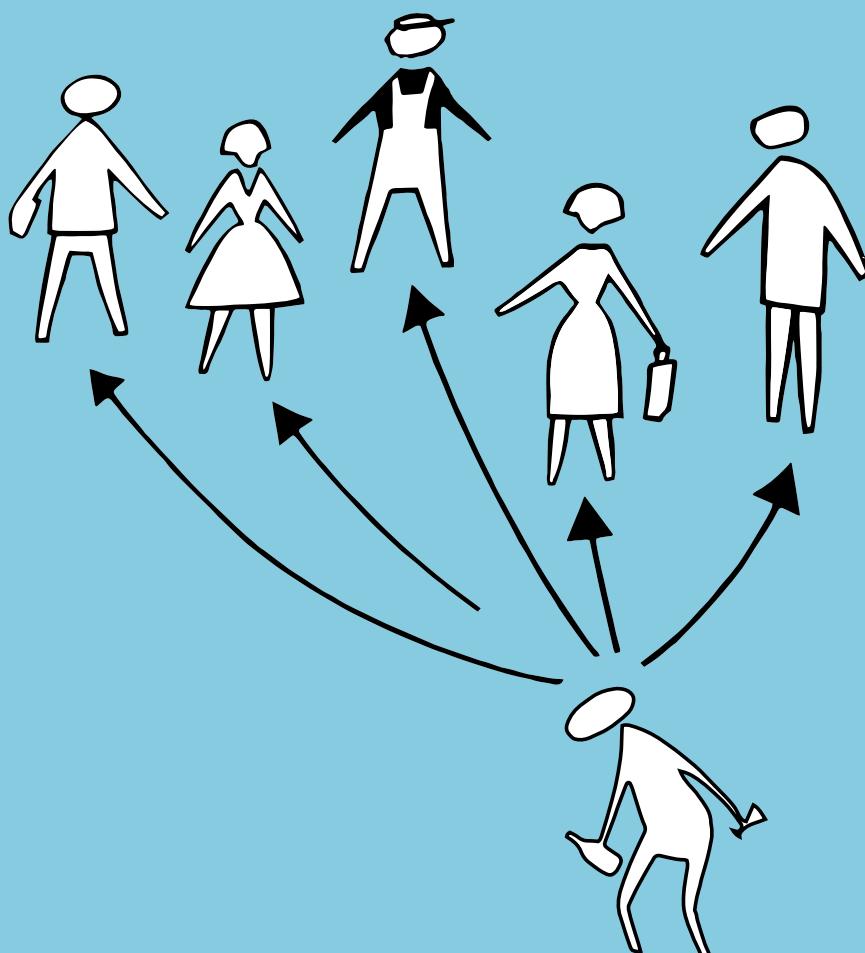


Negativa konsekvenser av alkohol, narkotika och tobak

— en studie med fokus på beroende och problem från andras konsumtion i Sverige 2017

Erica Sundin, Jonas Landberg & Mats Ramstedt

Rapport 174



Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning, CAN

Layout inlägga: Britta Grönlund, CAN

Layout omslag: Jimmie Hjärtström, CAN

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

ISBN 978-91-7278-284-6

URN:NBN:se:can-2018-5 (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.

Negativa konsekvenser av alkohol, narkotika och tobak

**– en studie med fokus på beroende och problem från andras
konsumtion i Sverige 2017**

Erica Sundin, Jonas Landberg & Mats Ramstedt



Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning

Rapport nr 174

Stockholm 2018

Förord

År 2014 tog CAN över ansvaret för studien Vanor och konsekvenser och den ingår nu som en av CAN:s regelbundna drogvanundersökningar riktad till den vuxna befolkningen. Det övergripande syftet är att kartlägga förekomst av beroendeproblem och utsatthet för andras användning av alkohol, narkotika och tobak i den vuxna befolkningen i Sverige.

Datainsamlingen görs med en kombinerad enkät- och webbundersökning riktad till riksrepresentativa urval av befolkningen i åldern 17–84 år. Under 2013 genomfördes en första baslinjemätning, mot vilken kommande mätningar skulle jämföras. Under hösten 2016 inledde CAN förberedelser för den första uppföljningen som kom att genomföras under 2017. Liksom för 2013-års undersökning var det undersökningsföretaget SKOP som administrerade datainsamlingen. Smärre revideringar av frågeformuläret har gjorts mot bakgrund av erfarenheter från förra datainsamlingen och identifierade behov av enstaka tilläggsfrågor. Nytt i denna undersökning är t.ex. att mer detaljerade frågor ställdes om narkotikaanvändning.

Stockholm i augusti 2018

Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning

Håkan Leifman, direktör

Innehåll

Förord	3
Sammanfattning	7
Konsumtion	7
Problem	7
Inledning	9
Syfte och frågeställningar	9
Data och metod	10
Genomförande	10
Frågeformulär	11
Analyser	13
Resultat	15
Konsumtion	15
Beroende och substansbrukssyndrom	27
Negativa konsekvenser av andras konsumtion	30
Sammanfattning och diskussion	39
Alkohol	39
Cigaretter	41
Snus	42
Narkotikaklassade preparat och läkemedel	43
Dopning	45
Begränsningar	45
Slutsatser	46
Referenser	48
Bilaga 1 – Tabeller	51
Bilaga 2 – Frågeformulär 2017	59

Tabeller

1. Urval och bortfall för undersökningarna genomförda 2013 och 2017.	11
2. Kön- och åldersfördelning avseende urvalet och befolkningen 2013 och 2017 presenterat i oviktade och viktade andelar (%).....	14
3. Andel (%) i befolkningen (17–84 år) som röker dagligen, sporadiskt, har slutat röka och har aldrig rökt, totalt och uppdelat på kön. 2013 och 2017.	15
4. Andel (%) i befolkningen (17–84 år) som röker dagligen eller sporadiskt, uppdelat på kön och ålder. 2013 och 2017.....	16
5. Andel (%) i befolkningen (17–84 år) som använder e-cigarett dagligen eller sporadiskt, uppdelat på kön och ålder. 2017.	17
6. Andel (%) i befolkningen (17–84 år) som snusar dagligen, sporadiskt, har snusat tidigare och har aldrig snusat, totalt och uppdelat på kön. 2013 och 2017.....	17
7. Andel (%) i befolkningen (17–84 år) som snusar dagligen, uppdelat på kön och ålder. 2013 och 2017.	18
8. Andel (%) i befolkningen (17–84 år) som har olika frekvens av alkoholkonsumtion under de senaste 12 månaderna, totalt och uppdelat på kön. 2013 och 2017.	19
9. Andel (%) i befolkningen (17–84 år) som har olika frekvens av intensivkonsumtion under de senaste 12 månaderna, totalt och uppdelat på kön. 2013 och 2017.	20
10. Andel (%) i befolkningen (17–84 år) som har druckit alkohol minst en gång under de senaste 12 månaderna, uppdelat på kön och ålder. 2013 och 2017.	20
11. Andel (%) i befolkningen (17–84 år) som har druckit alkohol minst en gång i veckan under de senaste 12 månaderna, uppdelat på kön och ålder. 2013 och 2017.	21
12. Andel (%) i befolkningen (17–84 år) som har intensivkonsumerat alkohol minst en gång i månaden under de senaste 12 månaderna, uppdelat på kön och ålder. 2013 och 2017.....	21
13. Andel (%) i befolkningen (17–84 år) som har använt narkotikaklassat preparat och läkemedel under de senaste 12 månaderna respektive senaste 30 dagarna. 2013 och 2017.	23
14. Andel (%) i befolkningen (17–84 år) som har använt cannabis under de senaste 12 månaderna, uppdelat på kön och ålder. 2013 och 2017.....	24
15. Andel (%) med olika konsumtionsfrekvens av cannabis bland de som har använt cannabis under de senaste 12 månaderna, totalt och uppdelat på kön. 2017.....	24
16. Andel (%) i befolkningen (17–84 år) som har använt narkotikaklassade preparat (exkl. cannabis) under de senaste 12 månaderna, totalt och uppdelat på kön. 2017.	25
17. Andel (%) med olika konsumtionsfrekvens av narkotikaklassade preparat (exkl. cannabis) bland de som har använt narkotiska preparat under de senaste 12 månaderna, totalt och uppdelat på kön. 2017.....	25
18. Andel (%) i befolkningen (17–84 år) som har använt narkotikaklassade läkemedel (smärtstillande och/eller lugnande/sömnmedel) utan läkares ordination, uppdelat på kön och ålder. 2017.	26
19. Andel (%) med olika konsumtionsfrekvens av narkotikaklassade läkemedel (smärtstillande och/eller lugnande/sömnmedel) bland de som använt narkotikaklassade läkemedel under de senaste 12 månaderna, totalt och uppdelat på kön. 2017.	26

20. Andel (%) i befolkningen (17–84 år) som har använt anabola androgena steroider eller tillväxthormon utan läkares ordination, totalt och uppdelat på kön. 2013 och 2017...	27
21. Andel (%) i befolkningen (17–84 år) som har ett cigarettberoende, uppdelat på kön och ålder. 2013 och 2017.....	28
22. Andel (%) i befolkningen (17–84 år) som har ett snusberoende, uppdelat på kön och ålder. 2013 och 2017.....	28
23. Andel (%) i befolkningen (17–84 år) som har ett alkoholberoende, uppdelat på kön och ålder. 2013 och 2017.....	29
24. Andel (%) i befolkningen (17–84 år) som har ett substansbrukssyndrom av narkotika-klassade preparat och/eller läkemedel, uppdelat på kön och ålder. 2017.....	30
25. Andel (%) i befolkningen (17–84 år) som har upplevt negativa konsekvenser av andra personers tobaksanvändning under de senaste 12 månaderna, totalt och uppdelat på kön. 2013 och 2017.....	32
26. Andel (%) i befolkningen (17–84 år) som har upplevt negativa konsekvenser av andra personers drickande under de senaste 12 månaderna, totalt och uppdelat på kön. 2013 och 2017.....	33
27. Andel (%) i befolkningen (17–84 år) som har upplevat olika negativa konsekvenser av drickandet hos någon i sitt liv som dricker för mycket, totalt och uppdelat på kön samt olika relationer till svarspersonen. 2013 och 2017.....	35
28. Andel (%) i befolkningen (17–84 år) som har upplevt negativa konsekvenser av en berusad person (känd eller okänd) under de senaste 12 månaderna, totalt och uppdelat på kön. 2013 och 2017.....	37
29. Andel (%) i befolkningen (17–84 år) som har upplevt negativa konsekvenser av andra personers användning av narkotiska preparat och läkemedel under de senaste 12 månaderna, totalt och uppdelat på kön. 2013 och 2017.....	38
30. Andel (%) i befolkningen (17–84 år) som har någon i sitt liv som röker dagligen samt som har upplevt negativa konsekvenser av det under de senaste 12 månaderna, uppdelat på kön och ålder. 2013 och 2017.....	51
31. Andel (%) i befolkningen (17–84 år) som har upplevt negativa konsekvenser av andra personers tobaksanvändning, uppdelat på kön och ålder. 2013 och 2017.....	52
32. Andel (%) i befolkningen (17–84 år) som har någon i sitt liv som dricker för mycket samt som har upplevt negativa konsekvenser av det under de senaste 12 månaderna, uppdelat på kön och ålder. 2013 och 2017.....	53
33. Andel (%) i befolkningen (17–84 år) som har påverkats negativt av främlingars drickande under de senaste 12 månaderna, uppdelat på kön och ålder. 2013 och 2017.....	54
34. Andel (%) i befolkningen (17–84 år) som har upplevt negativa konsekvenser av en berusad person (känd eller okänd) under de senaste 12 månaderna, uppdelat på kön och ålder. 2013 och 2017.....	55
35. Andel (%) i befolkningen (17–84 år) som har någon i sitt liv som använder narkotiska preparat samt som har upplevt negativa konsekvenser av det under de senaste 12 månaderna, uppdelat på kön och ålder. 2013 och 2017.....	56
36. Andel (%) i befolkningen (17–84 år) som har någon i sitt liv som använder narkotika-klassade läkemedel utan läkares ordination samt som har upplevt negativa konsekvenser av det under de senaste 12 månaderna, uppdelat på kön och ålder. 2013 och 2017.....	57

Sammanfattning

Syftet med den här rapporten var att kartlägga användningen av alkohol, narkotika och tobak (ANT) i Sverige år 2017 med fokus på negativa konsekvenser i form av beroendeproblematik och problem från andras ANT-konsumtion. Jämförelser görs även med en undersökning från år 2013. Resultaten baseras på svar från totalt 27 025 personer i åldern 17–84 år som medverkat i en omfattande kombinerad postal- och webbenkät. Nedan sammanfattas några av rapportens viktigaste resultat som baseras på respondenternas svar avseende konsumtion eller problem under den senaste 12-månadersperioden.

Konsumtion

- Alkohol konsumeras av ca 86 % i befolkningen och snus och cigaretter av ca 13 respektive 12 %. Narkotikaklassade preparat inklusive narkotikaklassade läkemedel utan läkares ordination användes av 8,6 %.
- Totalt sett använde 4,2 % i befolkningen minst ett narkotikaklassat preparat varav 3,6 % hade använt cannabis som var det klart mest förekommande. Näst vanligast var kokain som 0,9 % i befolkningen hade använt.
- Totalt 5,3 % i befolkningen hade använt narkotikaklassade läkemedel utan läkares ordination varav 3,7 % smärtstillande och 2,4 % sömn/lugnande medel.
- Skillnaderna mellan substanser är mindre för mer frekvent användning: daglig användning av snus och cigaretter uppgår till 11 respektive 6 % medan andelen som dricker alkohol minst 4 gånger i veckan är 6,6 %.
- Användningsfrekvensen av narkotikaklassade preparat och läkemedel är genomgående lägre: en användningsfrekvens på minst 50 gånger under de senaste 12 månaderna förekom hos mindre än 1 % av befolkningen och var t.ex. 0,5 % för cannabis och 0,6 % för narkotikaklassade läkemedel.
- Användning av cannabis ökade mellan 2013 och 2017 från 2,5 till 3,6 % och användning av kokain från 0,5 till 0,9 %.

Problem

Alkohol

- Totalt hade 4 % av befolkningen ett alkoholberoende enligt kriterierna i DSM-IV medan ca 14 % hade påverkats negativt av någon närståendes drickande och 12 % av en okänd persons drickande.
- Fler män än kvinnor är alkoholberoende medan fler kvinnor påverkas negativt av andras alkoholkonsumtion. Yngre har generellt mer problem än äldre både vad gäller beroende och utsatthet för andras alkoholkonsumtion.
- Andelen alkoholberoende i befolkningen 2017 var oförändrad jämfört med 2013. Utsattheten för problem av närståendes drickande minskade däremot något men ökade med avseende på obekantas drickande, dock endast bland kvinnor.

Cigaretter

- Närmare 2 % av befolkningen skattades som cigarettberoende enligt skalan CDS-12. Andelen som hade påverkats negativt av någon i sitt liv som röker dagligen uppgick till 10,5 %.
- Något fler kvinnor än män var cigarettberoende. Bland kvinnor var det vanligast i åldersgruppen 50–64 år, medan andelen cigarettberoende var mer jämt fördelad över åldrarna bland män.
- Att ha påverkats negativt av att någon närstående röker dagligen var vanligare bland kvinnor (12,7 %) än män (8,3 %) och var genomgående mer förekommande bland yngre än äldre.
- Såväl cigarettberoende som negativ utsatthet för omgivningens rökning minskade mellan 2013 och 2017.

Snus

- Enligt skalan CDS-12 skattades 5 % av befolkningen som snusberoende år 2017.
- Andelen snusberoende är högre bland män (8 %) än kvinnor (1,9 %) och med högst andel bland män i åldrarna 30–49 år (11,9 %).
- Andelen snusberoende i befolkningen var oförändrad mellan år 2013 och 2017.

Narkotikaklassade preparat och läkemedel

- År 2017 hade 1,8 % av befolkningen någon form av substansbrukssyndrom (enligt kriterierna i DSM-5) som orsakats av konsumtion av narkotikaklassade preparat och/eller läkemedel.
- För samtliga tre syndromgrader i DSM-5 (lindrigt, medelsvårt, svårt) är prevalensen marginellt högre bland män än bland kvinnor. T.ex. har 1,9 % män och 1,6 % kvinnor lindrigt (eller allvarigare) syndrom. I alla tre syndromgraderna är det mer vanligt bland yngre än äldre.
- 3,6 % av befolkningen hade påverkats negativt av någon i sin närhet som använder narkotikaklassade preparat och motsvarande andel för icke-ordinerad användning av narkotikaklassade läkemedel var 2,5 %.
- Det är vanligare att ha påverkats negativt av någon i sin närhet som använder narkotikaklassade preparat bland kvinnor (4,4 %) än män (2,8 %) medan könsskillnaden var mindre tydlig för läkemedel (2,9 respektive 2,2 %).
- Mellan 2013 och 2017 ökade andelen i befolkningen som påverkats negativt av personer i sin närhet som använder narkotikaklassade preparat från 2,9 till 3,6 % men ökningen var bara signifikant för kvinnor.

Inledning

Det är väl dokumenterat att befolkningens konsumtion av alkohol, narkotika och tobak (ANT) leder till stora folkhälsoproblem och att de tillsammans står för en betydande del av den totala sjukdomsbördan. Agardh m.fl. (2015) har t.ex. skattat att konsumtionen av ANT står för totalt 12,4 % av den totala sjukdomsbördan i Sverige, varav tobak 7,7 %, alkohol 3,4 % och narkotika 1,3 %.

För många som drabbas av ANT-relaterade hälsoproblem finns också en beroendeproblematik som är kopplad till en försämrad livskvalitet på en rad olika sätt (Heilig, 2006). Länge saknades kunskap om beroendeproblem relaterade till ANT-konsumtion i Sverige. Mot bakgrund av en rekommendation i Missbruksutredningens slutbetänkande (SOU 2011:35) genomfördes dock en första nationell kartläggning av ANT-beroende år 2013 inom ramen för studien Vanor och konsekvenser (Ramstedt m.fl., 2014).

Studier av sjukdomsbörda och beroende inkluderar dock i huvudsak bara problem för den som själv konsumerar alkohol, narkotika och tobak och beaktar inte att en persons konsumtion kan leda till negativa konsekvenser för omgivningen. För att få en mer heltäckande bild av ANT-konsumtionens konsekvenser i befolkningen krävs därför att också ANT-konsumtionens negativa effekter för konsumentens omgivning kartläggs. Även inom detta område saknades länge nationella riksrepresentativa mätningar i Sverige och den första mer omfattande studien med internationellt beprövade frågor om utsatthet för andras konsumtion av ANT genomfördes också inom ramen för studien Vanor och konsekvenser (Ramstedt m.fl., 2014).

En annan kunskapslucka inom detta område gäller konsumtionen av narkotika i befolkningen. Medan den vuxna befolkningens alkohol- och tobaksvanor sedan länge har varit föremål för regelbundna befolkningsundersökningar, har mer detaljerade mätningar av narkotika-användningen saknats i Sverige. Mot den bakgrunden mäts i föreliggande studie för första gången hur ofta narkotikaklassade preparat och läkemedel (utan läkares ordination) används bland vuxna i Sverige. Vidare studeras också för första gången omfattningen av beroendeproblem orsakad av användning av både narkotikaklassade preparat och läkemedel enligt det nya klassificeringssystemet DSM-5.

Syfte och frågeställningar

Det övergripande syftet med denna rapport är att kartlägga den vuxna befolkningens användning och negativa konsekvenser av alkohol, narkotika och tobak med fokus på förekomsten av beroendeproblem och utsatthet för andras ANT-användning. Utöver att beskriva situationen för 2017 avses även att undersöka om det har skett några förändringar sedan år 2013.

De huvudsakliga frågeställningarna är:

1. Hur ser förekomsten av användning och beroende av ANT ut i befolkningen totalt, samt uppdelat på kön och åldersgrupper år 2017?
2. Hur ser förekomsten av negativa konsekvenser av andras ANT-användning ut i befolkningen totalt, samt uppdelat på kön och olika åldersgrupper år 2017?
3. Har det skett några förändringar i omfattningen av dessa utfall sedan år 2013?

Data och metod

Nedan ges en närmare beskrivning av hur studien Vanor och konsekvenser har genomförts med avseende på urval och bortfall, datainsamling och övergripande beskrivning av frågeformulär, hantering av variabler och analyser. Undersökningen är godkänd av regionala etikprövningsnämnden i Stockholm (Dnr 2016/2187-31-31).

Genomförande

Datainsamling, urval och bortfall

Precis som i mätningen 2013 användes en kombinerad post- och webbenkät som insamlingsmetod under 2017. Ett 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. Datainsamlingen 2013 ägde rum under perioden februari–maj och 2017 samlades svaren in under perioden mars–oktober.

Förfarandet var detsamma vid båda mättillfällena. 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 eller via länk på elektronisk väg (webben). I brevet betonas också 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 med ett liknande innehåll som missivbrevet. Sammantaget skickades maximalt tre påminnelser till dem som inte besvarade enkäten under 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 efter första påminnelsen. Enkäten administrerades av undersökningsföretag SKOP, som sammanställde en anonymiserad svarsfil med samtliga inkodade enkätsvar samt en separat fil med kodnyckel till det urval av svarspersoner som gett samtycke till att deras personuppgifter sparas för framtida undersökningar.

Urval och bortfall

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, utlandsflyttade, bortresta en längre tid, ej svensktalande eller avlidna. Detta resulterade i nettourval på 26 257 personer år 2013 och 26 003 personer år 2017. Eftersom ett centralt fokus i denna undersökning var att studera skillnader mellan könen och olika åldersgrupper, har svarspersoner som inte har uppgett kön och/eller ålder hanterats som bortfall. Efter att dessa personer exkluderats år 2013 (n=65) och 2017 (n=225), kvarstod 15 511 respektive 11 514 personer som ingick i studien. 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 %).

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

	2013		2017	
	Antal	Procent	Antal	Procent
Bruttourval	27 000		27 000	
Postreturer	521		877	
Sjuka, utlandsflyttade, 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)

Frågeformulär

Frågeformuläret var uppdelat i olika avsnitt: (A) bakgrundsinformation, (B) tobak, (C) alkohol och (D) narkotiska preparat (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) beroende-frågor eller substansbrukssyndromfrågor samt (3) frågor om negativa konsekvenser pga. andra personers bruk. Hela formuläret finns att tillgå i bilaga 2.

Konsumtion

Tobakskonsumtion mättes genom att respondenten fick uppge om han/hon röker respektive snusar samt i vilken utsträckning (dagligen eller då och då). I enkäten 2017 ställdes även motsvarande frågor om E-cigarett. Alkoholkonsumtion mättes genom två frågor: först avseende dryckesfrekvens, hur ofta svarspersonen druckit minst ett glas av något som innehåller alkohol under de senaste 12 månaderna, och sedan avseende intensivkonsumtion, hur ofta respondenten vid ett och samma tillfälle har druckit alkohol så att det minst motsvarar en flaska vin eller motsvarande de senaste 12 månaderna.

Frågorna om narkotikaanvändning inkluderar cannabis, amfetamin, opiater, hallucinogener, ecstasy och kokain. Svarspersonerna fick uppge om de använt respektive substans under de senaste 12 månaderna samt under de senaste 30 dagarna. Frågorna om amfetamin och opiater har ändrats något i frågeformuläret 2017 och är därmed inte helt jämförbara med frågorna som ställdes 2013. Därför presenteras dessa preparat endast för 2017 i denna rapport. En frekvensfråga om hur ofta de som använt cannabis under de senaste 12 månaderna ställdes även 2017. En liknande frekvensfråga ställdes även sammanslaget till de som använt något av de andra narkotiska preparaten (amfetamin, opiater, hallucinogener, ecstasy och kokain).

Frågeformuläret inkluderade motsvarande frågor om narkotikaklassade läkemedel (sömn/lugnande medel, smärtstillande medel) som använts på ett icke föreskrivet sätt, dvs. att

respondenten använt medlet mer eller oftare än vad läkaren har ordinerat eller helt utan läkares ordination. Dessa frågor har reviderats i enkäten 2017 så pass mycket att de inte anses vara jämförbara med frågorna som ställdes 2013. Därför redovisas endast resultat av användningen av narkotikaklassade läkemedel från 2017 i denna rapport.

Slutligen ställs liknande frågor om användandet av anabola androgena steroider med tillägget att man även frågar om man blivit erbjuden. Frågorna om tobak, alkohol och narkotikakonsumtion fungerar också som filterfrågor för de mer ingående frågorna om beroende och substansbrukssyndrom.

Beroende och substansbrukssyndrom

Cigarettberoende mättes genom skalan Cigarette Dependence Scale (CDS-12) som består av 12 frågor och täcker i huvudsak beståndsdelarna av DSM-IV:s och ICD-10:s definition av tobaksberoende. Varje fråga kan ge mellan 1–5 poäng och skalan kan totalt ge mellan 12–60 poäng. Det rekommenderade gränsvärdet för cigarettberoende på 43 poäng (Etter m.fl., 2003) tillämpades i denna studie. Samma skala och kriterier för beroende används för att mäta snusberoende (Rydell m.fl., 2016).

Frågorna om alkoholberoende är utformade utifrån de frågor som ingår i den diagnostiska manualen MINI (MINI, 2009) vilken utgår från de kriterier för alkoholberoende som beskrivs i DSM-IV (APA, 1994). Tidsperioden för ett pågående beroende avser de senaste 12 månaderna. För att klassificeras som alkoholberoende krävs det att minst 3 av 7 kriterier uppfylls.

Frågorna gällande narkotiska preparat och narkotikaklassade läkemedel är uppbyggda enligt samma princip som för alkoholberoende men baseras på de kriterier som ingår i DSM-5. I DSM-5 ersätts beroendediagnoserna med diagnosen substansbrukssyndrom. Denna diagnos innefattar en kombination av de tidigare sju DSM-IV kriterierna för beroende och de fyra kriterierna för missbruk – exklusive kriteriet att ha problem med rättvisan och inklusive det nya kriteriet att känna starkt 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. En studie på området visar att de medelsvåra och svåra kategorierna av substansbrukssyndrom ungefär motsvarar diagnoskriterierna för beroende i DSM-IV (Compton m.fl. 2013).

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. 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.

Negativa konsekvenser från andras substansanvändning

Varje avsnitt om tobak, alkohol och narkotikaklassade preparat (inklusive narkotikaklassade läkemedel) avslutas med frågor om upplevda negativa konsekvenser av andras användning av substanserna under det senaste året.

Vissa frågor om skador från andra personers substansbruk är liknande för tobak, alkohol och narkotika. Dessa frågor rör negativa konsekvenser orsakade av någon i svarspersonernas liv, såsom familjemedlem, vän eller arbetskamrat. Endast de som först uppger att de har någon i sitt liv som röker dagligen, dricker för mycket alkohol respektive använder narkotika eller

narkotikaklassade läkemedel, får svara på dessa frågor. De som uppger att de påverkats negativt av närståendes substansanvändande får därefter uppge om de påverkats ”mycket” eller ”lite” negativt av detta.

Blocket om negativa konsekvenser av andras alkoholkonsumtion är något mer omfattande än övriga och syftar till att ta reda på vilka typer av negativa konsekvenser som orsakas av andras drickande samt vilken relation respondenten har till personen som orsakat skadan. Detta block har delats upp på skador som är orsakade av: (1) en främling eller en person som respondenten inte känner närmare, (2) en person i respondentens liv samt (3) en person som kan vara både känd eller okänd för respondenten.

Analys

Resultaten presenteras i form av prevalenser för 2013 och 2017 totalt samt uppdelat på kön och åldersgrupper (17–29, 30–49, 50–64, 65–84). Dataanalyserna utfördes i statistikprogrammen IBM SPSS Statistics version 25.0 och Stata version 15.0. De instrument som ingår i undersökningen har analyserats i enlighet med rekommendationerna för respektive instrument (se beskrivningen av variabler i sektionen om Frågeformulär). Deskriptiva analyser användes för att ta fram prevalenser för respektive utfall och år. För att undersöka om skillnaden i prevalens av utfallen mellan åren 2013 och 2017 var statistiskt säkerställd genomfördes bivariata logistiska regressionsanalyser med undersökningsår som oberoende variabel. En statistiskt signifikant skillnad i utfall mellan undersökningsåren föreligger om regressionsestimaten för undersökningsår var statistiskt signifikant på minst 5 %-nivå ($p < 0,05$).

Kvalitetssäkring

Initialt kontrollerade företaget SKOP att inkodningen av de först inkomna enkäterna var korrekt genomförda. Därefter gjordes slumpmässiga kontroller löpande under insamlingen av materialet. Dessutom kontrollerades formulär i samband med att oväntat avvikande värden påträffades. I de fall då en respondent besvarade enkäten mer än en gång har dubletter tagits bort från den slutgiltiga rådatafilen och den först inkomna enkäten har registrerats i slutfilen. I pappersenkäten har några respondenter svarat på frågor som enligt instruktionerna bara ska besvaras i vissa fall och dessa svar har exkluderats i analyserna. Vad gäller webbenkäten var frågeformuläret inlagt i ett datasystem som styrde hopp mellan frågor automatiskt varför motsvarande misstag inte var möjliga.

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 för respektive år är inhämtade från Statistiska centralbyrån (SCB, 2017).

Av tabell 2 kan vi se att det i jämförelse med befolkningen var en viss överrepresentation av kvinnor och personer 50 år och äldre som deltagit i undersökningen. Dessa skevheter korrigerades genom viktningförfarandet och fördelningen är näst intill identisk med befolkningen efter att vikten applicerats.

Tabell 2. Köns- och åldersfördelning avseende urvalet och befolkningen 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								
17–29	2566	16,5	21,9	21,9	1682	14,6	21,0	21,0
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
Kvinnor								
17–29	1439	17,2	21,3	21,3	1012	16,1	20,4	20,4
30–49	2580	30,9	33,2	33,2	1807	28,8	32,3	32,3
50–64	2137	25,6	23,3	23,3	1707	27,2	23,4	23,4
65–84	2199	26,3	22,2	22,2	1758	28,0	23,8	23,8
Män								
17–29	1127	15,8	22,4	22,4	670	12,8	21,5	21,5
30–49	2018	28,2	34,3	34,3	1501	28,7	33,2	33,2
50–64	1905	26,6	23,4	23,4	1293	24,7	23,5	23,5
65–84	2106	29,4	19,9	19,9	1766	33,8	21,8	21,8

Notering: andelar från befolkningen (SCB, 2017).

Resultat

Konsumtion

Cigaretter

År 2017 uppgav totalt 6 % av respondenterna att de röker cigaretter dagligen vilket motsvarar 470 000 personer och nästan lika många, 5,9 %, röker sporadiskt (tabell 3). Knappt 12 % av befolkningen, vilket motsvarar 930 000 personer i åldern 17–84 år, rökte således cigaretter i Sverige under 2017.

Andelen kvinnor som röker dagligen är något högre än bland män, 6,8 respektive 5,2 %, medan mönstret är det omvända för sporadisk rökning med 6,6 % bland männen och 5,1 % bland kvinnorna. En dryg fjärdedel av respondenterna uppger att de har rökt tidigare men att de nu har slutat och fördelningen är här jämn mellan kvinnor (26,2 %) och män (26,6 %). Andelen som aldrig har rökt cigaretter uppgår till 61,7 % och denna andel är i stort identisk för kvinnor och män.

Vid en jämförelse med uppgifter från år 2013 framkommer att dagligrökning har minskat medan sporadisk rökning är oförändrad eller snarare har ökat något. Nedgången i dagligrökning från 8,5 till 6 % är statistiskt signifikant, medan den mindre uppgången i sporadisk rökning från 5,4 till 5,9 % inte är statistiskt säkerställd. Andelen dagliga och sporadiska rökare är lika stor år 2017, vilket inte var fallet 2013 då förekomsten av dagligrökare var högre. Utvecklingen mot minskad dagligrökning återfinns hos både kvinnor och män: 6,8 % av kvinnorna var dagligrökare 2017 mot 9,1 % 2013 och motsvarande skillnad bland män var 5,2 mot 7,9 %. En tendens mot en något ökad förekomst av sporadisk rökning ses hos både kvinnor och män men ingen ökning var statistiskt signifikant.

Andelen i befolkningen som har slutat röka var något lägre år 2017 (26,4 %) jämfört med 2013 (27,7 %). Denna nedgång är statistiskt signifikant för totalen men inte för kvinnor och män separat. Resultatet innebär att det under 2017 fanns drygt 2 miljoner personer i befolkningen som har lyckats sluta röka. Andelen som aldrig har rökt är signifikant högre 2017 (61,7 %) än 2013 (58,4 %) såväl totalt som för kvinnor och män.

Tabell 3. Andel (%) i befolkningen (17–84 år) som röker dagligen, sporadiskt, har slutat röka och har aldrig rökt, totalt och uppdelat på kön. 2013 och 2017.

	Totalt		Kvinnor		Män	
	2013	2017	2013	2017	2013	2017
Röker dagligen	8,5	6,0*	9,1	6,8*	7,9	5,2*
Röker sporadiskt	5,4	5,9	4,5	5,1	6,3	6,6
Har slutat röka	27,7	26,4*	27,4	26,2	27,9	26,6
Har aldrig rökt	58,4	61,7*	59,0	61,9*	57,9	61,5*

Notering: Alla respondenter ingår i nämnaren, exklusive internt bortfall (de som inte har svarat på den aktuella frågan).

* Statistiskt signifikant förändring på minst 5 %-nivå.

I tabell 4 visas förekomsten av dagligrökning i olika åldersgrupper bland kvinnor och män. Högst andel dagligrökare bland både kvinnor och män fanns år 2017 i åldersgruppen 50–64 år med 10 % dagligrökare bland kvinnor och 8 % bland män. Lägst andel bland både kvinnor och män återfinns i åldersgruppen 30–49 år, medan skillnaderna är obetydliga mellan yngsta gruppen 17–29 år och den äldsta 65–84 år. Dagligrökningen har minskat signifikant i alla åldersgrupper mellan år 2013 och 2017 bortsett från bland kvinnor i åldern 65–84 år.

Den sporadiska rökningen följer ett annat åldersmönster och är vanligast i den yngsta åldersgruppen och med minskad prevalens med ökad ålder. I gruppen som är yngre än 50 år är sporadisk rökning högre än dagligrökning, medan den är lägre i åldersgruppen över 50 år. Ingen statistiskt signifikant förändring har skett mellan 2013 och 2017 i någon åldersgrupp när det gäller sporadisk rökning.

Tabell 4. Andel (%) i befolkningen (17–84 år) som röker dagligen eller sporadiskt, uppdelat på kön och ålder. 2013 och 2017.

	Kvinnor		Män	
	2013	2017	2013	2017
Röker dagligen				
Total	9,1	6,6*	7,9	5,2*
Åldersgrupper				
17–29	9,0	6,8*	7,2	4,9
30–49	7,1	4,2*	6,3	3,8*
50–64	13,5	10,0*	10,1	8,0*
65–84	7,8	7,3	8,8	4,9*
Röker sporadiskt				
Total	4,5	5,1	6,3	6,6
Åldersgrupper				
17–29	9,6	10,1	12,3	12,6
30–49	4,1	4,8	6,4	7,0
50–64	3,1	4,0	3,8	4,0
65–84	1,4	2,1	2,1	2,6

Notering: Alla respondenter ingår i nämnaren, exklusive internt bortfall (de som inte har svarat på den aktuella frågan).

*Statistiskt signifikant förändring på minst 5%-nivån.

E-cigarett

I 2017-års undersökning ställdes frågor om E-cigarett på ett liknande sätt som om rökning av vanliga cigaretter (tabell 5). Rökning av E-cigarett förekom hos 1,8 % av männen och 1,2 % av kvinnorna. Användningen var högst i den yngsta åldersgruppen, framförallt bland män där förekomsten uppgick till 4,5 %, medan det var mer ovanligt att röka E-cigarett i den äldsta åldersgruppen (0,4 %).

Tabell 5. Andel (%) i befolkningen (17–84 år) som använder e-cigarett dagligen eller sporadiskt, uppdelat på kön och ålder. 2017.

	Kvinnor	Män
Totalt	1,2	1,8
Åldersgrupper		
17–29	1,8	4,5
30–49	1,4	1,3
50–64	1,4	1,3
65–84	0,4	0,4

Notering: Alla respondenter ingår i nämnaren, exklusive internt bortfall (de som inte har svarat på den aktuella frågan).

Snus

Tabell 6 visar förekomsten av snusare totalt samt uppdelat på kvinnor och män. För 2017 uppgav totalt 11 % av respondenterna att de snusar dagligen och 2,3 % att de snusar sporadiskt. Till skillnad från rökning är daglig användning av snus betydligt vanligare än sporadisk användning. Totalt är 18 % av männen och 3,9 % av kvinnorna dagliga snusare och 3,3 % respektive 1,3 % sporadiska snusare.

8,9 % av respondenterna uppger att de har snusat tidigare i sitt liv men slutat, 14,1 % av männen och 3,7 % av kvinnorna. Nästan 2 av 3 män (64,6 %) har aldrig snusat medan motsvarande bland kvinnor är drygt 9 av 10 (91,2 %).

Ingen signifikant förändring har skett i befolkningens snusvanor sedan år 2013. Detta gäller för samtliga grupper dvs. för andelen dagliga och sporadiska användare av snus liksom för förekomsten av före detta snusare.

Tabell 6. Andel (%) i befolkningen (17–84 år) som snusar dagligen, sporadiskt, har slutat snusa och har aldrig snusat, totalt och uppdelat på kön. 2013 och 2017.

	Totalt		Kvinnor		Män	
	2013	2017	2013	2017	2013	2017
Snusar dagligen	11,0	11,0	3,7	3,9	18,1	18,0
Snusar sporadiskt	2,2	2,3	1,5	1,3	3,0	3,3
Har slutat snusa	8,8	8,9	3,3	3,7	14,1	14,1
Har aldrig snusat	78,0	77,7	91,5	91,2	64,8	64,6

Notering: Alla respondenter ingår i nämnaren, exklusive internt bortfall (de som inte har svarat på den aktuella frågan).

I tabell 7 visas andelen som uppger att de snusar dagligen i olika åldersgrupper bland kvinnor och män. Andelen dagligsnusare bland kvinnor är i stort densamma i de tre lägre åldersgrupperna, där andelen uppgår till 4–5 % vilket är högre än bland de äldsta (65–84 år) som har en andel på 1,1 %. Bland män finner man flest snusare i grupperna 30–49 år och 50–64 år (22,3 respektive 21,5 %) följt av grupperna 17–29 år (15,4 %) och 65–84 (9,8 %). Detta åldersmönster framkom även för 2013 och inga signifikanta förändringar har skett i någon åldersgrupp.

Tabell 7. Andel (%) i befolkningen (17–84 år) som snusar dagligen, uppdelat på kön och ålder. 2013 och 2017.

	Kvinnor		Män	
	2013	2017	2013	2017
Totalt	3,7	3,9	18,1	18,0
Åldersgrupper				
17–29	4,6	5,1	17,0	15,4
30–49	4,6	4,2	21,7	22,3
50–64	4,1	4,9	20,2	21,5
65–84	1,0	1,1	10,4	9,8

Notering: Alla respondenter ingår i nämnaren, exklusive internt bortfall (de som inte har svarat på den aktuella frågan).

Alkohol

Alkoholvanorna mättes med två frågor som rör de senaste 12 månaderna. Den första frågan gällde frekvens av alkoholkonsumtion, mätt i antalet tillfällen respondenten druckit alkohol. Den andra frågan gällde frekvens av intensivkonsumtion, dvs. hur ofta respondenten druckit minst en flaska vin eller motsvarande vid ett och samma tillfälle.

I tabell 8 redovisas hur frekvensen av alkoholkonsumtion är fördelad i befolkningen år 2013 och 2017 totalt, samt uppdelat bland män och kvinnor. År 2017 rapporterar störst andel, närmare hälften (46,1 %), av alla svarande att de dricker alkohol minst en gång i veckan medan var fjärde dricker alkohol 1–3 gånger i månaden. Däremot är det en förhållandevis liten andel, knappt 7 %, som uppger det mest frekventa alternativet (4–5 gånger i veckan eller mer). En mindre andel, 13,6 % av alla svarande, anger att de inte druckit alkohol under de senaste 12 månaderna. Gällande könsskillnader är det en något större andel män (87,8 %) än kvinnor (84,9 %) som druckit alkohol de senaste 12 månaderna. Män dricker också genomgående oftare än kvinnor. Exempelvis dricker mer än hälften (52,3 %) av männen alkohol minst en gång i veckan medan motsvarande andel bland kvinnorna ligger på knappt 40 % och även den högsta frekvenskategorin rapporteras av en nära dubbelt så stor andel män (8,4 %) som kvinnor (4,7 %).

När vi studerar utvecklingen mellan år 2013 och 2017 är frekvensen av alkoholkonsumtion i befolkningen till stora delar oförändrad. Exempelvis återfinns ingen signifikant förändring i andelen som dricker alkohol en gång i månaden eller oftare. Däremot framkommer det att det hos båda könen har skett en signifikant ökning i andelen som inte druckit alkohol de senaste 12 månaderna, från 9,7 till 12,2 % bland män och 13,3 till 15,1 % bland kvinnor.

Tabell 8. Andel (%) i befolkningen (17–84 år) som har olika frekvens av alkoholkonsumtion under de senaste 12 månaderna, totalt och uppdelat på kön. 2013 och 2017.

	Totalt		Kvinnor		Män	
	2013	2017	2013	2017	2013	2017
Dricker alkohol:						
4–5 gånger i veckan eller mer	7,1	6,6	5,1	4,7	9,0	8,4
1–3 gånger i veckan	39,6	39,5	34,6	35,0	44,5	43,9
1–3 gånger i månaden	25,2	24,9	26,6	26,5	23,7	23,4
1 till några gånger per år	16,7	15,4*	20,4	18,7*	13,1	12,1
Aldrig	11,5	13,6*	13,3	15,1*	9,7	12,2*

Notering: Alla respondenter ingår i nämnaren, exklusive internt bortfall (de som inte har svarat på den aktuella frågan).

*Statistiskt signifikant förändring på minst 5 %-nivån.

I tabell 9 redovisas frekvensen av intensivkonsumtion av alkohol. År 2017 uppger 3 av 10 respondenter att de intensivkonsumerar alkohol en gång i månaden eller oftare medan drygt var tionde (12 %) intensivkonsumerar alkohol minst en gång i veckan. Vidare finner vi en högre frekvens av intensivkonsumtion bland män än kvinnor. Fyra av tio män (38,4 %), men bara var femte kvinna (19,7 %), intensivkonsumerar alkohol minst en gång i månaden och en större andel män än kvinnor intensivkonsumerar alkohol en gång i veckan eller oftare (16,8 respektive 7,2 %).

Till skillnad från den stabila utvecklingen i dryckesfrekvens finner vi flera signifikanta förändringar i frekvens av intensivkonsumtion, framförallt bland män. Här har det skett en statistiskt signifikant nedgång både i gruppen med högst frekvens (från 1,5 till 1,1 %), samt i gruppen som intensivkonsumerar 1–3 gånger i veckan (från 18 till 15,7 %) och 1–3 gånger i månaden (från 24,7 till 21,6 %). Totalt har andelen män som intensivkonsumerat alkohol minst en gång i månaden minskat med närmre 6 procentenheter mellan år 2013 och 2017, från 44,2 % år 2013 till 38,4 %. Denna förändring har åtföljts av en signifikant ökning i andelen manliga alkoholkonsumenter som inte intensivkonsumerat alkohol de senaste 12 månaderna (från 14,5 till 16,7 %), samt en ökning i andelen män som inte konsumerat alkohol de senaste 12 månaderna (se tabell 8 ovan). Bland kvinnor återfinns liknande förändringar. Andelen kvinnor som intensivkonsumerat alkohol minst en gång i månaden har minskat från 23,5 till 19,7 % mellan år 2013 och 2017. Dock har andelen kvinnor med högst frekvens av intensivkonsumtion varit oförändrad sedan 2013, liksom andelen kvinnliga alkoholkonsumenter som uppger att de inte intensivkonsumerat alkohol de senaste 12 månaderna. Istället har minskningen i intensivkonsumtionsfrekvens bland kvinnor främst åtföljts av en ökning i andelen respondenter som inte konsumerat alkohol de senaste 12 månaderna.

Tabell 9. Andel (%) i befolkningen (17–84 år) som har olika frekvens av intensivkonsumtion under de senaste 12 månaderna, totalt och uppdelat på kön. 2013 och 2017.

	Totalt		Kvinnor		Män	
	2013	2017	2013	2017	2013	2017
Intensivkonsumerar alkohol:						
4–5 gånger i veckan eller mer	1,0	0,8	0,5	0,6	1,5	1,1*
1–3 gånger i veckan	12,9	11,2*	7,7	6,6*	18,0	15,7 *
1–3 gånger i månaden	20,0	17,1*	15,3	12,5*	24,7	21,6*
1 till några gånger per år	31,3	32,2	31,0	31,8	31,5	32,5
Aldrig intensivkonsumtion	23,3	24,9*	32,2	33,3	14,5	16,7*

Notering: Alla respondenter ingår i nämnaren, exklusive internt bortfall (de som inte har svarat på den aktuella frågan).

* Statistiskt signifikant förändring på minst 5 %-nivån.

Tabell 10 redovisar andelen alkoholkonsumenter (druckit alkohol minst en gång de senaste 12 månaderna) bland män och kvinnor, totalt samt uppdelat i åldersgrupper. År 2017 finner vi en något större andel alkoholkonsumenter bland män (87,8 %) än bland kvinnor (84,9 %). Uppdelat på åldersgrupper är andelen alkoholkonsumenter bland män klart lägst i den yngsta gruppen, 17–29 år, med en förekomst om 80,4 %, och högst i åldrarna 30–64 år med drygt 90 %. Bland kvinnor är fördelningen över åldersgrupper något annorlunda. Här finner vi lägst andel alkoholkonsumenter i den äldsta gruppen, 65–84 år, men likt för män är andelarna störst i åldrarna 30–64 år.

Andelen alkoholkonsumenter har minskat signifikant bland både män och kvinnor. Från 90,3 till 87,8 % bland män och 86,7 till 84,9 % bland kvinnor. Bland män är nedgången koncentrerad till åldrarna 17–49 år, med störst minskning i den yngsta gruppen, från 86,9 till 80,4 %. Liknande åldersmönster återfinns för kvinnor, men här är nedgången endast signifikant i gruppen 30–49 år.

Tabell 10. Andel (%) i befolkningen (17–84 år) som har druckit alkohol minst en gång under de senaste 12 månaderna, uppdelat på kön och ålder. 2013 och 2017.

	Kvinnor		Män	
	2013	2017	2013	2017
Totalt	86,7	84,9*	90,3	87,8*
Åldersgrupper				
17–29	85,6	84,0	86,9	80,4*
30–49	89,7	86,6*	93,1	90,7*
50–64	88,5	88,3	91,7	90,2
65–84	81,5	80,0	87,8	87,5

Notering: Alla respondenter ingår i nämnaren, exklusive internt bortfall (de som inte har svarat på den aktuella frågan).

* Statistiskt signifikant förändring på minst 5 %-nivån.

Tabell 11 visar andelen som dricker alkohol minst en gång i veckan. År 2017 är veckovis alkoholkonsumtion betydligt vanligare bland män (52,2 %) än bland kvinnor (39,7 %). Vidare ökar andelen veckovisa konsumenter tydligt med ålder för båda könen och är följaktligen lägst i

den yngsta åldersgruppen (33 % bland män och 27,1 % bland kvinnor) och högst i åldrarna 50 år och uppåt (omkring 60 % bland män och 45–48 % för kvinnor).

Inga signifikanta förändringar återfinns i andelen veckovisa konsumenter bland män och kvinnor totalt. Om vi däremot ser till de olika åldersgrupperna har det skett en nedgång bland män 50–64 år och en uppgång i gruppen 65–84 år.

Tabell 11. Andel (%) i befolkningen (17–84 år) som har druckit alkohol minst en gång i veckan under de senaste 12 månaderna, uppdelat på kön och ålder. 2013 och 2017.

	Kvinnor		Män	
	2013	2017	2013	2017
Totalt	39,7	39,7	53,5	52,2
Åldersgrupper				
17–29	26,4	27,1	35,8	33,0
30–49	39,3	37,9	55,1	54,2
50–64	49,9	47,9	65,4	59,9*
65–84	42,6	45,0	56,8	60,1*

Notering: Alla respondenter ingår i nämnaren, exklusive internt bortfall (de som inte har svarat på den aktuella frågan).

* Statistiskt signifikant förändring på minst 5 %-nivån.

Tabell 12 visar andelen som intensivkonsumerar alkohol minst en gång i månaden eller oftare. År 2017 är andelen månadsvisa intensivkonsumenter nästan dubbelt så hög bland män (38,4 %) som bland kvinnor (19,7 %). Vidare skiljer sig åldervariationen mellan könen. Bland kvinnor är det klart vanligast med månadsvis intensivkonsumtion i den yngsta gruppen, med en förekomst om 31,6 %. För övriga åldersgrupper bland kvinnor är andelarna lägre men förhållandevis inbördes lika, mellan 15,1 och 18,0 %. Bland män är andelen månadsvisa intensivkonsumenter i stort densamma, knappt 40 %, i åldrarna 17 upp till 64 år. Endast den äldsta gruppen avviker med en förekomst om 33,8 %.

Gällande utvecklingen har andelen månadsvisa intensivkonsumenter minskat signifikant för båda könen, från 44,2 till 38,4 % bland män och 23,5 till 19,7 % bland kvinnor. Vidare framkommer att nedgången är koncentrerad till åldrarna upp till och med 64 år. Störst nedgång, på omkring 20 %, återfinns bland yngre män (17–29 år) och bland kvinnor i åldrarna 17–49 år.

Tabell 12. Andel (%) i befolkningen (17–84 år) som har intensivkonsumerat alkohol minst en gång i månaden under de senaste 12 månaderna, uppdelat på kön och ålder. 2013 och 2017.

	Kvinnor		Män	
	2013	2017	2013	2017
Totalt	23,5	19,7*	44,2	38,4*
Åldersgrupper				
17–29	39,3	31,6*	50,8	39,9*
30–49	21,2	16,6*	43,8	39,1*
50–64	21,5	18,0*	47,0	39,9*
65–84	13,4	15,1	34,0	33,8

Notering: Alla respondenter ingår i nämnaren, exklusive internt bortfall (de som inte har svarat på den aktuella frågan).

* Statistiskt signifikant förändring på minst 5 %-nivån.

Narkotikaklassade preparat och läkemedel

Tabell 13 redovisar användningen av olika narkotikaklassade preparat i befolkningen för år 2017 med jämförelser mot 2013 i de fall data är jämförbara, dvs. då frågorna har ställts på samma sätt vid båda mätningarna. Användningen gäller dels under *de senaste 12 månaderna* och dels under den kortare tidsperioden *de senaste 30 dagarna*. Överst presenteras användning av de narkotikaklassade preparaten cannabis, kokain, ecstasy, amfetamin, hallucinogener och opiater separat såväl som sammanslaget dvs. användning av minst ett av preparaten. Därefter redovisas förekomsten av icke-föreskriven användning av narkotikaklassade läkemedel dvs. konsumtion utöver vad läkare ordinerat eller utan läkares ordination. De narkotikaklassade läkemedlen är uppdelade på smärtstillande läkemedel, t.ex. oxikodon och lugnande/sömnmedel, t.ex. zopiklon (för en mer fullständig information om vilka preparat som ges som exempel – se Data och metod).

Under 2017 uppgav 4,2 % av respondenterna att de använt minst ett narkotikaklassat preparat under de senaste 12 månaderna vilket i befolkningen motsvarar drygt 326 000 personer i åldersgruppen 17–84 år. Cannabis är det preparat som flest respondenter uppger att de använder, 3,6 %, vilket motsvarar ca 280 000 personer i befolkningen. Bruket av övriga preparat är betydligt mindre förekommande. Näst vanligast är kokain som 0,9 % har använt de senaste 12 månaderna, följt av ecstasy (0,7 %). Detta motsvarar 72 000 respektive 55 000 personer. 12-månadersprevalensen för användning av amfetamin och hallucinogener uppgår till 0,5 respektive 0,4 % vilket innebär 41 000 respektive 32 000 användare på 12-månadersbasis. Minst förekommande är bruket av opiater (heroin och opium) som 0,2 % av respondenterna uppger att de har använt under de senaste 12 månaderna (drygt 13 000 personer i befolkningen).

Tre av de fyra preparat som mättes på samma sätt år 2013 och 2017 visar på signifikanta ökningar. Cannabisanvändningen ökade från 2,5 till 3,6 %, användningen av kokain ökade från 0,5 till 0,9 % och användningen av ecstasy ökade från 0,4 till 0,7 %. Ingen förändring noterades för användning av hallucinogener.

Vad gäller icke-föreskriven användning av narkotikaklassade läkemedel uppgick 12-månadersprevalensen av smärtstillande läkemedel till 3,7 % och användningen av sömn/lugnande medel till 2,4 %. Slår man ihop dessa två kategorier av läkemedel rapporterar 5,3 % av respondenterna att de använt ett narkotikaklassat läkemedel utan läkares ordination under de senaste 12 månaderna, vilket motsvarar ca 415 000 personer i befolkningen. När användningen av samtliga narkotikaklassade preparat och läkemedel summeras uppgår 12-månadersprevalensen i befolkningen till 8,6 % eller motsvarande 680 000 personer.

I tabell 13 redovisas även motsvarande uppgifter baserade på om användningen har skett under de senaste 30 dagarna. Andelen som uppger att de använt minst ett narkotikaklassat preparat den senaste månaden uppgår till 1,4 %. Även med avseende på 30-dagars prevalensen är cannabis det avgjort mest förekommande preparatet, 1,2 %, medan 30-dagars prevalensen för övriga preparat inte överstiger 0,2 %. När det gäller utvecklingen mellan 2013 och 2017 framkommer en signifikant ökad användning av cannabis och ecstasy men inte för kokain och hallucinogener.

Den icke-föreskrivna användningen av narkotikaklassade läkemedel uppgick totalt till 1,7 % på 30-dagars basis varav ca 1 % för respektive enskild kategori smärtstillande respektive lugnande/sömnmedel. Summeras användningen av samtliga narkotikaklassade preparat och läkemedel under de senaste 30 dagarna skattas användningen till 2,9 % av befolkningen eller till 227 000 personer i åldern 17–84 år.

Tabell 13. Andel (%) i befolkningen (17–84 år) som har använt narkotikaklassat preparat och läkemedel under de senaste 12 månaderna respektive senaste 30 dagarna. 2013 och 2017.

	12 månader		30-dagar	
	2013	2017	2013	2017
Totalt narkotikaklassat preparat	-	<u>4,2</u>	-	<u>1,4</u>
Cannabis	2,5	3,6*	0,8	1,2*
Kokain	0,5	0,9*	0,1	0,2
Ecstasy	0,4	0,7*	0,1	0,2*
Amfetamin	-	0,5	-	0,2
Hallucinogener	0,4	0,4	0,0	0,0
Opiater		0,2	-	0,1
Totalt narkotikaklassade läkemedel	-	<u>5,3</u>	-	<u>1,7</u>
Smärtstillande medel	-	3,7	-	1,0
Sömn-/lugnande medel	-	2,4	-	0,9
Summa narkotikaklassat preparat och/eller läkemedel	-	<u>8,6</u>	-	<u>2,9</u>

Notering: Alla respondenter ingår i nämnaren, exklusive internt bortfall (de som inte har svarat på den aktuella frågan).

*Statistiskt signifikant förändring på minst 5 %-nivån.

Cannabis

Då cannabis är det narkotikaklassade preparat som används mest studeras cannabis-användningen lite närmare med avseende på förekomst bland kvinnor och män och i olika åldersgrupper. Även uppgifter om hur ofta cannabis används under en 12-månadersperiod kommer att presenteras.

För 2017 rapporterade 4,5 % av männen att de använt cannabis minst en gång under de senaste 12 månaderna vilket motsvarar ca 178 000 personer (tabell 14). Högst förekomst med 12,3 % användare finns i åldersgruppen 17–29 år, vilket betyder drygt 100 000 personer i denna åldersgrupp. Cannabisanvändningen minskar med ökad ålder, från 4,9 % i åldern 30–49 år till en låg andel användare i den äldsta åldersgruppen.

Cannabisbruket bland kvinnor skattas för 2017 till 2,6 % i termer av att ha använt cannabis minst en gång under de senaste 12 månaderna. Detta motsvarar ca 100 000 kvinnor i befolkningen. Förekomsten i olika åldersgrupper visar ett liknande mönster som bland männen, med högst användning bland de yngre och avtagande användning med ökad ålder. Högst är således användningen i åldersgruppen 17–29 år med 9,3 % (74 000 personer) och lägst bland de äldre med andelar på 0,2–0,3 %.

Om vi ser till utvecklingen mellan 2013 och 2017 framgår att cannabisbruket har ökat bland både kvinnor och män. Cannabisanvändningen bland kvinnor har ökat från 1,5 till 2,6 % och denna ökning är statistiskt signifikant. Ökningen bland kvinnor är signifikant i åldersgrupper upp till 49 år och är störst i åldersgruppen 17–29 år där en ökning har skett från 5,2 till 9,3 %.

Bland män ökade 12-månadersprevalensen från 3,5 till 4,5 % mellan 2013 och 2017 vilket också var en statistiskt signifikant ökning. Sett till de enskilda åldersgrupperna ökade användningen i samtliga åldersgrupper utom i den äldsta (65–84 år) men ökningen var bara

signifikant i åldersgruppen 30–49 år. En tydlig könsskillnad framkommer i den yngsta åldersgruppen där ökningen är betydande bland kvinnor (5,2 till 9,3 %) men endast marginell och inte statistiskt signifikant bland män.

Tabell 14. Andel (%) i befolkningen (17–84 år) som har använt cannabis under de senaste 12 månaderna, uppdelat på kön och ålder. 2013 och 2017.

	Kvinnor		Män	
	2013	2017	2013	2017
Totalt	1,5	2,6*	3,5	4,5*
Åldersgrupper				
17–29	5,2	9,3*	11,4	12,3
30–49	0,9	1,8*	2,4	4,9*
50–64	0,2	0,2	0,6	0,9
65–84	0,1	0,3	0,0	0,0

Notering: Alla respondenter ingår i nämnaren, exklusive internt bortfall (de som inte har svarat på den aktuella frågan).

*Statistiskt signifikant förändring på minst 5 %-nivån.

I tabell 15 presenteras uppgifter om hur ofta cannabis använts i gruppen som använt cannabis under de senaste 12 månaderna. Det vanligast alternativet är 2–4 gånger, vilket rapporteras av 34,8 % av cannabisanvändarna. Därefter kommer alternativet en gång som uppges av 22,9 %. Drygt fyra av tio användare har använt cannabis minst fem gånger och drygt en av fem mer än 20 gånger. 14 % anger att man använt cannabis minst 50 gånger vilket utgör 0,5 % i befolkningen (ej redovisat i tabell). Konsumtionsfrekvenserna fördelar sig i stort lika bland kvinnor och män, men med generellt högre frekvens bland männen. Det är således inte bara andelen användare som är högre bland män utan användningen är också mer frekvent.

Tabell 15. Andel (%) med olika konsumtionsfrekvens av cannabis bland de som har använt cannabis under de senaste 12 månaderna, totalt och uppdelat på kön. 2017.

	Totalt	Kvinnor	Män
Användare senaste 12 månaderna	3,6	2,6	4,5
Varav (% av användare):			
1 gång	22,9	33,8	16,2
2–4 gånger	34,8	31,3	36,3
5–10 gånger	11,7	7,9	13,8
11–20 gånger	9,2	6,8	10,5
21–50 gånger	7,4	10,0	5,8
50+	14,0	10,2	16,0

Notering: Alla respondenter ingår i nämnaren, exklusive internt bortfall (de som inte har svarat på den aktuella frågan).

Övriga narkotikaklassade preparat

I tabell 16 redovisas den samlade användningen av övriga narkotikaklassade preparat bland män och kvinnor och olika åldersgrupper. I genomsnitt har 1,7 % i befolkningen använt minst ett

sådant preparat under de senaste 12 månaderna vilket motsvarar 133 000 personer och användningen är vanligare bland män (2,3 %) än kvinnor (1,2 %).

Ser man till olika åldersgrupper är andelen användare klart störst i den yngsta åldersgruppen 17–29 år (5,1 %) och minskar sedan i äldre åldersgrupper. Lägst användning har kvinnor i åldern 65–84 år med 0,1 % och högst användning har män i åldern 17–29 år (6,1 %).

Tabell 16. Andel (%) i befolkningen (17–84 år) som har använt narkotikaklassade preparat (exkl. cannabis) under de senaste 12 månaderna, totalt och uppdelat på kön. 2017.

	Totalt	Kvinnor	Män
Totalt	1,7	1,2	2,3
Åldersgrupper			
17–29	5,1	4,1	6,1
30–49	1,6	0,8	2,4
50–64	0,3	0,3	0,4
65–84	0,2	0,1	0,3

Notering: Alla respondenter ingår i nämnaren, exklusive internt bortfall (de som inte har svarat på den aktuella frågan).

Ett liknande mönster i användningsfrekvens som för cannabis framkommer för användning av de övriga narkotikaklassade preparaten (tabell 17). Således är det även här vanligast med att ha använt ett preparat 2–4 gånger (35,9 %) följt av bara en gång (28,8 %). Summeras de mer frekventa alternativen har dock en dryg tredjedel (35,3 %) använt ett narkotikaklassat preparat minst fem gånger varav 7,6 % minst 50 gånger. Endast 0,13 % i befolkningen uppger således en konsumtionsfrekvens på minst 50 gånger vilket grovt motsvarar minst en gång i veckan (ej redovisat i tabell). Det är inte lika tydligt här att män har en högre användningsfrekvens utan en högre andel kvinnor har använt 2–4 gånger samt mer än 50 gånger medan andelen som ligger mellan 5 och 50 gånger är större bland män.

Tabell 17. Andel (%) med olika konsumtionsfrekvens av narkotikaklassade preparat (exkl. cannabis) bland de som har använt narkotiska preparat under de senaste 12 månaderna, totalt och uppdelat på kön. 2017.

	Totalt	Kvinnor	Män
Användare senaste 12 månaderna	1,7	1,2	2,3
Varav (% av användare):			
1 gång	28,8	28,8	28,7
2–4 gånger	35,9	47,0	30,4
5–10 gånger	13,8	8,9	16,3
11–20 gånger	9,7	1,9	13,7
21–50 gånger	4,2	3,1	4,7
50+	7,6	10,5	6,2

Notering: Alla respondenter ingår i nämnaren, exklusive internt bortfall (de som inte har svarat på den aktuella frågan).

Till skillnad mot användningen av narkotikaklassade preparat är den icke-ordinerade användningen av narkotikaklassade läkemedel något vanligare bland kvinnor än bland män med en 12-månadersprevalens på 5,8 respektive 4,8 % (tabell 18). Skillnaden återspeglas i samtliga åldersgrupper bortsett från i gruppen 50–64 år. Denna könsskillnad gäller dock bara för kategorin lugnande/sömnmedel medan skillnaderna är små för smärtstillande läkemedel. Åldersskillnaderna är också genomgående mindre för narkotikaklassade läkemedel jämfört med de narkotikaklassade preparat som presenterades ovan.

Tabell 18. Andel (%) i befolkningen (17–84 år) som har använt narkotikaklassade läkemedel (smärtstillande och/eller lugnande/sömnmedel) utan läkares ordination, uppdelat på kön och ålder. 2017.

	Smärtdstillande		Lugnande/sömnmedel		Totalt	
	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män
Totalt	3,8	3,6	2,8	2,0	5,8	4,8
Åldersgrupper						
17–29	3,9	3,0	2,8	2,1	6,1	3,9
30–49	3,7	3,2	2,6	2,4	5,5	4,7
50–64	4,0	4,5	2,6	1,6	5,3	5,5
65–84	3,8	3,8	3,3	1,7	6,0	4,8

Notering: Alla respondenter ingår i nämnaren, exklusive internt bortfall (de som inte har svarat på den aktuella frågan).

Användningsfrekvensen för icke-ordinerad användning av narkotikaklassade läkemedel (tabell 19) avviker något mot den som framkom för cannabis och övriga narkotikaklassade preparat. Visserligen är det även här vanligast att ha använt ett preparat 2–4 gånger (36,3 %) men därefter kommer ”5–10 gånger” och inte ”en gång” som för narkotikaklassade preparat. Det tycks alltså vara mindre vanligt att bara testa ett narkotikaklassat läkemedel utan läkares ordination utan det blir oftare konsumtion vid fler tillfällen.

Tabell 19. Andel (%) med olika konsumtionsfrekvens av narkotikaklassade läkemedel (smärtstillande och/eller lugnande/sömnmedel) bland de som använt narkotikaklassade läkemedel under de senaste 12 månaderna, totalt och uppdelat på kön. 2017.

	Totalt	Kvinnor	Män
Användare senaste 12 månaderna	5,3	5,8	4,8
Varav (% av användare):			
1 gång	16,5	17,5	15,3
2–4 gånger	36,2	36,2	36,2
5–10 gånger	19,7	20,2	19,0
11–20 gånger	10,1	9,0	11,4
21–50 gånger	6,2	6,4	6,0
50+	11,3	10,7	12,1

Notering: Alla respondenter ingår i nämnaren, exklusive internt bortfall (de som inte har svarat på den aktuella frågan).

Dopning

Tabell 20 redovisar andelen respondenter som anger att de använt dopningspreparat (anabola androgena steroider eller tillväxthormon utan läkares ordination) totalt samt uppdelat på män och kvinnor. Till att börja med kan man konstatera att det är en relativt låg andel i befolkningen som har provat något dopingpreparat. Livstidsprevalensen i befolkningen uppgår till ca 0,6 %, vilket motsvarar ca 47 000 personer i åldrarna 17–84 år. Det är nästan uteslutande män som någon gång har dopat sig då prevalensen för kvinnor är så låg som 0,08 % medan det bland männen är 1,12 % som någon gång använt dopningspreparat. Ser vi till en kortare tidsperiod så sjunker prevalenserna betydligt. Av männen har endast 0,12 % använt dopningspreparat under det senaste året (knappt 5000 män) och en ännu mindre andel av kvinnorna (0,04 %) vilket motsvarar ca 1 500 kvinnor. Inga förändringar mellan 2013 och 2017 är statistiskt signifikanta.

Tabell 20. Andel (%) i befolkningen (17–84 år) som har använt anabola androgena steroider eller tillväxthormon utan läkares ordination, totalt och uppdelat på kön. 2013 och 2017.

	Totalt		Kvinnor		Män	
	2013	2017	2013	2017	2013	2017
Nej, men blivit erbjuden	0,7	0,4	0,2	0,1	1,1	0,7
Livstidsanvändning	0,57	0,58	0,08	0,08	1,03	1,12
12-månadersanvändning	0,07	0,08	0,02	0,04	0,13	0,12

Notering: Alla respondenter ingår i nämnaren, exklusive internt bortfall (de som inte har svarat på den aktuella frågan).

Beroende och substansbrukssyndrom

Cigaretter

Tabell 21 redovisar förekomsten av cigarettberoende (enligt skalan CDS-12) bland kvinnor och män, totalt samt uppdelat i olika åldersgrupper. Den totala prevalensen av cigarettberoende uppgår år 2017 till 1,9 % (ej redovisat i tabellen), vilket i befolkningen motsvarar ca 150 000 personer i åldrarna 17–84 år. Denna skattning utgör en signifikant nedgång om 1,1 procentenheter, (motsvarande en relativ förändring om 35 %) sedan år 2013. Prevalensen av cigarettberoende har även minskat signifikant bland både män (från 2,6 till 1,7 %) och kvinnor (från 3,3 till 2 %), med resultatet att könsskillnaderna i cigarettberoende även har minskat något.

När vi ser till de olika åldersgrupperna finner vi år 2017 högst andel cigarettberoende i gruppen 50–64 år för både män och kvinnor (2,0 respektive 3,5 %). Vidare framkommer att den signifikanta nedgången i cigarettberoende är koncentrerad till medelålders och äldre män (50–84 år) samt yngre upp till medelålders kvinnor (17–49 år).

Tabell 21. Andel (%) i befolkningen (17–84 år) som har ett cigarettberoende, uppdelat på kön och ålder. 2013 och 2017.

	Kvinnor		Män	
	2013	2017	2013	2017
Totalt	3,3	2,0*	2,6	1,7*
Åldersgrupper				
17–29	3,9	2,0*	2,3	2,1
30–49	2,9	1,4*	2,0	1,7
50–64	4,7	3,5	3,9	2,0*
65–84	2,0	1,5	2,3	1,1*

* Statistiskt signifikant förändring på minst 5 %-nivån.

Snus

Tabell 22 visar förekomsten av snusberoende. Resultaten visar att prevalensen av snusberoende år 2017 uppgår till 5 % (ej redovisat i tabellen). Denna skattning motsvarar i befolkningen ca 370 000 individer i åldrarna 17–84 år och utgör ingen signifikant förändring sedan år 2013.

Vidare finner vi stora könsskillnader i snusberoende med en prevalens om 8 % bland män och 1,9 % bland kvinnor. När vi ser till de olika åldersgrupperna återfinns högst andel snusberoende inom åldrarna 17–64 år för både män och kvinnor. Ingen signifikant förändring i snusberoende framkommer sedan år 2013, varken för män eller kvinnor totalt eller i någon av åldersgrupperna.

Tabell 22. Andel (%) i befolkningen (17–84 år) som har ett snusberoende, uppdelat på kön och ålder. 2013 och 2017.

	Kvinnor		Män	
	2013	2017	2013	2017
Totalt	1,8	1,9	8,2	8,0
Åldersgrupper				
17–29	2,3	2,4	6,0	6,1
30–49	2,6	2,5	12,1	11,9
50–64	1,6	2,2	9,0	8,8
65–84	0,3	0,4	2,9	3,1

Alkohol

Enligt våra skattningar uppgår prevalensen av alkoholberoende enligt DSM-IV till 4 % (ej redovisat i tabell) i Sveriges vuxna befolkning. Denna prevalens skiljer sig inte signifikant från vår tidigare skattning (4,2 %) år 2013 och betyder att drygt 310 000 individer i åldrarna 17–84 år är beroende av alkohol. Uppdelat på kön uppgår prevalensen av alkoholberoende år 2017 bland män till 4,8 % och bland kvinnor till 3,1 % (tabell 21). Inte heller här har det skett någon signifikant förändring sedan 2013.

Vad gäller förekomsten av alkoholberoende i olika åldersgrupper framkommer för både kvinnor och män ett tydligt negativt samband med ålder. Högst andel återfinns således i den yngsta åldersgruppen 17–29 år, där 7,1 % av alla män och 7,7 % av alla kvinnor bedöms vara alkoholberoende. Andelen alkoholberoende minskar sedan med ökad ålder så att den är lägst i högsta åldersgruppen med en förekomst om 2,5 % för män och 1,3 % för kvinnor. Sett till utvecklingen sedan år 2013 återfinns den enda signifikanta förändringen bland män i åldersgruppen 50–64 år, där andelen har minskat från 5,8 till 3,2 %.

Tabell 23. Andel (%) i befolkningen (17–84 år) som har ett alkoholberoende, uppdelat på kön och ålder. 2013 och 2017.

	Kvinnor		Män	
	2013	2017	2013	2017
Totalt	3,0	3,1	5,5	4,8
Åldersgrupper				
17–29	7,6	7,7	8,4	7,1
30–49	2,3	2,5	5,5	5,9
50–64	1,8	1,8	5,8	3,2*
65–84	0,8	1,3	1,9	2,5

* Statistiskt signifikant förändring på minst 5 %-nivån.

Narkotikaklassade preparat och läkemedel

Förekomsten av substansbrukssyndrom av narkotika och/eller läkemedel redovisas i tabell 24. När vi ser till de olika graderna av substansbrukssyndrom uppgår prevalensen av milt (eller allvarigare) syndrom till 1,8 % i befolkningen, vilket motsvarar ca 141 000 personer i åldrarna 17–84: följt av måttligt (eller allvarigare) syndrom på 0,8 % (ca 63 000 personer) och svårt syndrom på omkring 0,4 % (31 300 personer) (ej redovisat i tabell). För samtliga tre syndromgrader är prevalensen endast marginellt högre bland män än bland kvinnor. Vidare visar alla tre syndromgraderna på ett negativt samband med ålder för båda könen. Med andra ord, prevalensen är klart högst i de lägsta åldersgrupperna för att minska stegvis med ökad ålder.

Tabell 24. Andel (%) i befolkningen (17–84 år) som har ett substansbrukssyndrom av narkotika-klassade preparat och/eller läkemedel, uppdelat på kön och ålder. 2017.

	Kvinnor	Män
Totalt		
<i>Milt eller allvarligare</i>	1,6	1,9
<i>Måttligt eller allvarligare</i>	0,7	0,9
<i>Svårt</i>	0,3	0,4
Åldersgrupper		
<i>Milt eller allvarligare</i>		
17–29	3,4	3,5
30–49	1,4	2,1
50–64	1,3	1,4
65–84	0,7	0,6
<i>Måttligt eller allvarligare</i>		
17–29	1,5	1,6
30–49	0,8	0,9
50–64	0,4	0,8
65–84	0,2	0,2
<i>Svårt</i>		
17–29	0,6	0,7
30–49	0,4	0,5
50–64	0,3	0,4
65–84	0,0	0,1

Negativa konsekvenser av andras konsumtion

Cigaretter och snus

År 2017 hade ungefär 35 % av befolkningen någon person i sitt liv som röker dagligen under de senaste 12 månaderna (tabell 25). Andelarna är ungefär desamma för kvinnor (35,3 %) och män (34,0 %), men med en tydlig åldersgradient med högre andelar bland yngre än bland äldre (åldersuppdelade tabeller presenteras i Bilaga 1, tabell 30). Jämfört med 2013 har andelen totalt minskat från 43,5 % till 34,7 % med liknande nedgångar bland kvinnor och män samt olika åldersgrupper.

Knappt en tredjedel av de respondenter som uppger att de har haft någon i sitt liv som röker dagligen har påverkats negativt av det. Detta innebär att av samtliga respondenter uppger 10,5 % att de har påverkats negativt av en dagligrökare, varav 2,9 % uppger att de har påverkats ”mycket” negativt och 7,5 % att de har påverkats ”lite” negativt. Kvinnor rapporterar i större utsträckning att de har påverkats negativt än män (12,7 % respektive 8,3 %) och andelen som har påverkats ”mycket” negativt är dubbelt så stor bland kvinnor – 4 % jämfört med 2 % bland män. Oavsett kön är det vanligare att påverkas negativt bland yngre än äldre. Sammantaget för befolkningen innebär detta att drygt 820 000 personer i Sverige har påverkats negativt av en närstående som röker dagligen under de senaste 12 månaderna, varav 226 000 har påverkats ”mycket” negativt.

Det har skett statistiskt signifikanta nedgångar mellan åren 2013 och 2017 i andelen som har påverkats negativt av en dagligrökare i sitt liv, både vad gäller att ha påverkats ”mycket” och ”lite” negativt. Totalt sjönk andelen från 13,6 % år 2013 till 10,5 % år 2017. Motsvarande nedgångar för män och kvinnor är från 11,8 % till 8,3 % respektive från 15,4 % till 12,7 %. Delar vi upp resultatet i åldersgrupper ser vi att det bland kvinnor endast har skett nedgångar i de två äldsta åldersgrupperna (50–64 år, 65–84 år). Dessa nedgångar utgörs av de som har påverkats ”mycket” negativt, då inga signifikanta skillnader i att ha påverkats ”lite” negativt framkommer i dessa åldersgrupper. Bland män har det skett nedgångar i alla åldersgrupper förutom i åldersgruppen 30–49 år. Nedgången bland de två äldsta åldersgrupperna (50–64 år, 65–84 år) skedde för de som påverkats ”lite” negativt medan nedgången bland de yngre återfinns bland de som påverkats ”mycket” negativt.

Utsatthet för allvarliga hälsoeffekter av andras rökning undersöktes genom en fråga om svars-personerna ”någonsin sökt medicinsk behandling för någon åkomma som läkaren misstänkte orsakades av andras personers rökning”. År 2017 uppgav total 1,1 % av befolkningen detta, varav 1,6 % kvinnor och 0,6 % män. Bland män framkommer ingen tydlig åldersskillnad medan det bland kvinnor tenderar att vara något vanligare bland äldre (åldersuppdelade tabeller presenteras i Bilaga 1, tabell 31). En statistiskt signifikant nedgång framkommer bland männen från 1 % år 2013 till 0,6 % år 2017 medan ingen förändring har skett bland kvinnor.

Tobak är relativt dyrt i Sverige och därmed kan privatekonomin försämrats för den som använder tobak och även för andra familjemedlemmar. Totalt 2 % av respondenterna uppger att de varit oroliga för familjeekonomin under de senaste 12 månaderna pga. att någon annan i familjen röker år 2017 – 2,4 % av kvinnorna och 1,7 % av männen. Det var vanligare att känna oro för ekonomin i de lägre åldersgrupperna med den högsta andelen bland kvinnor i åldern 17–29 år (3,8 %) och minst förekommande bland kvinnor 65–84 år (0,9 %). Andelen som oroar sig över familjeekonomin pga. andras rökning har sjunkit totalt med en statistiskt signifikant nedgång från 2,7 % år 2013 till 2,0 % år 2017. När vi studerar resultatet uppdelat på kön ser vi endast en signifikant nedgång bland män, från 2,4 % till 1,7 %, men inte för kvinnor. Bland kvinnor har det dock skett en minskning i den yngsta åldersgruppen (17–29 år), från 5,6 % till 3,8 %. Uppdelat på ålder framkommer även en minskning bland män av att känna oro för familjeekonomin i den näst äldsta åldersgruppen (50–64 år), då andelen år 2013 var 2,4 % och år 2017 1,1 %, medan det har skett en ökning från 0,4 % till 1,1 % i den äldsta åldersgruppen (65–84 år).

En motsvarande fråga ställdes också om oro för familjeekonomin pga. att någon i familjen snusar. Detta upplevde i genomsnitt 1,1 % av befolkningen år 2017, varav 1,8 % kvinnor och 0,5 % män. Även detta var mest vanligt i den yngsta åldersgruppen (17–29 år), framförallt bland kvinnor där 3,1 % upplevde oro. En åldersgradient med mindre förekomst bland äldre framkom även bland kvinnor. Bland män framkom ingen tydlig åldersgradient, förutom att den yngsta åldersgruppen upplevde oro i något större utsträckning. En nedgång mellan år 2013 och 2017 av att känna oro för familjeekonomin pga. att någon i familjen snusar framkom bland män, från 1 till 0,5 %. Nedgången utgjordes av en minskning bland män i åldern 30–49 år. Bland kvinnor skedde ingen signifikant förändring.

Tabell 25. Andel (%) i befolkningen (17–84 år) som har upplevt negativa konsekvenser av andra personers tobaksanvändning under de senaste 12 månaderna, totalt och uppdelat på kön. 2013 och 2017.

	Totalt		Kvinnor		Män	
	2013	2017	2013	2017	2013	2017
Har någon i sitt liv som röker dagligen	43,5	34,7*	44,1	35,3*	42,8	34,0*
Har påverkats negativt på grund av någon i sitt liv som röker dagligen	13,6	10,5*	15,4	12,7*	11,8	8,3*
Har påverkats <i>mycket</i> negativt	4,5	2,9*	5,7	4,0*	3,3	2,0*
Har påverkats <i>lite</i> negativt	9,1	7,5*	9,7	8,7*	8,5	6,4*
<i>Någon gång</i> sökt medicinsk behandling för något som läkare misstänkt bero på andra personers rökning	1,2	1,1	1,4	1,6	1,0	0,6*
Orolig för familjeekonomin pga. någon i familjen röker	2,7	2,0*	2,9	2,4	2,4	1,7*
Orolig för familjeekonomin pga. någon i familjen snusar	1,4	1,1	1,9	1,8	1,0	0,5*

Notering: Alla respondenter ingår i nämnaren, exklusive internt bortfall (de som inte har svarat på den aktuella frågan).

* Statistiskt signifikant förändring på minst 5 %-nivån.

Alkohol

Knappt en av tre (31,9 %) har år 2017 haft någon i sitt liv som de anser dricker för mycket under en aktuell 12-månadersperiod, med fler kvinnor (36,4 %) än män (27,5 %) (tabell 26). Det framkommer även en tydlig åldersgradient med högre andelar bland yngre än äldre (åldersuppdelade tabeller presenteras i Bilaga 1, tabell 32). Vad gäller den aktuella utvecklingen framkommer en statistiskt signifikant uppgång bland kvinnor mellan 2013 och 2017, från 34,7 % till 36,4 %. I de åldersspecifika analyserna framkommer att det endast är i åldersgruppen 50–64 år som en signifikant uppgång har skett bland kvinnor. Inga signifikanta förändringar framkommer i analyser av totalen eller för män.

Ungefär 45 % av de respondenter som har någon i sin närhet som dricker för mycket har påverkats negativt. Det innebär att 14,1 % av samtliga respondenter rapporterar detta, vilket motsvarar ungefär 1,1 miljoner personer i befolkningen 17–84 år. Det är vanligare att konsekvenserna upplevs som mindre allvarliga, då 10,3 % uppger att de har påverkats ”lite” negativt medan 3 % uppger att de påverkats ”mycket”. En tydlig könsskillnad framkommer med 18,4 % av kvinnorna jämfört med 9,9 % av männen, vilket innebär att ca 700 000 kvinnor och 400 000 män i befolkningen har påverkats negativt av att någon i deras närhet dricker för mycket. En större andel kvinnor (4,5 %) rapporterar att de påverkats mycket negativt jämfört med män (1,6 %) och yngre rapporterar i större utsträckning att de påverkats negativt än äldre.

En relativt liten men statistiskt signifikant nedgång har skett i utsatthet för närståendes drickande mellan år 2013 och 2017, från 15,1 % till 14,1 %. Nedgången har framförallt skett bland de som upplever att de har påverkats ”lite” negativt där andelen har sjunkit från 11,4 % år 2013 till 10,3 % år 2017. Däremot framkommer generellt få signifikanta förändringar mellan åren när analyserna genomförs uppdelat på kön och åldersgrupper.

En motsvarande fråga ställdes även om negativa konsekvenser av en okänd persons alkoholkonsumtion, vilket för 2017 rapporterades av 12 % av respondenterna, motsvarande omkring 940 000 personer i befolkningen. De flesta upplever att de påverkats ”lite” negativt (9,8 %), att

jämföras med 1,1 % som uppger att de har påverkats ”mycket” negativt. Även här framkommer en högre förekomst bland kvinnor (14,2 %) än bland män (9,8 %) samt en dubbelt så stor andel kvinnor som påverkats ”mycket” negativt (1,4 %) jämfört med män (0,7 %). Att påverkas negativt av en okänd persons drickande är mindre vanligt bland äldre (åldersuppdelade tabeller presenteras i Bilaga 1, tabell 33).

Jämfört med 2013 har dessa problem totalt sett blivit vanligare 2017, då andelen utsatta har stigit från 9,9 % till 12 %. Andelen som påverkats ”mycket” negativt har dock sjunkit från 1,5 % till 1,1 % medan andelen som har påverkats ”lite” negativt har stigit från 8,3 % till 9,8 %. De könsuppdelade analyserna visar att det endast har skett en signifikant uppgång bland kvinnor, från 10,8 % till 14,2 %, medan ingen signifikant förändring skett bland män. Uppgången har skett i alla åldersgrupper bland kvinnor medan en uppgång endast skett i de två äldsta åldersgrupperna (50–64 år, 65–84 år) bland män. Bland kvinnor är andelen som har påverkats ”mycket” negativt oförändrad medan andelen som har påverkats ”lite” negativt har ökat. Bland män har andelen som påverkats ”mycket” negativt minskat medan ingen statistiskt signifikant förändring har skett bland de som påverkats ”lite” negativt. Både bland män och kvinnor i åldern 17–29 år har andelen som uppgett att de påverkats ”mycket” negativt minskat från 3,8 % till 1,7 % bland kvinnor och från 2,2 % till 0,6 % bland män.

Tabell 26. Andel (%) i befolkningen (17–84 år) som har upplevt negativa konsekvenser av andra personers drickande under de senaste 12 månaderna, totalt och uppdelat på kön. 2013 och 2017.

	Totalt		Kvinnor		Män	
	2013	2017	2013	2017	2013	2017
Har någon i sitt liv som dricker för mycket	31,3	31,9	34,7	36,4*	27,9	27,5
Har påverkats negativt på grund av någon i sitt liv som dricker för mycket	15,1	14,1*	19,5	18,4	10,8	9,9
Har påverkats <i>mycket</i> negativt	3,4	3,0	5,0	4,5	1,9	1,6
Har påverkats <i>lite</i> negativt	11,4	10,3*	14,0	12,7*	8,7	8,0
Har påverkats negativt av främlingars drickande	9,9	12,0*	10,8	14,2*	9,0	9,8
Har påverkats <i>mycket</i> negativt	1,5	1,1*	1,8	1,4	1,2	0,7*
Har påverkats <i>lite</i> negativt	8,3	9,8*	8,8	11,4*	7,8	8,3

Notering: Alla respondenter ingår i nämnaren, exklusive internt bortfall (de som inte har svarat på den aktuella frågan).

* Statistiskt signifikant förändring på minst 5 %-nivån.

För att få en uppfattning om vilka typer av konsekvenser som orsakas av en närstående som dricker för mycket samt om de utsattas relation till den som dricker, ställdes frågor om sju specifika konsekvenser och om vems drickande som orsakat problemet. Frågorna är hämtade från Världshälsoorganisationen (WHO) och Thai Health (Rekve m.fl., 2012) och har använts i internationella studier. Endast de som uppgett att de hade någon i sitt liv som dricker för mycket och som har påverkats negativt av det fick svara på frågorna. I tabell 27 presenteras dessa problem rangordnade från mest till minst förekommande.

Att ha blivit ”känslomässigt sårad eller försummad” minst en gång under den senaste 12-månadersperioden rapporterades av 12,1 % av respondenterna år 2017 och var det mest

förekommande problemet. I de flesta fall var det pga. en familjemedlems drickande (5,9 %) följt av en partner (4,4 %). Jämfört med män (8,3 %) rapporterade dubbelt så många kvinnor (16,0 %) denna erfarenhet och det var vanligare att kvinnor uppgav att det var pga. en partner och annan familjemedlem som drack för mycket. Att den närståendes drickande "haft en negativ inverkan i ett socialt sammanhang" var den näst vanligaste konsekvensen som rapporterades av knappt 10 % av respondenterna. Det var något vanligare att en familjemedlems drickande orsakat detta (4,4 %) än att det var orsakat av en partners drickande (2,7 %). Kvinnor var även här mer utsatta än män (12,3 respektive 6,6 %).

Vidare uppgav totalt 7,2 % av svarspersonerna att den närstående som drack för mycket "har misslyckats eller inte utfört något som den förväntades att göra", och att personen oftast var en familjemedlem (3,4 %) följt av en partner (2,4 %). Kvinnor uppgav detta i större utsträckning än män (9,7 respektive 4,7 %). Bland kvinnor var det ungefär lika vanligt att personen var en partner eller familjemedlem medan det bland män var mer vanligt att det var en familjemedlem. Knappt 4 % av respondenterna uppgav att de "slutat träffa" en person på grund av dennes drickande och i dessa fall rörde det sig oftare om en familjemedlem (1,4 %) än en partner (0,6 %). Samma könsskillnader framkommer i den här gruppen: kvinnor är oftare utsatta än män (4,5 respektive 2,5 %).

Betydligt mindre förekommande var att personen som dricker för mycket hade "tagit pengar eller andra värdesaker" vilket rapporterades av 0,7 % av respondenterna. Att ha "blivit utsatt för fysiskt våld" eller "blivit pressad till sex eller något sexuellt" av en närstående som dricker för mycket förekom hos i genomsnitt 0,5 % av respondenterna, oftare bland kvinnor med 0,6 % mot 0,4 % för män respektive 0,9 % mot 0,2 %. Denna typ av konsekvenser orsakades framförallt av en partner.

Sammantaget så rapporterades majoriteten av dessa problem av en dubbelt så stor andel kvinnor som män och denna könsskillnad framkom framförallt i problem som orsakats av en partners drickande.

Få förändringar av dessa problem har skett sedan 2013. Undantaget att andelen som rapporterar att en familjemedlem har haft en negativ inverkan i ett socialt sammanhang har ökat från 3,6 % till 4,4 %. Ökningen utgörs av en uppgång bland kvinnor. Ett annat undantag från den generella bilden är att andelen kvinnor som uppgav att de blivit utsatta för fysiskt våld pga. drickandet hos någon sitt liv har minskat från 0,9 % till 0,6 %.

Tabell 27. Andel (%) i befolkningen (17–84 år) som har upplevat olika negativa konsekvenser av drickandet hos någon i sitt liv som dricker för mycket, totalt och uppdelat på kön samt olika relationer till svarspersonen. 2013 och 2017.

	Totalt						Kvinnor						Män					
	Partner		Familj		Totalt		Partner		Familj		Totalt		Partner		Familj		Totalt	
	2013	2017	2013	2017	2013	2017	2013	2017	2013	2017	2013	2017	2013	2017	2013	2017	2013	2017
Blivit känslomässigt sårad eller försummad	4,4	4,4	5,4	5,9	11,5	12,1	7,1	7,1	7,2	7,7	15,5	16,0	1,7	1,8	3,7	4,2	7,6	8,3
Personen har haft negativ inverkan i ett socialt sammanhang	2,5	2,7	3,6	4,4*	9,2	9,4	4,1	4,4	4,7	6,0*	11,5	12,3	1,0	1,0	2,6	2,8	7,0	6,6
Personen har misslyckats eller inte utfört något som den förväntades	2,3	2,4	3,0	3,4	7,3	7,2	3,8	4,1	3,8	4,5	9,1	9,7	0,8	0,8	2,1	2,2	5,4	4,7
Slutat träffa personen	0,8	0,6	1,5	1,4	3,8	3,5	1,1	1,0	2,0	1,9	4,6	4,5	0,5	0,3	1,0	0,8	3,1	2,5
Personen har tagit pengar eller andra värdesaker	0,2	0,2	0,3	0,3	0,8	0,7	0,3	0,3	0,3	0,3	0,9	0,8	0,2	0,2	0,2	0,1	0,7	0,5
Blivit utsatt för fysiskt våld	0,4	0,3	0,1	0,1	0,6	0,5	0,6	0,4	0,1	0,1	0,9	0,6*	0,1	0,2	0,1	0,1	0,3	0,4
Blivit tvingad eller pressad till sex eller något sexuellt	0,3	0,3	0,0	0,0	0,5	0,5	0,5	0,5	0,1	0,0	0,7	0,9	0,2	0,2	0,0	0,0	0,3	0,2

Notering: Partner inkluderar partner och ex-partner. Familj inkluderar föräldrar, barn, andra familjemedlemmar och andra personer i hushållet.

Totalt inkluderar partner, ex-partner, föräldrar, barn, andra familjemedlemmar, andra personer i hushållet, arbetskollegor, vän, granne och övriga ej specificerade personer.

* Statistiskt signifikant förändring på minst 5 %-nivån.

Åtta frågor ställdes även om specifika negativa konsekvenser som orsakats av en berusad person (eller flera) vare sig det var någon bekant eller obekant. I tabell 28 redovisas svaren rangordnade efter förekomsten år 2017. Den mest förekommenade konsekvensen var rädsla för en berusad person på offentlig plats som rapporterades av 21,4 % av respondenterna, vilket motsvarar ungefär 1,7 miljoner personer i den vuxna befolkningen. Näst vanligast var att ha hållits vaken på natten (16,4 %) och att ha blivit förolämpad eller kränkt (13,5 %). Vidare uppgav 12,6 % att de har blivit antastade eller besvärade på offentlig plats, medan motsvarande andel för att ha blivit antastad eller besvärad på en privat sammankomst var 7,1 %. Betyddigt mindre vanligt är att ha fått kläder, föremål eller andra ägodelar förstörda av en berusad eller ha blivit fysiskt skadad av en berusad person. Det förstnämnda rapporteras av 3,5 % av respondenterna (270 000 personer i befolkningen) och det senare uppges av 1,8 % (140 000 personer). Vidare uppges 1,6 % av respondenterna att de blivit fysiskt skadade av en berusad person på eller utanför en bar, nattklubb eller restaurang.

Det finns en tydlig generell könsskillnad i resultaten genom att fler kvinnor än män drabbats av dessa problem. Störst könsskillnad återfinns bland de som varit rädd på offentlig plats som rapporterades av ca 29 % kvinnor och ca 14 % män. Att vara utsatt för dessa negativa konsekvenser blir mindre vanligt i högre åldersgrupper och könsskillnaderna är generellt större bland yngre än äldre (åldersuppdelade tabeller presenteras i Bilaga 1, tabell 34).

Det har skett få förändringar mellan 2013 och 2017 men signifikanta minskningar skedde för följande negativa konsekvenser: ha blivit antastad eller besvärad på en privat sammankomst (från 8,0 % till 7,1 %), ha fått kläder föremål eller andra ägodelar förstörda (från 4,4 % till 3,5 %) och ha blivit fysiskt skadad (från 2,2 % till 1,8 %). Bland kvinnor däremot har det skett en ökning, från 25,8 % till 28,8 %, vad gäller att ha varit rädd för en berusad person på offentlig plats. Ökningen har skett i alla åldersgrupper utom i den yngsta (17–29 år).

Vissa signifikanta förändringar kan noteras i specifika grupper. Andelen män i åldern 17–29 år som uppges att de har varit rädda för en berusad person på offentlig plats har t.ex. minskat (från 31,1 % till 25 %). En minskning i att ha fått ägodelar förstörda framkommer även bland kvinnor, då 4,5 % uppgav det år 2013 mot 3,5 % 2017. Minskningen har även här skett i den yngsta åldersgruppen men inte bland åldersgrupperna över 30 år. Att ha blivit antastad eller besvärad både på en privat sammankomst och på offentlig plats har minskat bland männen. Dessa problem har minskat från 11,8 % till 10 % vad gäller blivit antastad eller besvärad på offentlig plats och från 7 % till 5 % vad gäller samma problem fast på en privat sammankomst. Vad gäller dessa problem på offentlig plats har andelarna statistiskt signifikant minskat i åldersgruppen 17–29 år (från 17,2 % till 12,9 %), medan problemen som skett på en privat sammankomst har minskat i alla åldersgrupper utom i åldersgruppen 50–64 år. Andelen kvinnor som uppges att de har hållits vaken på natten av en berusad person har sjunkit i de två yngst åldersgrupperna (17–29, 30–49 år).

Tabell 28. Andel (%) i befolkningen (17–84 år) som har upplevt negativa konsekvenser av en berusad person (känd eller okänd) under de senaste 12 månaderna, totalt och uppdelat på kön. 2013 och 2017.

	Totalt		Kvinnor		Män	
	2013	2017	2013	2017	2013	2017
På grund av en berusad person:						
Varit rädd på <i>offentlig plats</i>	20,4	21,4	25,8	28,8*	15,1	14,2
Hållits vaken på natten	16,8	16,4	17,6	17,6	16,0	15,1
Blivit förolämpad eller kränkt	14,2	13,5	16,1	15,8	12,4	11,2
Blivit antastad eller besvärad på <i>offentlig plats</i>	13,4	12,6	15,0	15,2	11,8	10,0*
Blivit antastad eller besvärad på en <i>privat sammankomst</i>	8,0	7,1*	9,0	9,3	7,0	5,0*
Fått kläder, föremål eller andra ägodelar förstörda	4,4	3,5*	4,5	3,5*	4,4	3,6
Blivit fysiskt skadad	2,2	1,8*	2,0	1,6	2,4	1,9
Blivit fysiskt skadad på eller utanför en bar, nattklubb eller restaurang	1,3	1,6	0,9	1,2	1,7	2,1

Notering: Alla respondenter ingår i nämnaren, exklusive internt bortfall (de som inte har svarat på den aktuella frågan).

* Statistiskt signifikant förändring på minst 5 %-nivån.

Narkotikaklassade preparat och läkemedel

År 2007 uppgav 13,7 % av respondenterna att de under de senaste 12 månaderna haft någon i sitt liv som använt narkotikaklassade preparat – 12,2 % av kvinnorna och 15,3 % av männen (tabell 29). Att ha någon närstående som använder narkotika är betydligt vanligare i de yngre åldersgrupperna (åldersuppdelade tabeller presenteras i Bilaga 1, tabell 35). I åldersgruppen 17–29 år uppgår t.ex. 33,4 % av kvinnorna att någon de känner använder narkotika jämfört med 2,5 % i åldersgruppen 65–84 år.

Förekomsten under år 2017 (13,7 %) är signifikant högre än under 2013 (11,1 %). Uppgången gäller både kvinnor och män men bland kvinnor har ökningen även skett i alla åldersgrupper medan det bland män endast har ökat i den näst yngsta åldersgruppen 30–49 år och i den äldsta gruppen 65–84 år.

Drygt var fjärde respondent med någon i sitt liv som använder narkotika, eller totalt 3,6 % av samtliga respondenter, har påverkats negativt. Detta motsvarar omkring 280 000 personer i befolkningen 17–84 år. Bland kvinnor var andelen något högre (4,4 %) än bland män (2,8 %). Det var även något vanligare att ha påverkats ”lite” negativt (1,9 %) jämfört med ”mycket” negativt (1,6 %). Jämfört med de andra substanserna är dock andelen som påverkats ”mycket” relativt hög för narkotika. Vad gäller ålderskillnader var utsattheten mer utbredd bland yngre för både kvinnor och män.

Andelen i befolkningen som påverkats negativt av att någon i ens omgivning använder narkotika var signifikant högre år 2017 (3,6 %) jämfört med 2013 (2,9 %). Det är dock endast de mindre allvarliga problemen som har ökat (från 1,3 % till 1,9 %) medan de som bedöms som ”mycket” negativa inte har förändrats. Det är också endast bland kvinnor som det har skett en

ökning (från 3,3 % till 4,4 %) och då av de mindre allvarliga problemen bland kvinnor mellan 17 och 29 år och av de mer allvarliga problemen bland kvinnor som är mellan 65 och 84 år.

År 2017 hade 7,3 % av befolkningen någon i sitt liv som hade använt narkotikaklassade läkemedel utan läkares ordination under den senaste 12-månadersperioden (tabell 29). Ungefär lika stor andel män (7,2 %) som kvinnor (7,5 %) uppgav detta och det var mer förekommande bland yngre (åldersuppdelade tabeller presenteras i Bilaga 1, tabell 36). Över tid har andelen med någon i sitt liv som använder narkotikaklassade läkemedel inte förändrat sig, med undantaget att en större andel män i åldern 30–49 år 2017 (8,9 %) uppgav detta jämfört med 2013 (6,2 %).

Ungefär en av tre som har någon i sitt liv som använder narkotikaklassade läkemedel har påverkats negativt, vilket blir 2,5 % av samtliga respondenter, varav 2,9 % kvinnor och 2,2 % män. Totalt motsvarar detta ungefär 200 000 personer i Sverige. Andelen som påverkats ”lite” negativt (1,3 %) är här lika stor som den som påverkats ”mycket” negativt (1,3 %). Liknande mönster framkommer för både män och kvinnor, medan färre äldre påverkas negativt än yngre. En liten men signifikant uppgång av andelen som har påverkats negativt av någon i sin närhet som använder narkotikaklassade läkemedel framkommer, från 2,1 % år 2013 till 2,5 % 2017. Ökningen utgörs av en uppgång bland de som påverkats ”lite” negativt. Däremot återfinns inga signifikanta skillnader när resultatet analyseras uppdelat och kön och i olika åldersgrupper.

Tabell 29. Andel (%) i befolkningen (17–84 år) som har upplevt negativa konsekvenser av andra personers användning av narkotikaklassade preparat och läkemedel under de senaste 12 månaderna, totalt och uppdelat på kön. 2013 och 2017.

	Totalt		Kvinnor		Män	
	2013	2017	2013	2017	2013	2017
Har någon i sitt liv som använder narkotiska preparat	11,1	13,7*	9,6	12,2*	12,6	15,3*
Har påverkats negativt på grund av någon i sitt liv som använder narkotiska preparat	2,9	3,6*	3,3	4,4*	2,5	2,8
Har påverkats <i>mycket</i> negativt	1,6	1,6	2,0	2,0	1,2	1,1
Har påverkats <i>lite</i> negativt	1,3	1,9*	1,3	2,2*	1,3	1,6
Har någon i sitt liv som använder narkotikaklassade läkemedel utan läkares ordination	6,8	7,3	7,3	7,5	6,3	7,2
Har påverkats negativt på grund av någon i sitt liv som använder narkotikaklassade läkemedel utan läkares ordination	2,1	2,5*	2,4	2,9	1,7	2,2
Har påverkats <i>mycket</i> negativt	1,1	1,3	1,4	1,5	0,8	1,0
Har påverkats <i>lite</i> negativt	1,0	1,3*	1,0	1,3	0,9	1,2

Notering: Alla respondenter ingår i nämnaren, exklusive internt bortfall (de som inte har svarat på den aktuella frågan).

* Statistiskt signifikant förändring på minst 5 %-nivå.

Sammanfattning och diskussion

Syftet med den här rapporten var att kartlägga ANT-användningen och dess negativa konsekvenser i Sverige år 2017 med fokus på beroendeproblematik och problem från andras ANT-konsumtion. I vilken utsträckning det har skett några förändringar under senare år har också undersökts genom jämförelser med en i stort identisk undersökning från år 2013. Nedan sammanfattas och diskuteras rapportens resultat med avseende på konsumtion och problem för respektive substans var för sig. Studiens begränsningar och styrkor tas även upp och avslutningsvis presenteras några sammanfattade slutsatser och jämförelser mellan de olika substanserna.

Alkohol

Användningen av alkohol var med god marginal det mest utbredda i befolkningen år 2017, då omkring 88 % av männen och 85 % av kvinnorna hade druckit alkohol inom de senaste 12 månaderna. Mer frekvent drickande och intensivkonsumtion (berusningsdrickande: druckit minst en flaska vin eller motsvarande vid ett tillfälle) är mindre vanligt. T.ex. dricker knappt hälften av befolkningen alkohol minst en gång i veckan och drygt en av tio uppger att de intensivkonsumerar minst en gång i veckan.

Om vi ser till könsskillnader så dricker och intensivkonsumerar män alkohol oftare än kvinnor. Antalet alkoholkonsumtionstillfällen ökar också med ålder och är högre i gruppen 50–84 år än i yngre åldersgrupper. Antalet tillfällen med intensivkonsumtion är däremot vanligast i åldrarna 17–29 år bland kvinnor och mer jämnt fördelad över ålder bland män.

När det gäller utvecklingen sedan år 2013¹ har det inte skett någon förändring i hur ofta alkohol konsumeras. Däremot framkommer en signifikant nedgång i frekvensen av intensivkonsumtion. Exempelvis har andelen som intensivkonsumerat alkohol minst en gång i månaden minskat från 44,2 % till 38,4 % bland män och från 23,5 till 19,7 % bland kvinnor. Denna nedgång får bara delvis stöd i andra undersökningar som visar att andelen intensivkonsumenter har gått ned under en längre period, men inte sedan år 2013 (Guttormsson & Gröndahl, 2018). Det finns ingen given förklaring till att våra resultat skiljer sig något i detta avseende och det är därför angeläget med fortsatta mätningar och analyser för att fastställa den aktuella utvecklingen i intensivkonsumtion i Sverige.

Andelen i befolkningen med ett alkoholberoende enligt kriterierna i DSM-IV skattades till 4 % år 2017 – 4,8 % av männen och 3,1 % av kvinnorna. Dessa siffror skiljer sig inte signifikant från de tidigare skattningarna för år 2013 och betyder att omkring 190 000 män och 116 000 kvinnor i åldrarna 17–84 år var beroende av alkohol i Sverige under 2017. Resultaten i olika åldersgrupper visar högst andel beroende i åldersgruppen 17–29 år och lägst andel i gruppen 65–84 år. Sett till utvecklingen i olika åldersgrupper utgörs den enda signifikanta förändringen

¹ Som framkom i resultatdelen fann vi även en signifikant nedgång i andelen som konsumerat alkohol de senaste 12 månaderna. Men denna förändring bör beaktas som mindre säker eftersom frågorna gällande nykterhet ändrades något mellan mättillfällena.

av en nedgång bland män i åldersgruppen 50–64 år, dvs. förekomsten av alkoholberoende är oförändrad i majoriteten av de studerade åldersgrupperna.

Om vi sätter utvecklingen i alkoholberoende i relation till utvecklingen i befolkningens alkoholvanor är den observerade nedgången i intensivkonsumtionen endast i viss mån reflekterad i förekomsten av alkoholberoende bland män. Här ser vi en tendens till minskat alkoholberoende, från 5,5 till 4,8 %, men nedgången är endast på gränsen till att vara statistiskt signifikant ($p=0,11$). Däremot är den stabila förekomsten av alkoholberoende totalt i linje med utvecklingen i frekvensen av drickandet samt i andra centrala indikatorer på alkoholområdet, t.ex. totalkonsumtionen av alkohol samt alkoholskadeutvecklingen (alkoholrelaterade sjuklighet och dödlighet) vilka båda visar på en förhållandevis stabil utveckling sedan år 2013 (Trolldal, 2018; Folkhälsomyndigheten, 2018a).

För 2017 skattades att 14,1 % av befolkningen påverkades negativt av alkoholkonsumtionen hos någon i familjen och/eller bland vänner vilket motsvarar ungefär 1,1 miljoner personer. Kvinnor drabbas betydligt oftare och nästan var femte kvinna (700 000 kvinnor) påverkades negativt mot knappt var tionde man (400 000 män). De negativa konsekvenserna av närståendes alkoholkonsumtion sjönk något i befolkningen som helhet jämfört med 2013 då andelen var 15,1 % men nedgången var inte signifikant för kvinnor och män separat. Utvecklingen i utsatthet för närståendes drickande avvek således inte i någon avgörande betydelse från utvecklingen i alkoholberoende och alkoholkonsumtion.

Andelen i befolkningen som utsätts för negativa konsekvenser av obekantas drickande var något lägre och skattades till 12 % under 2017, vilket motsvarar 940 000 personer. Även här drabbades fler kvinnor (14,2 %) än män (9,8 %) och bland kvinnor ökade dessutom utsattheten jämfört med 2013 då andelen var 10,8 %. Ökningen för kvinnor sågs i samtliga åldersgrupper och högst andel rapporterades i den yngsta gruppen 17–29 år, där var fjärde uppgav att de påverkats negativt av en obekants drickande under de senaste 12 månaderna. I linje med detta resultat var att en ökad andel kvinnor rapporterade att de hade varit rädda för en berusad person på offentlig plats under 2017 jämfört med 2013. Uppgången får inte stöd av att våld i offentlig miljö generellt skulle ha ökat – i Stockholm tycks våldet snarare ha minskat under senare tid (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).

Gemensamt för problematiken med utsatthet för andras drickande är att det finns en tydlig åldersgradient med flest drabbade bland yngre och en minskad förekomst med ökad ålder. Detta speglar åldersskillnader i intensivkonsumtion och förekomst av beroendesymptom som bl.a. innehåller kriterier som ”återkommande problem med andra människor”. Resultatet kan därför delvis kopplas till en minskad exponering för andra personers intensivkonsumtion och beroendeproblematik med ökad ålder vilket minskar risken för att drabbas av negativa konsekvenser. Sambandet över tid tycks dock vara svagare och nedgången i intensivkonsumtion i befolkningen återspeglas inte lika tydligt i en nedgång av utsatthet för närståendes drickande och inte alls för kvinnors utsatthet för obekantas drickande.

Könsskillnaderna i utsatthet för andras drickande reflekterar däremot inte könsskillnader i alkoholkonsumtion eller beroendeproblematik. Utsattheten är genomgående större bland kvinnor trots att kvinnor dricker mindre och har färre egna problem. Skillnaderna mellan män och kvinnor är till och med ännu större för den mest allvarliga utsattheten när respondenterna

angett att de påverkats ”mycket” negativt, vilket visserligen är mindre förekommande, men ett uttryck för en allvarigare problematik. Således anger 4,5 % av kvinnorna att de påverkats ”mycket” negativt av en närståendes drickande under 2017 jämfört med 1,6 % av männen. Just problemen med närståendes drickande är speciellt vanliga bland kvinnor (18,4 %) och är vanligare jämfört med problem som uppstår pga. drickandet hos någon man inte känner (14,2 %). Bland män finns inte denna skillnad utan det är lika vanligt att påverkas negativt av någon man känner (9,9 %) som någon man inte känner (9,8 %). Eftersom könsskillnaderna varierar mellan problem som uppstår hos den som dricker jämfört med problem för omgivningen, t.ex. närstående, är det således viktigt att ha med båda dessa perspektiv av alkoholskador när den totala omfattningen av alkoholproblem i samhället analyseras.

Cigaretter

Jämfört med andelen som konsumerar alkohol är andelen rökare i befolkningen mer begränsad. Knappt 12 % av befolkningen var rökare i Sverige år 2017, varav hälften dagligrökare och hälften sporadiska rökare (feströkare). Totalt sett motsvarar detta 930 000 personer. Andelen dagligrökare bland kvinnor var något högre än bland män, 6,8 respektive 5,2 %, medan andelen män som var sporadiska rökare var högre, 6,6 mot 5,1 % bland kvinnorna.

Både bland kvinnor och män var andelen dagligrökare högst i åldersgruppen 50–64 år och uppgick där till 10 % av kvinnorna och 8 % av männen. Lägst andel återfinns i åldersgruppen 30–49 år medan skillnaderna är obetydliga mellan yngsta gruppen 17–29 år och den äldsta, 65–84 år. Sporadisk rökning följer ett annat åldersmönster med högst prevalens i den yngsta åldersgruppen och med minskad prevalens med ökad ålder.

Andelen dagligrökare minskade mellan åren 2013 och 2017. Samtidigt sågs en tendens till att sporadisk rökning ökar generellt även om ökningen inte var statistiskt signifikant. Överlag får denna bild stöd i andra undersökningar trots skillnader i datainsamlingsmetod och frågeformulering (Henriksson, 2018; Folkhälsomyndigheten, 2018b) även om nedgången mellan 2013 och 2017 är tydligare i denna studie. Det kan också konstateras att denna nedgång är en del i en långsiktig minskning av rökningen i Sverige. Andelen rökare minskade t.ex. med 40 % mellan år 2003 och 2017 (Henriksson, 2018). Det finns fler orsaker till denna nedgång bl.a. de olika restriktioner och skattehöjningar som har införts på cigaretter. Tobaksskatten har t.ex. höjts fem gånger; 2006, 2007, 2008, 2012 och 2015 (Skatteutskottet, 2016) och förbud har införts mot rökning i offentliga miljöer exempelvis på restauranger 2005 (Engman, 2005).

I viss mån skulle nedgången kunna kopplas till en ökad användning av E-cigarett. Våra siffror visar dock att endast 1,5 % av befolkningen använde E-cigarett år 2017, varav 1,8 % av männen och 1,2 % av kvinnorna. Förekomsten av E-cigarett är således så pass låg att den knappast kan ha haft en avgörande roll för nedgången i rökning.

Att nedgången i dagligrökning är något större i vår undersökning jämfört med andra undersökningar skulle delvis kunna förklaras av två mindre förändringar i 2017-års mätning jämfört med mätningen för 2013. Det ena är att i 2013-års frågeformulär inkluderade frågan gällande rökning ”alla rökverk”, alltså inte bara cigaretter utan även cigariller och cigarrer medan respondenterna endast tillfrågades om cigaretter i 2017-års formulär. Här bör dock nämnas att antalet sålda cigarrer och cigariller endast utgör 0,7 % av antalet sålda cigaretter (Finansdepartementet, 2018) och att det sannolikt finns en betydande överlappning mellan rökare av cigaretter och cigarrer/cigariller. Den andra förändringen som kan ha bidragit till en relativt stor nedgång i dagligrökning i denna studie är att i 2017-års undersökning var bortfallet

bland lågutbildade högre jämfört med i undersökningen 2013. Eftersom rökning är vanligare bland personer med lägre utbildning (Folkhälsomyndigheten, 2018b), skulle åtminstone en del av minskningen kunna förklaras av att en lägre andel lågutbildade deltog i 2017-års mätning. Det går dock inte att fastställa detta resonemang med data från denna undersökning.

Vad som talar för en minskad dagligrökning är att den sammanfaller med en minskad förekomst av såväl cigarettberoende som utsatthet för omgivningens dagligrökning. Exempelvis skattades prevalensen av cigarettberoende till 1,9 % år 2017 (motsvarande ca 150 000), vilket innebär en signifikant nedgång med 1,1 procentenheter sedan förra mättillfället. Detta utgör en relativ nedgång om 35 % vilket är den klart tydligaste förändringen av de studerade beroendefallen. Liksom för dagligrökningen har förekomsten av cigarettberoende även minskat signifikant för både kvinnor och män, dock med en fortsatt något högre förekomst bland kvinnor än män. Vidare framkom att nedgången är koncentrerad till medelålders och äldre män (50–84 år) samt yngre och medelålders kvinnor (17–49 år).

År 2017 hade 34,7 % av befolkningen i åldern 17–84 år någon i sitt liv som röker dagligen sett till en aktuell 12-månadersperiod, vilket är en kraftig nedgång sedan 2013 då andelen var 43,5 %. Denna utveckling ger således stöd för att det skett en nedgång i dagligrökning enligt de självrapporterade uppgifterna beskrivna ovan. Knappt en tredjedel av de som har en daglig-rökare i sitt liv, motsvarande 10,5 % av befolkningen år 2017 eller drygt 820 000 individer, hade även påverkats negativt av detta vilket också var signifikant lägre än år 2013 då andelen skattades till 13,6 %. Generellt framkommer liknande nedgångar för både män och kvinnor men bland kvinnor var nedgången endast signifikant bland de äldre åldersgrupperna (50–64 år).

Snus

Till skillnad från andelen rökare så har andelen snusare i befolkningen varit oförändrad mellan år 2013 och 2017. Detta gäller både andelen dagliga och sporadiska användare samt för både kvinnor och män och samtliga åldersgrupper. I genomsnitt snusar 11 % i befolkningen dagligen, 18 % av männen och knappt 4 % av kvinnorna och ca 2 % använder snus sporadiskt (3,3 % män och 1,3 % kvinnor).

Den oförändrade andelen snusare sammanfaller med en oförändrad förekomst av snusberoende både bland män och kvinnor och i samtliga åldersgrupper. Prevalensen av snusberoende i befolkningen uppgår enligt skalan CDS-12 till totalt 5 % år 2017, vilket motsvarar ca 370 000 individer i åldrarna 17–84 år. Könsskillnaderna i snusberoende är betydande med en prevalens om 8 % bland män och ca 2 % bland kvinnor. Sett till fördelningen över ålder återfinns högst andel snusberoende inom åldrarna 17–64 år för både män och kvinnor. Endast en negativ konsekvens av snusning undersöktes, nämligen oro för privatekonomin för att någon i familjen snusar. Denna andel var relativt låg i befolkningen (1,1 %) och med en signifikant nedgång bland män mellan 2013 och 2017.

Det bör nämnas att bilden av en oförändrad användning av snus som framkommer här avviker något från vissa andra undersökningar som mäter snuskonsumtionen på ett annorlunda sätt. Således ses en viss ökning mellan år 2013 och 2017 när man frågar om snuskonsumtionen under de senaste 30 dagarna och utifrån skattningar om hur många snusdosor som säljs i Sverige. Försäljningsuppgifter om antal kg sålt snus visar dock en oförändrad bild (Henriksson, 2018) liksom skattningar av dagligsnusning från Folkhälsomyndighetens undersökning Hälsa på lika villkor (Folkhälsomyndigheten, 2018b), som innehåller frågor fram till år 2016. Den stabila, alternativt ökande, konsumtionen av snus är förvånande givet att det skett en skattehöjning på

snus år 2015 och att det finns viss evidens för att snusförsäljning är priskänslig (Egevad, 2014). Detta aktualiserar frågan om i vilken utsträckning snus är ett substitut för cigaretter och om minskad rökning kan förklara en del av snuskonsumtionens utveckling. Denna fråga ligger dock utanför ramen för denna undersökning.

Narkotikaklassade preparat och läkemedel

Narkotikaanvändningen avviker tydligt från användningen av alkohol och tobak, inte bara i termer av prevalens utan i en mycket låg användning bland medelålders och äldre. Användning av narkotika i befolkningen studerades med avseende på två huvudgrupper, användning av de narkotikaklassade preparaten cannabis, kokain, ecstasy, amfetamin, opiater och hallucinogener samt icke-ordinerad användning av narkotikaklassade läkemedel uppdelade på lugnande- och/eller sömnmedel respektive smärtstillande medel. Totalt använde 4,2 % av befolkningen minst ett av de narkotikaklassade preparaten under 2017 sett till den senaste 12-månadersperioden. Detta motsvarar drygt 326 000 personer i åldersgruppen 17–84 år. En majoritet av dessa använde cannabis (3,6 %) medan konsumtionen av övriga preparat varierade mellan 0,2 och 0,9 %. Användningen var koncentrerad till de unga vuxna (17–29 år) och användningen bland äldre var betydligt lägre, speciellt bland personer över 50 år.

För första gången i en svensk befolkningsstudie ställdes även frågor om hur ofta preparaten användes. Sett till konsumtionen under de senaste 12 månaderna var den vanligaste konsumtionsfrekvensen 2–4 gånger för både cannabis och övriga preparat. Drygt 30 % av cannabisanvändarna var dock mer regelbundna användare (minst 11 gånger) varav hälften (14 %) använt minst 50 gånger. Konsumtionsfrekvenserna fördelar sig i stort lika bland kvinnor och män, men med generellt högre frekvens bland männen. Det är således inte bara andelen användare som är högre bland män utan användningen är också mer frekvent. Detta visar att det är viktigt att beakta frekvenser i en kartläggning av narkotikabrukets omfattning i olika grupper och att könsskillnader i cannabisanvändning underskattas om man bara mäter prevalensen.

Användningsfrekvensen för de övriga preparaten (kokain, ecstasy, amfetamin, opiater och/eller hallucinogener) mättes sammantaget och var lägre: ca 20 % av dessa användare hade använt minst ett av preparaten minst 11 gånger och knappt hälften av dessa (7,6 %) minst 50 gånger. För majoriteten av användare förefaller det således att handla om en sporadisk användning av narkotika även om närmare var tredje cannabisanvändare och var femte användare av övriga narkotiska preparat uppvisar en mer regelbunden användning (minst 11 gånger på 12 månader). För cannabis innebär detta att 1,1 % i befolkningen använder cannabis mer regelbundet vilket motsvarar ca 86 000 personer i åldern 17–84 år.

I jämförelse med år 2013 har användningen av cannabis ökat signifikant såväl totalt som i de flesta åldersgrupper. Även användningen av kokain och ecstasy har ökat signifikant, om än från låga nivåer, medan användningen av hallucinogener var oförändrad. (Frågorna för övriga preparat har ändrats och kan inte jämföras mellan år 2013 och 2017). Detta tyder på att narkotikaanvändningen har ökat i befolkningen vilket får visst stöd i en annan befolkningsundersökning som sträcker sig fram till 2016 (Folkhälsomyndigheten, 2018c). Indikationer på ökad narkotikaanvändning finns även på annat håll. Narkotikaanvändning hos anställda på krogen i Stockholm har t.ex. ökat under den senaste 10-årsperioden inklusive användning av cannabis, kokain och ecstasy (Strandberg m.fl., 2018). En större andel av krogpersonalen uppger också att de observerat att gäster har blivit erbjudna narkotika. Aktuell statistik visar även att tull och polis gör fler beslag av bl.a. cannabis och kokain (muntlig presentation: Guttormsson, 2018) vilken kan tyda på att en ökad tillgänglighet av dessa narkotikaklassade

preparat har bidragit till ökningen. Däremot finns inga tecken på att en ökad användning drivs av lägre priser – gatupriset är i stort oförändrat på dessa narkotikaklassade preparat mellan 2013 och 2017 (Guttormsson & Zetterqvist, 2018).

Ökningen väcker frågan om även narkotikarelaterade problem har ökat. Inom ramen för denna studie kan detta endast testas utifrån om en förändring skett i andelen som anger att de påverkats negativt av andras användning av (minst ett) av dessa preparat. Resultaten tyder på att så är fallet. Nästan 14 % av svarspersonerna uppgav år 2017 att de under en aktuell 12-månadersperiod hade någon i sitt liv som använder narkotikaklassade preparat vilket var signifikant högre än 2013 (11,1 %). Att ha någon i sin närhet som använder narkotika förekommer något oftare bland män (15,3 %) jämfört med kvinnor (12,2 %) och är vanligare bland yngre än äldre. Det är t.ex. närmare 15 gånger så vanligt i den yngsta åldersgruppen 17–29 år (ca 35 %) jämfört med den äldsta 65–84 år (2,5 %).

Ökningen av andelen som har personer i sin närhet som använder narkotika sammanfaller med en ökad andel som upplever problem relaterade till detta. Exakt vilka problem kartläggs inte men de exempel som anges i enkäten är bl.a. att man känt stark oro eller blivit hotad av den person som använder narkotika. En av fyra med någon i sitt liv som använder narkotika har påverkats negativt och denna grupp utgör 3,6 % av befolkningen (ca 280 000 personer) vilket var signifikant högre än år 2013 (2,9 %). Uppgången beror på en ökning bland kvinnor och framförallt bland kvinnor över 50 år medan ingen ökning har skett bland män. Värt att notera är också att fler kvinnor (4,4 %) än män (2,8 %) rapporterar att de påverkas negativt trots att något fler män har någon i sitt liv som använder narkotika. Det framkommer även att det är mer förekommande att påverkas ”lite” negativt (1,9 %) jämfört med ”mycket” negativt (1,6 %). Jämfört med alkohol och tobak skattar dock en större andel av de som drabbas att man påverkats ”mycket” negativt.

Under senare år har missbruket av narkotikaklassade läkemedel uppmärksamats alltmer och då framförallt två grupper – sömnmedel och lugnande medel av bensodiazepintyp och olika smärtstillande läkemedel av opioidtyp (Guttormsson, 2016). De senare har pekats ut som en bidragande orsak till en ökad narkotikarelaterad dödlighet i Sverige genom att man identifierat en ökad förekomst av dessa preparat i rättsmedicinskt undersökta dödsfall (Leifman, 2016). I denna studie har vi kartlagt den icke-ordinerade användningen av dessa två grupper av narkotikaklassade preparat i befolkningen. Totalt skattades användning av narkotikaklassade läkemedel utan läkares ordination under en aktuell 12-månadersperiod till 5,3 % i befolkningen varav smärtstillande läkemedel uppgick till 3,7 % och användningen av lugnande/sömnmedel till 2,4 % (viss överlappning förelåg). Detta innebär att 415 000 personer i befolkningen har använt minst ett narkotikaklassat läkemedel utan läkares ordination minst en gång under 2017, sett till en aktuell 12-månaders period.

Lägger man ihop användningen av narkotikaklassade preparat och icke-ordinerad användning av narkotikaklassade läkemedel uppgår 12-månadersprevalensen i befolkningen till 8,6 % eller motsvarande 680 000 personer. Givet dessa preparats beroendeframkallande egenskaper är det inte oväntat att en betydande andel i befolkningen klassificeras som beroende av dessa preparat eller som det numera kallas i klassificeringssystemet DSM-5, uppfyller kriterierna för ett substansbrukssyndrom. Enligt vår skattning för 2017 har 1,8 % av befolkningen någon form av substansbrukssyndrom av narkotikaklassade preparat och/eller läkemedel. Denna siffra motsvarar ungefär 141 000 personer i åldrarna 17–84 år och betyder att en relativt hög andel (ca 20 %) i den grupp som använder dessa preparat har någon form av beroendeproblematik. Om vi ser till förekomsten av medelsvårt (eller allvarligare) syndrom, som grovt motsvarar

diagnoskriterierna för beroende i DSM-IV, är prevalensen lägre, med en förekomst om 0,8 % (ca 63 000 personer) för medelsvårt (eller allvarligare) syndrom och 0,4 % (ca 31 000 personer) för svårt syndrom. För samtliga tre syndromgrader är prevalensen marginellt högre bland män än bland kvinnor – för exempelvis lindrigt (eller allvarligare) syndrom, ligger prevalensen på 1,9 % bland män och 1,6 % bland kvinnor. Vidare visar alla tre syndromgraderna på ett negativt samband med ålder för båda könen. Prevalensen är alltså klart högst i de lägsta åldersgrupperna för att minska stegvis med ökad ålder.

Detta är enligt vår vetenskap de första skattningarna av förekomsten av olika grader av substansbrukssyndrom av narkotika och/eller narkotikaklassade läkemedel i den svenska befolkningen. Då DSM-5 introducerades förhållandevis nyligen föreligger det även internationellt sett en avsaknad av prevalensskattningar av substansbrukssyndrom. Vår skattning är dock betydligt lägre än prevalensen om 3,9 % som nyligen skattades för USA (Grant m.fl., 2016). Givet den ökning av förskrivning av framförallt smärtstillande opioider som skett i USA och den dramatiska ökningen av opiodrelaterade dödsfall (Humphreys, 2017) är denna skillnad väntad. Att 3,7 % av befolkningen i Sverige uppger en icke-ordinerad användning av starkt beroendeframkallande smärtstillande läkemedel är dock ett resultat som är viktigt att följa upp.

Dopning

Av de substanser som studerats i undersökningen finner vi klart minst utbredning i befolkningen vad gäller bruket av dopningspreparat. Knappt 0,6 % av alla svarande har någon gång använt dopningspreparat (anabola androgena steroider eller tillväxthormon utan läkares ordination) och av dessa är nästan alla uteslutande män. Om vi ser till dem som använt dopningspreparat under de senaste 12 månaderna är andelen 0,08 % eller motsvarande drygt 6 000 personer i åldern 17–84 år varav ca 5 000 var män.

Begränsningar

Bortfallet är en begränsning i denna typ av urvalsundersökning som gör anspråk på att beskriva situationen för hela befolkningen. Eftersom de som inte svarar kan avvika från de som medverkar finns det en risk att skattningarna av förekomst och förändring kan vara missvisande. I denna studie saknas närmare information om bortfallet men det kan konstateras att män, unga vuxna och personer med lägre utbildning var något underrepresenterade. 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 mäts. En indikation på att vissa sådana effekter finns identifierades i den uppföljning som tidigare 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 ett år senare i mindre utsträckning var rökare och beroende av cigaretter men att de i större utsträckning drack alkohol och var alkoholberoende. Inga signifikanta skillnader noterades mellan bortfallet och de som deltog vad gäller snusning och användning av narkotikaklassade preparat och läkemedel medan de som var med i uppföljningen hade mer negativa erfarenheter av andras konsumtion av alkohol, narkotika och tobak. Även om dessa resultat utgår från ett urval som redan hade ett bortfall på ca 40 %, indikerar det att det är svårt att uttala sig om bortfallets betydelse generellt och att betydelsen kan variera mellan olika substanser. Givet osäkerheten med avseende på det studerade urvalets representativitet för befolkningen som helhet, är det viktigt att jämföra resultaten med andra undersökningar och data, vilket vi har strävat efter att göra i diskussionen av resultaten.

Det bör även framhållas att en tvärsnittundersökning som denna endast belyser situationen för grupper av individer vid en viss tidpunkt och inte förmår synliggöra alla individuella förändringar som sker på individnivå under t.ex. ett år. I den tidigare ettårsuppföljningen av de svarande i undersökningen 2013 fann vi att en oförändrad prevalens i beroende i själva verket innefattade en stor andel personer som hade rört sig in och ur beroende mellan mättillfällena. Främst gällde det för alkohol- och narkotikaberoende och i mindre utsträckning för tobaksberoende (Sundin m.fl., 2015). Detta är viktigt att beakta i tolkningen av förändringar i befolkningen som baseras på denna typ av tvärsnittundersökningar.

En annan reservation berör skattningarna av beroende som inte är fastställda kliniskt utan baseras på självrapporterade uppgifter om en rad negativa konsekvenser som konsumtionen kan medföra. Det finns här en risk för felskattningar, både att respondenter felaktigt klassas som beroende (dvs. skulle ej definieras som beroende vid närmare klinisk undersökning) och att underrapportering av problem gör att vissa personer med ett beroende klassificeras utan ett beroende.

Efter reservationer för dessa begränsningar bör dock framhållas 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 görs bedömningen att resultaten utgör förhållandevis robusta skattningar av situationen i befolkningen år 2017 och även till stor del med avseende på den aktuella utvecklingen. Det senare med reservation för att inte alla förändringar i bruket som noterades i denna studie fick stöd av andra undersökningar. En annan reservation berör det faktum att vissa utfall har en låg prevalens i befolkningen och därmed blir mer sårbara för statistiska slumpvariationer, t.ex. användningen av olika narkotikaklassade preparat och dopning.

Slutsatser

Sammantaget finns betydande variationer i användningen av alkohol, narkotika och tobak i Sverige. Alkohol konsumeras av klart flest personer under en 12-månadersperiod (ca 86 %), följt av snus och cigaretter (ca 13 respektive 12 %) och användning av narkotikaklassade preparat och icke-ordinerat narkotikaklassat läkemedel (8,7 %). Det finns stora skillnader mellan dessa substanser med avseende på kulturell position i samhället som i sin tur är kopplad till variationer i befolkningens acceptans för konsumtion och i substansernas fysiska och ekonomiska tillgänglighet. Det finns även stora variationer i dokumenterade skadeeffekter där speciellt snuset avviker betydligt från övriga substanser med avsevärt färre dokumenterade skaderisker både för brukaren och brukarens omgivning. Likväl är ett gemensamt drag för samtliga substanser deras beroendeframkallande egenskaper och de risker för problem som är förknippade med ett beroende.

Även om beroendeskattningarna inte är helt jämförbara mellan substanserna tycks beroendet av snus vara det mest förekommande i befolkningen (5 %) och beroende av narkotikaklassade preparat och läkemedel det minst vanliga (0,8 %) medan beroende av alkohol (4 %) och cigaretter (1,9 %) hamnar mittemellan. I grova drag speglar detta brukets utbredning om vi ser till andelen med regelbunden användning (daglig eller stort daglig användning) som uppgår till 11 % för snus, 6,6 % för alkohol och 6 % för cigaretter. Regelbunden användningen av narkotikaklassade preparat och läkemedel skattades här som minst 50 gånger under de senaste 12 månaderna och uppgick till 0,5 % för cannabis, 0,1 % för övriga narkotikaklassade preparat samt 0,6 % för icke-ordinerad användning av narkotikaklassade läkemedel.

Givet en relativt låg prevalens av frekvent användning av narkotikaklassade preparat och läkemedel framstår dock förekomsten av beroendeproblem som relativt hög. Utöver preparatens beroendeframkallande egenskaper kan detta bero på en selektion av personer i gruppen narkotikaanvändare som har förhöjd sårbarhet för beroendeproblem givet att narkotikaanvändning, till skillnad från övriga substanser, är illegal i Sverige.

Vi kan även konstatera att den aktuella utvecklingen mellan 2013 och 2017 ser olika ut för de olika substanserna. Vad gäller alkohol och snus har utvecklingen till stora delar varit stabil, både vad gäller bruk, beroende och problem av andras användning. Å andra sidan visar både dagligrökning och cigarettberoende på nedgångar under studieperioden hos både kvinnor och män och i merparten av åldersgrupperna. Även andelen i befolkningen som påverkas negativt av dagligrökare i sin omgivning har minskat betydligt. Slutligen finner vi ytterligare ett mönster för användning av narkotiska preparat och läkemedel med signifikanta ökningar i användningen av flera preparat. Denna ökning har åtföljts av att fler har personer i sin närhet som använder narkotika och därmed en högre andel som upplever olika former av problem i samband med det. Det kan således konstateras att resultaten i stort pekar på att omfattningen av ANT-problem för användaren är relaterad till utbredningen av problem för omgivningen. Att åtgärder som minskar de ANT-relaterade problemen för användarna i befolkningen även tycks minska problemen för omgivningen är viktig kunskap för det förebyggande arbetet.

Referenser

Agardh E, Boman U & Allebeck P. Alkohol, narkotika och tobaksrökning ger stor del av sjukdomsburden. *Läkartidningen*, 2015;112:C4TH.

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

American Psychiatric Association (APA). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Femte upplagan. Washington, DC: American Psychiatric Association, 2013.

Brottsförebyggande rådet (BRÅ). Sammanställning av centrala resultat från Nationella trygghetsundersökningen 2017: *Om otrygghet, oro för brott och förtroende för rättsväsendet*. Stockholm: Brottsförebyggande rådet, 2018.

Compton WM, Dawson DA, Goldstein RB & Grant BF. Crosswalk between DSM-IV dependence and DSM-5 substance use disorders for opioids, cannabis, cocaine and alcohol. *Drug and alcohol dependence*. 2013;132(1–2):387–90.

Egevad A. *Om tobak – efterfrågan och priselasticitet*. Kandidatuppsats. Lund: Lunds universitet, 2014.

Engman H. *Rökfria serveringar: förutsättningarna för implementering av lagen om rökförbud*. Kandidatuppsats. Luleå tekniska universitet, 2005.

Etter JF, Le Houezec J & Perneger TV. A self-administered questionnaire to measure dependence on cigarettes: the cigarette dependence scale. *Neuropsychopharmacology*. 2003;28(2):359–70.

(FHI) Statens folkhälsoinstitut. *Målmått 11: Tobak – Kunskapsunderlag för Folkhälsopolitisk rapport 2010*. Östersund: Statens folkhälsoinstitut, 2010.

Finansdepartementet. *Beräkningskonventioner 2018*. Stockholm: Skatteekonomiska enheten, Finansdepartementet, 2018.

Folkhälsomyndigheten. Hämtad från: www.andtuppfoljning.se/indikatorlabbet. 2018a.

Folkhälsomyndigheten. *Tobaksvanor – nationella resultat och tidsserier 2016*. Hämtad från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsorapportering-statistik/statistikdatabaser-och-visualisering/nationella-folkhalsoenkaten/levnadsvanor/tobaksvanor/>. Hämtad 2018-07-16. 2018b.

Folkhälsomyndigheten. *Narkotikavanor – nationella resultat och tidsserier 2016*. Hämtad från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsorapportering-statistik/statistikdatabaser-och-visualisering/nationella-folkhalsoenkaten/levnadsvanor/narkotikavanor/>. Hämtad 2018-07-18. 2018c.

Grant BF, Saha TD, Ruan WJ, Goldstein RB, Chou SP, Jung J, m.fl. Epidemiology of DSM-5 Drug Use Disorder: Results From the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions-III. *JAMA psychiatry*. 2016;73(1):39–47.

Guttormsson U. *Läkemedel i missbruksmiljöer – situationen enligt rapportörer från Sveriges polisområden*. Stockholm: Centraförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning, CAN, 2016. Rapport nr 157.

Guttormsson U. *Cannabisanvändningen i Sverige och övriga Europa*. Presentation: Konferens om cannabis – Risker och åtgärder. Stockholm, 13 april, 2018. Nationella cannabisnätverket. 2018.

Guttormsson U & Gröndahl M. *Befolkningens självrapporterade alkoholvanor 2004–2017*. Stockholm: Centraförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning, CAN, 2018. Rapport nr 173.

Guttormsson U & Zetterqvist M. *Narkotikaprisutvecklingen i Sverige 1988–2017*. Centraförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning, CAN, 2018. Rapport nr 171.

Heilig M. *Beroendetilstånd*. Studentlitteratur: Narayana Press, Danmark. 2004.

Henriksson C (red.). *Tobaksvanor i Sverige – tobakskonsumtionen i siffror med fokus på år 2017*. Stockholm: Centraförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning, CAN, 2018. Rapport nr 172.

Humphreys K. Avoiding globalisation of the prescription opioid epidemic. *The Lancet*, 2017;390(10093), 437–439.

Leifman H. *Drug-related deaths in Sweden – Estimations of trends, effects of changes in recording practices and studies of drug patterns*. Stockholm: Centraförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning, CAN, 2016. Rapport nr 158.

Melberg HO, Hakkarainen P, Houberg E, Jääskeläinen M, Skretting A, Ramstedt M, m.fl. Measuring the harm of illicit drug use on friends and family. *Nordic studies on alcohol and drugs*. 2011;28(2):105–21.

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

Polisen. *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. 2018.

Ramstedt M, Sundin E, Landberg J & Raninen J. *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, 2014. Rapport nr 55.

Rekve D, Laslett A-M, Room R, Thamarangsi T & Waleewong O. *The Harm to Others from Drinking: A WHO/ThaiHealth International Collaborative Research Project*. Melbourne: Centre for Alcohol Policy Research, La Trobe University and Bangkok: Thai Health Promotion Foundation, 2012.

Rydell M, Sundin E, Ramstedt M & Galanti MR. 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. *Scandinavian journal of public health*. 2016;44(2):134–42.

Skatteutskottet. *Punktskattehöjningar på alkohol- och tobaksprodukter – skatteeffekter och påverkan på den oregistrerade anskaffningen av dessa produkter*. Stockholm: Riksdagstryckeriet, 2016. Rapport 2015/16:RFR8.

Statens offentliga utredningar (SOU) 2011:35. *Bättre insatser vid missbruk och beroende. Slutbetänkande av Missbruksutredningen*. Stockholm: Statens offentliga utredningar, 2011.

Statistiska Centralbyrån (SCB). *Befolkning efter ålder och kön. År 1860 – 2016. Statistikdatabasen, Befolkning, Befolkningsstatistik, Folkmängd*. Hämtad från: http://www.statistikdatabasen.scb.se/pxweb/sv/ssd/START_BE_BE0101_BE0101A/BefolkningR1860/?rxid=f45f90b6-7345-4877-ba25-9b43e6c6e299. Hämtat 2017-12-19. 2017.

Strandberg A, Elgan TH & Gripenberg J. *Droger på krogen – En uppföljning av narkotikasituationen i Stockholms krogmiljö*. Stockholm: STAD (Stockholm förebygger alkohol- och drogproblem), 2018. Rapport nr 62.

Sundin E, Landberg J, Raninen J & Ramstedt M. *Negativa konsekvenser av alkohol, narkotika och tobak i Sverige: en ettårsuppföljning av beroende och utsatthet för närståendes bruk*. Stockholm: Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning, CAN, 2015. Rapport nr 149.

Trolldal B. *Alkoholkonsumtionen i Sverige 2017*. Stockholm: Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning, CAN, 2018. PM.

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

Bilaga I – Tabeller

Tabell 30. Andel (%) i befolkningen (17–84 år) som har någon i sitt liv som röker dagligen och som har upplevt negativa konsekvenser av det under de senaste 12 månaderna, uppdelat på kön och ålder. 2013 och 2017.

	Kvinnor		Män	
	2013	2017	2013	2017
Har någon i sitt liv som röker dagligen				
17–29	60,3	53,6*	57,8	51,2*
30–49	45,7	36,8*	43,8	34,9*
50–64	44,1	33,7*	41,6	31,5*
65–84	25,1	17,5*	25,1	17,2*
Har påverkats negativt på grund av någon i sitt liv som röker dagligen				
17–29	24,8	22,0	17,6	13,8*
30–49	16,1	14,1	11,1	9,1
50–64	12,7	9,7*	11,5	6,2*
65–84	7,7	5,1*	6,6	3,7*
Har påverkats <i>mycket</i> negativt				
17–29	7,6	5,7	4,5	2,5*
30–49	6,1	4,9	3,0	2,1
50–64	5,1	3,5*	3,8	2,0*
65–84	3,7	1,5*	2,0	1,2
Har påverkats <i>lite</i> negativt				
17–29	17,2	16,1	13,1	11,2
30–49	9,9	9,3	8,1	7,1
50–64	7,6	6,1	7,8	4,2*
65–84	4,1	3,3	4,7	2,6*

Notering: Alla respondenter ingår i nämnaren, exklusive internt bortfall (de som inte har svarat på den aktuella frågan).

* Statistiskt signifikant förändring på minst 5 %-nivån.

Tabell 31. Andel (%) i befolkningen (17–84 år) som har upplevt negativa konsekvenser av andra personers tobaksanvändning, uppdelat på kön och ålder. 2013 och 2017.

	Kvinnor		Män	
	2013	2017	2013	2017
Har <i>någon gång</i> sökt medicinsk behandling för något som läkare misstänkt beror på andra personers rökning				
17–29	0,9	1,5	0,6	0,6
30–49	1,1	1,0	1,3	0,7
50–64	1,7	1,9	1,1	0,5
65–84	2,1	2,1	0,9	0,7
Varit orolig för familjeekonomin pga. att någon i familjen <i>röker</i>				
17–29	5,6	3,8*	4,5	2,7
30–49	2,9	2,5	2,2	1,8
50–64	2,0	2,5	2,4	1,1*
65–84	1,3	0,9	0,4	1,1*
Varit orolig för familjeekonomin pga. att någon i familjen <i>snusar</i>				
17–29	4,4	3,1	1,6	0,7
30–49	1,7	1,9	1,1	0,4*
50–64	1,2	1,5	0,9	0,4
65–84	0,5	0,9	0,0	0,4

Notering: Alla respondenter ingår i nämnaren, exklusive internt bortfall (de som inte har svarat på den aktuella frågan).

* Statistiskt signifikant förändring på minst 5 %-nivån.

Tabell 32. Andel (%) i befolkningen (17–84 år) som har någon i sitt liv som dricker för mycket samt som har upplevt negativa konsekvenser av det under de senaste 12 månaderna, uppdelat på kön och ålder. 2013 och 2017.

	Kvinnor		Män	
	2013	2017	2013	2017
Har någon i sitt liv som dricker för mycket				
17–29	48,8	48,6	39,0	34,7
30–49	41,5	43,1	32,0	32,4
50–64	28,6	33,9*	23,6	25,0
65–84	16,1	17,6	12,9	14,7
Har påverkats negativt av någon i sitt liv som dricker för mycket				
17–29	27,1	23,6	13,9	12,7
30–49	23,6	22,8	13,0	12,5
50–64	16,0	17,7	9,5	9,0
65–84	8,9	7,7	5,0	4,0
Har påverkats <i>mycket</i> negativt				
17–29	7,3	6,3	2,9	2,5
30–49	5,6	5,4	2,1	2,3
50–64	4,5	4,2	1,7	0,9
65–84	2,0	1,9	0,8	0,6
Har påverkats <i>lite</i> negativt				
17–29	19,1	16,1	10,9	9,7
30–49	17,8	16,3	10,7	10,0
50–64	10,4	12,3	7,4	7,5
65–84	6,6	4,6*	4,3	3,5

Notering: Alla respondenter ingår i nämnaren, exklusive internt bortfall (de som inte har svarat på den aktuella frågan).

* Statistiskt signifikant förändring på minst 5 %-nivå.

Tabell 33. Andel (%) i befolkningen (17–84 år) som har påverkats negativt av främlingars drickande under de senaste 12 månaderna, uppdelat på kön och ålder. 2013 och 2017.

	Kvinnor		Män	
	2013	2017	2013	2017
Påverkats negativt av främlingars drickande				
17–29	21,7	25,2*	14,8	13,4
30–49	11,9	16,6*	11,1	11,8
50–64	6,4	9,3*	6,0	8,1*
65–84	2,8	5,0*	2,2	4,7*
Påverkats <i>mycket</i> negativt				
17–29	3,8	1,7*	2,2	0,6*
30–49	1,5	1,6	1,1	1,2
50–64	1,5	1,5	1,1	0,6
65–84	0,6	0,7	0,4	0,3
Påverkats <i>lite</i> negativt				
17–29	17,7	22,2*	12,5	12,4
30–49	10,2	13,9*	10,0	10,1
50–64	4,9	6,0	4,9	6,1
65–84	2,2	2,4	1,9	3,5*

Notering: Alla respondenter ingår i nämnaren, exklusive internt bortfall (de som inte har svarat på den aktuella frågan).

* Statistiskt signifikant förändring på minst 5 %-nivån.

Tabell 34. Andel (%) i befolkningen (17–84 år) som har upplevt negativa konsekvenser av en berusad person (känd eller okänd) under de senaste 12 månaderna, uppdelat på kön och ålder. 2013 och 2017.

	Kvinnor		Män	
	2013	2017	2013	2017
<i>Varit rädd på offentlig plats</i>				
17–29	56,6	60,0	31,1	25,0*
30–49	25,9	31,4*	15,2	16,9
50–64	15,1	16,2	9,0	9,0
65–84	6,5	9,9*	3,9	4,8
<i>Hållits vaken på natten</i>				
17–29	34,2	29,5*	27,5	24,4
30–49	18,1	21,1*	18,2	18,2
50–64	11,8	13,1	10,7	10,2
65–84	6,5	6,8	5,4	6,3
<i>Blivit förolämpad eller kränkt</i>				
17–29	32,3	29,8	23,1	20,4
30–49	16,0	17,1	12,5	11,9
50–64	11,2	10,8	9,3	7,7
65–84	5,5	6,5	3,7	4,9
<i>Blivit antastad eller besvärad på offentlig plats</i>				
17–29	29,1	31,0	17,2	12,9*
30–49	16,6	15,7	13,3	11,3
50–64	9,5	9,6	9,7	9,6
65–84	4,5	5,9	5,8	5,8
<i>Blivit antastad eller besvärad på en privat sammankomst</i>				
17–29	19,5	20,4	12,1	7,3*
30–49	9,2	9,6	7,4	5,0*
50–64	5,8	5,5	5,8	4,4
65–84	1,8	2,7	1,9	3,3*
<i>Fått kläder, föremål eller andra ägodelar förstörda</i>				
17–29	13,2	9,4*	10,8	8,9
30–49	3,3	2,7	3,8	3,7
50–64	1,8	1,6	2,2	1,6
65–84	0,7	1,1	0,8	0,4
<i>Blivit fysiskt skadad</i>				
17–29	4,7	3,5	5,8	4,5
30–49	1,7	1,1	2,3	1,6
50–64	0,8	1,4	1,0	1,1
65–84	0,8	1,0	0,3	0,5
<i>Blivit fysiskt skadad på eller utanför en bar, nattklubb eller restaurang</i>				
17–29	2,3	2,5	4,3	5,0
30–49	0,8	1,2	1,3	2,0
50–64	0,4	0,7	0,8	0,9
65–84	0,2	0,5	0,5	0,5

Notering: Alla respondenter ingår i nämnaren, exklusive internt bortfall (de som inte har svarat på den aktuella frågan).

* Statistiskt signifikant förändring på minst 5 %-nivån.

Tabell 35. Andel (%) i befolkningen (17–84 år) som har någon i sitt liv som använder narkotikaklassade preparat samt som har upplevt negativa konsekvenser av det under de senaste 12 månaderna, uppdelat på kön och ålder. 2013 och 2017.

	Kvinnor		Män	
	2013	2017	2013	2017
Har någon i sitt liv som använder narkotiska preparat				
17–29	26,8	33,4*	35,4	36,6
30–49	8,0	10,5*	9,2	16,0*
50–64	3,9	5,5*	5,4	6,3
65–84	1,2	2,5*	1,0	2,5*
Har påverkats negativt av någon i sitt liv som använder narkotiska preparat				
17–29	7,7	9,8	5,1	6,3
30–49	3,3	4,1	2,1	2,4
50–64	2,0	3,0*	2,1	2,3
65–84	0,4	1,2*	0,3	0,7
Har påverkats <i>mycket</i> negativt				
17–29	4,1	3,9	2,0	2,0
30–49	2,1	1,7	1,0	1,0
50–64	1,3	1,9	1,6	1,1
65–84	0,3	0,8*	0,1	0,5
Har påverkats <i>lite</i> negativt				
17–29	3,6	5,6*	3,0	4,3
30–49	1,2	2,2*	1,2	1,3
50–64	0,5	1,0	0,6	0,9
65–84	0,1	0,4	0,3	0,2

Notering: Alla respondenter ingår i nämnaren, exklusive internt bortfall (de som inte har svarat på den aktuella frågan).

* Statistiskt signifikant förändring på minst 5 %-nivå.

Tabell 36. Andel (%) i befolkningen (17–84 år) som har någon i sitt liv som använder narkotika-klassade läkemedel utan läkares ordination och som har upplevt negativa konsekvenser av det under de senaste 12 månaderna, uppdelat på kön och ålder. 2013 och 2017.

	Kvinnor		Män	
	2013	2017	2013	2017
Har någon i sitt liv som använder narkotika-klassade läkemedel utan läkares ordination				
17–29	11,8	11,4	10,4	10,9
30–49	7,9	8,1	6,2	8,9*
50–64	5,7	6,1	5,6	5,0
65–84	3,7	4,5	2,5	2,9
Har påverkats negativt av någon i sitt liv som använder narkotikaklassade läkemedel utan läkares ordination				
17–29	3,3	3,5	3,0	3,3
30–49	3,1	3,6	1,5	2,3
50–64	2,1	2,9	1,7	2,2
65–84	1,0	1,3	0,5	0,9
Har påverkats <i>mycket</i> negativt				
17–29	2,0	1,7	1,1	1,7
30–49	1,8	1,7	0,8	1,1
50–64	1,2	1,9	0,9	0,8
65–84	0,6	0,6	0,3	0,4
Har påverkats <i>lite</i> negativt				
17–29	1,4	1,8	1,9	1,6
30–49	1,3	1,9	0,7	1,1
50–64	0,9	1,0	0,8	1,4
65–84	0,3	0,5	0,2	0,5

Notering: Alla respondenter ingår i nämnaren, exklusive internt bortfall (de som inte har svarat på den aktuella frågan).

* Statistiskt signifikant förändring på minst 5 %-nivån.

Vanor och möjliga konsekvenser

en nationell undersökning om tobak, alkohol, läkemedel och narkotika

Vill du svara på webben istället:

www.skop.se/can2017

Inloggningskod:

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

Bakgrundsinformation

Inledningsvis kommer några frågor om dig och din familj.

1. Vilket år är du född?

År

2. Är du kvinna eller man?

- ☐ Kvinna
☐ Man

3. Var är du född?

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

4. Var är din mamma född?

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

5. Var är din pappa född?

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

6. Vilken är din högsta genomförda utbildning?

OBS! Ange endast ett alternativ.

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

.....
.....

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

Tusental kronor före skatt

8. Vilken är din huvudsakliga sysselsättning?

OBS! Ange endast ett alternativ.

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

.....

.....

9. Vilket är/var ditt huvudsakliga yrke?

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

Försök att lämna ett så detaljerat svar som möjligt.
T.ex. i stället för assistent skriv inköpsassistent, i stället för chaufför skriv busschaufför, i stället för ingenjör skriv civilingenjör.

Var god texta!

Ditt yrke:

.....

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

Fler alternativ kan anges

Ja Nej

Ingen, ensamboende

☐ ☐

Partner (gift/sambo)

☐ ☐

Förälder/adoptivförälder/
fosterförälder/styvförälder

☐ ☐

Syskon och/eller styvsyskon

☐ ☐

Egna barn och/eller partners
barn 0-17 år

☐ ☐

Egna barn och/eller partners
barn 18 år eller äldre

☐ ☐

Annan person, **ange relation:**

☐ ☐

.....

Om du bor tillsammans med barn.

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

barn 0-17 år

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

barn 18 år eller äldre

Välbefinnande

13. Hur bedömer du ditt allmänna hälsotillstånd?

- ☐ Mycket bra
- ☐ Bra
- ☐ Någorlunda
- ☐ Dåligt
- ☐ Mycket dåligt

14. Hur bedömer du ditt psykiska välbefinnande?

- ☐ Mycket bra
- ☐ Bra
- ☐ Någorlunda
- ☐ Dåligt
- ☐ Mycket dåligt

15. Hur bedömer du ditt fysiska välbefinnande

- ☐ Mycket bra
- ☐ Bra
- ☐ Någorlunda
- ☐ Dåligt
- ☐ Mycket dåligt

Rökvanor

Frågorna omfattar endast cigaretter (ej e-cigaretter).

16. Röker du?

- ☐ Ja, jag röker dagligen
- ☐ Ja, jag röker då och då
- ☐ Nej, jag har tidigare rökt men har varit rökfri i mindre än 6 månader GÅ TILL fråga 29
- ☐ Nej, jag har tidigare rökt men har varit rökfri i 6 månader eller mer GÅ TILL fråga 29
- ☐ Nej, jag har aldrig rökt (eller endast provat enstaka gånger) GÅ TILL fråga 29

Om du röker

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

0 betyder inte alls beroende och 10 betyder extremt beroende.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
inte alls beroende											extremt beroende

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

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

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

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

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

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

Rökvanor

Hur bra eller dåligt stämmer följande påståenden in på dig?

	Stämmer inte alls	Stämmer ganska dåligt	Varken eller	Stämmer ganska bra	Stämmer helt och hållet
21. Efter några timmar utan att röka, känner jag ett oemotståndligt röksug	☐	☐	☐	☐	☐
22. Jag känner mig stressad av själva tanken att vara utan cigaretter	☐	☐	☐	☐	☐
23. Jag ser till att ha cigaretter med mig när jag går någonstans	☐	☐	☐	☐	☐
24. Det känns som om cigaretterna styr över mitt liv	☐	☐	☐	☐	☐
25. Jag känner att jag röker för mycket	☐	☐	☐	☐	☐
26. Ibland avbryter jag det jag håller på med för att gå och köpa cigaretter	☐	☐	☐	☐	☐
27. Jag röker i princip hela tiden (kedjörkning)	☐	☐	☐	☐	☐
28. Jag röker trots att jag vet att det är skadligt för min hälsa	☐	☐	☐	☐	☐

e-cigaretter

Nu följer några frågor om e-cigaretter, dvs. elektroniska cigaretter som omvandlar vätska till vattenånga som man andas in.

☐ 29. Använder du e-cigaretter?	☐ 30. Använder du e-cigaretter med eller utan nikotin?
☐ Ja, jag använder e-cigaretter dagligen	☐ Bara med nikotin
☐ Ja, jag använder e-cigaretter då och då	☐ Bara utan nikotin
☐ Nej, <u>GÅ TILL</u> fråga 31	☐ Både med och utan nikotin
	☐ Vet ej

Snusvanor

☐ 31. Snusar du?	Om du snusar
☐ Ja, jag snusar dagligen	32. På en skala från 0 till 10 hur beroende känner du att du är av snus?
☐ Ja, jag snusar då och då	0 betyder inte alls beroende och 10 betyder extremt beroende.
☐ Nej, jag har tidigare snusat men har varit snusfri i mindre än 6 månader <u>GÅ TILL</u> fråga 44	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
☐ Nej, jag har tidigare snusat men har varit snusfri i 6 månader eller mer <u>GÅ TILL</u> fråga 44	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
☐ Nej, jag har aldrig snusat (eller endast provat enstaka gånger) <u>GÅ TILL</u> fråga 44	inte alls beroende extremt beroende

Snusvanor

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

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

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

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

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

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

Hur bra eller dåligt stämmer följande påståenden in på dig?

	Stämmer inte alls	Stämmer ganska dåligt	Varken eller	Stämmer ganska bra	Stämmer helt och hållet
36. Efter några timmar utan att snusa, känner jag ett oemotståndligt sug efter snus	☐	☐	☐	☐	☐
37. Jag känner mig stressad av själva tanken att vara utan snus	☐	☐	☐	☐	☐
38. Jag ser till att ha snus med mig när jag går någonstans	☐	☐	☐	☐	☐
39. Det känns som om snuset styr över mitt liv	☐	☐	☐	☐	☐
40. Jag känner att jag snusar för mycket	☐	☐	☐	☐	☐
41. Ibland avbryter jag det jag håller på med för att gå och köpa snus	☐	☐	☐	☐	☐
42. Jag har i princip hela tiden snus i munnen	☐	☐	☐	☐	☐
43. Jag snusar trots att jag vet att det är skadligt för min hälsa	☐	☐	☐	☐	☐

Andra personers bruk av tobak

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

- ☐ Ja
☐ Nej

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

- ☐ Ja
☐ Nej

Andra personers bruk av tobak

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

- ☐ Ja
☐ Nej

47. Under de senaste 12 månaderna, har det funnits personer i ditt liv som röker dagligen?
T.ex. din familj, ex-partner, dina vänner eller arbetskamrater.

- ☐ Ja
☐ Nej, GÅ TILL fråga 50

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

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

- ☐ Ja
☐ Nej, GÅ TILL fråga 50

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

- ☐ Mycket
☐ Lite

Alkoholvanor

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

Dvs. folköl, starköl, starkcider, alkoläsk, vin, starkvin eller sprit.

Räkna ej med lättöl eller cider som kan köpas i livsmedelsbutiker.

- ☐ I stort sett varje dag
☐ 4-5 gånger i veckan
☐ 2-3 gånger i veckan
☐ Ungefär 1 gång i veckan
☐ 2-3 gånger i månaden
☐ Ungefär 1 gång i månaden
☐ Några få gånger under de senaste 12 månaderna
☐ 1 gång under de senaste 12 månaderna
☐ Jag har inte druckit alkohol senaste 12 månaderna, men har druckit tidigare, GÅ TILL fråga 65
☐ Jag har aldrig druckit alkohol eller endast smakat enstaka gånger, GÅ TILL fråga 65

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

Dvs. folköl, starköl, starkcider, alkoläsk, vin, starkvin eller sprit.

Räkna ej med lättöl eller cider som kan köpas i livsmedelsbutiker.

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



50 cl folköl



33 cl starköl/cider



12-15 cl vin



8 cl starkvin



4 cl sprit

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

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

- ☐ I stort sett varje dag
☐ 4-5 gånger i veckan
☐ 2-3 gånger i veckan
☐ Ungefär 1 gång i veckan
☐ 2-3 gånger i månaden
☐ Ungefär 1 gång i månaden
☐ Några få gånger under de senaste 12 månaderna
☐ 1 gång under de senaste 12 månaderna
☐ Aldrig

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

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

☐ Ja
☐ Nej

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

☐ Ja
☐ Nej

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

☐ Ja
☐ Nej

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

☐ Ja
☐ Nej

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

☐ Ja
☐ Nej

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

☐ Ja
☐ Nej

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

☐ Ja
☐ Nej

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

☐ Ja
☐ Nej

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

☐ Ja
☐ Nej

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

☐ Ja
☐ Nej

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

☐ Ja
☐ Nej

64. Har du, under de senaste 12 månaderna,
känt ett starkt alkoholsug, eller en stark läng-
tan eller önskan att dricka alkohol?

☐ Ja
☐ Nej

Andra personers bruk av alkohol

Frågorna 65 till 72 avser negativa erfarenheter av andra personers alkoholkonsumtion oavsett om det är personer som du känner eller inte.

Har det under senaste 12 månaderna hänt att du har ...

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

72. 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?

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

Frågorna 73 till 75 avser endast negativa erfarenheter av andra personers alkoholkonsumtion hos personer som du inte känner närmare.

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

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

- ☐ Ja
☐ Nej, GÅ TILL fråga 76

Om ja,

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

Mycket
Litet

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

1 betyder lite och 10 betyder mycket.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
lite									mycket

Frågorna 76 till 90 avser endast negativa erfarenheter av alkoholkonsumtion hos personer i ditt liv, t.ex. din familj, ex-partner, dina vänner eller arbetskamrater.

76. 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 enskilda tillfällen)?

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

☐

Ja

☐

Nej, GÅ TILL fråga 91

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

☐

Ja

☐

Nej, GÅ TILL fråga 91

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

Fler alternativ kan anges.

Ja Nej

Partner

☐ ☐

Förälder/styvförälder

☐ ☐

Barn/styvbarn

☐ ☐

Annan person (som bor i ditt hushåll)

☐ ☐

Annan familjemedlem

(som ej bor i ditt hushåll)

☐ ☐

Ex-partner

☐ ☐

Arbetskollega/arbetskamrat

☐ ☐

Vän

☐ ☐

Granne

☐ ☐

Annan person, **ange relation**

☐ ☐

.....

.....

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

Fler alternativ kan anges

Ja Nej

Partner

☐ ☐

Förälder/styvförälder

☐ ☐

Barn/styvbarn

☐ ☐

Annan person (som bor i ditt hushåll)

☐ ☐

Annan familjemedlem

(som ej bor i ditt hushåll)

☐ ☐

Ex-partner

☐ ☐

Arbetskollega/arbetskamrat

☐ ☐

Vän

☐ ☐

Granne

☐ ☐

Annan person, **ange relation**

☐ ☐

.....

.....

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

Fler alternativ kan anges.

Ja Nej

Partner

☐ ☐

Förälder/styvförälder

☐ ☐

Barn/styvbarn

☐ ☐

Annan person (som bor i ditt hushåll)

☐ ☐

Annan familjemedlem

(som ej bor i ditt hushåll)

☐ ☐

Ex-partner

☐ ☐

Arbetskollega/arbetskamrat

☐ ☐

Vän

☐ ☐

Granne

☐ ☐

Annan person, **ange relation**

☐ ☐

.....

.....

81. 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?

Fler alternativ kan anges.

Ja Nej

Partner

☐ ☐

Förälder/styvförälder

☐ ☐

Barn/styvbarn

☐ ☐

Annan person (som bor i ditt hushåll)

☐ ☐

Annan familjemedlem

(som ej bor i ditt hushåll)

☐ ☐

Ex-partner

☐ ☐

Arbetskollega/arbetskamrat

☐ ☐

Vän

☐ ☐

Granne

☐ ☐

Annan person, **ange relation**

☐ ☐

.....

.....

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

Fler alternativ kan anges.

	Ja	Nej
Partner	☐	☐
Förälder/styvförälder	☐	☐
Barn/styvbarn	☐	☐
Annan person (som bor i ditt hushåll)	☐	☐
Annan familjemedlem (som <u>ej</u> bor i ditt hushåll)	☐	☐
Ex-partner	☐	☐
Arbetskollega/arbetskamrat	☐	☐
Vän	☐	☐
Granne	☐	☐
Annan person, ange relation	☐	☐

.....

.....

83. 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?

Fler alternativ kan anges.

	Ja	Nej
Partner	☐	☐
Förälder/styvförälder	☐	☐
Barn/styvbarn	☐	☐
Annan person (som bor i ditt hushåll)	☐	☐
Annan familjemedlem (som <u>ej</u> bor i ditt hushåll)	☐	☐
Ex-partner	☐	☐
Arbetskollega/arbetskamrat	☐	☐
Vän	☐	☐
Granne	☐	☐
Annan person ange relation	☐	☐

.....

.....

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

Fler alternativ kan anges.

	Ja	Nej
Partner	☐	☐
Förälder/styvförälder	☐	☐
Barn/styvbarn	☐	☐
Annan person (som bor i ditt hushåll)	☐	☐
Annan familjemedlem (som <u>ej</u> bor i ditt hushåll)	☐	☐
Ex-partner	☐	☐
Arbetskollega/arbetskamrat	☐	☐
Vän	☐	☐
Granne	☐	☐
Annan person, ange relation	☐	☐

.....

.....

Frågorna 85-88 avser endast negativa erfarenheter p.g.a. drickandet av någon som du bor tillsammans med.

Om du bor själv GÅ TILL fråga 89

85. 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?

Fler alternativ kan anges.

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

86. 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?

Fler alternativ kan anges.

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

**87. Har det funnits mindre pengar till hushålls-
utgifter p.g.a. drickandet hos någon/några av
följande personer i ditt hushåll under de se-
naste 12 månaderna?**

Fler alternativ kan anges.

Ja Nej

Partner

☐ ☐

Förälder/styvförälder

☐ ☐

Barn/styvbarn

☐ ☐

Annan person (som bor i ditt hushåll)

☐ ☐

**88. 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?**

Fler alternativ kan anges.

Ja Nej

Partner

☐ ☐

Förälder/styvförälder

☐ ☐

Barn/styvbarn

☐ ☐

Annan person (som bor i ditt hushåll)

☐ ☐

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

Mycket

Litet

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

1 betyder lite och 10 betyder mycket.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
lite									mycket

Läkemedel och narkotika

**Har du någon gång använt något av följande
narkotikaklassade läkemedel på ett icke före-
skrivet sätt?**

**Dvs. när du använt läkemedlet utan läkares
ordination eller mer eller oftare än vad läkare
ordinerat.**

91. Sömnmedel eller lugnande medel?

t.ex. Imovane/zopiklon, Sobril/oxazepam, Stilnoct/
zolspidem, Stesolid/diazepam, Xanor/alprazolam.

- ☐ Nej
- ☐ Ja, för mer än 12 månader sedan
- ☐ Ja, under de senaste 12 månaderna
- ☐ Ja, under de senaste 30 dagarna

92. Smärtstillande medel?

t.ex. Oxynorm/oxikodon, Citodon/kodein, Trado-
lan/tramadol, fentanyl, morfin, buprenorfin.

- ☐ Nej
- ☐ Ja, för mer än 12 månader sedan
- ☐ Ja, under de senaste 12 månaderna
- ☐ Ja, under de senaste 30 dagarna

**93. Hur många gånger har du använt något av
ovanstående narkotikaklassade läkemedel
(sömn/ lugnande/smärtstillande medel) på ett
icke föreskrivet sätt under de senaste 12 måna-
derna?**

- ☐ Ingen gång
- ☐ 1 gång
- ☐ 2-4 gånger
- ☐ 5-10 gånger
- ☐ 11-20 gånger
- ☐ 21-50 gånger
- ☐ Mer än 50 gånger

Nu kommer några frågor som handlar om olika narkotiska preparat.

94. Har du någon gång använt cannabis?

(t.ex. hasch eller marijuana)

- ☐ Nej
- ☐ Ja, för mer än 12 månader sedan
- ☐ Ja, under de senaste 12 månaderna
- ☐ Ja, under de senaste 30 dagarna

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

- ☐ Ingen gång
- ☐ 1 gång
- ☐ 2-4 gånger
- ☐ 5-10 gånger
- ☐ 11-20 gånger
- ☐ 21-50 gånger
- ☐ Mer än 50 gånger

Har du någon gång använt något av följande narkotiska preparat?

96. Amfetamin

räkna ej ADHD-läkemedel

- ☐ Nej
- ☐ Ja, för mer än 12 månader sedan
- ☐ Ja, under de senaste 12 månaderna
- ☐ Ja, under de senaste 30 dagarna

97. Opiater

t.ex. heroin, opium

- ☐ Nej
- ☐ Ja, för mer än 12 månader sedan
- ☐ Ja, under de senaste 12 månaderna
- ☐ Ja, under de senaste 30 dagarna

98. Hallucinogener

t.ex. LSD, meskalin, peyote, PCP, hallucinogena svampar, DMT

- ☐ Nej
- ☐ Ja, för mer än 12 månader sedan
- ☐ Ja, under de senaste 12 månaderna
- ☐ Ja, under de senaste 30 dagarna

99. Ecstasy

t.ex. MDMA, MDA, MDE

- ☐ Nej
- ☐ Ja, för mer än 12 månader sedan
- ☐ Ja, under de senaste 12 månaderna
- ☐ Ja, under de senaste 30 dagarna

100. Kokain

t.ex. crack, pulver, kokablad

- ☐ Nej
- ☐ Ja, för mer än 12 månader sedan
- ☐ Ja, under de senaste 12 månaderna
- ☐ Ja, under de senaste 30 dagarna

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

- ☐ Ingen gång
- ☐ 1 gång
- ☐ 2-4 gånger
- ☐ 5-10 gånger
- ☐ 11-20 gånger
- ☐ 21-50 gånger
- ☐ Mer än 50 gånger

Om du inte använt läkemedel eller narkotika (frågorna 91-101) under de senaste 12 månaderna eller under de senaste 30 dagarna ska du gå till fråga 114.

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

**I frågorna 102-113 ber vi dig tänka på
det/de narkotikaklassade läkemedel och/eller den narkotika
som du angett i frågorna 91-101.**

Det räcker med att endast ett preparat stämmer in på frågorna så skall du kryssa "Ja".

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

- ☐ Ja
- ☐ Nej

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

- ☐ Ja
- ☐ Nej

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

- ☐ Ja
- ☐ Nej

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

- ☐ Ja
- ☐ Nej

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

☐

Ja

☐

Nej

107. Har det under de senaste 12 månaderna, hänt att du fick mindre tid för att jobba, ägna dig åt fritidsintressen eller umgås med andra p.g.a. din användning av något preparat?

☐

Ja

☐

Nej

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

☐

Ja

☐

Nej

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

☐

Ja

☐

Nej

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

☐

Ja

☐

Nej

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

☐

Ja

☐

Nej

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

☐

Ja

☐

Nej

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

☐

Ja

☐

Nej

Andra personers bruk av läkemedel och narkotika

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

Dvs. 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.

Det kan vara:

Sömn-/lugnande medel

t.ex. Imovane/zopiklon, Sobril/oxazepam, Stilnoct/zolpidem, Stesolid/diazepam, Xanor/alprazolam.

Smärtstillande medel

t.ex. Oxynorm/oxikodon, Citodon/kodein, Traldolan/tramadol, fentanyl, morfon, buprenorfin.

☐

Ja

☐

Nej, GÅ TILL fråga 117

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

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

☐

Ja

☐

Nej, GÅ TILL fråga 117

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

☐

Mycket

☐

Lite

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

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

Det kan vara

Cannabis, t.ex. hasch eller marijuana
Amfetamin, räkna ej ADHD-läkemedel
Opiater, t.ex. heroin, opium
Hallucinogener, t.ex. LSD, meskalin, peyote, PCP, hallucinogena svampar, DMT
Extasy, t.ex. MDMA, MDA, MDE
Kokain, t.ex. crack, pulver, kokablad

- ☐ Ja
☐ Nej, GÅ TILL fråga 120

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

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

- ☐ Ja
☐ Nej, GÅ TILL fråga 120

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

- ☐ Mycket
☐ Lite

Dopning

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

- ☐ Nej, GÅ TILL fråga 122
☐ Nej, men har blivit erbjuden, GÅ TILL fråga 122
☐ Ja, men för mer än 12 månader sen, GÅ TILL fråga 122
☐ Ja, under de senaste 12 månaderna
☐ Ja, under de senaste 30 dagarna

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

- ☐ Jag har provat en gång
☐ Jag har provat ett par gånger
☐ Jag har "kurat" en gång
☐ Jag har "kurat" två gånger
☐ Jag har "kurat" tre 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 anhörigverksamhet, för problem som uppstått p.g.a. alkoholkonsumtion eller narkotikaanvändning hos någon person i ditt liv (t.ex. din familj, ex-partner, dina vänner eller arbetskamrater)?

- ☐ Ja
☐ Nej

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

Flera svarsalternativ kan anges.

- ☐ Nej
☐ Ja, inom landstigets/regionens beroendevård
☐ Ja, på akutmottagning
☐ Ja, i primärvård, t.ex. vårdcentral
☐ Ja, på privatmottagning
☐ Ja, på psykiatrisk mottagning
☐ Ja, på företagshälsovård
☐ Ja, på studenthälsomottagning
☐ Ja, av socialtjänsten
☐ Ja, genom självhjälp via Internet eller telefon
☐ Ja, av AA, NA eller annan självhjälpgrupp
☐ Ja, annan insats, **Vilken?**

.....
.....
.....

Om fortsatt deltagande i studien

Vanor och möjliga konsekvenser

Genom att följa deltagarnas erfarenheter av alkohol, narkotika, dopning och tobak (ANDT) över tid, kan viktig kunskap fås om vilka konsekvenser som kan uppstå och varför. Vi planerar därför att göra en uppföljande studie med de som svarar på denna enkät och även hämta vissa uppgifter från register. Genom registerinformation kan vi få kunskap om de mest allvarliga konsekvenserna av ANDT-användning och hur dessa varierar mellan olika grupper i samhället.

Vi behåller därför en förteckning över de personer som ger oss tillstånd att hämta registerinformation samt över dem som kan tänka sig att bli kontaktade igen. Om du vill medverka är det viktigt att du godkänner det nedan samt godkänner att vi får hämta ditt personnummer från Statens personadressregister.

Personuppgifterna sparas avskilda från enkätsvaren och annan registerinformation. Inga identitetsuppgifter kommer vara kopplade till materialet under bearbetning och analys. Medverkan är givetvis frivillig och du kan när som helst avsluta din medverkan utan att ange orsak. Se mer under rubriken "Är mina svar och personuppgifter sekretesskyddade?" i brevet som följde med denna enkät.

För att få bättre kunskap om risker för olika sociala- och hälsomässiga konsekvenser kopplade till ANDT-bruk vill vi samla in registeruppgifter om 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, boendeområde, utbildning, sysselsättning, inkomster, bidrag och sjuk- och aktivitetsersättning.

Det insamlade materialet 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.

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

☐

Ja

☐

Nej

125. 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 någon av de föregående frågorna

126. Godkänner du att vi hämtar ditt personnummer från Statens personadressregister?

☐

Ja

☐

Nej

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

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Behöver du hjälp eller stöd?

Via ditt landsting, din region 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 eller www.dopingjouren.se.

Tack för din medverkan!