



Folkhälsomyndigheten

# Alkohol- och narkotikaberoende

Förekomst, överlappning och demografiska skillnader enligt register över öppen- och slutenvård, läkemedelsuttag, sjuk- eller aktivitetsersättning och lagförda brott





# Alkohol- och narkotikaberoende

Förekomst, överlappning och demografiska skillnader enligt register över öppen- och slutenvård, läkemedelsuttag, sjuk- eller aktivitetsersättning och lagförda brott

## **Bindningar och jäv**

För Folkhälsomyndighetens egna experter och sakkunniga som medverkat i rapporter bedöms eventuella intressekonflikter och jäv inom ramen för anställningsförhållandet.

När det gäller externa experter och sakkunniga som deltar i Folkhälsomyndighetens arbete med rapporter kräver myndigheten att de lämnar skriftliga jävsdeklarationer för potentiella intressekonflikter eller jäv. Sådana omständigheter kan föreligga om en expert t.ex. fått eller får ekonomisk ersättning från en aktör med intressen i utgången av den fråga som myndigheten behandlar eller om det finns ett tidigare eller pågående ställningstagande eller engagemang i den aktuella frågan på ett sådant sätt att det uppkommer misstanke om att opartiskheten inte kan upprätthållas.

Folkhälsomyndigheten tar därefter ställning till om det finns några omständigheter som skulle försvåra en objektiv värdering av det framtagna materialet och därmed inverka på myndighetens möjligheter att agera sakligt och opartiskt. Bedömningen kan mynna ut i att experten kan anlitas för uppdraget alternativt att myndigheten föreslår vissa åtgärder beträffande expertens engagemang eller att experten inte bedöms kunna delta i det aktuella arbetet.

De externa experter som medverkat i framtagandet av denna rapport har inför arbetet i enlighet med Folkhälsomyndighetens krav lämnat en deklARATION av eventuella intressekonflikter och jäv. Folkhälsomyndigheten har därefter bedömt att det inte föreligger några omständigheter som skulle kunna äventyra myndighetens trovärdighet. Jävsdeklarationerna och eventuella kompletterande dokument utgör allmänna handlingar som normalt är offentliga. Handlingarna finns tillgängliga på Folkhälsomyndigheten.

---

Denna titel kan laddas ner från: [www.folkhalsomyndigheten.se/publicerat-material/](http://www.folkhalsomyndigheten.se/publicerat-material/).

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, 2019.

Artikelnummer: 19092

## Om publikationen

Folkhälsomyndigheten har av regeringen i uppdrag att verka för nationell samordning, följa utvecklingen och bidra med kunskapsstöd inom området alkohol, narkotika, dopning och tobak (ANDT-området). I alla delar av arbetet ska aspekter av jämlikhet i hälsa beaktas och främjas.

Syftet med studien som presenteras i denna rapport är att kartlägga hur alkohol- och narkotikaberoende registreras i hälso- och sjukvården och av myndigheter, och om det finns demografiska skillnader i registren. Med beroende avses här alkohol- och narkotikabruk som är så omfattande och problematiskt att det har fångats upp i nationella register, medan demografiska data avser ålder, kön, födelseland, utbildningsnivå och civilstånd.

Resultaten kan bidra till exempelvis identifiering av målgrupper för det förebyggande arbetet och till analys av konsekvenser av alkohol- och narkotikaberoende för olika grupper i befolkningen. Detta är en förutsättning för det förebyggande arbetet för en mer jämlik hälsa. Målgruppen är tjänstemän och politiker, forskare och praktiker som är verksamma inom ANDT-området vid myndigheter, kommuner, akademien och andra organisationer.

Arbetet med studien har genomförts av doktor Anna-Clara Hollander som skrivit rapporten och doktor Andreas Lundin som gjort analyserna i forskargruppen Epidemiology of Psychiatric Conditions, Substance use and Social environment (EPICSS) vid Karolinska Institutet. Docent Anna-Karin Danielsson och professor Christina Dalman, i samma forskargrupp, har löpande lämnat synpunkter. Ansvarig utredare vid Folkhälsomyndigheten har varit Ulrika Owen vid enheten för samordning och analys ANDT, och ansvariga enhetschefer har varit Joakim Strandberg vid enheten för drogprevention och Anna Månsdotter vid enheten för samordning och analys ANDT.

Folkhälsomyndigheten

Anna Bessö

Avdelningschef, avdelningen för livsvillkor och levnadsvanor



# Innehåll

Om publikationen .....	5
Förkortningar .....	9
Ordlista .....	10
Sammanfattning .....	11
Summary .....	12
Bakgrund .....	13
Syfte och frågeställningar .....	15
Metod .....	16
Population .....	16
Datakällor .....	16
Definition av indikation på alkohol- och narkotikaberoende .....	17
Alkoholberoende .....	17
Narkotikaberoende .....	17
Bakgrundsinformation .....	17
Statistiska analyser .....	18
Resultat .....	19
Beskrivning av populationen .....	19
Förekomst av och demografiska skillnader i alkoholberoende .....	19
Förekomst och demografiska skillnader i narkotikaberoende .....	22
Sammanfattning av resultaten .....	26
Indikation på alkoholberoende .....	26
Indikation på narkotikaberoende .....	27
Diskussion .....	28
Resultaten i kontext .....	28
Metodologisk diskussion .....	29
Slutsats .....	30
Referenser .....	31





# Förkortningar

95 procent konfidensintervall	95 % KI
Brottsförebyggande rådet	Brå
Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders	DSM
Epidemiology of Psychiatric Conditions, Substance use and Social Environment	EPiCSS
International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems	ICD
Longitudinell integrationsdatabas för sjukförsäkrings- och arbetsmarknadsstudier	LISA
Longitudinell databas för integrationsstudier	STATIV
Oddsquot	OR
Psykatri Sverige	PS
Register över totalbefolkningen	RTB
Statistiska centralbyrån	SCB

# Ordlista

Dikotom variabel	Den egenskap (variabel) som studeras antar bara två värden, t.ex. ja/nej.
Konfidensintervall	Det intervall som med viss säkerhet täcker populationens faktiska (sanna) värde.
Korrelation	Anger styrka och riktning i ett samband mellan två eller flera variabler.
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.
Phi-korrelationskoefficient	Beskriver sambandets riktning och styrka mellan två dikotoma variabler. Det anges på en skala mellan 1 och -1, där 0 innebär att det inte finns någon korrelation alls.

## Sammanfattning

Folkhälsomyndigheten har undersökt hur alkohol- och narkotikaberoende, eller indikationer på sådant beroende, registreras i hälso- och sjukvården och av myndigheter, och om det finns några demografiska skillnader i registren. I den här rapporten gäller det alkohol- och narkotikabruk som är så omfattande och problematiskt att det har fångats upp i sluten- och öppenvårdsregistret, läkemedelsregistret, Försäkringskassans register eller Brås register över vissa lagförda brott. Vi jämför förekomsten av beroende utifrån kön, ålder, födelseland, utbildningsnivå och civilstånd.

Registren visar olika resultat när det gäller hur stor andel i befolkningen som har en indikation på beroende. Dessutom överlappar grupperna endast delvis i de olika registren, så andelen ökar om registren läggs samman. Andelen med alkoholberoende ökar med 60 procent för män och 66 procent för kvinnor om alla register används, jämfört med endast de register som visar högst förekomst. För narkotikaberoende är ökningen 45 procent för män och 80 procent för kvinnor. Sammanlagda register inkluderar fler yngre, fler som är födda utrikes, fler personer med högre utbildning och fler gifta jämfört med om man enbart använder vårdregister.

Bilden av förekomsten av alkohol- och narkotikaberoende i befolkningen blir alltså mer heltäckande och nyanserad om man använder flera register samtidigt: register över vårdkonsumtion, läkemedelsuttag, sjuk- eller aktivitetsersättning och lagförda brott. Detta är värdefull kunskap i det förebyggande arbetet med målet att få ökad jämlikhet i hälsa.

## Summary

This report presents a study on how the healthcare system and the authorities register alcohol and drug dependence, or indications of such dependence, and whether there are demographic variations in the registers. The definition of dependence is use that is extensive and problematic enough to be observed by the registers of inpatient and outpatient care (National Board of Health and Welfare), the Swedish Prescribed Drug Register (National Board of Health and Welfare), the registers of sickness and activity benefits (Swedish Social Insurance Agency), or the registers on persons found guilty of offenses (Swedish National Council for Crime Prevention). The demographic variables considered are gender, age, birth country, education, and civil status.

The results show that the prevalence of an indication of alcohol or drug dependence varies between the registers. However, the overlap between demographic groups with an indication of dependence is only partial, which means that the prevalence of alcohol and drug dependence increases when all registers are considered together. The prevalence of alcohol dependence increases by 60 percent among men and 66 percent among women if all registers are used compared to solely using those registers with the highest prevalence. For drug dependence, the corresponding prevalence increases by 45 percent among men and by 80 percent among women. Merged registers include more young people and persons born abroad, as well as more persons with higher education and married people, as compared to solely using the health registers.

By concurrently using registers on healthcare, prescribed drugs, sickness and activity benefits, and convicted offenses, we get a more comprehensive and nuanced picture of the prevalence of alcohol and drug dependence in the population. This is valuable knowledge in prevention activities aimed at increased equity in health.

## Bakgrund

Alkoholkonsumtion och narkotikabruk kan innebära ökad risk för skador, förtidig död och andra negativa konsekvenser i befolkningen (1). Dessutom skiljer sig alkohol- och narkotikarelaterade risker mellan grupper i befolkningen baserat på till exempel kön, socioekonomiska förhållanden och födelseland (2-4). Det finns också indikationer på att negativa konsekvenser av alkohol- och narkotikabruk identifieras på olika sätt av samhällets aktörer, vilket också kan vara problematiskt ur perspektivet jämlikhet i hälsa (5).

För att beskriva alkohol- och narkotikarelaterad problematik används olika mått, begrepp och definitioner (1). Denna studie fokuserar på bruk som är så omfattande och problematiskt att det har fångats upp i nationella register, och det kommer att beskrivas med termerna alkohol- eller narkotikaberoende. Enligt International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10:e upplagan (ICD-10) (6), har alkohol- och narkotikaberoende sex möjliga kriterier: sug, kontrollförlust, prioritering av alkoholkonsumtion framför andra aktiviteter, fortsatt intag trots negativa effekter, ökad tolerans och abstinens. För att en person ska beskrivas som alkohol- eller narkotikaberoende enligt ICD-10 ska tre av sex kriterier vara uppfyllda under det senaste året (6).

Enligt en studie från 2013 uppfyller i genomsnitt 4 procent av befolkningen i Sverige minst tre kriterier för alkoholberoende. Bland 19–25-åringar är förekomsten högre (runt 11 procent) och i denna grupp finns ingen statistisk skillnad mellan kvinnor och män, vilket finns i alla andra åldersgrupper (2). Studier visar att det finns sociala skillnader i alkohol- och narkotikaberoende i Sverige, där riskerna skiljer sig åt mellan män och kvinnor, olika åldersgrupper och socioekonomiska grupper (2-4). En undersökning som genomfördes av Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning (CAN) 2017 visade till exempel att det, efter att ha justerat för ålder, sysselsättning och födelseland, var 1,8 gånger vanligare att män i gruppen med lägst utbildningsnivå rapporterade alkoholberoende jämfört med män i gruppen med högst utbildningsnivå. För kvinnor var det till exempel 8 gånger vanligare att rapportera narkotikaberoende i gruppen med lägst inkomst jämfört med gruppen med högst inkomst (7).

För att studera alkohol- och narkotikaberoende i den svenska befolkningen används olika metoder, varav de två vanligaste är enkätundersökningar och registerstudier. Många studier av alkohol- och narkotikaberoende i Sverige är baserade på självrapporterade uppgifter som samlas in via enkäter. Enkätstudier har många fördelar, till exempel att olika grader av beroende kan identifieras eftersom deltagarna i enkätstudier själva beskriver sina eventuella problem, och att det finns möjlighet att studera valda bakgrundsfaktorer på ett ingående sätt. Några problem med enkätstudier är bortfall som är stora och inte hanteras, och att frågorna kan tolkas olika av respondenter. Ytterligare problem är att enkäter ibland kan ställa krav på att respondenter ska minnas något över tid eller besvara känsliga frågor om

tabubelagda ämnen, till exempel sexualvanor eller användning av illegala substanser.

Vad gäller registerstudier har Sverige en lång tradition av att samla in uppgifter om befolkningens hälsa och olika socioekonomiska indikatorer i centrala register, och av att använda uppgifterna för epidemiologisk kartläggning och forskning (8). Svenska hälsoregister bedöms generellt sett som tillförlitliga, men användning av registerdata för att studera alkohol- och narkotikaberoende kan vara problematiskt av olika anledningar (9). Till exempel kan studier av register ge missvisande resultat om de personer som registrerat uppgifterna gjort misstag, om det är en snedvriden utnyttjandegrad mellan grupper, om det finns skillnader i tolkning och praxis vad gäller bedömningar mellan regioner eller om det förekommer fusk bland personer som använder de system som genererar registeruppgifterna.

Patientregistret över slutenvård (slutenvårdsregistret) och specialiserad öppenvård (öppenvårdsregistret) (10) har dock varit och är en viktig källa till kunskap om bestämningsfaktorer för och konsekvenser av alkohol- och narkotikaberoende, utifrån perspektivet att åtminstone svårare fall kräver vård (8, 11, 12). Under senare år har ytterligare register länkats och används i registerstudier av alkohol- och narkotikaberoende såsom vårdregister med diagnoser från husläkarmottagningar (13), Brottsförebyggande rådets (Brås) register över lagförda personer (14) och läkemedelsregistret (15). Det finns dessutom ytterligare register som skulle kunna identifiera personer med alkohol- och narkotikaberoende, exempelvis Försäkringskassans register.

Att förekomma i något av vård- eller myndighetsregistren ovan är inte detsamma som att vara diagnostiserad med alkohol- eller narkotikaberoende, men det kan ses som en indikation på eventuellt alkohol- eller narkotikaberoende. I denna studie kommer därför personer som förekommer i dessa register beskrivas som att de har *en indikation på alkohol- eller narkotikaberoende*.

## Syfte och frågeställningar

Syftet med denna undersökning är att kartlägga förekomst av alkohol- eller narkotikaberoende utifrån indikationer i register hos hälso- och sjukvården och hos myndigheter samt att undersöka om det finns demografiska skillnader i registren.

Undersökningen bygger på följande frågeställningar:

- Vilken är förekomsten av en indikation på alkohol- eller narkotikaberoende i tillgängliga register?
- Hur stor är överlappningen av alkohol- eller narkotikaberoende mellan olika register?
- Vilka skillnader i förekomst av alkohol- och narkotikaberoende finns det mellan registren för olika grupper i befolkningen, utifrån kön, ålder, födelseland, utbildningsnivå och civilstånd?

# Metod

## Population

Underlaget för studien var registerlänkningen Psykiatri Sverige (PS) som är en omfattande registerlänkning av nationella och regionala register, baserat på Register över totalbefolkningen (RTB). PS har skapats i syfte att studera psykisk ohälsa och innehas av forskargruppen Epidemiology of Psychiatric Conditions, Substance use and Social Environment (EPiCSS).

Populationen utgjordes av alla personer i Sverige i åldrarna 20–64 år under år 2006 och identifierades i SCB:s statistikdatabas Longitudinell integrationsdatabas för sjukförsäkrings- och arbetsmarknadsstudier (LISA). Dessa personer följdes sedan upp i olika register vad gällde indikation på alkohol- och narkotikaberoende mellan år 2006 och 2016.

## Datakällor

Från SCB användes RTB, LISA och Longitudinell databas för integrationsstudier (STATIV), från Socialstyrelsen användes patientregistret och läkemedelsregistret, från Försäkringskassan användes register över sjuk- eller aktivitetsersättning och från Brå användes register över lagförda brott.

- RTB används huvudsakligen som ett basregister för statistik rörande befolkningens storlek och sammansättning. I denna studie användes uppgifter om kön, födelseort och ålder.
- LISA är baserat på RTB. I denna studie användes uppgifter om utbildning, och civilstånd.
- STATIV är en longitudinell databas för integrationsstudier. I denna studie användes uppgifter om flyktingstatus.
- Patientregistret är ett register i vilket all vård som sker inom slutenvården (både somatisk och psykiatrisk) och den specialiserade öppenvården måste rapporteras in och registreras. I denna studie användes öppenvårdsregistret och slutenvårdsregistret.
- Läkemedelsregistret är ett register i vilket information om alla läkemedel som hämtas ut mot recept (expedieras) på apotek registreras sedan 2005.
- Register över lagförda brott bygger på de uppgifter som registreras vid Sveriges åklagarkammare och domstolar. Uppgifter om domar levereras elektroniskt till Brå från Polismyndigheten som samlar in dessa uppgifter.
- Försäkringskassans register är ett register över sjuk- och aktivitetsersättning som ingår i Mikrodata för analys av socialförsäkringen (MiDAS). I denna studie användes beviljad aktivitetsersättning (sjukdom eller funktionsnedsättning som förhindrar arbete under minst ett år) eller sjukersättning (sjukdom eller funktionsnedsättning som förhindrar arbete för



all framtid). I tabeller har vi förkortat detta med sjukersättning men avser alltså såväl sjuk- som aktivitetsersättning.

## Definition av indikation på alkohol- och narkotikaberoende

### Alkoholberoende

I sluten- och öppenvårdsregistret och Försäkringskassans register definieras indikation på alkoholberoende i diagnoskapitlet ”Psykiska störningar och beteendestörningar orsakade av alkohol (F10)”.

Från Brås register hämtades information om relevanta alkoholrelaterade brott såsom rattfylleri, grovt rattfylleri eller omhändertagande av berusade personer (lag [1951:649] om straff för vissa trafikbrott, 4 § Rattfylleri respektive 4a § grovt rattfylleri). Eftersom ett av ICD-10 kriterierna för beroende är fortsatt drickande trots negativa effekter räknades det som en registerindikation först när en person hade fler än två domar under samma kalenderår.

Från läkemedelsregistret inhämtades information om förskrivna och uthämtade läkemedel mot alkoholberoende. För alkohol var detta: disulfiram (ATC N07BB01), akamprosat (ATC N07BB03), naltrexon (ATC N07BB04) och nalmefen (ACT N07BB05).

### Narkotikaberoende

I sluten- och öppenvårdsregistret och Försäkringskassans register definierades indikation på narkotikaberoende av ICD-10 kapitel F11–F19, vilket är Psykiska störningar och beteendestörningar orsakade av opioider, cannabis, sedativa och hypnotika, kokain, andra stimulantia, hallucinogener, flyktiga lösningsmedel och flera droger i kombination och av andra psykoaktiva substanser.

Från Brås register hämtades information om narkotikarelaterade domar (narkotikastrafflag [1968:64] respektive lag [1991:1969] om förbud mot vissa dopningsmedel) såsom innehav, bruk eller annan befattning med narkotika. Eftersom ett av ICD-10-kriterierna för beroende är fortsatt användande trots negativa effekter räknades det som en registerindikation först när en person hade fler än två domar under samma kalenderår.

Från läkemedelsregistret inhämtades information om förskrivna och uthämtade läkemedel mot narkotikaberoende (endast medel mot opiatberoende finns tillgängligt): buprenorfin N07BC01, metadon N07BC02, levometadon N07BC05 och buprenorfin, kombinationer N07BC51.

## Bakgrundsinformation

- Kön grupperades som man eller kvinna.
- Ålder grupperades i 20–29 år, 30–39 år, 40–49 år, 50–59 år och 60–65 år.
- Födelseland grupperades i födda i Sverige, födda utrikes och flyktingar som fått uppehållstillstånd av flyktingskäl.

- Utbildningsnivå grupperades enligt svensk utbildningsnomenklatur som förgymnasial, gymnasial och eftergymnasial samt okänd nivå.
- Civilstånd grupperades som gift (inklusive registrerat partnerskap), skild (inklusive avregistrerat partnerskap), änka/änkeman och ogift.

## Statistiska analyser

Förekomst av indikation på alkohol- och narkotikaberoende i register avser kumulativ periodprevalens och redovisas som procent. Samvariation, det vill säga i vilken utsträckning personer med indikation på beroende i ett register förekommer i övriga register eller i något annat register, undersöktes med phi-korrelation för dikotoma variabler. Phi-korrelation tolkas som en skala där korrelationskoefficienten är mellan 1 och -1, där 1 innebär maximal positiv korrelation, 0 är ingen korrelation alls, och -1 är maximal negativ korrelation.

Samband mellan demografiska variabler (ålder, kön, födelseland, utbildningsnivå och civilstånd) och indikation på alkohol- eller narkotikaberoende i olika register undersöktes med logistisk regression och presenterades som oddskvoter (OR, med engelsk akronym) och 95 procents konfidensintervall (KI, eller CI med engelsk akronym). Gruppen som undersöktes var här enbart personer som hade en registerindikation i något register. Frågan gällde om det fanns skillnader mellan demografiska grupper vad gällde sannolikheten att ha en registerindikation i något av de specifika registren. Alla regressionsmodeller justerades för ålder, kön, födelseland, utbildningsnivå och civilstånd.

Projektet och registerlänken är etikprövade och godkända av Regionala etikprövningsnämnden i Stockholm ”Psyisk ohälsa, psykiatrisk sjukdom: förekomst och etiologi”, dnr 2010/1185-31/5, med tilläggsgodkännande dnr 2016/987-31.

# Resultat

## Beskrivning av populationen

Populationen utgjordes av alla personer i Sverige i åldrarna 20–64 år under 2006, totalt 5,45 miljoner individer, vilka också ingår i registerlänknings PS.

Populationen beskrivs i tabell 1 med avseende på kön, födelseland (Sverige, utrikes), utbildning, ålder och civilstånd.

Tabell 1. Karakteristika över populationen (PS) år 2006 i procent (%)

<b>Karakteristika</b>		<b>Sverige- populationen</b>
		(N = 5 453 616)
Kön	Man	50,7
	Kvinna	49,3
Födelseland	Född i Sverige	83,9
	Född utrikes	14,5
	Flykting*	1,7
Utbildning	Förgymnasial	16,3
	Gymnasial	48,1
	Eftergymnasial	33,9
	Saknas	1,7
Ålder	20–29	20,0
	30–39	22,6
	40–49	22,7
	50–59	21,9
	60–65	12,8
Civilstånd	Gift	43,3
	Ogift	43,4
	Skild	12,0
	Änka/änkling	1,3

\*Flykting är av naturliga skäl en delmängd av personer som är födda utrikes men ingår här inte i båda grupperna utan särredovisas.

## Förekomst av och demografiska skillnader i alkoholberoende

Tabell 2 visar förekomsten av en indikation på alkoholberoende, i undergrupper av kön och ålder, i populationen 20–64 år. Sammantaget är det 2,0 procent av kvinnorna och 4,2 procent av männen som förekommer i något av dessa register, och åldersgruppen 50–59 år har högst förekomst i alla register utom Brås register över lagförda brott.

Förekomsten av personer med registerindikation på alkoholberoende under perioden 2006–2016 skiljer sig mellan sluten- och öppenvårdsregister, läkemedelsregistret, Försäkringskassans register och Brås register. Män har

genomgående högre förekomst än kvinnor. Den högsta förekomsten för både män och kvinnor återfinns i läkemedelsregistret (män 2,6 procent, kvinnor 1,2 procent), följt av öppen- och slutenvårdsregistret och Försäkringskassans register. Den lägsta förekomsten återfinns i Brås register. Ökningen om alla register används, jämfört med enbart det med högst förekomst, är 60 procent för män och 66 procent för kvinnor. Förekomsten i de olika åldersgrupperna ökar på motsvarande sätt mellan 24 och 67 procent, med den största ökningen bland personer i åldersgruppen 30–39 år.

Tabell 2. Indikation i procent (%) på alkoholberoende i populationen utifrån kön eller ålder under perioden 2006–2016 i slutenvårdsregistret, öppenvårdsregistret, läkemedelsregistret, Försäkringskassans register och Brås register (N = 5 453 616)

	<b>Sluten-vård</b>	<b>Öppen-vård</b>	<b>Läke-medel</b>	<b>Sjuk-ersättning</b>	<b>Lagförda brott</b>	<b>Något register</b>
Män	<b>1,69</b>	<b>2,37</b>	<b>2,59</b>	<b>0,23</b>	<b>0,06</b>	<b>4,15</b>
Kvinnor	<b>0,75</b>	<b>1,15</b>	<b>1,17</b>	<b>0,11</b>	<b>0,01</b>	<b>1,95</b>
20–29	<b>0,91</b>	<b>1,58</b>	<b>1,10</b>	<b>0,06</b>	<b>0,04</b>	<b>2,59</b>
30–39	<b>0,78</b>	<b>1,33</b>	<b>1,35</b>	<b>0,12</b>	<b>0,03</b>	<b>2,25</b>
40–49	<b>1,27</b>	<b>1,91</b>	<b>2,17</b>	<b>0,24</b>	<b>0,04</b>	<b>3,22</b>
50–59	<b>1,66</b>	<b>2,25</b>	<b>2,57</b>	<b>0,29</b>	<b>0,04</b>	<b>3,91</b>
60–65	<b>1,37</b>	<b>1,67</b>	<b>1,89</b>	<b>0,10</b>	<b>0,02</b>	<b>3,13</b>

Tabell 3 visar samvariationen, det vill säga i vilken utsträckning personer med indikation på alkoholberoende i ett register förekommer i övriga register eller i något annat register. En samvariation på 1 innebär en fullständig överensstämmelse, det vill säga att samtliga personer med indikation på alkoholberoende som förekommer i det ena registret även förekommer i det andra. Registerindikation i sluten- och öppenvårdsregistret och läkemedelsregistret hade den högsta överensstämmelsen (0,54). Samvariationen mellan att ha en indikation i något annat register är störst om personen förekommer i läkemedelsregistret (0,78) och lägst om personen förekommer i Brås register över lagförda brott (0,10).

Tabell 3. Samvariation (phi-korrelationskoefficient) mellan registerindikation på alkoholberoende (perioden 2006–2016) i slutenvårdsregistret, öppenvårdsregistret, läkemedelsregistret, Försäkringskassans register och Brås register (N = 5 453 616)

	<b>Sluten-vård</b>	<b>Öppen-vård</b>	<b>Läke-medel</b>	<b>Sjuk-ersättning</b>	<b>Lagförda brott</b>	<b>Något register</b>
Slutenvård	<b>1</b>	<b>0,54</b>	<b>0,41</b>	<b>0,25</b>	<b>0,04</b>	<b>0,63</b>
Öppenvård		<b>1</b>	<b>0,49</b>	<b>0,22</b>	<b>0,04</b>	<b>0,75</b>
Läkemedel			<b>1</b>	<b>0,22</b>	<b>0,04</b>	<b>0,78</b>
Sjukersättning				<b>1</b>	<b>0,02</b>	<b>0,23</b>
Lagförda brott					<b>1</b>	<b>0,10</b>
Något register						<b>1</b>

Av tabell 4 framgår att de olika registren i olika utsträckning fångar upp indikationer på alkoholberoende i olika delar av befolkningen utifrån ålder, kön, födelse land, utbildningsnivå och civilstånd.

För personer i åldrarna 20–29 år är det mindre vanligt att ha en indikation i de flesta register förutom i öppenvårdsregistret, där det är vanligare för denna grupp och gruppen 40–49 år, jämfört med övriga åldersgrupper. Personer i åldrarna 20–29 år förekommer oftare än andra åldersgrupper i Brås register över lagförda brott. Personer i åldersgrupperna 40–49 och 50–59 år förekommer oftare i öppenvårdsregistret och i läkemedelsregistret.

Kvinnor förekommer oftare i öppenvårdsregistret jämfört med män, men däremot är det ovanligt att kvinnor har en indikation i Brås register. Skillnaderna mellan könen i slutenvårdsregistret och i Försäkringskassans register är små.

Personer som är födda utrikes förekommer oftare i sluten- och öppenvårdsregistret, och det är också vanligare för denna grupp att ha en indikation i Brås register jämfört med personer som är födda i Sverige. Personer som är födda i Sverige förekommer däremot oftare i läkemedelsregistret och i Försäkringskassans register jämfört med personer som är födda utrikes.

Personer med eftergymnasial utbildning förekommer oftare i läkemedelsregistret och öppenvårdsregistret jämfört med övriga utbildningsgrupper. Det är däremot vanligare att ha en indikation i Brås register om personen har en förgymnasial utbildning. Det är också vanligare att personer med förgymnasial utbildning har en indikation i slutenvårdsregistret jämfört med övriga utbildningsgrupper.

Personer som är gifta förekommer oftare i läkemedelsregistret än övriga grupper utifrån civilstånd. Personer som är ogifta eller skilda förekommer i större utsträckning i övriga register jämfört med personer som är gifta.

Tabell 4. Samband mellan demografiska variabler och indikation på alkoholberoende i slutenvårdsregistret, öppenvårdsregistret, läkemedelsregistret, Försäkringskassans register och Brås register, perioden 2006–2016 (N = 5 453 616), Oddsquoter (OR) med övre och undre 95 procents konfidensintervall (KI), justerade för ålder, kön, födelse-land, utbildningsnivå och civilstånd

		Slutenvård	Öppenvård	Läkemedel	Sjuk-ersättning	Lagförda brott
		OR (95 % KI)	OR (95 % KI)	OR (95 % KI)	OR (95 % KI)	OR (95 % KI)
<b>Ålder</b>	<b>20–29</b>	0,62 (0,60–0,65)	1,07 (1,03–1,11)	0,46 (0,45–0,48)	0,30 (0,27–0,34)	1,63 (1,38–1,93)
	<b>30–39</b>	0,67 (0,65–0,69)	1,02 (0,99–1,06)	0,86 (0,83–0,89)	0,70 (0,65–0,75)	1,53 (1,33–1,78)
	<b>40–49</b>	0,87 (0,85–0,90)	1,07 (1,04–1,10)	1,11 (1,08–1,15)	1,01 (0,96–1,07)	1,34 (1,17–1,52)
	<b>50–59</b>	1	1	1	1	1
	<b>60–65</b>	1,09 (1,06–1,13)	0,88 (0,86–0,91)	0,74 (0,72–0,76)	0,43 (0,40–0,46)	0,64 (0,54–0,75)
<b>Kön</b>	<b>Kvinna</b>	0,96 (0,94–0,98)	1,08 (1,06–1,10)	0,88 (0,86–0,90)	0,99 (0,94–1,03)	0,26 (0,22–0,30)
	<b>Män</b>	1	1	1	1	1
<b>Födelse-land</b>	<b>Utrikes</b>	1,15 (1,12–1,19)	1,29 (1,25–1,33)	0,63 (0,61–0,65)	0,77 (0,72–0,83)	1,27 (1,12–1,45)
	<b>Flykting</b>	0,93 (0,83–1,04)	1,25 (1,12–1,40)	0,39 (0,35–0,44)	0,46 (0,34–0,64)	1,28 (0,84–1,97)
	<b>Sverige</b>	1	1	1	1	1
<b>Utbildning</b>	<b>Förgym-nasial</b>	1,17 (1,15–1,20)	1,04 (1,01–1,06)	0,90 (0,88–0,92)	0,80 (0,76–0,84)	1,58 (1,43–1,75)
	<b>Gym-nasial</b>	1	1	1	1	1
	<b>Efter-gymnasial</b>	0,69 (0,67–0,71)	1,06 (1,03–1,09)	1,23 (1,19–1,26)	0,87 (0,82–0,92)	0,59 (0,49–0,70)
	<b>Uppgift saknas</b>	1,30 (1,17–1,43)	0,98 (0,88–1,08)	0,81 (0,73–0,89)	0,40 (0,28–0,58)	1,82 (1,31–2,52)
<b>Civilstånd</b>	<b>Ogift</b>	1,56 (1,52–1,60)	1,39 (1,35–1,43)	0,64 (0,62–0,66)	1,11 (1,05–1,18)	1,29 (1,13–1,48)
	<b>Gift</b>	1	1	1	1	1
	<b>Skild</b>	1,62 (1,58–1,67)	1,39 (1,35–1,42)	0,73 (0,71–0,75)	1,25 (1,18–1,32)	1,56 (1,34–1,81)
	<b>Änka/änkling</b>	1,41 (1,29–1,53)	1,18 (1,09–1,28)	0,79 (0,73–0,86)	1,06 (0,87–1,30)	1,69 (1,06–2,71)

## Förekomst och demografiska skillnader i narkotikaberoende

Tabell 5 visar förekomsten av en registerindikation på narkotikaberoende, i undergrupper av kön och ålder, i populationen (20–64 år). Sammantaget är det 1,1

procent av kvinnorna och 2,5 procent av männen som förekommer i något av dessa register, och åldersgruppen 20–29 år har högst förekomst i alla register utom läkemedelsregistret.

Förekomsten av registerindikation på narkotikaberoende under perioden 2006–2016 är genomgående högre för män än för kvinnor, och för alla register utom läkemedelsregistret avtar förekomsten med ålder. För män återfinns den högsta förekomsten i Brås register (1,7 procent), följt av öppen- och slutenvårdsregistret och läkemedelsregistret. För kvinnor återfinns den högsta förekomsten i öppenvårdsregistret (0,6 procent) följt av slutenvårdsregistret, Brås register och läkemedelsregistret. Både män och kvinnor har lägst förekomst i Försäkringskassans register. För narkotikaberoende ökar förekomsten med 45 procent för män och 80 procent för kvinnor om alla register används i stället för bara det med högst förekomst. Förekomsten i olika åldersgrupper ökar på motsvarande sätt med mellan 30 och 109 procent, med den största ökningen bland personer i åldersgruppen 50–59 år.

Tabell 5. Indikation i procent (%) på narkotikaberoende i populationen utifrån kön eller ålder under perioden 2006–2016 i slutenvårdsregistret, öppenvårdsregistret, läkemedelsregistret, Försäkringskassans register och Brås register (N = 5 453 616)

	Sluten- vård	Öppen- vård	Läke- medel	Sjuk- ersättning	Lagförda brott	Något register
<b>Män</b>	0,74	1,07	0,29	0,09	1,74	2,53
<b>Kvinnor</b>	0,44	0,61	0,19	0,04	0,34	1,10
<b>20–29</b>	1,21	1,71	0,21	0,16	3,20	4,15
<b>30–39</b>	0,74	1,08	0,25	0,10	1,47	2,23
<b>40–49</b>	0,61	0,88	0,25	0,06	0,90	1,73
<b>50–59</b>	0,46	0,67	0,26	0,04	0,57	1,40
<b>60–65</b>	0,21	0,29	0,24	0,01	0,09	0,69

Tabell 6 visar samvariationen för en registerindikation på narkotikaberoende mellan sluten- och öppenvårdsregistret, läkemedelsregistret, Försäkringskassans register och Brås register. En samvariation på 1 innebär en fullständig överensstämmelse, det vill säga att samtliga personer med indikation på narkotikaberoende som förekommer i det ena registret även förekommer i det andra. Registerindikation i sluten- och öppenvårdsregistret har den högsta överensstämmelsen (0,56). Samvariationen mellan att ha en indikation i något annat register är störst om personen förekommer i Brås register över lagförda brott (0,76) och lägst om personen förekommer i Försäkringskassans register över aktivitets- och sjukersättning (0,19).

Tabell 6. Samvariation (phi-korrelationskoefficient) mellan registerindikation på narkotikaberoende (perioden 2006–2016) i slutenvårdsregistret, öppenvårdsregistret, läkemedelsregistret, Försäkringskassans register och Brås register (N = 5 453 616)

	<b>Sluten- vård</b>	<b>Öppen- vård</b>	<b>Läke- medel</b>	<b>Sjuk- ersättning</b>	<b>Lagförda brott</b>	<b>Något register</b>
<b>Slutenvård</b>	1	0,56	0,23	0,20	0,33	0,56
<b>Öppenvård</b>		1	0,27	0,21	0,36	0,68
<b>Läkemedel</b>			1	0,10	0,15	0,36
<b>Sjukersättning</b>				1	0,12	0,19
<b>Lagförda brott</b>					1	0,76
<b>Något register</b>						1

Av tabell 7 framgår att de olika registren i olika utsträckning fångar upp indikationer på narkotikaberoende i olika delar av befolkningen utifrån ålder, kön, födelse-land, utbildningsnivå och civilstånd.

Det är vanligast för personer i åldrarna 20–29 år att förekomma i Brås register över lagförda brott, men även personer i åldrarna 30–49 år förekommer i större utsträckning än äldre åldersgrupper i Brås register. En indikation i Försäkringskassans register är vanligare i åldersgruppen 30–39 år jämfört med övriga åldersgrupper. Personer i åldrarna 60–65 år förekommer i större utsträckning i läkemedelsregistret jämfört med övriga åldersgrupper.

Det är vanligare för kvinnor att förekomma i öppen- och slutenvårdsregistren och läkemedelsregistret jämfört med män. Det är vanligare att män förekommer i Brås register över lagförda brott.

Personer som är födda utrikes med en indikation på narkotikaberoende förekommer oftare i Brås register jämfört med personer som är födda i Sverige. I alla andra register förekommer personer som är födda i Sverige oftare.

Personer med förgymnasial utbildning förekommer i något större utsträckning än övriga utbildningsgrupper i alla register, förutom Försäkringskassans register. Personer med eftergymnasial utbildning förekommer i större utsträckning jämfört med övriga utbildningsgrupper i Försäkringskassans register och har lägst förekomst bland samtliga utbildningsgrupper i Brås register.

Personer som är ogifta eller skilda förekommer oftare i slutenvårdsregistret och i Brås register jämfört med övriga grupper utifrån civilstånd. Personer som är gifta förekommer mycket oftare än övriga civilståndsgrupper i läkemedelsregistret.



Tabell 7. Samband mellan demografiska variabler och indikation på narkotikaberoende i slutenvårdsregistret, öppenvårdsregistret, läkemedelsregistret, Försäkringskassans register och Brås register, perioden 2006–2016 (N = 5 453 616), Oddskvoter (OR) med övre och undre 95 procent konfidensintervall (KI), justerade för ålder, kön, födelse-land, utbildningsnivå och civilstånd

		<b>Slutenvård</b>	<b>Öppenvård</b>	<b>Läkemedel</b>	<b>Sjuk- ersättning</b>	<b>Lagförda brott</b>
		OR (95 % KI)	OR (95 % KI)	OR (95 % KI)	OR (95 % KI)	OR (95 % KI)
<b>Ålder</b>	<b>20–29</b>	0,86 (0,82–0,90)	0,77 (0,74–0,80)	0,26 (0,24–0,28)	1,74 (1,53–1,97)	3,82 (3,64–4,01)
	<b>30–39</b>	1,07 (1,02–1,12)	1,05 (1,01–1,09)	0,57 (0,54–0,61)	2,00 (1,78–2,26)	2,57 (2,46–2,69)
	<b>40–49</b>	1,13 (1,08–1,18)	1,13 (1,09–1,18)	0,73 (0,69–0,77)	1,49 (1,32–1,68)	1,61 (1,54–1,69)
	<b>50–59</b>	1	1	1	1	1
	<b>60–65</b>	0,86 (0,81–0,91)	0,74 (0,70–0,78)	1,97 (1,85–2,09)	0,33 (0,26–0,42)	0,25 (0,23–0,27)
<b>Kön</b>	<b>Kvinna</b>	1,61 (1,56–1,66)	1,69 (1,64–1,74)	1,27 (1,22–1,32)	1,07 (1,00–1,16)	0,22 (0,22–0,23)
	<b>Man</b>	1	1	1	1	1
<b>Födelse- land</b>	<b>Utrikes</b>	0,72 (0,69–0,75)	0,74 (0,71–0,76)	0,73 (0,69–0,77)	0,58 (0,52–0,64)	1,38 (1,32–1,43)
	<b>Flykting</b>	0,73 (0,67–0,80)	0,90 (0,83–0,97)	1,20 (1,08–1,35)	0,50 (0,38–0,65)	1,40 (1,28–1,54)
	<b>Sverige</b>	1	1	1	1	1
<b>Utbildning</b>	<b>För- gymnasial</b>	1,30 (1,26–1,34)	1,25 (1,22–1,29)	1,21 (1,16–1,27)	0,74 (0,69–0,80)	1,44 (1,39–1,49)
	<b>Gymnasial</b>	1	1	1	1	1
	<b>Efter- gymnasial</b>	1,01 (0,96–1,05)	1,20 (1,15–1,26)	1,13 (1,06–1,20)	1,36 (1,23–1,50)	0,46 (0,44–0,49)
	<b>Uppgift saknas</b>	1,27 (1,15–1,41)	1,23 (1,12–1,34)	0,89 (0,75–1,05)	0,36 (0,25–0,54)	1,22 (1,09–1,36)
<b>Civilstånd</b>	<b>Ogift</b>	1,14 (1,09–1,19)	1,19 (1,14–1,24)	0,56 (0,53–0,59)	0,91 (0,82–1,01)	2,15 (2,05–2,25)
	<b>Gift</b>	1	1	1	1	1
	<b>Skild</b>	1,25 (1,19–1,31)	1,20 (1,15–1,26)	0,51 (0,48–0,54)	0,95 (0,83–1,08)	2,12 (2,01–2,23)
	<b>Änka /änkling</b>	1,17 (1,00–1,37)	1,21 (1,04–1,41)	0,87 (0,74–1,03)	1,05 (0,63–1,74)	1,72 (1,41–2,10)

## Sammanfattning av resultaten

Denna rapport visar att andelen i befolkningen 20–64 år med en indikation på alkohol- och narkotikaberoende skiljer sig mellan Socialstyrelsens sluten- och öppenvårdsregister och läkemedelsregistret, Försäkringskassans register över aktivitets- och sjukersättning och Brås register över lagförda brott. Det finns en samvariation mellan registren, vilket innebär att personer med indikation på beroende i ett register förekommer i övriga register eller i något annat register, men andelen med en indikation på beroende ökar om registren läggs samman.

- Andelen kvinnor och män i befolkningen 20–64 år med indikation på alkoholberoende enligt sammanlagda register är 2,0 respektive 4,2 procent.
- Andelen i befolkningen med indikation på alkoholberoende ökar med över 60 procent för män och 66 procent för kvinnor, med den största ökningen bland personer i åldersgruppen 30–39 år (67 procent), i de sammanlagda registren jämfört med enbart det register som visar högst förekomst.
- Andelen kvinnor och män i befolkningen 20–64 år med indikation på narkotikaberoende enligt sammanlagda register är 1,1 respektive 2,5 procent.
- Andelen i befolkningen med indikation på narkotikaberoende ökar med 45 procent för män och 80 procent för kvinnor, med den största ökningen bland personer i åldersgruppen 50–59 år (109 procent), i de sammanlagda registren jämfört med enbart det register som visar högst förekomst.

Rapporten visar också skillnader mellan registren när det gäller förekomst av indikation på alkohol- och narkotikaberoende i olika grupper i befolkningen, utifrån ålder, kön, födelseland, utbildningsnivå och civilstånd.

### Indikation på alkoholberoende

- Personer i åldersgruppen 20–29 år med indikation i något register har lägre förekomst i slutenvårdsregistret (oddskvot 0,62) och högre förekomst i Brås register (oddskvot 1,63) jämfört med personer 50–59 år.
- Kvinnor med indikation har liknande förekomst i alla register utom Brås där förekomsten är lägre (oddskvot 0,26) jämfört med män.
- Personer som är födda utrikes med indikation har högre förekomst i alla register utom läkemedelsregistret (oddskvot 0,63) och Försäkringskassans register (oddskvot 0,77) där förekomsten är lägre jämfört med personer som är födda i Sverige.
- Personer med eftergymnasial utbildning med indikation har lägre eller liknande förekomst i alla register utom läkemedelsregistret där förekomsten är högre (oddskvot 1,23) jämfört med personer med gymnasial utbildning.
- Skilda personer med indikation har högre förekomst i alla register utom läkemedelsregistret där förekomsten är lägre (oddskvot 0,73) jämfört med gifta personer.

### Indikation på narkotikaberoende

- Personer i åldersgruppen 20–29 år med indikation i något register har lägre förekomst i läkemedelsregistret (oddskvot 0,26) och högre förekomst i Brås register (oddskvot 3,82) jämfört med personer 50–59 år.
- Kvinnor med indikation har högre förekomst i alla register utom Brås där förekomsten är lägre (oddskvot 0,22) jämfört med män.
- Personer som är födda utrikes med indikation har lägre förekomst i alla register utom Brås där förekomsten är högre (oddskvot 1,38) jämfört med personer som är födda i Sverige.
- Personer med förgymnasial utbildning med indikation har högre förekomst i alla register utom Försäkringskassans där förekomsten är lägre (oddskvot 0,74) jämfört med personer med gymnasial utbildning.
- Skilda personer med indikation har högre eller liknande förekomst i alla register utom läkemedelsregistret där förekomsten är lägre (oddskvot 0,51) jämfört med gifta personer.

# Diskussion

## Resultaten i kontext

När vi tar hänsyn till samtliga register i den här studien får vi en andel i befolkningen 20–64 år med en indikation på alkoholberoende motsvarande 4,2 procent för män och 2,0 procent för kvinnor under perioden 2010–2016. Detta kan jämföras med en omfattande svensk tvärsnittsstudie av Andréasson m.fl. från 2013 som byggde på enkätsvar av slumpvis utvalda 19–70-åringar från 12 svenska kommuner (2). I den fann forskarna att andelen som klassades som alkoholberoende var 4,9 procent för män och 3,2 procent för kvinnor, vilket också överensstämmer med uppgifter från enkätundersökningen Vanor och konsekvenser som genomfördes 2017 (16). Skillnaden i förekomst mellan studierna, speciellt när det gäller kvinnor, indikerar att en individ kan uppskatta sin alkoholkonsumtion som hög utan att söka vård eller ersättning, eller att begå brott trots sitt beroende. I studien av Andréasson m.fl. framgår vidare att den yngsta gruppen (19–25 år) hade den högsta förekomsten av alkoholberoende (runt 11 procent) medan denna studie visar att åldersgruppen 50–59 år har högst förekomst (3,9 procent). Registren bygger i hög grad på att personer har sökt någon sorts vård, och skillnaden mellan resultat från tidigare enkätstudier och denna studie kan bero på att yngre åldersgrupper inte söker vård i lika hög utsträckning som äldre.

Vad gäller indikation på narkotikaberoende visar denna studie att förekomsten bland män är 2,5 procent och bland kvinnor 1,1 procent. Detta kan jämföras med resultaten från enkätstudien från CAN (16). Narkotikaberoende mätt som (minst lätt) substansbrukssyndrom enligt DSM-5 (narkotika och läkemedel) uppgick här till 1,9 procent bland män och 1,6 procent bland kvinnor. Förekomsten bland män är alltså högre enligt indikation i register än enligt enkätinformation om narkotikaberoende, medan motsatsen gäller bland kvinnor. Detta beror sannolikt på att Brås register i denna studie är centralt för resultaten kopplat till narkotikaberoende. I Brås register är det mycket vanligare för män att förekomma än för kvinnor.

Bland män fångas den mesta förekomsten av indikation på narkotikaberoende upp av Brås register över lagförda brott (1,7 procent), följt av öppenvårdsregistret (1,1 procent). Bland kvinnor fångas den mesta förekomsten upp av öppen- och slutenvårdsregistret (0,6 procent respektive 0,4 procent), följt av Brås register över lagförda brott (0,3 procent). Samvariationen, det vill säga i vilken utsträckning samma person (med indikation på beroende) förekommer i olika register, är störst om personen förekommer i Brås register (0,76), men detta register fångar också upp en del fall som inte finns i andra register.

Resultaten för alkohol- respektive narkotikaberoende i denna studie skiljer sig gällande i vilka register personer med beroende fångas upp. Exempelvis fångades narkotikaberoende i högre grad upp av Brås register än alkoholberoende, vilket sannolikt har att göra med att alkohol är en laglig substans medan narkotika är en illegal drog. Denna skillnad påverkar inte bara tillgängligheten till substanserna

och därmed bruket, det problematiska bruket och behovet av vård, utan de två beroendena behöver också fångas upp av olika register för att bli synliga. När det gäller alkoholberoende var det i stället läkemedelsregistret som fångade upp flest fall bland både män och kvinnor, och dessutom visade detta register ett annat mönster än öppen- och slutenvårdsregistret. I läkemedelsregistret hade gifta, personer som är födda i Sverige och personer med eftergymnasial utbildning en högre förekomst av indikation på alkoholberoende än de andra grupperna, medan dessa grupper inte var så vanligt förekommande i öppen- och slutenvårdsregistret. Att läkemedel mot alkoholberoende i större utsträckning förskrivs till personer som är födda i Sverige och personer med högre utbildning, jämfört med personer som är födda utom Sverige och personer med kortare utbildning, är något som redan visats i tidigare studier (17).

## Metodologisk diskussion

Denna studie undersöker andelen med indikation på alkohol- eller narkotikaberoende under en viss period (periodprevalens), det vill säga förekomst i register utan hänsyn till tidigare eller upprepad vård, ersättning eller brott. De som upprepat återfinns i registren har troligen svårare alkohol- och narkotikaberoende, men fokus har här varit att undersöka förekomsten av beroende.

En valid beroendediagnos kan beskrivas som en diagnos som överensstämmer med ICD-10-kriterierna för det specifika beroendet. Validiteten för indikationer på alkohol- och narkotikaberoende är avhängig de olika registrens validitet och detta kan variera mellan registren.

Diagnoserna i sluten- och öppenvårdsregistret är satta av läkare och kan därmed anses vara valida. Att erbjudas sjuk- eller aktivitetsersättning av Försäkringskassan föregås av en process där läkare är involverade. Även om det förekommer skillnader i försäkringsmedicinsk praxis och benägenhet att söka ersättning kan även dessa indikationer anses relativt valida. Vad gäller läkemedelsregistret har inga av de läkemedel mot alkoholberoende som ingår i studien andra användningsområden enligt FASS, och de kan därmed anses vara valida markörer på att en läkare har betraktat symtomen som tecken på alkoholberoende. Några av läkemedlen som ingår som markör för narkotikaberoende i studien kan i vissa särskilda fall användas mot värk, vilket minskar validiteten.

Vad gäller Brås register över lagförda brott skiljer det sig från de andra registren då det bara mäter en aspekt av beroende, nämligen ICD-10-kriteriet fortsatt drickande eller användande trots negativa effekter, och är därför endast en proxyvariabel, det vill säga en variabel som ersätter en annan variabel när denna inte kan observeras direkt. Den kan därmed anses ha lägst validitet. Det är möjligt att fler personer med indikation på alkoholberoende hade fångats upp från Brås register om kravet om antalet fällande domar under ett kalenderår hade varit lägre. Det räknas som en indikation på alkoholberoende först när en person hade fler än två domar under samma kalenderår. Det torde vara svårt att få tre fällande domar inom ett kalenderår eftersom spärrtiden, det vill säga den tid då körkortet är återkallat,

vanligen uppgår till 12 månader. När det gäller indikation på narkotikaberoende i Brås register är det inte säkert att innehav eller försäljning av narkotika innebär vare sig bruk eller beroende, även om studier visar att personer som säljer narkotika inte sällan brukar (18, 19).

## Slutsats

Användningen av en kombination av relevanta register förbättrar möjligheten att beskriva förekomsten av alkohol- och narkotikaberoende i befolkningen. Ökningen av andelen med en indikation på beroende är mellan 60 procent (män med alkoholberoende) och 80 procent (kvinnor med narkotikaberoende) när sluten- och öppenvårdsregistret, läkemedelsregistret, Försäkringskassans register och Brås register används tillsammans, jämfört med om enbart det register som enskilt visar störst förekomst används. Med fler register inkluderas alkohol- eller narkotikaberoende i högre utsträckning bland yngre och personer som är födda utrikes, personer som är gifta och individer med högre utbildning. Studien ökar kunskapen om förekomst av och skillnader i beroende mellan olika demografiska grupper av befolkningen, även om det är viktigt att påminna sig om de olika registrens validitet. Resultaten kan bidra till exempelvis identifiering av målgrupper för det förebyggande arbetet och till analys av konsekvenser av alkohol- och narkotikaberoende för olika grupper i befolkningen. Detta är en viktig förutsättning för det förebyggande arbetet för en mer jämlik hälsa.

# Referenser

1. Agardh E, Boman U, Allebeck P. Alkohol, narkotika och tobaksrökning ger stor del av sjukdomsburden – Utvecklingen i Sverige 1990–2010 kartlagd utifrån DALY-metoden. Läkartidningen. 2015;2015;112:C4TH.
2. Andreasson S, Danielsson AK, Hallgren M. Severity of alcohol dependence in the Swedish adult population: association with consumption and social factors. Alcohol. 2013;47(1):21–5. DOI:10.1016/j.alcohol.2012.10.001.
3. Kendler KS, Ohlsson H, Sundquist K, Sundquist J. Prediction of drug abuse recurrence: a Swedish National Study. Psychol Med. 2018;48(8):1367–74. DOI:10.1017/S0033291717002938.
4. Syden L, Sidorchuk A, Makela P, Landberg J. The contribution of alcohol use and other behavioural, material and social factors to socio-economic differences in alcohol-related disorders in a Swedish cohort. Addiction. 2017;112(11):1920–30. DOI:10.1111/add.13889.
5. Lundgren J. Narkotikaanvändning och misstankar om eget bruk bland ungdomar i Stockholm [Elektronisk resurs].2018.
6. World Health Organization. International statistical classification of diseases and related health problems : ICD-10. Vol. 1 : tabular list. 2. uppl. Geneva: World Health Organization; 2004. 1196 s. s.
7. Landberg J, Ramstedt M, Sundin E. Socioekonomiska skillnader i beroende och utsatthet för andras användning av alkohol, narkotika och tobak. 2018. Hämtad från: [http://urn.kb.se/resolve?urn=urn:nbn:se:can-2018-7https://www.can.se/contentassets/892fb38647d24302829f30b12893dd4b/rapport\\_176\\_a4.pdf](http://urn.kb.se/resolve?urn=urn:nbn:se:can-2018-7https://www.can.se/contentassets/892fb38647d24302829f30b12893dd4b/rapport_176_a4.pdf).
8. Ludvigsson JF, Andersson E, Ekbohm A, Feychting M, Kim JL, Reuterwall C, et al. External review and validation of the Swedish national inpatient register. BMC Public Health. 2011;11:450. DOI:1471-2458-11-450 [pii] 10.1186/1471-2458-11-450.
9. Rosén M. National health data registers: a Nordic heritage to public health. Scand J Public Health. 2002;30:81–5.
10. Socialstyrelsen. <https://www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/register/alla-register/patientregistret/>. Accessed 2019-03-21; 2019.
11. Kaij L. Biases in a Swedish Social Register of Alcoholics. Soc Psychiatr. 1970;5(4):216–18. DOI:Doi 10.1007/Bf00589466.
12. Kendler KS, Prescott CA, Neale MC, Pedersen NL. Temperance board registration for alcohol abuse in a national sample of Swedish male twins, born 1902 to 1949. Arch Gen Psychiatr. 1997;54(2):178–84. <Go to ISI>://WOS:A1997WG14100011.
13. Wandell P, Carlsson AC, Wettermark B, Lord G, Cars T, Ljunggren G. Most common diseases diagnosed in primary care in Stockholm, Sweden, in 2011. Fam Pract 2013;30(5):506–13. DOI:10.1093/fampra/cmt033.

14. Manhica H, Gauffin K, Almqvist YB, Rostila M, Hjern A. Hospital admission and criminality associated with substance misuse in young refugees – A Swedish national cohort study. *PLoS One*. 2016;11(11). DOI:ARTN e0166066 10.1371/journal.pone.0166066.
15. Salvatore JE, Lonn SL, Sundquist J, Lichtenstein P, Sundquist K, Kendler KS. Alcohol use disorder and divorce: evidence for a genetic correlation in a population-based Swedish sample. *Addiction*. 2017;112(4):586–93. DOI:10.1111/add.13719.
16. 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. Hämtad från: <https://www.can.se/contentassets/bc4adf5757f54e228d4a9fe6ffc2741e/negativa-konsekvenser-av-alkohol-narkotika-och-tobak.pdf>.
17. Karriker-Jaffe KJ, Ji JG, Sundquist J, Kendler KS, Sundquist K. Disparities in pharmacotherapy for alcohol use disorder in the context of universal health care: a Swedish register study. *Addiction*. 2017;112(8):1386–94. DOI:10.1111/add.13834.
18. DeBeck K, Shannon K, Wood E, Li K, Montaner J, Kerr T. Income generating activities of people who inject drugs. *Drug Alcohol Depend*. 2007;91(1):50–6. DOI:10.1016/j.drugalcdep.2007.05.003.
19. Moyle L, Coomber R. Earning a Score: An Exploration of the Nature and Roles of Heroin and Crack Cocaine 'User-Dealers'. *Brit J Criminol*. 2015;55(3):534–55. DOI:10.1093/bjc/azu087.



I denna rapport presenteras resultaten av en studie med syfte att kartlägga hur alkohol- och narkotikaberoende registreras i hälso- och sjukvården och av myndigheter, och om det finns demografiska skillnader i registren. Resultaten kan bidra till en bättre skattning av andelen i befolkningen med alkohol- eller narkotikaberoende, men också till identifiering av målgrupper i det förebyggande arbetet och vid analyser av konsekvenser av alkohol- och narkotikaberoende för olika grupper i befolkningen. Detta är en viktig förutsättning för det förebyggande arbetet för en mer jämlik hälsa.

Målgruppen är tjänstemän och politiker, forskare och praktiker som är verksamma inom ANDT-området vid myndigheter, kommuner, akademien och andra organisationer.

-----  
*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 hälsot.*

*Vår vision är en folkhälsa som stärker samhällets utveckling.*



Folkhälsomyndigheten

Solna Nobels väg 18, SE-171 82 Solna Östersund Forskarens väg 3, SE-831 40 Östersund.

[www.folkhalsomyndigheten.se](http://www.folkhalsomyndigheten.se)