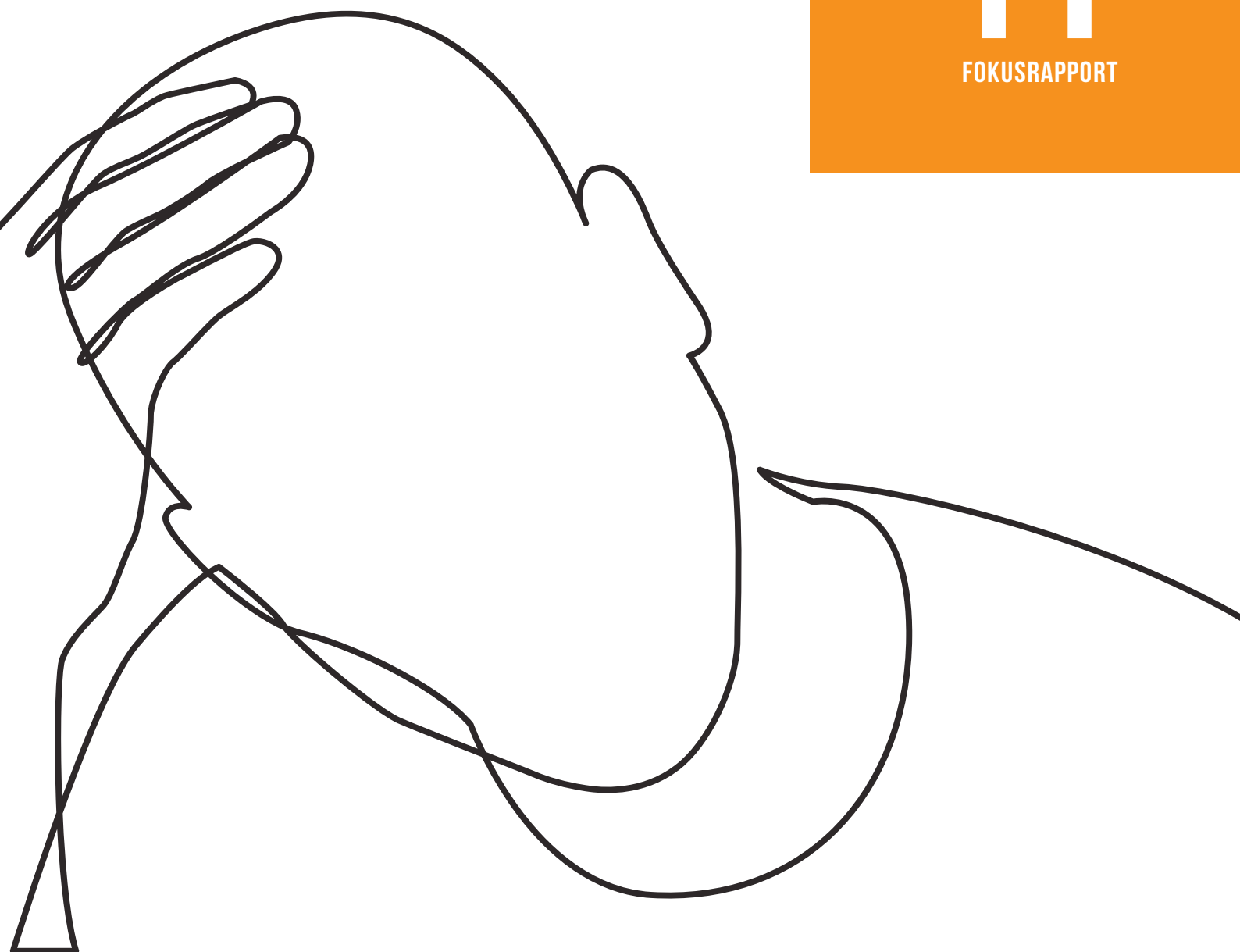


11

FOKUSRAPPORT



Hur mår de som använder narkotika?

- Hälsotillståndet hos personer i den vuxna befolkningen som använder narkotika

Mats Ramstedt

CAN:S FOKUSSERIE

Syftet med serien är att publicera kortare och mer fokuserade analyser relaterade till olika aspekter av droganvändning. Fördjupningarna är i regel baserade på material som samlats in av CAN.

FOKUSRAPPORT 11

Utgivningsår: april 2021, Stockholm

Utgivare: Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning, CAN

Formgivning: Jimmie Hjärtström, CAN

ISBN:978-91-7278-324-9

URN:NBN:se:can-2021-3

Hur mår de som använder narkotika?

- Hälsotillståndet hos personer i den vuxna befolkningen som använder narkotika

Mats Ramstedt

Sammanfattning

Syftet med den här rapporten var att undersöka om vuxna personer som använder narkotika i Sverige har en sämre hälsa än den övriga befolkningen. Resultaten bekräftade tidigare studier, som visat att de som använder narkotika mår sämre men också att det ser olika ut utifrån vilken typ av narkotika som används. Den grupp som använder narkotikaklassade läkemedel utan läkares ordination hade både sämre fysisk och psykisk hälsa än övriga befolkningen medan de som använder cannabis och andra narkotikaklassade preparat som exempelvis kokain och ecstasy, främst hade en sämre psykisk hälsa.

Resultaten visade också att förekomsten av sämre hälsa steg med ökad användningsfrekvens och att speciellt den grupp som använt narkotika mer än 20 gånger under det senaste året hade en hög andel med sämre hälsa. Högst andel noterades för sämre fysisk hälsa bland de som använt narkotikaklassade läkemedel mer än 20 gånger (64,8 procent). Motsvarande andelar för övrig narkotika och cannabis var 52,1 respektive 38,4 procent. Andelen i befolkningen i stort som har sämre hälsa var 26 procent.

Den förhöjda risken för sämre hälsa bland de som använder narkotika blev i regel svagare i analyser som kontrollerade för skillnader i socioekonomisk position och annan substansanvändning. Detta speglar att narkotikaanvändning i många fall samvarierar med andra riskfaktorer för ohälsa och att det är svårt att isolera betydelsen av just narkotikaanvändning. En förhöjd risk för sämre hälsa bland de som använt någon narkotika mer än 20 gånger det senaste året kvarstod dock även vid kontroll för dessa bakgrundsvariabler. Detta

tyder på att det finns en förhöjd risken för ohälsa bland personer som använder narkotika ofta som inte beror på låg socioekonomisk position eller samtidig hög användning av alkohol och tobak. Risken för sämre hälsa i denna grupp berodde främst på icke-ordinerad användning av narkotikaklassade läkemedel. Motsvarande analyser för grupperna som använder cannabis och övriga narkotikaklassade substanser var inte signifikanta bortsett ifrån en förhöjd risk för psykisk ohälsa bland de som använde övrig narkotika mer än 20 gånger. Även om det inte går att dra några slutsatser om orsakssamband, visar denna studie att personer i Sverige som använder narkotika mår sämre och att detta framför allt gäller personer som använder narkotika ofta. Detta resultat är i linje med att det finns många hälsorisker med att använda narkotikaklassade substanser. Andra troliga förklaringar är att personer som använder narkotika ofta har andra riskfaktorer för ohälsa och att narkotika används i självmedicinerings-syfte bland de som redan mår dåligt.

Bakgrund

Att narkotikaanvändning medför en ökad risk för olika former av hälsoproblem är väl känt och i Sverige beräknas att 1,3 procent av sjukdomsburden kan tillskrivas hälsorisker kopplade till narkotikaanvändning (Agardh m.fl., 2015). Det handlar till stor del om beroende och psykiska problem, men också om till exempel cancer. Studier av personer som söker hjälp för narkotikaproblem visar också att denna grupp har en omfattande samsjuklighet och psykisk ohälsa (Johnson, Richert & Svensson, 2017). Denna grupp har även en ökad risk för förtidig död (t.ex. von Greiff m.fl., 2018; Nyhlén m.fl., 2011).

Studier om hälsotillståndet bland personer som använder narkotika i ett bredare befolkningsperspektiv är däremot sällsynta i Sverige. En stor befolkningsstudie genomförd 2008 visade att personer som använder narkotika och narkotikaklassade läkemedel utan läkares ordination, oftare upplever sämre hälsa än övriga befolkningen (Statens Folkhälsoinstitut, 2010). Hur ofta narkotika användes tog man dock inte i beaktning och man skilde inte heller mellan cannabis och annan narkotika. Det saknas alltså aktuell kunskap om sambandet mellan narkotikaanvändning och hälsa i befolkningen och i vilken utsträckning omfattningen i användningen påverkar sambandet. En annan kunskapslucka är om sambandet mellan narkotikaanvändning och hälsa i befolkningen påverkas av att de som använder narkotika har andra riskfaktorer för ohälsa - exempelvis lägre socioekonomisk position och högre användning av andra beroendeframkallande substanser.

Mot denna bakgrund är det övergripande syftet med den här rapporten att undersöka om vuxna personer i Sverige som använder narkotika mår sämre än befolkningen i övrigt. De specifika frågeställningarna är:

- Har personer som använder narkotika en sämre hälsa än befolkningen i stort och gäller det i så fall både det allmänna hälsotillståndet och mer specifikt psykisk och fysisk hälsa?
- Påverkas risken för en sämre hälsa av hur ofta narkotika används och av vilken typ av narkotika det handlar om?
- Påverkas risken för sämre hälsa bland personer som använder narkotika av att de skiljer sig från befolkningen i stort med avseende på utbildning, inkomst, sysselsättning, födelse-land, rökning samt intensivkonsumtion av alkohol?

Data och metod

Utifrån data insamlad 2017 inom ramen för studien *Vanor och konsekvenser* (Sundin m.fl., 2018) studeras användningen av tre olika kategorier av narkotikaklassade substanser:

1. *Cannabis*, som är den dominerande formen av narkotika i Sverige.
2. *Övriga narkotikaklassade substanser* (kokain, ecstasy, amfetamin, heroin, opium, hallucinogener).
3. *Narkotikaklassade läkemedel* som används utan läkares ordination (smärtlindrande och/eller lugnande).

Utöver separata analyser av dessa substanser och grupper av substanser, analyseras också ett mått på *den totala narkotikaanvändningen*. Det inkluderar användning av minst en av ovanstående substanser minst en gång under de senaste 12 månaderna. Narkotikaklassade läkemedel är uppdelat i lugnande och smärtstillande narkotikaklassade läkemedel.

Exempel på narkotikaklassade lugnande substanser är:

Imovane/zopiklon, Sobril/oxazepam, Stilnoct/Zolpidem, Stesolid/diazepam och Xanor/alprazolam.

Exempel på narkotikaklassade smärtstillande substanser är:

Oxynorm/oxycodon, Citodon/kodein, Tradolan/tramadol, fentanyl, morfin och buprenorfin.

I analyserna studeras tre olika mått på hälsa i relation till narkotikaanvändning. Det första avser att mäta hälsa generellt utifrån frågan "Hur bedömer du ditt allmänna hälsotillstånd?". Svartalternativen är: "Mycket bra", "Bra", "Någorlunda", "Dåligt" och "Mycket dåligt". Som indikator på ett sämre hälsotillstånd används alternativen "Någorlunda", "Dåligt" och "Mycket dåligt" medan alternativen "Mycket bra" och "Bra" antas spegla ett bättre hälsotillstånd. Som indikator på psykiskt hälsotillstånd används frågan "Hur bedömer du ditt psykiska välbefinnande?". Den har motsvarande svarsalternativ som kategoriseras på samma sätt för att skilja grupper med sämre psykiskt hälsotillstånd med de som har bättre. Slutligen mäts det fysiska hälsotillståndet med frågan "Hur bedömer du ditt fysiska välbefinnande?". Även här sker samma kategorisering av svarsalternativen för att skilja mellan ett sämre och ett bättre fysiskt hälsotillstånd. Det är här värt att notera att det finns stöd för att självrapporterad hälsa och ohälsa är ett mått som har god validitet och har visat sig kunna förutsäga allvarliga hälsoproblem som till exempel dödlighet (t.ex. Burström & Fredlund, 2001).

Logistiska regressionsanalyser med kontroll för kön och ålder används inledningsvis för att undersöka om skillnaderna i hälsoutfallen mellan de olika grupperna är statistiskt signifikanta ($p < 0,05$). Vidare skattas oddskvoter för ett sämre hälsotillstånd i regressionsmodeller. De kontrollerar dessutom för ett antal variabler som kan antas samvariera med både ohälsa och narkotikaanvändning: socioekonomiska förhållanden, födelseland samt intensivkonsumtion av alkohol och daglig rökning. Det betyder att vi undersöker om eventuella samband finns kvar när vi tar hänsyn till fördelningen av de svarandes kön, ålder, socioekonomisk position (utbildning, inkomst och sysselsättning), födelseland (född i Sverige och övriga) och egen substansanvändning (daglig rökning samt intensivkonsumtion av alkohol minst 1 gång i månaden). En oddskvot kan i detta sammanhang lite förenklat tolkas som sannolikhet eller risk för ohälsa. En statistiskt signifikant skillnad i utfall mellan grupperna föreligger om estimatet var statistiskt signifikant på minst 5 %-nivå ($p < 0,05$).

Mer information om datainsamling och studiens genomförande återfinns i rapporten *Negativa konsekvenser av alkohol, narkotika och tobak* (Sundin m.fl., 2018).

Resultat

I tabell 1 jämförs gruppen som har använt narkotika under de senaste 12 månaderna med övriga med avseende på hälsotillstånd uppdelad på allmän, fysisk och psykisk hälsa.

Den grupp som har använt minst en narkotikaklassad substans under det senaste året har en högre andel med sämre hälsa, jämfört med övriga, enligt samtliga tre hälsomått. Skillnaden är speciellt stor för sämre psykisk hälsa (30,2 mot 17,6 procent) medan motsvarande för sämre allmän hälsa var 23,7 mot 18,8 procent och sämre fysisk hälsa 31,4 mot 26 procent. Skillnaderna är statistiskt signifikanta med hänsyn till olikheter i ålder och kön mellan grupperna.

När det gäller gruppen som använt cannabis under de senaste 12 månaderna fanns ingen skillnad i allmän och fysisk hälsa jämfört med övriga. En skillnad framkom däremot gällande psykisk hälsa, med 28,4 procent med sämre psykisk hälsa i gruppen som använt cannabis mot 18,3 procent bland övriga.

Resultaten för den grupp som använt "övriga narkotikaklassade substanser" under det senaste året liknade resultaten för gruppen som använt cannabis, det vill säga inga skillnader i allmän och fysisk hälsa men en högre andel som hade sämre psykisk hälsa.

Gruppen som använt narkotikaklassade läkemedel utan läkares förskrivning hade en högre andel med sämre hälsa enligt samtliga tre hälsomått. Skillnaden mot övriga var genomgående högre än för de andra grupperna av narkotikaanvändare. En sämre allmän hälsa uppgavs i denna grupp av 31,2 procent jämfört med 18,2 procent bland övriga och motsvarande andel som hade sämre fysisk hälsa var 38,5 mot 25,5 procent. Störst skillnad framkom i psykisk hälsa med en sämre psykisk hälsa hos 36 procent bland personer som använt narkotikaklassade läkemedel under det senaste året mot 17,9 procent bland övriga.

Tabell 1. Narkotikaanvändning under de senaste 12 månaderna och andelen som har sämre hälsa. Befolkningen 17–84 år.

	Sämre allmän hälsa (%)	Sämre fysisk hälsa (%)	Sämre psykisk hälsa (%)
<i>Har använt någon narkotika</i>			
Nej (n=10 442)	18,8	26,0	17,6
Ja (n=915)	23,7*	31,4*	30,2*
<i>Har använt cannabis</i>			
Nej (n=10 802)	19,2	26,3	18,2
Ja (n=425)	17,4	26,3	28,4*
<i>Har använt övriga narkotikaklassade substanser</i>			
Nej (n=11 030)	19,1	26,3	18,5
Ja (n=196)	21,2	28,8	29,5*
<i>Har använt narkotikaklassade läkemedel utan förskrivning</i>			
Nej (n=10 219)	18,2	25,5	17,9
Ja (n=521)	31,2*	38,5*	36,0*

*Signifikant skillnad med kontroll för kön och ålder.

I tabell 2 presenteras motsvarande uppgifter om hälsa med narkotikaanvändningen indelad i fem olika kategorier utifrån hur många gånger man använt narkotika under de senaste 12 månaderna: ingen gång, 1 gång, 2–4 gånger, 5–20 gånger och 21 gånger eller mer.

I jämförelse med de som inte använder narkotika sker en relativt liten ökning av andelen som har sämre hälsa med ökad användningsfrekvens upp till 20 gånger det senaste året. Ökningen sker dock för alla tre hälsoindikatorer – från 18,8 till 22,4 procent gällande andelen med sämre allmän hälsa, från 26 till 29,5 procent för andelen med sämre fysisk hälsa och från 17,6 till 26,6 procent för andelen med sämre psykisk hälsa. En större ökning av andelen med sämre hälsa noteras när användning av narkotika sker mer än 20 gånger.

Där har 39,2 procent sämre allmän hälsa, 47,3 procent sämre fysisk hälsa och 42,6 procent sämre psykisk hälsa. Skillnaden mot de som inte använder narkotika är statistiskt signifikant med kontroll för kön och ålder.

Samma ökning av andelen med ett sämre hälsotillstånd med ökad användningsfrekvens upp till 20 användningstillfällen finns inte för cannabisanvändning eller användning av andra narkotikaklassade substanser. Här är skillnaderna inte statistiskt signifikanta mellan icke-användare och de som använt cannabis eller övriga narkotikaklassade substanser upp till 20 gånger. De som har använt cannabis eller övriga narkotikaklassade substanser mer än 20 gånger har dock en signifikant högre andel som rapporterar en sämre hälsa enligt samtliga tre hälsomått. Speciellt hög andel med sämre hälsa har de som använt övriga narkotikaklassade substanser mer än 20 gånger. Fler än hälften i denna grupp rapporterar en sämre fysisk och psykisk hälsa.

Sambandet mellan användningsfrekvens av narkotikaklassade läkemedel utan förskrivning och hälsotillstånd är starkare än för övriga två kategorier av narkotika. Gruppen med högst användningsfrekvens har också högst andel med sämre hälsa – 60 procent har sämre psykisk hälsa och 65 procent sämre fysisk hälsa.

Tabell 2. Frekvenser av narkotikaanvändning under de senaste 12 månaderna och andel med sämre hälsa. Befolkningen 17–84 år.

	Sämre allmän hälsa (%)	Sämre fysisk hälsa (%)	Sämre psykisk hälsa (%)
Har använt narkotika:			
Nej (n=10 492)	18,8	26,0	17,6
1 gång (n=246)	19,0*	26,9	25,7*
2-4 gånger (n=287)	19,5*	27,1*	29,4*
5-20 gånger (n=212)	22,4*	29,5*	26,6*
21+ (n=172)	39,2*	47,3*	42,6*
Har använt cannabis:			
Nej (n=10 851)	19,2	26,3	18,2
1 gång (n=140)	12,8	25,8	27,3
2-4 gånger (n=138)	15,9	25,2	29,4*
5-20 gånger (n=72)	16,1	17,8	25,1
21+ (n=74)	29,6*	38,4*	32,3*
Har använt övriga narkotikaklassade substanser:			
Nej (n=11 080)	19,1	26,5	18,5
1 gång (n=71)	15,2	18,5	22,7
2-4 gånger (n=66)	19,4	29,5	31,5
5-20 gånger (n=35)	23,9	32,8	23,0
21+ (n=24)	40,8*	52,1*	56,6*
Har använt narkotikaklassade läkemedel utan förskrivning			
Nej (n=10 263)	18,1	25,5	17,9
1 gång (n=129)	22,7	29,0	26,9
2-4 gånger (n=177)	25,4*	34,4*	32,4*
5-20 gånger (n=133)	35,1*	38,4*	36,3*
21+ (n=84)	52,0*	64,8*	60,2*

*Signifikant skillnad ($p < 0,05$) jämfört med "icke-användare" med kontroll för kön och ålder.

I tabell 3 visas resultaten från logistiska regressionsanalyser och skattningar av oddskvoter för sämre hälsa vid olika användningsfrekvenser av narkotika. Skattningarna har gjorts med kontroll för skillnader i kön, ålder, utbildning, inkomst, sysselsättning, födelseland, daglig rökning samt intensivkonsumtion av alkohol. Referenskategori, det vill säga den grupp som man jämför med, är de som under de senaste 12 månaderna inte använt respektive kategori av narkotika.

Det finns en signifikant förhöjd risk för sämre allmän hälsa för de som använt någon narkotika minst 5 gånger. En högre risk för sämre fysisk och psykisk hälsa finns endast för de som använt mer än 20 gånger.

Analyserna av cannabisanvändning och hälsa visar att endast de som använt mer än 20 gånger har tecken på en förhöjd risk för sämre hälsa och då endast sämre allmän och fysisk hälsa.

Den förhöjda risken är dock inte statistiskt signifikant. När det gäller användning av övriga narkotikaklassade substanser, är mönstret likartat med skillnaden att en signifikant förhöjd risk för sämre psykisk hälsa finns bland de som använt mer än 20 gånger.

För icke-ordinerad användning av narkotikaklassade läkemedel finns en signifikant riskökning för samtliga typer av ohälsa när konsumtionen överstiger fyra användningstillfällen under det senaste året. Risken för samtliga mått på ohälsa är högst för de som använt narkotikaklassade läkemedel mer än 20 gånger det senaste året.

Tabell 3. Skattning av oddskvoter för ohälsa med logistisk regressionsanalys vid olika frekvenser av narkotikaanvändning. Befolkningen 17–84 år.

	Sämre allmän hälsa	Sämre fysisk hälsa	Sämre psykisk hälsa
	Oddsquot	Oddsquot	Oddsquot
Har använt narkotika:			
Nej (n=10 492)	1,0	1,0	1,0
1 gång (n=246)	1,2	1,1	1,2
2-4 gånger (n=287)	1,2	1,0	1,4*
5-20 gånger (n=212)	1,6*	1,2	1,3
21- (n=172)	2,4*	1,9*	1,8*
Har använt cannabis:			
Nej (n=10 851)	1,0	1,0	1,0
1 gång (n=140)	0,8	1,2	1,3
2-4 gånger (n=138)	1,0	1,1	1,3
5-20 gånger (n=72)	0,9	0,6	0,9
21- (n=74)	1,8	1,5	1,0
Har använt övriga narkotikaklassade substanser:			
Nej (n=10 942)	1,0	1,0	1,0
1 gång (n=70)	1,2	0,7	1,0
2-4 gånger (n=66)	1,8*	1,4	1,2
5-20 gånger (n=35)	1,3	1,1	0,7
21- (n=24)	1,6	2,0	3,6*
Har använt narkotikaklassade läkemedel utan förskrivning:			
Nej (n=10 263)	1,0	1,0	1,0
1 gång (n=129)	1,2	1,0	1,2
2-4 gånger (n=177)	1,6	1,3	1,6*
5-20 gånger (n=133)	3,0*	1,6*	2,3*
21+ (n=84)	3,4*	3,9*	5,1*

*Signifikant skillnad ($p < 0,05$) jämfört med "icke-användare" med kontroll för kön, ålder, utbildning, sysselsättning, inkomst, födelseland, samt daglig rökning och intensiv konsumtion av alkohol.

Diskussion

Det övergripande syftet med den här rapporten var att undersöka om personer som använder narkotika i Sverige har en sämre hälsa än den övriga befolkningen. Hälsa mättes i termer av såväl allmän som fysisk och psykisk hälsa. Utöver hälsan i den grupp som använt minst en narkotikaklassad substans under det senaste året, studerades hälsa i tre grupper som främst använt:

1. Cannabis
2. Övriga narkotikaklassade substanser (amfetamin, ecstasy, kokain, opiater eller hallucinogener)
3. Narkotikaklassade smärtstillande och/eller lugnande läkemedel utan läkares ordination

I vilken utsträckning hälsotillståndet påverkas av hur ofta narkotika användes, undersöktes genom att jämföra andelen med sämre hälsa i dessa grupper kategoriserade utifrån antal användningstillfällen senaste 12 månaderna. Sambandet mellan narkotikaanvändning och hälsa analyserades även med kontroll för bakgrundsförhållanden som samvarierar med både narkotikaanvändning och hälsa.

Resultaten bekräftar tidigare studier som visat att personer som använder narkotika har sämre hälsa, men visar också att det ser olika ut utifrån vilken typ av narkotika som används. Den grupp som använder narkotikaklassade läkemedel utan läkares ordination hade sämre hälsa än övriga befolkningen enligt alla tre hälsomått med störst skillnad för sämre psykisk hälsa (36 mot 17,9 procent). De som använder cannabis och andra narkotikaklassade preparat hade däremot endast en sämre psykisk hälsa och skillnaderna i allmän och fysisk hälsa, jämfört med befolkningen i stort, var här marginella.

Resultaten visade också att förekomsten av sämre hälsa steg med ökad användningsfrekvens och att speciellt den grupp som använt narkotika mer än 20 gånger det senaste året hade en hög andel med sämre hälsa. Högst andel noterades för sämre fysisk hälsa bland de som använt narkotikaklassade läkemedel mer än 20 gånger (64,8 procent). Motsvarande andelar för de mest frekventa användarna av övrig narkotika och cannabis var 52,1 respektive 38,4 procent. Andelen i befolkningen i stort var 26 procent. Ett positivt samband

mellan användningsfrekvens och risk för problem har visats i tidigare studier (t.ex. Hall, 2015), men har inte tidigare studerats i den svenska vuxna befolkningen.

Den förhöjda risken för sämre hälsa bland de som använder narkotika blev i regel svagare i analyser som kontrollerade för skillnader i socioekonomisk position och annan substansanvändning. Detta speglar att narkotikaanvändning i många fall samvarierar med andra riskfaktorer för ohälsa och att det är svårt att isolera betydelsen av just narkotikaanvändning. En signifikant förhöjd risk för sämre hälsa bland de som använt någon narkotika mer än 20 gånger det senaste året kvarstod dock även vid kontroll för dessa bakgrundsvariabler. Detta tyder på att det finns en förhöjd risken för ohälsa bland personer som använder narkotika ofta som inte beror på låg socioekonomisk position eller samtidig hög användning av alkohol och tobak. Närmare analyser visade att risken för sämre hälsa i denna grupp främst berodde på icke-ordinerad användning av narkotikaklassade läkemedel, där även de som använt minst fem gånger under det senaste året hade en signifikant förhöjd risk för sämre hälsa.

Motsvarande analyser för grupperna som använder cannabis och övriga narkotikaklassade substanser var inte signifikanta bortsett ifrån en förhöjd risk för psykisk ohälsa bland de som använde övrig narkotika mer än 20 gånger. Detta är lite förvånande, men kan tyda på att socioekonomisk position och annan substansanvändning spelar en större roll för risken att må sämre i dessa grupper jämfört med de som använder narkotikaklassade läkemedel. För att klargöra orsaken till denna skillnad behövs dock mer fördjupade analyser som ligger utanför ramen för denna rapport.

Man bör givetvis vara försiktig med att dra slutsatser om orsakssamband utifrån resultat som är baserade på denna typ av tvärsnittsdata. I vissa fall har det visat sig att narkotikaanvändning handlar om självmedicinering för personer som redan mår dåligt (t.ex. Turner m.fl., 2018). Därmed är den aktuella ohälsan ett resultat av tidigare hälsoproblem snarare än orsakat av narkotikaanvändning. Samtidigt är det också uppenbart att konsumtion av narkotikaklassade substanser kan orsaka hälsoproblem, vilket inte minst opioidkrisen i USA är ett tydligt exempel på (Ciccarone, 2019).

Begränsningar

Utöver svårigheter att dra slutsatser om orsaks-samband utifrån denna typ av tvärsnittsdata, finns några andra begränsningar som bör nämnas. Resultaten baseras på en befolkningsundersökning där grupper med störst narkotikaanvändning och mest hälsoproblem sannolikt är överrepresenterade i bortfallet (Reuter m.fl, 2021). Det innebär en risk att ohälsa kopplad till narkotikaanvändning sannolikt underskattas i denna studie.

Det bör också beaktas att skattningarna av både narkotikaanvändning och hälsa baseras på relativt trubbiga mått. Narkotikaanvändningen mäts endast i termer av andel som använder narkotika och hur ofta, medan uppgift om hur stor mängd narkotika som används saknas. Även hälsotillståndet mäts med hjälp av relativt generella frågor. Det är svårt att veta exakt vad respondenterna lägger in i begreppen allmänt hälsotillstånd respektive fysiskt och psykiskt välbefinnande. En begränsning är förstås också att det är respondenternas självrapporterade uppgifter som ligger till grund för resultatet och att känsliga ämnen som narkotikavanor underrapporteras i frågeundersökningar riktade till den allmänna befolkningen (Reuter m.fl, 2021). Om många som faktiskt använt narkotika förnekar det och hamnar i jämförelsegruppen som inte använt narkotika, betyder det troligen att hälsoskillnaderna har underskattats i denna studie. Det kan dock nämnas att tillförlitligheten är relativt hög när det gäller självrapporterade uppgifter om hälsa (Burström & Fredlund, 2001).

Slutsatser

Även om det inte går att dra några slutsatser om orsakssamband, visar denna studie att personer som använder narkotika i Sverige mår sämre men att det gäller framför allt personer som använder narkotika ofta. Detta resultat är i linje med att det finns många hälsorisker med en frekvent användning av narkotikaklassade substanser. Andra troliga förklaringar är att personer som använder narkotika ofta har andra riskfaktorer för ohälsa, och att narkotika används i självmedicinerings-syfte bland de som redan mår dåligt.



Referenser

- Agardh, E., Boman, U., & Allebeck, P. (2015). Alkohol, narkotika och tobaksrökning ger stor del av sjukdomsördan. *Läkartidningen*, 112.
- Burström B, Fredlund P. (2001). Self rated health: Is it as good a predictor of subsequent mortality among adults in lower as well as in higher social classes? *J Epidemiol Community Health*, 55, 836-40.
- Ciccarone, D. (2019). The triple wave epidemic: supply and demand drivers of the US opioid overdose crisis. *The International journal on drug policy*, 71, 183.
- von Greiff, N., Skogens, L., Berlin, M., & Bergmark, A. (2018). Mortality and Cause of Death—A 30-Year Follow-Up of Substance Misusers in Sweden. *Substance use & misuse*, 53(12), 2043-2051.
- Hall, W. (2015). What has research over the past two decades revealed about the adverse health effects of recreational cannabis use?. *Addiction*, 110(1), 19-35.
- Johnson, B., Richert, T., & Svensson, B. (2017). Alkohol- och narkotikaproblem (Upplaga 1.). Lund: Studentlitteratur.
- Nyhlén, A., Fridell, M., Bäckström, M., Hesse, M., & Krantz, P. (2011). Substance abuse and psychiatric co-morbidity as predictors of premature mortality in Swedish drug abusers a prospective longitudinal study 1970-2006. *BMC psychiatry*, 11(1), 1-9.
- Reuter, P., Caulkins, J. P., & Midgette, G. (2021). Heroin Use Cannot Be Measured Adequately with a General Population Survey. *Addiction*.
- Statens Folkhälsoinstitut (2010) Narkotikabruket i Sverige. Östersund.
- Sundin, E., Landberg, J. & Ramstedt, M. (2018) Negativa konsekvenser av alkohol, narkotika och tobak - en studie med fokus på beroende och problem från andras konsumtion. CAN-rapport nr 174.
- Turner, S., Mota, N., Bolton, J., & Sareen, J. (2018). Self-medication with alcohol or drugs for mood and anxiety disorders: A narrative review of the epidemiological literature. *Depression and anxiety*, 35(9), 851-860.

C.A.N

Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning, CAN, är ett nationellt kompetenscentrum som arbetar för minskade skador av alkohol och andra droger i samhället. Det gör vi genom att följa konsumtions- och skadeutvecklingen och genom kunskapshöjande insatser. Våra återkommande nationella undersökningar är Skolelevers drogvanor och Monitormätningarna. Vi genomför även lokala och regionala undersökningar på uppdrag av kommuner och län. CAN är en ideell förening med medlemsorganisationer och med ombud i alla län. Läs mer om oss på www.can.se.