



Stockholms
stad

5 frågor om cannabis

En studie bland
ungdomar i
åldrarna 15–18 år
2000–2012

5 frågor om cannabis
En studie bland ungdomar i
åldrarna 15–18 år 2000–2012

Utvecklingsenheten

www.stockholm.se/utveckling

Författare: Mats Hallgren. Översättning från engelska: Karin Wallin

Bearbetning: Erik Begler, utvecklingsenheten, Stockholms stad.

Tryck: Edita. Art.nr 11033, Socialförvaltningen 2014-02. Mars 2014.

ISBN 978-91-978666-7-5


Förord

Att minska ungdomars narkotikaanvändning är en prioriterad fråga, både i Stockholms stad och i övriga landet. Nationellt sett finns det indikationer på att det har skett en ökning av narkotikaanvändningen i vissa ungdomsgrupper i Sverige. Mellan 2006 och 2012 ökade andelen pojkar i grundskolans åk 9 som hade använt någon form av narkotika under de senaste 12 månaderna från 4,4 till 5,6 procent. Under samma period kunde en ökning konstateras även för pojkar i gymnasiets år 2 (från 12,4 till 13,7 procent) och för flickor i gymnasiets år 2 (från 8,9 till 10,7 procent) (1). Dessa förändringar kan tyckas små men representerar trots allt en ökning av narkotikaanvändningen som bör studeras närmare. Under 2012 var de fem mest använda narkotikatyperna bland svenska ungdomar cannabis – som står för den absoluta merparten av narkotikaanvändningen, bensodiazepiner, amfetaminer, ecstasy och kokain. Nedan framgår att andelen ungdomar som använder cannabis har ökat under den senaste tiden, både nationellt och i Stockholm.

Eftersom cannabis, med bred marginal, är den narkotikatyp som svenska ungdomar använder mest, och eftersom den totala andelen användare har ökat under de senaste åren, finns det ett behov av att ägna denna drog större uppmärksamhet. Det finns många relevanta men hitintills obesvarade frågor om ungdomars cannabisanvändning i Stockholm. Denna rapport undersöker fem frågeställningar som ofta kommer upp i sammanhang där cannabis diskuteras:

- Fråga 1** Var får de flesta ungdomar tag på cannabis?
- Fråga 2** Vilken är debutåldern för cannabis, och har den förändrats över tid?
- Fråga 3** Går det att se en ”polarisering” i cannabisanvändningen?
- Fråga 4** Ersätter ungdomar alkohol med en ökad cannabisanvändning?
- Fråga 5** Vilka är riskfaktorerna för upprepad cannabisanvändning, och har de förblivit stabila över tid?

Förebyggande åtgärder blir effektiva endast om de baseras på en god förståelse för de faktorer som påverkar eller främjar narkotikaanvändning. Därför ligger fokus i denna rapport främst på den sista frågan om riskfaktorer.



Mats Hallgren

Department of Public Health Sciences, Division of Epidemiology and Public Health Intervention Research (EPHIR), Karolinska Institutet

Metod

Datakälla

Stockholmsenkäten är en återkommande självdeklarationsundersökning med tvärsnittsdesign som genomförs vartannat år bland elever i grundskolans åk 9 (15–16 år) och gymnasiets år 2 (17–18 år) i flera av Stockholms läns kommuner. Stockholms stads undersökning finansieras av socialförvaltningen och utbildningsförvaltningen, genomförs under vårterminen och besvaras anonymt av elever under lektionstid, för att därefter lämnas till läraren i ett förslutet kuvert.

Enkäten innehåller omkring 300 frågor så som demografisk information, alkohol- och narkotikaanvändning (frekvens, kvantitet och typ) samt olika risk- och skyddsfaktorer för alkoholmissbruk; däribland kriminellt beteende, psykosocial hälsa, skolk samt stöd från skola och föräldrar (5). Stockholmsenkäten är den enda undersökningen av ungdomars alkohol- och drogvanor som genomförs i staden och används för att övervaka viktiga förändringar i hälsorelaterade beteenden. Deltagande i undersökningen är obligatoriskt för de kommunala skolorna, som utgör cirka 53 procent av alla skolor i Stockholm. Friskolor deltar på frivillig basis. I denna studie analyseras data från 2000 till 2012.

Deltagare

Eftersom undersökningen genomförs på skoltid under uppsikt av en klasslärare är svarsfrekvensen hög; mellan 75 och 80 procent för enkäterna som genomförts åren 2000, 2002, 2004, 2006, 2008, 2010 och 2012. Till följd av ökande elevkullar mellan 2000 och 2012 så ökade antalet skolor i Stockholms stad (inklusive friskolor) samt antalet elever som besvarade enkäten; från cirka 8000 elever och 76 skolor år 2000, till cirka 10 000 elever och 186 skolor år 2012. Fördelningen mellan könen är likartad, både jämfört mellan årskurserna som över tid. I och med att enkäten besvaras anonymt kan ingen jämförande uppföljning ske av de som inte svarar. Separata analyser har utförts för att se om förändringen över tid i antalet deltagande skolor har påverkat resultaten, men inga sådana effekter har kunnat påvisas. Datamaterialet från enkäten ger möjlighet att titta på förändringar bland ungdomar bosatta i Stockholms stad eller bland ungdomar som går i skolor i Stockholms stad. Denna studie undersöker data från elever som är bosatta i Stockholms stad. Elever med en bostadsadress utanför Stockholms kommun har undantagits från analysen.

Även ett mindre antal (< 1 procent) extremrespondenter har undantagits: exempelvis elever som valt det högsta (eller lägsta) svarsalternativet på alla enkätfrågor. Separata dataanalyser genomfördes därefter utifrån kön (pojkar, flickor) och årskurs (grundskolans åk 9 resp. gymnasiets år 2). Anledningen till att data-materialet grupperades på just det sättet är att nyligen gjorda svenska studier har påvisat köns- och åldersrelaterade skillnader både i ungdomars drogvanor och i vilka faktorer som kan kopplas till droganvändning (5–7).

Hur ser trenderna för cannabisanvändning ut bland unga?

Bakgrund

För att förstå beteenden relaterade till cannabisanvändning och hur de kan förebyggas måste utvecklingen sett över tid studeras. Mellan 2004 och 2012 ökade andelen pojkar i gymnasiets år 2 som någon gång hade använt cannabis från 15 till 20 procent, i hela Sverige. En liknande ökning kunde konstateras för flickor i gymnasiets år 2 (från 11 till 14 procent). Under samma period ökade cannabisanvändningen bland pojkar i grundskolans åk 9 från 6,8 till 7,8 procent, samtidigt som den minskade något bland flickor i åk 9. Sett till nationell nivå så har användningen av andra typer av narkotika varit stabil, med två undantag; bensodiazepin och kokain har ökat något i vissa ungdomsgrupper. Mellan 0 och 2,5 procent av ungdomarna använder dessa droger.

Figur 1 visar förändringar över tid i andelen ungdomar bosatta i Stockholm som någon gång har använt cannabis (livsprevalens). Figur 2 visar förändringar i den genomsnittliga *frekvensen* för cannabisanvändning (dessa data finns endast från 2004 och framåt).

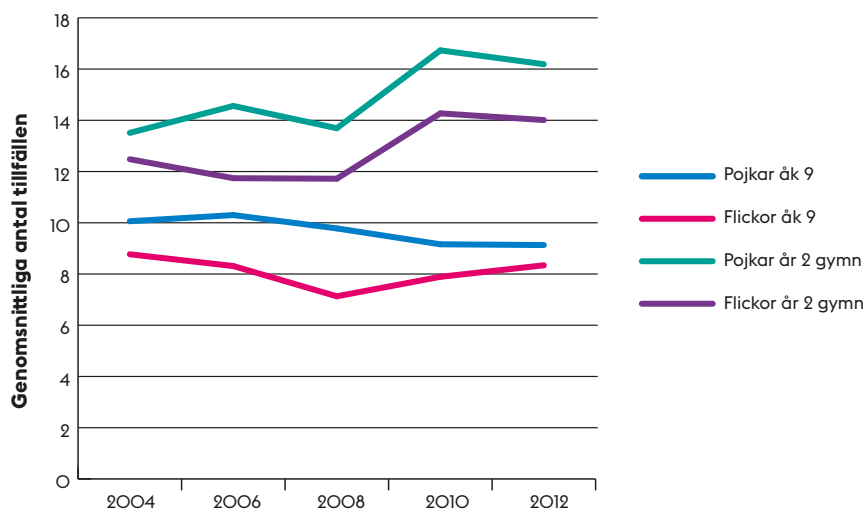
Figur 1

Andel ungdomar som någon gång har använt cannabis (livsprevalens).



Figur 2

Genomsnittlig frekvens för ungdomars cannabisanvändning.



Resultat

Livstidsprevalensen (någonsin testat) för cannabis är hög bland ungdomar i Stockholm, jämfört med hela landet; 2012 ses ett spann mellan 8 (flickor grsk. åk 9) och 27 (pojkar gymn. år 2) procent. Mellan 2000 och 2012 ökade cannabisanvändningen i gymnasiets år 2, främst bland pojkar. Bland elever i grundskolans åk 9 minskade cannabisanvändningen. Det framgår dock en betydande spridning över åren. Efter 2006 ökade cannabisanvändningen bland alla ungdomar utom flickor i grundskolans åk 9, där andelen som någon gång använt cannabis har förblivit stabil. Den största ökningen kan konstateras för pojkar i gymnasiets år 2 (plus 5 procent). På motsvarande sätt har det sedan 2004 skett en ökning i den genomsnittliga frekvensen för cannabisanvändning bland pojkar och flickor i gymnasiet, och sedan 2008 en betydande ökning. Den genomsnittliga frekvensen för cannabisanvändning minskade något bland pojkar mellan 2010 och 2012 men har förblivit stabil bland flickor. I grundskolan är utvecklingen mer stabil och viss minskning kan ses bland pojkarna.

Slutsats

Förebyggande insatser bör rikta sig till skolungdomar i *alla åldrar*. Tonårspojkar utgör dock en högriskgrupp som (under de år som studerats) använder cannabis oftare än sina kvinnliga klasskamrater.

Fråga 1: Var får ungdomar tag på cannabis?

Bakgrund

En av de mest effektiva metoderna för att minska droganvändningen i samhället är att begränsa tillgången till droger. Tidigare studier har visat ett konsekvent samband mellan unga personers tillgång till droger och graden av droganvändning och drogrelaterade problem (8). För att kunna minska cannabisanvändningen är det nödvändigt att förstå var merparten av ungdomarna får tag på denna typ av narkotika.

Tabellerna 1 och 2 nedan ger en översikt över de huvudsakliga källorna till cannabis för pojkar och flickor i tonåren mellan 2000 och 2012. De är sorterade från den vanligaste källan högst upp i tabellen till den minst vanliga längst ner. Datamaterialet kommer från frågan: ”Hur har du skaffat narkotika?” (Observera: Summan av procenttalen i tabellerna överstiger 100 eftersom respondenterna kunde välja mer än ett svarsalternativ). Grundskolans åk 9 och gymnasiets år 2 presenteras tillsammans eftersom resultaten för de båda årskurserna i stort sett var samma. Istället visas skillnader mellan könen. Kolumnen ”Förändring” längst till höger visar förändringens riktning och omfattning över tid. Exempelvis är andelen pojkar i tonåren som fått tag på cannabis via en ”annan vuxen” ungefär lika stor 2010–12 som den var 2000–02. Däremot har det skett en större ökning av andelen pojkar som får tag på cannabis via ”någon de har hört talas om”. Siffrorna i kolumnen ”Förändring” kan i sig inte jämföras mot några befintliga data – de ger endast en fingervisning om hur mycket och i vilken riktning de olika källornas betydelse har förändrats över tid.

Tabell 1

Andel pojkar som får tag på cannabis utifrån respektive tillgångssätt (%)

Drogkälla	2000 n=696	2002 n=867	2004 n=670	2006 n=727	2008 n=913	2010 n=1206	2012 n=1144	Förändring*
Blivit bjuden av kamrat	55,7	57	59,3	55	50,6	50,7	54,9	-3,55
Köpt av kamrater	36,4	34,1	29,1	31,8	33,3	31,4	29,2	-4,95
Någon de hört talas om	13,4	15,6	16,7	18,4	22,7	22,6	22,6	8,1
Bekant	19,8	18,2	20	20,9	18,4	20,4	20,7	1,55
Okänd person	11,2	11,2	13,9	15,5	16,5	16,1	16,7	5,2
Annat sätt	9,1	9,2	11,2	8,9	9,6	11,8	9	1,25
Odlat själv	8,8	9,9	10,1	9,5	8,7	9,1	8	-0,8
Annan vuxen	5,3	5,7	7,9	6,9	5,5	6	6	0,5
Skolan	6,6	5,5	5,5	5,5	5,7	5,8	5,5	-0,4
Äldre syskon	2,6	3	1,9	2,6	2,7	4,2	3,1	0,85
Internet		2,4	3,4	4,5	4,1	3,4	3,4	

Tabell 2

Andel flickor som får tag på cannabis via olika källor (%)

Drogkälla	2000 n=591	2002 n=605	2004 n=555	2006 n=617	2008 n=785	2010 n=831	2012 n=976	Förändring*
Blivit bjuden av kamrat	77,8	75	76,8	73,4	74,5	76,3	75,8	-0,35
Köpt av kamrater	27,6	26,4	22,9	20,9	24,8	22,4	22,7	-4,45
Någon de hört talas om	11,2	14,2	11,2	13	14	13,8	14,1	1,25
Bekant	14,4	15	13,5	11,5	14,5	12,8	10,9	-2,85
Okänd person	5,2	6,1	7,2	9,7	9,4	7,6	9,9	3,1
Annat sätt	6,6	7,4	5,8	8,9	8,3	5,3	5,7	-1,5
Odlat själv	2,9	4	3,5	4,4	3,5	2,8	3,4	-0,35
Annan vuxen	5,3	5,7	7,9	6,9	5,5	6	6	0,5
Skolan	4,7	3,8	3,2	3,7	3,8	3	2,4	-1,55
Äldre syskon	2,4	2,3	2,3	2,3	2,7	3,7	3	1
Internet		1,4	1	0,6	0,6	1,4		

*Förändring 2010–12 jämfört med 2000–02.

Resultat

Majoriteten av Stockholms ungdomar får tag på cannabis via kamrater eller någon de känner. Det framgår dock att det blir allt vanligare att få tag på cannabis via okända personer, eller via någon man har hört talas om. Denna trend verkar vara starkare bland pojkar än bland flickor. Relativt få ungdomar får tag på cannabis via internet eller äldre syskon. Detta utesluter dock inte möjligheten att ”langare” använder internet som en kanal för att köpa cannabis och sedan sälja det vidare till ungdomar. Det kan även vara så att kontakter för narkotikaköp etableras på internet medan själva köpet inte görs på internet.

Slutsats

Att umgås med kamrater som använder narkotika, eller har en positiv inställning till narkotikaanvändning, är kända riskfaktorer för narkotikamissbruk bland unga (9). Eftersom de flesta ungdomar får tag på cannabis via kamrater skulle fokus för förebyggande insatser kunna vara att stärka ungdomar så att dessa bättre står emot negativt inflytande från kamrater och sociala nätverk. Preventiva åtgärder skulle kunna inbegripa inte bara utbildning av unga personer i negativa hälso-relaterade och sociala konsekvenser förknippade med cannabisanvändning, utan även utveckling av ungdomars sociala kompetens och förmåga att säga nej när de erbjuds narkotika av kamrater (10).

Fråga 2: Vilken är debutåldern för cannabis, och har den förändrats över tid?

Bakgrund

Tidig användning av narkotika har visat sig öka risken för en rad negativa utfall längre upp i tonåren och i det tidiga vuxenlivet (11, 12). Drogvvanor som etableras i unga år har stor påverkan på drogvvanor i vuxenlivet, och kopplas till dödlighet och ohälsa (4). Nya upptäckter inom medicinsk utvecklingsbiologi och aktuella studier om effekterna av en tidig narkotikadebut pekar på att narkotika (inklusive cannabis) kan vara mer skadligt för tonåringens hjärna än tidigare antagits. Det finns ingen ålder då det är ”säkert” att börja använda cannabis, och sambandet mellan debutålder och skada är negativt (dvs. ju tidigare debut, desto större skada). Det finns kända risker kopplade till tidig cannabisanvändning, särskilt för ungdomar med utvecklingssvårigheter, där cannabis kan fungera som en ”trigger” till andra problem, till exempel schizofreni (13). Tabell 3 visar förändringar över tid i den genomsnittliga debutåldern för cannabis.

Ökande värden indikerar att debutåldern stiger, minskande värden att debutåldern sjunker.

Tabell 3

Förändringar i den genomsnittliga debutåldern för ungdomars cannabisanvändning.

	2000 n=1138	2002 n=1255	2004 n=1099	2006 n=1216	2008 n=1546	2010 n=1838	2012 n=1948
Pojkar åk 9	14	14,2	14,2	14	14,1	14	13,9
Flickor åk 9	14,3	14,2	14,1	14,2	14,3	14,2	14,3
Pojkar år 2 gymn	15,3	15,6	15,3	15,5	15,8	15,5	15,6
Flickor år 2 gymn	15,4	15,5	15,4	15,5	15,6	15,4	15,7

Resultat

Den genomsnittliga debutåldern för cannabis i Stockholm är mellan 14 och 16 år, en ålder som har varit stabil under de senaste tolv åren. Därmed finns inget stöd för att cannabisdebuten går nedåt i åldrarna, när det gäller ungdomsgruppen som helhet.

Slutsats

Mot bakgrund av detta skulle förbyggande arbete kunna riktas mot samtliga ungdomar för att minska andelen som redan i tidig ålder börjar experimentera med cannabis och annan narkotika.

Fråga 3: Går det att se en ”polarisering” i cannabisanvändningen?

Bakgrund

En svensk studie som nyligen genomförts (baserad på Stockholmsenkäten) visar på en polariseringseffekt i ungdomars alkoholvanor (14). Samtidigt som alkoholkonsumtionen bland de flesta ungdomar fortsätter att sjunka finns det en minoritet som konsumerar på en allt högre och farligare nivå. Det är en relevant upptäckt, eftersom den indikerar att ungdomars totalkonsumtion av alkohol inte nödvändigtvis följer trenden för totalbefolkningen; något som tidigare antagits och haft stor påverkan på den svenska alkoholpolitiken (15). För att undersöka om det går att se en liknande polarisering i ungdomars cannabisvanor undersöktes förändringar i den genomsnittliga livstidsfrekvensen för cannabisanvändning. Dessa data (tillgängliga från 2004 och framåt) visas i tabellerna 4–7 nedan. Kolumnen ”Förändring” visar i vilken omfattning och i vilken riktning de olika grupperna har förändrats mellan 2004 och 2012. Syftet är att undersöka om de som har ett mer frekvent cannabisanvändande har samma utveckling som de som har ett mindre frekvens användande. Dessa siffror kan i sig inte tolkas mot några befintliga data. De visar endast vilka frekvenskategorier som har ökat respektive minskat under de senaste åren. Uppåtgående frekvenskategorier är markerade i tabellerna.

Tabell 4

Livstidsfrekvens för cannabisanvändning – pojkar åk 9 (%)

Frekvens	2004 n=260	2006 n=285	2008 n=374	2010 n=483	2012 n=328	Förändring*
0	5	6,3	5,9	5,6	6,4	0,35
1	28,5	21,4	23,3	20,3	21	-4,3
2–4	26,2	25,3	26,5	26,9	23,2	-0,7
5–10	10	18,2	14,7	15,7	16,5	2
11–20	8,8	11,6	11,8	7	10,1	-1,65
21–50	10	6,3	7,8	8,5	7,6	-0,1
50+	11,5	10,9	10,2	15,9	15,2	4,35

* Data för 2000 och 2002 ej tillgängliga. ”Förändring” anger genomsnittet för 2004–06 jämfört med genomsnittet för 2010–12.

Tabell 5

Livstidsfrekvens för cannabisanvändning – flickor åk 9 (%)

Frekvens	2004 n=227	2006 n=249	2008 n=326	2010 n=256	2012 n=289	Förändring*
0	4,4	6,8	10,1	7	7,3	1,55
1	31,7	32,1	35	30,1	29,4	-2,15
2-4	30	26,5	25,2	34,4	30,1	4
5-10	14,5	16,9	14,7	12,9	12,8	-2,85
11-20	6,2	6	5,5	4,7	8,7	0,6
21-50	7	5,2	4,3	3,9	6,6	-0,85
50+	6,2	6,4	5,2	7	5,2	-0,2

* Förändring 2010-12 jämfört med 2004-06. Data för 2000 och 2002 ej tillgängliga.

Tabell 6

Livstidsfrekvens för cannabisanvändning – pojkar åk 2 gymnasiet (%)

Frekvens	2004 n=468	2006 n=509	2008 n=632	2010 n=799	2012 n=886	Förändring*
0	2,8	2,4	4,6	2,5	2,7	0
1	18,2	18,5	16,6	15,3	18,4	-1,5
2-4	29,5	28,1	26,9	26,7	26,5	-2,2
5-10	15,6	17,5	19,3	16,4	17,4	0,35
11-20	13,5	9	10,6	10,1	9,4	-1,5
21-50	7,1	9,8	9	10,6	9,3	1,5
50+	13,5	14,7	13	18,4	16,4	3,3

* Förändring 2010-12 jämfört med 2004-06. Data för 2000 och 2002 ej tillgängliga.

Tabell 7

Livstidsfrekvens för cannabisanvändning – flickor åk 2 gymnasiet (%)

Frekvens	2004 n=336	2006 n=439	2008 n=565	2010 n=688	2012 n=788	Förändring*
0	2,8	3,9	4,8	3,9	2,4	-0,2
1	24,9	25,7	22,7	26,9	26,4	1,35
2-4	30,6	31,7	31,7	30,1	32	-0,1
5-10	19,2	15,5	19,1	17	17,6	-0,05
11-20	8,3	7,7	8,1	9,3	8,9	1,1
21-50	6	6,6	5,7	7	6	0,2
50+	8,3	8,9	8	5,8	6,7	-2,35

* Förändring 2010-12 jämfört med 2004-06. Data för 2000 och 2002 ej tillgängliga.

Resultat

Datamaterialet visar att andelen ungdomar som har använt cannabis ”någon gång” (1–4 gånger) respektive ”ibland” (5–20 gånger) har minskat över tid. Bland pojkarna har dock andelen som använder cannabis ”ofta” (21 gånger eller mer) ökat över tid (tabellerna 4 och 6). Dessa data analyserades även med hjälp av en mer noggrann statistisk metod där förändringar i användningsnivåer (redovisade som percentiler) och spridningen av data undersöktes över tid (se bilaga A). Även denna metod gav resultat som pekar på en polarisering i narkotikaanvändningen, dock endast bland pojkar i gymnasiets år 2. Det bör nämnas att svarsalternativen till frågan ”Hur många gånger har du använt cannabis?” inneburit begränsningar för analyserna. Eftersom det högsta svarsalternativet var ”mer än 50 gånger” var det inte möjligt att undersöka förändringar i högre användningsnivåer över tid. Alltså finns det en ”takeffekt” i datamaterialet, som markerats med röda siffror i bilaga A. Trots begränsningen visar datamaterialet på en avvikande trend i cannabisanvändningen, som orsakas av framför allt pojkar i äldre tonåren.

Slutsats

Interventioner som riktar sig till högriskungdomar (särskilt pojkar) är av stor betydelse.

Fråga 4: Ersätter ungdomar alkohol med cannabis?

Bakgrund: Under det senaste decenniet har totalkonsumtionen av alkohol bland svenska ungdomar minskat stadigt, både nationellt och i Stockholms stad (figur 3). Under samma period har den totala användningen av narkotika förblivit relativt konstant (med undantag för cannabis, enligt ovan). I ljuset av dessa motsatta trender är det viktigt att ta reda på om ungdomar har ersatt alkoholen med en ökad cannabisanvändning. Det är också en fråga som ständigt återkommer bland personer som arbetar med alkohol- och narkotikarelaterade problem. Eftersom Stockholmsenkäten endast innehåller tvärsnittsdata är det svårt att ge ett säkert svar – det krävs en prospektiv studie för att bedöma sådana samband. Trots begränsningen kan data från Stockholmsenkäten bidra till att ge viss klarhet i denna viktiga fråga.

Figur 3

Förändringar i totalkonsumtion av alkohol bland ungdomar i Stockholm (cl per år).



Tabell 8 visar förändringar över tid i andelen ungdomar som dricker ”måttligt” respektive ”mycket” alkohol och som har använt cannabis minst en gång. Med ungdomar som dricker ”måttligt” avses ungdomar som konsumerar upp till 3 liter ren alkohol per år, vilket är den ungefärliga mediankonsumtionen om alla fyra grupper slås ihop. Med ungdomar som dricker ”mycket” avses ungdomar som konsumerar mellan 3 och 100 liter ren alkohol per år (elever som angav en årlig alkoholkonsumtion över 100 liter undantogs från analysen, eftersom den konsumtionsnivån ses som mycket osannolik). Att separera de olika dryckesgrupperna (”måttligt” och ”mycket”), motiveras utifrån den möjliga hypotes att en övergång till cannabis är mer sannolik bland dem som dricker mest, eftersom dessa ungdomar generellt sett ägnar sig åt mer riskfyllda beteenden. Det finns flera sätt att göra uppdelningen, men ofta används just alkoholkonsumtionens mediannivå för att separera de som dricker ”lite-måttligt” från dem som dricker ”mycket”. Även här anger kolumnen ”Förändring” riktningen hos förändringen i alkoholkonsumtion respektive cannabisanvändning över tid samt förändringens omfattning. Dessa siffror kan i sig inte tolkas mot några befintliga data; de fyller endast en jämförelsefunktion. För att undersöka en eventuell övergång studeras om andelen individer som dricker (”måttligt” eller ”mycket”) har minskat medan cannabis har ökat för samma grupp över tid. För att göra det jämförs ”förändring” för drickande med ”förändring” för cannabis.

Det ska också sägas att de beskrivningar som görs nedan angående utvecklingen över tid för alkoholkonsumtion, där exempelvis andelen som dricker ”måttligt” ökar mer, inte innebär samma sak som att de som dricker ”måttligt” har ökat sin konsumtion. Ökningen av andelen ”måttliga” konsumenter i linje med det allmänna minskningen av alkoholkonsumtionen: fler dricker mindre och därför utgör de ”måttliga” konsumenterna en andelsmässigt större grupp. Syftet med tabellen nedan är att jämföra utvecklingen för alkohol och cannabis, inom varje grupp.

Tabell 8

Förändringar i andelen ungdomar som dricker "måttligt" respektive "mycket" samt andelen cannabisanvändare.

Pojkar åk 9	2000	2002	2004	2006	2008	2010	2012	Förändring*
Dricker måttligt	57	55,8	31,2	36,5	32,1	62,9	67,9	9
Har använt cannabis	4,8	7,2	7,5	10,7	13,2	13,4	10,9	6,15
Dricker mycket	43	44,2	68,8	63,5	67,9	37,1	32,1	-9
Har använt cannabis	27	33,2	15,7	17,4	20	42,2	38,9	10,45

Flickor åk 9

Dricker måttligt	67	67	36	40	37	71	75	5,9
Har använt cannabis	4,8	7,1	5	5,5	10	6,2	8,5	1,4
Dricker mycket	33	33,3	64	60,1	62,6	29,3	25,2	-5,9
Har använt cannabis	28	24,6	15,9	15,9	16,6	25,4	30,2	1,5

Pojkar år 2 gymn

Dricker måttligt	37	35	17	21	23,5	42,4	48,4	9,4
Har använt cannabis	9,7	16,3	23,3	19,4	26	17,9	22,5	7,2
Dricker mycket	63	65	83	79	76,5	57,6	51,6	-9,4
Har använt cannabis	34,7	41,2	29,4	27,4	31,8	47,5	47,6	9,6

Flickor år 2 gymn

Dricker måttligt	58	52	29,5	29,6	31,7	54,5	59,7	2,1
Har använt cannabis	10,8	10,9	20,4	16,9	18,3	14,1	15,8	4,1
Dricker mycket	42	48	70,5	70,4	68,3	45,5	40,3	-2,1
Har använt cannabis	36	32,6	24,3	24,7	27,6	41,3	42,2	7,45

* Förändring i % baserat på jämförelse mellan 2000–02 och 2010–12.

Resultat

De data som presenteras i tabell 8 indikerar att andelen ungdomar som dricker ”måttligt” har ökat sedan 2000–02. Bland de ungdomar som dricker måttligt har även andelen cannabisanvändare ökat sedan 2000–02. Eftersom en ökning kan ses av både alkohol- och cannabisanvändningen mellan 2000–02 och 2010–12 ger tabell 8 inget stöd för att ungdomar som dricker lite eller måttligt skulle ha ersatt alkohol med cannabis.

Bland de som dricker ”mycket” (det vill säga ungdomar som konsumerar över mediannivån) ses en minskning i andelen som dricker ”mycket” mellan 2000–02 och 2010–12, samtidigt som cannabisanvändningen har ökat. Dessa data stöder antagandet att ungdomar som dricker mycket ”ersätter” alkohol med cannabis. Trenden är starkare bland pojkar än bland flickor, och den största ökningen i cannabisanvändning har skett bland ungdomar som konsumerar ”mycket” alkohol. Eftersom de mellanliggande åren uppvisar en betydande variation i alkohol- och cannabisanvändning görs denna tolkning med viss försiktighet. En ändring av jämförelseår ger ett något annorlunda resultat. Trots att resultaten baseras på tvärsnittsdata ger de fortfarande en rimlig indikation på vilka förändringar som skett i droganvändningen över tid.

Slutsats

Med de tydliga begränsningar som beskrivs ovan i minne, så stödjer datamaterialet tesen att vissa ungdomar ersätter alkohol med cannabis. Detta ökar betydelsen av förebyggande insatser – mot cannabisanvändning i allmänhet, och specifikt riktade mot grupper som använder flera olika droger i synnerhet. Mer forskning behövs för att förstå denna trend bland ungdomar som dricker mycket.

Fråga 5:

Vilka är riskfaktorerna för upprepad cannabisanvändning, och har de varit stabila över tid?

Bakgrund

Närsamhället, skolan och familjen är de sammanhang där många förebyggande insatser mot narkotikaanvändning sker. Ett sätt att arbeta förebyggande är att identifiera de faktorer som har det starkaste sambandet med narkotikaanvändning och sedan utforma interventioner som fokuserar specifikt på dessa faktorer (16). För att maximera den långsiktiga nyttan med preventionsprogram mot narkotika bör tyngdpunkten ligga på faktorer som har en stabil påverkan på narkotikaanvändning över tid. Tidigare forskning har identifierat ett antal variabler med koppling till ungdomars cannabisanvändning, men det är oklart huruvida dessa faktorer förblir konstanta över tid, särskilt under perioder då användningen ökat så som varit fallet i Stockholm under den senaste tiden (från 2006). Om liknande riskfaktorer kan påvisas vid separata mättillfällen skulle det vara ett tecken på att de identifierade faktorerna är stabila och ytterst relevanta i det förebyggande arbetet. Stora variationer i riskfaktorprofilerna skulle däremot indikera att betydelsen hos de identifierade faktorerna varierar.

Två analyser har genomförts när det gäller riskfaktorer. Den första undersöker enskilt olika sociodemografiska variabler. Denna analys undersöker sambandet mellan ungdomars sociala situation och cannabis. Den andra analysen bygger på 20 kända riskfaktorer som analyserats tillsammans. Denna analys undersöker kända riskfaktorer stabilitet över tid. Nedans beskrivs kort analyserna, även utfallsvariabeln (upprepat cannabisanvändande) diskuteras. Mer ingående metodbeskrivning finns i bilaga B och C. Slutligen presenteras resultaten från analyserna.

Sociodemografiska variabler

Utifrån datamaterial från Stockholmsenkäten 2012 undersöktes individuella samband (bivariata regressionsanalyser) mellan sju sociodemografiska variabler (kön, årskurs, boendesituation, tid i Sverige, föräldrars utbildning och arbete samt socioekonomisk status) och upprepad cannabisanvändning. Tre nivåer av socio-

ekonomisk status fastställdes baserat på medianinkomsten för hushåll på den adress där respondenten var bosatt. Syftet här var att identifiera de sociala bakgrundsfaktorer som hör samman med ungdomars cannabisanvändning. Eftersom några av dessa variabler inte är allmänt etablerade som riskfaktorer (t.ex. kön och tid i Sverige) undersöktes de sociodemografiska variablerna separat (se bilaga B).

Riskfaktorer

Tjugo riskfaktorer kända för att ha ett samband med ungdomars narkotikaanvändning valdes ut och analyserades med hjälp av logistisk regression (bilaga C). Denna statistiska metod testar styrkan i sambanden mellan riskfaktorerna och utfallsvariabeln, i det här fallet ”upprepad cannabisanvändning”.

För att bedöma faktorernas stabilitet över tid jämfördes resultat från 2006 med 2012 års data. De variabler som uppvisade signifikanta resultat, i de första bivarata analyserna med de 20 variablerna, användes i den slutgiltiga analysen där stabiliteten över tid testades. Anledningen till att data från just 2006 användes var att tidigare versioner av enkäten saknade data för vissa relevanta faktorer (t.ex. typ av bostadsområde)¹.

Utfallsvariabeln

”Upprepad cannabisanvändning” var den beroende variabel eller utfallsvariabel som användes i riskfaktoranalysen. Den definierades här som konsumtion av cannabis eller hasch *2–4 gånger eller mer* under respondentens livstid. Frågan ”Hur många gånger totalt har du använt cannabis?” delades upp som 1 = alla svar i spannet mellan 2 och ”mer än 50 gånger” respektive 0 = ingen/en gång. Denna gränsdragning valdes eftersom den utslöt ungdomar som använt cannabis endast en gång. Visserligen kan alla typer av narkotika orsaka skada även om de bara används en gång, men upprepad användning medför utan tvekan en större risk för negativa konsekvenser. Om en person har använt cannabis 2–4 gånger eller mer indikerar det dessutom en viss regelbundenhet, som i sig är problematisk. En fullständig beskrivning av riskfaktorerna, inklusive hur de valdes ut och dikotomiserades, återfinns i bilaga C.

¹ För att bedöma förändringar över tid i graden av (eller styrkan i) sambandet mellan de signifikanta riskfaktorerna i den multivariata analysen och upprepad cannabisanvändning, beräknades de 95-procentiga konfidensintervallen för betavärdena. Denna metod gör det möjligt att fastställa huruvida respektive faktors betydelse har förändrats eller förblivit konstant över tid.

Resultat

Fyra av de sociodemografiska faktorerna kunde kopplas till en större sannolikhet för regelbunden cannabisanvändning (2012 års data):

- Manligt kön (oddskvot = 1,87, konfidensintervall = 1,51–2,31, $p < ,01$).
- År 2 gymn (oddskvot = 1,49, konfidensintervall = 1,20–1,85, $p < ,01$).
- Boende utan båda föräldrar (oddskvot = 1,38, konfidensintervall = 1,03–1,85, $p < ,05$).
- Båda föräldrar arbetslösa (oddskvot = 4,94, konfidensintervall = 1,16–20,94, $p < ,05$). (Konfidensintervallet är dock stort på grund av det låga antalet individer i denna kategori.)

Socioekonomisk status, tid i Sverige och föräldrarnas utbildningsnivå uppvisade inget samband med upprepad cannabisanvändning.

I den multivariata analysen hade nio av de 20 riskfaktorerna en högre oddskvot för upprepad cannabisanvändning. Fyra av dessa (Kamrater som använder narkotika, Tidig berusningsdebut, Rökning [cigaretter] samt Hög tillgång till narkotika) fanns med i den slutgiltiga regressionsmodellen för båda undersökningsåren. ”Kamrater som använder narkotika” var den mest stabila riskfaktorn eftersom den kunde påvisas för alla elever, båda undersökningsår. 2012 var även ”Rökning” signifikant i alla fyra grupper. Tre faktorer var signifikanta endast för 2006 (Boende i högriskområde, Normbrytande kamrater samt Svag anknytning till skolan), och två faktorer var signifikanta endast för 2012 (Spänningssökande och Skolk). Även om det föreligger vissa skillnader är riskfaktorprofilerna för 2006 och 2012 i stort sett likadana, vilket indikerar att de identifierade faktorerna är ytterst relevanta i det långsiktigt förebyggande arbetet mot narkotika. En viktig iakttagelse är att konfidensintervallen för var och en av de fyra huvudsakliga riskfaktorernas betavärden i stort sett sammanföll över åren. Detta talar för att det inte fanns några skillnader i respektive faktors grad av inflytande på cannabisanvändningen över tid.

Vissa könsskillnader kunde påvisas: Faktorerna ”Hög tillgång till narkotika” och ”Spänningssökande” uppvisade samband med narkotikaanvändning endast bland flickor. ”Normbrytande kamrater” och ”Skolk” kunde kopplas till cannabisanvändning endast bland pojkar. Den förmodade riskfaktorn ”storkonsumtion”

var inte signifikant i någon av de multivariata analyserna. Däremot kunde ”Tidig berusningsdebut” kopplas till upprepad cannabisanvändning bland flickor i grundskolans åk 9 och gymnasiets år 2 för 2006, liksom bland pojkar i grundskolans åk 9 och flickor i gymnasiets år 2 för 2012. Resultaten från de multivariata analyserna, som visar de slutgiltiga signifikanta riskfaktorerna, presenteras i tabell 9.

Tabell 9

Förändringar i andelen ungdomar som dricker "måttligt" respektive "mycket" samt andelen cannabisanvändare.

Riskfaktorer 2006	Pojkar 15 år (årk 9)			Flickor 15 år (årk 9)			Pojkar 17 år (år 2 gym)			Flickor 17 år (år 2 gym)		
	Odds- kvot	95 % Konfidensintervall	Odds- kvot	95 % Konfidensintervall	Odds- kvot	95 % Konfidensintervall	Odds- kvot	95 % Konfidensintervall	Odds- kvot	95 % Konfidensintervall		
Tidig berusnings- debut	3,10	1,13–8,50*	3,26	1,37–7,75**	7,10	2,78–18,12**	3,33	1,10–10,12*	3,04	1,57–5,90**		
Röker	2,26	1,26–4,04**	3,06	1,41–6,61**	_a		_a		_a			
Boende i högrisk- område	2,59	1,45–4,63**	_a		_a		_a		_a			
Normbrytande kamrater	_a		_a		1,72	1,07–2,78*	_a		_a			
Hög tillgång till narkotika	_a		_a		_a		3,13	1,29–7,54**	_a			
Svag anknytning till skolan	_a		3,75	1,28–10,98*	_a		_a		_a			
2012												
Kamrater som använder narkotika	3,51	1,25–9,82*	3,67	1,37–9,86**	4,31	2,29–8,12**	2,96	1,58–5,56**	2,34	1,46–3,75**		
Röker	2,47	1,14–5,35*	3,61	1,60–8,13**	2,11	1,37–3,24**	4,05	1,35–12,17*	2,92	1,32–3,72**		
Tidig berusnings- debut	3,04	1,07–8,59*	_a		_a		_a		_a			
Hög tillgång till narkotika	_a		3,60	1,47–8,84**	_a		_a		_a			
Spänningsökande	_a		_a		_a		2,11	1,10–4,05*	_a			
Skolk	_a		_a		2,11	1,10–4,05*	_a		_a			

_a Endast faktorer som var signifikanta i de slutgiltiga regressionsmodellerna visas.

Diskussion

Sammanfattning av huvudresultaten

Cannabis är, med bred marginal, den narkotikatyp som ungdomar i Stockholms stad använder mest. Både andelen individer som någon gång har använt cannabis och den genomsnittliga frekvensen för cannabisanvändning har ökat sedan 2006, främst bland pojkar. Studien visar att tre sociodemografiska faktorer (manligt kön, högre ålder och boende utan båda föräldrar) ökar sannolikheten för upprepad cannabisanvändning. Dessutom kan följande konstateras:

- Majoriteten av Stockholms stads ungdomar får tag på cannabis via kamrater eller personer som de känner. Det blir dock allt vanligare att ungdomar får tag på cannabis via personer de inte känner eller andra källor. Få ungdomar får tag på cannabis via internet.
- Den genomsnittliga debutåldern för cannabis har förblivit stabil under de senaste tolv åren, tvärt emot vad som ofta hävdas.
- Datamaterialet från Stockholmsenkäten visar på en polariseringstrend i cannabisanvändningen bland pojkar i gymnasiets år 2. De flesta ungdomar använder cannabis något mer sällan 2010–12 jämfört med 2000–02, men samtidigt finns det en liten grupp som använder cannabis oftare över tid.
- Analyserna visar stöd för att vissa ungdomar – huvudsakligen de som använder mest droger – verkar ”ersätta” alkohol med en ökad cannabisanvändning. Data har samtidigt begränsningar för att med säkerhet kunna besvara frågan.

Risikfaktorer och förebyggande arbete

I detta avsnitt diskuteras de fyra riskfaktorer, som i de slutgiltiga regressionsmodellerna för både 2006 och 2012 uppvisade samband med upprepad cannabisanvändning, utifrån tidigare internationell forskning. Här tas även relevanta slutsatser för det förebyggande arbetet mot cannabis i Sverige upp. De första två faktorerna – att ha kamrater som använder narkotika respektive cigarettökning – var de mest stabila över tid.

Att ha **kamrater som använder narkotika** kunde kopplas till högre sannolikhet för upprepad cannabisanvändning bland alla ungdomar som deltog i undersökningen, båda åren. Det visar vilket stort inflytande kamraters beteenden har över cannabisanvändningen. Tidigare forskning har kommit fram till liknande resultat. Hawkins et al (16) konstaterade, utifrån ett nationellt representativt urval som

omfattade mer än 28 000 amerikanska ungdomar, att det finns ett samband mellan droganvändning och att ha kamrater som använder droger. I en nyligen gjord studie som involverade över 40 000 amerikanska och australiensiska ungdomar i åldrarna 12 och 17 år rapporterade Beyers et al (17) ett signifikant samband mellan att ha antisociala kamrater, kamrater som använder droger och förekomsten av cannabisanvändning. Dessa resultat ger stöd åt modellen om sociala nätverks inflytande på droganvändning (18) och åtgärder som syftar till att förbättra ungdomars sociala kompetens, i synnerhet för de situationer där de erbjuds droger.

Cigarrettrökning uppvisade ett samband med cannabisanvändning bland alla ungdomar som undersöktes 2012, och bland alla elever i grundskolans åk 9 för 2006. Det var inte möjligt att i den här studien fastställa huruvida rökning föregick cannabisanvändningen eller inte, dock är det känt att rökning kan fungera som en inkörsport till narkotikaanvändning. I en tioårig prospektiv studie där 5 001 ungdomar och unga vuxna i åldrarna 15 till 44 år deltog rapporterades signifikanta samband mellan rökning vid baslinjen och beroende av narkotika tio år senare (19).

Tidigare studier har även kopplat alkoholkonsumtion i tidiga tonår till en rad problem i vuxenlivet (20, 21) och till hjärnskador i tonåren (11).

En **tidig berusningsdebut** uppvisade samband med upprepad cannabisanvändning bland flickor 2006 samt bland pojkar och flickor 2012. Även här är en sannolik förklaring att experimenterande med en drog (alkohol) naturligt ökar risken för annan droganvändning. En annan möjlighet är dock att underliggande mekanismer eller patologiska beteenden – till exempel impulsivitet eller hyperaktivitet – är en av orsakerna till en rad dysfunktionella beteenden i tonåren, däribland drogmissbruk. Mot bakgrund av dessa samband är det rimligt att anta att förebyggande insatser som minskar ungdomars rökning och alkoholkonsumtion även skulle kunna minska cannabisanvändningen. Något som därmed stödjer en bred ANDT-ansats. Tanken är att när en ung person en gång har passerat ”tröskeln” för droganvändning och börjar experimentera med en drog (till exempel cigaretter eller alkohol), blir det lättare och mer sannolikt att han eller hon kommer att prova en ”tyngre” drog, exempelvis cannabis. Utifrån tillgängliga data är det tyvärr svårt att säga vilken av dessa två förklaringar (teorin om ”inkörsporten” eller den om underliggande faktorer) som är den rätta. Det krävs prospektiva analyser för att besvara denna fråga.

Även **hög tillgång till narkotika** uppvisade samband med cannabisanvändning, vilket understryker vikten av tillgångsbegränsande insatser. Lagstiftning som begränsar tillgången på droger och sociala normer som fördömer droger har kunnat kopplas till lägre nivåer av droganvändning i samhället (4). Cleveland et al (22) konstaterade att ungdomar som upplever en högre grad av kontroll från samhällets sida (begränsning av tillgången på droger och normer som fördömer droganvändning) löpte lägre risk att bli marijuana-användare jämfört med ungdomar som bodde i områden där tillgången till droger var högre. I linje med detta visade en undersökning att i 31 länder kunde privata konsumtionsutgifter och upplevd tillgång till cannabis kopplas till livstidsprevalens och användningsfrekvens (23).

Frågan om tillgång till droger är nära besläktad med frågor om bostadsområdens utsatthet och närsamhällets sociala kontroll över droganvändning. En nyligen gjord amerikansk studie, där 6 516 ungdomar i åldrarna 12–19 år deltog, visade att det var betydligt vanligare att börja använda marijuana i bostadsområden med hög arbetslöshet. Det kan vara värt att nämna att denna effekt iaktogs när analysen kontrollerats för andra kända riskfaktorer (24). En svensk studie har visat att risken för att bli inlagd på sjukhus efter att ha använt narkotika är högre i låginkomstområden jämfört med höginkomstområden (25). Trots att vår studie inte kunde påvisa något samband mellan socioekonomisk status och upprepad cannabisanvändning, står det klart att boende i ett högriskområde utgör en riskfaktor för vissa ungdomar. Olika mekanismer har föreslagits för att förklara hur samhällsfaktorer påverkar ungdomars droganvändning (26, 27), däribland ”kollektiv socialisering”. Med detta menas att föräldrar och andra vuxna fungerar som dåliga förebilder för ungdomar. Även socioekonomisk deprivation, där familjer saknar nödvändiga resurser för att kunna stödja ungdomar i deras utveckling, är en tänkbar mekanism. Också en ”epidemiologisk modell” har föreslagits, där problembeteenden antas ”smitta” och huvudsakligen vara resultatet av kamraters inflytande (26).

Två skolfaktorer uppvisade samband med en högre sannolikhet för cannabisanvändning; svag anknytning till skolan och skolk (endast pojkar). Ytterligare två nyligen genomförda svenska studier har visat att droganvändning kan kopplas till skolk bland pojkar, vilket pekar på att detta samband skulle kunna vara köns-specifikt i den svenska kontexten (6, 7). Eftersom denna studie bygger på tvärsnittsdata går det inte att säga om problem i skolan utlöser narkotikaanvändning eller tvärtom. Vi kan dock konstatera att det finns ett samband mellan svårig-

heter i skolan och ungdomars narkotikaanvändning, vilket leder till slutsatsen att program som identifierar och stöder barn med tidiga inlärningssvårigheter eller beteendeproblem även potentiellt kan minska risken för narkotikaanvändning.

Ett exempel från senare tid på en samhällsintervention som bygger på identifiering av lokala riskfaktorer, är det amerikanska Community Youth Development Project, även kallat Communities That Care (28). I detta projekt valde lokala samarbetsgrupper ut preventionsprogram som var specifikt anpassade till det egna närsamhällets unika riskprofil. Det långsiktiga målet med projektet var att minska droganvändningen och brottsligheten bland ungdomar. Det omedelbara fokuset var dock att åstadkomma en förbättring av de riskfaktorer som bedömdes som relevanta för de enskilda försökssamhällena. Totalt deltog 4 407 ungdomar (11–13 år) i studien. Vid treårsuppföljningen var det betydligt färre individer som hade börjat använda droger eller ägnade sig åt kriminellt beteende i försökssamhällena jämfört med kontrollsamhällena. Resultaten från CYD-projektet visar på den potential som samhällsinterventioner har när det kommer till att påverka ungdomars droganvändning. Det finns dock ingen garanti för positiva utfall. En utvärdering av det alkohol- och narkotikaförebyggande utvecklingsarbetet i sex svenska kommuner 2003–2007 (29) visade få signifikanta positiva effekter efter en fyra år lång, omfattande intervention, främst riktad mot ungdomar. Precis som i CYD-projektet genomfördes en rad föräldra-, ungdoms- och familjeprogram i försökskommunerna. De flesta av de program som valdes ut hade visat sig vara effektiva i tidigare försök, men få hade varit framgångsrika i storskaliga interventioner. Vidare var många av programmen komplexa och krävde utbildning och stöd i en omfattning som flera kommuner inte kunde eller inte ville tillhandahålla. Dessa resultat stöder tesen att riskreduktion kan vara en nödvändig del i det förebyggande arbetet mot ungdomars narkotikaanvändning. Metoden blir dock framgångsrik endast om sådana interventioner väljs och genomförs som har visat sig vara *effektiva* i program på lokal nivå.

Styrkor och svagheter

Stockholmsenkäten ger unika möjligheter att undersöka förändringar i ungdomars narkotikaanvändning över tid. Det stora antalet deltagare och den höga svarsfrekvensen garanterar ett representativt datamaterial. Att undersökningen är heltäckande har möjliggjort utvärdering av sambandet mellan många olika typer av riskfaktorer och cannabisanvändning.

Studien har även vissa begränsningar. Utifrån tvärsnittsdata är det inte möjligt att fastställa kausalitet. Därför kan det endast antas att de faktorer som beskrivs i denna rapport påverkar cannabisanvändningen. En prospektiv studie skulle utgöra en stabilare grund för påståenden om samband mellan olika variabler. Resultaten bör vidare ses i sin kontext. En stor andel av den varians som förklarades av den slutgiltiga regressionsmodellen kunde tillskrivas andra faktorer. Ungdomars narkotikaanvändning påverkas av flera utvecklingsrelaterade faktorer, och vissa av dessa mäts inte i Stockholmsenkäten. Bland annat anses möjligheten till meningsfullt deltagande i samhället och föräldrars tilltro till den egna förmågan påverka brottslighet och drogmissbruk bland unga (30). Avslutningsvis, användningen av dikotoma/binära variabler ("ja" eller "nej") kan innebära att viss information går förlorad.

Slutsatser

Även om det föreligger vissa skillnader mellan 2006 och 2012 års Stockholmsenkäter, har de riskfaktorer som kan kopplas till upprepad cannabisanvändning bland Stockholms ungdomar förblivit relativt stabila över tid, både vad gäller antal och typ. Detta trots den ökning i cannabisanvändningen som skett på senare tid. Resultatet indikerar att de fyra identifierade faktorerna (att ha kamrater som använder narkotika, cigarettrökning, tidig alkoholdebut och hög tillgång till narkotika) är ytterst relevanta för det långsiktigt förebyggande arbetet. Relevant är även att *nivån* på dessa faktorer har förblivit stabil över tid; deras relativa betydelse har inte förändrats nämnvärt. Flerkomponentinsatser som stärker kamraters positiva (hämmande) inflytande på narkotikaanvändning och minskar cigarettrökningen är därmed relevanta, eftersom dessa två riskfaktorer är de mest stabila i båda enkäterna. Även insatser som begränsar narkotikatillgången i samhället och senarelägger ungdomars alkoholdebut bedöms kunna minska risken för cannabisanvändning. Pojkar i tonåren använder cannabis i betydligt större utsträckning än flickor, och andelen pojkar som använder mycket cannabis har ökat under de senaste åren. Förebyggande insatser bör syfta till att minska narkotikaanvändningen i hela befolkningen. Detta datamaterial (som presenterats här) ger dock stöd för ett större fokus på att minska cannabisanvändningen bland pojkar.

Referenser

1. CAN. Drug trends in Sweden 2012. Stockholm: Swedish Council for Information on Alcohol and Drugs, report number 2012 130.
2. Yung AR, Phillips LJ, Yuen HP, Francey SM, McFarlane CA, Hallgren M, et al. Psychosis prediction: 12-month follow up of a high-risk (“prodromal”) group. *Schizophr Res.* 2003;60(1):21–32.
3. Griffith-Lendering MF, Wigman JT, Prince van Leeuwen A, Huijbregts SC, Huizink AC, Ormel J, et al. Cannabis use and vulnerability for psychosis in early adolescence – a TRAILS study. *Addiction.* 2013;108(4):733–40.
4. Toumbourou JW, Stockwell T, Neighbors C, Marlatt GA, Sturge J, Rehm J. Interventions to reduce harm associated with adolescent substance use. *Lancet.* 2007;369(9570):1391–401.
5. El-Khouri B, Sundell K, Strandberg A. Riskfaktorer för normbrytande beteenden (Risk factors for norm breaking behaviour). Stockholm. Fou-enheten, 2005 report number 2005:17.
6. Danielsson AK, Romelsjö A, Tengström A. Heavy episodic drinking in early adolescence: gender-specific risk and protective factors. *Subst Use Misuse.* 2011;46(5):633–43.
7. Bränström R, Sjöström E, Andreasson S. Individual, group and community risk and protective factors for alcohol and drug use among Swedish adolescents. *Eur J Public Health.* 2008;18(1):12–8.
8. Anderson P, Chisholm D, Fuhr DC. Effectiveness and cost-effectiveness of policies and programmes to reduce the harm caused by alcohol. *Lancet.* 2009;373(9682):2234–46.

9. Hawkins JD, Catalano RF, Miller JY. Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: implications for substance abuse prevention. *Psychol Bull.* 1992;112(1):64–105.
10. Midford R. Drug prevention programmes for young people: where have we been and where should we be going? *Addiction.* 2010;105(10):1688–95.
11. Lubman DI, Yucel M, Hall WD. Substance use and the adolescent brain: a toxic combination? *Journal of psychopharmacology.* 2007;21(8):792–4.
12. Yucel M, Solowij N, Respondek C, Whittle S, Fornito A, Pantelis C, et al. Regional brain abnormalities associated with long-term heavy cannabis use. *Arch Gen Psychiatry.* 2008;65(6):694–701.
13. James A, James C, Thwaites T. The brain effects of cannabis in healthy adolescents and in adolescents with schizophrenia: a systematic review. *Psychiatry research.* 2013.
14. Hallgren M, Leifman H, Andreasson S. Drinking Less But Greater Harm: Could Polarized Drinking Habits Explain the Divergence Between Alcohol Consumption and Harms among Youth? *Alcohol Alcoholism.* 2012;47(5):581–90.
15. Norström T, Ramstedt M. Mortality and population drinking: a review of the literature. *Drug Alcohol Rev.* 2005;24(6):537–47.
16. Hawkins JD, Van Horn ML, Arthur MW. Community variation in risk and protective factors and substance use outcomes. *Prev Sci.* 2004;5(4):213–20.
17. Beyers J, Toumbourou J, Catalano R, Arthur M, Hawkins D. A cross-national comparison of risk and protective factors for adolescent substance use: The United States and Australia. *Journal of Adolescent Health.* 2013(35):3:16.
18. Christakis NA, Fowler JH. The collective dynamics of smoking in a large social network. *The New England journal of medicine.* 2008;358(21):2249–58.

19. Swendsen J, Conway KP, Degenhardt L, Dierker L, Glantz M, Jin R, et al. Socio-demographic risk factors for alcohol and drug dependence: the 10-year follow-up of the national comorbidity survey. *Addiction*. 2009;104(8):1346–55.
20. Reboussin BA, Song EY, Shrestha A, Lohman KK, Wolfson M. A latent class analysis of underage problem drinking: evidence from a community sample of 16–20 year olds. *Drug Alcohol Depend*. 2006;83(3):199–209.
21. Pitkanen T, Lyyra AL, Pulkkinen L. Age of onset of drinking and the use of alcohol in adulthood: a follow-up study from age 8–42 for females and males. *Addiction*. 2005;100(5):652–61.
22. Cleveland MJ, Feinberg ME, Bontempo DE, Greenberg MT. The role of risk and protective factors in substance use across adolescence. *J Adolesc Health*. 2008;43(2):157–64.
23. ter Bogt T, Schmid H, Gabhainn SN, Fotiou A, Vollebergh W. Economic and cultural correlates of cannabis use among mid-adolescents in 31 countries. *Addiction*. 2006;101(2):241–51.
24. Tucker JS, Pollard MS, de la Haye K, Kennedy DP, Green HD, Jr. Neighborhood characteristics and the initiation of marijuana use and binge drinking. *Drug Alcohol Depend*. 2013;128(1–2):83–9.
25. Sellström E, O’Campo P, Muntaner C, Arnoldsson G, Hjern A. Hospital admissions of young persons for illicit drug use or abuse: does neighborhood of residence matter? *Health & place*. 2011;17(2):551–7.
26. Chuang YC, Ennett ST, Bauman KE, Foshee VA. Neighborhood influences on adolescent cigarette and alcohol use: mediating effects through parent and peer behaviors. *J Health Soc Behav*. 2005;46(2):187–204.
27. Wickes R, Hipp JR, Sargeant E, Homel R. Collective efficacy as a task specific process: examining the relationship between social ties, neighborhood cohesion and the capacity to respond to violence, delinquency and civic problems. *Am J Community Psychol*. 2013;52(1-2):115–27.

28. Hawkins JD, Oesterle S, Brown EC, Arthur MW, Abbott RD, Fagan AA, et al. Results of a type 2 translational research trial to prevent adolescent drug use and delinquency: a test of Communities That Care. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2009;163(9):789–98.
29. Hallgren M, Andreasson S. The Swedish six-community alcohol and drug prevention trial: Effects on youth drinking. *Drug Alcohol Rev.* 2013.
30. Cameron CM, Scuffham PA, Spinks A, Scott R, Sipe N, Ng S, et al. Environments for Healthy Living (EFHL) Griffith birth cohort study: background and methods. *Matern Child Health J.* 2012;16(9):1896:905.

Bilaga A

Förändringar i genomsnittlig livstidsfrekvens för cannabisanvändning

Pojkar åk 9

Percentil	2004 n=260	2006 n=285	2008 n=374	2010 n=483	2012 n=311	Förändring 04-12	04/06- 10/12
1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
5	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	-0,1	0,0
10	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	0,0	0,0
25	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	0,0	0,0
50	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0	0,0	0,0
75	15,0	15,0	15,0	15,0	15,0	0,0	0,0
90	51,0	51,0	51,0	51,0	51,0	0,0	0,0
91	51,0	51,0	51,0	51,0	51,0	0,0	0,0
92	51,0	51,0	51,0	51,0	51,0	0,0	0,0
93	51,0	51,0	51,0	51,0	51,0	0,0	0,0
94	51,0	51,0	51,0	51,0	51,0	0,0	0,0
95	51,0	51,0	51,0	51,0	51,0	0,0	0,0
96	51,0	51,0	51,0	51,0	51,0	0,0	0,0
97	51,0	51,0	51,0	51,0	51,0	0,0	0,0
98	51,0	51,0	51,0	51,0	51,0	0,0	0,0
99	51,0	51,0	51,0	51,0	51,0	0,0	0,0
Medel	12,48	11,74	11,72	14,27	14,01	1,5	2,0
Median	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	0,0	0,0
SD	17,19	16,15	16,09	18,49	18,10	0,9	1,6
CV	137,72	137,50	137,35	129,59	129,20	-8,5	-8,2
Skew	1,39	1,64	1,59	1,21	1,26	-0,1	-0,3
SE Skew	0,15	0,14	0,13	0,11	0,13	0,0	0,0
Kurtosis	0,36	1,23	1,09	-0,25	-0,05	-0,4	-0,9
SE Kurt	0,30	0,29	0,25	0,22	0,27	0,0	0,0

Flickor åk 9

Percentil	2004 n=219	2006 n=307	2008 n=326	2010 n=256	2012 n=278	Förändring 04-12	04/06- 10/12
1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
5	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	-1,0	-0,5
10	1,0	1,0	0,0	1,0	1,0	0,0	0,0
25	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	0,0	0,0
50	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0	0,0	0,0
75	7,0	7,0	7,0	7,0	7,0	0,0	0,0
90	35,0	35,0	15,0	35,0	35,0	0,0	0,0
91	35,0	35,0	35,0	35,0	35,0	0,0	0,0
92	35,0	35,0	35,0	35,0	35,0	0,0	0,0
93	35,0	35,0	35,0	51,0	35,0	0,0	8,0
94	51,0	51,0	35,0	51,0	35,0	-16,0	-8,0
95	51,0	51,0	51,0	51,0	51,0	0,0	0,0
96	51,0	51,0	51,0	51,0	51,0	0,0	0,0
97	51,0	51,0	51,0	51,0	51,0	0,0	0,0
98	51,0	51,0	51,0	51,0	51,0	0,0	0,0
99	51,0	51,0	51,0	51,0	51,0	0,0	0,0
Medel	8,77	8,31	7,13	7,89	8,34	-0,4	-0,4
Median	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	0,0	0,0
SD	13,95	13,69	12,66	13,76	13,24	-0,7	-0,3
CV	159,09	164,82	177,63	174,45	158,79	-0,3	4,7
Skew	2,12	2,29	2,60	2,43	2,22	0,1	0,1
SE Skew	0,16	0,15	0,14	0,15	0,14	0,0	0,0
Kurtosis	3,25	4,04	5,74	4,56	3,86	0,6	0,6
SE Kurt	0,32	0,31	0,27	0,30	0,29	0,0	0,0

Pojkar åk 2 gymnasiet

Percentil	2004 n=455	2006 n=509	2008 n=632	2010 n=799	2012 n=886	Förändring 04-12	04/06- 10/12
1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
5	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	0,0	0,0
10	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	0,0	0,0
25	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0	0,0	0,0
50	3,0	7,0	7,0	7,0	7,0	4,0	2,0
75	15,0	15,0	15,0	35,0	35,0	20,0	20,0
90	51,0	51,0	51,0	51,0	51,0	0,0	0,0
91	51,0	51,0	51,0	51,0	51,0	0,0	0,0
92	51,0	51,0	51,0	51,0	51,0	0,0	0,0
93	51,0	51,0	51,0	51,0	51,0	0,0	0,0
94	51,0	51,0	51,0	51,0	51,0	0,0	0,0
95	51,0	51,0	51,0	51,0	51,0	0,0	0,0
96	51,0	51,0	51,0	51,0	51,0	0,0	0,0
97	51,0	51,0	51,0	51,0	51,0	0,0	0,0
98	51,0	51,0	51,0	51,0	51,0	0,0	0,0
99	51,0	51,0	51,0	51,0	51,0	0,0	0,0
Medel	13,51	14,56	13,69	16,73	15,19	1,7	1,9
Median	3,00	7,00	7,00	7,00	7,00	4,0	2,0
SD	17,19	18,00	17,23	19,05	18,46	1,3	1,2
CV	127,21	123,60	125,89	113,89	121,58	-5,6	-7,7
Skew	1,38	1,20	1,33	0,94	1,12	-0,3	-0,3
SE Skew	0,11	0,11	0,10	0,09	0,08	0,0	0,0
Kurtosis	0,36	-0,22	0,20	-0,81	-0,42	-0,8	-0,7
SE Kurt	0,23	0,22	0,19	0,17	0,16	-0,1	-0,1

Flickor åk 2 gymnasiet

Percentil	2004 n=386	2006 n=439	2008 n=565	2010 n=688	2012 n=751	Förändring 04-12	04/06- 10/12
1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
5	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	0,0	0,0
10	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	0,0	0,0
25	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	0,0	0,0
50	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0	0,0	0,0
75	7,0	7,0	7,0	7,0	7,0	0,0	0,0
90	35,0	35,0	35,0	35,0	35,0	0,0	0,0
91	35,0	41,4	35,0	35,0	35,0	0,0	-3,2
92	51,0	51,0	46,5	35,0	35,0	-16,0	-16,0
93	51,0	51,0	51,0	35,0	35,0	-16,0	-16,0
94	51,0	51,0	51,0	35,0	51,0	0,0	-8,0
95	51,0	51,0	51,0	51,0	51,0	0,0	0,0
96	51,0	51,0	51,0	51,0	51,0	0,0	0,0
97	51,0	51,0	51,0	51,0	51,0	0,0	0,0
98	51,0	51,0	51,0	51,0	51,0	0,0	0,0
99	51,0	51,0	51,0	51,0	51,0	0,0	0,0
Medel	10,06	10,30	9,78	9,16	9,31	-0,8	-0,9
Median	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	0,0	0,0
SD	14,80	15,32	14,56	13,61	13,91	-0,9	-1,3
CV	147,01	148,77	148,88	148,50	149,39	2,4	1,1
Skew	1,96	1,85	2,02	2,08	2,11	0,2	0,2
SE Skew	0,12	0,12	0,10	0,09	0,09	0,0	0,0
Kurtosis	2,47	2,00	2,74	3,21	3,23	0,8	1,0
SE Kurt	0,25	0,23	0,21	0,19	0,17	-0,1	-0,1

Bilaga B

Samband mellan sociodemografiska variabler och upprepad cannabisanvändning

Regelbunden cannabisanvändning (2–4 gånger eller mer)

	Totalt	(%)	Wald χ^2 (df)	Oddsquot	95% KI	P
Kön						
Flicka	512	38,9		1		
Pojke	804	61,1	33,8(1)	1,87	1,51–2,31	0,001
Årskurs						
Åk 9 (15–16 år)	393	291		1		
År 2 gymn (17–18 år)	956	70,9	13,1(1)	1,49	1,20–1,85	0,001
Bor med						
Båda föräldrarna	638	47,3		1		
Endast mamma	346	25,6	0,57(1)	1,10	0,85–1,41	ns
Endast pappa	98	7,3	1,40(1)	1,49	1,20–1,85	0,05
Ingen av föräldrarna*	268	19,9	4,79(1)	1,38	1,03–1,85	0,05
Tid i Sverige						
Hela livet	1178	87,8		1		
10 år eller mer	90	6,7	0,07(1)	1,06	0,69–1,67	ns
5–9 år	35	2,6	0,45(1)	1,27	0,62–2,60	ns
Mindre än 5 år	39	2,9	0,35(1)	1,29	0,65–2,55	ns
Föräldrarnas utbildning						
Minst en förälder med universitet/högskoleutbildning	844	84,4				
Minst en förälder med gymnasieutbildning	123	12,3	2,37(1)	1,36	0,91–2,03	ns
Båda föräldrar med endast grundskola eller lägre	33	3,3	0,18(1)	1,16	0,58–2,33	ns
Föräldrarnas arbete						
Båda föräldrarna arbetar	938	89,1		1		
Mamma arbetslös	49	4,7	0,15(1)	1,03	0,59–1,80	ns
Pappa arbetslös	40	3,8	2,68(1)	1,90	0,88–4,10	ns
Båda föräldrar arbetslösa	26	2,5	4,71(1)	4,94	1,16–20–94	0,05
Socialekonomisk status**						
Område med hög SES	635	55,8		1		
Område med medelhög SES	328	28,8	0,11(1)	1,04	0,80–1,35	ns
Område med låg SES	174	15,3	0,18(1)	1,07	0,77–1,48	ns

* Här avses boende hos mamma och pappa växelvis, hos fosterföräldrar, ensam, med syskon, andra släktingar, styvmamma/styvpappa eller annan.

** SES baseras på medianinkomsten för hushåll i 14 förortsområden i Stockholms kommun.

Bilaga C

Urval och analys av riskfaktorer

Riskfaktorerna i denna studie valdes ut efter en genomgång av internationell och svensk litteratur om ungdomsrelaterade risk- och skyddsfaktorer. Eftersom riskfaktorer till en viss grad anses variera mellan länder, lades fokus på nyligen publicerade svenska studier (1–3). Inledningsvis testades de 20 faktorerna för samband med cannabisanvändning genom bivariat logistisk regression. Signifikansnivån sattes till 0,05. Alla analyser utfördes i SPSS v. 20.0.

De enkätfrågor som berörde någon av de tjugo riskfaktorerna beskrivs i tabellen på sidorna 42–43. Sex variabler dikotomiserades som 1/ja eller 0/nej, utifrån svaret på en enskild fråga. De återstående 16 variablerna innehöll frågor med tre eller fler svarsalternativ och dikotomiserades med hjälp av en statistisk metod som kallas ROC-analys (ROC = Receiver Operating Characteristic). ROC-analys kan användas som alternativ till medianvärdet med fördelen att dikotomiseringspunkten för varje prediktorvariabel optimeras, i och med att hänsyn tas till specificiteten och sensitiviteten hos varje alternativ. För samtliga fall gav denna metod ett cut off-värde som låg på eller över medianen. Chronbachs alfa beräknades för alla prediktorvariabler med mer än en fråga. Alfavärdena låg i regel mellan 0,7 och 0,9, vilket visar på en stark relation mellan de frågor som berörde riskfaktorerna. En faktor, ”Svag anknytning till skolan”, hade ett relativt lågt alfavärde på 0,53.

För att undvika inkludering av flera variabler som mäter samma sak (multikollinearitet) undersöktes korrelationer från de bivariata analyserna mellan var och en av de signifikanta prediktorvariablerna. Dessa var i allmänhet svaga, i spannet ,05–0,2. Den starkaste korrelationen 0,52 påvisades för sambandet mellan ”Normbrytande beteende” och ”Kamrater som använder narkotika”, för pojkar i grundskolans åk 9, år 2006. Multikollinearitet kan även bedömas utifrån värden för VIF (Variance Inflation Factor) och tolerans. VIF är ett mått på hur stark korrelationen mellan en prediktorvariabel och de andra prediktorvariablerna är. Värden över 10 ses som problematiska. Toleransvärdet är nära kopplat till VIF.

Värden under 0,1 visar på kollinearitet i datamaterialet. För alla signifikanta prediktorvariabler låg VIF-värdena i spannet 1,0–1,9 och toleransvärdena mellan 0,5 och 0,9.

Sammantaget visar denna statistik att sannolikheten för multikollinearitet i datamaterialet är mycket liten. Efter dessa kontroller fördes de signifikanta variabler som identifierats i de bivariata analyserna in i en multivariat regression med så kallad ”forced entry” (tvingande ordning), där icke-signifikanta variabler tas bort en i taget innan den slutgiltiga modellen erhålls. Pearsons r-korrelation användes för att undersöka sambandet mellan det totala antalet signifikanta riskfaktorer och användningsfrekvensen för narkotika. Den slutgiltiga modellen förklarade mellan 13 och 23 procent av variansen i cannabisanvändningen båda åren.

Risikfaktor	Frågor som berör risikfaktorn	Antal frågor	Chronbachs alfa
Individ			
Spenderar mycket pengar	För elever i åk 9: 1000 SEK (ca 150 USD) per månad eller mer = 1/ja. För elever i år 2 gymnasium: 1500 SEK (ca 225 USD) eller mer per månad = 1/ja. Alla andra = 0/nej.	1	-
Röker regelbundet	"Röker du?" Svaren "ibland" och "dagligen" kodades som 1/ja, alla andra = 0/nej.	1	-
Spänningssökande	Eleven fick ta ställning till fyra påståenden: "Jag gillar att göra spännande och farliga saker, även om det är förbjudet"; "Jag ser mig själv som en mycket impulsiv person"; "Jag vill gärna vara där det händer spännande saker"; "Jag gör dumma saker även om de är farliga". Alla påståenden värderades på en fyrgradig skala: "stämmer mycket bra" till "stämmer mycket dåligt". De enskilda värdena för respektive påstående summerades till en total.	4	0,71
Antisocialt beteende	De 19 frågor som berörde denna variabel värderades på en femgradig skala: "ingen gång" till "mer än 10 gånger". "Hur många gånger har du gjort följande saker under de senaste 12 månaderna?" Exempel på handlingar: snatteri, skadegörelse, klotter/olaglig graffiti, bilstöld, inbrott, allvarigare slagsmål, vapeninnehav etc. Frågorna sammanställdes till ett totalvärde.	19	0,87
Tungt episodiskt drickande	"Hur ofta dricker du vid ett och samma tillfälle alkohol motsvarande minst: 18 cl sprit, en halv flaska vin, fyra burkar starköl/stark cider eller sex burkar folköl?" Frågan värderades på en sjugradig skala från "aldrig" till "någon gång i veckan".	1	-
Tidig berusningsdebut	"Hur gammal var du första gången du kände dig berusad?" Svaren kodades enligt följande: 0-7 år = saknas, 8-12 år = 1/ja, 13 år och uppåt = 0/nej.	1	-
Psykisk ohälsa	Sex frågor värderades på en femgradig skala (t.ex. "väldigt ofta" till "sällan"). Frågorna som ställdes var: "Känner du dig ledsen och deppig utan att veta varför?"; "Hur ofta har du dålig aptit?"; "Hur mycket skulle du vilja ändra på dig själv?"; "Hur ofta har du under detta läsår haft 'nervös mage?"; "Hur ofta har du under detta läsår haft svårt att sova?"; "Hur ofta tycker du att det är riktigt hårt att leva?"	6	0,75
Kamrat			
Kamrater som använder narkotika	Hur många av dina kamrater använder narkotika? Värderad på en fyrgradig skala från "ingen" till "de flesta".	1	-
Kamrater som dricker mycket	Hur många av dina kamrater (inom och utom skolan) dricker sig berusade på alkohol? Värderad på en fyrgradig skala från "ingen" till "de flesta".	1	-
Normbrytande/kriminella kamrater	Fyra frågor värderades på en fyrgradig skala från "ingen" till "de flesta". Frågorna som ställdes var: "Hur många av dina kamrater... har snattat/klottrat/vandaliserat; slåss; har stulit en bil; har begått ett brott; har skolkat?"	4	0,77

Skola			
Skolkare	"Har du varit borta från skolan under den här terminen utan lov?" Sexgradig skala från "aldrig" till "mer än 20 gånger".	1	-
Mobbar andra	Har du mobbat en annan elev under det här läsåret? Femgradig skala från "aldrig" till "ett par gånger i veckan".	1	-
Svag anknytning till skolan	Två påståenden (reverserade) värderades på en fyrgradig skala: "stämmer mycket bra" till "stämmer mycket dåligt". "Jag trivs bra i skolan"; "Jag ser fram emot att gå till lektionerna". Påståendena summerades till ett totalvärde.	2	0,53
Dåliga skolresultat	Elever som fått betyget icke godkänd i ett eller flera kärnämnen (svenska, engelska eller matematik) under föregående termin kodades som 1 = ja, alla andra = 0/nej.	1	-
Familj			
Bor utan båda föräldrarna	Kodad som 1 = bor inte med någon av föräldrarna. 0 = bor med en eller båda föräldrar.	1	-
Får alkohol från föräldrarna	"Hur får du vanligen tag på alkohol?" Alternativet "från egna föräldrar (med lov)" = 1/ja, alla andra = 0/nej.	1	-
Föräldrar brister i tillsyn	"Vet dina föräldrar/vårdnadshavare var du är när du är ute med kamrater på kvällar?" Värderad på en fyrgradig skala från "aldrig" till "alltid".	1	-
Samhälle			
Boende i högriskområde	Sju påståenden värderades på en fyrgradig skala från "stämmer mycket dåligt" till "stämmer mycket bra" och summerades till ett totalvärde. Påståendena var: "Om någon gjorde något olagligt i mitt bostadsområde skulle mina föräldrar förmodligen göra något åt det"; "Kriminalitet är ovanligt i mitt bostadsområde"; "Folk skulle ingripa om det blev slagsmål utanför mitt hus"; "Folk skulle ingripa om jag blev rånad på en allmän plats i mitt bostadsområde"; "Mina grannar hejar/hälsar på mig när vi möts i huset/bostadsområdet"; "Jag trivs bra i mitt bostadsområde"; "Om jag var tvungen att flytta skulle jag sakna mitt bostadsområde".	7	0,76
Tolerant attityd i samhället gentemot narkotika	"Vuxna skulle ingripa om någon helt öppet försökte sälja narkotika till ungdomar i mitt bostadsområde." Värderad på en fyrgradig skala från "stämmer mycket dåligt" till "stämmer mycket bra".	1	-
Hög tillgång till narkotika	"Det finns personer som säljer narkotika i mitt bostadsområde." Värderad på en fyrgradig skala från "stämmer mycket dåligt" till "stämmer mycket bra".	1	-

Referenser

1. Danielsson AK, Romelsjö A, Tengström A. Heavy episodic drinking in early adolescence: gender-specific risk and protective factors. *Subst Use Misuse*. 2011;46(5):633–43.
2. Bränström R, Sjöström E, Andreasson S. Individual, group and community risk and protective factors for alcohol and drug use among Swedish adolescents. *Eur J Public Health*. 2008;18(1):12–8.
3. El-Khouri B, Sundell K, Strandberg A. Riskfaktorer för normbrytande beteenden (Risk factors for normbreaking behaviour). Stockholm. Fou-enheten, 2005report number 2005:17.

