år senare. För utsatthet för närståendes narkotika- respektive läkemedelsanvändning föreligger däremot inga könsskillnader i detta avseende.

Tabell 13. Stabilitet och förändring i utsatthet för negativa konsekvenser av närståendes substansanvändning bland de som var utsatta 2013 (%).

	Kvinnor		Män		Totalt	
	Fortsatt	Upphört	Fortsatt	Upphört	Fortsatt	Upphört
Påverkats negativt av närståendes:						
...drickande	56,7	43,3	43,3	56,7	52,5	47,5
...rökning	52,4	47,6	47,0	53,0	50,4	49,6
...användning av narkotika	44,7	55,3	38,8 ^{a)}	61,3 ^{a)}	42,5	57,5
...användning av narkotika-klassade läkemedel	36,3	63,7	35,6	64,4	36,0	64,0

a) Pga. avrundning blir summan av dessa andelar mer än 100 %.

4.2 Hur stor andel av de som var utsatta för närståendes bruk 2014 var inte utsatta 2013?

I det här avsnittet fokuserar vi på de personer som 2014 rapporterade att de har påverkats negativt av någon annans substansanvändning och andelen av dessa som är nytillkomna fall, dvs. som inte rapporterade utsatthet 2013. Resultatet presenteras i tabell 14 och visar att av de som rapporterade utsatthet för närståendes alkoholkonsumtion och rökning 2014 var 42,6 respektive 44,9 procent nytillkomna fall, dvs. inte utsatta för detta ett år tidigare. Detta är något lägre än andelen som för först 2014 rapporterar att de varit utsatta för närståendes narkotika- (56,7 %) och läkemedelsanvändning (68,5 %). Uppdelat på kön så är andelen nytillkomna högre för män än för kvinnor för närståendes drickande (50,5 respektive 39,3 %) och rökning (47,1 respektive 43,7 %). Andelen som första gången rapporterar utsatthet av närståendes narkotika- och läkemedelsanvändning var dock högre för kvinnor jämfört med män.

Tabell 14. Andel av de som var utsatta för negativa konsekvenser av närståendes substansanvändning vid T2 (år 2014) som inte var det ett år tidigare vid T1 (år 2013) och därmed är nytillkomna fall (%).

	Kvinnor	Män	Totalt
Påverkats negativt av närståendes:			
...drickande	39,3	50,5	42,6
...rökning	43,7	47,1	44,9
...användning av narkotika	58,0	53,7	56,7
...användning av narkotika-klassade läkemedel	69,2	67,2	68,5

4.3 Faktorer relaterade till stabilitet och förändring i utsatthet för närståendes bruk

Huvudresultat

- Kvinnor och yngre åldersgrupper har högre risk att bli negativt påverkade under 2014 av närståendes drickande, rökning, narkotika- och läkemedelsanvändning när estimaten kontrolleras för de andra oberoende variablerna.
- Få socioekonomiska variabler påverkar risken att bli utsatt för negativa konsekvenser av andra personers substansbruk men att vara arbetslösa/långtidssjukskriven 2013 medförde en ökad risk för att bli utsatt för närståendes drickande.
- Respondenter som frekvent drack fem glas eller fler vid samma dryckestillfälle 2013 hade en ökad risk för att ett år senare ha blivit utsatt för närståendes drickande. Egen narkotikakonsumtion 2013 ökade risken för att ha blivit utsatt för negativa effekter av närståendes rökning och läkemedelsanvändning.
- Bland de som vid 2013 års mätning rapporterade utsatthet för någon närståendes drickande och rökning hade de som uppgav en högre allvarlighetsgrad av utsattheten en högre risk att vara fortsatt negativt påverkad ett år senare.
- Egen substanskonsumtion påverkade inte risken att vara fortsatt respektive att ha upphört vara utsatt av varken närståendes drickande eller rökning under uppföljningsperioden.
- Risken att vara fortsatt negativt påverkad mellan mättillfällena var högre för kvinnor och bland de som var ensamboende samt bland de som vid T2 hade sökt hjälp eller stöd för närståendes drickande. Att vara född i Sverige ökade risken för att vid uppföljningen vara negativt påverkad av närståendes drickande jämfört med de som var födda i annat nordiskt land.
- Få andra bakgrunds- eller sociodemografiska faktorer var relaterade till att vara fortsatt respektive att ha upphört vara utsatt av varken närståendes drickande eller rökning vid uppföljningen.

I det här avsnittet studeras faktorer som samvarierar med risken att bli utsatt för negativa konsekvenser av närstående personers användning av ANT mellan 2013 och 2014, alltså de nytillkomna fallen av utsatthet 2014. Vidare analyseras vilka faktorer som är relaterade till att dels vara fortsatt utsatt för närståendes alkoholkonsumtion och rökning 2014 och dels vilka faktorer som är relaterade till att utsattheten upphört under ettårsuppföljningen.

Analyserna genomfördes i två steg. Först utfördes bivariata analyser, vilket innebär att de oberoendevariablerna inkluderas i separata regressionsmodeller. Dessa analyser ger svar på hur skillnaden i risk för utsatthet av andras substansanvändning ser ut mellan grupper, t.ex. mellan olika åldersgrupper. Estimatet uttrycker den relativa risken vilket motsvarar skillnaden i risk mellan gruppen som estimatet gäller för och gruppen som utgör referensgrupp. Om vi t.ex. får ett estimat på 1,5 för den yngsta åldersgruppen (där den äldsta åldersgruppen utgör referensgrupp) tolkas estimatet som att den yngre åldersgruppen har en 50 procent högre risk för utfallet jämfört med den äldsta åldersgruppen. I nästa steg har multivariata analyser genomförts, vilket i detta fall innebär att samtliga oberoende variabler har inkluderats i en och samma regressions-

modell för respektive utfall. Vid detta förfarande uttrycker estimatet för en oberoendevariabel den relativa risken för utfallet jämfört med referensgruppen, när övriga oberoendevariabler hålls konstanta, dvs. sätts på samma värde. Om vi likt ovan skulle få ett estimat på 1,5 för den yngsta åldersgruppen i dessa modeller tolkas detta som att den yngre åldersgruppen har 50 procent högre risk för utfallet jämfört med den äldre givet att de har samma värde på de övriga oberoende variablerna, t.ex. har samma kön, utbildning, inkomst etc.

4.3.1 Faktorer relaterade till att ha blivit utsatt för närståendes bruk mellan 2013 och 2014

I analyserna av vilka faktorer som är relaterade med risken att ha blivit utsatt för andras substansanvändning under 2014 utgör de som inte varit utsatta vid något mätillfälle jämförelsegrupp. De tydligaste resultaten från de bivariata analyserna var att kvinnor och yngre åldersgrupper genomgående hade en högre risk för att bli utsatt av närståendes substansanvändning under ettårsuppföljningen (tabell 15). Kvinnor hade t.ex. 42 procent högre risk jämfört med män att ha blivit negativt påverkad av en närståendes rökning och dubbelt så stor risk för att bli utsatt för närståendes narkotikaanvändning. Vidare hade individer i åldersgruppen 17–29 år t.ex. en drygt tio gånger högre risk än den äldsta åldersgruppen att bli utsatt av närståendes narkotikabruk.

Av övriga studerade variabler framkom inga entydiga samband med risken för att bli utsatt för andras substansanvändning bortsett från att personer som 2013 var arbetslösa/långtidssjuk-skrivna hade en högre risk för utsatthet gällande samtliga substanser jämfört med personer i sysselsättning. Det fanns också tecken på att låg inkomst var relaterad till en ökad risk för utsatthet, då personer i den lägsta inkomstgruppen 2013 hade signifikant högre risk att drabbas av närståendes rökning och narkotikaanvändning vid mätningen 2014.

I analyserna om betydelsen av de egna konsumtionsvanorna framkom att personer med ett alkoholberoende hade förhöjd risk att bli utsatt för andras drickande och rökning och att personer med cigarettberoende hade en förhöjd risk för utsatthet för andras rökning. Användare av narkotika/narkotikaklassade läkemedel hade också en ökad risk för att bli utsatt för närståendes användning av samtliga substanser.

Tabell 15. Relativ risk att bli utsatt för negativa konsekvenser av närståendes substansanvändning år 2014, bivariata modeller.

	Närståendes drickande	Närståendes rökning	Närståendes narkotika- användning	Närståendes läkemedels- användning
Bakgrundsfaktorer				
Kön				
Man (ref)				
Kvinna	1,83***	1,42***	2,12***	1,70**
Ålder				
17–29	3,60***	3,77***	10,25***	3,34***
30–49	2,97***	2,38***	4,52***	2,56**
50–64	2,37***	2,31***	3,43**	2,50**
65–84 (ref)				
Födelseland				
Sverige (ref)				
Annat nordiskt land	0,90	1,03	–	–
Annat europeiskt land	0,70	0,94	–	–
Land utanför Europa	1,32	2,33***	–	–
Utbildning				
Grundskola (ref)				
Gymnasiet	1,38**	1,02	1,08	1,56
Högskola/universitet	1,51**	0,93	0,86	1,38
Inkomst 2013				
1	1,23	1,45*	2,34**	1,80
2	0,74	0,86	1,07	1,62
3	1,19	1,33	1,14	2,07*
4	1,05	1,11	0,95	1,78
5 (ref)				
Arbetslös/långtidssjukskriven 2013 (ref: sysselsatt)	1,83***	1,82***	2,53***	1,73*
Ensamboende (ref: ej ensamboende)	0,86	0,78*	0,62*	0,71
Egna tobaksvanor				
Dagligrökare	–	1,37	–	–
Slutat vara dagligrökare	–	0,72	–	–
Cigarettberoende	–	2,09**	–	–
Egna alkoholvanor				
Frekvensdrickande	0,96	0,91**	–	–
Intensivkonsumtionstillfällen (5+) per vecka	1,06	–	1,11	0,99
Förändrad intensivkonsumtion	1,06	–	–	–
Alkoholberoende	1,71***	1,56*	–	–
Annat eget substansbruk				
Användare av narkotika/narkotika- klassade läkemedel senaste året 2013 (ref: ej använt)	1,35**	2,11***	2,04**	1,77**
Förändrat substansbruk	–	–	1,13	1,20

*p<0,05, **p<0,01, ***p<0,001

I tabell 16 presenteras resultaten från multivariata analyser, där alla faktorer är inkluderade samtidigt och effekten av de enskilda variablerna gäller när värdet för de andra variablerna hålls konstanta.

Den multivariata analysen visar att kvinnor och yngre åldersgrupper har en förhöjd risk för i princip samtliga utfall även då man konstant håller övriga bakgrunds- och sociodemografiska faktorer samt egna konsumtionsvanor. När det gäller utsatthet för en närståendes drickande, innebär detta att givet att kvinnor och män är i samma åldersgrupp, har samma utbildning och inkomst samt samma dryckesvanor har kvinnor ändå en dubbelt så hög risk att drabbas av närståendes drickande jämfört med män.

De flesta sociodemografiska variabler upphör att vara signifikanta i de multivariata analyserna men ett undantag är betydelsen av att vara arbetslös eller långtidssjukskriven under 2013 vilket innebar en 68 procent högre risk att bli utsatt av andra personers drickande under 2014 jämfört med de som hade en sysselsättning.

I vissa fall ledde de multivariata analyserna till förändrade resultat för variabler som är starkt korrelerade med varandra, t.ex. frekvens av intensivkonsumtion och alkoholberoende. I de bivariata analyserna framkom exempelvis att eget alkoholberoende vid T1 var en signifikant riskfaktor för att bli utsatt av andras drickande vid T2, medan intensivkonsumtion inte visade ett signifikant samband. I de multivariata analyserna blev resultaten sedan de motsatta. Denna typ av förändrande resultat för starkt korrelerade variabler bör tolkas med försiktighet, men det kan ändå konstateras att problematisk alkoholkonsumtion tycks öka risken för att drabbas av närståendes alkoholkonsumtion.

Tabell 16. Relativ risk att bli utsatt för negativa konsekvenser av närståendes substansanvändning år 2014, multivariata modeller.

	Närståendes drickande	Närståendes rökning	Närståendes narkotika- användning	Närståendes läkemedels- användning
Bakgrundsfaktorer				
Kön				
Man (ref)				
Kvinna	1,99***	1,41**	2,05**	1,82*
Ålder				
17–29	2,71***	3,38***	12,28***	2,50*
30–49	2,42***	2,34***	6,79***	2,20*
50–64	1,82**	2,18***	4,72**	2,04
65–84 (ref)				
Födelseland				
Sverige (ref)				
Annat nordiskt land	1,01	1,03	–	–
Annat europeiskt land	0,44	0,97	–	–
Land utanför Europa	1,54	1,83*	–	–
Utbildning				
Grundskola (ref)				
Gymnasiet	0,96	0,77	0,79	1,59
Högskola/universitet	0,96	0,72	0,78	1,37
Inkomst 2013				
1	0,87	0,90	1,42	1,51
2	0,80	0,78	0,94	2,05
3	1,02	1,12	1,02	2,07
4	0,98	1,03	1,01	1,93
5 (ref)				
Arbetslös/långtidssjukskriven 2013 (ref: sysselsatt)	1,68**	1,38	1,42	1,21
Ensamboende (ref: ej ensamboende)	0,80	0,73*	0,68	0,82
Egna tobaksvanor				
Dagligrökare	–	0,74	–	–
Slutat vara dagligrökare	–	0,63	–	–
Cigarettberoende	–	1,76	–	–
Egna alkoholvanor				
Frekvensdrickande	0,99	0,95	–	–
Intensivkonsumtionstillfällen (5+) per vecka	1,17*	–	1,12	1,05
Förändrad intensivkonsumtion	1,13	–	–	–
Alkoholberoende	1,30	1,16	–	–
Annat eget substansbruk				
Användare av narkotika/narkotika- klassade läkemedel senaste året 2013 (ref: ej använt)	1,31	1,99***	1,70	2,32*
Förändrat substansbruk	–	–	1,34	1,35

*p<0,05, **p<0,01, ***p<0,001

4.3.2 Faktorer relaterade till att vara fortsatt samt att upphöra vara utsatt för närståendes bruk 2014

I det här avsnittet studeras närmare vilka faktorer som samvarierar med att vara fortsatt eller upphöra vara utsatt för negativa konsekvenser av närståendes drickande och rökning under ettårsuppföljningen. Basen utgörs därmed av alla som rapporterade utsatthet för respektive substans hos någon i sin närhet under 2013.

Resultaten från de bivariata analyserna presenteras i tabell 17. I dessa analyser har en variabel om respondentens upplevda allvarlighetsgrad vid det första mättillfället inkluderats, mätt på en skala från ett till tio, där ett betyder lite och tio betyder mycket. Resultatet visar att ju allvarligare en närståendes drickande respektive rökning upplevdes 2013 desto högre var risken att vara fortsatt utsatt 2014. I tabell 17 framkommer även att den omvända risken gäller för att ha slutat vara utsatt av en närståendes rökning respektive drickande dvs. en högre rapporterad allvarlighetsgrad 2013 minskar risken för att ha slutat vara utsatt vid ettårsuppföljningen 2014.

En annan variabel som inkluderades i dessa analyser var om respondenten 2014 hade sökt hjälp eller stöd för en närståendes drickande under det senaste året. Resultatet visar att ha sökt hjälp eller stöd för närståendes alkoholkonsumtion 2014 var förknippat med en högre risk att vara fortsatt utsatt. Sannolikt speglar detta resultat att de som söker hjälp har en relativt allvarlig problematik, vilken därmed har lägre sannolikhet att upphöra under en ettårsuppföljning.

Vad gäller betydelsen av olika bakgrundsvariabler visar resultatet att kvinnor som var utsatta för närståendes drickande 2013 hade en signifikant högre risk att fortsatt vara utsatt 2014 jämfört med män. Ingen signifikant könsskillnad i förändring finns bland de som var utsatta av närståendes rökning 2013. Ålder samvarierar varken med fortsatt eller upphörd utsatthet för närståendes drickande eller rökning. Att vara född i ett annat nordiskt land än Sverige minskar risken för att vara fortsatt utsatt för en närståendes drickande under 2014.

Bland övriga bakgrundsvariabler var få signifikanta. Resultatet visar således endast att arbetslösa/långtidssjukskrivna har en minskad risk för att sluta vara utsatta för närståendes rökning, samtidigt som de har 27 procent ökad risk för att fortsatt vara utsatta av närståendes rökning.

För att ha fortsatt eller ha upphört vara utsatt för närståendes drickande eller rökning mellan 2013 och 2014 fanns inget tydligt samband med egen konsumtion. Ett undantag var att sannolikheten för att utsatthet för andras drickande upphört 2014 ökade signifikant med ökad intensivkonsumtion 2014. Däremot minskade inte intensivkonsumtion vid T1 risken att vara fortsatt utsatt av andra personers drickande.

Tabell 17. Relativ risk att fortsatt respektive upphört vara utsatt för negativa konsekvenser av närståendes drickande och rökning år 2014, bivariata modeller.

	Närståendes drickande		Närståendes rökning	
	Fortsatt	Upphört	Fortsatt	Upphört
Skala 1–10 T1	1,09***	0,89***	1,09***	0,91***
Bakgrundsfaktorer				
Kön				
Man (ref)				
Kvinna	1,31***	0,76***	1,12	0,90
Ålder				
17–29	0,98	1,02	1,07	0,93
30–49	1,10	0,90	1,10	0,91
50–64	1,00	1,00	0,97	1,03
65–84 (ref)				
Födelseland				
Sverige (ref)				
Annat nordiskt land	0,50*	1,57***	0,85	1,15
Annat europeiskt land	0,82	1,21	1,03	0,97
Land utanför Europa	0,94	1,07	1,22	0,78
Utbildning				
Grundskola (ref)				
Gymnasiet	0,98	1,02	0,98	1,02
Högskola/universitet	1,03	0,97	1,11	0,90
Inkomst 2013				
1	0,93	1,08	1,07	0,93
2	1,16	0,83	1,04	0,97
3	1,01	0,99	1,04	0,97
4	1,00	1,00	1,01	0,99
5 (ref)				
Arbetslös/långtidssjukskriven 2013 (ref: sysselsatt)	0,91	1,10	1,27**	0,74*
Ensamboende (ref: ej ensamboende)	1,14	0,87	0,98	1,03
Egna tobaksvanor				
Dagligrökare			0,83	1,18
Slutat vara dagligrökare			1,13	0,89
Cigarettberoende			0,89	1,11
Egna alkoholvanor				
Frekvensdrickande	0,97	1,03	1,01	0,99
Intensivkonsumtionstillfällen (5+) per vecka	0,92	1,07**		
Förändrad intensivkonsumtion	1,03	0,97		
Alkoholberoende	1,07	0,92	0,93	1,07
Annat eget substansbruk				
Användare av narkotika/narkotika klassade läkemedel senaste året 2013 (ref: ej använt)	0,98	1,02	1,08	0,92
Sökt hjälp pga. andras substansbruk	1,50***	0,47***		

*p<0,05, **p<0,01, ***p<0,001

Resultaten från multivariata analyser presenteras i tabell 18. Sambandet mellan upplevd allvarlighetsgrad 2013 och respektive utfall kvarstår när de andra bakgrunds- och socio-demografiska faktorerna samt egna konsumtionsvanor hålls konstanta. En högre upplevd allvarlighetsgrad 2013 ökar risken att vara fortsatt utsatt 2014, både för andras drickande och rökning. Det omvända mönstret gäller för att ha upphört vara utsatt 2014. Även sambandet mellan att ha sökt hjälp eller stöd för närståendes alkoholkonsumtion och att vara utsatt kvarstår och resultatet visar att det ökar risken för att fortsatt vara utsatt vid T2, samtidigt som det minskar risken för att slutat vara utsatt vid T2. Att ha sökt hjälp 2014 ökar sannolikheten för att vara fortsatt utsatt av närståendes drickande med 19 procent, vilket är lägre än i den bivariata analysen (50 %).

Även i de multivariata analyserna har kvinnor en högre risk än män för att vara fortsatt utsatt av närståendes drickande respektive en mindre sannolikhet för att utsattheten ska ha upphört. Likaså kvarstår att personer födda i ett annat nordiskt land än Sverige har en ökad sannolikhet för att utsatthet för andras drickande ska ha upphört jämfört med de som är födda i Sverige. Få andra statistiskt säkerställda samband kunde påvisas.

Tabell 18. Relativ risk att ha fortsatt respektive ha upphört att vara utsatt för negativa konsekvenser av närståendes drickande och rökning år 2014, multivariata modeller.

	Närståendes drickande		Närståendes rökning	
	Fortsatt	Upphört	Fortsatt	Upphört
Skala 1–10 T1	1,10***	0,87***	1,10***	0,90***
Bakgrundsfaktorer				
Kön				
Man (ref)				
Kvinna	1,21*	0,84*	1,06	0,96
Ålder				
17–29	1,10	0,89	1,06	0,96
30–49	1,14	0,85	1,01	1,00
50–64	1,06	0,95	0,81	1,25
65–84 (ref)				
Födelseland				
Sverige (ref)				
Annat nordiskt land	0,59	1,46*	0,76	1,26
Annat europeiskt land	0,84	1,07	0,90	1,09
Land utanför Europa	1,00	1,03	1,07	0,93
Utbildning				
Grundskola (ref)				
Gymnasiet	0,89	1,20	0,94	1,06
Högskola/universitet	0,86	1,16	1,07	0,91
Inkomst 2013				
1	0,89	1,16	0,98	1,01
2	1,13	0,84	1,10	0,92
3	0,88	1,17	1,03	0,98
4	0,98	1,03	1,05	0,95
5 (ref)				
Arbetslös/långtidssjukskriven 2013 (ref: sysselsatt)	0,94	1,10	1,27*	0,73*
Ensamboende (ref: ej ensamboende)	1,24*	0,80**	0,91	1,14
Egna tobaksvanor				
Dagligrökare			0,95	1,00
Slutat vara dagligrökare			1,12	0,91
Cigarettberoende			0,92	1,20
Egna alkoholvanor				
Frekvensdrickande	0,99	1,01	1,03	0,97
Intensivkonsumtionstillfällen (5+) per vecka	0,93	1,09		
Förändrad intensivkonsumtion	0,98	1,00		
Alkoholberoende	1,06	0,96	0,85	1,15
Annat eget substansbruk				
Användare av narkotika/narkotikaklassade läkemedel senaste året 2013 (ref: ej använt)	0,99	1,00	1,04	0,95
Sökt hjälp pga. andras substansbruk	1,19*	0,59*		

*p<0,05, **p<0,01, ***p<0,001

5. Sammanfattande diskussion

5.1 Beroende

5.1.1 Förändring och stabilitet i beroende

Denna undersökning är den första longitudinella studien av stabilitet och förändring i ANT-beroende i den allmänna befolkningen i Sverige. Resultaten visar att det inte har förekommit några signifikanta förändringar i prevalensen av ANT-beroende mellan mätillfällena i den undersökta panelen. År 2014 var prevalensen högst för snusberoende (4,5 %) följt av beroende av alkohol (4,1 %), cigaretter (2,6 %) samt narkotika eller läkemedel (knappt 1 %). Vid båda mätillfällena var beroende av alkohol, snus samt narkotika/läkemedel mer vanligt förekommande bland män än bland kvinnor medan prevalensen av cigarettberoende var högre för kvinnor än för män.

Trots att prevalensen av beroende inte hade förändrats signifikant i panelen framkom omfattande förändringar i beroende på individnivå – då ett betydande antal respondenter hade rört sig in eller ut ur beroende av ANT mellan mätillfällena. Incidensen, dvs. andelen som utvecklade ett beroende mellan mätningarna, uppgick till 2,2 procent för alkoholberoende, följt av snusberoende (1,2 %), cigarettberoende (0,7 %) och slutligen beroende av narkotika eller läkemedel (0,4 %).

Om vi ser till utvecklingen bland de respondenter som var beroende av ANT år 2013 var det beroende av alkohol respektive narkotika/läkemedel som visar på störst förändringar med omkring hälften (50,5 respektive 49,3 %) som upphört att vara beroende ett år senare. Uppdelat på kön visade resultaten att en högre andel kvinnliga respondenter har upphört att vara beroende av alkohol eller narkotika/läkemedel jämfört med gruppen män. Tobaksberoende visade sig vara ett mindre föränderligt tillstånd jämfört med beroende av alkohol respektive narkotika/läkemedel. Av de respondenter som var beroende av cigaretter respektive snus år 2013 hade beroendet upphört för drygt en femtedel år 2014. Uppdelat på kön visade resultaten att en något större andel av männen (24,3 %) än kvinnorna (22,8 %) upphörde att vara beroende av cigaretter mellan mätillfällena, medan könsskillnaderna var de omvända för snus med knappt en femtedel bland männen och en fjärdedel bland kvinnorna för vilka beroendet hade upphört.

Vidare undersöktes hur stor andel av de personer som var beroende av ANT år 2014 som var nytillkomna, dvs. inte bedömdes vara beroende av respektive substans ett år tidigare. Att beroende av alkohol eller av narkotika/läkemedel är mindre stabila tillstånd jämfört med cigarett- och snusberoende framkom även i dessa analyser. Bland de svarande som var beroende av alkohol eller narkotika/läkemedel år 2014 hade omkring hälften, respektive fyra av tio personer, inte detta beroende ett år tidigare. Andelen nytillkomna alkoholberoende män var något lägre (47,9 %) jämfört med andelen nytillkomna kvinnor (54,1 %). Även för narkotika/läkemedelsberoende var andelen nytillkomna personer lägre bland män (40,6 %) än bland kvinnor (43,3 %). Gällande personer som var tobaksberoende år 2014 var andelen nytillkomna betydligt lägre jämfört med motsvarande andel i grupperna med beroende av alkohol eller narkotika/läkemedel. Bland de personer som bedömdes vara beroende av cigaretter eller snus år 2014 hade omkring en fjärdedel inte detta beroende ett år tidigare. Sett till könsskillnader fann vi en något större andel nytillkomna personer med cigarettberoende bland

kvinnor (25,4 %) jämfört med män (23,2 %) medan könsskillnaderna var de omvända för snusberoende med en större andel nytillkomna män (27,2 %) än kvinnor (22,4 %).

Merparten av alla tidigare longitudinella studier av förändringar i alkohol eller narkotikaberoende har baserats på kliniska urval bestående av individer som är, eller har varit, i behandling för sitt beroende (de Brujin m.fl., 2006). Då dessa individer tenderar att ha mer svårartade och långvariga fall av beroende, riskerar vi att överskatta stabiliteten i alkohol- och narkotikaberoende i de fall resultaten från dessa studier generaliseras till den allmänna befolkningen. Resultatet från föreliggande undersökning utmanar uppfattningen om att beroende av alkohol och narkotika är kroniska tillstånd med få möjligheter till förbättring. Istället framkommer det att omkring hälften av alla de personer som bedömdes vara beroende av alkohol eller narkotika/läkemedel år 2013 hade upphört att vara beroende ett år senare. Att en stor andel av de individer som är i beroende av alkohol eller narkotika/läkemedel i den allmänna befolkningen har lämnat detta tillstånd inom loppet av ett år är i linje med resultat från tidigare studier med liknande upplägg. T.ex. visade en longitudinell studie av alkoholberoende (enligt DSM-IV) i Nederländernas allmänna befolkning att 67 procent av de individer som var beroende av alkohol vid baslinjen hade upphört att vara beroende ett år senare medan en motsvarande studie baserad på data från USA visade att nära 70 procent av alla individer som var alkoholberoende vid baslinjen hade upphört att vara beroende tre år senare (de Brujin m.fl., 2006, Hasin m.fl., 2011). Slutligen visade även en studie av missbruk och beroende av narkotika (enligt DSM-IV) i USA:s allmänna befolkning att omkring 70 procent av de personer som bedömdes missbruka eller vara beroende av narkotika vid baslinjen hade lämnat detta tillstånd tre år senare (Fenton m.fl., 2011).

Det bör även nämnas att skillnaden i stabilitet i beroende av tobak jämfört med alkohol eller narkotika/läkemedel som framkommer i denna undersökning sannolikt till viss del beror på att olika metoder/instrument användes för att mäta respektive grupp av beroende: Beroende av cigaretter och snus mättes genom skalan Cigarette Dependence Scale (CDS-12) medan beroende av alkohol samt narkotika/läkemedel mättes med hjälp av den diagnostiska manualen MINI, vilken innehåller kriterier för alkoholberoende enligt DSM-IV. En förklaring till varför en lägre andel svarande har upphört vara beroende av tobak jämfört med alkohol eller narkotika/läkemedel skulle t.ex. kunna vara att CDS-12 tenderar att fånga upp en mer allvarlig och kronisk form av beroende jämfört med DSM-IV. En indikation i denna riktning återfinns i det faktum att baslinjemätningen för denna undersökning (Ramstedt m.fl., 2013) visade att andelen svarande som bedömdes vara cigarett- eller snusberoende enligt CDS-12 uppgick till mindre än hälften av andelen dagligrökare/dagligsnusare.

5.1.2 Faktorer relaterade till att ha utvecklat ett beroende 2014

I analysens andra del användes regressionsmodeller för att skatta hur risken att utveckla ett ANT-beroende år 2014 var relaterad till olika sociodemografiska bakgrundsvariabler. I ett första steg inkluderades alla bakgrundsvariabler i bivariata modeller. Detta förfarande ger svar på hur risken för beroende skiljer sig mellan olika kategorier i bakgrundsvariabeln, t.ex. mellan män och kvinnor eller mellan olika åldersgrupper. Resultaten från de bivariata modellerna visade att yngre personer (i åldrarna 17–29 år) hade en förhöjd risk att utveckla beroende av alla substanser år 2014 samt att kvinnor hade en lägre risk att utveckla beroende av alkohol eller snus jämfört med män. Vidare hade respondenterna i gruppen med lägst inkomst en högre risk att bli beroende av alkohol respektive narkotika/läkemedel, men en lägre risk att bli beroende av snus. För övriga bakgrundsvariabler framkom få tydliga eller signifikanta resultat.

I nästa steg genomfördes multivariata regressionsanalyser, vilket innebär att bakgrundsvariablerna inkluderades i en och samma regressionsmodell för respektive utfall. I dessa modeller uttrycker estimatet för en bakgrundsvariabel risken att utveckla ett beroende jämfört med referensgruppen, justerat för värdet på övriga oberoende variabler. Detta innebär att vi kan kontrollera för om den förhöjda risken att utveckla ett beroende, för t.ex. personer med lägre inkomst, kvarstår när vi tar hänsyn till skillnader i de svarandes kön, ålder, födelseland etc. I de multivariata regressionsmodellerna kvarstod den förhöjda risken att ha utvecklat ett ANT-beroende (undantaget snus) för yngre personer. Däremot försvann den signifikanta könskillnaden i risken att utveckla alkoholberoende. Detta resultat förklaras sannolikt av att modellen för alkoholberoende innehöll kontroll för alkoholvanor vilket kan tolkas som att kvinnor har en lägre risk att utveckla alkoholberoende jämfört med män, men att skillnaden delvis beror på att män i större utsträckning har alkoholvanor som ökar risken för alkoholberoende. Värt att nämna för övriga bakgrundsvariabler är att den förhöjda risken att bli beroende av alkohol respektive narkotika/läkemedel inte kvarstod för gruppen med lägst inkomst. Denna förändring förklaras sannolikt av att gruppen med lägst inkomst innefattar en stor andel ungdomar vilken i sin tur har en förhöjd risk att utveckla beroende.

Slutligen visade den multivariata modellen för alkoholberoende att personer med en högre dryckesfrekvens eller frekvens av intensivkonsumtion år 2013 hade en förhöjd risk att utveckla ett alkoholberoende ett år senare. Likaså var en ökning i dryckesfrekvens, eller frekvens av intensivkonsumtion mellan mätillfällena, förenat med en högre risk att ha utvecklat alkoholberoende. Sammantaget visar dessa resultat att både hur ofta man dricker samt hur ofta man intensivkonsumerar har betydelse för den efterföljande risken att bli alkoholberoende, oberoende av de svarandes kön, ålder, inkomst, boendestatus och andra bakgrundsvariabler som ingick i analyserna.

5.2 Utsatthet för närståendes bruk

5.2.1 Förändring och stabilitet i utsatthet för närståendes bruk

Stabilitet och förändring i utsatthet för negativa konsekvenser av andras substansbruk är ett nytt forskningsområde och därmed saknas möjligheter till genomgång av tidigare forskning. Likväl är frågan om hur omgivningen drabbas av andras substansbruk ett prioriterat område både inom forskning och politik och speciellt inom alkoholområdet är temat mycket uppmärksammat. Frågan om graden av stabilitet och förändring i denna form av missbruksrelaterad problematik är i högsta grad relevant även inom detta område för att kunna göra en bedömning av allvarligheten i omfattningen av problem som identifieras i tvärsnittsstudier.

Liksom att prevalensen av beroende inte skiljde sig signifikant mellan 2013 och 2014 framkom inte heller några signifikanta skillnader i utsattheten för andras substansbruk. År 2014 var den totala prevalensen i att påverkas negativt av närståendes substansanvändning: 16 procent för andras drickande, 13 procent för andras rökning och cirka 3 procent för andras narkotika- respektive läkemedelsanvändning. Prevalensen var genomgående högre för kvinnor jämfört med män. Att denna problematik är vanligare bland kvinnor har stöd i många andra studier baserade på tvärsnittsdata bl.a. en tidigare svensk studie (Hradilova Selin, 2004) och även i internationella studier (Rossow m.fl., 2004; Huhtanen & Tigerstedt, 2012; Laslett m.fl., 2010).

Att det inte fanns en signifikant skillnad i utsatthet för andras substansbruk mellan 2013 och 2014 betyder inte heller för denna problematik att ingen förändring har skett för de individer

som ingår i panelen. Bakom den oförändrade nivån av negativa effekter av andras substansbruk, så identifierades såväl en betydande stabilitet som omfattande individuella förändringar.

Sett till hela panelen uppgav t.ex. 9,2 respektive 7,2 procent att de hade påverkats negativt pga. närståendes alkoholkonsumtion eller rökning vid både 2013 och 2014 års mätning. Motsvarande stabila utsatthet för närståendes narkotika- och läkemedelsanvändning var 1,4 respektive 0,8 procent. Andelen som uppgav att negativa effekter av andras ANT-bruk istället hade upphört mellan 2013 och 2014 var lägre för alkohol (8,3 %) densamma för rökning (7,1 %) och något högre för andras narkotikaanvändning (1,8 %) samt andras läkemedelsanvändning (1,5 %).

Följer vi istället den del av panelen som 2013 rapporterade negativa konsekvenser av någon närståendes substansbruk blir skillnaden i graden av stabilitet mellan substanserna mer tydlig. Andelen som var fortsatt utsatt för en närståendes alkoholkonsumtion och rökning var drygt hälften ett år senare (52,5 respektive 50,4 %) medan motsvarande andel som var fortsatt utsatt för närståendes narkotika- respektive läkemedelsanvändning var lägre, 42,5 respektive 36 procent.

Det innebär också att av de som rapporterade utsatthet för närståendes alkoholkonsumtion och rökning 2013, hade knappt hälften upphört att ha dessa problem ett år senare, medan en högre andel hade upphört att vara utsatt för närståendes narkotika- (57,5 %) respektive läkemedelsanvändning (64 %). Detta resultat indikerar att föränderligheten i utsatthet av närståendes narkotika- och läkemedelsanvändning är högre än för utsatthet av närståendes drickande och rökning. Det bör här poängteras att ”andras bruk” definieras olika för de olika substanserna med t.ex. ”för mycket” gällande alkohol och ”dagligen” för rökning medan användning av narkotika/läkemedel endast gäller någon användning senaste året. Det är således möjligt att skattningarna för alkohol och tobak skulle vara något högre om man använde samma definition som för narkotika och läkemedel.

Ett viktigt resultat var att kvinnor verkar ha en mer bestående problematik jämfört med män då det är en något högre andel kvinnor som är fortsatt utsatta för närståendes drickande (56,7 %) och rökning (52,4 %) jämfört med män (43,3 respektive 47 %). Inga tydliga könsskillnader i detta avseende förelåg för utsatthet för närståendes narkotika- respektive läkemedelsanvändning.

5.2.2 Faktorer relaterade till att bli utsatt för närståendes bruk 2014

De viktigaste sociodemografiska faktorerna för risken att bli negativt påverkad av närståendes ANT-användning under ettårsuppföljningen är att vara kvinna och att tillhöra en yngre åldersgrupp. Även arbetslösa/långtidssjukskrivna vid 2013 års mätning hade en förhöjd risk att bli utsatt av närståendes drickande under uppföljningen.

Vad gäller egna konsumtionsvanor av ANT hade respondenter som frekvent drack fem glas eller fler vid samma dryckestillfälle 2013 en ökad risk för att ett år senare bli utsatt för närståendes drickande. Något oväntat visade sig narkotikakonsumtion 2013 öka risken för att vid T2 bli utsatt av närståendes rökning och av närståendes läkemedelsanvändning men däremot inte till att bli utsatt av närståendes narkotikakonsumtion. Hur kopplingen mellan eget bruk av olika substanser och utsatthet hänger ihop är en fråga som behöver studeras mer.

När andra faktorer hålls konstanta, som t.ex. utbildningsnivå och egna konsumtionsvanor av ANT, kvarstår att kvinnor och yngre åldersgrupper har en förhöjd risk för att ha blivit negativt påverkad av närståendes användande av respektive ANT-substans under 2014. Detta innebär att

även om kvinnor och män dricker på samma nivå och har samma utbildning och inkomst, så har kvinnor en högre risk jämfört med män att bli negativt påverkad av närståendes alkoholkonsumtion.

Att egen intensivkonsumtion påverkar utfallet att bli påverkad av en närståendes drickande vid det senare mättillfället kan tänkas bero på att intensivkonsumtion ofta sker i sammanhang där även andra dricker mycket, därmed ökar också sannolikheten att de själva blir negativt påverkade av andra personers drickande. Samma resonemang kan föras kring de motsvarande resultaten att personer som själva använde narkotika eller icke-föreskrivna receptbelagda läkemedel hade en ökad risk att bli negativt utsatt för andras läkemedelsbruk.

Däremot fanns inget stöd för att egen konsumtion av cigaretter och narkotika medför en ökad risk för att påverkas negativt av närståendes substansbruk. En möjlig tolkning av detta resultat är att personer som själva röker och använder narkotika har en ökad tolerans mot problem som uppstår av andras konsumtion av preparaten.

5.2.3 Faktorer relaterade till att fortsätta respektive upphöra att vara utsatt för närståendes bruk 2014

De viktigaste faktorerna för att vara fortsatt respektive ha slutat vara negativt påverkad av närståendes alkoholkonsumtion och rökning var en högre upplevd allvarlighetsgrad av utsattheten vid 2013 liksom att kvinnor hade en högre risk jämfört med män att fortsatt vara utsatt. Att vara arbetslös/långtidssjukskriven och att vara född i annat nordiskt land än i Sverige var också till viss del relaterade till att ha en fortsatt problematik. Egen substanskonsumtion under 2013 påverkade dock inte risken att vara fortsatt respektive att ha slutat vara utsatt av varken närståendes drickande eller rökning under uppföljningen.

Personer som upplever en högre allvarlighetsgrad i utsattheten har en större risk att ha kvar dessa problem över tid. Det är alltså svårare att ta sig ur mer allvarligare problem jämfört med problem som upplevs mindre allvarliga. Resultatet visar även att risken för att vara fortsatt negativt påverkad av närståendes alkoholkonsumtion, är högre hos personer som sökt hjälp för detta. Detta betyder sannolikt inte att hjälpen varit negativ utan speglar snarare att den underliggande problematiken är mer allvarlig och därmed svårare att ta sig ur.

5.3 Begränsningar

I alla frågeundersökningar om missbruk och beroende finns problem mot bakgrund av att frågorna kan vara känsliga att besvara och att vissa respondenter därför underrapporterar sina erfarenheter. Vidare kan man utgå ifrån att dessa problem är något vanligare i den grupp som inte deltog i studien dvs. bland de utvalda respondenter som inte svarade och som hamnade i bortfallet. En speciell begränsning i denna undersökning som bör lyftas är att panelen avvek från de respondenter i baslinjeundersökningen som valde att inte delta i uppföljningen och som därmed inte fullt ut är representativ för den vuxna befolkningen i Sverige. Visserligen fanns inga skillnader med avseende på kön, ålder och region och inte heller beträffande bruk av narkotika och läkemedel samt problem relaterat till detta. Men däremot fanns en överrepresentation i panelen av personer som är svenskfödda, har hög utbildning, dricker mycket alkohol samt har negativa erfarenheter av andras ANT-bruk. Vidare framkom att personer som röker och är beroende av cigaretter är underrepresenterade. Även om det är svårt att tro att de på något avgörande sätt har påverkat resultaten i de longitudinella analyserna av stabilitet och

förändring i dessa fenomen, går det inte att utesluta att resultatet blivit annorlunda för en representativ panel.

En annan möjlig begränsning som bör nämnas är att det kan finnas en risk att de beroende-instrument som används (DSM-IV och CDS-12) inte mäter exakt samma sak i olika grupper t.ex. bland unga och äldre där skillnaden i förekomst av beroende i viss mån förfaller oväntat stor. Det vore därför av stort värde om denna fråga kunde lyftas i framtida forskning.

5.4 Slutsatser

- Trots att omfattningen av beroende och utsatthet för negativa effekter av andras substansbruk totalt sett inte förändrades mellan 2013 och 2014 inträffade stora individuella förändringar i form av personer som utvecklade beroende/fick problem och personer för vilka beroendet eller problemen upphörde.
- Att synliggöra dessa förändringar ger en mer nyanserad bild av substansrelaterade problem i befolkningen och pekar på att tillstånden är mer föränderliga än vad man intuitivt föreställer sig.
- Samtidigt framkommer att det finns en omfattande problematik av både beroende och utsatthet för andras bruk där förändring är mindre sannolik – detta tycks speciellt gälla problematik som är relativt allvarlig.
- Resultaten visar också att förändring i form av nya fall och sannolikheten att problemet upphör varierar mellan olika substanser och grupper och kan på så sätt utgöra ett underlag för diskussioner om prioriteringar av ANT-förebyggande insatser.

Referenser

Agardh E, Boman U & Allebeck P (2014). Hur stor del av Sveriges sjukdomsburda orsakas av alkohol, narkotika och tobaksrökning? – Kartläggning utifrån ”DALY-metoden” 1990–2010. Karolinska Institutet: Department of Public Health Sciences.

American Psychiatric Association (APA) (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Fjärde upplagan. Washington, DC: American Psychiatric Association.

Bergman P, Ahlberg G, Forsell Y & Lundberg I (2010). Non-participation in the second wave of the part study on mental disorder and its effects on risk estimates. *International Journal of Social Psychiatry*, 56(2), 119–132.

de Bruijn C, van den Brink W, de Graaf R & Vollebergh W A (2006). The three year course of alcohol use disorders in the general population: DSM-IV, ICD-10 and the Craving Withdrawal Model. *Addiction*, 101:3, 385–392.

Etter J F, Le Houezec J & Perneger T V (2003). A self-administered questionnaire to measure dependence on cigarettes: the cigarette dependence scale. *Neuropsychopharmacology*, 28:2, 359–370.

Fenton M C, Keyes K, Geier T, Greenstein E, Skodol A, Krueger B & Hasin D S (2012). Psychiatric comorbidity and the persistence of drug use disorders in the United States. *Addiction*, 107(3), 599–609.

Hasin D, Fenton M C, Skodol A, Krueger R, Keyes K, Geier T m.fl. (2011). Personality disorders and the 3-year course of alcohol, drug, and nicotine use disorders. *Arch Gen Psychiatry*, 68:11, 1158–1167.

Hradilova Selin K (red.). (2004). *Svenska dryckesvanor och deras konsekvenser i början av det nya millenniet*. Stockholm: Centrum för socialvetenskaplig alkohol- och drogforskning, SoRAD.

Huhtanen P & Tigerstedt C (2012). Women and young adults suffer most from other people's drinking. *Drug Alcohol Rev*, 31:7, 841–846.

Laslett A-M, Room R, Ferris J, Wilkinson C, Livingston M & Mugavin J (2011). Surveying the range and magnitude of alcohol's harm to others in Australia. *Addiction*, 106:9, 1603–1611.

Mini Internationell Neuropsykiatrisk Intervju. Svensk version 6.0.0b – DSM-IV (2009-02-20). from http://www.viss.nu/Global/Blanketter/MINI_vers_6.pdf [2013-10-03].

Ramstedt M, Sundin E, Landberg J & Raninen J (2014). ANDT-bruket och dess negativa konsekvenser i den svenska befolkningen 2013 – en studie med fokus på missbruk och beroende samt problem för andra än brukaren relaterat till alkohol, narkotika, dopning och tobak. Stockholm: STAD (Stockholm förebygger alkohol- och drogproblem).

Redwood D, Leston J, Asay E, Ferucci E, Etzel R & Lanier A P (2011). Strategies for successful retention of Alaska native and American Indian study participants. *The Journal of Primary Prevention*, 32(1), 43–52.

Regeringsbeslut 2012/11:2. Medel för genomförande av en fördjupad mätning av problem som förorsakas av missbruk och beroende av alkohol, narkotika, dopning och tobak i Sverige. Stockholm: Socialdepartementet.

Regeringsbeslut 2013/11:4. Medel för incidensmätning av problem som förorsakas av missbruk och beroende av alkohol, narkotika, dopning och tobak i Sverige. Stockholm: Socialdepartementet.

Rossow I & Hauge R (2004). Who pays for the drinking? Characteristics of the extent and distribution of social harms from others' drinking. *Addiction*. 99, 1094–1102.

Zou G (2004). A modified poisson regression approach to prospective studies with binary data. *American journal of epidemiology*, 159(7), 702–706.

Vanor och konsekvenser - en nationell undersökning om tobak, alkohol, läkemedel och andra preparat

Vill du svara på webben istället:

www.skop.se/hsus/stad/stad.htm

Inloggningskod:

Använd gärna kulspetspenna med blå eller svart färg.
Ange endast ett svarsalternativ per fråga om inget annat framgår.
Om du vill förklara eller förtydliga något ber vi dig att göra det på sista sidan.

Bakgrundsfrågor

Inledningsvis kommer några bakgrundsfrågor om dig och din familj.

1. Vilket år är du född?

År 19

2. Är du kvinna eller man?

- Kvinna
 Man

3. Var är du född?

- I Sverige
 I ett annat nordiskt land
 I ett annat europeiskt land
 I ett land utanför Europa

4. Var är din mamma född?

- I Sverige
 I ett annat nordiskt land
 I ett annat europeiskt land
 I ett land utanför Europa

5. Var är din pappa född?

- I Sverige
 I ett annat nordiskt land
 I ett annat europeiskt land
 I ett land utanför Europa

6. Vilken är din högsta genomförda utbildning?

- Grundskola, folkskola, realskola eller liknande
 2-årig gymnasieutbildning
 3- eller 4-årig gymnasieutbildning
 Folkhögskola
 Universitets-, högskoleutbildning eller annan eftergymnasial utbildning kortare än 3 år
 Universitets-, högskoleutbildning eller annan eftergymnasial utbildning 3 år eller längre
 Annan utbildning, **Vilken?**

7. Ungefär hur stor är din egen månadsinkomst föreskatt?

Tusental kr före skatt

8. Vilken är din huvudsakliga sysselsättning?

- Arbetar som anställd
 Egen företagare
 Tjänstledig eller föräldraledig
 Studerar, praktiserar
 Arbetsmarknadsåtgärd
 Arbetslös
 Ålderspensionär
 Sjuk-/aktivitetsersättning (sjuk- eller förtidspensionär)
 Långtidssjukskriven (mer än 3 månader)
 Hemarbetande, sköter hushållet
 Annan sysselsättning, **Vilken?**

OM DU ARBETAR SOM ANSTÄLLD:

9. Hur många procent av heltid arbetar du?

procent

10. Hur bor du?

- Egen villa/radhus
 Bostadsrätt/andelsrätt
 Hyresrätt
 Inneboende hos familjen
 Inneboende, studentlägenhet/rum
 Annat boende, **Vilket?**

11. Vilka personer bor i ditt hushåll, d.v.s. bor du tillsammans med minst varannan helg?

FLERA SVARSALTERNATIV KAN ANGES

- Ingen
- Partner (gift/sambo)
- Förälder/adoptivförälder/fosterförälder/styvförälder
- Syskon och/eller styvsyskon
- Egna barn och/eller partners barn 0-17 år
- Egna barn och/eller partners barn 18 år eller äldre

- Annan person, **Vem?**
.....

OM DU BOR TILLSAMMANS MED BARN:

12. Hur många barn 0-17 år bor tillsammans med dig?

--	--	--

 barn

13. Hur många barn 18 år eller äldre bor tillsammans med dig?

--	--	--

 barn

Rökvanor

Frågorna omfattar alla rökverk, d.v.s. cigaretter, cigariller, cigarrer och liknande.

14. Röker du?

- Ja, jag röker dagligen
 Ja, jag röker då och då
 Nej, jag har tidigare rökt men har varit rökfri i mindre än 6 månader, GÅ TILL SIDAN 5
 Nej, jag har tidigare rökt men har varit rökfri i 6 månader eller mer, GÅ TILL SIDAN 5
 Nej, jag har aldrig rökt (eller endast provat enstaka gånger), GÅ TILL SIDAN 5

Om du röker

15. På en skala från 0 till 10 hur beroende känner du att du är av cigaretter?

0 betyder inte alls beroende och 10 betyder extremt beroende.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

inte alls
beroende

extremt
beroende

16. Hur många cigaretter röker du i genomsnitt per dag?

- 0-5 cigaretter
 6-10 cigaretter
 11-20 cigaretter
 21-29 cigaretter
 30 cigaretter eller fler

17. Hur många minuter efter att du vaknat på morgonen röker du vanligtvis din första cigarett?

- 0-5 minuter
 6-15 minuter
 16-30 minuter
 31-60 minuter
 Efter mer än 60 minuter

18. Hur lätt eller svårt känns det för dig att sluta röka?

- Omöjligt
 Mycket svårt
 Ganska svårt
 Ganska lätt
 Mycket lätt

Hur bra eller dåligt stämmer följande påståenden in på dig?

19. Efter några timmar utan att röka, känner jag ett oemotståndligt röksug.

Stämmer inte alls	Stämmer ganska dåligt	Varken eller	Stämmer ganska bra	Stämmer helt och hållet
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

20. Jag känner mig stressad av själva tanken att vara utan cigaretter.

Stämmer inte alls	Stämmer ganska dåligt	Varken eller	Stämmer ganska bra	Stämmer helt och hållet
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

21. Jag ser till att ha cigaretter med mig när jag går någonstans.

Stämmer inte alls	Stämmer ganska dåligt	Varken eller	Stämmer ganska bra	Stämmer helt och hållet
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

22. Det känns som om cigaretterna styr över mitt liv.

Stämmer inte alls	Stämmer ganska dåligt	Varken eller	Stämmer ganska bra	Stämmer helt och hållet
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

23. Jag känner att jag röker för mycket.

Stämmer inte alls	Stämmer ganska dåligt	Varken eller	Stämmer ganska bra	Stämmer helt och hållet
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

24. Ibland avbryter jag det jag håller på med för att gå och köpa cigaretter.

Stämmer inte alls	Stämmer ganska dåligt	Varken eller	Stämmer ganska bra	Stämmer helt och hållet
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

25. Jag röker i princip hela tiden (kedjerökning).

Stämmer inte alls	Stämmer ganska dåligt	Varken eller	Stämmer ganska bra	Stämmer helt och hållet
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

26. Jag röker trots att jag vet att det är skadligt för min hälsa.

Stämmer inte alls	Stämmer ganska dåligt	Varken eller	Stämmer ganska bra	Stämmer helt och hållet
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Snusvanor

27. Snusar du?

- Ja, jag snusar dagligen
- Ja, jag snusar då och då
- Nej, jag har tidigare snusat men har varit snusfri i mindre än 6 månader, GÅ TILL SIDAN 6
- Nej, jag har tidigare snusat men har varit snusfri i 6 månader eller mer, GÅ TILL SIDAN 6
- Nej, jag har aldrig snusat (eller endast provat enstaka gånger), GÅ TILL SIDAN 6

Om du snusar

28. På en skala från 0 till 10 hur beroende känner du att du är av snus?

0 betyder inte alls beroende och 10 betyder extremt beroende.

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
inte alls beroende												extremt beroende

29. Hur många dosor snus använder du i genomsnitt per vecka?

- Mindre än 1 dosa
- 1-2 dosor
- 3-4 dosor
- 5-6 dosor
- 7-9 dosor
- 10 dosor eller mer

30. Hur många minuter efter att du vaknat på morgonen tar du vanligtvis din första prilla?

- 0-5 minuter
- 6-15 minuter
- 16-30 minuter
- 31-60 minuter
- Efter mer än 60 minuter

31. Hur lätt eller svårt känns det för dig att sluta snusa?

- Omöjligt
- Mycket svårt
- Ganska svårt
- Ganska lätt
- Mycket lätt

Hur bra eller dåligt stämmer följande påståenden in på dig?

32. Efter några timmar utan att snusa, känner jag ett oemotståndligt sug efter snus.

Stämmer inte alls	Stämmer ganska dåligt	Varken eller	Stämmer ganska bra	Stämmer helt och hållet
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

33. Jag känner mig stressad av själva tanken att vara utan snus.

Stämmer inte alls	Stämmer ganska dåligt	Varken eller	Stämmer ganska bra	Stämmer helt och hållet
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

34. Jag ser till att ha snus med mig när jag går någonstans.

Stämmer inte alls	Stämmer ganska dåligt	Varken eller	Stämmer ganska bra	Stämmer helt och hållet
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

35. Det känns som om snuset styr över mitt liv.

Stämmer inte alls	Stämmer ganska dåligt	Varken eller	Stämmer ganska bra	Stämmer helt och hållet
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

36. Jag känner att jag snusar för mycket.

Stämmer inte alls	Stämmer ganska dåligt	Varken eller	Stämmer ganska bra	Stämmer helt och hållet
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

37. Ibland avbryter jag det jag håller på med för att gå och köpa snus.

Stämmer inte alls	Stämmer ganska dåligt	Varken eller	Stämmer ganska bra	Stämmer helt och hållet
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

38. Jag har i princip hela tiden snus i munnen.

Stämmer inte alls	Stämmer ganska dåligt	Varken eller	Stämmer ganska bra	Stämmer helt och hållet
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

39. Jag snusar trots att jag vet att det är skadligt för min hälsa.

Stämmer inte alls	Stämmer ganska dåligt	Varken eller	Stämmer ganska bra	Stämmer helt och hållet
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Andra personers bruk av tobak

40. Hur ofta, under de senaste 12 månaderna, har du vistats inomhus i miljöer där andra personer röker eller nyss har rökt?

- Varje dag
- Någon/några gånger per vecka
- Någon/några gånger per månad
- Mer sällan
- Aldrig

41. Hur ofta, under de senaste 12 månaderna, har du vistats utomhus i miljöer där andra personer röker eller nyss har rökt?

T.ex. på uteserveringar eller vid busshållplatser.

- Varje dag
- Någon/några gånger per vecka
- Någon/några gånger per månad
- Mer sällan
- Aldrig

42. Har du någonsin sökt medicinsk behandling för någon åkomma som läkaren misstänkte orsakades av andra personers rökning?

- Ja
- Nej

43. Har du, under de senaste 12 månaderna, någon gång känt dig orolig för familjeekonomin på grund av att någon annan i familjen röker?

- Ja
- Nej

44. Har du, under de senaste 12 månaderna, någon gång känt dig orolig för familjeekonomin på grund av att någon annan i familjen snusar?

- Ja
- Nej

45. Under de senaste 12 månaderna, har det funnits personer i ditt liv som röker dagligen?

T.ex. din familj, ex-partner, dina vänner eller arbetskamrater.

- Ja
- Nej, GÅ TILL SIDAN 7

46. Har personens/personernas rökning påverkat dig negativt på något sätt under de senaste 12 månaderna?

T.ex. att du känt stark oro för personens hälsa eller blivit utsatt för passiv rökning.

- Ja
- Nej, GÅ TILL SIDAN 7

47. Sammantaget, hur mycket har personens/personernas rökning påverkat dig negativt under de senaste 12 månaderna?

- Mycket
- Lite

48. På en skala från 1 till 10 hur mycket har personens/personernas rökning påverkat dig negativt under de senaste 12 månaderna?

1 betyder lite och 10 betyder mycket

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

lite mycket

Alkoholvanor

49. Hur ofta, under de senaste 12 månaderna, har du druckit minst ett glas av något som innehåller alkohol?

D.v.s. minst ett glas folköl, mellanöl, starköl, starkcider, alkoholisk, "vanligt" vin, starkvin eller starksprit. Räkna ej med lättöl eller cider som kan köpas i vanliga livsmedelsbutiker.

- I stort sett varje dag
- 4-5 gånger i veckan
- 2-3 gånger i veckan
- Ungefär en gång i veckan
- 2-3 gånger i månaden
- Ungefär en gång i månaden
- Några få gånger under de senaste 12 månaderna
- En gång under de senaste 12 månaderna
- Aldrig, GÅ TILL SIDAN 8

50. Hur ofta, under de senaste 12 månaderna, har du vid ett och samma tillfälle druckit alkohol så att det motsvarar minst:

- en flaska vin (75 centiliter) eller
- 5 snapsglas sprit (25 centiliter) eller
- 4 burkar starköl, starkcider, eller alkoholisk eller
- 6 burkar folköl

Tänk på att man ibland kan dricka mindre mängder av flera olika typer av alkohol som sammantaget motsvarar ovanstående dryckesspecifika mängder.

- I stort sett varje dag
- 4-5 gånger i veckan
- 2-3 gånger i veckan
- Ungefär en gång i veckan
- 2-3 gånger i månaden
- Ungefär en gång i månaden
- Några få gånger under de senaste 12 månaderna
- En gång under de senaste 12 månaderna
- Aldrig

Nu följer några frågor om konsekvenser som vissa kan uppleva av alkohol.

51. Har du, under de senaste 12 månaderna, druckit mer för att få samma effekt som du fick när du först började dricka alkohol?

- Ja
- Nej

52. Har det, under de senaste 12 månaderna, hänt att du fått skakiga händer, börjat svettas eller känt dig orolig efter att ha minskat ditt drickande?

- Ja
- Nej

53. När du, under de senaste 12 månaderna, drack alkohol brukade det bli så att du drack mer än du hade tänkt från början?

- Ja
- Nej

54. Har du, under de senaste 12 månaderna, försökt minska eller sluta dricka alkohol men misslyckats?

- Ja
- Nej

55. De dagar du drack, under de senaste 12 månaderna, lade du ner avsevärd tid på att skaffa alkohol, dricka eller med att återhämta dig från alkoholeffekterna?

- Ja
- Nej

56. Fick du, under de senaste 12 månaderna, mindre tid för att jobba, ägna dig åt fritidsintressen eller umgås med andra på grund av ditt drickande?

- Ja
- Nej

57. Har du, under de senaste 12 månaderna, fortsatt att dricka fast du visste att alkoholen gav dig kroppsliga eller psykiska problem?

- Ja
- Nej

58. Har ditt drickande, under de senaste 12 månaderna, gjort att du vid upprepade tillfällen inte fullgjort dina skyldigheter på arbetet, i dina studier, eller i hemmet?

- Ja
- Nej

59. Har ditt drickande, under de senaste 12 månaderna, vid upprepade tillfällen lett till stor risk för fysisk skada (t.ex. i trafiken)?

- Ja
- Nej

60. Har ditt drickande, under de senaste 12 månaderna, vid upprepade tillfällen lett till problem med rättvisan (t.ex. blivit omhändertagen för fylleri)?

- Ja
- Nej

61. Har du, under de senaste 12 månaderna, fortsatt dricka trots att detta orsakar ständiga eller återkommande problem i relation till andra människor?

- Ja
- Nej

62. Har du, under de senaste 12 månaderna, känt ett starkt alkoholsug, eller en stark längtan eller önskan att dricka alkohol?

- Ja
- Nej

Andra personers bruk av alkohol

Frågorna 63-73 avser negativa erfarenheter av andra personers alkoholkonsumtion oavsett om det är personer som du känner eller inte.

Har det under de senaste 12 månaderna hänt att du har:

63. Varit rädd för en berusad person (eller flera) på gatan eller på annan offentlig plats?

Nej Ja, 1-2 gånger Ja, 3 gånger eller fler

64. Blivit antastad eller besvärad av en berusad person (eller flera) på gatan eller på annan offentlig plats?

Nej Ja, 1-2 gånger Ja, 3 gånger eller fler

65. Blivit antastad eller besvärad av en berusad person (eller flera) på en fest eller annan privat sammankomst?

Nej Ja, 1-2 gånger Ja, 3 gånger eller fler

66. Blivit fysiskt skadad av en berusad person (eller flera)?

Nej Ja, 1-2 gånger Ja, 3 gånger eller fler

67. Fått kläder, föremål eller andra ägodelar förstörda av en berusad person (eller flera)?

Nej Ja, 1-2 gånger Ja, 3 gånger eller fler

68. Blivit förolämpad eller kränkt av något en berusad person (eller flera) sagt till dig?

Nej Ja, 1-2 gånger Ja, 3 gånger eller fler

69. Hållits vaken på natten på grund av oväsen från en berusad person (eller flera)?

Nej Ja, 1-2 gånger Ja, 3 gånger eller fler

70. Har du, under de senaste 12 månaderna, blivit utsatt för fysiskt våld (t.ex. avsiktliga slag eller sparkar) av en berusad person (eller flera), så att du skadades eller så att det gjorde ont, på eller utanför en bar, nattklubb eller restaurang?

Ja
 Nej, GÅ TILL FRÅGA 74 I ANDRA SPALTEN

OM JA:

71. Hur många gånger?

gånger

72. Anmälde du eller någon annan händelsen/händelserna till polisen?

Ja
 Nej

OM JA:

73. Hur många händelser anmälde du eller någon annan?

händelser

Frågorna 74-76 avser endast negativa erfarenheter av andra personers alkoholkonsumtion hos personer som du inte känner närmare.

74. Har du vid något tillfälle, under de senaste 12 månaderna, påverkats negativt av drickandet hos främlingar eller hos personer som du inte känner närmare?

T.ex. inte kunnat sova, blivit förolämpad eller rädd, råkat ut för skada eller våld eller fått egendom förstörd.

Ja
 Nej, GÅ TILL SIDAN 9

75. Sammantaget, hur mycket har personens/personernas drickande påverkat dig negativt under de senaste 12 månaderna?

Mycket
 Lite

76. På en skala från 1 till 10 hur mycket har personens/personernas drickande påverkat dig negativt under de senaste 12 månaderna?

1 betyder lite och 10 betyder mycket

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

lite mycket

Frågorna 77-91 avser endast negativa erfarenheter av alkoholkonsumtion hos personer i ditt liv t.ex. din familj, ex-partner, dina vänner eller arbetskamrater.

77. Under de senaste 12 månaderna, har det funnits personer i ditt liv som du anser har druckit för mycket alkohol (det kan vara regelbundet och långvarigt drickande eller vid enstaka tillfällen)?

Exempel på personer i ditt liv: din familj, ex-partner, dina vänner eller arbetskamrater.

- Ja
 Nej, GÅ TILL SIDAN 11

78. Har personens/personernas drickande påverkat dig negativt på något sätt under de senaste 12 månaderna?

- Ja
 Nej, GÅ TILL SIDAN 11

79. Har du blivit känslomässigt sårad eller försummad av någon/några av följande personer p.g.a. deras drickande under de senaste 12 månaderna?

FLERA SVARSALTERNATIV KAN ANGES

- Nej
 Partner
 Förälder/styvförälder
 Barn/styvbarn
 Annan person (som bor i ditt hushåll)
 Annan familjemedlem (som ej bor i ditt hushåll)
 Ex-partner
 Arbetskollega/arbetskamrat
 Vän
 Granne
 Annan person, **Vem?**

80. Har du slutat träffa någon/några av följande personer p.g.a. deras drickande under de senaste 12 månaderna?

FLERA SVARSALTERNATIV KAN ANGES

- Nej
 Partner
 Förälder/styvförälder
 Barn/styvbarn
 Annan person (som bor i ditt hushåll)
 Annan familjemedlem (som ej bor i ditt hushåll)
 Ex-partner
 Arbetskollega/arbetskamrat
 Vän
 Granne
 Annan person, **Vem?**

81. Har du blivit utsatt för fysiskt våld (t.ex. avsiktliga slag eller sparkar), så att du skadades eller så att det gjorde ont av någon/några av följande personer p.g.a. deras drickande under de senaste 12 månaderna?

FLERA SVARSALTERNATIV KAN ANGES

- Nej
 Partner
 Förälder/styvförälder
 Barn/styvbarn
 Annan person (som bor i ditt hushåll)
 Annan familjemedlem (som ej bor i ditt hushåll)
 Ex-partner
 Arbetskollega/arbetskamrat
 Vän
 Granne
 Annan person, **Vem?**

82. Har du blivit tvingad eller pressad till sex eller något sexuellt av någon/några av följande personer p.g.a. deras drickande under de senaste 12 månaderna?

FLERA SVARSALTERNATIV KAN ANGES

- Nej
 Partner
 Förälder/styvförälder
 Barn/styvbarn
 Annan person (som bor i ditt hushåll)
 Annan familjemedlem (som ej bor i ditt hushåll)
 Ex-partner
 Arbetskollega/arbetskamrat
 Vän
 Granne
 Annan person, **Vem?**

83. Har någon/några av följande personer misslyckats med eller inte utfört något som den/de förväntades att göra p.g.a. sitt drickande under de senaste 12 månaderna?

FLERA SVARSALTERNATIV KAN ANGES

- Nej
 Partner
 Förälder/styvförälder
 Barn/styvbarn
 Annan person (som bor i ditt hushåll)
 Annan familjemedlem (som ej bor i ditt hushåll)
 Ex-partner
 Arbetskollega/arbetskamrat
 Vän
 Granne
 Annan person, **Vem?**

84. Har någon/några av följande personer haft en negativ inverkan i ett socialt sammanhang du befunnit dig i p.g.a. sitt drickande under de senaste 12 månaderna?

FLERA SVARSALTERNATIV KAN ANGES

- Nej
- Partner
- Förälder/styvförälder
- Barn/styvbarn
- Annan person (som bor i ditt hushåll)
- Annan familjemedlem (som ej bor i ditt hushåll)
- Ex-partner
- Arbetskollega/arbetskamrat
- Vän
- Granne
- Annan person, **Vem?**

.....

85. Har någon/några av följande personer tagit pengar eller värdesaker som var dina p.g.a. sitt drickande under de senaste 12 månaderna?

FLERA SVARSALTERNATIV KAN ANGES

- Nej
- Partner
- Förälder/styvförälder
- Barn/styvbarn
- Annan person (som bor i ditt hushåll)
- Annan familjemedlem (som ej bor i ditt hushåll)
- Ex-partner
- Arbetskollega/arbetskamrat
- Vän
- Granne
- Annan person, **Vem?**

.....

Frågorna 86-89 avser endast negativa konsekvenser p.g.a. drickandet av någon som du bor tillsammans med.

Om du bor själv gå till fråga 90 i nästa spalt.

86. Har någon/några av följande personer i ditt hushåll inte gjort sin del av hushållsarbetet p.g.a. sitt drickande under de senaste 12 månaderna?

FLERA SVARSALTERNATIV KAN ANGES

- Nej
- Partner
- Förälder/styvförälder
- Barn/styvbarn
- Annan person (som bor i ditt hushåll)

87. Har du varit tvungen att lämna hemmet för att bo någon annanstans p.g.a. drickandet hos någon/några av följande personer i ditt hushåll under de senaste 12 månaderna?

FLERA SVARSALTERNATIV KAN ANGES

- Nej
- Partner
- Förälder/styvförälder
- Barn/styvbarn
- Annan person (som bor i ditt hushåll)

88. Har det funnits mindre pengar till hushållsutgifter p.g.a. drickandet hos någon/några av följande personer i ditt hushåll under de senaste 12 månaderna?

FLERA SVARSALTERNATIV KAN ANGES

- Nej
- Partner
- Förälder/styvförälder
- Barn/styvbarn
- Annan person (som bor i ditt hushåll)

89. Har du träffat vänner eller familj mindre för att du skäms över drickandet hos någon/några av följande personer i ditt hushåll under de senaste 12 månaderna?

FLERA SVARSALTERNATIV KAN ANGES

- Nej
- Partner
- Förälder/styvförälder
- Barn/styvbarn
- Annan person (som bor i ditt hushåll)

90. Sammantaget, hur mycket har drickandet hos personen/personerna i ditt liv påverkat dig negativt under de senaste 12 månaderna?

- Mycket
- Lite

91. På en skala från 1 till 10 hur mycket har drickandet hos personen/personerna i ditt liv påverkat dig negativt under de senaste 12 månaderna?

1 betyder lite och 10 betyder mycket

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

lite mycket

Läkemedel och narkotika

Har du någon gång använt något av följande receptbelagda läkemedel på ett icke föreskrivet sätt?

D.v.s. när du använt läkemedlet:

- utan läkares ordination, eller
- mer eller oftare än vad läkare ordinerat

92. Sömn-/lugnande medel,

t.ex. Zolpidem (Stilnoct), Zopiklon (Imovane), Flunitrazepam, Nitrazepam, Oxascand, Sobril, Stesolid

Nej

Ja, för mer än 12 månader sedan

Ja, under de senaste 12 månaderna

Ja, under de senaste 30 dagarna

93. Smärtstillande medel,

t.ex. Citodon, Treo Comp, Kodein, Tramadol

Nej

Ja, för mer än 12 månader sedan

Ja, under de senaste 12 månaderna

Ja, under de senaste 30 dagarna

Har du någon gång använt något av följande narkotiska preparat?

94. Cannabis,

t.ex. hasch eller marijuana

Nej

Ja, för mer än 12 månader sedan

Ja, under de senaste 12 månaderna

Ja, under de senaste 30 dagarna

95. Amfetamin,

t.ex. Metaamfetamin, Fenmetrazin, Ritalin

Nej

Ja, för mer än 12 månader sedan

Ja, under de senaste 12 månaderna

Ja, under de senaste 30 dagarna

96. Opiater,

t.ex. Heroin, Opium, Morfin, Metadon, Buprenorfin, Subutex

Nej

Ja, för mer än 12 månader sedan

Ja, under de senaste 12 månaderna

Ja, under de senaste 30 dagarna

97. Hallucinogener,

t.ex. LSD, Meskalin, Peyote, PCP, Hallucinogena svampar, DMT

Nej

Ja, för mer än 12 månader sedan

Ja, under de senaste 12 månaderna

Ja, under de senaste 30 dagarna

98. Ecstasy,

t.ex. MDMA, MDA, MDE

Nej

Ja, för mer än 12 månader sedan

Ja, under de senaste 12 månaderna

Ja, under de senaste 30 dagarna

99. Kokain,

t.ex. Crack, Pulver, Kokablad

Nej

Ja, för mer än 12 månader sedan

Ja, under de senaste 12 månaderna

Ja, under de senaste 30 dagarna

Om du inte har använt något av läkemedlen eller preparaten i frågorna 92-99 under de senaste 12 månaderna eller under de senaste 30 dagarna ska du gå till sidan 13.

Nu följer några frågor om konsekvenser som vissa kan uppleva av läkemedel eller av andra preparat.

I frågorna 100-111 ber vi dig tänka på det/de läkemedel och preparat som du angett i fråga 92-99. Det räcker med att endast ett preparat stämmer in på frågorna, så ska du kryssa "Ja".

100. Har det, under de senaste 12 månaderna, någonsin hänt att du behövt använda en större mängd av något preparat för att få samma effekt som du fick när du först började ta det?

Ja

Nej

101. Har det, under de senaste 12 månaderna, någonsin hänt att du fått abstinenssymptom (t.ex. fått värk, blivit illamående, känt dig orolig eller retlig) efter att ha minskat ditt intag eller slutat använda något preparat?

Ja

Nej

102. Har det, under de senaste 12 månaderna, ofta hänt att du använde mer av något preparat än du egentligen hade tänkt från början?

Ja

Nej

103. Har det, under de senaste 12 månaderna, någonsin hänt att du försökt använda mindre eller helt sluta använda något preparat men misslyckats?

- Ja
 Nej

104. Har det, under de senaste 12 månaderna, någonsin hänt att du under de dagar när du använde något preparat lade ner avsevärd tid (mer än 2 timmar) på att skaffa, använda eller återhämta dig från effekterna eller tänka på preparatet?

- Ja
 Nej

105. Har det, under de senaste 12 månaderna, någonsin hänt att du fick mindre tid för att jobba, ägna dig åt fritidsintressen eller umgås med andra på grund av din användning av något preparat?

- Ja
 Nej

106. Har det, under de senaste 12 månaderna, någonsin hänt att du fortsatt att använda något preparat fast du visste att det gav dig kroppsliga och psykiska problem?

- Ja
 Nej

107. Har ditt användande av något preparat, under de senaste 12 månaderna, gjort att du mer än en gång inte har fullgjort dina skyldigheter på arbetet, i dina studier, eller i hemmet?

- Ja
 Nej

108. Har ditt användande av något preparat, under de senaste 12 månaderna, i någon situation lett till stor risk för fysisk skada (t.ex. i trafiken)?

- Ja
 Nej

109. Har ditt användande av något preparat, under de senaste 12 månaderna, någon gång lett till problem med rättvisan (t.ex. gripits av polisen)?

- Ja
 Nej

110. Har du fortsatt använda något preparat, under de senaste 12 månaderna, trots att detta orsakade ständiga eller återkommande problem i relation till andra människor?

- Ja
 Nej

111. Har du, under de senaste 12 månaderna, känt ett starkt sug efter något preparat, eller en stark längtan eller önskan att använda något preparat?

- Ja
 Nej

Andra personers bruk av läkemedel och narkotika

112. Finns det personer i ditt liv som, under de senaste 12 månaderna, har använt något receptbelagt läkemedel på ett icke föreskrivet sätt, (se läkemedel i listan nedan)?

D.v.s. de har använt läkemedlet:

- utan läkares ordination, eller
- mer eller oftare än vad läkare ordinerat

Exempel på personer i ditt liv: Din familj, ex-partner, dina vänner eller arbetskamrater.

Sömn/lugnande medel:

T.ex. Zolpidem (Stilnoct), Zopiklon (Imovane), Flunitrazepam, Nitrazepam, Oxascand, Sobril, Stesolid

Smärtstillande:

T.ex. Citodon, Treo Comp, Kodein, Tramadol

- Ja
 Nej, GÅ TILL FRÅGA 116 I ANDRA SPALTEN

113. Har personens/personernas användande av läkemedlet/läkemedlen påverkat dig negativt på något sätt under de senaste 12 månaderna?

T.ex. negativa beteendeförändringar hos personen eller att du känt stark oro.

- Ja
 Nej, GÅ TILL FRÅGA 116 I ANDRA SPALTEN

114. Sammantaget, hur mycket har personens/personernas användande av läkemedlet/läkemedlen påverkat dig negativt under de senaste 12 månaderna?

- Mycket
 Lite

115. På en skala från 1 till 10 hur mycket har personens/personernas användande av läkemedlet/läkemedlen påverkat dig negativt under de senaste 12 månaderna?

1 betyder lite och 10 betyder mycket

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

lite mycket

116. Finns det personer i ditt liv som, under de senaste 12 månaderna, har använt något preparat, (se preparat i listan nedan)?

Exempel på personer i ditt liv: Din familj, ex-partner, dina vänner eller arbetskamrater.

Cannabis: T.ex. Marijuana, Hasch

Amfetamin: T.ex. Metamfetamin, Fenmetralin, Ritalin

Opiater: T.ex. Heroin, Opium, Morfin, Metadon (Buprenorfin, Subutex)

Hallucinogener: T.ex. LSD, Meskalin, Peyote, PCP, Hallucinogena svampar, DMT

Ecstasy: T.ex. MDMA, MDA, MDE

Kokain: T.ex. Crack, Pulver, Kokablad

- Ja
 Nej, GÅ TILL NÄSTA SIDA

117. Har personens/personernas användande av preparatet/preparaten påverkat dig negativt på något sätt under de senaste 12 månaderna?

T.ex. att du känt stark oro, blivit förolämpad eller hotad, råkat ut för skada eller våld eller fått egendom förstörd.

- Ja
 Nej, GÅ TILL NÄSTA SIDA

118. Sammantaget, hur mycket har personens/personernas användande av preparatet/preparaten påverkat dig negativt under de senaste 12 månaderna?

- Mycket
 Lite

119. På en skala från 1 till 10 hur mycket har personens/personernas användande av preparatet/preparaten påverkat dig negativt under de senaste 12 månaderna?

1 betyder lite och 10 betyder mycket

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

lite mycket

Dopning

120. Har du någon gång använt anabola androgena steroider eller tillväxthormon utan läkares ordination?

- Nej, GÅ TILL NÄSTA SIDA
- Nej, men har blivit erbjuden, GÅ TILL NÄSTA SIDA
- Ja, för mer än 12 månader sen, GÅ TILL NÄSTA SIDA
- Ja, under de senaste 12 månaderna
- Ja, under de senaste 30 dagarna

121. Hur har ditt användande av anabola androgena steroider eller tillväxthormon sett ut under de senaste 12 månaderna?

- Jag har prövat en gång
 - Jag har prövat ett par gånger
 - Jag har "kurat" 1 gång
 - Jag har "kurat" 2 gånger
 - Jag har "kurat" 3 gånger eller mer
-

122. Har du, under de senaste 12 månaderna, sökt hjälp för dig själv hos t.ex. läkare/psykolog eller i anhörigverksamhet, för problem som uppstått på grund av alkoholkonsumtion eller narkotika-användning hos någon person i ditt liv (t.ex. din familj, ex-partner, dina vänner eller arbetskamrater)?

- Ja
 Nej

123. Har du, under de senaste 12 månaderna, fått behandling, rådgivning eller annan organiserad hjälp p.g.a. din alkoholkonsumtion eller narkotika-användning

FLERA SVARSALTERNATIV KAN ANGES

- Nej, aldrig
 Ja, inom landstingets beroendevård
 Ja, på akutmottagning
 Ja, i primärvård (t.ex. vårdcentral)
 Ja, på privat mottagning
 Ja, på psykiatrisk mottagning
 Ja, på företagshälsovård
 Ja, på studenthälsomottagning
 Ja, av socialtjänsten
 Ja, genom självhjälp via internet eller telefon
 Ja, av AA, NA eller annan självhjälpgrupp
 Ja, annan insats, **Vilken?**

.....

STAD planerar att göra uppföljande intervjuer med ett urval personer som svarar på denna enkät. Genom att följa deltagarnas erfarenheter av ANDT-substanser över tid, kommer viktig kunskap att fås om varför negativa konsekvenser uppstår och hur de kan förebyggas.

Om du blir utvald att ingå i uppföljande undersökningar kommer vi att behöva kontakta dig igen för att skicka en förfrågan om ditt deltagande.

Därför behåller vi ett register över vilka personer som deltar i studien ”Vanor och konsekvenser”. Dessa uppgifter sparas separerade från enkätsvaren och dina kontaktuppgifter kommer att hållas åtskilda från dina svar. Medverkan är givetvis frivillig, och du bestämmer vid tillfället om du vill delta.

124. Kan du tänka dig att vara med i en kommande enkät om vanor och konsekvenser avseende tobak, alkohol, läkemedel och andra preparat?

- Ja
 Nej

Använd gärna nästa sida om du vill lägga till eller förtydliga något.

Behöver Du hjälp eller stöd?

Via Ditt landsting eller Din kommun kan Du komma i kontakt med de insatser inom hälso- och sjukvården och socialtjänst som tillhandahåller rådgivning. Du kan även söka stöd på nätet, t.ex. via www.alkoholhjalpen.se, www.dopingjouren.se.

Tack för Din Medverkan!

Har du något ytterligare som du vill framföra är du välkommen att göra det här:

A series of horizontal dotted lines providing space for the user to write their comments or feedback.