

# Uppföljning av regeringens alkohol-, narkotika-, dopnings- och tobaksstrategi

Förslag på indikatorer och styrning



# Innehåll

Förord	3		
1. Uppdraget	4	3.6. Långsiktigt mål 5: Tillgängligheten till vård och stöd av god kvalitet för personer med missbruk eller beroende ska öka	54
2. Om indikatorer och generella utgångspunkter och iakttagelser om olika behov för ökad jämförbarhet och systematiseringar	6	3.7. Långsiktigt mål 6: Antalet döda och skadade på grund av sitt eget eller andras bruk av alkohol, narkotika, dopning eller tobak ska minska	54
2.1. Om begreppet indikator	6	3.8. Långsiktigt mål 7: En folkhälsobaserad och restriktiv ANDT-politik inom EU och internationellt	70
2.2. Iakttagelser och framtida behov	8	4. Kort om indikatorer för att följa de prioriterade målen – formerna och viktiga grunddatakällor	71
2.3. Internationellt perspektiv med fokus på Europa och EU	10	4.1. Länsrapporterna	72
2.4. De olika substanserna: alkohol, narkotika, dopning och tobak	11	5. Förslag på organisation och uppföljning	75
3. Indikatorer för att följa de långsiktiga målen	12	6. Sammanfattning av förslagen	77
3.1. Ett gemensamt övergripande mål för alkohol-, narkotika-, dopnings- och tobakspolitiken: "Ett samhälle fritt från narkotika och dopning med minskade medicinska och sociala skadeverkningar av alkohol och med ett minskat tobaksbruk"	12	6.1. Det fortsatta arbetet med indikatorer under strategiperioden	77
3.2. Långsiktigt mål 1: "Tillgång till narkotika, dopningsmedel, alkohol och tobak ska minska"	14	6.2. Indikatorer gällande övergripande mål för ANDT-politiken	77
3.3. Långsiktigt mål 2: "Barn ska skyddas mot skadliga effekter orsakade av alkohol, narkotika, dopning eller tobak"	23	6.3. Tillgångsindikatorer (mål 1)	77
3.4. Långsiktigt mål 3: "Antalet barn och unga som börjar använda narkotika och dopningsmedel eller debuterar tidigt med alkohol eller tobak ska successivt minska"	29	6.4. Ofödda, nyfödda och barn, unga (mål 2)	79
3.5. Långsiktigt mål 4: antalet personer som utvecklar skadligt bruk, missbruk eller beroende av alkohol, narkotika, dopningsmedel eller tobak ska successivt minska	34	6.5. Pröva narkotika och dopningsmedel samt tidig debut med alkohol och tobak (mål 3)	79
		6.6. Bruk, skadligt bruk, missbruk, beroende (mål 4)	80
		6.7. Negativa konsekvenser av ANDT-bruk – dödlighet, sjuklighet, andra skador (mål 6)	81
		6.8. Former för att följa upp genomförda aktiviteter/insatser (prioriterade mål)	82
		7. Referenser	83

# Förord

Regeringen beslutade den 22 december 2010 om propositionen En samlad strategi för alkohol-, narkotika-, dopnings- och tobakspolitiken (prop. 2010/11:47). Riksdagen antog strategin den 30 mars 2011 och beslutade samtidigt om det övergripande målet för ANDT-politiken: Ett samhälle fritt från narkotika och dopning, med minskade medicinska och sociala skador orsakade av alkohol och med ett minskat tobaksbruk. Strategin anger mål, inriktning och prioriteringar för samhällets insatser under åren 2011–2015. Förutom det övergripande målet består strategin av sju långsiktiga mål som anger inriktningen för ANDT-arbetet i sin helhet. Dessa mål är ständigt aktuella och har ingen bortre tidsgräns. Till de långsiktiga målen knyts ett antal prioriterade mål som ska uppnås under strategiperioden. Förutom målstrukturen är avsikten en ändamålsenlig organisation för öppna jämförelser, uppföljning och utvärdering av ANDT-strategins mål.

Inom Socialdepartementet genomfördes under år 2010 en första kartläggning av vilka undersökningar och statistikinsamlingar som pågår på ANDT-området. Kartläggningen visade att det finns ett stort behov av nationella indikatorer, samordning och tydlig organisation för att kunna genomföra en uppföljning av målen i ANDT-strategin. I oktober 2010 fick därför Håkan Leifman i uppdrag att kartlägga och föreslå indikatorer som kan ingå i en samlad uppföljning av de långsiktiga målen i

strategin samt lämna förslag till baslinjemätning för ANDT-strategin.

Håkan Leifman är fil. dr. i sociologi. Håkan som disputerade 1998 vid Sociologiska institutionen, Stockholms universitet, har en lång erfarenhet inom alkohol- och narkotikaområdet. Håkan har varit verksam som forskare vid Centrum för Socialvetenskaplig Alkohol- och Drogforskning (SoRAD), huvudsekreterare i den statliga Alkoholförselutredningen, ansvarig för preventionsfrågor inom kansliet för Mobilisering mot narkotika (MOB) samt varit sektionschef för STAD (Stockholm förebygger Alkohol- och Drogproblem). Vid tidpunkten när detta förord skrivs i december 2011 så har Håkan Leifman även utsetts till direktör för Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning CAN.

Denna första delrapport består av förslag till utfallsmått (beteenden, skador) samt processmått (insatser) för de sju långsiktiga målen. Förutom ytterligare en rapport beträffande de långsiktiga målen så kommer under 2012 även en rapport med förslag till mått för de prioriterade målen under strategiperioden.

Maria Renström, Ämnesråd  
Socialdepartementet

# 1. Uppdraget

Under hösten 2010 och vintern 2011 har jag på Regeringskansliets uppdrag arbetat med att kartlägga vilka indikatorer som kan ingå i en samlad uppföljning av målen i den av regeringen nyligen redovisade ANDT-strategin för perioden 2011–2015. Indikatorerna avser både utfallsmått (beteenden, skador) samt processmått (insatser). I arbetet har ingått att dels ge förslag på befintliga indikatorer som kan användas från strategiperiodens början, dels att uppmärksamma viktiga områden där indikatorer saknas och ge förslag på hur sådana indikatorer kan utvecklas under strategiperioden. I uppdraget har också ingått att föreslå hur en fungerande struktur för hur insamling och uppföljning av målen i kommande ANDT-strategi kan ske på ett systematiskt sätt.

I genomlysningen av indikatorer ingår inte endast att ge förslag på vilka dessa skall vara utan viktigt är också att ge förslag på tydliga definitioner och, inte minst, hur dessa skall mätas, med vilka metoder, och, i förekommande fall, vilka datakällor som skall användas. I detta sammanhang ingår att bedöma validiteten och den praktiska genomförbarheten av olika indikatorer.

I direktiven ingår vidare att förslaget i möjligaste mån skall bygga på det som finns och det utvecklingsarbete som redan pågår inom flera myndigheter och organisationer. Ett delsyfte med arbetet är också att ge tydlig vägledning till den lokala och regionala nivån om vilken datainsamling som kommer att ske under strategiperioden för att på så sätt undvika ad hoc insamlingar. Uppdraget har också innefattat en inventering om behovet att genomföra en särskild riktad bas-

linjemätning för ANDT-strategin på områden där det kunskapsluckorna bedöms som särskilt stora och där det inte går att skjuta upp en datainsamling på framtiden om det skall finnas med inom ramen för en större första mätning i början av den nya ANDT-strategin.

I arbetet har jag till min hjälp haft en särskilt utsedd arbetsgrupp med representanter från Statens folkhälsoinstitut (Tony Nilsson, Ann-Sofie Karlsson), Socialstyrelsen (Charlotte Björkenstam), SoRAD vid Stockholms universitet (Mats Ramstedt) och Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning (CAN) (Björn Hibell). Vidare har enheten för familj och sociala tjänster vid Socialdepartementet samt berörda myndigheter som ingår i den för ändamålet sammansatta referensgruppen, den s.k. ANDT-datagruppen, bidragit med synpunkter. Jag har också samrått med många olika aktörer på området, både forskare och myndighetsrepresentanter. Ytterligare en viktig källa för vägledning i arbetet har varit vetenskaplig litteratur på området, både på nationell – men framförallt – på internationell nivå.

Mer specifikt skall indikatorer identifieras och föreslås inom följande områden: (1) beteenden/konsumtion och konsekvenser som man vill förebygga och/eller begränsa (t.ex. utfallsmått om alkoholkonsumtion/dryckesmönster, användning av narkotika, ANDT-relaterade skador och sjukdomar, ANDT-relaterat våld), och (2) verksamhetsmål (processindikatorer) för prevention, tidiga insatser, vård, behandling samt rehabilitering för att mäta resultat och omfattningen av insatserna. Indikatorerna, framförallt de

verksamhetsinriktade måtten, bör i så stor utsträckning som möjligt samordnas med pågående arbeten med insamling av data från kommuner, exempelvis ”öppna jämförelser”.

Denna rapport är den första av minst två och avser i första hand förslag på indikatorer över strategins långsiktiga mål, dvs. framförallt utfalls- eller resultatmått (exempelvis konsumtion och skador). Vidare ges förslag på hur arbetet framöver skall styras, organiseras och hur strategin kan följas upp och utvärderas.

Rapporten är indelad i sex kapitel. I det andra kapitlet ges en kort definition av begreppet indikator, vilken/vilka kriterier som bör vara uppfyllda för att olika mått skall kunna användas som indikatorer och ett internationellt perspektiv på val av indikatorer. Huvuddelen av kapitel två upptas dock av allmänna resonemang och iakttagelser som jag och arbetsgruppen har bedömt som mycket viktiga utgångspunkter i arbetet med att välja ut indikatorer och i att föreslå ett uppföljningssystem. Kapitel tre upptar störst utrymme i rapporten och redovisar val av indikatorer för att mäta olika utfall i form av beteenden/skador inom ramen för strategins långsiktiga mål. I kapitel fyra ges ett kortare resonemang om framförallt formerna för att mäta och följa upp strategins prioriterade mål (inom respektive långsiktigt mål). Utförliga förslag på indikatorer över de prioriterade målen (oftast synonymt med olika former av insatser) redovisas i en kommande rapport. Kapitel fem ger förslag på organisation och styrning av arbetet framöver samt kort resonemang om hur strategin kan följas upp och utvärderas.

I det sjätte och sista kapitlet sammanfattas de viktigaste av rapportens förslag.

## 2. Om indikatorer och generella utgångspunkter och iakttagelser om olika behov för ökad jämförbarhet och systematiseringar

### 2.1. Om begreppet indikator

Termen indikator är i dagens språkbruk närmast synonymt med mätare, mätinstrument eller statistiskt mått, med vars hjälp information kan koncentreras i en lättfattlig form. En indikator skall mäta (indikera) faktiska nivåer eller förändringar i det begrepp man vill ha kunskap om. En operationalisering, i form av en indikator, av ett abstrakt (teoretiskt) begrepp är emellertid många gånger svårt och kräver i stort sett alltid förenklingar och olika avväganden. Det som kan mätas stämmer sällan exakt med det man egentligen vill mäta. Därför blir det viktigt att man redogör noggrant för hur indikatorerna mäts, annars uppstår lätt olika typer av missförstånd. Många gånger räcker det inte heller med ett mått – en indikator – utan flera behövs som sammantaget kan sägas vara en god bild av ett större fenomen. Ibland kan dessa indikatorer vägas ihop till ett index.

I denna rapport redogörs för olika typer av indikatorer, båda sådana som mäter verksamhet/åtgärd (processindikatorer) och resultat/utfall (resultatindikatorer). Vissa indikatorer bedöms som extra viktiga både på nationell och, om möjligt, på regional/lokal nivå. Dessa benämns som kärnindikatorer (K). Många av kärnindikatorerna följs och samman-

ställs nationellt med nationella data, ibland uppdelat på regional och lokal nivå (t.ex. alkoholödlighet). Vissa av kärnindikatorerna kan dock med fördel användas också i specifika regionala och lokala undersökningar. Detta gäller framförallt frågeundersökningar där det är en stor fördel om det finns en bas av gemensamma frågor både nationellt och lokalt/regionalt. Vilka dessa kärnindikatorer är som alltså kan "pluggas in" i regionala/lokala undersökningar kommer att framgå av texterna och tabellerna som följer. I tabellerna är dessa markerade med fet stil: K.

Andra indikatorer är viktiga för ett få en än bredare eller mer detaljerad bild och behövs i djupare analyser men bedöms inte som lika avgörande i det kontinuerliga uppföljningsarbetet, framförallt inte på regional och lokal nivå. Dessa benämns som utökade indikatorer (U).

Flera av både kärnindikatorerna och de utökade indikatorerna behöver ett visst utvecklingsarbete men inte i den omfattning som gäller för den tredje gruppen av indikatorer, nämligen s.k. utvecklingsindikator (UTV). För dessa behövs ett mer långsiktigt arbete innan dessa eventuellt kan användas som kärnindikatorer eller som utökade indikatorer. För vissa är utvecklingsbehovet relativt begränsat var-

för de med förändringar eventuellt kan börja användas under strategiperioden. För andra är utvecklingsbehovet större och kan inte börja användas förrän efter några år. Graden av utvecklingsbehov framgår i tabellerna som följer där samtliga indikatorer som förslås beskrivs närmare. Om utvecklingsbehovet bedöms som såpass stort att de inte kan färdigutvecklas under strategiperioden 2011–2015 ingår de inte i listan över föreslagna indikatorer. De ingår således inte i de olika tabeller under respektive mål som redovisar samtliga förslag på indikatorer men de kan nämnas i text, speciellt om det gäller områden där avsaknaden av goda indikatorer bedöms som stort.

Till sist är det mycket viktigt att peka på vad indikatorerna i grunden syftar till att mäta. Det bästa är naturligtvis om de både kan visa på faktiska nivåer och faktisk utveckling över tid. Ofta är dock denna kombination inte möjlig, varför många indikatorer fungerar tillfredsställande i att redovisa utvecklingen men är sämre på att fånga in de sanna nivåerna. När det gäller många av resultatindikatorerna – alkoholkonsumtion, narkotikabruk etc. – är det snarare regel än undantag: de fångar in relativt väl faktiska trender men inte faktiska nivåer. Många gånger är inte nivåerna det viktigaste att mäta utan förändringarna över tid. En förutsättning är då givetvis att avståndet mellan uppmätt och faktisk nivå är på det stora hela konstant över tid och mätningar. Om så inte är fallet, dvs. att graden av underreportering (eller överreportering) varierar över tid blir även trenderna felaktiga. I följande kapitel redovisas för en mängd olika indikatorer och det kommer att framgå om de är bäst lämpade att redovisa trender eller både trender och nivåer.

## Hur skall indikatorerna presenteras

För samtliga de indikatorer där data tillåter köns- och åldersspecifika nedbrytningar bör man som regel redovisa både andelen/antalet totalt i befolkningen och motsvarande siffror för män och kvinnor separat och för olika åldersgrupper. Även andra befolkningsgrupper kan vara relevanta att studera närmare, exempelvis grupper med olika socioekonomisk status. Eftersom mycket i rapporten handlar om lokala och regionala undersökningar så är det naturligtvis av stort värde, där så är möjligt, att också redovisa länsvisa och kommunvisa nivåer och trender. Regionala siffror kan ibland erhållas av nedbrytbara nationella data men kan ibland samlas in genom egna regionala data. Lokala siffror härrör oftast från lokalt genomförda undersökningar men kan även här ibland fås genom nationella mätningar som redovisas kommunvis. Indikatorerna bör genomgående kontrollera för befolkningen och därför redovisas som andel/antal per capita eller motsvarande (t.ex. per 10 000 invånare 15 år och äldre).

Många gånger krävs flera indikatorer på samma område för att få en bättre och mer samlad bild av omfattning och förändring. För att få en mer samlad och lättolkad bild av flera olika indikatorer är det möjligt att i vissa fall sammanfoga flera enskilda indikatorer till index. En fördel med att använda index jämfört med enskilda indikatorer är att man kan fånga in flera dimensioner av det man studerar och kan därmed summera komplexa multidimensionella företeelser. Detta gäller inte minst när vissa indikatorer visar en utvecklingsriktning medan andra indikatorer samtidigt visar motsatt utveckling, givet att man inte tappar den underliggande informationen (Sasiana & Tarantola, 2002). Ytterligare en

fördel är att index underlättar kommunikationen med exempelvis beslutsfattare och allmänheten.

Fördelen med ett index kan också vändas till dess nackdel. Olika enskilda indikatorer kan ge viktig nyansering av komplexa problem, vilket ett index kan bidra till att dölja. I sådana fall handlar det om hur indexet är konstruerat. En undermålig konstruktion kan naturligtvis ge felaktig information om nivåer och trender. Val av indikatorer i ett index och val av eventuella vikter för de indikatorer som ingår kan också bli föremål för diskussion. De som förespråkar att det är bättre att använda ett set av indikatorer istället för index har som huvudargument att den viktningsprocess som ofta förekommer vid sammanslagning av flera indikatorer är godtycklig (Sharpe, 2004).

I texten som följer kommer flera olika index att nämnas – t.ex. index över alkoholdödlighet och narkotikadödlighet, index över kommunernas preventiva arbete (preventionsindex). De fördelar respektive nackdelar med index som nämndes gäller även de index som tas upp i denna rapport och de diskuteras mer utförligt i anslutning till förslagen till indikatorer i nästföljande kapitel.

## 2.2. Iakttagelser och framtida behov

Under de senaste åren, och inte minst under detta arbete med indikatorer, har det blivit allt tydligare att val av tydligt definierade indikatorer inte är tillräckligt för att man på ett tillförlitligt sätt skall kunna följa utvecklingen av olika ANTD-beteenden. Vad som också krävs, och som man ägnat alldeles för lite uppmärksamhet åt, är gemensamma riktlinjer för hur man skall mäta detta, dvs. med

vilka datainsamlingsmetoder, frågor och vilka undersökningar. Även när dessa steg är avklarade kvarstår ytterligare en viktig del, nämligen hur man skall analysera insamlade data. Dessa steg kan synas vara för detaljerade och tekniska i en rapport som denna, men det är min bedömning att avsaknaden av gemensamma regler starkt bidragit till att analyser av olika undersökningar redovisar olika resultat.

När det gäller exempelvis svenska folkets alkoholvanor, och inte minst andelen med riskabla alkoholvanor, används olika definitioner utifrån olika mätinstrument och skalor. Även om det är olyckligt med alltför många definitioner (jag ger längre fram förslag på definitioner), är detta inget stort problem om man noga redogör för hur man definierar, på vilka grunder och vilka frågor som ligger till grund för analyserna. Ett större problem är att man med samma definitioner ibland kommer fram till olika resultat av nivåer/andelar, och vissa fall även av trender i olika undersökningar, trots samma målgrupp. Detta beror dels på att olika undersökningar använder olika alkoholfrågor –skalor, dels på att det saknas regler för hur man skall analysera data. Därför händer det också att trots samma frågemetod och målgrupp blir resultaten från olika undersökningar olika. Det finns även en risk att resultaten från en och samma undersökning blir olika beroende på vem som analyserar, återigen beroende på avsaknad av gemensamma regler för hur man hanterar och analyserar det inkomna datamaterialet.

Detta är ett allvarligt problem och de indikatorer som föreslås i denna rapport kan aldrig bli mer tillförlitliga än vad grunddata och grundanalyser ger utrymme till. Är analyserna undermåliga och/eller datamaterialet av låg kvalitet spelar det ingen roll



vilket uppföljningssystem och överbyggnad man väljer – det kan ändå inte kompensera för de grundläggande mätproblemen. Därför menar jag att det är av stor vikt att lägga ner resurser och tid på att bygga upp kompetensen kring dessa frågor. Det handlar om konkreta frågor om hur man analyserar, hur man tolkar, hur man samlar in data och, inte minst, när det gäller frågundersökningar av olika karaktär, hur man skall få fler respondenter att delta. På alla dessa områden behövs således standardiseringar och riktlinjer både nationellt och för regioner och kommuner.

Det är min förhoppning att denna rapport ger realistiska förslag på indikatorer som kan ingå i ett kommande uppföljningssystem för ANDT-strategin 2011–2015. Förhoppningsvis ger den också viss vägledning i hur ett sådant arbete skall organiseras och systematiseras men det måste poängteras redan inledningsvis att denna rapport endast kan ses som början på ett mycket större arbete. Strategin innehåller sju målområden. Det nu påbörjade arbetet med indikatorer och uppföljningssystem bör, enligt min mening, ses som ett åttonde målområde. Det kommer nämligen att ta tid och mycket resurser i anspråk att utveckla ett effektivt system på nationell nivå, med förgreningar till regional och lokal nivå, samt med valida indikatorer för de olika målområdena. Men ges dessa möjligheter finns det goda skäl att tro att ett effektivt system kan implementeras, vilket ger oss bättre möjligheter att följa och förstå utvecklingen av olika ANDT-beteenden både på nationell och på regional/lokal nivå. Det blir också möjligt att på ett bättre sätt än idag att koppla utfall till genomförda insatser. Min bedömning är också att ett effektivt monitoreringssystem, inte minst på

lokal nivå, i sig är en motor för en kontinuerlig utveckling och därmed förbättring av ANDT-arbetet. Saknas kunskap om hur det ser ut, hur det utvecklas och om insatser ger några effekter överhuvudtaget, då sinar till slut incitamenten att arbeta långsiktigt och att anpassa arbetet utifrån ny kunskap om vad som fungerar och vad som inte fungerar.

Indikatorerna och systemet runt dessa utvecklas inte av sig själva. Det behövs en organisation runt detta arbete. Mitt förslag är att en person får i uppdrag av Regeringen att koordinera arbetet med systematisering och uppföljning av indikatorer under hela strategiperioden och att denna person till sin hjälp har en arbetsgrupp med representanter från de viktigaste aktörerna på området, nämligen Statens folkhälsoinstitut (FHI), Socialstyrelsen, Sveriges Kommuner och Landsting (SKL), Centrum för socialvetenskaplig alkohol- och drogforskning (SoRAD) och Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning (CAN). Arbetsgrupper kommer att behöva behandla många olika frågor av olika karaktär, alltifrån ren forskning om mätmetoder till hur man bäst sprider och implementerar riktlinjer om hur man analyserar och följer den lokala utvecklingen på ANDT-området. Därför kommer arbetsgruppen att behöva hyra in experter på olika områden och bilda mindre specifika arbetsgrupper kring olika frågor.

Området med det kanske mest akuta behovet av genomlysning är frågeundersökningar. Här bör arbetsgruppen sätta igång ett arbete i stort sett omedelbart. Tre större återkommande undersökningar på nationell nivå – huvudundersökningar (därtill tillkommer en baslinjeundersökning) – har här identifierats vilka bör utgöra den bas mot vilka

andra regionala/lokala undersökningar skall ställas mot. Dessa tre är CANs skolundersökningar i årskurs 9 och gymnasiet år 2 (fokus: ANDT-vanor bland ungdomar), SoRADs Monitormätningar (fokus: framförallt alkoholvanor i vuxna befolkningen, till viss del också tobaksvanor) och FHIs nationella folkhälsoenkät "Hälsa på lika villkor" (HLV) med ANDT-fokus på tobaksvanor och enstaka/sporadiska frågor om alkohol, narkotika och dopning bland vuxna. FHI har också genomfört en större skattning av narkotikaförekomst i befolkningen, bl.a. med hjälp av en större riksrepresentativ frågeundersökning. Det är viktigt att representanter från dessa tre undersökningar deltar i detta arbete genom den särskilda arbetsgrupp som måste skapas just för detta ändamål.

För samtliga tre undersökningar finns det, enligt min mening, tydliga behov av ett utvecklingsforskningsarbete när det gäller indikatorer. Vidare bör gruppen också få i uppdrag att ta fram nationella riktlinjer för hur man konkret analyserar ANDT-data för olika skalor/frågebatterier där också utvecklingsbehovet är påfallande stort. Allt detta redovisas för mer i detalj i kapitel 3.5. men det bör betonas att det är av yttersta vikt att huvudmännen bakom dessa tre undersökningar visar färdriktning för framtiden. I kapitel 3 kommer det också att framgå vilka frågor (variabler) i de tre undersökningarna som förslås som kärnindikatorer och som utökade indikatorer. Den föreslagna arbetsgruppen bör också ge konkreta förslag på hur de framtagna riktlinjerna bäst kan spridas och implementeras i Sverige och vilka resurser detta skulle kräva. Detta är av yttersta vikt eftersom min bild är att kompetensen i att analysera data i regioner och i

kommuner är synnerligen bristfällig.

Under 2011 påbörjas en specifik pilotundersökning inför en eventuell större baslinjemätning av vissa ANDT-relevanta beteenden med fokus på framförallt problematiskt bruk (beroende, missbruk). Pilotundersökningen syftar dels till att testa formuläret - instrumenten, frågorna, skalorna, dels till att bilda sig en god uppfattning om förväntad högsta möjliga svarsfrekvens vid olika strategier och relativt stora ansträngningar att få folk att delta. I detta arbete ingår också att identifiera vilka grupper som är underrepresenterade bland de svarande. Det är viktigt att den föreslagna arbetsgruppen har regelbunden kontakt med genomförarna av både pilot- och den större baslinjemätningen.

### **2.3. Internationellt perspektiv med fokus på Europa och EU**

När man studerar trender inom ramen för uppföljningar och utvärderingar ställs man ofta inför frågan hur utvecklingen skulle se ut om de insatser som genomförts inte hade ägt rum, dvs. om utvecklingen är specifik svensk eller om det rör sig om internationella trender. Det blir då viktigt att kunna referera svenska trender och nivåer till utveckling och nivåer i andra länder som ett slags kontrollliknande område. Jag har därför strävat efter att i största möjliga mån föreslå indikatorer som överensstämmer med använda eller föreslagna indikatorer på internationell nivå, inte minst inom EU där det pågår ett arbete med att se över alkoholdata, indikatorer och definitioner.

När det gäller skolundersökningar, framförallt relevant inom mål 3, är Sverige ett av ca 35 länder

som deltar i den vart fjärde år återkommande ESPAD-undersökningen. (The European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs, se t.ex. Hibell m.fl., 2009). ESPAD genomförs med standardiserade frågeformulär och gemensam metodik i ett stort antal europeiska länder. Målgruppen är 15–16-åriga skolelever. Det bästa sättet att försäkra sig om fortsatt jämförbarhet med övriga länder och över tid i Sverige är att Sverige fotsätter sin medverkan i ESPAD, detta samtidigt som CAN fortsätter genomföra nationella årliga mätningar på elever i årskurs 9 (och på gymnasiet år 2) (se också kapitel 3.3).

## **2.4 De olika substanserna: alkohol, narkotika, dopning och tobak**

Av de fyra substanserna – alkohol, narkotika, dopning och tobak – är alkohol och tobak de i Sverige utan konkurrens största folkhälsoproblemen. Om man också beaktar sociala konsekvenser framstår alkohol som det största av de folkhälso- eller sociala problemen följt av tobak och narkotika. Av de data som idag finns att tillgå förefaller dopningsförekomsten utanför elitidrotten vara så pass begränsad så att man knappast kan betrakta det som ett reellt folkhälsoproblem. Nivåerna ligger, grovt räknat, på nivåer motsvarande mindre än en tiondel av omfattningen av narkotikaanvändning, dvs. knappt 1 procent av männen i Sverige uppger att någon gång använt anabola androgena steroider (AAS) och knappt någon kvinna (se FHI, 2010a). Andelen som använt AAS under de senaste 12 månaderna är ännu lägre (under 0,5 % för männen). Vidare visar studier, inte minst FHIs skattningar av narkotika och

dopning (den s.k. prevalensstudien), att nästan samtliga män som uppgav att de använt AAS också hade använt narkotika (2–3 % av männen som uppgav att de någon gång använt illegal narkotika uppgav att de också använt AAS, jämfört med endast 0,1 % av männen som inte hade använt narkotika) (FHI, 2010a).

Med anledning av detta anser jag att AAS (dopningsmedel) bör jämföras som ett av flera illegala preparat och bör tillmätas samma vikt som andra narkotiska preparat. Det finns annars en betydande risk att man tillmäter och fördelar oproportionellt mycket resurser till just AAS-arbetet, inklusive arbetet att finna ut goda indikatorer.

När det gäller narkotika är omfattningen i Sverige mycket lägre jämfört med flertalet andra länder i Europa, men det finns ständigt en farhåga och möjligt "utrymme" att utvecklingen i Sverige går i riktning mot andra länder, främst genom att fler unga börjar testa och använda narkotika mer regelbundet. Detta gör att trots relativt låga nivåer i Sverige (också jämfört med alkohol och tobak) bör narkotikan ha en mer framskjuten position i det förebyggande arbetet än vad nivåerna i sig signalerar. Av ovan nämnda följer att alkohol får störst utrymme i denna rapport, följt av tobak och narkotika och sist dopning.

## 3. Indikatorer för att följa de långsiktiga målen

I detta kapitel ges förslag på indikatorer inom de sju målområdena när det gäller de långsiktiga målen. Både kärn- och utökade indikatorer nämns. De flesta, dock inte alla, av dessa indikatorer avser utfallsmått på beteenden/skador. Kapitlet börjar dock med att presentera förslag på hur man kan följa utvecklingen när det gäller det övergripande målet.

### 3.1. Ett gemensamt övergripande mål för alkohol-, narkotika-, dopnings- och tobakspolitiken: ”Ett samhälle fritt från narkotika och dopning med minskade medicinska och sociala skadeverkningar av alkohol och med ett minskat tobaksbruk”

De ANDT-relaterade problemen – såväl medicinska som sociala – har en betydande utbredning i befolkningen såväl i Sverige som i andra länder i Europa och i Regeringens ANDT-strategi (prop. 2010/11:47) betonas vikten av ett samlat grepp för samtliga fyra substanser: alkohol, narkotika, dopning och tobak. Detta innebär att en indikator som mäter den samlade omfattningen och förändringen av problem till följd av dessa substanser är önskvärd. Den kanske mest relevanta och framkomliga vägen att uppskatta problemets utbredning är genom de studier som genomförts inom ramen för WHO:s projekt Global Burden of Disease (GBD) och som syftar till att beräkna hur mycket olika riskfaktorer bidrar till den totala sjukdomsbördan.

#### Sjukdomsbörda och förlorade levnadsår pga. förtidig död

Ett förslag på en sådan indikator är ett mått på den totala sjukdomsbördan, mätt i DALY (Disability Adjusted life Years) som har utarbetats av WHO. DALY är ett mått som väger samman förlorade levnadsår på grund av dödsfall samt år levda med funktionsnedsättning pga. sjukdomar. DALY för en sjukdom är summan av de år som förloras på grund av förtidig död (Years of Life Lost, YLL) och de år som förloras på grund av funktionshinder (Years Lost to Disability, YLD). En DALY motsvarar total förlust av ett år av full hälsa (se t.ex. Agardh, m.fl., 2008). DALY är i sig ett enkelt mått att förstå men bygger på mycket data om olika sjukdomars epidemiologi, såväl prevalens och incidens som riskfaktorer och framförallt YLD är komplicerat inte minst hur man omvandlar lidande till förlorade levnadsår. Endast för att skatta alkoholens bidrag till sjukdomsbördan används ca 60 olika sjukdomar.

WHO har underlättat för medlemsländer att använda DALY, genom att ställa samman en databas. Databasen innehåller epidemiologisk information över sjuklighet och dödlighet i olika länder, och den är kopplad till en programvara, ett så kallad ”toolkit”, som möjliggör anpassning för olika länder. Forskare i Sverige har tillämpat WHO:s ”toolkit” för beräkning av sjukdomsbörda och riskfaktorer i Sverige (se Agardh, m.fl., 2008; Allebeck, m.fl., 2006). Det bedömdes då inte som kostnadseffektivt att göra en

egen svensk sjukdomsbördeberäkning eftersom mycket av den information som finns i WHO:s databas (litteraturöversikter över olika sjukdomars epidemiologi, såväl prevalens och incidens som riskfaktorer) bedömdes som tillämpliga för Sverige, dock med reservationen att en genomgång bör göras för att anpassa till svenska förhållanden. Det bör också nämnas att svensksjukdomsbördeberäkning genomfördes 1999 i ett samarbete mellan Karolinska Institutet, Folkhälsoinstitutet, Epidemiologisk Centrum Socialstyrelsen, samt Stockholms Läns Landsting. Resultatet av denna beräkning publicerades 1999 (Peterson, m.fl., 1999). Detta var den första (och hittills enda) nationella skattningen av sjukdomsbörda som tillämpat GBDs metodologi och med mått anpassade för svenska förhållanden.

Under alla omständigheter är det möjligt att beräkna DALY separat för alkohol, tobak och narkotika (men ej för dopning) och sammantaget för ANT. Detta bör göras vid två tillfällen, dels i så nära anslutning som möjligt till igångsättandet av strategin, dels vid slutet av strategiperioden eller strax efter periodens slut, dvs. under 2016. Huruvida det räcker med WHO:s ”toolkit” anpassat till Sverige eller en helt ny svensk DALY-beräkning måste bedömas av forskarna som får i uppdrag att beräkna DALY. Det bör dock nämnas att det är inte säkert att sjukdomsbördan för ANDT är känslig nog att fånga in årsvisa trender, inte ens förändringar under en femårsperiod, trots ökning eller minskning i dödlighet och/eller sjuklighet.

Grovt räknat står ANT idag för cirka 15 procent av den totala sjukdomsbördan bland män i Sverige. För kvinnor handlar det om cirka 9 procent. Hänsyn har då inte tagits till effekterna av ett ökat bland-

missbruk, d.v.s. att samma personer missbrukar alkohol och narkotika och är dagligrökare (se Agardh, m.fl., 2008).

För att skatta DALY behövs både YLL och YLD för respektive substans och sammantaget och bör förslagsvis redovisas i anslutning till beräkningarna av DALY, dvs. i början av och i slutet av eller strax efter strategiperiodens slut. Estimat för dopning låter sig inte beräknas pga. av brist på underliggande data men allt talar för att dopningsproblematiken är mycket mindre än för de andra substanserna. Detta innebär att det sammantagna DALY- och YLL-måttet för ANT inte skulle skilja sig mycket från ett sammantaget ANDT-estimat. För ytterligare genomgång av indikatorer över ANDT-dödlighet hänvisas till kapitel 3.7 (mål 6).

### Skador av ANDT på andra än brukaren

Ett viktigt område där kunskapen är låg och där inget eller lite systematiskt kartläggningsarbete bedrivs är mönster och omfattning av alkohol- och drogers skador på andra än själva brukaren, dvs. fokus på dem som drabbas av negativa konsekvenser av ANDT som tredje person. I den kommande baslinjemätningen planeras därför också för en kartläggning av alkohol- och drogers skador på andra än själva brukaren, dvs. fokus på problematikens sociala dimension som exempelvis negativa effekter för familj och närstående och utsatthet för alkoholrelaterat våld och rattfylleri. En sådan studie skulle ge ett bra komplement till sjukdomsbördan som fokuserar på de skador som brukaren åsamkar sig själv. (Se också avsnitt i kap. 3.5. som beskriver närmare den särskilda planerade baslinjemätningen med fokus på dels problematiskt bruk av alkohol

och andra droger, dels alkohol- och drogers skador på andra än själva brukaren).

Det kan nämnas att liknande studier på alkoholens skador på andra ("alcohol's harm to others") nyligen har genomförts, en av dessa i Australien med intressanta resultat, bl.a. att ca tre av fyra vuxna australiensare har drabbats negativt av andras alkoholdrickande under senaste 12 månaderna, via familjemedlemmar, arbetskamrater, vänner eller främlingar/obekanta. Beräkningar i den australienska studien visade också på betydande kostnader för alkoholens skador på andra, kostnader som inte inkluderats i tidigare kostnadsberäkningar av vad alkoholen kostar samhället (Laslett, m.fl., 2010).

Förslaget blir således att inkludera både DALY och YLL i uppföljning av strategin och båda bör beräknas under 2011 (alternativt 2012) och under 2015 (alternativt 2016). Både avser nationella förhållanden, och uppdelat på män och kvinnor, och skall ses som kärnindikatorer. ANTDs skador på tredje person bör också beräknas men det är idag oklart hur ett sådant sammantaget mått skall redovisas men detta kommer dock att klarna under arbetet med baslinjemätningen på området. Under alla omständigheter bör sådana beräkningar genomföras för samma perioder som för DALY och YLL.

### **3.2. Långsiktigt mål 1: "Tillgång till narkotika, dopningsmedel, alkohol och tobak ska minska"**

I strategiplanen står det att begränsning av tillgång och tillgänglighet till ANDT är den mest effektiva åtgärden för att minska ANDT-relaterade skadeverkningar och missbruk och att en långsiktig sats-

ning för att begränsa tillgång och tillgänglighet är en av hörnstenarna i regeringens strategi.

Tillgänglighetsindikatorer (eller tillgångsindikatorer) har mätts under många år, framförallt på alkoholområdet men även till viss del på narkotika- och tobaksområdet. Mest data finns vad gäller legal alkohol, minst data vad gäller illegal hantering av alla substanser. Det räcker inte med ett fåtal indikatorer för att spegla tillgängligheten utan flera måste till för att få en rättvisande bild av omfattning och utveckling. Såväl tillgången till legal som illegal alkohol och tobak måste ingå.

Förslag på indikatorer redovisas i tabell 1 som följer. Här redogörs för de väsentligaste resonemangen bakom val av indikatorer och vissa av förslagen lyfts fram närmare. Indikatorerna är uppdelade i två grupper. Den ena benämns (lite missvisande) kontrollsystemet, t.ex. öppettider, prisnivå och andra liknande mått och som ej baseras på självskattningar i frågeundersökningar. Den andra gruppen baseras på ungdomars självskattade svar om upplevd tillgång i frågeundersökningar, framförallt i CANs skolundersökningar riktade till elever i årskurs nio och gymnasiet år 2.

#### **Kontrollsystemet**

##### ***Åldersgränser***

Åldersgränser för inköp och servering av både alkohol och tobak är hörnstenar i den svenska alkohol- och tobakspolitiken. Därför måste det också finnas möjligheter att mäta upprätthållandet av åldersgränserna. Det finns också en fungerande metodik som använts i flera år, nämligen provköpsstudier med ungdomar över 18 år men som ser yngre ut som testar om det är möjligt att köpa/bli serverade alko-



hol (folköl/starköl) eller köpa cigaretter i butiker. Justitieombudsmannen har i ett beslut påpekat att metoden strider mot principen om att dold myndighetsprövning inte bör förekomma och anser således att metoden inte bör användas så länge den inte har stöd i lagstiftning (JO, 2009). Regeringen avser, enligt prop. 2010/11:47 (ANDT-strategin), att klargöra om det finns ett sådant behov av ett särskilt lagstöd för att kunna använda metoden i tillsynsarbete.

JO:s beslut gäller "folköl" och alkohollagstiftningen, men konsekvenserna av beslutet bör även beaktas vad gäller restaurangstudier och tillsyn enligt tobakslagstiftningen. Statens folkhälsoinstitutets tolkning är att studier med provköp som metod, i kartläggnings- eller i kunskaps syfte, inte heller bör förekomma. Sammantaget har JO:s beslut fört med sig att i princip ingen aktör idag använder sig av provköpsmetoden. Detta gäller alltså även när metoden skall användas i rent uppföljningssyfte, dvs. i syfte att studera utveckling/trender i efterlevnad av alkohollagen (åldersgränser, ej servera märkbart berusade).

Detta är ytterst olyckligt. Enligt min mening bör metoden kunna användas i rent forskningssyfte – ej i tillsynssyfte – för att mäta hur åldersgränser efterlevs över tid. Ett annat alternativ skulle möjligen kunna vara att branschen själva beställer en sådan tjänst, dvs. att flera/flertalet restauratörer gemensamt i en kommun upphandlar en sådan studie som en del av näringsens egenkontrollsystem. Båda sätten kan vara värda att pröva.

Ett möjligt komplement, men knappast ett alternativ, till provköpsstudier värt att nämna är enkätfrågor till ungdomar om var de vanligen får tag på olika alkohol drycker och tobak, exempelvis de

frågor, eller den typ av frågor, om anskaffning som exempelvis ställs i CANs skolundersökningar till ungdomar om var de vanligen får tag på olika alkohol drycker och tobak (se avsnittet som följer om självskattad tillgång).

### **Öppethållande**

Öppettider är också ett viktigt redskap och här har vi god information när det gäller Systembolaget, men inte lika god information när det gäller restauranger och folköl. Öppethållandet på restauranger regleras av respektive restaurangs tillståndsbekräftelse och avser senaste tidpunkt för avslutande av servering. Dessa uppgifter finns på FHI och skulle kunna användas, framförallt om bortfallet av uppgifter om serveringstider reduceras. Idag saknas information från drygt 800 av landets ca 11 200 restauranger (se också tabell 1 som följer). Det är viktigt att poängtera att dessa uppgifter om tillåtna serveringstider inte speglar hela sanningen eftersom många restauranger inte utnyttjar den maximala serveringstiden varje dag, utan kanske endast under fredag och lördag. Det bör övervägas om information om faktiska serveringstiden behöver införskaffas och i så fall på vilket sätt.

### **Försäljningsställen**

Andra viktiga indikatorer på alkoholens och tobakens tillgänglighet är antalet försäljningsställen, både legala och illegala. När det gäller legala försäljningsställen avses för alkohol, antal Systembolag, antal butiker som säljer folköl och antal restauranger. När det gäller tobak avses antal butiker som säljer tobak. Här finns data tillgängliga men också här behövs kvalitetsförbättringar, åtminstone för vissa av upp-

gifterna, nämligen antalet butiker som säljer folköl och tobak. Båda baseras på kommunernas rapportering till FHI inom ramen för Länsrapporternas kommundel men bortfall av kommunsvar förekommer (se FHI, 2009a). Exempelvis lämnade 39 kommuner (13 %) inget svar vad gäller antalet butiker (kiosker) som säljer tobaksprodukter år 2009. Bortfallet var ungefär lika stort för folköl. Det är FHI, som tillsynsmyndighet, som har ansvaret för Länsrapporterna och som därför, enligt min mening, i sitt arbete för sträva efter att reducera detta bortfall. Det är inte säkert att det räcker med enbart ytterligare påminnelser utan det är mycket möjligt att kommunerna behöver känna sig mer delaktiga i denna process genom att FHI på bättre sätt återkopplar till kommunerna hur de svarat och hur deras svar står sig i jämförelse med andra kommunerna. (Länsrapporterna diskuteras mer ingående i kap. 4).

Tillgången till illegala försäljningsställen eller av illegala medel redovisas senare i detta kapitel under avsnittet ”självskattad upplevd tillgång”.

### **Priser**

Realprisutvecklingen på alkoholdrycker är en mycket viktig indikator. Detsamma bör gälla övriga substanser. Prisuppgifter för alkohol och tobak sammanställs av SCB, förstnämnda på beställning av CAN, sistnämnda inom ramen för SCB:s uppdrag att följa prisutvecklingen genom KPI.

Systembolagets försäljning uppgår till ca 75 procent av den totala inhemska försäljningen med tillgängliga och tillförlitliga prisuppgifter för varje alkoholdryck och sammantaget för exempelvis öl, vin och sprit. Sådana exakta och tillförlitliga uppgifter saknas dock när det gäller folköl och alkohol

som serveras på restauranger. Priserna på restauranger bygger på uppgifter från restauratörerna själva i restaurangrapporterna och avser normalpriser för renat brännvin (3 cl), billigaste bordsvinet (75 cl), stor starköl (där restauratören skall uppge både pris och storlek i cl) och öl (33 cl). Som kommer att redovisas senare i rapporten uppgår bortfallet av inkomna restaurangrapporter till knappt 20 procent. Det är oklart om de priser som anges av restauratörerna verkligen avspeglar den faktiska prisnivån och utvecklingen av denna på restauranger. Här är det önskvärt om FHI påbörjar ett arbete som syftar till att kvalitetssäkra prisuppgifterna (och egentligen hela restaurangrapporten, inklusive bortfallsproblematiken, se kap. 3.4).

Narkotikapriser tas fram av CAN vars metodik baseras på rapporter från poliser från Sveriges samtliga 21 polismyndigheter om gatupriser för olika narkotikasorter (CRD). Systemet har funnits sedan år 1988 för sex olika narkotikasorter och har sedan år 2000 kompletteras genom prisbevakning av ytterligare fyra sorter. Med termen gatupris åsyftas prisbilden vid försäljning av mindre mängder i konsumentledet. Eftersom priserna insamlats under en längre tidsrymd har de inrapporterade uppgifterna inflationsjusterats enligt SCB:s konsumentprisindex (för mer information om narkotika (se Johanna Mietala, J & Nyström, S, 2010). Prisuppgifter för dopningspreparat finns överhuvudtaget inte, men det är önskvärt att skaffa en sådan bild. Enligt min mening skulle detta kunna vara en uppgift för den anti-dopningsorganisation (NADO) som organisationsutredningen mot dopning nyligen föreslog (SOU 2011:10), naturligtvis förutsatt att förslaget blir verklighet.



### ***Beslagsstatistik och alkohol-narkotikabrott***

När det gäller tillgången till illegal alkohol, tobak, dopning och narkotika används ofta polisens och tullens beslagsstatistik som indikatorer på tillgången av dessa substanser. Detta är enligt min mening felaktigt. Det finns inga belägg för att förändringar i antalet beslag samvarierar med faktiskt tillgång. Antalet förändrade beslag styrs till stor del av andra faktorer som har med verksamhetsförändringar att göra. Även om detta kan synes vara självklart så framställs det ofta som om antal beslag eller antalet fall av anmälda brott uttrycker reella förändringar. Så är, enligt min mening, alltså inte fallet. Därför kan dessa mått inte användas som indikatorer över tillgången/tillgängligheten. Istället bör både polis och tull se över om man kan utveckla bättre mått som speglar reella förändringar. Exempelvis sådana som tar hänsyn till förändrade rutiner, ökad/minskad aktivitetsgrad etc. Går inte detta så menar jag att vi får exkludera dessa som tillgångsindikatorer.

Även brott mot alkohollagen såsom olovlig försäljning och olika narkotikabrott såsom överlåtelse och narkotikasmuggling speglar till stor del polisens aktivitetsnivå (se t.ex. BRÅ, 2010). Exempelvis har brott mot alkohollagen gällande olovlig försäljning ökat kraftigt under senare åren men detta beror med all sannolikhet till stor del på ökad polisaktivitet, inte minst genom att använda den beprövade och utvärderade metoden "Kronobergsmodellen".

Trots dessa reservationer anser jag att både alkohol- och narkotikabrott och då lagförda och inte anmälda brott, som rör försäljning, tillverkning och smuggling bör ingå i en samlad bild av utvecklingen när det gäller tillgången till illegal alkohol och narkotika.

Ingen av ovan nämnda indikatorer kan betraktas som kärnindikatorer utan snarare som utvecklingsindikatorer som eventuellt i ett senare skede kan fungera som utökade indikatorer. Skulle det mot förmodan klarna under strategiperioden att beslagsstatistik och/eller alkohol- narkotikabrott nästan helt och håller rör aktivitet kan de istället utgöra en indikator för insatser som syftar till att begränsa tillgången (dvs. processindikatorer).

### ***Självskattad upplevd tillgång***

När det gäller frågeundersökningar har, när möjligheten finns, tre grupper av indikatorer valts: (1) nämligen användning senaste 12 månaderna, (2) upplevd lättillgänglighet/möjlighet att skaffa/pröva och (3) vanligaste anskaffningssätten. För samtliga indikatorer är målgruppen ungdomar, dvs. årskurs 9 och gymnasiet år 2. Många av de föreslagna tillgångsindikatorerna mäts i CANs skolundersökningar. I vissa fall är förslagen på indikatorer exakt de frågor som idag ställs men i vissa fall föreslås vissa förändringar.

### ***Användning av illegal alkohol, narkotika och dopning***

Tobaksbruk och total alkoholkonsumtion tas inte upp under detta mål utan behandlas under långsiktigt mål 3 utan här avses illegal alkohol (ex. smuggelalkohol), narkotika och dopningsmedel. Man kan möjligen invända mot användning av brukarfrågor som tillgångsindikatorer eftersom förändringar i dessa även kan vara ett uttryck för förändrad efterfrågan. Men samtidigt är det yttersta målet att ingen – och i synnerhet inte unga – skall använda illegala medel; de ska helt enkelt inte finnas att tillgå.

För vuxna finns inte samma frågor att tillgå som i CANs mätningar och det känns inte lika naturligt att använda brukarfrågor från exempelvis SoRADs monitormätningar som uttryck för tillgångsförändringar bland vuxna. Dessa frågor bland vuxna behandlas istället under mål 4 (kap. 3,5) där konsumtions- och anskaffningsfrågor bland vuxna tas upp.

### ***Upplevd lättillgänglighet av alkoholdrycker och narkotika***

När det gäller alkohol avses fråga 18 i CANs frågeformulär (från 2010) och som lyder som följer: Är det lätt eller svårt för dig att få tag i följande drycker? Frågan är svårtolkad. Framförallt är det oklart vad som är orsak och verkan, eftersom det är möjligt att det som ungdomar dricker bedöms som lättillgängligt, detta oberoende av "faktisk" tillgänglighet. Av dessa skäl har CAN övervägt om frågan skall tas bort framöver. Jag har dock valt att inkludera den eftersom trenderna trots allt kan vara viktiga indikatorer på förändringar i upplevd tillgänglighet. Vid formulärrevisionen för 2012-års enkät bör, enligt min mening, CAN noga bedöma frågans validitet och därefter besluta om frågan skall tas bort och finnas kvar.

Liknade resonemang gäller den narkotikafrågan om man någon gång haft möjlighet att pröva narkotika (fråga 30). Återigen är det oklart vad som är "hönan eller ägget". Och som för alkohol bör kommande frågerevision avgöra dess framtida status.

Det finns ingen motsvarande fråga om tobak, exempelvis om smuggelcigaretter, och med tanke på ovan nämnda reservationer om frågetypens validitet finns det inget behov att inkludera en sådan fråga.

### ***Vanligaste anskaffningssätten***

Detta är, som jag ser det, ytterst viktiga frågor både när det gäller alkohol (CANs frågor 16-17), tobak (såväl cigaretter som snus, fråga 42 och fråga 44) och narkotika (CANs frågor 39-40). Alkoholanskningsfrågorna avses flera olika alkoholdrycker men det bör, enligt min mening, övervägas om inte dessa alternativ skall förfinas ytterligare. Istället för vin bör CAN överväga om man istället skulle ha alternativen "systembolagsvin" och "smuggelvin" och även ersätta "sprit" med "systembolagssprit" (smuggelsprit och hembränt finns redan inkluderade). Det är också önskvärt med följdfrågor om var den alkohol man anskaffar ursprungligen kommer ifrån, exempelvis när det gäller fått "från kompisar eller kompisars syskon" eller fått "från syskon". Samma överväganden bör också göras när det gäller frågorna om var man får tag på cigaretter/snus och var man får tag på narkotika.

Frågorna om var man vanligen får tag på olika alkoholdrycker och var man vanligen får tag på cigaretter och snus kan också ses som komplement till de provköpsstudier vars framtida användbarhet i dagsläget är oklar. Exempelvis skulle man över tid kunna följa andelen ungdomar som uppger att de vanligen får tag på folköl genom att köpa själv i butik, andelen som uppger att de får tag på starköl/vin/sprit på restaurang, pub eller liknande och andelen som uppger att de får tag på cigaretter genom att köpa själv. En ökning av dessa andelar skulle kunna tolkas som en minskad efterlevnad av åldersgränserna för inköpt av folköl och tobak i butik och av servering på restauranger/pubar.

Värt att nämna är den av CAN nyligen genomförde pilotstudien som syftade till att testa om

enkätfrågor om tobaksanskaffning kan ersätta provköp när det gäller möjligheten att se hur butiker lever upp till tobakslagen och i vilken utsträckning kommunernas tillsynsarbete är effektivt genomförde CAN nyligen en pilotstudie (Perälä, 2011). Undersökningen genomfördes med hjälp av skolenkäter i årskurs 9 och i gymnasiet år 2 i sju kommuner. Frågeformuläret bestod av frågor om rök- och snusvanor, om var och hur man införskaffar och hur lätt man tycker det är att få tag på cigaretter, snus och annan röktnobak. Flera av frågorna var hämtade från CANs årliga undersökningar, andra frågor testades för första gången och ytterligare andra hämtades från SOU 2009: 23 (betänkandet Olovlig tobaksförsäljning). Frågorna fungerade överlag tillfredsällande enligt CAN och kan användas för att få en generell bild av tobaksvanorna och tobakstillgängligheten på lokal nivå men kan dock inte användas för att samla in uppgifter om huruvida enskilda handlare följer tobakslagen eller ej. Svaren på tillgänglighetsfrågorna kan inte heller användas för att utvärdera huruvida situationen har förbättrats eller försämrats mellan två mättillfällen. CAN bedömer därför att frågeformuläret inte kan ersätta den tidigare använda provköpsmetoden eftersom en enkät till konsumenterna inte kan ersätta observationer av handlarnas beteende.

En liknande studie men på alkoholområdet genomfördes av STAD för några år sedan i syfte att få en bättre bild av hur den alkohol som gymnasieelever dricker anskaffas och var den ursprungligen kommer ifrån (Leifman, 2008). Även denna metod bedömdes fungera relativt sett väl: studien gav en tydlig bild av var alkoholen anskaffades, även den alkohol som ungdomarna fått/köpt från syskon eller

kompisar. Inte heller den studien kan emellertid betraktas som ett alternativ till provköpsstudier utan snarare som ett komplement. Metoden kan användas i ett uppföljningssyfte genom att exempelvis redovisa andelen ungdomar (under 20 år) som köpt själva på Systembolaget eller som druckit på restauranger (under 18 år). Men det ger ingen bild av om antalet butiker eller restauranger som säljer till ungdomar under 20 år respektive 18 år ökat eller minskat.

TABELL 1

**Mål 1 Långsiktig indikatorer (LS) – tillgången till ANDT** (se också bilaga 1a) (K=kärnindikator, U=utökad indikator, UTV=utvecklingsindikator)

INDIKATORER	Definition och målgrupp	Mätmetod (ex. frågebatteri)	Datainsamlingsmetod	Data-material	Att användas 2011–	Behöver utvecklas 2011–	Kommentarer, övrigt
<b>1. Kontrollsystemet m.m.</b>							
<b>1a. Alkohol</b>							
Efterlevnad av åldersgränser (K).	Andel under 20 resp. 18 år som kan köpa alkohol på Systembolaget resp. folköl i butiker. Andel under 18 som blir serverade alkohol på restauranger.	Provköpsstudier med ungdomar fyllda 20 resp. 18 men som ser yngre ut.	Faktiska tester/observationer om det är möjligt att köpa/bli serverad på slumpvisa urval butiker/restauranger.		Ja, metoden är utarbetad men bör få klargörande om det är möjligt att genomföra, se "beskrivning och övrigt".	I viss utsträckning, ex. hur urvalen görs.	JO har bedöms metoden som tveksam men i detta fall skall de göras för uppföljningssyften och inte kopplas till tillsyn. Resultaten redovisas endast brutto (total andel) och inte per butik/restaurang. Tester genomförda på systembolag beställs av dem själva och innefattas inte av JO:s bedömning.
Priser (K).	Realprisutvecklingen av samtliga alkoholdrycker både på Systembolag, restaurang och butik (folköl).	Realpriserna, dvs. löpande priser korrigerade för inflation (KPI).	SCB sammanställer genom uppgifter från Systembolaget.		Ja.	Ja, framförallt priserna på restauranger men även kvalitets-säkra priserna på folköl.	Finns redovisade fram t.o.m. 2009 av CAN i "Drogutvecklingen i Sverige 2010" (och t.o.m. 2007 i FHIs databas Alkohol- och narkotikautv. i siffror). Numera beställs data över realprisutvecklingen per alkoholdryck från SCB av CAN. Tillförlitligheten i restaurangpriserna bör ses över.
Antal butiker och serveringsställen (K).	Avser både Systembolag, ombud, butiker med folköl och antal restauranger.	Systembolag och ombud: direktinformation från Systembolaget. Folköl: fråga om antal anmälda detaljhandelsställen för öl ställs till kommuner och redovisas i FHIs Länsrapport. Restauranger: Tillståndsregistret baserat på samtliga tillståndsbevis.	Folköl: webbenkät, Restauranger: Tillståndsregistret (på FHI).		Ja, men minskat bortfall vad gäller kommunernas folkölsrapportering behövs.		Om gårdsförsäljning blir tillåten måste antalet gårdsförsäljare inkluderas. Antal restauranger per 10 000 inv. 15+ finns redovisade av FHI t.o.m. 2009 i databasen "Alkohol- och narkotikautv. i siffror".
Öppettider (K).	Systembolaget: antal timmar/vecka per 10' inv. 15+ Andel restauranger med öppethållande efter 01.00.	Bygger på kommunrapportering till FHI (tillståndsregistret).	Inf. om öppettider från Systembolaget.	Redovisas av FHI t.o.m. 2009 i databasen "Alkohol- och narkotikautv. i siffror".	Ja vad gäller Systembolaget.	Saknas information om tidpunkt för avslutande av servering till allmänheten för en del restauranger (i jan 2011: 825 av totalt 11232). Arbetet som pågår på FHI i att reducera bortfallet måste fortsätta.	Serveringstider rapporteras av kommuner till FHI, men alla kommuner rapporterar inte in för samtliga restauranger. FHI bör överväga om man inte själva skall inhämta den saknad information direkt från tillståndsbevisen. Tidpunkt för avslutande av servering är inte detsamma som faktiska öppettider men ger fingervisning om övergripande trender.
Illegal alkohol – antal beslag (UTV) <sup>1</sup> .	Antal för polis tull sammantaget.		Alla beslag statistikförs.	Redovisas av polisen och tullen.	Nej.	Ja.	Speglar mer aktiviteter än tillgången. Tull/polis borde utveckla mer tillförlitlig indikator genom att ta hänsyn till aktivitetsnivå (ex antal resurstimmar e. likn.).

<sup>1</sup> Kan om arbetet går väl utvecklas till att senare användas som utökade indikatorer

forts. TABELL 1

INDIKATORER	Definition och målgrupp	Mätmetod (ex. frågebatteri)	Datainsamlingsmetod	Data-material	Att användas 2011–	Behöver utvecklas 2011–	Kommentarer, övrigt
Olovlig försäljning, tillverkning, dryckeshantering och muggling (UTV) <sup>1</sup> .	Lagförda per 100 <sup>1</sup> inv. för brott mot alkohollagen, olovlig försäljning, dryckeshantering) och för brott mot lag om straff för smuggling.	Uppgifter som kommit till rättsväsendets kännedom.	Sammanställs av BRÅ.	Redovisas av BRÅ data kan beställas från BRÅ (från lagföringsreg).	Nej.	Ja.	Som för beslag speglar antalet lagförda för dessa alkoholbrott till stor del mer aktiviteter än tillgången. Antalet borde, om möjligt, relateras till aktivitetsnivå.
<b>1b. Narkotika</b>							
Prisindex (K).	Priserna för olika narkotikasorter justerade för KPI.	Frågor till polisen om priserna för numera 10 olika narkotikasorter.	Rapporter från samtliga 21 polismyndigheter om gatupriser för olika narkotikasorter.	Insamlas av CAN.	Ja.		Redovisas av CAN, senast i rapporten i rapporten CANs rapporteringssystem om droger (CRD), Rapport nr 127 (2011).
Antal beslag (UTV) <sup>1</sup> .	Antal för polis tull sammantaget.		Alla beslag statistikförs.	Redovisas av tull och polis.	Nej.	Ja.	Se illegal alkohol.
Framställning, försäljning, anskaffning och narkotikasmuggling (UTV) <sup>1</sup> .	Lagförda per 100 <sup>1</sup> inv. för brott mot NSL (framställning, överlåtelse) och för brott mot lag om smuggling .	Uppgifter som kommit till rättsväsendets kännedom.	Sammanställs av BRÅ.	Redovisas av BRÅ och specifika data kan beställas från BRÅ (från lagföringsreg)	Nej.	Ja.	Som för beslag speglar antalet lagförda för dessa narkotikabrott till stor del mer aktiviteter än tillgången. Antalet borde, om möjligt, relateras till aktivitetsnivå.
<b>1c. Tobak</b>							
Priser (K).	Realprisutvecklingen för cigaretter resp. snus.	Realpriserna, dvs. löpande priser korrigerade för inflation (KPI).	SCB genom urval av butiker/kiosker och urval av produkter inom ramen för att följa prisutvecklingen i Sverige (KPI).	Månatliga prisserier.	Ja.	Nej.	Kan inte brytas ner regionalt men priserna torde inte uppvisa några större regionala skillnader.
Efterlevnad av åldersgränser (K).	Andel under 18 som kan köpa cigaretter i butiker.	Provköpsstudier med ungdomar fyllda 18 men som ser yngre ut.	Faktiska tester/observationer om möjligt att köpa cig. i butiker slumpvist utvalda butiker.		Se åldersgränser för alkohol ovan.		Se åldersgränser för alkohol ovan.
Antal försäljningsställen (K).	Butiker/kiosker och likn. som säljer tobaksprodukter.	Frågan ställs till kommuner och redovisas i Länsrapp.	Fråga i webbenkät.	Finns på FHI.	Ja, men finns bortfall i data.	Nej.	2009 hade 39 kommuner (13,4 %) inte lämnat svar.
Illegal tobak – antal beslag (UTV) <sup>1</sup>	Antal för polis tull sammantaget		Alla beslag statistikförs	Redovisas av polisen och tullen.	Nej.	Ja.	Se ovan angående alkohol.
Olovlig försäljning och muggling (UTV) <sup>1</sup> .	Lagförda/100 <sup>1</sup> inv för brott mot tobakslagen, (olovlig försäljning) och för brott mot lag om straff för smuggling.	Uppgifter som kommit till rättsväsendets kännedom.	Sammanställs av BRÅ.	Redovisas av BRÅ data kan beställas från BRÅ (från lagföringsreg).	Nej.	Ja.	Se ovan angående alkoholen.

<sup>1</sup> Kan om arbetet går väl utvecklas till att senare användas som utökade indikatorer

forts. TABELL 1

INDIKATORER	Definition och målgrupp	Mätmetod (ex. frågebatteri)	Datainsamlingsmetod	Data-material	Att användas 2011–	Behöver utvecklas 2011–	Kommentarer, övrigt
<b>1d. Dopning</b>							
Priser (K)	Priset för anabola steroider justerade för KPI				Nej	Ja	Ett utvecklingsarbete som förslagsvis skulle kunna vara en uppgift för den föreslagna antidopningsorg
Antal beslag (UTV) <sup>1</sup>	Antal för polis och tull sammantaget		Alla beslag statistikförs	Redovisas av tull och polis	Nej	Ja, sannolikt	Se illegal alkohol
<b>2. Självskattad tillgång</b>							
<b>2a. Alkohol</b>							
Illegal alkohol (K).	Ungdomar: andel som druckit smugglad alkohol för sprit, starköl, cider/ alkoholisk för sig och andel som druckit hembränt.	Frågor om hur många gånger man under senaste 12 månaderna har druckit dessa drycker.	Skolenkäter i åk 9, gymnasiet åk 2.	Sammanställs årligen av CAN där också rådata finns .	Ja.	Ja. Separata frågor om smugglad starköl och smugglad cider/ alkoholisk behövs.	Frågor ställs också om olika alkoholdrycker oberoende av anskaffningskälla vilket är viktigt att jämföra med. Speglar också efterfrågan men ingen ska ha tillgång till detta. Separata frågor om starköl och alkoholisk/cider fr.o.m. 2011.
Upplevd lätthet/svårighet att skaffa olika alkoholdrycker (U).	Ungdomar: andel som uppger det vara mkt lätt/ganska lätt att få tag på olika alkoholdrycker (ex. systembolagssprit, smuggelsprit).	Frågor om det är lätt eller svårt för att få tag i följande drycker?	Se ovan.	Se ovan.	Ja, delvis.	Ja, separata frågor om smugglad starköl och smugglad cider/ alkoholisk behövs likaså separat fråga om Systembolagsvin och smuggelvin.	Frågor ställs både om legal och om illegal alkohol vilket är viktigt för jfr. Starköl, cider/alkolisk, se ovan.
Vanligaste anskaffnings-sätt (U).	Ungdomar: andel som uppger olika anskaffningssätt för olika drycker .	Fråga om hur man vanligtvis får tag på olika drycker. Får kryssa för max tre anskaffningssätt per dryck.	Se ovan.	Se ovan.	Ja, delvis.	Se ovan. Eventuellt inkludera frågor om alkoholens ursprung.	Se ovan: starköl separeras från alkoholisk/cider 2011 men eventuella övriga förändringar kan göras först i 2012 års enkät. Eventuella frågor om alkoholens ursprung, först fr.o.m. 2012. Följdfrågor om alkoholens ursprung avser f.a. när man svarar att man fått alkoholen från syskon eller kompisar.
<b>1a. Narkotika</b>							
Använt narkotika (K) (Se också tabell 3).	Ungdomar: andel som använt narkotika senaste 12 mån.	Fråga om man använt narkotika senaste 12 mån. (Ja/nej).	Skolenkäter i åk 9, gymnasiet åk 2.	Se ovan.	Ja.	Nej.	Kan också spegla efterfrågan men INGEN ska ha tillgång till detta.
Möjlighet att använda narkotika(K).	Ungdomar: andel som någon gång haft möjlighet att pröva narkotika.	Fråga om man någon gång haft möjlighet att pröva narkotika (Ja/Nej).	Skolenkäter i åk 9, gymnasiet åk 2.	Se ovan.	Ja.	Bör specificeras till de senaste 12 mån.	Kan också spegla efterfrågan till narkotika.

<sup>1</sup> Kan om arbetet går väl utvecklas till att senare användas som utökade indikatorer

forts. TABELL 1

INDIKATORER	Definition och målgrupp	Mätmetod (ex. frågebatteri)	Datainsamlingsmetod	Data-material	Att användas 2011–	Behöver utvecklas 2011–	Kommentarer, övrigt
Ic. Illegal tobak							
Hur man anskaffar cigaretter (K) respektive snus (U).	Ungdomar: andel som uppger att man får tag på cigaretter och resp. snus från olika källor (ex. försäljare av smuggelcigaretter).	Två frågor: hur man vanligtvis får tag på cigaretter och vanligtvis får tag på snus med olika källor.	Skolenkäter i åk 9, gymnasiet åk 2.	Se ovan.	Ja.	Snus: finns ingen fråga om smuggelsnus. För båda bör man även för källorna "kompisar", "föräldrar", "annan person" fråga om ursprungskälla (såsom man gör för dem som köper själva).	Cigarettrågan – bör göras tydligare så att man vet var cigaretterna ursprungligen kommer ifrån. Detta kan, enligt CAN, inte göras förrän möjligen i 2012-års skolenkäter. Smuggelsnus förekommer men i liten omfattning enligt SoRADs Monitormätningar. Det är värt att se närmare på hur vanligt i de yngre åldrarna innan man bestämmer sig om huruvida smuggelsnus skall inkluderas i skolenkäterna eller ej.
Ib. Dopningsmedel							
Använt dopningsmedel (K).	Ungdomar: andel som någon gång använt anabola androgena steroider (AAS).	Fråga ställs om man någon gång använt med flera frekvensalternativ ang. kurande.	Skolenkäter i åk 9, åk 2 gymnasiet.	Se ovan.	Ja.	Nej.	Övriga frågor om bruk av AAS till vuxna redovisas i samband med mål 4.

### 3.3. Långsiktigt mål 2: "Barn ska skyddas mot skadliga effekter orsakade av alkohol, narkotika, dopning eller tobak"

I detta avsnitt behandlas också ett av de prioriterade målen under detta långsiktiga mål, nämligen att "färre barn ska födas med skador orsakade av alkohol, narkotika, dopning eller tobak". Det kommer att framgå att det finns få indikatorer inom detta område som kan användas direkt som en del av en uppföljning av strategin. Om framtida indikatorer skall utvecklas under strategiperioden, vilket det finns förutsättningar för, krävs ett omfattande systematiskt arbete.

#### Ofödda – nyfödda barnet och modern under graviditeten

Den arbetsgrupp (kommitté) inom kommissionen som ser över alkoholdata, indikatorer och defini-

tioner föreslår inom ramen för det av EUs alkoholstrategin prioriterade målet "Protect young people, children, and the unborn child" bl.a. följande:

INDIKATOR	DEFINITION	KÄLLA
Skador orsakade av alkohol under graviditeten	Incidens av fetalt alkoholsyndrom (ICD-10 kod Q86.o)	"European Surveillance of Congenital Anomalies" (EUROCAT)

(Källa: EC, 2010, Alcohol-Related indicators).

EUROCAT är ett europeiskt nätverk av populationsbaserade register för epidemiologisk bevakning av medfödda missbildningar. Det täcker för närvarande ungefär 1,5 million födselar från 43 register i 20 länder. Enligt kommittén finns dock selektionsbias i de data som bildar underlaget och man menar därför att ytterligare datakällor och fler indikatorer borde identifieras.

### *Medicinska födelseregistret, Patientregistret och Dödsorsaksregistret*

För svensk del ingår data från Medicinska födelseregistret (MFR) i EUROCAT. MFR är ett sedan 1973 rikstäckande medicinskt födelseregister över samtliga graviditeter som lett till förlossning i Sverige. Registret omfattar uppgifter om själva graviditeterna, förlossningarna och om de nyfödda barnen. Innehållet utgår från uppgifterna som förs in i de journaler som används i mödrahälsovård, förlossningsvård och nyföddhetsvård. Bara uppgifter där det finns ett klart motiv för en rikstäckande registrering på individnivå tas med (Socialstyrelsen, 2009). Syftet med registret är att det ska vara ett underlag för analys av risker för kvinnor och barn under graviditet, förlossning och nyföddhetsperioden.

I MFR registreras således sjukdomsdiagnoser enligt ICD för nyfödda. Diagnoser med intresse för ANDT är fetalt alkoholsyndrom (ICD-10: Q86.0), påverkan av tobaksbruk (P04.2), påverkan av alkoholbruk (P04.3) och påverkan av alkoholbruk och bruk av tillvänjande droger hos modern (P04.4). Även abstinenssymptom hos nyfödd på grund av bruk av tillvänjande medel hos modern (P96.1) och vård av blivande mode för (misstänkt) skada på fostret på grund av alkoholmissbruk hos modern inkluderas (O35.4). Trots alla dessa diagnoser sker relativt få registreringar (34, 22, 32, 29 diagnoser totalt respektive år från 2006 till 2009). Detta kan bero på en faktisk underrapportering vid förlossningstillfället och/eller att antalet som faktiskt upptäcks redan vid förlossningen inte är större än detta. Det är nämligen högst troligt att olika symptom inte upptäcks direkt vid förlossningen.

För att se om dessa diagnoser ställs i andra sammanhang gjordes inom ramen för föreliggande arbete sökningar i Socialstyrelsens patientregister – både slutna sjukhusvård och öppenvård – samt i Socialstyrelsens dödsorsaksregister. I slutenvårdsregistret hittades få fall (ex. 4 patienter 2009 och en patient 2007 med ovan nämnda diagnoser), i öppenvårdsregistret respektive dödsorsaksregistret hittades inga fall överhuvudtaget. Detta var väntat men illustrerar att det är svårt att identifiera nyfödda och barn med fetalt alkoholsyndrom och liknande diagnoser. Visserligen kan det röra sig om små tal men inte så små som dessa data indikerar. Det finns helt enkelt ingen bra indikator idag baserat på diagnostiska kriterier hos nyfödda eller barn.

Om man ska bygga vidare på något av dessa register bör det vara MFR. Men för att data från MFR skall kunna användas som en indikator framöver måste man få en bättre bild av vad dessa data verkligen står för, både när det gäller faktiska nivåer och (framförallt) när det gäller faktiska trender. Det är sannolikt att det rör sig om en underrapportering men frågan är om denna är relativt konstant över tid eller ej. Här bör, enligt min mening, ett utvecklingsarbete påbörjas med Socialstyrelsen som den viktigaste aktören.

För att få en bättre bild av hur många barn och unga som föds och växer upp i risk- och missbruksmiljöer måste andra data analyseras. Men inte heller här finns, enligt min bild, någon idag enskild tillgänglig datakälla – indikator – som ger en tillförlitlig bild av nivåer eller utveckling. Det beror ibland på att datakvaliteten i sig har stora brister, men också på att data (trots i sig god kvalitet) egentligen inte primärt är en indikator för just dessa problem (men angränsande).



När det gäller MFR registreras sedan 1982/83 rökning och sedan 1999 snusning under graviditet. Sammantaget innehåller registret sex tobaksvariabler: rökning/snusning tre månader före aktuell graviditet, rökning/snusning vid inskrivning till mödrahälsovården och rökning/snusning vid graviditetsvecka 30–32 uppdelat på följande nivåer: Inget tobaksbruk, 0–9 cigaretter/dag, 10 cigaretter eller fler/dag, snus.

Detta är viktiga variabler – indikatorer – att följa eftersom rökning under graviditet påverkar fostrets och barnets liv och hälsa. De mest intressanta indikatorerna för detta ändamål torde vara tobaksbruk vid vecka 30–32.

### ***Nationellt kvalitetsregister över Mödrahälsovården (MHV-registret)***

Även detta register innehåller data om tobaksbruk men också om riskbruk av alkohol och baseras på frågor ställda till gravida på MHC och som ej blir journalförda. I registret finns precis som i MFR data över tobaksbruk tre månader före graviditet, vid inskrivning inom Mödrahälsovården och i graviditetsvecka 32 men med följande uppdelning: inget tobaksbruk, röker, snusar, röker och snusar. I registret ingår också en fråga om kvinnan screenats för riskbruk av alkohol med AUDIT och om så är fallet hur många AUDIT-poäng. AUDIT-skalan är ett internationellt screeningstest framtaget av WHO (se Babor, m.fl., 2001; för svensk manual: se Wennberg, m.fl., 2006) bestående av 10 frågor. AUDIT bygger på att respondenterna får återge frekvensen av alkoholbeteende som kan anses som riskfyllt (tre frågor), som alkoholberoende (tre frågor) och som skadlig alkoholkonsumtion (fyra frågor). Skalan

fungerar som ett additivt index från 0 upp till högst 40 poäng (0–4 poäng per fråga). Om respondentens poängantal uppgår till 8 eller mer för männen anses den svarande uppvisa riskabla alkoholvanor. För kvinnor är motsvarande gräns satt till minst 6 poäng. Vid mycket höga poäng föreligger snarare ett problematiskt bruk (missbruk) än riskbruk (enligt Wennberg, m.fl., 2006 (zon III-IV): män:  $\geq 16$  p.; kvinnor:  $\geq 14$  p.; alternativt zon III). När det gäller frågorna om rökning och snusning ställs de vid det första besöket (inskrivningen) på MVC och vid ca vecka 32. AUDIT ställs endast vid inskrivningen. Eftersom AUDIT avser vanorna under det senaste året speglar svaren till viss del vanorna året innan graviditeten.

Rapporteringen till registret (huvudman: Stockholms läns landsting) är frivillig och bygger på uppgifter från enskilda mottagningar. Individdata inrapporteras av barnmorska via webbaserad enkät. Inrapporteringen sker vid två tillfällen, dels vid inskrivning på mödrahälsovården (numera ofta runt vecka 6–8), dels efter avslutad graviditet (senast 16 veckor efter förlossningen). Enligt uppgifter från registerhållaren uppgick antalet registreringar (antal gravida) till ca 61 000 år 2010 av sammanlagt ca 110 000 gravida kvinnor under det gångna året. Av dessa ca 61 000 gravida hade ca 50 000 screenats för AUDIT, dvs. för ca 45 procent av samtliga gravida (50/110) finns uppgifter om AUDIT. Nästan alla registreringar innehåller uppgifter om rökning och snusning. Enligt registerhållaren kommer svarsnivån att höjas väsentligt under 2011 för att framöver täcka in flertalet graviditeter i Sverige

Min bedömning är att både tobaks- och alkoholdata (plus AUDIT) i MHV-registret bör kunna an-

vändas som indikator under strategiperioden, dock under förutsättning att registret framöver täcker en större andel gravida. En fördel med dessa data är att de finns tillgängliga relativt snabbt. Det bör understrykas att en hög AUDIT-poäng inte nödvändigtvis innebär att barnet far illa: det kan, som nämndes, återspegla tidigare vanor före graviditeten eller vanor som kommer att ändras efter första besöket på MVC. Men höga poäng kan också indikera att barnet kommer att växa upp i en familj med riskbruk/missbruk hos modern (och kanske även hos fadern). Möjligen hör indikatorn mer till mål 4 som handlar om riskbruk och missbruk/beroende (i befolkningen). Med tanke på att det ändå, trots allt, är relativt många gravida som besvarar frågorna, och antalet svarande förmodas öka, bör den dock under alla omständigheter ingå i en samlad uppföljning av ANDT-strategin vad gäller tobaks- och alkoholvanor.

Uppgifter om narkotikavanor saknas både i MFR- och i MHV-registret, men skulle kunna inkluderas i MHV-registret genom att ställa en eller två frågor om aktuellt narkotikabruk till de gravida. En invändning mot att fråga och registrera aktuellt narkotikabruk är att detta kan uppfattas som mycket känsligt. Men samtidigt måste detta sättas i relation till det ofödda barnets bästa. Det är inte heller givet att frågor om narkotika upplevs som känsliga (och känsligare än tobak), åtminstone inte i ett sammanhang när fokus är på barnets bästa. Vidare ligger betoningen i strategin på den sammantagna bördan av både alkohol, tobak och narkotika, vilket också talar för att narkotikavanor bör uppmärksammas. Dopning får betraktas som ett alldeles för ovanligt fenomen, särskilt bland kvinnor, för att vara relevant i detta sammanhang.

## Barnens uppväxtmiljö

Ser man istället till barnen och deras miljö under uppväxtperioden framkommer andra möjliga framtida indikatorer. En given indikator skulle naturligtvis vara antalet barn som växer upp i missbrukarmiljöer, framförallt i familjer med missbruk hos en eller båda föräldrarna (vårdnadshavarna). Någon sådan färdigutvecklad indikator finns dock inte. Enligt kommissionens kommitté för alkoholdata, indikatorer och definitioner pågår ett antal olika pilotprojekt med olika angreppssätt i olika länder i EU. Utfallen av dessa arbeten är viktiga att följa.

Det kan tyckas naturligt att antalet ärenden om barn och missbruk inom Socialtjänsten skulle kunna fungera som en viktig indikator på nivåer och förändringar över tid. Men så är inte fallet. Det är högst oklart vad dessa siffror egentligen uttrycker och de bedöms därför inte uppfylla kriterierna för en god indikator. Utsikten att liknande data skulle kunna användas om några år får också bedömas som små. Nedan följer dock några förslag på andra indikatorer som kan utvecklas och någon som med små justeringar skulle kunna användas redan från strategiperiodens början.

### *Barnavårdscentraler*

Landets barnavårdscentraler följer barn noga upp till fyra års ålder. Här finns mycket kunskap och uppgifter om barnens hälsa, inklusive uppgifter om barnens psykosociala uppväxtmiljö. Men det finns ingen nationell uppföljning inom barnhälsovården och inget nationellt kvalitetsregister. Detta har dock efterfrågats och i två län i Sverige har det sedan länge funnits individbaserade uppföljningssystem, Basta i Uppsala och BHVsystem i Örebro. SKL har

också startat "Barnhälsodataprojektet" som vid ett införande skulle kunna ge de önskvärda förutsättningarna för ett nationellt kvalitetsregister för barnhälsovården. Frågor om rökning (både föräldrar och i barnets hemmiljö) och alkohol (samtal om alkohol enligt instruktioner från FHI - av "Handledning för samtal om alkohol inom barnhälsovården), men ej narkotika, ställs också enligt givna instruktioner på många av landets BVC-mottagningar men det är oklart hur systematiskt detta sker. Alkoholsamtalet skall äga rum någon gång under barnets första levnadsår. Eftersom det saknas ett nationellt register stannar uppgifterna på BVC-nivå.

Det är angeläget att ett sådant kvalitetsregister byggs upp med stor täckning och med god dokumentation vad gäller både alkohol, tobak och även narkotika. Sistnämnda innebär att även samtal/frågor om narkotikabruk bör ställas på BVC-mottagningarna. I dagsläget råder dock alltför stor osäkerhet varför ingen indikator på området kan föreslås under strategiperioden.

### ***Skattningar av antal barn som växer upp i familjer med riskbruk och/eller missbruk av alkohol och användning av narkotika enligt frågeundersökningar***

Enligt skattningar baserat på FHIs HLV uppskattades år 2008 att ca 20 procent av samtliga 1,9 miljoner barn och ungdomar i åldersgruppen 0-17 år lever i familjer där minst en förälder har en riskabel alkoholkonsumtion enligt de tre första AUDIT-frågorna (AUDIT-C) (Ljungdahl, 2008).

Detta skulle innebära att ca 385 000 barn och ungdomar är exponerade för detta riskbruk. I rapporten anges också att mellan 1,2 och 1,8 procent av

alla barn lever i hushåll där någon vuxen har använt cannabis under det senaste året vilket skulle motsvara ca 30 000 barn.

Hur många av dessa som lever med föräldrar som missbrukar alkohol eller annan drog råder det delade meningar om, men ett värde som ofta refereras till dateras femton år tillbaka i tiden. Här anges att 10-15 procent av alla barn, motsvarande över 190 000, föds in i familjer där minst en förälder missbrukar (SOU, 1994). Dessa siffror baseras dock på tämligen grova uppskattningar av antalet föräldrar som överkonsumerar alkohol och det poängteras ofta att mörkertalet antas vara stort.

FHIs skattning är inte optimal. Bland annat är frågan om hur gamla de barn är som man bor tillsammans med inte tillräckligt detaljerad med för breda åldersklasser i de olika svarsalternativen: 0-6-, 7-12- och 13-17 år (och 18-). Såsom frågan är ställd går det således inte att urskilja enskilda barns ålder, och inte heller om respondenten har ett eller flera barn i samma åldersklass, dvs. enkäten ger inget svar på antal barn under 17 år. Inte heller är det möjligt att urskilja om det är egna eller sambons barn eller om barnet/barnen bor växelvis i annat hushåll. Utifrån folkhälsoenkäten går det heller inte att se eventuell sambos levnadsvanor och därför behöver man anta hur vanligt det är att samboende har samma levnadsvanor. Ytterligare begränsningar med nuvarande enkätfrågor om familjesituation berör unga vuxna som bor hemma med föräldrarna. Det går till exempel inte att utläsa om de bor med "egna barn" eller "syskon" då svarsalternativet föräldrar/syskon är valt medan svarsalternativet barn inte är ikryssat men ålder på barn är angivet (detta är enligt FHI vanligt förekommande bland svaren och korrekt

skulle ha varit att valt svarsalternativet ”barn” eller inte angett ålder på syskonen). Ytterligare brister är att FHI använder gränsvärdena  $\geq 6$  poäng och  $\geq 8$  för män respektive kvinnor för AUDIT-C när dessa poäng i själva verket rekommenderas som gränsvärden för den fullständiga AUDIT-skalans 10 frågor (se Babor, m.fl., 2001). För AUDIT-C används lägre poäng som gränsvärden (se t.ex. Sheridan, m.fl., 2011; Aalto, m.fl., 2009). (För AUDIT-C, se kap. 3.5. under avsnittet ”Alkohol – självrapporterade konsumtionsvanor – högkonsumenter och riskabla alkoholvanor”).

Här behövs således förändrade och mer detaljerade frågor och det kan finnas olika sätt att göra detta på. Men innan frågan ändras är det värt att först se närmare på Statistiska centralbyråns *Undersökning av levnadsförhållanden (ULF)* och hur de samlar in uppgifter om familjesituation. ULF ställer också alkoholfrågor men endast vart åttonde med då två år efter varandra där en sådan skattning också skulle vara möjlig att genomföra.

Sammanfattningsvis behövs så pass många stora antaganden göras för att kunna beräkna antal barn i familjer med riskbruk/missbruk av alkohol och med narkotikabruk baserat på nationella folkhälsoenkäten att uppskattningen bör ses som grov. Ett alternativ eller komplement skulle kunna utgöras av SoRADs Monitormätningar som innehåller mer detaljerade alkoholvanefrågor än FHIs HLV och där man också tydligare kan urskilja missbruk (problematiskt bruk) från riskbruk. Även i Monitormätningarna är dock barnfrågan för grov för att kunna användas som underlag i beräkning av antalet barn med föräldrar med riskbruk och missbruk. En omformulerad barnfråga skulle dock kunna börja

användas redan från och med mätningarna under våren 2011 varför också SoRADs data skulle kunna användas för att skatta antalet barn i dessa miljöer.

Ett alternativ till att utgå från föräldrarna skulle vara att istället utgå från barnen själva och hur de upplever alkoholvanorna i sin omgivning, framförallt hos sina föräldrar (vårdnadshavare). Någon sådan genomförd studie där barn och ungdomar direkt har tillfrågats om huruvida de upplever att de tillhör gruppen av barn till missbrukare har inte kommit till min kännedom. STAD genomför dock på uppdrag av CAN (FHI) för tillfället en pilotundersökning som syftar dels till att mäta förekomsten av antalet ungdomar som upplever att de lever i hushåll med vuxna som missbrukar alkohol, dels och som en naturlig följdfråga att se hur pass mycket sämre dessa ungdomar mår jämfört med ungdomar som inte växer upp med denna problematik. Studien, som är etiskt prövad, genomförs på ungdomar mellan 16-19 år gamla. I Studien används en validerad internationell skala – CAST (Children of Alcoholics Screening Test)-6-skalan (Hodgins, 1993; Jones, 1983; Hodgins, 1995) som inte tidigare använts i Sverige. Ett alternativ till CAST om den upplevs som lång eller för känslig skulle kunna vara den ensamma fråga som ställs i Finland, som också ingår i den nämnda studien och som dessutom kommer att ingå i det svenska ESPAD-formuläret, nämligen ”tycker du att det finns någon person nära dig som dricker för mycket alkohol”?

Barn/ungdomar yngre än 16 år bedömdes, ur etiskt synpunkt, inte som möjliga att inkludera i studien. Visserligen genomförs olika studier på barn under 16 år som godkänts av etisk kommitté ofta genom att man måste be om föräldrarnas samtycke

för barnens deltagande. Just i denna studie bedömdes dock inte detta som ett realistiskt alternativ då ju frågorna avser föräldrarnas alkoholvanor. Pilotundersökningen, som utgår från en webbenkät riktad till 16–19-åringar, kommer att ge besked om det överhuvudtaget är möjligt att ställa sådana frågor och om tillräckligt många 16–19-åringar som ingår i paneler väljer att besvara frågorna. Barn/ungdomar yngre än 16 år är alltså svåra, och kanske icke möjliga, att nå på detta sätt.

Sammanfattningsvis finns få indikatorer tillgängliga för att följa hur arbetet inom mål 2 utvecklas under perioden 2011 till 2015. Några som mäter delar av det man vill påverka skulle emellertid kunna användas vid mindre justeringar redan från och med 2011, nämligen (1) andel gravida som röker vid vecka 32 (MFR- och MHV-registren), (2) andel gravida med riskbruk (och eventuellt problematiskt bruk) enligt AUDIT enligt (MHV-registret), samt (3) andel barn som lever med föräldrar (vårdnadshavare) med riskbruk av alkohol (enligt AUDIT-C, en kortversion av AUDIT bestående av de tre första frågorna) och narkotikabruk (cannabisanvändning). Ytterst önskvärt vore också om MHV-registret kunde inkludera uppgifter om narkotikaanvändning bland gravida.

Idag finns ingen god indikator på antal barn som föds med ANDT-relaterade skador (ex. FAS/FASD). Detta är olyckligt. Möjligen kan data från MFR utgöra grunder för en framtida sådan. Ett utvecklingsarbete bör påbörjas som ger förslag på, om möjligt, hur en indikator som kan börja användas senare under strategiperioden skulle kunna utformas. Långsiktigt borde ett nationellt kvalitetsregister över BVC utvecklas med uppgifter om rökning,

men framförallt om risk- missbruk av alkohol och narkotika. Endast en av indikatorerna förslås som kärnindikator, nämligen andelen gravida som röker under graviditetsvecka 32.

### **3.4 Långsiktigt mål 3: "Antalet barn och unga som börjar använda narkotika och dopningsmedel eller debuterar tidigt med alkohol eller tobak ska successivt minska"**

Detta område om barn och ungdomar, och de data som belyser detta mål på nationell nivå, samlas in, framförallt, genom CANs årliga skolundersökningar i årskurs 9 och gymnasiets år 2. Eftersom vi har skolplikt till och med årskurs 9 så kan man, trots att ett fåtal ändå inte går i skolan eller i specialklasser, anse att data är representativa för 15–16-åriga ungdomar. Det är visserligen en stor andel 17–18-åringar som går i gymnasiets år 2, men data bör ändå primärt ses som representativa för just elever, och inte ungdomar, i åldern 17–18 år. Till detta kan läggas att det inte finns några kontinuerliga riksrepresentativa drogvaneundersökningar bland ungdomar, så det finns inga reella alternativ till att använda gymnasieundersökningen för den här åldersgruppen.

Däremot finns det mer sporadiskt genomförda undersökningar och årliga undersökningar men med alldeles för bristfällig täckning av ANDT-området. Dessa kan och bör användas som komplement till CANs men kan inte utgöra basen när det gäller indikatorer och uppföljning av barn och ungdomars alkohol och tobaksvanor.

En av dessa undersökningar är FHI's "Ungdomars tobaksvanor" som genomförts 1987, 1994, 2003 och senast 2009 riktad till 13-, 15- och 17-åringar (se FHI,

TABELL 2

**Mål 2 Långsiktiga indikatorer – Barn ska skyddas mot skadliga effekter orsakade av alkohol, narkotika, dopning eller tobak”**

(K=kärnindikator, U=utökad indikator, UTV=utvecklingsindikator)

INDIKATORER	Definition och målgrupp	Mätmetod (ex. frågebatteri)	Datainsamlingsmetod	Data-material	Att användas 2011–	Under utveckling 2011–	Kommentarer, övrigt
<b>1. Ofödda, nyfödda barnet</b>							
1a. Nyfödda med ANDT-skador (UTV).	Nyfödda som vid förlösning ges FAS-diagnos eller påverkan av alkohol, droger (ICD-10 koder, se text).	Bedömning av sjukvårdspersonal genom journal.	I journal.	Inrapporteras till MFR-registret.	Nej.	Ja, men krävs mer information om tillförlitlighet, ex. grad av underrapportering och om denna är relativt konstant etc.	Om validiteten bedöms som låg eller ingen ytterligare inf. kan ges kan uppgifterna inte användas som indikator.
1b. Gravida som röker (K) och med riskabla alkoholvanor (U).	Gravida som röker v. 32 och andelen gravida med minst 6 poäng på AUDIT vid inskrivning inom MHV.	I MVH-journal (MFR) om man röker: nej, 1–9 cig/dag, 10 e. fler/dag; snus: ja (nej) I MHV-reg.: frågor om alkoholvanor enligt AUDIT.	I MHV-journal – frågor om tobaksvanor (rökning och snusning) avseende 3 mån före grav. och vid inskr – v. 12.) och vid v. 30-32. AUDIT-pappersenkät som fylls i vid inskrivning på MVC (ca v. 8).	MFR: frågor enligt journal om rökning och MHV-register: frågor om alkoholvanor (AUDIT).	Ja.	Ja. MHV-registret: krävs uppgifter från en större andel av samtliga gravida genom fler deltagande enheter och lägre individuellt bortfall.	Två register finns: MFR och MHV, båda med data om tobaksvanor och med AUDIT-data i MHV-reg. Allmänt behövs bättre kunskap om hur prediktiva vanorna är för fortsatt rökning och riskabel alkoholvanor under fortsatt, och efter, graviditet. MHV-reg. har för låg täckning varför MFR föreslås för tobaksvanor.
<b>2. Barn som växer upp med i familjer/miljöer med risk-/missbruk</b>							
2a. Barn med föräldrar/vårdnadshavare med riskbruk/missbruk av alkohol och bruk av narkotika enligt föräldrars vanor (U).	Andel barn 0-17 år med föräldrar med riskbruk/ missbruk av alkohol, och bruk av narkotika.	Alkoholfrågan enl. AUDIT-C och KF-skalan och använt hasch/ cannabis senaste året.	Frågeundersökningar, FHIs postala enkät och SoRADs telefon-intervjuer riktade till repr. urval vuxna med barn.	FHIs årliga HLV och SoRADs månatliga Monitor-mätningar.	Ja.	Ja. Förbättrade frågor till respondenterna om vem man delar bostad med (ex antal barn).	Dessa ändringar kan göras relativt omgående varför denna indikator kan användas redan fr.o.m. 2011. Bör övervägas om motsv. också bör göras när det gäller rökning.
2b. Barn med föräldrar/vårdnadshavare med alkoholproblem enligt barnens uppgifter (UTV).	Andel barn som uppger att deras förälder(rar) riskmissbrukar alkohol, och (event.) brukar narkotika.	CAST-skalan (eller liknande).	Enkät/webbpanel eller liknande riktad till representativt urval barn/ungdomar.	Speciell undersökning behövs.	Nej.	Ja. Måste fundera på hur man når barnen.	Detta är en utvecklingsindikator som eventuellt kan användas framöver. Osäkert om detta är möjligt ur etisk synvinkel.

2010b). Frågorna liknar de som ställs i FHI HLV (röker dagligen, röker ibland, har rökt med slutat, har provat, har aldrig provat). Undersökningen har under alla fyra år gjorts i form av postenkät på samma sätt och vid samma tidpunkt på året och undersökningsgruppen har valts på samma sätt. Vissa frågor har utgått medan andra tillkommit. År 2009 beslutades att en del av undersökningen skulle

göras i form av en webbenkät. Till skillnad från CAN rör det sig här om ett individurval och enkäten skickas hem till ungdomarna genom att första be föräldrarna om tillåtelse. Svarsfrekvensen uppgick till 44 procent för postenkäterna och 58 procent för webbenkäterna. Frånsett de skilda insamlingsmetoderna var frågorna desamma, pappersenkäten och inbjudan om att besvara webbenkäten sändes



ut vid samma tidpunkt och urvalsförfarandet var likadant. Här ställs frågor om attityder/inställning till rökning, kunskap om tobak, kamraternas tobaksvanor, vuxnas- föräldrars ansvar och föräldrarnas rökvanor (FHI, 2010b). Detta gör att fokus i undersökningen är något annan än CANs men som indikatorer för bruket görs undersökningen för sällan och dessutom är bortfallet mycket större än CANs skolundersökningar. Uppgifterna bör användas i ett uppföljningssyfte och jämföras med CANs nivåer och trender vad gäller rökning. Särskilt fokus bör ägnas 13-åringarna där det, vad jag vet, inte finns andra data att tillgå.

En annan och årlig undersökning är Barn-ULF (SCB, 2009) som syftar till att belysa hur barn har det och hur de upplever sin vardag. De barn som intervjuas är 10–18 år, och har valts ut genom att någon av föräldrarna i hushållet intervjuats i de sedvanliga ULF-undersökningarna. Barnen får en fråga om alkohol (hur ofta man druckit under det senaste halvåret: varje vecka, varannan vecka, varje månad, mer sällan, aldrig) och en fråga om rökning (hur ofta har det hänt att du rökt under något av följande hänt: varje dag, flera gånger i veckan, en gång i veckan, någon gång i månaden eller mer sällan eller aldrig). Båda dessa frågor ställs enbart till 13–18-åringarna. Undersökningen har genomförts sedan 2001 och ungefär 1100 barn har intervjuats varje år.

För internationella jämförelser kan data hämtas från den europeiska skolundersökningen ESPAD. Den första ESPAD genomfördes 1995 och har därefter genomförts vart fjärde år. Detta innebär att nästa datainsamling genomförs 2011 (våren). ESPAD genomförs med standardiserade frågeformulär och gemensam metodik i ca 35 europeiska länder (se

t.ex. Hibell m.fl., 2009). Frågorna, som besvaras anonymt i klassrummen med en undersökningsledare närvarande, avviker något från de i Sverige nationella årliga skolundersökningarna i årskurs 9 genomförda av CAN. Det går dock varken att väsentligen ändra på frågorna i dessa nationella mätningar med annat än att trender sedan 1970-talet bryts eller att ändra ESPAD-frågorna i riktning mot CANs nationella med följderna att Sveriges ungdomar inte kan jämföras med andra länder. Därför behövs båda där de årliga nationella bildar basen i Sverige även för regionala och framförallt lokala undersökningar och ESPAD för europeiska jämförelser.

I texten som följer behandlas endast de nationella skolundersökningarna i årskurs 9 och gymnasiet år 2. Här kan dock, i motsats till ESPAD, vissa ändringar trots allt införas på vissa frågor vilket inte nämnvärt påverkar möjligheterna att studera långa tidsserier.

De frågor som ställs av CAN möjliggör olika kategoriseringar, exempelvis alla som svarar "nej" på frågan om man röker även om man tidigare har rökt eller alla som aldrig någonsin rökt etc. Liknande resonemang kan föras för de andra substanserna. Strävan har här varit att ta de mest intuitivt rimliga och "enkla" kategoriseringar som indikatorer. Förslagen redovisas i tabell 2 men kommenteras kortfattat även i följande text. Det bör också tilläggas att alla indikatorer presenteras som andelen som svarat "ja", t.ex. andelen som använt narkotika, andelen som druckit alkohol. Det skulle naturligtvis också vara möjligt att vända på det och istället betona andelen som inte använt narkotika eller inte druckit alkohol. Eftersom andra indikatorer mer "naturligt" avser antal/andel med påvisat beteenden/skador

följer jag även den ordningen när det gäller ungdomar.

Enligt målet skall andelen som börjar använda narkotika och dopningsmedel och andelen som debuterar tidigt med alkohol eller tobak minska. För tobak bedöms det mått som rimmar bäst med den allmänna bilden vara att redovisa den andel som på frågan om man röker svarar "ja", oberoende om det är "varje dag", "nästan varje dag", "bara när det är fest" och "bara ibland", dvs. alla "ja"-alternativ inkluderas. Frågan möjliggör andra uppdelningar och det är naturligtvis viktigt att också följa andelen dagligrökare, men som kärnindikator föreslås andelen som svarar "ja" oberoende av frekvens.

Som mått på narkotikaanvändning föreslås två, båda som kärnindikatorer, nämligen andelen som någon gång använt narkotika och andelen som använt narkotika under de senaste 12 månaderna. Framförallt i årskurs nio är livstidsprevalensen (någon gång) relevant eftersom de är såpass unga och variabeln stämmer bättre in med målet att aldrig ha provat. Nivåerna för livstidsprevalens blir också högre jämfört med andelen som använt de senaste 12-månaderna, vilket gör data nedbrytbara i mindre undergrupper och därmed mer användbara.

CANs dopningsfråga avser anabola steroider, vilket är rimligt då dopning nästan uteslutande rör anabola steroider. Frågan som nu finns avser "använt någon gång" med flera ja-frekvens-alternativ. Det är meningslöst att regelmässigt lägga till ytterligare en fråga om mer regelbundet bruk (senaste 12 månaderna) om anabola steroider eftersom antalet som kommer att svara ja på den frågan av allt att döma blir ytterst få. Möjligen kan en sådan fråga ställas vissa år för att se om nivåerna kvarstår som mycket

låga. Som kärnindikator blir då således andelen som uppger att de någon gång använt anabola steroider.

Alkoholfrågorna i CANs undersökningar är många till antalet men skall här relateras till målet att inga personer skall debutera tidigt med alkohol. Enligt svensk lag skall i princip ingen elev i årskurs 9, och bara ett begränsat antal i gymnasiets år 2, ha tillgång till alkohol. Undantaget är de gymnasieelever som fyllt 18 år och som får köpa alkohol på restaurang eller liknande. En enkel fråga är om man druckit alkohol under de senaste 12 månaderna (ja/nej). Detta mått korrelerar dessutom väl med andelen som i dryckesspecifika frågor säger att de inte druckit vare sig folköl, starköl, alkoholisk cider, vin eller sprit. Då den sistnämnda baserar på många fler frågor är den förstnämnda att rekommendera som en kärnindikator.

Det är väl känt att en stor andel elever i årskurs 9 och i gymnasiets år 2 dricker alkohol. I tillägg till att årligen mäta och följa utvecklingen av andelen som inte druckit alkohol under de senaste 12 månaderna är det viktigt att också följa upp med en fråga som knyter an till debutåldern. I skolundersökningarna finns en fråga om hur gammal man var första gången (om någonsin) man "drack minst ett glas alkohol" (öl, vin, sprit etc.) och hur gammal man var när man (om någonsin) blev berusad av alkohol. Eftersom elever i årskurs 9 är 15 år och fyller 16 under året så skulle andelen som druckit sitt första glas alkohol respektive druckit sig berusad när de var 13 år eller yngre kunna vara indikatorer på att ha "börjat för tidigt" med alkohol. Båda dessa betraktas som utökade indikatorer.



TABELL 3

### Mål 3 Långsiktig indikatorer (LS) – Minskning av barn och unga som börjar använda narkotika och dopningsmedel eller debuterar tidigt med alkohol eller tobak

(K=kärnindikator, U=utökad indikator, UTV=utvecklingsindikator)

INDIKATORER	Definition och målgrupp	Mätmetod (ex. frågebatteri)	Datainsamlingsmetod	Data-material	Att användas 2011–	Behöver utvecklas 2011–	Kommentarer, övrigt
<b>1. Ej använda och tidig debut – självrapporterade</b>							
<b>1a. Alkohol</b>							
Dricker alkohol (K).	Ungdomar: andelen som druckit alkohol under de senaste 12 mån.	Enkätfråga om man någon gång under de senaste 12 mån. druckit öl, alkoholisk, stark cider, vin eller sprit (ja/nej).	Skolenkäter i åk 9, gymnasiets åk 2.	Sammanställs årligen av CAN där också rådata finns.	Ja.	Nej.	
Debut alkohol (U).	Ungdomar: andel som druckit alkohol vid 13 år ålder eller före.	Enkätfråga om hur gammal var du när du (om någonsin) gjorde följande saker FÖR FÖRSTA GÅNGEN? (a. Drack alkohol: aldrig, ålder första gången).	Skolenkäter i åk 9.	Se ovan.	Ja.	Nej.	Känns inte relevant med denna fråga i gymnasieenkäten (år 2).
Debut berusningsdrickande (U).	Ungdomar: andel som druckit sig berusade vid 13 år ålder eller före.	Enkätfråga om hur gammal var du när du (om någonsin) gjorde följande saker FÖR FÖRSTA GÅNGEN? (b. Blev berusad av alkohol: aldrig, ålder första gången).	Skolenkäter i åk 9, gymnasiets åk 2.	Se ovan.	Ja.	Nej.	CAN har inom ramen för uppdraget redovisat andelen som druckit/varit berusade både för 13 och 14 år eller yngre med liknande trendresultat men högre nivåer för sistnämnda. Liknande tester bör göras regelbundet.
<b>1b. Tobak</b>							
Använder tobak (K).	Ungdomar: andel som ej röker resp. snusar.	Enkätfrågor om (1) man röker och (2) om man snusar. Alla nej-alternativ = nej.	Skolenkäter i åk 9, gymnasiet åk 2.	Se ovan.	Ja.	Nej, men se nästföljande kolumn.	CAN bör även framöver, vid olika tillfällen, redovisa andelen för olika kategoriseringar (ej bara alla ja/nej svar), ex andelen som röker varje dag nästan varje dag, andelen som aldrig rökt etc. i syfte att se om trenderna blir desamma.
<b>1c. Narkotika</b>							
Prövat narkotika (K).	Ungdomar: andel som använt narkotika.	Enkätfråga om man någon gång använt narkotika (Ja/nej).	Se ovan.	Se ovan.	Ja.	Nej.	
Använder narkotika (K).	Ungdomar: andel som använt narkotika de senaste 12 mån.	Enkätfråga om man använt narkotika de senaste 12 mån (ja/nej).	Se ovan.	Se ovan.	Ja.	Nej.	
<b>1d. Dopning</b>							
Använt anabola androgena steroider (K).	Ungdomar: andel som använt anabola steroider någon gång.	Enkätfråga om man någon gång använt AS (ja, flera ggr/kurer, ja, ett fåtal ggr/kurer, ja, en gång, nej).	Se ovan.	Se ovan.	Ja.	Nej.	

### 3.5. Långsiktigt mål 4: antalet personer som utvecklar skadligt bruk, missbruk eller beroende av alkohol, narkotika, dopningsmedel eller tobak ska successivt minska

Det är inte möjligt att få en helhetsbild av dessa önskade beteenden med endast en eller ett fåtal indikatorer. Under detta mål redovisas därför relativt många indikatorer som sammantaget förväntas ge en god bild av nivåer och framförallt trender. Flest indikatorer föreslås på alkoholsidan eftersom alkoholkonsumtion är mest utbrett i befolkningen och dessutom innefattar fler socio- kulturella dimensioner än övriga substanser. Nästan 90 procent av alla svenskar dricker alkohol under en 12-månadersperiod och det sker på en mängd olika sätt i olika miljöer och sammanhang. Avsnittet avslutas med en redogörelse för den planerade speciella baslinjemätningen som föregås av en pilotundersökning.

De flesta av de indikatorer som föreslås i detta kapitelavsnitt baseras på frågeundersökningar. För samtliga tre huvudundersökningar som nämndes i kapitel 2 finns det stora behov av utvecklings- och forskningsarbete när det gäller indikatorer – t.ex. hur man skall mäta den oregistrerade konsumtionen (Monitor), hur man skall mäta och redovisa andelen elever med upplevda alkoholrelaterade problem både i åk 9 och gymnasiets år 2 (CANs skolundersökningar) och hur man får en mer tillförlitlig skattning av andelen barn vars föräldrar/vårdnadshavare uppvisar riskbruk och/eller missbruk av alkohol eller andra droger (FHIs HLV). Den föreslagna arbetsgruppen, nämnd i kapitel 2.2, bör också få uppdraget att ta fram nationella riktlinjer för hur

man konkret analyserar ANDT-data för olika skolor/frågebatterier. En viktig fråga är hur man skall hantera extrema värden (ex. en respondent uppger konsumtionsmängd motsvarande 100 liter ren alkohol per år), en annan hur man skall hantera interna (partiella) bortfall (ex. respondenten svarar på 8 av 10 frågor i en skala), en tredje vilka variabelvärden olika svarsalternativ skall ges (ex. tydliggöra årsvärdet för en respondent som uppger bruk av starköl 2–3 gånger i veckan), en fjärde hur man kan uppnå lägre bortfall och mindre selektivitet bland de svarande (ex. om och hur man kan vikta materialet). Det är viktigt att dessa tre undersökningar visar färdriktning för framtiden. Som också nämndes i kapitel 2.2 bör arbetsgruppen också ge konkreta förslag på hur de framtagna riktlinjerna bäst kan spridas och implementeras i Sverige och vilka resurser detta skulle kräva.

När det gäller bortfallsproblematiken i frågeundersökningar är bilden idag såpass allvarlig att det utgör ett reellt hot mot surveymetodikens framtida existens. Detta gäller framförallt när man skall vända sig till representativa urval av befolkningen med hjälp av postala enkäter, telefonintervjuer eller besöksintervjuer. Numera är det mer regel än undantag att bortfallet uppgår till ca 50 procent och bortfallet har under senare år ökat, inte minst bland unga vuxna. Dessutom ökar andelen i befolkningen som endast har mobiltelefon och som därmed ofta (men inte alltid) inte finns med i urvalsramen för traditionella telefonundersökningar.

Den pilotundersökning som påbörjas under våren 2011 kan ses som en förstudie inför en större baslinjemätning som skall påbörjas sannolikt under första halvåret 2012 med fokus på skadligt bruk,

beroende och skador på tredje person. Pilotundersökningen syftar dels till att testa formulär – instrumenten, frågorna, skalorna, dels till att få bättre kunskap om hur man, genom en kombination av datainsamlingsmetoder (survey metoder), kan förbättra svarsfrekvensen (och vilken survey metod som fungerar bäst) och identifiera grupper som är underrepresenterade bland svarande. Sistnämnda är viktigt för att kunna bestämma om, och hur man skall stratifiera huvudurvalet, dvs. om vissa grupper skall översamlas och i vilken omfattning.

### Konsumtionsvanor

Tidigare forskning har visat på samband mellan storleken av alkoholkonsumtionen och andelen risk- eller storkonsumenter. Detta innebär att när den totala alkoholkonsumtionen ändras så brukar också andelen storkonsumenter förändras i samma riktning (Nordlund, 2003; Stockwell, Zhao, & Thomas, 2009; för aktuella resultat för Sverige, se Leifman & Ramstedt, 2009). Båda dessa är också av stor vikt för alkoholproblemets omfattning: en ökad/minskad konsumtion brukar åtföljas av ökade/minskade alkoholproblem. Därför är konsumtionsutvecklingen viktig att följa. Men alkoholens effekter beror också i hög grad på hur alkoholen konsumeras. Därför blir det viktigt att följa inte enbart totalkonsumtionen och andelen högkonsumenter och missbrukare (skaldigt bruk, beroende) utan även olika aspekter av dryckesmönstret, framförallt omfattningen av intensivkonsumtion (berusningsdrickande). Detta är inte minst viktigt i ett land som Sverige vars dryckesmönster kännetecknas av relativt få dryckestillfällen (ex. per vecka) men med hög konsumtion per dryckestillfälle. En relativt stor andel av

samtliga dryckestillfällen resulterar således i berusning och i akuta alkoholskador i form av t.ex. alkoholförgiftning och olika former av olyckor.

Liknande resonemang kan föras på de andra substanserna även om vår kunskapsnivå vad gäller narkotika, tobak och dopning är generellt sett lägre. Men det torde vara av betydelse att inte enbart mäta andelen som använder exempelvis narkotika, eller för den delen andelen som röker dagligen, utan också kvantiteterna. Detta är inte enkelt (det finns ju exempelvis olika narkotiska preparat) men borde vara en uppgift som åtminstone de nämnda nationella basundersökningarna borde ha som ambition att uppskatta.

### *Alkohol – alkoholanskaffning*

Även för att mäta konsumtionen av alkohol finns inget enskilt mått som kan ge en fullständig helhetsbild av alkoholsituationen i Sverige. Principen blir därför att använda sig av data från flera olika källor för att på så sätt fånga in olika centrala aspekter av alkoholkonsumtionen. I grunden används två olika datakällor. Den ena är försäljnings – eller anskaffningssiffror, den andra är uppgifter baserade på självrapporterade konsumtionsvanor enligt frågeundersökningar. När det gäller den förstnämnda mäts denna dels av den i Sverige statistikförda inhemska försäljningen av alkoholdrycker på Systembolaget, restauranger och av folköl (även kallad registrerad alkoholkonsumtion), dels av alkoholdrycker som inte statistikförs i Sverige. Det sistnämnda, som fortsättningsvis kommer att benämnas oregistrerad alkoholkonsumtion, består i huvudsak av alkohol som har förts in i Sverige från andra länder – genom såväl resandeförsel som

smuggling – och av hemtillverkade alkoholdrycker (se t.ex. Leifman & Gustafsson, 2003; Ramstedt, m.fl., 2010).

Den totala anskaffningen av alkohol i Sverige mäts sedan juni år 2000 månatligen av SoRAD genom det s.k. Monitorprojektet. Vid dessa beräkningar av den totala nivån är utgångspunkten uppgifter om den registrerade delen eftersom denna fångar upp den största delen av anskaffningen av alkohol och sammanställs utifrån försäljningssiffror från Systembolaget och leveranser av alkoholdrycker till restauranger och av folköl till livsmedelsbutiker. Det huvudsakliga syftet med Monitorprojektet är att mäta utveckling och omfattning av den totala alkoholskaffningen i Sverige. För detta ändamål ställs olika frågor riktade till riksrepresentativa urval av den svenska befolkningen om s.k. oregistrerade delmängder dvs. främst privatinförsel av alkohol, alkoholsmuggling och hemtillverkning och under senare år också kompletterad med köp av alkoholdrycker genom Internet. Mätningarna, som är månatliga och genomförs vid varje månadsskifte, har pågått sedan juni år 2000. Vid varje tillfälle intervjuas 1 500 personer och frågorna avser den senaste 30-dagarsperioden. Att mätningarna sker såpass ofta gör det möjligt att undersöka förändringar under året. Svaren från tolv månader borde rimligtvis även vara mer rättvisande för den verkliga alkoholkonsumtionen än mätningar gjorda vid endast ett tillfälle, eftersom det har visat sig att det finns stora variationer i konsumtionen mellan olika månader.

De skattade mängderna av oregistrerad alkohol läggs sedan ihop med den inhemska försäljningsvolymen (registrerad konsumtion) i syfte att få en

bild av svenskarnas totala alkoholskaffning (totala faktiska alkoholkonsumtion). Den registrerade konsumtionen fångar upp den största delen av konsumtionen av alkohol i landet (enligt SoRAD: 78 % 2009) och sammanställs utifrån försäljningssiffror från Systembolaget och leveranser av alkoholdrycker till restauranger och folköl till livsmedelsbutiker.

Kännetecknande för flertalet av frågorna i mätningarna av oregistrerad alkohol är således att det rör anskaffning, inte konsumtion, t.ex. köp av insmugglad alkohol och införsel av alkohol från utlandet. Skattningarna av oregistrerad alkohol är en ständig källa till diskussion. Det finns, och kommer alltid att finnas, olika metodologiska problem förknippade med självrapporterade svar, uppgivna i frågeundersökningar med stora och ökande bortfall. Detta gör det svårt att mäta de faktiska nivåerna. Det är viktigt att fortsätta med liknande mätningar framöver men det måste samtidigt ske mer av kontinuerliga metodförbättringar och fler försök till valideringar, ett arbete som bör ske inom ramen för den föreslagna arbetsgruppen omnämnd i kapitel 2.2. När det gäller just denna fråga bör den nämnda arbetsgruppen samla experter från exempelvis Tullverket polisen och forskare i en mindre arbetsgrupp i syfte att försöka nå längre och få data validerade. Tullverket är i detta sammanhang en nyckelgrupp och kanske finns det möjligheter att testa olika metoder för att skatta inflödet av alkohol på basis av beslagtagna mängder.

Det bör dock understrykas att mycket av grundarbetet åvilar SoRAD. Det är SoRAD som måste ta fram data, systematiskt måste gå igenom fråga för fråga, stå för programmering, kontroll av selektivi-

tetsproblem i bortfall och viktning av data m.m. SoRAD genomför, eller har nyligen genomfört, tillfället flera metodtester/förbättringar av data (se t.ex. Ramstedt, 2010, Wennberg, m.fl., 2011). Detta arbete bör, enligt min mening, fortsätta och t.o.m. utökas. En kärnfråga är naturligtvis om och hur man kan reducera, eller kompensera för, det stora och ökade (selektiva) bortfallet.

Det är dock inte enbart mätningar av den oregistrerade alkoholen som är bekymmersamma. Det samma gäller uppgifter om försäljning av alkoholdrycker på restauranger. Här finns två olika datakällor vilka båda är nödvändiga om man skall få en bild av både nationell och regional/lokal försäljning. Den officiella restaurangstatistiken bygger på partihandlarnas leveranser till restauranger. Partihandlarnas leveransuppgifter skickas till FHI där de bearbetas och redovisas. Partihandlarna redovisas inte försäljning uppdelat på olika regioner/kommuner utan endast den totala försäljningen på nationell nivå per dryckesslag. Skall man ha en bild av regionala/lokala variationer måste den andra källan analyseras, nämligen de s.k. restaurangrapporterna vilka egentligen är enkäter med frågor om bl.a. inköpta volymer alkohol per dryck och omsättnings-siffror som varje enskild restauratör fyller i varje år. Dessa skickas till respektive kommuns tillståndsenhet och därefter till FHI som tillhandahåller ett restaurangregister med dessa data. Det är således endast restaurangrapporterna som möjliggör regional och lokal uppdelning av restaurangförsäljningen. Dessa uppgifter är mycket relevanta och bör sammanställas eftersom sådan lokal/regional kunskap är viktig i det förebyggande arbetet, inte minst det arbete som görs inom ramen för ansvarsfull

alkoholservering där kopplingen mellan restaurangkonsumention och våld är centralt. Idag finns ingen god kunskap om hur försäljningen ser ut och har förändrats regionalt/lokalt.

I den av FHI redovisade alkoholstatistiken redovisas både nationella och regionala försäljnings-siffror på restauranger. Men det nämns inget om att sistnämnda baseras på restaurangrapporter med betydande underrapportering. Detta är olyckligt eftersom det kan skapa förvirring om vilken försäljningsnivå som faktiskt gäller på restaurang. Här krävs ett förtydligande.

De två datakällorna måste jämföras/valideras mot varandra. Beräkningar av FHI genomförda på arbetsgruppens uppdrag visar att försäljningsnivåerna på nationell nivå, enligt restaurangrapporterna, uppgår till ca 85 procent av försäljningsnivåerna enligt partihandlarna (2009: 86 %, se tabell 4). Ska restaurangrapporterna användas bör således en korrigering av denna underrapportering ske. Man bör också se över bortfallet av restaurangrapporter vilket uppgår till knappt 20 procent och som dessutom varierar något mellan olika regioner. Det bör också i sammanhanget nämnas att även partihandlarna uppvisar bortfall. År 2009 inkom svar från ca 85 procent av samtliga partihandlare. Detta betyder dock inte att försäljningsnivåerna täcker endast 85 procent av den faktiska försäljningsnivån. Andelen är med all sannolikhet högre, detta då de partihandlare som inte lämnat in uppgifter troligen i stor utsträckning utgörs av mindre partihandlare och av partihandlare som upphört med sin verksamhet under året. Problemet är att vi inte fullt ut vet detta. Även här bör bortfallsanalyser genomföras.

TABELL 4

**Försäljningsvolymerna på restauranger enligt partihandlare och enligt restaurangrapporter 2009**

Alkoholdrycker Partihandlare och restaurangrapporter	Volym – försäljning Volymliter (1000 liter)	Liter per inv. 15+	Liter ren alkohol 15+	Kvot volymliter: partihandlare/ restaurangrapport
<b>Sprit</b>				
Partihandlare	3868	0,50	0,15	1,28
Restaurangrapporter	3028	0,39	0,12	
<b>Vin</b>				
Partihandlare	3868	0,50	0,15	1,28
Restaurangrapporter	3028	0,39	0,12	
<b>Starköl</b>				
Partihandlare	77814	9,99	0,55	1,13
Restaurangrapporter	68749	8,82	0,49	
<b>Totalt</b>				
Partihandlare	99754	12,80	0,95	1,14
Restaurangrapporter	87364	11,21	0,82	

Sammantaget är behovet av utvecklingsarbete på restaurangområdet stort och detta bör, enligt min mening, genomföras av FHI som ansvarar för dessa restaurangdata. Arbetet bör genomföras under 2011. Min bedömning är att ett sådant arbete inte är alltför tidskrävande varför ett färdigt förslag på en utvecklad indikator på lokal, regional och nationell nivå bör kunna färdigställas under hösten/vintern 2011.

Det bör också nämnas att SoRAD har tillgång till månatlig restaurangförsäljning av starköl, något som det är önskvärt att även FHI har tillgång till. (Starkölsförsäljningen på restauranger uppgår till ca 60 procent av den totala restaurangförsäljningen i liter ren alkohol). Dessa data bygger på svenska bryggeriers leveranser och täcker således inte all starkölsförsäljning på restauranger. År 2009 upp-

gick nivån till ca 86 procent av den faktiska, varför månadssiffrorna i efterhand (början på nästkommande år) korrigeras för denna faktor (+1,14 % 2009).

***Alkohol – självrapporterade konsumtionsvanor***

Uppgifter om totalanskaffning ger ingen bild av hur konsumtionen utvecklas i olika grupper av befolkningen. För detta krävs analyser av självrapporterade konsumtionsuppgifter enligt riksrepresentativa frågeundersökningar. Även konsumtionsfrågor ställs inom ramen för Monitormätningarna. Sedan år 2004 avser frågorna samtliga sex alkoholdrycker (sprit, vin, starköl, folköl, starkvin och cider/blanddrycker). För respektive dryckesslag ställs först frågan hur ofta man druckit och därefter hur mycket man brukar dricka när man druckit

(under de senaste 30 dagarna). Denna skala har använts såväl i Sverige som internationellt under många decennier och brukar benämnas kvantitetsfrekvensskalan (förkortat KF-skalan [eller på engelska QF-skalan]). Konsumtionsdata byggs således på uppgifter från respektive respondent om hur mycket alkohol man druckit och kan, i motsats till total anskaffning, brytas ner på olika undergrupper såsom män och kvinnor, olika åldersgrupper samt socioekonomiska undergrupper. För att en jämförelse mellan olika alkoholdrycker med olika alkoholstyrka skall vara meningsfull räknas konsumtionen av dryckerna om till ren (100 %) alkohol. Detta krävs också vid beräkning av den totala alkoholkonsumtionen, som ju består av summan av konsumtionen av de olika dryckerna.

Det är rimligt att det är Monitordata som ligger till grund för att följa utvecklingen även av den självrapporterade konsumtionen totalt och uppdelat i olika befolkningsgrupper. Även här behövs dock kvalitetsförbättringar, inte minst i hur analysförfarandet av insamlade data.

Data över per capita (per respondent) självrapporterad alkoholkonsumtion ligger också till grund för indelningen av respondenter i olika alkoholvanegrupper, exempelvis nykterister och högkonsumenter och baseras således, när det gäller Monitordata, på KF-frågorna. Det är rimligt att det är dessa data som även fortsättningsvis ska användas för att följa konsumtionstrender (inklusive högkonsumenter, andelen konsumenter/nykterister) nationellt och även för större regioner.

Att konsumtionsmängder som beräknats utifrån sådana data är avsevärt lägre än de faktiska (dvs. jämfört med försäljningsuppgifter) och därför inte

kan användas som mått på den faktiska konsumtionen är sedan lång tid känt inom alkoholforskningen. Detta beror på att bortfallet i större utsträckning än de svarande består av storkonsumenter av alkohol men också, och framförallt, på att de som svarar i stor utsträckning underrapporterar sin alkoholkonsumtion. Däremot anses de kunna spegla trender över tid trots konstant lägre nivåer än de faktiska (se t.ex. Leifman 2003; Leifman & Gustafsson, 2004). Exempelvis har flera olika oberoende frågeundersökningar där man vänt sig till representativa urval av den svenska vuxna befolkningen och ställt frågor om konsumtion av olika alkoholdrycker bekräftat den ökning av svenska folkets alkoholkonsumtion från mitten av 1990-talet till 2003/2004 som anskaffningsdata visat, dvs. en ökning med mellan 25–30 procent från mitten av 1990-talet till 2002–2004 (se t.ex. Leifman, 2008).

### *Alkohol – självrapporterade konsumtionsvanor – högkonsumenter och riskabla alkoholvanor*

För att mäta hur många personer i befolkningen som i någon mening ”dricker för mycket”, oftast benämnt som riskkonsumenter (alternativt riskbrukare, riskabla alkoholvanor) men som jag föredrar att benämna som högkonsumenter (se längre ner i detta avsnitt), används oftast andelen respondenter i frågeundersökningar som överstiger en genomsnittlig hög nivå, uttryckt per vecka eller per dag, men med frågor som oftast har en observationsperiod som sträcker sig över den senaste månaden eller de senaste 12 månaderna. I Sverige används 14 standardglas för män och 9 standardglas för kvinnor per vecka som gränsvärde för riskabla alkoholvanor. Detta motsvarar ca 168 gram respektive

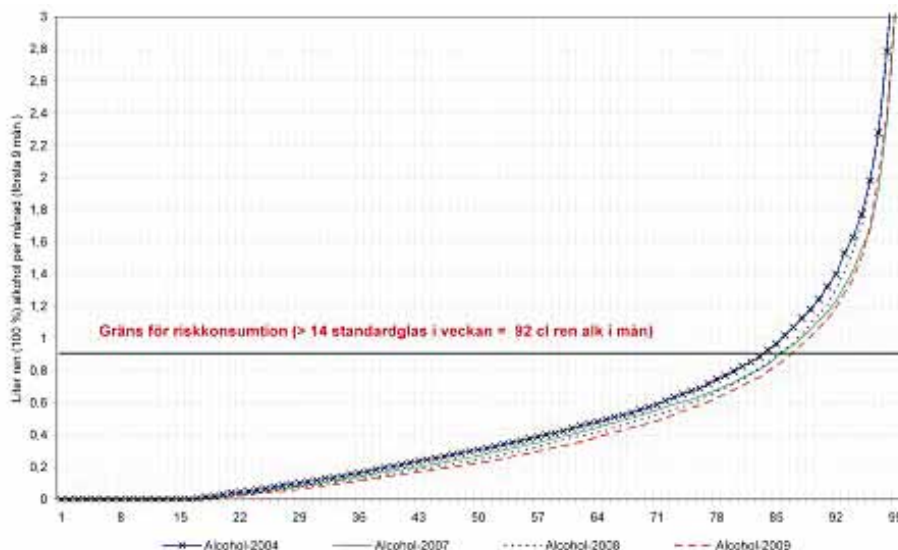


108 gram i veckan eller i liter ren alkohol per vecka, ca drygt 21 cl respektive knappt 14 cl ren alkohol per vecka. Om brytpunkten skall ligga exakt på 14 och 9 glas kan självfallet diskuteras men man kan konstatera att de flesta länder har gränser som ligger nära dessa nivåer (Espman & Allebeck, 2010).

Jag menar dessutom att frågan om vilka gränser som är de vetenskapligt ”bästa” inte får överskugga andra allvarliga problem såsom hur man ska mäta konsumtionen, t.ex. vilka frågor och vilken skala, och vilken undersökning och datainsamlingsmetod som är mest lämplig. Olika alkoholskalor fångar upp väsentligen olika mycket av den faktiska konsumtionsnivån. Enligt Monitormätningarnas KF-skala (30-dagars) konsumerar svensken i genomsnitt ca 4,5 liter ren alkohol, att jämföras med den faktiska nivån om drygt 9 liter. Andra skalor ger andra nivåer – AUDIT1-2 – redovisar ca 2,5 liter medan den s.k. normalveckoskalan ger över 5 liter. Skillnaderna

beror på hur frågorna ställs: vissa skalor underlättar mer än andra för respondenterna att återge faktiska nivåer men kan vara bristfälliga på andra sätt. Exempelvis ger frågor om konsumtion under de senaste 7 dagarna (dag för dag) relativt sett höga nivåer men är mindre tillförlitliga i att återge respondenternas ”normala/typiska” alkoholvanor under en lite längre tidsperiod (se t.ex. Köhlhorn, m.fl., 2000).

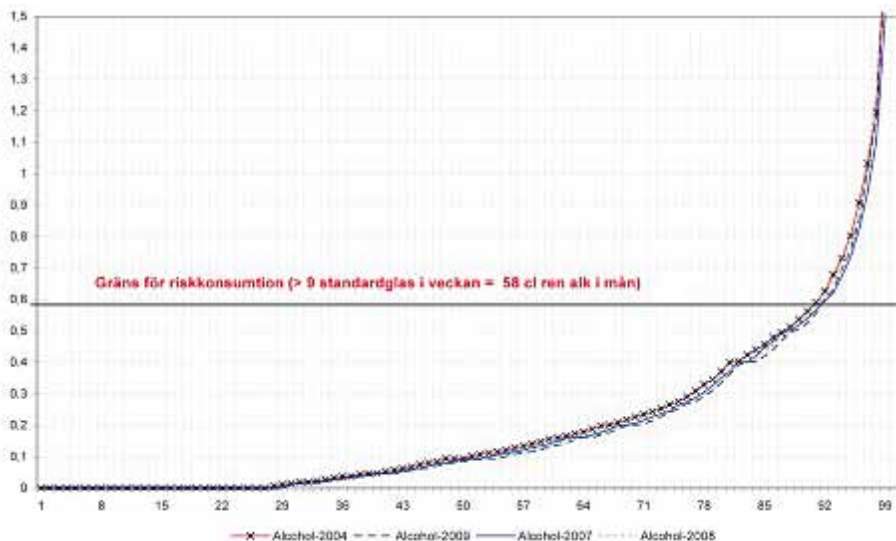
I monitorerings- och uppföljningssyfte är exakta gränser som 14 och 9 glas inte avgörande utan man skulle mycket väl kunna välja andra gränser med liknande resultat över tid förutsatt att man behåller samma gränser vid samtliga mättillfällen. Detta illustreras väl av figur 1 (män) och figur 2 (kvinnor) där alkoholkonsumtionens från 2004 till 2009 redovisas uppdelat i percentiler. Av figurerna framför tydligt, och som tydligast för männen, att alkoholkonsumtionen förskjutits i riktning mot lägre



FIGUR 1.  
**Alkoholkonsumtionens fördelning i percentiler 2004, 2007, 2008 och 2009 bland män**  
 (januari – september för samtliga år)  
 (n=6200/år)

Källa Leifman & Ramstedt, 2009





FIGUR 2.  
**Alkoholkonsumtionens fördelning i percentiler 2004, 2007, 2008 och 2009 bland kvinnor**  
 (januari – september för samtliga år)  
 (n=7310/år)

Källa Leifman & Ramstedt, 2009

nivåer över tid för i stort sett samtliga percentiler (eller deciler, kvartiler, median). Detta är ett tydligt bevis på att konsumtionen sjunkit från 2004 till 2009 och att den gjort detta i mer eller mindre alla dryckesgrupper – låg-, mellan- och högkonsumtionsgrupper. Således har även andelen högkonsumenter (14 glas, 9 glas) sjunkit över tid och bilden blir alltså densamma även om gränsen sätts något högre eller lägre. När man skall kommunicera riskbruk till allmänheten är det naturligtvis en annan fråga där man måste vara tydlig med väl underbyggda och klara definitioner och gränsvärden.

Eftersom 14 respektive 9 glas ändå kommer att vara de nivåer som FHI med största sannolikhet kommer att behålla som gränsvärden i kommunikationen till allmänheten finns det goda skäl att följa utvecklingen av andelen överstigande just dessa nivåer över tid. Skulle man komma fram till andra gränsnivåer så är detta, som nämndes, ett i

sammanhanget mycket litet problem sett utifrån ett uppföljningsperspektiv.

Det finns ytterligare en aspekt som jag vill peka på och som sällan tas upp men som diskuterades i en nyligen publicerad rapport om föreslagna framtida gränsvärden i Australien (Laslett, m.fl., 2010). Enligt den rapporten bör gränserna för män och kvinnor vara desamma, nämligen max 2 glas per dag (givet att risken för att dö pga. av alkoholkonsumtion under en livstid inte ska vara högre än 1 på 100). Man konstaterar att kvinnor visserligen riskerar att utveckla flera alkoholrelaterade sjukdomar än män vid högre konsumtionsnivåer än 2 glas men när det gäller sociala skador/konsekvenser är risken betydligt högre bland män även efter hänsyn tagits till männens högre konsumtion. Sistnämnda talar egentligen för att män bör ha lägre gränsvärde än kvinnor: givet samma konsumtion svarar männen för flera gånger fler fall av exempelvis rattfylleri och

alkoholrelaterat våld. Kort kan man säga att en lägre gräns för kvinnor eventuellt kan motiveras medicinskt (åtminstone vid högre nivåer) men att nivåerna snarare bör vara lägre för män än kvinnor ur ett sociologiskt perspektiv.

Jag vill också uppmärksamma att begreppet risk (ex. riskbruk, riskkonsumtion, riskabla alkoholvanor som oftast används synonymt) som har blivit alltmer etablerat inom alkoholområdet, är problematiskt eftersom det för med sig tanken att nivåer under gränserna är riskfria. Så är emellertid inte fallet utan det rör sig snarare om ett kontinuum från mycket små till gradvis större risker. Det kan också diskuteras var gränsen skall sättas för när riskbruk omvandlas till missbruk/beroende och om man i uppgifter om andelen riskkonsumenter ska exkludera personer med missbruk (egentligen beroende och skadligt bruk). I så fall blir andelen med endast riskbruk väsentligen lägre än de skattningar som hittills har redovisats i olika undersökningar.

Ett mer neutralt begrepp som mindre entydigt anspelar på risker skulle, enligt mitt sätt att se det, vara att föredra, t.ex. begreppet högkonsumtion eller högkonsumenter. Om begreppet riskbruk (eller synonymt med detta riskabla alkoholvanor) skall användas skulle definitionen kunna vara högkonsumtion av alkohol (14, 9) och/eller konsumtion av stora mängder alkohol vid ett och samma tillfälle minst en gång i månaden, s.k. intensivkonsumtions-tillfällen.

Det gränsvärde som föreslås av EUs statistikgrupp och i forskning (se Rehm & Scafato, 2010) för intensivkonsumtion eller "heavy drinking occasions" motsvarar minst 60 gram under ett och samma dryckestillfälle och att detta upprepas minst en

gång i månaden. 60 gram alkohol motsvarar ca 7,6 cl ren alkohol eller 5 standardglas (60 g/12 g). Det finns dock ingen intensivkonsumtionsfråga i frågeundersökningar som kan operationaliseras med en exakt gräns på 60 gram, av det enkla skälet att man inte kan fråga om hur många gram alkohol (eller ren alkohol) man druckit. Man måste utgå från förenklingar i glas, flaskor/burkar och liknande anpassade efter hur folk i allmänhet uppfattar och tänker i dessa frågor. Vidare måste man anta att alkoholstyrkan är den genomsnittliga för dessa drycker vilket vi inte kan veta per respondent. För att göra det än mer komplext så skiljer sig definitioner åt mellan länder och undersökningar i vad en standarddrink motsvarar i antalet gram. I vissa länder likställs en standarddrink med 10 gram och så även i analyser av data, t.ex. i "European Health Interview Survey". Därför blir det med nödvändighet frågan om en anpassning av frågorna efter den kultur man lever i men som ligger så nära 60 gram som möjligt.

Monitormätningarna har sedan 2001 ställt frågan 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. Detta blir något högre än 60 gram men får ändå bedömas som en god kompromiss. Med riskbruk/riskabla alkoholvanor menar jag således sammantaget en genomsnittlig konsumtion motsvarande minst 14 respektive 9 standardglas i veckan (21/14 cl ren alkohol) och/eller intensivkonsumtion minst en gång i månaden. Egentligen är inte namnet/begreppet riskbruk inte det avgörande utan hur man operationaliserar och mäter detta. Enligt min mening bör detta mätas kontinuerligt med hjälp av

de ovan nämnda frågorna ställda i Monitormätningarna.

Samtliga frågor i Monitormätningarna avser de senaste 30 dagarna vilket jag bedömer som en bättre och mer konkret observationsperiod än de senaste 12 månaderna. Men för att underlätta jämförelser mellan lokala/regionala data och SoRADs nationella vill jag ändå föreslå att Monitordata för vissa månader under ett kalenderår (exempelvis var tredje månad) även lägger till frågor om de senaste 12 månaderna för de frågor som betraktas som kärnindikatorer och som bör pluggas in i lokala/regionala undersökningar. Det rör sig om två frågor: om man dricker alkohol och hur ofta man dricker stora mängder vid ett och samma dryckestillfälle.

Även om behovet av standardiseringar är stort kan det ändå vara vanskligt att "lägga alla ägg i samma korg". Därför är det önskvärt att AUDIT-3 (dvs. AUDIT-C) även fortsättningsvis ställs i FHIs HLV varje år men, förslagsvis, med mer detaljerade analyser vartannat år. Med detaljerade analyser avser bl.a. en mer ingående beskrivning av vad som kännetecknar gruppen med höga AUDIT-C-poäng. HLV är, förutom ULF vart åttonde år återkommande fördjupande hälsomätningar (se nedan), den enda av de nämnda som är en större folkhälsoundersökning med många olika frågor om hälsa och om levnadsvanor. Detta är en väsentlig styrka med undersökningen och möjliggör mer ingående studier av exempelvis (o)hälsans fördelning på grupper med olika AUDIT-C-poäng.

När det gäller AUDIT-C bör FHI använda lägre gränsvärden (cut-offs) än  $\geq 6$  och  $\geq 8$  poäng för kvinnor respektive män såsom är brukligt och rekommenderat. Ofta används 4 eller 5 poäng som gräns-

värden (se t.ex. Sheridan, m.fl., 2011; Aalto, m.fl., 2009). I Sverige används ofta gränserna  $\geq 4$  och  $\geq 5$  poäng för kvinnor respektive män (Källmén muntlig information). Dock saknas svensk studie som fastställt denna gräns som den optimala och rekommenderade. Detaljerade analyser avser också närmare analyser av de tre frågorna var för sig. Om det exempelvis sker förändringar är det viktigt att se närmare på om det beror på förändringar i samtliga tre frågor – frekvens, typiska mängder och antal intensivkonsumtionstillfällen – eller i någon av dessa. I dessa analyser kan man också med fördel lägga ihop data från två år för att på så sätt få ett större underlag. Jag anser att dessa analyser bör kunna ingå som en naturlig del i FHIs ordinarie uppdrag med att analysera, rapportera och sammanställa resultat från de årliga HLV-enkäterna.

Vidare är det önskvärt och viktigt att SCBs undersökningar om levnadsnivåförhållanden (ULF) fortsätter att vart åttonde år under två år i rad inkludera frågor om alkoholvanor utifrån den skala man använt sedan 1996–1997, nämligen alkohol-drycksspecifika frågor avseende senaste kalenderveckan uppdelat på måndag-torsdag, fredag, lördag och söndag. Dessutom tillfrågas de intervjuade om föregående kalenderveckas konsumtion var ungefär som vanligt eller om det var mer eller mindre än vanligt. De som uppgett att de inte druckit någon alkohol förra veckan eller som ansåg att föregående vecka avvek från det vanliga fick också frågor om hur ofta och hur mycket av olika alkoholsorter de brukar dricka de gånger de dricker (SCB, 2007). Dessa frågor bör som sagt kvarstå, men för att ändå på bättre sätt kunna bedöma skillnader mellan SCBs frågor och Monitordata är det önskvärt att

SCBs två frågor om man druckit alkohol och om man intensivkonsumerat alkohol, både under de senaste 12 månaderna, överensstämmer exakt i ordalydelse med motsvarande frågor i Monitormätningarna. Så var inte fallet senast ULF-alkoholfrågor ställdes – 2004–2005. Detta skulle dock kunna åtgärdas för nästkommande mätningar för 2012–2013.

Vidare bör det nämnas att ULF-data från och med 2007 i huvudsak samlas in genom datorstödda telefonintervjuer med ett urval av Sveriges vuxna befolkning, 16 år och uppåt från att tidigare varit huvudsakligen besöksintervjuer med pappersblankett. Dessa förändringar har för vissa av de variabler som studerats närmare inneburit ett brott i tidsserien, dvs. den förändrade datainsamlingsmetoden har i sig påverkat olika svarsnivåer, dock inte för alla frågor. En sådan fråga som inte tycks ha påverkats av metodomläggningen är frågan om man röker dagligen, en annan om man snusar dagligen (SCB, 2010). När det gäller alkohol vet vi inte eftersom frågorna inte ställs efter metodomläggningens genomförande.

### ***Tobaksbruk- anskaffning och självrapporterade tobaksvanor***

Frågorna om rökning och snusning i FHIs HLV avser att mäta prevalensen av aldrig rökt eller snusat, röker eller snusar dagligen, röker eller snusar då och då, före detta rökare eller snusare samt exponering för passiv rökning. Frågorna härstammar från ULF men har anpassats till postala enkäter.

Specifika kvantitetsuppgifter finns också att tillgå men avser då oftast uppgifter om den legala anskaffningen, dvs. försäljningen, i Sverige. Sedan några år tillbaka redovisas också skattningar av den oregistrerade mängden och därmed också av den

totala anskaffningen (registrerad plus oregistrerad). Med oregistrerad tobak avses olika former av tobak som köpts i utlandet och tas in i Sverige, såväl legalt som illegalt, och mäts sedan 2003 av SoRAD inom ramen för Monitormätningarna. Dessa siffror kommer ibland i glömska och borde användas mer, dvs. att få en bild av den totala tobaks- cigarettanskaffningen i Sverige (se Sohlberg, 2010). Även dessa siffror behöver dock kvalitetssäkras eftersom skillnaderna från ett år till annat är oförklarligt stora och olika SoRAD-publikationer redovisat olika nivåer av oregistrerad tobaksanskaffning gällande samma år (jfr Sohlberg, 2010 med Axelsson Sohlberg & Ramstedt, 2009). Det är också oklart hur trenden i totalanskaffning (registrerad plus oregistrerad) överensstämmer med trenden enligt svaren på de självrapporterade frågorna enligt FHIs HLV. Detta borde studeras närmare.

FHI menar att det till skillnad från alkohol inte är särskilt meningsfullt att fastställa hur stor en ”ofarlig” konsumtion av tobak kan vara och hur mycket tobak som varje brukare använder eftersom allt tobaksbruk räknas som riskfyllt (FHI, 2009b). Det är en uppfattning som jag inte delar. Det torde vara viktigt att som komplement till utvecklingen av andelen tobaksanvändare (exempel andelen dagligrökare) också redovisa kvantiteter. Röker man ett paket om dagen är risken för tobaksrelaterade sjukdomar större än om man röker exempelvis två cigaretter per dag. En fråga om hur många cigaretter eller motsvarande i andra tobaksprodukter man röker/brukar bör, enligt min mening, ställas i FHIs HLV och analyseras och sammanställas av FHI. Ett försök till kvantifiering av antalet rökta cigaretter i veckan görs i Monitormätningarna där man förut-

om att mäta olika oregistrerade delmängder också ställer frågor om hur många cigaretter man röker i genomsnitt per dag, och om man röker men inte röker dagligen, hur många cigaretter man rökt i genomsnitt per vecka. Även här avser samtliga Monitorfråga de senaste 30 dagarna. Hur dessa kvantiteter samvarierar över tid med trenden i andelen dagligrökare och anskaffningsvolymen bör analysera närmare.

Som antydde ovan ställer också SCB frågor om rökvanor i den årligt återkommande delen av ULF (om man "röker dagligen", om man "tidigare rökt dagligen" samt om man "röker då och då"). Frågorna har ställts sedan 1980. Numera ingår också en fråga till de som röker eller tidigare har rökt dagligen om hur många år man rökt dagligen. I samband med de fördjupade hälsomätningarna som återkommer vart åttonde år ingår även frågor om vad man röker och hur mycket samt, till dem som slutat röka, hur länge det var sedan man slutade röka. I samband med hälsofördjupningarna ingår också frågor om snusning och alkoholfrågor.

Det finns således tre olika undersökningar som alla ställer frågor om tobaksvanor där två av dem ställer i stort sett identiska frågor varje år: HLV och ULF. Skillnaden är att ULF kvantifierar mängderna tobak i de hälsofördjupade mätningarna. En trendjämförelse av andelen dagligrökare enligt HLV och ULF visar också på mycket små nivåskillnader och i stort sett identiska trender (SCB, 2010). Enligt min mening finns det goda skäl att fundera över om man verkligen behöver ställa identiska frågor i två olika undersökningar där man i stort sett på förhand vet att resultaten blir i stort sett identiska. Styrkan med SCBs ULF är en lång tidsserie, som dock brutits

något vid övergången till telefonintervjuer (SCB, 2010). Fördelen med FHIs HLV är å andra sidan att de görs i ett sammanhang där hälsofrågan ständigt är i fokus. Om man skall välja anser jag att sistnämnda skäl väger tyngre än det förra Dessutom uppvisar, som nämntes, både serierna nästan identiska nivåer och trender för åren 2004–2009. Det bör också påpekas att HLVs datainsamling genomförs av SCB.

Jag förslår två kärnindikatorer. Den ena är andelen som dagligröker och dagligsnusar enligt FHIs HLV (alternativt ULF). FHI bör dock även fortsättningsvis ställa samtliga fyra rökfrågor och samtliga fyra snusfrågor även om de tre övriga inte är kärnindikatorer. Den andra kärnindikatorn är den totala anskaffningen av tobak enligt data från Skatteverket och från SoRAD (se Axelsson-Sohlberg & Ramstedt, 2009). Anskaffningssiffror kan endast redovisas på nationell nivå och i större regioner men andelen dagligrökare kan brytas ner på länsnivå. Sistnämnda (andelen dagligrökare) bör också betraktas som en kärnindikator för lokala/regionala undersökningar.

Eftersom konsumtion – tobaksvanor – såväl dagligrökare, veckorökare som antalet rökta cigaretter (och samma sak med snusning) – mäts av SoRAD bör ett utvecklingsområde vara att systematiskt analysera hur dessa trender stämmer överens med anskaffning och med FHIs andel dagligrökare enligt HLV och hur trenderna ser ut om också de sporadiska användarna adderas till dagligrökarna. Detta bör vara en arbetsuppgift för den tidigare nämnda föreslagna arbetsgruppen där representanter från både SoRAD och FHI ingår.

Som utökade indikator föreslås (1) omfattning och utveckling av andelen som uppger att de röker

då och då; (2) andelen som tidigare rökt men som slutat och (3) totala antalet mängden använda cigaretter (eller motsvarande för andra tobaksprodukter) per respondent totalt och i olika undergrupper. Huvudansvaret för tobaksindikatorerna bör dock ligga på FHI.

### *Narkotikavanor*

Kunskapen om narkotikaanvändningen i Sverige är mer bristfällig än för alkohol och tobak men det ställs regelbundet frågor om narkotikabruk – och då fräst användning av cannabis – i olika folkhälsoundersökningar, såsom i FHI:s HLV. FHI genomförde också relativt nyligen en större prevalensstudie om narkotikans utbredning i Sverige, både genom en större riksrepresentativ befolkningsstudie och genom specialundersökningar, t.ex. en registerstudie.

I en sammanställning av studier av problematisk droganvändning i EU (Rehm, et al., 2005) drog man slutsatsen att det går bäst att undersöka cannabis eller cannabisrelaterade diagnoser med direkta metoder, det vill säga enkäter eller intervjuundersökningar. För diagnoser relaterade till opiater, kokain eller amfetamin föreföll indirekta metoder bättre, exempelvis beräkningar baserade på registerdata från främst sjukvården eller kriminalvården. Att i vanliga frågeundersökningar (postala enkät etc.) försöka fånga in mer problematiskt bruk och användning av andra preparat än cannabis känns därför inte meningsfullt. Däremot att försöka fånga in sådana beteenden i en speciell baslinje med speciellt utbildad intervjuarpersonal med endast frågor om ANDT (och ej andra folkhälsofrågor) och med mycket större ansträngningar än normalt i att nå respondenter kan vara en möjlig utväg. Åtminstone

kommer detta att testas i den pilotundersökning som nämns ovan (se också specifikt avsnitt nedan).

Den fråga om cannabisanvändning (hasch/marijuana) som FHI använder bör betraktas som en kärnindikator som också kan användas i regionala/lokala folkhälsoundersökningar. Det är viktigt att, såsom görs, inkludera olika svarsalternativ så att man kan fånga in både bruk någon gång (livstidsprevalens) men framförallt både aktuellt och regelbundet bruk. Svarsalternativen bör dock för dessa tre alternativ vara "för mer än 12 månader sedan" (ej för mer än ett år sedan), "de senaste 12 månaderna" (ej senaste året)" samt "de senaste 30 dagarna" (ej senaste månaden).

Skattningar av "problemiskt" narkotikabruk med andra metoder bör också fortsätta. Lovande är registermetodiken som användas i FHI:s prevalensstudie där man utnyttjade (1) register över vårdade personer med narkotikadiagnoser och (2) personer som av kriminalvården bedömts vara problematiska narkotikamissbrukare. Resultaten visade att överlappningen mellan de båda datakällorna var liten (endast drygt 16 procent av dem som bedömts vara grava narkomaner inom kriminalvården var kända inom hälso- och sjukvårdens slutenvård). Detta indikerar att registeruppgifter från kriminalvården ger kunskap om individer som skulle ha förblivit okända om utgångspunkten varit patientregistret. Detsamma kan gälla andra register. Andra register eller uppgiftslämnare, kan därför komma att behöva inkluderas och testas. Metoden att uppskatta totala antalet personer med problematiskt narkotikabruk (och inte bara de som ingår i registren) genom att med olika statistiska metoder beräkna mörkertalet, dvs. antalet problematiska narkotikabrukare



som inte inkluderats i registren (här antalet som inte vårdats), bör även detta användas och vidareutvecklas framöver.

Registermetoden som den ovan nämnda är också attraktiv eftersom man kan göra återkommande beräkningar utan stora kostnader. När olika tvärsnittsundersökningar jämförs kan man inte utsluta att skillnaderna beror på att olika metoder använts. Registermetoden skulle dock kunna vara startpunkten för beräkningar av problematiskt narkotikabruk både framåt och bakåt i tiden eftersom det finns data många år bakåt i tiden. Men det finns också flera begränsningar med metoden. En av de främsta är antagandet att gruppen är homogen, dvs. att de som vårdats liknar dem som inte vårdats, något som vi inte mycket om. Det är möjligt att det finns en grupp som använder narkotika regelbundet utan att de drabbas av sådana konsekvenser som för dem till sjukvård eller fängelse. Denna grupp, vars storlek är okänd, skulle i sådana fall inte ingå i beräkningarna. Men även om det inte går att beräkna det totala antalet narkotikaanvändare, finns det ett stort värde i att beräkna hur många personer som har en form av problematiskt narkotikabruk som kräver vårdinsatser.

Man får inte glömma att beräkningarna aldrig kan bli bättre än registerdatas kvalitet. Flertal förhållanden förändras också över tid, exempelvis diagnosklassifikationer, resurser och prioriteringar, vilket försvårar jämförelser över tid. Dessutom saknas mycket kunskap om vilka personer som söker sig till exempelvis vården och vilka som avstår.

### ***Användning av anabola androgena steroider***

Uppskattningar av antalet användare av dopnings-

medel, framförallt anabola androgena steroider (AAS) baseras oftast på resultat från frågeundersökningar. Bristerna med frågeundersökningar har nämnts ovan och gäller med all sannolikhet även AAS. Men det finns inga belägg i Sverige att svårigheterna skulle vara större med AAS än narkotika i största allmänhet. Med anledning av vad jag nämnde inledningsvis att AAS (dopningsmedel) bör jämföras som ett av flera illegala preparat bör AAS mätas på ungefär samma sätt som man mäter narkotiska preparat, dvs. genom frågeundersökningar, genom registermetoder och genom att studera förekomsten bland avlidna i rättsmedicinska undersökningar (för sistnämnda se avsnitt 3.7). AAS bör också mätas i den kommande baslinjemätningen. Som kärnindikator för frågeundersökningar, att ställas både på nationell och regional/lokal nivå, föreslås för ungdomar den av CAN ställda frågan och för vuxna den fråga som ställdes i FHIs prevalensstudie (se tabellen som följer). Frågan till ungdomar ingår i CANs årliga skolundersökningar och vuxenfrågan bör ställas varje år i FHIs HLIV.

### **Särskild baslinjemätning om problematiskt bruk (beroende, missbruk) och alkoholens och drogers skador på tredje person**

Inför den kommande ANDT-strategin bör olika baslinjedata tas fram exempelvis genom registerdata, data från myndigheter och genom frågeundersökningar. En del indikatorer kommer att avse processer – åtgärder/insatser och bestämningsfaktorer för olika utfall – andra kommer att avse beteenden/skador. En del uppgifter avseende 2010/2011 kan samlas in i efterhand, exempelvis registerdata (data finns ju men redovisas med viss eftersläpning),



andra måste samlas in relativt sett omgående och kan inte göras i efterhand. Detta gäller frågeundersökningar om relevanta ANDT-beteenden.

Det görs en hel del frågeundersökningar löpande i Sverige, många med likartade syften och liknande (men inte identiska) frågebatterier. Några av dessa kommer att pågå under strategiperioden och det finns ingen anledning att initiera ytterligare sådana. Istället bör fokus ligga på viktiga områden där vår kunskap är låg och där inget eller lite systematiskt kartläggningsarbete förekommer. Ett sådant är problematiskt bruk av alkohol och andra droger, ett annat är omfattningen av alkohol- och drogers skador på andra än själva brukaren, dvs. fokus på dem som drabbas som tredje person av negativa konsekvenser av ANDT.

Båda dessa bör ingå i en för båda gemensam frågeundersökning som en baslinjemätning på basis av ett representativt urval av befolkningen. Detta trots att de två områdena skiljer sig åt: den ena är psykiatriskt inriktad, den andra har mer av ett samhällsvetenskapligt (sociologiskt) perspektiv med frågor och fokus också på samhälls- och/eller sociala konsekvenser av (andras) drickandet med frågor som hur många de är, vilka negativa konsekvenser de drabbas av, vilka som drabbas och i vilken omfattning och svårighetsgrad de drabbas.

Det saknas i stor utsträckning undersökningar av problematiskt alkohol- drogbruk (inklusive tobak och dopning), dvs. skadligt bruk, beroende med inriktning mer åt psykiatrisk epidemiolog. Framförallt är det angeläget att få mer kunskap om graden av problemdrickande. Även andra frågor där kunskapen idag är bristfällig kan behöva inkluderas. Eftersom prevalensen av vissa av dessa fenomen

kommer att bli låg behövs relativt sett stora urval. I en stor amerikansk undersökning intervjuades 43 000 personer (NESARC, se t.ex. NIAAA, 2006) vilket gjorde det möjligt att ge relativt stabila estimat av relativt sett sällan förekommande tillstånd.

När det gäller att fånga in negativa konsekvenser av andras bruk av ANDT behövs inte lika stora urval eftersom det rör sig om relativt sett vanliga tillstånd bland allmänheten. Det kan nämnas att en sådan studie nyligen genomfördes i Australien där det bl.a. framkom att ca tre av fyra vuxna australiensare har drabbats negativt av andras alkoholdrickande under senaste 12 månaderna, genom familjemedlemmar, arbetskamrater, vänner eller obekanta (Laslett, m.fl., 2010). Beräkningar visade också på betydande kostnader för alkoholens skador på andra, kostnader som inte inkluderats i tidigare beräkningar av alkoholens kostnader för samhället.

Därför föreslås att en frågeundersökning genomförs som är såpass omfattande att det kan brytas ner på regional nivå även när det gäller sällan förekommande tillstånd. Undersökningen bör inte omfatta alltför många frågor eftersom detta påverkar svarsbenägenheten negativt. Alla ansträngningar måste göras för att få upp svarsfrekvensen. Den ovan nämnda mycket påkostade och resurskrävande amerikanska undersökningen – NESARC – redovisade en svarsfrekvens om 81 procent. Som redovisats för ovan i detta kapitel finns stora brister i frågeundersökningar. Samtidigt finns det inget realistiskt alternativ. Däremot måste en sådan undersökning föregås av ett mycket noggrant förarbete där man bör använda sig av tekniker som i litteraturen visat sig höja svarsfrekvensen. Därför har en pilotstudie planerats och initierats som förutom ovan också

syftar till att testa formulären – instrumenten, frågorna, skalorna. Arbetet leds av CPF (Centrum för psykiatriforskning) men kommer att genomföras tillsammans med forskarrepresentanter från olika institutioner/enheter och med dialog med myndighetsrepresentanter. En pilotundersökning kan också motiveras av resursmässiga skäl. Skall en omfattande och kostsam stor frågeundersökning genomföras måste denna utformas optimalt, något som en pilotundersökning kan ge besked om. Det kan, som antyddes ovan, vara så att piloten visar att det inte på något sätt går att uppnå en tillfredställande hög andel svarande. I ett sådant fall, med ett högt bortfall, kan beslutet bli att inte gå vidare med en större undersökning på området.

När det gäller den del av baslinjemätningen (och pilotstudien) som rör alkohol och drogers skador på andra än själva brukaren bör SoRAD ha en framträdande roll eftersom de har en god kompetens och

erfarenheter av liknade studier. Professor Robin Room, numera verksamhet i Australien men fortfarande knuten till SoRAD, genomförde med kollegor den ovan nämnda studien i Australien och utvecklar för tillfället inom WHO:s regi indikatorer/instrument som kan användas i en kommande internationell studie på området.

Baslinjemätningen kommer att genomföras på ett registerurval personer och kan rimligtvis slutföras under 2012, men exakt tidpunkt beror delvis på erfarenheterna av pilotstudien, inte minst hur lång tid det tar – och om det överhuvudtaget går – att nå upp till en acceptabel svarsfrekvens. En liknande uppföljande studie bör, om möjligt, också genomföras i slutet av strategiperioden eller strax efter strategiperiodens slut.

TABELL 5

**Mål 4: Antalet personer som utvecklar skadligt bruk, missbruk eller beroende av alkohol, narkotika, dopningsmedel eller tobak ska successivt minska**

(K=kärnindikator, K med fet stil=kärnindikator som bör pluggas in i lokala/regionala, U=utökad indikator, UTV=Utvecklingsindikator)

INDIKATORER	Definition och målgrupp	Mätmetod (ex. frågebatteri)	Datainsamlingsmetod	Data-material	Att användas 2011–	Behöver utvecklas 2011–	Kommentarer, övrigt
<b>1. Konsumtion, konsumtionsvanor</b>							
<b>1a. Alkohol</b>							
Registrerad alkoholförsäljning (K).	Befolkningen: liter ren alkohol per inv. 15+ per alkoholdryck, per anskaffningskälla (Systembolaget, restauranger och folköl i detaljhandeln).	Systembolaget: registrerad försäljning i butiker till kunder; Restauranger: leveranser till butiker (folköl) och till restauranger från partihandlare. Komplement för restauranger: data från restaurangerapporterna.	Uppgifter från Systembolaget, från samtliga partihandlare och när det gäller de restaurangerapporterna från restauratörerna.	Sammanställs av FHI (årligen) och av SoRAD (kvartalsvis). Rådata och bearbetade månatliga data per delmängd finns på SoRAD: Monitor-mätningarna.	Ja.	Ja, viktigt att validera restaurangförsäljningen från partihandlarna genom jfr med försäljnings-siffror enligt restaurangerapporterna.	Endast data från restaurangerapporterna möjliggör lokala och regionala försäljnings-volymer (i liter alkohol) på restauranger. Dessa data är viktiga för det lokala och regionala arbetet. Viktigt att FHI ser över dessa data och jfr med partihandlarnas.

forts. TABELL 5

INDIKATORER	Definition och målgrupp	Mätmetod (ex. frågebatteri)	Datainsamlingsmetod	Data-material	Att användas 2011–	Behöver utvecklas 2011–	Kommentarer, övrigt
Oregistrerad alkoholanskaffning (K).	Befolkningen: liter ren alkohol per inv. 15+ per alkoholdryck, per anskaffningskälla (privatinförsel, smuggling, hemtillverkning).	Frågor i surveyundersökning (Monitormättn.) om resande, införsel senaste och näst senaste resan, köp av smugglad alkohol, bruk av hembränt och köp via internet.	Riksrepresentativa urval om 1500 per månad med telefonintervjuer.	Rådata och bearbetade månatliga data per delmängd finns på SoRAD; Monitormätningarna.	Ja.	Ja, stort bortfall, särskilt bland unga vuxna, valideringar behövs.	Har pågått sedan juni 2000 och är den enda källan för all registrerad alkohol, men viktigt med kvalitetsförbättringar.
Total alkoholan skaffning (K).	Befolkningen: liter ren alkohol per inv. 15+ per alkoholdryck och totalt genom summan av registrerad och oregistrerad anskaffning.	Se ovan registrerad och oregistrerad.	Se ovan registrerad och oregistrerad.	Se ovan registrerad och oregistrerad.	Ja.	Se ovan registrerad och oregistrerad.	Se ovan registrerad och oregistrerad.
Självrapporterad alkoholkonsumtion (K).	A; Befolkningen (16-80 år): rapporterad konsumtion omräknat i liter ren alkohol per respondent (och per konsument. B: ungdomar (åk 9, gymn år 2).	A: Genom kvantitet-frekvensskalan (KF-skalan) (dryckesspecifika frågor om kvantitet och frekvens). Avser de senaste 30 dagarna. B: KF-skalan utan nämnd tidsperiod i frågan (lägst frekvensalternativ: en gång om året eller mer sällan).	A: Se ovan B: Skolenkäter i åk 9, gymnasiet år 2.	A; Se ovan. B: Sammanställs årligen av CAN där också rådata finns.	Ja.	Se ovan. Bör i arbetsgrupp se över syntax (hantering av extremvärden, variabelvärden, hantering av internt bortfall etc.).	Frågeundersökningar är starkt ifrågasatta, f.a. surveydata riktat till befolkningen) varför ett kvalitetsförbättringsarbete måste påbörjas snarast (se också text). Bör noteras att SoRADS och CANS KF-skalar är olika.
Alkohol-konsument (K).	Befolkningen (16-80 år): andel som dricker alkohol under senaste 12mån./senaste 30 dagarna.	Genom KF-skalan – samtliga som svarar nej på samtliga dryckesslag.	Se ovan om Monitordata.	Se ovan om Monitordata.	Ja.	Nej.	12-månaders bör ställas under vissa "representativa" månader, 30-dagars samtliga månader.
Högkonsumenter (U).	Befolkningen (16-80 år) och ungdomar (åk 9, gymn år 2): andelen som dricker minst 14 glas (män) resp. 9 standardglas (kvinnor) i genomsnitt per vecka.	Samma som ovan, där efter indelning i dem som dricker minst 14 resp. 9 standardglas (motsv. för män 168 gram alkohol eller 21 cl och för kvinnor 108 gram alkohol eller 14 cl ren alkohol, allt per vecka).	Se ovan.	Se ovan.	Ja.	Se ovan.	Se ovan. Samma gräns bör således användas både för vuxna (Monitor) och ungdomar (CAN).
Riskkonsumtion enligt AUDIT-C (U).	Befolkningen: andel män resp. kvinnor med minst 5 resp. 4 på AUDIT 1–3.	AUDIT-C är en kortversion av AUDIT-10 med tre frågor: (1) hur ofta man dricker, (2) hur många glas en typisk dryckesdag och (3) hur ofta minst 6 glas. Varje fråga: 0-4 p. 5+ (män) resp. 4+ (kv.) = riskabla alkvanor.	Survey metodik med dessa tre frågor i postal enkät.	I FHIs HLV.	Ja.	Ja. I HLV ställs en fjärde fråga. Denna skall ej inkluderas i beräkningar av riskabla alkoholvanor.	Fördjupade analyser av riskbrukarna bör genomföras vartannat år.

INDIKATORER	Definition och målgrupp	Mätmetod (ex. frågebatteri)	Datainsamlingsmetod	Data-material	Att användas 2011–	Behöver utvecklas 2011–	Kommentarer, övrigt
Intensivkonsumtion (K).	Befolkningen (16-80 år) och ungdomar (åk 9, gymn år 2): andelen som dricker motsvarande minst en flaska vin eller motsv. i andra drycker minst en gång per månad under de senaste 12 mån./senaste 30 dagarna.	En fråga i Monitormätningarna (senaste 30 dagarna) och en fråga i CANs skolundersökningar men olika frekvensalternativ.	Se ovan om Monitormätningarna och CANs skolundersökningar.	Se ovan om Monitormätningarna och CANs skolundersökningar.	Ja.	Ja. CANs intensivkonsumtionsfråga bör förändras vad gäller uppgiven mängd sprit från dagens 18 cl till 25 cl.	Förändringar motiveras av att spritstyrkan är lägre än tidigare och vin högre. 25 cl sprit (såsom i Monitormättn) ligger närmare en flaska vin. Dessa kvantiteter motsv. relativt väl (dock ngt högre) internationella förslag om +60 gram vid ett dryckestillfälle.
Riskkonsumtion enligt både genomsnittlig veckomängd och intensivkonsumtion (K).	Befolkningen (16-80 år) och ungdomar (åk 9, gymn år 2): andelen som dricker minst 14 glas (män) resp. 9 standardglas (kvinnor) eller intensivkonsumtion minst en gång/månad.	Se ovan om Monitormätningarna och CANs skolundersökningar.	Se ovan om Monitormätningarna och CANs skolundersökningar.	Se ovan om Monitormätningarna och CANs skolundersökningar.	Ja.	Se ovan.	Se ovan.
<b>1b. Narkotika</b>							
Bruk av cannabis (K).	Befolkningen: andel som använt hasch och/eller marijuana under de senaste 12 mån. resp. senaste 30 dagarna.	Fråga om man använt hasch eller marijuana med fyra svarsalternativ: Nej; Ja, för mer än 12 mån. sedan; Ja, det senaste 12 mån.; Ja, under de senaste 30 dagarna	Surveymetodik med frågor om cannabis (postal enkät).	Cannabis (hasch/marijuana) i FHIs HLV Data finns på FHI.	Ja.	Nej, men se nästkommande kolumn.	Frågan om hasch/marijuana i FHIs HLV kan ställas varje år men med fördjupade analyser av brukarna vartannat år (fr resonemanget med AUDIT-C). Svartsalternativen bör vara de nämnda och ej "för mer än ett år sedan" "under det senaste året", och "under senaste månaden".
Bruk av narkotika (totalt) (K) och uppdelat på olika preparat (U).	Befolkningen: andel som använt narkotika (totalt) och olika narkotiska preparat under de senaste 12 mån. resp. senaste 30 dagarna.	Frågor om man använt narkotika (kommande baslinje). Exakt formulering ej bestämd.	Surveymetodik i kommande baslinjemätning (datainsamlingsmetod ej bestämd).	Data kommer att samlas in av forskare på KI och finnas tillgängliga på nationell och regional nivå (i kommande baslinjemätning).	Nej, men sannolikt under 2012.	Ja. Baslinjemätningen påbörjas under ht 2011 eller vt 2012.	I kommande baslinje (med uppföljning) kommer narkotikafrågor att ställas. FHIs s.k. prevalensstudie ställde flera frågor om narkotika för olika narkotiska preparat.
<b>1c. Tobak</b>							
Registrerad försäljning (K).	Försäljningen i antal miljoner sålda cigaretter, och snusdoser per inv. 15 år och äldre.	Försäljningssiffror från Skatteverket på basis och beräknas genom att dela den totala nettoskatten med den för året aktuella minimipunktskatten för cig. och snus		Skatteverket, som bl.a. redovisas av SoRAD i antal försålda cig, eller motsv.	Ja.	Nej.	Sedan 2009 får SoRAD uppgifterna från Finansdep. (Beräkningskonventioner, 2011) eftersom Skatteverket endast lämnar dessa data till Finansdepartementet.

forts. TABELL 5

INDIKATORER	Definition och målgrupp	Mätmetod (ex. frågebatteri)	Datainsamlingsmetod	Data-material	Att användas 2011–	Behöver utvecklas 2011–	Kommentarer, övrigt
Oregistrerad tobaksanskaffning (K).	Befolkningen: totalt och per delmängd (privat- resandeförsel, smuggling, Internetköp) i antal cigaretter per inv. 15+.	Surveyundersökning (Monitor) om införsel senaste och näst senaste resan, köp av smugglade cigaretter/snus och köp via Internet.	Se ovan om Monitormätningarna och CANs skolundersökningar.	Rådata och bearbetade månatliga data per delmängd finns på SoRAD.	Ja.	Ja, stort bortfall, särskilt bland unga vuxna, valideringar behövs.	Har pågått sedan juni 2003 och är den enda källan för all registrerad tobak, men viktigt med systematiskt metodarbete.
Total tobaksanskaffning (K).	Befolkningen: antal cigaretter per inv. 15+ genom summan av registrerad och oregistrerad anskaffning.	Se ovan registrerad och oregistrerad.	Se ovan registrerad och oregistrerad.	Se ovan registrerad och oregistrerad.	Ja.	Se ovan registrerad och oregistrerad.	Se ovan registrerad och oregistrerad.
Användning av tobak (röker och snusar) (K).	Befolkningen: andelen som röker resp. snusar dagligen.	Frågor om man röker resp. snusar dagligen med följdfrågor för ej dagligrökare/daglig snusare om man röker då och då och om man tidigare rökt/snusat.	Surveymetodik med frågor om rökning och snusning genom postal enkät.	I FHIs HLV.	Ja.	Nej, men se nästkommande kolumn.	Finns möjlighet att också redovisa andelen som röker då och då och andelen som tidigare rökt/ snusat. FHI bör redovisa dessa trender, f.a. dagligen + då och då för att se om bilden blir en annan.
Sporadiskt/tillfällig användning av tobak (röker och snusar) då och då (U).	Befolkningen: andelen som röker resp. snusar då och då.	Se ovan.	Se ovan.	Se ovan.	Ja.	Nej.	Se ovan.
Tidigare rökmen som slutat (U).	Befolkningen: andelen som tidigare rökmen som slutat.	Se ovan.	Se ovan.	Se ovan.	Ja.	Nej.	Se ovan.
1d. Dopning (K).	Vuxna befolkningen: andelen som använt anabola androgena steroider (AAS).	Fråga om man använt AAS: Nej; Nej men blivit erbjuden; Ja, för mer än 12 mån. sedan; Ja, under de senaste 12 mån.; Ja under de sen. 30 dagarna.	Surveymetodik med fråga om användning av AS.	Förslag: i FHIs HLV.	Ja.	Nej.	Ställs inte idag, men ställdes i FHIs narkotikaprevalensstudie och bör ställas varje år men med fördjupade analyser vartannat år.
<b>2 Beroende och skadligt bruk</b>							
2a. Alkohol (K).	Vuxna befolkningen: andelen med beroende, skadligt bruk.	Under bearbetning men syftet är att använda beroendekriterier enligt ICD-10 (event. DSM-V).	Frågeundersökning med eventuellt olika insamlingsmetoder.	I en ny föreslagen baslinjemätning med planerad uppföljning.	Sannolikt 2012.	Ja, arbete har påbörjats.	Baslinjen skall ha fokus på problematiskt bruk (beroende, skadligt bruk etc.) och ej på andelen brukare även om sådana frågor också ställs.
2b. Narkotika (K).	Vuxna befolkningen: andelen med beroende, skadligt bruk.		Se ovan.	Se ovan.	Se ovan.	Se ovan.	Se ovan.
2c. Tobak (U).	Vuxna befolkningen: andelen med beroende, skadligt bruk.		Se ovan.	Se ovan.	Se ovan.	Se ovan.	Se ovan.

### *Mer om frågeundersökningar*

Som nämndes tidigare i rapporten redovisas två olika grupper av kärnindikatorer. Den ena avser indikatorer som bör följas upp inom ramen för de större nationella undersökningarna (CANs skolundersökningar, SoRAD Monitormätningar och FHI:s HLV) och som ibland är sammansatta av flera olika frågor (t.ex. konsumtionsskalor). Den andra avser enklare mått, ofta enskilda frågor, som mäts nationellt och som kan/bör läggas in i regionala/lokala undersökningar för att säkerställa jämförbarhet mellan dessa och nationella estimat. Det finns givetvis inget som hindrar att regionala/lokala undersökningar väver in samtliga frågor som används i de större nationella undersökningarna. Om det exempelvis planeras för en ny undersökning lokalt eller regionalt finns det enligt min mening goda skäl att i så stor utsträckning som möjligt efterlikna de nationella, t.ex. genom att använda hela eller stora delar av CANs frågeformulär för skolundersökningar och inte bara de frågor som utgör kärnindikatorerna. Ofta är detta dock inte fallet utan ANDT-frågorna konkurrerar om utrymme med andra hälsofrågor och/eller att dessa undersökningar redan valt flertalet frågor/frågebatterier långt tidigare och som man vill behålla för att säkerställa jämförelser över tid. Sistnämnda är dock inget argument för att behålla frågor med låg validitet. Dåliga frågor är alltid dåliga även om de upprepas över tid.

Som nämnts tidigare måste det ställas höga krav på huvudmännen för de nationella undersökningarna om dessa skall utgöra basen för nationella och i vissa frågor regionala/lokala estimat. Kvaliteten på frågorna måste vara hög och man måste vara beredd att regelbundet validera och kvalitetssäkra sina es-

timat, frågor och frågebatterier och redovisa utåt hur man arbetar, t.ex. hur man samlar in och analyserar data. Strävan bör vara att standardisera så mycket som möjligt mellan olika undersökningar, även sådant som tidpunkt på året för genomförandet, hur information ges till de respondenter som kontaktas postalt/via telefon/via webb, hur många bortfallspåminnelser/kontaktförsök som skall genomföras, hur många per klass som måste delta i skolundersökning för att man ska dela ut enkäter, vem som samlar in skolenkäterna, vem och hur man informerar eleverna m.m. Det finns således många sådana frågor och de måste behandlas inom ramen för den nämnda arbetsgruppen som bör bildas. Bortfallsproblematiken är en nyckelfråga och här bör den pilotundersökning som skall genomföras inför den tilltänkta baslinjemätningen testa olika sätt att nå individer som har valts slumpmässigt att ingå i undersökningen. Även den föreslagna arbetsgruppen måste ta tag i dessa frågor och man kan t.o.m. behöva sätta en gräns för vad som är en högsta acceptabel bortfallsnivå såväl på nationell som på regional/lokal nivå.

Eftersom de nationella mätningarna också till viss del kan brytas ner regionalt (länsnivå eller större regioner) kan man ställa sig frågan varför man överhuvudtaget skall rekommendera kärnindikatorer i regionala/lokala undersökningar, varför inte bara använda de nationella? Det finns flera svar på denna fråga. Ett är att de nationella aldrig kommer att kunna brytas ner på lika detaljerad nivå som regionala mätningar, t.ex. på kommunnivå, en annan att regionala/lokala mätningar redan har bestämda frågor som man kommer att fortsätta att ställa inom olika områden men där ett tillägg av ett fåtal kärn-

indikatorer skulle kunna underlätta och förbättra jämförbarheten mellan regionen/kommuner och nationell nivå, åtminstone på ANDT-området. Frågorna skulle kunna utgöra en länk mellan den nationella och den regionala/lokala nivån. För att få en bättre och mer övergripande bild av vilka frågor som bedöms som kärnindikatorer både på nationell och regional/lokal nivå redovisas dessa i tabell 6 som följer uppdelat på skolundersökningar och vuxenundersökningar. Återigen bör det betonas att det inte finns något som hindrar att fler indikatorer som används på nationell nivå också används i regionala/lokala undersökningar.

### **3.6. Långsiktigt mål 5: Tillgängligheten till vård och stöd av god kvalitet för personer med missbruk eller beroende ska öka**

Det pågår för närvarande flera parallella arbeten som behandlar detta område – SKL, Missbruksutredningen och inom Socialdepartementet. Efter diskussion med Socialdepartementet beslutades därför att avvakta med förslag på området och istället invänta resultaten från de pågående arbetena.

### **3.7. Långsiktigt mål 6: Antalet döda och skadade på grund av sitt eget eller andras bruk av alkohol, narkotika, dopning eller tobak ska minska**

Detta långsiktiga mål inkluderar både sjukdomar (dödlighet, vårdade) och ANDT-relaterade skador såsom trafikolyckor och misshandel. I detta avsnitt behandlas också tre av strategins sammantaget fyra nämnda prioriterade mål (under mål 6) eftersom

samtliga dessa avser resultatindikatorer, dvs. minskning av antalet döda i trafiken pga. alkohol och andra droger; minskningar av det ANDT-relaterade våldet samt minskningar av dödligheten bland unga pga. alkoholförgiftningar och experimenterande med droger. Även på detta område krävs flera indikatorer för att få en helhetsbild av utveckling och omfattning.

När det gäller alkohol pågår ett avhandlingsarbete på KI med skrivande som huvudhandledare med syftet att utifrån flera alkoholrelaterade problem – dödlighet, slutet sjukhusvård, rattfylleri och våld skapa ett index – ett alkoholrelaterat ”problemindex” – som i framtiden skulle kunna användas för att få en mer samlad bild både på nationell och framförallt på regional och lokal nivå över alkoholproblemets utveckling och relativa omfattning. En given fördel med att använda ett index är att ett sådant fångar in flera dimensioner av det man studerar samtidigt som det fortfarande är möjligt att summera komplexa multidimensionella företeelser till ett mått. Dessutom kan det vara lättare att tolka ett index än ett batteri bestående av flera olika indikatorer. Forskningsarbetet beräknas bli färdigt under 2013 och kan eventuellt därefter vara av intresse att användas som en del i uppföljningen av ANDT-strategin. Liknande index skulle också kunna testas på narkotika- och tobaksrelaterade problem. Vidare presenteras i det följande två specifika index över dödlighet, nämligen alkoholindex och narkotikaindex och ett förslag på att utveckla ett tobaksindex över tobaksrelaterad dödlighet redovisas.

I allmänhet skiljer man mellan akuta problem (t.ex. skador, olyckor och rattfylleri) och kroniska (skrumplever och demens etc.). Detta torde gälla för samtliga substanser men framförallt alkohol och



narkotika. Risken för problem för den enskilde ökar också oftast med stigande konsumtion/bruk och påverkas också av brukarmönster. Detta är kanske som mest uppenbart när det gäller alkohol. De som vanligen konsumerar stora mängder alkohol vid varje konsumtionstillfälle riskerar i särskilt stor utsträckning att drabbas av akuta problem. Båda akuta och kroniska problem måste följas över tid, sammantaget och/eller var för sig.

## Dödlighet

I kap. 3.1 föreslogs YLL som en indikator för alkohol-, narkotika- och tobaksrelaterade dödsfall sammantaget i syfte att ge en bild av utvecklingen av det övergripande målet med strategin. Eftersom detta kräver specifika beräkningar för alkohol, narkotika och tobak bör YLL också redovisas separat för alkohol, narkotika och tobak.

### *Dödsorsaksregistret*

Socialstyrelsens dödsorsaksregister med information om bl.a. underliggande och bidragande dödsorsaker täcker 99 procent av alla dödsfall och kodas av särskilt utbildade kodare enligt internationellt fastställda regler. Detta ger en hög kvalitet och stabilitet över tid när det gäller diagnossättningen. Registret har dock en fördröjning när det gäller tillgänglighet av information, för närvarande ca 15 månader.

### *Alkohol- och narkotikadödlighet*

I syfte att redovisa utvecklingen av alkohol- respektive narkotikarelaterad dödlighet (och sjuklighet enligt patientregistret) har Socialstyrelsen tagit fram ett alkoholindex respektive narkotikaindex

som innefattar samtliga dödsfall med diagnoser där alkohol respektive narkotika uttryckligen nämns som orsak till dödsfallet (t.ex. toxisk effekt av alkohol [T51], leversjukdom orsakad av alkohol [K70], psykiska störningar och beteendestörningar orsakade av alkohol [F10], psykiska störningar och beteendestörningar orsakade av psykoaktiva substanser [F11–F16, F18, F19], förgiftning med narkotiska och psykodysleptiska medel [T40]), antingen som underliggande eller bidragande dödsorsak. Dödsfall där läkaren inte angett någon explicit alkohol- eller narkotikadiagnos ingår således inte. När det gäller alkohol innebär detta bl.a. att de s.k. onaturliga dödsfallen, där de akuta alkoholrelaterade dödsfallen återfinns och där information ofta saknas om alkohol, ofta inte ingår i indexet. Detta medför att man, med undantag för alkoholförgiftningar, endast kan följa de dödsfall som sker till följd av mer långvarigt alkoholmissbruk i Dödsorsaksregistret men bara om alkohol nämns på dödsorsaksintyget. Hela gruppen leversjukdomar inkluderas inte utan endast de alkoholspecifika leverfallen. Samma förhållande gäller patientregistret.

I en studie av avlidna 1999 som vårdats för en alkoholdiagnos enligt patientregistrets slutenvårdsdel omnämns alkohol på dödsorsaksintyg i endast en tredjedel av fallen (Johansson, 2008). Det är naturligtvis tänkbart att en person med alkoholdiagnos i slutenvårdsregistret avlider till följd av en icke alkoholrelaterad sjukdom eller skada men det är mycket sannolikt att det föreligger en betydande underrapportering av alkoholbakgrund vid diagnossättning. Det finns goda skäl att tro att detsamma gäller narkotika. Vidare kan benägenheten att ange en alkohol- eller narkotikadiagnos variera

## Kärnindikatorer på nationell och eller regional/loka nivå, skolundersökningar och vuxen- befolkningsundersökningar

	Skolundersökningar		Vuxen- befolkningsundersökning	
	Nationellt – CANs skolundersökningar	Regionala/lokala undersökningar	Nationellt	Regionala/lokala undersökningar
<b>Alkohol:</b>				
.Dricker alkohol	Om man någon gång under de senaste 12 mån. druckit öl, alkohölsk, stark cider, vin eller sprit (ja/nej) (Fr. 3) <sup>1</sup> .		Hur ofta man under de senaste 12 månaderna/de senaste 30 dagarna druckit minst ett glas av något som innehåller alkohol (folköl, mellanöl, starköl, starkcider, "vanligt" vin, starkvin eller starksprit). 12-månaders: I stort sett varje dag/4-5 gånger i veckan/2-3 gånger i veckan/Ungefär en gång i veckan/2-3 gånger i månaden/Ungefär en gång i månaden/Några få gånger under de senaste 12 månaderna/En gång under de senaste 12 månaderna 30-dagars: I stort sett varje dag/4-5 ggr i veckan/2-3 ggr i veckan/ Ungefär en gång i veckan/Ungefär 2-3 ggr/Ungefär en gång/Aldrig/Vet ej (SoRADs Monitor) <sup>2</sup> .	
Debut alkohol	Hur gammal man var när man (om någonsin) för första gången drack alkohol (aldrig, ålder första gången) (Fr. 48a).			
Debut berusnings-drickande	Hur gammal man var när man (om någonsin) för första gången blev berusad av alkohol (aldrig, ålder första gången) (Fr. 48b).			
Illegal alkohol	Hur många gånger man senaste 12 månaderna druckit smuggelöl, smuggelsprit resp. hembränt (Fr. 15). En gång/2-4 ggr/5-10 ggr/ Mer än 10 ggr/Inte de senaste 12 mån./Aldrig.		Om man druckit smuggelsprit, smuggelvin respektive smuggelöl under de sen. 30 dagarna (SoRADs Monitor).	
Vanligaste anskaffningssätt	Hur man vanligtvis får tag på olika alkoholdrycker (Fr. 16-17).			
Intensiv-konsumtion	Hur ofta man dricker motsvarande minst en flaska vin eller motsv. i andra drycker minst en gång per månad. Mycket svårt/Ganska svårt/Varken svårt eller lätt/Ganska lätt/Mycket lätt/Vet ej (Fr. 19).		Hur ofta man under de senaste 12 mån./senaste 30 dagarna vid ett och samma tillfälle druckit alkohol så att det motsvarar minst en flaska vin (75 cl), eller 5 snaps-glas sprit (25cl) eller 4 burkar starköl eller stark-cider, eller 6 burkar folköl (SoRADs Monitor). Svarsalt: se ovan (dricker alkohol).	
Total alkohol-konsumtion (liter ren alkohol)	Hur ofta och hur mycket man dricker per dryck omräknat till ren alkohol senaste 12 mån. (KF-skalan, fr. 5-14).		Hur ofta och hur mycket man dricker per dryck omräknat till ren alkohol per resp. sen. 30 dagar (KF-skalan) (SoRADs Monitor).	
Alkoholberoende			Om man enligt ICD-10 uppfyller kriterierna för alkoholberoende (6 frågor) (Baslinjemätning) <sup>3</sup> .	
<b>Tobak:</b>				
Röker/snusar	Om (1) man röker och (2) om man snusar. Nej, har aldrig rökt/Nej, har bara provat/Nej, har slutat. Ja, varje dag/Ja, nästan varje dag/Ja, men bara när jag är på fest/Ja, men bara ibland (Fr. 41, Fr. 43).		Om man röker respektive snusar dagligen (FHIs HLV) Ja/Nej.	
Tobaksberoende			Om man enligt ICD-10 uppfyller kriterierna för tobaksberoende (Baslinjemätning) <sup>3</sup> .	
<b>Narkotika:</b>				
Livstidsprevalens	Om man någon gång använt narkotika. Ja/Nej (Fr. 33).			
12-månaders-prevalens	Om man använt narkotika under senaste 12 mån. Ja/Nej (Fr.37).		Om man använt hasch/marijuana. Nej/Ja, för mer än 12 mån. sedan/ Ja, under de senaste 12 mån./Ja, under de senaste 30 dagarna (FHIs HLV).	
Narkotika-beroende			Om man enligt ICD-10 uppfyller kriterierna för narkotikaberoende (Baslinjemätning) <sup>3</sup> .	
<b>Dopning:</b>				
Använt AAS	Om man någon gång använt AAS (ja, flera ggr/kurer, ja, ett fåtal ggr/kurer, ja, en gång, nej).		Om man använt anabola steroider. Nej/Nej men blivit erbjuden/Ja, för mer än 12 mån. sedan/Ja, under de senaste 12 mån./Ja, under de senaste 30 dagarna (FHIs HLV).	

<sup>1</sup> Fr=Frågenummer i CANs skolenkät åk 9 och gymnasiets år 2<sup>2</sup> Både 12 månaders och 30 dagars är väsentliga men om man skall välja en av dessa regional/lokalt föreslås 12-månadersfrågan<sup>3</sup> Kan bli aktuellt med andra frågor, exempelvis DSM IV eller V

mellan olika läkare och över tid, varför det kan var problematiskt att dra slutsatser av utvecklingen av alkohol- respektive narkotikarelaterad dödlighet endast utifrån dessa index<sup>1</sup>.

Alkohol- och narkotikaindex inkluderar således både underliggande och/eller bidragande dödsorsaker (och huvud- och bidiagnoser inom den slutna sjukhusvården). Andra sammanställningar redovisar endast underliggande alkoholspecifika eller alkoholrelaterade dödsorsaker (och endast huvuddiagnoser inom slutenvården). Det kan finnas goda skäl för båda alternativen och i registerutvecklings- och forskningssammanhang måste man alltid väga och följa olika trender för olika kategorier och se hur dessa samvarierar över tid. Detta ansvar att kvalitetssäkra data åvilar registerhållarna, i detta fall Socialstyrelsen.

Samtliga förslag i denna rapport inkluderar dock både underliggande och bidragande (och huvud- och bidiagnoser) men under förutsättning att eventuella avvikelser i de olika underkategorierna följs upp. Ett skäl till att inkludera både underliggande och bidragande (och huvud- och bidiagnoser) är att kodningsreglerna modifieras kontinuerligt, vilket gör att regler för val av underliggande dödsorsak kan variera över tid.

Som nämndes ger alkohol- respektive narkotikaindex ingen fullständig bild av den totala omfattningen av alkohol- narkotikarelaterad dödlighet. Vidare ingår i detta index både kroniska och i viss utsträckning akuta problem/sjukdomar, dock underrepresenterade, vilket kan försvåra tolkningen av utvecklingen. Både alkoholindex och narkotikaindex är idag etablerade mått och används ofta för att följa upp satsningar inom området. Även många

studier som behandlar skador i relation till alkohol använder sig av alkoholindex. Om det finns brister i kvaliteten i indexen kommer resultaten av dessa studier att påverkas av detta. Därför menar jag att andra indikatorer också måste prövas som i kombination alkohol- och narkotikaindex bör kunna ge en samlad bild av utvecklingen. Explicita dopningsrelaterade diagnoser föreligger inte och därför går det inte att med ovan beskrivna metod följa upp dopningsrelaterade dödsfall. Dessa måste istället estimeras på annat sätt vilket kommer att ges förslag nedan (rättsmedicinska data). Både alkohol- och narkotikaindex behöver således kompletteras med andra viktiga indikatorer, både vad gäller dödlighet och sjuklighet.

### ***Tobaksdödlighet***

Få organsystem undgår att skadas av tobaksrökning. Ett fyrtiotal sjukdomar, varav flera dödliga, har ett direkt samband med rökning (FHI, 2004). Ungefär varannan rökare dör i förtid av sitt bruk och i genomsnitt förlorar rökaren cirka tio år av sin förväntade livslängd (Doll m.fl., 2004). Eftersom rökning är en riskfaktor för så många sjukdomar är det svårt att få en heltäckande bild av andelen dödsfall orsakade av rökning. En beräkning gjord 2001 uppskattar att ungefär 6 400 personer dör av sin egen rökning varje år. Men då är endast de mest kända sambanden medräknade, som lungcancer, KOL och hjärtkärlsjukdom (FHI, 2003). Lungcancer är den cancerform som har tydligast koppling till rökning.

<sup>1</sup> När det gäller Alkoholindex över den alkoholrelaterade dödligheten så uppgick antalet dödsfall år 2004 till ca 2100. Antalet faktiska alkoholrelaterade dödsfall anses vara mycket större. Tal som brukar nämnas ligger på i storleksordningen 4000–5000. Dessa siffror är grova men kan ändå ge en fingervisning om utbredningen av alkoholproblemets omfattning i Sverige.

Prognosen är mycket dålig, mindre än 15 procent av patienterna lever fem år efter att de har fått sin diagnos. Andelen fall av lungcancer har de senaste 30 åren minskat bland män, men samtidigt ökat kraftigt bland kvinnor så att det nu är vanligare med dödsfall på grund av lungcancer än av bröstcancer. Detta förklaras med att kvinnorna tog upp rökvanan senare än männen. 2006 avled ungefär 1 900 män och 1 600 kvinnor i Sverige av lungcancer (Cancerfonden & Socialstyrelsen, 2009). Den bevakning som görs idag av berörda myndigheter (FHI, Socialstyrelsen) av de viktigaste och större tobaksrelaterade dödsorsakerna och skadorna bör fortsätta framöver men skulle behöva kompletteras, om möjligt med ett övergripande och summerande tobaksindex utifrån dödsorsaksregistret.

Förutom ett tobaksindex bör de större mer explicita tobaksrelaterade sjukdomar som idag följs även framöver att följas separat som indikatorer (se förslag nedan).

### ***Rättsmedicinska data***

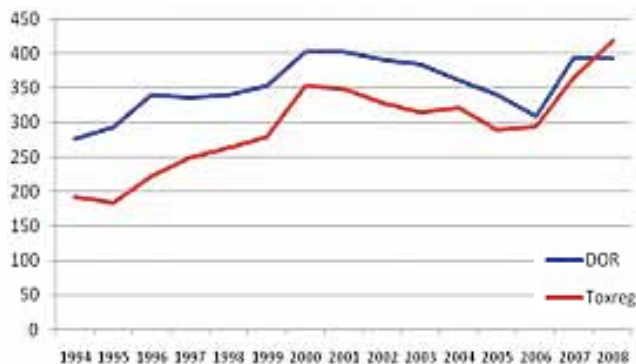
När det gäller akuta alkohol- narkotikalaterade, och eventuellt dopningsrelaterade (AAS-relaterade), dödsfall finns ytterligare en informationskälla, nämligen rättsmedicinska data. De omfattar visserligen bara en mindre del av alla dödsfall (ca 8 %, ca 5 500 fall årligen under perioden 2000–2009) men täcker ca 93 procent av de s.k. onaturliga dödsfallen för personer under 65 år. De rättsmedicinska databaserna har funnits sedan början av 1990-talet och omfattar information från de rättsmedicinska dödsorsaksundersökningarna som i de flesta fall även innefattar en toxikologisk analys av alkohol, läkemedel och ibland illegala droger. De rättsmedi-

cinska databaserna har en fördel då informationen finns tillgänglig relativt snabbt (ofta inom några månader) efter det att ett dödsfall inträffat. De ger ett mått på en skadas relation till alkohol/narkotika då det rör sig om toxikologiska analysvar med uppgifter om alkohol- och narkotikapreparat och uppmätta kvantiteter.

Sedan början av 2000-talet har det pågått ett samarbete mellan Socialstyrelsens Dödsorsaksregister och Rättmedicinalverket i syfte att ta fram ett rikstäckande register utifrån rättsmedicinska databaser. Projektet har finansierats av FHI och ansvarig för projektet har varit Anna Fugelstad, Karolinska Institutet. Mest fokus har legat på att ta fram ett bevakningsregister över dödsfall för illegala droger samt metadon. Detta arbete är nu i slutfasen och Socialstyrelsen beräknar kunna följa och redovisa denna statistik mer regelbundet fr.o.m. 2011 inom ramen för dödsorsaksregistret men viss kvalitetssäkring behöver göras även under 2011. I figur 3 (se nästa sida) redovisas utvecklingen av narkotikarelaterade dödsfall utifrån dödsorsaksregistrets narkotikaindex och rättsmedicinska data. Som framgår följer de två serierna samma trender men det rör sig i betydande omfattning om olika individer som fångats in i de två datamaterialen, vilket framgår av figur 4 (se nästa sida).

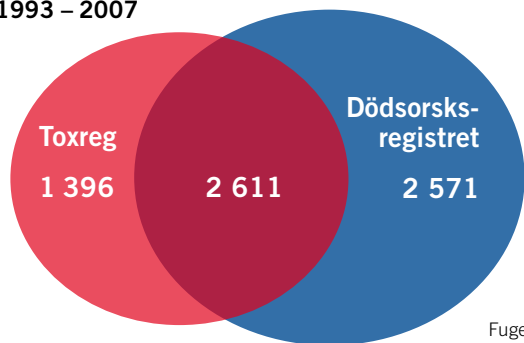
FIGUR 3.

**Jämförelse mellan Dödsorsaksregistret och Toxreg när det gäller narkotikarelaterade dödsfall 1994 – 2008**



FIGUR 4.

**Överlappning mellan Toxreg och Dödsorsaksregistret 1993 – 2007**



Källa:  
Fugelstad, 2010

Ett arbete med att ta fram ett register – eller tidsserie – över akuta alkoholrelaterade dödsfall påbörjades för flera år sedan men slutfördes aldrig pga. olika problem med data. Dessa problem har nu, i takt med arbetet med databaserna fortskridit, rättats till och det är nu möjligt – och ett naturligt steg – att ta fram data över akuta alkoholrelaterade dödsfall, dvs. samtliga rättsmedicinskt undersökta dödsfall med förekomst av alkohol i blod och andra kroppsvätskor kompletterat med dem som genom-

går endast klinisk undersökning. I majoriteten av fallen finns även uppgifter om alkohol i olika koncentrationer (samt förekomst av läkemedel och illegala droger).

Rättsmedicinska toxikologiska data fångar alltså in akuta dödsfall i relation till intag av olika legala och illegala droger (dödsfall som inträffat i nära anslutning till alkohol- narkotikaintag). Detta innebär samtidigt att dessa data inte ger information om dödsfall bland missbrukare som beror på organskador orsakade av ett ofta långvarigt alkohol- narkotikamissbruk eller av andra sjukdomar. Därmed saknas således dödsfall med enbart uppgifter om exempelvis alkoholberoende eller narkotikaberoende.

Å andra sidan fångar dessa data upp grupper med skadlig alkoholkonsumtion som ännu ej utvecklat beroende och kroniska organskador, exempelvis bland ungdomar. Dessa dödsfall är många gånger inte redovisade med alkoholdiagnos i dödsorsaksregistret. Det är angeläget att all den information om alkohol som i dessa data utnyttjas, dvs. förutom påvisbart alkoholintag också koncentrationen alkohol. Det kan nämnas att mellan år 1994 till 2009 registrerades 88 093 rättsmedicinskt undersökta dödsfall. Av dem uppvisade 22 691 en alkoholkoncentration motsvarande mer än 0,2 promille, 18 817 över 0,5 promille, 14 970 över 1 promille och 8 263 över 2 promille. Antalet dödsfall i alkoholförgiftning enligt dödsorsaksregistret (underliggande och/eller bidragande) uppgick under samma period till ca 5 300.

För att förtydliga så syftar arbetet med rättsmedicinska data till att Socialstyrelsens dödsorsaksregister framöver ska ha tillgång till pålitliga data om toxikologi- både om alkohol och om narkotika – där data regelbundet skickas från Rättsmedicinalverket

till Socialstyrelsen. När så är fallet (narkotika 2011, alkohol 2012) bör utvecklingsarbetet betraktas som i princip slutfört. Därefter skall man kunna få alla dessa data direkt från dödsorsaksregistret. Även när detta skett behövs dock troligen någon som kontrollerar kvaliteten och tolkar de data som tas fram men detta bör ske inom ramen för reguljär verksamhet av kvalitetssäkring av registerdata. Min bedömning är således att de toxikologiska uppgifterna som kommer att finnas i dödsorsaksregistret bör användas som en indikator i sig, eller i kombination med övriga data från dödsorsaksregistret, fr.o.m. 2011 men med visst fortsatt kvalitetsarbete. Vidare bör man under 2011–2012 fullfölja arbetet med akuta alkoholrelaterade dödsfall.

Rättsmedicinska data möjliggör även analyser av förekomst av dopningspreparat (främst AAS) hos avlidna. Här finns således en möjlighet att analysera hur vanligt detta är. Här skulle man kunna testa för AAS-förekomst hos avlidna positiva för narkotika och sedan utifrån extrapolering räkna upp vad detta skulle kunna motsvara totalt sett i antal dödsfall med AAS-förekomst. Det skulle också vara möjligt att testa på en större grupp avlidna och inte enbart i ett urval av dödsfall där misstanke om narkotikaförekomst föreligger. Hur detta skall göras kan inte redovisas för här men bör i ett sådant fall arbetas fram i expertgrupp som får ett sådant uppdrag, lämpligen samma grupp som får i uppdrag att arbeta fram data över akuta alkohol dödsfall enligt rättsmedicinska data. Syftet skall således vara att (1) estimerar antalet rättsmedicinskt undersökta dödsfall med AAS-förekomst och (2) se över möjligheterna att utveckla en årlig tidsserie över antalet AAS-dödsfall som, på samma sätt som för narkotika

och alkohol, skulle kunna användas löpande i att följa upp utvecklingen.

Sammanfattningsvis finns således flera skäl till varför rättsmedicinska data är viktiga att följa över tid och inkorporera i dödsorsaksregistret. Det ger en snabb information som är tillgänglig några månader efter dödsfall. Detta innebär exempelvis att utvecklingen under 2010 kan presenteras redan under våren. Snabb information ger också bättre möjlighet att fånga upp nya drogtrender, och förändrade alkohol- och drogmönster. Ytterligare en fördel är att det ger detaljerad information om olika droger, både legala och illegala samt om kvantiteter. En tredje fördel är att det kan fånga in grupper (med akuta dödsfall) som ännu ej utvecklat beroende och kroniska organskador, exempelvis ungdomar. Dessa dödsfall är oftast inte möjliga att redovisa separat i Dödsorsaksregistret eftersom registret är konstruerat för beskrivning av sjukdomar och skador.

## Förslag över dödlighet

### *Alkohol dödlighet*

*Alkoholindex:* Detta index bör ingå som en naturlig kärnindikator men som antydde ovan finns en viss osäkerhet i vad förändringar i Alkoholindex egentligen uttrycker, förutom det självklara att en förändring innebär fler/färre alkoholexplicita diagnoser på dödsorsaksintygen. Mig veterligen finns ingen studie som närmare studerat Alkoholindex, t.ex. om förändringar i detta index samvarierar med förändringar i totalkonsumtionen av alkohol eller med dödsorsaker med välbelagd koppling till totalkonsumtionen av alkohol, främst kronisk leversjukdom. Detta bör göras. Styrkan med ett index, nämligen att ge en sammanfattande bild av komplexa och flerdi-



mensionella förhållanden, kan också vara dess svaghet. Olika enskilda mått som ingår i ett index kan gå åt olika håll – akuta skador kan öka medan de kroniska kan minska (för att senare möjligen öka). Detta skulle inte framkomma i ett index som i ett sådant fall t.o.m. skulle kunna visa på en i stort sett oförändrad nivå. Detta är ett viktigt skäl till att Alkoholindex måste kompletteras med data över specifika dödsorsaker (enskilda diagnoser) i detta fall levercirros (eller leversjukdomar) och alkoholförgiftning som underliggande eller bidragande dödsorsaker.

*Alkohol dödsfall enligt rättsmedicinsk toxikologisk information:* Detta bör vidareutvecklas och färdigställas senast 2012 (se ovan) och har statusen som en utvecklingsindikator.

### **Narkotikadödlighet**

*Narkotikaindex:* Samma resonemang som för alkohol gäller också narkotika. Det innebär således att narkotikaindex bör ingå som en kärnindikator med kompletteras med specifika indikatorer.

*Narkotikadödsfall enligt rättsmedicinsk toxikologisk information:* Detta är i stort sett färdigutvecklat och bör kunna användas mer systematiskt redan under 2011. Ett visst arbete kvarstår i implementering av detta arbete från ett utvecklingsarbete till att vara en del i en reguljär verksamhet och är att betrakta som en utökad indikator.

### **Tobaksdödlighet**

*Ett framtida tobaksindex:* Den givna fördelen med index, nämligen att komplexa företeelser kan summeras till ett mått vilket underlättar tolkningen av

den sammantagna utvecklingen är ett skäl till att sträva efter även ett index över tobaksdödlighet. Något sådant finns inte idag på Socialstyrelsen men man är intresserad av att arbeta för att ett sådant eventuellt skulle kunna utvecklas under strategiperioden. Mitt förslag är att den föreslagna arbetsgruppen under våren 2011 ger Socialstyrelsen i uppdrag att påbörja ett arbete med att utveckla ett tobaksindex.

Snusning är en riskfaktor för flera sjukdomar och cancerformer (ex. hjärt-kärlsjukdomar och olika cancerformer (t.ex. bukspottkörtelcancer; (Cnattingius et al., 2005), cancer i matstrupen (Zendeudel, et al., 2008) men det finns inga säkra data över andelen dödsfall som orsakas av snusning vilket gör det osäkert om snus kan ingå i ett framtida tobaksindex. Detta är en fråga för Socialstyrelsen att behandla inom ramen för ovan nämnda uppdrag.

Förutom ett tobaksindex bör de större mer explicita tobaksrelaterade sjukdomar som idag följs även framöver att följas separat som indikatorer, dvs. framförallt lungcancer och andra lungsjukdomar som KOL (kroniskt obstruktiv lungsjukdom).

*AAS-relaterade dödsfall enligt rättsmedicinsk toxikologisk information:* Idag finns i stort sett ingen kunskap om antalet dödsfall relaterade till användning av AAS. Det rör sig sannolikt om relativt få, klart färre än för narkotika men detta till trots är det värdefullt att få fram underlag – en indikator – som kan ge en viss fingervisning om dess omfattning.

Till sist vill jag understryka att av alla indikatorer är de ANDT-relaterade dödsfallen bland de allra viktigaste måtten att följa upp över tid. Därför är det



ytterst väsentligt att de data som ligger till grund för att följa detta är av högsta kvalitet. Det är tveksamt om så är fallet idag. Arbetet med att kvalitetssäkra dessa data måste därför ges hög prioritet. Oroande är därför att Socialstyrelsen har beslutat att skärpa på utskick av frågor till läkare vid ofullständiga dödsorsaksintyg, detta för att registersammanställningen skall gå snabbare. Om kvalitet måste ställas mot kvantitet och tid så måste det förstnämnda ges högst prioritet.

### ANDT-relaterad sjuklighet enligt slutenvård

När det gäller sjuklighet är patientregistrets slutenvårdsdata en ofta använd källa för alkohol, narkotika och tobak. Även här används ICD-10 men grunderna för klassificering i huvud- och bidiagnoser skiljer sig något från underliggande och bidragande dödsorsaker. De sjukdomar och diagnoser som bör användas som indikatorer inom slutenvården bör vara desamma som för dödligheten enligt dödsorsaksregistret nämnt ovan (inklusive tobak) (se tabell 7). Således bör exempelvis samma index som för dödligheten också användas för slutenvård, vilket också görs idag.

Även slutenvårdsstatistiken har sina brister. En stor potentiell felkälla i tolkning av slutenvårdsdata över tid är att den slutna psykiatriska vården på många håll i Sverige minskat och ersatts av öppenvård vilket torde ha bidragit till dels lägre antal patienter med psykiatriska alkoholdiagnoser inom slutenvården, dels en ökning av öppenvården. I en studie av Ramstedt (2005) om slutenvårdsstatistikens användbarhet som indikator på alkoholskadetvecklingen, fanns det tecken på att antalet

patienter i somatisk slutenvård tillsammans med ett antal specifika diagnoser, såsom leversjukdom, pankreatit och alkoholförgiftning är stabilare mått på alkoholskadetvecklingen än det totala antalet enligt alkoholindex, framförallt om man endast inkluderar huvuddiagnoser. Ramstedts studie visade att nedgången i alkoholrelaterad slutenvård till stor del berodde på en kraftig nedgång av alkoholdiagnoser inom allmänpsykiatri, medan somatiska kliniker och specialiserade alkoholkliniker visar en uppgång sedan mitten av 1990-talet. Tolkat utifrån analyser av samvariationen mellan årliga förändringar för de olika kliniktyperna fanns, enligt Ramstedt, vissa tecken på substitution mellan psykiatri och specialiserade alkoholkliniker, men inget som tydde på att uppgången på somatiska kliniker skulle vara ett direkt resultat av nedgången inom psykiatri.

Samma mönster framkom på diagnosnivå; en kraftig reduktion av personer som endast vårdas för psykiatriska diagnoser och en stabil utveckling för somatiska diagnoser fram till åren 1996–1997, men därefter en uppgång. Antalet patienter som vårdats inom slutenvården, med somatisk alkoholdiagnos, (somatiska sjukdomar och alkoholförgiftningar) som huvuddiagnos har exempelvis ökat sedan år 1997.

Detta bör man beakta i redovisningen av denna statistik, inte minst de som får ansvaret att följa upp strategin. Man bör med andra ord komplettera redovisningarna av index och enskilda sjukdomsgrupper med utvecklingen inom den somatiska sjukvården och/eller somatiska diagnoser. Vidare bör man ta reda på om utvecklingen ser densamma ut med både huvud- och bidiagnoser jämfört med endast huvuddiagnoser. Det bör nämnas att relationen mellan huvud- och bidiagnos inte är densamma som

den mellan underliggande och bidragande dödsorsak. Regler för val av underliggande kan ändras men huvuddiagnos alltid är den sjukdom/skada som vårdtillfället främst behandlade.

I takt med att de psykiatriska klinikerna i Sverige minskat kraftigt har man på många ställen istället byggt ut den öppna sjukhusvården. Detta gäller inte minst i Stockholms län och dess beroendevård. I en nyligen publicerad rapport om skadeutvecklingen i Stockholms län redovisades en ökning på 10 procent i antalet personer som vårdades för alkoholrelaterade sjukdomar inom slutenvården under åren 2004–2006 jämfört med åren 1997–1999. Antal patienter som vårdades inom den öppna beroendevården med narkotika- eller alkoholdiagnos var 54 procent högre 2004–2006 jämfört med 1997–1999. Det mest intressanta var dock analyserna där man studerade utvecklingen av antalet patienter som vårdats för alkohol och/eller narkotikadiagnoser antingen inom slutna sjukhusvården och/eller öppna beroendevården. Några liknande analyser i andra län i Sverige har så vitt vi vet, inte genomförts. Detta mått torde dock vara ett mer stabilt mått på den faktiska sjuklighetsutvecklingen än endast slutenvårdsdata men kan endast genomföras i län med tillförlitliga öppenvårdsdata vilket inte är fallet i flertalet län. Det är önskvärt att ett utvecklingsarbete påbörjas där man i de län där det är möjligt studerar den öppna och slutna vården varför sig och tillsammans i syfte att utveckla en bättre indikator och ANT-sjuklighet. Eftersom detta arbete knappast kan färdigställas inom strategiperioden väljer jag att inte inkludera detta som en utvecklingsindikator i tabell 7.

Till sist, för att förtydliga på tobaksområdet så bör det tobaksindex som föreslås utvecklas både för

att följa antalet tobaksrelaterade dödsfall enligt dödsorsaksregistret och antalet patienter med tobaksrelaterade sjukdomar enligt Patientregistrets slutenvårdsdata.

### Andra ANDT-relaterade skador (inklusive prioriterade områdena)

Två viktiga – om inte de allra viktigaste – brottskategorierna från alkohol- och drogsynpunkt är drog- och alkoholrattfylleri och alkohol-, narkotika-relaterade (inklusive AAS) våldsbrott. I båda fallen drabbas förutom gärningsmannen också tredje person som offer för misshandel eller som skadad eller omkommen i trafikolyckor orsakade av påverkade förare. Båda dessa brott är också exempel på två problemområden som är synliga och tydliga för den stora allmänheten där det finns starkt stöd för att driva en sträng alkohol-, drog- och kriminalpolitik. Ett system för registerring av alkoholrelaterade skador på akutmottagningar har länge diskuterats i Sverige utan större framgång. Nedan presenteras ett system för skaderegistrering på akutmottagningar – IDB (Injury Data Base) – som i framtiden, men sannolikt efter strategiperioden – skulle kunna användas för detta syfte. Jag väljer att nämna detta eftersom det är ett sameuropeiskt initiativ inom EU och att EU framöver kommer att ställa större krav på svensk skaderegistrering.

### Alkohol- och drograttfylleri (inklusive döda och skadade i trafiken pga. alkohol och andra droger)

#### *Rattfylleri- och drograttfylleribrott*

Ser man till polisanmäld rattfylleribrottslighet (avser både alkohol- och drograttfylleri) har dessa varierat betydligt mellan olika perioder och mellan

olika år. Från 2001 till 2009 har antalet rattfylleri-brott ökat med ca 3 600, motsvarande ca 25 procent (BRÅs statistik över anmälda brott, både 2001 och 2009 exklusive drograttfylleri). Eftersom rattfylleri till stor del är ett så kallat proaktivt brott beror utvecklingen av de polisanmälda rattfylleri-brotten i stor utsträckning på förändringar i rutiner i polisens arbete (se t.ex. Hubicka, m.fl., 2007). Läger polisen ner mer resurser och/eller genomför en större andel av sina riktade kontroller under vissa tider på dygnet eller veckodagar då sannolikheten är större än annars att möta rattfylleri, ökar också antalet anmälda brott. Detta alltså utan att det faktiska antalet rattfylleri-brott nödvändigtvis har ökat. Ett sätt att korrigera för polisens aktivitetsnivå skulle kunna vara att istället studera antalet positiva utandningsprov med hänsyn taget (dividerat) till antalet faktiskt genomförda utandningsprov (data finns tillgängliga vid Rikspolisstyrelsen). Detta är inte helt optimalt men innebär trots allt att man tar hänsyn till polisiär aktivitet. Man kan dock inte korrigera för olika strategier som polisen använder sig av (tid på dygnet, platser man gör tester på osv.) i olika regioner och mellan olika år.

Därför behövs flera indikatorer på utvecklingen av rattfylleri än polis(kriminal)statistik. En sådan indikator är trafikolyckor. Studier visar att en större andel av alla förare vid dödsolyckor är alkoholpåverkade än förare vid icke-dödsolyckor, vid singelolyckor jämfört med multipla olyckor samt vid olyckor som inträffar på natten än på dagen.

### ***Singelolyckor med personskada under nattetid***

Utvecklingen av singelolyckor med personskada under nattetid brukar användas som mått på att

följa trender vad gäller alkoholrattfylleri (se WHO, 2000) och bör, enligt min mening, också användas för att följa upp den nya strategin. Få indikatorer är helt optimala. Detta gäller även singelolyckor med personskada: det finns givetvis en mängd andra faktorer som också orsakar dessa olyckor än alkohol (och droger). I en svensk studie från 1993 visade det sig att mer än varannan person av dem som omkom i singelolyckor var alkoholpåverkad (Öström & Eriksson 1993) och i en annan studie från 1997 framkom att 58 procent av de som skadats i singelolyckor under natten (00:00–06:00) i Umeå-regionen hade alkohol i kroppen (Sjögren, 1997).

Data över singelolyckor med personskada finns registrerade i STRADA (Swedish Traffic Accident Data Acquisition) som är ett för polisen och hälso- och sjukvården gemensamt trafikskaderegistreringsprogram. Insamlade uppgifter avidentifieras och samlas i en databas hos Transportstyrelsen som också är huvudman för informationssystemet. Polisens uppgifter är rikstäckande sedan 2003 medan 80 procent av Sveriges sjukhus med akutmottagningar var anslutna våren 2010. Målet är dock att få till stånd en nationellt heltäckande registrering av personskada i trafiken. Polisens och hälso- sjukvårdens uppgifter kompletterar dock varandra.

### ***Döda förare i trafikolyckor med alkohol i kroppen***

De allra flesta förolyckade förare obduceras och ingår således i de ovan nämnda rättsmedicinska databaserna. Här använder Transportstyrelsen (tidigare Vägverket) data för att årligen redovisa andelen (och ibland antalet) döda förare obducerade av samtliga obducerade som uppvisade alkohol i blodet. I en rapport från Vägverket (2008) nämns att 34 procent

av samtliga motorfordonsförare som dog i trafikolyckor 2007 och som obducerades (ca 80 % obducerades) var alkoholpositiva (minst 0,2 promille). I en liknande rapport året därpå uppgick motsvarande andel för år 2008 till 25 procent (Vägverket, 2009). I Vägverkets rapport från 2009 står också att resultat från Vägverkets djupstudier år 2008 visade att 21 procent av omkomna personbilsförare hade alkohol i blodet över gränsen för rattfylleri (0,2 promille). År 2009 låg denna andel på ca 25 procent och 2010 hade den minskat till ca 16 procent. (Trafikverket, 2010). I rapporten nämns dock att för 2010 togs data fram på ett annorlunda sätt än tidigare (Trafikverket, 2010). Det är frestande att tro att detta skulle kunna förklara 2010-års mycket låga andel alkoholpositiva personbilsförare, men enligt Trafikverket gjorde denna skillnad i insamlingsätt mycket lite för uppmätta andelar.

Siffror från en vetenskaplig artikel av Jones, m.fl. (2009) visade att andelen motorförare med en alkoholkoncentration i blodet motsvarande minst 0,2 promille alkohol i kroppen (med eller utan samtidig förekomst av andra droger) uppgick till i genomsnitt ca 22 procent per år under åren 2003–2007 (och för år 2007 ca 25 procent). Detta baserades på rättsmedicinskt undersökta motsvarande 97 procent av alla trafikdödsfall.

Enligt mitt sätt att se det är bilden som förmedlas något rörig och oklar. Skillnaderna mellan nämnda undersökningar kan naturligtvis bero på skillnader i urval: personbilsförare eller samtliga motorfordonsförare. Vägverkets rapporterade nedgång från 34 procent år 2007 till 25 procent år 2008, med samma urval (motorfordonsförare), måste emellertid bedömas som osannolikt stor och så även möjligen föränd-

ringen från 25 procent 2009 till 16 procent 2010. Det har tidigare uppmärksammats att data från Vägverket över antalet alkoholpåverkade förare skiljer sig åt jämfört med rättsmedicinska data analyserade av forskare (Fugelstad & Thiblin, 2004). Detta är anmärkningsvärt eftersom data har samma bas, dvs. de dödsfall som är rättsmedicinskt undersökta.

Här borde man, enligt min mening, fundera på om inte ett forsknings- och utvecklingsarbete bör initieras som syftar till att ta fram pålitliga estimat över antalet döda förare med alkohol och andra droger i kroppen och dess andel av totalt antalet döda förare. Även statistik över det totala antalet dödsfall med alkoholinblandning vid trafikolyckor bör tas fram. Den kommande ANDT-arbetsgruppen bör överväga om man inte skall sammanställa en expertgrupp med forskare från bl.a. Karolinska Institutet och Umeå universitet, två lärosäten som tidigare forskat på området och med representant från Trafikverket.

Det bör också påpekas att under perioden 2003–2007 uppgick antalet döda förare till i genomsnitt ca 280 per år, med en därefter sjunkande trend vilket omöjliggör nedbrytning av dessa data på regionalt/lokalt pga. för få fall.

Jag vill också i detta sammanhang uttrycka min oro över att Socialstyrelsen framöver som ett led i uppsnabbning av dödsorsaksregistrets datapublicering endast kommer att koda trafikolyckor på 3-ställig nivå, dvs. utan information om den avlidna var förare eller ej. Detta är ytterst olyckligt och kommer att leda till försämringar i att följa och analysera alkoholens och narkotikans bidrag till trafikdödligheten.

## Våldsbrottslighet

Våldsbrott, och framförallt misshandelsbrott, som utgör en stor del av samtliga våldsbrott, är starkt kopplat till den svenska dryckeskulturen med stora alkoholintag vid ett och samma dryckestillfälle, framförallt under helger och storhelger. Flera undersökningar visar att alkoholkonsumtionen per invånare varierar systematiskt med polisanmälda misshandelsbrott (Kühlhorn, 2004). Vidare visar studier om lagförda för misshandel att mellan 70–80 procent av dessa personer var alkoholpåverkade vid brottstillfället. En sådan koppling finns också för narkotika och möjligen för AAS.

Även här kan ökning och minskningar i antalet anmälda/lagförda våldsbrott (ex. misshandel) över tid bero på annat än ökning/minskningar i alkohol- och drogkonsumtionen i Sverige. Det skulle därför vara värdefullt att finna en mer explicit alkohol- och/eller drogrelaterad indikator över våld. När det gäller alkohol finns det i litteraturen tecken som tyder på ett starkare samband med våld som begås utomhus än inomhus (se t.ex. Norström, 1998) och det är inte osannolikt att skillnaden är som störst mellan våldsbrott utomhus med obekant gärningsman jämfört med våldsbrott inomhus med bekant gärningsman. Det vill säga våldsbrott som framförallt begås av män mot andra män utomhus, ofta relaterat till krog- och nöjesliv, är i större grad alkoholrelaterade än våldsbrott där en man är den typiska gärningsmannen men där en kvinna är offer och brottet begås inomhus (vilket är kännetecknande för typiska kvinnomisshandelsfall). Detta indikeras även av svar från BRÅs nationella trygghetsundersökning från år 2006 där en betydligt större andel män än kvinnor som utsatts för våld

uppges dels att de har utsatts för gatuvåld eller våld från obekant, dels att gärningspersonen troligen varit alkoholpåverkad (män: 70 %, kvinnor: 36 %). Det är också klart fler bland de manliga offren som själva varit alkoholpåverkade än de kvinnliga offren (se BRÅ, 2008.).

Det pågår ett arbete med att mer systematiskt ta reda på hur sambanden mellan alkohol och våld skiljer sig åt mellan dessa undergrupper av våld som antydde ovan. Arbetet skulle behöva förstärkas under en kortare period på ett halvår tid för att genomföra samtliga de tidsserieanalyser som bedöms som nödvändiga för att kunna utröna kopplingen till alkohol mer i detalj. Om så visar sig vara fallet att våldsbrott utomhus med obekant gärningsman redovisar starkaste samband bör denna användas som indikator över alkoholrelaterat våld istället för det totala antalet våldsbrott.

Liknande studier kan inte göras för narkotika och AAS varför frågan om hur man på bättre sätt kan fånga in och över tid följa narkotika och AAS-relaterade våldsbrott är oklar. De beskrivna rättsmedicinska data skulle eventuellt även här kunna vara värdefulla eftersom man kan dela upp dödsfallen i olika undergrupper såsom homicid etc. Men då rör sig om offer och inte om gärningsmän.

## IDB-skaderegistrering på akutmottagningar

Sedan några år tillbaka driver Socialstyrelsen en skaderegistrering kallad "Injury Database" (IDB) vilket är en vidareutveckling av den tidigare olycksfallsdatabasen EHLASS (European Home and Leisure Accident Surveillance System) och är ett sam-europeiskt "joint venture" mellan DG SANCO och medlemsländerna och som syftar till att skapa en

sameuropeisk "all injury database" (IDB).

Syftet med databasen är att tillhandahålla detaljerad skadestatistik med uppgifter från såväl öppen som slutenvård för skadepreventiva ändamål. Uppgifterna avser såväl olycksfallsskador, skador till följd av övergrepp samt avsiktligt självdestruktiv handling. IDB är i Sverige en del av patientregistret och har med tiden breddats till att omfatta insamling av data om samtliga typer av oavsiktliga skador samt även avsiktligt självdestruktiva skador och skador till följd av våldshandlingar.

Data samlas in vid akutmottagningar och sjukhusanslutna jourcentraler. Vid besök får patienten (eller medföljande) en enkät att fylla i där de omständigheter som lett fram till skadehändelsen utförligt beskrivs. Den administrativa personalen rapporterar om datum och tid för besök och den medicinska personalen om de konsekvenser skadan gett. Data innehåller individbaserade uppgifter om skadehändelser, oavsett miljö eller uppkomstsätt. Dessa data grundar sig på uppgifter dels från patienter, dels från sjukvårdspersonal. Skadefallen kodas enligt NCECI (NOMESCO Classification of External Causes of Injuries). Det är endast det första besöket som räknas för varje skadefall.

Under flera år lyft behovet av att registrera alkoholrelaterade skador på akutmottagningar och försök har också gjorts att systematiskt registrera dessa, dock utan större framgång. IDB skulle på sikt eventuellt kunna vara ett sätt att fånga in alkoholens och andra drogers bidrag till skador. Men det förutsätter dels naturligtvis att man systematiskt registrerar faktorer som har samband med yttre orsaker till sjukdom och död såsom tecken på alkoholpåverkan. Så är inte fallet idag. Som det ser ut nu så kan alkohol

registreras endast under kategorin avsiktligt självdestruktiv handlingar där självmordsförsök men också överdosering av alkohol och droger i självdestruktivt syfte.

Ytterligare en förutsättning är att systemet byggs ut och täcker fler sjukhus och större del av befolkningen. År 2009 omfattade IDB endast 10 procent av befolkningen och inga storstadsregioner var inkluderade. Målet, enligt Socialstyrelsen, är att täcka en större andel av befolkningen och vara representativt för befolkningen.

Trots att det inte finns förutsättningar under kommande åren att använda detta system i ett uppföljningssystem för alkohol och droger vill jag ändå uppmärksamma registreringsystemets potential i framtiden. Alkohol och droger skulle mer systematiskt kunna registreras men det kräver naturligtvis en hel del arbete om detta skulle beslutas om. Innehållet i databasen bedöms vara av hög kvalitet då kodning och registrering utförs av särskilt utbildade kodare. Detta medför att det interna bortfallet i databasen är försumbart. Totalbortfallet mäts regelbundet genom att särskilda dagar slumpmässigt väljs ut då registrerade skadefall kontrolleras mot sjukhusets patientadministrativa system. Bortfallet skiljer något mellan de olika sjukhusen, men i genomsnitt har totalbortfallet årligen varit cirka 15 procent (Socialstyrelsen, 2011) ([www.socialstyrelsen.se/register/halsodataregister/patientregistret/idb-skaderegistrering](http://www.socialstyrelsen.se/register/halsodataregister/patientregistret/idb-skaderegistrering)).

Det kommer också inom EU ställas större krav på nationell skaderegistrering framöver. Därför är det viktigt att fortsätta detta arbete och framförallt vidareutveckla med indikatorer på alkoholens och eventuellt narkotikans del i olika skador.



TABELL 7

**Mål 4: Antalet döda och skadade pga. sitt eget eller andras bruk av alkohol, narkotika, dopning eller tobak ska minska**

(K=kärmindikator, U=utökad indikator, UTV=utvecklingsindikator)

INDIKATORER	Definition och målgrupp	Mätmetod (ex. frågebatteri)	Datainsamlingsmetod	Data-material	Att användas 2011–	Behöver utvecklas 2011–	Kommentarer, övrigt
<b>1. Dödlighet</b>							
<b>1a. Alkohol</b>							
Index över alkoholdöda (Alkoholindex) (K).	Samtliga dödsfall med explicit alkoholdiagnos på dödsorsaksintyget som underliggande och/eller bidragande.	Dödsorsaksintygen fylls i av läkare med uppgivna dödsorsaker.	Dödsorsaksintygen skickas till Socialstyrelsen och kodas enligt ICD-10.	Dödsorsaksregistret på Socialstyrelsen.	Ja.	Nej, men se nästkommande kolumn.	Bör genom tidsserieanalysera sambandet mellan Alkoholindex och den totala/registerade alkoholkonsumtionen.
Lever-sjukdomar (K).	Samtliga dödsfall med diagnoserna K70, K73, K74 som underliggande och/eller bidragande dödsorsak.	Se ovan.	Se ovan.	Se ovan.	Ja.	Nej.	Både totala antalet leverfall och alkoholspecifika leverfall bör studeras, trenderna kan skilja sig åt.
Alkohol-specifika leversjukdomar (K).	Samtliga dödsfall med diagnosen K70 som underliggande och/eller bidragande dödsorsak.	Se ovan.	Se ovan.	Se ovan.	Ja.	Nej.	Se ovan.
Alkohol-förgiftning (K).	Samtliga dödsfall med diagnosen T51 som underliggande och/eller bidragande dödsorsak.	Se ovan.	Se ovan.	Se ovan.	Ja.	Nej.	
Dödsfall med alkohol i kroppen (UTV).	Samtliga rättsmedicinskt undersökta med alkohol i kroppen eller alkohol över viss nivå.	Rättsmedicinska undersökta.	Toxikologiska data från rättsmedicinskt undersökta.	Idag finns ett forskningsregister, men skulle eventuellt senare kunna ingå i dödsorsaksregistret.	Nej.	Ja, ett arbete som bör kunna slutföras under 2012.	När arbetet är avslutat avser detta också data från 2011 och bakåt.
<b>1b. Narkotika</b>							
Index över narkotikadöda (Narkotika-index) (K).	Samtliga dödsfall med explicit narkotikadiagnos på dödsorsaksintyget.	Dödsorsaksintygen fylls i av läkare med uppgivna dödsorsaker.	Dödsorsaksintygen skickas till Socialstyrelsen och kodas enligt ICD-10.	Dödsorsaksregistret på individnivå, finns på Socialstyrelsen.	Ja.	Nej, men se nästföljande kolumn.	Bör regelbundet jämföras med rättsmedicinska data vad gäller överlappning, och trender.
Dödsfall med narkotikaförekomst i kroppen (U).	Samtliga rättsmedicinskt undersökta med olika narkotiska preparat i kroppen.	Rättsmedicinskt undersökta.	Toxikologiska data från rättsmedicinskt undersökta.	Idag finns ett forskningsreg. men inf. skall finnas i dödsorsaksregistret.	Ja.	Ja, se textavsnitt.	
<b>1c. Tobak</b>							
Tobaksindex (UTV).	Ett index där de mest tobaksrelaterade sjukdomarna ingår.	Dödsorsaksintygen fylls i av läkare med uppgivna dödsorsaker.	Skickas till Socialstyrelsen och kodas enligt ICD-10.	Dödsorsaksregistret på Socialstyrelsen.	Nej.	Ja, tar minst två år.	Tobaksindex finns inte men bör tas fram. I motsats till alkohol och narkotika kan detta index inte innehålla några tobaksspecifika diagnoser utan de mest tobaksrelaterade.
Lungcancer (K).	Samtliga dödsfall i lungcancer på dödsorsaksintyget.	Dödsorsaksintygen fylls i av läkare med uppgivna dödsorsaker.	Se ovan.	Se ovan.	Ja.	Nej.	



forts. TABELL 7

INDIKATORER	Definition och målgrupp	Mätmetod (ex. frågebatteri)	Datainsamlingsmetod	Data-material	Att användas 2011–	Behöver utvecklas 2011–	Kommentarer, övrigt
Kroniskt obstruktiv lungsjukdom (KOL) (K).	Samtliga dödsfall i KOL på dödsorsaksintyget.	Dödsorsaksintygen fylls i av läkare med uppgivna dödsorsaker.	Se ovan.	Se ovan.	Ja.	Nej.	
1d. Dopning (AAS) (UTV).	Samtliga rättsmedicinska undersökta med steroider i kroppen.	Rättsmedicinska undersökta.	Rättsmedicinska undersökta.	Idag finns ett forskningsregister, men inf. skulle eventuellt senare kunna inkl. i dödsorsaksregistret.	Nej.	Ja, ett arbete som bör slutföras under 2012.	När arbete är avslutat avser detta också 2011 och bakåt.
<b>2. Sjuklighet</b>							
<b>2a. Alkohol</b>							
Index över patienter vårdade med alkoholspecifik diagnos (Alkoholindex) (K).	Samtliga vårdade inom den slutna sjukhusvården med alkoholspecifik diagnos huvud- eller bidiagnos.	Sjukdomsdiagnoserna fylls i av läkare med uppgivna dödsorsaker enligt ICD-10.	Skickas till Socialstyrelsen.	Patientregistret (slutenvårdsregister) på Socialstyrelsen.	Ja.	Nej, men se nästföljande kolumn.	Ytterligare viktig information från dessa data är antalet förstagångsvårdade under given observationsperiod. Se också ovan avseende index över alkoholdödsfall.
Patienter vårdade för leversjukdomar (K).	Samtliga vårdade inom den slutna sjukhusvården med diagnoserna K70, K73, K74 som huvud- eller bidiagnos.	Se ovan.	Se ovan.	Se ovan.	Ja.	Se ovan.	Se ovan.
Patienter vårdade för alkoholspecifika leversjukdomar (K).	Samtliga vårdade inom den slutna sjukhusvården med diagnosen K70s som huvud- eller bidiagnos.	Se ovan.	Se ovan.	Se ovan.	Ja.	Se ovan.	Se ovan.
Alkoholförgiftning (K).	Samtliga vårdade inom den slutna sjukhusvården med diagnosen T51 som huvud- eller bidiagnos.	Se ovan.	Se ovan.	Se ovan.	Ja.	Se ovan.	Se ovan.
<b>2b. Narkotika</b>							
Index över patienter vårdade med narkotikaspecifik diagnos (Narkotikaindex) (K).	Samtliga vårdade inom den slutna sjukhusvården med narkotikaspecifik diagnos huvud- eller bidiagnos.	Se ovan.	Skickas till Socialstyrelsen.	Patientregistret (slutenvårdsregister) på SoS.	Ja.	Se ovan.	Ytterligare viktig information från dessa data är antalet förstagångsvårdade under given observationsperiod. Se också ovan avseende index över narkotikadödsfall.
<b>2c. Tobak</b>							
Index över patienter vårdade med de mest tobaksrelaterade sjukdomarna (Tobaksindex) (UTV).	Ett index där de mest tobaksrelaterade sjukdomarna ingår.	Se ovan.	Skickas till Socialstyrelsen och kodas enligt ICD-10.	Dödsorsaksregistret på Socialstyrelsen.	Nej.	Ja, tar minst två år, se tobaksindex ovan.	Se ovan.

INDIKATORER	Definition och målgrupp	Mätmetod (ex. frågebatteri)	Datansamlingsmetod	Data-material	Att användas 2011–	Behöver utvecklas 2011–	Kommentarer, övrigt
<b>3. ANDT-relaterade våldsbrott</b>							
3a. Alkoholrelaterat våld (UTV).	Samtliga anmälda våldsbrott med obekant gärningsman begångna nattetid.	Polisanmälda brott och som kodas av polisen.	Polisanmälda brott kodade av polisen skickas till BRÅ för nationellt register.	Patientregistret (sluten-vårdsregister) på Socialstyrelsen.	Ja.	Nej, men se nästföljande kolumn.	Ytterligare viktig information från dessa data är antalet företagstvårdade under given observationsperiod. Se också ovan avseende index över alkoholdödsfall.
<b>4. Trafiken</b>							
<b>4a. Alkohol</b>							
Alkoholrelaterade dödsfall i trafiken (K).	Antal döda förare i trafikolyckor med BAK på minst 0,2 promille och andel av samtliga döda förare.	Rättsmedicinskt undersökta.	Toxikologiska data från rättsmedicinskt undersökta.	Idag finns ett forskningsregister, men inf. skulle event. senare kunna inkl. i dödsorsaksregistret.	Nej.	Definitioner och tillvägagångssätt.	När detta arbete avslutats gäller detta också för data från 2011 och bakåt.
Singelolyckor med personskada (U).	Antal personskadade förare i singelolyckor.	Polisuppgifter och skadade till akutmottagningar.	Uppgifter från polisen och från sjukhus med akutmottagningar.	Data finns registrerade i STRADA på Transportstyrelsen.	Ja.	Ja, se nästföljande kolumn.	Fler akutmottagningar förväntas ansluta sig till systemet vilket man bör kontrollera för i tidsserier.
4b. Narkotika Narkotikarelaterade dödsfall i trafiken(K).	Antal döda förare i trafikolyckor med narkotikaförekomst i kroppen och andel av samtliga döda förare.	Rättsmedicinskt undersökta.	Toxikologiska data från rättsmedicinskt undersökta.	Se ovan om alkohol-relaterade dödsolyckor.	Nej.	Definitioner och tillvägagångssätt.	När detta arbete avslutats gäller detta också för data från 2011 och bakåt.

### 3.8. Långsiktigt mål 7: En folkhälsobaserad och restriktiv ANDT-politik inom EU och internationellt

Utfallet av de mål och insatser som redovisats i strategin (mål 1–6) påverkas inte bara av insatser i Sverige utan även, och i allt större utsträckning, av omvärldsfaktorer. Därför är ett aktivt arbete med länderövergripande strategier och konventioner inom EU och internationellt också viktiga för den direkta svenska utvecklingen. Regeringens långsiktiga mål är att bidra till en folkhälsobaserad och restriktiv syn på ANDT inom EU och internationellt och detta skall åstadkommas genom aktivt arbete inom flera olika prioriterade områden.

De som följer upp och utvärderar strategin bör naturligtvis också följa upp om Sveriges arbete inom EU och internationellt överensstämmer med de i strategin uppsatta målen. Som jag ser det behövs dock ingen konkret indikator föreslås vare sig för det långsiktiga målet eller för de prioriterade målen.

## 4. Kort om indikatorer för att följa de prioriterade målen – formerna och viktiga grunddatakällor

Regeringens proposition lyfter under respektive långsiktigt mål fram prioriterade mål som skall uppnås under strategiperioden. Dessa mål berör olika arbetsområden och betonar exempelvis ökad effektivitet, förbättrad tillsyn och bättre, eller ökad, samverkan och samordning mellan myndigheter, ofta på lokal nivå. Tanken är naturligtvis att om ANDT-arbetet under strategiperioden bedrivs i enlighet med de prioriterade målens inriktning kommer problemen vid strategiperiodens slut att var mindre än vad de annars skulle vara.

En senare rapport kommer att återkomma till förslag på indikatorer på området men det kan redan nu sägas att det ofta inte finns några enkla och självklara indikatorer inom de olika prioriterade områdena. Det kommer inte alltid att vara möjligt att ge konkreta förslag på indikatorer: kunskapen vad som är exempelvis effektivt och/eller förbättrad samverkan är inte alltid självklart, det är inte helt givet i strategin vad som är det mest prioriterade inom ett målområde. I flera fall måste sannolikt arbetet med att utveckla indikatorer ske parallellt med utvecklingen av det faktiska arbetet inom de prioriterade målen, detta tillsammans med berörda aktörer/myndigheter. Detta bör dock ske under strategins första år.

De prioriterade målen avser oftast, men inte alltid, metoder/insatser i sig. Därför är det också önskvärt att de kommande indikatorerna gör det

samma, dvs. mäter om arbetet sker i enlighet med metoderna/inriktningen på samverkan etc. och naturligtvis hur omfattande detta arbete är idag och över tid. Ibland låter sig detta inte enkelt göras utan man kan istället behöva fokusera på det tänkta konkreta utfallet av insatserna, dvs. om det blir förändringar i det som metoden syftar till att påverka. Sistnämnda är inte optimalt och bör helst undvikas eftersom det finns många faktorer, förutom insatserna, som kan påverka utfallet i gynnsam eller ogynnsam riktning. Exempelvis kan brottsbekämpningen av illegal handel varit effektiv men den illegala handeln kan ändå ha ökat. Utan den effektiva brottsbekämpningen skulle dock ökningen vara ännu större.

Jag vill i detta kapitel redan nu lyfta fram några viktiga aspekter som är viktiga för att kunna utveckla tillförlitliga indikatorer över de prioriterade målen och kunna följa dem över tid. Mycket av arbetet med att utveckla och följa upp kommande indikatorer måste göras i samråd med de den/de myndigheter som ansvarar för frågorna inom de olika områdena. Det måste vara myndigheter som svarar för att indikatorerna med jämna mellanrum mäts att kvaliteten på dessa upprätthålls. Kanske den allra mest centrala myndigheten i denna fråga är FHI och ett av deras allra viktigaste medel för att kunna följa kommunernas tillsyns- och förebyggande arbete är de s.k. Länsrapporterna. Därför ges

redan i denna rapport en mer detaljerad redovisning och bedömning av länsrapporternas möjligheter och nuvarande brister.

#### 4.1. Länsrapporterna

För att kunna mäta hur arbetet inom de prioriterade områdena drivs behövs således flera olika datakällor. En av de allra viktigaste vill jag dock redan här nämna eftersom kvaliteten på denna av avgörande för den bild vi kan få av hur arbetet bedrivs regionalt och lokalt. Det jag syftar på är de Länsrapporterna som är ett webbaserad formulär med bl.a. frågor om tillsyn och alkoholförebyggande arbete. Enkäten går till länsstyrelserna och via dem går kommunformuläret ut till kommunerna. Tillsynsfrågorna som rör länsnivån besvaras av alkoholhandläggarna på länsstyrelsen och frågor som rör kommunerna av alkoholhandläggarna ute i kommunerna. Det mesta av det alkoholförebyggande arbetet besvarar av de lokala alkohol- och drogsamordnarna eller någon annan med liknande funktion i kommunen. Länsrapporterna har funnits sedan år 1998 men med frågor om förebyggande arbete (förutom tillsyn) sedan 2001/2002 (FHI, 2008). Ungefär samma och jämförbara förebyggande frågor har funnits sedan år 2006 (FHI, 2008). Det är denna webbenkät som, enligt min åsikt, bör bilda utgångspunkten för att fånga in och följa indikatorer när det gäller både tillsyn och förebyggande arbete på såväl regional som lokal nivå. För att detta skall fungera väl behövs dock vissa förändringar.

För det första bör länsamordnare ingå i den årliga undersökningen med frågor ställda till dem som rör länsplanet. Länsamordnarna skulle också

kunna få en mer aktiv roll i att stötta kommunerna i att besvara frågorna samtidigt som alkoholhandläggarna på länsstyrelserna aktivt stöttar alkoholhandläggarna i kommuner.

För det andra måste det finnas utrymme att göra relativt stora förändringar i frågorna och detta gäller både tillsynsdelen och – framförallt – den förebyggande delen (något som jag också återkommer till i det följande). Vissa frågor bör, enligt min mening, förändras eller tas bort. Detta gäller exempelvis svarsalternativen avseende hur stor andel av skolorna i kommunen som har en alkohol- och drogpolicy och uppskattningen av andel barn vars föräldrar erbjuder olika föräldrastödsprogram, detta eftersom dessa breda svarsalternativ [Ingen, 1–25 %, 36–50 %, 51–75 %, 76–100 %] ger en alldeles för grov bild och svårigen kan spegla reella förändringar. Skattning av andelen barn är också mycket svårt att göra. Risken är betydande att svaren endast blir gissningar.

För det tredje är en förutsättning för att hela systemet med Länsrapporterna skall fungera tillfredsställande att huvudansvarig för insamlingssystemet – FHI – regelbundet återkopplar till kommunerna och länsstyrelserna både när det gäller själva svarsprocessen (insamlingen sker ju via webbenkät och FHI kan under processen följa hur man svarat, om man missförstått frågor etc.) och när svaren inkommit genom att ge en sammanställning av kommunens svar, helst i jämförelse med övriga kommuner. Det är inte rimligt att kommuner år efter år svarar på dessa frågor, och ibland ger synpunkter på förbättringar, men inte får någon reaktion. Det finns också en stor förebyggande poäng med att kommuner och länsstyrelser får återkoppling. Kommuner som vet hur det ser ut i sin kommun (kanske jämfört med

övriga kommuner), och som känner att de äger sina data, kommer också att i större utsträckning än andra att sträva efter att förbättra sina siffror. Mätningarna – indikatorerna - fungerar som pådrivare i det förebyggande arbetet. Det är ju faktiskt detta som hela uppföljningssystemet egentligen i grunden handlar om.

Vid samtal med FHI har det framkommit att man i år påbörjar ett mindre revisionsarbete med Länsrapporterna (webbenkäten) som skall under till länen och till kommunerna relativt snart och som avser förhållandena under 2010. En större revision planeras inför 2012-års utskick som alltså avser 2011-års förhållanden.

För att Länsrapporterna skall kunna fungera som ett bra instrument för att följa upp insatser inom ramen för strategin bör, enligt min mening, bl.a. följande aspekter tas upp i det pågående revisionsarbetet.

1. Strategin har fokus på ANDT, vilket inte Länsrapporterna har på samma sätt. Det är därför önskvärt att komplettera enkäten med frågor som rör tobak och narkotika (och eventuellt dopning).

2. Ett omfattande forskningsarbete på Karolinska Institutet bedrivs för tillfället på delar av de data som enkäten generar årligen. Syftet med forskningsarbetet är att utveckla ett s.k. preventionsindex som avser att mäta de väsentligaste/viktigaste delarna av en kommuns alkoholförebyggande arbete för att på så sätt studera omfattning och skillnader mellan kommuner i det alkoholförebyggande arbetet. Grundfrågan är om det finns någon koppling mellan omfattning och utveckling av olika alkohol-

relaterade problem och omfattning/utveckling av preventiva insatser, dvs. har kommunernas alkoholförebyggande arbete någon betydelse för alkoholproblemens omfattning och utveckling lokalt. Det är viktigt att följa resultatet av detta arbete innan man gör eventuella förändringar i de frågor som ligger till grund för indexet (som sammantaget består av 37 frågor). Visar det sig att preventionsindex ger en tillförlitlig bild av kommunernas alkoholförebyggande arbete bör man fundera på om inte liknande index kan konstrueras även för tobak och narkotika.

3. Det är inte säkert att man kan fånga in en kommuns arbete inom ett område med endast en eller fåtal frågor. Därför bör man för de frågor som är möjligt validera dessa mot andra undersökningar där man mer på djupet studerat och mätt insatser inom specifika området, t.ex. när det gäller metoden "Ansvarsfull alkoholserving" och riskbruksarbetet. Här finns data som Länsrapporternas data kan jämföras med.

4. Om det visar sig att enstaka frågor kan ett alternativ vara, som FHI funderar över, att grupperna frågor i termer av moduler där vissa moduler ställs varje år men där andra ställs kanske vartannat eller vart tredje år men då mer ingående.

5. Om Länsrapporterna fungerar väl kan data från dem användas för att följa utvecklingen inom flera av de inom strategin prioriterade områdena. Det skulle kanske vara möjligt att särskilda frågor som måste belysas, exempelvis inom ramen för särskilda regeringsuppdrag, kan fogas in inom ramen för

Länsrapporterna. Det är i vilket fall som helst en fördel att inte påbörja många, ibland parallella, datainsamlingar från kommunerna, utan att samla det mesta som går inom ramen för ett större system – Länsrapporterna.

6. Det är viktigt att tydliggöra för kommuner och län att det kommer att ta tid att fylla i enkäten och att det får ta tid. Om länen och kommunerna tar sig denna tid måste de få något tillbaka. Med andra ord är regelbunden och adekvat återkoppling från FHIs sida av resultat synnerligen viktigt. Utan detta kommer inte systemet att fungera särskild väl.

7. Storstäderna har under alla år haft svårigheter att besvara frågorna eftersom enkäten inte är anpassad till att dessa kommuner är uppdelade i stadsdelar. En särskild stadsdelsanpassad webbenkät för storstäderna bör därför konstrueras och detta helst redan i år (2010-års förhållanden).

## 5. Förslag på organisation och uppföljning

Som nämndes inledningsvis bör denna rapport betraktas som början på ett större och mer långsiktigt arbete med att utveckla indikatorer och att koordinera och systematisera ett effektivare uppföljningssystem. För att detta skall vara möjligt behövs en tydlig organisation. Mitt förslag är att den grupp som bildades för att, tillsammans med mig, arbeta fram de förslag som presenteras i denna rapport finns kvar och arbetar vidare under hela strategiperioden. Arbetet avser dels att ge förslag på och utveckla indikatorer över de prioriterade målen (där dessa också om möjligt ges tydlig målinriktning), dels att verkställa de förslag som denna rapport lyfter fram. Arbetsgruppen arbetar med mandat från Socialdepartementet och den myndighetsövergripande referensgrupp som bildades för dessa frågor för knappt ett år sedan.

Förutom de hitillsvarande representanterna i arbetsgruppen bör den utökas med en representant från Sveriges Kommuner och Landsting (SKL). En person i gruppen bör få i ansvar att leda och samordna arbetet. Många förslag berör olika myndigheters arbete med indikatorer. Det är därför viktigt att arbetsgruppens förslag kontinuerligt återkopplas till referensgruppen för att därifrån föras vidare till in i de myndigheter som berörs av förslagen. En förutsättning för att arbetsgruppen skall kunna arbeta effektivt är att man ger gruppens medlemmar ett tydligt mandat och möjlighet att avsätta den tid som krävs för detta arbete. Uppskattningsvis kom-

mer arbetet för samtliga medlemmar motsvara ca 20 procent av ett heltidsarbete. Mandatet bör inte bara komma från referensgruppen utan också från respektive myndighet avseende deras representant i arbetsgruppen.

I syfte att realisera de förslag som presenteras i denna rapport är det, enligt min mening, nödvändigt att arbetsgruppen ger myndigheter, experter, forskare i uppdrag att vidareutveckla förslagen. I vissa frågor görs detta bäst genom att bilda mindre expertarbetsgrupper med representanter från myndigheter och/eller forskarvärlden som arbetar på uppdrag från arbetsgruppen under en begränsad tid. I andra frågor behövs ingen sådan expertgrupp utan uppdraget/förslaget kan ses som ett naturligt utvecklingsarbete för den myndighet som ansvarar för frågan. I samtliga fall bör dock representanter från arbetsgruppen vara delaktiga i detta arbete.

Strategin skall både följas upp regelbundet och utvärderas i sin helhet. Uppföljningarna kan genomföras av arbetsgruppen med regelbundna intervaller: utvecklingen av de mest väsentliga utfallsmåtten – många av de långsiktiga målens kärnindikatorer – bör tas fram och redovisas varje år med start från 2011. Vartannat år bör denna kompletteras med mer utförlig beskrivning av målutfall, både kärnindikatorer och utökade indikatorer. Här bör också utvecklingen av de viktigaste mätbara prioriterade målen redovisas, framförallt när det gäller vissa prioriterade insatser, verksamheter. Dessa



uppföljningar skall inte betraktas som utvärderingar.

Enligt propositionen skall hela strategin utvärderas och detta externt. Detta innebär rimligen att uppdraget inte kan tillfalla någon institution/myndighet som ingår i referensgruppen eller i arbetsgruppen. Istället bör detta uppdrag, enligt min mening, gå till en extern forskargrupp (institution). Även om utvärderingen avser hela strategiperioden och uppföljningar görs regelbundet genom arbetsgruppen är det viktigt att tidigt bestämma vilka som får detta uppdrag, detta eftersom utvärderarna bör ha insyn i och möjligheten att påverka hur och vad man skall mäta redan under strategins första år.

Många förslag rör myndigheternas arbete men andra förslag inkluderar regioner och kommuner. Det måste finnas en fungerande länk mellan nationell nivå och regional/lokal nivå genom vilken förslagen kan spridas och förhoppningsvis implementeras. Detta är inte minst viktigt när det gäller frågeundersökningar där kvaliteten och jämförbarheten mellan olika undersökningar kan förbättras avsevärt om man ökar graden av standardisering både vad gäller frågor/frågebatterier, tillvägagångssätt och av hur data bäst analyseras. Det är rimligt att här tala om nationella riktlinjer.

Såsom jag ser det skulle länsstyrelsernas länsamordnare kunna utgöra en naturlig länk mellan nationell och regional/lokal nivå. I länsamordningsuppdraget skulle kunna ingå att sprida dessa kommande riktlinjer genom att bl.a. ordna utbildningsdagar och seminarier kring dessa relativt sett specifika frågor.

## 6. Sammanfattning av förslagen

I detta kapitel sammanfattas kortfattat rapportens viktigaste förslag.

### 6.1. Det fortsatta arbetet med indikatorer under strategiperioden

Den arbetsgrupp som funnits sedan oktober bör få fortsatt i uppdrag att arbeta vidare under hela strategiperioden. I gruppen bör också en representant från SKL ingå. Gruppen bör få mandat och resurser att lägga ut uppdrag till myndigheter, experter, forskare, ibland genom att arbeta genom bilda särskilda expertarbetsgrupper. Arbetsgruppens uppgifter består framförallt av att verkställa de förslag som lagts i denna rapport, att arbeta vidare med indikatorer över de prioriterade målen, bidra till att bygga upp ett effektivt system för uppföljning samt att regelbundet följa upp strategins genomförande och, framförallt, utfall.

### 6.2. Indikatorer gällande övergripande mål för ANDT-politiken

I propositionen (prop. 2010/11: 47) betonas vikten av ett samlat grepp för samtliga fyra substanser. I syfte att få en bild av omfattningen av den sammantagna sjukdomsburden av AN(D)T föreslås att DALY ingår som en indikator och att DALY för alkohol, narkotika och tobak var för sig och sammantaget mäts både vid början och vid slutet av strategiperioden

(eller strax efter periodens slut, dvs. 2016). DALY förutsätter kunskap om YLL för respektive substans. Även YLL bör därför redovisas för dess två perioder totalt och separat för alkohol, narkotika respektive tobak.

Ett försummat område i Sverige är kunskap om utbredning av ANDT-skador på tredje person. Utredning och mönster av hur detta påverkar tredje person bör genomföras inom ramen för en speciellt föreslagen baslinjemätning under 2011/2012 och om möjligt även i slutet av strategiperioden eller strax efter periodens slut (dvs. under 1016).

### 6.3. Tillgångsindikatorer (mål 1)

Under målområde ett föreslås många indikatorer, såväl kärnindikatorer som utökade indikatorer, redovisa i tabell 1. Många av indikatorerna finns redan att tillgå och behöver inte utvecklas vidare. Men en del av dem kräver betydande utvecklingsarbete varav de, enligt min mening, viktigaste omnämns i det följande. Det bör också understrykas att flera av indikatorerna på detta område avser de effektivaste av styrinstrument som finns att tillgå, såsom reglering av prisnivå (genom beskattning), antalet försäljningsställen, öppettider och åldersgränser. Det är synnerligen viktigt att dessa indikatorer även framgent är av hög kvalitet.

## Åldersgränser

Inte minst åldersgränser är ett viktigt alkohol- och tobakspolitiskt instrument. Det är därför ytterst olyckligt att idet idag inte förekommer någon kontroll av efterlevnaden av åldersgränser på restauranger och i butiker, sistnämnda avseende både tobak och folköl. Det är viktigt att skapa klarhet i när det gäller möjligheten att i framtiden genomföra s.k. provköpsstudier och hur dessa tester i så fall kan utformas. I texten ovan gavs förslag på hur man skulle kunna gå vidare om ingen klarhet skapas, dvs. om dagens situation förblir oförändrad.

## Serveringstider på restauranger

Det saknas information om tidpunkt för avslutande servering till allmänheten för drygt 800 av drygt 11 000 restauranger i Sverige med serveringstillstånd. Denna andel måste sjunka och detta arbete åvilar FHI som ansvarig myndighet.

## Antal försäljningsställen

Det är kommunerna som rapporterar till FHU om antalet försäljningsställen av folköl och av tobak. Även här är bortfallet för stort (antalet icke svaranden kommuner) och ansträngningar måste göras av FHI i syfte att minska detta bortfall.

## Priser

Realprisutvecklingen på alkohol har under många decennier setts som en mycket viktig indikator att följa eftersom det avser kanske det allra starkast alkoholpolitiska styrmedlet av alla. Detsamma bör gälla för övriga substanser. När det gäller alkohol finns mycket tillförlitliga uppgifter avseende Systembolagets priser. Priserna på restauranger är

dock svårare att få grepp om. Här bör ett arbete påbörjas av FHI i att se över och kvalitetssäkra restaurangrapporterna som helhet (inklusive bortfallsproblematiken, se kap. 3.4) och därmed även prisuppgifterna.

Prisuppgifter för dopningspreparat finns överhuvudtaget inte, men det är önskvärt att skaffa en sådan bild. Detta skulle kunna vara en uppgift för den anti-dopningsorganisation (NADO) som organisationsutredningen mot dopning nyligen föreslog (SOU 2011:10), naturligtvis förutsatt att förslaget blir verklighet.

## Beslagsstatistik

Om denna statistik över illegal alkohol och tobak samt narkotika och dopning skall kunna användas som tillgångsindikatorer krävs vidareutveckling och förädling denna statistik genom att t.ex. relatera nivåerna till aktivitetsnivå. Detta arbete bör genomföras inom ramen för en expertgrupp där också frågor om SoRADs Monitormätningar skattningar av införsel och illegal alkohol och tobak behandlas.

Liknande resonemang gäller statistiken över ANDT-brott såsom olovlig försäljning och smuggling.

## Självskattad tillgång enligt frågeundersökningar

De frågor som föreslås som indikatorer ställs samtliga inom ramen för CANs årliga skolenkätundersökningar. En viss vidare utveckling av vissa av frågorna är enligt min mening önskvärd. Detta gäller exempelvis följdfrågor när eleverna uppgett att man fått tag på ex. alkoholen från syskon eller kompisar. Vidare bör de olika delmängderna alkohol preciseras, såsom systembolagsvin, smuggelvin, starköl från systembolaget, smuggelstarköl etc.

## 6.4. Ofödda, nyfödda och barn, unga (mål 2)

Här saknas i stor utsträckning indikatorer vilket innebär att det inte kommer att vara möjligt att följa utvecklingen såsom det är önskvärt. De förslag på indikatorer som ges redovisas i tabell 2. Vissa data finns som med viss utveckling sannolikt kan användas som framtida indikatorer. Utvecklingsarbetet avser framförallt följande områden:

### Rökning och riskbruk/missbruk hos blivande föräldrar

Här finns både Medicinska födelseregistret (MFR) och det nationella kvalitetsregistret över mödrahälsovården (MHV-registret). Förstnämnda bör användas för att följa tobaksvanor bland gravida, sistnämnda för att följa alkoholvanor enligt AUDIT. MHV-registret eventuellt i framtiden användas även för att följa tobaksutvecklingen men registret behöver reducera de individuella bortfallet.

### Barn som växer upp i missbrukarmiljöer

Det finns idag ingen tillförlitlig skattning av antalet barn som lever under sådana förhållanden. De beräkningar som gjorts är för grova men visar ändå att den metod som används vid förfining skulle kunna användas inom ramen för uppföljningen av strategin. Här bör FHI och även SoRAD arbeta vidare med en förbättring av om "familje- barnfrågan" inom ramen för den arbetsgrupp som bör bildas för att behandla flera olika frågor som rör frågeundersökningarnas (survey metodikens) användbarhet framöver.

Det bör också övervägas om man inte mer systematiskt även bör ställa frågor till barnen själva om

hur de upplever alkoholvanorna bland de vuxna i sin familj.

## 6.5. Pröva narkotika och dopningsmedel samt tidig debut med alkohol och tobak (mål 3)

De indikatorer som föreslås för detta mål baseras samtliga på CANs nationella skolundersökningar för elever i årskurs nio och gymnasiet år 2. En del av dessa skall betraktas som kärnindikatorer som också kan pluggas in i regionala och lokala skolundersökningar. Indikatorerna nämns i tabell 3. Här finns de allra flesta indikatorerna färdiga för användning redan från strategiperiodens början. Det behövs således relativt lite utvecklingsarbete. Vad som är viktigt är däremot att CAN testar och analyserar utfallet och trender för olika kategoriseringar av variablerna. Ser exempelvis utvecklingen ut på samma sätt om man redovisar trenden endast för dagligrökare jämfört med dagligrökare plus feströkare och de som röker ibland.

ESPAD-undersökningarna uppvisar inte samma frågor som CANs skolundersökningar. Det går dock varken att väsentligen ändra på frågorna i dessa nationella mätningar med annat än att trender sedan 1970-talet bryts eller att ändra ESPAD-frågorna i riktning mot CANs nationella med följderna att Sveriges ungdomar inte kan jämföras med andra länder. Därför behövs båda där de årliga nationella bildar basen i Sverige även för regionala och framförallt lokala undersökningar och ESPAD för europeiska jämförelser.

Lokala skolundersökningar kan med fördel använda sig av hela CANs frågeformulär men, om inte

detta är möjligt, åtminstone de kärnindikatorer som redovisas i tabell 6. CANs skolundersökningar är vidare en av de tre större återkommande nationella undersökningar som nämnts vid flera tillfällen i denna rapport (övriga två är SoRADs Monitormätningar och FHIs folkhälsoenkät "Hälsa på lika villkor") och som bör utgöra den bas mot vilka andra regionala/lokala undersökningar skall ställas mot. Därför är det mycket viktigt att huvudmännen bakom dessa tre undersökningar, inte minst CAN, deltar aktivt i det utvecklingsarbete som bör påbörjas under början av 2011.

## 6.6. Bruk, skadligt bruk, missbruk, beroende (mål 4)

Indikatorerna på detta område avses dels försäljningsuppgifter, kompletterad med anskaffning av alkohol från utlandet (införsel, smuggling) och konsumtion enligt frågeundersökningar. Många viktiga indikatorer föreslås (tabell 5) samtidigt som det måste bli tydligt för alla inblandade att om frågeundersökningar även fortsättningsvis skall nyttjas i den grad som de gör idag måste rejäla kvalitetsförbättringar eller kvalitetssäkringar genomföras. Kan inte detta realiseras kan man bli tvungen att i stort sett helt överge denna surveymetodik som medel att få kunskap om viktiga ANDT-beteenden.

När det gäller inhemsk försäljning finns tillförlitliga uppgifter från Systembolaget. Beräkningarna av tobaksförsäljning synes också vara av acceptabel kvalitet. Det är möjligt att också försäljningen av folköl och av alkohol på restauranger har hög tillförlitlighet. Men restaurangförsäljningen som är av stor vikt att ha goda uppgifter kan och bör, enligt

min mening, förbättras. Dels bör bortfallet av parti-handlare som lämnar uppgifter om leveranser till restauranger granskas noga, dels bör de s.k. restaurangrapporternas uppgifter kvalitetssäkras. Det är endast uppgifter från restaurangrapporterna som kan användas på lokal och regional nivå. Partihandlarnas uppgifter avser hela landet. FHI som har ansvaret för denna statistik bör under 2011 se över restaurangförsäljningen bl.a. genom att jämföra försäljningsnivåer utifrån partihandlarna med försäljningsnivåer enligt svaren på restaurangrapporterna (se tabell 4) och genom att få bättre bild av bortfallet av restaurangrapporter länsvis och kommunvis.

Anskaffning av alkohol och tobak från utlandet såväl legalt (privatinförsel) som illegalt (smuggling) måste ständigt ses över. Här har SoRAD påbörjat ett viktigt arbete som måste fortsätta under kommande år, bl.a. genom att i en expertgrupp se över beräkning och valideringsmöjligheter.

Självrapporterade uppgifter enligt frågeundersökningar uppvisar stora brister med ökande bortfall och underrapportering av faktiska konsumtionsnivåer. En expertarbetsgrupp med representanter från de tre nationella huvudundersökningarna – CANs skolundersökningar, SoRADs Monitormätningar och FHIs HLV – bör tillsammans med andra experter systematiskt behandla delfråga efter delfråga vad gäller surveymetodikens brister. Den pilotundersökning som kommer att genomföras under 2011 är ett viktigt inslag i denna kvalitetsgranskning av fråge- surveyundersökningar.

Högre konsumtion av alkohol definieras som en konsumtion motsvarande minst 14 glas i veckan för män och 9 glas i veckan för kvinnor i genomsnitt.

Det frågor som ligger till grund för dessa beräkningar i Sverige bör vara SoRADs Monitormätningar. Dessa frågor avser konsumtion (och därmed högkonsumtion och riskbruk) under de senaste 30 dagarna och ställs varje månad till ett representativt urval om 1 500 personer 16–80 år gamla. Riskbruk definieras som högkonsumtion av alkohol och/eller månadsvis intensivkonsumtion. Den centrala frågan om intensivkonsumtion bör enligt min mening vara den som ställs inom Monitormätningarna och avser en konsumtion motsvarande minst en flaska vin eller motsvarande i andra drycker. Denna mängd i ren alkohol per dryckestillfälle överstiger 60 gram vilket förespråkas som gränsvärde internationell (t.ex. av EUs statistikgrupp) men det går dock inte att anpassa intensivkonsumtionsfrågan så att den hamnar på en gräns på exakt 60 gram. AUDIT-fråga 3 kan dock ses som ett viktigt komplement (6 glas eller mer).

Eftersom alla undersökningar är behäftade med olika typer av brister är det viktigt att det finns, om möjligt, komplement till huvudundersökningarna. När det gäller alkohol bör FHI:s HLV ses som ett komplement genom de tre AUDIT-frågor (AUDIT-C) som ställs. Vartannat år bör fördjupade analyser av vad som kännetecknar riskkonsumenterna genomföras. ULF-undersökningar bör också framöver fortsätta ställa alkoholfrågor med de frågor de använt tidigare fast anpassat efter att datainsamlingen numera är via telefonintervjuer. De två kärnindikatorer som lyfts fram som de som också bör inkluderas i lokala/regionala undersökningar bör också ställas i ULF med exakt textformulering som föreslås.

Tobaksfrågor om bruk av cigaretter och snus är viktiga och här betraktar jag FHI:s HLV som huvudundersökning. Men frågorna bör kompletteras med en fråga som möjliggör kvantifiering av antalet rökta cigaretter/förbrukade snusdoser per dag/vecka. Detta är mycket viktigt. Idag saknas elementär epidemiologisk kunskap och tobaksmönster i olika befolkningsgrupper, såsom genomsnittligt antal rökta cigaretter per dag/vecka.

Narkotikafrågan i FHI:s HLV bör enligt min bedömning, fortsätta att ställas men med fördjupade analyser vartannat år. Den kommande baslinjemätningen kommer att inkludera frågor om samtliga fyra substanser men med mer fokus på skadligt bruk, beroende,

Flertalet av de ovan nämnda måtten på detta område är att betrakta som kärnindikatorer. En del av dessa är vidare sådana kärnindikatorer som också, om möjlig, bör inkluderas i regionala och lokala undersökningar (se tabell 6).

### **6.7. Negativa konsekvenser av ANDT-bruk – dödlighet, sjuklighet, andra skador (mål 6)**

För att mäta trender i ANT dödlighet studeras olika dödsorsaksdiagnoser, både specifika (alkoholindex och narkotikaindex) men också ANT-relaterade (exempelvis leversjukdomar, KOL, lungcancer). Dödsorsaksregistret utgår bas och kompletteras med rättsmedicinskt undersökta dödsfall för alkohol och narkotika. När det gäller tobak föreslås ett tobaksindex som inkluderar de mest tobaksrelaterade sjukdomarna. Ett förslag är att studera närmare förekomsten av dopningspreparat bland rättsmedicinskt undersökta dödsfall.

Indikatorer över ANT-sjuklighet avser antal patienter vårdade inom den slutna sjukhusvården enligt samma ANT-diagnoser enligt ICD-10 som för dödlighet. Öppenvårdsdata är inte på samma sätt som slutenvård heltäckande varför ingen indikator kan förslås, men behovet av öppenvårdsdata understryks.

Ytterligare viktiga skador är ANT-relaterade våldsbrott och trafikolyckor. Här finns inga specifika – till hundra procent – ANT-betingade fall men förslag ges på de sannolikt mest alkoholrelaterade måtten, dvs. anmälda våldsbrott där gärningsmannen är obekant med offret och brottet är begånget under nattetid. När det gäller trafiken föreslås antal döda förare med blodalkoholkoncentration motsvarande minst 0,2 promille enligt rättsmedicinska data och singelolyckor med personskada som två viktiga indikatorer. För samtliga dessa indikatorer behövs ett mer eller mindre omfattande fortsatt utvecklingsarbete.

Två övriga långsiktiga mål nämns i strategin, nämligen mål 5 som avser ökad tillgänglighet till vård och stöd av god kvalitet för personer med missbruk eller beroende och mål 7 som avser Sveriges arbete med en folkhälsobaserad och restriktiv ANDT-politik inom EU och internationellt. När det gäller mål 5 avvaktar Socialdepartementet andra pågående arbeten, framförallt Missbruksutredningens slutbetänkande och vad gäller mål 7 kan detta arbete följas upp över tid utan att föreslå några specifika indikatorer.

## **6.8. Former för att följa upp genomförda aktiviteter/insatser (prioriterade mål)**

Det mesta som avser indikator för de prioriterade områdena kommer att behandlas i en kommande rapport. I denna rapport lyftes vissa centrala frågor, inte minst vikten av att den mest centrala av samtliga befintliga datakällor på området – FHI:s s.k. Länsrapporter – upprätthåller en hög kvalitet och att man i detta syfte genomför vissa väsentliga förändringar i enkätens innehåll och struktur. Enkäten, som är webbaserad, skickas ut till samtliga län och kommuner med frågor om både tillsyn och förebyggande arbete. Min bedömning är att enkäten är underutnyttjad, till viss del på goda grunder, och har låg prioriterad både på FHI och ute i kommuner och län. Med rätta frågor, goda analyser av data och regelbunden återkoppling från FHI till kommuner/län av resultat, kan dock Länsrapporterna bli ett utmärkt medel i att följa utvecklingen av flera av strategins prioriterade mål.



## 7. Referenser

Aalto, M, Alho, H, Halme, J.T. & Seppä, K. (2009) AUDIT and its abbreviated versions in detecting heavy and binge drinking in a general population survey. *Drug and Alcohol Dependency*, 103, 25-29.

Agardh, E., Moradi, T & Allebeck, P (2008) Riskfaktorernas bidrag till sjukdomsördan i Sverige Jämförelse mellan svenska och WHO-data. *Läkartidningen*, 105, 816-821.

Allebeck, P, Moradi, T & Agardh, E., (2006) *Sjukdomsördan i Sverige och dess riskfaktorer. Svensk tillämpning av WHO:s "DALY-metod" för beräkning av sjukdomsörda och riskfaktorer.* Statens folkhälsoinstitut & Karolinska institutet. Rapport nr A 2006 (FHI).

Axelsson Sohlberg, T. & Ramstedt, M. (2009) *Tal om tobak 2008. Totalkonsumtionen i Sverige 2008.* Forskningsrapport nr 56. SoRAD, Stockholms universitet, Stockholm.

Babor, T, Higgins-Biddle, J., Saunders, J. & Monterio, M. (2001) *AUDIT – The Alcohol Use Disorders Identification Test. Guidelines for use in primary care.* Second edition. World Health Organization (WHO). Department of Mental Health and Substance Dependence.

BRÅ (2008) *Brottsutvecklingen i Sverige fram till år 2007.* Brottsförebyggande rådet, Rapport. 2008:23, Stockholm.

Cancerfonden och Socialstyrelsen. (2009). *Cancer i siffror 2009.* Populärvetenskapliga fakta om cancer. Stockholm.

Cnattingius, S., Galanti, R., Grafström, R., Hergens, M.-P., Lambe, M., Nyrén, O., et al. (2005). *Hälsorisker med svenskt snus* (nr. A2005:15). Stockholm: Statens folkhälsoinstitut.

Doll, R., Peto, R., Boreham, J., & Sutherland, I. (2004). Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors. *BMJ*, 328(7455), 1519.

EC (2010) *Alcohol-Related Indicators.* Report on the work of the Committee on Alcohol Data, Indicators and Definitions. European Commission, Healths and consumers directorate-general.

Espman, E & Allebeck, P (2010) Riskbruk – definitioner, gränsvärden, mätmetoder, Manuskript, Socialmedicinska avdelningen, inst för folkhälsovetenskap, Karolinska institutet.

FHI (2003) *Hälsorelaterade levnadsvanor: Vad vet vi och vad behöver vi veta?* (nr. 2003:17). Statens folkhälsoinstitut. Stockholm.

FHI (2004) *Tobak och avvänjning: En faktaskrift om behovet av prioritering av tobaksavvänjning* (nr. 2004:29). Statens folkhälsoinstitut, Stockholm.

FHI (2009a) *Länsrapport, 2008.* Statens folkhälsoinstitut, Östersund.

FHI (2009b) *Det drogforebyggande arbetet i Sverige 2008 Rapport om det forebyggande arbetet mot alkohol-, narkotika-, tobaks- och dopningsproblem.* R 2009:11. Statens folkhälsoinstitut, Östersund.

FHI (2010a) *Narkotikabruket i Sverige. Rapport R 2010: 13.* Statens folkhälsoinstitut, Östersund.

FHI (2010b) *Tonåringar om tobak. Vanor, kunskap och attityder.* Statens folkhälsoinstitut, R 2010:20, Östersund.

Fugelstad, A (2010) Akuta narkotikadödsfall – ett bevakningsregister för snabb och säker information om drogutvecklingen. Institutionen för klinisk neurovetenskap, Karolinska institutet.

Fugelstad, A. & Thiblin, I. (2004) *Akuta alkoholrelaterade dödsfall.* Rättmedicinska databaser. Stencil.

- Hibell, B., Guttormsson, U., Ahlström, S., Balakireva, O., Bjarnason, T., Kokkevi, A., Kraus, L (2009) *The 2007 ESPAD Report Substance Use Among Students in 35 European Countries*. The Swedish Council for Information on Alcohol and other Drugs (CAN) The European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) Council of Europe, Co-operation Group to Combat Drug Abuse and Illicit Trafficking in Drugs (Pompidou Group).
- Hodgins DC, Maticka-Tyndale E, el-Guebaly N, West M. (1993) The cast-6: development of a short-form of the Children of Alcoholics Screening Test. *Addict Behav.* 18, 337-345.
- Hodgins DC, Shimp L. (1995) Identifying adult children of alcoholics: methodological review and a comparison of the CAST-6 with other methods. *Addiction.* 90, 255-267.
- Hubicka B., Bergman H., Laurell H. (2007) Alcohol problems among Swedish drunk drivers: differences related to mode of detection and geographical region. *Traffic Inj Prev.* 8, 224-31.
- JO (2009) *Okonventionella metoder vid tiisyn enligt alkohollagen*. Justitieombudsmannen, Dnr 2972-2009.
- Johansson, L.-A. (2008) Projekt: utökade förfrågningar kring alkoholrelaterade dödsfall. Stencil.
- Jones J.W. (1983) *The children of alcoholics screening test and test manual*. 606 Chicago: Camelot Unlimited; 1983.
- Jones, A. W., Kugelberg, F. C., Holmgren, A. & Ahlner, J. (2009) Five-year update on the occurrence of alcohol and other drugs in blood samples from drivers killed in road-traffic crashes in Sweden. *Forensic Science International*, 186, 56-62.
- Kühlhorn, E (2004) Våldsbrottsligheten. Brottsförebyggande rådet (BRÅ). Stockholm.
- Kühlhorn, E., Ramstedt, M., Hibell, B., Larsson, S. & Zetterberg, H.L. (2000). *Alkoholkonsumtionen i Sverige under 1990-talet*. Socialdepartementet, Stockholm.
- Laslett, A-M., Catalano, P., Chikritzhs, T., Dale, C., Doran, C., Ferris, J., Jainullabudeen, T., Livingston, M, Matthews, S., Mugavin, J., Room, R., Schlotterlein, M. and Wilkinson, C. (2010). *The Range and Magnitude of Alcohol's Harm to Others*. Fitzroy, Victoria: AER Centre for Alcohol Policy Research, Turning Point Alcohol and Drug Centre, Eastern Health.
- Leifman. H. (2008) Svenskens alkoholvanor och alkoholskador under de senaste 0-15 åren. I: Alkoholkommittén 2001-2007. Slutrapport, ss.217-247.
- Leifman, H (2008) *Alkoholvanor bland ungdomar och unga vuxna i Stockholms län – studier av hur unga människor i Stockholms län anskaffar alkohol*. Stockholm förebygger alkohol- och drogproblem (STAD), Stockholm.
- Leifman H & Gustafsson, N-K (2003) *En skål för det nya millenniet*. En studie av svenska folkets alkoholkonsumtion i början av 2000-talet. Forskningsrapport nr. 11. SoRAD, Stockholm.
- Leifman, H. & Ramstedt, M. (2009) *Svenska folkets alkoholvanor under senare år med fokus på 2004-2009*. STAD & SoRAD, 2009.
- Ljungdahl S. (200). *Barn i familjer med alkohol- och narkotikaproblem – Omfattning och analys*. Statens folkhälsoinstitut. Östersund.
- Mietala, J & Nyström, S (red) (2010) *CANs rapporteringssystem om droger (CRD) Tendenser första halvåret 2010* Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning (CAN) Rapport 123.
- NIAAA (2006) *National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions*, Alcohol Alert, Number 70: <http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/AA70/AA70.htm>
- Nordlund, S. (2003). Totalförbruksteorien og dens betydning for alkoholpolitikken. *Tidsskr Nor Laegeforen*, 123, 46-48.
- Norström, T (1998) Effects on criminal violence of different beverage types and private and public drinking. *Addiction*, 91, 689-699

- Peterson, S., I. Backlund, and F. Diderichsen, *Sjukdomsbördan i Sverige – en svensk DALYkalkyl*. 1999: Karolinska Institutet, Folkhälsoinstitutet, Epidemiologiskt Centrum SoS, Stockholms Läns Landsting.
- Perälä, P. (2011) *Tobakstillgänglighet bland ungdomar – en pilotundersökning i sex kommuner*. CAN-rapport 126. Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning, Stockholm.
- Prop. 2010/11:47. Regeringens proposition 2010/11:47 *En samlad strategi för alkohol-, narkotika-, dopnings- och tobakspolitiken*.
- Ramstedt, M. (2010) How much alcohol do you buy? A comparison of self-reported alcohol purchases with actual sales. *Addiction*, 105, 649-654.
- Ramstedt, M. (red.), Boman, U., Engdahl, B., Sohlberg, T. & Svensson, J. (2010) *Tal om alkohol 2010*. En statistisk årsrapport från Monitorprojektet. Forskningsrapport nr 60. SoRAD, Stockholms universitet, Stockholm.
- Wennberg, P., Svensson, J. & Ramstedt, M. (2011) The effects of missing data when surveying alcohol habits. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 28, 43-50.
- Rehm, J. & Scafato, E. (2011) Indicators of alcohol consumption and attributable harm for monitoring and surveillance in European Union countries. *Addiction*, 106, 4-10.
- Sasiana, M. & Tarantola, S. (2002), *State of the art report on current methodologies and practices for indicator development*. Joint Research Centre Italy.
- SCB (2007) *Alkohol- och tobaksbruk*. Levnadsförhållanden rapport 114. Statistiska centralbyrån.
- SCB (2004) *Bruk och missbruk, vanor och ovanor*. Levnadsförhållanden rapport 105. Statistiska centralbyrån.
- SCB (2009) *Frågeformulär för Barn-ULF 2009*. [http://www.scb.se/Statistik/LE/LE0106/\\_dokument/Frageformular\\_2009.pdf](http://www.scb.se/Statistik/LE/LE0106/_dokument/Frageformular_2009.pdf)
- SCB (2010) *Förändringar i Undersökningarna av levnadsförhållandena 2006–2008 – En studie av jämförbarheten över tid för välfärdsindikatorerna*. Statistiska centralbyrån 2010:4.
- Sharpe, A. (2004). *Literature Review of Framework for Macro-indicators*. Centre for the Study of Living Standards, Ottawa, Canada.
- Sheridan, J., Stewart, J, Smart, R. & McCormick, R. (2011). Risky drinking among community pharmacy customers in New Zealand and their attitudes towards pharmacist screening and brief interventions. *Drug and Alcohol Review*, under tryckning.
- Sjögren, H., Björnstig, U. & Eriksson, A. (1997) Comparison between blood analysis and police assessment of drug and alcohol use by injured drivers. *Scand J Soc Med*, 25, 217-223.
- Socialstyrelsen (2009) *Graviditeter, förlossningar och nyfödda barn Medicinska födelseregistret 1973–2008 Assisterad befruktning 1991–2007*. Sveriges officiella statistik, Stockholm.
- Sohlberg, T. (2010) *Tal om tobak 2009. Totalkonsumtionen i Sverige 2009*. Forskningsrapport nr 61. SoRAD, Stockholms universitet, Stockholm.
- SOU 1994:29. *Barn, föräldrar, alkohol. Delbetänkande av alkoholpolitiska kommissionen, Socialdepartementet*, Statens offentliga utredningar, Stockholm.
- SOU 2009:23. *Olovlig tobaksförsäljning. Betänkande av Utredningen om tobaksförsäljning till unga*. Statens offentliga utredningar.
- SOU 2011:10. *Antidopning Sverige. En ny väg för arbetet mot dopning*. Betänkande av organisationsutredningen mot dopning. Statens offentliga utredningar.
- Stockwell, T., Zhao, J., & Thomas, G. (2009). Should alcohol policies aim to reduce total alcohol consumption? New analyses of Canadian drinking patterns. *Addiction Research & Theory*, 17, 135-151.
- Trafikverket (2010) *Analys av trafiksäkerhetsutvecklingen 2010. Målstyrning av trafiksäkerhetsarbetet mot etappmålen 1010*. Trafikverket.

Vägverket (2008) *Alkohol, droger och trafik*. [http://publikationswebbutik.vv.se/upload/1745/88294\\_alkohol\\_droger\\_trafik\\_6.pdf](http://publikationswebbutik.vv.se/upload/1745/88294_alkohol_droger_trafik_6.pdf)

Vägverket (2009) *Alkohol, droger och trafik*. [http://publikationswebbutik.vv.se/upload/1745/88294\\_alkohol\\_droger\\_trafik\\_utg\\_7.pdf](http://publikationswebbutik.vv.se/upload/1745/88294_alkohol_droger_trafik_utg_7.pdf)

Wennberg, P., Källmén, H., Hermansson, U. & Bergman, H. (2006) AUDIT – The Alcohol Use Disorders Identification Test, AUDIT: manual ([http://www.kfsk.se/download/18.2eb7f7b2125205646208000341/AUDIT\\_svensk\\_manual\\_1\\_o.pdf](http://www.kfsk.se/download/18.2eb7f7b2125205646208000341/AUDIT_svensk_manual_1_o.pdf))

WHO (2000) International guide for monitoring alcohol consumption and related harm. Department of Mental Health and Substance Dependence Noncommunicable Diseases and Mental Health Cluster World Health Organization.

Zendeudel, K., Nyrén, O., Luo, J., Dickman, P. W., Boffetta, P., Englund, A., et al. (2008). Risk of gastroesophageal cancer among smokers and users of Scandinavian moist snuff. *International Journal of Cancer*, 122, 1095-1099.

Öström, M. & Eriksson A. (1993) Single vehicle crashes and alcohol: a retrospective study of fatalities in northern Sweden. *Accident Analysis & prevention*, 25, 171-176.





---

REGERINGSKANSLIET

**Socialdepartementet**

10333 Stockholm