



Folkhälsomyndigheten

Samlad uppföljning av ANDT-strategin

En återrapportering av regeringsuppdraget att ansvara för en samlad uppföljning av ANDT-strategin och för det samordnade uppföljningssystemet för alkohol-, narkotika-, dopnings- och tobakspolitiken med en redovisning av utvecklingen med särskilt fokus på strategiperioden 2011–2014



Samlad uppföljning av ANDT-strategin

En återrapportering av regeringsuppdraget att ansvara för en samlad uppföljning av ANDT-strategin och för det samordnade uppföljningssystemet för alkohol-, narkotika-, dopnings- och tobakspolitiken med en redovisning av utvecklingen med särskilt fokus på strategiperioden 2011–2014

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. Inga externa experter har medverkat i denna rapport.

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, 2015.

Förord

Denna rapport beskriver utvecklingen på nationell nivå inom områdena alkohol, narkotika, dopning och tobak (ANDT). Rapporten baseras på data från ANDT-uppföljningssystemet (www.andtuppfoljning.se) som bland annat omfattar indikatorer för tillgång, konsumtion, skadlig användning, tillgänglighet till vård samt dödlighet. Rapporten utgör redovisning av Folkhälsomyndighetens uppdrag att ansvara för en samlad uppföljning av ANDT-strategin (S2013/2377/FST).

Rapporten riktar sig till regering och departement samt relevanta myndigheter. Förhoppningen är att den kan bidra till fördjupad kunskap om utvecklingen på nationell nivå. Rapporten utgör också underlag, tillsammans med bland annat Statskontorets uppdrag att utvärdera ANDT-strategin, för regeringens utformning av inriktningen i ANDT-politiken för åren 2016–2020.

Rapporten har utarbetats av utredare Ulf Malmström i samarbete med statistiker Marika Holmqvist, utredare Marisa da Silva samt utredare Sofia Ljungdahl, samtliga vid Folkhälsomyndigheten. Granskning och diskussion av rapporten har bland annat skett vid ett internt seminarium och synpunkter har inhämtats från interna referensgrupper inom olika sakområden. I den slutliga utformningen av rapporten har enhetschef Marie Risbeck och avdelningschef Anna Bessö deltagit.

Folkhälsomyndigheten

Johan Carlson
Generaldirektör

Innehåll

Sammanfattning	12
Inledning	15
Bakgrund	16
Uppdrag och syfte	17
Avgränsningar	18
Metod	18
Långsiktigt mål 1	20
Tillgång till narkotika, dopningsmedel, alkohol och tobak ska minska	20
Långsiktigt mål 1: Alkohol	20
Försäljningsställen och priser på alkohol	21
Anskaffning	23
Kompletterande information om tillgängligheten till alkohol	24
Långsiktigt mål 1: Narkotika	25
Priser på narkotika	25
Långsiktigt mål 1: Dopning	26
Långsiktigt mål 1: Tobak	26
Försäljningsställen och priser	27
Anskaffning av cigaretter och snus bland skolelever årskurs 9 och gymnasiets år 2 ..	28
Kompletterande information om tillgången till tobak	29
Samlad bedömning av utvecklingen inom långsiktigt mål 1	30
Långsiktigt mål 2	31
Barn ska skyddas mot skadliga effekter orsakade av alkohol, narkotika, dopning eller tobak	31
Riskbruk av alkohol	31
Riskbruk av cigaretter och snus	32
Samlad bedömning av utvecklingen inom långsiktigt mål 2	33
Långsiktigt mål 3	34
Antalet barn och unga som börjar använda narkotika och dopningsmedel eller debuterar tidigt med alkohol eller tobak ska successivt minska	34
Alkoholkonsumtion bland elever i årskurs 9 och gymnasiets år 2	35

Andel alkoholkonsumenter	35
Debutålder och berusningsdrinkande	36
Användning av narkotika bland elever i årskurs 9 och gymnasiets år 2	37
Användning av anabola androgena steroider bland elever i årskurs 9 och gymnasiets år 2	38
Tobakskonsumtion bland elever i årskurs 9 och gymnasiets år 2	38
Andel tobakskonsumenter	38
Debutålder tobak.....	40
Samlad bedömning av utvecklingen inom långsiktigt mål 3.....	41
Långsiktigt mål 4.....	42
Antalet personer som utvecklar skadligt bruk, missbruk eller beroende av alkohol, narkotika, dopningsmedel eller tobak ska successivt minska	42
Alkoholkonsumtion och alkoholberoende.....	43
Riskkonsumtion	43
Intensiv- och högkonsumtion.....	44
Alkoholberoende	44
Alkoholkonsumtion bland elever i årskurs 9 och gymnasiets år 2.....	45
Riskkonsumtion i årskurs 9 och gymnasiets år 2.....	45
Intensivkonsumtion i årskurs 9 och gymnasiets år 2	46
Högkonsumtion i årskurs 9 och gymnasiets år 2	46
Narkotikabruk	46
Användning av narkotika.....	46
Narkotikaberoende och -missbruk	47
Bruk av anabola androgena steroider	48
Tobaksbruk.....	48
Rökare	48
Snusare.....	49
Tobaksberoende.....	49
Dubbelanvändning.....	50
Samlad bedömning av utvecklingen inom långsiktigt mål 4.....	50
Långsiktigt mål 5.....	51

Personer med missbruk eller beroende ska ha ökad tillgänglighet till vård och stöd av god kvalitet	51
Läkemedelsuttag av patienter som vårdats för psykiska störningar och beteendestörningar orsakade av alkohol eller opiater	51
Alkohol	51
Opiater	52
Återinskrivningar med alkohol- eller narkotikadiagnos	53
Vårdade för alkohol- och/eller narkotikadiagnos som avlidit.....	54
Samlad bedömning av utvecklingen inom långsiktigt mål 5.....	54
Långsiktigt mål 6.....	55
Antalet döda och skadade på grund av sitt eget eller andras bruk av alkohol, narkotika, dopningsmedel eller tobak ska minska.....	55
Alkohol	56
Vårdade patienter med alkoholförgiftning eller alkoholdiagnos	56
Vårdade patienter med alkoholspecifika leversjukdomar	57
Avlidna med alkoholförgiftning eller alkoholdiagnos	57
Avlidna med alkoholspecifik leversjukdom	58
Narkotika.....	59
Vårdade patienter med narkotikadiagnos	59
Avlidna med narkotikadiagnos	59
Dopning	60
Skador indirekt relaterade till alkohol, narkotika och dopning.....	60
Polisanmälda misshandelsbrott	60
Sjukhusvårdade patienter med övergrepp av annan person.....	61
Självrapporterade fall av misshandel	61
Personskadade förare i singelolyckor nattetid	61
Tobak.....	61
Avlidna i kronisk obstruktiv lungsjukdom eller lungcancer.....	61
Samlad bedömning av utvecklingen inom långsiktigt mål 6.....	62
Samlad bedömning av utvecklingen inom långsiktigt mål 1–6 under det senaste decenniet	64
Diskussion	67
Narkotika.....	67

Tobak.....	68
Alkohol.....	68
Dopning	69
Åtgärdsförslag för mer ändamålsenlig uppföljning	70
Hur kan ANDT-strategin förbättras?	70
En teoretisk modell bör utvecklas.....	70
Målstrukturen bör tydliggöras	70
Ett socioekonomiskt perspektiv bör byggas in	70
Hur kan ANDT-uppföljningssystemet förbättras?.....	71
Valet av indikatorer bör ses över	71
Samordning mellan ANDT-uppföljningssystemet och annan folkhälsorapportering bör göras.....	72
Bättre förutsättningar för analys bör utvecklas	72
Fler indikatorer på lokal och regional nivå bör utvecklas	72
Andra myndigheters instruktion	73
Resurser för fortsatt utvecklingsarbete	73
Referenser	74
Bilaga 1. ANDT-strategins mål	75

Sammanfattning

Denna rapport är den första uppföljningen av regeringens samlade strategi för alkohol-, narkotika-, dopnings- och tobakspolitiken (ANDT-strategin). Rapporten baseras på data från ANDT-uppföljningssystemet (www.andtuppfoljning.se) och beskriver utvecklingen i relation till sex av sju långsiktiga mål i ANDT-strategin. Rapporten utgör redovisning av Folkhälsomyndighetens uppdrag att ansvara för en samlad uppföljning av ANDT-strategin (S2013/2377/FST).

ANDT-strategins långsiktiga mål 1 är att minska tillgång till alkohol, narkotika, dopning och tobak. En samlad bedömning utifrån befintliga indikatorer visar att utvecklingen går i enlighet med målet endast vad gäller tobak där tillgången minskat under det senaste decenniet med höjda priser och minskat antal försäljningsställen. Snusförsäljningen har dock inte minskat i lika hög utsträckning som cigarettförsäljningen och andelen elever som kan köpa tobak själva bland de som röker eller snusar i årskurs 9 och gymnasiets år 2¹ är fortsatt hög. Tillgången till alkohol har sammantaget varit relativt oförändrad under de senaste sex–sju åren. Vad gäller tillgång till narkotika finns endast begränsat med data och för dopning saknas data helt på detta område.

Långsiktigt mål 2 är att barn ska skyddas mot skadliga effekter orsakade av alkohol, narkotika, dopning eller tobak. Befintliga indikatorer täcker endast i liten utsträckning in detta mål och det är inte meningsfullt att ge en samlad bild av måloppfyllelsen. Vi kan dock konstatera att rökning bland gravida nästan har halverats under 2000-talet medan snus användningen legat på en låg men oförändrad nivå. Vad gäller riskbruk av alkohol under graviditet har vi endast data från 2012 och 2013 och kan inte uttala oss om utvecklingen över tid. Andelen med riskbruk av alkohol bland gravida 17–29 år är dock hög (8 procent). I övrigt saknas data.

Långsiktigt mål 3 är att antalet barn och unga som börjar använda narkotika och dopningsmedel eller debuterar tidigt med alkohol eller tobak succesivt ska minska. En samlad bedömning av utvecklingen under det senaste decenniet visar att denna går i enlighet med målet med minskat antal barn och unga som debuterar tidigt med alkohol och tobak. Andelen skolelever som druckit alkohol eller rökt har också minskat. Andelen elever i årskurs 9 och gymnasiets år 2 som någon gång använt narkotika har varit relativt oförändrad, men 2015 års preliminära data tyder på en minskning bland pojkarna i gymnasiet jämfört med de senaste åren. På grund av låg svarsfrekvens och begränsad data är det svårt att uttala sig om andelen barn och unga som använt dopningsmedel. Andelen som använt anabola androgena steroider (AAS) har legat relativt oförändrat på en låg nivå.

¹ Avser elever som är under 18 år.

Långsiktigt mål 4 är att antalet personer som utvecklat ett skadligt bruk, missbruk eller beroende av alkohol narkotika, dopningsmedel eller tobak succesivt ska minska. Sammantaget ser vi en utveckling som gått i enlighet med målet inom alkohol- och tobaksområdena med minskad risk-, intensiv-, och högkonsumtion av alkohol och ett sammantaget minskat tobaksbruk såväl bland skolelever som i den vuxna befolkningen under det senaste decenniet. Tidsserier med data för att följa skadligt bruk av andra narkotiska preparat än cannabis saknas idag i den vuxna befolkningen. Andelen personer i åldern 16–84 år som använt cannabis de senaste 12 månaderna har ökat under det senaste decenniet, men förändringen ligger inom felmarginalen för respektive kön. I dagsläget saknar vi också tidsserier med data om utvecklingen när det gäller skadlig användning av dopningsmedel samt vad gäller missbruk och beroende inom alla områdena alkohol, narkotika, dopning och tobak.

Långsiktigt mål 5 är att personer med missbruk eller beroende ska ha ökad tillgänglighet till vård och stöd av god kvalitet. Befintliga indikatorer ger ett mycket begränsat underlag för att bedöma utvecklingen på detta område och det är inte meningsfullt att göra en samlad bedömning. Vi kan dock konstatera att andelen läkemedelsuttag bland personer som vårdats i slutenvård för psykiska störningar och beteendestörningar orsakade av alkohol har minskat under perioden 2006–2013 och att antalet återinskrivningar bland de som vårdats i slutenvård för alkoholdiagnos har fluktuerat 2000–2013. När det gäller personer som har vårdats i slutenvård för psykiska störningar och beteendestörningar orsakade av opiater har andelen läkemedelsuttag minskat 2006–2013 och antalet återinskrivningar bland de som vårdats i slutenvård för narkotikadiagnos ökat 2000–2013. Andelen som vårdats i slutenvård för antingen narkotika- och/eller alkoholdiagnos och som avlidit (oavsett dödsorsak) samma kalenderår visar inte på några tydliga förändringar under 2000-talet.

Långsiktigt mål 6 är att antalet döda och skadade på grund av sitt eget eller andras bruk av alkohol, narkotika, dopningsmedel eller tobak ska minska. En samlad bedömning av utvecklingen visar att denna till viss del går i enlighet med målet om minskat antal döda på grund av eget alkoholbruk, men i motsatt riktning vad gäller målen om minskat antal skadade till följd av eget alkoholbruk samt minskat antal döda och skadade till följd av eget narkotikabruk. Vad gäller målet om minskat antal döda till följd av eget tobaksbruk går utvecklingen också i motsatt riktning med undantag för antalet män som dör i lungcancer där vi ser en minskning. Data saknas för skador till följd av eget tobaksbruk samt vad gäller dopning.

Utifrån ovanstående beskrivning av utvecklingen i relation till respektive långsiktigt mål konstateras att det inte går att göra en samlad uppföljning av hela ANDT-området på grund av att det fortfarande finns omfattande brister vad gäller tillgång till data. Utöver områdena dopning och narkotika saknas data idag inom områden som barns utsatthet för skador orsakade av ANDT, tillgänglighet till vård och stöd av god kvalitet, skador och död orsakade av andras ANDT-bruk samt utvecklingen vad gäller beroende och missbruk över tid. I en samlad bedömning av

utvecklingen inom respektive sakområde konstateras behov av fortsatta åtgärder inom alla områdena. Särskilt oroande är utvecklingen inom narkotikaområdet där vi utifrån den data som finns, ser låg måluppfyllelse i förhållande till ANDT-strategin. Även om det finns positiva delar i utvecklingen båda vad gäller alkohol och tobaksområdena är nivåerna av tobaksbruk och intensivkonsumtion av alkohol ändå höga i vissa grupper som t.ex. gymnasieelever. Det finns också socioekonomiska skillnader i den ANDT-relaterade hälsan, och det finns ett behov av att målen i ANDT-strategin i högre utsträckning tar sikte på att minska sådana skillnader.

Rapporten avslutas med förslag till åtgärder för att skapa bättre förutsättningar för en effektivare och mer användbar ANDT-uppföljning. Följande utvecklingsbehov identifieras:

- en teoretisk modell bör utvecklas för att tydliggöra hur de olika delarna i ANDT-strategin hänger samman och därmed underlätta tolkningen och analysen av utvecklingen,
- målstrukturen bör förtydligas,
- ett socioekonomiskt perspektiv bör byggas in,
- valet av indikatorer i uppföljningssystemet bör ses över,
- samordning mellan ANDT-uppföljningssystemet och övrig folkhälsorapportering bör göras,
- bättre förutsättningar för analys bör utvecklas, t.ex. med avseende på socioekonomiska aspekter och blandmissbruk,
- fler indikatorer på lokal och regional nivå bör utvecklas,
- skyldighet att leverera data bör läggas in i relevanta myndigheters instruktion,
- resurser måste tillsättas för att genomföra de utvecklingsarbeten som lyfts ovan.

Inledning

Folkhälsomyndigheten har regeringens uppdrag att följa upp och analysera utvecklingen inom folkhälsoområdet, vars övergripande nationella mål är att skapa samhälleliga förutsättningar för en god hälsa på lika villkor för hela befolkningen.

Regeringen har bland målen för folkhälsan (prop. 2002/03:35) formulerat ett särskilt mål för alkohol-, narkotika-, dopnings- och tobaksområdet (ANDT-området): Minskat bruk av tobak och alkohol, ett samhälle fritt från narkotika och dopning samt minskade skadeverkningar av överdrivet spelande.

Skador och dödlighet kopplat till användning av alkohol och narkotika samt tobaksrökning står för en betydande del av den samlade sjukdomsördan. Den senaste beräkningen av detta som gjorts i Sverige genomfördes på data från 2010 och då stod tobaken för 7,7 procent, alkoholen för 3,4 procent och narkotikan för 1,3 procent av den totala sjukdomsördan i landet (1). På dopningsområdet saknas uppgifter för att beräkna sjukdomsördan.

Ohälsan är ojämnt fördelad inom flera områden. Det gäller även inom ANDT-området, vilket närmare redovisats i myndighetens skrivelse till regeringen i juni 2015 om socioekonomiska och demografiska aspekter på ANDT-området (2).

Denna rapport är den första samlade beskrivningen av ANDT-utvecklingen på nationell nivå utifrån data i ANDT-uppföljningssystemet (www.andtuppfoljning.se). ANDT-uppföljningssystemet är en databas med indikatorer för uppföljning av tillgång, konsumtion/användning, tillgänglighet till vård samt skador och dödlighet kopplat till alkohol, narkotika, dopning och tobak. Indikatorerna är indelade utifrån koppling till sex av sju långsiktiga mål i regeringens samlade strategi för alkohol-, narkotika-, dopnings- och tobakspolitiken (ANDT-strategin), se nedan.

Bakgrund

I december 2010 lade regeringen fram propositionen 2010/11:47 En samlad strategi för alkohol-, narkotika-, dopnings- och tobakspolitiken. Riksdagen antog propositionen i mars 2011.

Strategin innehåller såväl ett övergripande mål, som sju långsiktiga mål (bilaga 1). Därutöver redovisade strategin en rad prioriterade mål för femårsperioden, 2011–2015. Strategin har legat till grund under den aktuella perioden för en rad uppdrag till berörda myndigheter och arbetet har följts upp genom årliga lägesrapporter (den så kallade 1 oktoberrapporten) till regeringen från berörda myndigheter. Sammanlagt har regeringen årligen avsatt cirka 300 miljoner kronor utom 2015 då 260 miljoner kronor anslogs för genomförandet av strategin. Totalt har regeringen avsatt mer än 1,4 miljarder kronor under perioden.

Regeringens syfte med att samla ANDT- politiken i en strategi var att:

- Underlätta statens styrning av stödet på ANDT-området.
- Skapa bättre förutsättningar för samordning och samverkan.
- En samlad syn på de gemensamma faktorer som ligger bakom problemens uppkomst, men också deras lösningar.
- Skapa ett långsiktigt och kunskapsbaserat arbete med individen och familjen i centrum.
- Utforma statens bidragsgivning så att den blir mer långsiktig och mindre fragmentarisk.
- Tydliggöra mål och inriktning för ANDT-politiken och koppla detta till ett bättre uppföljnings- och utvärderingssystem. Detta ska ge staten bättre möjligheter att mäta effekterna av de statliga insatserna åtgärderna och det statliga stödet.
- Skapa ett hållbart system för insamling och rapportering av ANDT-relaterade data.

ANDT-politikens styrning och genomförande har organiserats genom ovan nämnda strategi och en struktur för mål, uppföljning av målen samt årliga åtgärdsprogram. I anslutning till arbetet med strategin var en särskild projektgrupp knuten till regeringskansliet under 2010–2012, vilken utarbetat förslag till uppföljningssystem för att kunna följa utvecklingen över tid inom alkohol-, narkotika-, dopnings- och tobaksområdena. I uppdraget låg även att ta fram förslag på indikatorer som kan användas för att mäta denna utveckling. Arbetet förankrades genom en referensgrupp och en arbetsgrupp med representanter från berörda myndigheter och organisationer.

Socialdepartementet har vidare med stöd av ett ANDT-sekretariat samordnat arbetet inom Regeringskansliet. Sekretariatets roll har också varit att arbeta med spridning och genomförande av strategin samt sammanställning av regeringens

årliga åtgärdsprogram för ANDT-politiken. Vidare finns ett ANDT-råd, vars uppgift är att sprida strategins mål och inriktning och bidra till ökad samordning och samverkan för att kunna nå de strategiska målen. En regional struktur har etablerats inom länsstyrelserna för att sprida och stödja implementeringen av strategin.

Folkhälsomyndigheten ansvarar enligt sin instruktion för den samordnade uppföljningen inom alkohol-, narkotika-, dopnings- och tobaksområdet.

Uppdrag och syfte

Regeringen beslutade 2013-10-17 att ge dåvarande Statens folkhälsoinstitut i uppdrag att genomföra en samlad uppföljning av den nationella ANDT-strategin (S2013/2377/FST). Uppdraget ska avrapporteras senast den 1 oktober 2015.

Uppdraget innebär att genomföra en samlad och fördjupad uppföljning av ANDT-strategin utifrån systemet med indikatorer och sammanställa resultaten i en rapport. Syftet med denna fördjupade rapport är att få ökad kunskap om utvecklingen och måluppfyllelsen av strategin. Vidare efterfrågar regeringen underlag inför nästa strategiperiod 2016–2020 (se regeringsbeslut 2013-05-30 till Statskontoret).

I regeringens beslut preciseras fyra deluppdrag:

- att genomföra en samlad uppföljning av ANDT-strategin utifrån systemet med indikatorer och sammanställa resultaten i en fördjupad rapport. Rapporten ska innehålla en redogörelse och analys av utvecklingen och måluppfyllelsen av strategin.
- att utveckla och förvalta det samordnade uppföljningssystemet med indikatorer, som är kopplade till strategins långsiktiga mål.
- att ansvara för flera av indikatorerna i enlighet med den till regeringsbeslutet bifogade bilagan och genomföra datainsamling, förvaltning, analys samt utveckling av dessa indikatorer.
- att sprida uppföljningsarbetet i Sverige och stödja den regionala nivån i arbetet. Detta arbete bör ske i samverkan med länsstyrelserna och i nära samråd med forskare och experter.

Denna rapport avser, som framgår, det första deluppdraget – fördjupningsrapporten, det vill säga att beskriva utvecklingen inom ANDT-området och strategins måluppfyllelse.

Myndigheten har tolkat regeringens uppdrag med avseende på den fördjupade rapporten på följande sätt:

1. En deskriptiv redogörelse för utvecklingen med avseende på varje enskilt långsiktigt mål (se bilaga 1). Redogörelsen ska baseras på de fastlagda indikatorerna för alkohol, narkotika, dopning och tobak.

2. En bedömning av uppfyllelsen av varje långsiktigt mål. Det kan göras genom att relatera utvecklingen (punkt 1) som skett under den aktuella tidsperioden till målen.
3. Förslag om hur uppföljningssystemet kan utvecklas och förbättras.

Avgränsningar

Parallellt med myndighetens uppdrag fick Statskontoret i uppdrag att analysera och utvärdera i vilken utsträckning de statliga insatserna bidrar till att uppfylla strategins övergripande mål (S 2013/4220/FST). Statskontoret skulle rapportera sitt uppdrag senast 15 april 2015. I viss mån har uppdragen varit överlappande, främst vad gäller att analysera målpuppfyllelsen. Myndigheten har därför fört en dialog med Statskontoret om tolkningen av respektive uppdrag.

Statskontoret har genomfört en analys om de statliga insatserna bidrar till att uppfylla strategins övergripande mål och huruvida utformningen av ANDT-politiken är ändamålsenlig för att nå strategins mål. Statskontoret har därvid fokuserat på själva utformningen – strukturen – av ANDT-strategin. Statskontoret har vidare analyserat målpuppfyllelsen av de prioriterade målen och de åtgärder som varit kopplade till dem, om åtgärderna varit evidensbaserade samt om anslagna medel förbrukats. Folkhälsomyndigheten har istället fokuserat på beskrivning och analys av utvecklingen inom ANDT-området utifrån indikatorer kopplade till de första sex långsiktiga målen i ANDT-strategin (indikatorer saknas för närvarande för mål sju angående det internationella perspektivet).

Metod

Utgångspunkten för Folkhälsomyndighetens redovisning av data som rör ANDT-strategin bygger på det system som myndigheten tagit över och utvecklat för att kunna följa utvecklingen (se <http://www.andtuppfoljning.se/>).

Uppföljningssystemet omfattar idag sammanlagt 114 indikatorer. De bygger på data som har hämtats från fem olika ansvariga aktörer: Socialstyrelsen (patient-, läkemedels- och dödsorsaksregistren), Folkhälsomyndigheten (nationella folkhälsoenkäten (Hälsa på lika villkor, HLV), tillståndregistret, Länsrapporten och data från SCB), CAN (skolelevers drogvanor och Monitorundersökningen), BRÅ samt Transportstyrelsen.

Det finns idag ingen individdata, eller personuppgifter, i systemet utan data redovisas på s.k. aggregerad nivå. Alla indikatorer beskriver utvecklingen på nationell nivå och kan delas in efter kön och ålderskategorier. För cirka hälften av indikatorerna kan utvecklingen även beskrivas per region/län och för ett fåtal även på kommunal nivå. Indikatorerna syftar till att beskriva centrala områden för utvecklingen inom ANDT-området såsom tillgång, konsumtion, skadlig användning, tillgänglighet till vård och dödlighet. Dessa är i sin tur kopplade till sex av de sju långsiktiga målen samt det övergripande målet i ANDT-strategin.

ANDT-uppföljningssystemet medger idag inte analys utifrån socioekonomiska grupper.

Redovisningen bygger i huvudsak på en genomgång av de data som finns tillgängliga i uppföljningssystemet. I några fall har analysen utvidgats till att omfatta även andra data. De har setts som kompletteringar eller kontroller för att säkerställa tolkningen av resultaten.

Vi redovisar i det följande utvecklingen av indikatorerna dels över en längre tidsperiod, oftast från början av 2000-talet, och dels den kortare tidsperiod som förflutit sedan ANDT-strategin infördes 2011. Avsikten är att både belysa tillfälliga fluktuationer och att peka på de långsiktiga trenderna. Data är med några undantag tillgängliga fram till och med 2014. Med stöd av dessa data har analyser av utvecklingen genomförts för de sex långsiktiga mål i ANDT-strategin som varit aktuella. De har legat till grund för myndighetens samlade bedömning av utfallet inom varje mål.

Förändringar över tid – det gäller både för den långsiktiga och kortsiktiga utvecklingen – har signifikansprovats avseende data från den nationella folkhälsenkäten Hälsa på lika villkor (HLV) som är en urvalsundersökning. Vidare uttrycks förändringar av procenttal eller skillnader mellan procenttal som procentenheter². I övriga fall används procent för att uttrycka förändringar eller skillnader. I de sammanhang vi skriver att det skett en positiv eller negativ förändring är det i förhållande till det långsiktiga mål som indikatorn avser, inte huruvida utvecklingen pekar uppåt eller nedåt.

² Procentenheter är skillnaden mellan två procenttal, beräknat genom differensen mellan det andra och det första procenttalet, dvs. om en faktor exempelvis har ökat från 30 procent till 38 procent under 2000–2014 blir förändringen 8 procentenheter (38 procent - 30 procent = 8 procentenheter).

Långsiktigt mål 1

Tillgång till narkotika, dopningsmedel, alkohol och tobak ska minska

I regeringens proposition 2010/11:47 sägs bland annat att en av de viktigaste åtgärderna för att minska ANDT-relaterade skadeverkningar och problem är att begränsa tillgången och tillgängligheten. Tillgänglighetsbegränsande åtgärder kan handla om strängare åldersgränser och ålderskontroller, färre försäljningsställen samt kontroll av illegal införsel, langning och hembränning. Effekterna av en aktiv prispolitik, som särskilt uppmärksammar alkoholens reala priser anses vara det mest effektiva instrumentet för att begränsa tillgängligheten. Detta gäller också tobak.

En lista över de indikatorer som har använts för att beskriva utvecklingen inom långsiktigt mål 1 redovisas i tabeller för respektive substans.

Långsiktigt mål 1: Alkohol

För uppföljning av tillgången till alkohol används tjugo indikatorer som mäter pris, antal försäljningsställen, öppettider, efterlevnad av åldersgränser, försäljning samt oregistrerad alkoholskaffning. Sexton av dessa indikatorer* ingår under långsiktigt mål 1 (tabell 1) och fem ingår under långsiktigt mål 4 (tabell 2).

Tabell 1: Indikatorer för alkohol inom långsiktigt mål 1.

Indikator	Källa	Tidsserie
Systembolagsbutiker och ombud	Systembolaget	2008–2014
Försäljningsställen av folköl	Folkhälsomyndigheten	2006–2014
Systembolagets öppettider	Systembolaget	2005–2013
Realt detaljhandelspris på sprit	SCB	1990–2014
Realt detaljhandelspris på vin	SCB	1990–2014
Realt detaljhandelspris på starköl	SCB	1990–2014
Realt detaljhandelspris på folköl	SCB	1990–2014
Serveringstillstånd för servering av spritdrycker, vin och starköl	Folkhälsomyndigheten	2007–2014
Öppet efter kl. 01.00 på serveringsställen med serveringstillstånd	Folkhälsomyndigheten	2007–2014
Priser på alkohol på serveringsställen med serveringstillstånd	Folkhälsomyndigheten	2007–2014
Efterlevnad av åldersgränser vid provköp på Systembolaget	Systembolaget	2003–2014
Anskaffning av alkoholdryck, årskurs 9 resp. gymnasiets år 2*	CAN	2012–2014

*I uppföljningssystemet finns fem olika indikatorer som rör skolelevers anskaffning av alkoholdryck: anskaffning av alkoholdryck från internet (åk 9 resp. gymn. år 2), anskaffning av folköl i butik (åk 9 resp. gymn. år 2), samt druckit alkohol på restaurang (gymn. år 2). I texten nedan har dessa uppgifter kompletterats med uppgifter från CAN för mer detaljer kring anskaffningskälla.

Tabell 2: Indikatorer under långsiktigt mål 4 som kompletterar analysen på alkoholområdet inom långsiktigt mål 1.

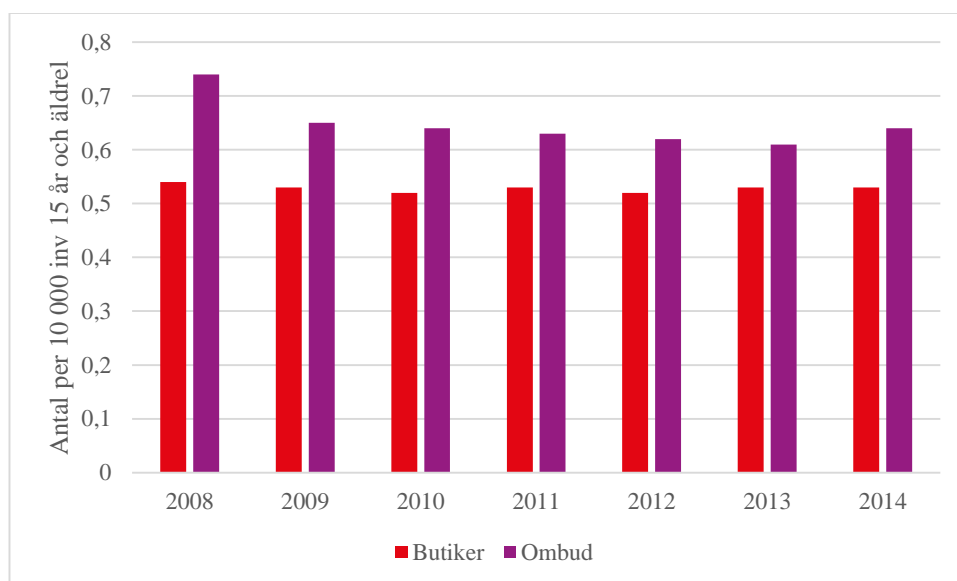
Indikator	Källa	Tidsserie
Total alkoholskaffning	CAN	2001–2013 (prel. 2014)
Oregistrerad alkoholskaffning	CAN	2001–2013 (prel. 2014)
Registrerad alkoholförsäljning av spritdrycker	Folkhälsomyndigheten	2007–2014
Registrerad alkoholförsäljning av starköl	Folkhälsomyndigheten	2007–2014
Registrerad alkoholförsäljning av vin	Folkhälsomyndigheten	2007–2014

Försäljningsställen och priser på alkohol

Detaljhandel

Antalet systembolagsbutiker har varit oförändrat under en följd av år och antalet ombud har minskat något (diagram 1). Antalet försäljningsställen av folköl har minskat med 25 procent mellan åren 2006–2014. Under strategiperioden (2011–2014) var minskningen 8 procent.

Diagram 1: Antal systembolagsbutiker och ombud per 10 000 invånare 15 år och äldre, 2008–2013. Källa: Systembolaget.

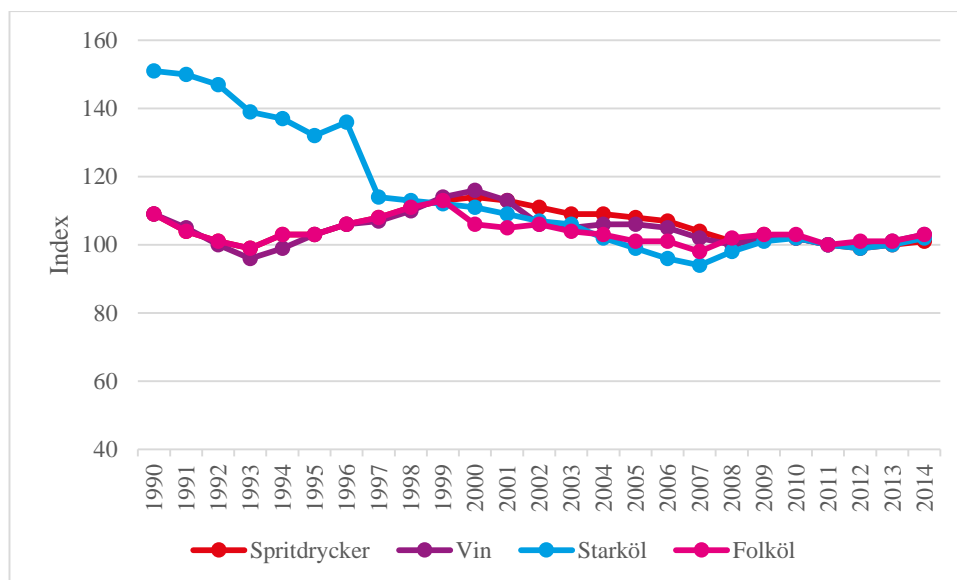


Systembolagets öppettider³ har varit oförändrade 2005–2012, med en liten ökning från 45 till 46 timmar per vecka mellan 2012 och 2013. Öppettiderna skiljer sig åt mellan olika län, från 50 öppna timmar per vecka i Stockholms län till 45 timmar per vecka i de tretton län som har kortast öppettider.

³ Öppettiderna är beräknande per kommun och avser antal timmar som någon systembolagsbutik är öppen i.

När det gäller de reala detaljhandelspriserna för olika typer av alkohol har priserna fluktuerat sett över en längre tidsperiod (diagram 2). För folköl, vin och sprit kan man se en mindre nedgång av priset i början av 1990-talet, följt av en uppgång fram till början av 2000-talet för att sedan åter sjunka och plana ut. Starkölspriset har också varierat, med relativt höga priser i början på 90-talet, som sedan sjönk till en lägstanivå 2007 för att därefter öka något. Under 2011–2014 har det reala detaljhandelspriset varit i stort sett oförändrat för samtliga alkoholtyper.

Diagram 2: Reala detaljhandelspriser på alkohol, 1990*–2014. Basår 2011=100. Källa: SCB.



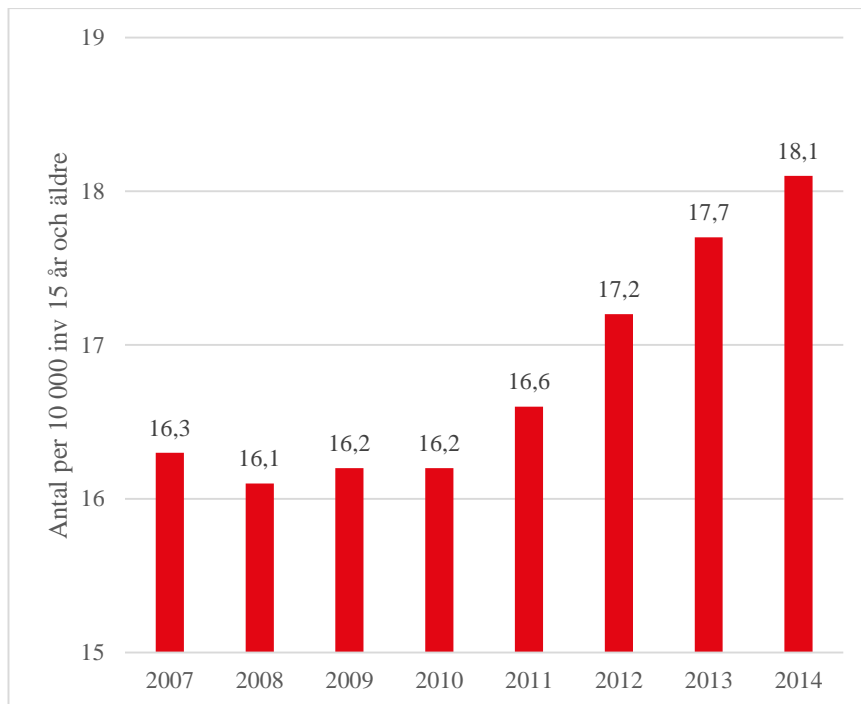
*Det finns uppgifter tillgängliga från 1980 i uppföljningssystemet.

Serveringsställen

Antalet serveringsställen med serveringstillstånd har ökat de senaste åren (diagram 3). Mellan 2011 och 2014 var ökningen 9 procent, från 16,6 till 18,1 serveringstillstånd per 10 000 invånare 15 år och äldre, vilket motsvarar en ökning med 1 035 tillstånd. Antalet serveringsställen med serveringstillstånd som har tillstånd att ha öppet efter klockan 01.00, har i riket legat konstant strax under 3 per 10 000 invånare 15 år och äldre sedan 2007. Två län utmärker sig med fyra till fem gånger fler serveringsställen med sådana tillstånd jämfört med övriga län. Det som kännetecknar dessa län är intensiva turistsäsonger.

För serveringsställen med serveringstillstånd har priserna ökat för samtliga alkoholdrycker. Prisökningarna har varit 53 procent för vin, 26 procent för spritdrycker och 15 procent för starköl från 2007 till 2014. Under perioden 2011–2014 har prisökningen varit 13 procent för vin, 7 procent för spritdrycker och 9 procent för starköl.

Diagram 3: Antal stadigvarande serveringstillstånd, 2007–2014. Källa: Folkhälsomyndigheten.



Anskaffning

Provköp på Systembolaget

Systembolaget genomför med hjälp av ett externt undersökningsföretag mellan 5 500 och 6 000 provköp årligen. Provköpen genomförs i samtliga av Systembolagets butiker. Under perioden 2007–2014 har andelen tillfällen då legitimation begärts ökat med 12 procentenheter, från 85 procent till 97 procent. Under 2011–2014 var ökningen 3 procentenheter.

Anskaffning av alkohol bland skolelever årskurs 9 och gymnasiets år 2

I CAN:s skolundersökning 2012–2014 frågar man de elever som druckit alkohol varifrån alkoholen kom som de drack senaste gången. Frågan avser källan som sådan, oavsett om eleven köpt själv eller fått av någon annan person. En av fyra pojkar och en av fem flickor angav 2014 att de druckit alkohol som de inte visste ursprunget på. I gymnasiets år 2 var det 9 procent av pojkarna och 6 procent av flickorna som uppgav detta. Den vanligaste anskaffningskällan för både niondeklassarna och gymnasieeleverna är dock Systembolaget. Näst vanligaste källan i årskurs 9 och för pojkar i gymnasiets år 2 var från person som säljer insmugglad alkohol. Näst vanligaste källan för flickor i gymnasiets år 2 var från restaurang. Sett över tidsperioden 2012–2014 ser vi en tendens till att anskaffning från Systembolaget har minskat. I övrigt är förändringarna i de flesta fall marginella.

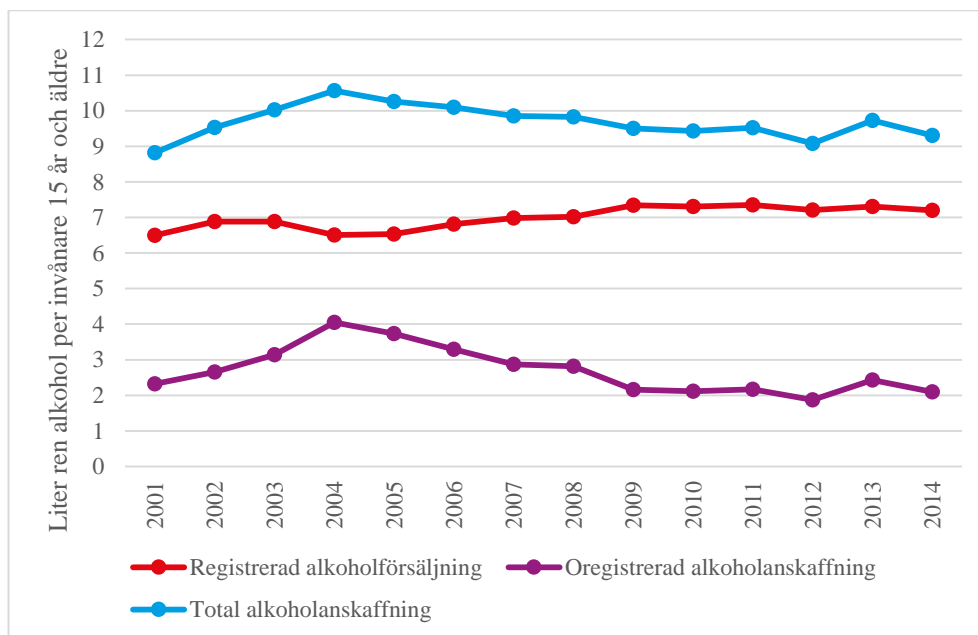
Kompletterande information om tillgängligheten till alkohol

Total alkoholskaffning

Den totala alkoholskaffningen i landet mäts i liter ren alkohol per invånare 15 år och äldre⁴. Från 2001 till 2004 steg den totala alkoholskaffningen med 20 procent, från 8,82 till 10,56 liter ren alkohol. Under 2005–2009 sjönk sedan anskaffningen, för att under 2009–2011 ligga på en nivå kring 9,5 liter (diagram 4). Under 2012 sjönk anskaffningen återigen något för att sedan öka 2013. CAN har i ett PM publicerat preliminära data för 2014 som visar på en minskning (3). Den totala nivån för 2014 (ungefär 9,3 liter ren alkohol per invånare 15 år och äldre) motsvarar de nivåer som uppmättes under perioden 2009–2011. Detta talar för att den minskning i anskaffningen som skett mellan åren 2004 och 2012 nu har planat ut.

Den totala alkoholskaffningen består av registrerad alkoholförsäljning och oregistrerad alkoholskaffning. Den oregistrerade alkoholskaffningen består i sin tur av uppskattad resandeförsel, smuggling, hemtillverkning, och anskaffning över internet. De senaste sex åren har den registrerade alkoholförsäljningen legat relativt konstant runt 7,3 liter ren alkohol per invånare 15 år och äldre medan den oregistrerade alkoholskaffningen varierat mellan 1,9 och 2,5 liter.

Diagram 4: Total alkoholskaffning, 2001–2014. Källa: CAN.



⁴ Den registrerade delen av alkoholförsäljning summeras med den oregistrerade delen som kartläggs via en löpande frågeundersökning (Monitor).

Registrerad försäljning per alkoholdryck

Den registrerade alkoholförsäljningen beräknas med hjälp av uppgifter från Systembolaget och Folkhälsomyndigheten och består av försäljningsuppgifter från Systembolaget respektive partihandeln⁵. Systembolaget står för den största delen av den registrerade försäljningen. Den årsvisa försäljningen av spritdrycker från Systembolaget har efter en ökning 2006–2009, minskat till 0,86 liter ren alkohol per invånare 15 år och äldre 2014. Det är den lägsta nivån som uppmätts under perioden. När det gäller partihandeln har försäljningen av spritdrycker fluktuerat mellan 0,13 och 0,17 liter sedan 2007. Systembolagets årsvisa starkölsförsäljning ökade något 2006–2009, och har därefter legat relativt konstant kring 1,6 liter ren alkohol per invånare 15 år och äldre. Partihandelns försäljning av starköl har legat konstant kring drygt 0,5 liter sedan 2007. Systembolagets årsvisa vinförsäljning har ökat från 2,68 liter 2006 till 3,30 liter 2013, och med en liten minskning 2014 till 3,27 liter. Partihandelns försäljning har legat kring 0,3 liter sedan 2007. När det gäller folköl har försäljningen legat konstant runt 0,6 liter ren alkohol per invånare 15 år och äldre under 2007–2014.

Långsiktigt mål 1: Narkotika

Inom narkotikaområdet saknas till stora delar data om den faktiska tillgången och efterfrågan. Som stöd för beskrivningen av långsiktigt mål 1 för narkotikaområdet finns idag endast en indikator och denna mäter prisutvecklingen för olika substanser (tabell 3).

Tabell 3: Indikatorer för narkotika inom långsiktigt mål 1.

Indikator	Källa	Tidsserie
Reala priser på narkotika på användarnivå	CAN	2000–2014

Priser på narkotika

Utvecklingen under senare år visar på en ökning av gatupriserna för cannabis, det vill säga hasch och marijuana (tabell 4). Under den senaste tioårsperioden har marijuanapriserna ökat med drygt 50 procent. Mycket pekar på att det idag finns starkare marijuanavarianter att tillgå, vilket kan vara en delförklaring till de högre priserna.

Amfetamin, som liksom hasch är en av de vanligast använda narkotikasorterna i landet, har minskat i pris över tid. Priset för heroin har minskat, men uppvisat större fluktuationer. Anmärkningsvärt är den halvering av det reala priset som vitt heroin har undergått de senaste åren. Kokainpriserna har varit relativt stabila under 2000-talet. Ecstasypriset har fluktuerat över tid, men sett över hela 2000-talet har priset sjunkit.

⁵ Data finns från 2006 för Systembolaget och från 2007 för partihandeln.

Sedan 2011 har priserna fluktuerat eller varit oförändrade för merparten av drogerna.

Tabell 4: Reala priser* på narkotika på användarnivå, 2000–2014. Källa: CAN.

	Hasch	Marijuana	Amfetamin	Kokain	Heroin vitt	Heroin brunt	Ecstasy
2000	96	81	119	119	108	119	156
2001	93	82	117	130	93	117	152
2002	91	80	114	101	73	114	149
2003	90	78	112	100	90	123	122
2004	89	78	112	99	89	112	118
2005	89	89	111	99	60	133	97
2006	88	88	110	97	66	110	95
2007	86	86	96	95	64	107	93
2008	83	93	104	98	83	104	95
2009	85	104	104	92	83	114	106
2010	97	103	103	103	103	113	107
2011	100	100	100	100	100	100	100
2012	99	109	99	99	79	109	108
2013	99	99	99	99	47	119	95
2014	104	119	99	99	44	109	108

*Eftersom priserna insamlats under en längre tid har uppgifterna realprisjusterats enligt SCB:s konsumentprisindex med basår 2011 (=100).

Långsiktigt mål 1: Dopning

Uppgifterna vad gäller tillgång och efterfrågan gällande dopning är generellt sett knapphändiga. I uppföljningssystemet finns inga indikatorer för dopning under långsiktigt mål 1.

Långsiktigt mål 1: Tobak

Som stöd för beskrivningen av långsiktigt mål 1 för tobaksområdet används nio indikatorer som mäter antal försäljningsställen, priser, anskaffning och försäljning. Sju av dessa ingår under långsiktigt mål 1 (tabell 5) och två under långsiktigt mål 4 (tabell 6).

Tabell 5: Indikatorer för tobak inom långsiktigt mål 1.

Indikator	Källa	Tidsserie
Försäljningsställen tobak	Folkhälsomyndigheten	2006–2014
Reala priser på cigaretter	SCB	2000–2014
Reala priser på snus	SCB	2000–2014
Anskaffning av cigaretter, årskurs 9*	CAN	2000–2011, 2012–2014
Anskaffning av snus, årskurs 9*	CAN	2000–2011, 2012–2014
Anskaffning av cigaretter, gymnasiets år 2*	CAN	2012–2014
Anskaffning av snus, gymnasiets år 2*	CAN	2012–2014

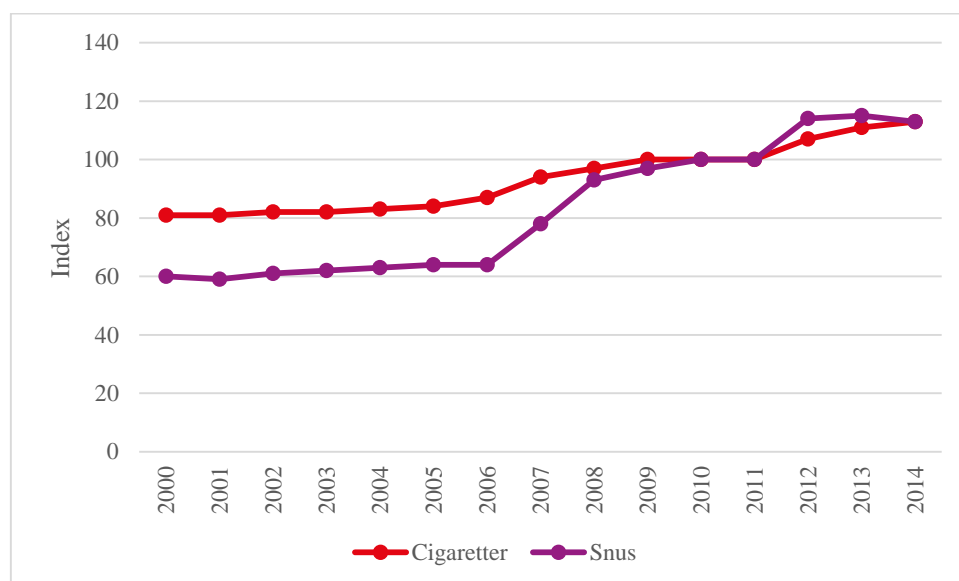
*Uppgifterna i uppföljningssystemet har kompletterats med ytterligare data från CAN för utvecklingen före tidsseriebrottet 2012.

Tabell 6: Indikatorer under långsiktigt mål 4 som kompletterar analysen på tobaksområdet inom långsiktigt mål 1.

Indikator	Källa	Tidsserie
Registrerad tobaksförsäljning av cigaretter	Finansdepartementet	2000–2013
Registrerad tobaksförsäljning av snus	Finansdepartementet	2000–2013

Försäljningsställen och priser

Antalet försäljningsställen av tobak har successivt minskat. Från 2006 till 2014 var minskningen 17 procent och under strategiperioden (2011–2014) 5 procent. De reala priserna på cigaretter och snus har ökat under 2000-talet (diagram 5). Under 2011–2014 steg priserna med drygt 13 procent för cigaretter. För snus steg priset under denna period också med 13 procent. Tillsammans med stora prisökningar under 2007–2008 innebär det att priset nästintill fördubblats sedan början av 2000-talet.

Diagram 5: Reala priser på cigaretter och snus, 2000–2013. Basår: 2011=100. Källa: SCB.

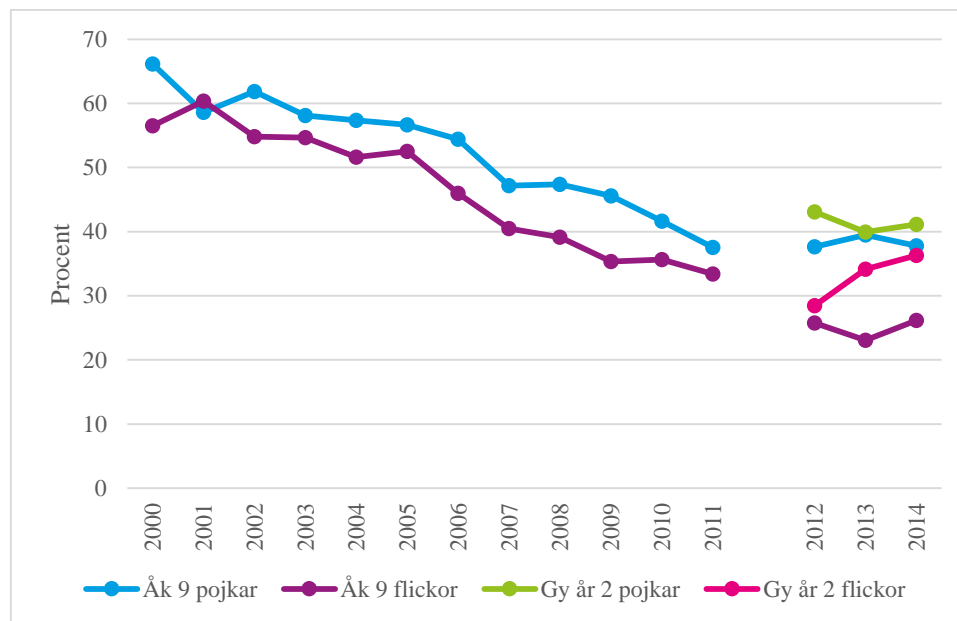
Anskaffning av cigaretter och snus bland skolelever årskurs 9 och gymnasiets år 2

CAN ställer årligen frågor till elever i årskurs 9 och gymnasiets år 2 om anskaffning av cigaretter respektive snus ("Hur får du vanligen tag på cigaretter? / "Hur får du vanligen tag på snus?"). År 2012 ändrades tobaksfrågorna. Detta gör att jämförelser mellan de olika frågeperioderna måste tolkas med försiktighet. För gymnasiets år 2 används enbart uppgifter från 2012 och framåt då det för tidigare år inte är möjligt att särskilja på de rökare som fyllt 18 år och de som inte har det.

Andelen rökare i årskurs 9 som uppgett att de köper sina cigaretter själv⁶ har minskat under 2000–2011 (diagram 6). Under 2012–2014 har andelen varierat, men sammantaget har inga stora förändringar skett. Vid undersökningen 2014 var det 38 procent av pojkarna och 26 procent av flickorna som uppgav att de köper sina cigaretter själv.

Bland de rökare som är under 18 år i gymnasiets år 2 har andelen som uppgett att de köper sina cigaretter själv ökat med närmare 8 procentenheter bland flickorna. Bland pojkarna syns inget tydligt mönster. Vid undersökningen 2014 var det 41 procent av pojkarna och 36 procent av flickorna som uppgav att de köper sina cigaretter själv.

Diagram 6: Andel rökare i årskurs 9 och gymnasiets år 2 som köper cigaretter själva, 2000–2014 (för gymnasiets år 2 finns data från 2012). Förändrad frågestruktur 2012. Källa: CAN.



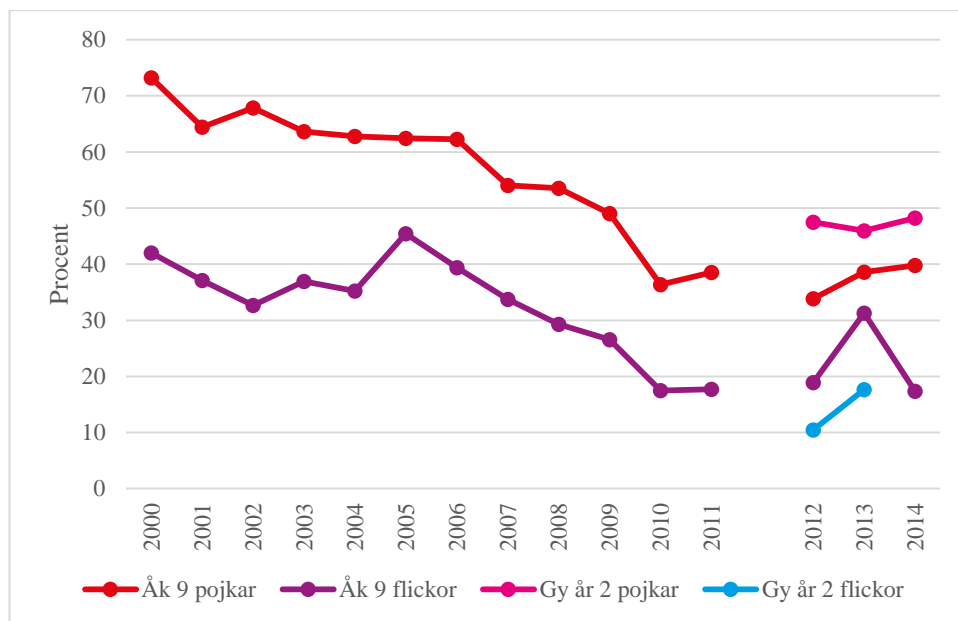
Även när det gäller snus har andelen snusande niondeklassare som köper själv minskat under 2000–2011 (diagram 7). Under 2012–2014 har andelen ökat något

⁶ Därutöver finns svarsalternativen "från kompisar", "från föräldrar", "från försäljare av smuggelcigaretter", resp. "annan person".

bland pojkarna, medan den har fluktuerat för flickorna⁷. Vid undersökningen 2014 var det 40 procent av pojkarna och 17 procent av flickorna som uppgav att de köper sitt snus själv.

När det gäller de snusare som är under 18 år i gymnasiets år 2 går det inte att se något tydligt mönster. Vid undersökningen 2014 var det 48 procent av pojkarna som uppgav att de köper sitt snus själv. För flickorna saknas uppgift för 2014 på grund av för få svarande. Föregående år var andelen 18 procent.

Diagram 7: Andel snusare som köper snus själva i årskurs 9 och gymnasiets år 2, 2000–2014 (för gymnasiets år 2 finns data från 2012). Förändrad frågestruktur 2012. Källa: CAN.



Kompletterande information om tillgången till tobak

Tobaksförsäljning

Försäljningen av cigaretter har under 2000–2013 minskat med 31 procent. Under 2011–2013 minskade försäljningen med 18 procent. År 2013 såldes 677 cigaretter per invånare 15 år och äldre. Försäljningen av snus ökade i början av 2000-talet och låg på en högsta nivå 2006 för att sedan minska med 31 procent mellan 2006 och 2008. Sedan 2008 har en succesiv ökning skett med 16 procent fram till 2012 för att sedan igen minska 2013. Sett över hela perioden 2000–2013 har det skett en minskning av snusförsäljningen med 13 procent. Det går inte att se något tydligt mönster 2011–2013. År 2013 såldes 0,75 kg snus per invånare 15 år och äldre.

⁷ Då antalet svarande flickor som klassificerats som snusare varit få under senare år blir resultaten mer osäkra. Detta gäller även gymnasiets år 2.

Samlad bedömning av utvecklingen inom långsiktigt mål 1

Långsiktigt mål 1 är att minska tillgång till alkohol narkotika, dopning och tobak. Tillgången till alkohol har sammantaget varit relativt oförändrad under de senaste sex-sju åren. Trots att antalet serveringsställen med serveringstillstånd ökade under denna period låg den registrerade alkoholförsäljningen via partihandel på en relativt stabil nivå. En delförklaring till detta kan vara att alkoholpriserna på serveringsställen höjdes under samma period. Sannolikt kan färre unga själva köpa ut från Systembolaget då andelen tillfällen då legitimation begärts har ökat. Den samlade bilden av data inom tobaksområdet visar på minskad tillgång. Snusförsäljningen har dock inte minskat i lika hög utsträckning som cigarettförsäljningen och andelen elever som kan köpa tobak själva bland de som röker eller snusar i årskurs 9 och gymnasiets år 2⁸ är fortsatt hög Tillgången till narkotika är svårbedömd på grund av bristen på data och indikatorer för att följa tillgången till dopning saknas helt idag.

En samlad bedömning av utvecklingen visar att denna går i enlighet med målet om minskad tillgång endast vad gäller tobak, medan tillgången till alkohol legat relativt oförändrad och data saknas eller är otillräcklig för narkotika och dopning.

⁸ Avser elever som är under 18 år.

Långsiktigt mål 2

Barn ska skyddas mot skadliga effekter orsakade av alkohol, narkotika, dopning eller tobak

Regeringen framhöll i sin proposition 2010/11:47 att barn, i enlighet med principerna i FN:s barnkonvention, har rätt till en god uppväxtmiljö och till bästa möjliga hälsa. Ett skäl till att föräldrar inte har förmåga att ge barnen trygghet och omvårdnad kan vara missbruks- eller beroendeproblem hos ena eller båda föräldrarna. Missbruk- eller beroendeproblematik samvarierar också ofta med andra problem som till exempel psykisk sjukdom, psykisk störning eller psykisk funktionsnedsättning. I dessa familjer finns en betydande risk att barnens behov inte tillgodoses och en ökad risk för att barnen själva utvecklar mer eller mindre allvarliga psykiska eller sociala problem i framtiden. Riksdagen har uttalat att barn, ungdomar och deras föräldrar är bland de viktigaste målgrupperna för det förebyggande och hälsofrämjande arbetet.

Som stöd för beskrivningen av långsiktigt mål 2 har tre indikatorer för alkohol- och tobaksbruk bland gravida använts (tabell 7). Samtliga finns under långsiktigt mål 2.

Tabell 7: Indikatorer inom långsiktigt mål 2.

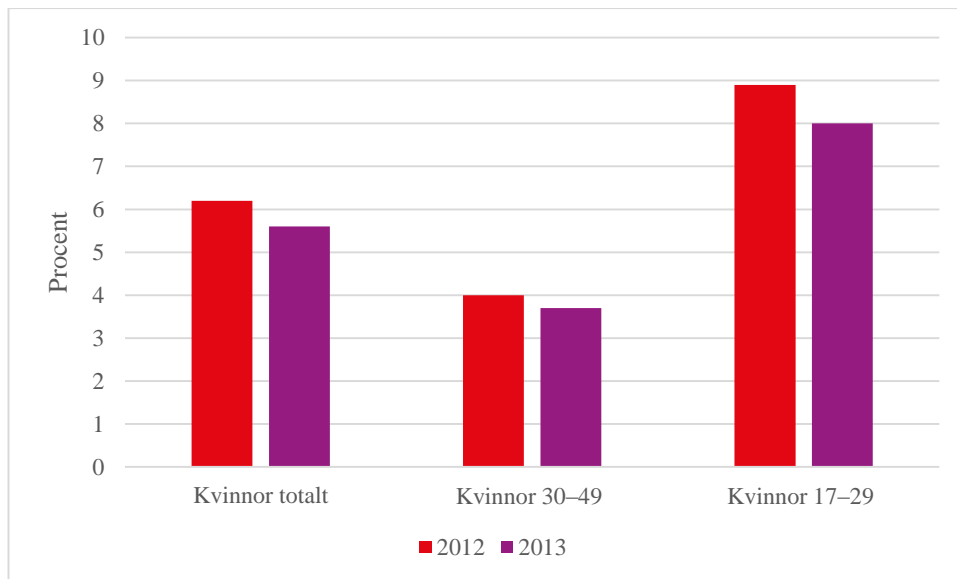
Indikator	Källa	Tidsserie
Gravida, riskbruk alkohol	Socialstyrelsen	2012–2013
Gravida, riskbruk cigaretter	Socialstyrelsen	2000–2013
Gravida, riskbruk snus	Socialstyrelsen	2000–2013

Riskbruk av alkohol

Gravidas riskbruk av alkohol följs med hjälp av uppgifter från mödrahälsovården (MHV). År 2012 använde sig samtliga län av instrumentet AUDIT för att screena för riskbruk av alkohol. Riskbruk definieras som 6 poäng eller mer på AUDIT-skalan vid inskrivningen i mödrahälsovården. Andelen gravida i åldern 17–49 år med riskbruk vid inskrivningen på MHV uppmättes till 6,2 procent 2012 och 5,6 procent 2013 (diagram 8). I åldersgruppen 17–29 år var det drygt dubbelt så många gravida kvinnor med riskbruk av alkohol som bland 30–49-åringar. I merparten av de län där det finns data för både 2012 och 2013⁹ har andelen gravida med riskbruk varit oförändrad eller minskat.

⁹ För vissa län är uppgifterna bristfälliga. I de fall då bortfallet för ett län är över 20 procent redovisas inte andelen gravida med riskbruk av alkohol.

Diagram 8: Andel gravida kvinnor med riskbruk av alkohol 2012 och 2013. Källa: Socialstyrelsen.



Riskbruk av cigaretter och snus

Indikatorn avser andelen kvinnor som röker eller snusar i graviditetsveckorna 30–32. Under perioden 2000–2013 minskade den andel som rökte under de aktuella veckorna från 7,3 till 4,1 procent, vilket nästan är en halvering (diagram 9).

Utvecklingen visar samma tendens såväl före som under strategiperioden. De minskningar som registrerats för den längre tidsperioden gäller samtliga län.

Andelen snusande gravida har sett i ett längre tidsperspektiv varit oförändrad. Vid mätningen 2013 var det 0,6 procent som snusade.

Diagram 9: Andel gravida som röker respektive snusar, 2000–2013. Källa: Socialstyrelsen.



Samlad bedömning av utvecklingen inom långsiktigt mål 2

Långsiktigt mål 2 är att barn ska skyddas mot skadliga effekter orsakade av alkohol, narkotika, dopning eller tobak. Utifrån de få indikatorer som idag finns i uppföljningssystemet kan vi konstatera att barn fortfarande löper risk att få skador kopplade till riskbruk av alkohol och tobaksbruk under graviditet. Rökning bland gravida har nästan halverats under 2000-talet medan snusanvändningen legat på en låg men oförändrad nivå. Vad gäller riskbruk av alkohol under graviditet har vi endast data från 2012 och 2013 och kan inte uttala oss om utvecklingen över tid. Vi konstaterar dock att andelen med riskbruk av alkohol bland gravida 17–29 år är hög (8 procent).

Detta mål är inte formulerat som en önskad förändring i en viss riktning, vilket innebär att det inte går att relatera utvecklingen direkt till målet. Vi kan bara, som ovan, konstatera att barn fortfarande löper risk att få skador kopplade till riskbruk av alkohol och tobaksbruk under graviditet. Vilka andra risker barn löper att utsättas för skadliga effekter orsakade av alkohol, narkotika, dopning eller tobak följs idag inte upp i ANDT-uppföljningssystemet och kunskap saknas på området. Det saknas indikatorer för beskrivning av såväl skadliga effekter av narkotika under graviditet som skadliga effekter kopplat till uppväxtmiljön för barn i familjer med ANDT-bruk. Vi ser alltså inte att en samlad bedömning av detta mål är relevant utifrån beskrivningen av utvecklingen.

Långsiktigt mål 3

Antalet barn och unga som börjar använda narkotika och dopningsmedel eller debuterar tidigt med alkohol eller tobak ska successivt minska

I propositionen 2010/11:47 framhöll regeringen att insatser som förhindrar att någon börjar använda narkotika och dopningsmedel eller debuterar tidigt med alkohol eller tobak bör få hög prioritet. Regeringen menade att sådana insatser bland annat kan handla om väl utarbetade rutiner på lokal nivå mellan det förebyggande och hälsofrämjande arbetet och de myndigheter och idéburna organisationer som arbetar med personer i riskmiljöer. Tillgänglighetsbegränsande åtgärder som exempelvis ålderskontroller bedömdes också vara betydelsefulla liksom insatser för att påverka attityder och normer samt att öka kunskapen om effekter på hälsa, kriminalitet och social utveckling av ANDT.

Utvecklingen kopplat till långsiktigt mål 3 beskrivs med hjälp av tio indikatorer som beskriver ANDT-användning bland unga samt debutålder för ANDT-bruk (tabell 8). Samtliga tio indikatorer finns under långsiktigt mål 3.

Tabell 8: Indikatorer för alkohol inom långsiktigt mål 3.

Indikator	Källa	Tidsserier
Alkoholkonsumenter, senaste 12 mån, årskurs 9 och gymnasiet år 2	CAN	2007–2014 (prel. 2015)
Debutålder, druckit alkohol, 13 år eller yngre, årskurs 9 grundskolan	CAN	2004–2014
Debutålder, druckit sig berusad, 13 år eller yngre, åk 9 grundskolan	CAN	2004–2014
Använt narkotika, någon gång, årskurs 9 och gymnasiet år 2	CAN	2004–2014 (prel. 2015)
Använt narkotika, senaste 12 mån, årskurs 9 och gymnasiet år 2	CAN	2007–2014
Använt anabola steroider, någon gång, årskurs 9 och gymnasiet år 2	CAN	2004–2014
Använt anabola steroider, senaste 12 mån, årskurs 9 och gymnasiet år 2	CAN	2012–2014
Använder tobak, andel rökare, senaste 12 mån, årskurs 9 och gymnasiet år 2	CAN	2000–2014, 2004–2014 gy år 2 (prel. 2015)
Använder tobak, andel snusare, senaste 12 mån, årskurs 9 och gymnasiet år 2	CAN	2000–2014 2004–2014 gy år 2 (prel. 2015)
Debutålder, rökt eller snusat, 13 år eller yngre, årskurs 9 grundskolan	CAN	2000–2014 2010–2014 snus

Alkoholkonsumtion bland elever i årskurs 9 och gymnasiets år 2

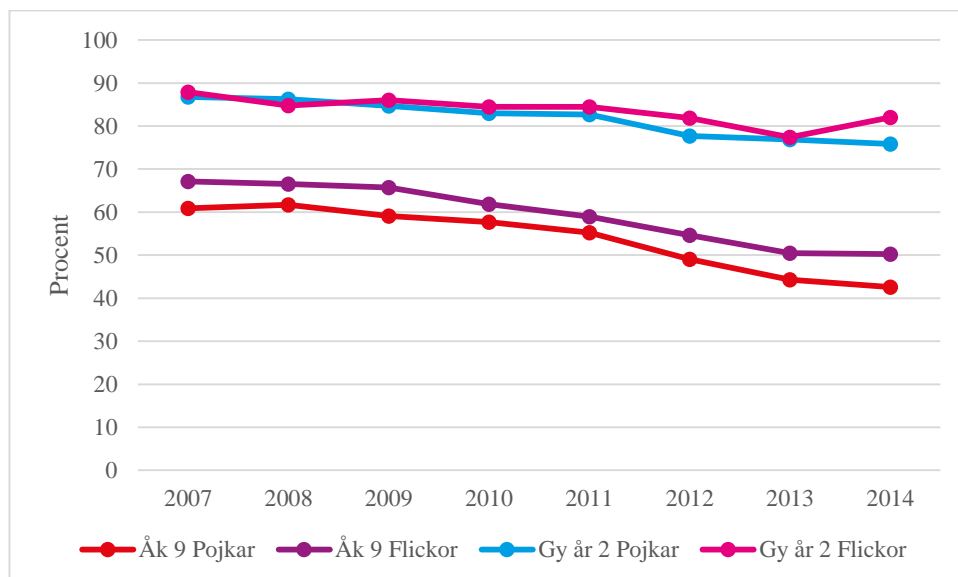
Andel alkoholkonsumenter

Andelen konsumenter av alkohol bland elever i årskurs 9 och gymnasiets år 2 har mätts på två olika sätt. Det nya formuläret började användas 2007 och det genomfördes även en mindre förändring av frågan 2012.

Andelen niondeklassare som druckit alkohol de senaste 12 månaderna har minskat under 2007–2014 (diagram 10). Enligt preliminära data från CAN har minskningen fortsatt även under 2015 (4). Mellan 2012 och 2014 minskande andelen med 6,5 procentenheter hos pojkarna och med 4,4 procentenheter hos flickorna. Vid mätningen 2014 var det 43 procent av pojkarna och 50 procent av flickorna som hade druckit alkohol de senaste 12 månaderna.

Även andelen elever i gymnasiets år 2 som druckit alkohol de senaste 12 månaderna har minskat sett över hela perioden 2007–2014. Trenden har, enligt preliminära data från CAN, också fortsatt under 2015. Mellan 2012 och 2014 minskade andelen med 1,9 procentenheter hos pojkarna samtidigt som siffran har fluktuerat bland flickorna, men väger man in preliminära data för 2015 ser det ut att ha skett en minskning även hos flickorna. Vid mätningen 2014 var det 76 procent av pojkarna och 82 procent av flickorna¹⁰ som hade druckit alkohol de senaste 12 månaderna.

Diagram 10: Andel elever i årskurs 9 samt gymnasiets år 2 som druckit alkohol de senaste 12 månaderna, 2007–2014. Källa: CAN.



¹⁰ Preliminära data visar på en nedgång 2015 till en nivå motsvarande den för 2013.

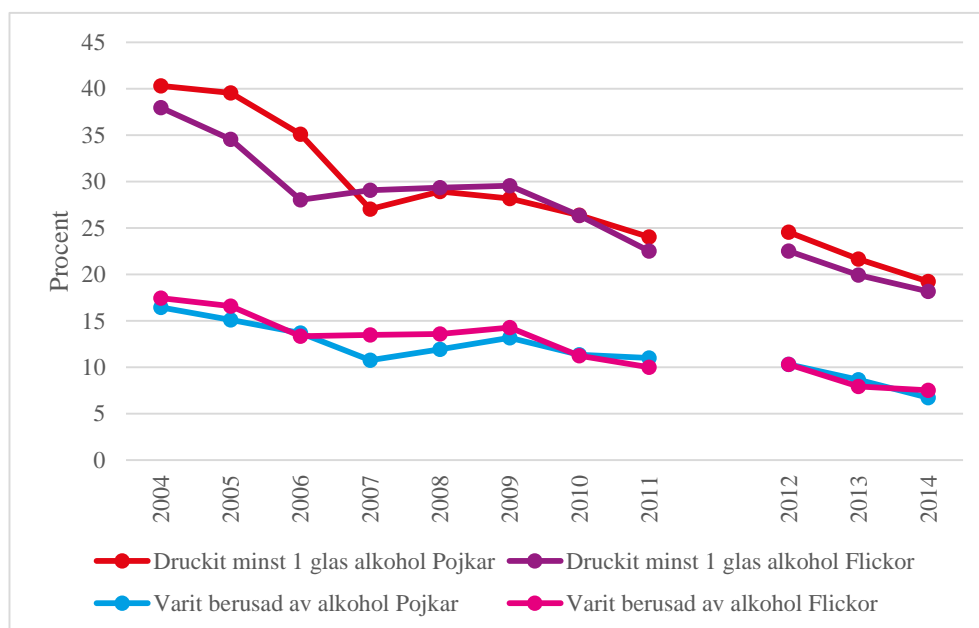
Debutålder och berusningsdrickande

Med debutålder avses här de pojkar och flickor som uppgett att de druckit minst ett glas alkohol vid 13 års ålder eller yngre. Under perioden 2004–2006 hade enkäten fasta svarsalternativ, 2007–2011 öppna svarsalternativ och från 2012 återigen fasta svarsalternativ. Den förändrade frågestrukturen kan vara av betydelse för jämförelser av resultaten mellan de olika perioderna.

I det längre tidsperspektivet (2004–2014) har andelen elever i årskurs 9 som debuterat med alkohol i åldern 13 år eller yngre minskat (diagram 11). Det gäller både pojkar och flickor. Mellan 2012 och 2014 minskade andelen med 5,3 procentenheter bland pojkar och 4,3 procentenheter bland flickor. Vid mätningen 2014 var det 19 procent av pojkarna och 18 procent av flickorna som druckit minst ett glas alkohol när de var 13 år eller yngre.

Även andelen elever som varit berusade när de var 13 år eller yngre har minskat sett såväl över ett längre som ett kortare tidsperspektiv. Mellan 2012 och 2014 minskade andelen med 3,6 procentenheter bland pojkar och 2,8 procentenheter bland flickor. Vid mätningen 2014 var det runt 7 procent av eleverna som druckit minst ett glas alkohol när de var 13 år eller yngre. Preliminära data från CAN visar också att minskningen fortsatt under 2015.

Diagram 11: Andel elever i årskurs 9 som vid 13 års ålder eller yngre druckit minst ett glas alkohol respektive varit berusade, 2004–2014. Förändrad frågestruktur 2012. Källa: CAN.



Användning av narkotika bland elever i årskurs 9 och gymnasiets år 2

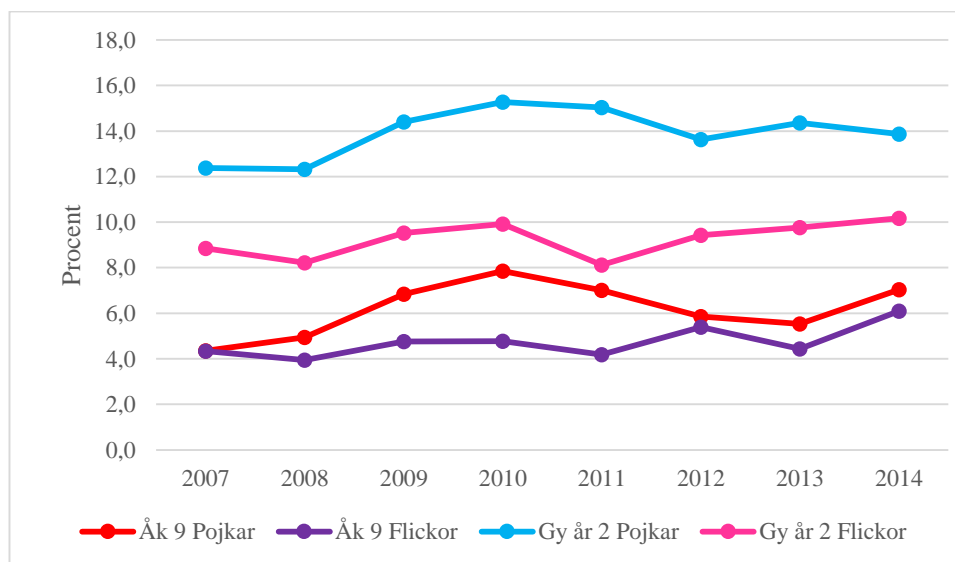
I undersökningen Skolelevers drogvanor ställs även frågor om användningen av narkotika¹¹. I årskurs 9 har andelen elever som uppgett att de använt narkotika någon gång fluktuerat under 2000-talet och även under strategiperioden. Det gäller båda könen. Vid mätningen 2014 var det 8,9 procent av pojkarna och 7,3 procent av flickorna i årskurs 9 som använt narkotika någon gång.

Mellan 2004 och 2010 ökade andelen elever i gymnasiets årskurs 2 som använt narkotika någon gång. Ökningen har därefter planat ut. Tar man hänsyn till 2015 års preliminära data kan man se en minskning bland pojkar jämfört med de senaste åren (17 procent 2015 jämfört med runt 20 procent 2010–2014). Bland flickorna i gymnasiets år 2 har andelen som använt narkotika någon gång legat runt 14 procent under 2010–2015.

Andelen elever som använt narkotika de senaste 12 månaderna har varierat över tid. I årskurs 9 var andelen 7,0 procent bland pojkar och 6,1 procent bland flickor 2014 (diagram 12). Motsvarande siffror för gymnasiets år 2 var 13,9 respektive 10,2 procent.

Av undersökningen framkommer även att cannabis är det vanligaste narkotikapreparatet.

Diagram 12: Andel elever i årskurs 9 och gymnasiets år 2 som använt narkotika de senaste 12 månaderna, 2007–2014. Källa: CAN.



¹¹ Frågorna om narkotikaanvändning har funnits med sedan 1971 i årskurs 9 och sedan 2004 i gymnasiets år 2 och har justerats flera gånger, senast 2012. CAN skriver att "Även om det inte finns belägg för att någon av dessa förändringar haft en avgörande betydelse för resultaten bör ändå en viss försiktighet iaktas vid jämförelser av enskilda värden mellan olika år. Samtidigt finns ingen information som indikerar att förändringarna är så pass stora att utvecklingstrenderna skulle vara missvisande".

Användning av anabola androgena steroider bland elever i årskurs 9 och gymnasiets år 2

I undersökningen Skolevers drogvanor får eleverna även svara på frågor om erfarenhet av dopningsmedel i form av anabola androgena steroider (AAS). Antalet svarande med erfarenhet av AAS är lågt vilket begränsar tillförlitligheten och gör det svårt att beskriva förändringar. Sett över tid (2004–2014) har andelen legat på en relativt konstant och låg nivå. År 2014 var det 1,7 procent av pojkarna och 0,7 procent av flickorna i årskurs 9 som uppgav erfarenhet av AAS. I gymnasiets år 2 var det 1,2 procent av pojkarna och 0,2 procent av flickorna.

Data om elever i årskurs 9 och gymnasiets år 2, som använt anabola androgena steroider de senaste 12 månaderna, är endast tillgängliga för 2012–2014. År 2014 var det 1,3 procent bland pojkarna och 0,6 procent bland flickorna i årskurs 9, samt 0,8 respektive 0,2 procent i gymnasiets år 2 som uppgett att de använt AAS det senaste året. Jämfört med närmast föregående år har inga nämnvärda förändringar skett.

Det är för samtliga år en större andel niondeklassare än gymnasieelever som uppger att de använt AAS, vilket kan synas förvånande. Enligt CAN kan orsakerna till detta vara flera. Det kan vara så att gymnasieeleverna av någon anledning är mindre benägna att rapportera dopningserfarenheter, eller så kan det vara så att de med dopningserfarenhet inte lika ofta studerar vidare på gymnasienivå.

Tobakskonsumtion bland elever i årskurs 9 och gymnasiets år 2

Andel tobakskonsumenter

Eleverna i årskurs 9 och gymnasiets år 2 får även svara på frågor om tobaksrökning och snusning i undersökningen Skolelevers drogvanor. År 2012 ändrades tobaksfrågorna. Den förändrade strukturen/formuleringen av frågorna har betydelse för jämförelser av utvecklingen mellan de olika frågeperioderna. Från 2012 definieras en rökare respektive snusare som någon som rökt/snusat senaste 12 månaderna och sagt att den fortfarande röker/snusar. Då definitionerna numera är snävare än tidigare är det färre elever som klassificeras som rökare respektive snusare.

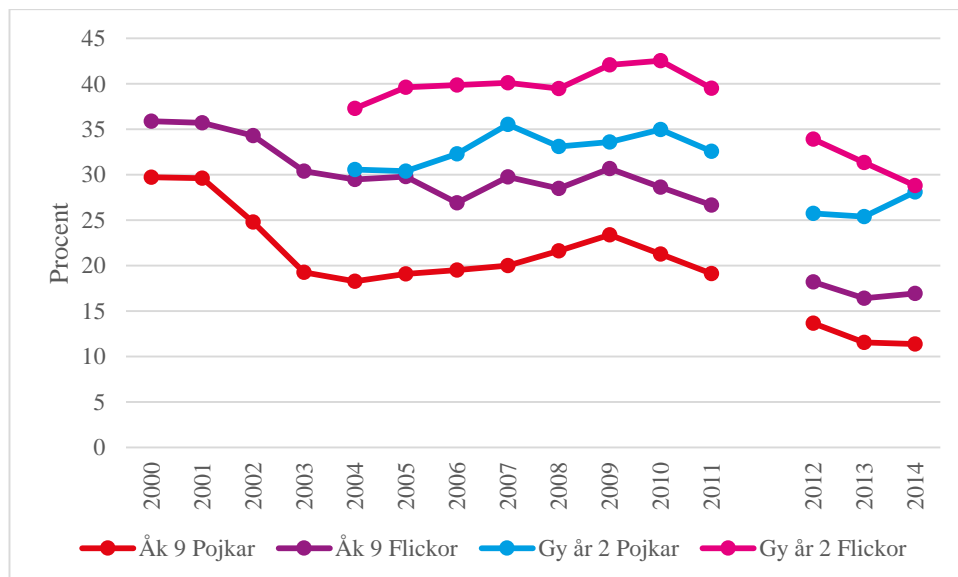
Andel rökare

När det gäller andelen elever i årskurs 9 som rökt cigaretter de senaste 12 månaderna kan man fram till mitten av 2000-talet se en minskning av andelen rökare (diagram 13). Minskningen planade sedan ut, och följdes bland pojkarna av

en viss uppgång, för att därefter åter minska. Under perioden 2012–2015¹² har andelen rökare fortsatt att minska hos båda könen. Vid mätningen 2014 var det 11 procent av pojkarna och 17 procent av flickorna som rökte.

I gymnasiets år 2 har andelen som rökt cigaretter de senaste 12 månaderna varit relativt oförändrad 2004–2011, om än med vissa fluktuationer. I undersökningen 2014 har andelen pojkar ökat jämfört med de två föregående åren, medan rökningen bland gymnasieflickorna minskat. Preliminära data för 2015 visar på en minskning hos båda könen. Sammantaget syns således en sjunkande trend bland gymnasieeleverna även om den är tydligast bland flickorna. Omkring 28 procent av pojkarna och 29 procent av flickorna i gymnasiets år 2 var rökare 2014.

Diagram 13: Andel elever i årskurs 9 och gymnasiets år 2 som rökte de senaste 12 månaderna, 2000–2014 (för gymnasiets år 2 finns data från 2004). Förändrad frågestruktur 2012. Källa: CAN.



Andel snusare

Andelen pojkar i årskurs 9 som snusat de senaste 12 månaderna har minskat under 2000-talet. Bland flickorna kan man se en ökning fram till 2004 som sedan planade ut, varefter andelen minskade (diagram 14). Under 2012–2015¹³ har andelen snusare i årskurs 9 varit relativt stabil. I 2014 års undersökning uppgav 8,9 procent av pojkarna och 2,6 procent av flickorna i årskurs 9 att de snusat de senaste 12 månaderna.

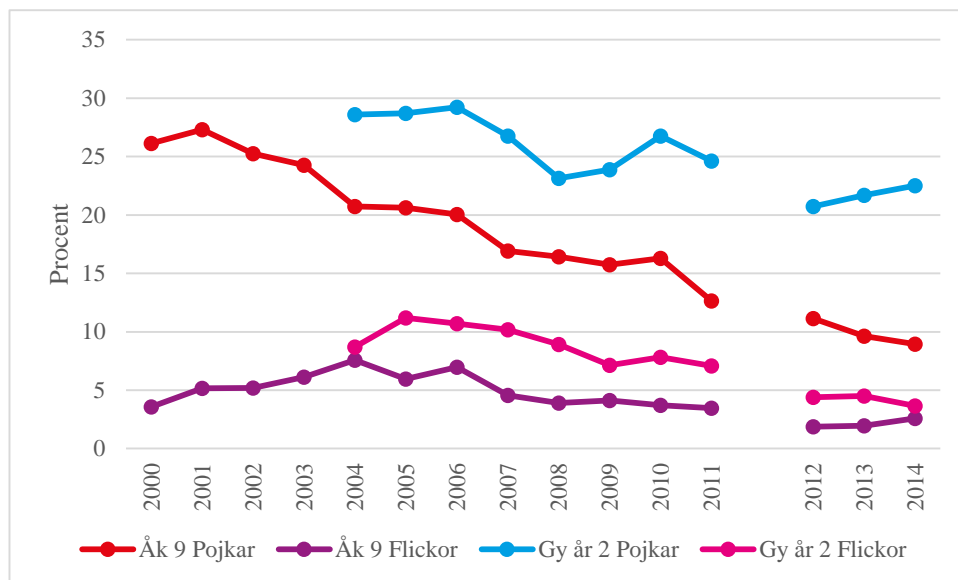
I gymnasiets år 2 har andelen flickor som snusat de senaste 12 månaderna minskat sett över hela perioden 2000–2011. Under samma period minskade till en början andelen snusare bland pojkarna, för att sedan öka och därefter minska igen. Mellan

¹² Preliminära data för 2015.

¹³ Preliminära data för 2015.

2012 och 2015 har det varit en relativt stabil utveckling av andelen snusande gymnasieelever, men med en liten ökning bland pojkarna¹⁴. I 2014 års undersökning uppgav drygt 22 procent av pojkarna och 3,6 procent av flickorna i gymnasiets år 2 att de snusat de senaste 12 månaderna.

Diagram 14: Andel elever i årskurs 9 och gymnasiets år 2 som snusat de senaste 12 månaderna, 2000–2014 (för gymnasiets år 2 finns data från 2004). Förändrad frågestruktur 2012. Källa: CAN.



Debutålder tobak

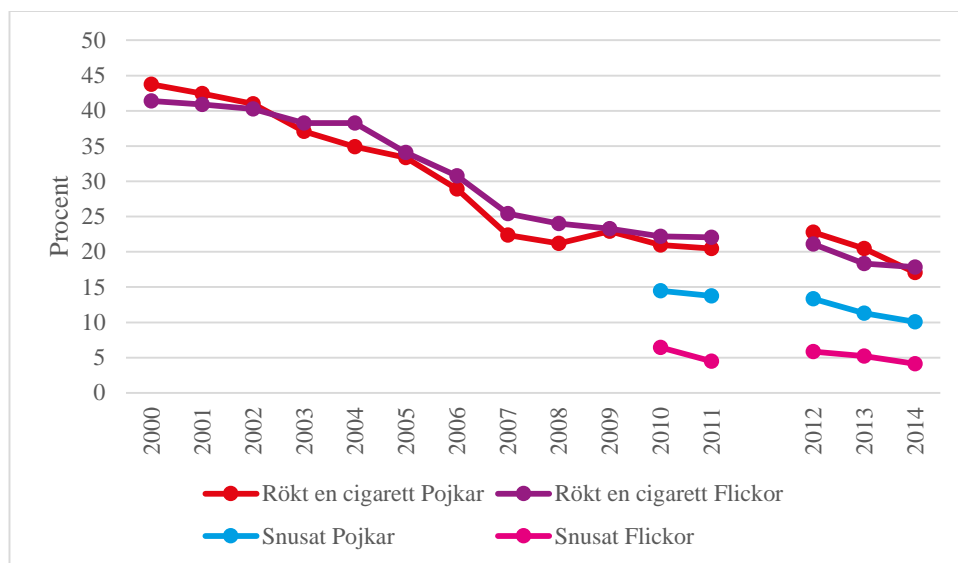
Slutligen redovisas andelen elever i årskurs 9 som uppgett att de rökt en cigarett eller snusat vid 13 års ålder eller yngre. Under perioden 2000–2006 hade enkäten fasta svarsalternativ, 2007–2011 öppna svarsalternativ och från 2012 återigen fasta svarsalternativ. Den förändrade frågestrukturen kan vara av betydelse för jämförelser av resultaten mellan de olika perioderna.

Under 2000–2011 minskade andelen pojkar och flickor som rökt minst en cigarett när de var 13 år eller yngre med 27 respektive 24 procentenheter (diagram 15). Vi noterar också att minskningen, även om frågorna har förändrats något, fortsätter även därefter. Andelen pojkar som vid 13 års ålder eller yngre rökt minst en cigarett var 17 procent 2014. Motsvarande siffra för flickor var 18 procent.

Andelen pojkar som snusat någon gång vid åldern 13 år eller yngre har mellan 2012 och 2014 minskat med drygt 3 procentenheter bland pojkarna och knappt 2 procentenheter bland flickorna. Andelen pojkar som snusat när de var 13 år eller yngre var 10,1 procent 2014. Bland flickorna var det 4,1 procent som uppgav detta.

¹⁴ Preliminära data för 2015.

Diagram 15: Andel elever i årskurs 9 som vid 13 års ålder eller yngre rökt en cigarett eller snusat, 2000–2014 (för gymnasiets år 2 finns data från 2010). Förändrad frågestruktur 2007 och 2012. Källa: CAN.



Samlad bedömning av utvecklingen inom långsiktigt mål 3

Långsiktigt mål 3 är att antalet barn och unga som börjar använda narkotika och dopningsmedel eller debuterar tidigt med alkohol eller tobak succesivt ska minska. Vi kan konstatera att andelen barn och unga som debuterar tidigt med såväl alkohol som tobak har minskat under det senaste decenniet. Andelen skolelever som druckit alkohol eller rökt har också minskat. Trots minskningen är andelen tobakskonsumenter bland skolelever fortfarande hög. Andelen elever i årskurs 9 som använt narkotika någon gång har fluktuerat under 2000-talet. Bland gymnasieeleverna ökade denna andel¹⁵, för att mot slutet av perioden plana ut. 2015 års preliminära data tyder på en minskning bland pojkarna i gymnasiet jämfört med de senaste åren. På grund av låg svarsfrekvens och begränsad data är det svårt att uttala sig om andelen barn och unga som använt dopningsmedel. Andelen som använt anabola androgena steroider (AAS) har legat relativt oförändrat på en låg nivå.

En samlad bedömning av utvecklingen visar att denna går i enlighet med målet om minskat antal barn och unga som debuterar tidigt med alkohol och tobak. Vad gäller skolelevers användning av narkotika och dopningsmedel ser vi varken någon tydlig ökning eller minskning.

¹⁵ För gymnasieeleverna finns data från och med 2004.

Långsiktigt mål 4

Antalet personer som utvecklar skadligt bruk, missbruk eller beroende av alkohol, narkotika, dopningsmedel eller tobak ska successivt minska

Regeringen framhöll i propositionen 2010/11:47 att en av de mest effektiva metoderna för att i ett tidigt stadium förhindra att en person utvecklar ett riskbruk eller missbruk är tidig upptäckt och rådgivning inom primärvården. För ANDT-problematik är hälso- och sjukvård, socialtjänst, företagshälsovård, tandvård samt högskolor och universitet viktiga arenor för att med stöd av kunskapsbaserade metoder för tidig upptäckt och avgränsade snabba insatser bistå personer som riskerar problem med ANDT. Man menade vidare att unga män och kvinnor, som har eller riskerar att få riskabla alkohol- och tobaksvanor eller som experimenterar med narkotika eller dopningspreparat är en särskilt angelägen målgrupp.

För beskrivning av utvecklingen av skadligt bruk, missbruk och beroende används nitton indikatorer som mäter riskkonsumtion, intensivkonsumtion, högkonsumtion och beroende av alkohol, användning, missbruk och beroende av narkotika, användning av anabola androgena steroider, rökning dagligen och då och då, snusning dagligen och då och då samt tobaksberoende. Samtliga indikatorer ingår under långsiktigt mål 4 (tabell 9). Därtill används uppgifter från Statens folkhälsoinstitut och Folkhälsomyndigheten om dopning samt om ”dubbelanvändning” av cigaretter och snus.

Tabell 9: Indikatorer inom långsiktigt mål 4.

Indikator	Källa	Tidsserie
Andel riskkonsumenter av alkohol enligt AUDIT-C	Folkhälsomyndigheten	2004–2014
Intensivkonsumtion av alkohol	CAN	2004–2012
Högkonsumenter av alkohol	CAN	2002–2012
Alkoholberoende	STAD	2013
Riskkonsumtion av alkohol, årskurs 9 och gymnasiets år 2	CAN	2000–2014 2004–2014 gy år 2
Intensivkonsumtion av alkohol, årskurs 9 och gymnasiets år 2	CAN	2000–2014 2004–2014 gy år 2 (prel. 2015)
Högkonsumenter av alkohol, årskurs 9 och gymnasiets år 2	CAN	2000–2014 2004–2014 gy år 2
Använt narkotika de senaste 12 månaderna	STAD	2013
Använt narkotika de senaste 30 dagarna	STAD	2013
Använt cannabis de senaste 12 månaderna	Folkhälsomyndigheten	2004–2014
Använt cannabis senaste 30 dagarna	Folkhälsomyndigheten	2004–2014
Narkotikamissbruk	STAD	2013
Narkotikaberoende	STAD	2013

Indikator	Källa	Tidsserie
Bruk av anabola androgena steroider	STAD	2013
Tobakskonsumenter, röker dagligen	Folkhälsomyndigheten	2004–2014
Tobakskonsumenter, röker då och då	Folkhälsomyndigheten	2004–2014
Tobakskonsumenter, snusar dagligen	Folkhälsomyndigheten	2004–2014
Tobakskonsumenter, snusar då och då	Folkhälsomyndigheten	2004–2014
Tobaksberoende	STAD	2013

Alkoholkonsumtion och alkoholberoende

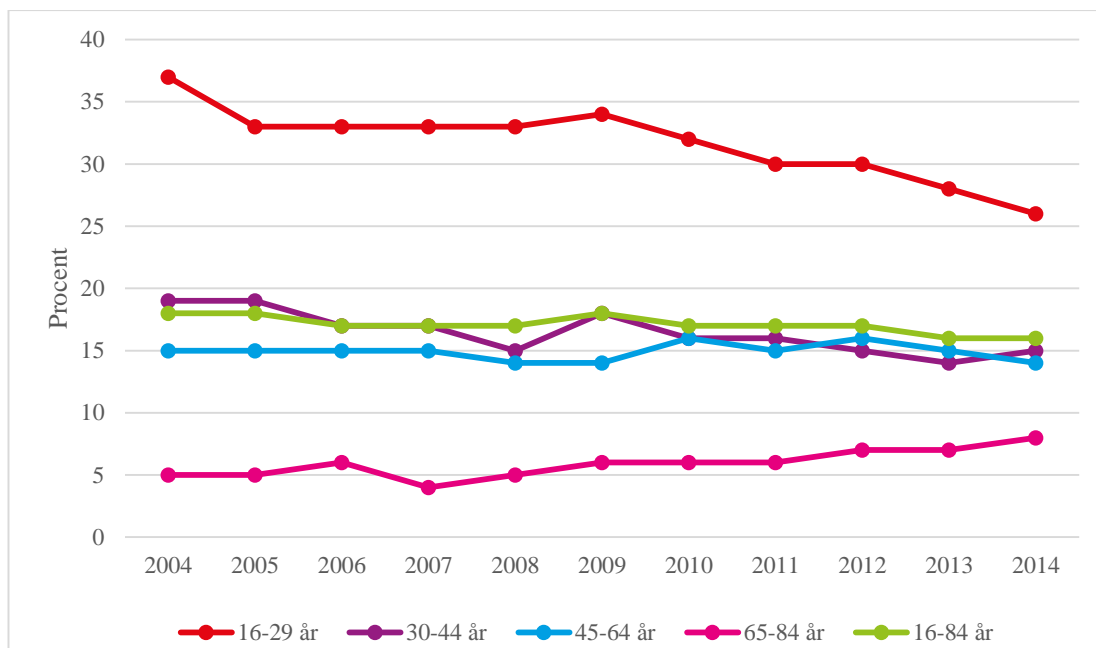
Risikkonsumtion

Andelen risikkonsumenter mäts med hjälp av instrumentet AUDIT-C¹⁶. Under 2004–2014 minskade andelen risikkonsumenter i befolkningen från 18 till 16 procent (diagram 16). Bland män var minskningen från 23 till 19 procent under samma period. Bland kvinnor har inte några statistiskt säkerställda förändringar skett och 2014 var andelen 13 procent. Sett till olika åldersgrupper har det skett en minskning av andelen risikkonsumenter i åldersgruppen 16–29 år, från 37 procent 2004 till 26 procent 2014. I åldersgruppen 30–44 har andelen varierat lite mer, men sett över hela perioden 2004–2014 har det skett en minskning. Däremot har andelen risikkonsumenter i åldersgruppen 65–84 år ökat, från 5 procent 2004 till 8 procent 2014. Det är svårt att dra säkra slutsatser kring utvecklingen under strategiperioden (2011–2014) då de uppmätta förändringarna för denna period i nästan samtliga fall¹⁷ inte är statistiskt säkerställda.

¹⁶ AUDIT-C är en kortversion av AUDIT-10 och innehåller tre frågor: (1) hur ofta man dricker, (2) hur många glas man dricker en typisk dryckesdag och (3) hur ofta man dricker minst 6 glas vid samma tillfälle. Varje fråga ger mellan 0 och 4 poäng och ett sammantaget värde av frågorna beräknas. Kvinnor med 5–12 poäng och män med 6–12 poäng räknas som risikkonsumenter av alkohol.

¹⁷ Det ha skett en signifikant ökning av andelen risikkonsumenter i den äldsta åldersgruppen (65–84 år) under 2011–2014. Den minskning som går att se i den yngsta åldersgruppen under denna period är inte statistiskt signifikant (däremot är den signifikant sett över hela perioden 2004–2014).

Diagram 16: Andel riskkonsumenter av alkohol enligt AUDIT-C, 2004–2014. Källa: Folkhälsomyndigheten.



Intensiv- och högkonsumtion

När det gäller andelen som intensivkonsumerat alkohol de senaste 30 dagarna respektive andelen högkonsumenter¹⁸ ser vi en nedåtgående trend hos både kvinnor och män under 2004–2012. Andelen som intensivkonsumerat har minskat från 43 till 37 procent bland män och från 19 till 16 procent hos kvinnor. På motsvarande sätt har andelen högkonsumenter minskat från 18 till 14 procent bland män och från 10 till 8 procent hos kvinnor. Sett till olika åldersgrupper är mönstret för intensiv- och högkonsumtion likartat det för riskkonsumtion, med en minskning bland de yngre åldersgrupperna och en ökning bland de äldre.

Alkoholberoende

I studien Vanor och konsekvenser finns frågor om alkoholberoende. Studien har endast genomförts som befolkningsundersökning 2013 varför vi enbart redovisar resultat från detta år. Andelen med alkoholberoende uppmättes då till 4,2 procent. Andelen alkoholberoende var bland män 5,5 procent och bland kvinnor 3 procent. Högst andel alkoholberoende finner vi för både män och kvinnor i åldersgruppen 17–29 år. Bland dessa var 8,4 procent av männen och 7,6 procent av kvinnorna alkoholberoende.

¹⁸ Med intensivkonsumtion avses hur ofta man under de senaste 30 dagarna vid ett och samma tillfälle druckit alkohol motsvarande minst en flaska vin (75 cl) eller 5 snapsglas sprit (25 cl) eller 4 burkar starköl/starkcider, eller 6 burkar folköl. En högkonsument definieras som de som genomsnittligt dricker motsvarande minst 14 standardglas i veckan (män) respektive 9 standardglas (kvinnor) per vecka.

Alkoholkonsumtion bland elever i årskurs 9 och gymnasiets år 2

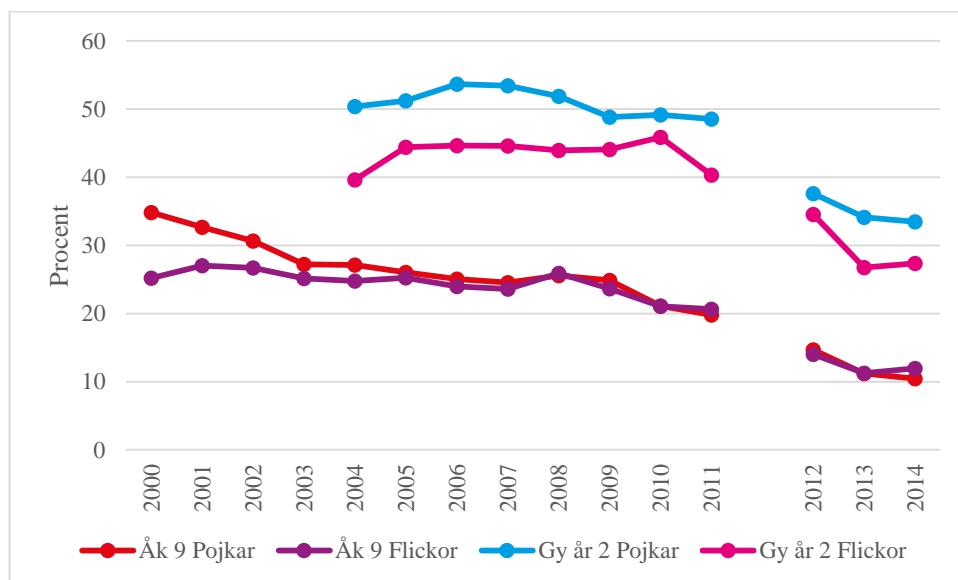
Risikkonsumtion i årskurs 9 och gymnasiets år 2

I Skolelevers drogvanor redovisas andelen elever i årskurs 9 och gymnasiets år 2 med risikkonsumtion¹⁹. Frågan omformulerades 2012. Med den nya formuleringen uppmäts lägre nivåer och resultaten är därmed inte jämförbara med föregående år.

Under 2000–2011 har andelen risikkonsumenter i årskurs 9 minskat med 15 procentenheter bland pojkarna och 4,5 procentenheter bland flickorna (diagram 17). Mellan 2012 och 2013 skedde en fortsatt minskning hos båda könen. Siffrorna för 2014 avviker endast marginellt jämfört med 2013. Vid mätningen 2014 var andelen pojkar med risikkonsumtion 10 procent och andelen flickor 12 procent.

I gymnasiets år 2 är utvecklingen likartad. Under 2004–2011 minskade andelen risikkonsumenter bland pojkarna, medan den bland flickorna var i stort sett oförändrad bortsett från 2011 då andelen minskade. Mellan 2012 och 2013 fortsatte minskningen hos båda könen. Siffrorna för 2014 visar inte på några stora förändringar jämfört med 2013. Vid mätningen 2014 var andelen pojkar med risikkonsumtion 33 procent och andelen flickor 27 procent.

Diagram 17: Andel risikkonsumenter av alkohol i årskurs 9 och gymnasiets år 2, 2000–2014 (data för gymnasiets år 2 finns från 2004). Förändrad frågestruktur 2012. Källa: CAN.



¹⁹ Från 2012 och framåt definierat som andel elever som dricker minst 14 glas (pojkar) respektive 9 standardglas (flickor) per vecka (motsvarar drygt 21 cl resp. knappt 14 cl ren alkohol) eller intensivkonsumerar minst en gång/månad.

Intensivkonsumtion i årskurs 9 och gymnasiets år 2

I skolundersökningen redovisas även andelen elever i årskurs 9 och gymnasiets år 2 med intensivkonsumtion²⁰. Under 2000–2011 har andelen elever i årskurs 9 med intensivkonsumtion minskat med 14,5 procentenheter bland pojkarna och (med vissa fluktuationer) 3,6 procentenheter bland flickorna. CAN har publicerat preliminära data för 2015, och sammantaget visar utvecklingen för 2012–2015 på en fortsatt minskning hos bägge könen. Vid mätningen 2014 var andelen pojkar med intensivkonsumtion 10 procent och andelen flickor 11 procent.

I gymnasiets år 2 är utvecklingen likartad. Under 2004–2011 minskade andelen intensivkonsumenter bland pojkarna, medan den bland flickorna var i stort sett oförändrad bortsett från 2011 då andelen minskade. Mellan 2012 och 2013 skedde en fortsatt minskning hos båda könen. Sammantaget visar utvecklingen för 2012–2015 på en minskning hos bägge könen. Vid mätningen 2014 var andelen pojkar med intensivkonsumtion 32 procent och andelen flickor 25 procent.

Höghkonsumtion i årskurs 9 och gymnasiets år 2

Under 2000–2011 har andelen höghkonsumenter i årskurs 9 minskat både bland pojkar och flickor, om än med vissa fluktuationer. Mellan 2012 och 2013 skedde en fortsatt minskning. Andelen för 2014 skiljer sig endast marginellt i jämförelse med 2013. Vid mätningen 2014 var andelen höghkonsumenter 3,7 procent bland pojkarna och 4,4 procent bland flickorna.

I gymnasiets år 2 ökade andelen höghkonsumenter både bland pojkar och flickor fram till 2006 för att därefter, med vissa fluktuationer, minska under 2007–2011. Mellan 2012 och 2013 skedde en fortsatt minskning. Siffrorna för 2014 visar inte på några stora förändringar jämfört med 2013. Vid mätningen 2014 var andelen höghkonsumenter 11,5 procent bland pojkarna och 9,7 procent bland flickorna.

Narkotikabruk

Användning av narkotika

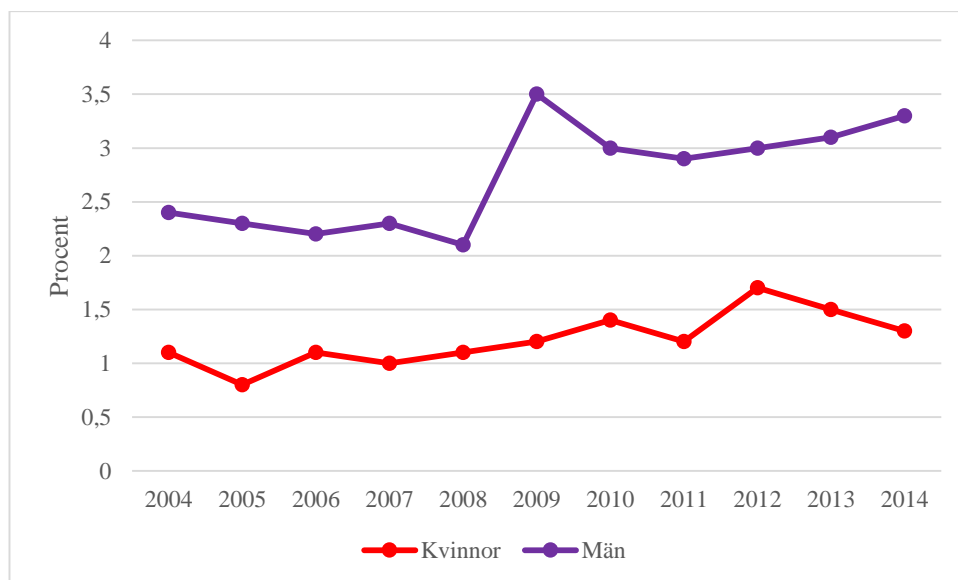
I studien Vanor och konsekvenser ställdes frågor om narkotikabruk de senaste 12 månaderna respektive de senaste 30 dagarna. Vid baslinjemätningen 2013 var det 4,2 procent av männen och 2,0 procent av kvinnorna som hade använt narkotika det senaste året. Vidare var det 1,5 procent av männen respektive 0,6 procent av kvinnorna som uppgav att de använt narkotika den senaste månaden.

Den vanligaste narkotikaerfarenheten är cannabis. I HLV ställs frågor om cannabisbruk de senaste 12 månaderna respektive de senaste 30 dagarna. Diagram

²⁰ Med intensivkonsumtion avses från 2012 och framåt dryckestillfällen med stora mängder alkohol motsvarande minst fyra stora burkar starköl/starkider eller 25 cl sprit eller en helfaska vin eller sex burkar folköl vid ett och samma tillfälle.

18 visar andelen män respektive kvinnor som använt cannabis under det senaste året sett över perioden 2004–2014. Den ökning som kurvorna indikerar ligger inom felmarginalen. I 2014 års undersökning var det 3,3 procent av männen och 1,3 procent av kvinnorna som uppgav att de hade använt cannabis under det senaste året. Andelen som använt cannabis är betydligt högre bland unga vuxna jämfört med äldre åldersgrupper. År 2014 var det bland 16–29-åringar 10,0 procent av männen och 5,4 procent av kvinnorna som uppgav att de hade använt cannabis det senaste året. Bland 30–44-åringar var motsvarande siffror 2,9 respektive 0,3 procent, och bland 45–65-åringar 1,0 respektive 0,1 procent. När det gäller användning den senaste månaden var det i 2014 års undersökning 0,8 procent av männen och 0,3 procent av kvinnorna som uppgav detta.

Diagram 18: Andel som använt cannabis de senaste 12 månaderna, 2004–2014. Källa: Folkhälsomyndigheten.



Narkotikaberoende och -missbruk

I studien Vanor och konsekvenser²¹ klassificerades 0,8 procent av männen och 0,4 procent av kvinnorna i åldern 17–84 år som narkotikaberoende²² 2013.

Sammanlagt motsvarar det drygt 45 000 individer. Vidare var det bland männen 0,2 procent och bland kvinnorna 0,1 procent som bedömdes vara narkotikamissbrukare, vilket motsvarar knappt 10 000 individer.

²¹ Frågorna om beroende och missbruk av narkotika är uppbyggda utifrån de frågor som ingår i DSM-IV och har i studien Vanor och konsekvenser anpassats till enkätform. Alla personer som uppgett bruk av narkotika och/eller läkemedel under det senaste året fick även svara på beroende- och missbruksfrågorna. Det bör även noteras att anledningen till att begreppet missbruk inte är en lika vanlig diagnos som beroende, är att missbruksdiagnosen enbart används om kriterierna för beroende inte uppfylls. Ett beroende är dock ett svårare tillstånd än missbruk.

²² I resultaten ingår svarande som uppgett bruk av minst ett narkotikaklassat preparat och personer som uppgett bruk av både narkotikaklassade preparat och läkemedel.

Bruk av anabola androgena steroider

Undersökningen Vanor och konsekvenser visade att strax under 1,0 procent av männen och 0,1 procent av kvinnorna i åldersgruppen 17–84 år någon gång använt AAS. Utbredningen är främst koncentrerad till yngre åldersgrupper. För närvarande saknas data för att följa utvecklingen över tid.

I en riksrepresentativ enkätundersökning 2008 uppgav 0,9 procent av männen och enstaka kvinnor i åldern 15–54 år att de någon gång hade provat anabola androgena steroider (AAS) (5). Ingen över 54 år uppgav sådan erfarenhet. Bland män i åldersgruppen 18–34 år var livstidserfarenheten 1,4 procent och 0,9 procent hade använt sådana preparat under det senaste året. Utifrån den statistik som framkom extrapolerades andelen som uppgav erfarenhet av AAS det senaste året till befolkningen i Sverige. Beräkningen visade att drygt 9 000 män i åldrarna 18–34 år hade provat preparaten under det senaste året och att drygt 22 000 män i åldrarna 15–54 år hade någon erfarenhet av preparaten.

Tobaksbruk

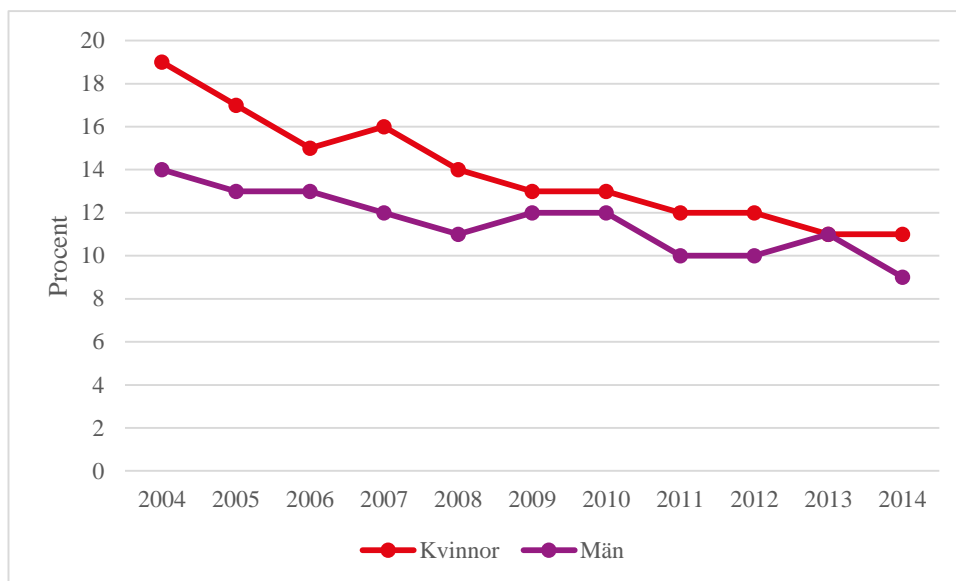
Rökare

Andelen personer i åldern 16–84 år som röker dagligen har kontinuerligt minskat i befolkningen sedan 1980 (6). Mellan 2004 och 2014 minskade andelen med 5 procentenheter bland män och 8 procentenheter bland kvinnor (diagram 19). Under perioden 2011–2014 minskade andelen dagligrökare med omkring 1 procentenhet. Minskningen låg dock inom felmarginalen hos båda könen. År 2014 var det 11 procent av kvinnorna och 9 procent av männen som var dagligrökare.

Dagligrökning är vanligast bland personer i övre medelåldern (14 procent bland 45–64-åringar), särskilt bland kvinnor. Andelen har dock minskat i alla utom den äldsta åldersgruppen. Bland 64–84-åringar har andelen dagligrökare varierat mellan 10 och 11 procent under 2004–2014. Bland såväl 30–44-åringar som 45–64-åringar är minskningen 8 procentenheter, vilket bland de förstnämnda innebär en halvering av andelen dagligrökare. I den yngsta åldersgruppen (16–29 år) har andelen dagligrökare minskat med 5 procentenheter och 2014 var det 8 procent som uppgav att de rökte dagligen.

Ser vi till de som röker då och då har inga statistiskt säkerställda förändringar skett varken med avseende på kön eller åldersgrupp. År 2014 var andelen som uppgett att de röker då och då 12 procent bland männen och 8 procent bland kvinnorna.

Diagram 19: Andel dagligrökare, 2004–2014. Källa: Folkhälsomyndigheten.



Snusare

Andelen män i åldern 16–84 år som snusar dagligen har minskat med 4 procentenheter under 2004–2014 och år 2014 var andelen 18 procent. Bland kvinnorna har andelen dagligsnusare varit 3–4 procent under hela perioden. Under perioden 2011–2014 har det inte skett några statistiskt säkerställda förändringar. I samtliga åldersgrupper är det 4–5 gånger fler dagligsnusande män än kvinnor. Ser vi till de som snusar då och då har inga signifikanta förändringar skett varken med avseende på kön eller åldersgrupp. År 2014 var andelen som uppgett att de snusar då och då 6 procent bland männen och 3 procent bland kvinnorna.

Tobaksberoende

I undersökningen Vanor och konsekvensers mäts tobaksberoende genom skalan Cigarette Dependence Scale (CDS-12)²³. I undersökningens baslinjemätning 2013 uppmättes 3 procent av befolkningen vara beroende av cigaretter och 5 procent av snus. Bland männen var 2,6 procent beroende av cigaretter och bland kvinnorna var andelen 3,3 procent. För snusberoende var motsvarande siffror 5 procent för män och 1,8 procent för kvinnor. Den åldersgrupp med störst andel cigarettberoende var 50–64-åringar med 4,3 procent. Motsvarande för snusberoende var i gruppen 30–49 år 7,5 procent.

²³ Cigarette Dependence Scale (CDS) består av 12 frågor och täcker i huvudsak beståndsdelarna av DSM-IV:s och ICD-10:s definition av tobaksberoende. Varje fråga kan ge mellan 1 och 5 poäng och skalan kan totalt ge mellan 12 och 60 poäng.

Dubbelanvändning

Det är också vanligt att de som röker cigaretter också snusar och *vice versa*. Data från HLV 2014 visar på att det bland dagligrökarna i åldern 16–84 år var 24 procent som också snusar dagligen eller sporadiskt. Bland dagligsnusarna var det 33 procent som också röker dagligen eller sporadiskt. Dubbelanvändning är vanligast i den yngsta åldersgruppen (16–29 år). Där var det 42 procent av dagligrökarna som också snusar dagligen eller sporadiskt och 53 procent av dagligsnusarna som också röker dagligen eller sporadiskt.

Samlad bedömning av utvecklingen inom långsiktigt mål 4

Långsiktigt mål 4 är att antalet personer som utvecklat ett skadligt bruk, missbruk eller beroende av alkohol narkotika, dopningsmedel eller tobak succesivt ska minska. Sammantaget ser vi en positiv bild med minskad risk-, intensiv-, och högkonsumtion av alkohol och ett sammantaget minskat tobaksbruk såväl bland skolelever som i den vuxna i befolkningen under det senaste decenniet. Bland 16–84-åringar har dock andelen kvinnor som riskkonsumerar alkohol och andelen kvinnor som snusar dagligen varit relativt oförändrade, men på en betydligt lägre nivå än bland männen. Vi konstaterar också att riskkonsumtion av alkohol har ökat i åldersgruppen 65–84 år, om än från en lägre nivå jämfört med övriga åldersgrupper, och att andelen personer som röker dagligen har varit oförändrad i samma åldersgrupp.

Tidsserier med data för att följa skadligt bruk av andra narkotiska preparat än cannabis saknas idag i den vuxna befolkningen. Andelen personer i åldern 16–84 år som använt cannabis de senaste 12 månaderna har ökat under det senaste decenniet, men förändringen ligger inom felmarginalen för respektive kön. I dagsläget saknar vi också tidsserier med data om utvecklingen när det gäller beroende inom alla områdena alkohol, narkotika, dopning och tobak. Omfattningen av beroende och missbruk i befolkningen mättes 2013 i undersökningen Vanor och konsekvenser och på sikt kan ytterligare upprepningar av denna undersökning tillgängliggöra data om utvecklingen på området.

En samlad bedömning av utvecklingen visar att denna går i enlighet med målet om minskat antal personer som utvecklar skadligt bruk av alkohol och tobak, men inte vad gäller målet om skadligt bruk av narkotika. Data saknas för att kunna säga något om utvecklingen i förhållande till målet om minskat antal personer med skadligt bruk av dopningsmedel och om målen för minskat antal personer som utvecklar missbruk eller beroende.

Långsiktigt mål 5

Personer med missbruk eller beroende ska ha ökad tillgänglighet till vård och stöd av god kvalitet

Regeringen menade i propositionen 2010/11:47 att tillgången till målgruppsanpassade insatser skulle öka och att en långsiktig satsning för att säkerställa likvärdig vård av god kvalitet över hela landet var nödvändig för att missbruks- och beroendevårdens mål ska uppnås. Regeringen betonade också att tillgängligheten till kunskapsbaserade insatser bör öka, liksom individens ställning stärkas.

Som stöd för beskrivningen av långsiktigt mål 5 har de fem indikatorer som ingår under målet använts (tabell 10).

Tabell 10: Indikatorer inom långsiktigt mål 5.

Indikator	Källa	Tidsserie
Läkemedelsuttag, alkohol	Socialstyrelsen	2006–2013
Läkemedelsuttag, narkotika	Socialstyrelsen	2006–2013
Vårdade, återinskrivning alkoholdiagnoser	Socialstyrelsen	2000–2013
Vårdade, återinskrivning narkotikadiagnoser	Socialstyrelsen	2000–2013
Vårdade och avlidna, alkohol- och/eller narkotikadiagnos	Socialstyrelsen	2000–2012

Läkemedelsuttag av patienter som vårdats för psykiska störningar och beteendestörningar orsakade av alkohol eller opiater

Alkohol

I uppföljningssystemet finns uppgifter om i vilken omfattning personer som har vårdats i slutenvård för psykiska störningar och beteendestörningar orsakade av alkohol²⁴ hämtat ut läkemedlen disulfiram, akamprosats eller naltrexon. Dessa läkemedel är rekommenderade i Socialstyrelsens nationella riktlinjer (7).

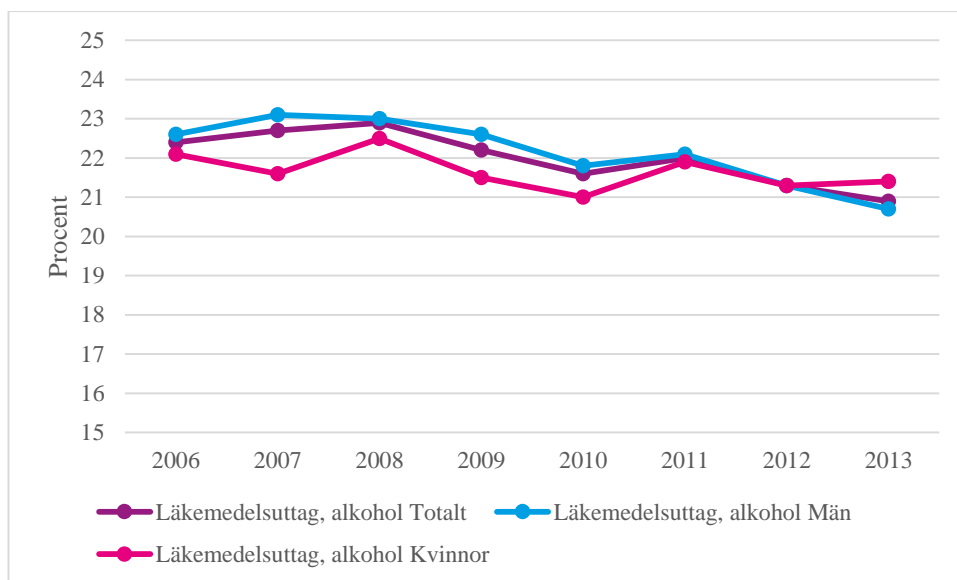
Statistiken visar sammantaget på en minskning av andelen patienter som hämtat ut de aktuella läkemedlen under 2006–2013 (diagram 20). Uttagen har totalt sett minskat med 1,5 procentenheter under perioden. Sett till strategiperioden 2011–2013 var minskningen drygt 1 procentenhet. Vid mätningen 2013 var det 21 procent som hämtat ut de rekommenderade läkemedlen. Det är även stora

²⁴ Som huvud- och/eller bidiagnos. Diagnoskod F10.

variationer mellan länen både med avseende på andel och förändring över tid. Det är inga tydliga skillnader mellan könen.

Indikatorn omfattar enbart förskrivna läkemedel som hämtas ut på apotek, inte läkemedel som ges när personen är inskriven i slutenvård, läkemedel dispenserade från läkemedelsförråd, så kallade rekvisitionsläkemedel, och inte heller läkemedel köpta utan recept. Om läkemedlen i stor utsträckning ges vid besök på sjukvårdsinrättningen, innebär detta en underskattning av antalet behandlade.

Diagram 20: Andel patienter som vårdats i slutenvård för psykiska störningar och beteendestörningar orsakade av alkohol som samma kalenderår hämtat ut mediciner som rekommenderats i Socialstyrelsens nationella riktlinjer, 2006–2013. Källa: Socialstyrelsen.



Opiater

I uppföljningssystemet finns även uppgifter om i vilken omfattning personer som har vårdats i slutenvård för psykiska störningar och beteendestörningar orsakade av opioater²⁵ hämtat ut läkemedlen metadon och buprenorfin²⁶. Dessa läkemedel är rekommenderade i Socialstyrelsens nationella riktlinjer.

Statistiken visar på en minskning av andelen patienter som hämtat ut de aktuella läkemedlen under 2006–2013 (diagram 21). Uttagen har totalt sett minskat med 5 procentenheter under perioden. Sett till strategiperioden 2011–2013 var minskningen knappt 3 procentenheter. Vid mätningen 2013 var det 25 procent av den aktuella patientgruppen som hämtat ut de rekommenderade läkemedlen. Även här ser vi stora variationer mellan länen och förhållandevis stora förändringar över

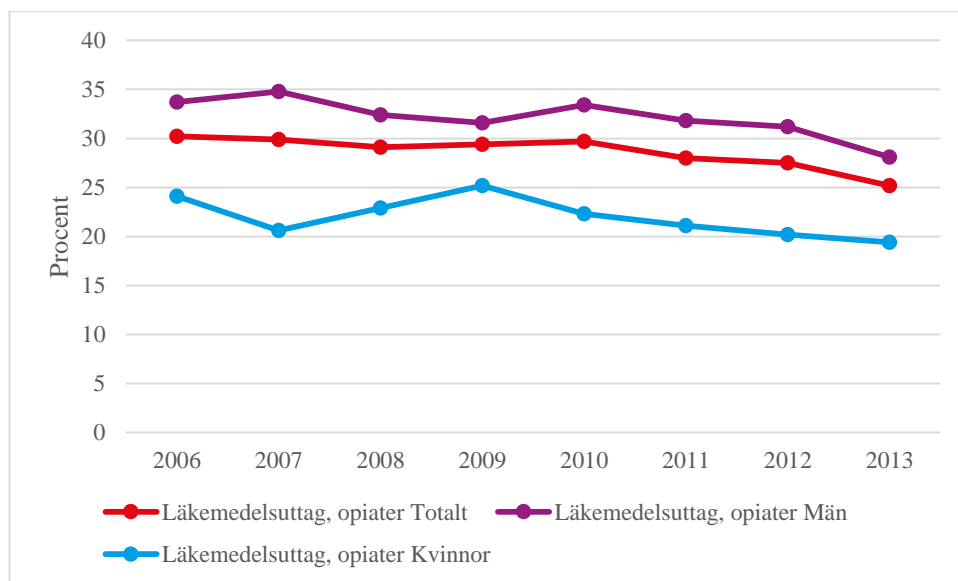
²⁵ Som huvud- och/eller bidiagnos. Diagnoskod F11.

²⁶ En kombination av buprenorfin och naloxon ingår också i indikatorn.

tid i många län. Det är därtill skillnader mellan könen. År 2013 var det 9 procentenheter fler läkemedelsuttag bland män jämfört med kvinnor.

Liksom för alkohol omfattar indikatorn enbart förskrivna läkemedel som hämtas ut på apotek, inte läkemedel som ges när personen är inskriven i slutenvård, läkemedel dispenserade från läkemedelsförråd, så kallade rekvisitionsläkemedel och inte heller läkemedel köpta utan recept. Socialstyrelsen nämner i en rapport att 32 procent av doserna 2013 var rekvisitionsläkemedel jämfört med 13 procent 2009 (8). Dessa syns inte läkemedelsregistret, varför indikatorn ovan inte ger en fullständig bild av situationen.

Diagram 21: Andel patienter som vårdats i slutenvård för psykiska störningar och beteendestörningar orsakade av opiater som samma kalenderår hämtat ut mediciner som rekommenderats i Socialstyrelsens nationella riktlinjer, 2006–2013. Källa: Socialstyrelsen.



Återinskrivningar med alkohol- eller narkotikadiagnos

Andelen patienter som vårdats i slutenvård för alkoholdiagnos och som samma kalenderår återinskrivits med alkoholdiagnos²⁷ har fluktuerat mellan 33 och 36 procent under 2000–2013. Under strategiperioden 2011–2013 har andelen varierat marginellt och 2013 var andelen 35 procent. Det är även förhållandevis stora variationer mellan länen. Det finns även skillnader mellan könen. År 2013 var det 7 procentenheter fler återinskrivna män jämfört med kvinnor.

Andelen patienter som vårdats i slutenvård för narkotikadiagnos²⁸ och som samma kalenderår återinskrivits med narkotikadiagnos har totalt sett ökat. Sammantaget över perioden 2000–2013 var ökningen 6,5 procentenheter. Sett till

²⁷ Som huvud- eller bidiagnos. Diagnoskoder E24.4, F10, G31.2, G62.1, G72.1, I42.6, K29.2, K70, K85.2, K86.0, O35.4, P04.3, Q86.0, T51, Y90.1-Y90.9, Y91.1-Y91.9, Z50.2, Z71.4, Z72.1.

²⁸ Som huvud- eller bidiagnos. Diagnoskoder F11-F16, F18, F19, O35.5, P04.4, T40, T43.6, Z50.3, Z71.5, Z72.2.

strategiperioden specifikt var ökningen 2,1 procentenheter under 2011–2013. År 2013 var andelen som återinskrivits 37 procent. Det är även inom detta område stora variationer mellan länen och förhållandevis stora förändringar mellan åren i många län. Det finns även könsskillnader. År 2013 var det 6 procentenheter fler återinskrivningar bland män jämfört med bland kvinnor.

Vårdade för alkohol- och/eller narkotikadiagnos som avlidit

Andelen som vårdats i slutenvård för antingen narkotika- och/eller alkoholdiagnos²⁹ och som avlidit (oavsett dödsorsak) samma kalenderår har under 2000–2012 fluktuerat kring 5 procent. Vidare är det fler avlidna män jämfört med kvinnor. År 2012 var skillnaden 1,6 procentenheter.

Samlad bedömning av utvecklingen inom långsiktigt mål 5

Långsiktigt mål 5 är att personer med missbruk eller beroende ska ha ökad tillgänglighet till vård och stöd av god kvalitet. Utifrån de få indikatorer som idag finns i uppföljningssystemet kan vi konstatera att andelen läkemedelsuttag bland personer som vårdats i slutenvård för psykiska störningar och beteendestörningar orsakade av alkohol har minskat under perioden 2006–2013 och att antalet återinskrivningar bland de som vårdats i slutenvård för alkoholdiagnos har fluktuerat 2000–2013. När det gäller personer som har vårdats i slutenvård för psykiska störningar och beteendestörningar orsakade av opiater har andelen läkemedelsuttag minskat 2006–2013 och antalet återinskrivningar bland de som vårdats i slutenvård för narkotikadiagnos ökat 2000–2013. Andelen som vårdats i slutenvård för antingen narkotika- och/eller alkoholdiagnos och som avlidit (oavsett dödsorsak) samma kalenderår visar inte på några tydliga förändringar under 2000-talet. Med undantag av uttag av läkemedel för behandling av alkoholberoende, rör det sig för samtliga indikatorer om en större andel män än kvinnor. Som nämnts tidigare omfattas indikatorerna för läkemedelsuttag heller inte läkemedel som ges när personen är inskriven i slutenvård, läkemedel dispenserade från läkemedelsförråd, så kallade rekvisitionsläkemedel, eller läkemedel köpta utan recept. Indikatorer för att följa tillgängligheten till vård och stöd av god kvalitet kopplat till dopning och tobak saknas idag helt.

I formuleringen av målet specificeras att detta handlar om tillgänglighet till vård och stöd *av god kvalitet*. Det är dock oklart hur befintliga indikatorer relaterar till vårdens kvalitet. Dessutom finns det brister i de befintliga indikatorerna, som nämnts ovan. Vi ser därmed inte att en samlad bedömning av detta mål är relevant utifrån beskrivningen av utvecklingen.

²⁹ Som huvud- och/eller bidiagnos. Diagnoskoder E24.4, F10, G31.2, G62.1, G72.1, I42.6, K29.2, K70, K85.2, K86.0, O35.4, P04.3, Q86.0, T51, Y90.1-Y90.9, Y91.1-Y91.9, Z50.2, Z71.4, Z72.1, F11-F16, F18, F19, O35.5, P04.4, T40, T43.6, Z50.3, Z71.5, Z72.2.

Långsiktigt mål 6

Antalet döda och skadade på grund av sitt eget eller andras bruk av alkohol, narkotika, dopningsmedel eller tobak ska minska

I propositionen 2010/11:47 framhöll regeringen att skadligt bruk och missbruk av alkohol, narkotika, dopningsmedel och tobak svarar för en stor del av förtida död och skador och representerar en oacceptabelt stor del av den totala sjukdomsburden i Sverige. Det finns även starka kopplingar mellan skadligt bruk och missbruk till kriminalitet och våld. Skadeverkningarna är inte bara begränsade till den enskilda användaren utan drabbar även anhöriga och omgivningen. Regeringen menade att en minskning av skador och död till följd av alkohol, narkotika, dopningsmedel och tobak måste ske genom en fortsatt prioritering för att minska våldet i offentliga miljöer samt inom familjen, och genom en kontinuerlig kunskapsutveckling inom hälso- och sjukvården och missbruks- och beroendevården om ANDT-missbrukets medicinska och sociala skadeverkningar.

Som stöd för beskrivningen av ANDT-relaterad dödlighet har tjugoen indikatorer använts vilka mäter antal vårdade och döda på grund av alkohol- respektive narkotikarelaterad sjuklighet, antal polisanmälda och självrapporterade misshandelsfall, antal sjukhusvårdade misshandelsfall, antal singelolyckor nattetid samt antal avlidna på grund av kronisk obstruktiv lungsjukdom respektive lungcancer. Samtliga ingår under långsiktigt mål 6 (tabell 11)³⁰.

Tabell 11: Indikatorer inom långsiktigt mål 6.

Indikator	Källa	Tidsserier
Vårdade alkoholförgiftning, sluten- och/eller specialiserad öppenvård och slutenvård	Socialstyrelsen	2006–2013
Vårdade, alkoholförgiftning, slutenvård	Socialstyrelsen	2000–2013
Vårdade, alkoholindex, sluten- och/eller specialiserad öppenvård	Socialstyrelsen	2006–2013
Vårdade, alkoholindex, slutenvård	Socialstyrelsen	2000–2013
Vårdade, alkoholspecifika leversjukdomar, sluten- och/eller specialiserad öppenvård	Socialstyrelsen	2006–2013
Vårdade, alkoholspecifika leversjukdomar, slutenvård	Socialstyrelsen	2000–2013
Avlidna, alkoholförgiftning	Socialstyrelsen	2000–2014
Avlidna, alkoholindex	Socialstyrelsen	2000–2014
Avlidna, alkoholspecifika leversjukdomar	Socialstyrelsen	2000–2013

³⁰ Under långsiktigt mål 6 finns ytterligare fyra indikatorer som dock inte använts i föreliggande redovisning. Dessa är: avlidna leversjukdomar; vårdade leversjukdomar, sluten- och/eller specialiserad öppenvård; vårdade leversjukdomar, slutenvård; samt narkotikadödsfall enligt Europeiska centrumet för kontroll av narkotika och narkotikamissbruks definition.

Indikator	Källa	Tidsserier
Vårdade, narkotikaindex, sluten- och/eller specialiserad öppenvård	Socialstyrelsen	2006–2013
Vårdade, narkotikaindex, slutenvård	Socialstyrelsen	2000–2013
Avlidna, narkotikaindex	Socialstyrelsen	2000–2014
Avlidna, narkotikadödsfall ECNN	Socialstyrelsen	2000–2013
Polisanmälda misshandelsbrott utomhus, okänd gärningsperson	Brå	2000–2014
Sjukhusvårdade misshandelsfall, sluten- och öppenvård	Socialstyrelsen	2006–2013
Sjukhusvårdade misshandelsfall, slutenvård	Socialstyrelsen	2000–2013
Självrapporterade fall av misshandel, påverkad gärningsperson	Brå	2005–2013
Självrapporterade fall av misshandel, okänd påverkad gärningsperson nattetid	Brå	2005–2013
Personskadade förare i singelolyckor nattetid	Transportstyrelsen	2003–2013
Avlidna, kronisk obstruktiv lungsjukdom	Socialstyrelsen	2000–2014
Avlidna, lungcancer	Socialstyrelsen	2000–2014

Alkohol

Vårdade patienter med alkoholförgiftning eller alkoholdiagnos

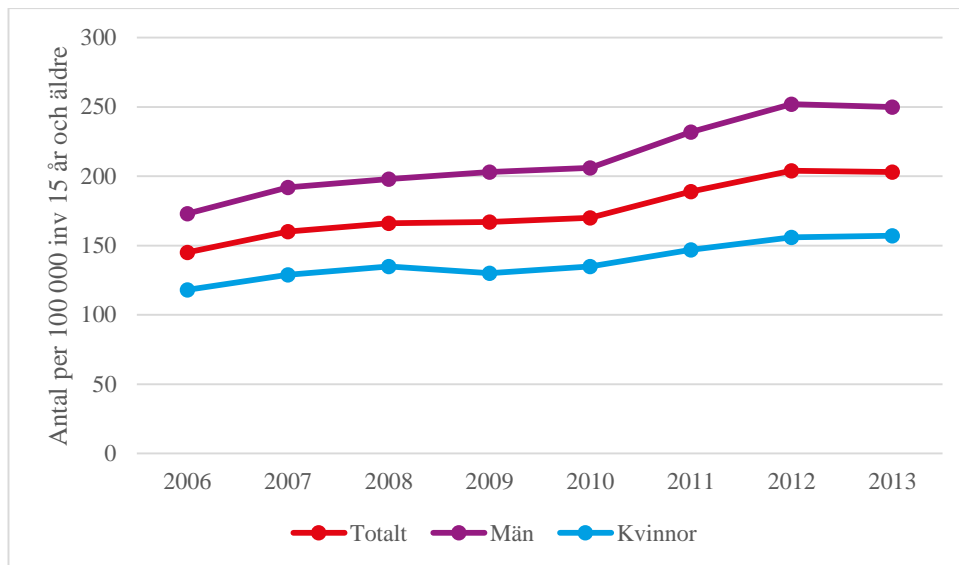
Två diagnoser ingår i måttet för alkoholförgiftning³¹; toxisk effekt av alkohol respektive psykisk störning eller beteendestörning orsakad av alkohol. Under perioden 2006–2013 har antalet vårdade i sluten-och/eller specialiserad öppenvård med alkoholförgiftning ökat med 40 procent (diagram 22). Den största ökningen skedde 2011–2012, för att sedan plana ut 2013. År 2013 var det 203 vårdade patienter per 100 000 invånare 15 år och äldre. När det gäller slutenvård enbart var det 118 vårdade patienter per 100 000 invånare 15 år och äldre. Det är stora variationer mellan länen både avseende antal per 100 000 och förändring över tid. Det var ungefär 60 procent fler män än kvinnor som vårdades 2013.

När det gäller antalet patienter med explicit alkoholdiagnos³² som vårdats i sluten-och/eller specialiserad öppenvård har det under perioden 2006–2013 skett en ökning med drygt 20 procent. År 2013 var det 612 vårdade patienter per 100 000 invånare 15 år och äldre, med dubbelt så många vårdade män som kvinnor. Avseende slutenvård enbart var det 348 vårdade patienter per 100 000 invånare 15 år och äldre. Under strategiperioden har antalet patienter i sluten- och specialiserad öppenvård ökat marginellt (knappt 2 procent).

³¹ Patienter 15 år och äldre med alkoholförgiftning som huvud- eller bidiagnos. Diagnoskoder T51 eller F10.

³² Som huvud- eller bidiagnos. Diagnoskod E24.4, F10, G31.2, G62.1, G72.1, I42.6, K29.2, K70, K85.2, K86.0, O35.4, P04.3, Q86.0, T51, Y90.1-Y90.9, Y91.1-Y91.9, Z50.2, Z71.4, Z72.1. Här ingår således en rad tillstånd och sjukdomar orsakade av alkohol, inklusive alkoholförgiftning som också redovisats separat ovan.

Diagram 22: Antal vårdade i sluten- och/eller specialiserad öppenvård med alkoholförgiftning per 100 000 invånare 15 år och äldre. Källa: Socialstyrelsen.



Vårdade patienter med alkoholspecifika leversjukdomar

Antalet vårdade i sluten- och/eller specialiserad öppenvård med alkoholspecifika leversjukdomar³³ har successivt ökat med omkring 15 procent under 2006–2013. Ser vi till slutenvård enbart har däremot antalet varit relativt oförändrat under 2000-talet. År 2013 var det 31,3 patienter med alkoholspecifik leversjukdom per 100 000 invånare 15 år och äldre som vårdats i sluten- och/eller specialiserad öppenvård. Samtliga år 2006–2013 har det vårdats mer än dubbelt så många män som kvinnor.

Avlidna med alkoholförgiftning eller alkoholdiagnos

Under 2000-talet har antalet avlidna med alkoholförgiftning³⁴ som underliggande eller bidragande dödsorsak minskat med nära hälften. Under strategiperioden 2011–2014 var minskningen 23 procent. År 2014 var antalet avlidna 4,4 per 100 000 invånare 15 år och äldre. Det är männen som har stått för minskningen medan antalet kvinnor under 2000-talet har varierat mellan 3 och 4 avlidna per 100 000 invånare 15 år och äldre.

Ser vi till personer som avlidit med explicit alkoholdiagnos³⁵ som underliggande eller bidragande dödsorsak kan vi konstatera att antalet under 2000-talet till en början fluktuerat, för att från 2008 sedan sjunka (diagram 23). Under 2000-talet har

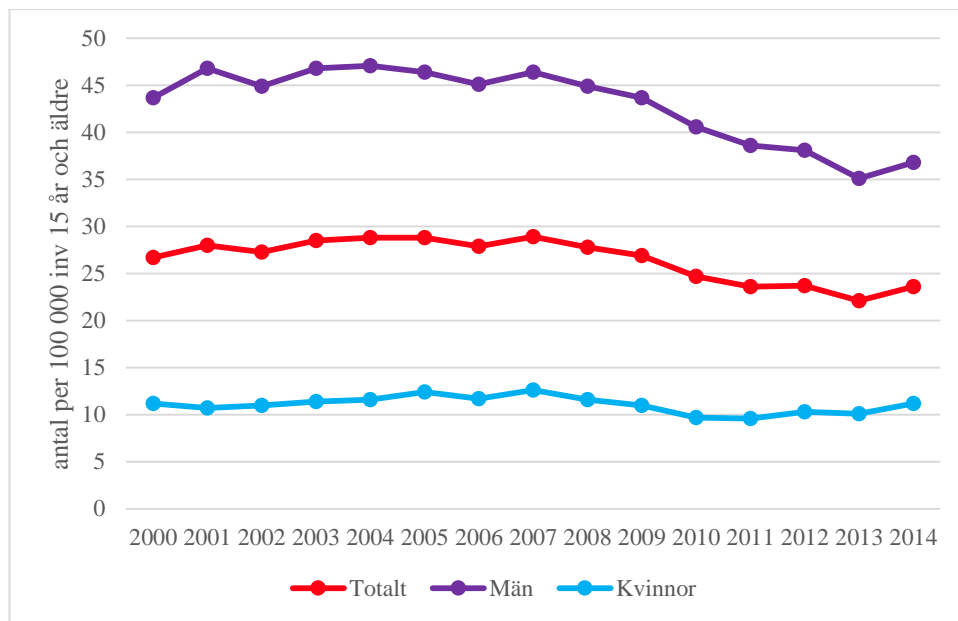
³³ Som huvuddiagnos hos patienter 15 år och äldre. Diagnoskod K70.

³⁴ Avser diagnoserna psykiska störningar eller beteendestörningar orsakade av alkohol resp. toxisk effekt av alkohol. Diagnoskoder F10 samt T51. Invånare 15 år och äldre.

³⁵ Diagnoskoder (på dödsorsaksintyget) E24.4, F10, G31.2, G62.1, G72.1, I42.6, K29.2, K70, K85.2, K86.0, O35.4, P04.3, Q86.0, T51, Y90.1-Y90.9, Y91.1-Y91.9, Z50.2, Z71.4. Invånare 15 år och äldre.

antalet totalt sett minskat med 12 procent. Under strategiperioden³⁶ 2011–2014 har det sammantaget inte skett någon förändring. År 2014 rörde det sig om 23,6 avlidna per 100 000 invånare 15 år och äldre. Antalet män (de svarar för drygt 75 procent av dödsfallen) som avlidit har minskat med en knapp femtedel under 2000-talet, medan antalet kvinnor varit i stort sett oförändrat. Under strategiperioden ökade antalet avlidna kvinnor per 100 000 invånare 15 år och äldre med 17 procent och antalet avlidna män minskade med knappt 5 procent.

Diagram 23: Antal döda med explicit alkoholdiagnos som underliggande eller bidragande orsak per 100 000 invånare 15 år och äldre, 2000–2014. Källa: Socialstyrelsen.



Avlidna med alkoholspecifik leversjukdom

Antalet som avlidit med alkoholspecifik leversjukdom³⁷ som underliggande eller bidragande dödsorsak har ökat under början av 2000-talet, för att därefter fluktuera runt 6 avlidna per 100 000 invånare 15 år och äldre. År 2000 rörde det sig om 4,1 avlidna per 100 000 invånare 15 år och äldre, och 2013 var siffran 5,6. Det är stora skillnader mellan män och kvinnor. Sedan mitten av 2000-talet har det årligen varit strax under tre gånger fler män som avlidit än kvinnor.

³⁶ I augusti 2015 publicerade Socialstyrelsen statistik om dödsorsaker för år 2014, som visar att antalet avlidna återigen ökat. Ökningen bland män var ca 7 % och bland kvinnor ca 12 %.

³⁷ Diagnoskod K70.

Narkotika

Vårdade patienter med narkotikadiagnos

I uppföljningssystemet finns information om antalet patienter med explicit narkotikadiagnos³⁸ som vårdats i sluten- och/eller specialiserad öppenvård. Antalet patienter har kontinuerligt ökat sedan 2006 (diagram 24). Ökningen till och med 2013 är 61 procent. Antalet vårdade män har under perioden ökat med 64 procent och antalet kvinnor med 55 procent. Det är drygt dubbelt så många män som kvinnor som vårdades 2013. Sett till slutenvård enbart är ökningen 2006–2013 sammantaget 37 procent.

Även under strategiperioden 2011–2013 ökade antalet vårdade patienter (sluten- och/eller specialiserad öppenvård) med narkotikadiagnos med 12 procent.

Diagram 24: Antal vårdade patienter med explicit narkotikadiagnos som huvud- eller bidiagnos per 100 000 invånare 15 år och äldre, 2006–2013. Källa: Socialstyrelsen.



Statistiken visar också på stora regionala skillnader. Det län som har flest antal vårdade per 100 000 invånare har två till tre gånger så många vårdade som det med minst antal. Utvecklingen över tid ser också mycket olika ut mellan länen.

Avlidna med narkotikadiagnos

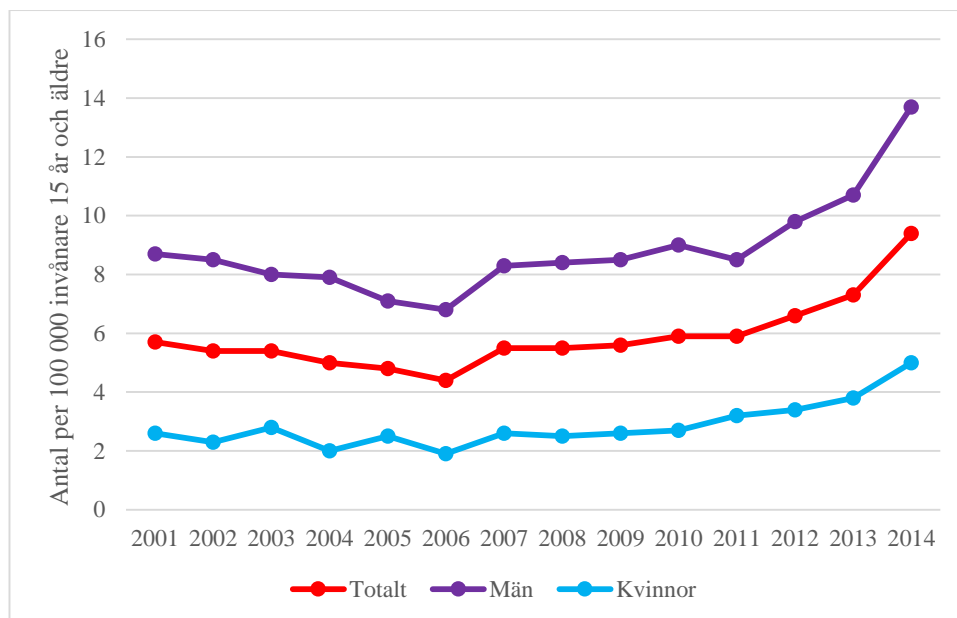
Antalet avlidna med explicit narkotikadiagnos³⁹ som underliggande eller bidragande dödsorsak minskade 2001–2006, för att därefter öka (diagram 25). Mellan 2006 och 2014 var ökningen 114 procent och sett till strategiperioden

³⁸ Diagnoskod F11-F16, F18, F19, O35.5, P04.4, T40, T43.6, Z50.3, Z71.5, Z72.2 som huvud- och/eller bidiagnos per 100 000 invånare 15 år och äldre.

³⁹ Explicit narkotikadiagnos på dödsorsaksintyget som underliggande eller bidragande dödsorsak. Diagnoskod F11-F16, F18, F19, O35.5, P04.4, T40*, T43.6, Z50.3, Z71.5, Z72.2. Per 100 000 invånare 15 år och äldre.

2011–2014 ökade antalet med 59 procent. År 2014 var antalet 7,3 avlidna per 100 000 invånare 15 år och äldre. Det motsvarar totalt 765 personer; en ökning från föregående år med 176 personer. Det har hela perioden (2001–2014) varit fler män än kvinnor bland de avlidna och 2014 utgjorde männen närmare två tredjedelar.

Diagram 25: Antal döda med explicit narkotikadiagnos som underliggande eller bidragande dödsorsak per 100 000 invånare 15 år och äldre, 2001–2014. Källa: Socialstyrelsen.



Dopning

Under långsiktigt mål 6 finns för närvarande inga indikatorer som enbart beskriver dopningsområdet. De indikatorer som avser misshandelsbrott samt singelolyckor i trafiken kan ha koppling till dopning. Data som möjliggör en särredovisning av användningen av dopningsmedel hos gärningsman eller förare saknas dock.

Skador indirekt⁴⁰ relaterade till alkohol, narkotika och dopning

Polisanmälda misshandelsbrott

Antalet polisanmälda misshandelsbrott⁴¹ som begåtts utomhus och där gärningsmannen varit obekant för offret ökade 2000–2007, men har därefter minskat. År 2014 rörde det sig om 248 anmälda misshandelsbrott per 100 000 invånare 15 år och äldre (jämfört med 235 anmälda misshandelsbrott 2000).

⁴⁰ När det gäller t.ex. misshandelsbrott är förekomst av alkohol och droger vanligt. Enligt Nationella trygghetsundersökningen 2014 hade 58 procent av de misshandlade personerna intrycket att gärningspersonen var påverkad av alkohol eller droger. I 37 procent av misshandelsfallen uppgav de som misshandlats att de själva var påverkade av alkohol.

⁴¹ Enligt brottskoderna 0355, 0357, 0375, 0377, 9317, 9319, 9341 och 9343.

Perioden 2011–2014 har anmälningarna minskat med omkring en femtedel. Ett problem i sammanhanget är att vi inte kan uttala oss om det faktiska antalet misshandelsbrott. Benägenheten att anmäla dessa brott och mörkertalet kan variera över tid, varför de förändringar vi ser över tid bedöms som osäkra.

Sjukhusvårdade patienter med övergrepp av annan person

Antalet patienter som vårdats i sluten- och öppenvård, där övergrepp av annan person⁴² varit orsak till vården, har ökat under 2006–2008 för att sedan plana ut och minska något. År 2013 rörde det sig om 157 sjukhusvårdade misshandelsfall per 100 000 invånare 15 år och äldre. Avgränsat till slutenvårdade patienter, har antalet varierat mellan 30 och 34 vårdade 2000–2010, för att därefter successivt minska till 25 vårdade 2013.

Självrapporterade fall av misshandel

Antalet självrapporterade fall av misshandel där gärningspersonen bedömdes vara påverkad av alkohol eller någon drog vid tillfället, oavsett tid, plats och relation, har fluktuerat avsevärt över tid. Det är därför svårt att dra några slutsatser om utvecklingen. Vid den senaste mätningen 2013 rörde det sig om 3 143 fall per 100 000 invånare i åldern 16–79 år. Avgränsat till antalet självrapporterade fall nattetid⁴³, och där gärningspersonen var okänd samt bedömdes vara påverkad av alkohol eller någon drog vid tillfället, var antalet 993 fall per 100 000 invånare i åldern 16–79 år.

Personskadade förare i singelolyckor nattetid

Data när det gäller antalet personskadade förare i singelolyckor nattetid⁴⁴ finns för åren 2003–2013. Siffran har under denna period fluktuerat mellan 13 och 15 skadade förare per 100 000 invånare. År 2013 var antalet 12 per 100 000, vilket är den lägsta siffran under den aktuella perioden.

Tobak

Avlidna i kronisk obstruktiv lungsjukdom eller lungcancer

Uppföljningssystemet har idag två indikatorer för att beskriva skadeutvecklingen på tobaksområdet: Avlidna i kronisk obstruktiv lungsjukdom (KOL) respektive lungcancer. Antalet avlidna med diagnosen KOL⁴⁵ ökade med 14 procent bland män och med 77 procent bland kvinnor under 2000–2014 (diagram 26). Totalt för

⁴² Övergrepp av annan person (X85–Y09) som yttre orsakskod. Slutten- eller öppenvård. Per 100 000 invånare 15 år och äldre.

⁴³ Oavsett tid, plats och relation. Per 100 000 invånare 16–79 år.

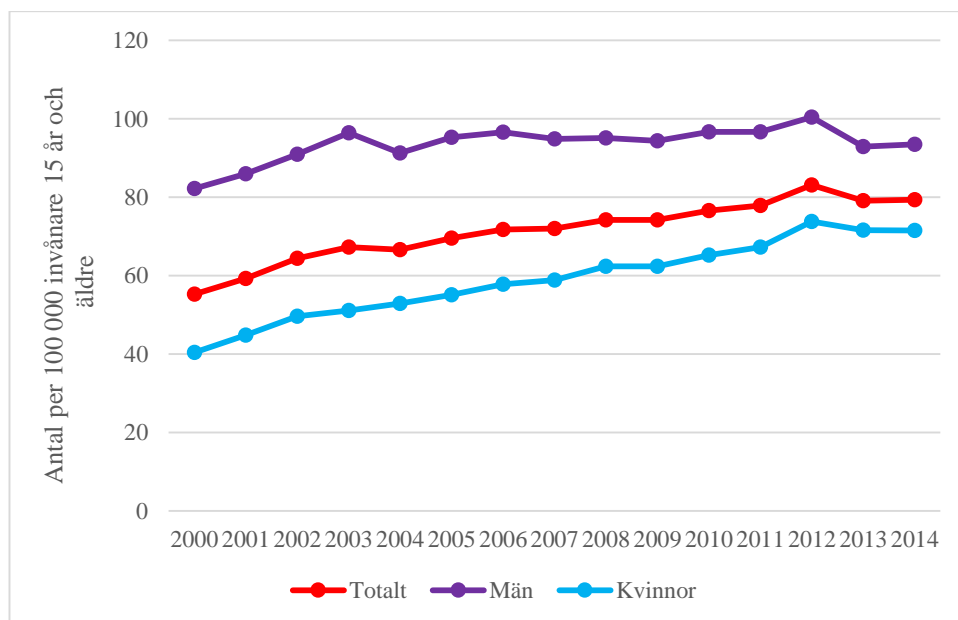
⁴⁴ Mellan klockan 22.00 och 05.59. Per 100 000 invånare 15 år och äldre.

⁴⁵ Som underliggande eller bidragande dödsorsak. Diagnoskod J4. Invånare 15 år eller äldre.

båda könen är ökningen under tidsperioden i storleksordningen 44 procent. Under strategiperioden 2011–2014 ökade antalet avlidna med cirka 2 procent. År 2014 uppgick antalet till sammanlagt 79,4 avlidna per 100 000 invånare 15 år och äldre.

När det gäller avlidna med diagnosen malign tumör i bronk och lunga (lungcancer)⁴⁶ skiljer sig utvecklingen åt beroende på kön. Sett över hela perioden 2000–2014 har det, med vissa fluktuationer, skett en minskning med 15 procent bland män och en ökning med 31 procent bland kvinnor. Detta har gjort att skillnaden mellan könen har minskat. Under strategiperioden 2011–2014 fluktuerade antalet något, men sammantaget minskade antalet avlidna män med 11 procent, samtidigt som antalet avlidna kvinnor ökade med 3 procent. År 2014 var det sammanlagt 47,7 avlidna per 100 000 invånare 15 år och äldre.

Diagram 26: Antal döda med diagnosen kronisk obstruktiv lungsjukdom (KOL) som underliggande eller bidragande dödsorsak per 100 000 invånare 15 år eller äldre, 2000–2014. Källa: Socialstyrelsen.



Samlad bedömning av utvecklingen inom långsiktigt mål 6

Långsiktigt mål 6 är att antalet döda och skadade på grund av sitt eget eller andras bruk av alkohol, narkotika, dopningsmedel eller tobak ska minska. Baserat på de indikatorer vi har att tillgå, ser vi sammantaget ett minskat antal avlidna med alkoholförgiftning eller alkoholdiagnos. Samtidigt har antalet skadade (vårdade) på grund av alkoholförgiftning, alkoholdiagnos och alkoholspecifika leversjukdomar ökat, liksom antalet avlidna med alkoholspecifik leversjukdom. Såväl antalet avlidna som antalet skadade (vårdade) med explicit narkotikadiagnos har ökat kraftigt under det senaste decenniet. Antalet män och kvinnor avlidna i KOL och

⁴⁶ Som underliggande eller bidragande dödsorsak. Diagnoskod C34. Invånare 15 år eller äldre.

antalet kvinnor avlidna i lungcancer har ökat under 2000-talet, samtidigt som antalet män som avlidit i lungcancer minskat under de senaste 15 åren. Män är överrepresenterade vad gäller såväl antalet avlidna som antalet skadade kopplat till både alkohol, narkotika och tobak. Indikatorer för att följa utvecklingen av antalet skadade och döda på grund av eget bruk av dopning saknas idag. Indikatorer för att följa utvecklingen av skador på grund av eget bruk av tobak saknas också, liksom indikatorer för att följa antalet skador och döda på grund av andras ANDT-bruk. Omfattningen av negativa konsekvenser av andras ANDT-bruk mättes 2013 och 2014 i undersökningen Vanor och konsekvenser och på sikt kan en upprepning av denna undersökning tillgängliggöra data om utvecklingen på området. De indikatorer som mäter de indirekta skadorna är främst relaterade till misshandel; anmälda misshandelsbrott och sjukhusvårdade patienter med övergrepp av annan person samt självrapporterade fall av misshandel av påverkad gärningsperson. Utvecklingen över tid visar inte på något entydigt mönster. Antalet polisanmälda misshandelsbrott visar dock på en minskning under strategiperioden med omkring en femtedel, men nivån är fortfarande högre än i början av 2000-talet. När det gäller antalet personskadade förare i singelolyckor nattetid är siffran för 2013 den lägsta som uppmätts under den aktuella perioden 2003–2013.

En samlad bedömning av utvecklingen visar att denna till viss del går i enlighet med målet om minskat antal döda på grund av eget alkoholbruk, men i motsatt riktning i förhållande till målen om minskat antal skadade till följd av eget alkoholbruk samt minskat antal döda och skadade till följd av eget narkotikabruk. Vad gäller målet om minskat antal döda till följd av eget tobaksbruk går utvecklingen också i motsatt riktning med undantag för antalet män som dör i lungcancer där vi ser en minskning. Data saknas för skador till följd av eget tobaksbruk samt vad gäller dopning. Det går därmed inte att ge en samlad bild av målet som helhet.

Samlad bedömning av utvecklingen inom långsiktigt mål 1–6 under det senaste decenniet

Sammantaget ser vi en ANDT-utveckling under det senaste decenniet⁴⁷ som går åt olika håll och där det fortfarande finns stora kunskapsluckor (tabell 12). Särskilt inom områdena dopning och narkotika saknas data men även inom områden som barns utsatthet för skador orsakade av ANDT, tillgänglighet till vård och stöd av god kvalitet, skador och död orsakade av andras ANDT-bruk samt utvecklingen vad gäller beroende och missbruk över tid. Avsaknaden av data om dopning och narkotika gör att det inte för något långsiktigt mål går att dra någon samlad slutsats om ANDT-utvecklingen. Det går heller inte att dra några slutsatser om eventuella effekter som genomförda åtgärder haft sedan ANDT-strategin infördes 2011, bland annat eftersom detta är en alltför kort tidsperiod för att åtgärderna ska hinna ha någon tydlig effekt.

Den tydligaste trenden som vi ser är en positiv utveckling vad gäller tobak med minskad tillgång vad gäller försäljningsställen och pris, minskad andel gravida som röker, minskad andel unga som debuterar tidigt med tobak och minskat sammantaget bruk i befolkningen. I vissa delar ser vi dock en negativ utveckling med ökat antal döda i KOL och lungcancer, förutom antalet män som dött i lungcancer där det skett en minskning. Vi ser också en oförändrad andel personer som rökt dagligen i åldersgruppen 65–84 år och oförändrad andel kvinnor som använder snus. Indikatorer för tillgång till vård och stöd för tobaksberoende saknas idag helt.

Även när det gäller alkohol ser vi flera positiva delar i utvecklingen med en minskad andel unga som debuterar tidigt med alkohol, minskad andel skolelever som dricker alkohol, minskad risk-, intensiv-, och högkonsumtion av alkohol i befolkningen och minskat antal avlidna med alkoholförgiftning eller alkoholdiagnos. Samtidigt har tillgången till alkohol vad gäller försäljningsställen och priser sammantaget varit oförändrad, det minskade riskbruket gäller inte kvinnorna i befolkningen, antalet vårdade för alkoholförgiftning, alkoholdiagnos och alkoholspecifika leversjukdomar har ökat och antalet avlidna med alkoholspecifik leversjukdom har ökat.

Den tydligaste negativa utvecklingen ser vi inom narkotikaområdet där såväl antalet döda som antalet skadade (vårdade) med narkotikadiagnos har ökat kraftigt

⁴⁷ För vissa indikatorer finns data för hela 2000-talet, medan andra dataserier är påbörjade 2004 eller senare. För merparten av indikatorerna som nämns i detta kapitel och där data finns från början av 2000-talet, ser utvecklingen densamma ut oavsett om man ser till hela 2000-talet eller avgränsat till det senaste decenniet. För ett fåtal indikatorer krävs dock att man ser över hela 2000-talet för en mer rättvisande bild. Detta gäller tobaks- respektive narkotikabruk bland elever i årskurs 9, priser på alkohol och avlidna med alkoholspecifik leversjukdom.

under det senaste decenniet. Detta gäller både kvinnor och män men männen är överrepresenterade. Vi ser också att tillgängligheten till vård för personer med narkotikadiagnos har minskat mätt utifrån läkemedelsuttag och återinskrivningar. I övrigt är data osäkra eller saknas på narkotikaområdet. Andelen personer i åldern 16–84 år som använt cannabis det senaste året har ökat något i ett längre perspektiv, men ökningen för respektive kön är inte statistiskt säkerställd.

Tabell 12. Översiktlig beskrivning av den sammanvägda utvecklingen det senaste decenniet för sex av ANDT-strategins långsiktiga mål fördelat på områdena alkohol, narkotika, dopning respektive tobak.

	Alkohol	Narkotika	Dopning	Tobak
Långsiktigt mål 1 Tillgång till narkotika, dopningsmedel, alkohol och tobak ska minska	● Oförändrad sammanvägd tillgång till alkohol vad gäller försäljningsställen och priser*	<i>Svårbedömd pga. brist på data</i>	<i>Data saknas</i>	● Minskad sammantagen tillgång till tobak
Långsiktigt mål 2 Barn ska skyddas från skadliga effekter orsakade av ANDT	<i>Data saknas över tid/Ej relevant att bedöma utifrån befintliga indikatorer</i>	<i>Data saknas</i>	<i>Data saknas</i>	<i>Ej relevant att bedöma utifrån befintliga indikatorer</i>
Långsiktigt mål 3 Antalet barn och unga som börjar använda narkotika och dopningsmedel eller debuterar tidigt med alkohol och tobak ska successivt minska	● Minskad andel unga som debuterar tidigt med alkohol ● Minskad andel skolelever som dricker alkohol	● Relativt stabil utveckling men med sjunkande andel bland pojkar i gymnasiets år 2 jämfört med de senaste åren*	● Oförändrad andel unga som använder anabola androgena steroider	● Minskad andel unga som debuterar tidigt med tobak
Långsiktigt mål 4 Antalet personer som utvecklar skadligt bruk, missbruk eller beroende av alkohol, narkotika, dopningsmedel eller tobak ska successivt minska.	● Minskad risk-, intensiv-, och högkonsumtion av alkohol i befolkningen	● Ökad andel personer i åldern 16–84 år som använt cannabis det senaste året, men förändringen för respektive kön ligger inom ramen för felmarginalen	<i>Data saknas</i>	● Minskat sammantaget tobaksbruk i befolkningen*
Långsiktigt mål 5 Personer med missbruk eller beroende ska ha ökad tillgänglighet till vård och stöd av god kvalitet	<i>Ej relevant att bedöma utifrån befintliga indikatorer</i>	<i>Ej relevant att bedöma utifrån befintliga indikatorer</i>	<i>Data saknas</i>	<i>Data saknas</i>
Långsiktigt mål 6 Antal döda och skadade på grund av sitt eget eller andras bruk av alkohol, narkotika, dopningsmedel eller tobak ska minska	● Ökat antal skadade (vårdade) för alkoholförgiftning, alkoholdiagnos och alkoholspecifika leversjukdomar ● Ökat antal avlidna med alkoholspecifik leversjukdom* ● Minskat antal avlidna med alkoholförgiftning eller alkoholdiagnos	● Ökat antal skadade (vårdade) med narkotikadiagnos ● Ökat antal avlidna med narkotikadiagnos	<i>Data saknas</i>	<i>Data saknas vad gäller antal skadade (vårdade) på grund av tobaksbruk</i> ● Ökat antal avlidna i kronisk obstruktiv lungsjukdom (KOL) ● Ökat antal kvinnor avlidna i lungcancer ● Minskat antal män avlidna i lungcancer

Flera av uppgifterna i tabellen ovan är en sammanvägning av flera indikatorer som sinsemellan kan peka åt olika håll. Det framgår heller inte om utvecklingen skiljer sig åt i olika åldersgrupper.

*Se fotnot 45 ovan.

Diskussion

Vi har i denna rapport beskrivit utvecklingen inom ANDT-området och konstaterat att den pekar åt olika håll och att det fortfarande finns stora kunskapsluckor som gör att det blir svårt att uttala sig om utvecklingen. I det följande är dessa kunskapsluckor beskrivna i relation till utvecklingen det senaste decenniet⁴⁸ för narkotika, tobak, alkohol respektive dopning.

Narkotika

Beskrivningen av utvecklingen på narkotikaområdet visar att såväl antalet döda som antalet skadade (vårdade) med narkotikadiagnos har ökat kraftigt under det senaste decenniet. Detta gäller både kvinnor och män men männen är överrepresenterade. Vi ser också att tillgängligheten till vård för personer med narkotikadiagnos har minskat mätt utifrån läkemedelsuttag och återinskrivningar. Samtidigt saknas i hög utsträckning kunskap om hur narkotikabruket i befolkningen ser ut. De uppgifter som finns tyder på att cannabisanvändningen kan ha ökat i befolkningen 16–84 år, men denna förändring ligger inom ramen för felmarginalen för respektive kön. Andelen elever i årskurs 9 och gymnasiet år 2 som någon gång använt narkotika har varit relativt oförändrad, men 2015 års preliminära data tyder på en sjunkande andel bland pojkar i gymnasiet år 2 jämfört med de senaste åren.

I den nuvarande ANDT-strategin har åtgärder kopplade till narkotika haft ett starkt fokus på cannabis. Utifrån beskrivningen av utvecklingen ovan ser vi att det behövs bredare kunskap om narkotikaanvändning och dess skadeverkningar samt om vilket behov av vård och stöd som finns för personer med narkotikadiagnos. Kunskapsuppbyggnad pågår i Sverige vad gäller effektiva förebyggande åtgärder kopplat till ungas cannabisanvändning⁴⁹. Utvecklingen vad gäller cannabisanvändning i befolkningen tyder på att det även finns behov att fortsätta det cannabisförebyggande arbetet.

Även om utvecklingen vad gäller tobak och alkohol ser mer positiv ut jämfört med narkotika står de senare fortfarande för en större del av ohälsan i befolkningen. Fortsatta insatser behövs därför inom samtliga dessa områden.

⁴⁸ Som nämnts tidigare finns det för vissa indikatorer data för hela 2000-talet, medan andra dataserier är påbörjade 2004 eller senare. För merparten av indikatorerna som nämns i detta kapitel och där data finns från början av 2000-talet, ser utvecklingen densamma ut oavsett om man ser till hela 2000-talet eller avgränsat till det senaste decenniet. För ett fåtal indikatorer krävs dock att man ser över hela 2000-talet för en mer rättvisande bild. Detta gäller narkotikabruk bland elever i årskurs 9 och avlidna med alkoholspecifik leversjukdom.

⁴⁹ Under 2015 tar såväl Folkhälsomyndigheten som Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) fram systematiska litteraturoversikter om förebyggande metoder inom narkotika området. Folkhälsomyndighetens systematiska litteraturoversikt behandlar cannabisförebyggande metoder medan SBU tittar brett inom hela ANDTS-området. Båda myndigheterna fokuserar på metoder som syftar till att minska ungas bruk.

Tobak

Beskrivningen av tobaksområdet visar en i huvudsak positiv bild där utvecklingen gått i enlighet med den inriktning som pekas ut av de långsiktiga målen i ANDT-strategin. Samtidigt har antalet döda i KOL och lungcancer fortsatt att öka⁵⁰ och även om utvecklingen i övrigt går i positiv riktning finns det fortfarande ett utbrett tobaksbruk i vissa grupper. En brist vad gäller data är att det idag saknas uppgifter om förekomst av skador kopplat till tobaksbruk och om tillgänglighet till vård och stöd för personer som använder tobak. På dessa områden behöver kunskapen utvecklas. Kunskapen behöver också vidareutvecklas vad gäller socioekonomiska faktors betydelse för utvecklingen på tobaksområdet. I en skrivelse som Folkhälsomyndigheten lämnade till regeringen i maj 2015 framgår att det finns socioekonomiska skillnader både vad gäller andelen personer som röker dagligen och andelen personer som dör i lungcancer (2). I båda fallen var förekomsten betydligt högre bland personer med låg utbildning jämfört med personer med hög utbildning.

Förutom god tillgång till olika former av tobaksavvänjning finns ett fortsatt behov av olika former av tillgänglighetsbegränsande och förebyggande åtgärder såsom skattehöjningar på tobak och fortsatt kunskapsutveckling om effektiva åtgärder för att förhindra att människor skadas av tobaken eller utsätts för tobaksrök. Pågående arbete med att införa tobaksproduktdirektivet som bland annat innebär nya regler för märkning av tobakspaket ligger i linje med att det finns ett fortsatt behov av tillgänglighetsbegränsande åtgärder. Regler som följer av tobaksproduktdirektivet med bland annat kombinerade hälsovarningar⁵¹, ett förbud mot karakteristisk smak samt ett spårningssystem för att bekämpa olagliga tobaksvaror är begränsande åtgärder (9). Den pågående översynen av tobakslagen ligger i linje med ett fortsatt behov av tillgänglighetsbegränsade åtgärder. Exempelvis utreds frågor om att begränsa tobaksrökning och rökning av tobaksrelaterade produkter på vissa allmänna platser, exponeringsförbud och krav på neutrala tobaksförpackningar och tillståndsplikt för försäljning av tobaksvaror.

Alkohol

Inom alkoholområdet har det också i flera delar skett en positiv utveckling med minskad andel unga som debuterar tidigt med alkohol, minskad andel skolelever som dricker alkohol och minskad risk-, intensiv-, och högkonsumtion av alkohol i befolkningen. Vi ser också ett minskat antal avlidna med alkoholförgiftning eller alkoholdiagnos. Samtidigt har både antalet vårdade för alkoholförgiftning, alkoholdiagnos och alkoholspecifika leversjukdomar och antalet avlidna med alkoholspecifik leversjukdom ökat. I mycket grova drag går alltså den skadliga konsumtionen ner i befolkningen samtidigt som antalet alkoholrelaterade skador

⁵⁰ Denna utveckling ska dock förstås i relation till att latenstiden för dessa sjukdomar är lång, varför det kan ta tid innan minskningar av andelen personer som röker återspeglas i sjukdomsstatistiken.

⁵¹ På cigaretter, rulltobak och tobak för vattenpipor.

ökar. För att möta denna utveckling behöver vi fördjupad kunskap om alkoholens skadeverkningar i olika grupper.

Alkoholkonsumtionen kan ha påverkats av fler faktorer än de som vi använt i denna rapport, däribland reallöneutveckling och socioekonomiska faktorer. Genom att följa utvecklingen av den ekonomiska tillgängligheten ("affordability") till alkohol skulle vi kunna ge bättre underlag för prispolicy avseende den reella alkoholprisutvecklingen. Vikten av en sociodemografisk dimension framgår också av den skrivelse som Folkhälsomyndigheten lämnade till regeringen i maj 2015. Ett fortsatt förebyggande arbete krävs även på andra områden bland annat för att motverka en negativ utveckling i olika befolkningsgrupper, som t.ex. att riskkonsumtionen av alkohol varit oförändrad bland kvinnor i befolkningen 16–84 år medan den minskat bland män och att riskkonsumtionen av alkohol ökat bland äldre 65–84 år. Även om utvecklingen ser positiv ut både vad gäller en minskad andel unga som debuterar tidigt med alkohol och minskad andel skolelever som dricker alkohol, ska vi inte glömma att det fortfarande är vanligt att dricka alkohol även i lägre åldrar. Exempelvis ligger andelen med riskkonsumtion av alkohol i gymnasiets år 2 dubbelt så högt som i befolkningen i stort.

Dopning

Utvecklingen inom dopningsområdet är mycket knapphändigt beskriven. Tidsserier finns enbart vad gäller ungas användning av anabola androgena steroider och i övrigt finns några enstaka studier som visar att användningen av dopningsmedel är vanligast bland unga män och att förekomsten ligger mellan 0,5 och 1 procent i befolkningen generellt. Indikatorer för att följa dopningsområdet saknas helt vad gäller övriga långsiktiga mål i ANDT-strategin. Även om användning av dopningsmedel idag är begränsad vore det önskvärt dels att kunna följa förekomsten på befolkningsnivå och dels öka kunskapen om dopningsrelaterade skador och tillgänglighet till vård för personer som använder dopningsmedel.

Åtgärdsförslag för mer ändamålsenlig uppföljning

Hur kan ANDT-strategin förbättras?

En teoretisk modell bör utvecklas

En teoretisk modell som översiktligt beskriver och förklarar hur de olika delarna i ANDT-strategin hänger samman saknas idag. Ett viktigt användningsområde för en sådan modell är att underlätta tolkningen av utvecklingen genom att klargöra vad som orsakar vad (kausalitetssamband) och vilka faktorer som interagerar, samverkar eller bidrar till utvecklingen (underliggande eller bidragande faktorer). Ett antagande som ligger till grund för ANDT-strategin är t.ex. att tillgänglighetsbegränsande åtgärder (priser, antal försäljningsställen och öppettider) leder till minskad alkohol- och tobakskonsumtion. En teoretisk modell skulle kunna precisera vilka utfall som olika åtgärder förväntas påverka och hur dessa samband ser ut. På så sätt skulle uppföljningen av de indikatorer som finns i ANDT-uppföljningssystemet på ett tydligare sätt kunna användas för att tolka och förstå utvecklingen i relation till målen i ANDT-strategin. En teoretisk modell skulle eventuellt också kunna klargöra hur de olika nivåerna av mål hänger samman med varandra.

Målstrukturen bör tydliggöras

Vad gäller målstrukturen ser vi behov av en översyn för att tydliggöra när målen bör formuleras som utfallsmål, strukturmål respektive processmål. Detta har även Statskontoret pekat på i sin utvärdering av att ANDT-strategin (10). Vi bedömer att de långsiktiga målen i stort sett har formuleringar som fungerar väl för att följa upp med olika utfallsmått, eftersom de flesta är formulerade så att man strävar efter att något ska öka eller minska. Ett undantag är långsiktigt mål 2 om att barn ska skyddas från skadliga effekter orsakade av ANDT. När det gäller ANDT-strategins övergripande mål kan det behövas ytterligare förtydliganden om detta i första hand ska betraktas som ett uttryck för en politisk vision eller om det också ska följas upp med hjälp av kvantitativa utfallsmått.

En översyn behöver också göras av i vilka mål det är relevant att inkludera dopning.

Ett socioekonomiskt perspektiv bör byggas in

I den skrivelse som Folkhälsomyndigheten lämnade till regeringen i maj 2015 konstateras att socioekonomiska och demografiska aspekter bör genomsyra såväl genomförandet av åtgärder, inklusive policy och regleringar, som uppföljning av utvecklingen. Det räcker inte att följa utvecklingen i grupper utifrån kön och ålder såsom är fallet i nuvarande uppföljningssystem. Vi vill därför peka på behovet av

att målen i ANDT-strategin i högre utsträckning tar sikte på att minska skillnader i ANDT-relaterad hälsa. En strategi för hur man kan arbeta för minskade skillnader i hälsa är att tillämpa s.k. proportionell universalism.⁵² Med en sådan inriktning och stöd i uppföljningssystemet ges bättre förutsättningar att analysera och förstå de rörelser eller trender som gör sig gällande i olika grupper i befolkningen.

Hur kan ANDT-uppföljningssystemet förbättras?

Denna rapport är den första samlade beskrivningen av ANDT-utvecklingen på nationell nivå utifrån data i ANDT-uppföljningssystemet (www.andtuppfoljning.se). Arbetet med att ta fram rapporten har gett oss en fördjupad förståelse för användningen och tolkningen av de indikatorer som ingår i ANDT-uppföljningssystemet samt systemets brister och fördelar. Vi ser, utifrån detta, behov av en systematisk översyn av systemet och dess indikatorer samt genomförande av vissa utvecklingsområden, se nedan.

Valet av indikatorer bör ses över

ANDT-uppföljningssystemet innehåller idag data av varierande kvalitet och befintliga indikatorer täcker olika områden olika väl. Arbetet med att ta fram förslag till vilka indikatorer som skulle ingå i systemet avslutades 2012. Även om tillgången till data inte ändrats särskilt mycket sedan dess ser vi idag behov av en översyn av indikatorerna i ANDT-uppföljningssystemet. Denna rapport är resultatet av det första försöket att göra en samlad uppföljning av ANDT-strategins långsiktiga mål 1-6. Arbetet har bland annat visat att det stora antalet indikatorer på vissa områden ökar risken för alltför stor komplexitet när data ska tolkas. Vissa indikatorer bedöms inte heller som relevanta eller av för låg kvalitet för att spegla utvecklingen i förhållande till hur målen är formulerade. Vi har tidigare i rapporten även påtalat brister vad gäller förekomst av data för att kunna följa upp olika delar av ANDT-strategin. Detta gäller t.ex. områdena dopning och narkotika men också barns utsatthet för skador orsakade av ANDT, tillgänglighet till vård och stöd av god kvalitet, skador och död kopplade till andras ANDT-bruk samt utvecklingen över tid vad gäller förekomst av beroende och missbruk. På sikt kan upprepningar av undersökningen Vanor och konsekvenser tillgängliggöra data om missbruk och beroende samt om skador till följd av andras ANDT-bruk.

En översyn av ANDT-uppföljningssystemet bör hantera såväl frågan om antalet indikatorer kan reduceras som frågan om vilka områden som bör prioriteras för att ta fram nya eller kompletterande indikatorer.

⁵² Proportionell universalism innebär att man arbetar med universella åtgärder men att dessa anpassas och ges i högre dos till grupper eller områden där det finns störst behov.

Samordning mellan ANDT-uppföljningssystemet och annan folkhälsorapportering bör göras

En fråga som delvis knyter an till det föregående är hur ofta en uppföljning av utvecklingen inom ANDT-området ska göras och vilken ambitionsnivå som kan komma ifråga. Myndigheten kan konstatera att en frekvent och omfattande rapportering med analyser dels ställer höga krav på uppföljningssystemet, dels är resurskrävande. Det kan vidare ifrågasättas om den information som kan inhämtas ur uppföljningssystemet på årsbasis ger tillräckligt underlag för att identifiera och analysera förändringar. Vi föreslår att myndigheten utarbetar ett förslag till rapporteringens omfattning och periodicitet. Såväl rapporteringen som datainsamling och analys bör samordnas med övrig folkhälsorapportering.

Bättre förutsättningar för analys bör utvecklas

I maj 2015 lämnade Folkhälsomyndigheten en skrivelse om socioekonomiska och demografiska dimensionen i analysen av alkohol- och tobaksutvecklingen till regeringen (2). I skrivelsen konstaterar vi att socioekonomiska faktorer, såsom utbildning och inkomst, är centrala för att beskriva och analysera utvecklingen inom alkohol- och tobaksområdena. För att skapa bra förutsättningar för sådan analys bör det undersökas om ANDT-uppföljningssystemet kan utvecklas så att även individdata kan integreras. Detta kräver viss teknisk utveckling samt nya rutiner för att inhämta data. Arbetet bör samordnas med datainhämtning och analysarbete inom ramen för Folkhälsomyndighetens övriga folkhälsorapportering.

Blandmissbruk är också en dimension som inte uppmärksammas i ANDT-strategin, men som myndigheten bedömer är viktig för att beskriva verkligheten. Det bör undersökas om data som specifikt behandlar blandmissbruk kan integreras i ANDT-uppföljningssystemet.

Fler indikatorer på lokal och regional nivå bör utvecklas

På sikt ser vi att ANDT-uppföljningssystemet kan kompletteras med indikatorer som följer genomförandet av åtgärder. Syftet är att underlätta uppföljningen av den lokala och regionala utvecklingen inom ANDT-området och både tillhandahålla utfallsdata (t.ex. andel personer som röker dagligen) och data om genomförande av åtgärder (t.ex. antal tillsynsbesök på skolgårdar kopplat till tobakslagen eller vilka komponenter man arbetar med inom metoden ansvarsfull alkoholservice). För att tillhandahålla fler indikatorer som beskriver utfall på lokal och regional nivå skulle man kunna lägga in data med flerårsmedelvärden. För att komplettera systemet med data om åtgärder kan den årliga undersökningen Länsrapporten användas, från vilken information om tillsyn enligt alkohollagen respektive tobakslagen samt annat lokalt och regionalt ANDT-förebyggande arbete kan hämtas. Båda dessa arbeten kräver dock teknisk vidareutveckling av systemet vilken påbörjats under 2015.

Andra myndigheters instruktion

För att ANDT-uppföljningssystemet ska kunna fortsätta fungera smidigt och tillhandahålla aktuell kunskap är det viktigt att förutsättningarna för dataleverans till systemet har goda förutsättningar. Det vore därför önskvärt att en sådan skyldighet skrivs in i de aktuella myndigheternas instruktion samt, för övriga aktörer, i särskilda uppdrag. För att systemet ska fungera ändamålsenligt krävs att leverantörerna av data har en tydlig roll med långsiktigt ansvar för kvalitets- och utvecklingsarbetet med indikatorerna.

Resurser för fortsatt utvecklingsarbete

Utifrån ovanstående beskrivning av vilka nödvändiga revideringar och utvecklingsområden vi ser krävs resurser. Att systematiskt ta fram en mer fullständig modell på ANDT-området är ett tidskrävande arbete, som exempelvis kan hanteras inom ramen för ett uppdrag om fortsatt utveckling av uppföljningssystemet. Detta gäller också den systematiska översynen av indikatorerna i ANDT-uppföljningssystemet samt relaterat utvecklingsarbete. Folkhälsomyndigheten ser positivt på att ta ansvar för utvecklingen av ett ändamålsenligt uppföljningssystem för att följa utvecklingen på ANDT-området förutsatt att det avsätts särskilda resurser för ett sådant fortsatt utvecklingsarbete. Vi bedömer att en effektiv ANDT-uppföljning framåt kräver samordning med Folkmyndighetens övriga uppföljning, vilket även Statskontoret uppmärksammat i sin utvärdering av ANDT-strategin.

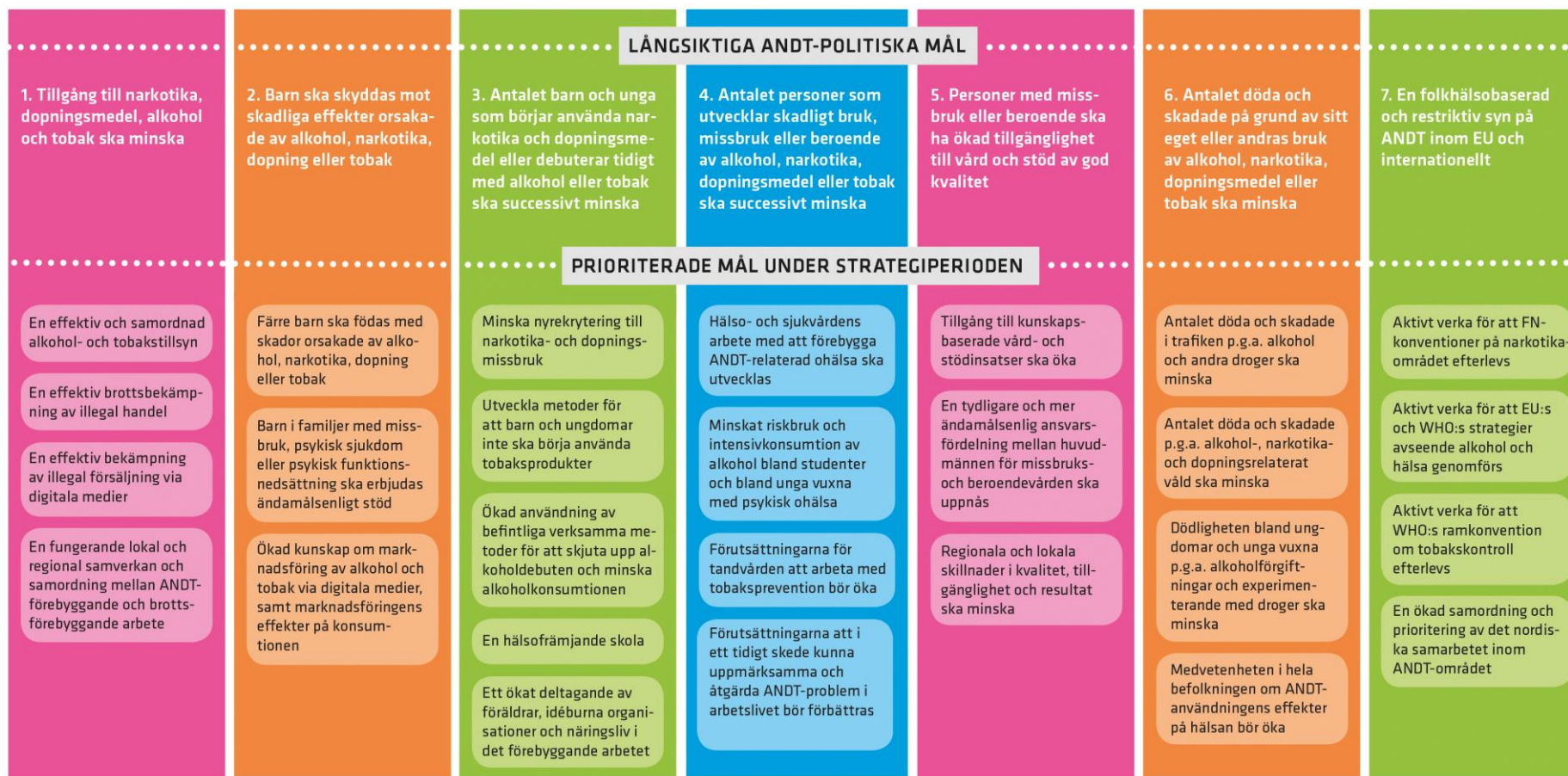
Referenser

1. Agardh E, Boman U, P A. Hur stor del av Sveriges sjukdomsburda orsakas av alkohol, narkotika och tobaksrökning? Kartläggning utifrån "DALY-metoden" 1990–2010. Solna: Karolinska Institutet, 2014.
2. Folkhälsomyndigheten. Skrivelse: Socioekonomiska och demografiska skillnader på ANDT-området med fokus på alkohol och tobak (ärendenr: 02186-2015-1.1.1). Solna och Östersund: Folkhälsomyndigheten, 2015.
3. Leifman H, Trolldal B. Konsumtionen av alkohol: preliminära uppgifter. Stockholm: Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysningar (CAN), 2015.
4. Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning (CAN). Skolelevers drogvanor 2015: alkoholkonsumtionen lägre än någonsin [Internet]. 2015 [uppdaterad 2015-07-02]. Hämtad 2015-07-16 från: <http://www.can.se/sv/Nyheter/skolelevers-drogvanor-2015--alkoholkonsumtionen-lagre-an-nagonsinny-sida/>.
5. Statens folkhälsoinstitut. Dopningen i Sverige: en inventering av utbredning, konsekvenser och åtgärder. Östersund: Statens folkhälsoinstitut, 2009.
6. Folkhälsomyndigheten. Folkhälsan i Sverige: årsrapport 2014. Solna och Östersund: Folkhälsomyndigheten, 2014.
7. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende 2014: stöd för styrning och ledning. Stockholm: Socialstyrelsen, 2015.
8. Socialstyrelsen. Läkemedelsassisterad behandling vid opiatberoende: slutsatser och förslag. Stockholm: Socialstyrelsen, 2015.
9. Europaparlamentets och Rådets direktiv 2014/40/EU om tillnärmning av medlemsstaternas lagar och andra författningar om tillverkning, presentation och försäljning av tobaksvaror och relaterade produkter och om upphävande av direktiv 2001/37/EG.
10. Statskontoret. Utvärdering av regeringens strategi för alkohol-, narkotika-, dopnings- och tobakspolitiken. Stockholm: Statskontoret, 2015.

Bilaga 1. ANDT-strategins mål

Övergripande mål

Ett samhälle fritt från narkotika och dopning, med minskade medicinska och sociala skador orsakade av alkohol och med ett minskat tobaksbruk



Denna rapport beskriver utveckling på nationell nivå inom områdena alkohol, narkotika, dopning och tobak (ANDT). Rapporten baseras på data från ANDT-uppföljningssystemet (www.andtuppfoljning.se) som bland annat omfattar indikatorer för tillgång, konsumtion, skadlig användning, tillgänglighet till vård samt dödlighet. Rapporten utgör också redovisning av Folkhälsomyndighetens uppdrag att ansvara för en samlad uppföljning av ANDT-strategin (S2013/2377/FST).

Rapporten riktar sig till regering och departement, relevanta myndigheter, kommuner, landsting och idéburna organisationer som arbetar med åtgärder inom ANDT-området. Förhoppningen är att den kan bidra till fördjupad kunskap om utvecklingen på nationell nivå men också inspirera till uppföljning av ANDT-arbetet på lokal och regional nivå. Rapporten utgör också underlag, tillsammans med bland annat Statskontorets uppdrag att utvärdera ANDT-strategin, för regeringens utformning av inriktningen i ANDT-politiken för åren 2016–2020.



Folkhälsomyndigheten

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

www.folkhalsomyndigheten.se