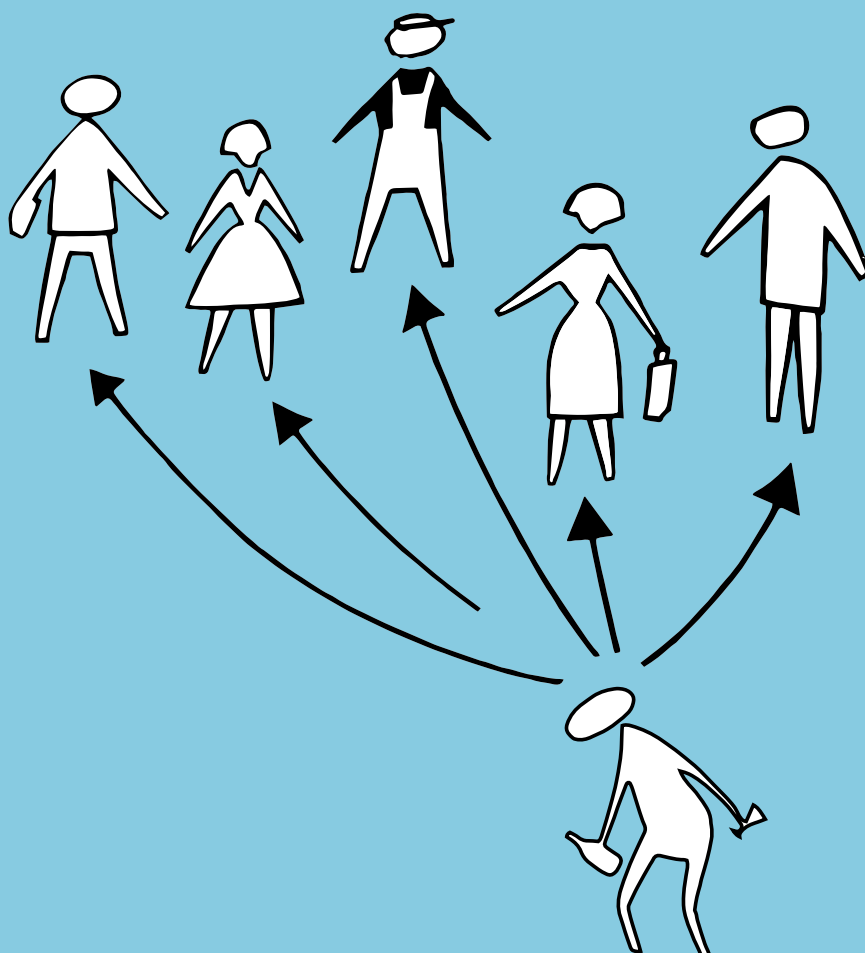


Socioekonomiska skillnader i beroende och utsatthet för andras användning av alkohol, narkotika och tobak

Jonas Landberg, Mats Ramstedt & Erica Sundin

Rapport 176



Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning, CAN

Layout omslag: Jimmie Hjärtström, CAN

Omslagsbild: Folkrörelsernas samorganisation mot alkoholmissbruk, 1961
(CAN:s affischsamling *)

URN:NBN:se:can-2018-7 (pdf)

* CAN:s affischsamling med ca 1200 affischer framställda från tiden runt förra sekelskiftet och framöver. Det är främst affischer utgivna av svenska nykterhetsorganisationer men även ett antal affischer från internationella nykterhetsorganisationer är representerade. Affischerna deponerades 1982 på Riksarkivet men ca 700 av dem har fotograferats och finns som färgdiabilder för utlåning av CAN:s bibliotek.

Socioekonomiska skillnader i beroende och utsatthet för andras användning av alkohol, narkotika och tobak

Jonas Landberg, Mats Ramstedt & Erica Sundin



Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning

Rapport 176

Stockholm 2018

Förord

Den här rapporten är resultatet av ett samarbete mellan Centraförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning (CAN) och Folkhälsomyndigheten (FoHM) som inleddes mot bakgrund av Folkhälsomyndighetens fokus på ANDT och jämlikhet. Inom ramen för FoHM:s arbete inom detta område ombads CAN skriva en rapport om socioekonomiska skillnader i ANT-problem utifrån sin återkommande befolkningsundersökning Vanor och konsekvenser. Arbetet med denna rapport är således finansierad av Folkhälsomyndigheten och skriven av CAN:s medarbetare Jonas Landberg, Mats Ramstedt och Erica Sundin.

En preliminär version av rapporten presenterades på ett forskarseminarium arrangerat av Folkhälsomyndigheten den 13 april och viktiga synpunkter på rapporten har erhållits av en forskargrupp i Lund bestående av Ulf Gerdtham, Devon Fontaine Spika, Gawain Heckley och av Folkhälsomyndighetens Anna Månsdotter.

Stockholm i oktober 2018

Centraförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning

Håkan Leifman, direktör

Innehåll

Inledning	5
Data och metod.....	6
Datainsamling	7
Frågeformulär och utfallsvariabler.....	7
Databearbetning.....	9
Metod.....	11
Resultat.....	12
Socioekonomiska skillnader i förekomsten av ANT-beroende.....	12
Socioekonomiska skillnader i utsatthet för andras ANT-bruk	29
Diskussion	47
ANT-beroende	47
Negativa konsekvenser av andras ANT-bruk	49
Begränsningar	50
Framtida analyser.....	51
Konklusion	52
Referenser	53
Bilaga 1: Formulär	55

Inledning

Konsumtionen av alkohol, narkotika och tobak (ANT) orsakar stora folkhälsoproblem och står tillsammans för en betydande del av den totala sjukdomsburden i Sverige (Agardh m.fl., 2014). Utöver att problem uppstår bland de som är konsumenter av ANT påverkas även personer i deras omgivning (Ramstedt m.fl., 2014). Givet omfattningen av ANT-relaterade problem i Sverige är det viktigt att följa utvecklingen och att synliggöra skillnader mellan olika befolkningsgrupper. Inte minst viktigt är att anlägga ett jämlikhetsperspektiv vilket varit den bärande tanken i den av regeringen tillsatta Kommissionen för jämlik hälsa (se senaste rapporten: Nästa steg på vägen mot en mer jämlik hälsa – slutbetänkande av Kommissionen för jämlik hälsa: SOU 2017:47). I juni 2018 beslutade även riksdagen om en folkhälsopolitik baserat på betänkandet med titeln ”God och jämlik hälsa – en utvecklad folkhälsopolitik.”

Att kvinnor och män har olika användningsmönster och problematik för samtliga ANT-substanser är väl känt (Ramstedt m.fl., 2014). De socioekonomiska skillnaderna i negativa konsekvenser av ANT-bruk är däremot mindre utforskade, speciellt vad gäller problematik i form av beroende och utsatthet för andras konsumtion. Att grupper med lägre socioekonomisk status (SES) har betydligt högre risk för allvarliga substansrelaterade problem som t.ex. alkoholrelaterad sjuklighet och dödlighet är väl känt (t.ex. Budhiraja & Landberg, 2016; Sydén m.fl., 2017), men det finns få studier av SES-skillnader i beroende och negativa konsekvenser av andras konsumtion. I vilken utsträckning ANT-relaterade problem bland utlandsfödda avviker från övriga befolkningen är också lite studerat, men en fråga som är viktig ur ett jämlikhetsperspektiv. Mer kunskap på detta område är således angelägen för att fördjupa och nyansera bilden av den aktuella ANT-situationen i Sverige utifrån ett jämlikhetsperspektiv och vilka utvecklingstendenser som finns med betoning på socioekonomiska förhållanden.

Syftet med denna rapport är därför att kartlägga socioekonomiska skillnader i ANT-beroende och negativa konsekvenser av andras ANT-användning i Sverige. Underlaget består av befolkningsundersökningen Vanor och konsekvenser (VoK) och dess två datainsamlingar genomförda 2013 och 2017 med totalt ca 27 000 personer som svarat på frågor om bruk och negativa konsekvenser av alkohol, narkotika och tobak i den vuxna befolkningen (17–84 år). I denna rapport presenteras resultat från dessa studier med fokus på två huvudsakliga frågeställningar:

1. Hur ser förekomsten av ANT-beroende och utsatthet för andras ANT-bruk ut bland kvinnor och män uppdelat på socioekonomiska grupper och födelseland år 2017 och har det skett några förändringar sedan 2013?
2. Är skillnaderna i problem mellan grupperna statistiskt signifikanta och kvarstår de när vi justerar sambanden för de svarandes ålder, och när det gäller utbildning och inkomst, även för födelseland och sysselsättning?

Data och metod

Genomförande

Ett obundet slumpmässigt urval om 27 000 individer folkbokförda i Sverige drogs ur Statens personadressregister (SPAR) respektive år. Urvalet omfattade personer mellan 17 och 84 år. För datainsamlingen som genomfördes 2013 respektive 2017 motsvarar det personer födda 1929–1996 och 1933–2000. I rapporten presenteras resultaten för åldersgruppen 25–64 år eftersom syftet är att undersöka socioekonomiska skillnader med utgångspunkt från indikatorerna utbildning och inkomst.

I tabell 1 presenteras den totala undersökningens urval och bortfall. År 2013 och 2017 gick inte 521 respektive 877 personer att nå pga. att deras enkäter var postreturer (oklara adresser). Vidare kunde 222 respektive 120 personer inte svara på enkäten pga. att de var sjuka, flyttat utomlands, varit bortresta en längre tid, inte talat svenska eller varit avlidna. Detta resulterade i ett nettourval på 26 257 personer år 2013 och 26 003 personer år 2017. Svarspersoner som inte har uppgett kön och/eller ålder har hanterats som bortfall. Efter att dessa personer exkluderats år 2013 (n=65) och 2017 (n=225), hade 15 511 personer besvarat enkäten år 2013 och 11 514 personer år 2017. Detta motsvarar en svarsfrekvens på 59,1% respektive 44,3%. År 2013 svarade 13 120 personer (84,6%) via pappersenkät och 2 391 personer (15,4%) via webben. Motsvarande år 2017 var 9 534 (82,8%) respektive 1 980 personer (17,2%). Ser vi till den åldersgrupp som ingår i denna studie, 25–64 år, var andelen svarande lägre men oförändrat mellan 2013 och 2017, 38,1% år 2013 (n=5905) och 39,3% 2017 (n=4542).

Tabell 1. Urval och bortfall för undersökningarna genomförda år 2013 och 2017.

	2013		2017	
	Antal	Procent	Antal	Procent
Bruttourval	27 000		27 000	
Postreturer	521		877	
Sjuka, flyttat utomlands, bortresta en längre tid, ej svensktalande, avlidna	222		120	
Nettourval	26 257	100	26 003	100
Totalt svarande	15 511	59,1	11 514	44,3
(Pappersenkät)	(13 120)	(84,6)	(9 534)	(82,8)
(Webbenkät)	(2 391)	(15,4)	(1 980)	(17,2)
Totalt bortfall	10 746	40,9	14 489	55,7
(Avböjt medverkan/ej svarat)	(10 681)	(99,4)	(14 264)	(98,5)
(Svarande som exkluderats på grund av att de ej uppgett kön och/eller ålder)	(65)	(0,6)	(225)	(1,5)

Datainsamling

En kombinerad post- och webbenkät användes som insamlingsmetod. Ett missivbrev skickades först ut till folkbokföringsadressen för samtliga i urvalet innan datainsamlingen påbörjades. Brevet innehöll information om undersökningen och om att en enkät kommer att skickas ut till svarspersonerna som de kan välja att besvara postalt (postenkät) eller via länk på elektronisk väg (webben). I brevet betonas att deltagande är frivilligt, att svaren skyddas av offentlighets- och sekretesslagen samt av personuppgiftslagen. Därefter skickades enkäten med medföljande frankerat svarskuvert tillsammans med ett informationsbrev som hade ett liknande innehåll som missivbrevet. Sammantaget skickades maximalt tre påminnelser till dem som inte besvarade enkäten inom en bestämd tidsperiod. För att öka svarsfrekvensen utgick en ersättning år 2013 till samtliga deltagande i form av ett presentkort motsvarande 100 kronor. År 2017 erbjöds ersättningen först efter första påminnelsen. Enkäten administrerades av undersökningsföretaget SKOP, som också har sammanställt en anonymiserad svarsfil med samtliga inkodade enkätsvar.

Frågeformulär och utfallsvariabler

Utfallsvariablerna är baserade på självskattade frågor och inkluderar beroende, substansbrukssyndrom (SBS) samt utsatthet för andra personers användning av alkohol, narkotika (inklusive narkotikaklassade läkemedel) och tobak. Samma frågeformulär har använts vid båda mättillfällena, med undantag för att vissa frågor har ändrats samt att vissa frågor lagts till under 2017.

Frågeformuläret var uppdelat i olika avsnitt: (A) bakgrundsinformation, (B) tobak, (C) alkohol och (D) narkotika (cannabis, amfetamin, opiater, hallucinogener, ecstasy, kokain) samt narkotikaklassade läkemedel (sömn/lugnande medel, smärtstillande medel). Avsnitten om tobak, alkohol och narkotika var uppdelade i tre block: (1) konsumtionsfrågor, (2) beroendefrågor eller SBS-frågor samt (3) frågor om negativa konsekvenser pga. andra personers bruk. Hela formuläret finns att tillgå i bilaga 1.

Bakgrundsfrågor

Förutom bakgrundsfrågor om kön och ålder ställs inledningsvis frågor om födelseland och socioekonomiska förhållanden såsom utbildning och inkomst. I denna rapport presenteras resultaten uppdelat på följande undergrupper: låg (grundskola), medel (gymnasium) och hög (högskola/universitet) utbildning; om man är född i Sverige, annat nordiskt land, annat europeiskt land, och utanför Europa; och egen inkomst uppdelat på kvintiler.

Det bör nämnas att vårt urval inte har samma fördelning i utbildningsnivå som befolkningen. I korthet så är gruppen lågutbildade lägre i urvalet och andelen högutbildade högre (Tabell 2). Skillnaden är något större 2017 än 2013. Vi återkommer till möjliga konsekvenser av detta i diskussionen.

Tabell 2. Utbildningsnivå avseende urvalet i Vanor och konsekvenser (VoK) och befolkningen (SCB) år 2013 och 2017 (%).

	2013		2017	
	VoK	SCB	VoK	SCB
Förgymnasial	11,4	13	7,4	12
Gymnasial	38,4	45	36,8	44
Eftergymnasial	50,3	40,2	55,7	41,3

Beroende

Frågor om tobaksberoende mäts 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 (Etter m.fl., 2003). 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 (Rydell m.fl., 2016).

Alkoholberoende för 2013 är utformat på de sju frågor som ingår i de diagnostiska kriterierna som beskrivs i DSM-IV och används i M.I.N.I. (2009). I undersökningen 2017 lades det nya kriteriet från DSM-5 till som utgör en del av diagnosen substansbruksyndrom.

I denna rapport används DSM-IV för att skatta alkoholberoende vilket möjliggör att utvecklingen mellan 2013 och 2017 kan fångas in. För att klassificeras som alkoholberoende krävs det att minst 3 av 7 kriterier uppfylls och tidsperioden avser de senaste 12 månaderna.

Frågorna gällande narkotika och narkotikaklassade läkemedel är uppbyggda enligt samma princip som för alkoholberoende men baseras istället på de kriterier som ingår i DSM-5. I DSM-5 ersätts beroendediagnoserna med begreppet substansbrukssyndrom. Detta är en kombination av de tidigare sju kriterierna för beroende och de fyra kriterierna för missbruk – exklusive kriteriet att ha problem med rättvisan och inklusive det nya kriteriet att känna strakt sug efter substansen. Vidare är diagnosen graderad som *lindrig*, *medelsvår* eller *svår*. Svårighetsgraden av diagnosen skattas som lindrig om 2 till 3 kriterier är uppfyllda, som medelsvår om 4 till 5 kriterier är uppfyllda och som svår om 6 eller fler kriterier är uppfyllda.

Alla personer som uppgett bruk av minst ett narkotiskt preparat (narkotika och/eller läkemedel) under de senaste 12 månaderna fick svara på frågor baserade på DSM-5 kriterierna om narkotika och läkemedel. Det går alltså inte att urskilja om substansbrukssyndromet rör sig om ett rent narkotika- eller läkemedelsbruk i de fall respondenten använder båda typer av preparat dvs. både narkotika och läkemedel. Vidare ändrades frågorna om läkemedelsbruk mellan 2013 och 2017 på ett sådant sätt att jämförelse mellan åren inte är möjlig. Mot bakgrund av detta redovisar vi i denna rapport andelen som år 2017 uppfyller minst två kriterier för substansbrukssyndrom av narkotika och/eller narkotikaklassade läkemedel, alltså motsvarande lindrig (eller allvarligare) syndromgrad.

Problem av andras bruk

Varje block avslutas med några frågor om upplevda negativa konsekvenser av andras bruk orsakade av någon i respondentens liv, t.ex. familjemedlem, vän eller arbetskamrat. Dessa frågor kommer från det internationella forskningsprojektet WHO/Thai-health (Rekve m.fl., 2012) som studerar skador från andras drickande. I en filterfråga får svarspersonerna svara på om de under de senaste 12 månaderna har någon person i sitt liv som de anser dricker för mycket (regelbundet eller vid enstaka tillfällen). De som svarar positivt får sedan svara på en uppföljande fråga om de har påverkats negativt på grund av personens/personernas drickande. Motsvarande frågor ställs även för tobak och narkotika. Vad gäller tobak så är filterfrågan avgränsad till personer som röker dagligen och för narkotika är frågan något mer generell då man får svara på om någon "har använt narkotiska preparat". För alkohol ställs även en fråga om svarspersonen under de senaste 12 månaderna har påverkats negativt av obekanta personers drickande. I denna undersökning är variablerna konstruerade så att den som uppger att de påverkats negativt av någon annans ANT-användning kodas som 1 medan övriga kodas som 0.

Databearbetning

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 webb-enkäten var frågeformuläret inlagt i ett datasystem som styrde hopp mellan frågor automatiskt varför motsvarande misstag inte var möjliga.

Dataanalyser utfördes i statistikprogrammen IBM SPSS Statistics version 25.0 respektive STATA version 13.1. De instrument som ingår i undersökningen har analyserats i enlighet med rekommendationerna för respektive instrument (se beskrivningen av frågeformulären ovan).

Vikter

Resultaten som presenteras i rapporten är viktade vilket innebär att man korregerar undersökningsgruppens sammansättning så att den bättre speglar befolkningens. Viktningen är gjord med hänsyn till kön och åldersgrupperna 17–19, 20–29, 30–49, 50–64 och 65–84. Jämförelsesiffror är inhämtade från Statistiska centralbyrån (SCB, 2017).

Av tabell 3 framkommer att det i urvalet var en viss överrepresentation av kvinnor och personer 50 år och äldre som besvarat enkäten i jämförelse med befolkningen. Dessa skevheter korrigerades genom viktningsförfarandet och fördelningen är näst intill identisk med befolkningen efter att vikten applicerats.

Tabell 3. Köns- och åldersfördelning avseende urvalet och befolkningen år 2013 och 2017 presenterat i oviktade och viktade andelar (%).

	2013				2017			
	Oviktat antal (n)	Oviktat	Viktat	Befolkningen	Oviktat antal (n)	Oviktat	Viktat	Befolkningen
Kön								
Kvinnor	8355	53,9	49,9	49,9	6284	54,6	49,6	49,6
Män	7156	46,1	50,1	50,1	5230	45,4	50,4	50,4
Ålder								
17–19	628	4,0	4,8	4,8	393	3,4	4,1	4,1
20–29	1938	12,5	17,0	17,0	1289	11,2	16,9	16,9
30–49	4598	29,6	33,7	33,7	3308	28,7	32,7	32,7
50–64	4042	26,1	23,4	23,4	3000	26,1	23,5	23,5
65–84	4305	27,8	21,0	21,0	3524	30,6	22,8	22,8

Notering: andelar från befolkningen (SCB, 2017).

Metod

Resultatredovisningen består av två delar. Först använder vi stapeldiagram för att redovisa hur förekomsten av ANT-beroende och utsatthet för närståendes ANT-bruk är fördelat efter utbildning, inkomst och födelseland – uppdelat på män och kvinnor. För varje utfall redogör vi först för skillnaderna inom de socioekonomiska indikatorerna och födelseland år 2017 och kommenterar i nästa steg om det skett några signifikanta förändringar inom undergrupperna för respektive indikator sedan år 2013¹. Dessa analyser är av mer deskriptiv karaktär och ger ingen information om skillnaden mellan undergrupperna inom respektive indikator är statistiskt signifikant eller i vilken utsträckning resultaten kan förklaras av andra variabler av relevans för sambandet.

I nästa steg använder vi därför logistisk regressionsanalys på data från 2017 för att signifikant testa skillnaderna mellan grupperna inom respektive indikator. Denna analysmetod skattar sannolikheten (oddsen) för att en individ har ett ANT-beroende/ utsatts för närståendes ANT-bruk utifrån värdet på en oberoende variabel (exempelvis utbildning). Vidare möjliggör metoden samtidigt justering för faktorer som kan tänkas underligga/- förklara sambandet mellan den socioekonomiska indikatorn och respektive utfall. I vårt fall analyseras t.ex. om sambanden mellan utbildning och de olika formerna av ANT-beroende kvarstår när vi tar hänsyn till fördelningen av de svarandes ålder, sysselsättning och födelseland.

Regressionsmodellerna är genomförda i två steg. I Modell 1 skattar vi separata samband mellan varje enskild socioekonomisk indikator (inklusive födelseland) och utfall, justerat för ålder. I Modell 2 skattar vi separata modeller för utbildning respektive inkomst justerat för ålder, sysselsättning och födelseland. Anledning till att vi inte tar med födelseland i separata modeller är att antalet personer i vissa av grupperna bedömdes vara för lågt för att ge tillräckligt robusta resultat. Resultaten återges i form av oddskvoter vilket i vårt sammanhang, något förenklat, kan tolkas som sannolikheten för att ha ett ANT-beroende/ vara utsatt för närståendes ANT-bruk. (I resultatredovisningen används ibland begreppet estimat istället för oddskvot). Exempelvis, i Modell 1 med alkoholberoende som utfall och utbildning som socioekonomisk indikator så uttrycker oddskvoterna sannolikheten att ha ett alkoholberoende bland svarande med grundskole- respektive gymnasieutbildning i relation till de med högskoleutbildning (som utgör referenskategori), när vi tar hänsyn till de svarandes ålder.

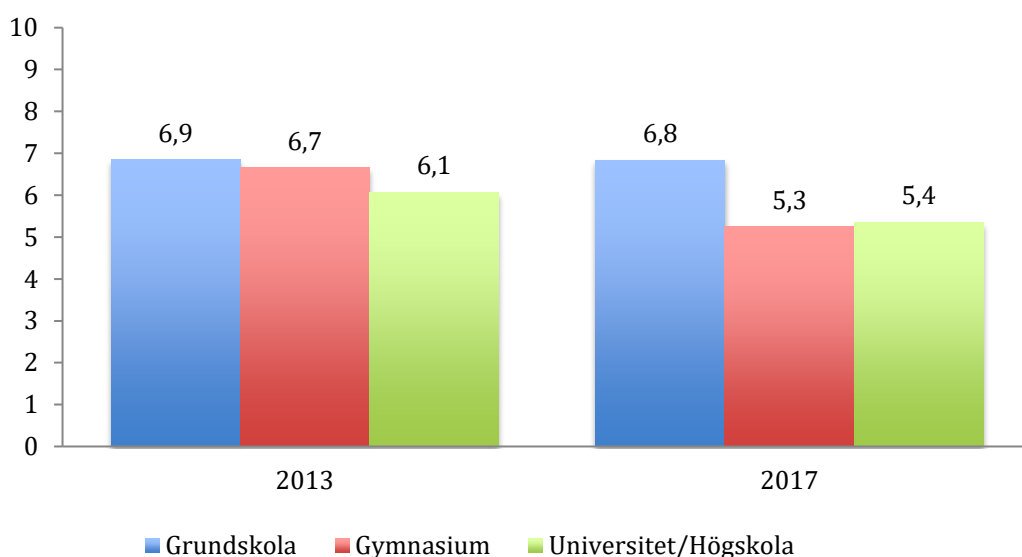
¹ Signifikanttesterna är här utförda genom regressionsanalyser med surveyår som oberoende variabel och ANT-beroende/utsatthet för andras ANT-bruk i respektive SES-undergrupp som beroende variabel.

Resultat

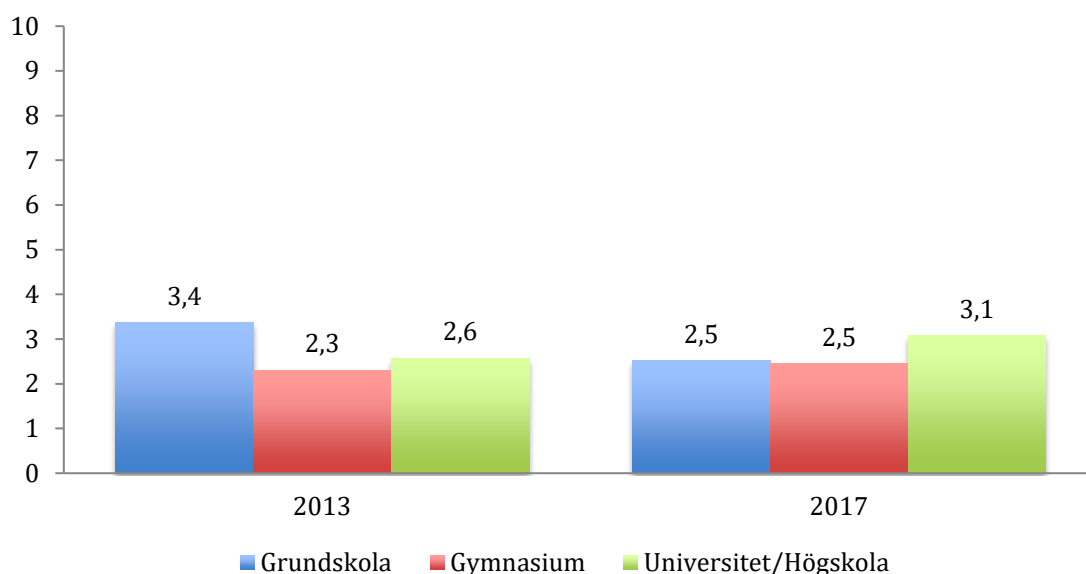
Socioekonomiska skillnader i förekomsten av ANT-beroende

Alkoholberoende

De socioekonomiska skillnaderna i alkoholberoende är förhållandevis små för både män och kvinnor. Detta gäller framförallt utbildningsindikatorn där förekomsten av alkoholberoende i gruppen lågutbildade män år 2017 endast är drygt 1,25 gånger högre jämfört med gruppen högutbildade (6,8 respektive 5,4 %). (Figur 1). Bland kvinnor är utbildningskillnaderna de omvända, med något högre förekomst av alkoholberoende i gruppen högutbildade (3,1 %) än i gruppen lågutbildade (2,5 %) under 2017 (Figur 2).

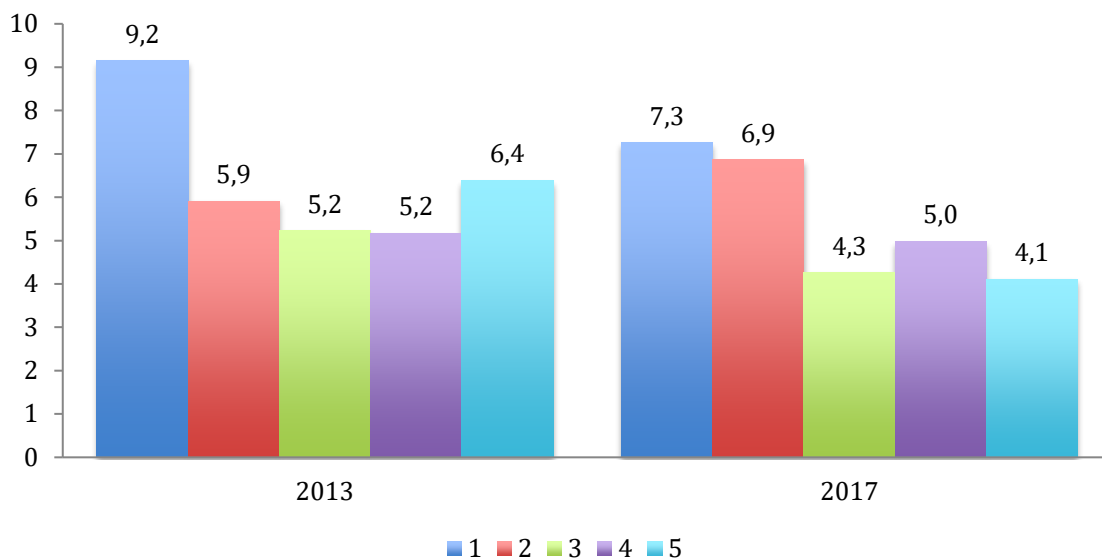


Figur 1. Andel (%) män i befolkningen som har ett alkoholberoende 2013 och 2017 uppdelat på utbildning. 25–64 år.

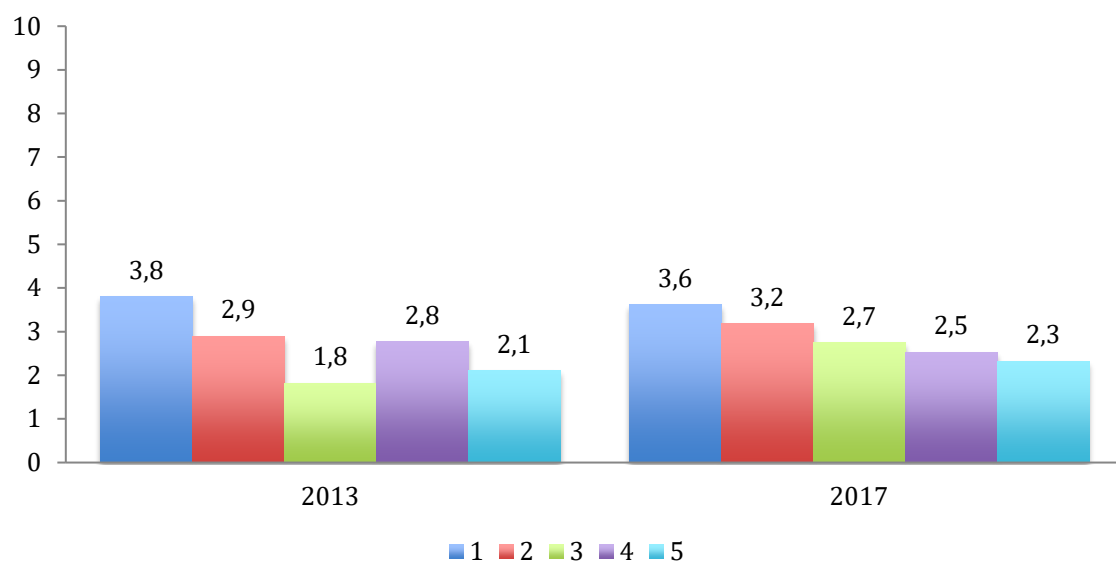


Figur 2. Andel (%) kvinnor i befolkningen som har ett alkoholberoende 2013 och 2017 uppdelat på utbildning. 25–64 år.

Något större skillnader återfinns när vi ser till hur förekomsten av alkoholberoende är fördelat enligt inkomstindikatorn år 2017. Här är andelen med alkoholberoende bland män 1,8 gånger högre i den lägsta (7,3 %) jämfört med den högsta (4,1 %) inkomstgruppen (Figur 3). Bland kvinnor ligger motsvarande andelar på 3,6 respektive 2,3 procent, vilket motsvarar 1,6 gånger högre andel i lägsta inkomstgruppen i jämförelse med den högsta (Figur 4).



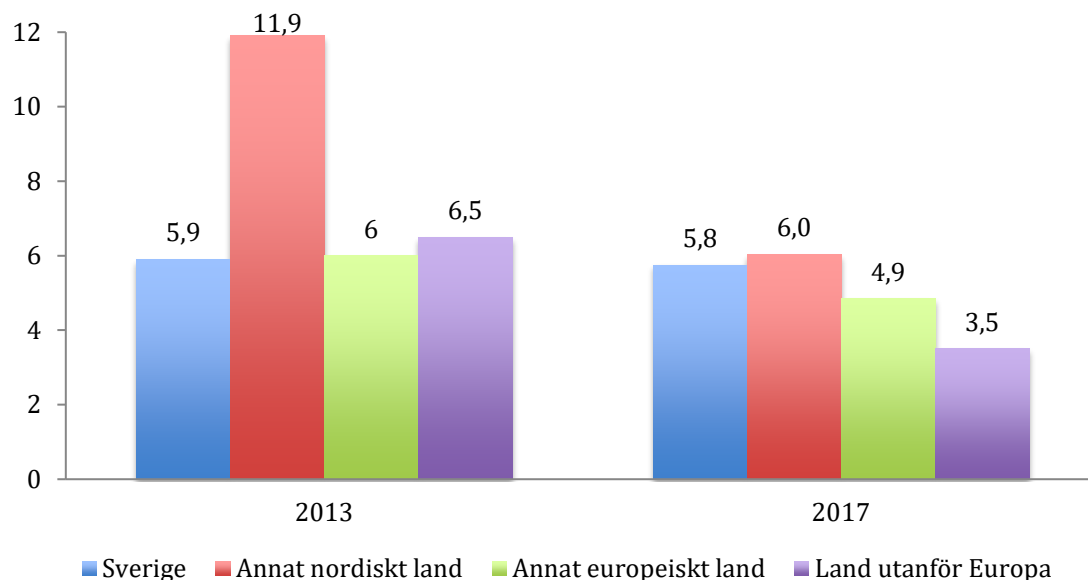
Figur 3. Andel (%) män i befolkningen som har ett alkoholberoende 2013 och 2017 uppdelat på inkomst. 25–64 år. (1= lägsta inkomstkventilen...5=högsta).



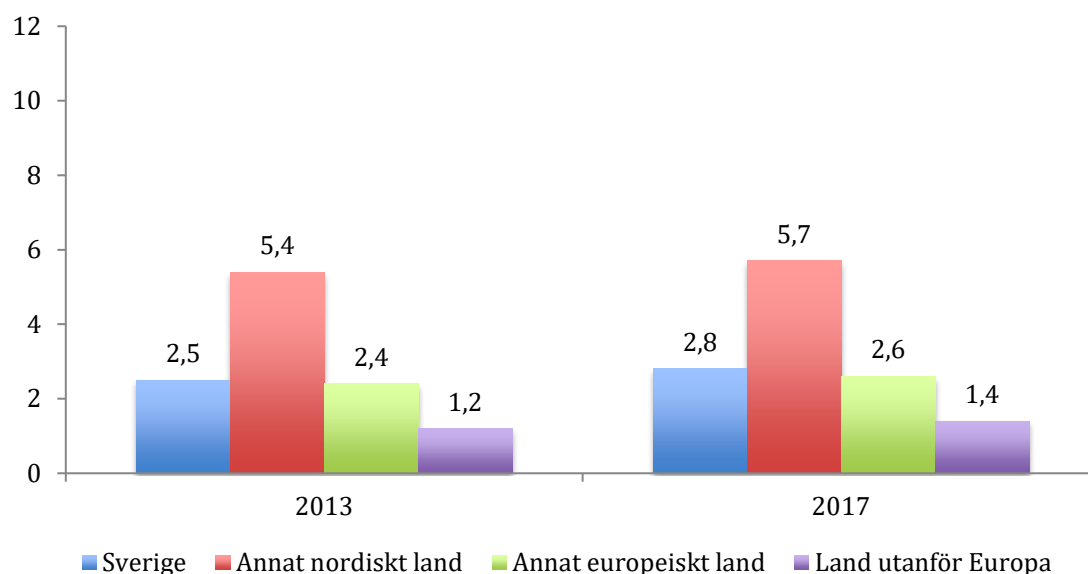
Figur 4. Andel (%) kvinnor i befolkningen som har ett alkoholberoende 2013 och 2017 uppdelat på inkomst. 25–64 år. (1= lägsta inkomstkventilen...5=högsta).

Gällande utvecklingen mellan 2013 och 2017 så finns ingen signifikant förändring i andelen alkoholberoende inom någon av utbildnings- eller inkomstgrupperna, för varken män eller kvinnor. Detta innebär att det inte heller har skett någon förändring i de socioekonomiska skillnaderna i alkoholberoende mellan 2013 och 2017.

För indikatorn födelseland (Figurer 5–6) ser vi hos båda könen år 2017 högst förekomst av alkoholberoende bland svarande som är födda i annat nordiskt land, följt av födda i Sverige, och lägst förekomst bland svarande födda i annat europeiskt land eller utanför Europa. Gällande förändringar mellan år 2013 och år 2017 ser vi bland män födda i annat nordiskt land en halvering i andelen med alkoholberoende, från 12 till 6 %. Denna till synes stora förändring bör dock tolkas med försiktighet då den dels inte är signifikant ($p=0,066$) och dels baseras på små urvalsgrupper (346 personer år 2013 och 246 personer år 2017) vilket ökar risken för slumpmässiga förändringar.



Figur 5. Andel (%) män i befolkningen som har ett alkoholberoende 2013 och 2017 uppdelat på födelseland. 25–64 år.



Figur 6. Andel (%) kvinnor i befolkningen som har ett alkoholberoende 2013 och 2017 uppdelat på födelseland. 25–64 år.

Tabell 4 visar resultaten från regressionsanalyserna med alkoholberoende år 2017 som utfall, där hänsyn tas till dels endast ålderskillnader (Modell 1) och dels till även sysselsättning och födelseland (Modell 2). Sammantaget visar resultaten att merparten av de socioekonomiska skillnaderna i alkoholberoende, som framkom i den grafiska presentationen ovan, inte är signifikanta när vi tar hänsyn till skillnader i gruppernas

åldersfördelning. Ett undantag utgörs av utbildningsindikatoren för män (Modell 1) där gruppen lågutbildade har en förhöjd sannolikhet för alkoholberoende även efter justering för ålder. Oddskvoten på 1,84 tolkas här som att lågutbildade män år 2017 har 1,8 gånger högre sannolikhet (odds) att vara alkoholberoende jämfört med gruppen högutbildade (som utgör referenskategori), när vi tar hänsyn till de svarandes ålder. För inkomst återfinns inga signifikanta estimat för varken kvinnor eller män. När vi ser till födelseland är däremot estimatet för kvinnor födda i annat nordiskt land signifikant och tolkas som att dessa har 2,4 gånger högre sannolikhet att vara beroende jämfört med kvinnor födda i Sverige, när vi tar hänsyn till de svarandes ålder.

I Modell 2, återfinns endast ett signifikant estimat, det för lågutbildade män. Jämfört med Modell 1 har estimatet här ökat något, till ca 2, vilket här tolkas som att lågutbildade män har två gånger högre sannolikhet att vara alkoholberoende, jämfört med gruppen högutbildade män, när vi tar hänsyn till de svarandes ålder, födelseland och sysselsättning.

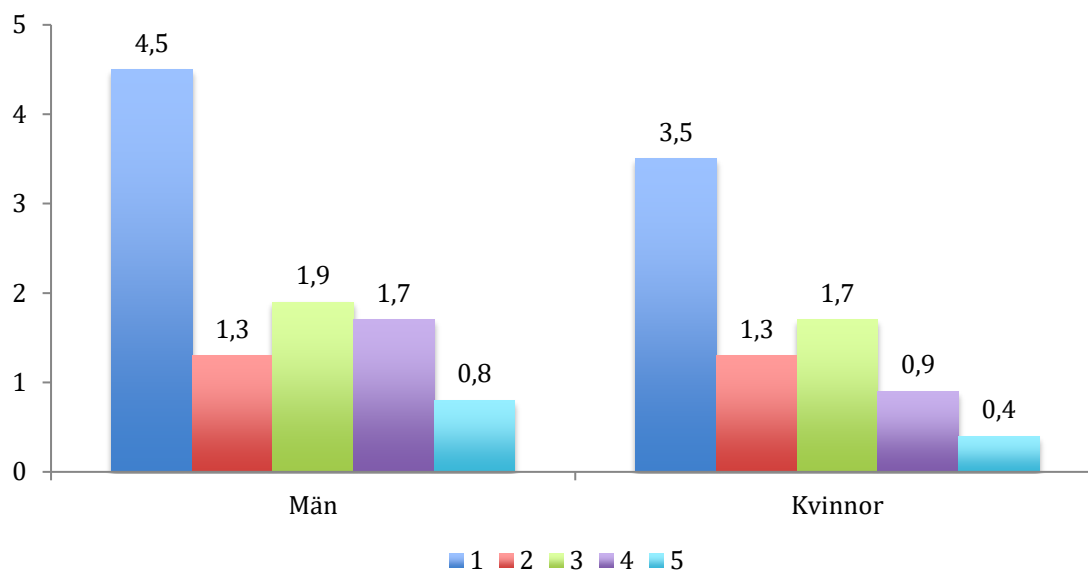
Tabell 4. Skattade effekter av utbildning, inkomst och födelseland på oddsen att vara alkoholberoende. Logistiska regressionsmodeller.

	<i>Modell 1^a</i>		<i>Modell 2^b</i>	
	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor
	Oddskvot	Oddskvot	Oddskvot	Oddskvot
Utbildning				
Grundskola	1,84*	1,16	2,04*	1,08
Gymnasium	1,04	0,85	1,09	0,85
Universitet/Högskola (ref)	1	1	1	1
Inkomst				
1 lägsta kvintilen	1,32	1,25	1,04	1,30
2	1,41	1,15	1,38	1,11
3	0,88	0,98	0,85	0,96
4	1,10	1,03	1,08	1,00
5 högsta kvintilen (ref)	1	1	1	1
Födelseland				
Sverige (ref)	1	1		
Annat nordiskt land	1,14	2,44*		
Annat europeiskt land	0,77	0,94		
Land utanför Europa				

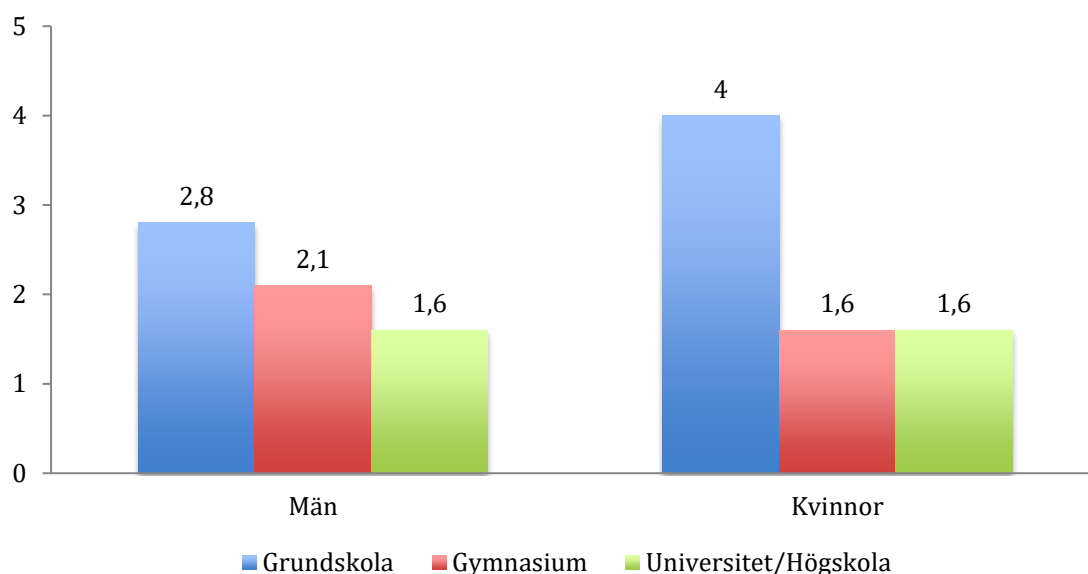
*p<0,05. ^a= justerad för ålder. ^b= justerad för ålder, sysselsättning och födelseland

Substansbrukssyndrom av narkotika och/eller narkotikaklassade läkemedel

Resultaten visar på betydliga socioekonomiska skillnader i lindrigt (eller allvarigare) substansbrukssyndrom av narkotika och/eller läkemedel bland både män och kvinnor (Figur 7). De största skillnaderna återfinns inom inkomstindikatorn för båda könen. Här är andelen med substansbrukssyndrom i gruppen med lägst inkomst, jämfört med den grupp som tjänar mest, omkring åtta gånger högre bland kvinnor (3,5 respektive 0,4 %) och mer än fem gånger högre bland män (4,5 respektive 0,8 %). Även utbildningsindikatorn (Figur 8) visar på tydliga, om än något lägre, skillnader. Förekomsten av substansbruks-syndrom i gruppen lågutbildade jämfört med gruppen högutbildade är 2,5 gånger högre bland kvinnor (4,0 respektive 1,6 %) och 1,8 gånger högre bland män (2,8 respektive 1,6 %).

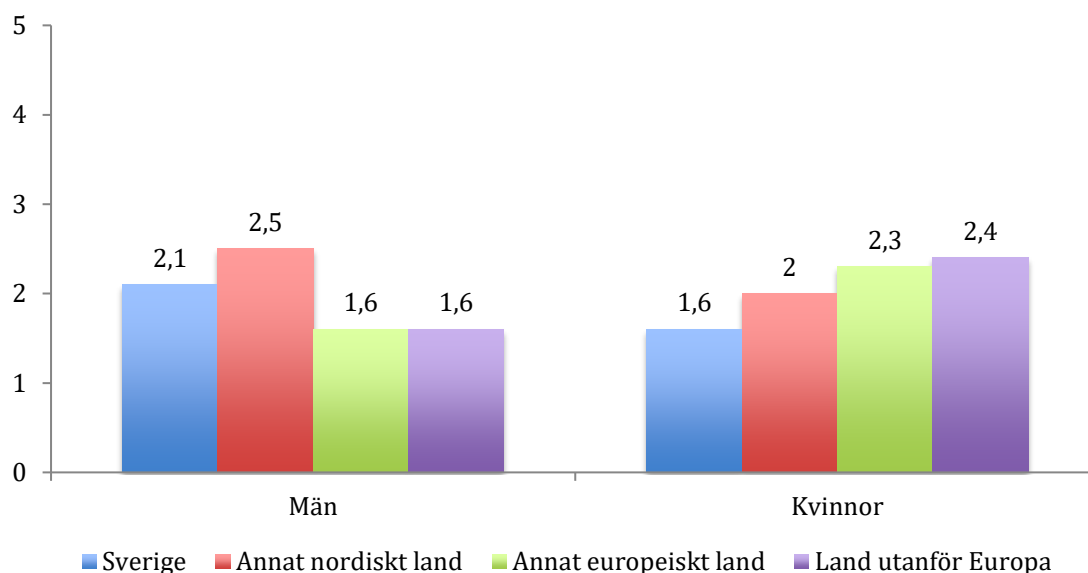


Figur 7. Andel (%) i befolkningen som har ett lindrigt (eller allvarigare) substansbrukssyndrom 2017 uppdelat på inkomst. 25–64 år. (1= lägsta inkomstkventilen...5=högsta)



Figur 8. Andel (%) i befolkningen som har ett lindrigt (eller allvarigare) substansbrukssyndrom 2017 uppdelat på utbildning. 25–64 år.

Gällande fördelningen över födelseland skiljer sig resultaten för män och kvinnor (Figur 9). Bland män återfinns högst förekomst av substansbrukssyndrom i övriga Norden (2,5 %) följt av män födda i Sverige (2,1 %). Bland kvinnor finner vi istället högst andel med narkotikaberoende bland personer födda i länder utanför Europa (2,4 %) samt i annat europeiskt land (2,3 %) och lägst andel bland personer födda i Sverige (1,6 %).



Figur 9. Andel (%) i befolkningen som har ett lindrigt (eller allvarigare) substansbrukssyndrom 2017 uppdelat på födelseland. 25–64 år.

Tabell 5 återger resultaten av regressionsmodellerna för substansbrukssyndrom av narkotika och/eller läkemedel. Det föreligger signifikanta socioekonomiska skillnader i sannolikheten för detta utfall, efter justering för ålder, både vad gäller utbildning och inkomst (Modell 1). Exempelvis har kvinnor i den lägsta utbildningsgruppen nära fyra gånger högre sannolikhet för substansbrukssyndrom jämfört med gruppen högutbildade. Utbildningsskillnaderna bland män är också signifikanta, om än något mindre. Här har lågutbildade 2,5 gånger högre sannolikhet för substansbrukssyndrom jämfört med högutbildade. För inkomstindikatorn har den lägsta inkomstgruppen en signifikant högre sannolikhet för substansbrukssyndrom hos både män och kvinnor med oddskvoter om 5,08 respektive 6,98. Inget signifikant estimat återfinns för födelseland, varken för män eller kvinnor.

När vi även justerar sambanden för födelseland och sysselsättning (Modell 2), försvinner de tidigare signifikanta estimaten för utbildning medan estimaten blir på gränsen till signifikanta i den lägsta inkomstgruppen för båda könen. Detta tyder på att en betydande andel av sambandet mellan utbildning/inkomst och substansbrukssymptom förklaras av olikheter i sysselsättning bland de socioekonomiska indikatorerna. Tilläggsanalyser visade nämligen att det var just justering för sysselsättning (och inte födelseland) som medförde att ursprungssambanden försvagades både för utbildning och inkomst. Vidare var det främst gruppen med långtidssjukskrivna och förtidspensionärer som hade högst risk för substansbrukssymptom inom sysselsättningsvariabeln.

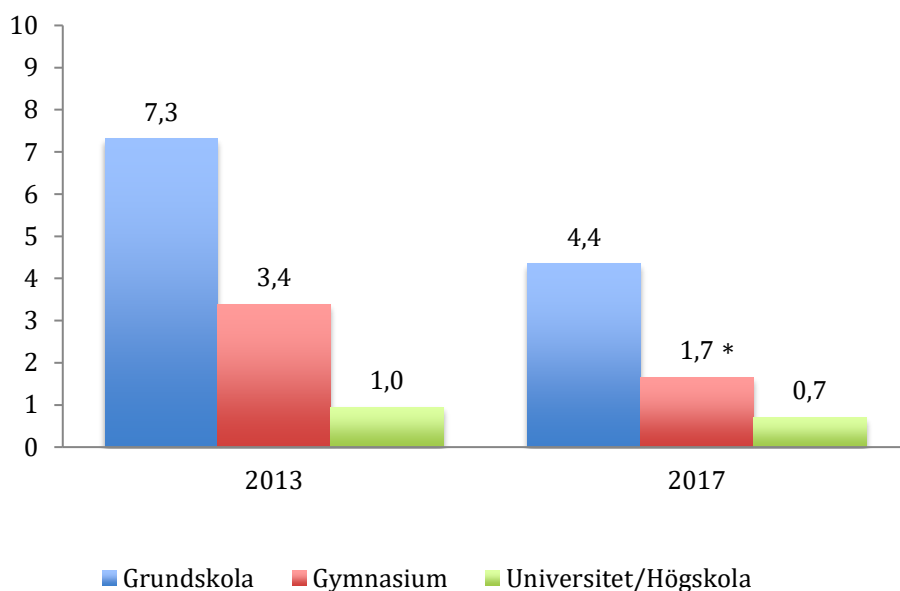
Tabell 5. Skattade effekter av utbildning, inkomst och födelseland på oddsen att ha ett lindrigt (eller allvarigare) substansbrukssyndrom. Logistiska regressionsmodeller.

	Modell 1		Modell 2	
	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor
	Oddskvot	Oddskvot	Oddskvot	Oddskvot
Utbildning				
Grundskola	2,47*	3,72*	1,62	1,92
Gymnasium	1,41	1,08	1,32	0,91
Universitet/Högskola (ref)	1	1	1	1
Inkomst				
1 lägsta kvintilen	5,08*	6,98*	3,06(*)	5,80(*)
2	1,44	2,70	1,45	2,51
3	2,18	3,36(*)	2,22	3,14
4	2,01	1,99	2,10	1,92
5 högsta kvintilen (ref)	1	1	1	1
Födelseland				
Sverige (ref)	1	1		
Annat nordiskt land	1,33	1,44		
Annat europeiskt land	0,72	1,48		
Land utanför Europa	0,71	1,37		

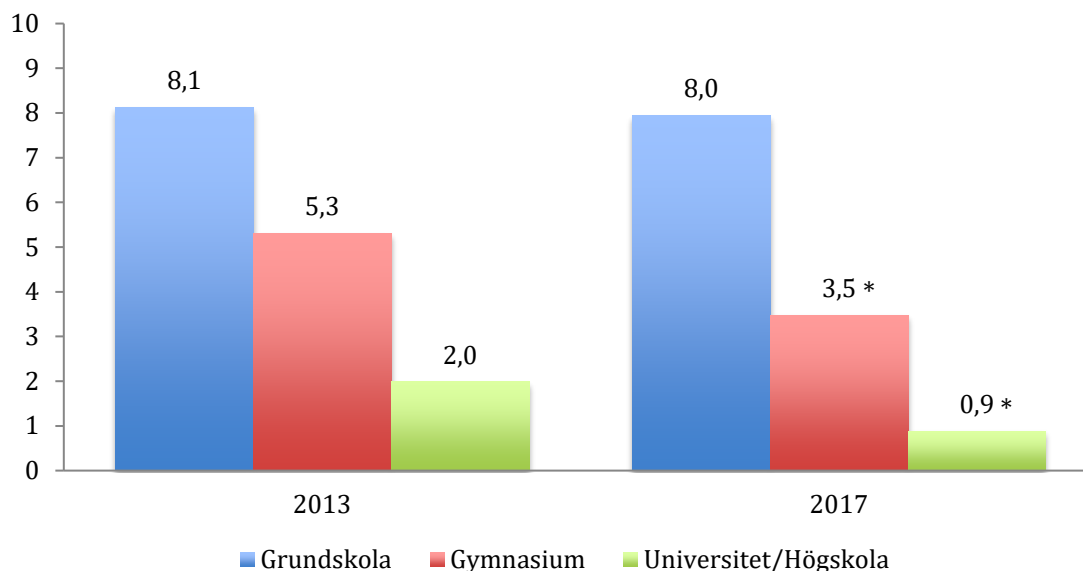
(*) $p < 0,1$, * $p < 0,05$ ^a = justerad för ålder. ^b = justerad för ålder, sysselsättning och födelseland

Cigarettberoende

Det finns betydande socioekonomiska skillnader i cigarettberoende år 2017 bland både män och kvinnor. Störst skillnader observeras för utbildningsindikatorn. Här är andelen med cigarettberoende bland kvinnor nära 9 gånger högre i gruppen lågutbildade (8,0 %) jämfört med högutbildade (0,9 %) (Figur 11), och drygt 6 gånger högre i gruppen lågutbildade män (4,4 %) jämfört med högutbildade (0,7 %) (Figur 10).

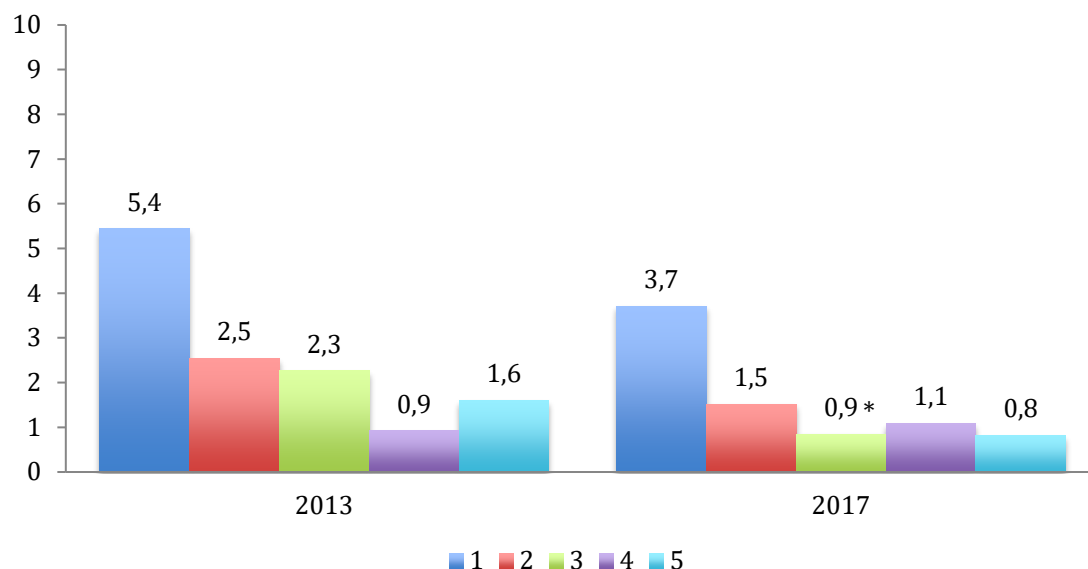


Figur 10. Andel (%) män i befolkningen som har ett cigarettberoende 2013 och 2017 uppdelat på utbildning. 25–64 år. (*=signifikant 2017 jfr 2013)

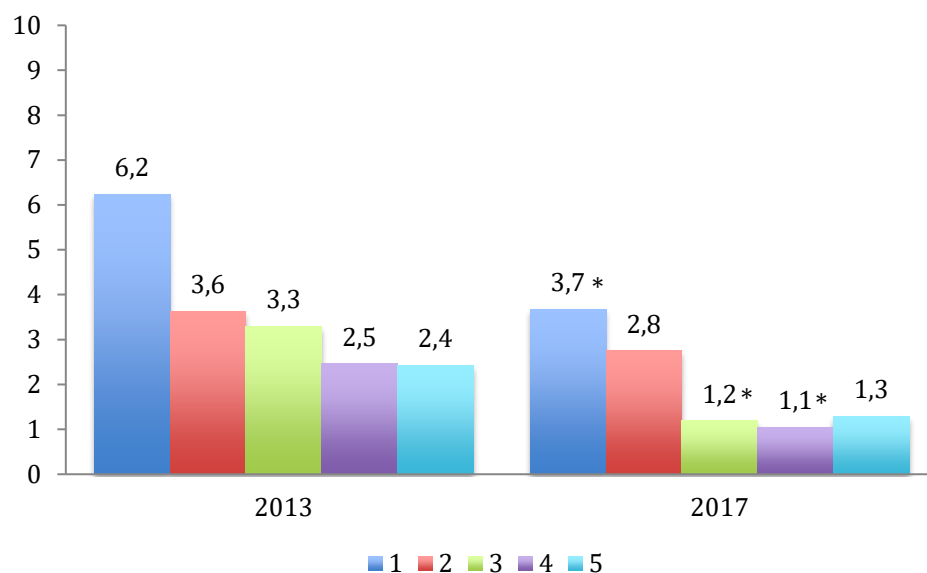


Figur 11. Andel (%) kvinnor i befolkningen som har ett cigarettberoende 2013 och 2017 uppdelat på utbildning. 25–64 år. (*=signifikant 2017 jfr 2013)

Stora skillnader i förekomst av cigarettberoende framkommer även när vi jämför inkomstgrupper. Bland män är cigarettberoende drygt fyra gånger högre i lägsta jämfört med högsta inkomstgruppen (3,7 respektive 0,8 %) (Figur 12) och för kvinnor är det 3 gånger vanligare (3,7 respektive 1,3 %) (Figur 13).



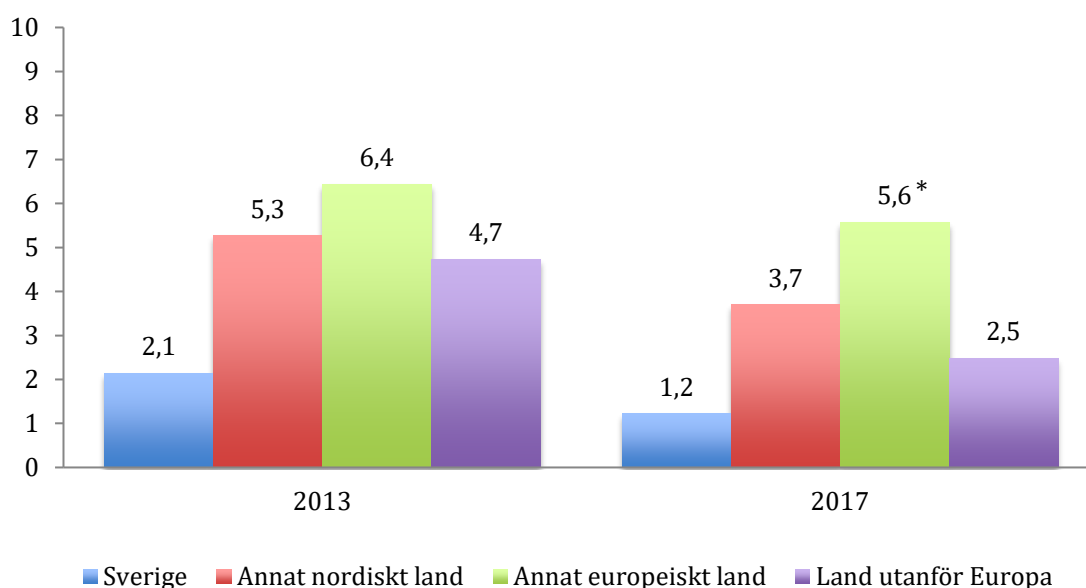
Figur 12. Andel (%) män i befolkningen som har ett cigarettberoende 2013 och 2017 uppdelat på inkomst. 25–64 år. (*=signifikant 2017 jfr 2013)



Figur 13. Andel (%) kvinnor i befolkningen som har ett cigarettberoende 2013 och 2017 uppdelat på inkomst. 25–64 år. (*=signifikant 2017 jfr 2013)

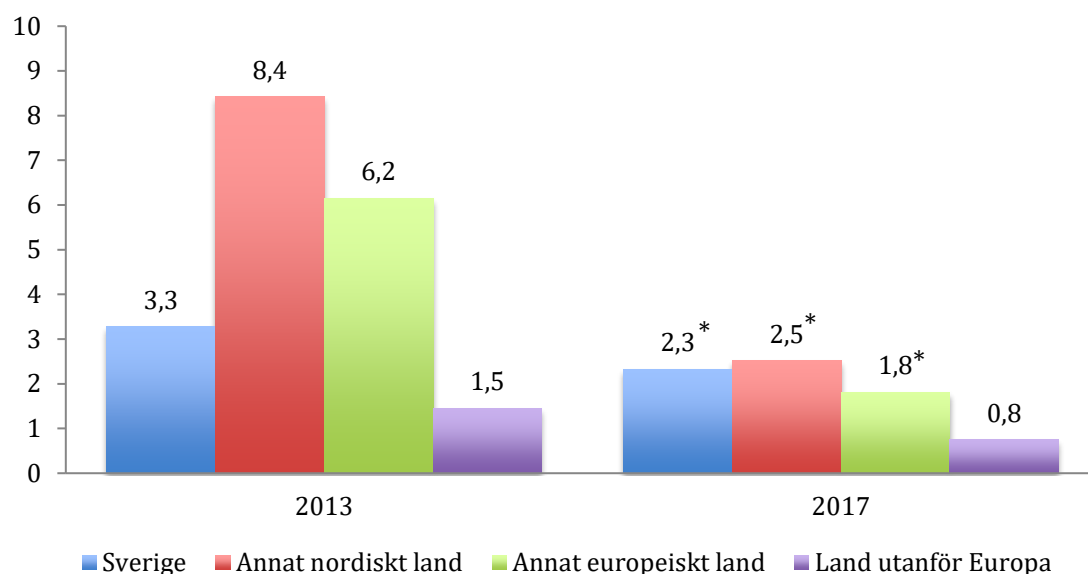
När vi ser till utvecklingen inom utbildningsgrupperna mellan 2013 och 2017 framkommer olika resultat för kvinnor och män. Bland kvinnor har förekomsten av cigarettberoende varit relativt oförändrad i gruppen lågutbildade men minskat signifikant i de två högsta utbildningsgrupperna, vilket sammantaget innebär att utbildningsskillnaderna i cigarettberoende har ökat för kvinnor². Bland män ser vi däremot inga ökade socioekonomiska skillnader i cigarettberoende, då det endast återfinns en signifikant förändring i andelen med cigarettberoende för den mellersta utbildningsgruppen. Till skillnad från utbildningsindikatorn visar resultaten inga ökade inkomstskillnader i cigarettberoende. Bland kvinnor har förekomsten av cigarettberoende minskat i både högsta och lägsta gruppen och för män återfinns återigen endast signifikant förändring i de mellersta grupperna.

Sett till fördelningen över födelseland är förekomsten av cigarettberoende bland män högst i gruppen födda i annat europeiskt land (5,6 %) följt av annat nordiskt land (3,7 %). Bland kvinnor är andelen med cigarettberoende högst i gruppen födda i annat nordiskt land (2,5 %) följt av födda i Sverige (2,3 %). Utvecklingen sedan 2013 visar på en signifikant nedgång i andelen med cigarettberoende bland män födda i Sverige samt för kvinnor i alla grupper utom de födda utanför Europa. Nedgångarna är speciellt stora bland kvinnor födda i annat nordiskt (från 8,4 till 2,5 %) eller europeiskt land (från 6,2 till 1,8 %). Här bör dock återigen nämnas att skattningen av dessa förändringar baseras på små urvalsgrupper och därför ska tolkas med försiktighet.



Figur 14. Andel (%) män i befolkningen som har ett cigarettberoende 2013 och 2017 uppdelat på födelseland. 25–64 år. (*=signifikant 2017 jfr 2013)

² Ökningen i utbildningsskillnader bland kvinnor framkom även som statistiskt signifikant i en regressionsanalys där vi inkluderade en interaktionsvariabel mellan utbildning och surveyår.



Figur 15. Andel (%) kvinnor i befolkningen som har ett cigarettberoende 2013 och 2017 uppdelat på födelseland. 25–64 år. (*=signifikant 2017 jfr 2013)

Resultaten från regressionsanalyserna av cigarettberoende återges i Tabell 6. Som framgår av estimaten under Modell 1 så kvarstår merparten av de stora socioekonomiska skillnaderna i cigarettberoende när vi justerar sambanden för ålder. Exempelvis har lågutbildade män och kvinnor här omkring 5 respektive 8 gånger högre sannolikhet att vara cigarettberoende jämfört med gruppen högutbildade. Även gruppen med gymnasieutbildning har en signifikant förhöjd risk i detta sammanhang, med estimat om 2,26 för män och 3,87 för kvinnor. För inkomstindikatorn är det emellertid endast den lägsta inkomstgruppen som skiljer sig signifikant från gruppen med högst inkomst (som utgör referenskategorin). Här har män i den lägsta gruppen drygt 5 gånger högre sannolikhet att vara cigarettberoende jämfört med de som tjänar mest, medan motsvarande skillnad för kvinnor ligger på 3 gånger högre sannolikhet. Inga signifikanta resultat framkommer i modellerna för födelseland bland kvinnor medan män födda i annat nordiskt eller europeiskt land har en signifikant högre sannolikhet att vara cigarettberoende jämfört med män födda i Sverige. Merparten av alla signifikanta estimat är väsentligen oförändrade i Modell 2 vilket innebär att sambanden inte i större utsträckning påverkas av de svarandes födelseland eller sysselsättning.

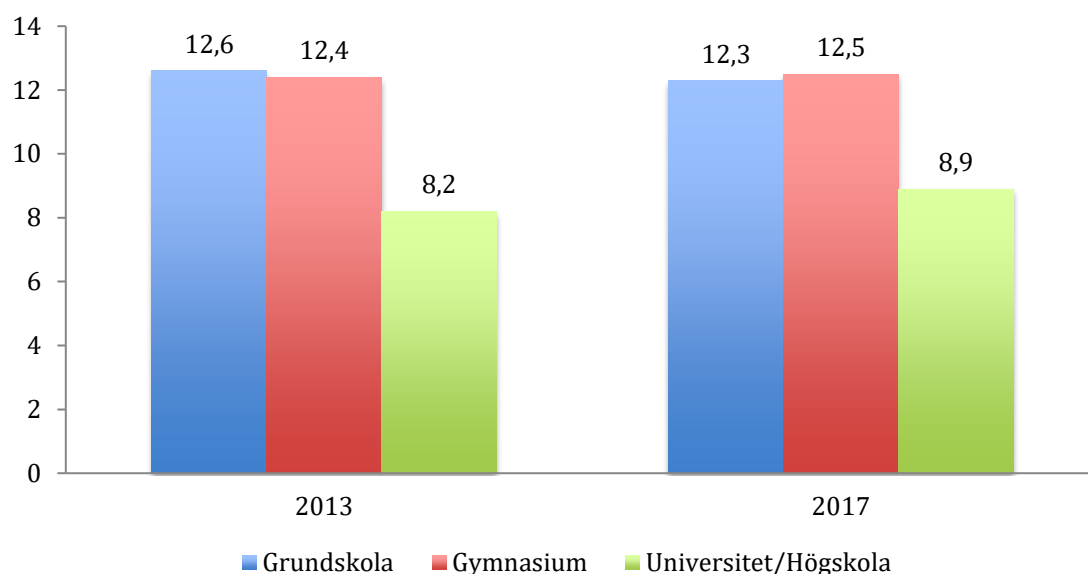
Tabell 6. Skattade effekter av socioekonomiska indikatorer på oddsen att vara cigarettberoende. Logistiska regressionsmodeller.

	<i>Modell 1</i>		<i>Modell 2</i>	
	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor
	Oddsquot	Oddsquot	Oddsquot	Oddsquot
Utbildning				
Grundskola	5,29*	8,20*	4,94*	7,30*
Gymnasium	2,26*	3,87*	2,13(*)	3,60*
Universitet/Högskola (ref)	1	1	1	1
Inkomst				
1 lägsta kvintilen	5,44*	3,15*	3,65 (*)	2,71*
2	2,06	2,32*	2,32	2,29*
3	1,13	1,01	1,29	0,97
4	1,42	0,82	1,67	0,80
5 högsta kvintilen (ref)	1	1	1	1
Födelseland				
Sverige (ref)	1	1		
Annat nordiskt land	2,97*	0,98		
Annat europeiskt land	5,06*	0,77		
Land utanför Europa	2,18(*)	0,35		

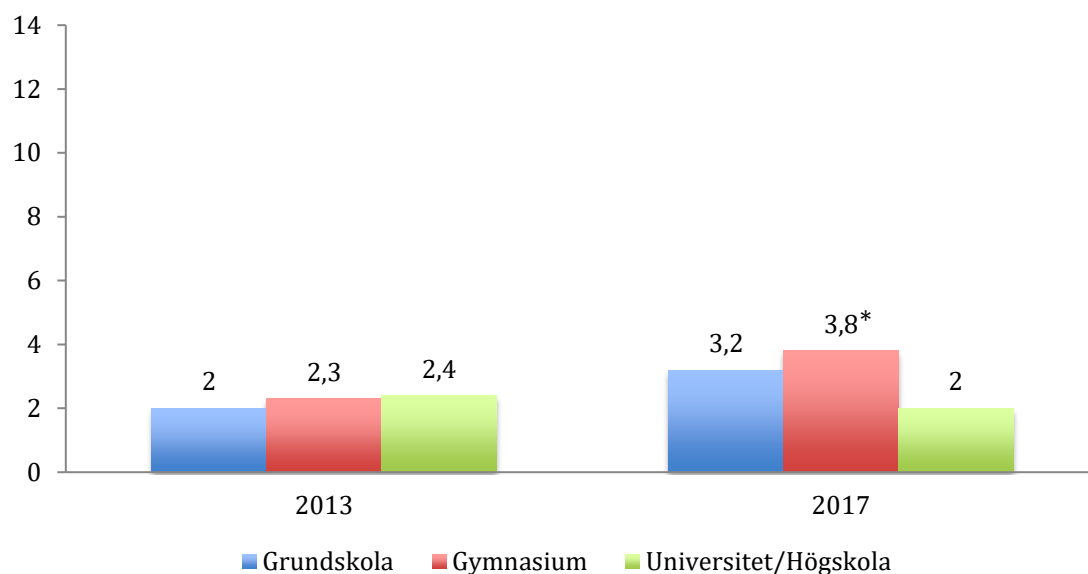
(*) $p < 0,1$, * $p < 0,05$. ^a = justerad för ålder. ^b = justerad för ålder, sysselsättning och födelseland

Snusberoende

År 2017 är snusberoende bland både män och kvinnor vanligast i de två grupperna med grundskole- och gymnasieutbildning. Bland män ligger förekomsten av snusberoende i dessa grupper på drygt 12 procent och bland kvinnor på 3,2 till 3,8 procent, vilket motsvarar en skillnad på 1,4 respektive 1,6–1,9 gånger jämfört med gruppen högutbildade.

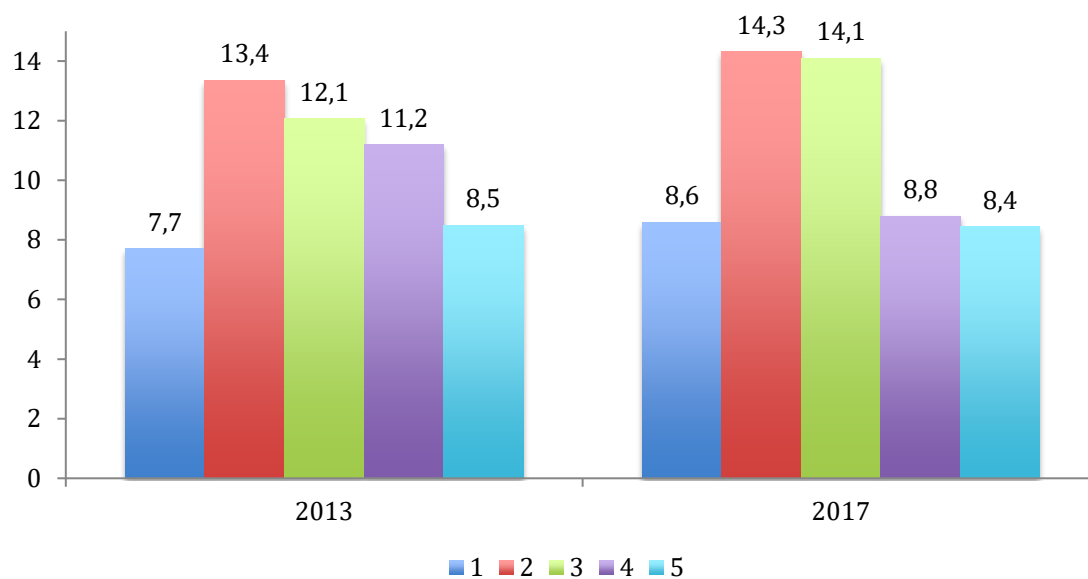


Figur 16. Andel (%) män i befolkningen som har ett snusberoende 2013 och 2017 uppdelat på utbildning. 25–64 år.

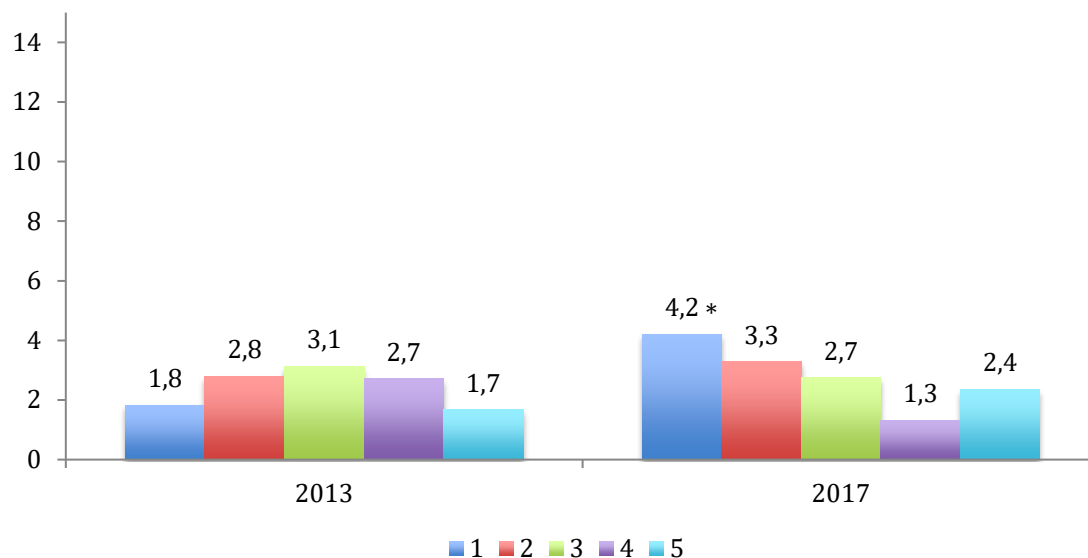


Figur 17. Andel (%) kvinnor i befolkningen som har ett snusberoende 2013 och 2017 uppdelat på utbildning. 25–64 år. (*=signifikant 2017 jfr 2013)

Gällande inkomstskillnader framkommer ett delvis annorlunda mönster för snusberoende jämfört med övriga beroendefall. Bland män är förekomsten av snusberoende som högst, drygt 14 procent, i den näst lägsta samt den mellersta inkomstgruppen, medan övriga inkomstgrupper ligger på betydligt lägre men inbördes liknande nivåer om 8,4 till 8,8 procent (Figur 18). Bland kvinnor framkommer ett mer traditionellt mönster (Figur 19). Här är förekomsten av snusberoende högst i den lägsta inkomstgruppen om 4,2 procent och minskar stegvis med ökad inkomst till och med den näst-högsta inkomstgruppen på 1,3 procent och 2,4 procent i den högsta.



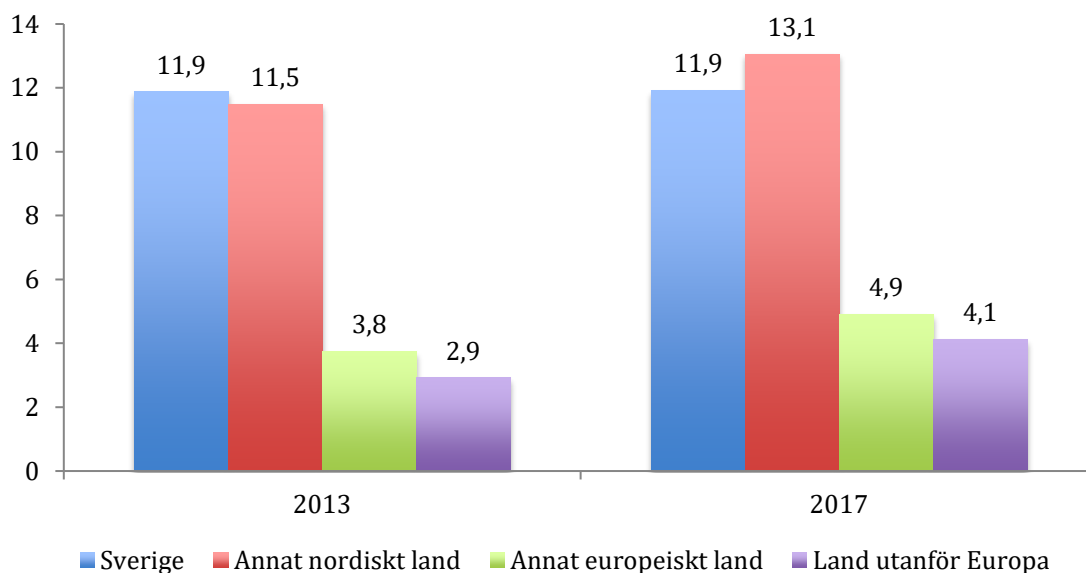
Figur 18. Andel (%) män i befolkningen som har ett snusberoende 2013 och 2017 uppdelat på inkomst. 25–64 år.



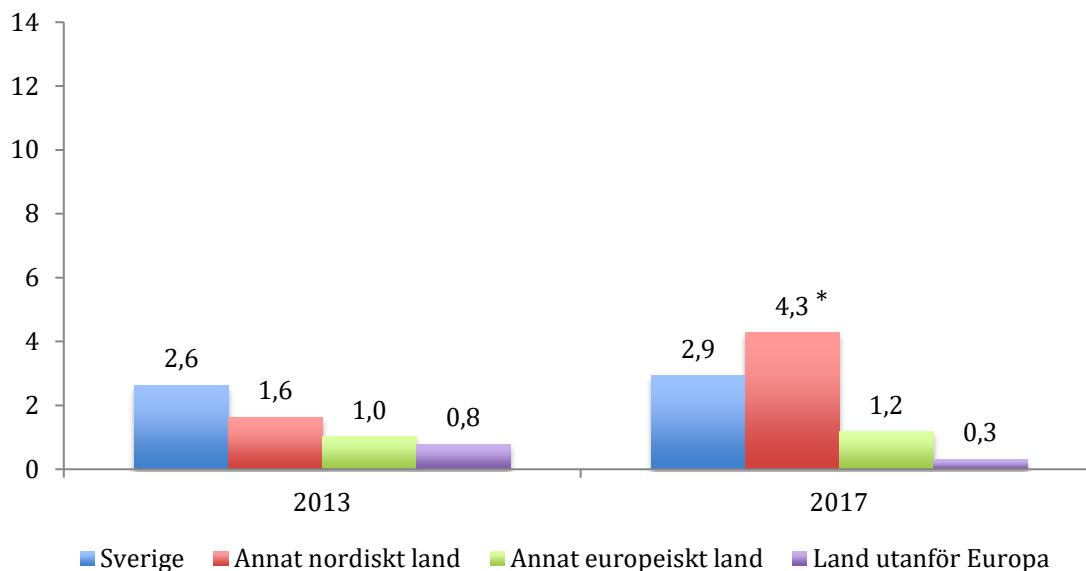
Figur 19. Andel (%) kvinnor i befolkningen som har ett snusberoende 2013 och 2017 uppdelat på inkomst. 25–64 år. (*=signifikant 2017 jfr 2013)

Gällande utvecklingen mellan år 2013 och 2017 ser vi inga större förändringar inom någon av utbildnings- eller inkomstgrupperna. Exempelvis har inga signifikanta förändringar ägt rum för män, medan andelen med snusberoende har ökat signifikant i den mellersta utbildningsgruppen samt den lägsta inkomstgruppen för kvinnor. Slutligen, för skillnader

relaterade till födelseland (Figur 20) framkommer att andelen med snusberoende år 2017 är högst bland män födda i annat nordiskt land (13,1 %) samt födda i Sverige (11,2 %). Samma mönster framkommer för kvinnor, dock med betydligt lägre förekomst än för män, här är andelen med snusberoende 4,3 % bland de födda i annat nordiskt land och 2,9 % bland de födda i Sverige. Utvecklingen sedan 2013 visar att den enda signifikanta förändringen skett bland kvinnor födda i annat nordiskt land, där andelen med snusberoende har ökat från 1,6 till 4,3 %.



Figur 20. Andel (%) män i befolkningen som har ett snusberoende 2013 och 2017 uppdelat på födelseland. 25–64 år. (*=signifikant 2017 jfr 2013)



Figur 21. Andel (%) kvinnor i befolkningen som har ett snusberoende 2013 och 2017 uppdelat på födelseland. 25–64 år.

Regressionsanalyserna med snusberoende som utfall (Tabell 7) visar på signifikanta utbildningsskillnader för både män och kvinnor. Efter justering för ålder (Modell 1) har män i grupperna med grundskole- eller gymnasieutbildning omkring 1,5 gånger högre sannolikhet att vara snusberoende jämfört med gruppen högutbildade. Bland kvinnor ligger motsvarande skillnader på drygt två gånger högre sannolikhet. Gällande inkomstskillnader har män i den näst lägsta, respektive den mellersta inkomstkventilen, båda omkring 1,7 gånger högre sannolikhet att vara snusberoende jämfört med de som tjänar mest. Bland kvinnor återfinns inga signifikanta skillnader för inkomstindikatorn, även om den lägsta inkomstgruppen har ett estimat på 1,67 som är på gränsen till signifikant ($p < 0,1$). Likt för cigaretterberoende är merparten av alla signifikanta estimat i huvudsak oförändrade i Modell 2 vilket bör tolkas som att sambanden även här inte påverkas av olikheter i födelseland eller sysselsättning bland de socioekonomiska indikatorerna.

Tabell 7. Skattade effekter av socioekonomiska indikatorer på oddsen att vara snusberoende. Logistiska regressionsmodeller.

	Modell 1		Modell 2	
	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor
	Oddskvot	Oddskvot	Oddskvot	Oddskvot
Utbildning				
Grundskola	1,63*	2,18*	1,69*	2,05
Gymnasium	1,50*	2,09*	1,46*	1,98*
Universitet/Högskola (ref)	1	1	1	1
Inkomst				
1 lägsta kvintilen	0,93	1,67(*)	1,09	1,85(*)
2	1,72*	1,31	1,78*	1,28
3	1,70*	1,08	1,64*	1,10
4	1,02	0,54	1,02	0,55
5 högsta kvintilen (ref)	1	1	1	1
Födelseland				
Sverige (ref)	1	1		
Annat nordiskt land	1,15	1,62		
Annat europeiskt land	0,37*	0,40(*)		
Land utanför Europa	0,31*	0,10*		

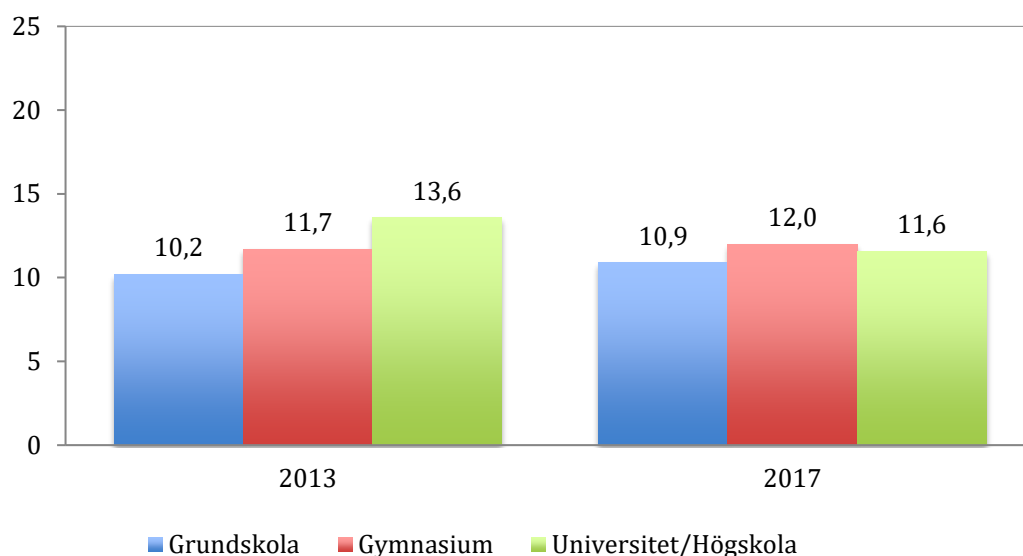
(*) $p < 0,1$ * $p < 0,05$. ^a = justerad för ålder. ^b = justerad för ålder, sysselsättning och födelseland

Socioekonomiska skillnader i utsatthet för andras ANT-bruk

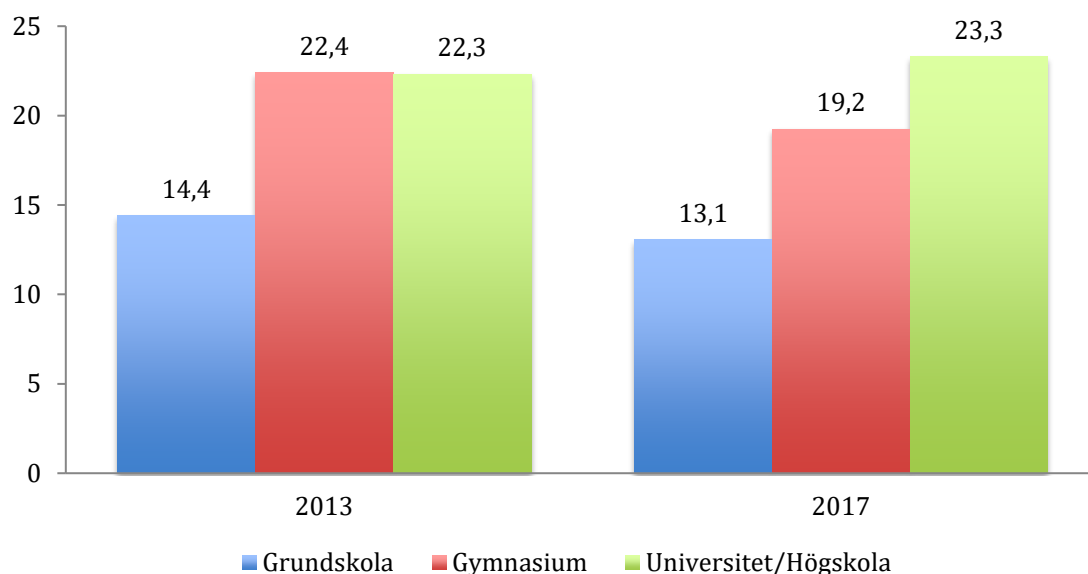
De socioekonomiska skillnaderna i utsatthet för negativa konsekvenser av andras ANT-bruk har genomgående ett annorlunda mönster än vad som framkom för beroende. Generellt kan sägas att denna problematik inte följer den typiska sociala gradienten med mer problem i lägre socioekonomiska grupper utan lika vanligt är att mer problem rapporteras i gruppen med en hög socioekonomisk position.

Negativa konsekvenser av närstående personers drickande

Bland män finns inga tydliga skillnader i utsatthet för närståendes alkoholkonsumtion mellan olika utbildningsgrupper utan andelen utsatta för 2017 ligger runt 11–12 procent (Figur 22). Negativa konsekvenser av närståendes drickande bland kvinnor rapporteras i störst utsträckning av gruppen högutbildade med en andel som är ungefär dubbelt så hög som för gruppen med lägst utbildning under 2017 (23,3 mot 13,1 %) (Figur 23).

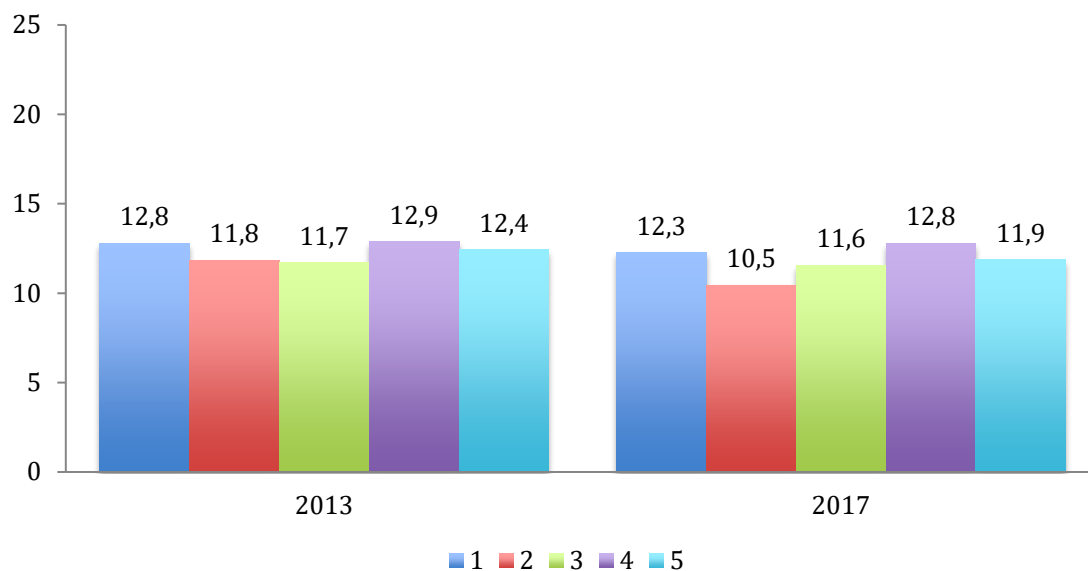


Figur 22. Andel (%) män i befolkningen som har påverkats negativt av en närståendes drickande 2013 och 2017 uppdelat på utbildning. 25–64 år.

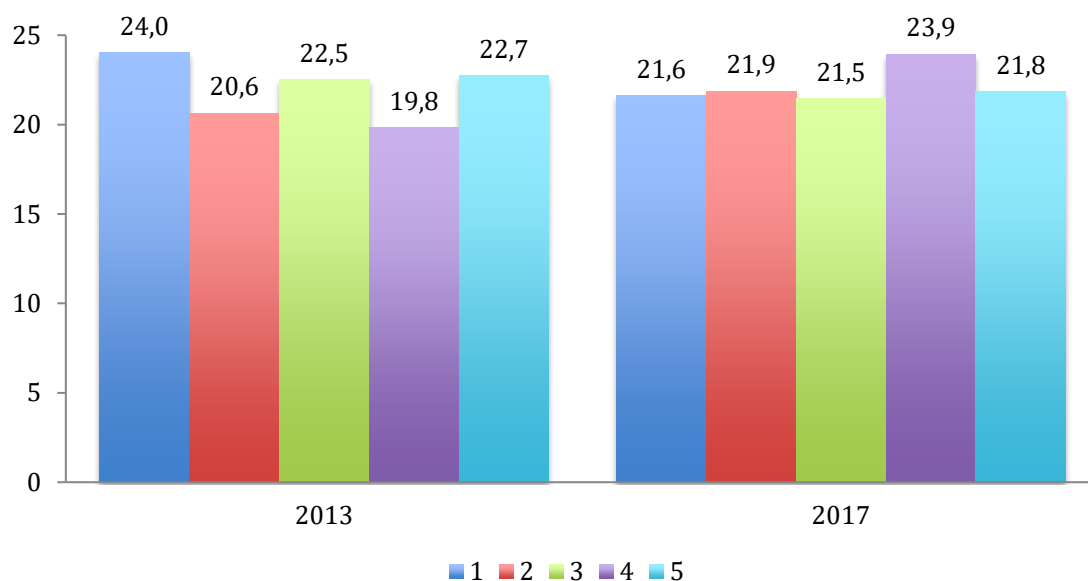


Figur 23. Andel (%) kvinnor i befolkningen som har påverkats negativt av en närståendes drickande 2013 och 2017 uppdelat på utbildning. 25–64 år.

Skillnader i problem med närståendes alkoholkonsumtion varierar däremot inte mellan olika inkomstgrupper varken för kvinnor eller män. Som visas i Figur 24 ligger andelen utsatta i samtliga inkomstgrupper bland män i intervallet mellan 10 och 13 procent under 2017 och mellan 20 och 24 procent bland kvinnor i olika inkomstgrupper (Figur 25).

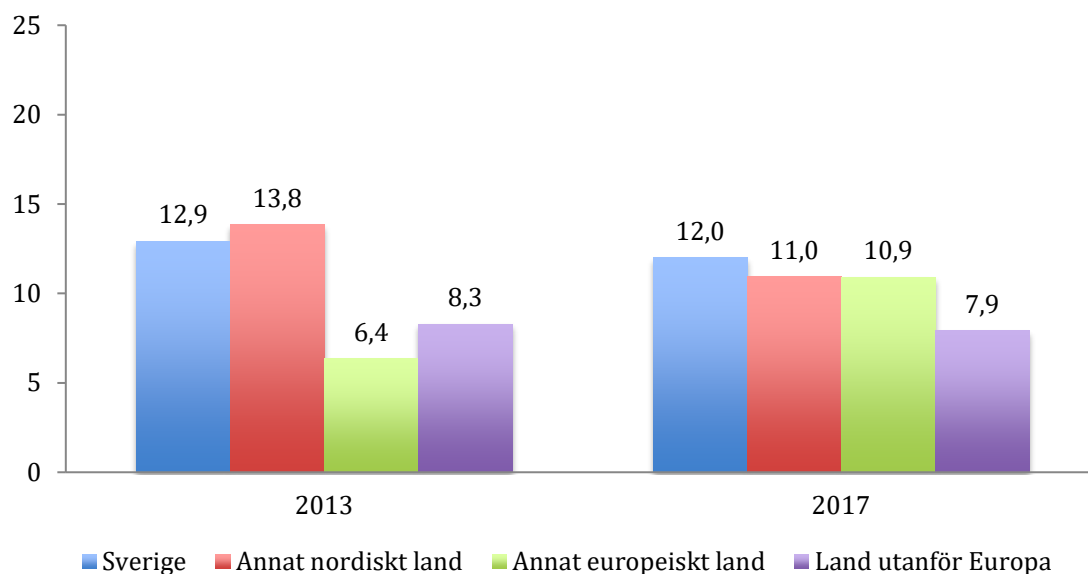


Figur 24. Andel (%) män i befolkningen som har påverkats negativt av en närståendes drickande 2013 och 2017 uppdelat på inkomst. 25–64 år. (1= lägsta inkomstkvintilen...5=högsta)

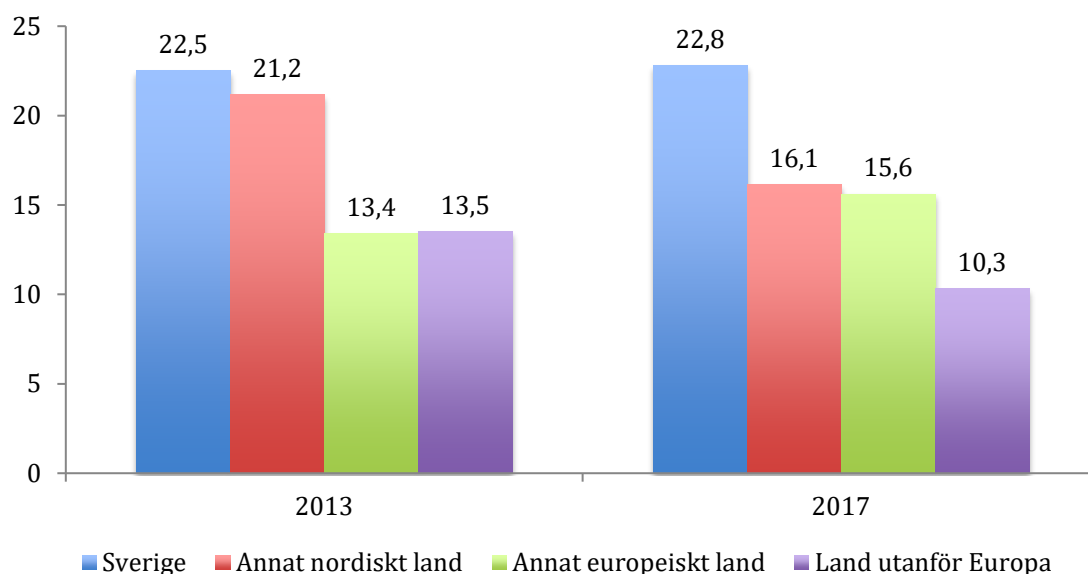


Figur 25. Andel (%) kvinnor i befolkningen som har påverkats negativt av en närståendes drickande 2013 och 2017 uppdelat på inkomst. 25–64 år. (1= lägsta inkomstkvintilen...5=högsta)

Problem orsakade av närståendes drickande är under 2017 vanligare bland personer födda i Sverige, framförallt i jämförelse med personer födda utanför Norden. Män födda i Sverige rapporterar i större utsträckning problem av närståendes drickande än framförallt män födda utanför Europa (12,0 respektive 7,9 %) (Figur 26). Detta mönster återfinns hos kvinnor och är där ännu tydligare med 22,8 procent av kvinnor födda i Sverige mot 10,3 procent av kvinnor födda utanför Europa (Figur 27).



Figur 26. Andel (%) män i befolkningen som har påverkats negativt av en närståendes drickande 2013 och 2017 uppdelat på födelseland. 25–64 år.



Figur 27. Andel (%) kvinnor i befolkningen som har påverkats negativt av en närståendes drickande 2013 och 2017 uppdelat på födelseland. 25–64 år.

Utsattheten för negativa konsekvenser av närståendes drickande är i stort oförändrad mellan 2013 och 2017 för både kvinnor och män och med generellt små förändringar även i de olika undergrupperna.

I Tabell 8 visas resultaten från regressionsanalyserna med erfarenhet av att bli negativt påverkad av närståendes alkoholkonsumtion som utfall. Sammantaget bekräftar analysen den grafiska presentationen: gruppen lågutbildade kvinnor har en signifikant lägre risk för negativa effekter av närståendes drickande även efter justering för ålder. Oddskvoten på 0,56 tolkas här som att lågutbildade kvinnor år 2017 har 44 procent lägre sannolikhet (odds) att ha problem med närståendes drickande jämfört med gruppen högutbildade (som utgör referenskategori), när vi tar hänsyn till de svarandes ålder. Kontroll för skillnader i sysselsättning och födelseland påverkar inte resultatet (Modell 2). Även gruppen med gymnasieutbildning rapporterar signifikant lägre sannolikhet för problem med närståendes drickande i jämförelse med högutbildade (Oddskvot=0,79 i modell 2). För män finns inget statistiskt signifikant samband mellan utbildningsnivå och problem med närståendes drickande och den tendens som finns är snarare den motsatta dvs. en högre sannolikhet för problem för gruppen med lägre utbildning.

Regressionsanalysen bekräftar också att inkomst inte tycks spela någon roll för sannolikheten att uppleva problem med närståendes alkoholkonsumtion, varken för kvinnor eller män. När vi ser till födelseland är däremot estimatet för kvinnor födda utanför Norden signifikant och tolkas som att dessa har 35 respektive 61 procent lägre sannolikhet att ha dessa problem jämfört med kvinnor födda i Sverige, när vi tar hänsyn till de svarandes ålder. För män finns däremot inga skillnader i utsatthet för dessa problem utifrån födelseland även om en lägre sannolikhet för män födda utanför Europa är nära att vara statistiskt signifikant ($p < 0,10$).

Tabell 8. Skattade effekter av socioekonomiska indikatorer på oddsen att erfara negativa effekter av närståendes drickande. Logistiska regressionsmodeller.

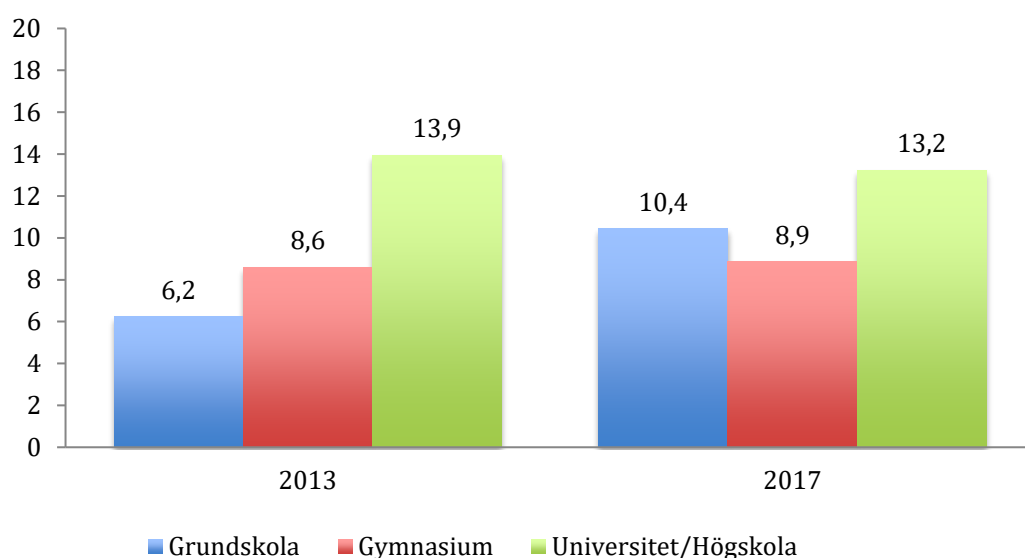
	Modell 1^a		Modell 2^b	
	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor
	Oddsquot	Oddsquot	Oddsquot	Oddsquot
Utbildning				
Grundskola	1,08	0,56*	1,19	0,55*
Gymnasium	1,06	0,80*	1,08	0,79*
Universitet/Högskola (ref)	1	1	1	1
Inkomst				
1 lägsta kvintilen	0,82	0,90	0,90	0,91
2	0,75	0,91	0,77	0,90
3	0,90	0,88	0,90	0,86
4	1,04	1,07	1,06	1,05
5 högsta kvintilen (ref)	1	1	1	1
Födelseland				
Sverige (ref)	1	1		
Annat nordiskt land	1,05	0,70		
Annat europeiskt land	0,88	0,65*		
Land utanför Europa	0,63(*)	0,39*		

(*) $p < 0,1$, * $p < 0,05$. ^a = justerad för ålder. ^b = justerad för ålder, sysselsättning och födelseland

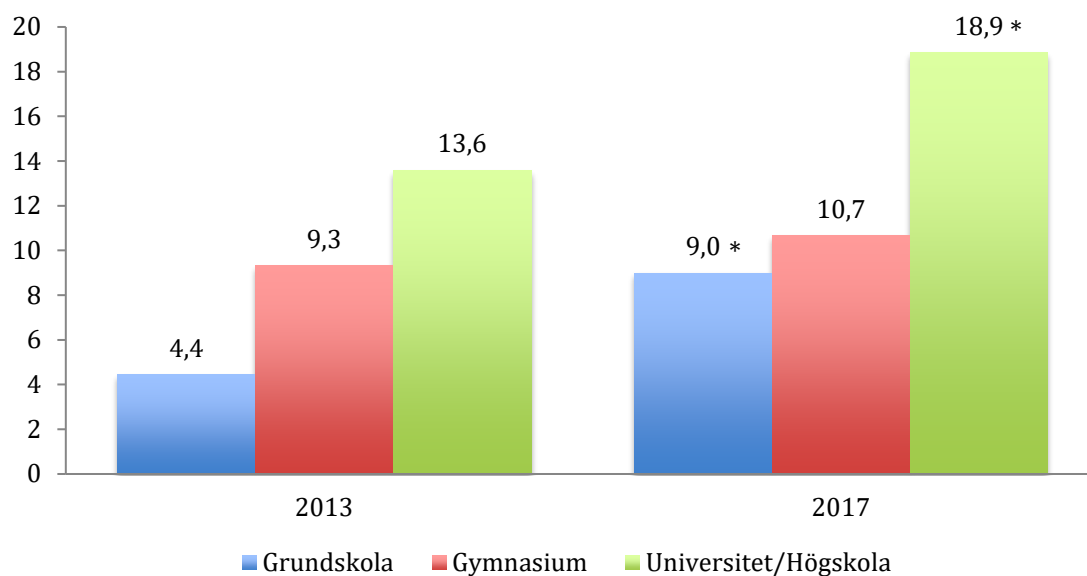
Negativa konsekvenser av obekanta personers drickande

Risken för problem relaterade till okända personers drickande uppvisar olika mönster för de två SES-indikatorerna utbildning och inkomst där hög utbildning förknippas med mer problem medan hög inkomst förknippas med mindre problem.

Såväl kvinnor som män med hög utbildning rapporterar dessa problem i högre utsträckning än lågutbildade. Bland högutbildade män är andelen ca 27 procent högre än i lägre utbildningsgrupper (13,2 respektive 10,4%) (Figur 28) och bland kvinnor är andelen mer än dubbelt så hög som den andel som rapporteras av lågutbildade (18,9 respektive 9,0 %) (Figur 29).

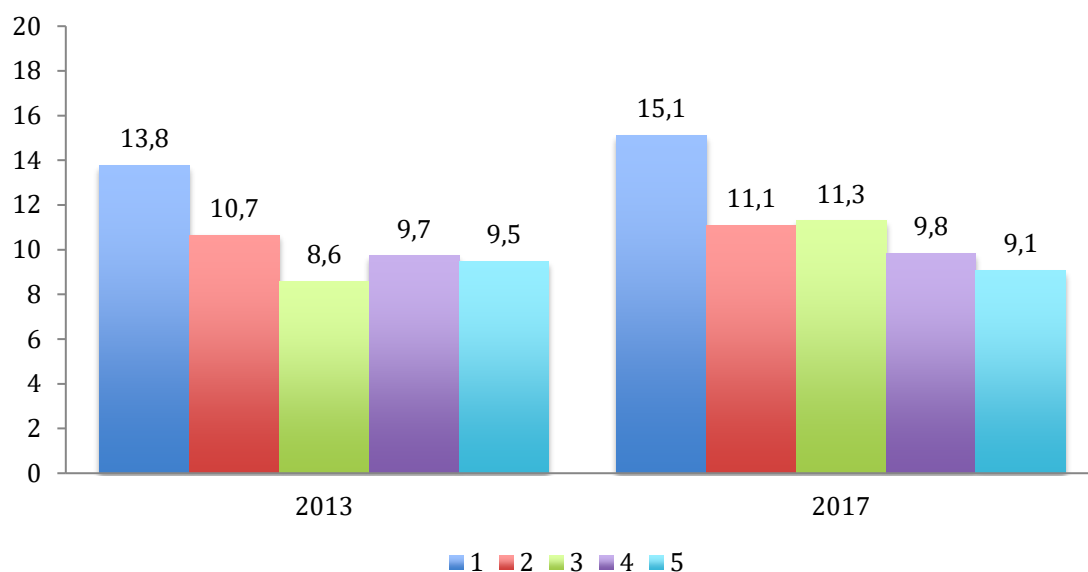


Figur 28. Andel (%) män i befolkningen som har påverkats negativt av en obekant persons drickande 2013 och 2017 uppdelat på utbildning. 25–64 år.

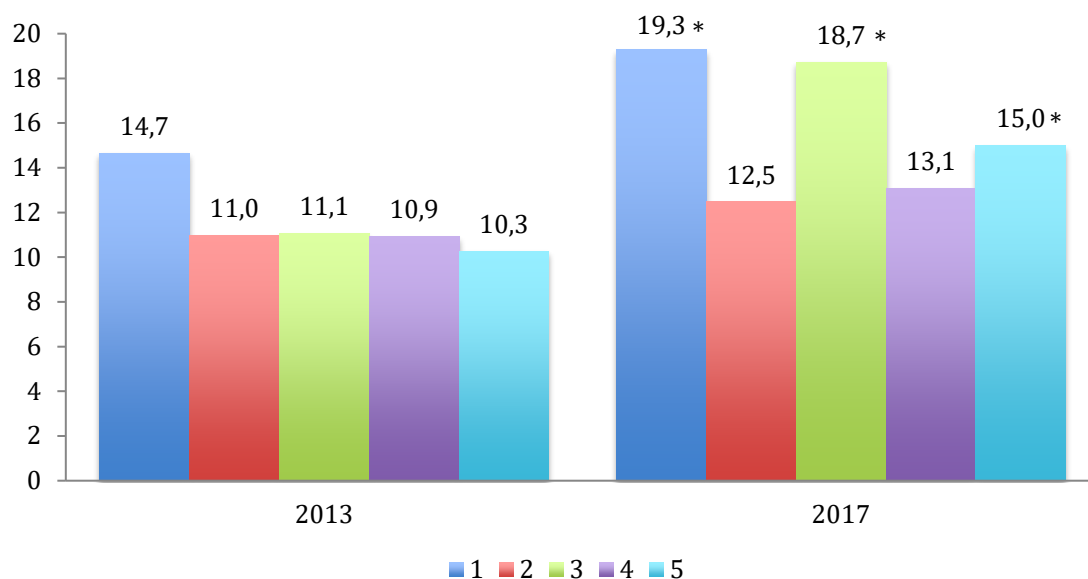


Figur 29. Andel (%) kvinnor i befolkningen som har påverkats negativt av en obekant persons drickande 2013 och 2017 uppdelat på utbildning. 25–64 år. (*=signifikant 2017 jfr 2013)

Utifrån inkomst som socioekonomisk indikator framkommer däremot ett motsatt mönster med en högre andel utsatta i gruppen med lägst inkomst, både bland kvinnor och män. Andelen utsatta bland män i gruppen med lägst inkomst är 60 procent högre (15,1 respektive 9,1 %) än bland de med högst inkomst och motsvarande skillnad för kvinnor är 30 procent fler i gruppen med lägst inkomst jämfört med de som har högst inkomst (19,3 respektive 15,0 %).



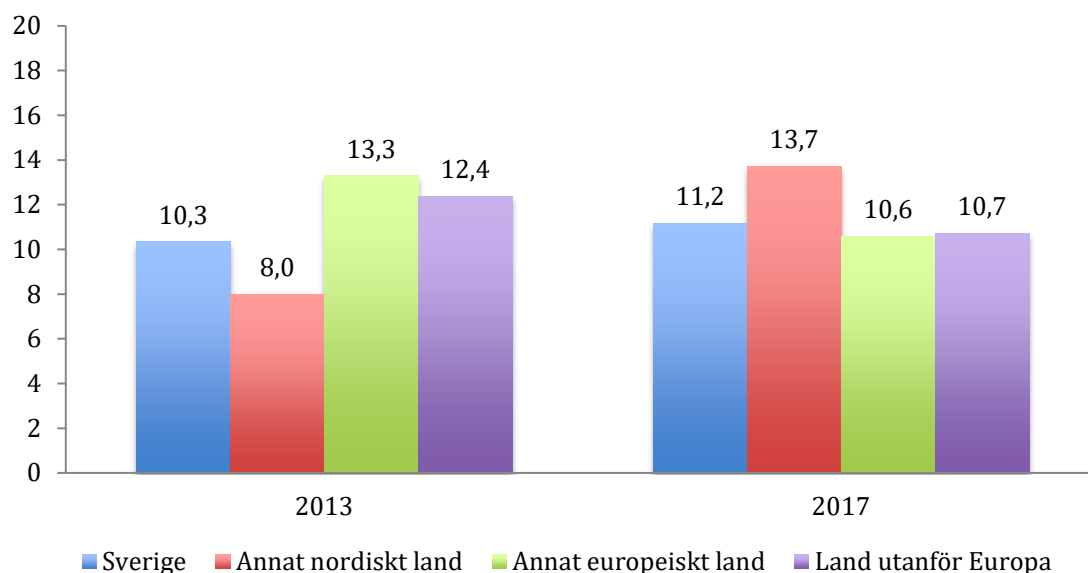
Figur 30. Andel (%) män i befolkningen som har påverkats negativt av en obekant persons drickande 2013 och 2017 uppdelat på inkomst. 25–64 år. (1= lägsta inkomstkvintilen...5=högsta)



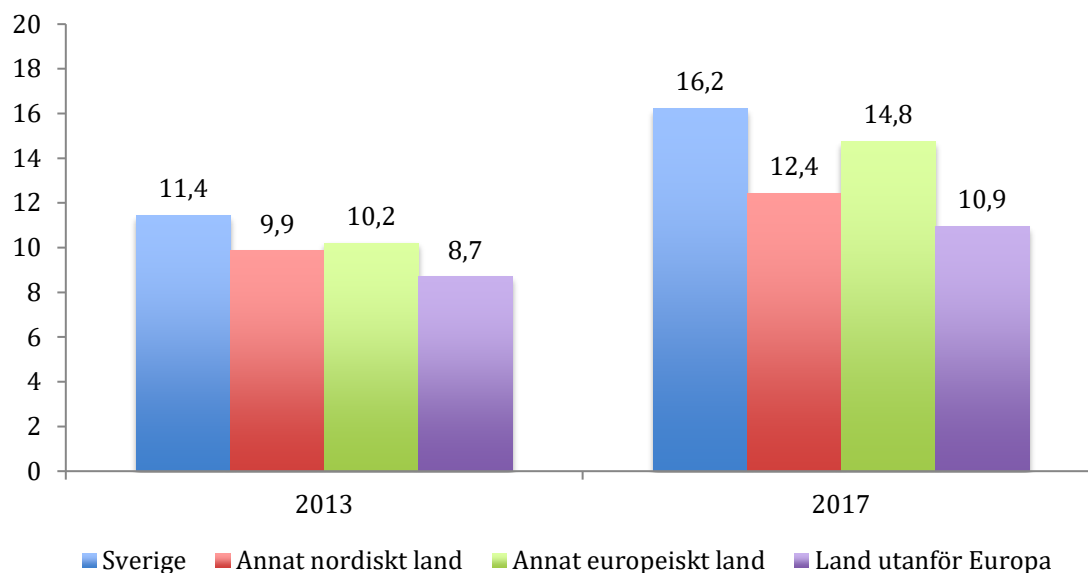
Figur 31. Andel (%) kvinnor i befolkningen som har påverkats negativt av en obekant persons drickande 2013 och 2017 uppdelat på inkomst. 25–64 år. (1= lägsta inkomstkvintilen...5=högsta). (*=signifikant 2017 jfr 2013)

Bland kvinnor ökar andelen som rapporterar problem av obekantas drickande mellan 2013 och 2017 från 11,1 till 15,1 procent medan situationen är oförändrad bland män. Ökningen sker dock bland både låg- och högutbildade kvinnor och i de flesta inkomstgrupper varför det inte sker någon förändring i de socioekonomiska skillnaderna mellan 2013 och 2017.

Det finns inga skillnader i utsatthet för obekantas drickande utifrån var man är född bortsett ifrån att kvinnor födda i Sverige rapporterar mer problem än kvinnor födda utanför Europa.



Figur 32. Andel (%) män i befolkningen som har påverkats negativt av en obekant persons drickande 2013 och 2017 uppdelat på födelseland. 25–64 år.



Figur 33. Andel (%) kvinnor i befolkningen som har påverkats negativt av en obekant persons drickande 2013 och 2017 uppdelat på födelseland. 25–64 år.

Regressionsanalyserna (Tabell 9) med utsatthet för negativ påverkan av en obekant persons drickande visar att lågutbildade kvinnor har signifikant lägre risk för problem med

obekantas drickande också med hänsyn tagen till skillnader i åldersfördelning mellan utbildningsgrupperna (Modell 1) samt med hänsyn tagen till skillnader i sysselsättning och födelseland. För män har gruppen med gymnasieutbildning en signifikant lägre sannolikhet för problem av obekants drickande med kontroll för ålder (Modell 1) men inte när man tar hänsyn även till sysselsättning och födelseland (Modell 2).

Resultaten utifrån inkomst som indikator på socioekonomisk position visar att gruppen män med lägst inkomst har signifikant högre risk för problem med en obekants drickande jämfört med gruppen med högst inkomst med hänsyn till åldersfördelning. Detta samband kvarstår med kontroll för skillnader mellan grupperna med avseende på födelseland och sysselsättning. För kvinnor framkommer en signifikant lägre risk i gruppen med näst lägst inkomst efter kontroll för ålder (Modell 1), ett resultat som dock inte är signifikant när man tar hänsyn till sysselsättning och födelseland (Modell 2).

I modellerna som skattar betydelsen av födelseland är det enda signifikanta resultatet att kvinnor födda utanför Europa har en lägre sannolikhet för problem med obekantas drickande än kvinnor födda i Sverige. Bland män finns däremot inga signifikanta skillnader utifrån var man är född.

Tabell 9. Skattade effekter av socioekonomiska indikatorer på oddsen att erfara negativa effekter av en obekant persons drickande. Logistiska regressionsmodeller.

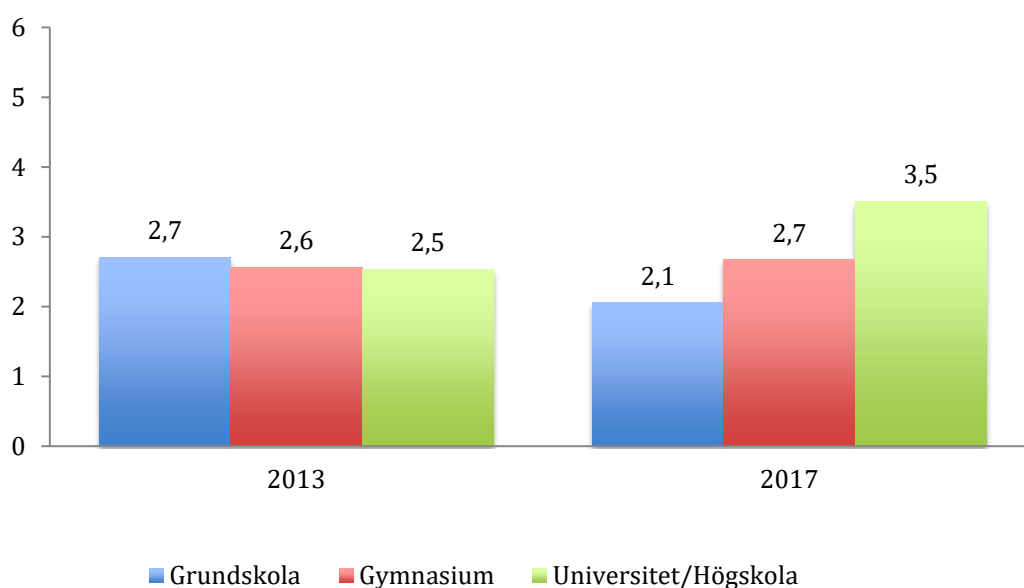
	<i>Modell 1^a</i>		<i>Modell 2^b</i>	
	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor
	Oddsquot	Oddsquot	Oddsquot	Oddsquot
Utbildning				
Grundskola	0,94	0,62*	0,91	0,57*
Gymnasium	0,70*	0,55*	0,68	0,52*
Universitet/Högskola (ref)	1	1	1	1
Inkomst				
1 lägsta kvintilen	1,48*	1,10	1,58*	1,03
2	1,10	0,69*	1,10	0,72(*)
3	1,10	1,08	1,12	1,09
4	1,03	0,81	1,05	0,83
5 högsta kvintilen (ref)	1	1	1	1
Födelseland				
Sverige (ref)	1	1		
Annat nordiskt land	1,53	1,03		
Annat europeiskt land	0,98	0,95		
Land utanför Europa	0,95	0,60*		

(*) $p < 0,1$, * $p < 0,05$. ^a = justerad för ålder. ^b = justerad för ålder, sysselsättning och födelseland

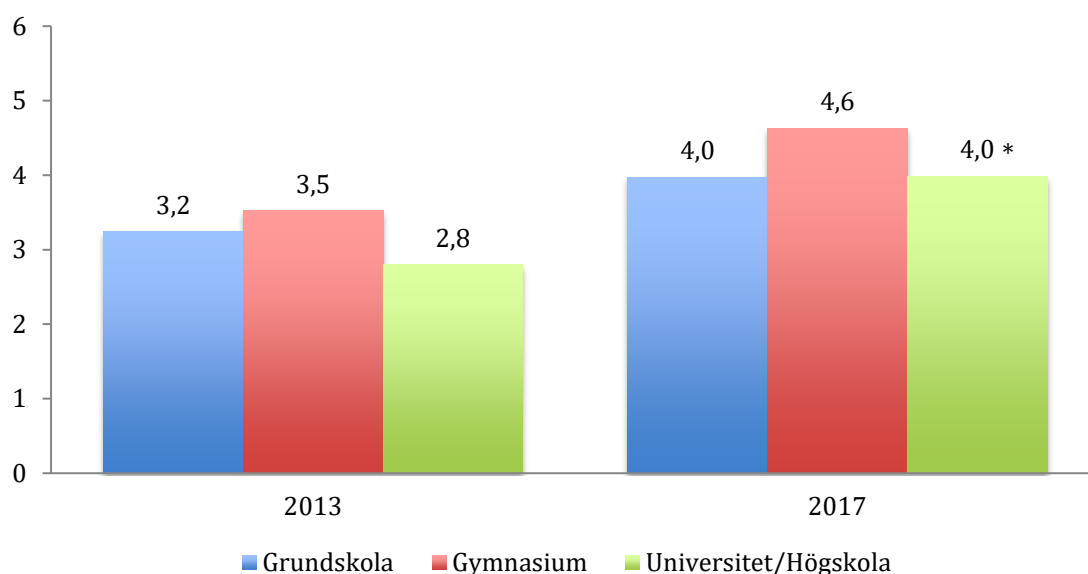
Negativa konsekvenser av närståendes narkotikaanvändning

De socioekonomiska skillnaderna i utsatthet för närståendes narkotikaanvändning uppvisar också olika mönster beroende på om inkomst eller utbildning används som indikatorer för socioekonomisk position.

Framförallt bland män har gruppen högutbildade en högre förekomst av problem med närståendes narkotikabruk än gruppen lågutbildade under 2017. Män med hög utbildning har närmare 1,7 gånger högre andel som påverkats negativt (3,5 respektive 2,1 %) (Figur 34) medan motsvarande skillnad inte finns bland kvinnor (4,0% bland både hög- och lågutbildade) (Figur 35).

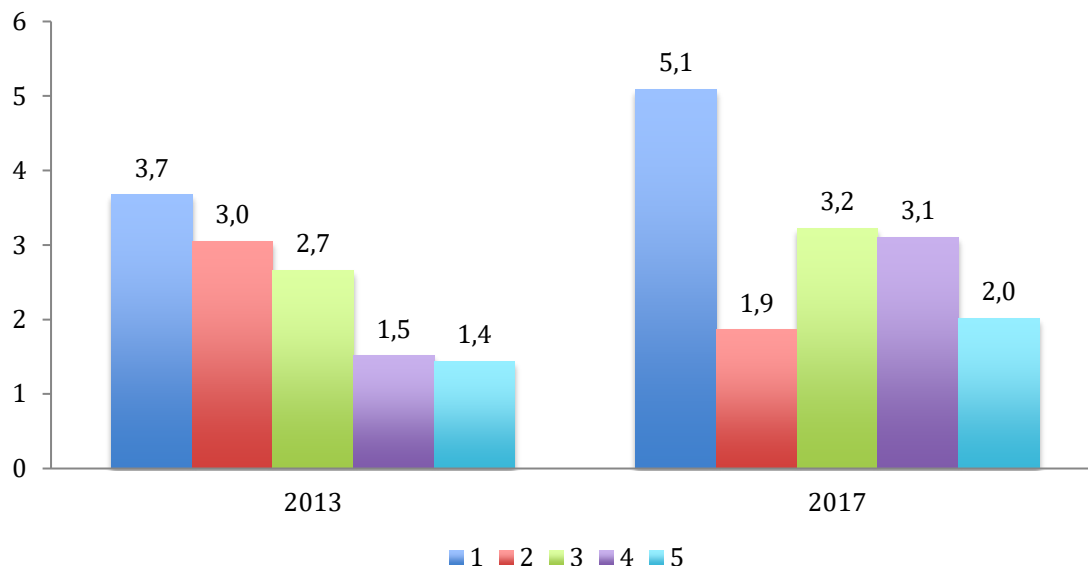


Figur 34. Andel (%) män i befolkningen som har påverkats negativt av en närståendes narkotikaanvändning 2013 och 2017 uppdelat på utbildning. 25–64 år.

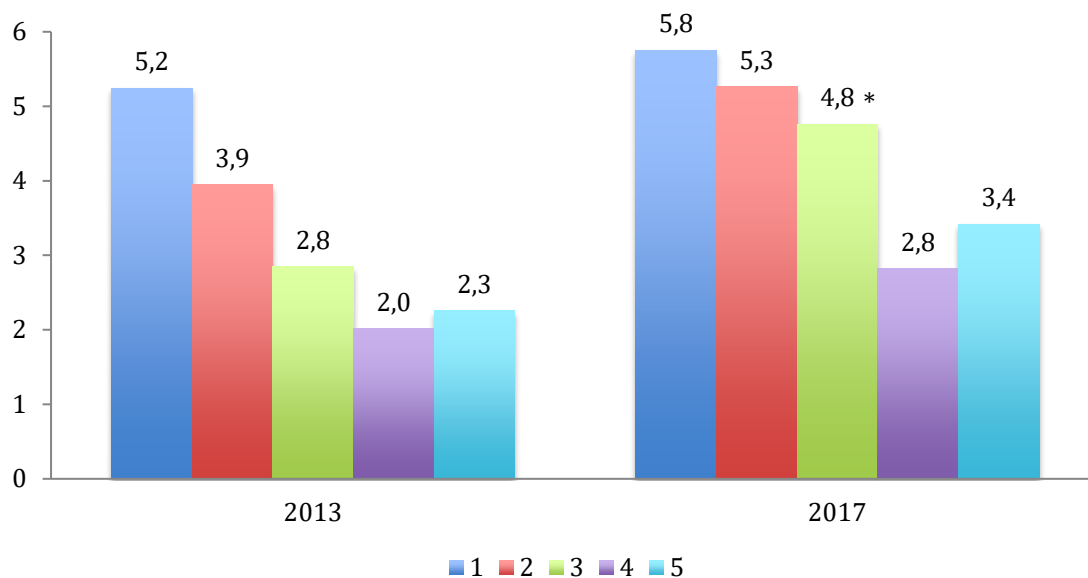


Figur 35. Andel (%) kvinnor i befolkningen som har påverkats negativt av en närståendes narkotikaanvändning 2013 och 2017 uppdelat på utbildning. 25–64 år. (*=signifikant 2017 jfr 2013)

Utifrån inkomst som socioekonomisk indikator är mönstret det motsatta. Gruppen män med lägst inkomst har en 2,4 gånger högre andel som påverkats negativt av en närståendes narkotikaanvändning än de med högst inkomst (5,1% respektive 2,0%). Motsvarande resultat för kvinnor är 1,7 gånger högre andel (5,8% respektive 3,4%).



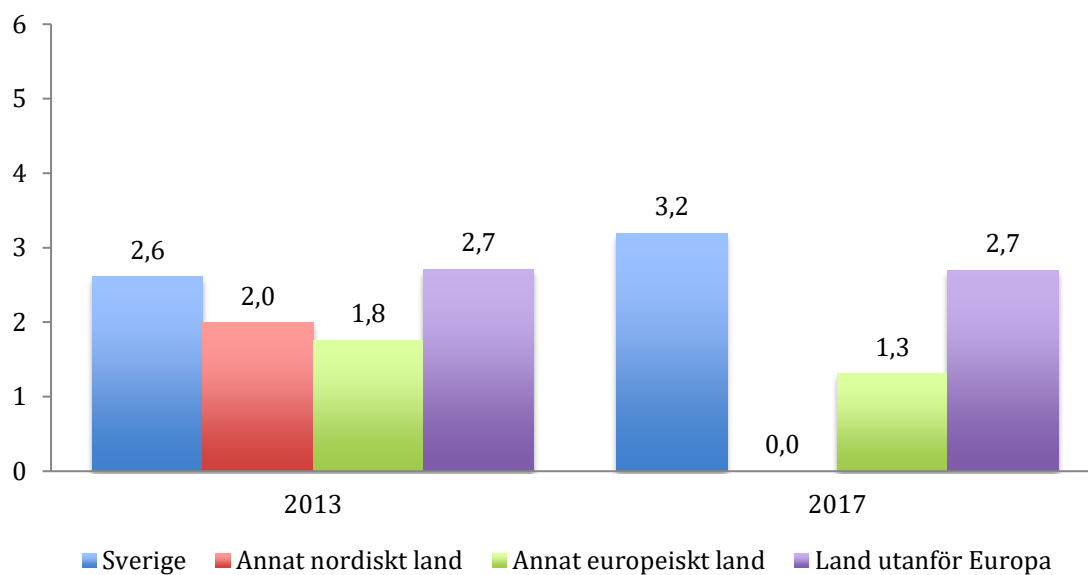
Figur 36. Andel (%) män i befolkningen som har påverkats negativt av en närståendes narkotikaanvändning 2013 och 2017 uppdelat på inkomst. 25–64 år.



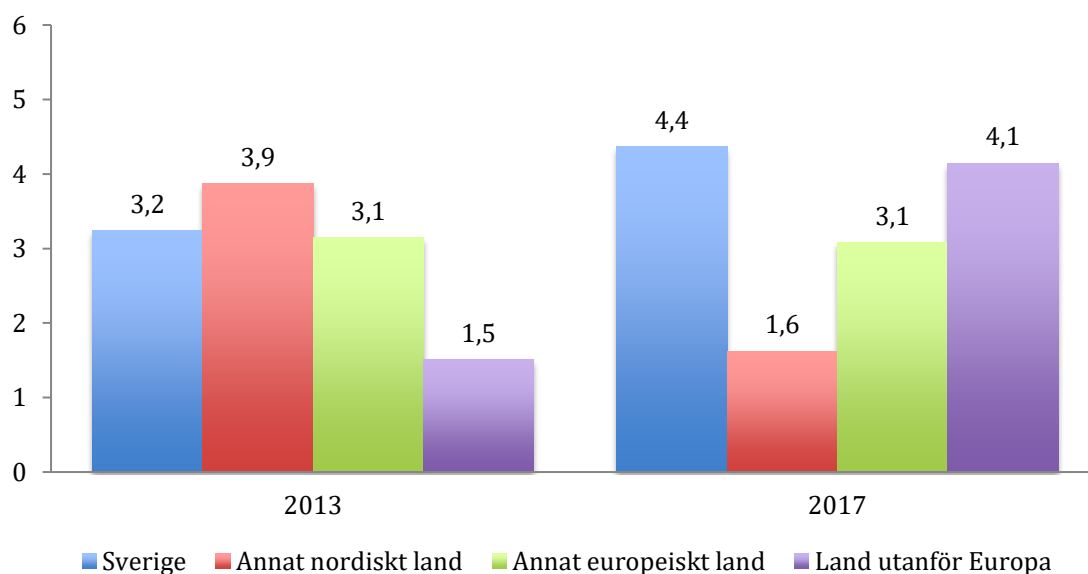
Figur 37. Andel (%) kvinnor i befolkningen som har påverkats negativt av en närståendes narkotikaanvändning 2013 och 2017 uppdelat på inkomst. 25–64 år. (*=signifikant 2017 jfr 2013)

Bland kvinnor ökar andelen som rapporterar problem mellan 2013 och 2017 från 3,1 till 4,2 procent medan en mindre ökning noteras bland män (2,6 till 3,0 %). Ökningen bland kvinnor var endast signifikant i gruppen högutbildade. Också bland män ökade problemen mellan 2013 och 2017 i gruppen högutbildade även om uppgången inte var statistiskt säkerställd.

När det gäller skillnader utifrån födelseland syns inget tydligt mönster. För 2017 är andelen något högre i gruppen män som är födda i Sverige jämfört med övriga Europa men det mönstret finns inte för 2013. En relativt stor ökning har skett bland kvinnor födda utanför Europa mellan 2013 och 2017, vilket inte har skett bland män. Här bör dock beaktas att det handlar om relativt små tal i de olika grupperna.



Figur 38. Andel (%) män i befolkningen som har påverkats negativt av en närståendes narkotikaanvändning 2013 och 2017 uppdelat på födelseland. 25–64 år.



Figur 39. Andel (%) kvinnor i befolkningen som har påverkats negativt av en närståendes narkotikaanvändning 2013 och 2017 uppdelat på födelseland. 25–64 år.

Tabell 10 visar resultaten från regressionsanalyserna med negativ påverkan av närståendes narkotikaanvändning som utfall. Det visar sig att resultaten i den deskriptiva analysen om lägre problem bland lågutbildade män respektive högutbildade kvinnor inte var statistiskt signifikanta redan efter hänsyn till åldersfördelning. Inte heller skiljer sig problemen signifikant mellan olika inkomstgrupper även om den högre sannolikheten bland män med lägst inkomst var ett gränsfall i Modell 1 ($p < 0.10$). Vidare visade det sig att den högre

förekomsten bland personer födda i Sverige inte var signifikant skild från förekomsten för personer födda i andra länder.

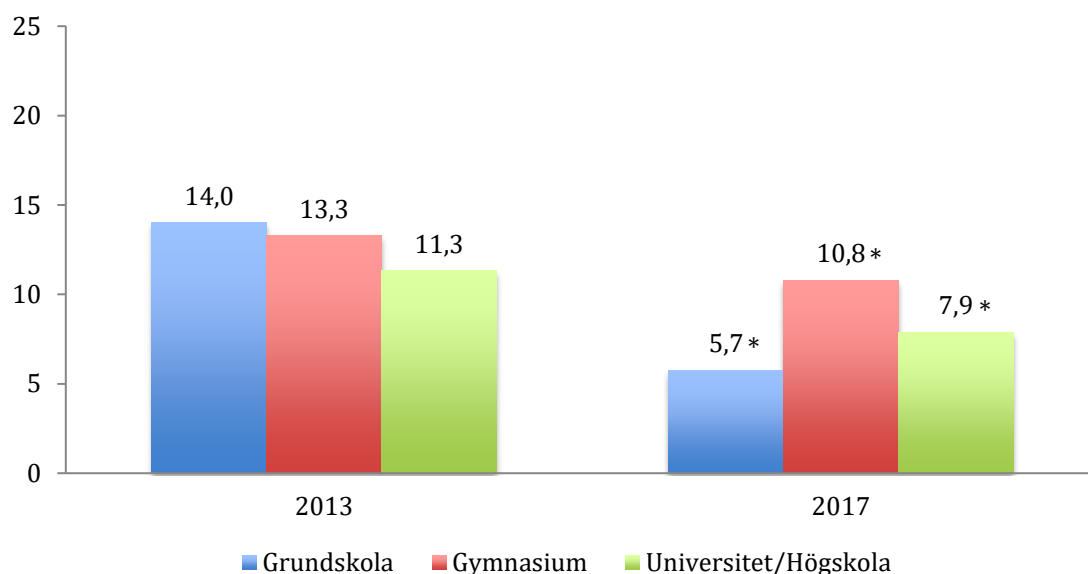
Tabell 10. Skattade effekter av socioekonomiska indikatorer på oddsen att vara negativt påverkad av närståendes narkotikaanvändning. Logistiska regressionsmodeller.

	Modell 1^a		Modell 2^b	
	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor
	Oddsquot	Oddsquot	Oddsquot	Oddsquot
Utbildning				
Grundskola	0,82	1,14	0,66	1,15
Gymnasium	0,82	1,27	0,78	1,25
Universitet/Högskola (ref)	1	1	1	1
Inkomst				
1 lägsta kvintilen	1,85(*)	1,45	1,59	1,45
2	0,71	1,36	0,72	1,42
3	1,28	1,23	1,28	1,27
4	1,29	0,76	1,28	0,74
5 högsta kvintilen (ref)	1	1	1	1
Födelseland				
Sverige (ref)	1	1		
Annat nordiskt land	-	0,52		
Annat europeiskt land	0,43	0,73		
Land utanför Europa	0,71	0,96		

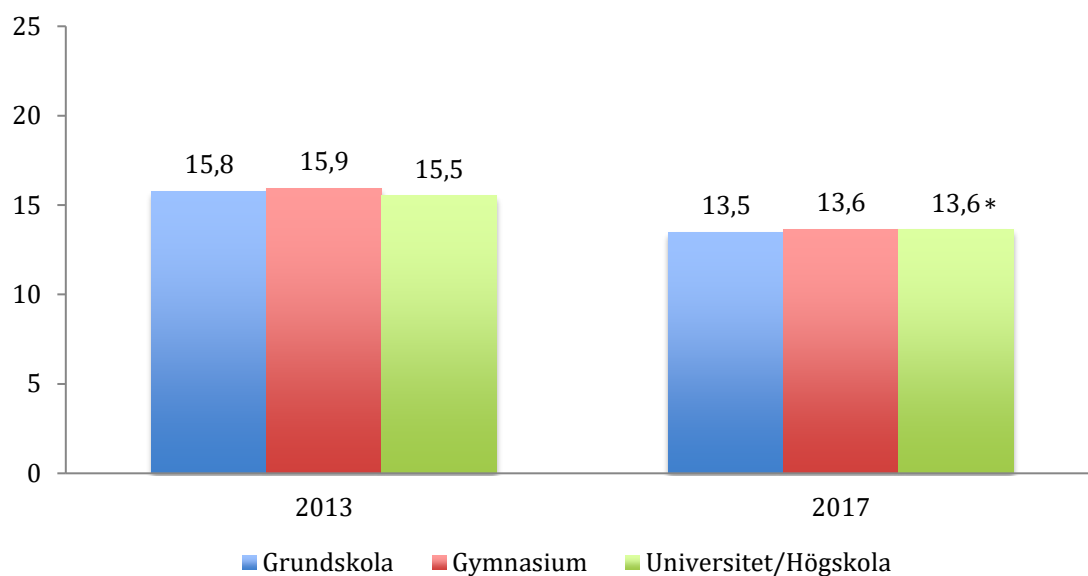
(*) $p < 0,1$, * $p < 0,05$. ^a = justerad för ålder. ^b = justerad för ålder, sysselsättning och födelseland

Negativa konsekvenser av närståendes dagligrökning

Det finns inga tydliga skillnader i negativa konsekvenser av närståendes rökning mellan olika utbildningsgrupper. Bland kvinnor rapporterar 13,6 % av de med högst utbildning sådana negativa konsekvenser mot 13,4 % i gruppen med lägst utbildning. För män är motsvarande siffror 7,9 % respektive 5,7 %.



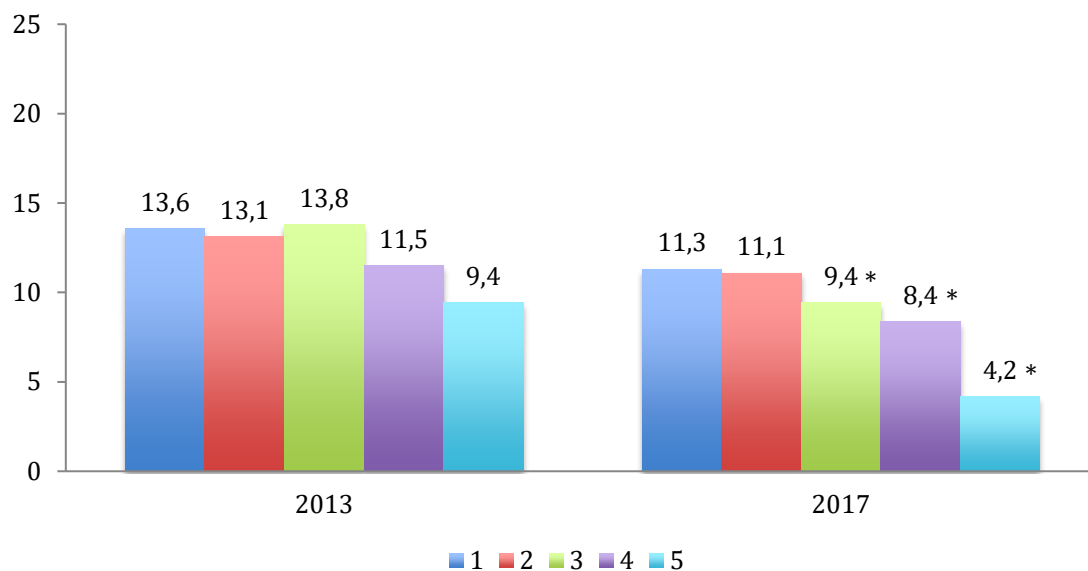
Figur 40. Andel (%) män i befolkningen som har påverkats negativt av en närståendes dagligrökning 2013 och 2017 uppdelat på utbildning. 25–64 år. (*=signifikant 2017 jfr 2013)



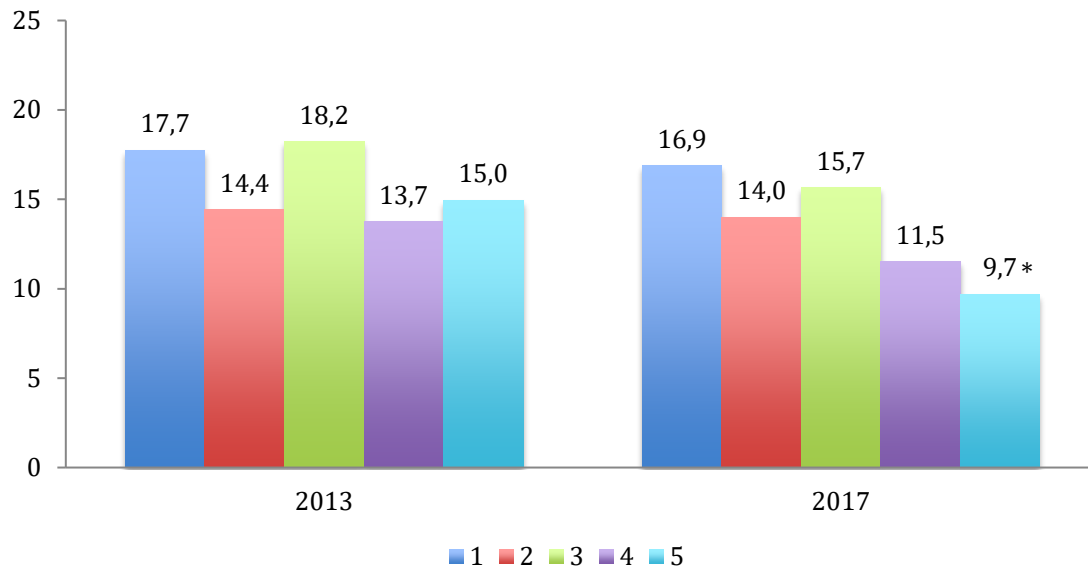
Figur 41. Andel (%) kvinnor i befolkningen som har påverkats negativt av en närståendes dagligrökning 2013 och 2017 uppdelat på utbildning. 25–64 år. (*=signifikant 2017 jfr 2013)

Analysen av inkomstindikatorn visar att problemen genomgående är vanligast i gruppen med lägst inkomst och minst vanliga i gruppen med högst inkomst. Bland män är problemen 2,7 gånger vanligare i gruppen med lägst inkomst jämfört med den med högst

inkomst (11,3 respektive 4,2 %). För kvinnor är motsvarande skillnad 1,7 gånger högre bland låginkomsttagare (16,9 respektive 9,7 %).



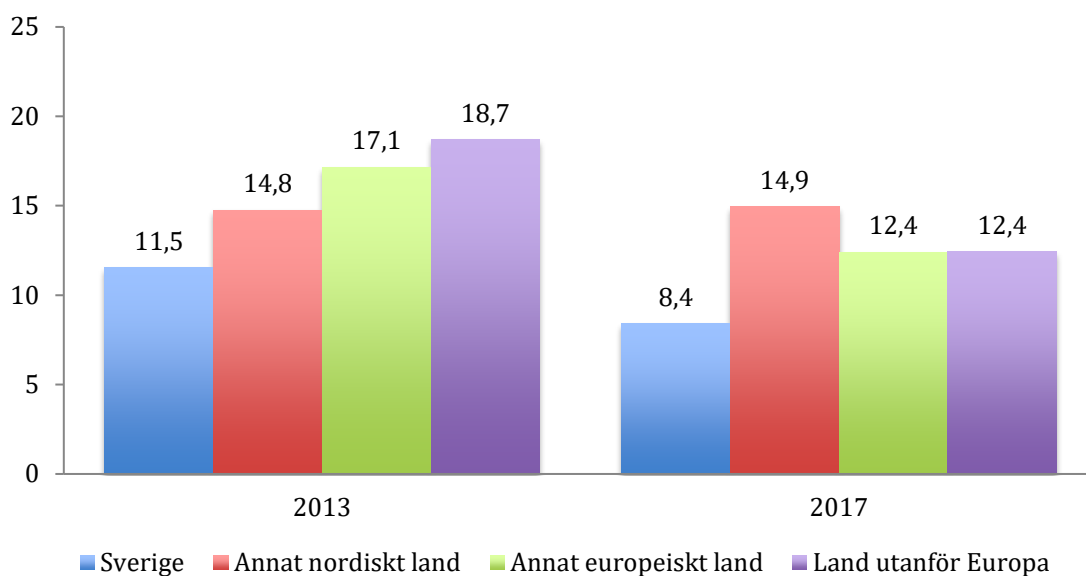
Figur 42. Andel (%) män i befolkningen som har påverkats negativt av en närståendes dagligrökning 2013 och 2017 uppdelat på inkomst. 25–64 år. (*=signifikant 2017 jfr 2013)



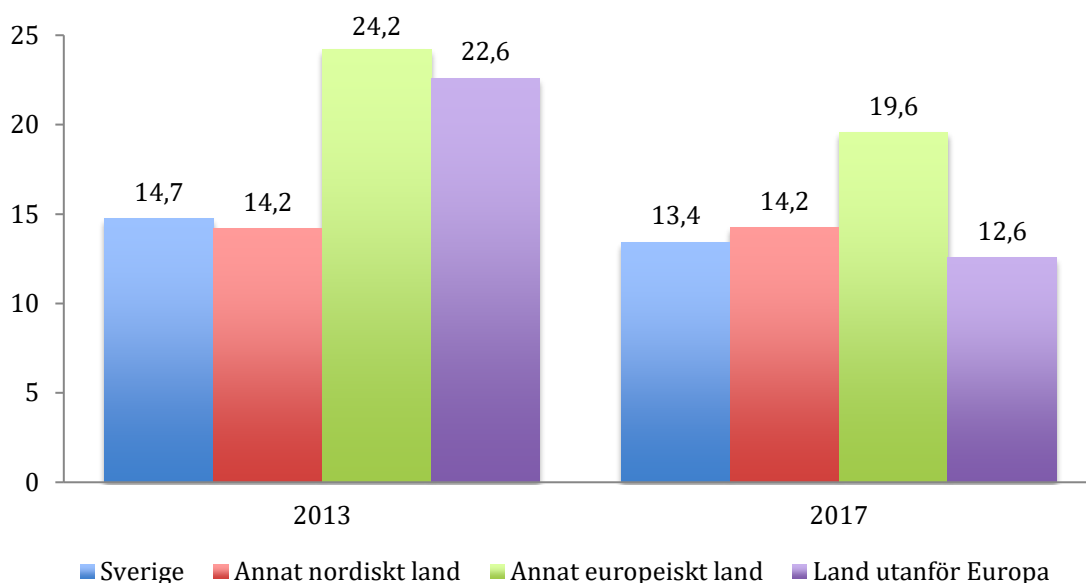
Figur 43. Andel (%) kvinnor i befolkningen som har påverkats negativt av en närståendes dagligrökning 2013 och 2017 uppdelat på inkomst. 25–64 år. (*=signifikant 2017 jfr 2013)

Det har skett en signifikant minskning av denna problematik mellan 2013 och 2017 bland både kvinnor och män. Nedgången berör i störst utsträckning högutbildade och högre inkomstgrupper även om nedgången bland män även berör grupper med lägre utbildning.

Inget tydligt mönster finns när det gäller skillnader i problem från närståendes daglig-rökning utifrån var man är född. Det finns dock en tendens att personer födda i Sverige i mindre utsträckning rapporterar sådana problem men skillnaderna är inte statistiskt signifikanta.



Figur 44. Andel (%) män i befolkningen som har påverkats negativt av en närståendes dagligrökning 2013 och 2017 uppdelat på födelseland. 25–64 år.



Figur 45. Andel (%) kvinnor i befolkningen som har påverkats negativt av en närståendes dagligrökning 2013 och 2017 uppdelat på födelseland. 25–64 år.

Tabell 11 visar resultaten från regressionsanalyserna med negativ påverkan av närståendes dagligrökning som utfall. Analyserna av utbildningsnivåns betydelse visar endast ett signifikant resultat, att män med gymnasieutbildning rapporterar mer problem än män med både lägre och högre utbildning. Detta resultat kvarstår med kontroll för skillnader i, förutom ålder, även sysselsättning och födelseland mellan utbildningsgrupperna. För kvinnor är dock inte utbildning signifikant relaterad till sannolikheten att påverkas negativt av en närståendes dagligrökning.

Gruppen med högst inkomst har signifikant lägre risk för dessa problem än samtliga grupper med lägre inkomst för män, med i storleksordningen 1,8 till 2,5 gånger högre risk i lägre inkomstgrupper även med kontroll för ålder, sysselsättning och födelseland. Ett liknande resultat framkom för kvinnor men med något lägre estimat och med färre estimat som är statistiskt signifikanta.

När vi ser till födelseland är estimaten för män födda i annat nordiskt land och utanför Europa signifikanta och tolkas som att dessa har 1,25 respektive 1,62 gånger högre sannolikhet att ha påverkats negativt av en närståendes dagligrökning jämfört med män födda i Sverige, när vi tar hänsyn till de svarandes ålder. För kvinnor finns däremot inga signifikanta skillnader utifrån var man är född.

Tabell 11. Skattade effekter av socioekonomiska indikatorer på oddsen att vara negativt påverkad av närståendes dagligrökning. Logistiska regressionsmodeller.

	<i>Modell 1^a</i>		<i>Modell 2^b</i>	
	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor
	Oddsquot	Oddsquot	Oddsquot	Oddsquot
Utbildning				
Grundskola	1,02	1,28	1,04	1,16
Gymnasium	1,51*	1,08	1,51*	1,06
Universitet/Högskola (ref)	1	1	1	1
Inkomst				
1 lägsta kvintilen	2,40*	1,68*	2,53*	1,52*
2	2,37*	1,37(*)	2,37*	1,32
3	2,06*	1,55*	2,06*	1,55*
4	1,84*	1,18	1,82*	1,16
5 högsta kvintilen (ref)	1	1	1	1
Födelseland				
Sverige (ref)	1	1		
Annat nordiskt land	1,25*	1,32		
Annat europeiskt land	1,42	1,47(*)		
Land utanför Europa	1,62*	0,91		

(*) $p < 0,1$, * $p < 0,05$. ^a = justerad för ålder. ^b = justerad för ålder, sysselsättning och födelseland

Diskussion

Nedan sammanfattas och diskuteras rapportens huvudsakliga resultat med avseende på socioekonomiska skillnader i ANT-beroende och därefter skillnader i problem av andras ANT-bruk. Vi har valt att främst fokusera på resultaten för indikatorerna utbildning och inkomst, eftersom skillnaderna kopplade till födelseland i många fall, p.g.a. små gruppstorlekar, måste betraktas som mer osäkra. I första hand diskuteras resultaten för 2017, men vi kommenterar också utvecklingen sedan förra mätningen 2013 när det skett förändringar.

ANT-beroende

De socioekonomiska skillnaderna i alkoholberoende var jämförelsevis små och utan signifikanta förändringar mellan åren³. I regressionsanalyserna, där vi även tog hänsyn till fördelningen av de svarandes ålder, födelseland och sysselsättning, framkom dessutom att skillnaderna främst var signifikanta för män, och mer specifikt för utbildningsindikatorn, där lågutbildade män år 2017 hade omkring två gånger högre sannolikhet att vara alkoholberoende jämfört med gruppen högutbildade.

Stora socioekonomiska skillnader återfanns dock för cigarettberoende som uppgick till omkring 8 procent i gruppen lågutbildade kvinnor år 2017, vilket är 9 gånger högre jämfört med andelen i gruppen högutbildade. Bland män var utbildningsskillnaderna i cigarettberoende något mindre, med 6 gånger högre förekomst i gruppen lågutbildade jämfört med högutbildade. När inkomst användes som indikator var det nästan 3 gånger (kvinnor) respektive 4,5 gånger (män) vanligare i gruppen med lägst inkomst jämfört med gruppen med högst inkomst. Skillnaderna mellan dessa grupper var fortfarande omfattande, och statistiskt signifikanta, efter att vi tog hänsyn till skillnader i ålder, sysselsättning och födelseland genom regressionsanalys. Vidare framkom att de socioekonomiska skillnaderna (mätt som utbildning) i cigarettberoende har ökat bland kvinnor (men inte bland män) sedan år 2013 – förekomsten av cigarettberoende var oförändrad i gruppen lågutbildade kvinnor samtidigt som den minskade i den högsta utbildningsgruppen.

De socioekonomiska skillnaderna i snusberoende visade på delvis olika mönster för utbildning respektive inkomst. Gällande utbildning återfanns högst förekomst av snusberoende i de två lägsta grupperna för båda könen. För inkomstindikatorn var snusberoende bland män däremot högst i den näst lägsta och den mellersta inkomstgruppen. I regressionsanalyserna framkom, liksom för cigarettberoende, signifikanta skillnader för både utbildnings- och inkomstindikatorn, vilket tyder på att sambanden inte heller här påverkas av fördelningen av de svarandes ålder, födelseland och sysselsättning.

Inga större förändringar ägde rum inom utbildnings- eller inkomstgrupperna mellan år 2013 och 2017 även om andelen med snusberoende ökade signifikant i den mellersta utbildningsgruppen samt i den lägsta inkomstgruppen för kvinnor.

³ Frånsett födelseland, här var istället förändringarna i vissa grupper orimligt stora: T.ex. bland män födda i annat nordiskt land eller utanför Europa där alkoholberoende minskade med omkring 50 %.

Även analyserna av lindrigt (eller allvarligare) substansbrukssyndrom av narkotika och/eller narkotikaklassade läkemedel år 2017 visade på tydliga socioekonomiska skillnader för både kvinnor och män. För inkomstindikatorn var exempelvis förekomsten av substansbrukssyndrom bland kvinnor och män i lägsta inkomstgruppen 8 respektive 5 gånger högre jämfört med den högsta inkomstgruppen. För både utbildnings- och inkomstindikatorn var skillnaderna mellan lägsta och högsta gruppen dessutom signifikanta efter kontroll för ålder i regressionsanalyserna men försvagades avsevärt efter kontroll för sysselsättning. Här bör nämnas att det inom sysselsättningsvariabeln främst var gruppen långtids-sjukskrivna och förtidspensionärer som hade hög risk för substansbrukssymptom. Sammantaget tolkar vi detta som att de socioekonomiska skillnaderna i substansbrukssyndrom främst beror på betydande problem i en mer utsatt grupp, som står utanför arbetsmarknaden. Då frågorna för flera narkotikaklassade preparat har ändrats kunde vi inte se om det skett någon förändring i detta utfall mellan år 2013 och 2017.

När vi jämför med andra undersökningar, kan nämnas att de socioekonomiska skillnaderna i alkoholberoende som framkommer i denna rapport är lägre än för alkoholrelaterade diagnoser som framkommit i tidigare studier baserade på data från patientregistret samt dödsorsaksregistret (Hemström 2002, Budhiraja & Landberg 2016, Sydén m.fl. 2017). I dessa studier tenderar förekomsten av alkoholrelaterad sjuklighet och dödlighet vara omkring 3 till 4 gånger högre i lägsta jämfört med högsta SES gruppen för män, med något lägre skillnader för kvinnor. En möjlig förklaring till denna olikhet i resultat kan vara skillnader i urval. Studier baserade på dödsorsaksregistret inkluderar ofta registerinformation för hela befolkningen medan vår studie baseras på ett urval som sannolikt har en underrepresentation av samhällets mest socioekonomiskt utsatta individer (t.ex. hemlösa och institutionaliserade) samt individer med högst risk för allvarliga alkoholskador. Det är också möjligt att de större socioekonomiska skillnaderna i registerbaserade alkoholdiagnoser speglar att skillnaderna faktiskt är mer omfattande för mer allvarliga former av beroende. Möjliga orsaker till detta skulle i sin tur kunna vara att individer i högre socioekonomiska grupper mer sällan söker vård för sitt beroende, men också att dessa individer har bättre resurser och möjligheter att själva avhjälpa sitt beroende innan det leder till mer allvarliga konsekvenser.

Även våra skattade utbildningsskillnader i substansbrukssyndrom av narkotika och/eller läkemedel framstår som något lägre när dessa jämförs med Folkhälsomyndighetens egna uppgifter om narkotikarelaterad dödlighet i utbildningsgrupper (Folkhälsomyndigheten 2018). För män låg exempelvis den (ålderstandardiserade) narkotikarelaterade dödligheten år 2016 på 39,5 dödsfall per 100 000 individer i gruppen lågutbildade och på 5,6 dödsfall per 100 000 individer i gruppen högutbildade, vilket motsvarar en skillnad om 7 gånger, och är betydligt högre än vår skattade oddskvot om 2,5 för substansbrukssyndrom bland lågutbildade män. Vi tror att förslagen på förklaringar gällande skillnader i socioekonomiska mönster i alkoholproblem mellan registerdata och frågeundersökningar är applicerbara även här.

Negativa konsekvenser av andras ANT-bruk

De socioekonomiska skillnaderna i utsatthet för *negativa konsekvenser av andras ANT-bruk* visar inget entydigt mönster och avviker ofta från de socioekonomiska skillnader som framkom för beroende. Generellt kan sägas att denna problematik i mindre utsträckning följer den förväntade socioekonomiska gradienten med mer problem i lägre socioekonomiska grupper, utan mer problem rapporteras i flera fall i gruppen med en hög socioekonomisk position, speciellt i gruppen med hög utbildning.

När det gäller negativa konsekvenser av andras alkoholkonsumtion har en större andel kvinnor med hög utbildning problem med både närståendes och obekantas alkoholkonsumtion jämfört med kvinnor med lägre utbildning. Andelen kvinnor som påverkas negativt av *närståendes alkoholkonsumtion* är t.ex. 1,8 gånger högre bland kvinnor med hög utbildning (23,3 %) jämfört med kvinnor med låg utbildning (13,1 %) och andelen med problem av *obekantas alkoholkonsumtion* är 2,1 gånger högre i gruppen med högst utbildning (18,8 %) jämfört med i gruppen med lägst utbildning (9 %). Bland män är däremot andelen som påverkas negativt av *närståendes alkoholkonsumtion* omkring 11 % i alla utbildningsgrupper och gradienten med avseende på utbildning och problem med obekantas drickande är betydligt svagare än för kvinnor. Dessa resultat kvarstår även i regressionsanalyser där hänsyn tas till skillnader i ålder, sysselsättning och födelseland mellan de socioekonomiska grupperna.

Vi vet inte vad som ligger bakom denna skillnad för just högutbildade kvinnor men det skulle kunna bero på att kvinnor med hög utbildning är mer exponerade i miljöer där omgivningen dricker mycket alkohol och/eller att de har en lägre tolerans för berusade personers beteende. Risken att påverkas negativt av andras drickande är däremot inte kopplad till skillnader i inkomst. Visserligen finns en genomgående tendens att risken för problem med obekantas drickande är lägre bland höginkomsttagare, men skillnaden är inte statistiskt signifikant.

Mellan 2013 och 2017 var utsattheten för andras alkoholkonsumtion oförändrad, bortsett från utsatthet för obekantas drickande som ökade bland både låg- och högutbildade kvinnor och även bland kvinnor i de flesta inkomstgrupper. Uppgången får inte stöd av att alkoholrelaterat våld i offentlig miljö generellt skulle ha ökat (Polisen, 2018). En delförklaring till ökningen skulle istället kunna vara att uppmärksamhet i t.ex. media för problem i offentlig miljö kan ha ökat, vilket i sin tur kan ha bidragit till ökad oro. En undersökning från Brottsförebyggande rådet (BRÅ, 2018) visar en liknande utveckling när det gäller oro för utsatthet för brott och lyfter också en ökad uppmärksamhet som en tänkbar förklaring (von Wright, 2018).

Betydelsen av socioekonomisk position och risken för att påverkas negativt av närståendes daglig rökning eller narkotikaanvändning varierar utifrån vilken socioekonomisk indikator som studeras. Skillnader i utbildningsnivå är inte relaterad till risken för att påverkas negativt av närståendes daglig rökning eller narkotikaanvändning, varken bland kvinnor eller män och inte heller när man tar hänsyn till ålder, sysselsättning och födelseland. Detta är förvånande givet att förekomsten av beroende av narkotika och cigaretter är högre bland lågutbildade vilket skulle kunna antas leda till en större utsatthet i dessa grupper. Liksom gällande högutbildade kvinnors större utsatthet för andras alkoholkonsumtion väcker också detta resultat frågor om socioekonomiska skillnader i exponering och tolerans, här med avseende på omgivningens rökning och narkotikaanvändning.

Resultat baserade på inkomstindikatorn ger en delvis annorlunda bild. Det finns en tendens att män med lägst inkomst har högre risk för utsatthet för problem av en närstående som använder narkotika men skillnaden försvinner när man kontrollerar för ålder, sysselsättning och födelseland. Mer entydigt var mönstret däremot när det gäller inkomst och negativa effekter av närståendes dagligrökning, där gruppen med högst inkomst hade lägre risk än alla andra inkomstgrupper för både män och kvinnor. Detta resultat kvarstod vid kontroll av ålder, sysselsättning och födelseland och speglar relativt väl hur cigarettberoende varierar mellan inkomstgrupper.

Vissa förändringar kunde noteras sedan 2013, bl.a. en signifikant ökning i problem av närståendes narkotikaanvändning bland högutbildade kvinnor och signifikanta nedgångar i problem av närståendes dagligrökning i samtliga utbildningsgrupper bland män men endast bland högutbildade kvinnor.

Begränsningar

För vissa utfall visade indikatorerna för utbildning och inkomst på något olika resultat. Exempelvis för cigarettberoende bland kvinnor där de socioekonomiska skillnaderna ökat för utbildningsindikatorn men inte för inkomstindikatorn. Detta kan delvis förklaras av att åldersfördelningen ser olika ut för utbildning och inkomst. I utbildningsindikatorn innehåller den lägsta gruppen en större andel äldre svarande, särskilt bland kvinnor, medan åldersfördelningen är omvänd i inkomstindikatorn, med störst andel äldre i den högsta inkomstgruppen. Att det inte skett en nedgång i cigarettberoende bland lågutbildade kvinnor kan alltså delvis knytas till en ålderseffekt – tilläggsanalyser visade att cigarettberoende har minskat minst bland äldre kvinnor, som i sin tur är överrepresenterade i lägsta utbildningsgruppen.

Möjligen kan en del av skillnaderna i resultaten mellan inkomst och utbildning även härledas till olikheter i hur indikatorerna är konstruerade. Inkomstindikatorn är indelad i fem lika stora grupper vid båda mättillfällena medan utbildningsindikatorns tre kategorier mäter uppnådd utbildning och därför skiljer sig åt i storlek mellan mättillfällena. Vid 2017 års studie hade vi ett bortfall som var överrepresenterat i gruppen lågutbildade vilket medförde att denna grupp var betydligt mindre detta år (7,5 % av alla svarande i åldrarna 25–64) jämfört med 2013 års studie (då den utgjorde 11,4 % av alla svarande). Detta medför följaktligen att utbildningsvariabeln är mindre representativ i förhållande till befolkningen år 2017. Vidare är det möjligt att det ökade bortfallet i gruppen lågutbildade i högre grad utgjordes av individer med problematiskt bruk/större risk för ANT-beroende vilket i sin tur skulle innebära en risk att utbildningsskillnaderna i beroende underskattas mer 2017 än 2013.

Bortfallet är alltid en begränsning i denna typ av befolkningsundersökning eftersom de som inte svarar sannolikt avviker från den population som medverkar. I 2017 års studie saknas närmare information om bortfallet men vi kunde konstatera att de i större utsträckning var män, unga vuxna och personer med lägre utbildning. Även om materialet var viktat för ålder och kön kvarstår risken för selektionseffekter dvs. att de som medverkar inte är representativa för befolkningen som helhet med avseende på det som man mäter. En indikation på att vissa sådana effekter finns, identifierades i den uppföljning som gjordes av ca 7000 personer i 2013 års studie (Sundin m.fl., 2015). Det visade sig då att de som tackade ja till att bli intervjuade en gång till i mindre utsträckning var rökare och beroende av cigaretter men att man i större utsträckning drack alkohol och var alkoholberoende. Inga

signifikanta skillnader noterades dock mellan grupperna vad gäller snus, läkemedel eller narkotika medan de som var med i uppföljningen hade signifikant mer negativa erfarenheter av andras konsumtion av alkohol, narkotika och tobak. Även om dessa resultat utgår ifrån ett urval som redan hade ett bortfall på ca 40 %, visar de att det är svårt att uttala sig om bortfallets betydelse generellt och att konsekvenserna kan variera mellan olika substanser.

Vad som också uppmärksammades i den uppföljande panelstudien var att personer med låg utbildning var överrepresenterade i gruppen som inte ställde upp på en uppföljande intervju. Detta påverkar resultaten på olika sätt eftersom lågutbildade generellt rapporterar mer beroendeproblem men mindre utsatthet för negativa konsekvenser av andras ANT-bruk. Detta är viktigt att ha i åtanke i tolkningen av den förändring som rapporteras i föreliggande studie eftersom andelen lågutbildade var underrepresenterade i större utsträckning år 2017 än 2013. Vi tolkar det som att det finns en risk att de socioekonomiska skillnaderna underskattas mer 2017 än 2013, åtminstone med avseende på beroendeproblem. Detta förutsätter dock att de lågutbildade som man nådde 2017 är mindre representativa för lågutbildade i populationen än de man nådde 2013.

Efter att vi tagit hänsyn till dessa begränsningar bör det ändå nämnas att föreliggande rapport är baserad på data från de två hittills mest omfattande nationella studierna med fokus på att mäta prevalensen av ANT-beroende samt negativa konsekvenser av andras ANT-användning i Sverige. Utifrån detta gör vi bedömningen att våra resultat utgör förhållandevis robusta skattningar av socioekonomiska skillnader i dessa utfall samt dess utveckling över tid. Gällande indikatorn födelseland framkom däremot att underlaget inte var tillräckligt stort för att möjliggöra tillförlitliga skattningar för hur utfallen varierar över tid.

Framtida analyser

Avslutningsvis vill vi peka på några framtida analyser som vore önskvärda att gå vidare med för att fördjupa kunskapen inom detta område. En väg framåt vore att koppla svaren i intervjuundersökningen till olika register som innehåller uppgifter om sociala och hälsomässiga förhållanden. Detta skulle ge unika möjligheter till att få fördjupad och bredare kunskap om ANDT-brukets negativa konsekvenser i Sverige – både genom att synliggöra långsiktiga negativa konsekvenser av ANDT-problem och bakomliggande faktorer som ökar risken för denna typ av problem. Etiskt tillstånd har erhållits för sådan registerkoppling för drygt 6000 personer i 2017 års undersökning. Det vore också intressant med en ytterligare studie som följer upp det mönster i stabilitet och förändring i negativa konsekvenser av ANT-konsumtion som tidigare noterades för 2013 och 2014. Även här har etiskt tillstånd erhållits vilket möjliggör att följa upp en grupp på drygt 6000 personer. Slutligen bör framtida studier på området även utformas i syfte att möjliggöra bättre skattningar av sambandet mellan födelseland och ANT-beroende/utsatthet för andras ANT bruk.

Konklusion

Det förekommer påtagliga socioekonomiska skillnader i ANT-beroende i Sverige men skillnaderna varierar betydligt mellan de olika substanserna. För både kvinnor och män är skillnaderna i både utbildning och inkomst år 2017 störst för cigarettberoende och substansbrukssyndrom av narkotika och/eller läkemedel. Dessutom ökade utbildningskillnaderna i cigarettberoende signifikant bland kvinnor sedan år 2013. De socioekonomiska skillnaderna i alkoholberoende är betydligt mindre och endast signifikanta för män. Snusberoende visar delvis ett annat mönster än övriga utfall med högst andel beroende bland män i de mellersta inkomst- och utbildningsgrupperna. Snusberoende visar alltså inte samma tydliga socioekonomiska gradient som cigarettberoende.

Betydelsen av socioekonomisk position med avseende på utsatthet för andras ANT-bruk uppvisar ett annat mönster än vad som framkom för beroende. Problematiken följer inte den förväntade socioekonomiska gradienten med mer problem i lägre socioekonomiska grupper utan mer problem rapporteras i vissa fall även i gruppen med en hög socioekonomisk position.

Referenser

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

Budhiraja M & Landberg J (2016). Socioeconomic disparities in alcohol-related mortality in Sweden, 1991–2006: A register-based follow-up study. *Alcohol and Alcoholism*, 51: p. 307–314.

Etter JF (2008). Comparing the validity of the Cigarette Dependence Scale and the Fagerstrom Test for Nicotine Dependence. *Drug Alcohol Depend*, 95, 152–9.

Etter JF, Le Houezec J & Perneger TV (2003). A self-administered questionnaire to measure dependence on cigarettes: the cigarette dependence scale. *Neuropsychopharmacology*, 28, 359–70.

Forum - Forskningscentrum för psykosocialhälsa (2012). Slutrapportering av pilotstudien *Vanor och konsekvenser – en nationell undersökning om tobak, alkohol, läkemedel och andra preparat*. Stockholm: Forum (Forskningscentrum för psykosocialhälsa), Centrum för psykiatriforskning, Karolinska Institutet.

Folkhälsomyndigheten (2018).

<https://www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsorapportering-statistik/folkhalsans-utveckling/halsa/narkotikarelaterad-dodlighet/>

Hemström O (2002). Alcohol-related deaths contribute to socioeconomic differentials in mortality in Sweden. *Euro J Public Health* 12:254–62.

Hradilova Selin K (2004). *Svenska dryckesvanor och deras konsekvenser i början av det nya millenniet* [Swedish drinking habits and their consequences in the beginning of the new millennium]. In: K., H. S. (ed.). Stockholm: Centrum för socialvetenskaplig alkohol- och drogforskning (SoRAD) [The Centre for Social Research on Alcohol and Drugs (SoRAD)].

Laslett A-M, Room R, Ferris J, Wilkinson C, Livingston M & Mugavin J (2011a). Surveying the range and magnitude of alcohol's harm to others in Australia. *Addiction*, 106, 1603–11.

MINI. *Mini Internationell Neuropsykiatrisk Intervju. Svensk version 6.0.0b – DSM-IV (2009-02-20)* [Online]. Available: http://www.viss.nu/Global/Blanketter/MINI_vers_6.pdf [2016-10-03] [Accessed].

Mäkelä P, Fonager K, Hibell B, Nordlund S, Sabroe S & Simpura J (1999). *Drinking Habits in the Nordic countries*. Helsinki: National institute for Alcohol and Drug Research.

Polisen (2018). *Kraftig minskning av våld i offentlig miljö i Stockholms city*. Hämtad från: <https://polisen.se/aktuellt/nyheter/2018/april/kraftig-minskning-av-vald-i-offentlig-miljo-i-stockholms-city/>. Hämtad: 2018-08-01.

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), Stockholms läns landsting och Centrum för psykiatriforskning, Karolinska Institutet.

Rydell M, Sundin E, Ramstedt M & Galanti MR (2016). Measuring tobacco dependence in the general population: Evaluation of the Cigarette Dependence Scale (CDS-12) and its adaptation to smokeless tobacco use (STDS-12) in two Swedish surveys. *Scand J Public Health*, 44, 134–42.

Statens Folkhälsoinstitut (FHI) (2008). *Effekter av lokalt alkohol- och narkotika-förebyggande arbete. Utvärdering av det förebyggande arbetet i sex försökskommuner* (Rapport 2008:22). Östersund: Statens folkhälsoinstitut.

Statistiska Centralbyrån (SCB) (2017). Befolkning efter ålder och kön. År 1860–2016. Statistikdatabasen, Befolkning, Befolkningsstatistik, Folkmängd. [http://www.statistikdatabasen.scb.se/pxweb/sv/ssd/START__BE__BE0101__BE0101A/BefolkningR1860/?rxid=f45f90b6-7345-4877-ba25-9b43e6c6e299]. Hämtat 2017-12-19.

Sundin E, Landberg J, Raninen J & Ramstedt M (2015). *Negativa konsekvenser av alkohol, narkotika och tobak i Sverige: en ettårsuppföljning av beroende och utsatthet för närståendes bruk*. Stockholm: Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning.

Sydén L, Sidorchuk A, Mäkelä P & Landberg J (2017). The contribution of alcohol use and other behavioural, material, and social factors to socioeconomic differences in alcohol-related disorders in a Swedish cohort. *Addiction*. 112, 1920–1930.

Von Wright J (2018). Var fjärde kvinna rädd för berusade. *Alkohol & Narkotika*. 2018:2:17.

Bilaga 1.

Vanor och möjliga konsekvenser - en nationell undersökning om tobak, alkohol, läkemedel och narkotika

Vill du svara på webben istället:

www.xxxxxx.se

Inloggningskod: xxxxxxxxx

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? V1

År ____ (4 positioner)

2. Är du kvinna eller man? V2

1 Kvinna

2 Man

3. Var är du född? V3

1 I Sverige

2 I ett annat nordiskt land

3 I ett annat europeiskt land

4 I ett land utan för Europa

4. Var är din mamma född? V4

1 I Sverige

2 I ett annat nordiskt land

3 I ett annat europeiskt land

4 I ett land utan för Europa

5. Var är din pappa född? V5

1 I Sverige

2 I ett annat nordiskt land

3 I ett annat europeiskt land

4 I ett land utan för Europa

6. Vilken är din högsta genomförda utbildning? V6

1 Grundskola, folkskola, realskola eller liknande

2 2-årig gymnasieutbildning

3 3- eller 4-årig gymnasieutbildning

4 Folkhögskola

5 Universitets-, högskoleutbildning eller annan eftergymnasial utbildning kortare än 3 år

6 Universitets-, högskoleutbildning eller annan eftergymnasial utbildning 3 år eller

längre

7 Annan utbildning, **Vilken?**..... **List 1**

7. Ungefär hur stor är din egen månadsinkomst före skatt? V7

Tusental kr före skatt _ _ _ (3 positioner)

8. Vilken är din huvudsakliga sysselsättning? V301

- 1 Arbetar som anställd
- 2 Egenföretagare
- 3 Tjänstledig eller föräldraledig
- 4 Studerar, praktiserar
- 5 Arbetsmarknadsåtgärd
- 6 Arbetslös
- 7 Ålderspensionär
- 8 Sjuk-/aktivitetsersättning(sjuk- eller förtidspensionär)
- 9 Långtidssjukskriven (mer än 3 månader)
- 10 Hemarbetande, sköter hushållet
- 11 Annan sysselsättning, **Vilken?**..... **List 2**

9. Viket är/var ditt huvudsakliga yrke?

Om du inte yrkesarbetar nu, ange det yrke som du huvudsakligen har haft.

Försök att lämna ett sådant detaljerat svar som möjligt. T.ex.; istället för assistent skriv inköpsassistent, i stället för chaufför skriv busschaufför, istället för ingenjör skriv civilingenjör. Vad god texta!

Ditt yrke: **List x**

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

FLERA SVARSALTERNATIV KAN ANGES

- 1 Ingen **V21**
- 1 Partner(gift/sambo) **V22**
- 1 Förälder/adoptivförälder/fosterförälder/styvförälder **V23**
- 1 Syskon och/eller styvsyskon **V24**
- 1 Egna barn och/eller partners barn 0-17år **V25**
- 1 Egna barn och/eller partners barn 18år eller äldre **V26**
- 1 Annanperson, Vem? **V27**..... **List 4**

OM DU BOR TILLSAMMANS MED BARN:

11. Hur många barn 0-17 år bor tillsammans med dig? V28

___ barn (3 positioner)

12. Hur många barn 18 år eller äldre bor tillsammans med dig? V29

___ barn (3 positioner)

Rökvanor

Frågorna omfattar cigaretter, cigariller, cigarrer och pipa (ej e-cigarett eller vattenpipa).

13. Röker du? V30

- 1 Ja, jag röker dagligen
- 2 Ja, jag röker då och då
- 3 Nej, jag har tidigare rökt men har varit rökfri i mindre än 6 månader, GÅ TILL FRÅGA 26
- 4 Nej, jag har tidigare rökt men har varit rökfri i 6 månader eller mer, GÅ TILL FRÅGA 26
- 5 Nej, jag har aldrig rökt (eller endast provat enstaka gånger), GÅ TILL FRÅGA 26

Om du röker

14. På en skala från 0 till 10 hur beroende känner du att du är av cigaretter? V31

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

15. Hur många cigaretter röker du i genomsnitt per dag? V32

- 1 0-5 cigaretter
- 2 6-10 cigaretter
- 3 11-20 cigaretter
- 4 21-29 cigaretter
- 5 30 cigaretter eller fler

16. Hur många minuter efter att du vaknat på morgonen röker du vanligtvis din första cigarett? V33

- 1 0-5 minuter
- 2 6-15 minuter
- 3 16-30 minuter
- 4 31-60 minuter
- 5 Efter mer än 60 minuter

17. Hur lätt eller svårt känns det för dig att sluta röka? V34

- 1 Omöjligt
- 2 Mycket svårt
- 3 Ganska svårt
- 4 Ganska lätt
- 5 Mycket lätt

Hur bra eller dåligt stämmer följande påståenden in på dig?

18. Efter några timmar utan att röka, känner jag ett oemotståndligt rök sug. V35

- 1 Stämmer inte alls
- 2 Stämmer ganska dåligt
- 3 Varken eller
- 4 Stämmer ganska bra
- 5 Stämmer helt och hållet

19. Jag känner mig stressad av själva tanken att vara utan cigaretter. V36

- 1 Stämmer inte alls
- 2 Stämmer ganska dåligt
- 3 Varken eller
- 4 Stämmer ganska bra
- 5 Stämmer helt och hållet

20. Jag ser till att ha cigaretter med mig när jag går någonstans. V37

- 1 Stämmer inte alls
- 2 Stämmer ganska dåligt
- 3 Varken eller
- 4 Stämmer ganska bra
- 5 Stämmer helt och hållet

21. Det känns som om cigaretterna styr över mitt liv. V38

- 1 Stämmer inte alls
- 2 Stämmer ganska dåligt
- 3 Varken eller
- 4 Stämmer ganska bra
- 5 Stämmer helt och hållet

22. Jag känner att jag röker för mycket. V39

- 1 Stämmer inte alls
- 2 Stämmer ganska dåligt
- 3 Varken eller
- 4 Stämmer ganska bra
- 5 Stämmer helt och hållet

23. Ibland avbryter jag det jag håller på med för att gå och köpa cigaretter. V40

- 1 Stämmer inte alls
- 2 Stämmer ganska dåligt
- 3 Varken eller
- 4 Stämmer ganska bra
- 5 Stämmer helt och hållet

24. Jag röker i princip hela tiden (kedjerökning). V41

- 1 Stämmer inte alls
- 2 Stämmer ganska dåligt
- 3 Varken eller
- 4 Stämmer ganska bra
- 5 Stämmer helt och hållet

25. Jag röker trots att jag vet att det är skadligt för min hälsa. V42

- 1 Stämmer inte alls
- 2 Stämmer ganska dåligt
- 3 Varken eller
- 4 Stämmer ganska bra
- 5 Stämmer helt och hållet

Nu kommer frågor om e-cigarett, d.v.s. elektronisk cigarett som omvandlar vätska till vattenånga.

26. Använder du e-cigarett (elektronisk cigarett som omvandlar vätska till vattenånga)? Vxx

- 1 Ja, jag använder e-cigarett dagligen,
- 2 Ja, jag använder e-cigarett då och då
- 3 Nej, jag har tidigare använt e-cigarett men har slutat inom de senaste 6 månaderna, GÅ TILL FRÅGA 28
- 4 Nej, jag har tidigare använt e-cigarett men har slutat för mer än 6 månader sedan, GÅ TILL FRÅGA 28
- 5 Nej, jag har aldrig använt e-cigarett, GÅ TILL FRÅGA 28

27. Använder du e-cigarett med eller utan nikotin? Vxx

- 1 Bara med nikotin
- 2 Bara utan nikotin
- 3 Både med och utan nikotin
- 4 Vet ej

Snusvanor

28. Snusar du? V43

1. Ja, jag snusar dagligen
- 2 Ja, jag snusar då och då
3. Nej, jag har tidigare snusat men har varit snusfri i mindre än 6 månader, GÅ TILL SIDAN 9
- 4 Nej, jag har tidigare snusat men har varit snusfri i 6 månader eller mer, GÅ TILL SIDAN 9
- 5 Nej, jag har aldrig snusat (eller endast provat enstaka gånger), GÅ TILL SIDAN 9

Om du snusar

29. På en skala från 0 till 10 hur beroende känner du att du är av snus? V44

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

30. Hur många dosor snus använder du i genomsnitt per vecka? V45

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

31. Hur många minuter efter att du vaknat på morgonen tar du vanligtvis din första prilla? V46

- 1 0-5 minuter
- 2 6-15 minuter
- 3 16-30 minuter
- 4 31-60 minuter
- 5 Efter mer än 60 minuter

32. Hur lätt eller svårt känns det för dig att sluta snusa? V47

- 1 Omöjligt
- 2 Mycket svårt
- 3 Ganska svårt
- 4 Ganska lätt
- 5 Mycket lätt

Hur bra eller dåligt stämmer följande påståenden in på dig?

33. Efter några timmar utan att snusa, känner jag ett oemotståndligt sug efter snus. V48

- 1 Stämmer inte alls
- 2 Stämmer ganska dåligt
- 3 Varken eller
- 4 Stämmer ganska bra
- 5 Stämmer helt och hållet

34. Jag känner mig stressad av själva tanken att vara utan snus. V49

- 1 Stämmer inte alls
- 2 Stämmer ganska dåligt
- 3 Varken eller
- 4 Stämmer ganska bra
- 5 Stämmer helt och hållet

35. Jag ser till att ha snus med mig när jag går någonstans. V50

- 1 Stämmer inte alls
- 2 Stämmer ganska dåligt
- 3 Varken eller
- 4 Stämmer ganska bra
- 5 Stämmer helt och hållet

36. Det känns som om snuset styr över mitt liv. V51

- 1 Stämmer inte alls
- 2 Stämmer ganska dåligt
- 3 Varken eller
- 4 Stämmer ganska bra
- 5 Stämmer helt och hållet

37. Jag känner att jag snusar för mycket. V52

- 1 Stämmer inte alls
- 2 Stämmer ganska dåligt
- 3 Varken eller
- 4 Stämmer ganska bra
- 5 Stämmer helt och hållet

38. Ibland avbryter jag det jag håller på med för att gå och köpa snus. V53

- 1 Stämmer inte alls
- 2 Stämmer ganska dåligt
- 3 Varken eller
- 4 Stämmer ganska bra
- 5 Stämmer helt och hållet

39. Jag har i princip hela tiden snus i munnen. V54

- 1 Stämmer inte alls
- 2 Stämmer ganska dåligt
- 3 Varken eller
- 4 Stämmer ganska bra
- 5 Stämmer helt och hållet

40. Jag snusar trots att jag vet att det är skadligt för min hälsa. V55

- 1 Stämmer inte alls
- 2 Stämmer ganska dåligt
- 3 Varken eller
- 4 Stämmer ganska bra
- 5 Stämmer helt och hållet

Andra personers bruk av tobak

41. Har du någonsin sökt medicinsk behandling för någon åkomma som läkaren misstänkte orsakades av andra personers rökning? V58

- 1 Ja
- 2 Nej

42. Har du, under de senaste 12 månaderna, någon gång känt dig orolig för familjeekonomin på grund av att någon annan i familjen röker? V59

- 1 Ja
- 2 Nej

43. Har du, under de senaste 12 månaderna, någon gång känt dig orolig för familjeekonomin på grund av att någon annan i familjen snusar? V60

- 1 Ja
- 2 Nej

44. Under de senaste 12 månaderna, har det funnits personer i ditt liv som röker dagligen? V61

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

- 1 Ja
- 2 Nej, GÅ TILL SIDAN 10

45. Har personens/personernas rökning påverkat dig negativt på något sätt under de senaste 12 månaderna? V62

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

- 1 Ja
- 2 Nej, GÅ TILL SIDAN 10

46. Sammantaget, hur mycket har personens/ personernas rökning påverkat dig negativt under de senaste 12 månaderna? V63

- 1 Mycket
- 2 Lite

47. På en skala från 1 till 10 hur mycket har personens/personernas rökning påverkat dig negativt under de senaste 12 månaderna? V64

1 betyder lite och 10 betyder mycket

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10



lite

mycket

Alkoholvanor

48. Hur ofta, under de senaste 12 månaderna, har du druckit minst ett glas av något som innehåller alkohol? V65

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

- 1 I stort sett varje dag
- 2 4-5 gånger i veckan
- 3 2-3 gånger i veckan
- 4 Ungefär en gång i veckan
- 5 2-3 gånger i månaden
- 6 Ungefär en gång i månaden
- 7 Några få gånger under de senaste 12 månaderna
- 8 En gång under de senaste 12 månaderna
- 10 Jag har inte druckit alkohol senaste 12 månaderna men har druckit tidigare, GÅ TILL SIDAN 14
- 11 Jag har aldrig druckit alkohol eller endast smakat enstaka gånger, GÅ TILL SIDAN 14

49. Hur många "glas" (se exempel) dricker du en typisk dag då du dricker alkohol? Vxx

- 1 1-2
- 2 3-4
- 3 5-6
- 4 7-9
- 5 10 eller fler

50. Hur ofta, under de senaste 12 månaderna, har du vid ett och samma tillfälle druckit alkohol så att det motsvarar minst: V66

- en flaska vin (75 centiliter) eller
- 5 snapsglas sprit (25 centiliter) eller
- 4 burkar starköl, starkcider, eller alkoläsk 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.

- 1 I stort sett varje dag
- 2 4-5 gånger i veckan
- 3 2-3 gånger i veckan
- 4 Ungefär en gång i veckan
- 5 2-3 gånger i månaden
- 6 Ungefär en gång i månaden

7 Några få gånger under de senaste 12 månaderna

8 En gång under de senaste 12 månaderna

9 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? V67

- 1 Ja
- 2 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? V68

- 1 Ja
- 2 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? V69

- 1 Ja
- 2 Nej

54. Har du, under de senaste 12 månaderna, försökt minska eller sluta dricka alkohol men misslyckats? V70

- 1 Ja
- 2 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? V71

- 1 Ja
- 2 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? V72

- 1 Ja
- 2 Nej

57. Har du, under de senaste 12 månaderna, fortsatt att dricka fast du visste att alkoholen gav dig kroppsliga eller psykiska problem? V73

- 1 Ja
- 2 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? V74

- 1 Ja
- 2 Nej

59. Har ditt drickande, under de senaste 12 månaderna, vid upprepade tillfällen lett till stor risk för fysisk skada (t.ex. i trafiken)? V75

- 1 Ja

2 Nej

60. Har ditt drickande, under de senaste 12 månaderna, vid upprepade tillfällen lett till problem med rättvisan (t.ex. blivit omhändertagen för fylleri)? V76

1 Ja

2 Nej

61. Har du, under de senaste 12 månaderna, fortsatt dricka trots att detta orsakar ständiga eller återkommande problem i relation till andra människor? V77

- 1 Ja
- 2 Nej

62. Har du, under de senaste 12 månaderna, känt ett starkt alkoholsug, eller en stark längtan eller önskan att dricka alkohol? V302

- 1 Ja
- 2 Nej

Andra personers bruk av alkohol

Frågorna 63-70 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? V78

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

64. Blivit antastad eller besvärad av en berusad person (eller flera) på gatan eller på annan offentlig plats? V79

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

65. Blivit antastad eller besvärad av en berusad person (eller flera) på en fest eller annan privat sammankomst? V80

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

66. Blivit fysiskt skadad av en berusad person (eller flera)? V81

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

67. Fått kläder, föremål eller andra ägodelar förstörda av en berusad person (eller flera)? V82

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

68. Blivit förolämpad eller kränkt av något en berusad person (eller flera) sagt till dig? V83

- 1 Nej
- 2 Ja, 1-2 gånger

3 Ja, 3 gånger eller fler

69. Hållits vaken på natten på grund av oväsen från en berusad person (eller flera)? V84

- 1 Nej
- 2 Ja, 1-2 gånger
- 3 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? V85

- 1 Ja
- 2 Nej

Frågorna 71-73 avser endast negativa erfarenheter av andra personers alkoholkonsumtion hos personer som du inte känner närmare.

71. Har du vid något tillfälle, under de senaste 12 månaderna, påverkats negativt av drickandet hos främlingar eller hos personer som du inte känner närmare? V89

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

- 1 Ja
- 2 Nej, GÅ TILL FRÅGA 74

72. Sammantaget, hur mycket har personens/ personernas drickande påverkat dig negativt under de senaste 12 månaderna? V90

- 1 Mycket
- 2 Lite

73. På en skala från 1 till 10 hur mycket har personens/personernas drickande påverkat dig negativt under de senaste 12 månaderna? V91

1 betyder lite och 10 betyder mycket

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

lite

mycket

Frågorna 74-88 avser endast negativa erfarenheter av alkoholkonsumtion hos personer i ditt liv t.ex. din familj, ex-partner, dina vänner eller arbetskamrater.

74. 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)? V92

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

- 1 Ja
- 2 Nej, GÅ TILL SIDAN 19

75. Har personens/personernas drickande påverkat dig negativt på något sätt under de senaste 12 månaderna? V93

- 1 Ja
- 2 Nej, GÅ TILL SIDAN 19

76. 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

- 1 Nej **V94**
- 1 Partner **V95**
- 1 Förälder/styvförälder **V96**
- 1 Barn/styvbarn **V97**
- 1 Annan person (som bor i ditt hushåll) **V98**
- 1 Annan familjemedlem(som ej bor i ditt hushåll) **V99**
- 1 Ex-partner **V100**
- 1 Arbetskollega/arbetskamrat **V101**
- 1 Vän **V102**
- 1 Granne **V103**
- 1 Annan person, Vem? **V104** **List 5**

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

FLERA SVARSALTERNATIV KAN ANGES

- 1 Nej **V105**
- 1 Partner **V106**
- 1 Förälder/styvförälder **V107**
- 1 Barn/styvbarn **V108**
- 1 Annan person (som bor i ditt hushåll) **V109**
- 1 Annanfamiljemedlem(som ej bor i ditt hushåll) **V110**
- 1 Ex-partner **V111**
- 1 Arbetskollega/arbetskamrat **V112**
- 1 Vän **V113**
- 1 Granne **V114**
- 1 Annan person, Vem? **V115** **List 6**

78. Har du blivit utsatt för fysiskt våld (t.ex. avsikt- liga 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

- 1 Nej **V116**
- 1 Partner **V117**
- 1 Förälder/styvförälder **V118**
- 1 Barn/styvbarn **V119**
- 1 Annan person (som bor i ditt hushåll) **V120**
- 1 Annan familjemedlem (som ej bor i ditt hushåll) **V121**
- 1 Ex-partner **V122**
- 1 Arbetskollega/arbetskamrat **V123**
- 1 Vän **V124**
- 1 Granne **V125**
- 1 Annan person, **Vem? V126**..... **List 7**

79. 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

- 1 Nej **V127**
- 1 Partner **V128**
- 1 Förälder/styvförälder **V129**
- 1 Barn/styvbarn **V130**
- 1 Annanperson (som bor i ditt hushåll) **V131**
- 1 Annan familjemedlem (som ej bor i ditt hushåll) **V132**
- 1 Ex-partner **V133**
- 1 Arbetskollega/arbetskamrat **V134**
- 1 Vän **V135**
- 1 Granne **V136**
- 1 Annan person, **Vem? V137**..... **List 8**

80. Har någon/några av följande personer miss- lyckats 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

- 1 Nej **V138**
- 1 Partner **V139**
- 1 Förälder/styvförälder **V140**
- 1 Barn/styvbarn **V141**
- 1 Annan person (som bor i ditt hushåll) **V142**
- 1 Annan familjemedlem (som ej bor i ditt hushåll) **V143**
- 1 Ex-partner **V144**
- 1 Arbetskollega/arbetskamrat **V145**
- 1 Vän **V146**
- 1 Granne **V147**
- 1 Annan person, **Vem? V148..... List 9**

81. 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

- 1 Nej **V149**
- 1 Partner **V150**
- 1 Förälder/styvförälder **V151**
- 1 Barn/styvbarn **V152**
- 1 Annan person (som bor i ditt hushåll) **V153**
- 1 Annan familjemedlem (som ej bor i ditt hushåll) **V154**
- 1 Ex-partner **V155**
- 1 Arbetskollega/arbetskamrat **V156**
- 1 Vän **V157**
- 1 Granne **V158**
- 1 Annanperson, **Vem? V159..... List10**

82. 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

- 1 Nej **V160**
- 1 Partner **V161**
- 1 Förälder/styvförälder **V162**
- 1 Barn/styvbarn **V163**
- 1 Annan person (som bor i ditt hushåll) **V164**
- 1 Annan familjemedlem (som ej bor i ditt hushåll) **V165**
- 1 Ex-partner **V166**
- 1 Arbetskollega/arbetskamrat **V167**
- 1 Vän **V168**
- 1 Granne **V169**
- 1 Annanperson, **Vem? V170**..... **List 11**

Frågorna 83-86 avser endast negativa konsekvenser p.g.a. drickandet av någon som du bor tillsammans med.

Om du bor själv gå till fråga 87 i nästa spalt.

83. 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

- 1 Nej **V171**
- 1 Partner **V172**
- 1 Förälder/styvförälder **V173**
- 1 Barn/styvbarn **V174**
- 1 Annan person (som bor i ditt hushåll) **V175**

84. 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

- 1 Nej **V176**
- 1 Partner **V177**
- 1 Förälder/styvförälder **V178**
- 1 Barn/styvbarn **V179**
- 1 Annan person (som bor i ditt hushåll) **V180**

85. 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

- 1 Nej **V181**
- 1 Partner **V182**
- 1 Förälder/styvförälder **V183**
- 1 Barn/styvbarn **V184**
- 1 Annan person (som bor i ditt hushåll) **V185**

86. 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

- 1 Nej **V186**
- 1 Partner **V187**
- 1 Förälder/styvförälder **V188**
- 1 Barn/styvbarn **V189**
- 1 Annanperson(som bor i ditt hushåll) **V190**

87. Sammantaget, hur mycket har drickandet hos personen/personerna i ditt liv påverkat dig negativt under de senaste 12 månaderna? V191

- 1 Mycket
- 2 Lite

88. På en skala från 1 till 10 hur mycket har drickandet hos personen/personerna i ditt liv på- verkat dig negativt under de senaste 12 månaderna? V192

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

89. Sömn-/lugnande medel, t.ex. (läkemedelsnamn/substans) Imovane/zopiklon, Sobril/oxazepam, Stilnoct/zolpidem, Stesolid/diazepam, Xanor/alprazolam

1 Nej **V303**

1 Ja, för mer än 12 månader sedan **V304**

1 Ja, under de senaste 12 månaderna **V305**

1 Ja, under de senaste 30 dagarna **V306**

90. Smärtstillande medel, t.ex. (läkemedelsnamn/substans) Oxynorm/oxikodon, Citodon/kodein, Tradolan/tramadol, fentanyl, morfin, buprenorfin

1 Nej **V307**

1 Ja, för mer än 12 månader sedan **V308**

1 Ja, under de senaste 12 månaderna **V309**

1 Ja, under de senaste 30 dagarna **V310**

97. Hur många gånger har du använt något av ovanstående receptbelagda läkemedel på ett icke föreskrivet sätt under de senaste 12 månaderna?

1 Ingen gång

2 1 gång

3 2-4 gånger

4 5-10 gånger

5 11-20 gånger

6 21-50 gånger

7 Mer än 50 gånger

Har du någon gång använt något av följande narkotiska preparat?

91. Cannabis, t.ex. hasch eller marijuana **(1)**

1 Nej **V311**

1 Ja, för mer än 12 månader sedan **V312**

1 Ja, under de senaste 12 månaderna **V313**

1 Ja, under de senaste 30 dagarna **V314**

98. Hur många gånger har du använt cannabis (t.ex. hasch eller marijuana) under de senaste 12 månaderna? Vxx

1 Ingen gång

2 1 gång

3 2-4 gånger

4 5-10 gånger

5 11-20 gånger

6 21-50 gånger

7 Mer än 50 gånger

92. Amfetamin (räkna ej ADHD läkemedel) (2)

1 Nej **V315**

1 Ja, för mer än 12 månader sedan **V316**

1 Ja, under de senaste 12 månaderna **V317**

1 Ja, under de senaste 30 dagarna **V318**

93. Opiater, t.ex. heroin, opium (6)

1 Nej **V319**

1 Ja, för mer än 12 månader sedan **V320**

1 Ja, under de senaste 12 månaderna **V321**

1 Ja, under de senaste 30 dagarna **V322**

94. Hallucinogener, t.ex. LSD, meskalin, peyote, PCP, hallucinogena svampar, DMT (5)

1 Nej **V323**

1 Ja, för mer än 12 månader sedan **V324**

1 Ja, under de senaste 12 månaderna **V325**

1 Ja, under de senaste 30 dagarna **V326**

95. Ecstasy, t.ex. MDMA, MDA, MDE (4)

1 Nej **V327**

1 Ja, för mer än 12 månader sedan **V328**

1 Ja, under de senaste 12 månaderna **V329**

1 Ja, under de senaste 30 dagarna **V330**

96. Kokain, t.ex. crack, pulver, kokablad (3)

1 Nej **V331**

1 Ja, för mer än 12 månader sedan **V332**

1 Ja, under de senaste 12 månaderna **V333**

1 Ja, under de senaste 30 dagarna **V334**

99. Hur många gånger har du använt någon av övriga ovanstående narkotiska preparat (räkna inte med cannabis) under de senaste 12 månaderna?

1 Ingen gång

2 1 gång

3 2-4 gånger

4 5-10 gånger

5 11-20 gånger

6 21-50 gånger

7 Mer än 50 gånger

Om du inte har använt något av läkemedlen eller narkotikan i frågorna 89-96 under de senaste 12 månaderna eller under de senaste 30 dagarna ska du gå till sidan 23.

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

I frågorna 100-111 ber vi dig tänka på det/de läkemedel och narkotika som du angett i fråga 89-96. 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? V201

1 Ja

2 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? V202

1 Ja

2 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? V203

1 Ja

2 Nej

103. Har det, under de senaste 12 månaderna, någonsin hänt att du försökt använda mindre eller helt sluta använda något preparat men misslyckats? V204

1 Ja

2 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? V205

1 Ja

2 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? V206

1 Ja

2 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? V207

1 Ja

2 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? V208

1 Ja

2 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)? V209

1 Ja

2 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)? V210

1 Ja

2 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? V211

1 Ja

2 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? V335

1 Ja

2 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)? V212

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. substans/läkemedelsnamn Zopiklon/Imovane, Oxazepam/Sobril, Zolpidem/Stilnoct, Diazepam/Stesolid, Alprazolam/Xanor

Smärtstillande: t.ex. substans/t.ex. läkemedelsnamn Oxikodon/Oxynorm, Kodein/Citodon, Tramadol/Tradolan, Fentanyl, Morfin, Buprenorfin (Subutex)

1 Ja

2 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? V213 T.ex. negativa

beteendeförändringar hos personen eller att du känt stark oro.

1 Ja

2 Nej, GÅ TILL FRÅGA 116 I ANDRA SPALTEN

114. Sammantaget, hur mycket har personens/ personernas användande av läkemedlet/läke- medlen påverkat dig negativt under de senaste 12 månaderna? V214

1 Mycket

2 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? V215

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)? V216

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

Cannabis: T.ex. Marijuana, Hasch

Amfetamin: T.ex. Metamfetamin

Opiater: T.ex. Heroin, Opium

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

Ecstasy: T.ex. MDMA, MDA, MDE

Kokain: T.ex. Crack, Pulver, Kokablad

1 Ja

2 Nej, GÅ TILL SIDAN 25

117. Har personens/personernas användande av preparatet/preparaten påverkat dig negativt på något sätt under de senaste 12 månaderna? V217

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

1 Ja

2 Nej, GÅ TILL NÄSTA SIDA 25

118. Sammantaget, hur mycket har personens/ personernas användande av preparatet/prepara- ten påverkat dig negativt under de senaste 12 månaderna? V218

1 Mycket

2 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? V219

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? V220

- 1 Nej, GÅ TILL FRÅGA 122
- 2 Nej, men har blivit erbjuden, GÅ TILL FRÅGA 122
- 3 Ja, för mer än 12 månader sen, GÅ TILL FRÅGA 122
- 4 Ja, under de senaste 12 månaderna
- 5 Ja, under de senaste 30 dagarna

121. Hur har ditt användande av anabola androgena steroider eller tillväxthormon sett ut under de senaste 12 månaderna? V221

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

Vård och behandling

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 narkotikaanvändning hos någon person i ditt liv (t.ex. din familj, ex-partner, dina vänner eller arbetskamrater)? V336

- 1 Ja
- 2 Nej

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

FLERA SVARSALTERNATIV KAN ANGES

- 1 Nej, aldrig **V337**
- 1 Ja, inom landstingets beroendevård **V338**
 - 1 Ja, på akutmottagning **V339**
- 1 Ja, i primärvård (t.ex. vårdcentral) **V340**
- 1 Ja, på privatmottagning **V341**
- 1 Ja, på psykiatriskmottagning **V342**
- 1 Ja, på företagshälsovård **V343**
- 1 Ja, på studenthälsomottagning **V344**
- 1 Ja, av socialtjänsten **V345**
 - 1 Ja, genom självhjälp via internet eller telefon **V346**
- 1 Ja, av AA, NA eller annan självhjälpssgrupp **V347**
 - 1 Ja, annan insats, **Vilken? V348** **List12**

Välbefinnande

124. Hur bedömer du ditt allmänna hälsotillstånd?

- 1 Mycket bra
- 2 Bra
- 3 Varken bra eller dåligt
- 4 Dåligt
- 5 Mycket dåligt

125. Hur bedömer du ditt psykologiska välbefinnande?

- 1 Mycket bra
- 2 Bra
- 3 Varken bra eller dåligt
- 4 Dåligt
- 5 Mycket dåligt

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

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

List13.....
.

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!

Datum

Svarsdatum

Svarssatt

- 1 postal enkät
- 2 webbenkät

Utskick

- 1 första utskicket
- 2 första påminnelsen
- 3 andra påminnelsen
- 4 tredje påminnelsen

Starttid klockslag (endast webbsvar)

Sluttid klockslag (endast webbsvar)

Om fortsatt deltagande i studien Vanor och möjliga konsekvenser

Genom att följa deltagarnas erfarenheter av ANDT-substanser över tid, kan viktig kunskap fås om vilka negativa konsekvenser som kan uppstå och varför. Karolinska Institutet planerar därför att göra uppföljande intervjuer med de personer som svarar på denna enkät och även hämta vissa uppgifter från register. Genom registerinformation kan vi få bättre kunskap om de mest allvarliga konsekvenserna av bruk, missbruk och beroende av ANDT i form av t.ex. sjuklighet och dödlighet och hur dessa varierar mellan olika grupper i samhället. På motsvarande sätt kan hälsosituationen bland de som påverkas negativt av andras substansanvändning synliggöras. Genom att ta fram registeruppgifter minskas även antalet frågor i frågeformuläret och vi kommer dessutom kunna komplettera med aktuella registeruppgifter.

Vi behåller därför en förteckning över de personer som ger oss tillstånd att hämta information från register samt över dem som kan tänka sig att bli kontaktade igen för uppföljande intervju. Om du vill medverka är det viktigt att du godkänner det nedan samt godkänner att vi får hämta ditt personnummer från Statens personadressregister (SPAR). Personuppgifterna sparas avskilda från enkätsvaren och annan registerinformation. Inga identitetsuppgifter kommer att vara kopplade till materialet under bearbetning och analys. Medverkan är givetvis frivillig, och du kan när som helst be om att få avsluta din medverkan utan att ange orsak. Se under rubriken "Är mina svar och personuppgifter sekretesskyddade?" på sidan två av informationsbrevet som följde med kuvertet som denna enkät skickades i om hur dina uppgifter hanteras.

För att få bättre kunskap om vilka sociala- och hälsomässiga konsekvenser bruk av ANDT kan få vill vi samla in följande registeruppgifter. Tidigare och eventuellt framtida sjukhusvård, vad du vårdats för och hur länge (patientregistret). Vi vill även hämta information om vilka läkemedel du har använt, hur mycket du använt och vilka läkemedel du eventuellt kommer använda i framtiden (läkemedelsregistret). Likaså vill vi hämta uppgifter om eventuellt dödsfall och dödsorsak (dödsorsaksregistret). Dessa uppgifter hämtas från Socialstyrelsen. Uppgifter om tidigare och eventuellt framtida sjukskrivning och sjuk- eller aktivitetsersättning samt varför du har varit sjuk och hur länge hämtas från Försäkringskassan. Från Brottsförebyggande rådet hämtas uppgifter om tidigare och eventuellt framtida lagförda brott, vilken typ av brott samt hur många brott (lagföringsregistret). För att ta reda på hur olika konsekvenser kopplade till ANDT bruk varierar mellan olika grupper i samhället hämtas från SCB information om civilstånd, boend område, utbildning, sysselsättning, inkomster, bidrag och sjuk- och aktivitetsersättning.

Materialet som hör till undersökningen kan komma att användas av forskare, myndigheter och andra som tar fram statistik om substansanvändning. Utlämnande av data sker restriktivt och efter särskild prövning. Sådan forskning och statistikverksamhet omfattas också av statistiksekretess.

126. Godkänner du att registerinformation om dig tas fram inom ramen för undersökningen Vanor och konsekvenser?

Ja

Nej

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

Ja

Nej

Om ja på något av ovanstående,

Fråga 128. Godkänner du att vi hämtar ditt personnummer från Statenspersonadressregister?

Ja

Nej