

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

Förslag på indikatorer avseende de prioriterade målen i strategin



ANDT

Alkohol Narkotika Dopning Tobak

Sammanfattning

Under 2011–2012 har en särskild projektgrupp arbetat med att ta fram förslag på indikatorer som ska ingå i uppföljningen av regeringens samlade alkohol-, narkotika-, dopning- och tobaksstrategi, den s.k. ANDT-strategin. I en tidigare rapport har gruppens förslag på indikatorer som ska användas för att följa upp ANDT-strategins långsiktiga mål redovisats. I denna rapport redovisas förslag på indikatorer över de prioriterade målen, dvs. s.k. struktur- och processindikatorer.

Antal föreslagna indikatorer kan förefalla vara många men projektgruppens bedömning är att dessa behövs för att sammantaget få en god bild av både nivåerna och utvecklingen av alkohol, narkotika, dopning och tobak (ANDT).

De två nyckelmyndigheterna inom området är Statens folkhälsoinstitut och Socialstyrelsen vilket återspeglas i antal indikatorer som dessa två myndigheter föreslås bli ansvariga för. Andra myndigheter och organisationer som får ansvar för flera indikatorer är Brottsförebyggande rådet (BRÅ), Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning (CAN), Rikspolisstyrelsen (RPS), STAD(KI), Trafikverket och Tullverket. Som ansvarig för den samlade uppföljningen av strategin föreslås Statens folkhälsoinstitut.

En åtskillnad görs i rapporten mellan indikatorer och utvecklingsindikatorer. Med förstnämnda avses sådana mått som, enligt gruppens bedömning, kan användas under strategiperioden, även om vissa behöver mer utveckling än andra. Utvecklingsindikatorer är sådana som bedöms som relevanta men som ännu inte

kan tas i bruk ofta pga. avsaknad av säkra data och/eller där det av andra skäl behövs ett utvecklingsbehov för att kunna säkerställa godtagbar kvalitet.

Jämfört med de långsiktiga målen är här en större andel utvecklingsindikatorer, vilket speglar det faktum att kunskapen är mindre och mätningarna färre när det gäller att följa hur vi arbetar förebyggande och behandlande, jämfört med att följa faktiskt bruk och konsekvenser av ANDT. Flertalet indikatorer betraktas dock som mätbara indikatorer, dvs. de kan användas med befintliga eller nya undersökningar i att mäta strukturer och processer (insatser). Det är dock inte möjligt att ge lika exakta definitioner och beskrivningar av data som för de långsiktiga målen indikatorer.

I rapporten betonas vikten av att kontinuerligt bedriva ett utvecklingsarbete. Det kommer alltid att finnas ett behov att ”vrída och vända” på data och detta måste ansvarig för respektive indikator genomföra inom ramen för kvalitetssäkring av de indikatorer aktören ansvarar för.

Ett omfattande och tidskrävande arbete kommer att behöva bedrivas ute på myndigheter/organisationer under flera år och projektgruppen menar att det behövs någon samlad grupp som vid vissa regelbundna återkommande tillfällen stämmer av och följer upp hur arbetet fortskrider. Därför bör projektgruppen i någon form finnas kvar under hela strategiperioden. Denna grupp bör också vid behov kunna ge råd och stöd samt även återkoppla till Socialdepartementet om hur arbetet fortskrider. Gruppen är också viktig

för att säkra kontinuitet i det arbete som nu bedrivits i två år.

Rapportens inledande kapitel ger en överblick över projektgruppens arbete, uppdrag och utgångspunkter. Kapitel 2–3 redovisar gruppens förslag och resonemang när det gäller ansvarig myndighet för den samlade uppföljningen av strategin och ansvariga för vissa indikatorer över långsiktiga mål som inte togs upp i den förra rapporten.

Kapitel 4 ger en beskrivning om hur projektgruppen resonerat i synen på och val av indikatorer. Vidare redogörs för vem som bör göra vad framöver och viktiga prioriteringar som blir nödvändiga. De faktiska förslagen på indikatorer över de långsiktiga målen redovisas i kapitel 5–10.

Förkortningar

ANDT	Alkohol – narkotika – dopning – tobak
AS	Anabola steroider
AUDIT	Alcohol Use Disorders Identification Test
AUDIT-C	Alcohol Use Disorders Identification Test, sammantaget av de tre första frågorna
BHV	Barnhälsovården
CAN	Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning
CDS	Cigarette Dependence Scale
DALY	Disability Adjusted life Years
DRUID	Driving under the Influence of Drugs, Alcohol and Medicines
DSM-IV	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fjärde upplagan
EHIS	European Health Interview Survey
EMCDDA	European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction
ESPAD	The European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs
ESSC	European Statistical System Committee
FORUM	Forskningscentrum för psykosocial hälsa
GBD	Global Burden of Disease
HLV	Hälsa på lika villkor
ICD-10	International Classification of Diseases, tionde upplagan
IDB	Injury Data Base
K	Kärnindikator
KF	Kvantitet-frekvens
KI	Karolinska institutet
KOL	Kroniskt obstruktiv lungsjukdom
KPI	Konsumentprisindex
LVM	Lagen om vård av missbrukare
MHV	Mödrahälsovården
M.I.N.I.	Mini Internationell Neuropsykiatrisk Intervju
MFR	Medicinska födelseregistret
NTU	Brottsförebyggande rådets nationella trygghetsundersökningar
REITOX	Réseau Européen d'Information sur les Drogues et les Toxicomanies
RIF	Rättsväsendets informationsförsörjning
SCB	Statistiska centralbyrån
SKL	Sveriges Kommuner och Landsting
SoL	Socialtjänstlagen
SoRAD	Centrum för socialvetenskaplig alkohol- och drogforskning
STAD	Stockholm förebygger alkohol- och drogproblem
STRADA	Swedish Traffic Accident Data Acquisition
SVL	Sprit och Vinleverantörsföreningen
U	Utvecklingsindikator
ULF	Undersökningar av levnadsförhållanden
WHO	World Health Organization
VTI	Statens väg- och transportforskningsinstitut
YLD	Years Lost due to Disability
YLL	Years of Life Lost

1. Inledning – projektgruppens arbete med indikatorer och redovisning av pågående och framtida arbete

Under 2011–2012 har en särskild projektgrupp arbetat med att ta fram förslag på indikatorer som ska ingå i uppföljningen av den samlade ANDT-strategin som beslutades av regeringen i december 2010 (prop. 2010/11:47) och som antogs av riksdagen i slutet av mars 2011. Projektgruppens uppdrag går ut på att ge förslag på indikatorer och uppföljningssystem för att följa den nu aktuella ANDT-strategin för perioden 2011–2015.

Den samlade ANDT-strategin anger mål, inriktning och prioriteringar för samhällets insatser under åren 2011–2015 och omfattar allt från tillgänglighetsbegränsande insatser, narkotikabekämpning, vård och behandling, alkohol- och tobakstillsyn, EU- och internationellt arbete, till lokalt förebyggande verksamhet. Förutom det övergripande målet innehåller strategin sju långsiktiga mål som ständigt är aktuella, till vilka ett antal prioriterade mål knyts som ska uppnås under strategiperioden, som löper t.o.m. 2015. En översikt över strategins övergripande mål, långsiktiga mål och prioriterade mål redovisas på s. 8.

I en tidigare rapport har projektgruppen redovisat förslag på flertalet indikatorer på ANDT-strategins långsiktiga mål (Uppföljning av regeringens alkohol-, narkotika-, dopnings- och tobaksstrategi Förslag på indikatorer avseende de långsiktiga målen i strategin, #2). Rapporten färdigställdes i maj 2012.

I denna rapport redovisas projektgruppens förslag på indikatorer för att följa upp strategins prioriterade mål. För långsiktigt mål 5 redovisas dock indikatorer

för både det långsiktiga målet och de prioriterade målen. Statens folkhälsoinstitut, Socialstyrelsen, Sveriges Kommuner och Landsting, Stockholm förebygger alkohol- och drogproblem (STAD) vid Stockholms läns landsting/Karolinska institutet och CAN har varit representerade i projektgruppen. Dessa personer representerar sina myndigheter och organisationer men har valts ut i egenskap av experter.

De prioriterade målen 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 målen inriktning kommer problemen vid strategiperiodens slut att var mindre än vad de annars skulle vara.

I denna rapport återkommer projektgruppen till de frågor som lämnades obesvarade i den föregående rapporten, dels genom att föreslå vem som ska vara ansvarig för vissa indikatorer efter 2012 (t.ex. Monitoreringarna), dels vem som bör få det övergripande uppföljningsansvaret efter 2012, inklusive ansvaret att ta hand om det system som nu byggs upp med att samla in indikatorer. Även vissa preciseringar av vissa indikatorer redovisas.

Projektgruppens arbete under 2012 bestod främst av att utveckla indikatorerna inom de prioriterade målen men också av en (pågående) uppföljning av strategins indikatorer över de långsiktiga målen.

Att tillgängliggöra indikatorer och redovisa hur

dessa samlas in och sammanställs är en viktig strategi för att nå ut och implementera arbetet med indikatorerna regionalt och lokalt. På sikt bör detta leda till en ökad standardisering och jämförbarhet mellan olika undersökningar och därmed underlätta förståelsen av ANDT-utvecklingen i sig och drivkrafter bakom denna. Spridningsarbetet genom samtal och möten med lokala och regionala aktörer om indikatorarbetet pågick under hela 2012 och bör fortsätta även under kommande år.

Projektgruppen redogjorde i december 2012 sina förslag till indikatorer för de prioriterade målen för den referensgrupp som ingår i arbetet med uppföljning och utvärdering av ANDT-strategin. Referensgruppen, bestående av representanter från flertalet myndigheter och organisationer med uppdrag som berör ANDT-området, fick också möjlighet att inkomma med skriftliga synpunkter till Socialdepartementet avseende projektgruppens förslag. Flertalet synpunkter av referensgruppens myndigheter och organisationer har beaktats.

Här redogörs kortfattat för vissa av dessa synpunkter av mer principiell karaktär. Synpunkter och förändringar av förslag på detaljnivå framgår av texterna under respektive kapitel och mål.

I rapporten föreslås flera aktörer och myndigheter som ansvariga för olika indikatorer. Synpunkten framkom att antalet ansvariga borde begränsas till ett fåtal myndigheter, främst Statens folkhälsoinstitut och Socialstyrelsen. Detta skulle vara en fördel ur samordningssynpunkt. Projektgruppens utgångspunkt har varit att begränsa antalet till så få aktörer/myndigheter som möjligt. De flesta indikatorer ligger nu på de två nämnda myndigheterna. Men det är inte möjligt att lägga alla indikatorer på dessa två. Vissa indikatorer följs lämpligast upp av dem som arbetar

närmast det specifika området, såsom Brottsförebyggande rådet när det gäller ANDT-relaterat våld, och CAN när det gäller ANDT-vanor bland unga.

Sveriges Kommuner och Landsting har i sina kommentarer uttryckt att de inte kan ta på sig ett uppföljningsansvar för indikatorer. Detta har i stort sett tillgodosetts genom att andra aktörer föreslås som ansvariga. (Undantaget är data från Kunskap till praktik).

Flera uttryckte oro över att antalet indikatorer var för många. Kort kan nämnas att antalet nu har reducerats, framför allt genom att vissa svårsmåta områden står utan indikatorer. Detta rör områden där projektgruppen bedömt det som ytterst svårt att utveckla goda indikatorer under strategiperioden.

Vidare så redogör projektgruppen i kapitel 4.5 för prioriteringsordning vad gäller igångsättande av insamling av indikatorerna, vilket var något som efterfrågades av flera i referensgruppen.

Ytterligare en viktig synpunkt rörde kriterier för val av indikatorerna. Framför allt lyftes frågan om vilka evidensgrunder som ligger till grund för förslag till indikatorer. Detta redogörs för i kapitel 4.3 men kortfattat kan nämnas att det primära kriteriet är strategin i sig. För flertalet mål står det relativt sett tydligt vad som ska prioriteras och därmed vad som ska följas upp. Inom denna ram finns dock visst utrymme.

En annan viktig synpunkt rörde hur uppföljningssystemet ska tas om hand och förvaltas över tid, inte minst i ljuset av en stundande ny myndighetsstruktur, en annan att man tidigt bör hitta en form för hur systemet kan överleva efter strategiperioden. Projektgruppen ger förslag utifrån de premisser som råder nu, men nämner också att det naturliga är att den nya myndigheten i så fall tar över de uppgifter som nu

ligger på Statens folkhälsoinstitut och de delar av Socialstyrelsen som blir föremål för sammanslagningen. Detta är dock främst en fråga för regeringen.

Indikatorerna bör redovisas på en så detaljerad aggregerad nivå som möjligt. Den nationella nivån är ändå, ur uppföljningssynpunkt, den viktigaste, detta då det rör sig om en uppföljning av den nationella ANDT-strategin.

Ytterligare en viktig synpunkt, som framkom i remissvar och som tagits upp i löpande kontakter med representanter på läns- och kommunnivå, rör vikten av regionala och lokala sammanställningar av indikatorer. Stöd i hur man på regional och lokal nivå gör detta på bästa sätt efterfrågas. Det finns också en del frågetecken kring vilken roll Länsstyrelserna/ANDT-samordningsfunktionerna förväntas ha. Enligt projektgruppen har ANDT-samordnarna en central roll, och har så haft under strategins två första år. Detta gäller både i att sprida kunskap om indikatorerna och det arbete som pågår och i att vara navet och pådrivare i länsvisa uppföljningar av ANDT-strategin.

Minst lika viktigt blir arbetet när indikatorerna finns på plats och börjar användas. Enligt projektgruppen är ANDT-samordnarnas viktigaste uppgift inte att tillhandahålla data till indikatoransvariga utan snarare att medvetandegöra kommuner och andra aktörer att dessa indikatorer finns, hur de definieras och hur de mäts. På så sätt bidrar man på sikt till att öka jämförbarheten mellan undersökningar och indikatorer genomförda och insamlade på lokal, regional och nationell nivå. Detta vinner alla på.

Övergripande mål

Ett **samhälle fritt från narkotika och dopning, med minskade medicinska och sociala skador orsakade av alkohol och med ett minskat tobaksbruk.** Målet innebär – en nolltolerans mot narkotika och dopning, – att minska allt tobaksbruk och

förhindra att minderåriga börjar använda tobak, – att förhindra all skadlig alkoholkonsumtion bl.a. genom att minska konsumtionen och skadliga dryckesvanor.

Långsiktiga mål

1
Tillgång till narkotika, dopningsmedel, alkohol och tobak ska minska

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

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

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

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

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

En folkhälso-baserad och restriktiv syn på ANDT inom EU och internationellt

Mål under strategiperioden

En effektiv och samordnad alkohol- och tobakstillsyn

Färre barn ska födas med skador orsakade av alkohol, narkotika, dopning eller tobak

Minska nyrekrytering till narkotika- och dopningsmissbruk

Hälso- och sjukvårdens arbete med att förebygga ANDT-relaterad ohälsa ska utvecklas

Tillgång till kunskapsbaserade vård- och stödinsatser ska öka

Antalet döda och skadade i trafiken på grund av alkohol och andra droger ska minska

Aktivt verka för att FN-konventionerna på narkotikaområdet efterlevs

En effektiv brottsbekämpning av illegal handel

Barn i familjer med missbruk, psykisk sjukdom eller psykisk funktionsnedsättning ska erbjudas ändamålsenligt stöd

Utveckla metoder för att barn och ungdomar inte ska börja använda tobaksprodukter

Minskat riskbruk och intensivkonsumtion av alkohol bland studenter och bland unga vuxna med psykisk ohälsa

En tydligare och mer ändamålsenlig ansvarsfördelning mellan huvudmännen för missbruks- och beroendevården ska uppnås

Antalet döda och skadade på grund av alkohol-, narkotika- och dopningsrelaterat våld ska minska

Aktivt verka för att EU:s och WHO:s strategier avseende alkohol och hälsa genomförs

En effektiv bekämpning av illegal försäljning via digitala medier

Ökad kunskap om marknadsföring av alkohol och tobak via digitala medier, samt marknadsföringens effekter på konsumtionen

Ökad användning av befintliga verksamma metoder för att skjuta upp alkoholdebuten och minska den skadliga alkoholkonsumtionen

Förutsättningarna för tandvården att arbeta med tobaksprevention bör öka

Regionala och lokala skillnader i kvalitet, tillgänglighet och resultat ska minska

Dödligheten bland ungdomar och unga vuxna på grund av alkoholförgiftningar och experimentering med droger ska minska

Aktivt verka för att WHO:s ramkonvention om tobakskontroll efterlevs

En fungerande lokal och regional samverkan och samordning mellan ANDT-förebyggande och brottsförebyggande arbete

En hälsofrämjande skola

Förutsättningarna att i ett tidigt skede kunna uppmärksamma och åtgärda ANDT-problem i arbetslivet bör förbättras

Medvetenheten i hela befolkningen om ANDT-användningens effekter på hälsan bör öka

En ökad samordning och prioritering av det nordiska samarbetet inom ANDT-området

2. Ansvarig myndighet för uppföljning av den samlade ANDT-strategin 2011–2015

Under 2012–2013 testas uppföljnings- och indikator-systemet och den första mätningen/uppföljningen av strategins indikatorer gällande de långsiktiga målen genomförs. Detta arbete ansvarar projektgruppen för men gör detta i samarbete med de myndigheter och organisationer som är inblandade i indikatorarbetet. Det är dock viktigt att finna en mer permanent lösning genom att utse en ansvarig aktör för uppföljning av hela strategin 2011–2015, som alltså tar vid där projektgruppens arbete avslutas, helst under 2013. I detta arbete ingår också att ta hand om det webb- och databasbaserade system för insamling och presentation av indikatorer som projektgruppen utvecklat.

Såsom projektgruppen ser det bör ett sådant långsiktigt och omfattande uppdrag ligga på en av de centrala myndigheterna inom området, vilket i konkreta termer innebär Socialstyrelsen eller Statens folkhälsoinstitut. Båda har naturligtvis stor erfarenhet av ANDT-frågor men med något olika inriktning. Socialstyrelsen har mer fokus på vård och behandling och Statens folkhälsoinstitut på förebyggande frågor. Ser man till de olika målen och de indikatorer som ska utvecklas ligger tyngdpunkten snarare på förebyggande områden än på vård och behandling, även om båda naturligtvis ingår som centrala områden i strategin. Statens folkhälsoinstitut är också den aktör av samtliga som, enligt projektgruppens förslag, får ansvar för flest indikatorer och som även tidigare år följt upp regeringens alkohol- och narkotikahandlingsplaner.

Projektgruppen är medveten om det förslag om ny myndighetsstruktur på den statliga nivån inom området vård och omsorg, dels det som lades fram under våren 2012 av vård- och omsorgsutredningen (SOU 2012:33), dels den promemoria (DS 2012:49) ”En mer samlad myndighetsstruktur inom folkhälsoområdet” som lades fram den 9 november 2012. I promemorian föreslås att en ny myndighet för folkhälsofrågor, Institutet för folkhälsa, bildas den 1 januari 2014. Två av de myndigheter som berörs av promemorian är Statens folkhälsoinstitut och Smittskyddsinstitutet vilka föreslås avvecklas den sista december 2013. Även Socialstyrelsens verksamhet inom områdena folk- och miljöhälsorapportering, uppgifter inom ramen för miljömålsarbetet samt vissa av Socialstyrelsens uppgifter som rör hälsoskydd berörs av promemorian då de föreslås flyttas till den nya myndigheten för folkhälsa. Syftet med sammanslagningen är att förbättra förutsättningarna för ett mer effektivt och mer kunskapsbaserat arbete inom folkhälsoområdet.

Här måste projektgruppen i dagsläget utgå från rådande omständigheter och kan inte i förslagen på indikatorer och ansvariga huvudmän gå händelserna i förväg. Utgående från de rådande förhållanden, och med det nya förslaget i beaktande, så anser projektgruppen att Statens folkhälsoinstitut är den myndighet som bäst motsvarar de krav som bör ställas på den myndighet som får ett sådant uppdrag: tidigare erfarenhet av uppföljning av alkohol- och narkotikahandlingsplaner, lång erfarenhet av att bevaka och

ansvara för flertal ANDT-indikatorer och den myndighet som sammantaget uppvisar störst beröringspunkter med ANDT-strategins olika mål och med projektgruppens förslag på indikatorer. Detta är ett uppdrag som den nya myndigheten Institutet för folkhälsa bör kunna överta om Statens folkhälsoinstituts uppgifter överförs till den nya myndigheten enligt promemorian DS 2012:49.

3. Ansvar för ytterligare indikatorer över de långsiktiga målen

3.1 Monitormätningarna

Det huvudsakliga syftet med Monitormätningarna är att mäta utveckling och omfattning av den totala alkoholanskaffningen (totala konsumtionen) i Sverige. För detta ändamål ställs olika frågor riktade till riksrepresentativa urval av den svenska befolkningen om s.k. oregistrerade delmängder dvs. främst privatinförsel, smuggling och hemtillverkning av alkohol- drycker. Mätningarna, som är månatliga och genomförs vid varje månadsskifte, har pågått sedan juni 2000. Vid varje tillfälle telefonintervjuas 1 500 personer och frågorna avser den senaste 30-dagarsperioden. Att mätningarna sker så pass ofta gör det möjligt att undersöka förändringar under året. Svaren från tolv månaders intervjuer 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 alkoholanskaffning (totala faktiska alkoholkonsumtion). Den registrerade konsumtionen fångar upp den största delen av konsumtionen av alkohol i landet 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 att det rör

anskaffning, inte konsumtion, t.ex. köp av insmugglad alkohol och införsel av alkohol från utlandet. Uppgifter om anskaffning – såväl oregistrerad som inhemsk försäljning – ger emellertid ingen bild av hur konsumtionen utvecklas i olika grupper av befolkningen. För detta krävs analyser av självrapporterade konsumtionsuppgifter enligt riksrepresentativa frågeundersökningar.

Intervjufrågor om konsumtion av de vanliga dryckeslagen (sprit, vin, starköl och folköl) infördes i juni 2001. Samma månad infördes också en fråga om intensivkonsumtion (hur ofta man dricker stora mängder alkohol motsvarande minst en flaska vin [eller motsvarande mängd ren alkohol i andra drycker] vid ett och samma tillfälle).

Som projektgruppen redovisat tidigare ser gruppen Monitormätningarna som en viktig undersökning för att skatta konsumtionsutvecklingen såväl totalt som för olika delmängder däribland mängden oregistrerad alkoholanskaffning. Det finns ingen annan motsvarande undersökning i landet. Projektgruppens genomgång och revidering av statistiken visar, enligt gruppen, att data håller en acceptabel kvalitetsnivå för att skatta nivå och utveckling av nämnda delmängder alkohol. Ett löpande kvalitetsutvecklingsarbete är dock nödvändigt, inte minst i ljuset av ökande bortfall och ökade svårigheter att genomföra den typ av telefonintervjuer som används, nämligen intervjuer som utgår ifrån telefonnummerbaserade representativa urval av svenska folket i åldern 16–80 år.

SoRAD vid Stockholms universitet har ansvarat för Monitormätningarna sedan dess start i juni 2000 men sedan 2012 har huvudansvaret legat hos projektgruppen. Anledningen är att ett speciellt utvecklingsarbete har genomförts inom ramen för projektgruppens arbete som inneburit en ingående genomlysning av den metodik som använts och tillförlitlighet i den statistik som redovisats. Arbetet har utmynnat i ett förslag på revidering av beräkningssätt som presenterades under våren 2012 (Projektgruppen, 2012, Alkoholkonsumtionen i Sverige 2011, Bilaga 1 Hur ska alkoholinförseln mätas? – En genomgång av tillgängliga indikatorer och ett förslag på en reviderad metod).

När det gäller ansvaret för olika ANDT-indikatorer har projektgruppen konsekvent valt myndigheter eller aktörer med myndighetsliknande uppdrag och undvikit renodlade forskningsinstitutioner. Detta har varit utgångspunkten även i förslaget om det framtida ansvaret för Monitormätningarna. Ett skäl till detta är att gruppen ställer sig tveksam till lämpligheten i att forskningsinstitut ansvarar för en löpande uppföljning av indikatorer som kräver stor grad av reguljärt arbete med redovisning och aktiv kommunikation av nationella/regionala resultat. Mycket talar för att ett sådant arbete sköts mer effektivt av aktörer med en organisatorisk struktur som är lämpad för sådana ändamål. På så sätt skulle man också undvika att forskare tvingas ägna tid åt rutinarbete istället för forskning. Däremot är det av största vikt att de indikatorsansvariga framöver involverar forskare i det fortsatta utvecklings- och valideringsarbetet med specifika indikatorer. I vilken utsträckning detta behövs måste dock bedömas av den ansvarige för respektive indikator. Det är givetvis också viktigt att det insamlade datamaterialet hålls tillgängligt för forskningsändamål.

Monitorarbetet har under alla år framför allt drivits

av den forskare som varit projektledare för mätningarna och har resulterat i flera vetenskapliga artiklar och rapporter om alkoholutvecklingen. Projektgruppen anser dock att datamaterialet är underutnyttjat, och att det även finns betydligt mer att göra vad gäller att redovisa och förmedla resultaten till myndigheter och andra intresserade aktörer. Detta är inte minst viktigt då Monitormätningarnas statistik ska knytas närmare till uppföljningen av ANDT-strategin. Under 2012 har också projektledaren för Monitormätningarna lämnat SoRAD tillsammans med ytterligare en forskare och en doktorand, samtliga med kompetens och erfarenhet av frågeundersökningar. Mot bakgrund av de ovan nämnda orsakerna gör projektgruppen därför bedömningen att SoRAD inte är den mest lämpade aktören att ansvara för Monitormätningarna.

Projektgruppens förslag är att CAN blir huvudman för Monitormätningarna under ANDT-strategins resterande år, dvs. under 2013–2015, och att CAN i detta arbete har ett löpande samarbete med berörda forskare på området, framför allt med KI (STAD) och SoRAD. CAN har en lång tradition av enkätundersökningar och att förmedla fakta och kunskap till olika målgrupper såväl på nationell som på regional och lokal nivå. CAN har under många år samlat in och årligen redovisat alkohol- narkotika- och tobakssituationen bland ungdomar och det finns en fördel i att samordna redovisningen av befolkningens vanor med situationen bland unga. Till dessa skäl kan läggas att CAN:s nuvarande direktör Håkan Leifman var den som lade upp och startade Monitormätningarna år 2000. Nödvändig kompetens att driva arbetet på CAN finns således.

Det är viktigt att påpeka att Statens folkhälsoinstitut inte ställer sig bakom detta förslag utan anser att ansvaret bör ligga på myndigheten och att de därmed

själva uppdrag åt lämpliga forskningsinstitutioner att genomföra mätningarna. På detta sätt säkerställs, enligt institutet, undersökningens kontinuitet, objektivitet och tillförlitlighet.

Enligt projektgruppen bör den löpande kontakten med forskarsamhället leda till konstituerandet av en arbetsgrupp som syftar till att löpande kvalitetsbevaka och vid behov initiera djupare analyser av data av metodologisk art. Lämpligast bör denna grupp vara densamma som den surveystatistikgrupp som projektgruppen föreslog skulle bildas i syfte att lyfta och bevaka främst metodologiska frågor inom området och som i sin tur ska ses som en fortsättning av den arbetsgrupp som arbetat med frågan under projektgruppen.

3.2 Skattningarna av beroende/missbruk och skador på andra än brukaren/brukarna

Under 2011–2012 genomfördes den pilotundersökning, omnämnd i projektgruppens rapport över långsiktiga mål, som syftade till att mäta beroende/missbruk i befolkningen och omfattningen av ANDT-skador på andra än brukaren själv (tredje person). Arbetsnamnet för pilotundersökningen var Vanor och konsekvenser.

Pilotundersökningen inkluderade flera tusen respondenter och är i den meningen inte att betrakta som en ”vanlig” pilot. Begreppet syftar här snarare på metodutveckling/metodstudier där relativt stora urval behövs för att kunna dra tillförlitliga slutsatser. Datainsamlingen genomfördes under slutet av 2011 och analyser och rapportskrivande genomfördes under första halvan av 2012. Undersökningen avser således i huvudsak förhållandena under 2011 men ses också som en förstudie inför den större mätning av beroende/missbruk och skador på tredje person som kommer att genomföras under 2013.

I pilotundersökningen testades tre olika insamlingsförfaranden: strukturerande telefonintervjuer, ”vanliga” kortare telefonintervjuer och postala enkäter/webbenkäter, samtliga med färdiga frågor och fasta svarsalternativ. De strukturerade intervjuerna följde DSM-IV enligt M.I.N.I.-instrumentet (Mini Internationell Neuropsykiatrisk Intervju) och de två övriga använde fasta frågor som i så stor utsträckning som möjligt liknade M.I.N.I., men anpassade efter insamlingsmetoden.

Analysen av data visade på relativt hög svarsfrekvens och godtagbar riksrepresentativ sociodemografisk profil bland de svarande i den förstnämnda (strukturerade intervjuer) och sistnämnda (postala enkäter/webbenkäter) samt i största allmänhet mer rimliga svar jämfört med ”vanliga” telefonintervjuer. Utifrån överväganden baserade på kostnad och praktisk genomförbarhet, rekommenderade dock de forskare som arbetade med pilotundersökningen att den större mätningen med ca 20 000 respondenter bör baseras på postala enkäter med möjlighet att istället svara på en webbenkät (se Tengström, m.fl., 2012). Det bör också nämnas att data från pilotundersökningen kommer att användas som en baslinjemätning med uppgifter på nationell nivå om förhållanden under 2011.

Den större mätningen genomförs av forskare på STAD Stockholms läns landsting/Karolinska institutet) och projektgruppen föreslår att resultatindikatorerna rapporteras till Statens folkhälsoinstitut som föreslås få det samlade uppföljningsansvaret. Som nämnts i tidigare rapport är det önskvärt att en liknande uppföljande studie genomförs 2015 eller senast 2016.

3.3 Total sjukdomsburda (DALY)

Ytterligare en studie som görs inom ramen för ANDT-strategins kartläggnings- och uppföljningsarbete är skattningen av den totala sjukdomsburdan (DALY) av alkohol, narkotika och tobak. För en mer ingående redogörelse så hänvisas till projektgruppens rapport om förslag till indikatorer över de långsiktiga målen som inkom till Socialdepartementet i maj 2012 (Uppföljning av regeringens alkohol-, narkotika-, dopnings- och tobaksstrategi. Förslag på indikatorer).

Skattningen genomförs av Karolinska institutet, institutionen för folkhälsovetenskap (avd. socialmedicin). Arbetet påbörjades under 2011 och fortsätter under 2012 och 2013. Estimaten avser förhållandena under 2010. Eftersom DALY förutsätter både YLL och YLD för respektive substans kommer också dessa, likaså DALY, att redovisas per substans.

Projektet med att skatta DALY är att betrakta som ett forsknings- och utvecklingsarbete och även här är det önskvärt, om arbetet löper väl, med en uppföljning 2015/2016. Ansvaret för att följa dessa indikatorer bör, enligt projektgruppen, ligga på Socialstyrelsen.

4. Projektgruppens arbete avseende indikatorer för de prioriterade målen

När det gäller de långsiktiga målen måste de föreslagna indikatorerna betraktas som tämligen precisa och väldefinierade inom i stort sett samtliga mål, undantaget det långsiktiga målet fem. Så är dock inte fallet för många av de indikatorer som föreslås för att mäta omfattning och utveckling inom de prioriterade målen. Exempelvis är kunskapen om vad som är effektiv och/eller förbättrad insats/struktur/process många gånger inte given (såsom ökad samverkan inom olika målområden) och flera olika mått kan behövas som sammantaget vävs i en helhetsbedömning. I flera fall måste indikatorsarbetet ske parallellt med de olika arbeten inom myndigheter och andra aktörer som pågår inom ramen för olika regeringsuppdrag inom ANDT-området. Andra indikatorer kan inte få sin definitiva utformning förrän de utsätts för kvalitetsprovning som indikatorer i samband med den första uppföljningen av strategin.

För en sammanfattande bild av projektgruppens förslag när det gäller huvudkällor till grund för de föreslagna indikatorerna och förslag på ansvariga myndigheter/aktörer för de olika indikatorerna hänvisas till bilaga 1.

4.1 Vad som avses med prioriterade mål, hur dessa ska mätas och viktiga utgångspunkter

För närvarande pågår ett omfattande indikatorsarbete på många områden i Sverige. Inom ANDT-området pågår utvecklandet av indikatorer inom ramen för

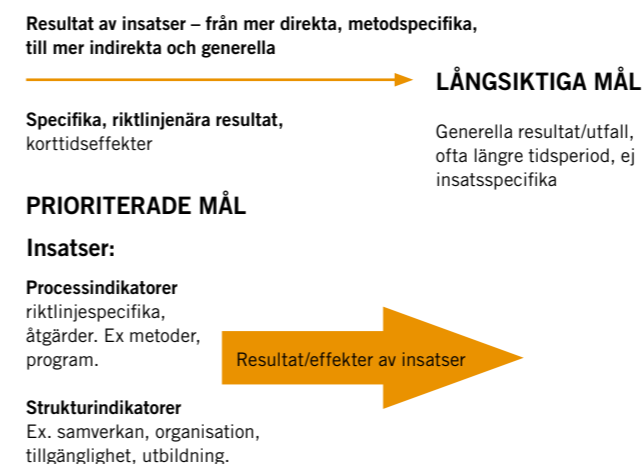
Socialstyrelsens arbete med de nationella riktlinjearbeten, dels när det gäller sjukdomsförebyggande metoder, dels när det gäller missbruk och beroendevård. Vidare har Socialstyrelsen ett uppdrag att i samverkan med Statens folkhälsoinstitut, och i samråd med Sveriges Kommuner och Landsting, utveckla en uppföljningsmodell för nationella indikatorer för hälsoinriktad hälso- och sjukvård, i detta inryms alkohol och tobak.

Olika projekt använder också olika begrepp eller benämningar på i grunden samma typ eller grupp av indikatorer. Detta skapar en onödig begreppsförvirring och försvarar för berörda att skapa sig en helhetsförståelse. I figur 1 ges ett försök till att redovisa hur dessa olika begrepp förhåller sig till varandra och var de ska placeras i ett flödesschema från direkt insats till långsiktigt utfall.

I grunden rör det sig om två olika grupper av indikatorer. Den ena är mått på insatser/åtgärder såsom genomförandet av olika program/metoder och liknande. Det kan röra sig om större förebyggande arbeten på lokal nivå men också specifika insatser för t.ex. behandling. I Socialstyrelsens riktlinjearbete talar man om riktlinjespecifika insatser, dvs. insatser som bedrivs i linje med de riktlinjer som rekommenderas. Processindikatorer är ett synonymt begrepp på insatser/åtgärder, oavsett om de är riktlinjespecifika eller inte. Flertalet av ANDT-strategins indikatorer över de prioriterade målen hör till denna grupp av processindikatorer, t.ex. en fortsatt satsning på insatser

inom ramen för nätverket Krogar mot knark, en fortsatt satsning på insatser för att minska langningen och en fortsatt satsning för att ytterligare förbättra efterlevnaden av åldersgränser. Det gäller att finna goda mått på hur dessa arbeten fortskrider, helst med fokus på de delar av insatserna som kan bedömas som de viktigaste delarna (komponenterna) för att ge gynnsamma effekter.

Figur 1. Övergripande bild av olika indikatorer på olika nivåer – insatser/processer och resultat.



En annan typ av indikatorer som också hör till gruppen av insatser/åtgärder är *strukturindikatorer*. Med dessa avses insatser som förändrar grundförutsättningarna för genomförandet av mer specifika insatser, såsom förändrad organisation, samverkan, utbildning av personal. Flera av ANDT-strategins prioriterade mål hör till denna grupp: förbättrad och/eller utökad samverkan, ökad tillgänglighet, skärpa kompetenskrav etc.

Den andra stora gruppen av indikatorer rör *utfall*

och/eller *utveckling* av de förhållanden/skeenden som man vill påverka genom insatserna. Ofta rör det sig om beteenden som man vill förändra i gynnsam riktning, t.ex. minskad andel storkonsumenter av alkohol, men det kan också röra sig om förändrade attityder. Här måste man skilja på de utfall/resultat som ligger nära insatserna, och som oftast är direkta konsekvenser av insatserna (riktlinjenära-, insatsnära resultat), och de som mäter långsiktiga, generella (ofta mer befolkningsinriktade) och indirekta effekter av insatser. Direkta resultat av en insats kan exempelvis vara att färre ungdomar får tag på illegal alkohol eller att färre ungdomar får alkohol från föräldrar. Det långsiktiga generella resultatet av dessa och andra liknande metoder blir stället att mäta utvecklingen av andelen ungdomar under 18 år som dricker alkohol (eller exempelvis stora mängder alkohol vid ett och samma tillfälle) och om denna andel minskat. På liknande sätt kan t.ex. direkta effekter av rådgivande samtal om riskbruk av alkohol mätas genom att patienternas riskbruk minskar signifikant (t.ex. genom att följa upp dessa patienters AUDIT-poäng) medan det långsiktiga resultatet kan bli att andelen i befolkningen med riskbruk minskar. Direkta insatsnära/riktlinjenära resultat ska alltså inte förväxlas med de oftast långsiktiga och befolkningsinriktade utfall som kännetecknar indikatorerna över de långsiktiga målen.

De prioriterade målen i ANDT-strategin rör således olika former av insatser (processer och strukturer). Föreslagna indikatorer kan röra allt från ökad samverkan, nya arbetsgrupper, igångsättande av forskning/utvärderingar, ökade utbildningsinsatser, till ökad spridning av erkänt effektiva och utvärderade metoder.

Oberoende av vilken form av indikator så är det naturligtvis önskvärt att de föreslagna indikatorerna i så hög grad som möjligt mäter om arbetet sker i enligt

het med de aviserade insatserna (eller riktlinjerna) och, om möjligt, omfattningen av detta arbete i dag och över tid. Många gånger låter sig detta inte enkelt göras utan det kan istället vara nödvändigt att fokusera på det direkta insatsnära resultatet, dvs. om det blir förändringar i det som insatserna direkt syftar till att påverka. En risk med att använda mått på utfall som indikator på insats är emellertid att utfallet kan påverkas av andra faktorer än själva insatsen och på så sätt inte speglar insatsens omfattning. Exempelvis kan brottsbekämpningen av illegal alkohol- och tobakshandel som insats ha varit effektiv men det direkta mätbara utfallet – den illegala handeln – kan ändå ha ökat. Utan den effektivare brottsbekämpningen skulle dock ökningen vara ännu större.

Kausalkedjan blir naturligtvis i regel svagare ju längre avståndet är från insats till det utfall som mäts. Detta är viktigt att ha i åtanke när det gäller indikatorerna över både de långsiktiga och de prioriterade målen. De långsiktiga målen indikatorer berör ju det

som insatserna i slutändan syftar till att förändra, men där också andra omvärldsfaktorer kan ligga bakom en förändring som inte alls har med ANDT-insatser inom strategin att göra, detta trots att insatserna kan ha ökat i styrka och trots att de kortsiktiga direkta effekterna kan synes vara gynnsamma (t.ex. att färre ungdomar får tag på alkohol). Därför är det faktiskt önskvärt, trots ovan nämnda risk, att inte endast få en bild av om insatserna genomförs i linje med de prioriterade målen utan att också, som komplement och inte som substitut för insatsmått, få en någorlunda bild av de insatsnära resultaten, alldeles oberoende av utvecklingen av de långsiktiga målen. Gynnsamma insatsnära resultat är ju en förutsättning för att eventuella förändringar i de långsiktiga utfallen ska kunna härledas till just insatserna. Utan sådana förändringar har ju insatserna inte lyckats med vad de syftade till.

Naturligtvis beror detta också på vilket prioriterat område och vilken insats det handlar om. Vissa insatser är vetenskapligt belagda som effektiva och då bör

fokus i uppföljningsarbetet vara att följa att dessa insatser/metoder används och får ökad spridning och implementering med hög grad av metodefterlevnad. Andra insatser har inte samma vetenskapliga grund men kan ändå utifrån beprövad erfarenhet bedömas som viktiga insatser. I detta fall med svagare evidens blir det viktigare att försöka följa upp de insatsnära resultaten som åtminstone kan ge ett visst belägg på om insatserna ger förväntat resultat. Följande schema kan appliceras på ovan nämnda resonemang (se figur 2).

Det torde tämligen självklart att strategins val av prioriterade mål påverkar var – i vilket skede – som indikatorerna ska utformas, t.ex. om det rör sig mer om struktur- eller mer om processer. Det är, sammanfattningsvis, också viktigt att försöka ha fokus på att mäta insatsnära effekter av metoder/insatser (långt till höger på tidsflödet) om så är möjligt.

I projektgruppens förra rapport gällande de långsiktiga målen kategoriserades indikatorerna i olika grupper: kärn- utökad indikatorer och utvecklingsindikatorer. Någon liknande indelning låter sig inte enkelt göras när det gäller de prioriterade målen. Dock görs en åtskillnad mellan *indikatorer* och *utvecklingsindikatorer*. Med förstnämnda avses sådana mått som, enligt gruppens bedömning, kan användas under strategiperioden, även om vissa behöver mer utveckling än andra och vissa är strukturinriktade, andra är processinriktade och ytterligare vissa mer resultat-inriktade. Data finns ändå för dessa eller kommer att samlas in. Bedömningen är att dessa data kan användas för att ta fram mätbara mått – indikatorer.

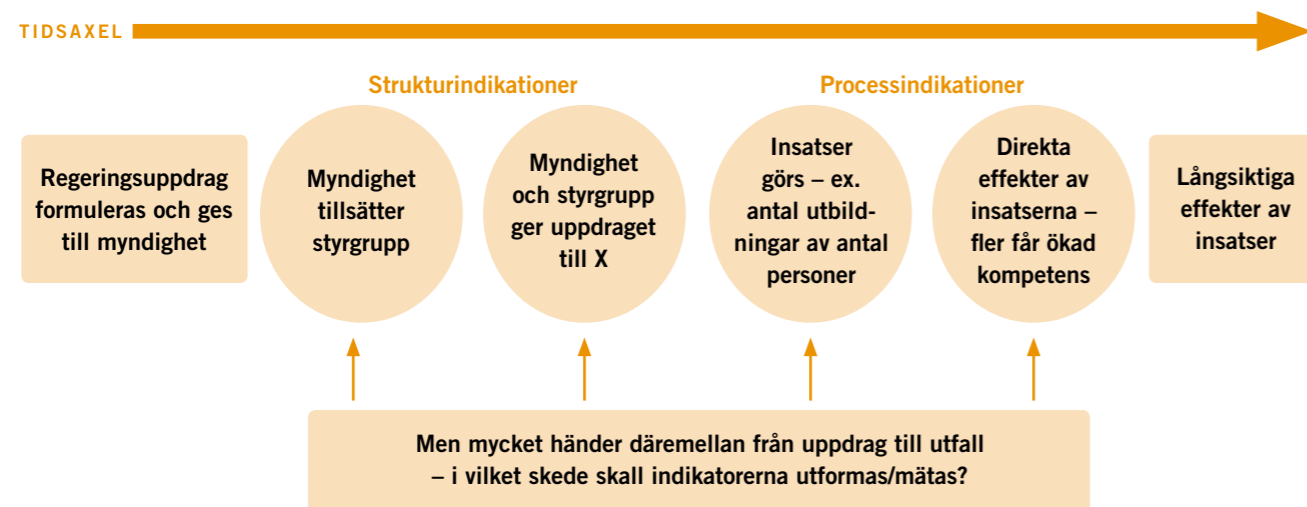
Utvecklingsindikatorer således sådana som bedöms som relevanta men som ännu inte kan tas i bruk. För vissa av dessa är utvecklingsbehovet relativt begränsat varför de med vissa förändringar sannolikt, men inte säkert, kan börja användas som indikatorer under

strategiperioden. För andra är utvecklingsbehovet emellertid större och det måste testas om de överhuvudtaget kan fungera som indikatorer. Den exakta gränsdragningen mellan indikator och utvecklingsindikator är inte helt given och ibland svårbedömd. Det kan vara värt att ha detta i åtanke när man studerar de förslag på indikatorer som presenteras nedan. I slutändan handlar det om projektgruppens bedömning huruvida det är möjligt att få fram mätbara indikatorer inom de olika områdena, t.ex. genom att initiera en ny undersökning på ett område.

Rapporten tar också upp vissa utvecklingsområden och ger förslag som på sikt kan förbättra uppföljningsmöjligheterna inom delar av målen utan att för den skull, i detta tidiga skede, kunna konkretisera dessa i termer av vare sig indikatorer eller utvecklingsindikatorer.

Vidare redovisades för de långsiktiga målen indikatorer möjlig aggregationsnivå: nationell, regional och lokal nivå. När det gäller de prioriterade målen indikatorer görs inte denna indelning, åtminstone inte i denna rapport. För alla indikatorer är emellertid strävan att redovisa dessa på så detaljerad nivå som möjligt, men det statistiska underlaget måste avgöra på vilken nivå. Data som samlas in på lokal nivå kommer dock, om inget oförutsett inträffar, att redovisas på alla tre nivåer (i den webbdatabas som är under uppbyggnad). Detta gäller t.ex. de uppgifter som hämtas från Länsrapporten. (Länsrapporten är en årlig webbaserad enkätundersökning bland kommuner och länsstyrelser som administreras av Statens folkhälsoinstitut.). Nationella frågeundersökningar kommer att redovisas på nationell och regional nivå, eventuellt för större kommuner. Det torde också framgå av texterna under respektive mål vilken nivå som är aktuella för de enskilda indikatorerna.

Figur 2. Exempel på från uppdrag till långsiktigt utfall – var ska indikatorerna mätas.



Det bör också nämnas att den som föreslås som indikatoransvarig inte nödvändigtvis behöver vara synonymt med den som operativt genomför datainsamlingen, analyserna och liknande. Detta kan göras av andra externa aktörer, något som framkommer i flera av förslagen i denna rapport.

Vidare är det viktigt att skilja på ansvarig för det samlade uppföljningsarbetet och ansvarig för enskilda eller grupper av indikatorer. Det kommer att krävas ett, mer eller mindre, kontinuerligt utvecklingsarbete för flertalet indikatorer och detta arbete åvilar respektive indikatoransvarig myndighet eller organisation. Vidareutveckling är med andra ord ett nyckelbegrepp. De data som indikatoransvariga levererar till den myndighet som ansvarar för den samlade uppföljningen av strategin (Statens folkhälsoinstitut enligt förslaget) måste således vara kvalitetssäkrade.

En stor del av det indikatorarbete som föreslås bedöms kunna rymmas inom ramen för ordinarie arbete och med de befintliga medel som finns tillhanda. En del extra kostnader tillkommer dock, dels genom nya föreslagna undersökningar, dels genom nödvändig resurs- och personalförstärkning för insamlande och sammanställande av uppgifter. Detta gäller inte minst på Statens folkhälsoinstitut, den myndighet som föreslås få det övergripande uppföljningsansvaret. Inga kostnader redovisas löpande i texten utan i en särskild bilaga.

4.2 Omfattning/dos av olika insatser

Flera av de prioriterade målen föreslås mätas med hjälp av frågeinstrument som ger en bild av huruvida olika aktiviteter förekommer eller ej men som inte ger en bra bild av dess omfattning och spridning i olika grupper. Ett sådant frågeinstrument är Länsrapporten som

riktar sig till kommuner och länsstyrelser med frågor om tillsyn och förebyggande insatser (se också kapitel 4.6). Med hjälp av detta instrument får vi kunskap om förhållanden på lokal och regional nivå, ofta huruvida en insats förekommer eller ej och ibland, i grova drag, hur vanligt förekommande denna är (för mer information, se Statens folkhälsoinstitut, 2013). Men Länsrapportens frågor om det förebyggande arbetet (i motsats till tillsynsfrågor) ger ingen utförligare bild av omfattningen – dosen – av olika insatser, t.ex. hur många skolor eller hur många föräldrar som nåtts genom en insats. Det är således möjligt att fler kommuner över tid rapporterar ökade aktiviteter men att omfattningen/spridningen av dessa aktiviteter per kommun är på en lägre nivå än tidigare. Å andra sidan är det inte heller rimligt att inkludera alltför många frågor i de webbenkäter som Länsrapporten baseras. Det blir en fråga om en övervägning mellan antal frågor och kvaliteten på de svar som erhålls.

Ibland är ANDT-strategins prioriterade mål utformade på så sätt att uppgifter om omfattning – dos inte är relevant, men i många fall är sådana data önskvärda för att kunna ge en god bild av insatsernas räckvidd och omfång och ger därmed en bättre grund i arbetet med att följa upp och utvärdera strategin. Detta tangerar vad som nämndes ovan om vikten av att få en bild av de olika insatsernas mer direkta effekter genom att få uppfattning av hur omfattande och spritt olika insatser är.

För att få tillgång till sådana uppgifter krävs dock data av god kvalitet och detta saknas överlag i dag. Detta är ett av skälen till att projektgruppen vill initiera några nya undersökningar under kommande år (se också kapitel 4.4). En av dessa är en riksrepresentativ undersökning riktad till den svenska vuxna befolkningen med ett överurval av föräldrar. En sådan kan ge

viktiga besked om spridningen av regionala och lokala insatser riktade till vuxna och inte minst föräldrar. Saknas sådan information finns enbart kommunernas egna uppgifter om den bedriver insatser eller ej. Resultatet av detta blir att nödvändig kunskap om huruvida insatserna verkligen fått den genomslagskraft och räckvidd som behövs för att kunna påverka utvecklingen går förlorad.

En fullständig bild av dosen av alla prioriterade insatser som omnämns i strategin kommer emellertid inte kunna ges med hjälp av de indikatorer som är möjliga att användas i dag eller som kommer att utvecklas inom en kortare tidsperiod. Det bör dock vara en strävan att försöka nå därhän framgent men det kommer att ta lång tid och kan påbörjas i det här pågående indikatorarbetet.

Socialstyrelsens pågående indikatorarbete gällande de nationella riktlinjerna för sjukdomsförebyggande metoder och revidering av de nationella riktlinjerna för missbruks- och beroendevården är andra viktiga pusselbitar som kommer ge värdefull kunskap om omfattning av olika insatser inom dessa områden (se kapitel 8–9). Men det är viktigt att poängtera att dessa arbeten med att utveckla struktur-, process- och resultatindikator nyligen påbörjats och kommer att behöva utvecklas vidare under flera år.

4.3 Evidens och validitet

I likhet med de långsiktiga målen redovisas i denna rapport indikatorerna kapitelvis med ett kapitel per prioriterat mål (fr.o.m. kapitel 5). Varje kapitel inleds med en introduktion till området och redogörelse för de föreslagna indikatorerna, där också frågan om validitet och evidens för enskilda eller grupper av indikatorer behandlas.

När det gäller evidens avses här belägg för de olika indikatorerna som viktiga och relevanta bestämningsfaktor (åtgärder, insatser) för olika utfall såsom konsumtions- och framför allt skadeutfall (för mer utförligt resonemang, se också projektgruppens föregående rapport om förslag på indikatorer till de långsiktiga målen i strategin).

Den andra aspekten är måttens – indikatorernas – validitet. En synnerligen viktig aspekt är att vara medveten om vad indikatorerna i grunden faktiskt syftar till att mäta. Det bästa är naturligtvis om indikatorerna både kan visa på faktiska nivåer och faktisk utveckling över tid. Ofta är dock denna kombination inte möjlig. Många indikatorer fungerar tillfredsställande när det gäller att redovisa utvecklingen över tid men är sämre på att fånga in de faktiska nivåerna av olika företeelser. Många gånger är de exakta nivåerna inte det viktigaste att mäta utan förändringarna över tid.

När trender studeras 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. Ett exempel på detta är 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. Projektgruppen har därför strävat efter att i största möjliga mån föreslå indikatorer som överensstämmer med sådana som används, eller troligen kommer att användas, på internationell nivå, inte minst inom EU. Detta gäller dock nästan uteslutande indikatorerna för de långsiktiga målen, såsom konsumtions-, och skademått där förslag på nyckelindikatorer föreligger både på alkohol- (se t.ex. EC, 2010a; Rehm & Scafato, 2011) och narkotikaområdet (EU:s narkotika-

centrum (EMCDDA se exempelvis Statens folkhälsoinstitut, 2010a; ESPAD, se t.ex. Hibell m.fl., 2009).

Några liknande gemensamma indikatorer på process- och strukturindikatorer föreligger inte. Det finns visserligen vissa nämnda policymått som rekommenderas och som sammanställs av EU och WHO (WHO, 2012). Dessa rör dock oftast den nationella nivån och kan användas vid jämförelser mellan länder. Föreliggande arbete med indikator över de prioriterade målen berör dock ofta faktiska arbeten/insatser som bedrivs ute i kommuner och län. Nationella policyindikatorer är i detta sammanhang av mindre relevans, t.ex. huruvida ett land har antagit en nationell handlingsplan.

Det är viktigt att poängtera att projektgruppens val av indikatorer styrs av ANDT-strategins uttalade prioriterade mål. Inom denna ram finns dock visst utrymme för precisering. Stråvan har varit att, när så är möjligt, inkludera sådana indikatorer som det enligt litteraturen finns belägg för som viktiga påverkansfaktorer på olika utfall (konsumtions- och/eller skadeutveckling). Detta är en viktig utgångspunkt och ger en vägledning i val av indikatorer men många gånger på en mer generell nivå.

Som också kommer att framgå i följande kapitel är denna kunskap av relativt begränsat värde när det gäller val av specifika indikatorer över de prioriterade målområdena, detta då det saknas kunskap gällande vilken del eller vilka komponenter i en större insats som faktiskt har störst betydelse. Styrande har då, i största möjliga utsträckning, varit beprövad erfarenhet, tidigare goda erfarenheter och vad som enligt experter/sakkunniga bedöms som den/de viktigaste komponenterna i en större insats. Skulle projektgruppen hålla sig kategoriskt till endast de insatser som fullt ut uppfyller vetenskapliga kriterier för tillfreds-

ställande evidens blir listan över indikatorer inte särskilt lång och detta arbete tämligen meningslöst.

Projektgruppens bedömning följer därför i stora drag följande graderingsordning: (1) strategins val av insats, (2) effektiviteten av just denna insats inom ramen för punkt 1 enligt den vetenskapliga litteraturen/utvärderingar och (3) utvärderingar genomförda av myndigheter och andra men som ej publicerats i vetenskapliga tidskrifter, (4) beprövad erfarenhet, tidigare goda erfarenheter av insatser (5) grundförutsättningar/strukturella förhållanden som bedöms som viktiga utan att det finns studier om detta på just detta men eventuellt på närliggande områden.

4.4 Befintliga och behov av särskilda nya undersökningar för att följa upp de prioriterade målen

En viktig utgångspunkt i indikatorarbetet är att i största möjliga mån utgå från befintliga undersökningar och de data som dessa genererar. Som projektgruppens tidigare två rapporter visat råder det generellt sett heller ingen brist på undersökningar, snarare tvärtom. Detta gäller dock i större utsträckning de långsiktiga än de prioriterade målen.

I arbetet med de prioriterade målen stod det tidigt klart att vissa av målen inte kan mätas utifrån befintliga data. I vissa fall räcker det visserligen med justeringar, kompletteringar och förändringar av befintliga, pågående undersökningar för att få fram indikatorer. I andra fall är det dock nödvändigt att initiera helt nya undersökningar i syfte att på tillfredsställande sätt kunna ge besked om de processer eller insatser som de prioriterade målen avser. Nedan ges en redogörelse för dessa tilltänkta nya centrala större undersökningar där en av dessa, den förstnämnda, fångar in flera prio-

riterade mål från flera av de långsiktiga målen. Ytterligare en redovisning ges i samband med det avsnitt där de faktiska indikatorerna som grundas på dessa kommande undersökningar redovisas.

Riksrepresentativ kartläggning till vuxna befolkningen med ett överurval av föräldrar

En ny undersökning som projektgruppen menar behövs är en riksrepresentativ kartläggning riktad till den svenska vuxna befolkningen med ett överurval av föräldrar till små barn. Denna kartläggning skulle ge svar på flera områden: om föräldrar erbjuds information och vid behov rådgivning om ANDT:s skadeverkningar (långsiktigt mål 2); om de erbjudits föräldrastöd (långsiktigt mål 3); om de nåtts av informationsinsatser syftande till att inte bjuda och köpa ut alkohol till sina barn och andra minderåriga (långsiktigt mål 3); riskmedvetenhet om ANDT:s hälsoeffekter (mål 6) och om i vilken utsträckning, och på vilket sätt, de nåtts av marknadsföring av alkohol och tobak via digitala medier (långsiktigt mål 2) och för att få bättre kunskap om svenska folkets attityder till och riskmedvetenhet om ANDT-användningens negativa effekter (långsiktigt mål 6). Undersökningen bör genomföras som telefonintervjuer riktad till ca 20 000 vuxna. Alla behöver inte få samtliga frågor utan undersökningen består av olika moduler. Vissa grundfrågor bör dock ställas till alla.

Kartläggning av arbetslivets insatser

En annan undersökning som projektgruppen anses behövs är en särskild mätning av arbetslivets insatser mot ANDT-problematik, såsom förekomst av ANDT-policy och metoder för att tidigt upptäcka och förhindra alkohol- och narkotikaproblem. En liknande kartläggning genomfördes 2010 av Statens folkhälso-

institut genom STAD på uppdrag av Socialdepartementet men då med fokus på alkoholpreventiva insatser i arbetslivet. Syftet var att kartlägga hur omfattande användningen är av alkoholpreventiva metoder i allmänhet och riskbruksmodellen i synnerhet. För detta syfte valdes ett slumpmässigt urval arbetsplatser ut och en webbaserad enkät skickades till personalchef eller motsvarande på respektive arbetsplats. De frågor som då användes kan användas igen och metoden fungerade relativt sett väl. Bortfallet var dock för stort. Projektgruppen anser att liknande tillvägagångssätt med liknande metodik, urvalsförfarande och urvalsram bör användas igen för att möjliggöra jämförelser mellan 2010 och 2013. Större ansträngningar bör dock vidtas för att reducera bortfallet. Vissa frågor bör också vara identiska med de som ställdes 2010. Vidare bör kartläggningen kompletteras med ytterligare frågor riktade direkt till företagshälsovården i Sverige om bl.a. genomförd alkoholscreening med kort rådgivning. Undersökningen svarar mot flera mål under det långsiktiga målet 4 avseende arbetslivets insatser.

Kartläggning av metoden Ansvarsfull alkoholserving i Sveriges kommuner

En kartläggning av användningen av metoden Ansvarsfull alkoholserving genomfördes senast som en webbenkät 2008/09 riktad till alla Sveriges kommuner och med obefintligt kommunbortfall (Trolldal, 2009). Den bör replikeras under 2015. Frågorna avser att mäta i vilken utsträckning kommunerna arbetar enligt Ansvarsfull alkoholserving, dvs. grad av implementering av metoden. Undersökningen bör genomföras av STAD.

Uppföljning av två centrala insatser riktade till tonårsföräldrar – informationssatsningen *Tänk om* och *Tonårsparlören*

Tänk om är en informationsinsats med föräldrar till tonåringar som primär målgrupp. Syftet är bl.a. att föräldrar inte ska bjuda på eller köpa ut alkohol till sina barn. *Tänk om* bör följas upp årligen genom en telefonundersökning med avsedd målgrupp för att mäta bl.a. räckvidd och gillande.

Tonårsparlören är en bok som skickas hem till alla föräldrar med barn som ska fylla 14 år. Syftet med boken är att stötta tonårsföräldrar att tidigt rusta sin tonåring att fatta egna kloka beslut. År 2012 distribuerades den till ca 140 000 föräldrar. En undersökning bör genomföras 2014 för att se närmare på hur *Tonårsparlören* tas emot, används och uppfattas av målgruppen. Undersökningen skulle kunna genomföras i form av en riktad enkät till hushåll som mottagit boken (distribueras till ett urval av mottagarna och/eller fokusgrupper med hushåll som mottagit trycksaken).

4.5 Vem gör vad, vad händer framöver och nödvändiga prioriteringar

Mycket av arbetet med att utveckla och följa upp kommande indikatorer måste göras i samråd med den/de myndigheter som ansvarar för frågorna inom de olika områdena. Det måste vara myndigheter som svarar för att indikatorerna med jämna mellanrum mäts och att kvaliteten på dessa upprätthålls. Kanske den allra mest centrala myndigheten i denna fråga är Statens folkhälsoinstitut och ett av deras allra viktigaste medel för att kunna följa kommunernas tillsynsarbete och förebyggande insatser är den tidigare nämnda Länsrapporten som spänner över flera av strategins mål (se avsnitt 4.6).

Statens folkhälsoinstitut föreslås, som nämndes i kapitel 2, som ansvarig för uppföljning av hela strategin 2011–2015 och som tar vid där projektgruppens grundarbete avslutas. Detta innebär att myndigheten ansvarar för alla indikatorer och att dessa analyseras och följs upp. Ett sådant arbete kan dock inte fungera om inte data samlas in, sammanställs och levereras till institutet. Detta arbete åvilar de ansvariga för respektive indikator, såsom CAN när det gäller data från skolundersökningar, Brottsförebyggande rådet när det gäller ANDT-relaterat våld, Socialstyrelsen när det gäller hälso- och sjukvårdstata. Det är viktigt att hålla isär dessa två nivåer av ansvarighet. Vidare är det inte nödvändigt att den indikatoransvarige själv genomför alla undersökningar/mätningar till grund för indikatorn utan någon annan aktör kan mycket väl få i uppdrag att genomföra specifika mätningar. Sammantaget innebär detta att många aktörer är delaktiga i arbetet med att följa upp ANDT-strategin.

Som framgår nedan av förslagen på indikatorer, samt den förra rapportens förslag om indikatorer över långsiktiga mål, rör det sig totalt sett om många indikatorer, kanske för många enligt vissa. Man bör dock ha klart för sig att strategin täcker i stort sett alla områden både på alkohol-, narkotika-, dopnings- och tobaksområdet. Projektgruppen har försökt att hålla nere antalet indikatorer men bedömer det som omöjligt att kunna ge en någorlunda god bild av utveckling och omfattning med signifikant färre totalt sett jämfört med förslaget. Vidare kommer flera av variabelerna i analyskedet bilda utgångspunkten för index. De kommer med andra ord inte att redovisas var för sig utan endast vara en del av dessa index. Vissa prioriterade mål lämnas dock utan förslag på indikatorer eftersom det är orealistiskt, omöjligt, att få fram tillförlitliga sådana under strategiperioden.

Det relativt omfattande arbete som projektgruppen genomfört måste nu i nästa skede tas omhand väl. Projektgruppen arbetar under 2013 med att följa upp de långsiktiga målen, dvs. främst konsumtions- och skadeutvecklingen från 2000 till 2011 eller 2012. Indikatoransvariga har i stor utsträckning levererat de indikatorer som behövs för detta ändamål.

Nästa steg är att påbörja insamling och därefter analys av de prioriterade målens indikatorer. Detta är ingen lätt uppgift. Statens folkhälsoinstitut kommer att behöva omfattande resursförstärkning för det arbete som krävs med att sammanställa och följa dessa indikatorer. Ett omfattande arbete krävs också för att fortsätta följa de långsiktiga målen samt följa det utvecklingsarbete gällande flera indikatorer som föreslogs i projektgruppens förra rapport. Projektgruppens huvudsakliga arbete är avklarat i och med utgången av 2012 men för att fungera som en brygga mellan det genomförda arbetet och det som ska påbörjas föreslås att projektgruppen finns kvar under resterande strategiperioden för att stödja och underlätta implementering av genomfört arbete.

Vissa prioriteringar blir, enligt projektgruppen, nödvändiga i detta arbete framöver, inte minst när det gäller de prioriterade målens indikatorer. Projektgruppen föreslår följande:

1. Påbörja arbetet med de indikatorer som kan sammanställas relativt enkelt genom befintliga data. Frågorna har redan ställts (eller ställs) och variabler finns att tillgå. En sådan är de data som samlas in genom Länsrapporten, andra är de pågående attitydmätningar som genomförs och ungdomars bjudvanor enligt CANs skolundersökningar. En grundlig bearbetning av dessa data ger de flesta indikatorer för långsiktigt mål 1 och tillhörande prioriterade mål 1 (mål 1) och ytterligare vissa på

några andra mål, inte minst inom mål 3.

2. Samla in de data som relativt enkelt kan sammanställas genom pågående arbeten genom projekt/myndighetsarbete m.m. Detta gäller exempelvis arbeten som Ansvarsfull alkoholserving, Kronobergsmetoden, 100 % ren hårdträning, Krogar-motknark, tobakspreventiva insatser, insatser i samband med studentfester, pågående utvecklingen av antilångningsinsatser riktat till unga vuxna m.m. Görs detta så täcks stora delar av mål 3 relativt sett enkelt och också delar av mål 6.
3. Sätt igång de undersökningar och projekt som projektgruppen föreslagit: nationell enkät, kartläggning av arbetslivets insatser, målgruppsanalyser av informationsinsatsen *Tänk om* och *Tonårsparlören*. Det krävs ett omfattande arbete att få till stånd dessa men de är högst realiserbara och ger, enligt projektgruppens uppfattning, stora möjligheter att få fram konkreta och mätbara indikatorer.

Dessa tre punkter är, enligt gruppen, det viktigaste att utgå ifrån i det arbete som måste påbörjas och de flesta indikatorer inom dessa tre är att betrakta som faktiska indikatorer (ej utvecklingsindikatorer).

När det gäller stora delar av mål 5 och de sjukdomsförebyggande insatserna inom målområde 4 pågår omfattande arbete och detta kan inte skyndas på ytterligare. Här är det därför bättre att låta dessa fortgå och avvakta resultaten av arbetena. Även Trestad 2, liksom vissa andra områden inom mål 2 och mål 5 hör till denna kategori. Det är dock viktigt att dess arbeten samordnas med projektgruppen och med ansvarig myndighet för hela uppföljningsarbetet (föreslagen myndighet: Statens folkhälsoinstitut).

Ytterligare en kategori rör de områden där projektgruppen bedömer att det i dag inte går att få fram

indikatorer, inte heller som utvecklingsindikatorer, åtminstone inom strategiperioden. Det skulle dessutom riskera att dra värdefulla resurser från arbetet med andra och mer genomförbara indikatorer. Till denna grupp hör tillsyn inom missbruks- och beroendevården nationell brukarundersökning och mått på samarbete mellan statliga myndigheter, kommuner, landsting och idéburna organisationer (mål 3), för att nämna några.

4.6 Länsrapporten

Ett viktigt instrument för att kunna följa kommunernas tillsyns- och förebyggande arbete är Länsrapporten som spänner över flera av strategins målområden. Därför förtjänar den en närmare redovisning.

Länsrapporten genomförs av Statens folkhälsoinstitut. Det är en årlig webbaserad undersökning som riktar sig till kommuner och länsstyrelser med frågor om tillsyn och förebyggande insatser. Från och med verksamhetsåret 2011 besvaras också frågor kring det ANDT-förebyggande arbetet av stadsdelarna i Stockholm, Göteborg och Malmö. Frågorna belyser såväl struktur för arbetet som aktiviteter. Tillsynsfrågorna som rör länsnivån besvaras av alkohol- och tobakstillsynshandläggarna på länsstyrelsen och frågor som rör kommunerna av handläggare med uppgifter inom kommunens ansvar enligt alkohol- och tobakslagarna. Frågor i Länsrapporten om det ANDT-förebyggande arbetet besvaras av länsstyrelsens ANDT-samordnare, och på lokal nivå av samordnare eller motsvarande med uppgifter inom kommunens ANDT-förebyggande arbete. Med hjälp av detta instrument fås kunskap om förhållande på lokal och regional nivå; med avseende på strukturella frågor för arbetet en relativt detaljerad kunskap medan insatser redovisas på en

övergripande nivå, dvs. om de förekommer eller inte för vissa frågor hur omfattande en (för mer information se Statens folkhälsoinstitut, 2013).

Ett omfattande utvecklingsarbete med Länsrapporten har pågått under senaste året inför den datainsamling som avsåg verksamhetsåret 2011. Detta arbete har skett i linje med de synpunkter som projektgruppen gav i sin första rapport 2011. En sådan vidareutveckling av undersökningen ledde till att länsstyrelsernas ANDT-samordnare inkluderades i undersökningen med specifika frågor som rör regions förebyggande arbete, samt storstadskommunernas stadsdelar vad avser det ANDT-förebyggande arbetet. En dialog och återkoppling till länsstyrelserna har genomförts. Det ligger sedan på länsstyrelsernas tillsynshandläggare och samordnare att föra återkopplingen till sina respektive kommuner. Datainsamlingen avseende 2011 kommer att användas i den första uppföljningen av de prioriterade målen.

4.7 Ny gränsdragning för riskabla alkoholvanor i Nationella Folkhälsoenkäten

Enligt projektgruppens tidigare förslag bör Monitormätningarna kompletteras med data från Statens folkhälsoinstituts årligen genomförda Hälsa på lika villkor (HLV) där data från de tre första AUDIT-frågorna bör analyseras och redovisas som andel riskkonsumenter (riskabla alkoholvanor) enligt AUDIT-C. Det påpekades vidare att Statens folkhälsoinstitut bör använda lägre gränsvärden än dagens (≥ 6 och ≥ 8 poäng för kvinnor respektive män) eftersom dessa gränser baseras på hela AUDIT-skalans 10 frågor. Ofta används 4 för kvinnor och 5 eller 6 poäng för män som gränsvärden för riskkonsumtion enligt AUDIT-C (se t.ex. Sheridan, m.fl., 2011; Aalto, m.fl., 2009).

De sensitivitets- och specificitetsanalyserna som genomfördes och redovisades i den tidigare rapporten över de långsiktiga målen baserades på ett relativt litet befolkningsurval med ett stort bortfall varför projektgruppen föreslog att ytterligare sensitivitets- och specificitetsanalyser bör genomföras på andra data för att bättre kunna fastställa det optimala gränsvärdet för AUDIT-C. Detta har nu gjorts av Statens folkhälsoinstitut tillsammans med projektgruppen genom att analysera data från region Skånes folkhälsoenkät 2008 med ca 28 000 deltagare och en svarsfrekvens på ca 54 procent.

På basis av dessa analyser och jämförelser med andelen skattade riskkonsumenter i andra undersökningar rekommenderar projektgruppen att gränsvärdet för riskkonsumtion enligt AUDIT-C sätts till ≥ 5 poäng för kvinnor och ≥ 6 poäng för män. Lägre gränsvärden ger orealistiskt höga andelar riskkonsumenter (t.ex. ≥ 4 poäng för kvinnor och ≥ 5 poäng för män).

5. Prioriterade mål under långsiktigt mål 1: Tillgång till narkotika, dopningsmedel, alkohol och tobak ska minska

Prioriterade mål

- En effektiv och samordnad alkohol- och tobakstillsyn (kapitel 5.2)
- En effektiv brottsbekämpning av illegal handel (kapitel 5.3)
- En effektiv bekämpning av illegal försäljning av via digitala medier (kapitel 5.4)
- En fungerande lokal och regional samverkan och samordning mellan ANDT-förebyggande och brottsförebyggande arbete (kapitel 5.5)

5.1 Inledning

Svensk ANT-politik har under flera decennier varit inriktad på att via restriktiva åtgärder hålla nere konsumtionen av alkohol, narkotika och tobak. Här har fokus legat på att begränsa tillgången och tillgängligheten, t.ex. genom begränsade öppettider på Systembolaget, höga alkohol- och tobaksskatter, relativt sett höga åldersgränser och genom tullens och polisens insatser begränsa tillgången till narkotika samt illegal (smugglad) alkohol och tobak. Detta har varit en ANT-politik som i ett europeiskt perspektiv måste bedömas som framgångsrik (se t.ex. Norström, 2001). Tillgänglighet och pris är, som viktiga bestämningsfaktorer för konsumtion och i nästa led för skadeomfattning, centrala indikatorer. Tillgänglighetsbegränsande insatser av den här typen har starkt stöd i forskningen (se t.ex. Babor, m.fl., 2010; Andréasson, 2008; för tidigare nordiska erfarenheter se t.ex. Room, 2004).

En långsiktig satsning för att begränsa tillgång och tillgänglighet är en av hörnstenarna i regeringens ANDT-strategi. Indikatorerna över de långsiktiga målen inom detta område syftar just till att mäta att denna ambition uppfylls, dvs. om tillgängligheten ligger kvar på en relativt låg eller t.o.m. sjunkande nivå. De prioriterade insatserna syftar följaktligen till att bidra till att så blir fallet, t.ex. att genom effektiv tillsyn bidra till att efterlevnaden av åldersgränserna upprätthålls. Indikatorerna över de prioriterade målen ska således mäta nivå och omfattning av sådana insatser över tid.

Det bör dock sägas att det inom detta mål ibland kan vara svårt att skilja på det långsiktiga målet och de prioriterade målen. De ligger relativt sett nära varandra. Båda mäter i viss mening insatser. Efterlevnad av åldersgränser samt öppethållandetider, som i projektgruppens arbete betraktas som långsiktiga utfall, skulle också, såsom viktiga bestämningsfaktorer, kunna ses som insatser och därmed falla under de prioriterade målen. Man skulle kunna uttrycka det som att flera av de insatser som ryms inom de prioriterade målen – t.ex. effektiv tillsyn, effektiv bekämpning av illegal handel – bidrar till att efterlevnaden av alkohollagens bestämmelser upprätthålls.

Projektgruppen följer strategins indelning och intentioner men tar sig också friheten att i vissa fall ta fram förslag på indikatorer på insatser som enligt forskningen och/eller tidigare erfarenheter bedömts

som effektiva, även om de inte uttalat nämnts bland strategins prioriterade mål.

I strategin nämns fyra prioriterade mål för att nå upp till det långsiktiga målet 1: (1) effektiv och samordnad tillsyn, (2) effektiv brottsbekämpning av illegal handel, (3) effektiv bekämpning av illegal försäljning vid digitala medier och (4) en fungerande lokal och regional samverkan och samordning mellan ANDT-förebyggande och brottsförebyggande arbete. Åtminstone de tre förstnämnda kan ses som insatser som direkt påverkar tillgången på ANDT. Sistnämnda kan mer betraktas som en viktig utgångspunkt – strukturindikator – för att de tre förstnämnda insatserna ska bli mer effektiva och långsiktigt väl fungerande.

Det bör understrykas att många av de indikatorer som faller under de långsiktiga målen har testats, mätts och validerats under många år. När det gäller de prioriterade målen är så ofta inte fallet, detta gäller inte minst inom det långsiktiga målet 1. Forskningen säger exempelvis att tillsyn av restauranger är en viktig insats för att begränsa omfattningen av de negativa följderna av skador och våld i samband med alkohol i krogmiljö. Effekterna av effektiv tillsyn verkar sannolikt genom en mer uppmärksam personal och allmänt sett mer tydliga förhållningsätt och regler på dessa restauranger när det gäller exempelvis försäljning till berusade och till ungdomar under 18 år. Men exakt vad denna tillsyn ska bestå av är oklart, även om vissa faktorer brukar lyftas fram, dock utan att det genomförts specifika studier på just dessa delar av tillsynen. En sådan är att tillsynsbesök bör genomföras sent på kvällen istället för på dagen, en annan att de sker i samverkan mellan polis och kommun. Liknande resonemang kan naturligtvis föras när det gäller t.ex. bekämpning av illegal handel och illegal försäljning via digitala medier.

5.2 En effektiv och samordnad alkohol- och tobakstillsyn (prioriterat mål 1.1)

I ANDT-strategin betonar regeringen vikten av en väl fungerande tillsyn när det gäller bestämmelserna om alkoholserving och folköls- och tobaksförsäljning samt av en mer likvärdig tillämpning av reglerna för tillståndsgivning och tillsyn. För att åstadkomma detta krävs insatser på olika områden under strategiperioden, rubricerade nedan. Länsrapporten innehåller ett stort antal frågor som kan användas för att belysa hur arbetet bedrivs inom detta område. Dessa frågor kan användas som indikatorer för hur arbetet utvecklas genom att ett eller flera index konstrueras. Den exakta utformningen av dessa index kan emellertid inte preciseras närmare i denna text utan kan göras först när data finns tillgängliga för analyser. Länsrapporten genomförs av Statens folkhälsoinstitut som följaktligen föreslås som ansvarig för samtliga indikatorer som baseras på data från Länsrapporten.

Effektivare tillsyn och tillståndshantering

För alkohol- och tobakslagarnas efterlevnad är det av stor vikt att tillsynen fungerar väl på alla nivåer samt att tillståndshantering på lokal nivå utförs på ett korrekt sätt. Kvaliteten på länsstyrelsernas och kommunernas tillsyn enligt alkohol- och tobakslagstiftningen behöver förbättras, enligt regeringen.

Som nämnts ovan har Länsrapporten genomgått en betydande revidering inför insamlandet av uppgifter för 2011. Här redovisas förslag på vilka frågor som kan användas som grund för indikatorer för att följa upp tillsynsarbetet på länsnivå respektive lokal nivå.

Det bör också nämnas att arbetet med att skapa bra indikatorer för att fånga kommunernas tillsyn på området måste koordineras med det arbete som pågår på Statens folkhälsoinstitut angående utformningen av

kriterier för länsstyrelsernas bedömning av kommunernas insatser på detta område.

Förslag på indikatorer (frågor/variabler från Länsrapporten till grund för indikatorer) för att mäta länsstyrelsernas effektivitet och kvalitet i arbetet enligt alkohol respektive tobakslagstiftningen:

Årsarbetskrafter:

1. Totalt antal årsarbetskrafter för tillsyn enl. alkohol respektive tobakslagstiftningen (uppdelat på respektive underkategorier)

Former för träffar med kommunala handläggare:

1. Antal län där det finns ett nätverk som länsstyrelsen organiserade för kommunala handläggare
 - a. Hur många kommuner som deltar
 - b. Antal nätverksträffar
 - c. Om personer ingick som arbetar med tillsyn, rökfria miljöer ingick i detta nätverk
2. Antal län där andra sammankomster anordnas
Om ja: antal sammankomster

Tillsynsplaner:

1. Antal länsstyrelser som i sin tillsyn använder tillsynsplaner
Om ja: om uppföljning av tillsynsplanen genomförts

Tillsyn över kommunerna:

1. Antal länsstyrelser som utövar tillsyn över kommunernas arbete enligt alkohol- tobakslagstiftningen?
2. Antal kommuner (per län) som tillsynas i någon utsträckning
 - a. Antal enskilda kommunala ärenden som tillsynas

- b. Om standardiserade tillsynsprotokoll används?
Eventuellt tillägg:
- c. I hur många kommuner genomförde länsstyrelsen tillsyn av kommunens hela tillsynsverksamhet på alkohol respektive tobaksområdet

Förslag på indikatorer (frågor/variabler från Länsrapporten till grund för indikatorer) för att mäta kommunernas effektivitet och kvalitet i arbetet enligt alkohol respektive tobakslagstiftningen:

Årsarbetskrafter för:

(För samtliga uttryckt i antal kommuner som avsatt arbetstid och antal årsarbetskrafter per kommun)

1. Tillståndsprovning och tillsyn, servering av alkohol drycker
2. Tillsyn, detaljhandel med folköl
3. Tillsyn, detaljhandel med tobaksvaror
4. Tillsyn, över rökfria miljöer

Tillsynsplaner används för:

(För samtliga uttryckt i antal och andel kommuner)

1. Servering av alkohol drycker
2. Detaljhandel med folköl
3. Detaljhandel med tobaksvaror
4. Rökfria miljöer

Tillsynsplaner antagna genom politiska beslut:

(För samtliga uttryckt i antal och andel kommuner)

Tillsynsplaner för:

1. Servering av alkohol drycker
2. Detaljhandel med folköl
3. Detaljhandel med tobaksvaror
4. Rökfria miljöer

Uppföljning av tillsynsplaner:

(För samtliga uttryckt i antal och andel kommuner)

Uppföljning av tillsynsplaner för:

1. Servering av alkohol drycker
2. Detaljhandel med folköl
3. Detaljhandel med tobaksvaror
4. Rökfria miljöer

Tillsyn:

Om tillsyn genomförs av:

(För samtliga uttryckt i antal och andel kommuner)

1. Serveringsställen med serveringstillstånd
2. Serveringsställen folköl
3. Detaljhandelsställen med tobaksvaror
4. Rökfria miljöer (serveringsställen och skolgårdar)
5. Samordnad tillsyn avseende tobak, folköl och receptfria läkemedel

Totalt antal tillsynsbesök på:

(För samtliga uttryckt i antal besök per kommun)

1. Serveringsställen med serveringstillstånd
2. Serveringsställen folköl
3. Detaljhandelsställen folköl
4. Detaljhandelsställen med tobaksvaror
5. Rökfria miljöer (serveringsställen och skolgårdar)

I vilken omfattning används standardiserade tillsynsprotokoll vid tillsyn över:

(För samtliga uttrycks i andel av besöken)

1. Serveringsställen med serveringstillstånd
2. Detaljhandel med folköl
3. Detaljhandel med tobak
4. Rökfria skolgårdar

I vilken omfattning kontrollerades om det röktes på skolgården i samband med tillsynsbesök på skolor
(Uttryckt i antal och andel kommuner)

Samverkan mellan kommuner:

Som ett komplement till dessa mått bör också följande variabler i Länsrapporten analyseras över tid:

1. Antal kommuner som genom avtal överlåter åt någon annan kommun att genomföra tillsyn i den egna kommunen när det gäller:
 1. Servering av alkohol drycker
 2. Detaljhandel med folköl
 3. Detaljhandel med tobaksvaror
 4. Rökfria miljöer
2. Antal kommuner som genom avtal överlåter åt någon annan kommun att genomföra handläggning av tillståndsärenden i den egna kommunen när det gäller servering av alkohol drycker

De indikatorer som kommer att skapas föreslås således baseras på ovan nämna frågor (variabler) från Länsrapporten och ansvarig för dessa bör vara Statens folkhälsoinstitut.

En mer likvärdig tillämpning av reglerna för tillståndsgivning och tillsyn

En mer likvärdig tillämpning av reglerna för tillsyn och tillståndsgivning mellan län och mellan kommuner eftersträvas. Detta kommer att mätas genom att studera om skillnader mellan län och kommuner i de indikatorer (index) som skapas av frågorna ovan minskar över tid. Går utvecklingen totalt sett i önskad riktning genom ökad volym/omfattning enligt dessa mått, samtidigt som skillnaderna mellan kommunerna minskar, uppfylls båda målen; att tillsyn och till-

ståndshantering ska vara mer effektiv och mer likvärdig över landet.

Ytterligare ett sätt att öka kvalitén och likvärdigheten i tillsynen och i handläggningen av tillståndsansökningar är att kommuner upplåter någon annan kommun att göra detta åt den egna kommunen. Om en handläggare får i uppgift att handlägga flera kommuners ärenden ökar kompetensen och kontinuiteten i arbetet.

Följande indikatorer föreslås:

1. Antal och andel kommuner med kommunala riktlinjer för servering av alkoholdrycker.
2. Skillnader i länsstyrelsernas bedömningar angående kommunernas arbete på detta område i olika kategorier.
3. Antal och andel kommuner som genom avtal överlåter åt annan kommun att handlägga tillståndsärenden och bedriva tillsyn enligt alkohol- och tobakslagstiftningen.

Provköpsmetoden inom ramen för tillsynsarbetet

Resultat av provköpsstudier över tid kan betraktas både som ett mått på förändrad tillgång på alkohol och tobak men också som ett mått på förändrad (effektivare) efterlevnad av åldersgränser. De kan således betraktas såväl som ett utfall som en insats. Förslag på provköp redovisades av projektgruppen i samband med de långsiktiga målen (med STAD som ansvarig för dessa mätningar) och nämns därför inte vidare i denna rapport. Kort bör dock nämnas att förslagen avsåg såväl försäljning av alkohol på Systembolaget, restauranger, folkölsförsäljning, försäljning av tobak i butiker som försäljning av alkoholdrycker och tobaksvaror på internet.

Den internutredning om provköp som tillsattes vid

Socialdepartementet i augusti 2011 lämnade sina förslag i april 2012 (Socialdepartementet, Ds 2012:11). Utredningen gör skillnad på kontrollköp som genomförs av tillsynsmyndigheterna, och provköp som genomförs helt anonymiserade och utan koppling till enskilda näringsidkare. Enligt förslaget ska kontrollköp vara tillåtna under vissa förutsättningar, bl.a. med en direkt återkoppling till näringsidkare. Kontrollköp ska dock inte få genomföras vid servering av alkoholdrycker eller vid försäljning av nikotinläkemedel.

Generella provköpsstudier där resultatet samlas in och redovisas helt anonymiserat ska dock få fortsätta att genomföras utan inskränkningar, enligt förslaget.

Konsekvenserna av de nya bestämmelserna i alkohol- respektive tobakslagen

En ny alkohollag trädde i kraft i december 2010 (SFS 2010:1622) och flera ändringar i tobakslagen trädde i kraft i augusti 2010 (1993:581). I syfte att följa upp effekterna av dessa lagförändringar bör data användas från både Statens folkhälsoinstituts tillståndsregister (för att studera eventuella förändringar i antalet stadigvarande serveringstillstånd till allmänheten och till slutna sällskap) och från Länsrapporten (uppgifter om tillfälliga serveringstillstånden till allmänheten och slutna sällskap).

Följande indikatorer föreslås

(frågor i Länsrapporterna som bör bilda basen för indexbaserade indikatorer på området):

Alkoholområdet:

1. Antalet kommunala beslut om att godkänna anmälan om serveringslokal vid cateringverksamhet under det aktuella året.
2. Antal provsmakningstillstånd som beviljades för

partihandlare respektive tillverkningsställen under det aktuella året.

3. Antalet beslut om erinran, men även återkallelser och varningar under det aktuella året. (Antal återkallelser pga. att verksamheten upphört ska inte ingå i detta antal).
4. Antal kommuner som har en tillsynsplan för efterlevnaden av bestämmelserna om servering.
5. Antal kommuner som har riktlinjer för vad som gäller för att erhålla serveringstillstånd.

Tobaksområdet:

1. Antal till kommunen anmälda försäljningsställen för tobak i slutet av respektive år.
2. Antal anmälda försäljningsställen för tobak som hade lämnat in egenkontrollprogram till kommunen i slutet av respektive år.
3. Antal tillsynsbesök hos enskilda försäljningsställen för tobak under det aktuella året.
4. Antal enskilda försäljningsställen för tobak där näringsidkaren hade sett till att personalen hade erhållit den information och det stöd som behövs, i slutet av respektive år.
5. Antalet beslut om försäljningsförbud och varning gällande tobaksförsäljning meddelade kommunen med stöd av 20 a § tobakslagen under det aktuella året.
6. Antal kommuner, under det aktuella året, där man hade en upparbetad samverkan och löpande kommunikation med polisen om förhållanden som är av vikt för tillsynen enligt tobakslagen.
7. Antal kommuner där det fanns något skriftligt samverkansavtal mellan kommunen och polisen gällande tillsynen över detaljhandeln med tobaksvaror under det aktuella året.
8. Antal kommuner som genom någon form av avtal överlät till någon annan kommun att utöva tillsyn,

enligt tobakslagen, i den egna kommunen under det aktuella året.

9. Antal kommunala beslut om felaktigt märkta tobaksvaror.

Stödandet av tillämpningen av effektiva metoder i tillsynsarbetet intensifieras

I strategin står att arbetet ska fortgå med att stärka näringens egenkontroll enligt alkohol- och tobakslagstiftningen. Vidare nämns att arbetet med att stödja tillämpningen av effektiva metoder i tillsynsarbetet ska intensifieras. När det gäller servering av alkoholdrycker anser projektgruppen att detta i båda fallen bäst kan mätas genom att följa upp utbredningen av metoden Ansvarsfull alkoholserving vilket är en evidensbaserad metod som syftar till att minska våld och fylleri i anslutning till krogmiljö (se Wallin m.fl., 2003, 2004; Trolldal m.fl., 2013). De data som finns tillgängliga för detta härrör framför allt från Länsrapporten och avser uppgifter om kommuner arbetar med den eller en liknande metod och om så är fallet vilka av de tre huvuddelarna av metoden man arbetar med (utbildning av serveringspersonal, samverkansgrupp med kommun, polis, restaurangbransch samt strukturerad tillsyn). Vidare föreslås att den större kartläggning av metodens implementeringsgrad och spridning i Sveriges kommuner som genomfördes senast 2008/2009 replikeras under 2015.

På tobaksområdet finns på motsvarande sätt ingen lika utarbetad metod som på alkoholservingens område. I den kommande rapporten från Statens folkhälsoinstitut "Möjligheter och svårigheter med att använda metoden Ansvarsfull alkoholserving på tobaksområdet" konstateras dock att metoden mycket väl skulle kunna anpassas och användas fullt ut även på tobaksområdet.

Två frågebatterier i Länsrapporten kan dock användas i syfte att få en bättre bild av hur arbetet ser ut lokalt när det gäller efterlevnaden av bestämmelserna om åldersgränser vid försäljning av tobaksprodukter och rökfria skolgårdar. För att få en sammanfattande bild av detta kan ett eller flera index skapas. De olika delfrågorna fångar upp flera av de metoddelar som finns i metoden Ansvarsfull alkoholserving, men som anpassats till tobaksområdet och utgör således grunden för den eller de indikatorer som kommer att bildas. Frågorna till grund för detta framgår nedan.

Följande indikatorer föreslås:

Alkohol:

1. Antal kommuner som enligt Länsrapporten uppger att de arbetat med Ansvarsfull alkoholserving eller liknande metod.
2. Antal kommuner som arbetar med metodens samtliga tre huvudkomponenter.
3. Grad av implementering av metoden i landets kommuner (poäng)år 2015 enligt den kravspecifikation på metodefterlevnad som gjordes i samband med den kartläggning som genomfördes 2008 i samband med utvärderingen av metoden (se Trolldal, 2012).

De två förstnämnda mäts genom Länsrapporten. Utvärderingen av metoden Ansvarsfull alkoholserving har genomförts vid två tillfällen, senast genom att studera om effekten på våldsbrottsligheten är större ju fler metoddelar man implementerat i kommunerna. STAD har genomfört båda utvärderingarna och bör också genomföra mätningen av grad av implementering till grund för den sistnämnda av indikatorerna 2015 jämfört med 2008/2009.

Tobak:

1. Om kommunen bedrev några aktiviteter som syftar

till att förbättra efterlevnaden av åldersgränser vid tobaksförsäljning? Antal aktiviteter:

- a. Samverkan med näringsidkare som säljer tobaksvaror.
 - b. Organiserade utbildningstillfällen för näringsidkare och/eller deras personal.
 - c. Utbildning och information i samband med tillsynsbesök.
 - d. Utskick av information till näringsidkare som säljer tobaksvaror.
 - e. Strukturerad tillsyn över detaljhandel med tobaksvaror.
 - f. Dialog med näringsidkare avseende egenkontroll/egenkontrollprogram.
 - g. Användande av administrativa sanktioner vid överträdelse av tobakslagens bestämmelser.
 - h. Genomförande eller sammanställning av kartläggningar/undersökningar på området.
 - i. Mediaarbete utifrån kartläggningar/undersökningar på området.
 - j. Återrapportering till beslutsfattare utifrån kartläggningar/undersökningar på området.
2. Om kommunen bedrev något arbete som syftar till att förbättra efterlevnaden av bestämmelsen om rökfria skolgårdar? Antal aktiviteter:
 - a. Samverkan med skolor i kommunen.
 - b. Organiserade utbildningstillfällen för skolor (ansvarig skolpersonal).
 - c. Arbete med skolor om policyfrågor.
 - d. Utbildning och information i samband med tillsynsbesök.
 - e. Utskick av information till skolor (ansvariga och/eller personal) om rökförbudet.
 - f. Strukturerad tillsyn över rökförbudet på skolgården.

- g. Användande av administrativa sanktioner enligt 20§ vid överträdelse av tobakslagens bestämmelser.
- h. Genomförande eller sammanställning av kartläggningar/undersökningar på området.
- i. Mediaarbete utifrån kartläggningar/undersökningar på området.
- j. Återrapportering till beslutsfattare utifrån kartläggningar/undersökningar på området.
- k. Spridning av stödmaterial till skolor och föräldrar utifrån "Nationell strategi för rökfria skolgårdar/tobaksfri skoltid".
- l. Samarbete med idéburna organisationer som arbetar med skolan på området.

Summering av indikatorer över prioriterat mål "En effektiv och samordnad alkohol- och tobakstillsyn"

Sammanfattningsvis föreslår projektgruppen att Statens folkhälsoinstitut blir ansvarig för samtliga indikatorer för prioriterat mål 1.1 (under kapitel 5.2) med undantag av mätningen av grad av implementering av metoden Ansvarsfull alkoholserving. Undersökningen om i vilken utsträckning kommunerna arbetar enligt Ansvarsfull alkoholserving år 2015 föreslås genomföras av STAD.

5.3 En effektiv brottsbekämpning av illegal handel (prioriterat mål 1.2)

Enligt regeringens bedömning bidrar den illegala handeln med ANDT till ökad kriminalitet och försvårar samhällets möjligheter att minska nyrekrytering och missbruk. Under strategiperioden bör arbetet fokuseras på narkotikahandlingen men även inriktas på dopningsområdet samt illegal alkohol- och tobaksverksamhet.

Det finns inte så många lämpliga indikatorer för att fånga insatser för en effektiv brottsbekämpning av illegal handel. I flera fall är det inte möjligt att särskilja insatser mot ANDT relaterade brott från andra insatser. Det gäller bl.a. polisens insatser mot den organiserade brottsligheten och det arbete som sker inom ramen för GOB-samarbetet (GOB=grov organiserad brottslighet).

När det gäller specifika metoder bör speciellt den s.k. Kronobergsmodellen nämnas som i en utvärdering av Brottsförebyggande rådet visat sig vara effektiv i att förebygga våldsbrott (BRÅ, 2009) (se också mål 3, kapitel 7.4 och mål 6 kapitel 10.3).

Kronobergsmodellen består av åtgärder för att motverka både efterfrågan på och tillgången till alkohol bland ungdomar. Den ena delen av arbetet är riktad mot ungdomar i offentlig miljö som är berusade, har druckit eller som troligen kommer att dricka alkohol. Polisen ska ingripa mot dessa ungdomar och hålla ut den alkohol de innehar. I samband med ingripandet ska polisen ringa omyndiga ungdomars föräldrar, och uppmana dem att hämta hem sina barn. Polisen ska vidare kontakta föräldrarna till de minderåriga ungdomar som befinner sig tillsammans med andra ungdomar som bär på alkohol. Föräldrarna till dessa ungdomar uppmanas också att hämta sina barn.

Den andra delen är riktad mot langare som olagligt säljer eller anskaffar alkohol till ungdomar. Genom kontakten med ungdomarna försöker polisen få bättre underlag för utredningar om brott mot alkohollagen och på så sätt spåra försäljningen och strypa tillgången på alkohol. Tanken är att detta också ska bidra till att våldsbrotten bland ungdomar i offentlig miljö minskar.

Tillgång till illegal alkohol finns i hela Sverige och därför är det angeläget att arbetsmetoden får ytterligare spridning i Sverige. Detta kan mätas över tid

genom frågor i Länsrapporten riktat till kommunerna om kommunen arbetar med modellen men också genom uppgifter från Brottsförebyggande rådet om antal anmälda brott för "Olovlig försäljning av alkohol" detta då anmälda brott är i stor utsträckning är ett mått på polisens insatser och inte ett mått på problemets omfattning.

När det gäller dopning finns i dag en metod som visat sig vara effektiv men denna syftar främst till ett utvecklat förebyggande arbete tillsammans med gymbranschen med träningsanläggningar som främsta arena. Polisära inslag ingår förvisso också, främst i form av besök på träningsanläggningar och att dessa anläggningar i samarbete med polisen och/eller Riksidrottsförbundet medverkar till dopningstester av tränande. Indikatorer på basis av metoden hör dock bättre hemma under mål 3 (se kapitel 7.2).

Följande indikatorer föreslås:

1. Antal kommuner där man arbetar med Kronobergsmodellen.
2. Andelen kommuner där Kronobergsmodellens alla huvuddelar används.
3. Antal anmälda brott för "Olovlig försäljning av alkohol, olovligt innehav av alkoholdrycker" som ofta speglar omfattningen av arbetet enligt Kronobergsmodellen, brottskoderna 5047 (tidigare 5041) samt 5043.
4. Antal anmälda brott mot Lagen om förbud mot vissa dopningsmedel (brottskod 5009).
5. Antal anmälda brott mot Tobakslagen (brottskod 5049).
6. Antal beslag av polisen uppdelat på ANDT och undergrupper.
7. Antal beslag av Tullverket uppdelat på ANDT och undergrupper.

8. Antal av Tullverket utslagna eller allvarligt störda smuglingsnätverk (ANDT).

9. Antal av Tullverket uppstartade projekt (ANDT).

10. Antal internationella operationer Tullverket deltagit i (ANDT).

Statens folkhälsoinstitut föreslås få ansvaret för indikatorerna 1–5 ovan. Uppgifter om dessa kan hämtas från Länsrapporten (indikatorerna 1, 2, 4) och Brottsförebyggande rådets statistikdatabas (indikatorerna 3 och 5).

Polisen föreslås få ansvaret för indikator 6, som kräver ett visst utvecklingsarbete, samt för att utveckla möjligheterna att följa hur många specifika insatsprojekt som bedrivits inom ramen för GOB-samarbetet mot ANDT relaterad brottslighet och omfattningen i termer av arbetsdagar, antal fängelseår eller liknande. Möjligheterna att ta fram motsvarande uppgifter för polisens totala insats mot GOB bör studeras.

Polisen bör också utveckla möjligheterna att inom ramen för de PUST- och RIK-systemen som nu utvecklas, följa och mäta olika insatser på ANDT-området uppdelat på respektive kategori. Detta skulle t.ex. kunna vara antalet till åklagare överlämnade förundersökningar på respektive ANDT-område, uppgifter från personalens tidsredovisning för att mäta insatsernas omfattning på ANDT-området uppdelat på respektive underkategori.

Det faller sig naturligt att Tullverket får i uppgift att rapportera indikatorerna 7–10.

5.4 En effektiv bekämpning av illegal försäljning via digitala medier (prioriterat mål 1.3)

Enligt regeringens bedömning utgör den illegala försäljningen via digitala medier ett nytt hot och ungdomar är särskilt exponerade. Under strategiperioden bör samverkan fördjupas när det gäller internethandeln, klassificeringsprocessen av nya droger bör ha fortsatt hög prioritet och samverkan bör fördjupas mellan berörda myndigheter för att förbättra bevakning, underrättelsearbete och analys av den illegala försäljningen.

Statens folkhälsoinstitut har i uppdrag att klassificera nya droger. Denna process bör kunna effektiviseras dels genom att bevakningen av handeln på internet intensifieras och effektiviseras och dels genom att samverkan mellan myndigheter och andra aktörer fördjupas. Myndigheter som deltar i detta samarbete är, förutom Statens folkhälsoinstitut, bland andra Rikskriminalpolisen, Tullverket och Läke- medelsverket inom ramen för NADiS-nätverket (Nätverket för den aktuella drogsituationen i Skandinavien). För att underlätta samverkan används en egen portal på internet.

Processen i sin helhet kan delas in i tre delar. Den första delen består av bevakning av försäljningen på internet för att fånga upp nya droger. Den andra delen är själva klassificeringen av nya droger och den sista delen består av det som sker efter att en drog har klassificerats.

Bevakningen av internet kan effektiviseras genom att nya sökverktyg testas och används. Exempel på sådana verktyg är s.k. sökspindlar. Samverkan med olika internetaktörer som till exempel Google och Facebook men även med företag specialiserade på kommunikation på internet skulle kunna bidra till nya kunskaper och effektivare arbetssätt på detta område.

Statens folkhälsoinstitut har i dag möjlighet att göra inköp av potentiella droger på internet men under sitt officiella namn, vilket försvårar möjligheten att faktiskt komma åt nya droger på Internet. Förutsättningarna att ge Statens folkhälsoinstitut möjligheten att bedriva sådan handel anonymt bör därför utredas.

Tull och polis har möjlighet att omhänderta substanser som med stor sannolikhet kommer att klassificeras som narkotika eller hälsofarliga varor. Åklagar- myndigheten har möjlighet att besluta om att sådana substanser ska förstöras enligt Förstörandelagen (2011:111). När sådana beslut har fattats ska en kopia sändas till Statens folkhälsoinstitut så att myndigheten kan föra statistik över användningen av denna lag. Denna hantering är dock bristfällig och bör ses över. En fullständig statistik över detta skulle bidra till att effektivisera internetbevakningen.

Själva klassificeringsprocessen skulle kunna effektiviseras om NADiS-nätverkets portal kunde användas i större utsträckning för att bl.a. förmedla klassificeringsunderlag i snabbare takt än vad som sker i dag. Dessutom bör finansieringen av expertutlåtanden i processen ses över och effektiviseras.

Efter att en drog blivit klassificerad bör beslutet följas upp för att fånga upp eventuella förändringar i droganvändningen och dess olika medicinska effekter. Som en hjälp i denna del, men även i övriga delar av processen, bör ett vetenskapligt råd etableras parallellt med NADiS-nätverket. Detta råd skulle även kunna vara behjälpliga med specifika delar i klassificeringsunderlagen, t.ex. de delar som berör uppfyllandet av de aktuella lagarnas rekvisit, dvs. evidens för beroendeframkallande, euforiska och toxiska egenskaper.

Följande indikatorer föreslås:

1. Användningen av nya sökverktyg för bevakning av

- försäljning på internet bör utvecklas och användas.
2. Samverkan med olika internetaktörer och företag specialiserade på kommunikation på Internet bör etableras.
 3. Statens folkhälsoinstitut bör ges möjligheten att agera anonymt och även köpa potentiella droger på Internet.
 4. Statistiken över i vilken utsträckning Förstörelsen används bör ses över så att kopior på beslut om destruktion enligt denna lag verkligen sänds till Statens folkhälsoinstitut.
 5. NADiS-nätverkets portal bör användas i större utsträckning i klassificeringsprocessen bland annat när det gäller förmedlingen av klassificeringsunderlag.
 6. Finansieringen av expertutlåtanden i klassificeringsprocessen bör förenklas och effektiviseras.
 7. Klassificeringarna bör i större utsträckning följas upp för att fånga eventuella förändringar i drog-användning och dess medicinska effekter.
 8. Ett vetenskapligt råd bör etableras parallellt med NADiS-nätverket som bl.a. skulle kunna bistå i klassificeringsprocessen.

Indikatorsansvarig: Statens folkhälsoinstitut.

5.5 En fungerande lokal och regional samverkan och samordning mellan ANDT-förebyggande och brottsförebyggande arbete (prioriterat mål 1.4)

Arbetsformer och metoder bör fortsatt utvecklas för förstärkt samverkan mellan det ANDT-förebyggande och det brottsförebyggande arbetet

Enligt regeringens bedömning så finns det en tydlig

koppling mellan framför allt AND-missbruk och kriminalitet. Men det finns även en illegal handel med tobak. Man anser därför att det krävs samlade insatser på lokal nivå mellan det ANDT-förebyggande och det brottsförebyggande arbetet. Under strategiperioden bör därför arbetsformer och metoder fortsätta att utvecklas för förstärkt samverkan mellan det ANDT-förebyggande och det brottsförebyggande arbetet.

Det finns ett antal frågor i Länsrapporten som fångar upp detta, både på regional och på lokal nivå, nämligen om det finns någon samverkansgrupp för det ANDT-förebyggande och brottsförebyggande arbetet och vilka aktörer som i sådana fall finns med i denna grupp. Kommunerna har även fått svara på frågan om det finns någon form av skriftlig överenskommelse för denna samverkan.

Följande indikatorer föreslås:

Frågor till länsstyrelserna:

- 1a. Fanns det under året någon regional samverkansgrupp för det ANDT-förebyggande och brottsförebyggande arbetet: Ja/Nej
- 1b. Om ja, vilka regionala aktörer ingick i den regionala samverkansgruppen

Frågor till kommunerna:

- 2a. Fanns det under året lokal samverkan på kommunal nivå mellan det ANDT-förebyggande och brottsförebyggande arbetet: Ja/Nej
- 2b. Om ja, vilka lokala aktörer ingick i denna lokala samverkan?
- 2c. Fanns det någon skriftlig överenskommelse/samverkansavtal för denna lokala samverkan? Ja/Nej.
- 2d. Om ja, Med vilka lokala aktörer hade kommunen en skriftlig överenskommelse/samverkansavtal för denna lokala samverkan?

Statens folkhälsoinstitut föreslås få ansvaret för indikatorerna 1 och 2 ovan. Uppgifter om dessa kan hämtas från Länsrapporten.

En fortsatt satsning för att få ett långsiktigt ANDT- och brottsförebyggande samarbete mellan Malmö, Göteborg och Stockholm – Trestad 2

I ANDT-strategin uppmärksammas de tre storstäderna Stockholm, Göteborg och Malmös speciella situation och förhållande. I dessa städer startar ofta de drog-trender som sprids till ungdomar i övriga landet. Där finns också flest personer med missbruk eller beroende och tillgången till narkotika är förhållandevis stor. I de tre storstäderna har andelen som använt narkotika, länge legat över riksgenomsnittet. Efter att siffrorna sjönk i mitten av 2000-talet har en oroande utveckling skett de senaste åren, under 2007–2010 redovisas på nytt en ökning, speciellt bland pojkar.

Under 2011 initierades på initiativ från Malmö, Göteborg och Stockholm en fortsättning på den satsning som initierades av Mobilisering mot narkotika vid namn Trestad.

Under 2012 beslutade regeringen att stödja forsknings- och utvecklingsarbetet mellan de tre storstäderna i det s.k. Trestad 2. Arbetet kommer att pågå under 2012–2014.

Målet med Trestad 2 är att minska användningen av cannabis bland ungdomar under 25 år. För att nå dit måste städerna arbeta med tre nivåer parallellt: förebyggande arbete, tidiga insatser samt vård och behandling. Satsningen ska omfatta tillgänglighets- och efterfrågebegränsande insatser i kombination med informationsinsatser samt vård och behandling. Nedan ges förslag på indikatorer där samtliga ska betraktas som utvecklingsindikatorer.

Generellt förebyggande arbete

I Malmö utvecklas ett system för planering och genomförande av insatser på det generellt förebyggande området, CTC. Systemet bygger på lokal förankring, kvalitetssäkring i problemanalys och implementering samt uppföljning. Systemet går ut på att ta fram en lokal samhällsprofil enligt teorin om risk- och skyddsfaktorer. Den lokala profilen jämförs därefter med stadens genomsnittliga profil. På det viset blir det tydligt vilka lokala riskfaktorer och skyddsfaktorer som avviker mot de genomsnittliga. När arbetet kommit så långt kan frågan om det finns vetenskapligt beprövade insatser som tar sikte på just dessa risk- och skyddsfaktorer som sticker ut i den lokala profilen ställas. Därefter genomförs de program som påverkar just dessa faktorer.

Förslag på utvecklingsindikatorer:

- Lokala samhällsprofiler tas fram
- Risk- och skyddsfaktorer identifieras
- Skräddarsydda åtgärder tas fram

Kompetensutveckling av professionella

En viktig del är att satsa på skräddarsydda vidareutbildningar för olika yrkesgrupper som arbetar med unga. I Stockholm genomförs fokusgruppsintervjuer och enkäter för att lära mer om ungdomars inställning till cannabis och vad olika yrkeskategorier behöver för att kunna utveckla sitt arbete. Ett delprojekt som pågår är Ungdom i storstad. Det handlar om att stärka olika kategorier vuxna, t.ex. föräldrar, fritidsledare, fältassistenter, poliser och föreningsledare i deras respektive roller så att dessa vill, vågar och kan göra en aktiv insats. I Göteborg en kartläggning och analys av cannabisanvändande bland unga i Göteborg genomförts under 2012. Därtill ska flera olika yrkeskategorier

utbildas i bl.a. samtalsmetodik och fakta om cannabis.

Förslag på processliknande utvecklingsindikatorer:

- Antal yrkeskategorier som tagit del av en viss insats, t.ex. kompetensutveckling om cannabis
- Antal fritidsledare, fältassistenter, poliser, föreningsledare som tar del av vidareutbildning
- Andel yrkesverksamma/verksamheter som stärkts i sin roll (kunskap)
- Andel yrkesverksamma/verksamheter som implementerat arbetssätt/metod som vidareutbildningen syftar till (beteende)
- Antal föräldrar som uppger att de stärkts i sin roll (kunskap)
- Andel deltagare som efter genomförd utförd utbildning fått ökad kunskap om cannabis (kunskap)
- Andel deltagare som efter genomförd utbildning anser att man ska avstå från att röka cannabis respektive att det är okej att röka cannabis (attityd)

Mariamottagningarna

I Stockholm, Göteborg och Malmö bedriver Mariamottagningarna mottagningsverksamhet för unga med missbruksproblem. Under 2010 och 2011 var sammanlagt 1255 ungdomar inskrivna på mottagningarna. Mariamottagningarna ska utveckla en webbplats som syftar till att möta ungas behov av information och interaktion. Webbplatsen ska öka tillgängligheten till mottagningarna och ungdomar ska nås på ett mer flexibelt sätt. Det blir också möjligt att motivera ungdomarna till kontakt i ett tidigare skede. Dokumentationssystemet UngDOK som används vid mottagningarna ska utvecklas med forskarstöd.

Förslag på utvecklingsindikatorer:

- Besöksstatistik på webbplatsen
- Andel unga som anser att webbplatsen möter deras behov av information och interaktion
- Antal besökare som (tidigare inte är kända av socialtjänst/polis som) motiveras till behandling via webbplatsen
- Dokumentationssystem vidareutvecklat

De förslag på utvecklingsindikatorer som redovisats kan bilda utgångspunkten för framtagandet av ett mindre antal process- och strukturindikatorer; ett arbete som projektgruppen Trestad2 bör ansvara och genomföra i samarbete med forskningsgruppen i Trestad 2. (Inga extra kostnader tillkommer då medel för projektarbeten redan är avsatta och uppföljning, dokumentation bör vara en del av ett sådant utvecklingsarbete).

6. Prioriterade mål under långsiktigt mål 2: Barn ska skyddas mot skadliga effekter orsakade av alkohol, narkotika, dopning eller tobak

Prioriterade mål

- Färre barn ska födas med skador orsakade av ANDT (kapitel 6.2)
- Barn i familjer med missbruk, psykisk sjukdom eller psykisk funktionsnedsättning ska erbjudas ändamålsenligt stöd (kapitel 6.3)
- Ökad kunskap om marknadsföring av alkohol och tobak via digitala medier, samt marknadsföringens effekter på konsumtionen (kapitel 6.4)

6.1 Inledning

Långsiktigt mål 2 är det område som uppvisar störst avsaknad av goda indikatorer både när det gäller de långsiktiga utfallen och de prioriterade insatserna. De förslag som redovisas nedan ger därför inte en heltäckande bild av målets prioriterade insatser. Behovet av framtida satsningar för att öka kunskapen på detta område och bättre kunna följa upp de prioriterade målen är stort (se också projektgruppens rapport Uppföljning av regeringens alkohol-, narkotika-, dopnings- och tobaksstrategi. Förslag på indikatorer avseende de långsiktiga målen i strategin, #2).

På området görs en hel del satsningar och kartläggningar av såväl Statens folkhälsoinstitut, Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och Landsting var för sig, men också i samverkan. Ett nationellt utvecklingsarbete pågår där Socialstyrelsen har i uppdrag att, i samråd med Statens folkhälsoinstitut och Sveriges Kommuner och Landsting, leda, samordna och stimu-

lera ett långsiktigt nationellt utvecklingsarbete av stödet till dessa barn under perioden 2011–2014. Merparten av insatserna handlar om att utveckla stödet till barn i familjer med missbruk och psykisk sjukdom och att stärka familjeperspektivet inom missbruks- och beroendevården.

Inom ramen för de olika uppdrag som pågår har olika kartläggningar genomförts. En del av dessa kartläggningar kan bilda visst underlag för de indikatorer som föreslås nedan men bristen på indikatorer är stort.

Statens folkhälsoinstitut genomförde inom ramen för ett treårigt regeringsuppdrag årliga kartläggningar av det förebyggande (selektiva) arbetet i kommunerna riktat till barn och ungdomar i olika risksituationer (Statens folkhälsoinstitut, 2012a). I uppdraget ingick också att ta fram och följa upp indikatorer. Enligt Statens folkhälsoinstituts slutrapport av uppdraget var svårigheterna så pass stora i att generera jämförbar statistik som är tillförlitlig att det helt enkelt inte fungerade. Den första kartläggningen innehöll nio indikatorer. I den andra hade antalet minskat till fem och i den tredje valde man en helt ny inriktning med fokus på fördjupade intervjuer i 22 kommuner och tre stadsdelar istället för webbenkät till flera kommuner. De ursprungliga nio indikatorerna (2010) hade således krympt till inte en enda (2012).

Socialstyrelsen fick redan 2008 regeringens uppdrag att ta fram system för en utvidgad statistikinsamling avseende insatser till barn och unga inom social-

tjänsten. I två delredovisningar har Socialstyrelsen föreslagit en utvidgad statistikinsamling som innehåller två nya personnummerbaserade variabler benämnda "skäl till insats" samt "öppenvårdsinsatser". Dessa två nya variabler kan på sikt förbättra statistikinsamlingen inom området inom ramen för den officiella statistiken om förslaget blir verklighet. (I november 2011 lämnade myndigheten en hemställan om förordningsändringar till Socialdepartementet.)

Däremot ansåg Socialstyrelsen inte det vara motiverat att i ett personnummerbaserat nationellt register samla in uppgifter om anmälningar till socialtjänsten. Kunskap om anmälningar utgör dock en viktig grund för att bedöma om barn och unga får den hjälp de är i behov. Därför fick Socialstyrelsen ett nytt regeringsuppdrag (2012) att genomföra en undersökning om anmälningar inom den sociala barn- och ungdomsvården, bl.a. antalet anmälningar, dess orsaker, handläggningen samt eventuella regionala skillnader. Bedömningen var att en webbenkät till ett representativt urval kommuner var det bästa sättet att fånga in dessa uppgifter. Totalt bestod urvalet av 90 kommuner och 20 stadsdelar av vilka 60 kommuner och 15 stadsdelar svarade (svarsfrekvens 68 procent) (se Socialstyrelsen, 2012a). Inom ramen för uppdraget prövade Socialstyrelsen ånyo frågan om insamling av statistiska uppgifter om anmälningar till socialtjänsten och föreslog i rapporten (2012a) att insamlingen ska ske på aggregerad nivå genom att begära in mängddata.

En kontinuerlig och stabil rutin för sådan insamling, i anslutning till insamling av uppgifter för den officiella statistiken om barn och unga kan, enligt Socialstyrelsen, ge tidsserier med hög kvalitet och möjligheter att följa utvecklingen och att identifiera eventuella förändringar, trots aggregerade data. Socialstyrelsen har vidare utrett de legala förutsättningarna

och gör bedömningen att kommunerna inte är förhindrade att leverera de uppgifter som efterfrågas. Socialstyrelsen begär in aggregerade data om anmälningar i samband med den årliga insamlingen av uppgifter till den officiella statistiken om individinsatser inom socialtjänstens barn- och ungdomsvård. På sikt, när kvaliteten tillåter, kan uppgifterna ingå som en del av den officiella statistiken och kan eventuellt utgöra basen för indikatorer på området.

Socialstyrelsens erfarenhet av webbenkät till kommunerna skiljer sig således från Statens folkhälsoinstitut. Svarsfrekvensen var högre och datakvaliteten bedömdes som tillfredsställande, men kunde förbättras. Ett skäl till skillnaden kan vara att detta ses som Socialstyrelsens frågor och att det kanske därmed upplevdes som en del av den officiella statistiken på området. Uppdraget var också klart mer avgränsat vilket ledde till betydligt färre frågor i Socialstyrelsens enkät, något som sannolikt bidrog till den högre kvaliteten jämfört med Statens folkhälsoinstituts enkät.

Ytterligare en viktig datakälla som bör användas i största möjliga mån öppna jämförelser inom barn och ungdomsvården. Vissa frågor kan användas redan i dag, t.ex. när det gäller olika former av intern och extern samverkan.

Det är situationen i dag. Det är många pågående uppdrag och undersökningar, men fortfarande med begränsade möjligheter att följa upp huruvida arbetet inom målet bedrivs i linje med vad som är önskvärt utifrån strategin.

Enligt Statens folkhälsoinstitut har många av de metoder för utsatta för barn och unga som används i kommunerna inte testats vetenskapligt och vetenskap saknas därför om insatserna ger effekt. Positivt är dock att allt mer forskning pågår såväl internationellt som i Sverige. Många kommuner efterfrågar också

nationellt stöd i form av riktlinjer och gemensam metodutveckling.

De förslag på indikatorer som redovisas nedan måste tolkas i ljuset av avsaknaden av tillförlitliga regelbundet och systematiskt insamlade data på området. Som framgår nedan befinner sig flertalet indikatorer på utvecklingsstadiet, dvs. de får betraktas som utvecklingsindikatorer men ger gott underlag för det framtida arbetet med att ta fram faktiska, mätbara indikatorer, ett arbete som åvilar respektive indikatoransvarig myndighet.

6.2 Färre barn ska födas med skador orsakade av ANDT (prioriterat mål 2.1)

Statens folkhälsoinstitut har i ett regeringsuppdrag fortsatt stödja mödra- och barnhälsovårdens informationsarbete om riskerna med alkohol, narkotika, dopning och tobak under graviditeten samt kompetensutveckling av professionen. I uppdraget som avslutades vid halvårsskiftet 2012, ingick också att fortsätta upprätthålla och samordna det väl fungerande nätverk inom det ANDT-förebyggande arbetet inom mödra- och barnhälsovården som funnits under flera år. Arbetet har genomförts i samråd med Socialstyrelsen i syfte att skapa en gemensam grund för ett långsiktigt förebyggande arbete på ANDT-området och för införandet av de nationella riktlinjerna för sjukdomsförebyggande metoder inom hälso- och sjukvården.

Socialstyrelsens riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder inom hälso- och sjukvården, som fastställdes den 30 november 2011, lyfter fram gravida, ammande och småbarnsföräldrar som en särskilt prioriterad målgrupp när det gäller hälso- och sjukvårdens ansvar att erbjuda rådgivning om alkohol- och tobaks-

användning. Bland gravida betraktas allt bruk av alkohol som riskbruk, varför rekommendationen rådgivande samtal med en hög prioritet ges (högre än bland vuxna med riskbruk). Samma rekommendation och prioritet ges även för småbarnsföräldrar.

När det gäller gravida och ammande som röker (såväl dagligrökning som sporadisk rökning) rekommenderas rådgivande samtal (högst prioritet). Ammande och föräldrar som röker rekommenderas kvalificerat rådgivande samtal. När det gäller snusning ges rekommendationer för gravida och ammande som snusar att erbjuda dem rådgivande samtal. Det bör också nämnas att möjligheterna är här stora att faktiskt utföra åtgärder då hälso- och sjukvården kommer i kontakt med i princip alla gravida, blivande föräldrar och småbarnsföräldrar.

Som nämnts tidigare pågår det på Socialstyrelsen ett särskilt arbete med att utveckla indikatorer för de sjukdomsförebyggande riktlinjerna. Förslag på indikator, samtliga utvecklingsindikatorer, redovisades i samband med riktlinjerna (Socialstyrelsen, 2011a, se också kapitel 8.2). Arbetet med att fylla indikatorerna med valida data kommer dock att ta lång tid och kommer sannolikt inte att kunna användas för att följa upp den nuvarande strategin. Under tiden bör myndigheten därför sträva efter att få en så god bild som möjligt av olika pågående insatser med hjälp av befintliga uppgifter eller, i vissa fall, genom att samla in nya uppgifter.

Blivande föräldrar ska erbjudas information och vid behov rådgivning om ANDT:s skadeverkningar

Regeringens målsättning i ANDT-strategin är att alla blivande föräldrar ska få information, och vid behov, rådgivning, om de skador som alkohol, narkotika, dopning och tobaksbruk kan orsaka det ofödda barnet.

Som nämndes besöker nästan alla blivande föräldrar och småbarnsföräldrar mödra- och barnhälsovården vilket gör detta till en naturlig arena för att erbjuda stöd. Många barnmorskor har gått den utbildning i motiverande samtal (MI-utbildning) som genomfördes inom ramen för Riskbruksprojektet och ytterligare utbildningar har genomförts inom ramen för Statens folkhälsoinstituts uppdrag 2011–2012.

De tidigare erfarenheterna från Riskbruksprojektet har lagt en god grund för ett fortsatt strukturerat ANDT-arbete på området på de allra flesta håll i landet vilket framkom i arbetet under 2011–2012. I utbildningarna under hösten 2011 och våren 2012 har också hela ANDT-området getts utrymme.

Att mödrahälsovården gör ett grundläggande identifieringsarbete är synnerligen viktigt eftersom de fokuserar på de blivande föräldrarna. Inom barnhälsovården däremot, är barnet i centrum och då kan det vara svårare att rikta in sig på föräldrars vanor och beteenden. Frågor om rökning och riskbruk av alkohol (AUDIT) hos blivande mödrar och nyblivna föräldrar ställs också på mödravårdscentraler och registreras i det nationella kvalitetsregistret över mödrahälsovården (MHV-registret) (och i det medicinska födelseregistret). Dessa har föreslagits som indikatorer över långsiktigt mål 2. (Inom barnhälsovården (BHV) finns således ingen motsvarighet till mödrahälsovårdens registrering av samtal om föräldrars rökning och alkoholvanor).

Uppgifterna ger dock ingen ytterligare bild av om information och/eller rådgivning erbjudits. Det saknas också uppgifter om hur många barnmorskor som har gått MI-utbildningen och, viktigast, hur många som använder sig av MI i samtalen med gravida kvinnor. I dag föreligger således ingen adekvat indikator som på enkelt sätt kan följa upp om arbetet går i

rätt riktning, dvs. om allt fler föräldrar erbjuds information och vid behov rådgivning om ANDT:s skadeverkningar.

Som redovisas under mål 4 (kapitel 8.2) angående de sjukdomsförebyggande insatserna är det viktigt att på sikt att åtgärder (t.ex. kort rådgivning) dokumenteras systematiskt i journalsystem och görs tillgängliga i individbaserade register (genom data från primärvården). Där befinner vi oss inte i dag. Projektgruppen föreslår en särskild riksrepresentativ vuxenundersökning (kapitel 4.4), bl.a. för att kartlägga småbarnsföräldrars erfarenheter av mödrahälsovården när det gäller ANDT-frågor. Utifrån denna nationella enkät kan andelen blivande föräldrar som upplever att de har fått (eller fick när det begav sig) information om skadeverkningarna av ANDT vid graviditet och vid behov även rådgivning skattas.

Följande indikator föreslås:

1. Andelen småbarnsföräldrar som uppger att de har fått information och vid behov rådgivning om ANDT:s skadeverkningar under graviditeten. Genomförandet kan ske genom en telefonundersökning, alternativt postal enkät, riktat till ett riksrepresentativt urval ett riksrepresentativt urval av den vuxna befolkningen med ett överurval av föräldrar och föräldrar med små barn.

CAN föreslås som ansvarig för genomförandet av enkäten, som också kommer att användas för att fånga in insatser inom andra målområden. Därför föreslås att CAN också ansvarar för denna indikator. En särskild projektplan för denna omfattande och designmässigt sett krävande undersökning är under bearbetning.

Föräldrar med risk- och missbruk ska få ändamålsenligt stöd eller vård för att undvika att barnet skadas

Regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting har träffat en överenskommelse om att stärka barn- och föräldraperspektivet inom missbruks- och beroendevården. Som ett led i detta arbete görs en kartläggning för att få kunskap om föräldrar som får vård för missbruk och beroende och deras barn. Frågorna avser i stora drag hur föräldrarna uppfattar det stöd de får i föräldraskapet, vilket stöd de anser sig behöva, hur föräldrarna uppfattar barnets/barnens situation, om de är oroliga för barnet samt hur de upplever stödet till barnet.

Kartläggningen genomfördes sista veckan i september 2012 i hela Sverige och riktade sig till samtliga inom målgruppen (föräldrar) som under denna vecka fick någon insats vid verksamhet som bedriver missbruks- och beroendevård inom hälso- och sjukvården och socialtjänst (såväl öppen- som slutenvård. inkl. HVB) för personer 18 år eller äldre samt Statens institutionsstyrelses LVM-hem och inom Kriminalvårdens anstalter där de har behandlingsprogram för missbruk och beroende. Datainsamlingen genomfördes som pappersenkät alternativt webbaserad enkät. En resursperson på varje verksamhet fanns på plats under kartlägningsveckan.

Här bör också nämnas att Socialstyrelsen lagt ut ett uppdrag till Socialhögskolan i Stockholm om en kartläggning över insatser till gravida och spädbarnsfamiljer med problematiskt bruk av alkohol och droger eller psykisk ohälsa. Eventuellt kan någon eller några av dessa frågor som fungerat i kartläggningen framöver läggas in i enkäten för öppna jämförelser inom socialtjänsten.

För att kunna få en någorlunda aktuell bild av hur många föräldrar med missbruk som får ändamålsenligt stöd eller vård föreslår projektgruppen att denna kartläggning av Sveriges Kommuner och Landsting används som bas för utformandet av en indikator på området. Eftersom data nyligen insamlats och analyser pågår får samtliga indikatorer betraktas som utvecklingsindikatorer. Kartläggningen är omfattande och belyser många aspekter av föräldrar med missbruk och beroende. Eventuellt kan ytterligare indikatorer utvecklas.

Om undersökningen faller väl ut skulle den kunna upprepas regelbundet t.ex. under 2015 eller 2016 för att se om förändringar skett under perioden. Medel finns för den första studien men medel för en eventuell uppföljande studie behövs.

Följande utvecklingsindikatorer föreslås:

1. Andelen föräldrar med missbruk/beroende inom behandling som uppger att de får stöd i föräldrarollen.
2. Vilka former av stöd föräldrarna får i föräldraskapet (i relation till det stöd som föräldrarna anser sig behöva).

De data som nu analyseras bör kunna skickas direkt från Sveriges Kommuner och Landsting till Statens folkhälsoinstitut. Skulle det visa sig att en ny överenskommelse tecknas med regeringen är det smidigast att även framtida data skickas direkt till Statens folkhälsoinstitut. Det bör övervägas om Socialstyrelsen ska ha det övergripande indikatoransvaret. Fördelen skulle vara att i stort sett samtliga indikatorer inom långsiktigt mål 2 samlas på ett ställe. Nackdelen är att många aktörer blir inblandade, vilket kan skapa merjobb.

Vård och stöd förbättras till barn som föds med skador orsakade av ANDT och till deras föräldrar

En svårighet är att det sannolikt rör sig om förhållandevis få fall årligen vilket gör att läkarnas erfarenhet av dessa diagnoser är begränsad. Gällande Fetalt alkoholsyndrom (FAS) finns det också mellanformer av diagnosen som dock inte kan ses så tidigt som vid födelsen. Generellt brukar denna diagnos sättas långt senare och efter en omfattande utredning. När det gäller diagnosticering av barn med neonatalt abstinenssyndrom p.g.a. bruk av tillvänjande bruk hos modern (Pg6.1) är den lättare att sätta eftersom tillståndet diagnosticeras vid födelsen.

I Sverige finns några kliniker specialiserade på att ge stöd till mödrar med missbruk eller beroende. I Stockholm finns Rosenlunds Mödravårdsenhet, i Göteborg finns Haga och i Malmö finns Ambulatoriet som sköter om gravida med drogberoende. Möjligen skulle information från dessa kliniker kunna ligga till grund för en indikator som försöker fånga in omfattningen av insatser över tid och eventuellt hur många familjer som får stöd. Önskvärt skulle naturligtvis vara att få en bild av hur många/stor andel familjer med barn som har fötts med skador orsakade av ANDT ges stöd och/eller vård. Detta är dock inte möjligt.

Området är mycket viktigt men projektgruppen bedömer att någon indikator inte kan tas fram i nuläget.

Öka kunskapen om antal barn som föds med skador orsakade av ANDT och om deras utvecklingsprognos

Här behövs vidare forsknings- och utvecklingsarbete. Centre for Health Equity Studies, CHES, vid Stockholms universitet har inom ramen för Socialstyrelsens

del av uppdraget om stöd till barn i familjer med missbruk, psykisk sjukdom, psykisk funktionsnedsättning eller där våld förekommer, fått i uppdrag att kartlägga antal barn som har föräldrar med alkohol- och/eller narkotikamissbruk. En första avrapportering väntas till årsskiftet 2012/13. Vidare hänvisas till förslagen under mål 2 där projektgruppen föreslår ett begränsat utvecklings- och utredningsarbete i syfte att få bättre underlag vad gäller användbarheten/validiteten av relevanta diagnoser (t.ex. fetalt alkoholsyndrom) på nyfödda barn som registreras i Medicinska födelseregistret.

När det gäller projektet vid CHES kommer de unika förutsättningar som finns i de svenska nationella registren nyttjas för att beskriva hur vanligt det är att barn växer upp med föräldrar med bl.a. missbruk. Projektet kommer också att analysera hur ofta det föranleder insatser från samhället i form av dygnsvård eller kontaktpersoninsats, och de konsekvenser detta har för barnets skolprestationer, position på arbetsmarknaden och inkomster som ung vuxen, och risken för psykisk ohälsa som ung vuxen. Dock kommer ingen beräkning att göras avseende hur många barn som föds med skador orsakade specifikt av ANDT.

Ett underlag för beräkningar av väsentliga delar av samhällets kostnader för stöd till dessa barn och deras familjer kommer också att genereras. Ett socialt perspektiv kommer att genomsyra projektet med särskild tonvikt på familjens sociala position, ensamföräldraskap och utländskt ursprung, liksom betydelsen av barnets kön för långsiktiga konsekvenser.

Projektet baseras på de barn som varit mantals-skrivna i åldern 0–17 år under 1973–2008 enligt Registret över Totalbefolkningen (RTB). Föräldrar, inklusive eventuella adoptivföräldrar identifieras i Flegenera-

tionsregistret. Den tid föräldrarna har levt tillsammans med barnen definieras årsvis via RTB.

Följande utvecklingsindikatorer föreslås:

Resultat från kartläggningen som kan användas för att få en uppfattning om levnadsvillkoren för barn som lever med föräldrar med alkohol- och eller narkotikamissbruk.

Som indikatoransvarig föreslås Socialstyrelsen.

6.3 Barn i familjer med missbruk, psykisk sjukdom eller psykisk funktionsnedsättning ska erbjudas ändamålsenligt stöd (prioriterat mål 2.2)

Här pågår ett nationellt utvecklingsarbete där Socialstyrelsen har i uppdrag att i samråd med Statens folkhälsoinstitut och Sveriges Kommuner och Landsting leda, samordna och stimulera ett långsiktigt nationellt utvecklingsarbete av stödet till dessa barn under perioden 2011–2014. Flera kartläggningar har eller kommer att initieras. Socialstyrelsen och Statens folkhälsoinstitut har tagit fram en genomförandeplan som bygger på existerande kunskap och erfarenheter av myndigheternas tidigare arbete inom området. Av planen framgår vilka insatser som planeras för perioden 2011–2014, med fokus på 2012. Merparten av insatserna handlade om att utveckla stödet till barn i familjer med missbruk och psykisk sjukdom och att stärka familjeperspektivet inom missbruks- och beroendevården. När det gäller barn i familjer där det förekommer våld samt insatser riktade till förskola och skola, primärvård m.fl. för förebyggande insatser och tidig upptäckt ska styrgruppen återkomma med förslag.

Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) har tagit fram en genomförandeplan som beskriver hur SKL ska komplettera myndigheternas insatser. De insatserna är avgränsade till att stärka barn- och föräldraperspektivet för personer med missbruks- och beroendeproblem och har fokus på att utarbeta rutiner för hur personal inom missbruks- och beroendevården systematiskt ska ta upp föräldraskapet och barnens situation och förbättra stödet till såväl föräldrar som barn. Samverkan inom socialtjänsten mellan handläggare som arbetar med missbruks- respektive barnfrågor ska också utvecklas av de processledare som tillsats i alla län.

Följa tillämpningen, skapa rutiner och klargöra befogenheter för de nya bestämmelserna i hälso- och sjukvårdslagen och patientsäkerhetslagen

I nämnda utvecklingsarbete läggs, för Socialstyrelsens del, inledningsvis huvudfokus på insatser för att stödja hälso- och sjukvården att genomföra bestämmelserna i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) och i patientsäkerhetslagen (2010:659), som innebär att hälso- och sjukvården särskilt ska beakta ett barns behov av information, råd och stöd om barnets förälder, eller annan vuxen barnet varaktigt bor tillsammans med, har en psykisk störning eller en psykisk funktionsnedsättning, har en allvarlig fysisk sjukdom/skada eller är missbrukare. Indikatorerna måste ses som utvecklingsindikatorer och som underlag för det fortsatta arbetet på området.

Följande utvecklingsindikator föreslås:

Andel/antal landsting som har skriftliga rutiner för personalens ansvar och befogenheter i enlighet med de nya sjukvårdsbestämmelserna i hälso- och sjukvårdslagen och patientsäkerhetslagen.

Andel/antal landsting som i journalsystemet dels registrerar och dels följer upp om barns behov av information, råd och stöd enligt 2 g § HSL beaktas.

Andel/antal landsting som har genomfört kompetensutveckling för berörd personal inom olika kategorier utifrån 2 g § HSL.

Som indikatoransvarig föreslås Socialstyrelsen.

Utveckla stödet till barn som lever i familjer med missbruk, psykisk sjukdom eller psykisk funktionsnedsättning

Detta mål innebär att stödet till barn som lever i bl.a. missbruks- och riskmiljöer ska utvecklas och följaktligen förbättras över tid.

När det gäller barn i familjer med missbruk erbjuder en majoritet av Sveriges kommuner stödgruppverksamhet. Enligt IOGT NTOs juniorförbund Junis årliga enkätundersökningar till kommunala socialchefer, fanns särskilda stödgrupper för barn till missbrukare i 85 procent av landets kommuner 2012 (Junis, 2012). I samma rapport uppskattades dock att endast ca 1,5 procent av de utsatta barnen deltar i stödgrupper. Således finns det i dag ett stort antal barn i riskzon som sannolikt inte nås av någon form av stödåtgärd. Påtalade orsaker är att det ofta är svårt att identifiera denna grupp barn, samt att det är svårt att rekrytera barn till gruppverksamhet. Detta kompliceras ytterligare av att många av barnen känner en lojalitet gentemot sina föräldrar vilket ofta för med sig känslor av skam eller skuld hos dessa barn. Dessutom kan det vara problematiskt att motivera föräldrar att låta barnen delta i stödgruppsverksamhet. Behovet av utvecklade stödåtgärder är således stort.

Socialtjänsten är huvudaktör gällande selektivt

förebyggande insatser för barn och ungdomar i risk-situationer och deras föräldrar. Selektivt förebyggande arbete är kringgärdat av flera etiska svårigheter som gör att behovet av vetenskapligt stöd för positiva effekter för barnen är särskilt stort. Bristen på svenska effektstudier av insatserna inom området är påtaglig men det pågår en snabb utveckling med allt fler svenska studier av hög kvalitet. Socialstyrelsen identifierade år 2010 totalt 134 svenska avslutade eller pågående experimentella eller kvasiexperimentella studier på det sociala området (Socialstyrelsen, 2011). I en pågående uppdatering har ca 330 svenska utvärderingar identifierats. Statliga aktörer kan ge stöd till fortsatt utveckling mot en mer vetenskapligt baserad praktik inom det sociala området. Detta är mycket viktigt men det är också viktigt att veta vad som sker i kommunerna. Leder detta arbete till att kommunerna i allt högre grad bedriver kunskapsbaserad praktik?

När det gäller stödets omfattning kan inget annat mål finnas än att samtliga barn och unga vars föräldrar är kända för sitt missbruk i någon av kommunens eller landstingens verksamheter också blir kända/uppmärksammade vad gäller sina behov av information, råd och stöd. Det är ett ansvar för missbruks- och beroendevården, psykiatrin, primärvården (husläkare, MVC, BVC), socialtjänstens olika verksamheter (missbruks- och beroendevård, barn- och ungdomsvård, familjerätt, ekonomiskt bistånd, socialpsykiatri m.fl.). Så är inte fallet i dag.

Om möjligt bör data på detta område samlas in via Socialstyrelsens försorg genom det befintliga arbetet med öppna jämförelser av barn- och ungdomsvård. Eventuellt behöver en ny undersökning genomföras med särskilt fokus på just dessa frågor: vad kommunerna gör i form av insatser för att stötta och hjälpa barn som växer upp i familjer med missbruk, hur många

som nås och om insatserna skiljer sig åt mellan kommunerna m.m. Vidare bör ses över om några av de frågor som Statens folkhälsoinstitut ställde i sin kartläggning från 2010 kan användas.

Framtida indikatorer bör således, med hjälp av dessa data, fånga in/mäta om stödet i olika avseenden förändras och förbättras över tid. De indikatorer som utvecklas bör också ta hänsyn till huruvida stödet utgår från (1) ett familje- och relationsperspektiv, (2) bygger på utredningar och bedömningar av behoven hos både respektive vuxen, varje barn i familjen och hela familjen, (3) ett risk- och skyddsfaktorsperspektiv. Vidare att stödet kan riktas (4) till familjen som helhet, till respektive vuxen (både som individ och i föräldrollen) samt till barn och (5) kan utgöras av allt från basalt praktiskt stöd för en fungerande vardag till riktade behandlingsinsatser.

Följande utvecklingsindikatorer föreslås:

1. Antal/andel unga i målgruppen som pga. missbruk i familjen fått någon eller några åtgärder, antingen direkt riktade till den unga eller till föräldrar, familj.
2. Antal/andel kommuner som under året har haft verksamhet särskilt riktad till barn och ungdomar i familjer med missbruk.
3. Antal/andel kommuner som under året hade rutiner för hur barn och ungdomar i familjer med missbruk ska upptäckas och erbjudas stöd.
4. Antal/andel kommuner som under året på ledningsnivå hade samverkansavtal som mellan socialtjänsten, hälso- och sjukvården och skolan.
5. Antal/andel kommuner som under året har genomfört kompetenshöjande insatser för att stärka barn- och föräldraperspektivet inom missbruks- och beroendevården.

6. Vilka stödinsatser som kommunerna använder bedömas (utifrån de kriterier som nämndes ovan).

Som indikatoransvarig föreslås Socialstyrelsen.

Förbättra samverkan på lokal nivå mellan yrkesgrupper och verksamheter som möter barn som far illa eller riskerar att fara till följd av andra eller eget risk- missbruk

Behovet av väl fungerande samarbete och rutiner för att kunna fånga upp och stödja barn i familjer med missbruk, psykisk sjukdom eller en psykisk funktionsnedsättning med riktade insatser redan från förskolan har lyfts fram i flera utredningar (Barnskyddsutredningen [S 2007:14] och Utredningen om översyn av skolans arbete med utsatta barn [U 2009:05]). Även under flera av de länsdialoger som regeringen genomfört inom ANDT-området påtalades behovet.

Statens folkhälsoinstituts länsrapport ställer flera olika frågor om olika former samverkan. En som kan användas som indikator på detta specifika mål är frågan riktad till kommunerna om i vilken utsträckning samverkansinsatser sker bland verksamheter som möter utsatta barn.

Följande indikator föreslås:

1. Andel kommuner där rutiner för samverkan inom socialtjänsten mellan de som arbetar med barn respektive missbruk utvecklats.
2. Andel kommuner som uppger att de bedriver ANDT-förebyggande insatser som bygger på samverkan (polis, öppenvård, socialtjänst och föräldrar) kopplade till tidig upptäckt av narkotikaanvändning bland unga/unga vuxna.
3. Andel kommuner som uppger att de bedriver ANDT-förebyggande Insatser som bygger på sam-

verkan (polis, öppenvård, socialtjänst och föräldrar) kopplade till tidig upptäckt av användning av dopningsmedel bland unga/unga vuxna.

Liknande fråga om alkohol bör, om möjligt, ställas i 2012 års länsrapport. Alternativt bör frågan omformuleras så att allapreparat inkluderas.

Indikatorsansvarig: Statens folkhälsoinstitut.

På nationell nivå säkerställa att kommunernas förebyggande arbete kring barn i behov av särskilt stöd kontinuerligt kartläggs

Enligt strategin ska kommunernas förebyggande arbete med barn och ungdomar som riskerar att skadas av sitt eget eller andras missbruk/riskbruk kontinuerligt kartläggas under strategiperioden. En ökad samordning av de kartläggningar som görs av olika aktörer på nationell, regional och lokal nivå har påbörjats. Detta arbete ska fortsätta och målet är att få till stånd en nationell bild av målgruppen och vilka insatser som görs för dessa personer.

Det finns i dag ingen tillfredsställande samlad bild av hur stödet ser ut och dess omfattning. Det bästa sättet är ett långsiktigt uppdrag till Socialstyrelsen och att detta över tid kan vävas in som en del av officiell statistikinsamling, i linje med vad myndigheten argumenterade vad gäller statistikinsamling avseende anmälningar (se kapitel 6.1). Här bör också Statens folkhälsoinstitut och Sveriges Kommuner och Lands-ting och deras kunskap tas tillvara. Ingen specifik indikator föreslås dock.

6.4 Ökad kunskap om marknadsföring av alkohol och tobak via digitala medier, samt marknadsföringens effekter på konsumtion (prioriterat mål 2.3)

Som framgår av ANDT-strategin gör regeringen bedömningen att marknadsföring i allt större utsträckning sker via nya tekniker, t.ex. via digitala medier. En sammanställning som gjorts av forskning visar också att det finns ett samband mellan exponering och ungas konsumtion.

Enligt strategin bör det under strategiperioden genomföras både en kartläggning avseende omfattningen av alkohol- och tobaksmarknadsföring via digitala medier och en kunskapssammanställning av internationell forskning om ämnet. Vidare föreslås metodutveckling för löpande övervakning som kan användas av tillsynsmyndigheter för att snabbt kunna spåra och ingripa mot marknadsföring som strider mot gällande lagstiftning.

I maj 2012 tillsatte regeringen en utredning ”om tillsyn av marknadsföring av alkoholdrycker och tobak samt tillsyn och ålderskontroll vid e-handel och hemleverans av alkoholdrycker” (S 2012:04). Av direktiven framgår att den särskilde utredaren ska genomföra:

- en kartläggning av omfattningen, inriktningen och formerna av sådan marknadsföring av alkoholdrycker som riktar sig till konsumenter,
- kartlägga i vilken omfattning barn och ungdomar exponeras för marknadsföring av alkoholdrycker och tobak via digitala medier och tv (inklusive beställ-tv) samt klarlägga vilka metoder som används,
- mot bakgrund av den tekniska utvecklingen analysera förutsättningarna för att bedriva central tillsyn av gällande regler för marknadsföring av alkoholdrycker och tobak och vid behov lämna förslag, inklusive författningsförslag, på hur den centrala tillsynen kan effektiviseras.

Utredningen berör således såväl: kartläggning, kunskapssammanställning som metodutveckling. Projektgruppen hänvisar därför till denna utredning som ska redovisa sitt uppdrag den 1 juli 2013, men med följande tillägg.

Det är viktigt att internationell forskning inkluderas i en sammanställning av befintlig kunskap och att olika internetaktörer samt företag som är specialiserade på marknadsföring och kommunikation på internet involveras i arbetet med metoder för löpande övervakning. Utvecklandet av tekniska lösningar för övervakning på internet kräver resurser med stor kunskaper inom IT-övervakning och marknadsföringen inom sociala medier och TV-parabolsändningar. Den tekniska utarbetade produkten bör däremot vara lättanvändlig med ett tydligt övervakningssystem och riktlinjer för effektiv övervakning. Den tekniska lösningen bör också innehålla en övervakning på mikro-nivå för att kunna spåra den träff som övervakningen detekterar.

Under förutsättning att projektgruppen finns kvar under 2013 föreslås att utredningen i samråd med projektgruppen tar fram utvecklingsindikatorer för att följa det prioriterade målet.

7. Prioriterade mål under långsiktigt mål 3: Antalet barn och unga som börjar använda narkotika och dopningsmedel eller debuterar tidigt med alkohol eller tobak ska successivt minska

Prioriterade mål

- Minska nyrekrytering till narkotika- och dopningsmissbruk (kapitel 7.2)
- Utveckla metoder för att barn och ungdomar inte ska börja använda tobaksprodukter (kapitel 7.3)
- Ökad användning av befintliga verksamma metoder för att skjuta upp alkoholdebuten och minska den skadliga alkoholkonsumtionen (kapitel 7.4)
- En hälsofrämjande skola (kapitel 7.5)
- Ett ökat deltagande av föräldrar, idéburna organisationer och näringsliv i det förebyggande arbetet (kapitel 7.6)

7.1 Inledning

Insatserna inom ramen för de prioriterade målen i strategin under långsiktigt mål 3 är en blandning av satsningar på utveckling av metoder, spridning av konkreta befintliga metoder, kompetenshöjande insatser och attitydpåverkan. Satsningarna som föreslås i strategin och åtgärdsprogrammen för ANDT-politiken, täcker således både tillgänglighets- och efterfrågedämpande insatser.

En del indikatorer är tämligen självskrivna och relativt enkla att utveckla och användas, andra kräver mer arbete och i vissa fall ytterligare data. Flera av de metoder som kommer att följas med indikatorer har i vetenskapliga, eller semivetenskapliga, utvärderingar visat sig vara verkningsfulla eller kan bedömas som

lovande metoder (Krogar Mot Knark, Kronobergsmodellen mot langning, gymsatsningen mot dopning ”100 % ren hårdträning”, provköp som mått på utfall och som del av insats). Vissa andra får bedömas som rimliga utifrån beprövad erfarenhet och utifrån att de komponenter som ingår i metoden är vetenskapligt väl grundade.

Vidare rör vissa prioriterade områden mer strukturer än processer såsom ökad samverkan och bättre samordning. Det är sällan fel att betona sådana insatser eftersom det leder till bättre hushållande av de gemensamma resurser som finns till förfogande. Det kan visserligen ibland vara svårt att finna bra strukturindikatorer men är knappast kontroversiellt i sig.

Mer besvärligt blir det om processerna (metoderna) som omnämns, eller som finns tillgängliga inom ett prioriterat område, är vetenskapligt oprövade. Projektgruppen vill, i analogi med vad som redogjordes för i kapitel 4.3, inte gärna med indikatorer bidra till att sprida modeller/metoder med låg bevisgrund. Mer forskning och fokus på utvärderingar kan vare ett sätt att hantera detta, dvs. att indikatorerna betonar vikten av vetenskapliga utvärderingar och att metoderna där efter sprids vidare men endast om utvärderingarna visar på goda effekter. Samtidigt avstannar inte arbetet i Sverige i avvaktan på resultat från utvärderingar. Projektgruppen har genom indikatorerna (som styr-

mått) eftersträvat en balans i dessa avseenden genom att både stimulera till ökade aktiviteter och, i förekommande fall, betonat vikten av ökad kunskap genom mer forskning. Metoder som inte bedöms som verkningsfulla kommer naturligtvis inte att följas upp.

7.2 Minska nyrekrytering till narkotika- och dopningsmissbruk (prioriterat mål 3.1)

Cannabisinsatser

Regeringens breda satsning mot cannabis påbörjades 2011 och avslutas 2014 med flera olika pågående insatser. Målsättningen med den samlade satsningen är att minska nyrekryteringen, öka kunskapen om de negativa konsekvenserna av cannabismissbruk bland ungdomar, unga vuxna och hos föräldrar till tonåringar samt personal i gymnasieskola, högskola och universitet och inom kommunernas socialtjänst. Satsningen ska omfatta tillgänglighets- och efterfrågebegränsande insatser i kombination med informationsinsatser samt vård och behandling och leda till att färre ska testa och använda cannabis.

Statens folkhälsoinstitut har i uppdrag att ställa samman forskningsresultat och utvärderingar av genomförda insatser som rör narkotikamissbruk med speciellt fokus på cannabismissbruk. Uppdraget ska pågå under perioden 2012–2014 och ska avrapporteras till Socialdepartementet i mars 2015.

Under 2011 påbörjades också ett utvecklingsarbete mellan de tre storstäderna Malmö, Göteborg och Stockholm på initiativ av de tre städerna vilket ledde fram till att regeringen under 2012 beslutade om att stödja en bred och samordnad satsning mot cannabis i de tre storstäderna (Trestad 2). Vidare har en referensgrupp som har till uppgift att bidra till samordning

och erfarenhetsutbyte mellan de olika delarna av regeringens cannabissatsning tillsatts under 2012.

Inom ramen för Statens folkhälsoinstituts satsning har medel fördelats till det nationella Cannabisnätverket i syfte att bl.a. genomföra länsvisa cannabis-konferenser. Många konferenser med flera hundra deltagare har genomförts och fler kommer att genomföras. Nationella cannabisnätverket är ett nationellt nätverk för olika yrkesgrupper som arbetar med cannabisbehandling och konferenserna riktar sig således främst till dessa olika yrkesgrupper.

Länsstyrelsen i Uppsala län har genom Statens folkhälsoinstitut tilldelats medel för att i samarbete med Uppsala universitet utveckla en 7,5-poängs utbildning för professionella cannabisutbildare med fokus på beroendelära och prevention. Utbildningen kommer att tillhandahållas som uppdragsutbildning av Uppsala universitet. Under 2012 har 30 utbildare i Uppsala län utbildats och under 2013 kommer dessa personer i sin tur att genomföra cannabisutbildningar i de kommuner där de är verksamma. Ett antal län, däribland Stockholms län, planerar att genomföra utbildningen under 2013 (uppgift från Uppsala universitet). Under strategiperioden är det möjligt att följa antalet universitetsutbildade (data från Uppsala universitet), antalet utbildningar som varje cannabisutbildare genomför och på sikt hur många och vilka (yrkes)grupper som tar del av cannabisutbildning i en viss kommun och i vilken mån utbildningen lett till avsedd kunskaphöjning (före/eftermätning).

Nätverket beviljades också medel från Statens folkhälsoinstitut för utvecklingsarbete kring tidiga interventioner inom cannabisområdet för målgruppen 16–20 år. Arbetet ska grundas på aktuell forskningsbaserad kunskap, vilket bl.a. innebär att en sökning och sammanställning av aktuella publikationer

behövdes i utgångsläget vilket nu är genomfört. Kunskapsinventeringen ska komplettera den kartläggning av olika kortprogram som senare ska göras i nätverket. Tillsammans ska denna kunskapsinventering och kartläggningen bland enheter i nätverket utgöra ett underlag för ett utvecklingsarbete kring tidiga interventioner.

Projektgruppen ser det som rimligt att det under strategiperioden utvecklas ett interventionsprogram för tidiga insatser inom cannabisområdet där en kvalificerad utvärdering ingår och om metoden visar sig fungera att spridning av denna påbörjas. Cannabisnätverket har påbörjat ett arbete med att ta fram förslag på metod för tidigare interventioner men mycket av utvecklingsarbetet kvarstår.

Det finns ett cannabisprogram i Sverige som används på många olika håll, nämligen det s.k. haschprogrammet (HAP). HAP vänder sig både till ungdomar och vuxna med missbruk av cannabis och ska således ses som en behandlingsmetod och inte en förebyggande metod. En utvärdering har genomförts men dock utan kontrollgrupp och med ett begränsat antal ungdomar i studien (Petrell, m.fl., 2005) med lovande resultat.

Det är högst önskvärt att dels en för alla gemensam HAP-manual tas fram (detta saknas i dag men ett arbete har påbörjats genom Cannabisnätverket), dels att metoden utvärderas som en RCT utan inblandning av upphovsmännen.

Attitydpåverkan är en viktig del av cannabissatsningen, framför allt attitydpåverkan riktad mot ungdomar, unga vuxna och även föräldrar. CAN:s årliga skolundersökning bland elever i årskurs 9 och gymnasiet år 2 medger mätningar över tid av en dimension av detta, nämligen riskmedvetenheten gällande såväl cannabis som andra droger (liknande frågor ställs

också i den europeiska skolundersökningen ESPAD, där Sverige är ett av ca 40 deltagande länder). För att mäta inställningen och riskuppfattning bland unga vuxna, vuxna och föräldrar föreslår projektgruppen att sådana frågor vävs in i den av projektgruppen föreslagna vuxenundersökningen riktad till ett riksrepresentativt urval vuxna (med ett överurval av föräldrar). Här bör också frågor om alkohol, tobak, dopning och vissa andra samhällsområden (problem) mätas i syfte att kunna ställa attityderna på ett område mot attityderna på andra områden. I undersökningen bör också frågor ställas om inställningen till svensk narkotikapolitik (jämfört med frågor om svensk alkoholpolitik). Dylika frågor ställdes 2005 i en undersökning beställd av den dåvarande kommittén Mobilisering mot narkotika.

Följande indikatorer föreslås:

1. Att ett cannabisprogram för tidiga insatser utvecklas, utvärderas och vid goda effekter börja spridas i Sverige.
2. Att cannabisprogrammet för ungdomar och vuxna med cannabissmissbruk – HAP – manualbaseras och utvärderas.
3. Andel vuxna som i riksrepresentativ undersökning uppger att riskerna med att röka cannabis är stora (respektive små).
4. Andel vuxna som i riksrepresentativ undersökning uppger en tillåtande alternativt restriktiv attityd till narkotikaanvändning, framför allt när det gäller bruk av marijuana eller hasch:
 - Vad anser du om att folk gör följande: röker marijuana eller hasch (det är okey, jag är neutral, jag ogillar det). (Jfr med liknande frågor på andra substanser.)
 - Narkotikafrågan är ett av våra största samhälls-

problem (som ställs samtidigt med andra påstående rörande alkohol, tobak, och andra områden).

- Andel vuxna som instämmer i följande två påstående: (a) det borde vara tillåtet att röka hasch/marijuana, (b) om man avkriminaliserar narkotikan skulle narkotikaanvändningen öka kraftigt.
5. Andel unga i årskurs 9 och gymnasiet år 2 som uppger att risken är stor (alternativt liten) att människor skadar sig själva, fysiskt eller på annat sätt, om de provar marijuana eller hasch 1–2 gånger.

Underlag för indikatorerna 1–2 erhålls från uppdrags-tagarna (bland annat Nationella cannabisnätverket) som rapporterar till Statens folkhälsoinstitut. Ansvarig för dessa två indikatorer bör därför vara Statens folkhälsoinstitut.

Indikatorerna 3 och 4 mäts genom en frågeundersökning riktad till ett slumpmässigt urval av den svenska vuxna befolkningen. Möjligen kommer olika index att skapas av de olika frågorna/påståendena vilket kan underlätta tolkningar över tid. Mätningen föreslås genomföras under 2013 (kan jämföras bakåt med 2005) och 2015 (eller 2016). Resultaten från denna vuxenmätning kan redovisas köns- och åldersspecifikt och även uppdelat på t.ex. region och socioekonomi- demografi. CAN:s skoldata utgör grunden för indikator 5 och kan redovisas för pojkar respektive flickor, olika regioner och utifrån eget bruk av ANDT. CAN bör vara ansvarig för dessa indikatorer.

Samordnade insatser som syftar till tidig upptäckt förstärkas på lokal nivå

När det gäller samverkan mellan det ANDT-förebyggande och det brottsförebyggande arbetet har detta tagits upp som ett prioriterat mål under långsiktigt

mål 1. I detta avsnitt (under prioriterat mål 3.1) avses samarbete mellan de olika leden i kedjan av polis-ingripande, kontakt med socialtjänst, öppenvård och föräldrar. Som i fallet med samverkan förebyggande-brottsförebyggande är förslaget att använda sig av länsrapporten för att mäta hur denna form av samverkan utvecklas under strategiperioden.

Två frågor i Länsrapporten kan analyseras i syfte att mäta om kommunen under senaste kalenderåret bedrev insatser som bygger på samverkan (polis, öppenvård, socialtjänst och föräldrar) kopplade till tidig upptäckt. En av frågorna avser narkotika, den andra dopning.

När det gäller alkohol bygger den tidigare nämnda Kronobergsmodellen också på samverkan, i detta fall mellan polis, kommun och med föräldrar. Indikatorer som baseras på arbetet mot langning, enligt Kronobergsmodellen, redogjordes för under mål 1 (kapitel 5.3) och passar, förutom under denna rubrik, även in under insatser mot langning (senare i detta kapitel). Modellen svarar också mot det prioriterade målet att kunskapsbaserade arbetsmetoder för att minska våldsbrottsligheten ska ges ökad spridning (under långsiktigt mål 6, kapitel 10.2).

Följande indikatorer föreslås:

1. Andel kommuner som uppger att de i sitt ANDT-förebyggande arbete bedriver insatser som bygger på samverkan (polis, öppenvård, socialtjänst och föräldrar) kopplade till tidig upptäckt av narkotikaanvändning bland unga/unga vuxna.
2. Andel kommuner som uppger att de i sitt ANDT-förebyggande arbete bedriver.

Insatser som bygger på samverkan (polis, öppenvård, socialtjänst och föräldrar) kopplade till tidig upptäckt

av användning av dopningsmedel bland unga/unga vuxna. Båda indikatorerna baseras på data från Länsrapporten. Statens folkhälsoinstitut föreslås som ansvarig för båda indikatorerna.

Fortsatt satsning på nätverket Krogar mot knark

Arbetsmetoden Krogar mot knark är en av få evidensbaserade metoder inom det narkotikaförebyggande området (se Abdon Gripenberg, 2012). Metoden utvecklades i Stockholms innerstad under 00-talet tillsammans med polisen, krögare, stadens tillståndsenhet och STAD och inbegriper flera olika insatser såsom samverkan mellan bransch och myndigheter, tillsyn, policyarbete, utbildning av personal i syfte att minska narkotikaanvändningen på restauranger. Genom nätverket Krogar mot knark sprids arbetsmetoden (och dess viktigaste beståndsdelar) till flera kommuner och restauranger runt om i Sverige.

Krogar mot knark är ett nationellt nätverk bestående av representanter från restauranger (krogar) och myndigheter i ett antal kommuner och som arbetar för att minska och försvåra användandet av narkotika i krogmiljö. Det nationella nätverket och dess styrgrupp ska ses som en stödfunktion för de deltagande kommunerna och bistår med riktlinjer, styrdokument samt verktyg för att kunna arbeta med metoden lokalt. Ansvaret för det lokala arbetet ligger på respektive kommun som själva styr och driver samverkan mellan krog, tillstånd och polis.

Att vara en Krogar mot knarkkrog innebär att krogen har uppfyllt de kriterier som har angivits av det nationella nätverket och måste, i dagsläget, bedriva sin verksamhet i någon av de kommuner som valt att engagera sig i arbetet mot knark på krogen. Kriterierna är att krogen (1) ska genomföra krogmiljöronder, (2) ha

ett aktivt policyarbete, (3) samarbeta med polisen samt (4) utbilda personalen.

Även för kommunerna har det nationella nätverket angivit ett antal kriterier som ska uppfyllas: (1) politisk förankring, (2) struktur med en styrgrupp/arbetsgrupp med representanter från krogbranschen och myndigheter, (3) genomförandet av kartläggning av narkotikasituationen på kommunens krogar och att (4) kommunen ska erbjuda utbildning i samverkan med den lokala polismyndigheten erbjuda narkotikautbildning inom ramarna för Krogar mot knark.

Vid skrivande stund består nätverket (eller arbetsgruppen) av ca 40 kommuner (enligt Krogar mot knarks webbplats). Genom nätverket kan information erhållas om dess spridning, dvs. antalet deltagande kommuner och antalet medverkande krogar. Ytterligare mer specifik information om omfattningen av genomförandet av olika delkomponenter kan ge en mer fulltäckande bild av arbetets omfattning och spridning, såsom antalet genomförda utbildningar och totala antalet personal som genomgått utbildning, omfattning av policyarbetet och nivån av samarbetet med polisen.

Vidare kommer Länsrapporten att nyttjas för att fånga in Sveriges kommuners svar på frågan om de arbetar med metoden Krogar mot knark (eller liknande metod) och om så är fallet vilken/vilka delar av metoden kommunen arbetat med (politisk förankring, kartläggning av narkotikasituationen på krogar i kommunen, samverkansgrupp med kommun, polis och bransch, utbildning för restauranganställda, krogmiljöronder).

Två grupper av indikatorer kommer således att nyttjas, dels de som baseras på information från nätverket, dels de som bygger på data från Länsrapporten. Den exakta utformningen är såväl här som för andra

områden, något som måste göras först när data samlats in och uppföljningsarbetet pågår men förslag på indikatorerna är de som följer:

Följande indikatorer föreslås:

1. Andelen kommuner som uppger att de använder sig av metoden Krogar mot knark eller liknande metod (data från Länsrapporten).
2. Andelen kommuner som uppger att de använder sig av metoden Krogar mot knarkmetodens alla huvuddelar (data från Länsrapporten).
3. Antal kommuner som ingår i nätverket Krogar mot knark och som därmed uppfyller kriterierna (uppgifter från det nationella nätverket).
4. Antal restauranger som enligt kriterierna uppfyller kraven på att vara en Krogar mot knarkkrog (uppgifter från det nationella nätverket).

Som indikatorsansvarig för samtliga fyra föreslagna indikatorer föreslås Statens folkhälsoinstitut.

Metoder för att bättre kunna följa utvecklingen i särskilda grupper och i vissa geografiska områden

Detta område syftar, enligt strategin, till att utveckla mätmetoder i sig (kartläggningsmetoder) när det gäller att kunna följa särskilda grupper och vissa geografiska områden med fokus på narkotikaanvändningens utbredning. Den relativt höga debutåldern (relativt alkohol) visar enligt strategin, på nödvändigheten av att följa narkotikaanvändningen och missbruket bland unga vuxna. Det gäller även konsumtionsutvecklingen i vissa socioekonomiska grupper. Ökad kunskap om särskilda riskgrupper och riskmiljöer behövs för att kunna rikta insatser och följa effekterna av förebyggande och brottsbekämpande satsningar.

Skolundersökningar på såväl lokal, regional som nationell nivå genomförs numera ofta även på gymnasiet (år 2), dvs. under det år som flertalet elever fyller 18 år. Denna undersökning är viktig för att kunna följa ANDT-utbredningen över tid och mellan olika grupper. I stora drag är användningen av ANDT ca dubbelt så hög i gymnasiet år 2 jämfört med årskurs 9 (se t.ex. CAN:s senaste rapport om skolelevs drogvanor 2011: Henriksson & Leifman, 2011).

De frågor av socioekonomisk natur som ingår i skolundersökningar skiljer sig åt mellan olika sådana undersökningar. Detsamma gäller frågor om risk- och skyddsfaktorer. Geografiskt område och bostadsområde kan inte mätas på någon meningsfull nivå i nationella mätningar (CAN:s) och görs således bäst i lokala undersökningar av skolelever.

När det gäller unga vuxna i åldrarna 18–25 finns, vad projektgruppen vet, ingen återkommande undersökning som kan användas för att redovisa narkotikaanvändning. Monitormätningarna avser alkohol och tobak men inte narkotika och det är inte heller önskvärt att inkludera narkotikafrågor i den undersökningen (ett tidigare försök föll inte väl ut). Den nyss avslutade pilotundersökningen av beroende, missbruk och skador av andras ANDT-bruk kommer att följas av en större kartläggning. Den kommer att kunna brytas ner i relativt snäva åldersintervall såsom åldrarna 18–25, men är inte idealisk för detta ändamål utan syftar mer till att kunna redovisa mönster och nivåer för hela befolkningen i riket (kvinnor respektive män) och eventuellt i olika regioner.

Ungefär hälften av alla unga vuxna går numera vidare till högskola eller universitet. Det bör övervägas om ANDT-vanorna i denna grupp på regelbunden basis bör studeras närmare. Enligt projektgruppen finns här en framkomlig väg genom att använda sig av

Statens folkhälsoinstituts riksrepresentativa folkhälsoenkät HLV (med extra urval i vissa kommuner och landsting), där undergruppen av studenter när det gäller både alkohol-, tobaks- och cannabisvanor kan studeras. Monitormätningarna kan också användas men uppvisar sannolikt ett större bortfall av studenter och har sämre möjlighet att i materialet identifiera respondenter med pågående högskole- universitetsstudier. Studenterna i HLV identifieras inte via en enkätfråga utan genom att koppla på uppgifter från LADOK vilket också möjliggör att explicit studera ”aktiva” studenter (exempelvis åldersgruppen 18–29) med minst 20 högskolepoäng under det senaste året. En undersökning med fokus på högskole- och universitetsstudenter fångar naturligtvis inte in den andra hälften unga vuxna som ej studerar men det är inget skäl till att inte följa upp ANDT-bruket bland högskole- och universitetsstudenter. När det gäller narkotika ställer Statens folkhälsoinstitut folkhälsoenkät (HLV) en fråga om cannabisanvändning. Data från HLV möjliggör nedbrytningar av data i olika åldersintervall men bakgrundsfrågorna i undersökningen är för få till antalet för att kunna ge en god beskrivning av narkotikavanornas socioekonomiska fördelning. Vidare bör de lokala/regionala trygghetsmätningar ses över, som ofta syftar till att kartlägga utsatthet för brott och upplevd trygghet i olika områden såsom bostadsområden.

Den pågående cannabissatsningen i Sveriges tre största städer, Trestad2, innefattar forskning och en särskild forskargrupp har bildats med representanter från de tre städerna. Ett område som kommer att fokuseras närmare på är att få bättre kunskap om cannabis bland unga/unga vuxna med avseende på (1) storstad mot övriga landet, (2) urbana och rurala förhållanden, (3) skillnader och likheter mellan

storstäder, samt (4) risk- och skyddsfaktorer.

Sjukvårdsdata, enligt Socialstyrelsens patientregister, innehåller inga socioekonomiska variabler men inkluderar uppgifter om såväl patientens boendekommun som hemförsamling vilket möjliggör att ge en någorlunda bild av lokala och områdesvisa skillnader i narkotikasjuklighet. Möjligheter att länka på socioekonomiska variabler från andra personnummerbaserade databaser finns för forsknings- eller statistikändamål, t.ex. från den mycket omfattande s.k. LISA-databasen på Statistiska centralbyrån. Detta är dock ett omfattande arbete men icke desto mindre fullt möjligt. Här ges inget förslag på indikator utan projektgruppen vill bara nämna de sannolika möjligheter som finns när det gäller att följa narkotikarelaterad sjuklighet, men även alkohol- och tobaksrelaterad sjuklighet, i kommuner och i geografiskt utsatta områden samt möjligheterna att koppla på socioekonomiska data från LISA-databasen till patientregistret.

När det gäller Trestad 2 föreslår projektgruppen att forskningsgruppen under Trestad 2 får ett tydligt uppdrag att utveckla och redovisa kartläggningsstrategi för att kunna redovisa narkotikaanvändning (främst cannabis) i olika kategorier av storstadsområden och olika socioekonomiska strata samt för olika riskgrupper på basis också av vad som ovan redovisats vad gäller olika undersökningars förutsättningar.

Vidare föreslår projektgruppen att Statens folkhälsoinstitut ser över möjligheterna att med data fr.o.m. 2012 följa studenternas ANT-vanor. Detta mått skulle därmed, om det fungerar, kunna inkluderas som en långsiktig indikator under mål 4.

Projektgruppen föreslår också att CAN och representanter från regionala/lokala skolundersökningar i de tre storstads länen och i vissa andra större städer (t.ex. Örebro och Uppsala) gemensamt ser över möjlig-

heterna att väva in sociodemografiska variabler i skolundersökningar, antingen som frågor och/eller genom att koppla på andra registerbaserade uppgifter på t.ex. skolnivå. Gruppen bör samordnas av CAN.

Följande utvecklingsindikatorer föreslås:

Att de tre nämnda utvecklingsarbetena påbörjas i början av 2013 i syfte att se över möjligheterna att utveckla indikatorer för att på bättre sätt än i dag följa utvecklingen i särskilda grupper och i vissa geografiska områden att resultat av arbetet redovisas till Socialdepartementet senast den 31 december samma år.

Metoder utvecklas för att bättre kunna följa utvecklingen och marknadsföringen av nya droger

Denna fråga har, tillsammans med andra frågor som rör bevakning av nya droger, behandlats under mål 1. Frågan tas därför inte upp i detta avsnitt utan läsaren hänvisas till kapitel 5.4 (prioriterat mål 1.3). Se också avsnitt om marknadsföring, i kapitel 6.4 (prioriterat mål 2.3).

Metoder utvecklas för att öka kunskapen och stärka samordningen för att motverka dopningsmissbruket i samhället

Under senare år har dopningsfrågan fått ökad fokus och förebyggande insatser har utvecklats. Den mest genomgripande och lovande är det forsknings- och utvecklingsarbete som bedrivits i Stockholms län, ”Gym mot dopning” sedermera benämnt ”100 % ren hårdträning”. Arbetet har utgått från en vetenskapligt beprövad modell, nämligen ”community intervention” där flera olika metodkomponenter ingår (jämför med Ansvarsfull alkoholserving och Krogar mot knark) där samverkan med gymbranschen, utbildning av

gyminstruktörer, policyarbete och polisiärt arbete är de viktigaste komponenterna. Arbetet i Stockholm utvecklades under perioden 2007–2010 med stöd från Statens folkhälsoinstitut. Data insamlat före och efter insatser på träningsanläggningar (gym) som deltar respektive icke deltar (kontroller) i samverkansarbetet visar på lovande resultat i form av minskad tillgänglighet till och användning av dopningspreparat bland medlemmar/gäster på de träningsanläggningar som deltagit i satsningen.

Detta arbete pågår fortfarande i Stockholms län men sedan 2011 drivs också ett nationellt samverkansprojekt mellan olika kommuner/regioner/andra aktörer som alla arbetar förebyggande mot dopning. Projektet går under benämningen PRODIS (Prevention av dopning i Sverige). Arbetet syftar till att utveckla, sprida och utvärdera en nationell arbetsmodell för att förebygga användningen av anabola androgena steroider och metoden som används är i stort sett identiskt med metoden ”100 % ren hårdträning”. Även här sker samverkan mellan forskning och praktik.

I PRODIS ingår sju län och tre kommuner. Därutöver finns Riksidrottsförbundet, Dopingjouren och Socialhögskolan vid Lunds universitet som samarbetspartners. Spridningen av metoden sker främst inom de medverkande länen och kommunerna och i de föreningsdrivna träningsanläggningar som ingår i Riksidrottsförbundet. Det är dock, enligt projektgruppen, viktigt att metoden under strategiperioden även får spridning till andra kommuner som vill arbeta med metoden men som i dag står utanför PRODIS-samarbetet. Det finns, enligt PRODIS, en efterfrågan från flera kommuner utanför PRODIS att få stöd i att sprida och implementera metoden i sin kommun.

Projektmedel från Statens folkhälsoinstitut för

PRODIS finns för perioden 2011–2013 men det är, enligt projektgruppen, angeläget att säkra medel för projektet under hela strategiperioden och i sådan omfattning att det möjliggör spridning av metoden till kommuner och träningsanläggningar som i dag står utanför PRODIS.

Föreslagna indikatorer avser att mäta omfattning av spridning av arbetsmetoden ("100 % ren hårdträning") dels genom frågor i Länsrapporten (om arbetet sker enligt metoden, och om så är fallet, vilka komponenter som används [samarbete mellan träningsanläggning och polis eller Riksidrottsförbundet], framtagande av policy och handlingsplan, utbildning av personal på träningsanläggning), dels genom uppgifter från PRODIS-nätverket gällande antalet kommuner och antalet träningsanläggningar som inkluderas i arbetet. Arbetsmetoden består av flera delar och det är därför också önskvärt att få information från PRODIS-nätverket om omfattning av arbetet med samtliga dessa delar, nämligen aktivt samarbete med lokala aktörer, antal diplomerade träningsanläggningar, antal genomförda utbildningar och antal utbildade nyckelpersoner.

För att en träningsanläggning ska bli diplomerad måste den uppfylla följande kriterier: utbildat personalen, utformat en policy mot hormonpreparat som gäller alla tränande och personal, utformat träningsmiljön på ett sådant sätt att det inte uppmuntrar till användning och försäljning av hormonpreparat, medverka till dopningstester av tränande i samarbete med polisen och/eller Riksidrottsförbundet.

Följande indikatorer föreslås:

1. Andelen kommuner som uppger att de använder sig av metoden "100 % ren hårdträning" eller liknande metod (data från länsrapporten).

2. Andelen kommuner som uppger att de använder sig av metoden "100 % ren hårdträning" alla huvuddelar (data från länsrapporten).
3. Antal kommuner som ingår i nätverket PRODIS (uppgifter från PRODIS).
4. Antal träningsanläggningar som enligt kriterierna uppfyller kraven på att vara en diplomerad anläggning (uppgifter från PRODIS).

Indikatorerna 1–2 bygger på data från Länsrapporten riktad till kommunerna. Indikatorerna 3–4 baseras på uppgifter från PRODIS med STAD som ansvarig. Statens folkhälsoinstitut föreslås som ansvarig för samtliga dessa indikatorer.

7.3 Utveckla metoder för att barn och ungdomar inte ska börja använda tobaksprodukter (prioriterat mål 3.2)

De flesta vuxna som röker har börjat använda tobak under uppväxtåren. Om unga människor når 20-årsåldern utan att bli rökare är chansen stor att de ska förbli tobaksfria resten av livet. Barn och ungdomar är därför en prioriterad målgrupp för tobakspreventionen. Att ge ungdomar större möjligheter att få tillgång till rökfria miljöer är en viktig åtgärd för att förhindra tobaksdebuter.

Inom ramen för de utvecklingsmedel som Statens folkhälsoinstitut tilldelats 2011 och 2012 har institutet beviljat flera bidrag till tobaksförebyggande projekt som riktas till unga. Vidare har medel beviljats för genomförandet av en kartläggning i syfte att få ökade kunskaper om faktorer under uppväxttiden som kan öka risken för rökning bland unga genomförd av forskare vid Karolinska institutet, Institutionen för folkhälsovetenskap. Regeringen har också tilldelat

Statens folkhälsoinstitut särskilda medel för att fördela till idéburna organisationer inom tobaksområdet. Under 2012 har medel för tobakspreventiva insatser också fördelats till bl.a. A Non Smoking Generation och Psykologer mot tobak.

Det bör understrykas att de mest effektiva åtgärderna mot tobaksbruk ligger på samhälls- och kollektivnivå, i form av policy, tillsyn och minskad tillgänglighet (se t.ex. Statens folkhälsoinstitut, 2011). Det är i ljuset av detta som betydelsen av insatser för att kontrollera efterlevnad och tillsyn av tobakslagen ska ses, såsom efterlevnad av rökfria skolgårdar och av åldersgränser vid försäljning i butik. Därför är således sådana insatser viktiga att följa som indikatorer, vilka också beskrevs i detalj under mål 1 (kapitel 5). Det är också i ljuset av denna kunskap som övriga metoder som redovisas nedan ska betraktas, dvs. som viktiga komplement men som i sig utan tillgänglighetsbegränsande insatser ger relativt små effekter på befolkningsnivå.

Efterlevnad och tillsyn av tobakslagens bestämmelser när det gäller just rökfria miljöer är ett fortsatt högt prioriterat område. Med anledning av brister i efterlevnaden av tobakslagens bestämmelser om rökfria skolgårdar har Statens folkhälsoinstitut, i samverkan med Skolverket, Sveriges Kommuner och Landsting, och en referensgrupp med aktörer som på olika sätt är kopplade till skolan som arena eller till barn- och ungdomsarbete, utarbetat en nationell strategi för rökfria skolgårdar. Olika projekt har därför beviljats medel för att arbeta för rökfria skolgårdar. Under 2012 har Statens folkhälsoinstitut också fått ett särskilt uppdrag om förekomsten av passiv rökning på allmänna platser.

Metoder utvecklas (1) som har effekt på barns och ungdomars vilja att börja använda tobak (2) för tidiga insatser för dem som har börjat röka eller snusa

Projektgruppen väljer att redovisa båda dessa områden under samma avsnitt eftersom någon enkel och klar åtskillnad mellan universell och selektiv preventionsnivå inte alltid kan göras. Flertalet av de metoder som redovisas nedan är dock mer inriktade på universell nivå, dvs. att försöka påverka barn och unga att inte börja röka men de kan också rikta sig till de som röker då och då eller t.o.m. röker relativt regelbundet. Samtliga metoder har barn och unga som målgrupp.

Under långsiktiga mål (kap 5.2) redovisades förslag på indikatorer (frågor från Länsrapporten) som mäter aktiviteter som syftar till att upprätthålla efterlevnaden av bestämmelserna om åldersgränser och rökfria skolgårdar. Dessa insatser, om de genomförs på systematiskt sätt och i tillräcklig omfattning och därmed bidrar till ökad efterlevnad, måste bedömas som verkningsfulla i att påverka barn och ungdomar vilka att börja använda tobak. De exakta frågorna (variablerna) kommer att vägas ihop till ett eller flera index vilket kommer att underlätta bedömningen av hur insatserna på området sammantaget utvecklas.

Vilka andra insatser finns för att stödja att ungdomar förblir fria från tobaksbruk? En modell är att med hjälp av kontrakt, som ungdomar ingår med vuxna om att inte börja röka/snusa, stödja ungdomar att förbli tobaksfria. Kontraktsmetoden förekommer i olika former men går ut på att ungdomar, oftast i årskurs 7–9 tillsammans med en vuxen i deras närhet skriver på ett kontrakt där de lovar att vara både rök- och snusfria i tre år framåt. Ungdomar som skriver kontraktet får oftast ett medlemskort som ett bevis på det aktiva beslutet vilket också ger eleven olika förmåner och rabatter.

Den mest spridda av de olika varianterna av kontraktsmetoden är Tobaksfri Duo, vetenskapligt utvärderad med goda resultat i interventionsområdet (Västerbotten) jämfört med utvecklingen baserat på ett representativt nationellt urval i årskurs 9 (CAN-data) (Nilsson, m.fl., 2006; se också Nilsson, 2009). Metoden utvecklades i Västerbotten 1993 och bygger på ett samarbete mellan framför allt Folkvandvård, skolor och föräldrar. Norska FRI (tidigare VÆRrøykFRI) har också påvisat evidens genom flera utvärderingar (se Utdanningsdirektoratet, 2011; www.udir.no/Tilstand/Forskning/Forskningsrapporter/Utdanningsdirektoratet/Forebyggendeinnsatseriskolen-2006/). I dag är FRI! den enda tobaksförebyggande metoden i Norge, som är godkänd och rekommenderad av norska staten. Örebro universitet har påvisat kontraktets viktiga betydelse i sig, ur elevernas synvinkel. Persson redovisar i Läkartidningen (nr 4/2003) en halvering av snusandet och rökningen i Habo, Jönköpings län. Åtskilliga kommunala drogvaneundersökningar visar en betydande nedgång av tobaksanvändningen och/eller berusningsdrickande efter implementering av metoden.

Kontraktsmetoden har fått en relativt stor spridning i Sverige och sprids med stöttning av SMART och Tobaksfri Duo. Cirka 35 000 elever i 90 kommuner har varje år gällande kontrakt, antingen bara mot tobak eller mot flera olika negativa beteenden inklusive ANDT. En vetenskaplig sammanställning av befintlig kontraktsmetodforskning är beställd. Socialstyrelsen/Statens folkhälsoinstitut har, genom Örebro universitet, under 2011 initierat en longitudinell, kvasiexperimentell utvärdering av SMART:s kontraktsmetod riktad till elever i skolår 4–9.

Relevanta frågor i Länsrapporten handlar om strukturerade program för att förebygga att tobaksbruk

används i grundskolan respektive gymnasieskolan och om handlingsplan för tobaksavvänjning finns i grundskolan respektive gymnasieskolan och, vidare, om åtgärder genomförs för att förebygga vattenpipa bland unga.

Skolan som arena för tobaksprevention

Under åren 2003–2005 utvecklade A Non Smoking Generation ett tobakspreventivt flerkomponentsprogram för grundskolan, tillsammans med Landstinget Kronoberg, Gotlands och Järfälla kommuner. Komponenterna var sju till antalet (utbildning av skolpersonal, framtagande av tobakspolicy på skolorna, framtagande och implementering av skolhandledningsmaterial, klassbesök av NSG:s inspiratörer, föräldrasamverkan – skriftlig och muntlig information vid föräldramöten, samverkan med närsamhället med direkt riktad information till handlarna som sålde tobak i deltagande skolors närområde, lokalt opinionsbildande arbete via lokal media).

I projektet deltog ett trettiotal skolor. Programmet utvärderades både med kvalitativ och med kvantitativ metod. I den kvantitativa utvärderingen jämfördes interventionsskolor med likvärdiga kontrollskolor. Skolorna valdes dock inte slumpmässigt till respektive grupp. Utvärderingen visade på programeffekter i form av bland annat minskad andel tobaksdebuter och minskad tobakskonsumtion. Metoden visade sig också vara praktiskt användbar för skolpersonal och för kommuner (se Edvardsson, 2005). Den kvantitativa effektutvärderingen följdes upp med ytterligare en enkätundersökning 2006 (se Boij, 2011). Denna visade på att det positiva resultatet bestod över tid. Interventionsskolorna hade fortsatt färre tobaksdebuterande elever och att de elever som brukade tobak gjorde det i mindre utsträckning.

I en senare uppföljning fem år senare av de skolor som deltog i utvärdering av flerkomponentsprogrammet 2003–2005 visade det sig att programföljsamheten minskat: några programkomponenter visade hög grad av vidmakthållande, andra inte. Som förväntat hade effekterna av programmet avklingat när det gäller tobaksvanor och fem år efter programmets införande låg interventionsskolorna på ungefär samma nivå som kontrollskolorna (Boij, 2011). Detta säger dock inget om programmets verkan utan kan istället härledas till hur skolorna förmått att följa programmet och vidmakthålla samtliga komponenter. Bristande långsiktighet i programföljsamhet och i förebyggande arbete i största allmänhet är inte ovanligt utan snarare regel än undantag. Det är möjligt att flerkomponentsprogram är mer sårbara i detta avseende än andra program, samtidigt som flerkomponentsprogram med en tydlig involvering av samhällsnivån (lokala) nivån är bland de mest effektiva preventionsprogrammen som finns i dag (jämför exempelvis med Ansvarsfull alkoholserving och Krogar mot Knark).

Det kan därmed konstateras att flerkomponentsprogrammet, tillsammans med Tobaksfri Duo (Nilsson 2009), tycks vara verkningsfulla program i Sverige för att förebygga och minska tobaksbruket bland unga. Inget av de två programmen har dock utvärderats med hjälp av en randomiserad, kontrollerad design (RCT) varför man bör vara försiktig med att dra alltför långtgående slutsatser om programmets effektivitet. Tobaksfri Duo får bedömas som ha starkare evidensgrad med fler utvärderingar samt publicerade vetenskapliga artiklar.

En annan metod som utvecklats under senare år för att användas i skolmiljö är SOTIS (Samtal om Tobak i Skolmiljö). Metoden, eller samtalsmodellen, är en nyutvecklad mall för att underlätta samtal om tobak

med elever i högstadiet (såväl tobaksbrukare som icke tobaksbrukare) och syftar till att minska tobaksbruket bland elever. Metoden får bedömas som lovande. Modellen är anpassad till arbetsförhållanden i den svenska skolan, där den kan användas både i samband med de rutinmässiga hälsokontrollerna och på spontanbesök hos elevvårdsteamet. Modellen har utvecklats utifrån befintligt vetenskapligt underlag: strukturerade, korta och upprepade insatser som anpassas efter elevens erfarenhet av tobak, samt användning av en blandning av kognitiv beteendeterapi (KBT) och motiverande samtal (MI).

En utvärdering av SOTIS samtalsmodell visade att det är ett praktiskt och hanterbart verktyg för att samtala om tobak i skolmiljön. Ett brett samarbete i skolmiljön ledde till positiva organisatoriska synergier mellan SOTIS och andra tobakspreventiva program/åtgärder på skolnivå. Säkra slutsatser vad gäller effektiviteten av den nya modellen i jämförelse med det traditionella samtalet kunde dock inte dras, eftersom det i högstadiet fortfarande är få elever som använder tobak regelbundet. Resultaten indikerar dock att SOTIS samtalsmodellen kan ha en gynnsam inverkan på kort sikt för elever med aktuellt tobaksbruk. När den användes systematiskt (t.ex. inom rutinmässiga hälsokontroller av elever) kunde också tecken (icke statistiskt säkerställda) på positiva effekter på skolnivå konstateras i form av en minskning av daglig rökning (se Galanti, m.fl., 2010). De två starka egenskaperna i SOTIS är den evidensbaserade samtalsmodellen, baserad på "state of art" information från tidigare forskning, samt den randomiserande utvärderingsmetoden med god uppföljning i datainsamlingen.

Ytterligare en metod som testats i liten skala bygger på det välbekanta fenomenet majoritetsmissförståndet vilket i korthet innebär att ungdomars föreställningar

om jämnåriga ofta är felaktiga och överdrivna. Man tror att "alla andra" har gjort det man själv inte gjort, t.ex. druckit sig berusad, haft sex. Metoden går ut på att korrigera för detta att genom att ställa elevernas föreställning om andras vanor i relation till de faktiska. Båda kan mätas i en drogvaneundersökning. På detta sätt kan eleverna utbildas kring sociala överdrifter så att det leder till mer realistiska uppfattningar om jämnårigas vanor. I ett mindre försök i Vänersborgs kommun, genomförd av Västra Götalandsregionen, Göteborgs universitet och Länsstyrelsen (delfinansierad av Statens folkhälsoinstitut) visades att elevernas bruk av tobak låg lägre i de skolor som fick denna insats jämfört med skolor som inte fick denna insats (kontrollskolor) (VG-regionen, 2011). Det är rimligt, men inte säkert, att den pedagogiska insatsen bidrog till den positiva utvecklingen. Liknande resultat har erhållits från en utvärdering av ett liknande danskt projekt med fokus på majoritetsmissförstånd (normative misperceptions) både vad gäller förändringar i tobaksvanor men också andra beteenden, däribland alkoholberusning och narkotikaanvändning (Ringstedtprojektet, www.reingstedtprojektet.dk.).

Eftersom det finns indikationer på att även denna metod ger positiva resultat inom tobaksområdet, motiverar detta till att pröva metoden i större skala i flera kommuner med mer utvecklad utvärderingsdesign.

Andra insatser riktade till unga

Tobaksavvänjning för ungdomar är under utveckling, och erbjuds i dag på vissa orter av t.ex. skolhälsovården, studenthälsan, ungdomsmottagningar och folktandvården. Samma sak gäller motiverande samtal (MI). Ungdomar kan ringa Sluta-Röka-Linjen.

Internetbaserade interventioner kommer bli vanligare framöver. Forsknings- och utvecklingsarbete

sker på många håll, så även i Sverige. När det gäller just tobak har Psykologer mot Tobak i samarbete med Ungdomsmottagningen på Internet (UMO) skapat ett Internet- och SMS-baserat tobaksavvänjningsprogram för ungdomar. Programmet har utvecklats i Danmark och är vetenskapligt utvärderat och är under utveckling i Sverige.

Sammanfattningsvis har flera tobakspreventionsmetoder utvecklats och testats i Sverige med vetenskapligt väl grundade komponenter. En metod har relativt sett gott vetenskapligt stöd (Tobaksfri Duo), tre andra är lovande men bör utsättas för ytterligare prövning (flerkomponentsmodellen, SOTIS, dvs. strukturerade, korta och upprepade insatser genom en mix av kognitiv beteendeterapi och motiverande samtal, samt korrigering av majoritetsmissförståndet). Enligt projektgruppens sätt att se det bör således samtliga, inklusive Tobaksfri Duo, utsättas för större vetenskapliga prövningar med god design (RCT). Arbetet ute i landet kommer dock inte att stanna av under tiden. Samtidigt med mer forskning, menar projektgruppen, att spridningen och omfattningen av dessa metoder, som alla måste bedömas som lovande, bör följas.

I kapitel 5.2 gavs förslag på indikatorer på basis av data från Länsrapporten relevanta för tobaksprevention med fokus på tillsyn och efterlevnad av tobakslagen. Länsrapporten ställer också frågor om tobaksförebyggande insatser, vilka också bör användas i syfte att följas upp över tid som indikatorer.

Följande indikatorer föreslås:

1. Spridningen av Tobaksfri Duo eller liknande metod med hjälp av uppgifter från SMART och Tobaksfri DUO (antal kommuner, antal elever).
2. Antal kommuner som driver försök/utvecklings-

arbete med någon av de ovan nämnda programmen: flerkomponentsmodellen, SOTIS (eller liknande) samt majoritetsmissförståndskorrigeringar.

3. Andel kommuner som använder strukturerade program för att förebygga tobaksdebut i grundskolan och i gymnasieskolan.
4. Andel kommuner som uppger att handlingsplaner för tobaksavvänjning finns i kommuns grundskolor och i kommunens gymnasieskolor.
5. Andel kommuner som uppger att åtgärder genomförs för att förebygga vattenpipa.
6. Andel kommuner som använder sig av metoden Tobaksfri Duo eller liknande metod.

Uppgifter för indikator 1 erhålls från de som sprider programmet (SMART och Tobaksfri Duo). Indikatorerna 2–6 bygger på data från Länsrapporten riktad till kommunerna. Indikator 2 kan inte mätas i dag men projektgruppen föreslår att frågan/frågorna inkluderas i Länsrapporten framöver.

Ansvarig för samtliga dessa indikatorer bör vara Statens folkhälsoinstitut.

7.4 Ökad användning av befintliga verksamma metoder för att skjuta upp alkoholdebuten och minska den skadliga alkoholkonsumtionen (prioriterat mål 3.3)

Fortsatt satsning för att minska langningen

Här menar projektgruppen att fokus bör ligga på att följa upp spridningen och metodefterlevnad vid implementering av Kronobergsmodellen i olika kommuner i Sverige. Kronobergsmodellen och de indikatorer som föreslås redovisades under mål 1 (kap. 5.3).

Vidare bör antalet kommuner som uppger att de

bedriver andra åtgärder mot langning till ungdomar studeras (t.ex. informationsinsatser eller polis-ingripanden), men som inte samtidigt uppger att de arbetar med Kronobergsmodellen.

För att öka kunskapen om tonåringar och alkohol samt minska langningen har också en bred informationsinsats mot langning genomförts under 2010 och 2011. Målgruppen har främst varit föräldrar men även andra vuxna. Se nedan om *Tänk om*.

I regeringens åtgärdsprogram för ANDT-politiken 2012 betonas också vikten av särskilda insatser för att nå syskon och äldre ungdomar som ofta är de som förser unga med alkohol. Här har ett utvecklingsarbete påbörjats på CAN med en förstudie som ett första steg. Denna gäller unga vuxna i åldern 20–25 år. I ett första skede genomförs en litteraturstudie som omfattar efterfrågeminnsatser både avseende alkohol och tobak. Därefter genomförs målgruppsundersökning avseende alkohol, en kvantitativ undersökning på riksnivå och fördjupning genom en kvalitativ undersökning. Resultat och analyser av studier och undersökningar kommer ligga till grund för förslag på insatser som kan riktas mot denna grupp av unga vuxna. Det är rimligt att ett förslag på intervention riktad mot denna grupp färdigställs, utvecklas, utvärderas och börjar användas under strategiperioden.

Tänk om

Tänk om är en informationsinsats med föräldrar till tonåringar som primär målgrupp. Målsättningen är att föräldrar inte ska bjuda på eller köpa ut alkohol till sina barn. Upplägget har initialt varit att skapa strukturer för ett mer långsiktigt arbete på lokal och regional nivå. Insatserna genomförs av regionala aktörer med ett regionalt anpassat faktaunderlag. Statens folk-

hälsoinstitut har rollen som nationell samordnare/projektledning för insatserna vilket inkluderar uppföljning och utvärdering. Statens folkhälsoinstitut tillhandahåller ett nationellt sammanhållet kommunikationspaket som förmedlas till ANDT-samordnare på länsstyrelsen. Informationen sprids lokalt genom länsstyrelser, polis, kommuner och den idéburna sektorn i samverkan.

Avsikten med den samlade satsningen är långsiktigt planerade och samverkande insatser som sträcker sig över hela strategiperioden. Det ökar möjligheten att uppnå de mål som sätts för insatserna och ger andra aktörer i omvärlden, som idéburna organisationer, möjlighet att över tid bedriva insatser i samma linje och vid samma tidpunkt.

Det övergripande målet för *Tänk om* är att minska tillgängligheten av alkohol för tonåringar genom att få tonårsföräldrar att:

- förstå riskerna med en tidig alkoholdebut
- inse vikten av tydlig gränssättning, normer och värderingar kring alkohol
- aktivt avstå från att köpa ut alkohol till ungdomar under 20 år
- känna till att tonåringar främst får alkohol från kompisar och kompisars syskon, men även från egna syskon.

Arbetet fokuseras kring årets stora risktillfällen då många unga dricker alkohol för första gången och då många unga dricker sig berusade:

- valborg
- skolavslutning
- festivaler
- skolstart
- halloween/höstlov
- nyår

Tänk om bör följas upp årligen genom en telefonundersökning med avsedd målgrupp där man mäter räckvidd, gillande och effekt.

Tonårsparlören

Statens folkhälsoinstitut har fram t.o.m. 2012 producerat *Tonårsparlören* men fr.o.m. 2013 ligger ansvaret på IQ. *Tonårsparlören* är en bok som skickas hem till alla föräldrar med barn som ska fylla 14 år (födda 1999 år 2013). Den är utarbetad tillsammans med forskare, fältarbetare, läkare, psykologer, familjeterapeuter, föräldrar och tonåringar. Syftet med boken är att stötta tonårsföräldrar att tidigt rusta sin tonåring att fatta egna kloka beslut. År 2012 distribuerades den till ca 140 000 föräldrar.

Projektgruppen föreslår att en undersökning genomförs 2014 för att titta på hur *Tonårsparlören* emottas, används och uppfattas av målgruppen, Undersökningen skulle kunna genomföras i form av en riktad enkät till hushåll som mottagit boken (distribueras till ett urval av mottagarna och/eller fokusgrupper med hushåll som mottagit trycksaken). Följande frågor skulle kunna utgöra basen för indikatorer.

Förslag på indikatorer:

1. Andelen som uppger att de sett *Tonårsparlören* (spontan erinran)
2. Andelen som uppger att de sett den när de får se den (hjälp erinran)
3. Andelen som bläddrat, läst, läst och sparat
4. Andelen som anser att de fått fler/nya argument
5. Andelen som anser att de fått ökad kunskap

Denna undersökning skulle kunna genomföras vart fjärde eller femte år och åren däremellan genom webbenkät (länk i *Tonårsparlören*). CAN föreslås bli an-

svarig för mätningen och dess indikatorer.

Insatserna riktade till föräldrar genom exempelvis *Tänk om* syftar bl.a. till att skjuta upp debuten och att göra alkohol mer otillgänglig för unga under 18 år.

CAN har under flera år inom ramen för skolundersökningarna ställt frågor till eleverna både i årskurs 9 och gymnasiet år 2 om de får smaka alkohol hemma (smaka ur mina föräldrars glas, smaka enstaka glas och smaka mer än enstaka glas). Över tid har andelen som får smaka enstaka glas sjunkit kraftigt.

Följande indikatorer föreslås (Kronobergsmodellen, se kapitel 5.3):

1. Att en intervention/metod som syftar till att minska langning av alkohol från unga vuxna (20–25-åringar) till ungdomar under 20 år utvecklas och börjar implementeras under strategiperioden.
2. Att kampanjen *Tänk om* följs upp årligen genom en särskild telefonundersökning (ej den nämnda vuxenundersökningen) med avsedd målgrupp där man mäter räckvidd, gillande och effekt.
3. Andel föräldrar som uppger att de (a) sett och bläddrat/läst i *Tonårsparlören* (b) fått nya argument och (c) fått ökad kunskap genom parlören (genom riktad enkät till urval av målgruppen som fått parlören).
4. Andel elever i årskurs 9 och gymnasiet år 2 som uppger att de får smaka alkohol hemma (ur föräldrars glas, smaka enstaka glas och smaka mer än enstaka glas).
5. Andel kommuner som bedriver åtgärder mot langning (t.ex. informationsinsatser och polisingripanden) och som samtidigt på en annan fråga svarat det inte arbetar med Kronobergsmodellen eller en liknande metod.

CAN bör få uppdrag att genomföra och ansvara för indikatorerna 1–4, Statens folkhälsoinstitut för indikator 5. Indikatorerna 1–3 måste tas fram från grunden genom nya mätningar/insatser övriga två hämtas från pågående undersökningar (CAN:s skolundersökningar och Statens folkhälsoinstituts Länsrapport).

Fortsatt satsning för att ytterligare förbättra efterlevnaden av åldersgränser

Projektgruppen har tidigare, i samband med redovisningen av gruppens förslag på indikatorer över de långsiktiga målen, föreslagit flera indikatorer som syftar till att mäta efterlevnaden av åldersgränser. Främst görs detta genom provköpstudier och, som ett (be-gränsat) komplement, genom frågor till skolelever om de fått tag på alkohol direkt från Systembolaget, restauranger och i livsmedelsbutiker (folköl). När det gäller provköp, se också prioriterat mål 1.1, kapitel 5.2 i denna rapport (provköp inom ramen för tillsyns-arbetet).

Satsningar för att motverka alkoholreklam och alkoholkonsumtion i samband med idrott

Idéburna organisationer spelar en viktig opinionsbildande roll för att motverka alkoholkonsumtionen bland ungdomar. Ungdomsorganisationer och idrottsrörelsen arbetar aktivt mot langning men regeringen välkomnar en bredare ansats eftersom flera undersökningar visar att ungdomar som idrottar och är aktiva inom olika idrottsrörelser inte dricker mindre än andra. Bland något äldre ungdomar kan det t.o.m. vara det omvända. Idrottsrörelsen har därför behov av att diskutera och ta ställning till alkoholens inflytande i föreningslivet. Det gäller även förekomsten av reklam och marknadsföring av alkohol på idrottsarenor och i andra miljöer där unga vistas.

Ett viktigt första steg är se närmare på hur kommunerna arbetar och samarbetar med idrottsföreningar gällande ANDT-förebyggande frågor och, inte minst, som en första viktig åtgärd, om det ställs krav på att en ANDT-policy måste finnas eller utvecklas för att beviljas föreningsstöd. Sådana frågor ställs i Länsrapporten och kommer att följas under strategiperioden.

Projektgruppen anser vidare att ANDT-förebyggande ansökningar inriktad på idrott och alkohol bör ges hög prioritet i bedömning av fördelning av statliga medel för projekt år 2013. Inte minst angeläget är det att stimulera till forsknings- och utvecklingsarbeten som riktar in sig på förebyggande metoder för att stävja alkohol- och narkotikarelaterad våld i anslutning till idrottsevenemang, framför allt på och runt fotbolls- och ishockeyarenor. Detta diskuterar närmare under prioriterat mål 6.2 (kapitel 10.3).

Följande indikatorer föreslås:

1. Om kommunen har en policy om att idrottsföreningar i kommunen måste ha en alkohol- och/eller drogpolicy för att få föreningsbidrag (ANDT-policy). (Och om övriga föreningar i kommunen måste ha en alkohol- och drogpolicy för att få föreningsbidrag (ANDT-policy).
2. Om kommunen har ett regelbundet eller formaliserat samarbete (möten eller aktivitet/aktiviteter) med idrottsföreningar gällande det ANDT-förebyggande arbetet för alkohol, tobak, narkotika respektive dopning (ett svarsalternativ för respektive substans).

Båda indikatorerna bygger på data från Länsrapporten och ansvarig för både dessa bör vara Statens folkhälsoinstitut.

Insatser genomförs för att öka kunskapen om vikten av en alkoholfri uppväxt

Här föreslås inga särskilda indikatorer utan projektgruppen hänvisar till åtgärder som lyfts fram under de andra prioriterade målen i detta kapitel: satsningar för att minska langningen (t.ex. *Tänk om*) och satsningar för förbättrad efterlevnad av åldersgränser (både under kapitel 7.4) och ett ökat deltagande av föräldrar i det förebyggande arbetet enligt kapitel 7.6. Insatser inom samtliga dessa områden berör i större eller mindre utsträckning frågan om vikten av en alkoholfri uppväxt.

7.5 En hälsofrämjande skola (prioriterat mål 3.4)

I ANDT-strategin nämns skolan som en av flera viktiga arenor för att främja barns och ungdomars hälsa och för att arbeta med alkohol-, narkotika-, dopnings- och tobaksprevention. Skolans ansvar för frågor som rör hälsa och livsstilsfrågor anges i läroplaner och kurs- och ämnesplaner. I läroplanerna betonas rektorns ansvar för att eleverna får kunskaper inom vissa ämnesövergripande kunskapsområden, däribland undervisning om alkohol, tobak, narkotika och andra droger.

Skolverket har i ANDT-strategin fått i uppdrag att utforma och erbjuda utbildningsinsatser i syfte att stödja skolornas undervisning om alkohol, narkotika, dopning och tobak. Insatserna ska rikta sig till rektorer och annan personal i grund- och gymnasieskolan. Inom ramen för detta arbete har verket gett Linnéuniversitetet i uppdrag att ta fram en kunskapsöversikt med syfte att beskriva forskningsläget avseende ANDT-undervisningen i grund- och gymnasieskolan. Kunskapsöversikten färdigställdes under vintern 2012/13 (Skolverket, 2013). Vidare ingår i uppdraget att inventera det stödmaterial som finns på ANDT-om-

rådet (se Skolverket, 2012) och vid behov utforma och sprida ett nytt stödmaterial till skolhuvudmännen. I uppdraget ingår också att stödja skolornas generella arbete med skolframgång och ett gott skolklimat. Uppdraget ska slutredovisas 2014.

I Skolverkets lägesrapporter till regeringen (2011 och 2012) skriver verket att skolans insatser mot ANDT ryms inom tre olika områden:

- att arbeta med främjande insatser för goda resultat och trygghet,
- att uppmärksamma utsatta elever samt
- att samverka med andra myndigheter när en elev är i svårigheter och i behov av stöd.

Dessa tre fält ryms, enligt Skolverket, inom arbetet med hälsofrämjande skolutveckling, som dels sker genom generell skolutveckling för att elever ska uppnå goda resultat och trivas i skolan, dels genom att öka kvaliteten i den specifika undervisningen om ANDT.

En av Skolverkets uppgifter är att utforma utbildningsinsatser med syftet att stödja skolornas undervisning i ANDT. Grundskolor och gymnasieskolor bör således få möjlighet att ta del av de erbjudna utbildningsinsatserna,

Ett mätbart uppdrag är de utbildningsinsatser som Skolverket har att genomföra i enlighet med strategin. Insatserna bör ta sin utgångspunkt i främjande och förebyggande insatser som bygger på forskning och beprövad erfarenhet. Målgruppen är rektorer och annan personal i grund- och gymnasieskolan. Uppdraget bör leda till att utbildningsmaterial utvecklas och används så att ANDT-aktiviteter med högre kvalitet än i dag bedrivs på skolorna.

Skolverket planerar att genomföra utbildningsinsatser under 2013 och 2014. I det fall Skolverkets plan för uppföljning av utbildningsinsatserna innehåller

processindikatorer som mäter samma sak som de ovan föreslagna kan Skolverkets befintliga indikatorer användas istället.

Ytterligare en insats är den inventering av stödmaterial som Skolverket genomfört och redovisat under 2012, som syftar till att ge lärare underlag för ett genomtänkt och medvetet val av läromedel för ANDT-undervisning. Ett möjligt mått skulle här kunna vara att se närmare på hur många (andelen) lärare som uppger att de genomfört ett genomtänkt och medvetet val av läromedel för ANDT-undervisning.

Till sist vill projektgruppen nämna elevhälsans viktiga roll när det gäller råd och stöd till unga och när det gäller att identifiera och hjälpa barn som far illa men också att stödja elevens utveckling mot utbildningens mål. Skolverket har under strategiperioden i uppdrag att genomföra en rad insatser för att förstärka elevhälsan, bl.a. för att ta fram modell och indikatorer för att följa upp kvalitet på och tillgång till elevhälsa. De indikatorer som tas fram inom uppdraget bör på sikt helt eller delvis kunna integreras i indikatorerna för ANDT-strategin.

Följande indikatorer föreslås:

1. Andelen grundskolor respektive gymnasieskolor som tagit del av en viss insats, t.ex. kompetensutveckling inom ANDT.
2. Andelen rektorer, lärare eller annan skolpersonal som tar del av samma utbildningsinsats.
3. Att ett urval av Skolverkets indikatorer för att följa arbetet inom elevhälsan integreras i indikatorerna för ANDT-strategin.

Ansvarig för samtliga indikatorer: Skolverket.

7.6 Ett ökat deltagande av föräldrar, idéburna organisationer och näringsliv i det förebyggande arbetet (prioriterat mål 3.5)

Under detta prioriterade mål behandlas insatser som rör eller bedrivs av andra än statliga myndigheter, kommuner och landsting, dvs. det civila samhället genom föräldrar (föräldrastöd) och idéburna organisationer. Även näringslivets möjligheter att engagera sig i förebyggande arbete lyfts fram. Samverkan mellan myndigheter och ideella organisationer och dialoger med näringslivet betonas som viktiga steg i detta arbete.

Föräldrastöd

Det är regeringens uppfattning att det är viktigt att föräldrar liksom idéburna organisationer och näringsliv är engagerade i det förebyggande arbetet. Tydliga gränser, normer och värderingar bland föräldrar och andra vuxna förebilder har betydelse för barnens inställning och framtida vanor (se t.ex. Bremberg, 2004). Insatser för att utveckla föräldrastödet i det ANDT-förebyggande arbetet är därför viktigt.

Under den tidigare alkohol- och narkotikahandlingsplansperioden utvecklades och spreds olika strukturerade föräldrastödprogram med stöd av statliga medel. Flera av programmen har haft en positiv effekt. Det finns ett behov av att hitta långsiktiga lösningar för dessa program.

År 2009 beslutade regeringen om en nationell strategi för ett utvecklat föräldrastöd. Föräldrastödstrategin betonade vikten av att stödet bygger vidare på befintliga strukturer, främjar samverkan och skapar förutsättningar för föräldrar att mötas. Utgångspunkten är ett universellt förebyggande föräldrastöd, dvs. att alla föräldrar ska erbjudas samma möjligheter till stöd och hjälp. Målsättningen är att via

föräldrar främja barns hälsa och positiva utveckling och maximera barnets skydd mot ohälsa och sociala problem. Statens folkhälsoinstitut arbetade med att sprida strategin genom flera olika uppdrag med olika syften. Det största av dessa uppdrag var kommunala strategier för föräldrastöd där tio kommuner har fördelats medel för utveckling av kommunala strategier för föräldrastöd, ett uppdrag som nu är avslutat. I detta arbete samverkade kommunerna med olika forskningslärosäten för att utveckla kommunala strategier för föräldrastöd. Tillsammans med samverkande kommuner var totalt sett ett 70-tal kommuner involverade i utvecklingsarbetet. Inom ramen för uppdraget ingick också dialogforum föräldrastöd, samverkansgrupp föräldrastöd, och ett webbaserat system för öppna jämförelser föräldrastöd (för mer information se Statens folkhälsoinstituts webbplats).

Sammantaget innebär dessa breda och omfattande satsningar att föräldrastöd under senare år bör ha spridits till allt fler kommuner och till fler föräldrar. Föräldrastödprogram är här en form av föräldrastöd, webbplatser på internet, föräldragrupper inom mödrhälsovården och barnhälsovården, grupper via Studieförbundet m.m. andra former.

Fler föräldrar över tid bör således genom satsningarna, främst genom generellt stöd men till viss del även selektivt/indikativt, ha uppmärksammat att föräldrastöd erbjuds i sin hemkommun eller landsting. Fler bör också ha blivit erbjudna att delta och fler föräldrar bör också ha deltagit i specifika föräldrastöd och program. Detta är vad strategin i grunden egentligen syftar till: att fler föräldrar har möjlighet att ta del av föräldrastöd om de så önskar.

I en kartläggning av kommunernas arbete med föräldrastödjande insatser 2011 genom intervjuer med nyckelpersoner i 102 kommuner visade Statens folk-

hälsoinstitut att kommunerna kommit en bra bit på väg när det gäller att prioritera och utveckla det lokala föräldrastödet. De kommuner som fått del av regeringens strategi för ett utvecklat föräldrastöd (projektkommuner) visade på en högre nivå av samverkan, bredare utbud av föräldrastödsprogram och i större utsträckning en budget avsatt för föräldrastöd (för 2012) jämfört med ett urval övriga kommuner i Sverige (Statens folkhälsoinstitut, 2012b). Liknande kartläggningar via kommunsvar (av ett urval kommuner) har gjorts tidigare där också försök till skattningar av den samlade aktiviteten i landet uttryckt i antal deltagande föräldrar i föräldrastöd som andel av en årskull barn. Enligt dessa skattningar har den samlade aktiviteten ökat från 1 procent 2004, 3 procent 2006, till 5 procent 2008 (t.ex. Lager & Bremberg, 2009).

Projektgruppen vill här använda Länsrapportens frågor till kommunerna om vilka strukturerade föräldrastödsprogram som erbjuds. Frågorna har ställts under flera år vilket ger möjlighet att se bedöma utvecklingen sett över en lite längre tidsperiod. Frågorna är inte optimala men kan ge en övergripande bild av kommunernas satsning på olika former av föräldrastöd.

Statens folkhälsoinstitut genomförde också under hösten 2012 på uppdrag av regeringen, en fördjupad och mer omfattande kartläggning av föräldrastödsarbetet i samtliga kommuner, samtliga landsting samt urval av ideella organisationer. Det pågår också diskussioner om eventuella kommande kartläggningsuppdrag, vilket om det blir aktuellt bör kunna fungera som underlag för uppföljning av föräldrastödsinsatser. Data från denna omfattande kartläggning 2012 och med eventuell uppföljning bör användas som indikatorer inom detta prioriterade mål.

Eftersom målgruppen faktiskt är föräldrar bör också dessa tillfrågas direkt om dels erbjudande att delta,

dels faktiskt deltagande i föräldrastöd. Inom ett av Statens folkhälsoinstituts uppdrag inom föräldrastödstrategin (kommunala strategier) mättes i två av delprojekten (Stockholms län och Kalmar län) föräldrarnas erbjudande och deltagande i föräldrastöd före och efter den tvååriga satsningen genom att vid båda mättillfällena intervjuas 200 slumpmässigt utvalda föräldrar per kommun. Dessutom intervjuades 1500 (*) föräldrar i närliggande kommuner men som ej deltog i projektet. Stora förändringar i deltagande framkom över de två åren i flera av projektkommunerna. Frågorna finns således framtagna, pilottestade och använda. Datasamlingen fungerade väl. Dessa frågor bör bilda grunden för en större nationell kartläggning av föräldrars grad av föräldrastödsmedverkan.

Redan 2003 genomfördes en enkätundersökning riktad till ett representativt urval av föräldrar till barn i ålder 0–17 år med frågor om föräldrastöd. Där ställdes frågor om föräldrars intresse att delta, men inte faktiska frågor om de deltagit. Den nya kartläggning som föreslås genomföras under 2013, inom ramen för den nämnda vuxenundersökningen, bör beakta denna tidigare mätning och inkludera några av de mest centrala frågorna från denna i syfte att kunna göra åtminstone en grov jämförelse mellan 2003 och 2013.

Regeringens föräldrastödssatsning baseras främst på universella, icke ANDT-specifika, program men kan trots detta mycket väl långsiktigt också påverka föräldrarnas hållning och inställning i ANDT-frågor och i slutändan därmed påverka barnens benägenhet att prova och använda ANDT.

Därtill finns också flera ANDT-specifika föräldrastödprogram (oftast med fokus på alkohol) som också fått stor spridning såväl inom som utanför ramen av föräldrastöds- och ANDT-strategin. Vidare bör läggas till alla de insatser som under senare år genomförts i syfte

att påverka föräldrarnas attityder till att köpa ut och bjuda sina barn och andra ungdomar på alkohol (t.ex. informationssatsningen *Tänk om*). Det är därför av vikt att över tid kartlägga föräldrars ställningstagande och handlande i ANDT-frågor.

Ett sätt att mäta hur detta ändras över tid är CAN:s frågor (påståenden) riktade till elever i årskurs 9 och gymnasiet år 2 i de årliga skolundersökningarna om deras föräldrars inställning till att de dricker alkohol, röker hasch, röker cigaretter, snusar respektive dricker sig berusad (hur okej det är). Dessa borde, som indikatorer, följas upp varje år.

Följande indikatorer föreslås:

1. Andel föräldrar som uppger att de erbjudits föräldrastöd under det senaste året/de senaste två åren. (Två år användas som observationsperiod i den ovan nämnda studien i Stockholms län och Kalmar län).
2. Andel föräldrar som uppger att de deltagit i föräldrastöd under det senaste året/de senaste två åren.
3. Antal erbjudna föräldrastödsprogram per kommun (medelvärde) enligt lista på föräldrastödsprogram i Länsrapportsenkäten.
4. Omfattningen av föräldrastöd enligt den skattning som Statens folkhälsoinstitut genomförde under hösten 2012.
5. Andel elever i årskurs 9 och gymnasiet år 2 som uppger att föräldrarna tycker det är okej/ej okej att man (1) dricker alkohol, (2) röker hasch, (3) röker cigaretter, snusar (4) dricker sig berusad.

För indikatorerna 1–2 härrör data från den planerade vuxenundersökningen där föräldrar kommer bli över-samlade. Indikator 3 baseras på data från Länsrapporten riktad till kommunerna och indikatorerna 4–5 baseras på elevsvar från CAN:s riksrepresentativa skolundersökningar.

Statens folkhälsoinstitut bör ha ansvaret för indikator 3–4, CAN för övriga tre. Indikator 4 har tillkommit jämfört med en tidigare version av rapporten. Den exakta definitionen och operationalisering av indikatorn får den ansvariga utforma.

Samarbetet och samverkan fördjupas mellan statliga myndigheter, kommuner, landsting och idéburna organisationer och antalet gemensamma verksamheter öka

ANDT-strategin betonar nödvändigheten av att den ideella sektorn genom sin kunskap, erfarenhet och breda utbud av stödverksamheter deltar och är engagerad i det förebyggande arbetet. Överenskommelsen (se www.overenskommelsen.se) mellan regeringen, idéburna organisationer inom det sociala området och Sveriges Kommuner och Landsting innehåller flera generella principer som ska utveckla relationerna och tydliggöra rollerna parterna emellan. Denna överenskommelse ska vara vägledande för respektive part. Målet under strategiperioden är att samtliga kommuner ska ha byggt upp en struktur och en plan för löpande samordning och samverkan med de idéburna organisationerna.

Överenskommelsen spänner dock över hela det sociala fältet och inte endast specifikt ANDT-området. I ljuset av omfattningen av antalet föreslagna indikatorer och det arbete som väntar med nödvändiga prioriteringar väljer projektgruppen att inte föreslå någon indikator på detta område. Projektgruppen anser dock att det behövs ett samlat grepp framöver, förslagsvis någon form av studie/bedömning av om de generella principerna som är grunden för samverkan utvecklats i enlighet med överenskommelsen, detta genom att ställa frågor till de deltagande parterna.

Fortsatt dialog föras mellan regeringen, myndigheter och idéburna organisationer

Under prioriterat mål 3,5 skriver regeringen om vikten av en fortsatt dialog mellan regeringen, myndigheter och idéburna organisationer för att genomföra ANDT-strategin.

Här föreslår projektgruppen en kartläggning riktad till de idéburna organisationerna och till myndigheter i syfte fånga in hur denna dialog utvecklats under strategiperioden. CAN har stor erfarenhet av att arbeta med frivilligorganisationer och är en lämplig kandidat till att genomföra kartläggningen. CAN bör inom ramen för kartläggningen samarbeta med Örebro universitet, Institutionen för folkhälsovetenskap, som har lång erfarenhet av att utvärdera frivilligorganisationers alkohol- och drogförebyggande arbete. Undersökningen bör genomföras en gång under strategiperioden, lämpligast under 2014 eller 2015 och måtten bör betraktas som utvecklingsindikatorer.

Följande utvecklingsindikator föreslås:

1. Frågor till idéburna organisationer och myndigheter som så specifikt som möjligt mäter hur dialogen mellan regeringen, myndigheter och idéburna organisationer ser ut och har utvecklats. CAN föreslås som ansvarig för indikatorn.

En dialog med näringslivet påbörjas med syfte att stimulera till fler företagariaktivitet och förbättrad egenkontroll av gällande lagstiftning och frivilligkoder

Allt fler företag arbetar i dag aktivt med socialt ansvarstagande och samhällsansvar, så kallat Corporate Social Responsibility (CSR). Samarbetet med företag som arbetar aktivt med dessa frågor bör prioriteras och samarbetsformer mellan statliga myndigheter

eller kommuner och näringsliv behöver utvecklas. Under strategiperioden bör en dialog mellan regeringen och näringslivet påbörjas för att stimulera fler företagariaktivitet och förbättrad egenkontroll av gällande lagstiftning och frivilligkoder.

Under 2012 arrangerades ett antal regionala sammankomster under benämningen näringslivsdialoger. Syftena med dessa var att uppmärksamma det arbete som görs, belysa omfattning och engagemang för ANDT-frågor inom regionalt och lokalt näringsliv samt tydliggöra näringslivets förutsättningar, möjligheter och vilja att engagera sig.

Näringslivet och det civila samhället är betydelsefulla aktörer i strävan att förebygga och verka mot konsekvenserna av skadligt bruk av alkohol, narkotika, dopning och tobak (ANDT) i samhället. Inom näringslivet finns i dag goda exempel på företag som vid sidan av sin kärnverksamhet även uppvisar ett stort samhällsengagemang. Ett engagemang som kan ta sig många uttryck och innebära verksamheter med både uttalade och outtalade ANDT-förebyggande effekter.

Under ANDT-strategins långsiktiga mål 4 berörs arbetslivet som en arena för ANDT-insatser. I kapitel 8.5 (prioriterat mål 4.4) föreslår projektgruppen att en särskild undersökning riktad till ett slumpvis urval arbetsplatser ska genomföras i syfte att kartlägga hur stor andel av svenska arbetsplatser som arbetar med någon form av aktivitet för att förebygga eller åtgärda alkohol- och narkotikaproblem på sin arbetsplats. Den undersökningen bör också inkludera ett begränsat antal frågor som rör näringslivets engagemang och insatser i ANDT-frågor. Exakt hur frågorna ska utformas får bestämmas av den indikatoransvarige i samråd med projektgruppen och uppföljningsansvarig myndighet. Det är oklart om dessa framtida frågor kan användas som indikatorer utan bör betraktas som basen för utvecklingsindikatorer.

Följande övergripande utvecklingsindikatorer föreslås:

1. Andel företag som uppger att de arbetar aktivt med olika former av med socialt ansvarstagande och samhällsansvar.
2. Andel företag som uppger att de i någon form arbetar eller på annat sätt stödjer ANDT-förebyggande insatser.

STAD föreslås som ansvarig arbetsplatsundersökningen och de indikatorer som ska mätas (kap. 8.5). STAD bör därför även ansvara för ovan föreslagna indikatorer.

7.7 Ett sammantaget mått på kommunernas preventiva arbete – Preventionsindex

Under flera år har det pågått ett omfattande forskningsarbete på Karolinska institutet i syfte att utveckla ett s.k. Preventionsindex med data från framför allt Länsrapportens kommunalar. Indexet avser att mäta de väsentligaste delarna av en kommuns alkoholpreventiva förebyggande) arbete för att på så sätt studera omfattning och skillnader mellan kommuner i detta arbete. Grundfrågan är om det finns någon koppling mellan omfattning och utveckling av alkoholrelaterade problem och omfattning/utveckling av preventiva insatser, dvs. har kommunernas alkohol-förebyggande arbete någon betydelse för alkohol-problemens omfattning och utveckling lokalt. Indexet är uppbyggt på 37 indikatorer (frågor) kring fem dimensioner (som alla mäts på lokal nivå): policyarbete, personal/budget för förebyggande arbete, antal tillstånd och tillsynsaktiviteter, samverkan och sist, men inte minst, olika preventionsaktiviteter (metoder). Preventionsindex går mellan 0 till 100 poäng med maximalt 20 poäng per dimension. De olika dimen-

sionerna mäts delvis i andra mål inom ramen för ANDT-strategin men det är värdefullt att få en helhetsbild av utvecklingen.

Ett förslag till vetenskaplig artikel om Preventionsindex konstruktion och Preventionsindex poängutveckling över tid är inskickad till tidskrift och genomgår således expertgranskning. Projektgruppen ser det som viktigt att följa utvecklingen av Preventionsindex under hela strategiperioden (med data från och med år 2006), åtminstone som ett komplement till övriga indikatorer. Nästan allt forsknings- och utvecklingsarbete är avklarat, preliminärt index finns och tar relativt lite tid i anspråk att uppdatera och följa över tid. Flera av indexets dimensioner har bäring även på det förebyggande arbetet avseende narkotika, dopning och tobak. Fokus ligger dock på alkohol. Det är önskvärt att se över möjligheterna att bredda det befintliga eller skapa nytt/nya index så att hela det ANDT-förebyggande arbetet inkluderas.

Följande indikatorer föreslås:

1. Antal poäng på Preventionsindex totalt och per underliggande dimension.
2. Att möjligheterna att med befintliga data från Länsrapporten skapa ett ANDT-index utreds.

Statens folkhälsoinstitut föreslås som ansvarig för båda indikatorerna.

8. Prioriterade mål under långsiktigt mål 4: Antalet personer som utvecklar skadligt bruk, missbruk eller beroende av alkohol, narkotika, dopningsmedel eller tobak ska successivt minska

Prioriterade mål

- Hälso- och sjukvårdens arbete med att förebygga ANDT-relaterad ohälsa ska utvecklas (kapitel 8.2)
- Minskat riskbruk och intensivkonsumtion av alkohol bland studenter och bland unga vuxna med psykisk ohälsa (kapitel 8.3)
- Förutsättningarna för tandvården att arbeta med tobaks-prevention bör öka (kapitel 8.4)
- Förutsättningarna att i ett tidigt skede kunna uppmärksamma och åtgärda ANDT-problem i arbetslivet bör förbättras (kapitel 8.5)

8.1 Inledning

Medan långsiktiga mål 3 och tillhörande prioriterade mål (mål 3) berör barn och unga berör detta mål vuxna och unga vuxna. Det första prioriterade målet (4.1) rör hälso- och sjukvårdens förebyggande arbete genom de nationella sjukdomsförebyggande riktlinjerna. Detta mål ges relativt sett stort utrymme i detta kapitel vilket är naturligt då arbetet är omfattande, riktlinjerna baseras på evidens och rör en stor del av svenska befolkningen. De flesta svenskar besöker primärvården mer eller mindre regelbundet. Här har också ett arbete pågått under många år och utvecklingsindikatorer finns fastställda. Möjligheterna att kunna använda indikatorer för att följa upp riktlinjerna kommer dock att vara begränsade under flera år.

Det prioriterade mål (4.2) som rör minskat riskbruk och intensivkonsumtion bland studenter och unga vuxna kommer framför allt att fångas upp genom att mäta insatser som genomförs på ett urval av landets studenthälsomottagningar. Här har också ett omfattande arbete pågått under flera år inom ramen för det tidigare s.k. Riskbruksprojektet. Detta arbete med ett urval mottagningar har påbörjats genom ett uppdrag från Statens folkhälsoinstitut till STAD (Stockholms läns landsting/Karolinska institutet). Arbetet syftar till att bereda vägen för utveckling och, framför allt, utvärdering av en studentanpassad metod riskbruksmodell (kort rådgivning). Detta arbete bör bilda utgångspunkten för viktiga indikatorer.

Det tredje prioriterade målet (4.3) rör tandvårdens förutsättningar att arbeta tobaksförebyggande. Tandvården har erfarenhet av att tidigt identifiera ungdomar och vuxna som använder tobaksprodukter och har också erfarenhet av att hjälpa personer att ändra skadliga beteenden. De kommer också i kontakt med patienter innan dessa påbörjar sitt tobaksbruk eller innan de har utvecklat symptom på sjuklighet p.g.a. sitt tobaksbruk, vilket möjliggör ett förebyggande arbete i ett tidigt stadium. Här handlar insatserna, och tänkbara indikatorer, om den metod som nyligen utvecklades av Statens folkhälsoinstitut och som testas och utvärderas av Socialstyrelsen.

Det prioriterade målet (4.4) om arbetslivet har under många år lyfts fram som en viktig arena för framför allt alkoholförebyggande arbete. En hel del har också genomförts i Sverige under de senaste åren, inte minst inom det delprojekt inom Riskbruksprojektet, förlagt till Statens folkhälsoinstitut, som hade till uppgift att öka företagshälsovårdens kompetens vad gäller sekundärpreventiva metoder som screening och kort rådgivning. Delprojektet spred kunskap till arbetsplatser för att därmed öka takten på implementeringen av evidensbaserade metoder för att tidigt upptäcka och åtgärda alkoholproblem i arbetslivet. Inom ramen för delprojektet genomfördes 2010 en kartläggning av alkohol- och narkotikaförebyggande insatser på Sveriges arbetsplatser. En liknande replikerande undersökning kan ge svar på dagens omfattning av det alkohol-, narkotika- och tobaksförebyggande arbetet (tobaksfrågor ställdes inte i den förra kartläggningen).

8.2 Hälso- och sjukvårdens arbete med att förebygga ANDT-relaterad ohälsa ska utvecklas (prioriterat mål 4.1)

Det är väl känt att sunda levnadsvanor förebygger en stor andel av all kranskärslsjukdom och stroke (ca 80 procent) och 30 procent av all cancer (WHO, 2011a, 2011b). Hälsosamma levnadsvanor kan också förebygga eller fördröja utvecklingen av typ 2-diabetes (WHO, 2011c). Även den som redan är sjuk kan snabbt göra stora hälsovinster med förbättrade levnadsvanor. Ändå har det sjukdomsförebyggande arbetet ingen självklar ställning i hälso- och sjukvården. Det finns heller ingen enhetlig praxis och det råder stora variationer mellan olika landsting och vårdenheter. Detta trots att hälso- och sjukvården ska arbeta för att förebygga ohälsa enligt hälso- och sjukvårdslagen (1982:763).

Med hälso- och sjukvård avses enligt lagen åtgärder för att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador. Den som vänder sig till hälso- och sjukvården ska när det är lämpligt ges upplysningar om metoder för att förebygga sjukdom eller skada. I propositionen "En förnyad folkhälsopolitik" (prop. 2007/08:110) framhåller regeringen att hälso- och sjukvården i större utsträckning bör integrera ett sjukdomsförebyggande perspektiv i det löpande arbetet.

Eftersom hälso- och sjukvården möter många människor i sin verksamhet, och har ett högt förtroende hos allmänheten, finns goda förutsättningar för hälso- och sjukvården att effektivt stödja individer i valet att förändra sina levnadsvanor. Regeringen anser därför att det finns skäl att vidta åtgärder för att stödja och utveckla hälso- och sjukvårdens hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbete så att det blir en integrerad del i hälso- och sjukvårdens dagliga verksamhet. För att främja en utveckling i denna riktning har regeringen gett Socialstyrelsen i uppdrag att stödja införandet av de nationella riktlinjerna för sjukdomsförebyggande metoder.

Riktlinjer för sjukdomsförebyggande arbete publicerades av Socialstyrelsen 2011 (Socialstyrelsen, 2011a) och berör metoder för att förebygga sjukdom genom att stödja förändring av tobaksbruk, riskbruk av alkohol, otillräcklig fysisk aktivitet och ohälsosamma matvanor. I uppdraget, som pågår t.o.m. 2014, ingår att tillsammans med företrädare för olika professioner sprida kännedom om riktlinjerna, att kartlägga behovet av och stödja metodutveckling på området, att skapa en interaktiv utbildning samt att utveckla modeller eller metoder för att säkerställa datatillgång för uppföljning av riktlinjerna.

En viktig del i uppdraget är att stödja hälso- och sjukvården i arbetet med att skapa strukturer och

arbetssätt som ger förutsättningar för ett effektivt hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbete. I uppdraget ska Socialstyrelsen samråda med Statens folkhälsoinstitut och Sveriges Kommuner och Landsting samt andra organisationer myndigheten finner lämpliga.

Som en del i arbetet med att integrera det hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbetet i hälso- och sjukvården stödjer regeringen vidare nätverket Hälsofrämjande sjukhus och vårdorganisationer. Nätverket, där i dag ett 80-tal sjukhus eller vårdorganisationer är medlemmar, arbetar för en hälsofrämjande hälso- och sjukvård. Arbetet sker bl.a. inom temagrupperna tobaksprevention och alkoholprevention med syfte att ge medlemssjukhusens vårdpersonal kunskap om metoder i tobaksavvänjning samt för att minska riskfylld alkoholkonsumtion.

Det prioriterade målet 4.1 berör således nästan uteslutande det pågående och omfattande sjukdomsförebyggande riktlinjearbetet. I Socialstyrelsens riktlinjeuppdrag ingår att utarbeta indikatorer som ska spegla kvaliteten i det sjukdomsförebyggande arbetet. Indikatorerna ska kunna användas som underlag för uppföljning och utveckling av verksamheter, samt för öppen redovisning av hälso- och sjukvårdens strukturer, processer, resultat och kostnader. Projektgruppen bedömer att det är detta arbete som bör prioriteras i strävan att långsiktigt finna goda och hållbara indikatorer och som kan följa kvaliteten och således svara på frågan huruvida hälso- och sjukvården i en allt ökad utsträckning arbetar i enlighet med riktlinjerna.

Det kommer emellertid att ta flera år av arbete innan de utvecklingsindikatorer som föreslagits kan användas i praktiken med datakällor av hög kvalitet som underlag. Ett utvecklingsarbete pågår men det kommer inte att kunna färdigställas under ANDT-

strategiperioden. Detta beror inte på dåliga indikatorer i sig – definitionerna är rimliga – utan på bristfälliga data.

Socialstyrelsen kommer dock att även i ett kortare tidsperspektiv (projektperioden 2012–2014) försöka mäta det som de föreslagna process- och resultatindikatorerna syftar till, dock med data av sämre precision och kvalitet. Det är osäkert om man härvidlag kommer att kunna ge en bild av riktlinjearbetets utveckling under projektperioden. Detta gäller såväl processer som resultat.

Projektgruppen ger inga andra huvudförslag på indikatorer än de som fastställts inom riktlinjearbetet utan vill betona vikten av att arbetet med att få fram faktiska mätbara indikatorer av de fastställda utvecklingsindikatorerna ges hög prioritet. Detta är ett tidskrävande och omfattande arbete där flera centrala frågor måste lösas under tiden.

Det bör nämnas att mycket av det som redogörs för under prioriterat mål 4.1 också är relevant för stora delar av mål 5 och det indikatorarbete som pågår inom ramen för arbetet med riktlinjer för missbruks- och beroendevården. I båda fallen är problemen till stora delar desamma med avsaknad av datakällor av god kvalitet.

Mer om riktlinjerna, indikatorerna och utmaningarna

I strategin tas två insatser upp under prioriterat mål 4.1: hälso- och sjukvården ska integrera det sjukdomsförebyggande perspektivet och de sjukdomsförebyggande riktlinjerna ska spridas och tillämpas. Båda hänger ihop. Ett första steg är integrering och därefter kan spridning och tillämpning påbörjas.

De levnadsvanor riktlinjerna tar upp är tobaksbruk, riskbruk av alkohol, otillräcklig fysisk aktivitet samt ohälsosamma matvanor. Här behandlas tobaksbruk

och alkohol. Grunden för merparten av alla åtgärder i riktlinjerna är någon form av rådgivning eller samtal. Åtgärderna har delats upp i tre övergripande nivåer: enkla råd, rådgivande samtal och kvalificerat rådgivande samtal. Alla rekommendationer avser således någon form av rådgivning/samtal och bygger på dessa tre nivåer.

Nedan ges en redogörelse för Socialstyrelsens (2011) riktlinjer och rekommendationer och med några kommentarer från projektgruppen när det gäller indikatorer.

Alkohol

Med *riskbruk av alkohol* avses en hög genomsnittlig konsumtion av alkohol eller intensivkonsumtion av alkohol minst en gång i månaden. En hög genomsnittlig konsumtion definieras som en alkoholkonsumtion som överstiger 14 standardglas per vecka för män och nio standardglas för kvinnor. Med intensivkonsumtion avses en alkoholkonsumtion av fem standardglas eller fler vid ett och samma tillfälle för män och fyra standardglas eller fler för kvinnor. Detta stämmer väl med projektgruppens föreslagna indikatorer (se långsiktigt mål 4). Däremot skiljer sig Socialstyrelsens förslag på val av frågor (mätinstrument) för att följa upp och mäta andelen med riskbruk och intensivkonsumtion.

Socialstyrelsen skriver vidare att bland personer med en alkoholkonsumtion som motsvarar ett riskbruk finns det de som redan har utvecklat ett missbruk eller beroende och att denna grupp inte omfattas av rekommendationerna. Rekommendationer om vård och behandling vid missbruk och beroende behandlas istället i Socialstyrelsens nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård.

Sett ur ett indikatorsperspektiv kommer det vara svårt att särskilja gruppen med missbruk/beroende

från gruppen med riskbruk (men ej missbruk/beroende). En förutsättning för att kunna skilja dessa grupper åt är att patienter/respondenter som besvarar frågor om riskbruk/intensivkonsumtion också diagnosticeras/besvarar frågor om missbruk och beroende. De två frågor som Socialstyrelsen rekommenderar för att mäta förekomst av riskbruk ger ingen sådan möjlighet, dvs. det finns ingen övre gräns för riskbruk. Inte heller de frågor som används inom ramen för Monitormätningarna kan fånga upp detta. Däremot är det möjligt att den pågående skattningen av beroende och missbruk möjliggör detta (se kapitel 3.2, och indikatorer över de långsiktiga målen).

När det gäller vuxna med riskbruk av alkohol behandlar riktlinjerna följande åtgärder: rådgivande samtal, (2) rådgivande samtal med särskild uppföljning, (3) kvalificerat rådgivande samtal och (4) webb- och datorbaserad rådgivning. Socialstyrelsen ger rådgivande samtal vid riskbruk en medelhög prioritering, eftersom åtgärden har måttlig effekt och riskbruk av alkohol är ett allvarligt tillstånd. Webb- och datorbaserad rådgivning får samma prioritering som rådgivande samtal men är samtidigt den åtgärd som har bäst effekt på unga vuxna med riskbruk. Rådgivande samtal med särskild uppföljning och kvalificerat rådgivande samtal får en lägre prioritering.

Hälso- och sjukvården bör således erbjuda *rådgivande samtal* till patienter som har ett riskbruk av alkohol.

Gravida, småbarnsföräldrar och personer med riskbruk som kan genomgå en operation behandlas separat. Bland gravida räknas allt bruk av alkohol som riskbruk och ges rekommendationen rådgivande samtal med en hög prioritet (högre än bland vuxna med riskbruk). Samma rekommendation och prioritet ges för övriga två nämnda grupper.

De processindikatorer som fastställts ska alltså kunna mäta vilken typ av åtgärd som erbjuds. Förslagen följer de tre åtgärdsnivåerna för sjukdomsförebyggande metoder nämnda ovan, men med specificering av rådgivande samtal i två grupper och åtgärden webb- och datorbaserad rådgivning. Vidare bör uppmärksammas att "enkla råd" som riktlinjerna inte behandlar som åtgärd vid riskbruk ingår som indikator. Resultatindikatorerna avser att följa upp resultatet för de patienter som fått en åtgärd. För att kunna genomföra en meningsfull uppföljning behövs därmed både uppgifter om åtgärder (processindikatorer) och uppgifter om det som åtgärderna syftar till att förändra, nämligen levnadsvanor (resultatindikatorer).

Följande utvecklingsindikatorer har fastställts av Socialstyrelsen:

1. Andelen personer med riskbruk av alkohol som inte längre har ett riskbruk efter åtgärd.
2. Andelen med riskbruk av alkohol som fått (a) enkla råd, (b) rådgivande samtal, (c) rådgivande samtal med särskild uppföljning, (d) kvalificerat rådgivande samtal, (e) webb- och datorbaserad rådgivning.

Utvecklingsindikator 1 ska ses som en resultatindikator. Om fler får åtgärden bör andelen med riskbruk minska över tid. Utvecklingsindikator 2 syftar till att mäta åtgärder och är således att betrakta som en processindikator.

Tobak

Med rökning avses daglig rökning, oavsett mängd cigaretter. För gravida, ammande och personer som ska opereras inkluderas även mer sporadisk rökning och för dessa grupper finns särskilda rekommendationer. Tobaksfrågorna som rekommenderas som grund för

att screena daglig rökare stämmer relativt väl överens med de frågor som grund för indikatorer på rökning som projektgruppen tidigare redovisas under långsiktigt mål 4. Daglig rökarna får en följdfråga om antalet cigaretter med tre svarsalternativ. Någon sådan kvantitetsfråga finns dock inte i Statens folkhälsoinstituts nationella folkhälsoenkät (tobaksfrågor) vilket är olyckligt. Monitormätningarna ställer dock frågor också om antalet cigaretter man röker per dag.

Riktlinjerna behandlar följande åtgärder vid daglig rökning hos vuxna: (1) enkla råd, (2) rådgivande samtal, (3) rådgivande samtal med särskild uppföljning, (4) kvalificerat rådgivande samtal, (5) proaktiv telefonrådgivning, (6) webb- och datorbaserad rådgivning. Samtliga nämnda åtgärder har visat sig ha effekt men Socialstyrelsen ger högst prioritet till kvalificerat rådgivande samtal vid daglig rökning hos vuxna. Övriga åtgärder med något sämre effekt, ges hög till medelhög prioritet.

Vidare ger Socialstyrelsen nikotinläkemedel, som tillägg till rådgivande samtal eller kvalificerat rådgivande samtal, en hög prioritet vid daglig rökning. Vareniklin eller bupropion rekommenderas också, men med lägre prioritet som tillägg till kvalificerat samtal till personer som röker.

När det gäller gravida som röker rekommenderas rådgivande samtal (högst prioritet). Ammande och föräldrar som röker rekommenderas kvalificerat rådgivande samtal.

När det gäller snusning ges endast rekommendationer för gravida och ammande som snusar, i båda fallen att erbjuda dem rådgivande samtal. Det bör nämnas att här är möjligheter stora att utföra åtgärder då hälso- och sjukvården kommer i kontakt med i princip alla gravida, ammande och föräldrar.

Följande utvecklingsindikatorer har fastställts av Socialstyrelsen:

1. Andelen som (a) rökare som slutat röka efter åtgärder (b) gravida eller ammande snusare som slutat efter åtgärd.
2. Andelen rökare som fått (a) enkla råd, (b₁) rådgivande samtal (b₂) rådgivande samtal med särskild uppföljning (c) kvalificerat rådgivande samtal (d) proaktiv telefonrådgivning (e) webb- eller datorbaserad rådgivning.
3. Andelen gravida eller ammande snusare som fått rådgivande samtal.

Utvecklingsindikator 1 ska ses som en resultatindikator: om fler får åtgärden bör andelen med riskbruk minska över tid. Övriga indikatorer syftar till att mäta åtgärder och är således att betrakta som en processindikator.

Inga strukturindikatorer har presenterats inom riktlinjerna men här pågår, enligt uppgifter, datainsamling och ytterligare andra planeras. Dessa vänder sig främst till professionen och berör frågor såsom organisation, tillgänglighet, resurser, tillräcklig utbildning. Strukturindikatorer är viktiga och här kommer man sannolikt få fram ett bra underlag.

Möjligheterna att på tillfredsställande sätt mäta åtgärder över tid (enligt nämnda processindikatorer) är dock osäkert. Denna osäkerhet har att göra med brister i registreringar av åtgärder i journalsystem och att Socialstyrelsen inte har möjligheter att begära in och registrera individbaserade primärvårdsdata som en del av myndighetens hälsodataregister.

Ytterligare en central fråga som inte är löst är hur kopplingen mellan åtgärd och utfall ska mätas. Riktlinjerna innebär att hälso- och sjukvården förväntas erbjuda patienter stöd i att förändra riskfyllda

levnadsvanor. För att kunna bedöma om riktlinjeinsatserna – mätt genom processindikatorerna – har förväntad effekt måste man således på något sätt mäta levnadsvanor och hur dessa förändras som ett resultat av åtgärderna. Det är ju detta som resultatindikatorerna syftar till. Men hur denna koppling ska se ut är oklart. Socialstyrelsen kommer inte att registrera levnadsvanor i något register (patientregister, kommande primärvårdsregister). Det saknas lagstöd för detta och det är inte heller säkert att en sådan registrering är önskvärd.

Ser man till ett strikt indikatorperspektiv är det dock ett bekymmer. Det är alltså möjligt att man framöver i ökande utsträckning har individbaserade registerdata på åtgärder men inga utfallsdata på individnivå, i form av levnadsvanor, att koppla dem mot.

Denna brist kan delvis kompenseras genom data från olika riksrepresentativa enkätundersökningar. Statens folkhälsoinstituts nationella folkhälsoenkät (HLV) kommer att användas för att redovisa olika självskattade hälsomått över tid, däribland alkohol och tobak i syfte att studera levnadsvanornas utveckling. Den nationella patientenkäten som belyser patienterfarenheter kommer också att nyttjas. I enkäten ställs några frågor för de som haft vårdkontakt om man fått frågan om tobaks- och alkoholvanor (vilket inte säger något om man erbjudits någon åtgärd). Attityder till, kunskaper om och förväntningar på svensk hälso- och sjukvård mäts genom data från Sveriges Vårdbarometern, också det en riksrepresentativ befolkningsundersökning. Både Nationell patientenkät och Vårdbarometern genomförs av Sveriges Kommuner och Landsting.

Det rör sig således om olika individer i olika befolkningsurval i olika undersökningar där frågor om faktiska riktlinjespecifika åtgärder saknas. Dessa data möjlig-

gör således inte att mäta resultaten av faktiska riktlinjespecifika åtgärder på levnadsvanor.

Framöver kommer sannolikt även åtgärder att tas fram som mängddata från olika journalsystem, framför allt när registreringsgraden ökat. Detta kommer att resultera i aggregerade data för regioner och kanske på nationell nivå både när det gäller åtgärder och levnadsvanor. Det bör också nämnas att olika landsting i olika omfattning registrerar levnadsvanor, även om dessa inte registreras i nationellt register. Dessa data kan, sammantaget inte ge svar på frågan om åtgärderna bidragit till förändrade levnadsvanor men man kan få bild av om regioner med öknningar av de riktlinjespecifika åtgärderna också redovisas minskningar av riskfyllda levnadsvanor. Detta är en god början.

Det finns ingen enkel lösning på de dataproblem som skisserades ovan men projektgruppen ser det som en mycket viktig prioriteringsfråga att ansträngningar görs för att försöka öka graden av registrering av åtgärder och Socialstyrelsen får lagstöd att tillhandhålla individbaserade primärvårdsdata som en del av myndighetens hälsodataregister. Dessa två frågor förtjänar en närmare kommentar nedan.

Registrering av åtgärder

För att göra det möjligt att kontinuerligt följa upp riktlinjerna är det således av yttersta vikt att uppgifter för att följa indikatorer kan dokumenteras i journalsystem eller i andra patientadministrativa system. Ur sådana system kan man sedan hämta statistik för uppföljning på lokal, regional och nationell nivå. Dokumentation i journalen av insatta åtgärder och andra uppgifter av betydelse för hälsotillståndet är ett krav som framgår av patientdatalagen.

Socialstyrelsen har tagit fram KVA-koder (koder för klassifikation av vårdåtgärder) som är direkt anpas-

sade till riktlinjerna för att underlätta enhetlig dokumentation och kommer även på andra sätt att stödja implementeringen av riktlinjerna och det fortsatta utvecklingsarbetet som behövs för att möjliggöra uppföljning. Koderna infördes 2011.

Det är svårt att undvika att nämna levnadsvanor när åtgärder som syftar till att reducera riskfyllda levnadsvanor diskuteras. Nationell registrering av levnadsvanor finns inte men dokumentation finns i olika grad på landstingsnivå. I en kartläggning genomförd av Nätverket Hälsofrämjande Sjukhus och vårdorganisationer (HFS) av hur dokumentation och uppföljning av levnadsvanor sker i olika journalsystem i Sveriges landsting framkom stora skillnader mellan olika landsting/regioner i hur dokumentationen sker och i vilken utsträckning det finns enhetliga regler och riktlinjer för dokumentation och uppföljning. I några landsting finns landstingsgemensamma riktlinjer för hur de ska arbeta med levnadsvanor och för hur de ska dokumentera om dem på ett enhetligt och strukturerat sätt, på andra inte. Även när det gäller uppföljning och uttag av statistik finns stora variationer. Några landsting följer upp både antal identifierade levnadsvanor, vilka åtgärder som sätts in för att hjälpa patienter att förändra sina levnadsvanor och ibland även resultatet av insatta åtgärder. Andra har ingen landstingsgemensam eller lokal uppföljning eller översikt över vad olika enheter och sjukhus följer upp (Schwieler [HFS], 2012).

Skillnaderna mellan olika landsting med samma system kan vara lika stora som skillnaderna mellan olika system. Inget av de journalsystem som omfattades av kartläggningen har någon inbyggd färdig modul för att hantera dokumentation av levnadsvanefrågor. Varje landsting måste således fatta egna beslut om hur man vill bygga upp mallar och vilka sökord man vill använda sig av (se Schwieler [HFS], 2012).

Landstingsövergripande gemensam struktur är således behövlig. Ett viktigt och lovande utvecklingsarbete är här det pilotförsök med informationsstruktur för tobaksuppgifter som Sveriges Kommuner och Landsting driver. Arbetet, som görs inom ramen för "Ännu bättre cancervård", syftar bland annat till att få fram en enhetlig struktur för den journalinformation som behövs för att landsting och regioner på ett likartat sätt ska kunna följa upp hälso- och sjukvårdens rökavvänjningsinsatser på lokal, regional och nationell nivå. Informationsstrukturen är dokumenterad och beskriven i en s.k. RIV-specifikation som är avstämd mot gällande standarder och godkänd av Center för ehälsa i Samverkan (se SKL, 2011). I RIV-specifikationen finns detaljerade beskrivningar av den information som ska dokumenteras om patientens tillstånd och om åtgärder som vidtas. Arbetet har fokuserat på tobak. Det är angeläget att liknande arbete påbörjas på andra levnadsvaneområden, däribland alkohol. Ett sådant är också, enligt uppgift, planerat. Detta kommer att underlätta registrering enligt KVÅ-koder på likvärdigt sätt, trots olika journalsystem mellan landstingen.

Sammanfattningsvis har ett av de allra största problemen inom statistiken varit, och är fortfarande, bristen på registrerade vårdinsatser (åtgärder). Det samma gäller levnadsvanor som dokumenteras i olika utsträckning i olika journalsystem och landsting. Kunskapen är därför i dag mycket låg när gäller vilken/vilka åtgärder som patienter erbjuds och erhåller. Det måste vidare tilläggas att pågående systemförbättringar inte är mycket värda om inte åtgärderna registreras in i journalsystemen. Här finns stora brister med bristfällig registrering från sjukvårdspersonalens sida. Sannolikt finns stora skillnader mellan landsting och verksamhetsgrenar vilket HFS-rapporten antyder.

Bristerna redan i indata kan inte detta repareras i senare skede i utdata. Det bör således läggas stora ansträngningar på att se till att åtgärder överhuvudtaget registreras på kliniknivå. Här har beställarna av sjukvård en viktig roll i att kräva registrering av åtgärder inom ramen för ersättningsystemet.

Individbaserad data för levnadsvanor och från primärvården

Som det ser ut i dag kommer Socialstyrelsen att behöva begära in uppgifter från respektive landsting och verksamhetsområde när det gäller åtgärder inom levnadsvanorna. Socialstyrelsen kommer alltså att få mängddata vad gäller t.ex. hur många patienter som fått rådgivande samtal vid riskbruk och, om möjligt, hur stor andel som vid riskbruk inte längre har ett riskbruk efter åtgärd. Det kommer bli svårt att tolka dessa uppgifter dels av ovan nämnda skäl med registreringsgrad men också av just det skälet att det rör mängddata.

Uppföljningsarbetet skulle underlättas om det fanns möjligheter att på individnivå följa upp åtgärder genom att data från primärvården registreras som en del av Socialstyrelsens hälsodataregister (patientregistret).

Socialstyrelsen har under många år ansvarat för patientregistret som är ett av myndighetens hälsodataregister och som innehåller personnummerbaserade individuppgifter om vårdkontakter, diagnoser, yttre orsaker till sjukdom och död samt åtgärder. Både offentliga och privata vårdgivare inom den öppna och slutna vården är enligt lag skyldiga att rapportera uppgifter till patientregistret. Uppgifterna skyddas av absolut sekretess, där undantag endast görs för forskning och statistik och resultat får aldrig presenteras så att enskilda personer kan identifieras.

Primärvården omfattas i nuläget inte av rapporteringsskyldigheten trots att den står för uppskattningsvis drygt hälften av alla läkarbesök inom den öppna hälso- och sjukvården. Eftersom patientregistret inte inkluderar data från primärvården finns det i dag ingen heltäckande bild av hälso- och sjukvårdens patientkontakter, diagnospanorama eller vårdåtgärder. För närvarande finns heller inga lagstadgade möjligheter att på nationell nivå samla in personnummerbaserade patientdata för primärvården.

Regeringen har gett Socialstyrelsen i uppdrag att bedriva ett utvecklingsarbete avseende datainsamling i primärvården. Syftet är att ge förslag till vilka uppgifter som bör samlas in om primärvården för att ge underlag för statistik och forskning samt uppföljning, utvärdering och kvalitetssäkring. Målet är att ge förslag till hur en nationell, effektiv och ändamålsenlig datainsamling bör genomföras.

Inom ramen för detta arbete har Socialstyrelsen under 2012 bland annat föreslagit att förordningen (2001:707) om patientregister hos Socialstyrelsen bör ändras till att omfatta även primärvård, att det befintliga patientregistret för slutna vård och öppen specialiserad vård utökas med personnummerbaserade uppgifter avseende läkarbesök i primärvården, att rapporteringen även ska omfatta privata vårdgivare, att rapporteringen till patientregistret initialt begränsas till läkarbesök i primärvården och att Socialstyrelsen får uppdraget att utreda om patientregistret även kan omfatta uppgifter om vårdinsatser som utförs av andra yrkeskategorier än läkare. De variabler som föreslås överensstämmer med de uppgifter som i dag rapporteras om den specialiserade öppenvården (se Socialstyrelsen, 2012b).

Om förslagen blir verklighet påbörjas ett omfattande utvecklingsarbete med avseende på innehållet i

de uppgifter som ska rapporteras. Bland annat behöver klassifikationer och kodverk för vårdkontakter, diagnoser, yttre orsaker och åtgärder som används inom olika landsting utvecklas och anpassas för tillämpning i primärvården. Ökad automatisering av dataöverföringen behövs också. Huvudmännen måste också samordna sin uppgiftsinsamling och de tekniska systemen vara anpassade för att stödja den ökade uppgiftsregistreringen och rapporteringen. Detta innebär, enligt Socialstyrelsen, att systemleverantörerna måste involveras i arbetet.

Projektgruppen bedömer dessa förslag som viktiga och nödvändiga av flera olika skäl. Det ger ökad kunskap om hälsa och sjuklighet i befolkningen och ger bättre underlag för styrning och ledning av hälso- och sjukvårdens verksamheter. Vidare bör det betonas att primärvården har huvudansvaret för flera patientgrupper med långvariga och komplexa vårdbehov samtidigt som allt fler uppgifter läggs ut på primärvården, inte minst när det gäller förebyggande arbeten. Nyttan att samla in sådana personnummerbaserade uppgifter ska vägas mot skyddet av den personliga integriteten. Nyttan väger här tyngre.

De fastställda riktlinjeindikatorerna ska kompletteras med direkta uppgifter från målgruppen genom bland annat data från Nationell patientenkät. Projektgruppen ser också nyttan av att kunna följa upp den tidsserie med frågor om man samtalat med läkare om ens alkoholvanor som samlats in via Monitormätningarna under perioden 2007 till 2011. Dessutom bör dessa frågor i Monitormätningarna kompletteras med frågor om samtal förts med annan sjukvårdspersonal, framför allt sjuksköterskor.

Indikatorerna som föreslås nedan ska ses som ett komplement och stöd till det riktlinjespecifika arbetet med utveckling av indikatorer. De blir viktiga att följa

under strategiperioden eftersom det är tveksamt om riktlinjearbetets föreslagna indikatorer kan börja användas under denna tid.

Följande indikatorer föreslås:

1. Att Socialstyrelsen får lagstöd för att samla in personnummerbaserade patientdata för primärvården så att patientregistret även omfattar primärvården med samma variabler.
2. Andelen vuxna i riksrepresentativt urval av befolkningen som under de senaste 12 månaderna varit på ett eller flera läkarbesök och vid minst ett tillfälle fått frågan av läkare/annan sjukvårdspersonal om sina alkoholvanor.
3. Andelen vuxna i riksrepresentativt urval av befolkningen som under de senaste 12 månaderna varit på ett eller flera läkarbesök och vid minst ett tillfälle fått råd av läkaren/annan sjukvårdspersonal att minska sin alkoholkonsumtion.
4. Andelen vuxna i riksrepresentativt urval av befolkningen som under de senaste 12 månaderna varit på ett eller flera läkarbesök och vid minst ett tillfälle fått frågan av läkare/annan sjukvårdspersonal om sina rökvanor.
5. Andelen vuxna i riksrepresentativt urval av befolkningen som under de senaste 12 månaderna varit på ett eller flera läkarbesök och vid minst ett tillfälle fått råd av läkaren/annan sjukvårdspersonal att sluta röka.

När det gäller indikatorerna 2–5 avser Monitormätningarna (se kapitel 3.1 vad gäller ansvarig aktör).

Uppgifterna bör kompletteras med data från Nationell patientenkät som görs av Sveriges Kommuner och Landsting och mäter hur många patienter som har diskuterat tobaksvanor respektive alkoholvanor i

samband med vårdkontakt (baserat på det senaste besöket). Enkäten har dessutom genomförts vartannat år såväl inom primärvården (senast 2011) som inom den specialiserade vården (senast 2012), nämligen inom psykiatrisk öppen- och slutenvård för vuxna och inom somatisk öppen- och slutenvård, dock med höga bortfall inom den psykiatriska vården. Uppgifterna sammanställs och redovisas inom ramen för Socialstyrelsens öppna jämförelser av den hälsoinriktade hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet (se Socialstyrelsen, 2012c). Därför bör Socialstyrelsen vara indikatoransvarig för dessa frågor: andel patienter som diskuterar tobaksvanor respektive alkoholvanor med läkare eller någon annan personal inom (a) primärvården, (b) inom somatisk öppen- och slutenvård och, om möjligt med avseende på bortfallsproblematiken, (c) inom psykiatrisk öppen- och slutenvård.

8.3 Minskat riskbruk och intensivkonsumtion av alkohol bland studenter och bland unga vuxna med psykisk ohälsa (prioriterat mål 4.2)

Trots konsumtionsminskning under senare år uppvisar unga vuxna fortfarande den högsta alkoholkonsumtionen i Sverige (se t.ex. Ramstedt, m.fl., 2010). Närmare hälften av åldersgruppen studerar vid universitet och högskolor. Universitet och högskolor är därför en viktig arena för ANDT-insatser.

Det finns i dag flera vägar in i hälso- och sjukvården för ungdomar och unga vuxna. Några exempel är primärvården, psykiatri samt studenthälsan. Dessa verksamheter har unika möjligheter att fånga upp personer som har ett begynnande riskbruk av något slag. Även en sjukhusvistelse kan vara ett bra tillfälle för rådgivning till patienter som vanligtvis inte

kommer till t.ex. ungdomsmottagningar eller studenthälsovården.

Kompetensen att tidigt identifiera och arbeta med personer som har ett begynnande riskbruk bör därför, enligt ANDT-strategin, utvecklas på alla dessa arenor. En verksam metod är motiverande samtal. Detta arbetssätt ges fortsatt spridning inom hälso- och sjukvården inom ramen för de sjukdomsförebyggande riktlinjerna (se ovan kap. 8.2).

När det gäller högskole- och universitetsstudier betonas studenthälsomottagningarnas möjligheter. Här har ett arbete pågått under flera år under den tidigare alkohol- och narkotikahandlingsplanen. Detta arbete med att utveckla ett samordnat stöd för kompetens- och metodutveckling för studenthälsans ANDT-förebyggande arbete behöver, enligt nuvarande ANDT-strategi, fortsatt utveckling. Under strategiperioden ska därför en fortsatt satsning göras för att ge kompetensstöd till studenthälsomottagningar som erbjuder hälsovård till studenter och en långsiktig lösning ska tas fram för en nationell samordnande funktion till stöd för kompetens- och metodutveckling till landets studenthälsomottagningar i ANDT-förebyggande frågor.

År 2011 fick därför Statens folkhälsoinstitut regeringens uppdrag att stödja studenthälsomottagningar att förebygga ANDT-skador. Under 2012 förnyades uppdraget. I detta förnyade uppdrag ingick att ge förslag på hur det nationella stödet till ANDT-förebyggande arbete på universitet och högskolor kan förvaltas långsiktigt. Som ett stöd för denna del av uppdraget om långsiktig förvaltning tillsatte Statens folkhälsoinstitut en referensgrupp. Gruppen förde ett resonemang om lämpliga kandidater där STAD och Statens folkhälsoinstitut visade sig uppfylla flest kriterier. Statens folkhälsoinstitut föreslog sedan att

de själva ska få uppdraget som förvaltare av det långsiktiga stödet till studenthälsovården.

Under perioden oktober 2011 till september 2012 har Statens folkhälsoinstitut, inom ramen för uppdraget, genomfört två tvådagarsutbildningar i Riskbruksmodellen (screening och kort rådgivning) med personal från 17 olika studenthälsomottagningar, samt två uppföljande seminarier för samma deltagare. En nätverksträff med 80 deltagare kring metoden Ansvarfull alkoholserving för studenter har också genomförts, där målgrupperna var länsstyrelserna, studenthälsan och studentorganisationer. Vidare har olika externa möten hållits.

Ett avtal har ingåtts med Lunds universitet för att genomföra en processutvärdering av hela regeringsuppdraget. Baslinjemätning till samtlig personal inom studenthälsovården (webbenkät) är genomförd under våren 2012 och två uppföljande mätningar är inplanerade samt djupintervjuer.

Vidare har ett avtal också ingåtts med Karolinska institutet som genomför en pilotstudie av Riskbruksmetodens användbarhet inom studenthälsovården. Det finns goda motiv att genomföra en sådan studie, dvs. att pröva möjligheten att genomföra alkoholscreening med kort rådgivning inom universitets- och högskolan i Sverige och då med stöd av studenthälsomottagningarna. Mycket talar för att denna aktör både är lämplig att erbjuda och att genomföra denna insats. Flera studier har visat att alkoholscreening och kort rådgivning är effektiv men det saknas vetenskapliga studier som prövat om metoden fungerar inom studenthälsovården.

Pilotstudien genomförs vid sex studenthälsomottagningar som alla genomgått särskild utbildning och träning i metoden. Det övergripande syftet är att få bättre kunskap om vilka möjligheter och begräns-

ningar som finns att genomföra Riskbruksmodellen på studenthälsomottagningar. Studien mäter bl.a. hur stor andel av studenterna som nås av screening och rådgivning i samband med drop-in, bokade samtal, nybesök och återbesök, om det är möjligt att med erbjudandet av metoden nå fler studenter med riskabla alkoholvanor, hur stor andel av studenterna som tackar ja/nej till alkoholscreeningen och vilka orsakerna är till att studenten väljer att avstå.

Studien görs på sex olika studenthälsomottagningar i Sverige som genomgått fördjupningsutbildning i Riskbruksmodellen och är geografiskt spridda representerar olika universitet och högskolor för att därigenom öka generaliserbarheten i resultaten.

Om möjligheterna att bedriva riskbruksprevention på studenthälsomottagningar visar sig vara goda bör resultatet av pilotstudien ligga till grund för en effektutvärdering av Riskbruksmodellen inom studenthälsovården. Om denna i sin tur visar sig ha påvisbar effekt bör den senare också spridas och implementeras på landets studenthälsomottagningar. I denna fas bör i så fall också den första studiens viktigaste resultat följas upp, men i detta skede på landets samtliga mottagningar.

Projektgruppen föreslår vidare att Karolinska institutet, genom STAD, får ett tilläggsuppdrag som syftar till att också kartlägga arbetet med Ansvarsfull alkoholserving på studentpubar på liknande sätt som man tidigare följt implementeringen av metoden på restauranger i Sveriges kommuner (se Trolldal, 2012). En mätning bör genomföras under 2013, eventuellt ytterligare två-tre år senare. En viktig komponent i Ansvarsfull alkoholserving rör tillsyn, något som inte kan besvaras genom denna webbenkät. Här bör istället Länsrapportens frågor till kommuner om tillsynsaktiviteter för studentpubar användas som grund för indikatorer.

Önskvärt är också att landets studenthälsomottagningar utvecklar ett gemensamt statistiksystem för dokumentation av tillstånd, åtgärder och levnadsvanor under strategiperioden. Detta saknas i dag.

Följande indikatorer föreslås:

1. Andel studenter som nås av screening och kort rådgivning.
2. Andel studenter som screenas för riskbruk.
3. Andel studenter med riskbruk (enligt screening med AUDIT) som får rådgivande samtal (enligt de sjukdomsförebyggande riktlinjerna).
4. Att en utvärdering av Riskbruksmodellen anpassas till studenter på studenthälsomottagningar genomförs under strategiperioden (givet att möjligheterna bedöms som goda).
5. Andel kommuner med högskola eller universitet som uppger att det bedrivs ett arbete med metoden Ansvarsfull alkoholserving eller liknande metod (jfr med målområde 1, kapitel 5.2).
6. Att ett för samtliga studenthälsomottagningar gemensamt statistiksystem för dokumentation av tillstånd, åtgärder och levnadsvanor utvecklas under strategiperioden.
7. Antal tillsynsbesök på studentpubar med stadigvarande eller tillfälligt serveringstillstånd i relation till samtliga studentpubar med stadigvarande eller tillfälligt serveringstillstånd i kommuner med högskola eller universitet. (studentpub = pub/restaurangverksamhet som drivs av studentkår/studentförening/nation där studenter serverar alkohol till studenter). Besöket kan ha gjorts av kommunen själv eller i samarbete med polismyndigheten.

Indikatorerna 1–4 samlas in inom ramen för den pågående studien på Karolinska Institutet (genom STAD). Indikatorerna 5–6 kan genomföras av Karolinska Institutet (STAD) genom tilläggsuppdrag. Indikatorer 7 mäts genom Länsrapporten.

Det rör sig således om flera genomförare men det är önskvärt med en ansvarig, nämligen Statens folkhälsoinstitut.

8.4 Förutsättningarna för tandvården att arbeta med tobaksprevention bör öka (prioriterat mål 4.3)

Tandvården har erfarenhet av att tidigt identifiera ungdomar och vuxna som använder tobaksprodukter. Under en tvåårsperiod uppsöker ca 80 procent av den vuxna befolkningen tandvården (Socialstyrelsen, 2011b) och utgör därmed en möjlig resurs, men i dag underutnyttjad arena, i arbetet med att förebygga tobaksbruk och sjukdom p.g.a. tobaksbruk. Tandvården har också erfarenhet av att hjälpa personer att ändra skadliga beteenden. De kommer också i kontakt med patienter innan de påbörjar sitt tobaksbruk eller innan de har utvecklat symptom på sjuklighet p.g.a. sitt tobaksbruk, vilket möjliggör ett förebyggande arbete i ett tidigt stadium.

Regeringen har gett Statens folkhälsoinstitut i uppdrag att utforma en kunskapsbaserad metod för en individuellt anpassad kort rådgivning om tobak i tandvården. Metoden, som nu är framtagen ska rymmas inom och bygga på befintliga informationsåtgärder för kort rådgivning avseende tobak inom tandvården och kunna användas under den tid ett ordinarie patientbesök vanligen tar. Metoden, *Enkla råd om tobak* kan ses som en kombination av de åtgärder som i tandvårdsriktlinjerna kallas standardiserad rådgivning och

hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande återkoppling. *Enkla råd om tobak* har i internationell forskning visat sig signifikant öka chansen för att rökare och snusare ska sluta när de ges i tandvården och för rökare i hälso- och sjukvården. Metoden är således evidensbaserad och följer en beprövad och internationellt välkänd och modell som ofta kallas 5 As, minimal intervention, brief intervention eller kort rådgivning. Enkla råd om tobak har rekommenderats i svensk och internationell litteratur i mer än tio år, bl.a. i SBU-rapporten Metoder för rökavvänjning 1998 och Rökning och ohälsa i munnen 2002 och i senare kunskapsmanställningar från Socialstyrelsen och Statens folkhälsoinstitut (SBU, 1998, 2002; Statens folkhälsoinstitut, 2009; Statens folkhälsoinstitut & Socialstyrelsen, 2007; Fiore et al, 2008).

Uppdraget är avgränsat i förhållande till Socialstyrelsen, och ska genomföras i samråd med Socialstyrelsen. För Socialstyrelsen består uppdrag av att projektleda en försöksverksamhet i syfte att utveckla och testa metoden samt redovisa konsekvenserna av en nationell implementering av den. Statens folkhälsoinstitut kommer att följa projektet som kunskapsstöd och kvalitetssäkra och implementera metoden i forskningsprojektet. Socialstyrelsen ska särskilt tillse att det inte uppstår någon risk för undanträngning av annan tid eller andra åtgärder under patientbesöket. Metoden ska kunna användas under den tid ett ordinarie patientbesök vanligen sker. Socialstyrelsen ska vid genomförandet samråda med berörda myndigheter.

Satsningen bygger på genomförandet av de framtida nationella riktlinjerna inom två områden, riktlinjerna för vuxentandvård som inkluderar frågor om stöd till vuxna att sluta röka och de framtida nationella riktlinjerna för hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande metoder.

Inom ramen för försöksverksamheten genomför Socialstyrelsen en utvärdering (RCT-studie) av metoden (Enkla råd om tobak). Försökspatienterna varierar med avseende på kön, ålder samt etnisk tillhörighet. Tandvårdsmottagningar kommer att rekryteras från såväl privat som offentlig verksamhet, och med geografisk spridning för att ge representativitet inför en eventuell nationell spridning. Givet att utvärderingen visar på effekter kommer metoden därefter att spridas. Spridningen av metoden kan mätas genom frågor till ett slumpmässigt urval av tandläkare och tandhygienister 2014 eller 2015.

Följande indikator föreslås:

1. Andel tandläkare/tandhygienister som år 2014/15 uppger att de använder metoden ”Enkla råd om tobak” eller liknande metod som bygger på samma principer.

Ansvarig för indikatorn bör vara Statens folkhälsoinstitut men genomförandet kan exempelvis Tandläkarförbundet stå för som genomförde en liknande undersökningen år 2011.

8.5 Förutsättningarna att i ett tidigt skede kunna uppmärksamma och åtgärda ANDT-problem i arbetslivet bör förbättras (prioriterat mål 4.4)

En mycket stor del av den vuxna befolkningen återfinns i arbetslivet och därmed majoriteten av högkonsumenterna av alkohol. Vidare är ohälsan i arbetslivet är ett av de allvarligt problemen för svensk välfärd och tillväxt.

Det finns vetenskapligt stöd för att tidiga insatser mot alkoholproblem i arbetslivet kan påverka det

allmänna hälsoläget i ett land (Richmond, m.fl., 1998). En förhöjd och riskabel alkoholkonsumtion kan leda till ökad risk för ohälsa bland anställda, risk för olyckor och arbetsrelaterade skador, ökad frånvaro samt en negativ effekt på arbetsmiljön i stort (Hermansson, 2004). Sammantaget kan dessa risker leda till ökade kostnader för såväl arbetsgivaren som den enskilde.

Det finns därför goda motiv för både arbetsgivaren och arbetstagen att implementera preventiva metoder på svenska arbetsplatser. En sekundärpreventiv alkoholmetod som kan förebygga en hög och riskabel alkoholkonsumtion är således Riskbruksmodellen, dvs. screening och kort rådgivning. Metoden används, som nämnts ovan framför allt inom primärvården. Metod är tidsbesparande och har även visat sig vara effektiv när det gäller att motivera riskkonsumenter att dricka mindre (SBU, 2001). Metoden har även visat sig vara lämplig inom arbetslivet för att påverka medarbetares alkoholvanor (Hermansson, m.fl., 2010; Webb, m.fl., 2009). Alkoholscreening på en arbetsplats sker ofta i samarbete med FHV i samband med en hälso- eller levnadsvaneundersökning. Syftet är att på ett tidigt stadium upptäcka och åtgärda begynnande alkoholproblem.

Att genomföra tidiga interventioner är ett av sju alkoholförebyggande områden som har visat sig fungera väl ur ett folkhälsoperspektiv (Babor, m.fl., 2010). Att vara alkoholpåverkad på arbetet eller att ha nedsatt arbetsförmåga p.g.a. hög alkoholkonsumtion kvällen innan (dagen efter effekt) kan medföra ökade problem på arbetsplatsen i form av både olycksfall (Smith & Kraus, 1988) och sjukfrånvaro (Hermansson, 2002).

Användningen av narkotika på svenska arbetsplatser är ett utforskat område även om det finns belägg för att personer i arbetsför ålder missbrukar narkotika och att en del av dem finns på svenska arbetsplatser

(Hermansson, 2008). Internationella studier har visat att de som använder narkotika är inblandade i fler arbetsolyckor, oftare är frånvarande och oftare blir uppsagda, än de som inte använt narkotika (Bush & Autry, 2002). Det finns även stöd för att narkotikaanvändning, särskilt cannabis, leder till en kognitiv funktionsnedsättning (Hermansson, 2008). Detta innebär att motivationen för att arbeta drogförebyggande på arbetsplatsen borde vara hög.

I en tidigare studie (Källmen & Leifman, 2009) undersöktes om en endagsutbildning i alkohol- och drogprevention på arbetsplatsen påverkar arbetsplatsens förebyggande arbete. Resultatet visade att utbildning i alkoholpreventiva insatser kan ge ett intensifierat ökat förebyggande arbete. De anställda som fått utbildning arbetade mer med alkoholpolicy och handlingsplaner än icke utbildade kontrollpersoner. De som fått utbildning kände sig även säkrare på vad som skulle göras om arbetskamrater visade sig ha alkoholproblem än de icke utbildade.

En hel del alkoholpreventiva insatser gjordes inom ramen för regeringens tidigare nationella alkohol- och narkotika handlingsplaner (prop. 2005/06:30), inte minst inom ramen för det delprojekt i det nationella Riskbruksprojektet, förlagt till Statens folkhälsoinstitut, som hade till uppgift att öka företagshälsovårdens (FHV) kompetens vad gäller sekundärpreventiva metoder som screening och kort rådgivning. Delprojektet hade även i uppdrag att sprida kunskap till arbetsplatser för att därmed öka takten på implementeringen av evidensbaserade metoder för att tidigt upptäcka och åtgärda alkoholproblem i arbetslivet. Screening med kort rådgivning hade av delprojektet presenterats som Riskbruksmodellen, en metod som i sig har vetenskapligt stöd som effektiv insats (se t.ex. de nationella riktlinjerna för hälsofrämjande och sjuk-

domsförebyggande metoder). Denna del av delprojektet i det nationella Riskbruksprojektet får bedömas som lyckosam när det gäller spridning av modellen genom fördjupningsutbildningar (riktade till personal inom företagshälsovården) nationella konferenser (riktade till personer som kan eller besluta om Riskbruksmodellens införande på arbetsplatsen såsom chefer, HR-personal, fackliga representanter, skyddsombud och FHV-representanter m.fl. arbetsmiljöaktörer) och otaliga lokala/regionala seminarier (ofta i samarbete med FHV-enheter eller arbetsplatser och med samma målgrupp som vid de nationella konferenserna).

Mycket arbete kvarstår dock att göra. Regeringens bedömning enligt innevarande ANDT-strategi är att insatserna för att förebygga alkoholproblem inom arbetslivet behöver förbättras.

Därför har regeringen avsatt medel för ett projekt som dels ska fortsätta arbetet med Riskbruksmodellen genom att erbjuda stöd till företagshälsovård vad gäller alkoholscreening och kort rådgivning i olika situationer (när andra levnadsvanor tas upp, medicinska konsultationer, etc.), dels tillhandahålla en kompetensförsörjning till företagshälsovård och arbetslivet så att arbetsplatser ska kunna erbjuda anställda med alkoholproblem tidigt behandlingsstöd. När det gäller det sistnämnda ska detta ske genom att förse företagshälsovård och arbetslivet med kunskap om mindre tidskrävande evidensbaserade alkoholmetoder (psykosociala/farmakologisk) samt rådgivning och coachning som syftar till att metoden ska implementeras. (Medlen har tilldelats Stiftelsen Arbetslivsforum i samarbete med Sveriges Företagshälsor, Riddargatan 1 och Forskningsprogrammet för företagshälsovård vid enheten för interventions- och implementeringsforskning, Karolinska institutet).

På uppdrag av Socialdepartementet genomförde delprojektet genom STAD 2010 en kartläggning av hur stor andel av svenska arbetsplatser som arbetar med någon form av aktivitet för att förebygga alkohol- och narkotikaproblem och hur spridd "Riskbruksmodellen" är på svenska arbetsplatser och inom olika branscher. (Dessutom var syftet att ta reda på vilka faktorer som stödjer ett förebyggande arbete och påverkar användningsgraden av Riskbruksmodellen.). För detta syfte valdes ett slumpmässigt urval arbetsplatser och en webbaserad enkät skickades till personalchef eller motsvarande till respektive arbetsplats. Frågebatterier finns kvar och metoden fungerade relativt sett väl, men med för stort bortfall.

Denna undersökning bör replikeras under 2013 och sedan i slutet av strategiperioden (2015) i syfte att få en bild av om förändringar skett i andelen arbetsplatser som på olika sätt arbetar förebyggande med dessa frågor. Samma tillvägagångssätt med liknande metodik, urvalsförfarande och urvalsram bör användas igen för att möjliggöra jämförelser över tid. Större ansträngningar bör dock vidtas för att reducera bortfallet. Flertalet frågor bör vara identiska med de som ställdes 2010 men ytterligare frågor om rehabiliterande insatser och om tobak behöver läggas till. Undersökningen svarar mot flertalet insatser under prioriterat mål 4.4 avseende arbetslivets insatser.

Ytterligare en indikator som bör följas, baserad på den förebyggande del av Länsrapporten som är riktad till kommunerna, är om kommunerna har en alkohol- och/eller drogpolicy, en policy som rör rökfri arbetstid och en policy som rör tobaksfri arbetstid.

Följande indikatorer föreslås:

1. Andel arbetsplatser som för respektive ANT har en policy riktad till den egna personalen.

2. Andel arbetsplatser som för respektive ANT har en handlingsplan riktad till den egna personalen.
3. Andel arbetsplatser som arbetar med Riskbruksmodellen eller liknande modell för att upptäcka riskkonsumtion.
4. Andel arbetsplatser där chef/chefer fått utbildning om alkohol och/eller narkotika och/eller tobak under senaste tre åren (med specifika frågor om utbildningsinnehåll).
5. Andel arbetsplatser där anställda fått information om alkohol senaste tre åren som Chef/chefer fått utbildning om alkohol senaste tre åren.
6. Andel arbetsplatser som genomför utandningstester (nykterhetskontroller) och narkotikatester.
7. Andel arbetsplatser som erbjuder rehabilitering när alkohol eller narkotikaproblem uppdragas.
8. Andelen kommuner som arbetsgivare som har en (a) alkohol- och/eller drogpolicy, (b) en policy som rör rökfri arbetstid och (c) en policy som rör tobaksfri arbetstid.

Den exakta utformningen av indikatorerna kan ändras och bör fastställas när data finns tillgängliga för analys. Ett arbetsplatsförebyggande ANT-index utifrån indikatorerna 1–7 kan eventuellt behöva skapas av dessa frågor.

Kartläggningen 2013 och 2015 (eventuellt 2016) för indikatorerna 1–7 bör genomföras av STAD. Indikator 8 genomförs av Statens folkhälsoinstitut inom ramen för den årliga Länsrapporten. Ansvarig för samtliga bör vara Statens folkhälsoinstitut.

Inom ramen för denna undersökning bör också några frågor tillkomma som rör prioriterat mål 3.5 gällande näringslivets engagemang och samhällsansvar i ANDT-förebyggande frågor (se kapitel 7.5).

9. Långsiktigt mål 5 och prioriterade mål under det långsiktiga målet: personer med missbruk eller beroende ska ha ökad tillgänglighet till vård och stöd av god kvalitet

Prioriterade mål

- Tillgång till kunskapsbaserade vård- och stödinsatser ska öka (kapitel 9.3.1)
- En tydligare och mer ändamålsenlig ansvarsfördelning mellan huvudmännen för missbruks- och beroendevården ska uppnås (kapitel 9.3.2)
- Regionala och lokala skillnader i kvalitet, tillgänglighet och resultat ska minska (kapitel 9.3.3)

9.1 Inledning

Detta mål handlar om missbruks- och beroendevården som finns i kommuner och landsting, samverkan mellan dessa och samarbetet med brukarorganisationerna. Eftersom indikatorer för att mäta det långsiktiga målet inte redogjordes för i projektgruppens förslag över indikatorer för de långsiktiga målen diskuteras också detta i ett eget avsnitt. Det långsiktiga målet uppvisar stora berörningspunkter med flera av de prioriterade målen åtgärder och de åtgärder som lyfts fram. Både det långsiktiga målet och de prioriterade målen är att betrakta mer som process- eller verksamhetsinriktade mål. Långsiktiga faktiska utfallsmått i termer av sjuklighet och dödlighet har tidigare redovisats i detalj under långsiktigt mål 6 (Uppföljning av regeringens alkohol-, narkotika-, dopnings- och tobaksstrategi, Förslag på indikatorer avseende de långsiktiga målen i strategin, #2).

Projektgruppen har identifierat i huvudsak tre datakällor eller pågående arbeten för indikatorer på området. En är Öppna jämförelser inom missbruks- och beroendevården som leds av Socialstyrelsen, en annan Sveriges och Kommuners implementeringsarbete av de nationella riktlinjerna – Kunskap till praktik. Det tredje och i särklass viktigaste som källa goda och långsiktiga hållbara indikatorer är det arbete som påbörjats på Socialstyrelsen i att utveckla indikatorer för de nationella riktlinjerna inom missbruks- och beroendevård. Våren 2007 publicerade Socialstyrelsen riktlinjer för missbruks- och beroendevården och avsåg kunskapsläget fram t.o.m. våren 2004. Eftersom det skett en omfattande kunskapsproduktion senaste åren, särskilt inom det medicinska området behövs en revidering av riktlinjerna. Detta arbete sker också med en delvis ny metodik än den tidigare. Ett viktigt delmoment inom detta arbete är att ta fram indikatorer, vilket inte gjordes inom ramen för utarbetandet av de befintliga riktlinjerna.

Samtliga dessa tre källor för indikatorer redovisas mer i detalj senare i detta kapitel. Det kan dock här nämnas att dessa tre källor sammantaget kan ge ett underlag som möjliggör att följa flertalet av de prioriterade målen. Samtidigt måste det understrykas att flera befinner sig i ett utvecklingskede. Frågorna i öppna jämförelser kommer att vidareutvecklas fram

t.o.m. 2014 då uppdraget ska slutredovisas. Några av de luckor som identifierats i Öppna jämförelser kan fyllas av data insamlat från uppföljning av Kunskap till praktik men det långsiktigt mest hållbara är, som nämndes, arbetet med indikatorer för de nationella riktlinjerna. Detta arbete har emellertid nyligen påbörjats. Vissa av de prioriterade målen kommer därför inte kunna mätas och följas upp under strategiperioden men ett utvecklingsarbete pågår, vilket kan ge upphov till långsiktigt hållbara indikatorer för bruk först efter strategiperioden.

I kapitlet redogörs också kortfattat för Svenskt Beroenderegister som möjlig framtida datakälla för indikatorer, Missbruksutredningens förslag och kort om tillsyn. Kapitlet inleds dock med en redogörelse för långsiktigt mål 5.

Långsiktigt mål 5 Personer med missbruk eller beroende ska ha ökad tillgänglighet till vård och stöd av god kvalitet

Efter en grundlig genomgång och dialog med bl.a. Sveriges Kommuner och Landsting och Socialstyrelsen kan det konstateras att det i dag inte finns några indikatorer som på tillfredsställande sätt kan användas för att mäta det långsiktiga målet 5, nämligen att tillgängligheten till vård och stöd av god kvalitet ska öka.

Ett övervägande har gjorts kring möjligheter att genomföra en nationell brukarundersökning. Synpunkter har framförts att man inte bör genomföra en sådan eftersom svarsfrekvensen bedöms bli mycket låg och selektiv, vilket ger indikatorer av låg kvalitet. Synpunkter från berörda i referensgruppen var också på det stora hela avvisande. Sveriges Kommuner och Landsting ansåg att undersökningen bör skjutas på framtiden, främst av det skälet att det blir svårt att få användbara svar på nationell nivå eftersom så många

olika verksamheter bedrivs och olika modeller utprovas för uppföljning inom arbetet Kunskap till praktik.

Projektgruppen föreslår därför ingen nationell brukarundersökning men vill betona vikten av att inkludera ett patientperspektiv och att detta perspektiv grundas på tillförlitliga uppgifter. Inte inom ramen för strategiperioden men senare bör det ändå övervägas om inte en sådan undersökning ändå bör genomföras och i så fall med alla de resurser som krävs för att nå en acceptabel kvalitet.

Det förtjänar att nämnas att flera kommuner och landsting redan i dag gör egna brukarundersökningar via enkäter eller intervjuer med brukare som en del i den ordinarie verksamhetsuppföljningen. Genomförande, utformning av frågor, omfattning och innehåll ser dock olika ut och går inte att jämföra mellan kommuner och ofta inte heller regionalt eller nationellt. Erfarenheterna från dessa undersökningar bör tas tillvara om man framöver bestämmer sig för att genomföra en nationell brukarundersökning på missbruks- och beroendeområdet.

Sammanfattningsvis lämnar inte projektgruppen något förslag på indikatorer på långsiktigt mål 5 som specifikt mäter ökad tillgänglighet till vård och stöd av god kvalitet. Dock menar projektgruppen att flera av indikatorerna för att mäta långsiktigt mål 6 (ANDT-relaterad dödlighet och sjuklighet) också är av hög relevans för detta mål.

Vidare föreslår projektgruppen att de hälsoindikatorer som Socialstyrelsen tagit fram inom ramen för öppna jämförelser som mått på verksamhetens resultat ska användas under långsiktigt mål 5.

Följande indikatorer föreslås:

1. Läkemedelsuttag – alkohol: mäter i vilken omfattning de personer som har diagnostiserats med psyk-

iska störningar och beteendestörningar orsakade av alkohol, tagit ut sådana mediciner som rekommenderas i Socialstyrelsens nationella riktlinjer.

2. Läkemedelsuttag – narkotika: mäter i vilken omfattning de personer som har diagnostiserats med psykiska- och beteendestörningar orsakade av opiater, gjort uttag av sådana mediciner som rekommenderas i de nationella riktlinjerna.
3. Återinskrivning för vård, alkoholdiagnos: mäter i vilken grad de patienter som vårdats för alkoholdiagnos återinskrivits med en eller flera alkoholdiagnoser under samma kalenderår.
4. Återinskrivning för vård, narkotikadiagnos: mäter i vilken grad de patienter som vårdats för narkotikadiagnos återinskrivits med en eller flera narkotikadiagnoser under samma kalenderår.
5. Dödlighet bland personer med missbruks- och beroendediagnos: mäter andelen patienter som vårdats och där antingen alkohol eller narkotikadiagnos ingått och som avlidit (oberoende av dödsorsak) under samma kalenderår.

Indikatorerna baseras på data från Socialstyrelsens hälsoregister. I registren finns individbaserade uppgifter om diagnoser, läkemedelsuttag och dödsorsaker och är hämtade från läkemedelsregistret, patientregistret och dödsorsaksregistret. Indikatorerna finns noga beskrivna i en metodbilaga till öppna jämförelser (Socialstyrelsen, 2012d).

Socialstyrelsen föreslås som ansvarig för att följa dessa indikatorer.

Svenskt Beroenderegister, SBR, som källa för indikatorer

Svenskt Beroenderegister är ett s.k. kvalitetsregister för den specialiserade beroendevården i landet. Inom

den specialiserade beroendevården behandlas beroendepatienter med särskilda vårdbehov som inte kan ombesörjas inom ramen för t.ex. primärvården. Patientgruppen har ofta komplexa vårdbehov med såväl psykiatrisk som somatisk samsjuklighet. Tanken är att SBR ska fungera som ett paraplyregister för andra mer specialiserade kvalitetsregister inom missbruks- och beroendeområdet. Registret bygger i huvudsak på data som alltid samlas in i beroendevården såsom diagnoser, GAF (Global Assessment Function Scale är en skala som mäter en persons sociala, psykologiska och arbetsmässiga funktionsförmåga) och data till det s.k. KiM-registret (bl.a. vårdhistorik, alkohol- och drogkonsumtion samt social situation) (KiM=Klienter i missbruk). För att rapportera till registret ska enheten i fråga bedriva specialiserad beroendevård och för att en patient ska registreras vid en ansluten enhet gäller att patienten gett informerats samtycke muntligt eller skriftligt samt att patienten är 16 år eller äldre. Patienter exkluderas om det föreligger sinnesförvirring, psykotiskt tillstånd, eller annat som omöjliggör att patienten tar informerad ställning till samtycke. Registreringsarbetet består av ett startformulär som fylls i av behandlaren vid starten av en behandlingsperiod samt årsvis uppföljning och villkoret är att patienten ska vara inskriven i specialiserad beroendevård.

Uppskattningsvis uppgår antal patienter i Sverige totalt sett till ca 40 000 per år och antalet besök beräknas till ca 400 000 (källa: www.kcp.se), vilka potentiellt skulle kunna registreras i SBR. Den 1 september 2011 ingick endast 14 mottagningar/enheter och 2623 patienter. Täckningsgraden är därför för låg för att i dagsläget kunna användas som källa för indikatorer på området vilket skulle kunna bero på ett motstånd i att sätta av tid och resurser för det omfattande rapporterings- registreringsarbete som krävs. Täcknings-

graden kommer dock sannolikt att öka gradvis. Långsiktigt kan därför registret utföra ett viktigt underlag, framför allt i att ge en bild av missbrukssituationen och förändringar i denna. Däremot kan det inte användas som underlag för typ av åtgärder.

Indikatorer i nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevården

Projektgruppen väljer att börja med att redovisa denna framtida källa för indikatorer av skälet att denna bedöms som den långsiktigt viktigaste. Ett delarbete inom arbetet med revidering av riktlinjerna är just att utveckla indikatorer. Dessa ska mäta i vilken omfattning de viktigaste rekommendationerna i riktlinjerna följs avseende behandling, bedömningsinstrument, medicinska test och insatser för ungdomar/unga vuxna. I arbetet ingår således att ta fram indikatorer som kan användas för att följa upp kvaliteten i hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens insatser inom området i mer generella termer.

Indikatorerna ska mäta såväl strukturer, processer som resultat (jämför indikatorerna gällande de sjukdomsförebyggande riktlinjerna). Fokus ligger på att utveckla riktlinjespecifika indikatorer men arbetet inbegriper också förslag på mer generella resultatindikatorer. Med andra ord innefattar uppdraget att följa hela kedjan från strukturer, åtgärder och långsiktiga utfall. Arbetet pågår och inga förslag har ännu lämnats. Ordförande i projektgruppen är vetenskapligt ansvarig för arbetet.

Mycket av det initiala arbetet har gått ut på att sondera vilka möjliga datakällor som finns som långsiktigt kan användas. En viktig utgångspunkt är att försöka bygga på befintliga register och utveckla dessa och därmed minimera användandet av andra insamlingsmetoder såsom enkäter.

Det finns stora brister i den befintliga statistiken inom området missbruk- och beroendevård som omöjliggör att ge en helhetsbild. Inom sjukvården finns patientregistret med uppgifter från såväl slutna sjukhusvård som öppen sjukhusvård. Ett problem med öppen vården har varit en bristande diagnostäckning men denna har ökat avsevärt under de senaste åren.

Ett av de största problemen är bristen på registrerade vårdinsatser (åtgärder). Kunskapen är därför i dag mycket låg när det gäller vilka åtgärder som patienter erhåller. Den nämnda indikatorgruppen inom Socialstyrelsen ser över möjligheten att långsiktigt använda sig av KVÅ-koderna (Klassifikation av vårdåtgärder). KVÅ-koderna registreras i journal-system (som ser olika ut i olika landsting) och som sedan förs över till Socialstyrelsens patientregister (se också under prioriterat mål 4.1, kapitel 8.2). Såsom indikatorgruppen initialt diskuterat är KVÅ-koderna sannolikt det viktigaste medlet för att kunna följa upp om arbetet går i rätt riktning, dvs. om en allt större del av de insatser som genomförs sker i enlighet med riktlinjerna. Koderna måste också ses över så att dessa harmonierar med de kommande rekommendationerna av åtgärder enligt riktlinjerna. Det exakta steget från indata (registrering i journalsystem) till utfall i form av patientregister ser olika ut i olika delar av Sverige. Men kommer inte data in i journalsystem (indata) kan inte detta repareras i senare skede. Det bör således även läggas stora ansträngningar i att se till att åtgärder KVÅ-koder registreras.

Sammantaget bedömer projektgruppen att situationen på nationell nivå är långt ifrån tillfredsställande. För många patienter saknas i dag registrering av åtgärder. Beställarna av sjukvård har här en viktig uppgift i att kräva registrering av åtgärder inom ramen för ersättningssystemen, dvs. att vid utebliven icke-till-

fredsställande registreringsgrad utdela straffavgifter eller reducera ersättningsnivån.

Hälso- och sjukvården har ändå ett relativt gynnsamt utgångsläge när det gäller uppföljning. Data-system finns och möjligheter att länka samman data på individnivå är tekniskt möjligt. Eftersom patientregistret utgör grunden för uppföljning av hälso- och sjukvården är det viktigt att innehållet är av god kvalitet och att uppgifter har så hög aktualitet som möjligt. Ytterligare ökad täckningsgrad, nya variabler och ökad omfattning av inrapportering både vad gäller verksamhet och yrkesgrupper är centrala utvecklingsområden. Det är därför ytterst angeläget att den utvecklingsplan av patientregistret som redovisades på Socialstyrelsen i en projektplan i augusti 2012, realiserar under kommande år.

Inom socialtjänsten är det mer problematiskt när det gäller uppföljning. Det finns i dag flera olika data-system som används lokalt med olika möjlighet att ta ut statistik och göra uppföljning utifrån. De olika systemen använder olika begrepp för liknande insatser och har olika mycket information samlad. Systemen som används inom socialtjänsten är ofta byggda som dokumentationsverktyg och inte för uppföljning av verksamhetsutveckling. Att på individnivå länka samman data är inte tekniskt möjligt att göra i dag. Inom Södertörn (södra Stockholm) används exempelvis fyra olika system med olika kapacitet. Det finns således behov av att hitta ett gemensamt system inom socialtjänsten där information och statistik kan tas ut för uppföljning, men detta arbete drivs i dag inte av någon myndighet eller annan aktör.

Indikatorgruppen på Socialstyrelsen ser över andra register såsom LVM-register, ASI-databasen, DOK-databasen och dess framtida potential som viktiga datakällor för uppföljning av riktlinjearbetet.

När det gäller riktlinjenära resultatindikatorer, dvs. om åtgärderna lett till förbättringar, finns också stora utvecklings- och förbättringsmöjligheter men här finns ändå en grund att stå på. Patientregistret möjliggör t.ex. att följa andel patienter med alkoholrelaterad diagnos som återinskrivits med alkoholrelaterad diagnos under en period om exempelvis ett år. Om andra register kan användas och samköras med patientregistret, såsom ASI-databasen, SBR (vid ökad täckningsgrad), kan även dessa användas för att följa samma patienter över tid vad gäller t.ex. missbrukssituation.

Sammantaget menar projektgruppen att det arbete som bedrivs på Socialstyrelsen med att ta fram indikatorer för att följa de nationella riktlinjerna är det viktigaste arbetet som långsiktigt kan garantera en god och tillfredsställande uppföljning av både insatser och resultat. Framför allt är det viktigt att utveckla möjligheterna att mer optimalt nyttja registerdata på såväl insatser som utfall. Arbetet är dock i sin linda och behöver därför under strategiperioden till viss del ersättas och kompletteras med andra data.

Öppna jämförelser

Öppna jämförelser innehåller information om kvalitet och resursförbrukning inom hälso- och sjukvård, socialtjänst för olika verksamheter och områden, bl.a. inom missbruks- och beroendevården. Jämförelser redovisas på regional landstings, kommun- eller enhetsnivå. Öppna jämförelser jämför olika aspekter av socialtjänst och hälso- och sjukvård i hela Sverige. Jämförelserna görs som webbpubliceringar eller tryckta rapporter en gång per år och ska stödja nationella aktörer, ansvariga huvudmän och utförare i vård och omsorg i arbetet med att främja en god vård och omsorg för den enskilde. Öppna jämförelser kan användas som underlag för politiska beslut på olika nivåer, likväl som ett

verktyg för verksamhetsutövarnas förbättringsarbete. Det kan också fungera som underlag för uppföljning och utvärdering av socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens verksamheter.

Öppna jämförelser rör framför allt frågor om strukturer och processer. Med strukturer avses således de förutsättningar som finns för att ge vård och omsorg medan processer handlar om vad, hur och när tjänsterna produceras i verksamheten.

Enkäterna till kommunerna genomförs som en totalundersökning som omfattar landets samtliga kommuner och stadsdelarna i Stockholm, Göteborg och Malmö (321 svarsenheter). Den slutliga svarsfrekvensen uppgick för år 2011 till 77 procent. De frågor som ställs handlar om förutsättningar för god kvalitet i verksamheten utifrån följande områden: (1) helhetssyn och samordning, (2) självbestämmande och integritet, (3) kunskapsbaserad, tillgänglig samt (4) trygghet och säkerhet.

Arbetet med öppna jämförelser inom beroendevården har avgränsats till att omfatta den beroendevård som bedrivs av landsting och kommun gemensamt. I oktober 2011 skickades en elektronisk enkät via e-post till ansvariga för beroendeheter som drivs gemensamt av kommuner och landsting, totalt 68 svarsenheter fördelade på 15 landsting/regioner. Totalt svarade 52 enheter. Enkäten till enheterna belyser samma kvalitetsområden som kommunernas. Dessutom valde Socialstyrelsen 2011 att rikta en enkät till ansvariga för missbruks- och beroendevården i landsting och regioner i syfte att bättre belysa den samlade missbruks- och beroendevården. Enkäten innehöll sex frågor av övergripande karaktär och var organisationsneutrala. 17 av 21 landsting och regioner har besvarade enkäten.

Arbetet med öppna jämförelser har visat på de olik-

heter som finns inom, och mellan, landstingens beroendeverksamheter avseende uppdrag, innehåll och målgrupp. Det är inte möjligt att göra jämförelser mellan beroendeverksamheter och landsting utan tydlig identifiering av verksamheternas uppdrag och målgrupp. Arbetet med enkäten avslutas först 2014 och jämförelser mellan år är möjligt först när enkäten ser likadan ut varje år.

Utöver enkätdata har Socialstyrelsen tagit fram ett antal hälsoindikatorer som kan ses som verksamhetens resultat på individnivå, se kapitel 9.1 under långsiktigt mål 5.

Sveriges Kommuner och Landstings Kunskap till praktik

I en överenskommelse med regeringen 2008 har Sveriges Kommuner och Landsting tagit ansvar för att bygga upp ett stöd för kommuner och landsting så att de får förutsättningar att utveckla missbruks- och beroendevården. Målet med utvecklingsarbetet är att brukare ska få bästa möjliga vård och stöd. Insatserna ska ingå i en sammanhängande vårdkedja, vara samordnade mellan huvudmännen och utgå från Socialstyrelsens nationella riktlinjer och annan kunskap. Brukarna ska också ha inflytande över insatserna. Genom projektet Kunskap till praktik får kommuner och landsting bl.a. stöd i att förstärka brukarmedverkan, utveckla vårdkedjan så att insatser kan erbjudas på lokal nivå, tydliggöra ansvarsfördelningen mellan socialtjänst och hälso- och sjukvård och utveckla samverkan, utbilda personal så att de har kompetens att arbeta utifrån en evidensbaserad praktik samt införa metoder för att lokalt följa upp och förbättra verksamheten.

Inom ramen för detta arbete finns möjligheter att använda vissa uppgifter som indikatorer i uppfölj-

ningen av ANDT-strategins långsiktiga mål 5. Om Kunskap till praktik får en förlängning ser projektgruppen det som naturligt att även framöver använda nya, uppföljande data som samlas in inom Kunskap till praktik.

Behov av personnummerbaserad statistik inom missbruks- och beroendevården

Inom hälso- och sjukvården finns statistik på individnivå som i grunden är personnummerbaserad. Av identifierade data möjliggör att följa samma individ i såväl öppen- som slutenvård och i dödsorsaksregistret. Situationen är en helt annan när det gäller socialtjänsten. Något nationellt individbaserat register finns ej. Socialstyrelsens statistikdatabas över kommunernas insatser för vuxna med missbruksproblem grundar sig på mängduppgifter som årligen samlas in från samtliga kommuner med stöd av Lagen (2001:99) om den officiella statistiken och Förordningen (2001:100) om den officiella statistiken och innefattar antal personer som den 1 november eller någon gång tidigare under året fått någon insats p.g.a. problem med missbruk av alkohol, narkotika, läkemedel eller lösningsmedel. Statistiken innehåller insatser för denna grupp som är individuellt behovsprövade och som beslutats enligt socialtjänstlagen (2001:453) (SoL) eller lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall (LVM) (Socialstyrelsen, 2011c).

Statistiken uppvisar kraftiga variationer mellan åren, framför allt när enskilda kommuner studeras. Detta gör att statistiken rimligen inte på ett tillfredsställande sätt kan anses spegla en problembild utan snarare ska ses som ett mått på kommunernas arbete och satsade resurser på området.

I ett indikatorsperspektiv är uppgifterna från denna statistik utan värde. Den befintliga statistiken från

socialtjänsten utgörs i dag således inte av personnummerbaserade individuppgifter utan av frågor direkt till verksamheterna om vården som erbjuds. Däremot finns personnummerbaserade uppgifterna kommer från registret Tvångsvård enligt lagen om vård av missbrukare (LVM).

Detta innebär att statistiken delvis utgörs av personnummerbaserade individuppgifter, delvis av ej personnummerbaserade individuppgifter. Sammantaget kan konstateras att den befintliga statistiken inom missbruks- och beroendevården har stora brister som gör att den inte kan ge en samlad bild av hur väl missbruks- och beroendevården fungerar.

Detta är naturligtvis känt sedan länge för alla inblandade. Regeringen gav, i ett regleringsbrev 2005, Socialstyrelsen i uppdrag att utarbeta ett förslag på en statistik som täcker hela missbruks- och beroendevården, samt ge ett underlag för upprättandet av ett personregister. Syftet var att förbättra uppföljningen av vården. Det förslag som Socialstyrelsen sedermera redovisade i februari 2006 (Förslag till en samlad statistik för missbruks- och beroendevården, Socialstyrelsen, 2006) innebar bl.a. införandet av en personnummerbaserad statistik och en skyldighet för kommunernas socialtjänst och för specialiserade enheter för behandling av personer med missbruk eller beroende av alkohol och andra droger att lämna uppgifter för en sådan statistik.

I grunden handlar det om att Socialstyrelsen avser att, med stöd av förordningen, upprätta tre på varandra kompletterande, personnummerbaserade register, innehållande uppgifter om personer som fått insatser (stöd eller vård och behandling) för egna missbruks- eller beroendeproblem med alkohol och andra droger: (1) Personer med beslut om LVM-vård (befintligt register med uppgifter från länsrätter och

Statens institutionsstyrelse) (2) Personer med beslut om SoL-insatser (nytt register med uppgifter från kommuner) och (3) Personer i missbruksbehandling – KIM (nytt register med uppgifter från ”specialiserade behandlingsenheter” inom hälso- och sjukvård, socialtjänst, kriminalvård, privata vårdgivare).

Det finns för- och nackdelar med införande av en personnummerbaserad statistik vilket Socialstyrelsen i sitt förslag ingående redovisar. Det är dock värt att poängtera att utan individdata från alla system saknas tillförlitliga underlag för de olika åtgärder som syftar till att förbättra de insatser i form av stöd, vård och behandling som samhället erbjuder inom området. Utan individuppgifter blir det svårt att göra tillförlitliga uppföljningar. Utan individdata (genom personnummerbaserad statistik) är det inte heller möjligt att kontrollera för dubbelräkning av individer som både har kontakt med sjukvården och socialtjänsten.

Socialstyrelsens förslag till en samlad statistik överlämnades till Utredningen om översyn av behandlingen av personuppgifter inom socialtjänsten m.m. (S 2007:09) (Socialtjänstdatautredningen) som överlämnade sitt betänkande i april 2009. I stort så föreslog utredningen sådana lagförändringar som skulle möjliggöra en samlad personnummerbaserad statistik enligt Socialstyrelsens förslag. Sedan dessa har egentligen ingenting hänt. Socialstyrelsen saknar bemyndigande att begära in individkodade uppgifter.

Projektgruppen delar utredningens och Socialstyrelsens förslag. Det skulle i hög grad underlätta uppföljning av åtgärder och utfall och därmed bidra till en förbättring av insatser just för den grupp som man av förmodade integritetsskäl vill skydda genom att icke tillåta en samlad personnummerbaserad statistik.

Tillsyn

Insatser för att få till stånd en väl fungerande tillsyn är prioriterat. Den senaste av Socialstyrelsens tillsynsrapporter som gjorts kring missbruks- och beroendevården (Missbruks- och beroendevården, iakttagelser och resultat från tillsyn 2008–2010) rör Socialstyrelsens och länsstyrelsernas förstärkta och utvecklade tillsyn av missbruks- och beroendevården under åren 2008–2010. I rapporten framkom bl.a. att missbruks- och beroendevården har kvalitetsskillnader mellan olika delar av landet, att utbudet av insatser varierar, att det systematiska kvalitetsarbetet brister samt att de nationella riktlinjerna används (i varierande grad) och är väl kända.

Några utvecklade indikatorer som direkt går att använda i arbetet med mål 5 finns emellertid inte i dag. För att, om möjligt, kunna utveckla en eller flera sådana indikatorer krävs ett utvecklingsarbete inom ansvarig myndighet och ett uppdrag att ta fram detta inom ramen för ANDT-strategin. Projektgruppen ger inget förslag på indikatorer eller utvecklingsindikatorer.

Missbruksutredningen

Regeringen tillsatte 2008 Missbruksutredningen för att se över hela missbruks- och beroendevården. Utredningen (S 2008:04) skulle överväga förändringar i lagstiftningen och ansvarsfördelningen mellan de båda huvudmännen för att säkerställa att personer med missbruk eller beroende får de insatser som han/hon behöver. I uppdraget ingick att se över socialtjänstens, Statens institutionsstyrelses, hälso- och sjukvårdens och kriminalvårdens verksamheter på området. Slutbetänkandet lämnades i april 2011.

Det huvudsakliga förslaget innebar att kommunernas och landstingens ansvar för missbruks- och

beroendevården borde tydliggöras och att förändringar av ansvarsfördelningen mellan de två huvudmännen bör komma tillstånd. Förslaget syftade till att stärka individens ställning och förbättra tillgängligheten till kunskapsbaserade insatser för personer med missbruk eller beroende av alkohol, narkotika, läkemedel eller dopningsmedel, samt för personer som har en riskabel konsumtion. Av slutbetänkandet framkom bl.a. att missbruks- och beroendevården inte är tillräckligt kunskapsbaserad och att nya rön införlivas i allt för begränsad utsträckning i vården. För vissa målgrupper saknas målgruppspecifika insatser, t.ex. barn och ungdomar och personer med dopningsmissbruk. Enligt utredningen brister även kompetensen och baspersonalen inom missbruks- och beroendevården har ofta stort engagemang och värdefull erfarenhet men saknar allt för ofta formell utbildning. Grundutbildningarna för centrala yrkesgrupper såsom läkare, sjuksköterskor, psykologer och socionomer ger också för lite kunskap om missbruk och beroende.

Utredningen lade sammanlagt ett 70-tal förslag. De förslag som direkt berör missbruks- och beroendevården syftade bl.a. till att tydliggöra kommunernas och landstingens ansvar, stärka individens ställning, utveckla vårdens innehåll, förbättra kvaliteten, kunskapen och kompetensen samt utveckla vården utan samtycke.

En av delarna berörde just behovet av en kunskapsbaserad missbruks- och beroendevård. Kvaliteten på behandlingsinsatserna samt kunskapen om patienters vårdbehov måste, enligt utredningen, förbättras. Det samma gäller kunskapen om vilka insatser som ges och vårdens resultat. Utredningen vill därför främja utbyggnaden av nationella kvalitetsregister inom missbruksområdet genom ett statligt prestationsbidrag. Vidare bör kunskapen om befolkningens

alkohol- och drogvanor och förekomsten av olika former av riskbruk, missbruk eller beroende utvecklas.

I slutbetänkandet argumenterade utredningen också för att de statligt finansierade undersökningarna ska utformas på ett sådant sätt att de ger en nationell helhetsbild av alkohol- och droganvändningen som också möjliggör jämförelser med andra länder, samt att det regelbundet genomförs en särskild nationell undersökning av befolkningens alkohol- och drogvanor. Vidare föreslogs det att det ska genomföras en fördjupad epidemiologisk undersökning av förekomsten av missbruk och beroende i den svenska befolkningen. En del av dessa förslag ser projektgruppen som genomförda i och med det arbete som pågår i insamlandet av indikatorer över de långsiktiga målen, bl.a. genom den kartläggning av alkohol och beroende med vedertagna internationella skalor som för tillfället genomförs (se kapitel 3.2).

9.2 Tillgång till kunskapsbaserade vård- och stödinsatser ska öka (prioriterat mål 5.1)

Kunskapsutveckling, metodutveckling och kompetenskrav hos personal

Socialstyrelsens nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevården omfattar socialtjänstens, hälso- och sjukvårdens, kriminalvårdens och Statens institutionsstyrelses verksamheter. Riktlinjerna utgör underlag för en mer kunskapsbaserad vård och medför också ökade krav på att de professioner som är verkamma inom området har en god utbildning och specialkompetens inom ANDT-området.

Regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting har ingått årliga överenskommelser om stöd till kom-

muner och landsting i syfte att implementera riktlinjerna i sin verksamhet samt utveckla en mer långsiktig struktur för kunskapsförsörjning. Att främja en fortsatt kunskapsutveckling och att befintlig kunskap om verksamma metoder omsätts i det praktiska arbetet är viktiga förutsättningar för en missbruks- och beroendevård av hög kvalitet. Därför ska, enligt ANDT-strategin, en fortsatt kunskaps- och metodutveckling prioriteras under strategiperioden.

Det finns dock ingen samlad statistik över vilken kompetens personalen har som arbetar inom området, vare sig på grundnivå, som socionom eller sjuksköterska, eller på specialistkompetensnivå. Sveriges Kommuner och Landstings Kunskap till praktik har dock nyligen inom ramen för ett omfattande implementerings- och kompetensutvecklingsarbete också mätt utbildningsnivå.

Indikatorerna på detta område bör mäta kunskapsnivån hos personalen inom kommunernas och landstingens missbruks- och beroendevård samt hur kunskaps- och metodutvecklingen fortskrider. Kunskap till praktik har uppgifter om antal/andel personal som erhållit relevant utbildning i missbruk och beroende, både grundläggande kunskap kring missbruk och beroende samt någon av de fortsättningsutbildningar som ges via Sveriges Kommuner och Landsting.

Den första sammanställningen om resultat av Kunskap till praktiks insatser, som utvärderarna från Lund sammanställt, visar att 11 000 personer genomgått den nationella baskursen 2011, vidare att användningen av standardiserade bedömningsinstrument ökat med 20 procent mellan 2010 och 2011 och att användningen av kunskapsbaserade metoder har ökat med mellan 17 och 25 procent under samma period. Detta är mycket positiva resultat.

Öppna jämförelser ställer frågor till lokala missbruks-

och beroendemottagningar inom landsting och kommun om man gör bedömningar av brukarnas behov i relation till de insatser som erbjuds. Detta möjliggör att mäta andelen kommuner och landsting som gjort en samlad bedömning av hur missbruks- och beroendevårdens insatser stämmer överens med klientgruppernas (patienternas) behov. Öppna jämförelser mäter också om samarbete finns med universitet/högskola/FoU-verksamheter vilket möjliggör att följa andelen kommuner/landsting som uppvisar ett sådant samarbete.

Användning av etablerade screenings- och bedömningsinstrument är centrala för att få en god bild av patienternas situation och behov. Öppna jämförelser ställer sådana frågor vilket möjliggör att följa upp utbredningen av användningen av bedömningsinstrument specifikt för verksamhetsutvecklingen.

Följande indikatorer föreslås:

1. Antal personer inom missbruks- och beroendevården som fått särskild riktad kompetensutveckling.
2. Andel kommuner respektive andel landsting som har en plan för personalens kompetensutveckling inom missbruks- och beroendevården.
3. Andel kommuner respektive landsting som gjort en samlad bedömning av hur missbruks- och beroendevårdens insatser stämmer överens med klientgruppernas behov.
4. Andel kommuner som har samarbetat med universitet/högskola/FoU-verksamhet kring kompetensutveckling för personal inom missbruks- och beroendevården.
5. Andel kommuner respektive landsting där bedömningsinstrument används för bedömning av problemtyngd och hjälpbehov.
6. Andel kommuner respektive landsting som gör en systematisk uppföljning av resultaten av genomförda insatser på individnivå.

Så länge som Kunskap till praktik fortgår föreslås att Sveriges Kommuner och Landsting ansvarar för indikator 1. När projektet avslutas föreslår projektgruppen att Socialstyrelsen ansvarar för att fortsätta följa upp utbildningsnivån inom socialtjänst och landsting (beroende på vad som beslutas inom ramen för Missbruksutredningen om ansvarsfrågan). Som ansvarig för övriga indikatorer 2–6 föreslås Socialstyrelsen genom data från öppna jämförelser.

Ökad prioritet för att säkerställa att vård erbjuds dem som har svårt att få sina vårdbehov tillgodosedda, t.ex. personer med samsjuklighet

Inom missbruks- och beroendevården finns en stor grupp personer som har svårt att få sina vårdbehov tillgodosedda. Detta gäller i än högre utsträckning de som uppvisar samsjuklighet av både psykisk sjukdom/psykisk funktionsnedsättning och missbruk eller beroende.

Aktuell forskning visar att samhällsbaserade integrerade insatser som har möjligheter att möta personens hela behov är de mest effektiva insatserna för personer med omfattande eller komplicerad problematik. Exempelvis ACT-team (samhällsbaserade team), Case Manager (personlig vård- och stödsamordnare) och integrerade team för personer med samsjuklighet av psykisk sjukdom och missbruk är metoder som har prövats i Sverige och ofta visat goda resultat. De integrerade verksamheterna behöver dock utvecklas eftersom de är en förutsättning för att det ska bli möjligt att uppnå en mer jämlik hälsa och mer jämlika livsförhållanden för personer med omfattande eller komplicerad problematik. Det finns således behov av ett utvecklingsstöd till de kommuner och landsting som vill utveckla denna typ av verksamheter.

Inom ramen för överenskommelsen ”Stöd till

riktade insatser inom området psykisk ohälsa 2012” mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting har SKL åtagit sig att (1) i samverkan med andra berörda aktörer skapa strukturer för att stödja utvecklingen av integrerade verksamheter riktade till personer med omfattande behov, såväl uppstart av nya verksamheter som utveckling av redan befintliga, (2) kartlägga och analysera, t.ex. genom ett antal pilotstudier, vilka olika delar i stödet av integrerade team som behöver utvecklas för att de ska bli framgångsrika i det svenska systemet, (3) kartlägga hur olika kvalitetsindikatorer kan användas för att följa utvecklingen och förbättringsarbetet, samt (4) utveckla, i samarbete med kommuner och landsting, verktyg för att mäta resultaten av integrerade team för patienter och brukare med hjälp av befintliga kvalitetsregister, de nationella hälsodataregistren och nydesignade inventeringsverktyg. Arbetet har påbörjats under 2012 och kommer att fortsätta under 2013.

Befintliga frågor i öppna jämförelser möjliggör att få en bild av hur vanligt det är med gemensam vårdplanering, hur vanligt det är att verksamheter gör inventeringar av klienter angående samsjuklighet och hur vanligt det är att verksamheter stämmer av hur insatserna svarar mot behoven. De indikatorer som föreslås ska alltså på olika sätt mäta hur väl olika vårdbehov tillgodoses på verksamhetsnivå.

Följande indikatorer föreslås:

1. Andel av klienterna/patienterna, som har behov av insatser från både hälso- och sjukvård och socialtjänst, där man upprättat samordnade individuella planer (SIP) enligt 2 kap 7 § SoL och 3 f § HSL.
2. Andel kommuner som gjort inventering av personer med samsjuklighet.

3. Andel kommuner respektive landsting som stämmer av hur insatserna svarar mot behoven.
4. Andel kommuner respektive landsting som på ledningsnivå har en beslutad överenskommelse/rutinbeskrivning om hur missbruks- och beroendevården ska samverka kring enskilda ärenden med berörd extern myndighet/organisation.

Som ansvarig för samtliga dessa indikatorer föreslås Socialstyrelsen.

Stöd och vårdinsatser vidareutvecklas som är särskilt anpassade för kvinnor

Enligt ANDT-strategin har kvinnoorganisationer lyft fram bristen på insatser och vård som är särskilt anpassade för unga kvinnor. Stöd- och vårdinsatser särskilt anpassade för kvinnor i alla åldrar ska, enligt strategin, säkerställas.

Efter diskussioner med sakkunniga på Sveriges Kommuner och Landsting och Socialstyrelsen konstaterar projektgruppen att det i dag inte finns något underlag som skulle möjliggöra framtaganden av indikatorer för att mäta huruvida stöd- och vårdinsatser finns anpassade för kvinnor på någon nivå. Flera kommuner och landsting använder dock redan könsuppdelad statistik som underlag för lokal uppföljning och i verksamhetsutveckling (liksom åldersuppdelning), men det görs inte lika över hela landet och det finns ingen regional eller nationell aktör som i dag samlar in denna kunskap. (Möjligen skulle ASI-information med insatsbeskrivning kunna användas framöver).

Dessutom behövs mer kunskap och forskning om vad som fungerar kring vården för kvinnor och utveckla detta arbete. Ingen indikator föreslås därför.

Former utvecklas för att tillvarata brukarnas erfarenheter

Brukarmedverkan inom missbruks- och beroendevården har blivit allt viktigare (se också långsiktigt mål 5 under kapitel 9.1). Den enskilde ska ha möjlighet att påverka sin livssituation, den vård och det sociala stöd han eller hon får. Kommuner och landsting behöver den kunskap som brukarna har för att förbättra den vård och det stöd som erbjuds. Genom att personer med egen erfarenhet som brukare är med och påverkar verksamhetsutvecklingen erhålls högre kvalitet. Brukarnas erfarenheter ger viktig kunskap vid utveckling av vården. Denna kunskap är viktig att tillvarata, genom att t.ex. inrätta brukarråd för att diskutera angelägna utvecklingsfrågor eller genomföra brukarrevisioner för att genomlysna olika verksamheter. Det behövs mer kunskap inom professionen och ledningen för att utveckla detta område.

Brukarmedverkan sker på olika nivåer. På individnivå handlar det om den enskildes möjlighet att påverka den vård och stöd han eller hon får. På verksamhetsnivå handlar det om inflytande på en klinik eller mottagning. På organisations- eller systemnivå kan det handla om att påverka policys och politik. Brukarmedverkan är en grundläggande förutsättning för att åstadkomma en evidensbaserad praktik.

Ingen av de metoder som Socialstyrelsen har pekat på i de nationella riktlinjerna inom missbruks- och beroendevården fungerar för alla. Men brukarmedverkan är en viktig framgångsfaktor för en evidensbaserad praktik. De indikatorer som kan användas bör således mäta hur väl brukarnas erfarenheter tillvaratas och hur de kan vara med och påverka. Det saknas i nuläget användbara indikatorer kring brukarstyrd brukarmedverkan, brukarråd och brukarrevision i öppna jämförelser. Det bör noga övervägas om dessa bör ingå i öppna jämförelser framöver.

Följande indikatorer föreslås:

1. Andel kommuner respektive andel landsting som genomfört en systematisk undersökning av klienternas uppfattning om verksamheten.
2. Andel kommuner som uppger att de använder sammanställningar av klienter och anhörigas synpunkter för att analysera och utveckla missbruks- och beroendevården.

Indikatorerna baseras på data från Socialstyrelsens öppna jämförelser. Ansvarig för indikatorerna: Socialstyrelsen.

9.3 En tydligare och mer ändamålsenlig ansvarsfördelning mellan huvudmännen för missbruks- och beroendevården ska uppnås (prioriterat mål 5.2)

Missbruks- och beroendevården är ett område där flera huvudmän har ansvar enligt olika lagstiftningar. Kommuner och landsting har båda ansvar för centrala länkar i vårdkedjan, t.ex. tillnyktring, abstinensvård och behandling. Personer med behov av missbruks- och beroendevård har också ofta behov av samtida insatser från flera huvudmän. Dagens organisation av socialtjänst, missbruks- och beroendevård och vuxenpsykiatri innebär att personer med samsjuklighet riskerar att bollas mellan olika vårdgivare. Detsamma kan även gälla personer med blandmissbruk av alkohol, narkotika och läkemedel.

Det finns därför behov av att tydliggöra huvudmännens ansvar för olika delar i vårdkedjan och för olika målgrupper. Det finns även behov av att utveckla samverkan mellan de två huvudmännen å ena sidan och staten genom Kriminalvården och Statens institutionsstyrelse å andra sidan, för att klienterna ska

kunna erbjudas en adekvat behandling. Detta var ett huvuduppdrag för Missbruksutredningen.

(1) Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd för hälso- och sjukvård och socialtjänst länkas samman och (2) en ökad samverkan mellan samtliga länkar i vårdkedjan

Under denna rubrik diskuteras två viktiga områden.

En insats som i grunden syftar till bättre samordning mellan huvudmännen är den revidering som påbörjats av Socialstyrelsens nuvarande föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för kvalitet i verksamhet inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Målet är att de föreskrifter och råd som tidigare haft olika innehåll för hälso- och sjukvården och socialtjänsten ska bli mer enhetliga. Socialstyrelsen bedömer att det finns ett behov av nya föreskrifter som i så stor utsträckning som möjligt ska vara gemensamma för båda områdena. En sådan förändring bidrar till att likställa kraven på en vård och behandling som är kunskapsbaserad, kvalitetssäkrad och tillgänglig samt att det finns rutiner för handläggning och dokumentation.

En ökad samverkan mellan samtliga länkar i vårdkedjan bör således komma till stånd och föreslagna indikator bör mäta samverkan och ansvarsfördelning.

Inom ramen för Kunskap till praktik har samverkansöverenskommelser träffats i 18 län där ansvaret tydliggör för respektive huvudman. Kunskap till praktik har analyserat överenskommelserna och fortsatta initiativ kommer att tas för att vidareutveckla och bryta ner dessa överenskommelser till lokal nivå. Det är angeläget att bygga vidare på det redan påbörjade utvecklingsarbetet.

Följande indikatorer föreslås:

1. Andel kommuner och landsting som på länsplanet har skriftliga och fastställda rutiner för hur samverkan med interna och externa aktörer ska ske i enskilda ärenden.
2. Andel kommuner som på lokal nivå har skriftliga och fastställda rutiner för hur samverkan med interna och externa aktörer ska ske i enskilda ärenden
3. Andel kommuner och landsting där samverkan mellan parterna har utvärderats.

För båda utgör öppna jämförelser underlag för data som alltså kan redovisas på nationell regional och, sannolikt, på lokal nivå. Som ansvarig föreslås Socialstyrelsen.

9.4 Regionala och lokala skillnader i kvalitet, tillgänglighet och resultat ska minska (prioriterat mål 5.3)

Av Socialstyrelsens öppna jämförelser (inom missbruks- och beroendevården) framkommer tydliga regionala och lokala skillnader i tillgång till vissa insatser, vilket indikerar att möjligheten att få sitt vårdbehov tillgodosett beror på var i landet man bor. Regeringens bedömning är att en väl fungerande tillsyn och tillgång till öppna jämförelser är viktiga verktyg för en likvärdig missbruks- och beroendevård i hela landet.

Under strategiperioden bör insatser för att få till stånd en väl fungerande tillsyn prioriteras

Fortsatt utveckling av en väl fungerande tillsyn som även belyser hur barns och andra närståendes behov tillgodoses och hur brukarnas delaktighet säkerställs, är viktiga verktyg för ökad likvärdighet över landet och för att uppnå en vård som utgår från varje individs

specifika behov. Arbetet för att få till stånd en väl fungerande tillsyn ska ges hög prioritet.

Det finns i dag inga indikatorer som på ett enkelt sätt mäter detta och måste bedömas som ett mycket långsiktigt arbete som inte ryms inom ramen för pågående indikatorarbete. Projektgruppen ger således inga förslag på indikatorer.

Arbetet med att utveckla öppna jämförelser inom missbruks- och beroendevården slutförs för att främja kvalitetsutveckling och öka möjligheten till vård på lika villkor

Enligt Socialstyrelsens handlingsplan för den fortsatta utvecklingen av öppna jämförelser inom missbruks- och beroendevården, som sträcker sig fram t.o.m. 2014, ska det 2014 finnas målgruppsanpassade öppna jämförelser. Det ska vara möjligt för såväl verksamhetsnära beslutsfattare, ledande tjänstemän och politiker som för brukare själva att få kunskap om kvalitet och resultat.

Fram till 2014 pågår ett utvecklingsarbete genom en grupp personer från Sveriges Kommuner och Landsting och Socialstyrelsen som regelbundet träffas för att utveckla frågorna, genomförande och uppföljning.

Eventuellt bör man överväga ytterligare frågor att inkluderas i "Öppna jämförelser" och med 2013 för att bättre kunna följa upp vissa mål under långsiktigt mål 5.

Följande indikator föreslås:

1. Att öppna jämförelser har utvecklats och kan mäta flera prioriterade mål inom ANDT-strategin och att den används både av brukare som ledande tjänstemän och politiker.

Indikatorsansvarig: Socialstyrelsen.

10. Prioriterade mål under långsiktigt mål 6: Antalet döda och skadade på grund av sitt eget eller andras bruk av alkohol, narkotika, dopning eller tobak ska minska

Prioriterade mål

- Antal döda och skadade i trafiken på grund av alkohol och andra droger ska minska (kapitel 10.2)
- Antal döda och skadade på grund av alkohol-, narkotika- och dopningsrelaterat våld ska minska (kapitel 10.3)
- Dödligheten bland ungdomar och unga vuxna på grund av alkoholförgiftningar och experimenterande med droger ska minska (kapitel 10.4)
- Medvetenheten i hela befolkningen om ANDT-användningens effekter på hälsan bör öka (kapitel 10.5)

10.1 Inledning

Långsiktigt mål 6 inkluderar både sjukdomar (dödlighet, vårdade) och ANDT-relaterade skador såsom trafikolyckor och misshandel. För att uppnå det långsiktiga målet krävs, enligt regeringen (prop. 2010/11:47), en fortsatt prioritering av insatser för att minska missbruket och AND-relaterat våld i offentliga miljöer. Även AND-relaterat våld inom familjen behöver ges ökad uppmärksamhet.

Tre av de sammantaget fyra prioriterade målen berör insatser som syftar till att minska antalet döda och skadade: (1) antalet döda i trafiken p.g.a. alkohol och andra droger ska minska; (2) minskning av det ANDT-relaterade våldet samt (3) minskning av dödligheten bland unga p.g.a. alkoholförgiftningar och experimenterande med droger. De föreslagna insatserna

enligt ANDT-strategin, domineras av två huvudkategorier. Den ena rör ökad spridning av kunskapsbaserade metoder. Den andra rör ökad kunskap såväl bland professionen (t.ex. om det ANT-relaterade våldets omfattning och karaktär) som bland allmänheten (ökad medvetenhet om ANDT-användningens effekter på hälsan).

10.2 Antal döda och skadade i trafiken på grund av alkohol och andra droger ska minska (prioriterat mål 6.1)

Rattfylleri är en av de största bidragande faktorerna till dödsolyckor i trafiken. Av alla trafikdödade förare är ca 20 procent alkoholpåverkade. Förare som är påverkade av narkotika, dopningspreparat eller läkemedel är också ett problem i trafiken. För att motverka rattfylleri krävs en bred uppsättning åtgärder, såsom en genomtänkt strategi för ett högt antal alkohol- och drogkontroller av god kvalitet, samordnade informationsinsatser, införande av krav på alkolås, eller andra tekniska system, för rattfylleriister och i förebyggande syfte samt andra åtgärder för att förebygga, upptäcka och utreda rattfylleri, inklusive drogtrattfylleri. En viktig grund att utgå ifrån är tillförlitlig statistik om hur den faktiska omfattningen av problem och dess utveckling över tid ser ut. Så är inte riktigt fallet

i dag vilket gruppen redogjorde för i förslaget över de långsiktiga målen. En trovärdig statistik är också grundläggande för att kunna bedöma vilka åtgärder som bör sättas in.

Breda satsningar aviseras således och satsningar har också gjorts under senare år genom utökad förarutbildning, information och riktade trafikkontroller. Från den 1 januari 2012 infördes också ett nytt program med alkoholåsar som villkor för körkort för den som kört rattfull efter alkoholintag. Körkortet blir så gott som alltid indraget i samband med rattfylleri på grund av alkohol. Om personen väljer att gå med i alkoholprogrammet kan körkortet behållas med ett villkor om alkoholåsar under ett eller två år.

Vidareutveckling av strukturerna för samverkan mellan myndigheter som polis, kommuner, beroendevård, länsstyrelse och trafikmyndighet i enlighet med metoden Samverkan Mot Alkohol och Droger i Trafiken (SMADIT) eller liknande metod, betonas också i strategin.

Strukturer för samverkan mellan polismyndighet, kommuner, beroendevård, länsstyrelsen och trafikmyndigheter ska fortsätta att utvecklas SMADIT (Samverkan mot alkohol och droger i trafiken) är en samverkan mellan flera myndigheter som syftar till att minska antalet förare i trafiken eller till sjöss som är påverkade av alkohol och droger. I korthet innebär metoden att när rattfyllerister rapporteras så ska ett samtal med socialtjänsten eller beroendevården erbjudas så snabbt som möjligt, helst inom 24 timmar. Följande myndigheter medverkar i SMADIT: Trafikverket, Polisen, Kustbevakningen, Tullverket, kommunerna, landstingen, Transportstyrelsen och Kriminalvården/Frivården. År 2012 hade Trafikverket ett samordningsansvar för SMADIT som bl.a. innebar

insamling av data som möjliggjorde en uppföljning av i vilken utsträckning metoden erbjuds och om det leder till samtal och behandling.

De flesta kommuner arbetar numera enligt SMADIT men det är långt ifrån alla misstänkta rattfyllerister som får erbjudandet. Data för 2011 visar t.ex. att endast ca 60 procent av de rapporterade rattfylleristerna fick erbjudandet om SMADIT (7 188 personer) och att ännu färre tackade ja (1 670). Av dessa visade det sig att ca 1 000 personer fick någon form av samtal eller behandling. För rattfylleristerna som använt droger är andelen mycket lägre, enbart ca 3 procent fick överhuvudtaget förfrågan om SMADIT. Det finns dock en betydande osäkerhet kring statistiken för SMADIT. Inga uppbyggda system finns för rapporteringen, utan det hanteras manuellt av respektive utförare vilket ger många möjliga felkällor. För att säkerställa en uppföljning av arbetet med SMADIT är det därför nödvändigt att utveckla ett mer tillförlitligt rapporteringssystem.

Kravet på att samtliga rattfyllerister ska erbjudas SMADIT finns i det styrdokument som Rikspolisstyrelsen har gentemot polismyndigheterna. Samtidigt visar befintlig statistik att det finns ett betydande utrymme att ge erbjudandet till fler misstänkta rattfyllerister samt att motivera fler till att tacka ja. En möjlig åtgärd är att förbättra polisens rutiner vid registreringen av rattfylleribrott så att polisen automatiskt påminns om att erbjuda SMADIT. Det vore också av stort värde att undersöka möjligheterna att genomföra en utvärdering av SMADIT för att fastställa om metoden har avsedd effekt dvs. att den leder till en minskning av antalet berusade personer i trafiken. För att möjliggöra dessa förbättringar och uppföljningar av dessa bör en relevant aktör få uppdraget att utvärdera, utveckla och samordna SMADIT.

Projektgruppen har föreslagit Trafikverket som den mest lämpliga aktören. I verkets nuvarande instruktion ingår inte ett samordningsansvar. Trafikverket har uttryckt att verket i dag inte äger någon del i processen som gör att de kan fatta beslut om förbättringar av denna. Verket vill dock fortsätta delta i arbetet. Projektgruppen befarar att arbetet med SMADIT går i stå under en period om ny ansvarig aktör ska utses och sättas in i arbetet. Givetvis måste myndigheten känna delaktighet och ha möjlighet att påverka processen men detta bör kunna lösas. Projektgruppen föreslår således Trafikverket som ansvarig för de indikatorer som avser SMADIT (se nedan). Men om det nu skulle visa sig att Trafikverket inte kommer ha uppdraget framöver att utveckla, samordna och utvärdera SMADIT är det mycket viktigt att en ny aktör utses och sätts in i arbetet så fort som möjligt. Denna nya aktör skulle i så fall bli indikatoransvarig.

Följande indikatorer föreslås:

1. Andel kommuner som uppger att kommunen arbetar med SMADIT.
2. Antal/andel misstänkta rattfyllerister (alkohol respektive droger) som erbjuds SMADIT och andelen av dessa som tackar ja. (Data genom Polisen, Kustbevakningen och Tullverket.
3. Att en vetenskaplig utvärdering av SMADIT genomförs eller påbörjas under strategiperioden med fokus på återfallsfrekvensen.

Som för så många andra föreslagna indikatorer så avser även SMADIT både strukturindikatorer (igångsättande av utvärdering) samt olika resultatindikatorer där sistnämnda måste mätas vid upprepade tillfällen. Indikator 1 baseras på data från Länsrapporten där Statens folkhälsoinstitut bör vara indikatorans-

ansvarig. Indikatorerna 2–3 bygger på uppgifter framtagna av Trafikverket (genom data från Rikspolisstyrelsen, Kustbevakningen och Tullverket) som också bör vara ansvarig för dessa två indikatorer.

Ökat användande av alkoholåsar och liknande teknik som kan hindra påverkade förare från att köra

Redan i dag görs en uppföljning av kommunernas och landstingens alkoholåsar användning vartannat år av Motormännens helnykterhetsförbund (MHF) (senast i samverkan med Trafikverket 2011). Detta görs genom en webbenkät som riktas till kommunledning respektive upphandlingschef i varje kommun och landsting och resultaten sammanställs i en rapport. Det är viktigt att denna kartläggning görs även fortsättningsvis, vilket enligt uppgift inte är säkert.

En ytterligare kompletterande statistikkälla för en skattning av antal alkoholåsar i drift skulle kunna vara försäljningssiffror från de större leverantörerna av alkoholåsar, givet att de kan tänka sig att lämna ut siffror om detta. En annan möjlighet till att göra en grov beräkning är att utgå ifrån de offentliga upphandlingarna av alkoholåsar eller alkoholåsar försedda transporter i kommuner och landsting, en ytterligare möjlighet att följa antalet alkoholåsar genom statistik direkt ur Trafikregistret.

Även om detta avsnitt rör alkoholåsar så är projektgruppen medveten om att andra tekniska lösningar snart kan finnas. De föreslagna indikatorerna ska således inte uppfattas som om projektgruppen med dessa läser sig vid en viss lösning och därmed försvårar teknikutvecklingen. Skulle andra lösningar snart vara aktuella behöver indikatorerna naturligtvis anpassas därefter.

Följande indikatorer föreslås:

1. Andel kommuner och landsting/regioner som tagit beslut och arbetar enligt trafiksäkerhetsprogram/-policy eller alkoholpolicy för införande av alkolås eller annan nykterhetsstödjande teknik vid fordons- eller transportupphandling.
2. Andel kommuner och landsting/regioner som har ställt krav på alkolås eller annan nykterhetsstödjande teknik vid fordons- eller transportupphandling.

Utvecklingsindikatorer:

3. Att möjligheterna utreds till att använda statistik om alkolås från de större leverantörerna samt de offentliga upphandlingarna.
4. Att se över möjligheterna att följa antalet alkolås genom statistik direkt ur Trafikregistret.

Indikatorer 1 och 2 mäts i den webbenkät som genomförs vartannat år av Trafikverket i samarbete med MHF. Projektgruppen ser det som viktigt att denna webbenkät fortsätter att genomföras, trots de mätproblem som denna (och andra) enkäter uppvisar.

Indikator 3 mäts genom att Trafikverket utreder dessa möjligheter under strategiperioden och indikator 4 genom att Transportstyrelsen som ansvarar för Trafikregistret ser över möjligheterna att få fram tillförlitlig statistik på området.

Trafikverket bör vara ansvarig för indikatorerna 1–3, Transportstyrelsen för indikator 4.

Statistiken inom trafikområdet ska bli mer tillförlitlig och jämförbar över tid och Kunskapen öka om rattfylleriets omfattning och om förarens användning av narkotika

Detta avsnitt avser två viktiga områden under det prioriterade målet om trafiken: ökad tillförlitlighet

och jämförbarhet för statistiken inom trafikområdet och ökad kunskap om rattfylleriets omfattning. Statistiken över rattfylleriets utveckling är underutvecklad och i nuläget finns inget enskilt mått som anses mäta utvecklingen på ett tillförlitligt sätt. Mot denna bakgrund föreslås tidigare fyra olika mått som indikatorer i uppföljningen av ANDT-strategins långsiktiga mål: (1) antal alkoholrelaterade dödsfall i trafiken i termer av döda förare som har minst 0,2 promille enligt den rättsmedicinska undersökningen (Källa: Rättsmedicinalverket, Socialstyrelsen); (2) antal fordonsförare i singelolyckor med personskada nattetid dvs. mellan kl. 22.00–05.59 (Källa: STRADA, Transportstyrelsen); (3) antal positiva utandningsprov (minst 0,2 promille) per 100 000 genomförda utandningsprov (Källa: Statens väg- och transportforskningsinstitut); (4) antal positiva utandningsprov (minst 0,2 promille) bland skadade motorfordonsförare (Källa: Rikspolisstyrelsen).

Det räcker dock inte alltid med enhetliga definitioner av en indikator utan statistiken behöver också tas fram på ett enhetligt sätt. För att öka tillförlitligheten bör det med tydlighet fastställas hur varje mått tas fram och redovisas så att oklarheter kan undvikas. Detta ansvar bör ligga på den myndighet som tar fram statistiken.

Den tillgängliga statistiken på trafikområdet är fokuserad på rattfylleri dvs. på alkohol- eller drogkonsumtionen hos föraren, medan statistik över trafikdöda/skadade orsakade av en påverkad förare är bristfällig. Detta är en begränsning eftersom betydligt fler än förarna drabbas av alkohol- och drogrelaterade trafikolyckor. När det gäller omkomna personbilsförare så har ungefär 30–40 förare haft alkohol över 0,2 promille i kroppen varje år under de senaste åren medan fördjupade analyser som Trafikverket gjort

visar att 75–100 personer förolyckats vid alkoholrelaterade trafikolyckor. Givet det långsiktiga målet att minska skador i trafiken p.g.a. andras bruk av alkohol och droger är det önskvärt att ta fram en regelbunden statistik över offer för rattfylleri i trafiken.

Det bör understrykas att behovet att utveckla tillförlitliga indikatorer på området är stort. Det finns inget enskilt problemfritt mått men flera sammantaget kan ge en bra bild om det bedrivs ett utvecklingsarbete, vilket skisserades i projektgruppens tidigare förslag om indikatorer för de långsiktiga målen. Utvecklingsbehovet kan illustreras med att olika siffror ibland redovisas från i grunden samma data vilket skapar stor förvirring och svårigheter för andra än experter att tolka data.

I rapporten med förslag på indikatorer avseende de långsiktiga målen i strategin föreslås alkoholrelaterade dödsfall i trafiken som en viktig indikator när det gäller alkohol i trafiken, och att arbetet av Socialstyrelsen bör samordnas med Trafikverket. Eftersom Transportstyrelsen är den myndighet som är leverantör till Trafikanalys beträffande olycksstatistik bör samverkan också ske med dem.

När det gäller alkoholrelaterade dödsfall i trafiken på basis av rättsmedicinskt undersökta dödsfall med blodalkoholkoncentration om minst 0,2 promille vill projektgruppen göra ett förtydligande. De djupstudier som genomförts under flera år bör fortsätta och bilda utgångspunkten för den officiella statistiken på området. Om rättsmedicinska data finns tillgängliga på Socialstyrelsen som en del av dödsorsaksregistret (vilket inte är fallet i dag) bör möjligheten att via detta nationella register beräkna antalet förare i trafiken under alkoholpåverkan testas. Detta görs genom att koppla ihop de rättsmedicinskt alkoholpositiva med ICD-koderna för trafikolyckor (fyrställiga koder).

Två sätt att skatta antalet alkoholrelaterade dödsfall erhålls således. Framkommer skillnader dem emellan bör orsaken till detta utredas närmare.

Det finns i dag ett statistikråd med syfte att få enhetlig data på trafikområdet. Rådet samordnas av Trafikanalys. Projektgruppen anser med anledning av den bristfälliga statistiken på området denna grupp bör få ett utökat uppdrag med fokus på att (1) se över den befintliga statistiken och ge förslag på hur denna kan förbättras, (2) hur statistikarbetet bättre kan koordineras och samordnas i termer av vem som rapporterar vad och (3) presentera en gemensam bild av omfattning och utveckling av rattfylleriet i Sverige med hjälp av befintliga indikatorer och i en myndighetsövergripande rapport. Arbetsgruppen bör koordineras och ledas av Trafikanalys. I statistikrådet (eller den grupp som bildad med utgångspunkt från statistikrådets sammansättning) bör representanter från de viktigaste aktörerna på området ingå, däribland Trafikverket, Rikspolisstyrelsen, Rättsmedicinalverket, Transportstyrelsen, Trafikanalys, Statens väg- och transportforskningsinstitut, Motormännens helnykterhetsförbund och forskare på området.

Följande indikator föreslås:

1. Att det befintliga statistikrådet som arbetar med dessa frågor får ett tydligt direktiv och med representanter i gruppen i enlighet med vad som nämndes ovan. Ansvarig: Trafikanalys.

10.3 Antal döda och skadade på grund av alkohol-, narkotika- och dopningsrelaterat våld ska minska (prioriterat mål 6.2)

Kunskapen om det alkohol-, narkotika- och dopningsrelaterade våldets omfattning och karaktär ska öka

Det finns ingen säker statistik om det AND-relaterade våldets omfattning i Sverige, vilket påtalades i den tidigare rapporten om indikatorer för ANDT-strategins långsiktiga målområden. Som förslag på indikatorer värda att beakta och utveckla, nämndes polis-anmälda våldsbrott med okänd person utomhus begåna nattetid, självrapporterad utsatthet för våldsbrott samt sjukhusvårdade misshandelsfall. Det utvecklingsarbete som föreslogs för dessa indikatorer kommer att bidra till att förbättra kunskapen om våldets omfattning och förändring över tid.

För att få mer kunskap om våldets omfattning och karaktär samt om de olika substansernas inblandning, krävs däremot olika former av fördjupningsstudier. Ett lovligt exempel är Brottsförebyggande rådets genomgång av dödligt våld där man studerat förekomst av påverkan och missbruk av alkohol och narkotika hos offer och gärningsmän under perioden 1990–2006 (Det dödliga våldets utveckling, se BRÅ, 2011). Resultatet visade bl.a. att drygt en tredjedel av gärningsmännen hade ett pågående alkoholmissbruk vid gärningen men att även andelen med ett narkotikamissbruk var hög, ca en fjärdedel. Undersökningen tog också fram en rad relevanta data om offren och omständigheter kring det alkohol- och narkotika relaterade våldet. Mycket uppmärksammat var även fyndet att det alkoholrelaterade dödliga våldet tycks ha minskat över tid.

Det är angeläget att denna typ av kartläggning upprepas men också att möjligheterna till att göra fördjupningsstudier av AND-relaterat våld som inte är dödligt utreds. Ett sätt att få kunskap om våld som inte kommer till myndigheters kännedom skulle kunna vara att i Brottsförebyggande rådets nationella pågående trygghetsundersökningar (NTU) om utsatthet för våld, göra fördjupade uppföljande intervjuer med ett urval respondenter som rapporterat utsatthet för våld.

Följande indikatorer föreslås:

1. Att i studier om dödligt våld fortsätta följa förekomsten av alkohol och narkotika hos offer och gärningsmän.
3. Att genomföra fördjupade och uppföljande studier om utsatthet för våld och kopplingen till alkohol och narkotika med ett urval respondenter.

Indikatoransvarig: Brottsförebyggande rådet.

Kunskapsbaserade arbetsmetoder för att minska den alkohol- narkotika- dopningsrelaterade våldsbrottsligheten ska ges ökad spridning

Det finns i dag flera utvecklade och utvärderade och/eller beprövade arbetsmetoder, vilka syftar till att reducera våld i olika miljöer som är kopplade till alkohol och narkotika. Många av dessa har nämnts tidigare i denna rapport i anslutning till andra prioriterade mål. En av dessa är Ansvarsfull alkoholservice (indikatorer nämnda under mål 1, kap. 5.2) en annan Krogar mot knark (mål 3, kapitel 7.2), en tredje den polisiära arbetsmetoden Kronobergsmodellen som syftar till att minska förekomsten av illegal alkohol till ungdomar (mål 1, kapitel 5.2 [och mål 3, kapitel 7.3]). En fjärde sådan metod är det dopningsförebyggande arbetet på gym i Sverige (100 % ren hårdträning)

genom nätverket PRODIS som långsiktigt kan resultera i en minskad dopningsrelaterad våldsbrottslighet (mål 3, kapitel 7.2).

Satsningar för att förebygga våld och fylleri i anslutning till studentfester

Ytterligare en metod som bör lyftas fram är det omfattande förebyggande arbete som numera årligen görs i Stockholms city runt gymnasieelevers studentfester i syfte att minska våld och fylleri i anslutning till festerna. Arbetet går under benämningen "o8Student".

Utgångspunkten i detta arbete är involvering av de viktigaste aktörerna i lokalsamhället som tillsammans, och med hjälp av olika metoder, kan påverka utvecklingen av våldsbrott och omfattning av fylleri i anslutning till festerna. Polisen besöker i förväg samtliga restauranger där studentfester arrangeras. Syftet är att genom information stödja och förbereda krogarna och bl.a. beskriva den problembild som polisen ibland upplever. Polisen besöker också under hela studentfestperioden samtliga studentfester minst två gånger per kväll för att sprida lugn och utöva viss tillsyn av restaurangernas arbete. Förutom att delta i planeringsarbetet förstärker även Stockholms stads tillståndsenhet tillsynen på de aktuella restaurangerna under den aktuella perioden. STAD har samordnat insatserna, vilket innebär att hålla i kommunikationen mellan myndigheterna samt kontakten med de festarrangörer (eventbolag) och krögare som arrangerar studentfester. STAD arrangerar även informationskvällar för de studenter som är kontaktpersoner till eventbolag och/eller krogen. Policyarbete tillsammans med eventbolagen är ett viktigt inslag. Numera medverkar flera eventbolag och krogar i arbetet genom att uppfylla de kriterier/riktlinjer för medverkan som fastställts av projektansvariga.

Effekterna av insatserna i form av våldsbrott och besök på de största akutmottagningarna för skador relaterade till våld/misshandel har utvärderats med lovande resultat: minskat våld och färre besök på akutmottagningar (Leifman & Müller, 2009; Ramstedt, m.fl., 2013).

Antalet studentfester ligger kvar på en hög nivå och det är därför önskvärt att arbetet fortsätter under hela strategiperioden och att stöd ges för ett långsiktigt arbete. Arbetet har varit koncentrerat till Stockholm men det är rimligt att anta att ett sådant arbete också sprids till andra större städer med likande fenomen, såsom Göteborg och Malmö och kanske även till andra större städer med liknande studentarrangemang.

Insatser för att förebygga våld i anslutning till idrottsarrangemang

Regeringen beslutade i mars 2011 om en nationell samordnare som löpande ska lämna förslag till hur brottslighet i samband med idrottsarrangemang kan motverkas. I uppdraget ingår att analysera och vid behov lämna förslag på vad som krävs för att idrottsarrangemang ska kunna genomföras på ett tryggt och trivsamt sätt och vad bruket av AND har för betydelse för brottslighet i samband med idrottsarrangemang. Arrangörerna av idrott ska uppmuntras att utforma sina arrangemang så att trygghet och service sätts i centrum gärna i samverkan med supporterföreningar. Arbetet ska bland annat baseras på erfarenheter från utarbetandet av den strategi mot våld inom fotboll och ishockey som tagits fram under ledning av dåvarande landshövding i Stockholms län.

Arrangörerna ska också uppmärksammas på betydelsen av en drog- och alkoholfri miljö genom en Ansvarsfull alkoholservice och efterlevnad av marknadsföringsbestämmelserna. Det torde inte vara

någon överdrift att påstå dels att bruk av alkohol, narkotika och dopningsmedel är en av flera viktiga bidragande orsaker till att oplanerat våld kan uppstå runt eller på arenorna, dels att alkoholberusning (och möjligen narkotikaanvändning) är relativt sett vanligt bland supportrar i samband med matcher.

Därför är det viktigt att det finns ett AND-arbete runt idrottsarrangemang – fotboll och ishockey – som syftar till att förebygga våld. I direktiven nämns ansvarfull alkoholserving och då är det rimligt att restauranger (krogar) på arenor och i nära anslutning till arenor ges extra fokus. Detta kan göras genom att man exempelvis ökar tillsynen på dessa krogar under matchdagar och genom att göra provköp.

Det har också påbörjats speciella utbildningsinsatser riktade till krogar på ishockeyarenor genom ett samarbete mellan Svenska hockeyligan och STAD. Ett sådant arbete bör fortsätta och få spridning till övriga relevanta idrotter (först och främst fotboll) och även involvera krogar i nära anslutning till arenor (eller dit supportrar går före match). Särskilda insatser när det gäller Ansvarsfull alkoholserving bör göras på krogar på arenor eller i nära anslutning till arenor eller dit supportrar går på matchdagar för att dricka alkohol.

Våld i nära relationer

Gemensamt för redan nämnda metoder är att de riktar in sig på våld i offentlig miljö där alkoholens bidrag till att våld uppstår är betydande. Alkohol är också en bidragande orsak till våld inom familjen och i nära relationer men här är kunskapen generellt sett lägre, dels vad gäller alkoholens bidrag och dels vad gäller effektiva förebyggande metoder.

I Sverige har en rad våldsförebyggande insatser satts igång under senare år. Regeringen beslutade 2007 om en nationella handlingsplan med syftet att ”bekämpa

mäns våld mot kvinnor, hedersrelaterat våld och förtryck samt våld i samkönade relationer”. Inom ramen för handlingsplanen gjordes omfattande utbildningsinsatser för poliser, socialtjänst och frivilligorganisationer. Dessutom har ca 500 olika projekt startat, främst på lokal nivå, som handlar om nya verksamheter för våldsutsatta kvinnor, t.ex. samtalsstöd. Det handlar också om projekt som strävar efter att förbättra samverkan mellan olika aktörer som jobbar med utsatta kvinnor.

I en utvärdering av handlingsplanen konstaterar dock Brottsförebyggande rådet att trots att en imponerande mängd aktiviteter genomförts under 2007–2010, är det osäkert om de lett till minskad utsatthet för våld för målgrupperna (*BRÅ: Rapport 2010:18, Mäns våld mot kvinnor hedersrelaterat våld och förtryck samt våld i samkönade relationer – slutredovisning av ett regeringsuppdrag*).

Kunskapen om effektiva preventiva metoder mot våld i nära relationer är således bristfällig i dag och det är angeläget att utveckla kunskapsbaserade åtgärder på detta område. För att åstadkomma detta är det rimligt att utgå ifrån pågående insatser och speciellt sådana som bedöms kunna vara effektiva men som inte ännu utvärderats vetenskapligt. Ett exempel på en lovande metod är att rutinmässigt ställa frågor till patienter i hälso- och sjukvården om deras våldserfarenheter som ett sätt att synliggöra våld och att möjliggöra stöd till utsatta personer. Ett sådant arbetsätt rekommenderas i en rapport från Nationellt centrum för kvinnofrid (NCK) vid Uppsala universitet (*Att fråga om våldsutsatthet som en del av anamnesen, 2010*). Socialstyrelsen fick 2012 i uppdrag att ta fram en nationell vägledning för personal inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten i syfte att förstärka möjligheterna att upptäcka våldsutsatthet. Bland annat

ska Socialstyrelsen utreda och utvärdera olika sätt att upptäcka våldsutsatthet och under vilka förutsättningar det är motiverat att inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten att ställa frågor om våldsutsatthet. En slutrapport kommer att redovisas i april 2014 och resultaten från detta arbete bör ligga till grund för det fortsatta arbetet med detta arbetssätt. Givet att förutsättningarna för detta arbete bedöms vara goda, är det angeläget att också utreda möjligheterna till att göra en vetenskaplig utvärdering av arbetssättet.

Utöver insatser för de som blir utsatta för våld är det viktigt att vidta insatser mot våldsutövare. Även här saknas dock tillgång till kunskapsbaserade metoder. Socialstyrelsen framhöll nyligen att det inte finns vetenskapligt stöd för de vanligaste behandlingsmetoderna, kognitiv beteendeterapi, psykodynamisk terapi samt integrerade metoder (*Socialstyrelsen, 2011 Metoder i arbetet med våldsutövare – en förstudie*).

Samtidigt finns mycket som tyder på att behandling av våldsutövare kan vara verksamt för att förebygga våld mot kvinnor i nära relationer. Denna slutsats drog Socialstyrelsen i en utvärdering av tre grupper av behandlingsverksamheter inom Socialtjänsten: ATV (Alternativ till Våld), kriscentrum och Utväg (Socialstyrelsen, 2010). Resultatet visade att det fanns ett samband mellan alla tre behandlingsformer och en minskning av männens våld på kort sikt, men då kontrollgrupp saknades var det inte möjligt att koppla förbättringen till behandlingen. Det gick inte heller att uttyda att någon form av behandling var mer verksam än någon annan. De preliminärt positiva resultaten motiverar dock att metoderna fortsätter att användas men att det är nödvändigt med fortsatta utvärderingar som läggs upp så vetenskapligt som det är möjligt.

Följande indikatorer föreslås:

Studentsatsningen

1. Omfattningen av ”o8Student”-arbetet i Stockholm genom data från samtliga samverkanspartners: polisiära insatser (arbetstimmar erhållna från Polismyndigheten i Stockholms län), stadens tillsynsarbete (tillsynsbesök), STAD:s samordning (arbetskraftstid) och involverande av Skatteverket.
2. Andel eventbolag av samtliga eventbolag som medverkar i projektet genom skrivet avtal om att följa riktlinjerna.
3. Spridning av modellen till andra större städer med liknande arrangemang kring studentfester.

Förebygga våld i anslutning till idrottsarrangemang

4. Att det under strategiperioden utvecklas en specifik idrottsanpassad metod som syftar till att förebygga AND-relaterat våld (med fokus på alkohol) och med utgångspunkt i metoden Ansvarsfull alkoholserving. Metoden kommer sannolikt att vara snarlik Ansvarsfull Alkoholserving men ha ett särskilt fokus på de specifika omständigheter som kännetecknar denna typ av idrottsevenemang.
5. Andel och antal krogar på eller i nära anslutning till fotbolls- och ishockeyarenor eller särskildasupporterkrogar för de två högsta ligorna (elitserien, hockeyallsvenskan, fotbollsallsvenskan, superettan) som genomgått utbildning i Ansvarsfull alkoholserving.
6. Andel serveringspersonal på ovan nämnda krogar som genomgått utbildning i Ansvarsfull alkoholserving.

Våld i nära relationer (samtliga fyra måste betraktas som utvecklingsindikatorer)

7. Antal landsting som inlett arbete med att ställa frågor till patienter i hälso- och sjukvården om deras våldserfarenheter.
8. Att en utvärdering av att ställa frågor till patienter i hälso- och sjukvården om deras våldserfarenheter inleds under strategiperioden.
9. Antal våldsutövare som är föremål för behandling inom socialtjänsten.
10. Att planering för en vetenskaplig utvärdering av socialtjänstens behandlingsmetoder inleds under strategiperioden.

Ansvar för de sex förstnämnda indikatorerna bör ligga på STAD, de fyra sistnämnda (våld inom nära relationer) på Socialstyrelsen. Socialstyrelsens arbete med indikatorerna 7 och 8 bör beakta och anpassas till resultatet av Socialstyrelsens uppdrag att ta fram en nationell vägledning för screening av våldsutsatthet inom vård och socialtjänst.

10.4 Dödligheten bland ungdomar och unga vuxna på grund av alkohol-förgiftningar och experimenterande med droger ska minska (prioriterat mål 6.3)

De åtgärder som syftar till att utveckla metoder och strategier för bättre bevakning av missbruksmedel som saluförs via internet hänvisas till prioriterat mål 1.3 (En effektiv bekämpning av illegal försäljning vid digitala medier, se kapitel 5.4.). Där behandlas bl.a. klassificeringsprocessen av narkotika och hälsofarliga varor och förstörandelagen. Förslag på indikatorer ges för att bättre kunna mäta att arbetet utvecklas i enlighet med målet.

Kunskapen om bakomliggande orsaker till akuta dödsfall öka

Denna fråga behandlas i kapitel 10.3 i samband med redogörelsen om kunskapsläget vad gäller om det alkohol-, narkotika- och dopningsrelaterade våldets omfattning och karaktär.

Rutiner för samverkan mellan akutvård och missbruks- och beroendevård förbättras

Mot bakgrund av en ökad tillgång till internetdroger som orsakat ett flertal allvarliga förgiftningsfall under senare år, behöver kunskapen om dessa droger förbättras inom sjukvården och inte minst på akutmottagningarna. Det nationella projektet STRIDA (Samverkansprojekt kring toxicitetsutredning och riskbedömning av Internetdroger baserat på laboratorieanalyser) utgör ett lovande exempel på hur man snabbt kan få fram aktuell kunskap som sedan kan spridas inom sjukvården (Helander m.fl., 2011). I korthet går projektet ut på att landets akutmottagningar erbjuder kostnadsfria analyser av prover från intagna personer som medgivit intag eller som misstänks vara påverkade av Internetdroger.

STRIDA möjliggör på så sätt en övervakning av Internetdroger och genererar aktuell information om dels vilka droger som förekommer men också om associerade toxiska symtom. I detta sammanhang bör nämnas att de nya analysmetoderna för Internetdroger har kommit till nytta även inom beroende- och missbruksvården, som efterfrågar analyshjälp för att kunna påvisa bruk av dessa missbruksmedel.

Sammanfattningsvis bör detta arbete fortgå och också följas upp under strategiperioden. Inom ramen för uppföljningen bör också behovet av att utveckla rutiner för samverkan mellan akutvård och missbruks- och beroendevård i dessa frågor utredas.

Följande indikatorer föreslås:

1. Andel akutmottagningar som medverkar i STRIDA.
2. Att behovet av rutiner för samverkan mellan akutvård och missbruksvård utreds under strategiperioden.

Indikatorsansvarig: Socialstyrelsen.

10.5 Medvetenheten i hela befolkningen om ANDT-användningens effekter på hälsan bör öka (prioriterat mål 6.4)

Regeringens bedömning är att insatser riktade till hela befolkningen är nödvändiga för att öka kunskapen om alkoholens, narkotikans, dopningens och tobakens effekter på hälsan, för att minska dessa ämnens skadeverkningar och för att upprätthålla stödet för befintlig lagstiftning. Under strategiperioden bör därför, enligt regeringen, nya forskningsresultat om alkoholens, narkotikans, dopningens och tobakens hälsoeffekter kommuniceras till befolkningen.

Indikatorer inom detta område bör inte främst mäta om sådana insatser genomförs – projektgruppen ser detta som en utgångspunkt – utan snarare om sådana insatser når ut till rätt grupp med tillräcklig räckvidd, budskapsförståelse och över tid om förändringar kan skönjas i målgruppens inställning/kunskap m.m.

Den större vuxenundersökning, som kommer att ligga till grund för flera indikatorer, bör även nyttjas i detta sammanhang, eventuellt med utökat urval med flera specifika frågor som fångar in detta prioriterade mål. En utgångspunkt i utformandet av dessa indikatorer är den Eurobarometer som genomfördes i samtliga EUs medlemsländer under oktober år 2009 (EU citizens' attitudes towards alcohol. EC, 2010b).

Även frågor från andra tidigare mätningar av attityder kommer att beaktas i utformandet av de frågor

som kommer att ligga till grund för de indikatorer som bildas. Ytterligare frågor om attityder, framför allt till cannabis, redogjordes för under kapitel 7.2.

Vidare genomförs löpande mätningar av attityder till (framför allt) alkohol och inställning till olika alkoholpolitiska medel (åldersgränser, alkoholbeskattning, försäljning av alkohol i livsmedelsbutiker och Systembolagets monopol). Det är viktigt att dessa fortsätter med upprepade mätningar under strategiperioden. De undersökningar som främst åsyftas är följande tre:

1. IQs s.k. alkoholindex, för att följa svenska folkets attityder till alkohol över tid, bestående av nio frågor som handlar om vad människor tycker är rätt eller fel i olika alkoholbetingade situationer.
2. Systembolagets mätningar genom SIFO av svenska folkets inställning till Systembolaget. Ett s.k. opinionsindex bildas utifrån dessa frågor och mätningarna görs månadsvis. Viktiga frågor är om dem tillfrågade vill behålla Systembolagets monopol och även skälen till det ställningstagande denne gör.
3. Monitormätningar som i omgångar ställt frågor om inställning till högre/lägre alkoholpriser (beskattning), om det bör vara tillåtet att köpa olika alkoholdrycker (t.ex. vin) i vanliga livsmedelsbutiker och om åldersgränsen för inköp på Systembolaget bör sänkas till 18 år.

Följande indikatorer föreslås:

1. Frågor om riskmedvetenhet, kunskap om alkoholens effekter och attityder genom riksrepresentativ undersökning till vuxna befolkningen. Utifrån frågorna bildas flera index. Undersökningen bör genomföras 2013 med uppföljning 2015/16.
2. Svenska folkets inställning till alkohol i olika situationer genom IQs alkoholindex som bör följas upp

varje år (mätningarna påbörjades 2010 och har där-
efter genomförts årligen). Datainsamlingen äger
rum under maj varje år.

3. Svenska folkets inställning till försäljning av alko-
holdrycker i livsmedelsbutiker, högre/lägre alkohol-
priser, sänkt åldersgräns. Mätningarna bör genom-
föras under samma tre månader varje år.
4. Svenska folkets förtroende/inställning (opinions-
index) till Systembolaget genom SIFO. Månadsvisa
data som ligger till grund för årsvisa redovisningar.

Som ansvarig för indikatorerna föreslås följande:
indikator 1: CAN; indikator 2: IQ; indikator 3: CAN;
indikator 4: Systembolaget.

Indikator 1 bygger på data som måste samlas in
inom ramen för den nämnda vuxenundersökningen.
Indikator 2 samlas in av Novus Opinion på uppdrag av
IQ. Den tredje indikatorn bildas genom analyser av
data från Monitormätningarna. Indikator 4 samlas in
av SIFO på uppdrag av Systembolaget.

Referenser

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

Abdon Gripenberg, J (2012) *Drug use at licensed premises: prevalence
and prevention*. Avhandling. Karolinska Institutet, Dept of Public
Health Sciences.

Babor T., Caetano R., Casswell S., m.fl. (2010) *Alcohol No Ordinary
Commodity, Research and Public Policy*, Second edition. Oxford
University press.

Bremberg, S (2004) *Nya verktyg för föräldrar*. Statens folkhälso-
institut, R 2004:49.

BRÅ (2011) *Det dödliga våldets utveckling i Sverige på 1990- och
00-talet*. Rapport 2011:5 (författare Granath, S). Brottsförebyggande
rådet, Stockholm

BRÅ: *Rapport 2010:18, Mäns våld mot kvinnor hedersrelaterat våld
och förtryck samt våld i samkönade relationer – slutredovisning av ett
regeringsuppdrag*.

Edvardsson, I (2005) Enkätundersökning i Kronoberg, Gotland och
Järfälla. I (red: Boij, A, Metz, A-K, Edvardsson, I & Westerlund, H) *Att
arbeta tobakspreventivt med ungdomar*. Utvärdering av treprojekt
som delvis finansierats av Statens folkhälsoinstitut. Falköping,
Mösseberg forskningsstation.

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

EC (2010b) *EU citizens' attitudes towards alcohol*. European
commission, 2010.

Boij, A (2011) *Utvärdering av vad som finns kvar på skolorna av
ett flerkomponentsprogram*. Rapport 2011:3. A BOIJ AB. Idé- och
produktionsutveckling, Tranås. Mösseberg. Rapport 2005:3.

Edvardsson, I & Håkansson, A Development of schoolchildren's
smoking habits: questionnaire studies in intervention and control
groups.

Fiore M C, Jaén CR, Baker TB, m.fl., (2008). *Treating tobacco use and
dependence. 2008 update. Clinical practice guideline*. Rockville, MD:
U.S. Department of Health and Human Services.

Galanti, MR, Post, A & Jansson, C (2010) *SOTIS: samtal om tobak i
skolan. Ett verktyg för att nå tonåringar där de befinner sig*. Karolinska
Institutets folkhälsoakademi, 2010:13.

Helander, A, Beck, O, Hägerkvist, R & Hultén, P (2011) STRIDA
i kampen om (o)lagliga Internetdroger. *Läkartidningen*, 45, 2312–
2315.

Henriksson, C & Leifman, H (2011) *Skolelevers drogvanor 2011*.
Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning. Rapport
nr 129 Stockholm 2011.

Hermansson, U. (2002). Risky alcohol consumption in the work-
place – the feasibility of early detection and brief intervention
as a part of routine health examinations. Doktorsavhandling vid
Karolinska Institutet, Stockholm.

Hermansson, U. (2004). *Riskbruk av alkohol i arbetslivet. En kun-
skapsöversikt om motiv och åtgärder*. Central förbundet för alkohol
och narkotika upplysning (CAN) & Svensk förening för alkohol-
och drogforskning (SAD), 2004, (Forskning och fakta, nr 20).

Hermansson, U. (2008) Narkotikaproblem, prevention och
arbetsliv. In *Narkotikan i Sverige. Metoder för förebyggande arbete
– en kunskapsöversikt*, Andreasson, S. ed, pp. 193–214. Statens
folkhälsoinstitut, Östersund.

Hermansson, U., Helander, A., Brandt, L., Huss, A. and Ronnberg,
S. (2010) Screening and brief intervention for risky alcohol
consumption in the workplace: results of a 1-year randomized
controlled study. *Alcohol Alcohol* 45, 252–7.

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).

Junis (2012) *Fritt fram! Om kommunernas stöd till barn som växer upp i familjer med missbruk*. Rapport 2012. Junis, IOGT-NTOs juniorförbund, Stockholm.

Källmén, H & Leifman, H (2009) *Alna-utbildning ger mer alkoholprevention? – en jämförelse av alkoholpreventiva insatser rapporterade av utbildad och utbildad personal*. Socialmedicinsk tidskrift, 86, 174-184.

Lager, A & Bremberg, S (2009) *Spridning av nya metoder för föräldra-stöd i förskole- och skolåldern fram till år 2008* (A 2009:01).

Nilsson, M, Stenlund, H, Bergstöm, E, Weinehall, L & Janlert, U (2006). It Takes Two: Reducing Adolescent Smoking Uptake Through Sustainable Adolescent-Adult Partnership. *Journal of Adolescent Health*, 39, 880-886.

NCK vid Uppsala universitet (*Att fråga om våldsutsatthet som en del av anamnesen*, 2010.)

Leifman & Müller, 2009; "Och den ljusnande framtid är vår" – en utvärdering av förebyggande insatser mot våldsbrott och misshandelsfall relaterade till studentfester. STAD-rapport nr 42. STAD, Stockholm 2009.

Nilsson, M (2009) *Promoting health use in adolescents – preventing the use of tobacco*. Avhandling, Umeå universitet, 2009.

Persson, L-G (2003) Kontrakt hindrar skolungdomar från att börja använda tobak. *Läkartidningen*, 4, 226-229.

Petrell, B, Blomqvist, J & Lundqvist, T (2005) *Ut ur dimman. En uppföljning av Maria Ungdoms cannabisprogram*. FoU-rapport 2005:19, Stockholms stad.

Ramstedt, M, Boman, U, Engdahl, B, Sohlberg, T & Svensson, J (2010) *Tal om alkohol 2010 - en statistisk årsrapport från Monitorprojektet*. Forskningsrapport nr 60. SoRAD, Stockholm.

Ramstedt, M, Leifman, H, Müller, D, Sundin, E & Norström, T (2012) Reducing youth violence in connection with student parties – Findings from a community intervention project in Stockholm. Inskickad till *Drug and Alcohol Review*.

Rehm, J. & Scafato, E. (2011) Indicators of alcohol consumption and attributable harm for monitoring and surveillance in European Union countries. *Addiction*, 106, 4-10.

Richmond, R., L. Kehoe, et al. (2000). "Evaluation of a workplace brief intervention for excessive alcohol consumption: the workscreen project." *Prev Med*, 30, 51-63.

SBU (1998) *Metoder för rökavvänjning*. Statens beredning för medicinsk utvärdering: rapport nr 138/1998. Stockholm.

SBU (2001). *Behandling av alkohol- och narkotika problem*. Statens Beredning för medicinsk utvärdering Rapport 156 Gul.

SBU (2002) *Rökning och ohälsa i munnen*. Statens beredning för medicinsk utvärdering SBU, Stockholm.

Schwieler, Å (2012) *Dokumentation och uppföljning av levnadsvanor i olika journalsystem*. Nätverket Hälsofrämjande sjukhus och vårdorganisationer (HFS), 2012.

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.

SKL (2011) *RIV specifikation. Informationsstruktur för uppföljning av landstingens insatser för att minska tobaksanvändningen*. Sveriges Kommuner och Landsting. Ver. 1.0, 2011.

Smith, G. S. and Kraus, J. F. (1988) Alcohol and residential, recreational, and occupational injuries: a review of the epidemiologic evidence. *Annu Rev Public Health* 9, 99-121.

Socialstyrelsen (2006) *Förslag till en samlad statistik för missbruks- och beroendevården*. Artikelnr 2006-107-1. Socialstyrelsen, Stockholm.

Socialstyrelsen (2010) *Behandling av män som utövar våld i nära relationer – en utvärdering*. Artikelnr 2010-6-34, Socialstyrelsen, Stockholm.

Socialstyrelsen (2011a) *Nationella riktlinjer för sjukdoms-förebyggande metoder 2011*. Tobaksbruk, riskbruk av alkohol, otillräcklig fysisk aktivitet och ohälsosamma matvanor – stöd för styrning och ledning. Socialstyrelse, Stockholm 2011.

Socialstyrelsen. (2011b). *Nationella riktlinjer för vuxentandvård 2011 – stöd för styrning och ledning*. Stockholm.

Socialstyrelsen (2011c) *Metoder i arbetet med våldsutövare – en förstudie*. Socialstyrelsen, Stockholm, 2012.

Socialstyrelsen. (2012a) *Anmälningar till socialtjänsten om barn och unga – en undersökning om omfattning och regionala skillnader*. Socialstyrelsen, Stockholm, 2012.

Socialstyrelsen. (2012b) *Nationell datainsamling i primärvården. Förslag till utökning av patientregistret*. Artikelnr 2012-3-36. Socialstyrelsen, Stockholm, 2012.

Socialstyrelsen (2012c) *Öppna jämförelser av den hälsoinriktade hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet. Jämförelser mellan landsting 2012*. Socialstyrelsen Artikelnr 2012-12-3.

Socialstyrelsen (2012d) *Metodbilaga öppna jämförelser missbruks- och beroendevården*. Socialstyrelsen, Stockholm.

Statens folkhälsoinstitut i samarbete med Socialstyrelsen. (2007) *Tobaksavvänjning i hälso- och sjukvården: en kunskaps-sammanställning med praktiska råd och verktyg för hälso- och sjukvårdspersonal: rapport 2007:16*. Östersund: Statens folkhälsoinstitut.

Statens folkhälsoinstitut (2009). *Tobak och avvänjning*. (R nr. 2009:17). Östersund.

Statens folkhälsoinstitut (2010). *På väg mot ett tobaksfritt landsting*. (R nr. 2010:02). Östersund. Statens folkhälsoinstitut. (2011).

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

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

Statens folkhälsoinstitut (2011) *Rökfria skolgårdar och en tobaksfri skoltid*. En kunskaps-sammanställning. FHI, 2011:16, Östersund.

Statens folkhälsoinstitut (2012a) *Kartläggning av insatser för barn och ungdomar i risksituationer, 2009-2012*. Slutredovisning av ett regeringsuppdrag, Statens folkhälsoinstitut, Östersund.

Statens folkhälsoinstitut (2012b) *Kartläggning av kommunernas arbete med föräldrastödjande insatser 2011*. Slutredovisning av ett regeringsuppdrag, Statens folkhälsoinstitut, Östersund.

Statens folkhälsoinstitut (2013) *Länsrapport 2011. Länsstyrelsernas och kommunernas förebyggande arbete inom ANDT och tillsyn enligt alkohollagen respektive tobakslagen*. Rapport: R 2013:01. Östersund: Statens folkhälsoinstitut.

VG-regionen (2011) *Förebyggande arbete kring sociala överdrifter. En studie genomförd i Vänersborgs kommun* (http://www.vgregion.se/upload/Folkh%C3%A4lsa/Informat-ionsmaterial/alkoholtobak/F%C3%B6rebyggande_V%C3%A4nersborg.pdf).

Tengström, A (2012) *Slutrapportering av pilotstudien Vanor och konsekvenser – en nationell undersökning om tobak, alkohol, läkemedel och andra preparat*. Stencil, FoRUM & STAD.

Trolldal, B (2009) *Ansvarsfull alkoholserving och liknande metoder – utbredning och metodefterlevnad 2007 och 2008*. STAD-rapport 41. STAD-sektionen, Stockholms läns landsting.

Trolldal, B., Haggård, U. & Guldbrandsson, K (2012) *Spridning och implementering av Ansvarsfull alkoholserving i landets kommuner*. STAD-rapport 48. STAD-sektionen, Stockholms läns landsting.

Trolldal B, Brännström L., Paschall M.J. & Leifman H (2013) Effects of a multi-component responsible beverage service program on violent assaults in Sweden. *Addiction* 108, 89-96.

Wallin, E (2004) *Responsible beverage service. Effects of a community action project*. Karolinska Institutet, Institutionen för folkhälsovetenskap, Stockholm, 2004 (Avhandling).

Wallin E., Norström T. & Andréasson S. (2003) Alcohol prevention targeting licensed premises: a study of effects on violence. *Journal of Studies on Alcohol*, 64, 270-277.

Webb, G., A. Shakeshaft, et al. (2009). A systematic review of workplace interventions for alcohol-related problems. *Addiction*, 104, 365-377.

WHO (2011a) *Cardiovascular disease (CVDs)*, Fact sheet Nr 317, <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/en/index.html>.2011.

WHO (2011b) *Cancer*, Fact sheet Nr 297, <http://www.who.int/mediacentre/fact-sheets/fs297/en/index.html>.2011.

WHO (2011c) *Diabetes*, Fact sheet Nr 312, <http://www.who.int/mediacentre/fact-sheets/fs312/en/index.html>.2011.

Bilaga 1. Kort sammanfattning av förslag inom respektive mål

Långsiktigt mål 1: Tillgång till narkotika, dopningsmedel, alkohol och tobak ska minska

Prioriterat mål	Typ av indikatorer*	Huvudkällor till indikatorer	Ansvarig	Kommentar
1.1 En effektiv och samordnad alkohol- och tobakstillsyn	Process	1.1 Länsrapporten – tillsyn, metoder, likvärdig tillämpning av regler m.m. Efterlevnad av rökfria skolgårdar Ansvarsfull alkoholserving (grad av implementering)	Statens folkhälsoinstitut (FHI) FHI STAD	Fortsatt kartläggning
1.2 En effektiv brottsbekämpning av illegal handel	Process	1.2. Länsrapporten – Kronobergsmodellen Anmälda brott, olovlig försäljning, antal beslag, uppstartade projekt, störda smuglingsnätverk	FHI FHI, BRÅ, Polis, Tullverket	FHI, via Länsrapporten
1.3 En effektiv bekämpning av illegal försäljning via digitala medier	Struktur/ process	1.3 Använda nya sökverktyg, ökad samverkan, möjlighet till anonyma provköp av potentiella droger, förenkla finansiering av expertutlåtande, effektivare följa upp klassificeringar och beslut om förstörande, etablera ett vetenskapligt råd	FHI	
1.4 En fungerande lokal och regional samverkan och samordning mellan ANDT- och brottsförebyggande arbete	Struktur/ process	1.4 Länsrapporten – samverkan 1.5 Trestad 2 – cannabis, storstäderna	FHI Tre storstäders Trestadsprojekt	

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

Prioriterat mål	Typ av indikatorer*	Huvudindikator	Ansvarig	Kommentar
2.1 Färre barn ska födas med skador orsakade av ANDT	Process	2.1.1 Enkätundersökning till småbarnsföräldrar 2.1.2 Kartläggning av stöd, samt form av stöd, till föräldrar med missbruk 2.1.4 Pågående projekt på CHESS (utvecklingsindikator)	CAN SKL/FHI SoS	Ny studie (svarar mot flera mål) Bygger på SKL kartläggning och resultaten av den Forskningsprojekt
2.2 Barn i familjer med missbruk, psykisk sjukdom eller psykisk funktionsnedsättning ska erbjudas ändamålsenligt stöd	Struktur/ process	2.2.1 Följa tillämpning – utvecklingsindikatorer 2.2.2 Stöd till barn – utvecklingsindikatorer 2.2.3 Insatser som bygger på samverkan – Länsrapporten 2.2.4 Samordning av befintliga kartläggningar	SoS SoS FHI SoS	Om möjligt genom det befintliga arbetet med öppna jämförelser, ev. ny studie Ett långsiktigt uppdrag till Socialstyrelsen
2.3 Ökad kunskap om marknadsföring av alkoholdrycker och tobak och e-handel och hemleverans av alkoholdrycker		2.3.1 Utredningen ang marknadsföring – utvecklingsindikator	Utredningen / projektgruppen	Tar gemensamt fram indikatorer

* Processindikator (Insatser/åtgärder m.m.), Strukturindikator (samverkan/organisation m.m.)

Långsiktigt mål 3: Antalet barn och unga som börjar använda narkotika och dopningsmedel eller debuterar tidigt med alkohol eller tobak ska succesivt minska

Prioriterat mål	Typ av indikatorer	Huvudindikator	Ansvarig	Kommentar
3.1 Minska nyrekryteringen till narkotika- och dopningsmissbruk	Struktur/ process	3.1.1 Utveckla och utvärdera cannabisprogram för tidiga insatser, Utvärdera och manualbasera HAP Frågeundersökningstityder 3.1.2 Samordnade insatser – Länsrapporten 3.1.3 Nationella nätverket Krogar mot Knark – Länsrapporten 3.1.4 Utsatta grupper – utv.indikatorer 3.1.5 100 % hårdträning – Länsrapporten	FHI CAN FHI FHI CAN/Trestadsforskare FHI/PRODIS (STAD)	Samordnas av CAN
3.2 Utveckla metoder för att barn och ungdomar inte ska börja använda tobaksprodukter	Struktur/ process	3.2.1 SMART och Tobaksfri DUO, m.m. samt Länsrapporten	FHI	
3.3 Ökad användning av befintliga verktyg för att minska alkoholkonsumtionen	Struktur/ process	3.3.1 Utveckla och sprida en metod, nya frågeundersökningar (målg. nåtts av kampanjer), CANs skolundersökning, Länsrapporten 3.3.3 Länsrapporten	CAN FHI FHI	Befintliga samt en ny studie
3.4 En hälsofrämjande skola	Struktur	3.4.1 Andelen skolor resp. rektorer m.fl. som tagit del av utb. Ett urval av indikatorer inom elevhälsan	Skolverket	
3.5 Ett ökat deltagande av föräldrar, idéburna organisationer och näringsliv i det förebyggande arbetet	Process	3.5. Föräldrastöd – Länsrapporten, CANs skolundersökning 3.5.3 Dialog med ideella organisationer – ny kartläggning 3.4.3–5 Andel företag involverade i ANDT-stödande arbete 3.5.5 Preventionsindex från Länsrapporten	FHI CAN CAN STAD FHI	Ny studie Ny studie, se 4.4.1

Långsiktigt mål 4: Antalet personer som utvecklar skadligt bruk eller beroende av alkohol, narkotika, dopningsmedel eller tobak ska succesivt minska

Prioriterat mål	Typ av indikatorer	Huvudindikator	Ansvarig	Kommentar
4.1 Hälso- och sjukvårdens arbete med att förebygga ANDT-relaterade ohälsa ska utvecklas	Process/ struktur	4.1. Uppföljning av nationella riktlinjer, lagstöd för insamling	SoS	
4.2 Minskat riskbruk och intensiv konsumtion av alkohol bland studenter och bland unga vuxna med psykisk ohälsa	Process	4.2.1 Utvecklandet av ett statistiksystem, pågående pilotundersökning, ev. utvärdering, Länsrapporten.	FHI	Pågår studie genom KI
4.3 Förutsättningar för tandvården att arbeta med tobaksprevention bör öka	Process	4.3.1 Andel tandläkare/ hygienister som använder den utvecklade metoden för tobaksprevention	FHI FHI	Tandläkarförbundet genomför kartläggningen
4.4 Förutsättningarna att i ett tidigt skede kunna uppmärksamma och åtgärda ANDT-problem i arbetslivet bör förbättras	Process/ struktur	4.4.1 Replikera undersökningen om arbetsplatser som arbetar ANDT förebyggande Länsrapporten	FHI	STAD genomför kartläggningen

Långsiktigt mål 5: Personer med missbruk eller beroende ska ha ökad tillgänglighet till vård och stöd av god kvalitet

Prioriterat mål	Typ av indikatorer	Huvudindikator	Ansvarig	Kommentar
5. *Personer med missbruk ska ha ökad tillgänglighet till vård och stöd av god kvalitet	Långsiktig	5. Hälsoregister inom öppna jämförelser	SoS	Presenteras endast i denna rapport
5.1 Tillgång till kunskapsbaserade vård- och stödinsatser ska öka	Process	5.1.1 "Kunskap till praktik" 5.1.2–3 Öppna jämförelser	SoS/SKL SoS	
5.2 En tydligare och mer ändamålsenlig ansvarsfördelning mellan huvudmännen för missbruks- och beroendevårdenska uppnås	Process	5.2. Öppna jämförelser	SoS	
5.3 Regionala och lokala skillnader i kvalitet, tillgänglighet och resultat ska minska	Struktur	5.3. Öppna jämförelser	SoS	

* Här redovisas det långsiktiga målet med föreslagna indikatorer

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

Prioriterat mål	Typ av indikatorer*	Huvudindikator	Ansvarig	Kommentar
6.1 Antalet döda och skadade i trafiken p.g.a. alkohol och andra droger ska minska	Process/ struktur	6.1.1 Arbetar med SMADIT 6.1.2 Alkolås – enkät m.m. 6.1.3 Arbetsgrupp för förbättra sta-tistiken	FHI/Trafikverket Trafikverket Trafikanalys	FHI via länsrapporten Utv.ind genom Transportstyrelsen
6.2 Antalet döda och skadade p.g.a. alkohol-, narkotika- och dopningsrelaterat våld ska minska	Struktur/ process	6.2.1 Öka kunskap våld – ANDT 6.2.2 "08student" utökas, metodutveckling anpassad till idrott, utbildad i Ansvarsfull alkoholservice Våld inom nära relationer	BRÅ STAD SoS	Ny studie genom NTU
6.3 Dödligheten bland ungdomar och unga vuxna p.g.a. alkoholförgiftningar och experimenterande ska minska Rutiner för samverkan mellan akutvård och missbruks- och beroendevård förbättras	Struktur	6.3. Andel akutmottagningar som medverkar i STRIDA, behov av rutiner för samverkan utreds	SoS	
6.4 Medvetenheten i hela befolkningen om ANDT-användningens effekter på hälsa ska öka	Process	6.4.1 IQ's attitydindex, Systembolaget, Monitorundersökningen samt nya vuxenstudien	CAN, IQ, Systembolaget	

* Processindikator (Insatser/åtgärder mm), Strukturindikator (samverkan/organisation mm)

Bilaga 2.

Underlag till ny gränsdragning för riskabla alkoholvanor i Nationella folkhälsoenkäten

I syfte att skatta riskkonsumtion av alkohol föreslår projektgruppen, vars uppgift är att utarbeta förslag på indikatorer för att följa upp ANDT-strategin, att data från instrumentet AUDIT-C som i dagsläget finns tillgängligt i Statens folkhälsoinstituts nationella folkhälsoenkät (HLV) ska användas som en utökad indikator. Dessa data bör enligt projektgruppen även användas för indikatorn "andel barn som växer upp i familjer med riskbruk och beroende/missbruk av alkohol, tobak och cannabis".

Data från AUDIT-C, de tre första alkoholfrågorna, som finns i HLV bör analyseras och redovisas som andel riskkonsumenter (riskabla alkoholvanor) enligt projektgruppen. Gruppen föreslår även att Statens folkhälsoinstitut fortsättningsvis bör använda lägre gränsvärden än dagens (≥ 6 och ≥ 8 poäng för kvinnor respektive män, i tabellerna kallad "äldre gräns") eftersom dessa baseras på hela AUDIT-skalans tio frågor och att tillägget av den fjärde frågan om alkoholkonsumtion som finns i HLV frångås. När det gäller riskkonsumtion enligt AUDIT-C används företrädesvis lägre gränsvärden, 4 för kvinnor och 5 eller 6 poäng för män (se t.ex. Sheridan, m.fl., 2011; Aalto, m.fl., 2009).

I tidigare analyser, beställda av projektgruppen under åren 2011–2012, har graden av sensitivitet och specificitet beräknats för olika AUDIT-C poäng baserat på AUDIT-10 (riskbruk: 6 respektive 8 poäng)

som normvärde (gold standard) (Källmén, m.fl., under bearbetning). För män framkom 5 eller 6 poäng som det mest lämpliga gränsvärdet och för kvinnor 4 poäng. Under hösten 2012 har projektgruppen tillsammans med Statens folkhälsoinstitut genomfört analyser för att möjliggöra en ny gränsdragning i enlighet med projektgruppens förslag. När det gäller gränser på 4 och 5 poäng för kvinnor respektive män så visar det sig att andelen blir avsevärt högre jämfört mot andelen som nu redovisas i HLV. Även jämfört med andra studier med skattningar av andelen riskkonsumenter, t. ex. Monitormätningarna (kvantitets*frekvensskalan) (se Ramstedt, m.fl., 2010) samt jämfört med andelen med riskabla alkoholvanor enligt AUDIT-10 (se Källmén, m.fl., 2010). Tabell 1 visar andelen för de olika gränserna. Gränserna i tabell 1 har testats i Nationella folkhälsoenkäten på hela materialet år 2004–2011, ca 77 000 individer med ett bortfallet mellan 53–61 procent.

Tabell 1. Andel med riskabla alkoholvanor enligt AUDIT-C (år 2004–2011, Nationella folkhälsoenkäten) N=77 747

Gräns AUDIT-C	Män %	Kvinnor %	Kommentar
4		27	
5	32	13	
6	20		
Äldre gräns	16	10	+ frågan om berusning

Tabell 2–4 baseras på analyser av datamaterial från region Skånes folkhälsoenkät år 2008 med ca 28 000 deltagare och en svarsfrekvens på ca 54 procent. I Region Skånes enkät ingår även frågor om hur mycket alkohol man druckit av vin, öl och starksprit de senaste 30 dagar. Data från de frågorna räknades sedan om till ett värde för riskkonsumtion i form av standardglas/vecka samt i cl alkohol per 30 dagar för män respektive kvinnor. Dessa mått användes sedan som ”gold standard” vid sensitivitetsberäkningar och specificitetsberäkningar av tre stycken AUDIT-C gränser. De tre olika gränsvärdena som testades var, nuvarande gränsen i HLV inklusive berusningsfrågan (8 för män och 6 för kvinnor), gränsvärdet 5 för män och 4 för kvinnor samt gränsvärdet 6 för män och 5 för kvinnor. Variationer i andel på de olika gränserna redovisas i tabell 2, och sensitivitet- och specificitetstester i tabell 3 och 4. I dessa analyser har även gränsen 5 för kvinnor testats, trots att det i dag inte finns något vetenskapligt stöd för denna gräns.

Tabell 2. Andel med riskabla alkoholvanor enligt AUDIT-C samt för antal glas och cl/30 dagar (år 2008, region Skånes folkhälsoenkät) N=27 383.

Gräns	Män %	Kvinnor %
AUDIT-C =4		27,2
AUDIT-C =5	32,5	12,4
AUDIT-C =6	19,4	
Äldre gräns + berusning	14,0	8,0
14 glas	15,6	
9 glas		10,2
91,29 cl/30 dgr	16,9	
58,69 cl/30 dgr		10,9

Tabell 3. Sensitivitets- och specificitets test, AUDIT-C gränser mot antal glas (år 2008 Region Skånes folkhälsoenkät) N=27 383.

Golden standard	Sensitivitet	Specificitet	AUDIT-C gräns
Män >=14gl/v	47%	91%	äldre gräns (8)
Män >=14gl/v	80%	75%	ny skarp (5)
Män >=14gl/v	62%	86%	ny moderat (6)
Kvinnor >=9gl/v	39%	94%	äldre gräns (6)
Kvinnor >=9gl/v	81%	74%	ny skarp (4)
Kvinnor >=9gl/v	56%	90%	ny moderat (5)

Tabell 4. Sensitivitets- och specificitets test, AUDIT-C gränser mot cl/30 dagar (år 2008 Region Skånes folkhälsoenkät) N=27 383.

Golden standard	Sensitivitet	Specificitet	AUDIT-C gräns
Män >=91,29 cl/30 dgr	45%	91%	äldre gräns (8)
Män >=91,29 cl/30 dgr	80%	73%	ny skarp (5)
Män >=91,29 cl/30 dgr	61%	87%	ny moderat (6)
Kvinnor >=58,69 cl/30 dgr	38%	94%	äldre gräns (6)
Kvinnor >=58,69 cl/30 dgr	81%	74%	ny skarp (4)
Kvinnor >=58,69 cl/30 dgr	56%	91%	ny moderat (5)

De bästa värdena på testet fick det skarpa värdet (4 och 5), men om gränsen sätts efter de värdena så blir det en avsevärt högre andel med riskabla alkoholvanor jämfört med nuvarande andel och jämfört med andra studier med andra mått. Den mer moderata gränsen (5 och 6) ligger inte riktigt lika bra till i testet, särskilt kvinnor har något sämre resultat i testet, men tillräckligt bra. Andelen med riskabla alkoholvanor är på gränserna 5 och 6 relativt likvärdig med andra studier baserade på andra mått samt även med andelen på det gamla värdet.

Det är önskvärt att det även fortsättningsvis sker mer detaljerade analyser av AUDIT-C, förslagsvis vartannat år. Med detaljerade analyser avser bl.a. en mer ingående beskrivning av vad som kännetecknar gruppen med höga AUDIT-C-poäng. HLV är en av få större

folkhälsundersökningar 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. Dessa analyser bör kunna ingå som en naturlig del i Statens folkhälsoinstituts ordinarie uppdrag med att analysera, rapportera och sammanställa resultat från de årliga HLV-enkäterna. Det bör även ske ytterligare en separat analys på datamaterialet som samlades in i prevalensundersökningen ”Narkotikabruket i Sverige” vilket Statens folkhälsoinstitut äger. Arbete med den analysen bör ske inom Statens folkhälsoinstituts uppföljningsuppdrag i samarbete med projektgruppen samt dataansvariga för HLV.

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 Dependence*, 103, 25–29.

Källmén, H., Wennberg, P., Leifman, H., Bergman, H. & Berman, A. (2010) Alcohol Habits in Sweden during 1997–2009 with Particular Focus on 2005 and 2009, Assessed with the AUDIT: A Repeated Cross-Sectional Study. *European Addiction Research*, 17, 90–96.

Ramstedt, M, Boman, U, Engdahl, B, Sohlberg, T & Svensson, J (2010) *Tal om alkohol 2010 – en statistisk årsrapport från Monitorprojektet*. Forskningsrapport nr 60. SoRAD, Stockholm.

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.

WHO (2012) *Alcohol in the European Union. Consumption, harm and policy approaches*. World Health Organization. Regional Office for Europe, Copenhagen.

ANDT
Alkohol Narkotika Dopning Tobak



REGERINGSKANSLIET

Socialdepartementet