



Folkhälsomyndigheten

Narkotikaanvändningen och dess negativa konsekvenser i Sverige

Studier av socioekonomiska skillnader och hälsotillstånd hos användare och deras närstående



Denna titel kan laddas ner från: www.folkhalsomyndigheten.se/publicerat-material/. En del av våra titlar går även att beställa som ett tryckt exemplar från Folkhälsomyndighetens publikationsservice, publikationsservice@folkhalsomyndigheten.se.

Citera gärna Folkhälsomyndighetens texter, men glöm inte att uppge källan. Bilder, fotografier och illustrationer är skyddade av upphovsrätten. Det innebär att du måste ha upphovsmannens tillstånd att använda dem.

© Folkhälsomyndigheten, 2021.

Artikelnummer: 20195

Om publikationen

Undersökningar om narkotikaanvändning utifrån socioekonomiska skillnader är sällsynta i Sverige. Folkhälsomyndigheten gav därför Karolinska institutet i uppdrag att studera frågor om narkotikaanvändning och dess konsekvenser i ett befolkningsperspektiv. Med utgångspunkt i data från befolkningsundersökningen Vanor och konsekvenser, som genomförs av Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning (CAN), ingick det i uppdraget att besvara följande tre frågeställningar:

1. Finns det socioekonomiska skillnader i narkotikaanvändning i Sverige?
2. Har personer som använder narkotika en högre risk för sämre hälsa och hur varierar risken mellan olika typer av narkotika och användningsfrekvens?
3. Har närstående till personer som använder narkotika en högre risk för sämre hälsa och hur varierar i så fall risken mellan olika typer av narkotika?

Resultaten som presenteras i rapporten kan användas av organisationer som arbetar med frågor kopplade till narkotika på nationell, regional och lokal nivå. De kan också utgöra stöd för beslutsfattare och praktiker i att utforma och genomföra det ANDT-förebyggande arbetet för en god och jämlik folkhälsa.

Projektgruppen har bestått av utredare från enheten för drogprevention och enheten för samordning och analys ANDT under ledning av Anna Svensson. Ansvarig enhetschef har varit Joakim Strandberg, enheten för drogprevention.

Folkhälsomyndigheten

Anna Bessö

Avdelningschef, avdelningen för livsvillkor och levnadsvanor

Innehåll

Om publikationen	3
Ordlista	7
Sammanfattning	8
Summary	9
Narcotics use and its negative consequences in Sweden, studies of socioeconomic differences and self-rated health among users and among those with users in their life ..	9
Bakgrund	11
Syfte	12
Metod	13
Data	13
Mått	13
Socioekonomisk position	13
Narkotikaklassade substanser och total narkotikaanvändning	14
Mått på självskattad hälsa	14
Andras narkotikaanvändning	15
Statistisk analys	15
Analys av narkotikaanvändning	15
Analys av olika socioekonomiska grupperns andel av den totala narkotikaanvändningen (mätt som antal användningstillfällen)	15
Analys av hälsoutfall	16
Analys av självskattad hälsa hos närstående	16
Resultat	18
Utbildningsnivå och total narkotikaanvändning	18
Sambandet mellan utbildningsnivå och andelen som använt narkotika	18
Samband mellan utbildningsnivå och frekvensen av narkotikaanvändning	18
Samband mellan utbildningsnivå, andel och frekvens efter viktning	18
Samband mellan utbildningsnivå och cannabisanvändning	19
Samband mellan utbildningsnivå och användning av övriga narkotikaklassade substanser	19
Samband mellan utbildningsnivå och användning av icke-förskrivna narkotikaklassade läkemedel	20

Samband mellan inkomst och total narkotikaanvändning	20
Samband mellan inkomst och cannabisanvändning	21
Samband mellan inkomst och användning av övrig narkotika	21
Samband mellan inkomst och användning av icke-förskrivna narkotikaklassade läkemedel	21
Samband mellan sysselsättning och narkotikaanvändning	22
Samband mellan sysselsättning och cannabisanvändning	22
Samband mellan sysselsättning och användning av övrig narkotika	23
Samband mellan sysselsättning och användning av icke-förskrivna narkotikaklassade läkemedel	23
Narkotikaanvändning och sämre allmän, psykisk och fysisk hälsa	24
Narkotikaanvändning och andelen med sämre hälsa	24
Användningsfrekvens av narkotika och andelen med sämre hälsa	24
Användningsfrekvens av narkotika och risken för sämre hälsa	25
Sambandet mellan att ha någon i sitt liv som använder narkotika eller icke-förskrivna narkotikaklassade läkemedel och sämre hälsa	25
Andelen med sämre hälsa hos de som har någon i sitt liv som använder narkotika eller icke-förskrivna narkotikaklassade läkemedel	25
Sambandet mellan att ha någon i sitt liv som använder narkotika eller icke-förskrivna narkotikaklassade läkemedel och sämre hälsa	26
Andelen med sämre hälsa hos de som påverkats negativt av att ha någon i sitt liv som använder narkotika eller icke-förskrivna narkotikaklassade läkemedel	27
Sambandet mellan att ha påverkats negativt av att ha någon i sitt liv som använder narkotika eller icke-förskrivna narkotikaklassade läkemedel och en sämre hälsa	27
Diskussion	29
Vanligare med frekvent bruk av narkotika bland personer med låg jämfört med hög socioekonomisk position	29
De som använde narkotika ofta hade sämre hälsa	29
De som hade någon i sitt liv som använde narkotika hade själva sämre hälsa	29
Bilden av narkotikaanvändning påverkas av hur användningen studeras	30
Svagheter i studien	30
Slutsatser	31
Referenser	33

Bilaga..... 34

Ordlista

Chi2-test	Ett statistiskt test som ofta används i enkätundersökningar för att undersöka om det finns ett mönster i hur olika grupper svarar, eller om skillnader beror på slumpen. Man utgår från en s.k. nollhypotes, att de skillnader man observerar beror på slumpen, och testar en mothypotes, att det finns ett mönster mellan grupper.
Justering	En metod som används för att ta hänsyn till underliggande faktorer som kan tänkas samvariera med både en utfallsvariabel och en förklarande variabel, och därmed förklara sambandet mellan dem. Resultaten efter justering skall tolkas som sambandet mellan utfallsvariabel och förklarande variabel, oberoende de faktorer man justerat för.
Logistisk regression	Används för att undersöka om det finns ett samband mellan en utfallsvariabel som är dikotom (antar bara två värden) och en förklarande variabel (som kan anta flera värden). Det vanligaste måttet på samband i en logistisk regressionsmodell är oddskvot.
Oddskvot	Oddskvoter (OR, eng. odds ratio) används för att skatta samband mellan variabler, om utfallsvariabeln är dikotom. Ett odds är sannolikheten för att någonting ska inträffa, delat med sannolikheten för att det inte ska inträffa. En oddskvot är i sin tur kvoten mellan två odds (oddstal). En oddskvot med värdet 1 innebär ingen skillnad mellan de grupper som jämförs. När en grupp har en oddskvot som är större än 1 har den gruppen en större risk, jämfört med en jämförelsegrupp. Är oddskvoten mindre än 1 innebär det att risken för gruppen är mindre.
Standardisering	Standardisering innebär att grupper med en viss egenskap görs jämförbara, till exempel att grupper med samma socioekonomiska position görs jämförbara med avseende på ålders- och könsfördelning. Standardisering görs för att man skall kunna jämföra grupper och få fram skillnader som inte beror de faktorer man standardiserar för. Det kan ju finnas betydligt fler yngre personer i en grupp än i en annan och narkotikaanvändning är vanligare bland yngre personer än bland äldre personer.

Sammanfattning

Rapporten baseras på data från en riksrepresentativ befolkningsundersökning av cirka 11 500 personer i åldern 17–84 år från 2017. Narkotikaanvändning mättes både totalt och separat för olika typer av narkotikaklassade substanser. Tre olika indikatorer på socioekonomisk position användes: utbildning, inkomst och sysselsättning. Självskattad allmän, fysisk och psykisk hälsa studerades i relation till dels egen narkotikaanvändning, dels att vara närstående till personer som använder narkotika. Eftersom studien är en tvärsnittsstudie går det inte att uttala sig om riktningen på de samband vi ser och dra slutsatser om orsakssamband. Vidare kan det inte uteslutas att bakomliggande faktorer som inte hanterats i våra statistiska analyser förklarar sambanden.

Det var vanligare att ha använt narkotika minst en gång under de senaste 12 månaderna bland personer med låg socioekonomisk position, oberoende av vilket mått på socioekonomi som används. Efter standardisering för kön och ålder framgick att narkotikaanvändning var vanligare bland personer med högst grundskoleutbildning (16 procent) jämfört med personer med högskoleutbildning (9 procent). Det var även vanligare bland personer som saknade arbete eller personer som var sjukskrivna (15 procent), jämfört med personer som var i arbete (9 procent). Narkotikaanvändning var även vanligare bland personer i den lägsta inkomstpercentilen, jämfört med i den högsta inkomstpercentilen. Bland de 20 procent som hade lägst inkomst uppgav 14 procent att de använt minst en narkotikaklassad substans eller icke-förskrivet narkotikaklassat läkemedel under de senaste 12 månaderna. I den högsta inkomstpercentilen var motsvarande andel 8 procent.

Personer med låg socioekonomisk position använde narkotika oftare än personer med hög socioekonomisk position. Personer med som högst grundskoleutbildning utgjorde 12 procent av befolkningen, och stod för 30 procent av alla användningstillfällen. Personer med gymnasieutbildning utgjorde 45 procent av befolkningen och stod för 42 procent av alla användningstillfällen, och personer med högskoleutbildning utgjorde 43 procent av befolkningen och stod för 27 procent av alla användningstillfällen.

Det fanns även ett samband mellan narkotikaanvändning och en sämre självskattad hälsa hos både personer som använde narkotika och hos deras närstående. I denna studie var sambandet mellan att använda icke-förskrivna narkotikaklassade läkemedel och en sämre självskattad hälsa starkast, jämfört med användning av cannabis respektive övriga narkotikaklassade substanser (kokain, ecstasy, amfetamin, heroin, opium, hallucinogener). Särskilt dåligt mårde personer som använde narkotika ofta. Användning av narkotikaklassade läkemedel var relaterad till en sämre självskattad hälsa oberoende av socioekonomiska faktorer.

Personer som hade någon i sitt liv som använde narkotika eller icke-förskrivna narkotikaklassade läkemedel uppgav en sämre hälsa än befolkningen i övrigt. Även här var sambandet starkare för narkotikaklassade läkemedel än för andra typer av narkotika

Summary

Narcotics use and its negative consequences in Sweden, studies of socioeconomic differences and self-rated health among users and among those with users in their life

This report is based on data from a survey study in 2017 of close to 11,500 individuals aged 17–84 years who were representative of the Swedish general population. Narcotics use was measured in terms of total consumption as well as separately for different types of narcotics. Three different indicators were used for socioeconomic status – education, income, and employment. Self-rated general health, physical health, and psychological health were studied in relation to narcotics use and in relation to having somebody who uses narcotics in your vicinity. As the study was cross-sectional it is not possible to comment on the direction of correlations and draw conclusions regarding causality. Furthermore, it is not possible to rule out the possibility that underlying factors which were not included in the statistical analysis may explain the correlations.

It was found to be more common to have used narcotics at least once during the past twelve months in groups with low socioeconomic status, regardless of which indicator for socioeconomic status that was used. When the results were standardised in terms of sex and age, narcotics use was found to be most common in the group with the lowest education (16 per cent) compared to the group with tertiary education (9 per cent). It was also more common among those who were unemployed or on sick leave (15 per cent), compared to those who were employed (9 per cent). Narcotics use was also common in the lowest income percentile, compared to the highest income percentile. Out of the 20 per cent who earned the least, 14 per cent reported that they had used at least one type of narcotic and/or non-prescribed pharmaceutical drugs that are classified as narcotics once or more during the last 12 months. In the highest income percentile the corresponding share was 8 per cent.

Individuals with low socioeconomic status used narcotics more frequently than those with higher socioeconomic status. Individuals with at most a primary school education accounted for 12 per cent of the population and 30 per cent of the total number of instances of narcotics use. Individuals with secondary education accounted for 45 per cent of the population and 42 per cent of all instances of narcotics use, and individuals with tertiary education accounted for 43 per cent of the population and 27 per cent of all instances of narcotics use.

There was a correlation between narcotics use and a negative self-rated health for both among those who had used narcotics users and among individuals in their vicinity. In this study, the strongest correlation with a negative self-rated health was seen for the use of non-prescribed pharmaceutical drugs that are classified as narcotics were associated with the greatest negative effect on self-rated individual health, compared to cannabis use and use of other types of narcotics (cocaine,

ecstasy, amphetamine, opium, hallucinogens). Those who used narcotics often rated their health particularly negatively. Use of pharmaceutical drugs that are classified as narcotics were correlated with more negatively self-rated health regardless of socioeconomic factors.

It was more common with a negative self-rated health among individuals with who had somebody in their vicinity who used narcotics or non-prescribed pharmaceutical drugs that are classified as narcotics, experienced higher risk of negative self-rated health compared to the general population. Here, as well, the correlation was stronger for pharmaceutical drugs than for other types of narcotics.

Bakgrund

Narkotikaanvändning medför ökade risker för skador ur både ett medicinskt och ett socialt perspektiv, och både sjukligheten och dödligheten är större bland personer som använder narkotika jämfört med i övriga befolkningen. Skador av narkotikaanvändning kan uppkomma akut eller efter en tids användning. Det är flera faktorer som påverkar vilka negativa hälsoeffekter som kan uppkomma, inklusive mängd, typ och frekvens av narkotikaanvändning, samt det allmänna hälsotillståndet hos den som brukar. Att använda opioider, att använda narkotika ofta och i höga doser, att använda i unga åldrar, att injicera och att använda flera olika substanser samtidigt är speciellt förknippat med förhöjda risker för ohälsa, skador och dödsfall. Utöver risker för ohälsa finns också en ökad risk för andra negativa konsekvenser av bruket som t.ex. stigma, utanförskap och marginalisering, lägre utbildningsnivå och begränsade möjligheter till försörjning samt kriminalitet relaterat till droganvändandet. Problemen påverkar inte bara dem som använder narkotika utan även deras familjer och samhället i stort. Det finns även en betydande samsjuklighet i form av psykisk ohälsa och beroendesjukdom (1).

Det har tidigare konstaterats att bland personer 17–84 år i Sverige har nästan 14 procent någon i sitt liv som använder narkotika och ungefär 7 procent någon som använder narkotikaklassade läkemedel utan förskrivning under en aktuell 12-månadersperiod (3). Analyser av svenska register visar att barn till föräldrar som vårdats på sjukhus på grund av en beroendediagnos av narkotika eller narkotikaklassade läkemedel, har ökad risk i ung vuxen ålder för tidig död, psykisk ohälsa, beroende och kontinuerligt behov av försörjningsstöd på grund av kronisk sjukdom eller funktionshinder (4). Svenska studier som fokuserar på föräldrar till vuxna barn med narkotikaproblem har också visat att 19 procent av föräldrarna har varit utsatta för fysiskt våld av sina barn (5) och att de i hög grad rapporterar en negativ inverkan på relationer, socialt liv och psykisk hälsa (6). För att få en bättre bild av narkotikarelaterade problem i samhället är det därför angeläget att studera hälsan ur ett befolkningsperspektiv hos de som har någon i sin närhet som använder narkotika. I arbetet för att uppnå en god och jämlik hälsa är det även angeläget med mer kunskap om hur narkotikaanvändningen varierar mellan olika socioekonomiska grupper i den vuxna befolkningen i Sverige.

Syfte

Syftet var att undersöka samband mellan socioekonomisk position och narkotikaanvändning, prevalens av allmän, psykisk och fysisk ohälsa i relation till användningsmönster och samband mellan att ha personer i sitt liv som använder narkotika och självskattad hälsa.

De övergripande frågeställningarna, och relaterade delfrågeställningar, var:

- Finns det socioekonomiska skillnader i narkotikaanvändning i Sverige?
 - Finns det skillnader mellan olika socioekonomiska grupper i narkotikaanvändning totalt och för olika typer av narkotikaklassade substanser (uppdelat på cannabis, icke-förskrivna narkotikaklassade läkemedel samt övriga narkotikaklassade substanser)?
 - Finns det skillnader mellan olika socioekonomiska grupper i hur ofta narkotika används totalt och för olika typer av narkotikaklassade substanser?
 - Står olika socioekonomiska gruppers andel av narkotikaanvändningen i proportion till deras storlek i befolkningen?
- Har personer som använder narkotika en högre risk för sämre hälsa och hur varierar risken mellan olika typer av narkotika och användningsfrekvens?
 - Har personer som använder narkotika en sämre psykisk och fysisk hälsa än befolkningen i stort?
 - Hur påverkas risken för ohälsa av hur ofta narkotika används och av vilken typ av narkotika det handlar om?
 - Är risken för ohälsa jämfört med befolkningen i stort högre när man justerar för skillnader i socioekonomi, rökning samt intensivkonsumtion av alkohol?
- Har närstående till personer som använder narkotika en högre risk för sämre hälsa och hur varierar risken mellan olika typer av narkotika?

Metod

Data

Materialet utgjordes av data som samlades in 2017 genom undersökningen [Vanor och konsekvenser](#). Urvalet inkluderade alla 17–84 år som var folkbokförda i Sverige, baserat på data från Statens personadressregister. Svarspersonerna kontaktades via brev och fick välja mellan att svara på den medföljande pappersenkäten eller svara på samma frågor på webben. Totalt svarade 11 514 personer på enkäten, vilket motsvarar en svarsfrekvens på 44 procent.

Mått

Socioekonomisk position

Tre olika mått på socioekonomisk position användes i analyserna: utbildningsnivå, inkomstnivå och sysselsättning. För att dessa mått ska vara tillförlitliga i en analys krävs att individerna har hunnit uppnå en mer slutlig socioekonomisk position (exempelvis i form av utbildningsnivå), och att de har kvar sin socioekonomiska position (exempelvis i form av sysselsättning) och inte gått i pension. Därför exkluderades de äldsta och yngsta i urvalet som användes för att analysera sambandet mellan socioekonomi och narkotikaanvändning, som därmed avgränsades till 6 810 individer 25–64 år.

1. För *utbildning* användes respondentens högsta genomförda utbildning som indikator på socioekonomisk position, uppdelat på följande undergrupper:
2. högst grundskola (grundskola, folkskola, realskola eller likande, även ej avslutad), i rapporten benämnd ”grundskoleutbildning”
3. högst gymnasium (2–4-årigt gymnasium eller folkhögskola), i rapporten benämnt ”gymnasieutbildning”

minst universitet/högskola, i rapporten benämnt ”högscoleutbildning”.

Inkomst mättes som månadsinkomst i tusen kronor före skatt, vilken delades in i fem lika stora grupper (kvintiler) från de 20 procent som hade lägst inkomst till de 20 procent som hade högst inkomst. Medelinkomsten i respektive grupp var

1. 14 000 (median 15 000)
2. 26 000 (median 26 000)
3. 31 000 (median 30 000)
4. 38 000 (median 38 000)
5. 116 000 (median 59 000).

Måttet *sysselsättning* delades in i tre grupper:

1. personer som var i arbete (anställda, egna företagare, hemarbetande/skötte hushållet eller föräldralediga/tjänstlediga)

2. personer som studerade
3. personer som stod utanför arbetsmarknaden (som saknade arbete, var långtidssjukskrivna eller hade sjuk-/aktivitetsersättning).

Givet att urvalet begränsades till individer över 25 år bör man beakta att de studiedeltagare som studerade inte är en representativ grupp för alla studerande i Sverige, då många avslutat sina universitets- eller högskolestudier i denna ålder.

Narkotikaklassade substanser och total narkotikaanvändning

Användningen studerades utifrån tre olika typer av narkotikaklassade substanser:

1. *cannabis* som är den dominerande formen av narkotika i Sverige
2. *övriga narkotikaklassade substanser* (kokain, ecstasy, amfetamin, heroin, opium, hallucinogener)
3. *icke-förskrivna narkotikaklassade läkemedel* (smärtlindrande eller lugnande).

Narkotikaanvändning mättes som användning av minst en av ovanstående substanser minst en gång under de senaste 12 månaderna. Separata analyser gjordes även för respektive typ av narkotika.

Antal användningstillfällen mättes utifrån en fråga om hur ofta de olika typerna av narkotikaklassade substanser hade använts under de senaste 12 månaderna. Frekvenserna beräknades utifrån medelvärdet i följande svarsalternativ för användning under de senaste 12 månaderna:

- ”1 gång” översattes till 1 gång
- ”2–4” till 3 gånger
- ”5–10” till 7,5 gånger
- ”11–20” till 15,5 gånger
- ”21–50” till 35,5 gånger
- ”minst 50” till 70 gånger.

Mått på självskattad hälsa

I analyserna studerades tre olika mått på hälsa i relation till narkotikaanvändning:

1. ”Hur bedömer du ditt allmänna hälsotillstånd?” (benämnt allmän hälsa)
2. ”Hur bedömer du ditt psykiska välbefinnande?” (benämnt psykisk hälsa)
3. ”Hur bedömer du ditt fysiska välbefinnande?” (benämnt fysisk hälsa).

Svaren kategoriserades i *bra hälsa* utifrån svarsalternativen ”Mycket bra” och ”Bra” och *sämre hälsa* utifrån svarsalternativen ”Någorlunda”, ”Dåligt” och ”Mycket dåligt”.

Andras narkotikaanvändning

Analysen av hälsan hos de som har personer i sitt liv som använder narkotika baserades på tre frågor uppdelat på narkotika och narkotikaklassade läkemedel som tagits utan läkares förskrivning alternativt oftare än vad läkare förskrivit:

1. ”Finns det personer i ditt liv som, under de senaste 12 månaderna, har använt narkotiska preparat (narkotikaklassade läkemedel på ett icke-föreskrivet sätt)?”
2. ”Har personens/personernas användande av preparatet/preparaten (läkemedlet/läkemedlen) påverkat dig negativt på något sätt?”
3. ”Sammantaget, hur mycket har personens/personernas användande av preparatet/preparaten (läkemedlet/läkemedlen) påverkat dig negativt?”.

En lista med exempel på narkotika och narkotikaklassade läkemedel presenterades för svarspersonerna vid respektive fråga. För narkotika inkluderades exempel på cannabis, amfetamin, opiater, hallucinogener, ecstasy och kokain, och för läkemedel inkluderades exempel på smärtstillande medel, sömnmedel och lugnande medel. Svartalternativen för de två första frågorna var ”ja” och ”nej” medan svartalternativet för den tredje frågan var ”mycket” och ”lite”.

Statistisk analys

Analys av narkotikaanvändning

Databearbetning och analyser genomfördes i SAS (version 9.4). Regressionsanalyser användes för att undersöka om skillnaderna i narkotikaanvändning mellan olika nivåer av socioekonomisk position var statistiskt signifikanta på minst 5 procents nivå ($p < 0,05$). Genomgående användes gruppen med högst socioekonomisk position som referensgrupp i analyserna. Det innebär att narkotikaanvändningen i gruppen som har en högskoleutbildning, i gruppen som arbetar och bland de 20 procent som hade högst inkomst, har jämförts med narkotikaanvändningen i övriga socioekonomiska grupper.

Eftersom köns- och åldersfördelningen påverkar skattningarna av hur många som använder narkotika i respektive grupp, undersöktes narkotikaanvändningen givet att grupperna skulle ha identisk köns- och åldersfördelning, s.k. köns- och åldersstandardisering. Beräkningar av köns- och åldersstandardiserade prevalenser, med avseende på att ha använt narkotika under de senaste 12 månaderna, gjordes i STATA (13.1).

Analys av olika socioekonomiska gruppers andel av den totala narkotikaanvändningen (mätt som antal användningstillfällen)

För att beräkna respektive utbildningsgrupps andel av den totala narkotikaanvändningen beräknades antalet användningstillfällen totalt, samt för respektive utbildningsgrupp. Storleken på de olika utbildningsgrupperna i urvalet viktades så att de motsvarade utbildningsgruppernas faktiska storlek bland kvinnor och män i olika åldersgrupper i befolkningen enligt SCB. Med denna viktning blir andelen personer med högskoleutbildning lägre (44 mot 56 procent i urvalet),

andelen med gymnasieutbildning högre (45 mot 36 procent) liksom andelen med grundskoleutbildning (12 mot 8 procent). Efter att materialet viktats kunde olika gruppers andel av det totala antalet användningstillfällen av narkotika i befolkningen beräknas med hjälp av informationen om genomsnittligt antal användningstillfällen i respektive grupp. Vid analys av narkotikaanvändningen i olika inkomstkventiler jämfördes andelen av det totala antalet användningstillfällen i gruppen med de 20 procent som varje inkomstgrupp utgjorde. Grupperna med olika sysselsättning kunde inte göras representativa gentemot befolkningen varför dessa analyser inte viktades.

Analys av hälsoutfall

Logistiska regressionsanalyser användes inledningsvis för att undersöka om skillnaderna i hälsoutfall mellan de som hade använt narkotika minst en gång under de senaste 12 månaderna och övriga var statistiskt signifikanta på minst 5 procents nivå ($p < 0,05$), efter att hänsyn tagits till kön och ålder.

För att skatta sambandet med sämre hälsa vid olika frekvenser av narkotikaanvändning beräknades oddskvoter med logistisk regressionsanalys. Denna typ av analys möjliggör s.k. justering för underliggande faktorer som kan tänkas samvariera med både sämre hälsa och narkotikaanvändning och därmed förklara sambandet. Justering gjordes för socioekonomiska förhållanden, födelseland samt intensivkonsumtion av alkohol och dagligrökning. Det betyder att resultaten som presenteras visar om eventuella samband kvarstår efter hänsyn till fördelningen av de svarandes kön, ålder, socioekonomisk position (utbildning, inkomst och sysselsättning), födelseland (född i Sverige och övriga) och egen substansanvändning (dagligrökning samt intensivkonsumtion av alkohol minst 1 gång i månaden). Intensivkonsumtion av alkohol avser hur ofta svarspersonen vid ett och samma tillfälle hade druckit alkohol så att det minst motsvarade en flaska vin eller motsvarande under de senaste 12 månaderna. Därefter delades de svarande in i fem grupper: dricker ej alkohol, intensivkonsumerar ej, intensivkonsumerar mindre än en gång i månaden, intensivkonsumerar en gång i månaden och intensivkonsumerar en gång i veckan. Internt bortfall, där svarspersonen inte har svarat på någon av frågorna, exkluderades ur analyserna.

Analys av självskattad hälsa hos närstående

Självskattad hälsa presenteras utifrån om de tillfrågade personerna uppgett att de har någon i sitt liv som använder narkotika, respektive icke-förskrivna narkotikaklassade läkemedel. Förekomsten av rapporterad sämre hälsa jämförs mellan de som hade någon i sitt liv som använde narkotika eller läkemedel och alla andra svarspersoner. Resultaten som presenteras är viktade med hänsyn till kön och ålder. Statistiska signifikanstester för att se om grupperna skiljde sig utfördes i ett första steg med s.k. Chi2-tester.

I syfte att skatta om det fanns ett samband mellan en sämre hälsa och att man har någon i sitt liv som använder narkotika eller narkotikaklassade läkemedel beräknades oddskvoter (OR) med logistiska regressionsmodeller.

På liknande sätt som vid analyserna av sambandet mellan narkotikaanvändning och hälsa, justerades analyserna för underliggande faktorer som kunde tänkas förklara sambandet. Analysen tog hänsyn till fördelningen av de svarandes kön, ålder, socioekonomiska position (utbildning och inkomst) och egen substansanvändning (daglig rökning, intensiv konsumtion av alkohol, använt narkotika under de senaste 12 månaderna och använt narkotikaklassade läkemedel utan förskrivning under de senaste 12 månaderna).

Regressionsmodellerna genomfördes i två steg. I modell 1 skattades separata samband mellan sämre hälsa och varje enskild indikator av att ha någon i sitt liv som använde narkotika eller narkotikaklassade läkemedel, justerat för kön och ålder. I modell 2 justerades sambandet ytterligare för socioekonomisk position och egen substansanvändning. En s.k. oddsquot över värdet ett ($> 1,0$) i modell 1 innebär exempelvis att när de svarandes ålder och kön beaktades, framkom en ökad risk för sämre hälsa bland de som hade någon i sitt liv som använder narkotika eller narkotikaklassade läkemedel, jämfört med de som inte hade det.

Resultat

Utbildningsnivå och total narkotikaanvändning

Utbildning som indikator på socioekonomisk position analyserades utifrån de personer som hade högskoleutbildning (referensgrupp), de personer som hade gymnasieutbildning och de personer som hade grundskoleutbildning, i åldersgruppen 25–64 år.

Sambandet mellan utbildningsnivå och andelen som använt narkotika

Den totala andelen som under de senaste 12 månaderna hade använt en narkotikaklassad substans eller ett icke-förskrivet narkotikaklassat läkemedel minst en gång, uppgick till 9,8 procent (bilaga 1, tabell 1). Högst andel, 11,8 procent, hade gruppen med grundskoleutbildning följt av 9,9 procent i gruppen med gymnasieutbildning och 9,4 procent i gruppen med högskoleutbildning. Enbart skillnaden mellan gruppen med grundskoleutbildning och gruppen med högskoleutbildning var statistiskt signifikant.

Efter standardisering för kön och ålder för att isolera effekten av utbildning, ökade andelen som under de senaste 12 månaderna hade använt narkotika i gruppen med grundskoleutbildning till 15,5 procent, medan små förändringar noterades för de andra två utbildningsgrupperna. Standardisering görs för att man skall kunna jämföra grupper och få fram skillnader som inte beror på de faktorer man standardiserar för. I fallet utbildning finns det betydligt fler yngre personer i grupperna med gymnasie- eller högskoleutbildning (medelålder 45 år) än i gruppen med grundskoleutbildning (medelålder 53 år), samtidigt som narkotikaanvändning minskar med ökande ålder.

Samband mellan utbildningsnivå och frekvensen av narkotikaanvändning

Användningsfrekvensen i gruppen som använt narkotika under de senaste 12 månaderna var högst bland personer med grundskoleutbildning, som hade i genomsnitt 30 användningstillfällen under senaste året, jämfört med 17 i gruppen med gymnasieutbildning och 12 i gruppen med högskoleutbildning.

Användningsfrekvensen bland personer med grundskoleutbildning var statistiskt signifikant högre jämfört med personer med högskoleutbildning, men inte statistiskt signifikant högre jämfört med personer med gymnasieutbildning.

Samband mellan utbildningsnivå, andel och frekvens efter viktning

För att ta hänsyn till att bortfallet av svar skiljde sig åt mellan grupperna, och var högst i gruppen med grundskoleutbildning och lägst i gruppen med högskoleutbildning, viktades materialet så att det motsvarade utbildningsgruppernas faktiska storlek i befolkningen enligt SCB. Med denna viktning blir andelen personer med högskoleutbildning lägre (43 mot 56 procent i urvalet), andelen med gymnasieutbildning högre (45 mot 36 procent i urvalet) liksom andelen med grundskoleutbildning (12 mot 8 procent i urvalet).

Efter att materialet viktats kunde den andel av användningstillfällena i studien som respektive grupp stod för sättas i relation till gruppernas faktiska storlek i befolkningen. Gruppen med högst grundskoleutbildning utgjorde 12 procent av befolkningen, och stod för 30 procent av användningstillfällena av narkotika. Gruppen med gymnasieutbildning utgjorde 45 procent av befolkningen och stod för 42 procent av användningstillfällena, och gruppen med högskoleutbildning utgjorde 43 procent av befolkningen och stod för 27 procent av användningstillfällena.

Samband mellan utbildningsnivå och cannabisanvändning

Inga skillnader mellan de olika utbildningsgrupperna noterades i andelen som använt cannabis minst en gång under de senaste 12 månaderna; prevalenserna i samtliga grupper låg på cirka 5 procent (bilaga 1, tabell 2). Efter standardisering för kön och ålder ökade emellertid andelen i gruppen med grundskoleutbildning till drygt 7 procent.

Användningsfrekvensen under de senaste 12 månaderna var högre i gruppen med grundskoleutbildning, med i genomsnitt 29 användningstillfällen, och i gruppen med gymnasieutbildning, 15 användningstillfällen, jämfört med gruppen med högskoleutbildning där användningsfrekvensen i snitt var 10 tillfällen. Enbart skillnaden mellan gruppen med grundskoleutbildning och gruppen med högskoleutbildning var statistiskt signifikant.

På samma sätt som i analysen för samtlig narkotika viktades urvalet så att gruppernas storlek i studien motsvarade utbildningsgruppernas faktiska fördelning i befolkningen. Då framkom att gruppen med grundskoleutbildning, som utgjorde 12 procent av befolkningen enligt SCB, stod för 30 procent av användningstillfällena. Gruppen med gymnasieutbildning utgjorde 45 procent av befolkningen och stod för 41 procent av användningstillfällena, och gruppen med högskoleutbildning utgjorde 43 procent av befolkningen och stod för 29 procent av användningstillfällena.

Samband mellan utbildningsnivå och användning av övriga narkotikaklassade substanser

Andelen i befolkningen 25–64 år som använt andra narkotikaklassade substanser än cannabis under de senaste 12 månaderna uppgick i genomsnitt till 2,5 procent, och det fanns inga signifikanta skillnader mellan utbildningsgrupperna (bilaga 1, tabell 3). Efter standardisering för kön och ålder ökade emellertid andelen i gruppen med grundskoleutbildning till 3,5 procent.

Det fanns en tendens till mer frekvent användning i grupperna med grundskoleutbildning och gymnasieutbildning (i genomsnitt 24 respektive 11 användningstillfällen senaste året) jämfört med gruppen med högskoleutbildning (6,5 användningstillfällen), men endast skillnaden i

användningsfrekvens mellan gruppen med grundskoleutbildning och gruppen med högskoleutbildning statistiskt signifikant.

Därefter analyserades hur stor andel av användningen grupperna stod för i relation till deras faktiska storlek i befolkningen. När urvalet viktades framkom att gruppen med gymnasieutbildning stod för flest användningstillfällen (47 procent) följt av gruppen med grundskoleutbildning (31 procent) och gruppen med högskoleutbildning (22 procent). Samtliga av dessa skillnader var statistiskt signifikanta. När hänsyn togs till gruppernas storlek sågs dock samma tendens som i övriga analyser: att gruppen med grundskoleutbildning stod för fler användningstillfällen i relation till gruppens storlek, och gruppen med högskoleutbildning för färre användningstillfällen i relation till gruppens storlek.

Samband mellan utbildningsnivå och användning av icke-förskrivna narkotikaklassade läkemedel

Andelen användare av icke-förskrivna narkotikaklassade läkemedel under de senaste 12 månaderna var högst i gruppen med grundskoleutbildning, och uppgick till 9,0 procent jämfört med 5,4 och 4,4 procent i grupperna med gymnasie- respektive högskoleutbildning (bilaga 1, tabell 4). Användningen bland personer med högskoleutbildning var signifikant lägre än i grupperna med lägre utbildningsnivå med kontroll för skillnader i kön och ålder. Standardisering avseende ålder och kön påverkade inte andelarna nämnvärt.

Användningsfrekvensen tenderade att vara högre bland personer med grundskoleutbildning (i genomsnitt 18 gånger senaste året) följt av gruppen med gymnasieutbildning (12 gånger) och gruppen med högskoleutbildning (11 gånger). Dessa skillnader var dock inte statistiskt signifikanta.

Därefter analyserades hur stor andel av användningen grupperna stod för i relation till deras faktiska storlek i befolkningen 25–64 år. När urvalet viktades stod gruppen med gymnasieutbildning för fler användningstillfällen (42 procent) än personer med högskoleutbildning och personer med grundskoleutbildning (29 procent vardera). I förhållande till gruppernas storlek i befolkningen stod gruppen med högst grundskoleutbildning således för fler användningstillfällen än förväntat, medan det motsatta gällde för grupperna med gymnasie- respektive högskoleutbildning.

Samband mellan inkomst och total narkotikaanvändning

Fokus i redovisningen av inkomst som indikator på socioekonomisk position ligger på att jämföra de 20 procent som hade lägst inkomst med övriga inkomstgrupper, särskilt med de 20 procent som hade högst inkomst (referensgrupp). Jämförelserna avser åldersgruppen 25–64 år.

Gruppen som hade lägst inkomst hade en högre andel som använt narkotika under de senaste 12 månaderna (13,6 procent) än övriga inkomstgrupper (8,0–9,6 procent) (bilaga 1, tabell 5). Även antalet användningstillfällen var högre i gruppen

med lägst inkomst, med i genomsnitt 23 tillfällen under de senaste 12 månaderna. I övriga inkomstgrupper var det 11–17 tillfällen. Både andelen som använt narkotika och användningsfrekvensen var statistiskt signifikant högre i gruppen med lägst inkomst, jämfört med gruppen med högst inkomst.

Den högre andelen som använt narkotika och den högre användningsfrekvensen i gruppen med lägst inkomst ledde till att denna grupp stod för 41 procent av samtliga användningstillfällen, medan den utgjorde 20 procent av urvalet. De 20 procent som hade högst inkomst stod för 11 procent av samtliga användningstillfällen.

Samband mellan inkomst och cannabisanvändning

Gruppen med lägst inkomst hade högst andel personer som använt cannabis under de senaste 12 månaderna (8,0 procent), men skillnaden mot övriga inkomstgrupper (4,2–4,9 procent) var inte statistiskt signifikant (bilaga 1, tabell 6). Cannabis användes signifikant oftare i gruppen med lägst inkomst (i genomsnitt 17 gånger senaste året), medan frekvensen i övriga inkomstgrupper var 8–15 användningstillfällen. Användningsfrekvensen var statistiskt signifikant högre i gruppen med lägst inkomst, jämfört med gruppen med högst inkomst. En högre förekomst av personer som använt narkotika i kombination med en högre frekvens av bruk gjorde att gruppen med lägst inkomst stod för 44 procent av samtliga användningstillfällen, medan övriga inkomstgrupper varierade mellan 10 och 19 procent. Skillnaden i användningstillfällen mellan de med högst och lägst inkomst var statistiskt signifikant. Lägst andel av samtliga användningstillfällen hade gruppen med högst inkomst, 10 procent.

Samband mellan inkomst och användning av övrig narkotika

De 20 procent som hade lägst inkomst hade högst andel (4,2 procent) som använt övrig narkotika, exklusive cannabis, under de senaste 12 månaderna (bilaga 1, tabell 7). I övriga inkomstgrupper var det 1,9–2,6 procent (tabell 8). Denna skillnad i andel var dock inte statistiskt signifikant.

Gruppen med lägst inkomst använde dessa substanser signifikant oftare, med i genomsnitt 16 användningstillfällen senaste året mot 3–12 användningstillfällen i övriga inkomstgrupper. Användningsfrekvensen var statistiskt signifikant högre i gruppen med lägst inkomst jämfört med gruppen med högst inkomst, även efter justering för skillnader i kön och ålder. Gruppen med lägst inkomst stod för 53 procent av samtliga användningstillfällen, medan andelen för övriga inkomstgrupper varierade mellan 5 och 21 procent.

Samband mellan inkomst och användning av icke-förskrivna narkotikaklassade läkemedel

Andelen som använde narkotikaklassade läkemedel utan förskrivning av läkare var statistiskt signifikant högre i gruppen med lägst inkomst (6,8 procent) mot 4,1–4,9 procent i övriga grupper (bilaga 1, tabell 8).

Användningsfrekvensen var också signifikant högre, med i genomsnitt 15 användningstillfällen senaste året mot 9–13 användningstillfällen i övriga grupper. Gruppen med lägst inkomst stod sammantaget för 41 procent av samtliga användningstillfällen, medan övriga gruppers andelar varierade mellan 11 och 19 procent.

Samband mellan sysselsättning och narkotikaanvändning

Sysselsättning som indikator på socioekonomisk position analyserades utifrån de personer som var i arbete (referensgrupp), de personer som studerade och de personer som saknade arbete eller var sjukskrivna, i åldersgruppen 25–64 år.

Andelen som använt minst en narkotikaklassad substans under de senaste 12 månaderna var högst bland personer som studerade (20 procent) följt av personer som saknade arbete eller som var sjukskrivna (13 procent) (bilaga 1, tabell 9). Andelen som använde narkotika var statistiskt signifikant högre i dessa grupper jämfört med de som arbetade (9 procent), även efter justering för skillnader i kön och ålder. Efter att materialet standardiserats för kön och ålder blev förekomsten av narkotikaanvändning dock något högre i gruppen som saknade arbete (15 procent) och lägre bland personer som studerade (13 procent). Skillnaden beror på att det finns fler yngre personer i gruppen som studerar jämfört med gruppen som saknade arbete eller var sjukskrivna, samtidigt som narkotikaanvändning minskar med ökande ålder. När det gäller gruppen som är i arbete blir effekterna av köns- och åldersstandardisering små.

Högst användningsfrekvens hade personer som saknade arbete eller var sjukskrivna (i genomsnitt 35 användningstillfällen senaste året) följt av personer som studerade (15 användningstillfällen), skattningar som var signifikant högre än i gruppen som arbetade (14 användningstillfällen). Efter justering för skillnader i kön och ålder var användningsfrekvensen signifikant högre bland de som saknade arbete eller var sjukskrivna och personer som studerade jämfört med personer som arbetade.

Samband mellan sysselsättning och cannabisanvändning

Andelen som använt cannabis minst en gång under de senaste 12 månaderna var högst bland personer som studerade, 13 procent, mot 4,6 procent hos personer som arbetade och 4,9 procent hos personer som saknade arbete eller var sjukskrivna (bilaga 1, tabell 10). Dessa skillnader var dock inte statistiskt signifikanta. Efter att resultaten köns- och åldersstandardiserats ökade förekomsten av cannabisanvändning i gruppen som saknade arbete till 6,3 procent och mer än halverades bland personer som studerade till ungefär samma nivå (6,2 procent).

I gruppen som använde cannabis var frekvensen av cannabisanvändning statistiskt signifikant högre bland de som saknade arbete eller var sjukskrivna (i genomsnitt 25 användningstillfällen senaste året) jämfört med referensgruppen personer som var i arbete (12 användningstillfällen). Personer som studerade och använde cannabis hade i genomsnitt 13 användningstillfällen.

Samband mellan sysselsättning och användning av övrig narkotika

Vad gäller sambandet mellan sysselsättning och användning av övriga narkotikaklassade substanser utom cannabis var andelen personer i åldern 25–64 år som använt narkotika under de senaste 12 månaderna i genomsnitt 2,6 procent, med högst andel i gruppen personer som studerade (8,6 procent) följt av personer som saknade arbete eller var sjukskrivna (2,9 procent) och personer som arbetade (2,3 procent) (bilaga 1, tabell 11). Dessa skillnader var inte statistiskt signifikanta.

Efter standardisering för kön och ålder blev förekomsten av narkotikaanvändning högre i gruppen som saknade arbete, samtidigt som den mer än halverades i gruppen som studerade (3,7 procent i båda grupperna). En högre förekomst av narkotikaanvändning i gruppen med personer som studerade innan resultaten standardiserats var kopplat till att de hade en lägre medelålder och att narkotikabruk är vanligare bland yngre.

Sett till medelfrekvens var användningen högst i gruppen med personer som saknade arbete eller var sjukskrivna (i genomsnitt 37 användningstillfällen senaste året) följt av personer som studerade (4 användningstillfällen) och personer som var i arbete (9 användningstillfällen). Den högre användningsfrekvensen i gruppen som saknade arbete eller var sjukskrivna var statistiskt signifikant skild från gruppen som arbetade (referensgruppen).

Samband mellan sysselsättning och användning av icke-förskrivna narkotikaklassade läkemedel

Analysen av sambandet mellan sysselsättning och användning av icke-förskrivna narkotikaklassade läkemedel visade att högst andel användare fanns i gruppen som saknade arbete eller var sjukskrivna (8,3 procent under de senaste 12 månaderna) följt av personer som studerade (7,3 procent) och personer som arbetade (4,7 procent) (bilaga 1, tabell 12). Skillnaden mellan prevalensen hos de som saknade arbete eller var sjukskrivna och de som arbetade var statistiskt signifikant. Standardisering för ålder och kön påverkade inte resultaten nämnvärt, även om prevalensen sjönk med en procentenhet bland gruppen personer som studerade.

Även användningsfrekvensen uppvisade ett liknande mönster och var statistiskt signifikant högre bland de som saknade arbete eller var sjukskrivna än bland de som arbetade. Bland personer som hade använt narkotikaklassade läkemedel utan förskrivning, hade de som saknade arbete eller var sjukskrivna använt dessa vid i genomsnitt 26 användningstillfällen under de senaste 12 månaderna, jämfört med 12 användningstillfällen bland personer som studerade och 10 användningstillfällen bland personer som arbetade.

Narkotikaanvändning och sämre allmän, psykisk och fysisk hälsa

Narkotikaanvändning och andelen med sämre hälsa

I studiens andra del undersöktes sambandet mellan narkotikaanvändning och hälsa i befolkningen 17–84 år. Det är viktigt att påpeka att det med denna typ av studie inte är möjligt att avgöra om ett påvisat samband är ett orsakssamband. Initialt jämfördes andelen med självskattad sämre allmän, psykisk och fysisk hälsa hos personer som hade använt cannabis, övriga narkotikaklassade substanser respektive narkotikaklassade läkemedel utan förskrivning minst en gång under de senaste 12 månaderna med personer som inte använt sådana substanser (bilaga 1, tabell 13).

Störst skillnad i allmän hälsa noterades för de som använt narkotikaklassade läkemedel där andelen med sämre hälsa uppgick till 31 procent, mot 19 procent i gruppen som inte använt icke-förskrivna narkotikaklassade läkemedel. Skillnaden var statistiskt signifikant med hänsyn till olikheter i ålder och kön mellan grupperna. Skillnaden i allmän hälsa var betydligt mindre när personer som använde cannabis och andra narkotikaklassade substanser jämfördes med personer som inte använt sådana substanser, med en skillnad på ca 2 procentenheter.

Även när det gäller sämre psykisk hälsa var skillnaden störst vid jämförelse mellan de som använde icke-förskrivna narkotikaklassade läkemedel (36 procent) och de som inte gjorde det (18 procent). Andelen med sämre psykisk hälsa var ca 10 procentenheter högre bland de som använde cannabis och andra narkotikaklassade substanser, jämfört med de som inte gjorde det.

Mönstret för skillnader i sämre fysisk hälsa mellan de som använde narkotika och de som inte gjorde det, liknar mönstret för sämre allmän hälsa, med störst skillnad för gruppen som använde icke-förskrivna narkotikaklassade läkemedel.

Användningsfrekvens av narkotika och andelen med sämre hälsa

Analysen av andelen som rapporterade sämre allmän, psykisk och fysisk hälsa gjordes även med narkotikaanvändningen indelad i fem olika kategorier utifrån hur många gånger man använt narkotika under de senaste 12 månaderna: ingen gång, 1 gång, 2–4 gånger, 5–20 gånger och 21 gånger eller mer (bilaga 1, tabell 14-16).

Det fanns ingen statistiskt signifikant skillnad i andelen som rapporterade sämre hälsa mellan de som inte använt och de som använt cannabis eller övriga narkotikaklassade substanser upp till 20 gånger för något mått av hälsa. Bland de som använt sådana substanser mer än 20 gånger de senaste 12 månaderna fanns dock en signifikant högre andel som rapporterade sämre hälsa, enligt samtliga tre hälsomått. Särskilt stor andel med sämre hälsa fanns i gruppen som använt övriga narkotikaklassade substanser mer än 20 gånger, där mer än hälften rapporterade dålig psykisk och fysisk hälsa.

Motsvarande analys utifrån icke-förskrivna narkotikaklassade läkemedel visade ett starkare samband mellan användning av sådana läkemedel och sämre hälsa för alla mått på hälsa än för övriga substanser (även om det, som tidigare påpekats, inte går att avgöra om det rör sig om ett faktiskt orsakssamband). Gruppen med högst användningsfrekvens hade också högst andel med dålig hälsa – 60 procent hade sämre psykisk hälsa, 65 procent hade sämre fysisk hälsa och 52 procent hade sämre allmän hälsa.

Användningsfrekvens av narkotika och risken för sämre hälsa

I tabell 14-16 (bilaga 1) redovisas också hur sambandet mellan sämre hälsa och användning av narkotika påverkas av olika användningsfrekvenser, efter att hänsyn tagits till skillnader i de svarandes kön, ålder, utbildning, inkomst, sysselsättning, födelse land, daglig rökning samt intensivkonsumtion av alkohol.

Vid analys av cannabisanvändning gick det inte att se något statistiskt signifikant samband med en sämre hälsa efter justering, men i den grupp som använt cannabis vid mer än 20 tillfällen fanns en tendens till ett starkare samband mellan cannabisanvändning och sämre allmän och fysisk hälsa. För övriga narkotikaklassade substanser var mönstret likartat, med skillnaden att ett statistiskt signifikant samband med sämre psykisk hälsa fanns bland de som använt dessa substanser vid mer än 20 tillfällen.

Resultaten för sambandet mellan användning av icke-förskrivna narkotikaklassade läkemedel och sämre hälsa förändrades inte nämnvärt när analysen tog hänsyn till fler faktorer än ålder och kön. Det fanns ett statistiskt signifikant samband både för sämre allmän hälsa, sämre fysisk hälsa och sämre psykisk hälsa när användningen översteg 4 tillfällen de senaste 12 månaderna. Starkast samband med sämre hälsa fanns vid en användningsfrekvens på över 20 tillfällen de senaste 12 månaderna. Som tidigare påpekats avses ej orsakssamband.

Sambandet mellan att ha någon i sitt liv som använder narkotika eller icke-förskrivna narkotikaklassade läkemedel och sämre hälsa

I befolkningen 17–84 år var det nästan dubbelt så vanligt att ha någon i sitt liv som använder narkotika (13,7 procent) jämfört med narkotikaklassade läkemedel (7,3 procent) (bilaga 1, tabell 17). Vidare uppgav 3,6 procent att de påverkats negativt av att ha någon i sitt liv som använder narkotika och 2,5 procent att de påverkats negativt av någon som använder icke-förskrivna narkotikaklassade läkemedel.

Andelen med sämre hälsa hos de som har någon i sitt liv som använder narkotika eller icke-förskrivna narkotikaklassade läkemedel

Bland de som hade någon i sitt liv som använder narkotika var andelen med sämre psykisk hälsa 28 procent, jämfört med 17 procent bland de som inte hade någon i sitt liv som använder narkotika. För den allmänna respektive fysiska hälsan

framkom inga statistiskt signifikanta skillnader mellan grupperna (bilaga 1, tabell 19-21).

Bland de som hade någon i sitt liv som använder icke-förskrivna narkotikaklassade läkemedel var alla mått på självskattad hälsa statistiskt signifikant sämre jämfört med de som inte hade någon i sitt liv som använder sådana substanser (bilaga 1, tabell 19-21). Störst var skillnaden för psykisk hälsa, där andelen med sämre hälsa var 29 procent bland de som hade någon i sitt liv som använder narkotikaklassade läkemedel, jämfört med 18 procent bland de som inte hade det, följt av 36 procent jämfört med 26 procent för sämre fysisk hälsa, och 24 procent jämfört med 19 procent för sämre allmän hälsa.

Sambandet mellan att ha någon i sitt liv som använder narkotika eller icke-förskrivna narkotikaklassade läkemedel och sämre hälsa

Sambandet mellan att ha någon i sitt liv som använder narkotika respektive icke-förskrivna narkotikaklassade läkemedel och en sämre hälsa skattades med två olika logistiska regressionsmodeller. Den ena modellen tog hänsyn till skillnader i de svarandes ålder och kön, och den andra till skillnader i de svarandes ålder, kön, socioekonomiska position (inkomst och utbildning) och egna substansvanor (rökning, intensivkonsumtion av alkohol, narkotika och narkotikaklassade läkemedel). Resultaten från analyserna är presenterade i form av oddskvoter, och finns beskrivna i mer detalj i tabell 19-21 bilaga 1. När en grupp har en oddskvot som är större än 1 har den gruppen en större risk för det aktuella utfallet, jämfört med en jämförelsegrupp.

I samtliga analyser gick det att se ett samband mellan att ha någon i sitt liv som använder narkotika och en sämre hälsa. Sambandet var statistiskt signifikant för samtliga tre hälsoutfall (allmän, psykisk och fysisk hälsa). Det gällde både den analys som enbart tog hänsyn till skillnader i de svarandes ålder och kön, och den analys som tog hänsyn till skillnader i de svarandes ålder, kön, socioekonomiska position och egna substansvanor. Styrkan på sambanden var lägre i den andra modellen, som beaktade flest faktorer. Där var oddskvoterna 1,35 för sämre allmän hälsa, 1,32 för sämre psykisk hälsa och 1,26 för sämre fysisk hälsa (bilaga 1, tabell 19-21).

Även sambandet mellan att ha någon i sitt liv som använder icke-förskrivna narkotikaklassade läkemedel och en sämre hälsa var signifikant för samtliga tre hälsoutfall, i den analys som tog hänsyn till skillnader i de svarandes ålder och kön. När de svarandes ålder, kön, socioekonomiska position och egna substansvanor beaktades var endast utfallet sämre fysisk hälsa fortfarande signifikant, med en oddskvot på 1,35.

Andelen med sämre hälsa hos de som påverkats negativt av att ha någon i sitt liv som använder narkotika eller icke-förskrivna narkotikaklassade läkemedel

Personer som hade påverkats negativt av någon i sitt liv som använt narkotika eller icke-förskrivna narkotikaklassade läkemedel uppgav oftare en sämre hälsa jämfört med övriga (bilaga 1, tabell 22-24). Med övriga avses här de som inte hade någon i sitt liv som använt narkotika respektive icke-förskrivna narkotikaklassade läkemedel. Jämförelsen mellan de som påverkats negativt av att ha någon i sitt liv som använder narkotika och övriga visade att skillnaden var störst för sämre psykisk hälsa (34 procent jämfört med 18 procent) och minst för sämre allmän hälsa (24 procent jämfört med 19 procent) (bilaga 1, tabell 22-23). Vidare uppgav 39 procent av de som påverkats negativt av att ha någon i sitt liv som använder narkotika en sämre fysisk hälsa, jämfört med 26 procent bland övriga (bilaga 1, tabell 24).

Även vad gäller att ha påverkats negativt av att ha någon i sitt liv som använder icke-förskrivna narkotikaklassade läkemedel var skillnaden jämfört med övriga störst för sämre psykisk hälsa, 35 procent jämfört med 18 procent). För sämre fysisk hälsa var skillnaden 40 jämfört med 26 procent, och för sämre allmän hälsa 29 procent jämfört med 19 procent.

För att fånga in i vilken mån omfattningen av den negativa påverkan hade betydelse studerades även de som uppgav att de har påverkats *mycket* negativt av att ha någon i sitt liv som använder narkotika eller icke-förskrivna narkotikaklassade läkemedel (bilaga 1, tabell 25-27). Jämförelsegruppen var de som *inte* påverkats mycket negativt av att ha någon i sitt liv som använder narkotika respektive icke-förskrivna narkotikaklassade läkemedel (här benämnt ”övriga”). Vad gäller de som påverkats mycket negativt av att ha någon i sitt liv som använder narkotika var skillnaden mot övriga personer störst för fysisk hälsa, där 51 procent av de som påverkats mycket negativt uppgav en sämre fysisk hälsa jämfört med 26 procent bland övriga. För sämre psykisk hälsa var motsvarande andelar 36 procent jämfört med 18 procent, och för sämre allmän hälsa 29 procent jämfört med 19 procent.

Vad gäller de som påverkats mycket negativt av att ha någon i sitt liv som använder icke-förskrivna narkotikaklassade läkemedel var skillnaden mot övriga personer störst för psykisk hälsa, där 42 procent av de som påverkats mycket negativt uppgav en sämre psykisk hälsa jämfört med 18 procent bland övriga. För sämre fysisk hälsa var motsvarande andelar 48 procent jämfört med 26 procent, och för sämre allmän hälsa 29 procent jämfört med 19 procent.

Sambandet mellan att ha påverkats negativt av att ha någon i sitt liv som använder narkotika eller icke-förskrivna narkotikaklassade läkemedel och en sämre hälsa

För både narkotika och icke-förskrivna narkotikaklassade läkemedel, gick det att se ett samband mellan att ha påverkats negativt av att ha någon i sitt liv som använder sådana substanser och en sämre hälsa. Sambanden var statistiskt signifikanta för

samtliga tre hälsoutfall (allmän, psykisk och fysisk hälsa), i den analys som tog hänsyn till skillnader i de svarandes ålder och kön. I den analys som beaktade de svarandes ålder, kön, socioekonomiska position och egna substansvanor kvarstod sambanden, men var svagare jämfört med den analys som enbart beaktat ålder och kön. Sambandet mellan att ha påverkats negativt av att ha någon i sitt liv som använder narkotika och en sämre psykisk hälsa, var dock inte längre statistiskt signifikant. I övrigt varierade oddskvoterna mellan som lägst 1,51 och som högst 1,89, i den analys som tog hänsyn till flest faktorer (bilaga 1, tabell 22-24).

Det gick även att se ett samband mellan att ha påverkats *mycket* negativt av att ha någon i sitt liv som använder narkotika eller icke-förskrivna narkotikaklassade läkemedel och en sämre hälsa (bilaga 1, tabell 25-27). Det gällde samtliga hälsoutfall i de analyser som tog hänsyn till skillnader i de svarandes ålder och kön. Sambanden med en sämre fysisk hälsa kvarstod, men försvagades, när de svarandes ålder, kön, socioekonomiska position och egna substansvanor beaktades. Detsamma gällde sambandet med en sämre psykisk hälsa hos de som påverkats mycket negativt av att ha någon i sitt liv som använder narkotika, medan motsvarande samband för icke-förskrivna narkotikaklassade läkemedel inte längre var statistiskt signifikant. För sämre allmän hälsa kvarstod inte heller sambanden.

Diskussion

Vanligare med frekvent bruk av narkotika bland personer med låg jämfört med hög socioekonomisk position

Även om majoriteten i befolkningen inte använder narkotika oavsett socioekonomisk position, var det vanligare att använda narkotika i grupper med låg socioekonomisk position jämfört med hög socioekonomisk position. Framför allt framkom att de personer som använde narkotika i grupper med låg socioekonomisk position, använde narkotika oftare än de som använde narkotika i grupper med hög socioekonomisk position. Detta gällde oavsett hur socioekonomisk position definierades och för alla substanser som studerats i denna rapport.

De som använde narkotika ofta hade sämre hälsa

Det var vanligare att uppges en sämre allmän, psykisk och fysisk hälsa bland personer som använt narkotika under de senaste 12 månaderna jämfört med personer som inte använt narkotika. Det gäller samtliga typer av narkotikaklassade substanser som studerades i undersökningen. Ett genomgående resultat var att andelen med sämre hälsa var störst i gruppen som använde narkotika ofta. Detta mönster var tydligast för användning av icke-förskrivna narkotikaklassade läkemedel och övrig narkotika, men sämre hälsa fanns också i gruppen som använt cannabis.

I Sverige har antalet narkotikarelaterade DALYs (förlorade friska år på grund av sjukdom eller för tidig död) skattats till 1,7 procent av sjukdomsördan 2019 (7). Både sjuklighet och dödlighet är större bland personer som använder narkotika jämfört med i övriga befolkningen (2). Eftersom vår studie inhämtade information om narkotikaanvändning och självskattad hälsa vid samma tidpunkt, kan det emellertid också handla om ett omvänt orsakssamband, exempelvis att narkotikaanvändning sker bland personer som redan har sämre allmän, psykisk eller fysisk hälsa. Vidare kan det inte uteslutas att bakomliggande faktorer som vi inte beaktat i våra statistiska analyser förklarar sambandet mellan ohälsa och narkotikaanvändning.

De som hade någon i sitt liv som använde narkotika hade själva sämre hälsa

De som hade någon i sitt liv som använde narkotika uppgav oftare sämre allmän, psykisk och fysisk hälsa jämfört med befolkningen i övrigt. Samma tendens noterades för de som hade någon i sitt liv som använde icke-förskrivna narkotikaklassade läkemedel. Sambanden försvagades efter hänsyn till individens egna substansvanor och socioekonomiska position, men de kan också vara en konsekvens av den närståendes narkotikabruk. Risken för hälsoproblem ökade ytterligare för de som uppgav att de ”påverkats mycket negativt”.

Bilden av narkotikaanvändning påverkas av hur användningen studeras

En viktig observation är att de socioekonomiska mönstren varierade beroende på om det var *andelen* som använt narkotika eller *hur ofta* narkotika användes som studerades. Utan ett mått på användningsfrekvens finns en risk att användningens omfattning i lägre socioekonomiska grupper i den vuxna befolkningen underskattas och att skillnader i användning i olika grupper inte fångas.

Eftersom narkotikaanvändning är vanligare bland yngre är det viktigt att ta hänsyn till ålder för att få fram den reella effekten av socioekonomi. Sambandet ser emellertid olika ut beroende på vilken indikator på socioekonomi som används. Exempelvis har gruppen personer som studerar en lägre medelålder än övriga grupper som studerades, och prevalensen av cannabisbruk bland gruppen personer som studerade mer än halverades när hänsyn togs till ålder. Personer med lägre utbildningsnivå var å andra sidan i genomsnitt äldre, varvid narkotikaanvändningen i denna grupp ökade när effekten av utbildningsnivå oberoende av ålder studerades.

Sambanden mellan narkotikaanvändning och allmän, psykisk och fysisk ohälsa blev svagare efter justering för socioekonomiska faktorer och annan substansanvändning, vilket visar att narkotikaanvändning i många fall samvarierar med andra riskfaktorer för ohälsa. Det är dock viktigt att beakta att statistiska analyser som justerar för faktorer som är en konsekvens av narkotikaanvändning riskerar att underskatta styrkan i sambandet, s.k. överjustering. Den ökade risken för ohälsa var störst vid användning av icke-förskrivna narkotikaklassade läkemedel, där även de som använt sådana minst 5 gånger under de senaste 12 månaderna hade en statistiskt signifikant förhöjd risk för ohälsa. Motsvarande analyser av frekvensen av bruket för de som använde cannabis och övrig narkotika visade på statistiskt signifikanta samband med ohälsa för de som använt sådana substanser mer än 20 gånger de senaste 12 månaderna, vilket tyder på att socioekonomisk position och annan substansanvändning här spelar större roll för hälsan jämfört med de som använt icke-förskrivna narkotikaklassade läkemedel.

Vad gäller att ha påverkats mycket negativt av att ha någon i sitt liv som använder narkotika, pekar resultatet på att en betydande del av sambandet förklaras av olikheter i socioekonomisk position och egna substansvanor. När hänsyn togs till dessa faktorer var den ökade risken för allmän och psykisk ohälsa bland de som påverkats mycket negativt inte längre statistiskt signifikant. Tilläggsanalyser visar att det generellt var när skillnader i egen daglig rökning mellan gruppen som har påverkats mycket negativt och övriga beaktades i modellerna som sambanden inte längre var statistiskt signifikanta.

Svagheter i studien

Eftersom studien är en tvärsnittsundersökning går det inte att dra några slutsatser om orsakssamband. Dessutom kan det finnas andra faktorer som samvarierar med användning av narkotika, allmän, psykisk och fysisk hälsa samt utsatthet för andras

narkotikaanvändning, som denna studie inte tog hänsyn till. Vidare baseras resultaten på en befolkningsundersökning, vilket innebär att grupper med störst narkotikaanvändning och mest hälsoproblem, som personer som saknar bostad, sannolikt är underrepresenterade. Detta bortfall innebär i sin tur att sämre hälsa kopplad till narkotikaanvändning sannolikt underskattas i denna studie. Trots att analyserna av respektive utbildningsgrupps andel av narkotikaanvändningen viktades för att ta hänsyn till bortfallet är det troligt att överrepresentationen av användningstillfällen i grupper med låg socioekonomisk position är större än vad som visats.

Jämförelserna i sig baserades också enbart på *andelen* som använder narkotika (prevalens) och hur *ofta* användningen sker (frekvens). Det saknas en skattning av kvantiteten, det vill säga *hur stor mängd* narkotika som användes. Svårigheten att mäta den faktiska mängden använd narkotika är en generell svaghet inom epidemiologisk narkotikaforskning, så även i denna studie.

Vad gäller påverkan på hälsan hos personer som har någon i sitt liv som använder narkotika, är en begränsning att studien inte kan särskilja vare sig vilken typ av narkotika som använts, eller vilken relation svarspersonen hade till den person som använder narkotikan. Det går inte heller att urskilja om den självskattade ohälsan varierar uppdelat på hur ofta problemen förekommer eller på olika typer av konsekvenser som uppstått från andras narkotika och/eller läkemedelsanvändning.

Slutligen bör man beakta att resultaten i studien är avgränsade till åldersspannet 25–64 år för analyserna som avser samband med socioekonomi, och 17–84 år i analyserna om sambanden med sämre hälsa samt effekter på närstående. Vidare studier behövs för att klarlägga hur det ser ut i dessa åldersspann.

Slutsatser

Denna studie visar att det är vanligare med en mer frekvent, och därmed mer problematisk, användning av narkotika eller icke-förskrivna narkotikaklassade läkemedel i grupper med låg socioekonomisk position, jämfört med grupper med hög socioekonomisk position. Personer som använder narkotika eller icke-förskrivna narkotikaklassade läkemedel uppgav en sämre allmän, psykisk och fysisk hälsa, vilket framför allt gällde de som använder sådana substanser ofta. I analyser av olika typer av narkotika återfanns de högsta nivåerna av en sämre självskattad hälsa bland personer som använder icke-förskrivna narkotikaklassade läkemedel, jämfört med personer som använde cannabis och övrig narkotika. Det gällde även i analyser som tog hänsyn till andra riskfaktorer för ohälsa som lägre socioekonomisk position, intensivkonsumtion av alkohol och daglig rökning. Också de som hade någon i sitt liv som använder narkotika eller icke-förskrivna narkotikaklassade läkemedel hade en högre risk att rapportera problem med sin allmänna, psykiska och fysiska hälsa.

Resultaten antyder att vissa socioekonomiska grupper använder både mer och mindre narkotika än vad som skulle förväntas utifrån deras andel av befolkningen.

Mer kunskap behövs därför om vilka risk- och skyddsfaktorer som är relevanta för olika grupper, så att dessa kan beaktas i det förebyggande arbetet. Resultaten visar också att människor närstående till personer som använder narkotika kan behöva stöd för att hantera de negativa konsekvenserna för den egna hälsan denna narkotikaanvändning medför.

Referenser

1. Socialstyrelsen. Kartläggning av samsjuklighet i form av psykisk ohälsa och beroendeproblematik. Stockholm: Socialstyrelsen; 2019.
2. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende: stöd för styrning och ledning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2019.
3. Sundin E, Landberg J, Ramstedt M. Negativa konsekvenser av alkohol, narkotika och tobak: en studie med fokus på beroende och problem från andras konsumtion i Sverige 2017. Stockholm: Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning (CAN); 2018. CAN rapport 174.
4. Hjern A, Arat A, Vinnerljung B. Att växa upp med föräldrar som har missbruksproblem eller psykisk sjukdom: hur ser livet ut i ung vuxen ålder? Rapport 4 från projektet "Barn som anhöriga" från CHES, Stockholms universitet/Karolinska Institutet i samarbete med Institutionen för socialt arbete vid Stockholms universitet. Kalmar: Författarna och Nationellt kompetenscentrum anhöriga; 2014. Nka Barn som anhöriga 2014:4.
5. Johnson B, Richert T, Svensson B. Physical violence and property damage towards parents, committed by adult children with drug problems. *J Fam Violence*. 2020. doi:10.1007/s10896-020-00181-1.
6. Richert T, Johnson B, Svensson B. Being a parent to an adult child with drug problems: negative impacts on life situation, health, and emotions. *J Fam Issues*. 2018;39(8):2311–35. doi.org/10.1177/0192513X17748695.
7. Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). GBD 2019. GBD Compare VizHub. Seattle, WA: IHME, University of Washington; 2020 [citerad 12 februari 2021]. Hämtad från: <http://ihmeuw.org/5di7>.

Bilaga

Bilagorna nedan är bifogade i denna fil som är optimerad för Internet Explorer och Acrobat Reader DC. Dubbelklicka på gomet bredvid respektive bilaga för att öppna den. Alternativt öppnar du menyn för bifogade filer i din pdf-läsare och klickar på rätt bilaga där. Beroende på program och inställningar kan du behöva ladda ner filen först.



Bilaga 1 Tabeller

Folkhälsomyndigheten är en nationell kunskapsmyndighet som arbetar för en bättre folkhälsa. Det gör myndigheten genom att utveckla och stödja samhällets arbete med att främja hälsa, förebygga ohälsa och skydda mot hälsohot. Vår vision är en folkhälsa som stärker samhällets utveckling.



Folkhälsomyndigheten

Solna Nobels väg 18, 171 82 Solna. **Östersund** Forskarens väg 3. Box 505, 831 26 Östersund.

www.folkhalsomyndigheten.se