

ANDTS skuggstrategi

– förslag på nationell strategi för det samlade arbetet mot alkohol, narkotika, dopning, tobak och spel om pengar för 2021–2025

Innehållsförteckning

Förord	5
Kort sammanfattning	7
1. Inledning	11
1.1 Bakgrund	11
1.2 Definitioner och begrepp	13
1.3 Disposition	15
2. ANDTS-politikens inriktning	17
2.1 Strategins mål	19
2.2 Inriktning per sakområde (A, N, D, T, S)	20
2.2.1 Alkoholpolitiken	20
2.2.2 Narkotikapolitiken	22
2.2.3 Dopningspolitiken	26
2.2.4 Tobakspolitiken	28
2.2.5 Spelpolitiken	30
3. ANDTS-konsumtion och skador i Sverige	34
3.1 ANDTS-konsumtionen	34
3.1.1 Alkohol	38
3.1.2 Narkotika	38
3.1.3 Dopning	38
3.1.4 Tobak	38
3.1.5 Spel om pengar	39
3.2 Den totala sjukdomsburden (förlorade levnadsår på grund av sjukdom och förtidig död)	40
3.3 ANT-relaterade dödsfall	41
3.3.1 Alkoholrelaterade dödsfall	41
3.3.2 Narkotikarelaterade dödsfall	42
3.3.3 Tobaksrelaterade dödsfall	43
3.4 Negativa konsekvenser av andras användning	44
4. Hur arbetet ska styras och organiseras	47
4.1 Folkhälsomyndighetens ANDTS-uppdrag	48
4.2 Ett kompetenscentrum för förebyggande och tidiga insatser inom hela ANDTS-området	50
4.3 Länsstyrelsernas samordningsroll på regional nivå	51
4.4 Socialstyrelsens uppgifter	52

4.5	Statens institutionsstyrelses roll	53
4.6	Polismyndighetens roll	53
4.7	Tullverkets roll	53
4.8	Kriminalvårdens roll	54
4.9	Brottsförebyggande rådets (Brå) roll	54
4.10	Regionernas roll	54
4.11	Kommunernas roll	55
4.12	Övriga myndigheters roll och andra relevanta nya uppdrag	57
4.13	De idéburna organisationernas roll	57
4.14	Forskningens bidrag	59
4.15	Önskvärd finansiering	60
5.	Förslag på insatser utifrån de sju målområdena	61
5.1	Långsiktigt mål 1: Tillgång till narkotika, dopningsmedel, alkohol, tobak och spel om pengar ska minska	61
5.1.1	Ökad användning av nationella tillgänglighetsreglerande insatser	62
5.1.2	Förstärkning och utveckling av andra kontrollinsatser: tillsyn, egenkontroll, alkohol- och rökfria miljöer, tillstånds- och märkningsregler för tobak	70
5.1.3	Ökat fokus på att begränsa ungas tillgång till alkohol och tobak genom föräldrar och andra vuxna	76
5.1.4	Intensifiering av brottsbekämpning av illegal handel	66
5.1.5	En fungerande lokal och regional samverkan och samordning mellan ANDTS-förebyggande och brottsförebyggande arbete	83
5.2	Långsiktigt mål 2: Barn ska skyddas mot skadliga effekter orsakade av ANDTS	85
5.2.1	Förstärkta insatser som syftar till att färre barn ska födas med skador orsakade av alkohol, narkotika, dopning eller tobak	85
5.2.2	Barn i familjer med riskbruk, skadligt bruk eller beroende av ANDTS, psykisk sjukdom eller psykisk funktionsnedsättning ska erbjudas ändamålsenligt stöd	87
5.3	Långsiktigt mål 3: Antal barn, unga och unga vuxna som börjar använda narkotika och dopningsmedel eller debuterar tidigt med alkohol, tobak eller spel ska minska	90
5.3.1	Stärk lokala förebyggande insatser med fokus på arenor och aktörer runt de unga	91
5.3.2	Lokalt och regionalt förebyggande arbete	95
5.3.3	Ökad användning av befintliga verksamma metoder och utveckla nya insatser som syftar till att skjuta upp alkohol-, tobaks- och speldebuten och minska den totala alkohol- och tobakskonsumtionen	98
5.3.4	Förstärka insatser för att minska nyrekrytering till narkotikaanvändning och narkotikaberoende	100
5.4	Långsiktigt mål 4: Antalet personer som utvecklar skadligt bruk eller beroende av alkohol, narkotika, dopningsmedel eller tobak ska successivt minska	104
5.4.1	Hälso- och sjukvårdens arbete med att förebygga problem med ANDTS	104
5.4.2	Informera distriktsläkare och privatpraktiserande läkare om försiktighet vid förskrivning av narkotikaklassade läkemedel	106

5.4.3	Studenthälsomottagningarnas insatser för att förebygga ANDTS måste stödjas kontinuerligt	108
5.4.4	Öka medvetenheten och kunskapen om ANDTS-användningens effekter på hälsan	109
5.4.5	Inför ett teknikneutralt ANDTS-reklamförbud	110
5.4.6	Arbetsplatsens möjlighet att förebygga problem med ANDTS bör stärkas	110
5.5	Långsiktigt mål 5: Personer med skadligt bruk eller beroende av alkohol, narkotika, dopning, tobak och spel om pengar ska minska genom kunskapsbaserad vård och stöd med integrering i samhället	112
5.5.1	Tillgången till kunskapsbaserad och samordnad vård ska anpassas till brukarnas behov	113
5.5.2	Regionala skillnader i vård ska minska	116
5.5.3	Breda individperspektivet till ett familjeperspektiv i vården – anhöriga behöver stöd	116
5.5.4	Stöd i integrering i samhället och återhämtning ska utvecklas och förlängas och omfatta boende, sysselsättning, ekonomi och stöd i uppbyggnad av relationer	117
5.5.5	Resultatet av vårdinsatser bör följas upp kontinuerligt	118
5.6	Långsiktigt mål 6: Antalet döda eller skadade på grund av sitt eget eller andras bruk av ANDTS ska minska	119
5.6.1	Antal döda eller skadade i trafiken på grund av alkohol och narkotika ska minska	119
5.6.2	Antal döda och skadade på grund av alkohol-, narkotika- och dopningsrelaterat våld ska minska	124
5.6.3	Dödligheten i narkotikaöverdoser ska minska	126
5.7	Långsiktigt mål 7: Sverige bör bidra till en folkhälsobaserad och restriktiv syn på ANDTS inom EU och internationellt	127
5.7.1	Sverige bör driva alkohol- och tobakspolitiska frågor mer aktivt inom ramen för EU-samarbetet	128
5.7.2	Sverige bör aktivt verka för att FN-konventionerna på narkotikaområdet efterlevs	129
5.7.3	Sverige bör verka aktivt för att en ramkonvention om alkohol tas fram	130
6.	Sammanfattning	131
7.	Referenser	141
BILAGA 1.	Internationella strategier, konventioner och handlingsplaner	150
Alkohol	.....	152
Narkotika	.....	156
Dopning	.....	157
Tobak	.....	158
Spel	.....	159

Förord

Sveriges nuvarande ANDT-strategi löper ut 2020. Ett stort antal idéburna organisationer har därför slutit upp bakom en gemensam skuggstrategi till regeringens nya ANDTS-strategi (alkohol, narkotika, dopning, tobak och spel om pengar). Syftet är att stärka arbetet mot ANDTS skadeverkningar och genom effektiva åtgärder förebygga problemen i tid.

Resultatet är denna ANDTS-skuggstrategi, framtagen av en expertgrupp i samverkan med de undertecknade organisationerna. Detta dokument utgår från den samlade kunskapen och erfarenheten om ANDTS och ger förslag på möjliga lösningar. De föreslagna åtgärderna speglar det samlade civilsamhällets prioriteringar och gemensamma förslag vad gäller att värna folkhälsan och arbeta förebyggande. Dokumentet ska ses som en uppmaning från civilsamhället till det offentliga.

Alkohol, narkotika, dopning, tobak och spel (ANDTS) om pengar bidrar till en försämrad folkhälsa som leder till stort lidande för individen och dess närstående och medför omfattande kostnader för såväl de människor som drabbas som för hela samhället. Det är därför viktigt att Sverige har en tydlig strategi för att tackla problemen som uppstår på grund av ANDTS och en plan för hur vi ska skydda barn och unga, minska konsumtionen och ta hand om personer med beroendeproblematik.

Skuggstrategins övergripande mål utgår från visionen om ett samhälle där människor växer och utvecklas utan risk att skadas på grund av sitt eget eller andras bruk av alkohol, narkotika, dopning, tobak eller spel om pengar.

Vi organisationer som står bakom skuggstrategin vill påminna om att vi besitter kunskap och erfarenhet som vi gärna delar med oss av. Det civila samhällets idéburna organisationer är en resurs i förebyggande insatser och vård- och behandling. Vi finns ute i samhället och ser problemen i ett tidigt skede. Det gör att vi kan ställa om snabbt när omvärlden förändras.

Strategin har utarbetats av en expertgrupp som har bestått av:

- Håkan Leifman: huvudförfattare, forskare, tidigare direktör för CAN (Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning)
- Per Leimar: expert på alkoholfrågan, jobbar idag som politisk sekreterare på IOGT-NTO, har tidigare jobbat på Systembolaget som utredare och ansvarig för kontakter med alkoholforskningen
- Gunborg Brännström: expert på prevention och vård vid missbruk och beroende, tidigare projektchef på SKL och utvecklingschef i Alkoholkommittén
- Marie Montin: tidigare jobbat som nationell samordnare för Länsstyrelsernas ANDT-arbete, expert på lokalt preventivt arbete
- Göran Boëthius: pensionerad lungläkare, opinionsbildare på Tobaksfakta
- Linda Nilsson: expert på frågor rörande narkotika samt missbruk- och beroendevård, fd. Generalsekreterare WFAD, numera styrelseledamot
- Irma Kilim: projektledare, drogpolitisk chef på IOGT-NTO, tidigare jobbat med politisk påverkan på EU-nivå samt som samordnare på CAN

Det är vår förhoppning att regeringen finner de förslag vi härmed lägger fram intressanta och relevanta, och tar med dem i kommande ANDTS-strategi.

Hittills har följande organisationer undertecknat



Kort sammanfattning

Bakgrund

De problem som orsakas av alkohol, narkotika, dopning, tobak och spel om pengar är omfattande både i Sverige och i många andra länder. Problemen begränsas dessutom inte endast till användare utan omfattar även alla de som i olika utsträckning påverkas negativt av andras ANDTS-användning. Det rör sig om folkhälsoproblem i dess mest grundläggande mening: omfattande problem som på olika sätt drabbar individen, familjen och samhället. Konsekvenserna spänner över olika fysiska och psykiska hälsotillstånd och sjukdomar samt olika sociala problem.

Den omfattande problembördan av ANDT kan illustreras av antalet relaterade dödsfall. I Sverige dör årligen totalt sett ca 90 000 människor och av dessa beräknas ca 3 600 orsakas av alkohol, 13 800 av tobak och ca 700 av narkotika (alla under 2017). Samhällskostnaderna är också omfattande. Missbruksutredningen beräknade narkotikamissbrukets samhällskostnader till 24 miljarder kronor år 2008 och sedan dessa har narkotikaanvändningen ökat. Institutet för sjukvårds- och hälsoekonomi uppskattade de totala samhällskostnaderna för rökning till 31,5 miljarder kronor för 2015. På uppdrag av Systembolaget beräknade nyligen Ramboll alkoholens samhällsekonomiska konsekvenser till ca 103 miljarder kronor för 2017.

ANDTS-frågorna måste få den plats och de resurser som motsvarar dess samhälleliga problembörda. Så är inte fallet idag, snarare går utvecklingen åt det andra hållet. Vi som skrivit denna skuggstrategi, och alla de organisationer som ställt sig bakom den, ser med stor oro på ANDT-frågornas alltmer perifera roll på den politiska dagordningen. Det saknas idag ett tydligt politiskt ledarskap och, som vi ser det, politisk vilja att driva dessa frågor proaktivt och långsiktigt så att den historiskt sett framgångsrika svenska ANDTS-politiken fortsätter att utvecklas.

ANDTS-politikens inriktning

Utgå från vad vi vet fungerar och utveckla mer

Det finns, med andra ord, mycket goda skäl att stärka och intensifiera redan pågående effektiva insatser och regleringar men också att implementera och utveckla nya effektiva insatser. Detta gäller på alla nivåer: från ANDTS-politiska beslut i regering och riksdag till arbetet i regioner och kommuner. De ideella organisationernas expertis och arbete måste också tas till vara på ett effektivare sätt.

En stor del av ANDTS-politiken bör inriktas på förebyggande insatser som syftar till att dämpa användningen av ANDTS för att på så sätt få ner omfattningen av problemen. Väl valda förebyggande insatser, utförda på rätt sätt gör skillnad med både lägre skador och lägre samhällskostnader som följd. Det blir en besparing både i lidande och i pengar och bidrar därmed till ett mer hållbart samhälle. Förebyggande insatser är alltså avgörande men riktade insatser och vård- och behandlingsinsatser utgör naturligtvis också självklara delar i en heltäckande ANDTS-politik.

En långsiktig satsning för att begränsa tillgänglighet till ANDT har varit en av hörnstenarna i regeringens ANDT-politik under flera år. Så bör vara fallet även framgent, men betydligt mer kan göras på detta område, även på spelområdet. Att endast ha fokus på tillgänglighetsbegränsande insatser är emellertid inte tillräckligt. En effektiv politik inbegriper både insatser för att begränsa tillgången och insatser för att dämpa efterfrågan. Visserligen är effekterna av sistnämnda svagare, men i sin bredd och omfattning ändå betydelsefulla.

Vi ger många konkreta förslag på insatser som om dessa blir verklighet skulle ha en stor dämpande effekt på konsumtion och skador av ANDTS. Alla substanser är viktiga för förebyggande och, när så krävs, vård- och behandlingsinsatser. Särskilt mycket utvecklingsarbete krävs dock på narkotikaområdet där utvecklingen går åt fel håll.

ANDTS-strategins mål – grunden densamma som idag men utökas med det tidigare mål 2: barn ska skyddas mot skadliga effekter orsakade av ANDTS.

Liksom den tidigare strategin ser vi behovet av ett övergripande mål för ANDTS-politiken som utgår från visionen om ett samhälle där alla människor ska ha förutsättningar att växa upp och leva utan risk att skadas på grund av sitt eget eller andras bruk av alkohol, narkotika, dopningsmedel eller tobak. Detsamma bör gälla för spel om pengar. Det gemensamma övergripande målet för ANDTS-politiken bör formuleras som följer:

Ett samhälle fritt från narkotika och dopning, minskad alkohol- och tobakskonsumtion och minskat spelande om pengar.

Den övergripande målstrukturen som fanns i strategin för åren 2011–2015, alltså sju målområden och ett övergripande mål, bör återanvändas, även om de till viss del är överlappande. Vi föreslår således att det tidigare målområdet 2 återinförs, nämligen att barn ska skyddas mot skadliga effekter orsakade av ANDTS.

Till dessa sju målområden, tillika långsiktiga mål, knyts ett antal prioriterade mål (delmål) och insatser som vi anser ska uppnås under den kommande strategiperioden. Dessa insatser som vi föreslår ska alltså betraktas som de som vi ser som de mest prioriterade relativt andra insatser. Det innebär inte, att andra områden där vi inte lägger några konkreta förslag är oviktiga.

Vi väljer också att i flera delar omformulera de långsiktiga målen något. Detta gäller främst långsiktigt mål 5 men även de långsiktiga målen 3 och 4. De sju långsiktiga målområdenas nummerordning följer, som vi ser det, en logisk ordning och anger inriktningen för ANDTS-arbetet i sin helhet. Dessa långsiktiga mål är ständigt aktuella och har ingen bortre tidsgräns.

Långsiktigt mål 1: Tillgång till narkotika, dopningsmedel, alkohol, tobak och spel ska minska.

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

Långsiktigt mål 3: Antalet barn, unga och unga vuxna som börjar använda narkotika och dopningsmedel eller debuterar med alkohol eller tobak ska minska.

Långsiktigt mål 4: Antalet personer som utvecklar skadligt bruk, missbruk eller beroende av alkohol, narkotika, dopningsmedel, tobak, eller spel ska minska.

Långsiktigt mål 5: Antalet personer med missbruk och/eller beroende av alkohol, narkotika, dopning, tobak eller spel ska minska.

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

Långsiktigt mål 7: Sverige ska bidra till en folkhälsobaserad och restriktiv syn på ANDTS inom EU, WHO och inom andra internationella sammanhang.

Målen måste vara mätbara och följas upp regelbundet

Regelbundet genomförda uppföljningar och analyser av strategins övergripande mål och sju långsiktiga mål är viktiga inslag för att kunna vidareutveckla och eventuellt planera om insatser under såväl som efter avslutad strategiperiod. Behovet av fullt ut kvantifierbara delmål (här långsiktiga mål) är centrala. Detta gäller inte bara utfallsmått som konsumtion och skador utan också mätbara insatser (processindikatorer). Här krävs ett utvecklingsarbete som dock inte behöver börja från noll utan kan bygga vidare till stor del befintliga data och tidigare erfarenheter. Vi vill betona att analyser av data över tid inte enbart syftar till att följa upp insatserna utan också är en väsentlig del i ett proaktivt preventivt förhållningssätt där analysresultat snabbt vävs in i bedömningar av hur insatser ska utformas och verksamheter styras.

Organisation och styrning

Arbetet måste vidare bedrivas på olika nivåer och involvera alla centrala aktörer. Den uppbyggnad av det lokala och regionala arbetet som ägt rum sedan början av 00-talet, med särskilda samordnare för ANDT-arbetet både lokalt och regionalt, är centralt för att koordinera och driva på de insatser som vi föreslår. Mycket talar också för att arbetet med att stötta och utveckla det lokala arbetet genom bättre och mer effektiva strukturer, utbildning av drogsamordnare och metodutveckling har gett goda resultat. Vi menar därför att det lokala arbetet måste förstärkas under den kommande strategiperioden.

När det gäller styrningen av arbetet inom ramen för strategin bör det ledas av socialministern, som är ordförande i ett nybildat ANDTS-råd. I detta råd ska representanter för myndigheter, forskare och den idéburna sektorn sitta. Sveriges Kommuner och Regioner bör också ingå i rådet. Rådets roll ska vara att följa utvecklingen och ta initiativ till kompletteringar under tiden för strategins genomförande.

Vi föreslår också att det i regeringskansliet tillsätts ett ANDT-kansli i likhet med det kansli som tillsattes år 2010, vars roll blir att på operativ nivå följa utvecklingen och på basis av Folkhälsomyndighetens årliga uppföljning och analys utarbeta tvååriga handlingsplaner.

Vi föreslår också att ett särskilt kompetenscentrum bildas för förebyggande arbete och tidiga insatser. Centrumets roll ska vara att samla, utveckla, sammanställa, utvärdera, förvalta och utbilda utbildare i evidensbaserade metoder och sammanställa hur metoderna och insatserna används och sprids. De ska också fördela projektmedel för implementering och utveckling av insatser.

Folkhälsomyndighetens roll blir att driva på utvecklingen på nationell nivå genom samverkan men andra myndigheter med viktiga uppdrag inom ANDTS-området och, framförallt att följa upp ANDTS-strategins samlade insatser.

Socialstyrelsens roll specifikt för strategin blir att vidareutveckla och implementera nationella riktlinjer både när det gäller missbruks- och beroendevården samt prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor. Myndigheten bör också ansvara för att sprida kunskap om, utbilda i och förvalta de metoder de lyfter i de nationella riktlinjerna. De bör dessutom utarbeta nationella riktlinjer för dopning och fördela projektmedel för implementering och utveckling av insatser på vårdområdet.

Länsstyrelsens ANDTS-samordnare ska implementera strategin och systemen för uppföljning på regional och lokal nivå. Vidare ska de föra en dialog med såväl Folkhälsomyndigheten som Kompetenscentrumet och ta initiativ till behov av utveckling och stöd. De ska också

utarbete länsstrategier, av vilken det framgår vad som prioriteras i länet. De ska också stödja kommunerna i den kartläggning som krävs som grund för utveckling av policy och prioritering av insatser och de följer upp kommunernas insatser.

Ett framgångsrikt ANDTS-arbete kräver ett uthålligt och långsiktigt perspektiv med ett ständigt pågående löpande arbete som också inkluderar ett utvecklingsarbete. Men för att nå dit krävs en omfattning av resurser som gör detta möjligt. Vi föreslår årliga medel motsvarande 265 miljoner kronor samt ytterligare 40 miljoner kronor för uppbyggnad av drift av kompetenscentrumet och 40 miljoner kronor som utvecklingsmedel för fördelning till ideella organisationer.

1. Inledning

1.1 Bakgrund

I Sverige liksom i många andra länder i världen orsakar användningen av alkohol, narkotika, tobak och dopning (ANDT) omfattande socialmedicinska folkhälsoproblem. Detta gäller både för de som konsumerar och för alla de som på olika sätt påverkas negativt av andras ANDT-användning.

Den omfattande problembördan av ANDT kan illustreras av antalet relaterade dödsfall. I Sverige dör årligen totalt sett ca 90 000 människor och av dessa beräknas ca 3 600 orsakas av alkohol, 13 800 av tobak och ca 700 av narkotika (alla under 2017) (GBD, 2019). När det gäller de sociala konsekvenserna är problemen som störst för alkohol följt av narkotika. Många misshandelsbrott är kopplade till alkohol och narkotika. BRÅ:s Nationella trygghetsundersökning (2019) visar exempelvis att 72 % av männen och 45 % av kvinnorna som utsatts för misshandel bedömer att gärningspersonen var påverkad av alkohol eller annan drog. Ungefär hälften av de för misshandel utsatta männen och 22 % av kvinnorna var också själva påverkade av alkohol eller annan drog vid brottstillfället. Vidare är narkotikaförsäljning en viktig drivkraft för den omfattande gängkriminalitet som idag betraktas som ett av Sveriges största samhällsproblem, för att nämna några exempel.

ANDT-användningens stora spridning och omfattande problembörda gör således att man kan tala om ett (eller flera) folkhälsoproblem i dess grundläggande mening: omfattande problem som på olika sätt drabbar individen, familjen och samhället. Konsekvenserna spänner över olika fysiska och psykiska hälsotillstånd och sjukdomar samt olika sociala problem. Detta faktum ändras inte av att vissa indikatorer i Sverige pekar på minskningar under senare år, framför allt ungas alkoholkonsumtion och rökning bland både unga och vuxna. Andra indikatorer pekar, tvärtom, på försämringar (ökningar) såsom användning och skador orsakade av narkotika.

Vi som skrivit denna skuggstrategi, och alla de organisationer som ställt sig bakom den, ser därför med oro på ANDT-frågornas alltmer perifera roll på den politiska dagordningen. Det saknas idag ett tydligt politiskt ledarskap och, som vi ser det, politisk vilja att driva dessa frågor proaktivt så att den historiskt sett framgångsrika svenska ANDT-politiken fortsätter att utvecklas. Det finns, med andra ord, mycket goda skäl att stärka och intensifiera redan pågående effektiva insatser och regleringar men också att implementera och utveckla nya effektiva insatser. Detta gäller på alla nivåer: från ANDT-politiska beslut i regering och riksdag till arbetet i regioner och kommuner. De ideella organisationernas expertis och arbetas inte heller till vara på ett effektivt sätt.

Människor med låg utbildning och låga inkomster har sämre hälsa än personer med högre socioekonomisk position. Skillnaderna i hälsa har ökat i Sverige under en följd av år, liksom i hela västvärlden. Förklaringarna är i huvudsak grundläggande ojämlikhet och skillnader i resurser; sämre uppväxtförhållanden, svagare sociala nätverk. ANDT spelar en stor negativ roll för detta samband, där en oproportionerligt stor andel av ANDT-skadorna drabbar gruppen med lägst utbildning och inkomster. Detta är ett viktigt motiv för en mer aktiv ANDT-politik.

Vi har idag också relativt god kunskap om verkningsfulla metoder men de används i alldeles för liten utsträckning. Skulle däremot en kraftsamling genomföras och effektiva metoder

utnyttjas i högre grad skulle det få en betydande inverkan på ANDT-problemens omfattning och därmed bidra till en bättre och mer jämlik folkhälsa.

När problemen orsakade av ANDT är så pass omfattande i många länder har också flertalet länder i världen lagar, policyer och andra styrdokument som reglerar vad som är tillåtet och som visar vägen till vad och hur man vill förebygga och behandla. Sverige är inget undantag. Sedan 2011 har regeringen tagit fram substansövergripande ANDT-strategier. Den senaste, och nu aktuella strategin, avser perioden 2016–2020 och strategin dessförinnan perioden 2011–2015.

I detta sammanhang vill vi nämna att de relativt sett omfattande insatser (mobilisering) som genom strategier och handlingsplaner genomförts på nationell, regional och lokal nivå under 00-talet och 10-talets första år sannolikt bidrog till att bromsa en annars förmodad försämrad utveckling, framför allt när det gäller alkohol. Det visar på betydelsen av aktiv ANDTS-politik.

En central pusselbit framöver blir således utformningen av nästkommande nationella ANDT-strategi. Regeringen har här aviserat att man avser att ta fram en ny sådan ANDT-strategi för perioden 2021–2025 med särskilt stort fokus på att begränsa narkotikans utbredning i samhället. Vi utgår från att denna för första gången också inkluderar spel om pengar och vi talar således hädanefter om en ANDTS-strategi. Även spel om pengar kan betraktas som ett folkhälsoproblem och med ökad andel i befolkningen med allvarliga spelproblem (om pengar) (Folkhälsomyndigheten, 2019).

Tidigare erfarenheter pekar också på att ett kontinuerligt arbete krävs för att dämpa problembördan orsakad av ANDTS. Varje ny generation måste påverkas i rätt riktning vilket gör det angeläget att en ny strategi tar vid när den nuvarande löper ut. Med detta dokument visar vi således hur vi önskar att en kommande ANDTS-strategi ska utformas i form av målstrukturer, styrning och prioriterade insatser inom hela ANDTS-området.

En viktig och väl dokumenterad utgångspunkt är att ANDT-substanserna och spel om pengar, trots olika regleringar, har flera gemensamma nämnare. Orsakerna till att människor brukar rusmedel och utvecklar beroende kan vara desamma och i ökande utsträckning förekommer en samtida användning av två eller flera substanser bland personer med substansproblem. Därför är det viktigt, och logiskt, med en samlad strategi som inbegriper alla dessa fem områden, dvs. ANDTS.

Våra förslag avser därför strukturer, styrning och insatser inom hela ANDTS-området. Vi har strävat efter att få både ett nationellt, regionalt och lokalt perspektiv på frågorna. Den svenska ANDTS-politiken är utformad utifrån en nationell kontext men den vägleds och styrs till delar av centrala internationella konventioner och strategier (se bilaga 1 för vidare beskrivning av dessa). ANDTS-frågorna relaterar även till flera av de hållbarhetsmål som t.ex. FN lyft fram i Agenda 2030 som antogs av FN:s generalförsamling 2015 (resolutionen Att förändra vår värld: Agenda 2030 för hållbar utveckling). Genom Agenda 2030 har världens länder åtagit sig att tillsammans arbeta för att till 2030 uppnå de 17 hållbarhetsmålen (globala målen) och, kopplat till dessa, 169 delmål, för att på så sätt verka för en långsiktig hållbar utveckling i världen.

För att kunna bedriva en mer aktiv ANDTS-politik är det viktigt att den kommande strategin innehåller konkreta förslag på insatser på olika nivåer. Visionära inslag är också viktiga i en strategitext men räcker inte. Vi redovisar därför förslag på insatser inom olika områden som vi ser som särskilt prioriterade under den kommande femårsperioden. Det innebär emellertid

inte att andra insatser som inte omnämns är oviktiga. En styrka i den tidigare svenska ANDT-politikens verkstad har varit mångfalden av olika insatser på olika nivåer. Men allt kan inte rymmas i en strategi och prioriteras på samma sätt under en femårsperiod.

1.2 Definitioner och begrepp

Att definiera de olika substanserna och spel om pengar och de som konsumerar dessa är nödvändigt för att vi ska veta vad och vilka vi pratar om. Definitionerna av dessa låter sig enklast göras utifrån juridiska definitioner.

Alkohol, eller alkoholdrycker, definieras i alkohollagen (2010:1622) som en dryck med en alkoholhalt överstigande 2,25 volymprocent. Alkoholdrycker delas i denna lag in i spritdrycker, vin, öl och andra jästa alkoholdrycker. Konsumtion av alkohol är tillåtet men tillverkning, försäljning, servering, handel och marknadsföring är reglerade enligt alkohollagen. När det gäller exempelvis detaljhandel finns ett särskilt för ändamålet bildat statligt aktiebolag (Systembolaget) som den enda som får bedriva detaljhandel med dessa drycker. Åldersgränserna är på Systembolaget 20 år och när det gäller detaljhandelsförsäljning av folköl 18 år. Servering av alkohol får ske till den som fyllt 18 år.

Med narkotika avses, enligt narkotikalagstiftningen (1968:24), läkemedel eller hälsofarliga varor med beroendeframkallande eller euforiserande effekter eller egenskaper, eller varor som med lätthet kan omvandlas till varor med sådana egenskaper eller effekter. Eftersom många varor är beroendeframkallande och/eller euforiserande har man också lagt till att varan ska vara upptagen i någon av de internationella narkotikaförteckningarna som Sverige skrivit under eller på den lista som Läkemedelsverket för över preparat i Sverige som regeringen förklarar som narkotika (enligt Lag 1999:43). I narkotikalagstiftningen är all icke-medicinsk befattning med narkotika kriminaliserad. Detta gäller även bruk. Detta innebär att alla narkotikaklassade läkemedel (t.ex. olika psykofarmaka) som används på ett icke-föreskrivet sätt (utan läkares ordination eller mer eller oftare än vad läkare ordinerat) oberoende av användare, innefattas, så också i denna skuggstrategi.

Tobakslagen (1993:58) reglerar försäljning, handel och marknadsföring men innehåller också bestämmelser om bl.a. begränsning av rökning i vissa lokaler och utrymmen samt på vissa områden utomhus och rökfri arbetsmiljö. I en särskild förordning finns kompletterande bestämmelser till tobakslagen (1993:581). Lagen rör bestämmelser som avser främst produkter som innehåller tobak. Tobak i sig definieras inte men tobak består av torkade blad från tobaksplantan och i tobak finns ämnet nikotin som är ett centralstimulerande medel. Försäljning av tobaksprodukter får ske till den som fyllt 18 år.

Den svenska lagen (1991:1969) om förbud mot vissa dopningsmedel (ofta benämnd dopningslagen) avser syntetiska anabola androgena steroider, testosteron och dess derivat, tillväxthormon och kemiska substanser som ökar produktion eller frisättning av testosteron och dess derivat eller av tillväxthormon. Som för narkotika är all icke-medicinsk (och vetenskaplig) användning av dessa medel förbjuden. (Bruk kriminaliserades den 1 april 1999). När vi talar om dopningsmedel avser vi alltså endast de enligt lagen ovan nämnda och ofta syftas på anabola androgena steroider, i dagligt tal anabola steroider. Dessa syntetiska preparat, som i stora delar liknar könshormonet testosteron, används av vissa både inom och utanför elitidrotten i syfte att bygga upp muskulaturen. Dopningslagen berör alltså ett mindre antal medel jämfört med vad som betraktas som dopningsmedel ur ett idrottsligt perspektiv där också olika narkotiska preparat ingår.

Sverige fick en spellag (2018:1138) den 1 januari 2019 som avser spel om pengar och andra vinster med ett värde i pengar. Med spel avses här lotteri, vadhållning, kombinationsspel och pyramidspel. Folkhälsomyndigheten definierar spel om pengar som spel där en satsar pengar, och där slumpen på något sätt är inblandad. Vanliga spelformer för spel om pengar är lotter, bingo, spelmaskiner, kasinospel, sportspel, nummerspel som Keno och Lotto och hästspel som trav. På engelska skiljer man på gambling (spel om pengar eller hasardspel) och gaming (spelande genom tv-spel, datorspel, rollspel, brädspel och/eller kortspel). När vi i det följande pratar om spel för pengar avser vi således gambling. Det svenska ord som ligger närmast i betydelse är nog hasardspel.

Att hitta heltäckande definitioner för konsumtion (användning) av ANDTS är svårt, inte minst då konsumtionen tar olika former för exempelvis olika grupper och vid olika tillfällen och för olika substanser (och spel om pengar). Exempel på begrepp som beskriver olika former av konsumtion är bruk, riskbruk, skadligt bruk, missbruk och beroende. Detta gäller även spel om pengar, t.ex. problemspelande och spelproblem (se Socialstyrelsen, 2017). I viss mån avspeglar alla dessa beteckningar olika konsumtionsmönster (hur ofta, hur mycket och på vilket sätt) men också konsekvenser av användning.

Beroende är framför allt en medicinsk term och avspeglar i regel konsekvenser av omfattande konsumtion. Begreppet missbruk används också relativt sett ofta trots att det inte längre används i de aktuella klassifikationssystemen (ICD-10 och DSM-V). Inom hälso- och sjukvården, där ICD-10 utgör det diagnostiska systemet, används istället begreppet skadligt bruk (för ANT) och för beroende används begreppet beroendesyndrom (för ANTS). Sammanfattningsvis är kriterierna för att uppfylla diagnosen skadligt bruk enligt ICD-10 (se Franck & Hedberg (2018): (1) klara bevis för psykiska eller fysiska; (2) skador; (2) skadans natur ska vara tydligt identifierbar (och specificerad); (3) mönstret av bruket har varit ihållande under minst 1 månad eller har förekommit upprepade gånger under en 12-månadersperiod; (4) störningen uppfyller inte kriterier för någon annan psykisk störning eller beteendestörning relaterad till samma drog under samma tidsperiod (utom för akut intoxication).

I DSM-V har begreppet missbruk utgått (jämfört med DSM-IV) eftersom det inte anses representera ett tillstånd där en medicinsk modell är applicerbar (Franck & Nylander, 2015). Istället graderas beroendet av ANTS utifrån svårighetsgrad (mild, medelsvår, svår) och benämns som substansbrukssyndrom, exempelvis alkoholbrukssyndrom (på engelska: substance alcohol use disorder). Här ingår alltså också hasardspelssyndrom (gambling disorder) för att klassificera personer med allvarliga spelproblem (spelberoende) (se t.ex. Widinghoff & Håkansson, 2018, Läkartidningen). ICD-10 kommer att ersättas av ICD-11, sannolikt år 2022, och då kommer också spelberoende, som i ICD-10 låg under impulskontrollstörningar att flyttas till avsnittet för beroende och likställs därmed med andra substansberoendesjukdomar. Endast dopningsmedel saknar motsvarande beroendeklassificeringar i såväl ICD-10 som i DSM-V.

I socialtjänstlagen används genomgående begreppet missbruk utan att detta definieras närmare. Missbruk används också bland folk i gemen för att signalera någon form av överkonsumtion. När det gäller narkotika och dopning används också ibland begreppet missbruk som synonymt med användning. Här kan det också ha juridiska utgångspunkter då bruket av dessa substanser är kriminaliserat och i den meningen är allt bruk att betrakta som missbruk.

Numera är det vanligt att använda begreppet bruk, (istället för missbruk) och detta gäller även narkotika och dopning. Det finns flera skäl till detta men framför allt behovet av att frikoppla begreppet från dess juridiska aspekter och att begreppet missbruk uppfattas ha en

negativ (stigmatiserande) klang. Begreppet brukare ska dock inte ses som en synonym till användare av ANDT utan som personer som är aktuella som patienter eller klienter inom en offentlig verksamhet, t.ex. inom öppenvården.

Vi har i texten försökt att genomgående använda begreppet *konsumtion/ användning* (konsumenter/ användare), *riskbruk* och *skadligt bruk*. Ibland har dock detta inte varit fullt ut möjligt då flera av avsnitten i texten bygger på forskning och skrifter där andra definitioner använts. Begreppen som vi använder har valts enbart i syfte att särskilja olika grupper av användare och olika användningsmönster från varandra. Vi lägger alltså inga som helst juridiska eller stigmatiserande värderingar i de valda begreppen.

När det gäller begreppet skadligt bruk vill vi understryka att det rör sig om en diagnos-term och inte ska förstås som om bruk av psykoaktiva substanser som alkohol, narkotika och tobak som inte uppfyller de medicinska kriterierna är oskadligt. För alla substanser gäller att det inte finns någon helt riskfri, oskadlig nivå av konsumtion men att risken för skador ökar med ökande konsumtion. Vi har i texten använt begreppet skadligt bruk när det i sammanhanget syftar på eller ligger nära den medicinska innebörden.

Inom alkoholområdet används också begreppet riskbruk, eller riskkonsumtion, trots att det inte finns någon tydlig gräns under vilken alkoholkonsumtion är helt riskfri från skador. Även om den allmänna rekommendationen för att minska skador av alkohol är ”ju mindre desto bättre” så bedöms friska män och kvinnor generellt ha en låg risk för skador vid en konsumtion under tio standardglas alkohol i veckan. Dock ökar risken gradvis med ökande konsumtion. En konsumtion på tio standardglas alkohol i veckan innebär till exempel en tre gånger förhöjd risk att drabbas av olycksfall som kräver sjukhusvård (Rehm, 2008), 42 procent högre risk för läpp- och muncancer, 24 procent högre risk för bröstcancer för kvinnor, 11 procent högre risk för tjock- och ändtarmscancer, 35 procent högre risk för skrumplever och 25 procent högre risk för epilepsi (GBD 2017). Om alla i en befolkning drack tio standardglas i veckan skulle det innebära att 34 procent av all läpp-, mun- och svalgcancer orsakades av alkohol, 12 procent av bröstcancer hos kvinnor, 27 procent av all skrumplever för kvinnor och 36 procent för män (Rehm, 2008).

Berusningsdrickande är alltid en risk och den allmänna rekommendationen är därför att dricka mindre än fyra standardglas under ett dryckestillfälle. Detta enligt relativt nyligen framtagna förslag till rekommendationer för riktlinjer för lågriskkonsumtion (CES, 2018).

När vi i texten nedan skriver om barn och unga så syftar vi på personer icke fyllda 18 år – där barn är yngre än de unga (ungdomar). Med unga vuxna syftar vi på personer över 18 år upp till ca 25 år.

1.3. Disposition

I kapitel 2 redogör vi för vår syn på inriktningen av ANDTS-politiken framöver både sammanfattande för hela ANDTS-området och per substans och spel om pengar (A,N,D,T,S). Kapitlet redogör också för vår syn på den kommande strategins mål och målområden (kap. 2.1.). Kapitel 3 ger därefter en närmare bild av konsumtions- och skadebilden i Sverige på ANDTS-området utifrån fyra olika huvudgrupper av indikatorer.

Vår syn på hur ANDTS-arbetet ska organiseras, styras och hur ansvaret ska fördelas mellan olika myndigheter och andra aktörer redovisas i kapitel 4. De första fyra kapitlen (undantaget kapitel 3) visar således på inriktningen av strategin, strategins kärna om man så vill. Men en strategiperiod måste också fyllas med konkreta insatser. I kapitel 5 ger vi förslag

på insatser som vi ser som prioriterade under den kommande strategiperioden. Förslagen redovisas uppdelade på de sju olika målområdena som fanns i den tidigare ANDT-strategin (2011–2015). Vi väljer dock att i flera delar omformulera de målen men alltså inte målområdena i sig. Vi har alltså återinfört mål två som handlar om att skydda barn mot skadliga effekter orsakade av alkohol, narkotika, tobak och dopning, vilket var ett mål som inte fanns med i den senaste strategin. Man kan se förslagen som en bruttolista men ju fler av förslagen som genomförs desto större sammantagen effekt. I kapitel 6 ges en sammanfattning av våra viktigaste förslag och syn på den framtida inriktningen. Kapitel 7 listar den litteratur som vi hänvisat till i texterna. En kortare sammanfattning av våra viktigaste förslag och syn på den framtida inriktningen redovisas i början av rapporten. I bilagan redovisas närmare för de olika internationella strategier och konventioner som har bäring på det ANDTS-nationella arbetet.

2. ANDTS-politikens inriktning

Mycket talar för att samma epidemiologiska modell gäller för alla fem områden inom ANDTS som förenklat säger att ju högre konsumtionen är, desto mer omfattande blir de relaterade problemen. Andelen storkonsumenter ökar med ökad konsumtion, så också andelen i befolkningen med beroendeproblematik och med hälsorelaterade och sociala skador.

Givet detta, och problemens omfattning, är det rimligt att en stor del av ANDTS-politiken bör inriktas på förebyggande insatser som syftar till att dämpa användningen av ANDTS för att på så sätt få ner omfattningen av problemen. Väl valda förebyggande insatser, utförda på rätt sätt gör skillnad med både lägre skador och lägre samhällskostnader som följd. Det blir en besparing både i lidande och i pengar, dvs. en investering, och bidrar till ett mer hållbart samhälle. Förebyggande insatser är alltså avgörande men mer riktade insatser och vård- och behandlingsinsatser utgör naturligtvis också självklara delar i en heltäckande ANDTS-politik.

Den svenska ANDTS-politiken har historiskt sett i stor utsträckning använt sig av effektiva förebyggande insatser. Här avses särskilt olika former av restriktiva insatser på befolkningsnivå (generella åtgärder) som syftar till att hålla nere konsumtionen. På det stora hela har detta varit en ANDT-politik som i ett europeiskt perspektiv måste bedömas som framgångsrik, framför allt på alkohol- och tobaksområdet. Exempelvis skriver OECD och European Observatory on Health Systems and Policies i samarbete med Europeiska kommissionen att Sveriges låga nivåer av hälsopolitiskt åtgärdbar dödlighet på grund av exempelvis lungcancer, alkoholkonsumtion och trafikolyckor delvis kan förklaras med landets kraftfulla folkhälsoåtgärder. Här syftas både till informationskampanjer riktade till allmänheten, höga skatter på tobak och alkohol, statligt monopol på alkoholförsäljning, begränsade öppettider och 20-årsgränser för köp av alkohol på Systembolaget (se EC, 2019, för alkohol, se också ex Andréasson, m.fl., 2006; Stockwell, m.fl., 2018).

Hur effektivt arbetet mot dopning och spelproblem har varit går inte att avgöra på grund av för lite data både i Sverige och i andra länder. När det gäller narkotika talar mycket för att narkotikapolitiken bidragit till att färre unga och unga vuxna använder narkotika i Sverige jämfört med många andra länder i Europa (se t.ex. Andréasson, 2008; för jfr med unga i europeiska länder, se EMCDDA, 2016). Samtidigt är den narkotikarelaterade dödligheten sannolikt relativt hög i Sverige (jämfört med många andra europeiska länder (se t.ex. EMCDDA, 2019) och flera indikatorer pekar på en ökad narkotikaanvändning i Sverige (se t.ex. Folkhälsomyndigheten, 2019a; CAN, 2019), dock från relativt sett låga nivåer jämfört med flertalet andra länder i Europa (EU) (för andra länder se EMCDDA, 2019).

En långsiktig satsning för att begränsa tillgänglighet till ANDT har varit en av hörnstenarna i regeringens ANDT-politik under flera år. Så bör vara fallet även framgent, men betydligt mer kan göras på detta område. Att endast ha fokus på tillgänglighetsbegränsande insatser är emellertid inte tillräckligt. En effektiv politik inbegriper både insatser för att begränsa tillgången och insatser för att dämpa efterfrågan. Visserligen är effekterna av sistnämnda svagare, men i sin bredd och omfattning inte betydelselösa. Dessutom förstärker de varandra. En effektiv restriktiv politik måste också kunna förklaras och informeras om.

Arbetet måste också bedrivas på olika nivåer, såväl nationell, regional som lokal nivå och dessutom involvera alla centrala aktörer. Även internationellt arbete är viktigt. Den uppbyggnad av det lokala och regionala arbetet som ägt rum sedan början av 00-talet, med särskilda samordnare för ANDT-arbetet både lokalt och regionalt på länsstyrelserna, är central för att koordinera och driva på de insatser som vi föreslår. Skulle dessa strukturer urholkas minskar

möjligheterna väsentligen att kunna implementera effektiva insatser på lokalplanet. Mycket talar också för att arbetet med att stötta och utveckla det lokala arbetet genom bättre och mer effektiva strukturer, utbildning av drogsamordnare och metodutveckling gett goda resultat, åtminstone på alkoholområdet (Nilsson, 2019; Nilsson, m.fl., 2020). Vi menar därför att det lokala arbetet måste förstärkas under den kommande strategiperioden.

Vägledande i vårt arbete har varit att när olika intressen ställs mot varandra bör människors hälsa och välmående väga tyngre än exempelvis olika aktörers ekonomiska intressen. Ibland kan det vara oklart vilka folkhälsokonsekvenser en planerad förändring kan leda till. I sådana fall med oklara konsekvenser bör alltid en försiktighetsprincip råda, dvs. man genomför inte förändringar, åtminstone inte större sådana, när kunskapsläget är oklart och det finns risk att situationen försämras. Genomgripande förändringar i ett system kan dessutom vara nästan omöjliga att förändra tillbaka.

Beslut inom detta område ska alltså alltid övervägas så noggrant och ansvarsfullt som tiden och omständigheterna tillåter och utgå från att det är viktigare att minska lidande än att öka lycka. I grund och botten handlar en ansvarsfull ANDTS-strategi om solidaritet och empati med alla dem som berörs negativt av ANDTS-skadeverkningar. En ansvarsfull ANDTS-strategi bör också visa särskilt skyddshänsyn för grupper med hög risk för ANDTS-relaterade problem och de som utsätts negativt av andras ANDTS-användning. Detta bör finnas som en integrerad del i allt arbete som rör ANDTS – oberoende av om det rör policyer, prevention eller vård och behandling. Barn är en mycket sårbar grupp och det är vår förhoppning att införandet av Barnkonventionen som lag i Sverige också kommer att förstärka ANDTS-arbetet.

ANDTS-problem har olika bestämningsfaktorer och påverkas därför av en mängd olika förhållanden och insatser. Vi menar att en ANDTS-strategi bör ha fokus på just ANDTS-specifika insatser. Det finns starka belägg för att droger i sig skapar ohälsa och bidrar till en nedåtgående klassresa. Det är hela grundvalen till att ett ANDTS-förebyggande arbete bedrivs. Effektiva insatser som påverkar konsumtionen och skadorna har därmed också en dämpande effekt på klasskillnader i ANDTS-problemens omfattning. Det bör också i detta sammanhang tydligt sägas att det verkligen förekommer betydande klasskillnader (ojämlikhet) i olika ANDTS-relaterade problem, såsom i antal vårdade och antal dödsfall orsakade av alkohol, narkotika och rökning; detta trots att det inte föreligger motsvarande klasskillnader (t.ex. mellan olika utbildnings- och inkomstgrupper) i användningen av alkohol och narkotika. (Däremot finns betydande klasskillnader i hur många som röker). En rätt utformad ANDTS-politik är således också en politik för ett mer jämlikt samhälle.

Strukturella faktorer som utbildningsnivå, inkomstskillnader, bostadssegrering är naturligtvis synnerligen viktiga politik- och folkhälsoområden, men kräver andra angreppssätt än vad ANDTS-arbetet i sig kan bidra med. Däremot är det viktigt att ANDTS-arbetet samordnas med det omfattande främjande och förebyggande arbete som bedrivs inom folkhälsoområdet så att de båda drar nytta av varandras insatser och därmed bidrar till en större sammantagen effekt. Ett brett tvärsektorielt folkhälsoarbete står alltså inte i motsats till ett ingående sakområdesinriktat arbete, snarare tvärtom. Både bredd och djup behövs och både är fullt realistiska att åstadkomma.

Vi strävar också i vårt arbete att utgå ifrån vad forskning säger. Flexibilitet i vad som är att betrakta som evidens- /kunskapsbaserat är dock nödvändigt. Beprövad erfarenhet blir därför också en viktig utgångspunkt.

2.1 Strategins mål

Liksom den tidigare strategin ser vi behovet av ett övergripande mål för ANDTS-politiken som utgår från visionen om ett samhälle där alla människor ska ha förutsättningar att växa upp och leva utan risk att skadas på grund av sitt eget eller andras bruk av alkohol, narkotika, dopningsmedel eller tobak. Detsamma bör gälla för spel om pengar. Det gemensamma övergripande målet för ANDTS-politiken bör formuleras som följer:

Ett samhälle fritt från narkotika och dopning, minskad alkohol- och tobakskonsumtion och minskat spelande om pengar.

Under strategiperioden innebär detta:

- Fortsatt nolltolerans mot narkotika och dopning.
- Minskning av all tobaksanvändning (inklusive icke läkemedelsanvändning av nikotin) och att färre minderåriga börjar använda sådana produkter.
- Minskning av den totala alkoholkonsumtionen, färre minderåriga som börjar använda alkohol och minskat berusningsdrickande av alkohol.
- Minskning av frekvensen av spelande om pengar i befolkningen som helhet och färre minderåriga som börjar spela om pengar.

Den övergripande målstrukturen som fanns i strategin för åren 2011–2015, alltså sju målområden och ett övergripande mål, bör återanvändas, även om de till viss del är överlappande. Vi föreslår således att det tidigare målområdet 2 återinförs, nämligen att barn ska skyddas mot skadliga effekter orsakade av ANDTS.

Till dessa sju målområden, tillika *långsiktiga* mål, knyts ett antal *prioriterade* mål (delmål) och insatser som vi anser ska uppnås under den kommande strategiperioden. Dessa insatser ska alltså betraktas som de som vi ser som de mest prioriterade *relativt* andra insatser. Det innebär emellertid inte, som nämndes inledningsvis, att andra områden där vi inte lägger några konkreta förslag är oviktiga.

Vi väljer också att i flera delar omformulera de långsiktiga målen något. Detta gäller främst långsiktigt mål 5 men även de långsiktiga målen 3 och 4. Vi upplever att det fanns ett glapp i den tidigare strategin 2011–2015 mellan långsiktigt mål 3 och 4, den förstnämnda med fokus på unga och den sistnämnda med fokus på vuxna och mer riskfyllt användande. Vi vill väva in hela gruppen vuxna, både unga och äldre, och inte heller enbart vuxna med riskfyllda vanor som viktiga påverkansgrupper. Insatserna under målområde 3 har därför också fokus på unga vuxna medan insatser under målområde 4 också inkluderar vuxna som inte har direkt riskfyllda vanor. Det går heller inte att undvika ett visst godtycke i val av vilket målområde som de olika förslagen placeras.

De sju långsiktiga målområdenas nummerordning följer, som vi ser det, en logisk ordning och anger inriktningen för ANDTS-arbetet i sin helhet. Dessa långsiktiga mål är ständigt aktuella och har ingen bortre tidsgräns.

Långsiktigt mål 1: Tillgång till narkotika, dopningsmedel, alkohol, tobak och spel ska minska.

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

Långsiktigt mål 3: Antalet barn, unga och unga vuxna som börjar använda narkotika och dopningsmedel eller debuterar med alkohol eller tobak ska minska.

Långsiktigt mål 4: Antalet personer som utvecklar skadligt bruk, missbruk eller beroende av alkohol, narkotika, dopningsmedel, tobak, eller spel ska minska.

Långsiktigt mål 5: Antalet personer med missbruk och/eller beroende av alkohol, narkotika, dopning, tobak eller spel ska minska.

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

Långsiktigt mål 7: Sverige ska bidra till en folkhälsobaserad och restriktiv syn på ANDTS inom EU, WHO och inom andra internationella sammanhang.

Regelbundet genomförda uppföljningar och analyser av strategins övergripande mål och sju långsiktiga mål är viktiga inslag för att kunna vidareutveckla och eventuellt planera om insatser under såväl som efter avslutat strategiperiod. Detta diskuteras närmare i kapitel 4.1 där Folkhälsomyndighetens uppdrag inom ramen för strategin redovisas. Men vi vill här betona vikten av att sådana uppföljningar regelbundet genomförs. Behovet av fullt ut kvantifierbara delmål (här långsiktiga mål), framhölls i Statskontorets granskning av uppföljningssystemet för den samlade nationella folkhälsopolitiken där uppföljningssystemets ändamålsenlighet, användning och mervärde analyserades (Statskontoret, 2013). Bland resultaten angavs hur avsaknaden av delmål (för de då 11 målområdena) försvårade uppföljningen. Detta måste undvikas för den kommande ANDTS-strategin.

2.2 Inriktning per sakområde (A, N, D, T, S)

Som nämndes ovan finns många gemensamma nämnare mellan de olika substanserna och spel om pengar (sakområden), men det finns också betydande skillnader dem emellan vilket gör det nödvändigt att också specificera inriktningen för respektive sakområde. Detta görs nedan. I kapitel 5 återkommer vi sedan till konkreta förslag på prioriterade insatser per målområde men också, där så behövs, uppdelat per sakområde.

Den nationella politiken per sakområde styrs till delar av bindande internationella konventioner, EU-direktiv och rådgivande strategier. Förutom att de i olika grad är styrande sammanfattar de väl det vi vet från forskning om vad som är verkningfulla åtgärder för att begränsa och minska olika substansers skadeverkningar. När det gäller narkotika och tobak finns länder-övergripande bindande konventioner medan det på alkoholområdet, genom WHO, finns en global och en europeisk rådgivande alkoholstrategi. På narkotikaområdet finns det också inom EU en gemensam narkotikastrategi. På dopningsområdet finns gemensamma avtal inom elitidrotten men inte när det gäller användningen av dopningspreparat bland allmänheten. På spelområdet saknas helt internationella konventioner eller strategidokument. Vi har i betydande del utgått från dessa internationella styrdokument när det gäller vår syn på inriktningen av ANDTS-politiken.

2.2.1 Alkoholpolitiken

Eftersom alkoholens skadeverkningar drabbar många olika områden finns det åtgärder för att minska skadorna med i många av WHO:s olika strategier. Dessa strategier betonar i regel effektiviteten i åtgärder som minskar konsumtionen totalt i en befolkning genom åtgärder på befolkningsnivå. Till exempel framhåller WHO:s globala handlingsplan för kontroll av icke smittsamma sjukdomar, och WHO Europas motsvarighet, åtgärder som riktar sig mot alkoholkonsumtionens generella nivå och mönster och samhälleliga bestämningsfaktorer. Tre åtgärdsområden framhålls som särskilt kostnadseffektiva: (1) begränsning av tillgänglighet,

(2) höjda priser genom alkoholskatter, (3) förbud för alkoholreklam; och av WHO benämnda som "the three best buys" (t.ex. WHO, 2018a). I tillägg till dessa tre kan nämnas två ytterligare som WHO lyfter fram i sin nyligen framtagna färdplan för att stärka länder i att förebygga alkoholskador (SAFER), nämligen kontrollinsatser för att begränsa trafikonykterhet (t.ex. restriktiv lagstiftning och slumpvisa trafik-nykterhetskontroller) och stor tillgång till screening, kort rådgivning och annan behandling inom sjukvården. SAFER står för: (1) *Strengthen restrictions on alcohol availability*, (2) *Advance and enforce drink driving countermeasures*, (3) *Facilitate access to screening, brief interventions, and treatment*, (4) *Enforce bans or comprehensive restrictions on alcohol advertising, sponsorship, and promotion* och (5) *Raise prices on alcohol through excise taxes and pricing policies* (WHO, 2018b).

WHO:s globala handlingsplan mot demens 2017–2025 framhåller också vikten att minska nivån på alkoholkonsumtionen på individuell och befolkningsnivå. I WHO:s strategier mot cancer framhålls minskning av tobaks- och alkoholbruk som avgörande mål. WHO Europas ramverk för politik för hälsa och välbefinnande, Health 2020, anger ett omfattande vetenskapligt stöd för åtgärder med hög kostnadseffektivitet: begränsningar av tillgänglighet till alkohol, förbud mot alkoholreklam inklusive på sociala medier, höjd alkoholskatt och minimipris per gram alkohol. Åtgärder med lägre kostnadseffektivitet, men fortfarande kostnadseffektiva, är kontroll av trafiknykterhetslagar genom utandningskontroller, kort rådgivning vid högre riskkonsumtion och behandling för alkoholberoende och -problem.

Den svenska alkoholpolitiken följer i väsentliga delar denna inriktning skisserad ovan. Men vi menar att mer kan göras och att de senaste åren präglats av passivitet och reaktivitet i olika frågor. Istället borde regeringen och dess myndigheter visa vägen för en vidareutveckling av den historiskt sett effektiva alkoholpolitiken. Frågor om gårdsförsäljning och distanshandel har exempelvis i alldeles för många år utretts och diskuterats utan att komma till avslut. Alkoholskattepolitiken saknar också färdriktning. Skatterna låg kvar på samma nivå under många år och höjdes ytterst blygsamt under 2014, 2015 och 2017. Istället har skattefrågan präglats av en ängslighet över tänkbara konsekvenser av ökade skatter på den allmänna opinionen och, inte minst, på hur införsel och smuggling av alkohol påverkas av sådana förändringar. Vi menar att skatteinstrument är underutnyttjat som alkoholpolitiskt styrmedel.

En viktig grundtanke med den svenska alkoholpolitiken får inte glömmas bort, nämligen att försäljningen av alkohol ska ske utan privat vinstintresse (desintresseringsprincipen) och inte minst gäller detta detaljhandelsmonopolet. De alkoholrelaterade problemen blir mindre om alkohol säljs utan att vinstdrivande aktörer gör vad de kan för att sälja så mycket som möjligt (se t.ex. Stockwell, m.fl., 2017).

Att utvecklingen på detta område gått åt fel håll under flera år blir kanske som tydligast när det gäller marknadsföring (reklam) av alkohol. Reklam för alkoholdrycker har ökat kraftigt under de senaste åren, både i fråga om medieinvesteringar och när det gäller spridningsvägar. Framför allt har marknadsföringsinsatserna tagits till de sociala medierna. Via sociala medier hittar reklam och budskap om alkohol nya sätt att nå ut till unga. Ofta utsätts ungdomar för alkoholreklam trots att reklam inte får rikta sig till personer under 25 år. Effektiva insatser som begränsar och i högre nivå kontrollerar efterlevnaden av gällande lagstiftning, eller ännu bättre ett reklamförbud, skulle sannolikt ge konsumtionsdämpande effekter, inte minst om detta dessutom skulle kombineras med nya regler som större ytplats för varningstexter i alkoholannonser och införandet av varningstexter på förpackningar.

Det är lätt att idag få uppfattningen att alkoholen och dess plats i samhället i allt högre grad präglas av en normalisering och mer tillåtande syn, både bland allmänheten och bland beslutsfattare. Men det är tveksamt om så verkligen är fallet. Systembolagets dotterbolag

IQ har följt olika attityder till framför allt berusningsdrickande och under senare år också inställningen till vardagsdrickande. Båda två uppvisar små förändringar över tid (se IQ, 2020). Andelen med en tillåtande attityd till berusningsdrickande ligger år 2018 på ungefär samma nivå som när mätningarna började år 2010 och detsamma gäller synen på vardagsdrickandet som mätts per år med start 2015. Dessutom tyder andra studier på att det saknas tydliga empiriska belägg för att vardagsdrickandet ökat under senare år (se Guttormsson & Gröndahl, 2017). Detta är ett viktigt konstaterande då påståenden om en ökad normalisering, hur felaktiga de än är, lätt tenderar att bli som en självuppfyllande profetia.

Det kan här vara på sin plats att också nämna att alkoholkonsumtionen totalt sett i befolkningen fortfarande ligger på historiskt sett höga nivåer, trots stora minskningar under senare år bland unga, där konsumtionen i årskurs 9 och gymnasiet år 2 ligger på de lägsta uppmätta sedan CAN:s skolmätningar startade (åk 9: fr.o.m. början av 1970-talet; gymnasiet år 2: fr.o.m. 2004) (se t.ex. Englund, 2019). Dessutom finns en betydande risk att den minskade prioriteringen i frågan, som är tydlig från nationell nivå under senare år, i form av neddragningar i medel och satsningar, kan bidra till att alkoholkonsumtionen och de relaterade problemen ökar framöver.

Vi har goda exempel i historisk närtid på hur det alkoholförebyggande arbetet kan drivas. Det utvecklades på ett förtjänstfullt sätt under en period med omvärldsförändringar som försvårade arbetet med att upprätthålla en ansvarsfull alkoholpolitik. Med grunden i en restriktiv politik genomförde Alkoholkommittén en rad olika viktiga insatser under sin relativt sett korta period (2002–2007). Det rörde sig både om efterfrågedämpande insatser men också, viktigt att påpeka, om förstärkningar av insatser för att begränsa tillgängligheten, inte minst på lokal nivå. Dessutom skapades och vårdades de strukturer som var nödvändiga för att implementera och utveckla arbetet lokalt och regionalt, det sistnämnda i lyckat samarbete med systerorganisationen Mobilisering mot narkotika, under ledning av den särskilda nationella narkotikasamordnaren. Ett sådant proaktivt och systematiskt angreppssätt saknas idag men är inte omöjligt att uppnå igen om man väljer att ge alkoholfrågan (och ANDTS-frågorna) den plats och de resurser som motsvarar dess samhällsliga problembörda.

2.2.2 Narkotikapolitiken

Det ska sägas att även om det finns en del som talar för att åtgärder som är relevanta för alkohol- och tobaksområdet även gäller narkotika, finns det också en del som skiljer dem åt. Få frågor diskuteras i Sverige med samma hetta som narkotikapolitikens inriktning. Denna intensitet motsvaras dock långtifrån av kunskapsunderlagets omfattning. Härvidlag skiljer sig narkotikan åt från alkohol- och tobakssidan. En förklaring till detta kan vara att narkotika (och dopning) är i alla led illegala substanser (förutom för medicinsk användning) vilket försvårat genomförandet av policystudier och effektutvärderingar med tillförlitliga och tillgängliga data. Narkotikaproblemets mindre utbredning jämfört med alkohol och tobak kan också ha bidragit till att färre policyforskare historiskt sett intresserat sig för frågan.

Den bristande kunskapsbasen är besvärande låg och tycks göra spelrummet fritt för åsikter av allahanda slag. Den ganska stora konsensus bland experter som finns på alkoholområdet om effektiva metoder saknas i stor utsträckning på narkotikaområdet (även om narkotikapolitikens grunder har stort stöd i befolkningen och i politiken).

Samtidigt är detta ett område där mycket händer i vår nära omvärld som mycket väl kan få stora konsekvenser för hur Sverige framöver ska forma sin narkotikapolitik; en politik som under många år haft som övergripande mål att uppnå ett narkotikafritt samhälle och som

vilat på tre principer: minska tillgången, minska efterfrågan och ge god behandling. De tre principerna har narkotikapolitiken gemensamt med alkohol- och tobakspolitiken även om utformning och innehåll ser olika ut. På alkohol- och tobakssidan bedrivs också skadereducerande insatser, men även till viss del på narkotikaområdet.

Skadereducerande insatser har varit föremål för mycket debatt både i Sverige och internationellt, och har mött motstånd. Det finns ingen enskilt erkänd definition av begreppet vilket är en del av problemet, men vanligtvis brukar man prata om insatser som syftar till att minska de hälsomässiga och sociala skadorna av droganvändningen. Debatten och de olika åsikterna finns främst bland de insatser som accepterar ett bruk av narkotika och anses då inte vara förenligt med målet om det narkotikafria samhället (t.ex. drogkonsumtionsrum), medan andra insatser är en del av den svenska narkotikapolitiken (t.ex. uppsökande arbete och substitutionsbehandling).

Det är viktigt att poängtera att skadereducerande inslag är och måste vara en del av en fungerande vårdkedja men att det inte ensamt är lösningen. Det är kanske där Sverige skiljer sig åt från vissa andra länder där man vill bygga narkotikapolitiken med skadereduktion som hörnpelare.

Vi ser det som mycket angeläget att Sverige tar krafttag på kunskapssidan, framför allt när det gäller praktisknära policy- och interventionsforskning som utgår från insatser på den regionala och lokala nivån, detta eftersom den regionala och lokala nivåns potential att förebygga utnyttjas i alldeles för liten omfattning. Vi inser naturligtvis att frågorna inte kan lösas enkelt på så sätt, särskilt inte i närtid, men man måste anamma ett långsiktigt perspektiv. Forskning är inte heller det enda underlaget för politiska beslut, men den låga kunskapsbasen gör att osäkerheten om vilka åtgärder som bör vidtas ökar.

De policybeslut som måste tas måste helt enkelt bygga på det för stunden bästa tillgängliga underlaget. Ett viktigt underlag för utformningen av narkotikapolitiken utgörs av narkotikakonventionerna som Sverige ratificerat och som är bindande. Utgångspunkten för de tre internationella konventionerna från 1961, 1971 och 1988, som tagits fram gemensamt av medlemsländer inom FN, är att narkotikaproblemet är ett globalt problem som inget land ensamt kan bekämpa. Produktionen av den illegala narkotikan sker globalt, internationella sociala och kulturella strömningar påverkar attityder och beteenden.

Det övergripande syftet med konventionerna är att verka för hälsa och välfärd för mänskligheten genom att dels tillgängliggöra narkotika för medicinska ändamål och forskningssyfte, dels genom att reglera narkotika för icke-medicinskt bruk. I konventionerna slår man fast att narkotika ska vara förbjudet för icke-medicinskt bruk. Konventionerna är bindande för länder som har ratificerat, vilket nästan samtliga världens länder har gjort, Sverige inkluderat.

Kriminalisering av all handel med narkotika, som inte rör medicinskt bruk, är således påbjuden av narkotikakonventionerna. Detta gäller även innehavet i sig. Huvudmotivet för detta är att öka de internationella möjligheterna att intervensera mot den illegala handeln. En legalisering av innehavet skulle antas försvåra möjligheterna att störa och hindra handeln. Däremot står det nationerna fritt att avgöra om själva konsumtionen ska vara förbjuden eller ej.

I FN:s politiska deklaration från 2009 och handlingsplanen 2009–2019 beskrivs narkotikapolitiken, såsom det också beskrivits tidigare, utifrån utbud, efterfrågan och internationellt samarbete som huvudteman (huvudrubriker). UNGASS-dokumentet är istället uppdelat på sju områden (kapitel): efterfrågan, tillgång till narkotika som medicin, utbud, mänskliga rättigheter, nya utmaningar, internationellt samarbete och alternativ utveckling. I praktiken

betyder det att man i detta dokument vidgar på problemet och låter mänskliga rättigheter, utvecklingsfrågor och tillgång till livsnödvändiga mediciner få större plats i debatten.

Konventionerna utgör således en viktig grund, men den specifika utformningen inom dessa ramar bestäms nationellt såsom kriminalisering av bruk, graden av straffrättsliga åtgärder och de polisiära insatsernas omfattning och utformning.

Under lång tid framöver måste vi på detta område, mer än på andra, balansera mellan flera olika perspektiv. Den narkotikaforskning som finns är självklart ett av dessa men det räcker alltså inte. Ett annat perspektiv är slutsatser som kan dras från forskning på näraliggande område såsom policyforskning på alkohol- och tobaksområdet. Ett tredje perspektiv är den inledningsvis nämnda försiktighetsprincipen: ska förändringar göras bör dessa föregås av noggranna analyser i synnerhet om det finns en risk att situationen i någon mening försämras. Utifrån dessa ger vi vår syn på inriktningen nedan.

Narkotikapolitiken i Sverige har ett starkt och brett politiskt stöd vilket inte är oviktigt. Detta gäller också målet med den svenska narkotikapolitiken om ett narkotikafritt samhälle. Själva avståndstagandet till narkotika ses i den nuvarande, som i tidigare strategier och handlingsplaner, som ett viktigt preventivt inslag för att förhindra att människor testas eller missbrukar narkotika.

Den allmänt sett restriktiva politiken har sannolikt bidragit till Sveriges relativt sett låga nivåer av narkotikaanvändning, framför allt av den mer tillfälliga (experimentella) användningen. Här spelar den restriktiva synen med fokus på tillgänglighetsbegränsande insatser (genom polis och tull), lagstiftning med konsumtionsförbud och straffrättsliga konsekvenser, samt allmänhetens restriktiva narkotikasyn säkert en betydande roll. Oroande tecken är dock den ökning vi ser under senare år av cannabisanvändning bland unga och unga vuxna. Det är viktigt att denna grupp förblir på så låg nivå som möjligt; idag är nivån drygt den halva mot motsvarande åldrar i länder i Central- och Sydeuropa (EMCDDA, 2016; Guttormsson & Leifman, 2016).

Den relativt sett låga andelen (experimentella) användare i Sverige har inte åtföljts av en motsvarande låg andel problematiska användare. Åtminstone saknas belegg för att så skulle vara fallet. Detta kan innebära att användningen i Sverige, i större utsträckning än i andra länder, koncentrerats till en mindre grupp individer; en grupp som ofta utmärks genom normbrytande och kriminellt beteende och ofta med beroendesymptom. Mycket av utmaningarna framöver i politiken handlar om hur denna grupp ska reduceras samtidigt som man inte får glömma bort de allmänpreventiva effekterna av restriktioner på befolkningen i stort.

Narkotikapolitiken måste ständigt utvecklas och detta gäller också den restriktiva delen av politiken. Tillgången till narkotika är idag högre än på många år. Insatser från tull och polis har varit otillräckliga. För potentiella användare räcker sannolikt dagens restriktiva insatser inte till för att förhindra faktiskt användning, särskilt inte när tillgången till narkotika är stor. Sedvanligt polisiärt spaningsarbete är viktigt men är i detta fall inte tillräckligt. Av större betydelse skulle kunna vara att risken för upptäckt ökar i de miljöer som är av störst betydelse för personer som är socialt intakta: arbetsplatsen, skolan, universitet/högskolor, trafiken, krogen. Detta är grundtanken med miljöinriktad prevention som fokuserar på att förändra bestämningsfaktorer i (lokal)samhället för narkotikaanvändning på ett sådant sätt att det blir svårt eller oattraktivt att använda narkotika (se mer, Andréasson, 2008). Utveckling av denna typ av insatser, som ofta fokuserar på att förändra flera delar i det system av faktorer i samhället som påverkar användningen, bör prioriteras.

Vi ser kontrollpolitikens insatser som centrala inslag i Sverige även framöver men vi vill peka på att de inte är effektiva nog. De måste kombineras med insatser på efterfrågesidan med mycket större fokus på lokalt och regionalt förebyggande arbete. Här syftar vi inte enbart på narkotikaspecifika insatser utan också på bredare förebyggande och främjande insatser med fokus på att påverka risk- och skyddsfaktorer (bestämningsfaktorer] som sammantaget bidrar till att unga människor håller sig borta från narkotika (förslag redovisas i kap. 5).

Att det brister i kontrollpolitikens effektivitet är inte heller, enligt vår mening, ett argument för legalisering, dvs. att det bör vara tillåtet att under mer eller mindre kontrollerade former tillverka och sälja narkotika (eller cannabis som är den drog som oftast avses) till allmänheten. En legalisering, med beskattad narkotika, såsom nu skett exempelvis i Kanada och i delstater i USA, skulle med största sannolikhet skapa utrymme för en illegal marknad med lägre priser, på samma sätt som på alkoholområdet. Det sociala priset (avståndstaganden) för att börja använda narkotika (cannabis) skulle genom en legalisering sannolikt minska i Sverige samtidigt som den fysiska tillgängligheten skulle öka och prisnivåerna skulle sannolikt sjunka genom att en del av narkotikan (cannabis) undantas från beskattning. Men vi vill också betona att det främsta argumentet mot legalisering i Sverige ändå är att den med stor sannolikhet skulle leda till en ökad narkotikaanvändning och ökade narkotikaskador.

I Sverige är, som nämnts, också konsumtion av narkotika förbjuden. Om detta förbud, som infördes 1988 och med sex månaders fängelse i straffskalan sedan 1993 (vilket gav polisen straffrättsliga möjligheter att ta blod- och urinprov vid misstanke om bruk), varit effektivt i att minska nyrekryteringen bland framför allt unga vet vi inte. Inte heller om personer med redan etablerat bruk påverkats till att upphöra med sitt narkotikabruk.

Det finns ingen vederhäftig utvärdering eller vetenskaplig studie som har besvarat denna centrala fråga. Men det är angeläget att en sådan kommer till stånd eftersom konsumtionsförbudet, genom påföljande drogtester, sannolikt både har positiva och negativa effekter, och endast om de positiva överväger de negativa bör åtgärden fortsätta.

Det finns därför starka skäl att närmare utreda polisens och rättsväsendets effektivitet när det gäller arbetet med ringa narkotikabrott och dess effekter. Sedan tidigare är det känt att många av de ringa narkotikabrotten som rapporteras är så kallade konsekvensbrott och rapporteras i samband med annan brottslighet. BRÅ borde ges ett förnyat uppdrag att utvärdera polismyndighetens prioriteringar och följa upp effekterna av polismyndighetens nya narkotikastrategi.

Under alla omständigheter är det viktigt att restriktivitet kombineras med god vård och behandling. Sverige har, enligt vår mening, också gått i den riktningen under senare år, något som har drivits på av den ökade narkotikarelaterade dödligheten.¹ Här bör nämnas att det är av stor vikt att vården är lättillgänglig och att sekretessen hålls och kommuniceras till berörda målgrupper. Internationellt har ett flertal länder även instiftat lagar där en person som ringer efter hjälp inte kan bli åtalad för ringa narkotikabrott. Syftet är att öka benägenheten att kalla på hjälp vid överdos, en insats som Sverige bör se närmare på. Sedan juli 2018 erbjuds också i Sverige naloxon, ett motgift mot opioider, som syftar till att förhindra dödsfall vid överdos. Allt fler regioner har också under de senaste två åren infört sprututbyte för personer som injicerar droger efter det att regionerna blev ensamma huvudmän för verksamheten och möjligheten för kommunerna att lägga in ett veto togs bort i mars

¹ Att som argument däremot anföra att den narkotikarelaterade dödligheten i Sverige är bland den högsta inom EU är däremot mycket tveksamt. Några direkta jämförelser mellan länder inom EU i förekomsten av narkotikarelaterade dödsfall kan inte göras eftersom det finns så pass stora metodologiska skillnader länderna emellan i hur narkotikadödsfall identifieras och registreras.

2017. I oktober 2019 uppgick antalet till 16 (av 21 regioner) jämfört med åtta i mars 2017 (Socialstyrelsen, 2019a).

Sammanfattningsvis ser vi det som angeläget att anamma en stor grad av pragmatism i narkotikapolitiska vägval framöver. Den förda politiken har i delar varit effektiv men också ineffektiv. Utmaningen består av att behålla den goda sidan men att förändra och utveckla de delar som fungerat dåligt. Ett exempel i rätt riktning är den behandlande medicinska verksamheten som inte på samma sätt som tidigare kopplas till nolltolerans. Skadereducerande insatser inom behandlingssektorn kan alltså kombineras med nolltolerans (eller hög restriktivitet) eftersom det endast definitionsmässigt är den icke-medicinska befattningen med narkotika som är olaglig. En effektiv verksamhet såsom substitutionsbehandling (LARO), dvs. medicinsk behandling med psykoterapi och sociala insatser, påverkar också brottsligheten i gynnsam riktning och det faktum att narkotika är illegalt i alla led ger högre priser och därmed lägre grad av användning och också färre brott. Kriminalpolitiska insatser (lagstiftning) och vård och behandling hjälper varandra. Detta tas alltför sällan upp.

2.2.3 Dopningspolitiken

När det gäller elitidrotten och dopning har genom åren ett tämligen omfattande internationellt samarbete byggts upp. Sedan 1999 leds och samordnas det internationella antidopningsarbetet av WADA, en organisation som till lika delar består av företrädare för idrottsrörelsen som världens regeringar. 2004 utvecklade WADA ett nytt globalt regelverk, som gäller i alla idrotter och länder, The World Anti-Doping Code, och som således styr de svenska dopningsreglerna och antidopningsarbete. Den nuvarande koden trädde ikraft 2015, men en ny antogs i november 2019 och träder ikraft 2021.

I Sverige är RF, Riksidrottsförbundet, den nationella antidopningsorganisation (NADO) som har uppdraget att verkställa det nationella antidopningsarbetet inom idrotten i Sverige. Antidopningsarbetet i svensk idrott leds av RF:s dopningskommission, som väljs av RF-stämman och är operativt oberoende andra organ inom RF och den operativa verksamheten bedrivs av Svensk Antidoping (en avdelning i RF).

Svensk Antidoping genomför inte enbart dopningskontroller (inom idrotten), utrednings- och juridisk verksamhet utan upprätthåller även framställning och spridning av informationsmaterial; i första hand för RF:s medlemsförbund och deras föreningar men även för media och andra intressenter. Vidare svarar man bl.a. för utbildning av antidopningsansvariga och andra nyckelpersoner i syfte att utveckla antidopningsarbete inom specialidrottsförbund och distriktsidrottsförbund, driver forskning och utveckling samt internationell samverkan. Men fokus ligger således på insatser inom elitidrotten och inom förbund anslutna till RF.

Sverige har fått kritik från WADA för att antidopningsarbetet inte bedrivs självständigt från idrotten vilket förtydligas ytterligare i den nya koden. Frågan om en från idrotten fristående antidopningsorganisation har diskuterats i flera år men nyligen fattade RF beslutet om att verka för en fristående antidopningsorganisation såsom är fallet i flertalet länder. Det är positivt att man kommit till avslut i denna fråga och att idrotten framöver inte längre kommer att utreda sina egna dopningsfall.

När denna organisation nu bildas är det, enligt vår mening, också viktigt att dess roll i antidopningsarbetet *utanför* elitidrotten (alltså i samhället i stort eller motionsidrotten) tydliggörs. Eftersom vi föreslår (i kapitel 4) att regeringen bör inrätta ett särskilt ANDTS-kompetenscentrum blir det naturligt att antidopningsarbetet utanför elitidrotten läggs

in under detta centrum men att ett samarbete etableras mellan centrumet och den nya antidopningsorganisationen.

Det bör också nämnas att när det gäller användning av dopningsmedel, som oftast rör anabola steroider, utanför elitidrotten finns det inga bindande styrdokument. Men det finns av EU-kommissionen framtagna *rekommendationer* om hur medlemsländerna kan ta sig an arbetet mot dopning utanför elitidrotten (recreational sports) (EC, 2014).

De rekommendationer som finns spänner från allt från policyarbete, organisatoriska frågor om vikten av ett center som koordinerar och driver frågorna (s.k. nationella NADO:s), prevention och vård och behandling och även lagstiftningsfrågor. Man ska se rekommendationerna som ett sätt att försöka ge dopningsfrågan större prioritet med mer resurser och aktiviteter inom alla viktiga områden, i linje med vad som görs inom andra substansområden. Inför dessa rekommendationer genomfördes ett EU-projekt med fem länder, däribland Sverige, som syftade till att gå igenom vad som görs (med exempel från de fem länderna) och vad som borde göras framöver inom motionsidrotten. Rapporten kallas för *En strategi för att stoppa steroider* (Strategy for Stopping Steroids, se Anti Doping Denmark, 2012).

I denna rapport, och också av EU-kommissionen senare framtagna rekommendationer, framgår att det bedrivs en del förebyggande arbete i flera länder. Grundregeln är att strategier för förebyggande arbete inom dopningsområdet bör drivas på ungefär samma sätt som inom andra substansområden, men framför allt jämfört med narkotika som också har ungefär samma juridiska status som dopningsmedel.

Med andra ord behövs, enligt vår mening, även inom detta område insatser för att begränsa tillgängligheten genom framför allt polisen och tullens arbete, kombinerat med insatser som dämpar efterfrågan. Lagstiftning och kontrollinsatser är också viktiga, likaså effektiv behandling och metodutveckling. Det bör här nämnas att nationella riktlinjer för behandling av dopningsproblem saknas. Sådana riktlinjer finns på alkohol- och narkotikaområdet (och på tobaksområdet genom riktlinjer vid ohälsosamma levnadsvanor).

I de ovan nämnda rapporterna omnämns gymmiljön som en viktig och naturlig arena för förebyggande dopningsarbete där olika insatser bör bedrivs med allt ifrån policyarbete, informations- och kontrollinsatser till metodutveckling. Sverige har varit ganska aktiva inom just detta område med goda exempel från flera län och inte minst från Stockholms län (se t.ex. Bakshi, 2015; Rehnman, 2015; Denhov & Molero, 2018). Sedan några år tillbaka bedrivs en stor del av det förebyggande arbetet i gymmiljöer inom ramen för nätverket PRODIS; en organisation som också Svensk Antidoping samarbetar med. PRODIS (Prevention av dopning i Sverige) arbetar för att förebygga användningen av anabola androgena steroider och andra dopningspreparat främst genom arbetsmetoden 100 % ren hårdträning, som syftar till att minska användningen av och tillgången till anabola androgena steroider (AAS) och andra dopningspreparat bland tränande på träningsanläggningar.

När nu ett nytt NADO etableras kommer sannolikt också frågan återigen att aktualiseras om möjligheten att genomföra dopningstester, som en preventiv åtgärd, på de som tränar på gymanläggningar utanför idrotten. RF kan idag testa oannonserat på alla RF-anslutna gym men inte på övriga. De ovan nämnda rapporterna tar också upp betydelsen av att kunna genomföra dopningstester på de som tränar på gymanläggningar som en preventiv åtgärd. Även en tidigare utredning (SOU 2011:10) såg över denna fråga och bedömde att ett sådant testsystem där kontrollerna genomförs av en särskild nationell antidopningsorganisation är förenligt med nuvarande svensk lagstiftning.

Vi ser gymmiljön som en naturlig arena för prevention och tidig upptäckt. Att däremot tillåta slumpvisa dopningstester på gymanläggningar icke kopplade till RF, och alltså utanför elitidrotten, genom att gymbesökarna lämnar urinprov eller annan kroppsvätska är mer tveksamt. Visserligen skulle det röra sig om att gymmedlemmar frivilligt, genom ett avtal, underkastar sig kontroller och den avstängning som kan bli följden. Men det förslag som diskuterats har handlat om möjligheten att genomföra tester utan att det finns någon misstanke om brott eller använt dopningspreparat. Här finns en viktig skillnad jämfört med narkotikatesterna nämnda ovan, där misstanke om bruk måste föreligga. Vidare är det också när det gäller dopning möjligt för polisen att genomföra tester vid misstanke om bruk.

Flera aktörer, inte minst i de två rapporterna ovan, betonar att aktörer som idag arbetar med alkohol- och narkotikafrågor också bör betrakta dopningsproblemet på ett likartat sätt och därmed, i någon mening, jämföras med alkohol- och narkotikaarbetet. På ett sätt stämmer detta eftersom det rör sig om substanser vars användning behöver begränsas genom, till stora delar, samma preventiva strategier som för alkohol, tobak och inte minst narkotika. Men vi menar att detta i sig inte får tränga bort det faktum att problemets omfattning är väsentligen lägre jämfört med alkohol, narkotika och tobak och framför allt är koncentrerat till vissa unga män som ofta tränar på gym och vill bygga upp sina muskler. Detta faktum borde avspeglas i regeringens prioriteringar i resurstilldelning.

2.2.4 Tobakspolitiken

Det övergripande målet för svensk tobakspolitik är att minska allt tobaksbruk och förhindra att minderåriga börjar använda tobak (Regeringen 2015/16:86). Utvecklingen går också åt rätt håll med gradvis allt lägre andelar som röker. Minskningstakten skulle emellertid kunna vara ännu snabbare om tobakskonventionens åtgärder implementerats mer konsekvent. Det finns också nya utmaningar i form av nya produkter som introducerats som t.ex. e-cigarett, inklusive Juul och heat-not-burn-produkter, som visat sig ha attraktionskraft på barn, unga och unga vuxna.

Sverige var för några decennier sedan en ledande nation i arbetet mot tobak med exempelvis internationellt sett höga tobaksskatter. Så är inte fallet idag. När det gäller grad av kontrollinsatser ligger Sverige idag (2019) i mitten jämfört med flertalet övriga länder i Europa (se www.tobaccocontrolscale.org). Jämfört med andra EU-länder har Sverige idag punktskatter på cigaretter som är endast marginellt högre än genomsnittet för EU-länder (3,3 Euro per 20 cigaretter, jämfört med 3,0 Euro som länder-genomsnittet för EU); detta trots ganska betydande skattehöjningar i Sverige under de senaste decennierna med ca 60 % högre skatter reallt sett 2018 jämfört med 1995. Men andra länder tar idag fler initiativ i tobaksfrågan än Sverige. Nyligen aviserades åtgärder i Danmark om starkare regleringar av marknadsföring och skattehöjningar vilket kommer att innebära att Sverige snart har de lägsta tobaksskatterna och regleringarna av tobaks- och nikotinindustrin i Norden.

Den nya tobakslagen är dock ett framsteg. Lagen trädde ikraft den 1 juli 2019 (lagen om tobak och liknande produkter, 2018:2088) och ersatte därmed den tidigare tobakslagen (1993:581) och lagen om elektroniska cigaretter och påfyllningsbehållare (2017:425). Förändringarna innebar bl.a. att det blivit förbjudet att röka på flera nya platser, exempelvis uteserveringar, utanför entréer till lokaler som allmänheten har tillträde till, väntplatser utomhus till kollektivtrafik, på inhägnade platser utomhus som huvudsakligen är avsedda för idrottsutövning och på lekplatser dit allmänheten har tillträde. Den som äger eller förfogar över lokalen ansvarar för att bestämmelserna följs genom att informera om rökförbudet (6 kap. 8 och 9 §§). Rökförbudet omfattar även elektroniska cigaretter, vattenpipor, rökning av

örtprodukter och produkter som motsvarar rökning men inte innehåller tobak. Rökförbudet har visat sig ha stöd bland allmänheten. I en opinionsundersökning i november 2019 svarade 84 % att den nya lagen var bra. Sex av tio rökare tyckte detsamma (Tobaksfakta, 2019).

Den nya tobakslagen innebar vidare att tillståndsplikt infördes på tobaksförsäljning genom att den som vill sälja tobak ska ansöka om tillstånd hos kommunen, dock gäller för e-cigaretter endast en anmälningsplikt till kommunen. Tillstånd krävs även för försäljning av tobak i automater. Det införs också ett krav på att snusförpackningar måste innehålla minst 20 portioner.

Sammantaget borde dessa nya åtgärder, om de implementeras väl, påverka nivån av cigarettkonsumtionen i Sverige. Det är värt att nämna att andelen dagligrökare i Sverige redan idag ligger på historiskt sett låga nivåer och klart lägre än inom EU (Sverige: ca 7 % 2018 (Folkhälsomyndigheten, 2020) jämfört med 31 % 1980–81 (CAN, 2014) och jämfört med ca 24 % för övriga EU-länderna i genomsnitt 2017 (EC, 2017). Även andelen som rökt under de senaste 30 dagarna, oberoende av hur ofta och hur mycket, ligger på en mycket lägre nivå jämfört med övriga EU-länder (EC, 2017). Om man däremot ser till hela tobakskonsumtionen, inklusive snuskonsumtionen, uppgår andelen dagliga tobakskonsumenter i Sverige till ca 17 % (män: 24 %; kvinnor: 11 %) vilket minskar gapet väsentligt jämfört med endast är marginellt lägre än EU-genomsnittet.

Att nå ytterligare förbättringar skulle bäst kunna förverkligas genom en hög grad av implementering av WHO:s ramkonvention om tobakskontroll (i dagligt tal tobakskonventionen) som präglat mycket av de senaste drygt 10 årens tobaksförebyggande arbete och som Sverige ratificerade 2005. Konventionen innehåller grundläggande principer, åtgärder för att minska efterfrågan och tillgången, artiklar om miljö och hälsoskydd samt om forskning och informationsutbyte. De 181 länder som ratificerat konventionen möts regelbundet för att utveckla riktlinjer till stöd för implementeringsprocessen.

Mot bakgrund av att konventionen är ett juridiskt bindande dokument menar vi att implementeringen av åtgärderna i Sverige går i en alltför långsam takt, den nya tobakslagen till trots. Det finns således mer att göra. Exempelvis är det fortfarande tillåtet med marknadsföring på tobaksförpackningar och även på försäljningsställen.

WHO:s tobakskonvention innehåller de åtgärder som av global expertis under WHO:s ledning befunnits verksamma, dels för att minska efterfrågan, dels att minska tillgången:

- Höga priser och skatter på tobaksprodukter.
- Rökfria miljöer/skydd mot passiv rökning.
- Förbud mot reklam och sponsring av tobaksvaror.
- Reglering av alla tobaksprodukters innehåll (och marknadsföring).
- Hälsovarningar i text och bild på alla tobaksprodukter.
- Information till allmänheten om alla aspekter av tobaksfrågan, inklusive tobaksindustrins metoder och tobakens beroendeskapande effekt.
- Professionell och tillgänglig tobaksavvänjning.

De konkreta åtgärder som konventionen tar upp bör alla införas i större grad för att tillsammans få optimal effekt. Viktigt för att nå ett ännu framgångsrikare förebyggande arbete är också en medvetenhet hos allmänheten och politiska beslutsfattare om konventionens mer grundläggande principer om att det finns en grundläggande och olösbar konflikt mellan tobaksindustrins och folkhälsans intressen. Därför ska folkhälsopolitiken skyddas

från påverkan av kommersiella och andra intressen inom tobaksindustrin. Det bör också nämnas att konventionen omfattar alla tobaksprodukter oavsett grad av skadlighet samt att konventionen har tillkommit för att skydda nuvarande och framtida generationer. Stark politisk mobilisering, tvärsektoriella nationella strategier och planer för tobaksprevention och nationell samordning är också centralt och något vi återkommer till i resonemanget om hur ANDTS-arbetet i Sverige bör organiseras framöver.

EU:s antagna tobaksprodukt direktiv (2014/40/EU), som alltså också är tvingande, ställer också högre krav på medlemsländerna, inklusive Sverige, att införa restriktiva insatser på flera olika områden. Tobaksdirektivet preciserar Unionens harmoniserande bestämmelser och medlemsstaternas möjlighet att själva reglera olika aspekter kring tobaksvaror inklusive e-cigaretter inom EU, bl.a.:

- användningen av smaktillsatser/”karakteriserande smaker” i cigaretter respektive e-cigaretter
- hälsovarningar i text och bild på alla tobaksprodukter krävs
- tobaksindustrins rapportering av ingredienser i tobaksprodukter
- internetförsäljning av tobaksprodukter
- regleringen av e-cigaretter
- tillverkare/importörers skyldigheter att meddela medlemsländerna om nya tobaksprodukter innan de kommer ut på marknaden
- ett införande i hela EU av system för spårbarhet och säkerhetsmärkning för att motverka illegal handel

Sedan 2013 driver Tobaksfakta och dess medlemsorganisationer opinionssatsningen Tobacco Endgame – Rökfritt Sverige 2025. Den bygger på förslaget att den dagliga rökningen i Sverige år 2025 ska vara nere under 5 % av befolkningen, i stort en halvering jämfört med 2013. Det är inget orealistiskt mål och det skulle också ge betydande förbättring av folkhälsan. Nyckelordet för att nå dit stavas en mer kraftfull och konsekvent implementering av WHO:s tobakskonvention, EU:s tobaksprodukt direktiv och den nya svenska tobakslagen. Reklamfria förpackningar, exponeringsförbud på försäljningsställen och kraftigt höjda punktskatter på tobaksprodukter är avgörande för att nå detta mål 2025.

2.2.5 Spelpolitiken

Problem med spel om pengar är, enligt Folkhälsomyndigheten, också en folkhälsofråga som kan skada relationer, ekonomi och hälsa. Problemen drabbar dem som spelar för mycket, men också deras familjer, vänner och samhället i stort. Därför behöver spelproblemen förebyggas, både på individ- och befolkningsnivå. Men det finns ingen internationellt enhetlig spelreglering eller strategi utan varje land kan, och måste, forma sin egen spelpolitik.

Det förebyggande arbetet mot spelproblem bör, i linje med ANDT-arbetet, kombinera åtgärder på olika nivåer och arenor. Det ger en större och mer långsiktig effekt. Framgångsrik spelprevention stärker skyddsfaktorer och minskar riskfaktorer.

I stort sett allt förebyggande arbete och vård- och behandlingsarbete är här i sin linda. Men det är angeläget att det utvecklas och att man i detta arbete tar del av vunna erfarenheter från övriga områden, inte minst alkoholområdet. Det behövs helt enkelt insatser på alla nivåer och områden såsom skarp lagstiftning, utveckling av lokalt förebyggande arbete, reglerade öppetider, upprätthållande av åldersgränsen på 18 år och spelansvarsåtgärder med gränssättning av tid och pengar att spela för. Inte bara regeringen har härvidlag ett stort ansvar utan också

respektive spelbolag. Problemspelet ökar dessutom som en följd av ökad exponering av, och tillgänglighet till, olika spelformer. Utvecklingen av olika spelformer har varit kraftig under det senaste decenniet, främst genom ett ökat utbud på internet.

Kopplingen mellan spel om pengar och ANDT gäller inte enbart form av gemensamma risk- och skyddsfaktorer och beroendemekanismer, vilket är grundskälet till att S:et finns med i den nya strategin, utan också i en samtidig användning av båda två. Mest tydlig är kopplingen mellan spel om pengar och alkohol och i synnerhet kopplingen mellan spelautomater och alkoholservering, en koppling som underlättas genom särskilda öl(glas)hållare som finns monterade på olika spelautomater.

Det tidigare svenska statliga monopolet genom Svenska Spel avskaffades i och med införandet av den nya spellagen den 1 januari 2019 men var i praktiken redan avskaffat flera år dessförinnan eftersom Svenska Spels andel av den totala marknaden var låg och sjunkande under flera år (ca 37 % under 2018 och för den totala reglerade marknaden ca 71 %, Spelinspektionen, 2019). Spellagen kompletteras av en spelförordning och föreskrifter. Den nya lagen innebär att alla spelbolag på den svenska spelmarknaden ska ha en licens. Licenserna kan återkallas om bolagen inte sköter de åtaganden som licensen innebär. Bolag utan licens kommer inte att få tillhandahålla spel. Regeringen har gett i uppdrag till Statskontoret att utvärdera den nya spelmarknaden.

Spelformer som är konkurrensutsatta är onlinespel, vadhållning på sportspel och hästar med mera, landbaserat kommersiellt spel som restaurangkasinon och landbaserat kortspel i turneringsform. Spelformer som inte är konkurrensutsatta är värdeautomater, landbaserade kasinon, lotter, landbaserad bingo och lokalt poolspel på hästar. Dessa ligger kvar som antingen statliga spel eller spel för allmännyttiga ändamål. Spel för allmännyttiga ändamål är fortsatt skattebefriade medan övriga betalar 18 % skatt på behållningen. Vidare tillkommer årliga avgifter för licensen och för Spelmyndighetens tillsyn.

Den nya spelmyndighetens roll (Spelinspektionen) blir här synnerligen viktig. Här avses inte endast kontroll av utformningen av marknadsföringen utan också bevakning av hur spelbolag tar ansvar för sina spel och inför preventiva åtgärder som försvårar eller omöjliggör spel för problemspelare. Exempelvis innebär den nya spellagen att spelbolagen ska ta ansvar i att via sina spel på internet erbjuda möjlighet för spelarna att stänga av sig från alla licenshavare genom ett centralt nationellt register (det nationella avstängningssystemet spelpaus.se), att uppge för spelare maxgränsen för insatser i tid och pengar och med spel via internet erbjuda spelarna ett självtest så att de själva ska kunna bedöma sitt spelbeteende. Vidare begränsas bonusar till att enbart gälla vid första insättningen och alla som arbetar med produktutveckling, marknadsföring, spelövervakning, försäljning och kundtjänst i ett spelbolag ska utbildas i spelproblem och spelansvar. Enligt spellagen ska också all spelreklam vara måttfull och inte rikta sig till personer under 18 år. Direktreklam får inte riktas till en spelare som har stängt av sig från spel.

Det har nu gått ett år sedan spelbranschen stuvades om och det nya licenssystemet infördes. Vad har då hänt? Har staten återtagit kontrollen över spelbranschen?

Den 20 december hade Spelinspektionen släppt in 73 bolag på den svenska spelmarknaden. Fem hade fått avslag när de ansökt om licens och en licens har återkallats efter regelöverträdelse. Tre licenser har också återkallats på spelbolagens egen begäran (DN, 25 december, 2019).

Av dessa bolag som fått tillstånd har ca en tredjedel varit föremål för tillsynsärenden som slutat i någon form av åtgärder från Spelinspektionen. I alla fall utom två har det lett till

böter, de två andra har stannat vid varning eller anmärkning. Merparten av sanktionerna har dock inte verkställts ännu. Alla beslut utom två har överklagats och ska prövas i domstol. Två blev klara nyligen och i båda fallen har förvaltningsrätten gett Spelinspektionen rätt. Det finns dock fortfarande möjlighet för bolag att överklaga till Kammarrätten. En stor del av tillsynsärenden har handlat om otillåtna bonuserbjudanden till konsumenterna, spel på matcher där minderåriga deltar och bristande anslutning till det nationella självavstängningsregistret på spelpaus.se.

Även spelbolagens reklam har fått stor uppmärksamhet vilket avspeglas i upp mot 900 anmälningar om aggressiv eller på annat sätt stötande spelreklam som Konsumentverket fått in under 2019. Det är dubbelt så många som året innan. Konsumentverket har haft 39 tillsynsärenden och två av dem har lett till utfärdande av förbuds föreläggande – en uppmaning till rättelse med hot om vite. Två bolag har också stämts i Patent- och marknadsdomstolen och i ett av dessa fall kom domen i slutet av november. Bolaget fälls för en rad formuleringar i reklamen som ansågs vara för aggressiva.

En viss praxis börjar nu således växa fram i vad som är måttfullhet i reklam och Konsumentverket ser också en viss förändring av reklamens innehåll i riktning mot mer måttlighet under året. Men i mars inväntas också förslag från den utredningen som tillsattes för att utreda hur spelreklamen ska begränsas och eventuellt förbjudas.

Vi menar att ett medieneutralt reklamförbud är att välkomna både när det gäller spel om pengar och för alkohol och tobak (se också kap. 5). Främsta skälet till detta är att det skulle leda till en signifikant minskad exponering och därmed till totalt sett minskat spelande och färre personer med spelproblem.

Branschorganisationen för onlinespel (BOS) menar att reklam är den enda fördelen som de licensierade bolagen har jämfört med de olicensierade spelbolagen och skulle således reklamen begränsas eller förbjudas riskerar licenssystemet att falla, antagligen för att fler spelare då skulle komma att välja icke licensierade framför licensierade spel (se DN 25 december 2019). Vi ser inte detta som ett hållbart argument och det påminner om liknande resonemang som lyfts fram på alkohol- och tobaksområdet när det gäller ökad tillgång och framför allt lägre inhemska priser och skatter för att på så sätt stävja omfattningen av de illegala (smugglade) produkterna. Illegala eller olicensierade verksamheter bör bekämpas på andra sätt än att öka tillgängligheten till legala produkter som i sin tur driver upp konsumtionen ytterligare.

Redovisningen ovan om vad som hänt under 2019 visar på att ett omfattande arbete bedrivits från statliga myndigheters sida vilket också indikerar att det funnits stora brister. Om det nya systemet och de kontrollåtgärder som införts räcker för att återta kontrollen och, allra viktigast, leder till minskat totalt spelande och färre problemspelare återstår fortfarande att se. Frågan är också vad man ska jämföra mot. Situationen åren innan är ingen särskilt bra referens och var i sig resultatet av flera års passivitet i frågan från regeringens sida. I själva verket var det denna passivitet som till slut ledde fram till denna kanske den enda lösningen – att avskaffa svenska spelmonopol och släppa fram flera legala kommersiella aktörer.

Dessutom har staten via Svenska Spel inte själva under åren som varit agerat på ett särskilt förtroendeingivande sätt när det gäller ansvarsfullt spelande, även om vissa förbättringar skett under de senaste åren. Snarare har Svenska Spel bidragit till ett över åren ökande spelande i Sverige. I sin iver att konkurrera med andra spelbolag har nya spel utvecklats och en omfattande marknadsföring har bedrivits. Här har Svenska Spel, som ett statligt bolag, agerat på ett i grunden annorlunda, och icke ansvarsfullt, sätt än detaljhandelsmonopolet på

alkohol (Systembolaget). Det bör dock poängteras att utmaningarna varit mycket större för Svenska Spel än för Systembolaget genom direkttillgången till spel genom internet.

Regeringen har ett stort ansvar att implementeringen av den nya spellagen utvecklas i rätt riktning. Trovärdigheten riskerar att undermineras om man samtidigt äger spelbolag, i synnerhet om bolaget inte går i bräsch för ansvarsfullt spelande samtidigt som bolaget nu tvingas att konkurrera med andra spelbolag på en legal konkurrensutsatt marknad. Lyckas inte staten med dessa dubbla roller inom ramen för nuvarande regelverk bör en särskild utredning se närmare på hur ägandet av Svenska Spel kan utvecklas eller förändras för att bättre bidra till statens folkhälsopolitiska målsättningar.

Svenska Spel finansierar också ett forskningsråd med ca 5 miljoner kronor årligen. Forskning på området är synnerligen behövlig men när Svenska Spel nu är en aktör av många på spelmarknaden ser vi det som viktigt att alla spelbolag gemensamt finansierar sådan forskning. Denna finansiering ska dock inte vara frivillig utan måste regleras genom lagstiftning där det tydliggörs hur stor andel av spelbolagens nettoomsättning som ska avsättas för att finansiera sådan forskning. Forskningsrådet måste också vara helt oberoende av spelbolagens intressen. Om detta inte är möjligt bör forskningen istället stödjas genom de statliga forskningsråden i form av riktade satsningar (ANDTS) men också inom ramen för de årliga utlysningarna av forskningsmedel.

Sveriges kommuner och Regioner är sedan 1 januari 2018 ålagda att förebygga spelproblem och erbjuda stöd och behandling till personer med allvarliga problem med spel om pengar enligt socialtjänstlagen och hälso- och sjukvårdslagen. Länsstyrelserna har regeringens uppdrag att stödja regionerna och kommunerna i det arbetet. Men kommunernas och regionernas arbete i dessa frågor är sannolikt fortfarande i sin linda, framförallt det förebyggande arbetet. Detta framkommer av en kartläggning av Folkhälsomyndigheten av kommuners och regioners arbete med spel om pengar under 2018-2019. Alla 21 regioner svarade på enkäten samt 198 av 290 kommuner.

Det förebyggande arbetet med spelfrågan visade sig inte ha implementerats i samma utsträckning som stöd och behandling i regioner och kommuner. Främst har man arbetat med kompetensutveckling av egen personal. Av de insatser som planerades under år 2017 genomfördes över 60 procent i regionerna och 55 procent i kommunerna 2018-2019. Drygt hälften av regionerna och omkring hälften av kommunerna uppgav att de hade rutiner och insatser för att identifiera barn till föräldrar med spelproblem (Folkhälsomyndigheten, 2020b).

Sammanfattningsvis ser vi det som angeläget att inte bara spellagen implementeras väl utan också att den kompletteras med omfattande förebyggande och behandlande åtgärder från andra aktörer än de som arrangerar spel. Här tänker vi på kommuner, regioner, länsstyrelser, nationella myndigheter och idéburna organisationer. Lärdomar kan dras från det regionala och lokala ANDT-arbetet men det får inte innebära att medel tas från ANDT för att finansiera insatser mot spelproblem.

3. ANDTS-konsumtion och skador i Sverige

I Sverige är vi väl försedda med statistik på ANDTS-området. Därför har vi också en relativt sett god bild av såväl omfattning som utveckling av konsumtion och skador inom området. Flera aktörer publicerar regelbundet rapporter och andra sammanställningar på området, t.ex. CAN när det gäller konsumtion av ANDT och Socialstyrelsen när det gäller omfattning av ANT-relaterad sjuklighet (vårdade) och dödlighet. Folkhälsomyndigheten mäter också regelbundet användningen av ANDTS både bland vuxna och unga. (För mer information, se t.ex. Drogutvecklingen sammanställd av CAN (2019); ANDT-indikatorer redovisade av Folkhälsomyndigheten, <http://www.andtuppfoljning.se/indikatorlabbet/>).

Vi har valt att lyfta fram några indikatorer (mått) på området som, enligt vår mening, sammantaget speglar väl den omfattande och breda problembörda som orsakas av ANDTS. Det kan inte sägas annat än att det rör sig om stora folkhälsoproblem. Missbruksutredningen beräknade narkotikamissbrukets samhällskostnader till 24 miljarder kronor år 2008 (Häger, m.fl., 2011). Institutet för sjukvårds- och hälsoekonomi har uppskattat de totala samhällskostnaderna för rökning till 31,5 miljarder kronor 2015. På uppdrag av Systembolaget genomförde Ramboll nyligen en studie av alkoholens samhällsekonomiska konsekvenser. Uppdraget innebar att kartlägga och beräkna samhällskostnaderna och samhällsnyttorna under ett år från den samlade alkoholkonsumtionen i Sverige. De samlade kostnaderna av alkoholkonsumtionen beräknades till ca 103 miljarder kronor för 2017 (Ramboll, 2019).

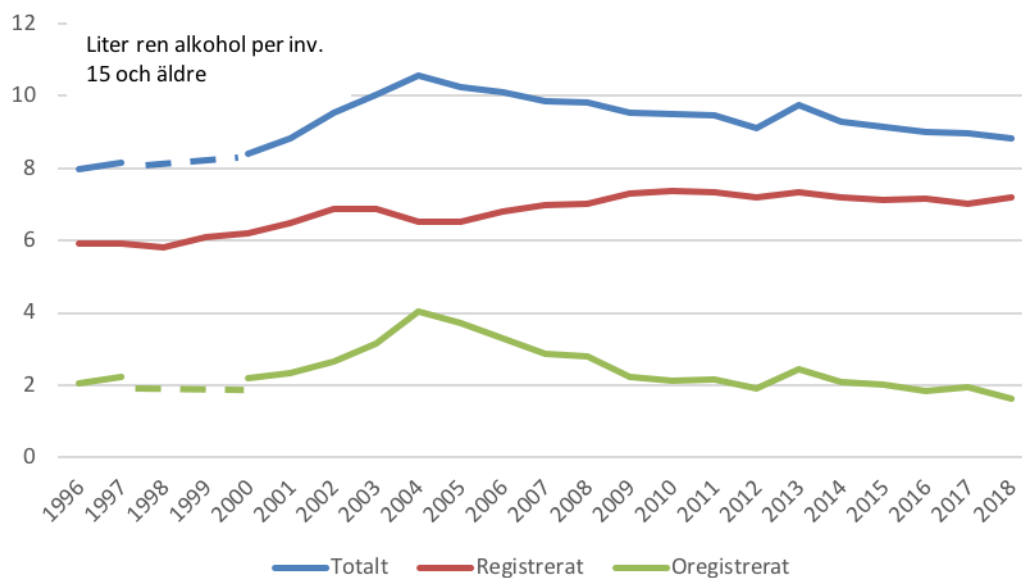
Följande mått är i fokus i redovisningen nedan:

1. ANDTS-konsumtionen, både genom mått på den totala konsumtionen i de fall där så är möjligt (alkohol, tobak och spel) och genom andelen användare (under en 30-dagarsperiod).
2. Den totala sjukdomsbördan (förlorade levnadsår på grund av sjukdom och förtidig död).
3. ANT-relaterade dödsfall.
4. Negativa konsekvenser av andras ANDTS-användning (andrahandsskador).

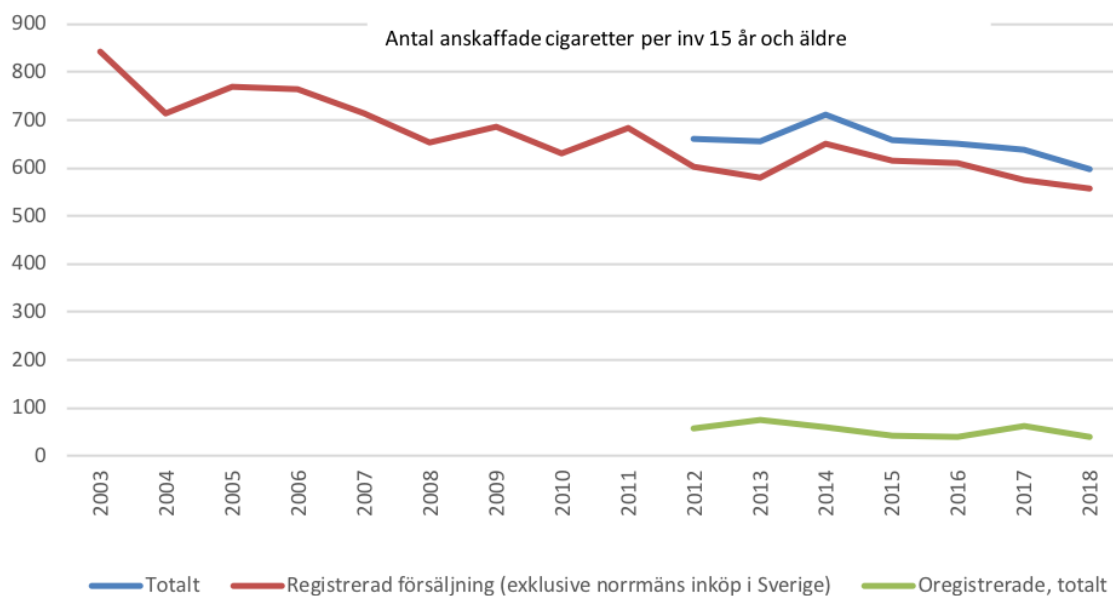
3.1 ANDTS-konsumtionen

I figur 1a–d redovisas indikatorer på totalkonsumtionen av alkohol, tobak (cigaretter och snus) och spel om pengar. För narkotika och dopning finns inget sådant mått tillgängligt. Tabell 1 redovisar andelen som uppger att de använt de olika substanserna och spelat om pengar under en 30-dagarsperiod.

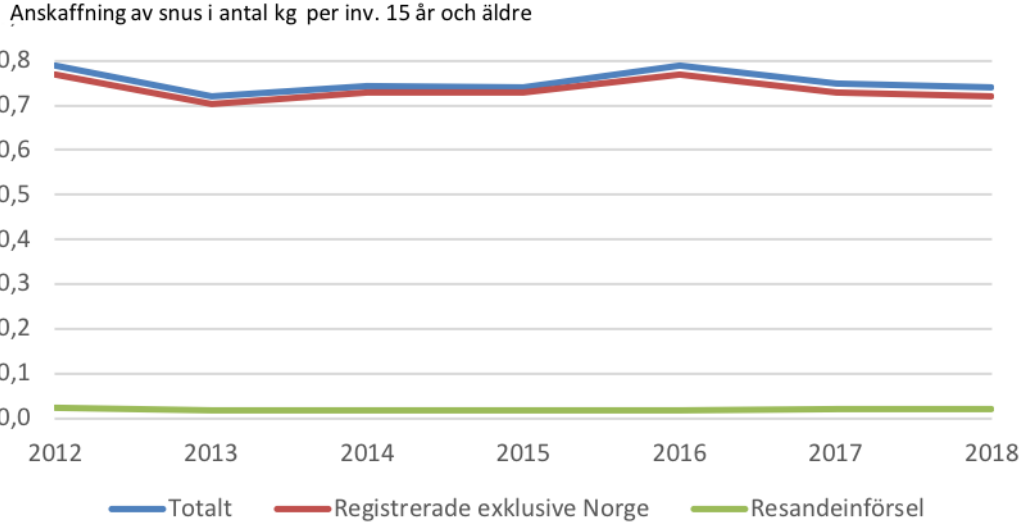
Båda måtten redovisas närmare i anslutning till de olika avsnitten nedan för respektive substans och spel om pengar. Men vid en direkt jämförelse av andelen användare mellan de olika substanserna framkommer att andelen är som högst för alkohol, följt av tobak, narkotika och dopning. Andelen vuxna som uppger att de spelar för pengar ligger på ungefär samma nivå som andelen som använder alkohol men på klart lägre nivå när det gäller unga (se vidare i tabell 1).



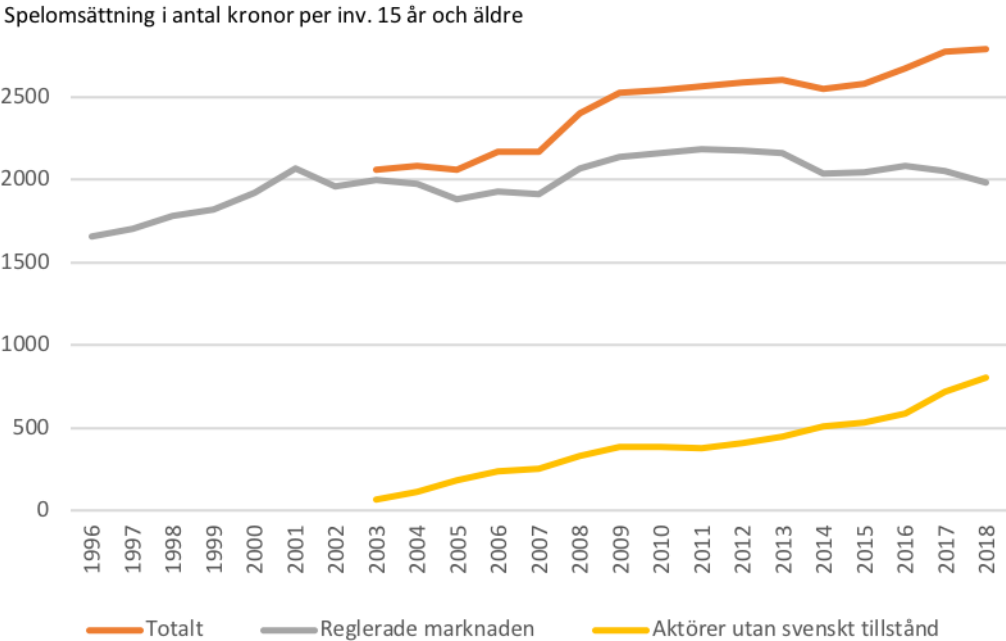
Figur 1a. Registrerad, oregistrerad och total alkoholskaffning i liter ren alkohol per invånare 15 år och äldre 1996–2018 (1998 och 1999 genomfördes inga mätningar, därav streckade linjer). Källor: CAN:s Monitormätningar (t.ex. Trolldal, 2019), KALK-studien (Kühlhorn, m.fl., 1999)



Figur 1b. Registrerad, oregistrerad och total cigarettansskaffning i antal cigaretter per invånare 15 år och äldre 2003–2018. Källor: CAN:s Monitormätningar (Zetterqvist & Ramstedt, 2019)



Figur 1c. Registrerad, oregistrerad och total snusanskaftning i antal kg per invånare 15 år och äldre 2003–2018. Källor: CAN:s Monitormätningar (Zetterqvist & Ramstedt, 2019)



Figur 1d. Reglerad, oreglerad (aktörer utan svenskt tillstånd) och total spelomsättning (efter utbetalda vinster) i antal kr per invånare 15 år och äldre 2012–2018. Källor: Spelinspektionen, 2020,

Tabell 1. Andelen bland unga och vuxna som använde respektive substans under en 30-dagarsperiod 2018 (vuxna alkohol: 2017) och kommentarer om utvecklingen de senaste 15 åren.

	Unga – elever i årskurs 2 gymnasiet 2018 ¹			Vuxna ²		
	Flickor (%)	Pojkar (%)	Utvecklingen senaste 15 åren	Kvinnor (%)	Män (%)	Utvecklingen senaste 15 åren
Alkohol ¹	53 %	49 %	Kraftig minskning i såväl detta mått som andra konsumtionsmått	43 %	53 %	Viss nedgång i andelen som dricker; också minskad totalkonsumtion och minskat berusningsdrickande
Narkotika ² (unga)/ Cannabis (vuxna)	3 %	5 %	Relativt stabila nivåer som använt men med vissa fluktuationer. Konsumtionen bland användarna har blivit något mera omfattande	0,6 %	1,6 %	Ökning i andelen som använder cannabis främst bland unga vuxna
Tobak ³						
Cigaretter	23 %	19 %	Minskningar senaste 15 åren men större nedgång i åk 9 än i gymnasiet år 2. Andelen snusare har minskat men med oförändrade nivåer sedan 2012. Andelen som använt e-cig. har ökat sedan 2014 men användning senaste 30 dagarna är på ungefär samma nivå 2014–2018	18 %	33 %	Signifikanta minskningar i rökning i alla mått, inte minst andelen dagligrökare. Snusning ökade till mitten av 10-talet men därefter relativt stabila nivåer
E-cigaretter	6 %	10 %		0,9 %	2,1 %	
Snus	9 %	24 %		6 %	25 %	
Dopning ⁴	0,1 %	0,4 %	Låga siffror generellt och sannolikt något lägre idag än för 10–15 år sedan	0,04% (använt senaste 12 mån)	0,12% (använt senaste 12 mån)	Låga siffror och små förändringar jfr med 2013 men sannolikt något lägre än i slutet av 00-talet
Spel ⁵	2 %	15 %	Andelen som spelar om pengar har minskat under perioden med jämförbara data: 2012–2018. Möjligen något mindre minskningar i regelbundet spelande (spelat senaste 30 dagarna)	32 %	50 %	Andelen vuxna (16–87-åringar) som spelat har sjunkit men varit stabil senast åren. Mer regelbundet spelande har sjunkit från 2015–2018. Andelen med allvarliga spelproblem har ökat 2015–2018. Så också spelomsättningen totalt.

Fotnoter: se under kapitel 6: Referenser

3.1.1 Alkohol

Alkoholvanorna har gått i en gynnsam riktning (minskningar) under de senaste drygt 15 åren, framför allt bland unga. Andelen som använder alkohol bland unga har i stort sett halverats sedan början av 00-talet. Samtliga mått på alkoholvanor bland unga pekar åt samma håll med kraftiga minskningar: totalkonsumtionen, berusningsdrickande, debutålder, upplevda problem i samband med alkoholkonsumtion (se t.ex. Englund (red.), 2019).

Bland vuxna är dock konsumtionen totalt sett fortfarande högre jämfört med perioden strax innan EU-medlemskapet men signifikant lägre än under toppåren 2004–2005. Detta framgår av utvecklingen av den totala alkoholkonsumtionen 2000–2018 enligt figur 1a (se t.ex. Trolldal, 2019). Som framgår av figur 1c har den registrerade alkoholkonsumtionen genom ökad försäljning på Systembolaget ökat, medan den oregistrerade konsumtionen, genom minskad alkoholförsel, har minskat. År 2018 svarade alkohol inköpt på Systembolaget för ca 66 % och hela den registrerade konsumtionen (Systembolaget, folköl i butik och alkohol serverad på restauranger) för ca 82 % av den totala alkoholkonsumtionen (Trolldal, 2019).

3.1.2 Narkotika

Andelen narkotikaanvändare bland unga har under de senaste 10 åren legat på en i stort sett oförändrad nivå men konsumtionen har sannolikt ändå ökat på grund av att de som använder framför allt cannabis gör det mer frekvent. Bland vuxna är det svårare att uttala sig om förändringar men det mesta tyder dock på en ökning under de senaste ca fem åren, framför allt bland unga vuxna och cannabisanvändning (se t.ex. CAN, 2018; FoHM, 2019).

När det gäller andra narkotikasubstanser än cannabis saknas uppdaterade och regelbundet genomförda konsumtionsskattningar i befolkningen. Två befolkningsmätningar genomförda 2013 och 2017 har mätt användningen av flera olika narkotikapreparat. Förutom en ökad andel cannabisanvändare visar dessa mätningar också på en större andel som använder kokain och ecstasy, dock från låga tal. Även andra indikatorer tyder på en ökad kokainanvändning i Sverige (se t.ex. CAN, 2019). Den ökade narkotikarelaterade dödligheten och stora ökning av tullens beslag av läkemedel tyder också på ökning av en icke-medicinsk användning av opioider (bl.a. tramadol) och andra läkemedel (se också kapitel 3.3).

3.1.3 Dopning

När det gäller dopningsanvändningen är andelen användare bland unga låg och klart under 0,5 % (se tabell 1). Här är användningen i stort sett helt koncentrerad till pojkar, men inte heller i denna grupp uppgår andelen till mer än 0,4 %. Användningen bland vuxna är också låg jämfört med övriga substanser. År 2017 uppgick 12-månadersanvändning av anabola androgena steroider eller tillväxthormon utan läkares ordination till ca 0,12 % av männen och 0,04% av kvinnorna vilket var på ungefär samma nivå som 2013 (män: 0,13 %; kvinnor: 0,02 %) (Sundin, m.fl., 2018). Jämfört med studier från slutet av 00-talet (FoHM, 2011; Leifman & Rehnman, 2008) kan siffrorna från 2017 indikera en viss minskning.

3.1.4 Tobak

Försäljningsstatistiken (se figur 1b–c) och konsumtionsvaneundersökningar visar att cigarettkonsumtionen har minskat påtagligt under de senaste decennierna. Som framgår av figur 1b har både den registrerade och den oregistrerade cigarettanskaffningen minskat under den period som båda måtten redovisats, alltså från 2012 och framåt.

Främst är det dagligrökning som minskat och nedgången har varit påtaglig bland såväl män som kvinnor men allra störst bland kvinnor (se t.ex. CAN, 2019). Under många år har dagligrökning varit något vanligare bland kvinnor än bland män i Sverige. De allra senaste åren har skillnaderna utjämnats och idag röker kvinnor och män i ungefär lika stor utsträckning (ca 7 % 2018).

När det gäller snus är andelen dock väsentligt högre bland män. De uppgifter som finns om snusning tyder på att snusningen ökade under 1990-talet och fram till mitten på 2010-talet för att därefter ligga på en relativt stabil nivå (se figur 1c), även om det har skett en viss ökning bland de förhållandevis få kvinnorna som snusar. Ser man till det dagliga intaget av tobak, alltså det beroendeskapande nikotinet, har svenska män en ungefär dubbelt så hög andel som kvinnorna i Sverige (24 % respektive 11 %) (Folkhälsomyndigheten, 2020). När svenska rökare och snusare summeras hamnar gruppen tobaksanvändare nära den genomsnittliga nivån av tobaksanvändning i EU (Zetterqvist & Ramstedt, 2019).

Mot trenden går användningen av e-cigarett som ökat under de år som CAN mätt andelen användare bland skolelever. År 2014 svarade 23 % av elever i årskurs 9 och 24 % av gymnasielever att de använt e-cigarett någon gång. År 2019 var motsvarande andelar 33 % respektive 37 % (se Englund (red), 2019).

3.1.5 Spel om pengar

Andelen som spelar för pengar har sjunkit bland unga i årskurs 9 och i gymnasiet år 2. I den vuxna befolkningen visar Folkhälsomyndighetens mätningar (SWELOG) att andelen med spelproblem av något slag har minskat något från 2015 till 2018 (från 5,9 % till 4,2 %) samtidigt som andelen som har så allvarliga spelproblem att det kan handla om ett spelberoende, totalt ca 45 000 vuxna, har ökat med 50 % under samma period från 0,4 till 0,6 %. (Samtliga dessa SWELOG-siffror enligt skattningsskalan PGSI, se Folkhälsomyndigheten, 2016, 2020). En tydlig ökning av problemspelande ses också bland de som spelar på spelautomater, kasinospel och poker online (Folkhälsomyndigheten, 2020).

Spel om pengar mätt enligt omsättningssiffror (efter utbetalda vinster) visar på ökning under antagligen hela perioden med (1996–2018) och att ökningen sedan 2003 helt och hållet består av ökat spelande på den icke reglerade marknaden (aktörer utan svenskt tillstånd) (se figur 1c). Detta behöver dock inte betyda att det inte skulle ha skett någon ökning alls om den oreglerade förblivit mindre tillgänglig. Indikatorn kanske inte heller är den bästa på att mäta totalkonsumtionen av spelande om pengar.

Som nämntes ovan visar SWELOG-siffrorna på att andelen som spelar om pengar har minskat samtidigt som andelen med allvarliga spelproblem har ökat. Dessa data sammantaget skulle eventuellt kunna tolkas som att det under senare år skett en viss ökad koncentration (polarisering) av spelande i en något mindre grupp där en del av dessa spelar om pengar mer än tidigare.

3.2 Den totala sjukdomsbördan (förlorade levnadsår på grund av sjukdom och förtidig död)

I det globala projektet *Global Burden of Disease* (GBD), som beräknar uppskattar sjukdomsbördan från dödsfall och sjukdom för alla länder i världen, beräknas att antalet dödsfall orsakade av riskfaktorerna tobak, alkohol respektive narkotika år 2017 i Sverige var 13 823 för tobak (rökning), 3 637 för alkohol och 714 för narkotika (se också kap. 3.4). För den totala sjukdomsbördan orsakad av alkohol, narkotika och tobak, det vill säga antalet förlorade friska levnadsår på grund av sjukdom och död (DALY), är siffrorna i Sverige för 2017 de som redovisas i tabell 2.

Tabell 2. Den totala sjukdomsbördan (förlorade levnadsår på grund av sjukdom och förtidig död).

	I antal förlorade levnadsår på grund av sjukdom och död (avrundat till jämnt tusental)	I % av den samlade sjukdomsbördan			Förändringar av sjukdomsbördan (%) 2008–2017
		2017	2008	2000	
Alkohol	111 000	4,2 %	4,7 %	4,5 %	-10 %
Narkotika	40 000	1,5 %	1,2 %	1,0 %	+31 %
Tobak	294 000	11,3 %	13,3 %	14,2 %	-16 %

Källa: Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). GBD Compare Data Visualization. Seattle, WA: IHME, University of Washington, 2018. Länk: <http://vizhub.healthdata.org/gbd-compare>. (Hämtad 2019-10-10)

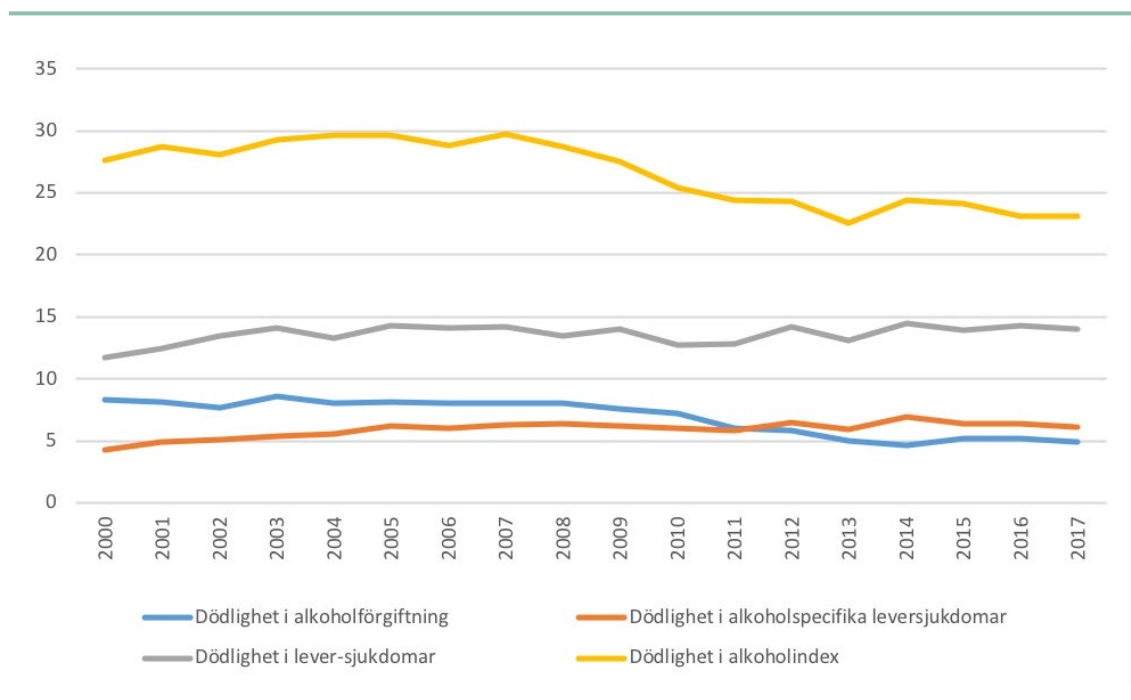
Som framgår av tabell 2 orsakade alkohol drygt 4 % av den samlade sjukdomsbördan i Sverige 2017, enligt data från det internationella projektet Global Burden of Disease (GBD). Cancer, missbruksrelaterade sjukdomar, självmord och våld står för den största delen. För narkotika uppgår andelen till ca 1,5 % där missbruksrelaterade sjukdomar, sjukdomar i matsmältningsorganen och cancer förklarar merparten.

Sjukdomsbördan för tobak är den högsta av de tre substanserna (11 %) där de tre största sjukdomsområdena är, i storleksordning, cancer, hjärt-kärlsjukdom och kronisk luftvägs-sjukdom (KOL). Som också framgår av tabellen har sjukdomsbördan under de senaste 10 åren ökat för narkotika (+31 %) men sjunkit för alkohol (-10 %) och tobak (-16 %). (Motsvarande förändringar för perioden 2000–2017 är -6 %, +55 %, -21 % för alkohol, narkotika respektive tobak.). Fortfarande utgör tobaksrökning i Sverige den allra största och alkohol den näst största av alla påverkbara orsaker till cancer.

Vad som inte framgår av tabellen är att i åldersgruppen 15–49 år är sjukdomsbördan för alkohol störst (15 % av sjukdomsbördan för åldersgruppen), därefter narkotika (11 %) följt av tobak (9 %).

3.3 ANT-relaterade dödsfall

Här redovisas utvecklingen av ett antal etablerade indikatorer som speglar alkohol-, narkotika- och tobaksrelaterad dödlighet över tid. (Motsvarade mått på dopning och spel om pengar finns inte). Det ska dock nämnas att dessa, i motsats till GBD-skattningarna, inte fångar in den dödlighet där dessa substanser inte explicit ingår som underliggande eller bidragande dödsorsak men där de ändå kan ha bidragit till dödsfall. GBD:s skattningar av totalantalet redovisades i kapitel 3.2, nedan är fokus på trenderna och inte de absoluta nivåerna.



Figur 2. Alkoholdödsfall per 100 000 invånare 15 år och äldre enligt fyra indikatorer: (1) dödsfall där alkohol specifikt nämns som orsak (Socialstyrelsens Alkoholindex), (2) alkoholförgiftningar (3) leversjukdomar och (4) alkoholspecifika leversjukdomar (där alkohol specifikt nämns som orsak). I samtliga fyra ingår både underliggande och bidragande dödsorsaker.

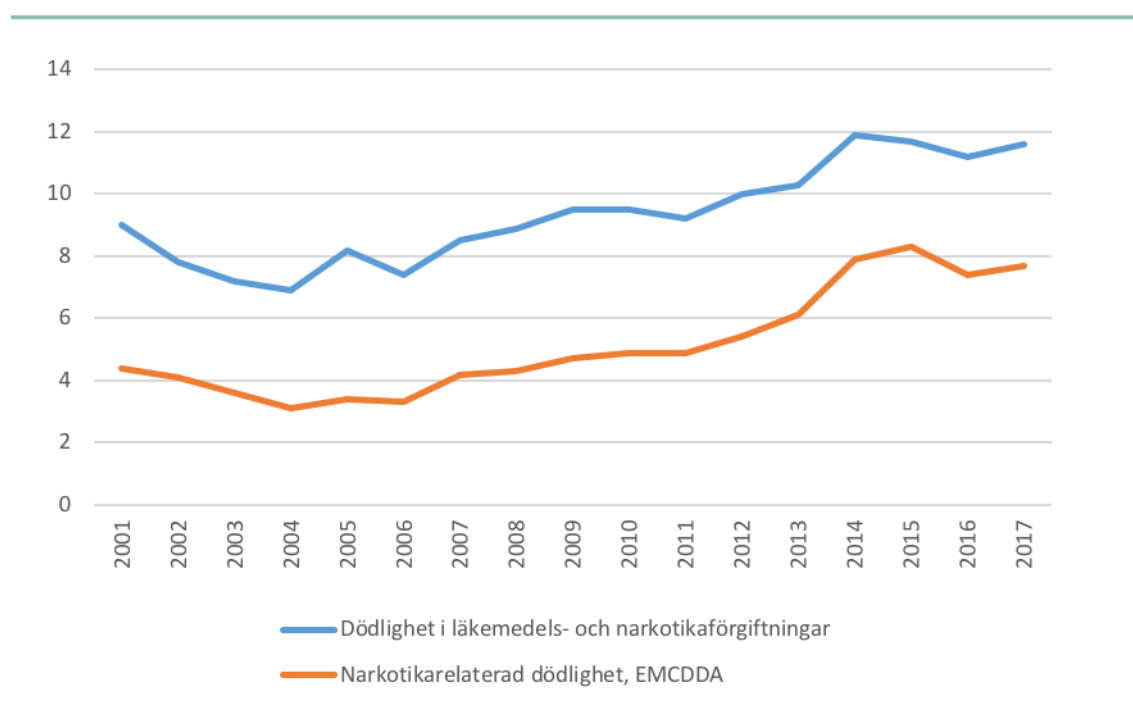
Källa: Folkhälsomyndighetens indikatorslabb: <http://www.andtuppfoljning.se/indikatorslabbet>

3.3.1 Alkoholrelaterade dödsfall

Enligt samtliga alkoholspecifika dödsfall (Socialstyrelsens s.k. Alkoholindex) som alltså inkluderar alla dödsfall med diagnoser där alkohol uttryckligen nämns som underliggande och/eller bidragande dödsorsak uppgår antalet till 1 935 år 2017, vilket motsvarar 23 dödsfall per 100 000 invånare 15 år och äldre (figur 2). Under perioden 2000–2017 minskade dödligheten bland män, medan den under samma period var relativt oförändrad bland kvinnor. När det gäller alkoholförgiftningar (som också ingår som en av flera dödsorsaker i Alkoholindex) har dödsfallen sjunkit, medan den för alkoholspecifika levercirrosfall (skrumplever) legat tämligen still under de senaste 10 åren för att under perioden dessförinnan (2000–2008) ökat med ca 50 %; en uppgång som påbörjades 1997 (1997–2008: +87 %) (Socialstyrelsen, 2020). Även hela gruppen av leversjukdomar (där levercirros ingår) uppvisar ungefär samma trend som den mindre gruppen av alkoholspecifika levercirrosdödsfall.

Dessa mått visar således sammantaget en ökning under den första halvan av perioden för att därefter sjunka eller ligger på en ganska så oförändrad nivå. Även olika indikatorer på sjuklighet (med samma diagnosgrupper som för dödligheten ovan) visar ungefär samma trendmönster som för dödligheten ovan, men för flera mått kvarstod ökningen till 2012 (vårdade alkoholförgiftningar, vårdade enligt alkoholindex) för att därefter minska. Även antalet polisanmälda misshandelsbrott begångna utomhus med okänd gärningsman (vilket antagligen är den bästa alkoholrelaterade våldsindikatorn) ökade under första halvan av perioden (2000–2008) för att därefter minska.

Sammantaget ger indikatorerna över alkoholskadeutvecklingen en inte helt enstämig bild men följer i stort totalkonsumtionens utveckling. Med andra ord talar det mesta för att alkoholskadorna ökade under första halvan av perioden (ca 2000–2008) för att därefter, för flertalet, uppvisa en nedgång, framför allt under de senaste ca fem åren. Den totala nivån av alkoholskador är dock hög.



Figur 3. Narkotikadödsfall per 100 000 invånare 15 år och äldre i (1) läkemedels- och narkotikaförgiftningar enligt Socialstyrelsens definition där dessa medel specifikt nämns som underliggande eller bidragande dödsorsak och (2) enligt EMCDDA:s definition som inkluderar dödsfall med diagnoser där narkotika nämns som underliggande dödsorsak.

Källa: Folkhälsomyndighetens indikatorslabb: <http://www.andtuppfoljning.se/indikatorslabbet>.

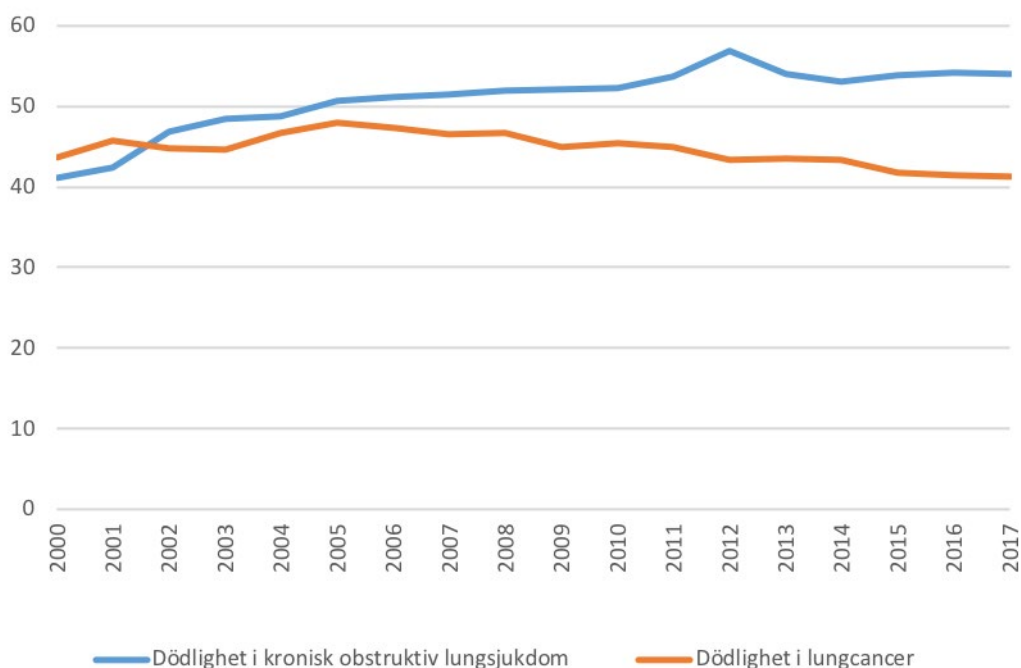
3.3.2 Narkotikarelaterade dödsfall

Figur 3 visar på två (besläktade) mått på den narkotikarelaterade dödligheten. Enligt båda har antalet dödsfall stigit från 2006 till 2014/2015 för att därefter ligga på en stabil men hög nivå. Det bör nämnas att även om en ganska stor del av den registrerade ökningen beror på metodförändringar – metodförbättringar – inom RMV som lett till att man identifierar fler dödsfall över tid med narkotikaförekomst, rör det sig om en tydlig faktisk ökning av antalet dödsfall med narkotikaförekomst (Leifman, 2017). Numera består de allra flesta narkotikarelaterade dödsfall av opioiddödsfall och flertalet av dessa är syntetiska opioider som metadon,

buprenorfin, fentanyl och oxikodon. Det är också dessa preparat som svarar för i stort sett hela ökningen under de senaste åren.

Även andra mått på narkotikarelaterade skador pekar i samma riktning med kraftiga ökningarna under perioden 2000–2017, såsom antal vårdade personer i slutenvård med narkotikadiagnos som huvuddiagnos, antalet förstagångsvårdade i slutenvård med narkotikadiagnos som huvuddiagnos, antal vårdade i slutenvård eller sluten- och/eller specialiserad öppenvård med explicit narkotikadiagnos (CAN, 2019; FoHM, 2019 Indikatorlabbet). Ökningarna tycks ha avstannat 2014/2015 för att därefter minska något men det skulle kunna förklaras av att allt fler med narkotikaproblematik istället vårdas inom den specialiserade öppenvården där statistikens täckningsgrad ökat successivt under 2000-talet men inte är hundra-procentig än idag (CAN, 2019).

Ökningarna i antal vårdade inom slutenvården (där data finns tillgängliga) förklaras främst av flera patienter med opioidproblematik och cannabisproblematik. Även antal patienter vårdade för kokain (F14) har ökat men, jämfört med opioider och cannabis, från låga tal.



Figur 4. Tobaksrelaterade dödsfall per 100 000 invånare 15 år och äldre enligt två indikatorer: (1) dödlighet i kronisk obstruktiv lungsjukdom och (2) dödlighet i lungcancer. I båda med underliggande eller bidragande dödsorsak.

Källa: Folkhälsomyndighetens indikatorslabb: <http://www.andtuppfoljning.se/indikatorlabbet>.

3.3.3 Tobaksrelaterade dödsfall

De tobaksrelaterade dödsfallen enligt figur 4 ovan (i KOL och lungcancer) visar på motsatta trender: en ökning från 2000–2017 av antalet dödsfall i KOL men en minskning i lungcancerdödsfall med början från 2005. En förklaring till en bristande följsamhet mellan konsumtionsutvecklingen av cigaretter och de relaterade dödsfallen, framför allt KOL, är sannolikt att det rör sig om tidsfördröjande (laggade) effekter så att förändringar av antalet rökare

återspeglas först efter flera år i liknande förändringar i rökingsrelaterade dödsfall. Antal dödsfall av lungcancer har dock minskat men alltså inte dödsfallen i KOL. Utvecklingen av KOL skulle också kunna förklaras av andra riskfaktorer än rökning som påverkar utvecklingen åt andra hållet.

3.4 Negativa konsekvenser av andras användning

Det är väl känt att ANDTS orsakar många olika typer av medicinska och sociala skador på den som konsumerar, men ANDTS orsakar skador på många fler än konsumenten själv, det vill säga ANDTS har stora ”andrahandseffekter” (ibland används också skador på tredje person). Här har vi fokus på andra personer som drabbas och inte samhällskostnader. Skattningarna ovan av den totala sjukdomsördan väger heller inte in dessa andrahands-skador. De totala skadorna blir därmed väsentligt större än det som de som konsumerar själva direkt orsakade. Skador på andra än konsumenterna själva var mycket i fokus för många decennier sedan i olika undersökningar (t.ex. i Nykterhetskommitténs utredningar från slutet av 1940- och början av 1950-talet, se t.ex. SOU 1951:43). Där finns ett tydligt fokus på hur det gick för barnen och familjerna där mannen i hushållet missbrukade alkohol (det var mest män som drack under den tiden). Frågorna har under senare år igen kommit i fokus, kanske som en motreaktion mot den, enligt vår mening, alltför ensidiga fokuseringen på riskerna med den egna drogkonsumtionen.

I Sverige har två större riksrepresentativa tvärsnittsundersökningar av den vuxna befolkningen (17–84 år) genomförts under senare år, den första 2013 och den senare 2017. Båda administreras av CAN och går under benämningen *Vanor och konsekvenser* (se t.ex. Sundin, m.fl., 2017; Ramstedt, m.fl., 2014). I båda mätningarna som görs som postal pappersenkät eller (från 2017) som webbenkät finns flera frågor om hur man påverkats av andras ANDT-användning. I Folkhälsomyndighetens indikatorslabb redovisas andelen av de på enkäten svarande som under de senaste 12 månaderna påverkats av någon i sin närhet som dricker för mycket (2013–2017: från 15,1 % till 14,1 %), röker dagligen (från 13,6 % till 10,5 %) och använder narkotika (cannabis, amfetamin, opiater, hallucinogener, ecstasy, kokain) (från 2,9 % till 3,6 %). För alkohol presenteras uppgifter om svarspersonerna har påverkats negativt av en okänd/främmande person (från 9,9 % till 12,0 %).

Men det finns så många fler frågor. I figurerna 5–6 nedan belyses några andra dimensioner: om man under de senaste 12 månaderna har haft någon i sitt liv som dricker för mycket, röker dagligen och använder narkotika och om man påverkats negativt av detta. Det kan vara svårt att förhålla sig till siffrorna och vad de egentligen står för. Vi vill lyfta fram tre aspekter. Det första är de, enligt vår mening, stora andelarna i sig. I en enkätundersökning genomförd 2017 svarade nästan var tredje att man har någon i sitt liv som dricker för mycket. Ungefär 45 % av de respondenter som har någon i sin närhet som dricker för mycket har påverkats negativt. Det innebär att 14 % av samtliga respondenter rapporterar detta, vilket motsvarar ungefär 1,1 miljoner personer i befolkningen 17–84 år (Sundin, m.fl., 2017). Ungefär 35 % av de svarande i undersökningen uppgav att de har någon person i sitt liv som röker dagligen och nästan var sjätte att de har någon i sin närhet som använder narkotika (allt under de senaste 12 månaderna).

Den andra aspekten är att förhållandet mellan kvinnor och män är i det närmaste det motsatta mot konsumtionen av alkohol och narkotika och för alla tre substanser är andelen som uppger att de lever med någon i sin närhet eller som påverkats negativt, betydligt högre för kvinnor än för män. Andelen som påverkats negativt, enligt figur 6, är för alkohol 86 %

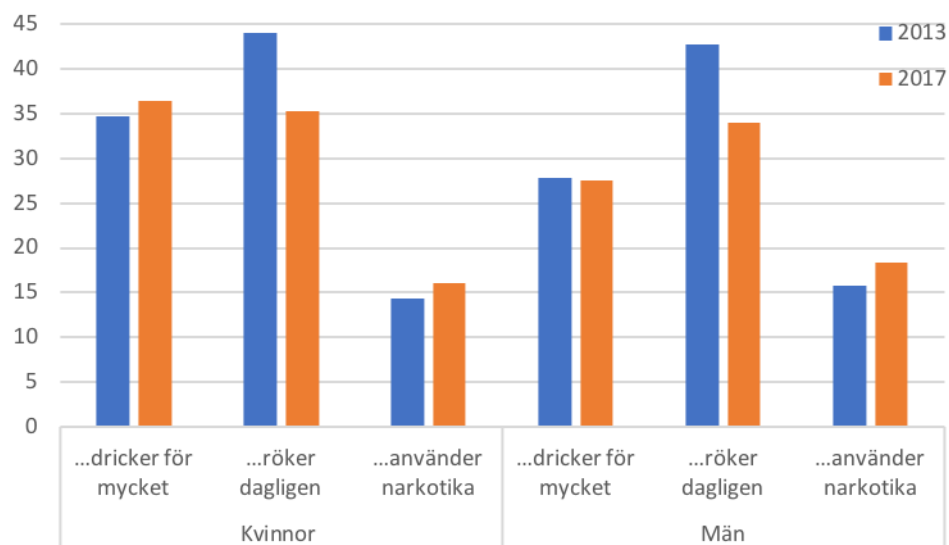
fler kvinnor, för narkotika 39% fler kvinnor och för rökning 53 % fler kvinnor. Detta ger ett annat perspektiv än siffror på konsumtionsstorlekar.

Den tredje aspekten, och som inte är direkt relaterad till resultaten från studien ovan, är att andrahandsskadorna är av många olika slag och omfattar bl.a. påverkan på barn och familjer, olycksfall och våld, skador på egendom och negativ ekonomisk påverkan. För alkohol uppskattas skadorna i andra hand vara mer omfattande än de direkta för den som konsumerar alkohol. Svenska studier visar att 3 % av alla barn växer upp med föräldrar som har en missbruksdiagnos. Barnen klarar oftare skolan sämre, har fyra till sju gånger så hög risk att utveckla ett missbruk, tre gånger högre risk att dö före 35 års ålder och får stöd från socialtjänst i större utsträckning (Hjern A, Berg, m.fl., 2013; Hjern, m.fl., 2014).

Fosterskador är en ofta underskattad del av andrahandsskadorna med livslånga konsekvenser som följd. Alkohol, narkotika och tobak ökar alla riskerna för fosterskador. Alkohol har de bredaste och kraftigaste effekterna (Behnke & Smith, 2013). I Sverige gjordes den senaste uppskattningen av FAS (fetalt alkoholsyndrom), den allvarligaste graden av fosterskada från alkohol, 1979 (Olegård, R., m.fl., 1979). Då uppskattades FAS omfatta 0,1–0,3 % av alla födselar. FASD, som omfattar all påverkan på fostret på grund av exponering för alkohol i livmodern (fetala alkoholspektrumstörningar), har uppskattats till 10 gånger större, ca 1–3 %. Samhällskostnaden för FAS i Sverige har lågt uppskattats till 14 miljarder kronor per år (Ericson, m.fl., 2017).

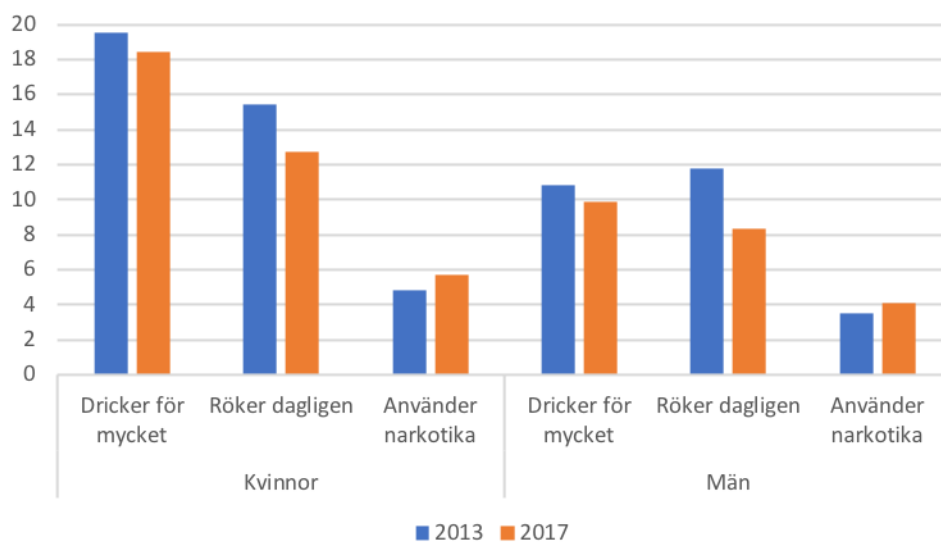
Ingen av de nämnda undersökningar innehåller frågor om spel och därmed inte heller hur andra än spelarna själva påverkas, tex. anhöriga. Men det är ställt utom allt tvivel att även spel om pengar har betydande negativa konsekvenser för fler grupper än bara spelarna. Enligt Alna (2020) finns det ungefär 171 000 personer i Sverige som lever tillsammans med någon som har spelproblem, varav 82 000 är barn.

Anhöriga och närstående påverkas på olika sätt. Känslor av skuld och skam hos personer med spelproblem skadar ofta relationerna till omgivningen, till exempel när familjen, släktingar, vänner och andra i personens närhet känner sig lurade och förlorar tilltron till den som spelar. Enligt Alna drabbas många anhöriga och närstående ekonomiskt av spelandet. Ofta lånar de ut pengar, betalar skulder, eller blir bestulna på pengar som en konsekvens av en personens spelande. En partner som har gemensam ekonomi med den som har spelproblem drabbas särskilt hårt. Även släktingar och vänner som lånar ut pengar påverkas. Det finns en betydlig risk att arbetsgivaren drabbas av ekonomisk brottslighet när en medarbetare har spelproblem (se Alna, 2020).



Figur 5. Andel (%) kvinnor och män år 2013 och 2017 som under en 12-månadersperiod har haft någon i sitt liv som dricker för mycket, röker dagligen och använder narkotika.

Källa: CAN (2018) Vanor och konsekvenser



Figur 6. Andel (%) kvinnor och män år 2013 och 2017 som har påverkats negativt av en person i sitt liv som dricker för mycket, röker dagligen och som använder narkotika.

Källa: CAN (2018) Vanor och konsekvenser

4. Hur arbetet ska styras och organiseras

För att utforma den kommande strategin krävs ett väl utvecklat samarbete mellan alla departement som är berörda inom regeringskansliet. Det räcker inte med endast Socialdepartementet. Vidare bör ANDTS-strategin förankras genom en proposition. Det krävs också betydande insatser från flera sektorer i samhället – från det offentliga, det privata och civilsamhällets organisationer. Dessutom är det nödvändigt att samtliga berörda aktörer på nationell, regional och lokal nivå involveras. Samtidigt måste folkhälsopolitiken skyddas från påverkan av kommersiella intressen inom ANDTS-området.

Den nuvarande ansvarsfördelningen mellan myndigheterna och övrig samordning inom ANDTS-området bör kvarstå men förstärkas genom att återinföra ett kansli inom regeringskansliet med ansvar för och nationell styrning av ANDTS-frågorna (tidigare ett ANDT-kansli) samt ett kunskapscentrum som bl.a. har som uppgift att utveckla, förvalta och sprida metoder till hela landet. Detta kommer att bidra till ett mer effektivt och kunskapsbaserat arbete i Sverige och därmed får den samlade erfarenhet som finns inom området i Sverige bättre spridning.

Ett nationellt råd för ANDTS-frågor bör återinföras för strategiperioden 2021–2025. I ANDTS-rådet bör berörda myndigheter och Sveriges Kommuner och Regioner ingå. Vidare bör forskare och representanter från civilsamhällets organisationer ingå. Organisationer och företag med anknytning till kommersiella intressen inom ANDTS ska inte ingå i rådet på grund av en uppenbar intressekonflikt i ANDTS-politiska vägval. Rådet ska ledas av ansvarigt statsråd. Syftet med rådet är att det ska utgöra ett forum för dialog om utvecklingen, åtaganden och behov av ytterligare åtgärder mellan regeringen, berörda myndigheter och andra organisationer som är viktiga för att nå målen i ANDTS-strategin.

En samlad uppföljning och analys bör ske årligen av Folkhälsomyndigheten och en utvärdering av ANDTS-strategin efter strategiperiodens avslut (2026) bör genomföras av extern aktör. ANDTS-kansliet bör utarbeta tvååriga handlingsplaner som baseras på Folkhälsomyndighetens årliga uppföljningar och analyser och ANDTS-rådets rekommendationer. Dessa handlingsplaner bör tydligt beskriva hur arbetet ska genomföras på alla nivåer, från nationell till lokal nivå. Skälet till att de ska vara tvååriga är att det därmed blir en kraftigare styrning av arbetet om dessa planer kopplas till (och korrigeras) utifrån de årliga uppföljningarna. Under den första strategiperioden (2011–2015) arbetades det med årliga handlingsplaner som var svåra att effektuera då de färdigställdes i april/maj och skulle sättas i verket under resten av året.

Kommuner och Regioner har och bör även framöver ha huvudansvaret för det hälsofrämjande och förebyggande arbetet inom ANDTS, för alkohol- och tobakstillsynen, för stöd och behandling samt för rehabilitering. Statens roll är att ansvara för lagstiftning, tillsyn och att stödja en utveckling som svarar mot medborgarnas behov. Som framgår senare i detta kapitel bedriver många statliga myndigheter verksamhet med bäring på ANDTS-området. Länsstyrelsen har en nyckelfunktion i att samordna och stödja genomförandet av strategin regionalt, bl.a. genom att stödja genomförandet av den nationella ANDTS-politiken i län och kommuner.

ANDT-strategins sektorsövergripande karaktär gör att en förutsättning för att nå strategins mål är att berörda myndigheter och aktörer på regional och lokal nivå ser sin roll i strategins

genomförande och samverkar och samarbetar på ett ändamålsenligt sätt. Viktigt blir att det främjande och förebyggande arbetet som bedrivs inom folkhälsoområdet i stort samordnas med ANDTS-arbetet så att de båda drar nytta av varandras insatser. Därmed kan så kallad perspektivträngsel undvikas, vilket blir ännu viktigare under en tid med mer ansträngda kommunala och regionala budgetar. Kommuner önskar också ett mer samlat stöd från den regionala nivån (regioner och länsstyrelser). Viktigt i ett sådant närmande mellan olika sakområden inom folkhälsa är att det inte leder till lägre prioritering av ANDTS-området. Snarare borde andra sakområden lära sig av ANDTS-arbetets uppbyggnad, styrning och tidigare prioriterade insatser.

På folkhälsoområdet i bred mening pågår en hel del olika utvecklingsarbeten såsom pågående och nyss avslutade utredningar, regeringsuppdrag och nyligen antagna strategier som ska implementeras. Det gäller exempelvis inom områdena *välstånd och jämlikhet* (t.ex. ny välfärdskommission och jämlikhetskommission som pågått sedan 2018 och slutbetänkandet av hur vården kan bli mer jämlik och behovsbaserad), *social hållbarhet* (t.ex. slutbetänkandet av Agenda 2030-delegationen och nationell handlingsplan 2018–2020 för Agenda 2030, regeringens nationella strategi om Levande städer – politik för en hållbar stadsutveckling), *psykisk hälsa* (t.ex. Hållbar styrning inom området psykisk hälsa – med utgångspunkt i folkhälsopolitiken med slutbetänkande 2018 (2018:90) och regeringsuppdraget inom psykisk hälsa), *skolan* (t.ex. utredningar om likvärdig skola, stärkt elevhälsa och gymnasieskolan och utbildning för vuxna) och framtidens socialtjänst som ska slutredovisas i augusti 2020.

På alla dessa områden är ANDTS frågorna viktiga och bör ingå som en naturlig del. Vi ser inte att så är fallet idag varför det blir viktigt i det arbete som följer av den nya strategin att bygga upp naturliga samverkansstrukturer som underlättar tvärssektoriella insatser där ANDTS ingår som en självklar del.

Nedan följer en precisering av hur vi ser på de olika myndigheternas uppdrag och andra centrala organisationer i relation till strategin.

4.1 Folkhälsomyndighetens ANDTS-uppdrag

I samband med att regeringen beslutade om en förnyad strategi för alkohol-, narkotika-, dopnings- och tobakspolitiken 2016–2020 (ANDT-strategin) fick Folkhälsomyndigheten i uppdrag att stödja genomförandet av strategin (S2016/01028/FST (delvis)). I uppdraget ingick att, utöver stödja genomförandet av ANDT-strategin 2016–2020, att samordna det nationella ANDTS-arbetet, verka för ett effektivt och kunskapsbaserat arbete samt förvaltning och att vidareutveckla de uppföljningssystem som behövs. Myndigheten skulle också ta initiativ till och utforma insatser inom ramen för uppdraget utifrån de prioriteringar som myndigheten bedömer som angelägna för att uppnå strategins mål.

I uppdraget ingick också att genomföra årliga samlade verksamhetsuppföljningar (2017–2019) inom området samt under våren 2020 inkomma med en samlad bedömning och uppföljning av ANDT-strategin.

Folkhälsomyndigheten fick också ett regeringsuppdrag i oktober 2019 om att föreslå åtgärder för att förebygga användning samt medicinska och sociala skadeverkningar av narkotika. Uppdraget skulle genomföras i dialog med Socialstyrelsen, Brottsförebyggande rådet och andra berörda myndigheter och vid behov inhämta synpunkter från Sveriges Kommuner och Regioner. Uppdraget skulle redovisas senast den 1 maj 2020. Det har nyligen redovisats.

Folkhälsomyndighetens nuvarande uppdrag att sprida information om kunskapsbaserat arbete har inte genomförts på det sätt som många förväntade sig. Enligt vår mening bör den

primära uppgiften i ett sådant uppdrag vara att samla och sprida kunskapsbaserade insatser och metoder. Något sådant har inte ägt rum men har efterfrågats under flera år av såväl regionala ANDT-samordnare som andra verksamma inom området. Vidare har myndigheten inte varit aktivt delaktig i dialogen med de regionala ANDT-samordnarna. Därför föreslår vi att det föreslagna kunskapscentrumet tar över och vidareutvecklar den uppgiften (se kap. 4.2). Övriga uppdrag inom ANDT-strategin bör dock kvarstå.

Ett viktigt sådant är att stödja genomförandet och samordna ANDTS-strategin på nationell nivå vilket innebär mer än att endast rapportera vad olika myndigheter gör på området. Ett annat viktigt uppdrag är att kontinuerligt följa upp den kommande ANDTS-strategin.

ANDTS-strategins sektorsövergripande karaktär gör att en förutsättning för att nå strategins mål är att berörda myndigheter ser sin roll i strategins genomförande. Folkhälsomyndighetens uppföljning ska därför kunna fungera som ett underlag för att identifiera möjliga samverkansområden, synliggöra utvecklingen inom olika områden och frågor som kan behöva prioriteras på nationell, regional och lokal nivå och som kan redovisas och diskuteras i det nationella ANDTS-rådet. I uppföljningsuppdraget bör vidare ingå att informera de regionala ANDTS-samordnare om vad som kommer att följas upp.

En uppföljning av effekter av statens åtgärder inom ramen för strategin är angelägen, men inte det enda syftet med uppföljningen. En uppföljning av utvecklingen av målen och inom insatsområdena för ANDTS-området är värdefull, även om den inte direkt kan kopplas till statens åtgärder. Utvecklingen inom ANDT-området är komplex och påverkas av fler faktorer än statens åtgärder inom ramen för strategin. Därför bör uppföljningen synliggöra områden som behöver uppmärksammas vid policyutformning och planering av åtgärder från både stat, kommun, region, och andra organisationer.

Med utgångspunkt i uppföljningen bör myndigheten under kommande strategiperiod 2021-2025 också fortsätta vidareutveckla uppföljningssystemet. Här ingår att utveckla och främja användning av indikatorer på regional och lokal nivå liksom att utveckla formerna för rapportering från uppföljningssystemet. Här finns, som vi ser det, mycket kvar att göra. Sverige har exempelvis sedan många år tillbaka unika data om varje kommuns ANDT-arbete, både när det gäller strukturer för det förebyggande arbetet och vilka insatser som bedrivs. Men dessa data används inte för att systematiskt följa utvecklingen av både strukturer, processer, insatser och utfall. I bästa fall redovisas vissa systematiska översikter av utvecklingen av olika utfallsmått, såsom konsumtions- och skadedata, på olika och/eller regional nivå. Men sällan ges en systematiskt samlad bild av hur det lokala (eller regionala) arbete fortskridit. Ett undantag är analyser av ett samlat alkoholpreventionsindex under åren 2006–2014 med resultat som tyder på att det lokala alkoholförebyggande arbetet ökade i omfattning från 2006 till 2009/2010 för att därefter avta något (Nilsson, m.fl., 2020).

Vi har idag bristfällig kunskap om hur det ANDT(S)-förebyggande arbetet i Sveriges utvecklats under de senaste åren, inte minst lokalt. Men det finns data som åtminstone delvis kan besvara denna grundläggande fråga. Med andra ord så finns det goda möjligheter att genom visst utvecklingsarbete både följa utfall (konsumtion och skador) och insatser. När det gäller utfall i form av konsumtion och skador finns dessutom det allra mesta redan på plats i det indikatorssystem som Folkhälsomyndigheten ansvarar för.

Jämlikhets- och jämställdhetsperspektivet bör, liksom barn- och unga-perspektivet, emellertid ytterligare förstärkas i uppföljningssystemet under kommande strategiperiod. Syftet med det är att uppföljningssystemet ska synliggöra olika grupper och deras särskilda behov i högre grad. Vidareutvecklingen av uppföljningssystemet bör dessutom samordnas med uppföljningen av folkhälsopolitiken, för att främja effektivitet och användbarhet.

Som nämndes ovan bör uppföljningar av strategin genomföras årligen men fördjupas med en mer samlad analys vartannat år i syfte att bedöma om strategins mål och de prioriteringar som uttrycks genom insatsområdena utvecklats i önskvärd riktning.. På så sätt blir dessa vartannat år återkommande fördjupande analyserna en uppföljning av den senaste handlingsplansperioden. En sådan mer fördjupad analys av handlingsplanen bör således genomföras under slutet av 2022 för att bedöma genomförande av handlingsplanen 2021-2022 för att därmed kunna bidra till utformningen handlingsplanen för 2023-2024. Nästkommande fördjupad uppföljning ska följaktligen ske under slutet av 2024. Dessutom bör uppföljningen under slutet av 2025 bedöma hela strategiperioden (2021 till halvårsskiftet 2025).

Som också nämndes ovan bör dessutom en extern aktör efter strategiperiodens avslut få i uppdrag att utvärdera måluppfyllelsen av hela ANDTS-strategin 2021-2025.

För att uppföljningssystemet ska vara användbart och bidra till ett effektivt och kunskapsbaserat ANDTS-arbete är det viktigt att utvecklingen sker i nära dialog med länsstyrelsernas ANDTS-samordnare såväl som med länsstyrelsernas tillsynshandläggare. Det gör att myndigheten kan ta tillvara länsstyrelsernas kunskap och förtroendet med den lokala nivåns förutsättningar och behov. Länsstyrelsernas ANDTS-samordnare bör ansvara för att föra ut målen och indikatorerna till alla aktörer som kan bidra i ANDTS-arbetet, inte minst den lokala nivån. På så sätt blir dessa data ett i det närmaste proaktivt redskap i det preventiva arbetet.

Folkhälsomyndigheten har ansvar för att utveckla innehåll och former för rapporteringen från uppföljningssystemen, så att den blir lättillgänglig och målgruppsanpassad. För att uppföljningssystemet ska fungera ändamålsenligt krävs också att leverantörerna av data har en tydlig roll och ett långsiktigt åtagande att delta i kvalitets- och utvecklingsarbetet med indikatorerna. Enligt 6 § myndighetsförordningen (2007:515) ska alla myndigheter tillhandahålla information om sin verksamhet och följa sådana förhållanden utanför myndigheten som har betydelse för verksamheten.

4.2 Ett kompetenscentrum för förebyggande och tidiga insatser inom hela ANDTS-området

Det förebyggande arbetet, inklusive, tidiga insatser, på lokal och regional nivå ska bedrivas med hjälp av kunskapsbaserade metoder och arbetssätt. Det kräver att någon aktör aktivt ansvarar för samordning av existerande insatser och metoder vilket också omfattar metodutveckling, kvalitetssäkring, spridning, utbildning och metodförvaltning. Sådana uppgifter kräver en långsiktighet och från regeringen ett tydligt nationellt uppdrag som skulle innefatta förebyggande och tidiga insatser och metoder inom hela ANDTS-området. Mottagaren av ett sådant uppdrag bör, enligt vår mening, vara ett nationellt kompetenscentrum.

Inrättandet av ett nationellt kompetenscentrum med fokus på metodutveckling, kvalitetssäkring och kunskapsspridning skulle leda till ett bättre utnyttjande av de kunskapsbaserade metoder och arbetssätt som faktiskt tagits fram under de senaste 15–20 åren men som nu underutnyttjas på grund av bristande information om vilka metoder som finns och hur man går tillväga. Det skulle också förhindra att olika huvudmän använder metoder som inte baseras på forskning och som inte har någon effekt, vilket tyvärr fortfarande är relativt sett vanligt.

I uppdraget till det nationella kompetenscentrumet ingår att ha en nära dialog med ANDTS-samordnarna på länsnivå för att stödja och förbättra samverkan utifrån regionala och lokala behov, samt att utveckla och stödja verksamheter vid utformning av policyarbete såväl lokalt,

regionalt som nationellt. Kompetenscentrumets roll blir också att utbilda utbildare och andra personer, framför allt på regional och lokal nivå. ANDTS-frågorna är centrala folkhälsofrågor och viktiga pusselbitar för att kunna uppnå flera av de 17 hållbarhetsmålen i Agenda 2030. Därför ska centrumet ha nära samverkan med centrala myndigheter inom folkhälso- och hållbarhetsfrågor.

Ett nationellt kompetenscentrum för ANDTS-prevention skulle också tydliggöra att prevention bör ha en vetenskaplig bas, där forskare och praktiker gemensamt utvecklar och utvärderar metoder och utifrån denna bas bedriver utbildning och erbjuder metodstöd. Ett kompetenscentrum behöver inte utvecklas från noll utan kan med fördel bygga vidare på pågående verksamheter med sådan inriktning. Kompetenscentrumet bör ha en långsiktig finansiering. Kompetenscentrumet bör även ha ett särskilt uppdrag att kartlägga och sprida kunskap om skador på barn orsakade av alkohol- och andra drogkonsumtion i samband med graviditeten.

Det finns också behov av ett kompetenscentrum med motsvarande roll för vårdfrågor. Socialstyrelsen bör därför få ett tydligare uppdrag när det gäller att förvalta, sprida, utbilda och kvalitetssäkra metoder på vårdområdet.

4.3 Länsstyrelsernas samordningsroll på regional nivå

Samordningsfunktionen för ANDTS-frågor vid länsstyrelserna fyller en viktig funktion i att stödja genomförandet av den nationella ANDTS-politiken på den regionala och lokala nivån. Länsstyrelserna har också under de senaste två strategiperioderna framgångsrikt implementerat strategierna regionalt. De flesta län har i bred samverkan tagit fram regionala handlingsplaner utifrån regionala behov men baserade på den nationella strategin. Målet för Länsstyrelserna under nästa strategiperiod bör vara att alla län har en regional strategi. Kommunernas ANDT-planer vilar i sin tur på de regionala strategierna men med hänsyn till de lokala förutsättningarna.

Länsstyrelserna utgör således en arena där lokala behov och prioriteringar kan vägas samman med den nationella kunskapsstyrningen. Länsstyrelserna ska genom samordningsfunktionen stödja utvecklingen av ett kunskapsbaserat arbete, utvecklingen av tvärsektoriella insatser i kommuner och regioner, samarbetet på lokal, regional och nationell nivå och kompetensutveckling i länet.

Detta arbete skulle kunna vara än effektivare om det fanns ett väl utvecklat kompetensstöd från nationell nivå när det bl.a. gäller utbildning i och förvaltning av metoder, något som också efterlysts av ANDT-samordnarna på länsstyrelserna. Folkhälsomyndigheten har inte kunnat erbjuda ett sådant stöd varför vi, som framgick ovan, föreslår att detta blir en av huvuduppgifterna för det föreslagna kompetenscentrumet.

Länsstyrelsen ansvarar också för tillsyn av kommunerna enligt alkohol- och tobakslagen, samt för utbildning och kunskapsstöd till kommunerna när det gäller tillsyn. Kopplingen mellan tillsyn och övrigt förebyggande arbete är av stor vikt, inte minst på området tillgänglighetsbegränsning.

På liknande sätt som inom ANDTS-området, har regeringen gett länsstyrelserna särskilda uppdrag att bidra med stöd och samordning på andra områden, varav de flesta har beröringspunkter med ANDT-arbetet. Det gäller t.ex. våld mot kvinnor och våld i nära relationer, föräldraskapsstöd och brottsprevention. Regeringen lyfte i förra ANDT-strategin fram värdet av att länsstyrelserna samordnar insatser för att stödja preventions- och folkhälsoarbete inom

olika områden. Det kan underlätta mottagandet av stödet och genomförande på lokal nivå, då det i många fall är samma person som arbetar med dessa frågor. Det är också viktigt att ANDT-frågorna, och spel om pengar, får en fortsatt hög prioritet.

I många fall är det en liten administration på lokal nivå som ska stödja genomförandet av såväl insatser inom ANDTS-området som inom näraliggande områden. För att mottagandet av stödinsatser i kommuner och organisationer ska bli så effektivt som möjligt är det nödvändigt att dessa samordnas såväl inom som mellan de nationella (länsstyrelserna) och regionala aktörerna. Alltför ofta är så icke fallet vilket bidrar till ett ineffektivt utnyttjande av de begränsade medel som finns att tillgå. Dessutom ser kommunernas förutsättningar och behov olika ut både inom och mellan olika län. Således är, förutom samordnat stöd, också lokala anpassningar av stödinsatser centralt för att de ska bidra till en positiv utveckling. Det är också av stor vikt att länsstyrelserna besitter spetskompetens inom de områden de är satta att samordna. Regeringen har gett två länsstyrelser (Stockholms län och Västerbottens län) ett särskilt uppdrag att samordna folkhälsoarbetet enligt ovan. Insatserna ska utvärderas och kan ge värdefull kunskap om hur ett samordnat och anpassat stöd kan utformas.

4.4 Socialstyrelsens uppgifter

Socialstyrelsen är enligt sin instruktion förvaltningsmyndighet för verksamhet som rör hälso- och sjukvård och annan medicinsk verksamhet, tandvård, socialtjänst, stöd och service till vissa funktionshindrade samt frågor om alkohol och missbruksmedel.

Socialstyrelsen har en viktig roll som central myndighet i uppgiften att styra och stödja med kunskap. Socialstyrelsen ska bl.a. genom kunskapsstöd och föreskrifter bidra till att hälso- och sjukvården och socialtjänsten bedrivs enligt vetenskap och beprövad erfarenhet, ansvara för kunskapsutveckling, kunskapsförmedling och metodutveckling inom sitt verksamhetsområde.

Specifika områden för strategin rör Socialstyrelsens roll att vidareutveckla och implementera nationella riktlinjer både när det gäller missbruks- och beroendevården samt prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor. Myndigheten bör ges ett förtydligt ansvar när det gäller att sprida kunskap om, utbilda i och förvalta de metoder de lyfter i de nationella riktlinjerna. Rådet för styrning av kunskap, i vilken Socialstyrelsens generaldirektör är ordförande bör även i linje med Myndigheten för vård- och omsorgsanalys förslag i rapporten "Missar vi målen" inom ramen för sitt uppdrag om kunskapsstyrning ges i uppdrag att i dialog med Sveriges Kommuner och Regioner ta fram index för en gemensam uppföljning av vårdinsatser. Socialstyrelsen har också ett särskilt regeringsuppdrag om stärkt stöd till barn som anhöriga. Detta uppdrag bör fortsätta under nästa strategiperiod, liksom deras regeringsuppdrag när det gäller samverkan med Skolverket om tidiga och samordnade insatser (TSI).

Socialstyrelsen har också en viktig uppgift som registerhållare, däri ingår Dödsorsaksregistret. Som registerhållare ingår att kvalitetssäkra registren och sprida kunskap om utvecklingen. Detta är också angeläget inom ANDTS-området. Socialstyrelsen bidrar även med indikatorer till Folkhälsomyndighetens ANDT-uppföljningssystem.

4.5 Statens institutionsstyrelses roll

Inom den nuvarande missbruks- och beroendevården finns det två lagar som för vuxna personer reglerar möjligheten att ge vård utan samtycke. Det är lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall (LVM), som reglerar tvånget inom den kommunala socialtjänsten och utövas vid LVM-hem som drivs av Statens institutionsstyrelse (SIS). Den andra är lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård (LPT), som reglerar tvångsvården inom landstingets hälso- och sjukvård.

En tredje lag ger möjlighet till vård utan samtycke inom socialtjänsten av personer som är under 20 år, lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga (LVU).

Vård med stöd av dessa lagar ska endast användas i undantagsfall och under förutsättning att insatsen ingår i en sammanhängande vårdkedja. Det viktigaste motivet är att ha möjlighet att motivera en person till frivilligvård och förhindra en person att fortsätta använda droger när livet är i fara.

4.6 Polismyndighetens roll

Polismyndigheten ska tillsammans med övriga myndigheter inom och utom rättsväsendet genom sina insatser bidra till att minska brottsligheten och öka människors trygghet. En viktig uppgift för att nå detta mål är polisens ANDTS-arbete. Polismyndigheten är också en viktig samverkanspart i det lokala och regionala ANDTS-arbetet, där polisen deltar i både styrgrupper och insatsgrupper.

Polisen har på flera sätt en central roll i arbetet med att förebygga narkotika- och dopningsanvändning samt illegal alkohol- och tobakshantering, framför allt genom att begränsa utbudet av de olika substanserna. En viktig uppgift är att motverka att det uppstår öppna marknadsplatser för narkotika. Det är ofta polisen som först upptäcker ett missbruk och som vidareförmedlar sina iakttagelser till socialtjänst och vårdnadshavare, bl.a. genom sitt uppdrag om att omhänderta berusade personer (enligt LOB). Det är alltså av flera skäl viktigt att samarbetet mellan hälso- och sjukvården, socialtjänsten och polisen fungerar bra. En annan central uppgift för polisen är att förhindra att förare av fordon är påverkade av alkohol och narkotika. Polisens tidiga insatser är här viktiga. Polismyndigheten har också nyligen fått i uppdrag av regeringen att förstärka bekämpningen av illegal handel med narkotika. I Polisens uppdrag ingår också att bekämpa den illegala handeln med alkohol och dopning.

De brottsbekämpande myndigheternas verksamhet, inte minst Polismyndigheten, bör under den kommande strategiperioden fortsätta sitt arbete med att begränsa den organiserade och storskaliga brottsligheten. I detta arbete ska narkotikabekämpningen ges fortsatt hög prioritet för att på så sätt bidra till att minska tillgången till narkotika i Sverige. Polisens medverkan strategiskt och operativt på lokal och regional nivå är dessutom central för genomförandet av regionala och lokala ANDTS-planer.

4.7 Tullverkets roll

Tullens uppgift är att se till att in- och utförselrestriktioner efterlevs inom alla områden och varuflöden. I regleringsbrevet prioriteras in- och utförselrestriktioner inom områdena hälsa, miljö och säkerhet. Inom ramen för sitt uppdrag ingår att försvåra möjligheten att föra in varor och substanser som kan utgöra en fara för medborgarnas säkerhet, miljö och hälsa. Det gör att de har en viktig roll i att begränsa tillgången till de nämnda substanserna.

4.8 Kriminalvårdens roll

Kriminalvården har ansvar för häkten, fängelser och frivård. Deras viktigaste mål är att minska återfall i brott – att bryta den onda cirkeln. Det kommer in mycket narkotika i fängelser varför de slumpmässiga kontrollerna borde genomföras oftare i syfte att hindra narkotikabruk i fängelserna.

Kriminalvården bör i samverkan med andra aktörer, både offentliga och från civilsamhället, nyttja verkställigheten mer effektivt för behandling av personer med missbruk eller beroende i syfte att minska återfall. Narkotikabrott är den vanligaste orsaken till att fängelser döms ut. Narkotikabrottens andel av fängelsestraffen utgör drygt 30 %.

Därför bör samverkan mellan hälso- och sjukvården och Kriminalvården förbättras, så att påbörjad behandling innan verkställighet kan fortsätta inom Kriminalvården. Kriminalvården borde också ha en skyldighet att ta initiativ till en samordnad individuell plan (SIP) efter verkställigheten. Vi ser positivt på utvecklingen med inlussningsprojektet och vid en positiv utvärdering av BRÅ vid halvårsskiftet 2020 föreslår vi att projektet permanentas och implementeras i större skala.

4.9 Brottsförebyggande rådets (Brå) roll

Brås roll är att främja brottsförebyggande arbete. Det gör de genom att ta fram fakta och sprida kunskap om brottslighet, brottsbekämpning och brottsförebyggande arbete till i första hand regeringen och myndigheter. Brå fick också under hösten 2019 i uppdrag att studera narkotikamarknader i Sverige, inbegripet illegal handel med narkotikaklassade läkemedel – ett regeringsuppdrag som ska redovisas senast den 1 juni 2021.

Det brottsförebyggande arbetet på länsstyrelserna samordnas av Brå och ska enligt regeringsuppdraget syfta till att stödja den regionala samordningen av det brottsförebyggande arbetet där kommuner spelar en viktig roll tillsammans med polis, näringsliv och civilsamhälle. Enligt uppdraget ska länsstyrelsernas brottsförebyggande arbete samordnas med deras ANDT-arbete. Brå och det nya kompetenscentrumet bör därför också samverka kring de uppgifter som det brottsförebyggande och ANDTS-arbetet har gemensamt.

4.10 Regionernas roll

Med hälso- och sjukvård i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) avses åtgärder för att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador. Målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Hälso- och sjukvården ska arbeta för att förebygga ohälsa. Den som vänder sig till hälso- och sjukvården ska när det är lämpligt ges upplysningar om metoder för att förebygga sjukdom eller skada enligt 3 kap. 1 § 8 patientlagen (2014:821).

Varje region ska erbjuda en god hälso- och sjukvård åt dem som är bosatta inom regionen. Regionen ska även i övrigt verka för en god hälsa hos hela befolkningen. Vissa hälsofrämjande insatser kräver en sektorsövergripande samverkan. Hälso- och sjukvården ska särskilt beakta ett barns behov av information, råd och stöd om barnets förälder eller någon annan vuxen som barnet varaktigt bor tillsammans med har en psykisk störning eller en psykisk funktionsnedsättning, har en allvarlig fysisk sjukdom eller skada eller har problem med alkohol eller något annat beroendeframkallande medel. Detsamma gäller om barnets förälder eller någon annan vuxen som barnet varaktigt bor tillsammans med oväntat avlider. Personer med beroendeproblematik har inte sällan behov av insatser från både socialtjänst och hälso-

och sjukvård. För att stärka samverkan mellan regioner och kommuner och bättre tillgodose målgruppens behov är huvudmännen skyldiga att ingå en överenskommelse om samverkan av vilken det ska framgå vem som ska göra vad och hur de ska samarbeta, enligt en lagändring år 2013. Om regionen eller kommunen bedömer att en person behöver insatser från båda huvudmännen ska de också tillsammans med brukaren utarbeta en samordnad individuell plan (SIP) om brukaren samtycker till det. Den skyldigheten fördes in i både i hälso- och sjukvårdslagen och socialtjänstlagen 2010.

Regionernas verksamhet för att förebygga och behandla skador till följd av ANDT-bruk finns t.ex. inom ramen för verksamheter som arbetar med att stödja beteendeförändringar, såsom primärvård, missbruks- och beroendevård, psykiatri eller livsstilmottagningar.

I och med regionbildningarna har Regionerna också idag ansvaret för det regionala utvecklingsarbetet något som tidigare låg på länsstyrelserna. Det regionala utvecklingsansvaret omfattar insatser för att skapa en hållbar regional tillväxt och utveckling (Riksdagen, 2019). Arbeten med nära koppling till hållbarhet blir därmed viktiga, inte minst det främjande och förebyggande folkhälsoarbete utifrån den nya folkhälsopolitiken mål om att sluta de påverkbara hälsoklyftorna inom en generation (Regeringen, 2018). Utvecklingsarbetet kommer säkert se olika ut i lokala regioner men blir en viktig del också för det regionala och lokala ANDTS-arbetet och kräver inom respektive region ändamålsenlig samverkan mellan Regionerna, Länsstyrelsen och kommuner.

Här bör också nämnas det svenska nätverket för Hälsöfrämjande hälso- och sjukvård (HFS) som etablerades 1996. Nätverket, som är en del av det internationella nätverket Health Promoting Hospitals and health services, HPH, initierat av WHO 1993, består idag av Sveriges samtliga regioner. Visionen är en god och jämlik hälsa och verksamhetsidén att driva utvecklingen av en jämlik och hälsöfrämjande hälso- och sjukvård för patienter, medarbetare och befolkning. Arbetet bedrivs också i en rad temagrupper däribland Alkoholprevention och Tobaksprevention (HSF, 2020).

Regionerna ansvarar således för en rad verksamheter med stor vikt för ANDTS-arbetet. Det handlar om det breda folkhälsoarbetet, tobaksavvänjning och annat levnadsvanestöd, samtals- och behandlingsinsatser inom SMADIT, tillnyktring och beroendevård, där flera numera också arbetar med spel och dopning utöver alkohol och narkotika. Familjecentraler, mödra- och barnhälsovård och barn- och ungdomspsykiatri (BUP) är ytterligare exempel på verksamheter där ANDTS-frågor är viktiga. Regionerna stöder ofta kommunernas folkhälsoarbete, kunskapsmässigt och finansiellt. Flera regioner gör också levnadsvaneundersökningar både bland vuxna och bland skolelever.

Regionerna är centrala för det lokala och regionala ANDTS-samarbetet, inte minst gäller detta samverkan med Länsstyrelserna. Av stor betydelse är att det bredare folkhälsoarbetet, som till stor del bedrivs av regionerna, kan samordnas med länsstyrelsernas arbete inom olika delområden inom folkhälsoarbetet, såsom ANDTS, för gemensamma insatser syftande till att stärka de lokala förutsättningarna.

4.11 Kommunernas roll

Kommunerna har enligt socialtjänstlagen ett generellt ansvar för att främja människornas ekonomiska och sociala trygghet samt jämlikhet i levnadsvillkor samt verka för aktivt deltagande i samhället (1 kap. 1 §). Kommunen är också huvudman för kommunala skolor. För fristående skolor är skolans styrelse huvudman. Huvudmannen bestämmer hur skolan ska

arbeta, ser till att skolan har de resurser som krävs och ska arbeta kontinuerligt för att skolan ska bli bättre. Det är huvudmannen som ansvarar för att alla elever ska nå kunskapsmålet.

Enligt 3 kap. 7 § första stycket socialtjänstlagen (2001:453) ska socialnämnden arbeta för att förebygga och motverka missbruk av alkohol och andra beroendeframkallande medel. Av andra stycket i samma paragraf framgår att socialnämnden genom information till myndigheter, grupper och enskilda och genom uppsökande verksamhet ska sprida kunskap om skadeverkningar av missbruk och om de hjälpmöjligheter som finns.

Socialnämnden ska aktivt sörja för att den enskilde missbrukaren får den hjälp och vård som han eller hon behöver för att komma ifrån missbruket. Nämnden ska i samförstånd med den enskilde planera hjälpen och vården och noga beakta att planen följs.

I fråga om barn och unga ska socialnämnden aktivt arbeta för att förebygga och motverka missbruk av alkoholhaltiga drycker, andra berusningsmedel eller beroendeframkallande medel samt dopningsmedel (5 kap. 1 § tredje stycket socialtjänstlagen). Den 1 juli 2009 infördes en bestämmelse i 5 kap.10§ socialtjänstlagen (2001:453) som anger att ”socialnämnden ska erbjuda stöd för att underlätta för de personer som vårdar en närstående som är långvarigt sjuk eller äldre och som stödjer en närstående som har funktionshinder”. Bestämmelsen omfattar även anhöriga till personer med missbruks- och beroendeproblematik, enligt Socialstyrelsens vägledning till kommunerna för tillämpning av 5 kap. 10 § socialtjänstlagen.

I likhet med regionens ansvar är även kommunen ansvarig för att ingå en överenskommelse med regionen om samverkan av vilken det ska framgå vem som ska göra vad och hur de ska samarbeta, enligt en lagändring år 2013. Om regionen eller kommunen bedömer att en person behöver insatser från båda huvudmännen ska de också tillsammans med brukaren utarbeta en samordnad individuell plan (SIP) om brukaren samtycker till det. Den skyldigheten fördes in i både i hälso- och sjukvårdslagen och socialtjänstlagen 2010.

Sveriges Kommuner och Regioner är också sedan 1 januari 2018 ålagda att förebygga spelproblem och erbjuda stöd och behandling till personer med allvarliga problem med spel om pengar enligt socialtjänstlagen och hälso- och sjukvårdslagen. Men kommunernas och regionernas arbete i dessa frågor är sannolikt fortfarande i sin linda.

Kommunerna har också en avgörande roll när det gäller tillsynen av alkohol- och tobakslagens efterlevnad (exempelvis åldersgränser). Ett effektivt lokalt tillsynsarbete ska ses som en viktig bidragande del i kommunernas förebyggande arbete.

Vi vill betona kommunernas synnerligen viktiga roll i det ANDTS-arbetet, både när det gäller förebyggande och vård och behandling. Insatserna kompletterar också de nationella insatserna, inte minst genom att begränsa tillgängligheten lokalt och vidta olika åtgärder för att minska efterfrågan. Mer i detalj vad en kommun kan (och bör) redovisas under *Lokalt och regionalt förebyggande arbete* i kap 5.4. Det rör sig dock om många områden såsom kartläggningar, tillgänglighetsarbete, policyarbete (exempelvis i egenskap av en stor arbetsgivare), tillsyn, utbildning i ansvarsfull alkoholserving, tillämpning av den allmänna ordningsstadgan, olika typer av förebyggande insatser för barn och unga, informations- och kommunikationsinsatser av olika slag, t.ex. till föräldrar med barn i skolåldern.

4.12 Övriga myndigheters roll och andra relevanta nya uppdrag

Utöver nämnda myndigheter har även andra myndigheter uppgifter och uppdrag som direkt eller indirekt berör ANDTS-området. Här ingår exempelvis Trafikverket, Barnombudsmannen, Skolverket, Inspektionen för vård och omsorg (IVO), Myndigheten för familjerätt och föräldraskapsstöd (MFoF), Myndigheten för vård- och omsorgsanalys och Myndigheten för ungdoms- och civilsamhällsfrågor (MUCF). Det är viktigt att de också bidrar till att nå de mål som slås fast i strategin och att det speglas i deras regleringsbrev.

Även aktörer inom postväsendet (exempelvis Postnord, som ägs av både den danska och svenska staten men också andra privata aktörer) har ett ansvar. Hösten 2019 presenterade regeringen fyra nya åtgärder för att skärpa arbetet mot narkotika. Ett av förslagen som presenterades var att postlagen skulle ses över. I nuläget finns det regler om tystnadsplikt för postanställda, det ses som ett hinder för dem som vill kontakta polis eller tull gällande misstänkta försändelser. Vid samma tillfälle meddelade också regeringen att de ska ta fram en ny ANDT-strategi där extra fokus ska läggas på narkotika, som alltså ska börja gälla från och med 2021.

Trafikverket har en avgörande roll i trafiksäkerhetsarbetet, inklusive arbetet som pågår med att införa alkobommar vid hamnar runt om i Sverige. Barnombudsmannen är viktig inte minst i att följa upp implementeringen av Barnkonventionen som från de 1 januari 2020 blivit lag. Skolverket har en viktig roll för skolornas arbete för tidiga och förebyggande insatser inom ANDTS-området, inklusive samverkan med hälso- och sjukvård och socialtjänst. IVO bedriver tillsyn inom både hälso- och sjukvården och socialtjänsten och har ett tydligt uppdrag att ha patient- och brukarperspektiv i tillsynen. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (Vårdanalys) uppgift är att ur ett patient-, brukar-, och medborgarperspektiv följa upp och analysera hälso- och sjukvården, tandvården och omsorgen. Vårdanalys har patienternas och brukarnas behov som utgångspunkt i sina analyser. Även Skatteverket har en viktig roll att fylla i att säkerställa att alkohol- och tobaksskatter tas ut på korrekt sätt vilket bidrar till att stärka det alkohol- och tobaksförebyggande arbetet.

4.13 De idéburna organisationernas roll

Hälften av alla vuxna i Sverige engagerar sig ideellt i snitt 16 timmar i månaden. Cirka 500 miljoner arbetstimmar läggs på ideellt arbete i föreningar. De idéburna organisationernas (civilsamhället) och dess verksamhet är en unik tillgång i vårt samhälle, inte minst vad gäller ANDTS. Deras verksamhet bidrar både till att förebygga skador av ANDTS men också till att upptäcka, behandla och ge stöd till de personer som har en beroendeproblematik och deras anhöriga.

Det handlar bland annat om att erbjuda social gemenskap och aktiviteter med låga ekonomiska trösklar, driva opinionsbildning och att utveckla förebyggande och stödjande insatser som komplement till myndigheternas verksamheter utifrån lokala problem och behov. Detta sker inte minst genom en väl utbyggd idrotts- kollo- och lovverksamhet för barn och unga. Men det sker även genom stödverksamheter för t.ex. barn i familjer med alkohol och drogproblem, där Junis (IOGT-NTOs juniorförbund), Maskrosbarn och Trygga barnen utgör viktiga aktörer.

En viktig funktion är att arbeta hälsofrämjande och förebyggande inom flera olika arenor. De idéburna organisationerna har också en viktig roll när det gäller att stödja implementering av internationella och nationella ANDTS-strategier. De är även en resurs när det gäller vård- och

behandlingsinsatser genom att både ta initiativ till, utveckla och driva vård och behandlingsinsatser som kompletterar myndigheternas.

För att visa bredden av insatser som dessa organisationer bidrar vill vi nämna några av dessa som sinsemellan uppvisar lite olika inriktningar:

- Riksidrottsförbundet som bedriver en omfattande idrottsverksamhet
- Kvinnoorganisationernas samarbetsråd i alkohol och narkotikafrågor (KSAN) som är ett samarbetsorgan för 39 organisationer som arbetar med frågor som berör alkohol, narkotika och beroendeframkallande läkemedel utifrån flickors och kvinnors perspektiv
- Sveriges Landsråd för alkohol och narkotikafrågor (SLAN) är en sammanslutning av ca 20 organisationer som vill verka för en solidarisk och restriktiv alkoholpolitik och för ett narkotikafritt samhälle
- Riksförbundet Attention som är en intresseorganisation för personer med neuropsykiatriska funktionshinder
- Föräldraföreningen mot narkotika (FMN) är en länkorganisation främst för anhöriga till personer som använder narkotika
- Motorförarnas helnykterhetsförbund (MHF) som är en ideell trafiksäkerhetsorganisation som främst arbetar för trafiknykterhet
- Basta som bedriver arbetsinriktad missbruksrehabilitering som har utvecklats och drivs av den ideella föreningen Basta arbetskooperativ
- Kriminellas roll i samhället (KRIS) som är en kamratförening av före detta kriminella, med grundläggande idé att hjälpa den som frigges från fängelse att leva ett liv utan droger och kriminalitet
- Verdandi som är en gammal socialpolitisk organisation som arbetar med social kontaktverksamhet i bostadsområden, alternativ helg, opinionsbildning och brukarinflytande.
- IOGT-NTO som är en klassisk nykterhetsorganisation med många hundra lokalföreningar spridda över hela Sverige och arbetar förebyggande och med behandling
- Tobaksfakta som på tobaksområdet är en oberoende tankesmedja som arbetar på uppdrag av 17 medlemsorganisationer
- Non smoking generation som jobbar för att färre unga ska börja använda tobak och
- Riksförbundet VISIR är en religiöst och politiskt obunden organisation som sedan 1974 arbetar ideellt för att minska tobaksbruket.

Det finns många fler organisationer som gör viktiga insatser inom detta område så de vi ovan nämner är bara ett litet urval utan någon som helst värdering utan syftar enbart till att visa på bredden av områden som de idéburna organisationerna jobbar inom.

Organisationerna finns ute i lokalsamhället och kan därför uppmärksamma problem långt innan myndigheterna gör det. De kan både ta politiska initiativ för att t.ex. begränsa tillgången till alkohol, tobak och andra droger, fungera som opinionsbildare men också som viktiga kunskapsspridare i ANTDS-frågor. De kan också genom att fånga upp personer med missbruks-/beroende-/ och spelproblem i tidiga skeden ta initiativ till projekt som förstärka stödet till dessa personer. De kan därmed i ett tidigt skede förebygga att större problem uppstår. Kamratstöd och sociala sammanhang spelar en avgörande roll i återhämtningsprocessen. De organisationer som har fokus på socialt stöd kan också bidra till att utveckla vården genom att återföra synpunkter från klienter/brukare och utveckla metoder för att stärka brukarinflytandet.

Omkring 50 medlemsorganisationer är också medlemmar i CAN (Centralförbundet för alkohol och narkotikaupplysning) som är en del av civilsamhället. CAN är en oberoende organisation som har till uppgift att följa konsumtionsutvecklingen, bedriva och främja saklig information om verkningar på individ och samhälle av alkohol- och narkotikabruk liksom om metoder för att förebygga alkoholskador och icke-medicinskt bruk av narkotika. Ändamålet är att minska konsumtionen av alkohol och tobak och verka för ett samhälle fritt från narkotika och dopning, med en vision om en värld fri från skador orsakade av ovanstående substanser (CANs stadgar §1 – Ändamål, (<https://www.can.se/app/uploads/2020/01/stadgar.pdf>)).

CAN har en särskilt viktig roll, som vi ser det, i att regelbundet kartlägga svenska folkets ANDTS-vanor, både bland unga och vuxna. Dessutom har CAN ett omfattande kontaktnät regionalt och lokalt med bland annat länsrepresentanter i varje län (s.k. länsombud). Genom ett väl utvecklat samarbete med forskningslärosäten kommer också många av undersökningarna till användning inom forskningen.

De ideella organisationerna är, sammanfattningsvis sociala mötesplatser och arenor där både barn, unga och vuxna befinner sig. De driver och utvecklar aktiviteter, mötesplatser och stödinsatser utifrån lokala behov och bidrar till valfrihet, erbjuder kamrattstöd och är opinionsbildare och påtryckare.

Statens stöd till hälsofrämjande och förebyggande arbete som dessa organisationer bedriver har dock minskat drastiskt genom att kräva att alla insatser som skall stödjas ska ske i samarbete med akademiska lärosäten. Dessutom har inga nytillskott av medel skjutits till det senaste året. Det behövs utvecklingsmedel i samarbete med akademin men även resurser för innovativa insatser, som de idéburna organisationerna, i alla tider haft möjlighet att utveckla.

Organisationerna bör få ekonomiskt stöd för sin verksamhet som bör sträcka sig över flera år. Årslånga anslag är inte effektivt eftersom det försvårar långsiktig planering och långsiktiga insatser. När det gäller förebyggande insatser är just långsiktighet och kontinuitet av avgörande betydelse (se också kap. 4.15).

4.14 Forskningens bidrag

Forskningen inom ANDTS-området spelar en viktig roll i att identifiera utmaningar och kunskapsluckor. Forskningen främjar också utvecklingen av nya metoder, samt en evidensbaserad praktik inom områdets verksamheter. Forskning inom ANDTS-området är en av förutsättningarna för att kunna erbjuda vetenskapligt grundade kunskapsunderlag och metodstöd. Därför är det viktigt med en välfungerande samverkan mellan myndigheter, utförare och forskningsaktörer inom området. Forskningen bör även omfatta effekter av politiska åtgärder på nationell nivå.

Folkhälsomyndigheten har fördelat medel för att stödja utvecklingen av ett långsiktigt hållbart kunskapsbaserat preventivt ANDT-arbete, en uppgift som vi anser bör vila på det nya kunskapscentrumet. Medlen bör användas både för att stödja tillämpning av redan kända och verkningsfulla metoder och arbetssätt som behöver spridas geografiskt eller till fler grupper, för utveckling av nya metoder och arbetssätt, för att generera ny kunskap samt sprida erfarenheter av framgångsrikt och väl dokumenterat arbete. Kunskapscentrumet bör undersöka hur kunskap om lovande metoder effektivt kan spridas. Det civila samhällets organisationer utgör en viktig aktör i detta utvecklingsarbete. Medlen kan även sökas av kommuner, länsstyrelser, regioner, universitet, högskolor och FoU-enheter.

Länsstyrelsen har utvecklat goda kontaktytor med den tvärvetenskapliga forskningen, inte minst på preventions- och föräldrastödsområdet. Dessa kontaktytor bör värnas och bevaras.

Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd (Forte) har under senare år i perioder haft särskilda satsningar både när det gäller projektutlysningar och program för långsiktigt tvärvetenskapligt forskningsstöd inom områdena alkohol, narkotika, droger, tobak och spel. Programmet syftar till en långsiktig kunskapsuppbyggnad i samverkan med t.ex. profession och brukare, myndigheter och organisationer. Programmet ska likaså vara verksamhetsnära och främja nyttiggörande av forskningen. Det är viktigt att sådana särskilda satsningar återkommer med jämna mellanrum, så också inom strategiperioden 2021–2025.

4.15 Önskvärd finansiering

Vi kan konstatera att man i höstbudgeten dragit ner ANDTS-anslaget från 2019 till 2020 med 70 miljoner kronor för att under därpå följande år ligga kvar på denna lägre nivå om 95,5 miljoner kronor (2020–2023). Detta är mycket olyckligt eftersom det finns ett starkt behov av att öka insatserna inom området, inte tvärtom.

Vår ambition med strategin är att den ska leda till en nödvändig kraftsamling från samhällets sida. Vi anser därför att den budget som bör beslutas bör ligga på minst samma storleksordning som under den första strategiperioden (dvs. 265 miljoner årligen). Inom ramen för dessa medel bör ingå ett utökat stöd till ANDTS-samordnare på länsstyrelserna som, enligt vår mening, har en nyckelfunktion i implementeringen av strategin. Länsamordnarfunktionen är idag också utökad jämfört med när den infördes för tolv år sedan, utan att anslaget har ökat. Anslaget till länsstyrelserna är detsamma idag som 2008. Vidare bör i storleksordningen ca 40 miljoner per år avsättas till det föreslagna kunskapscentrumet. Dessutom bör bidraget till idéburna organisationer utökas rejält i form av utvecklingsmedel så att den resurs som beskrevs ovan (kap. 4.13) bättre tas till vara. Vi föreslår utvecklingsmedel för detta ändamål i storleksordningen 40 miljoner kronor per år. Det föreslagna kompetenscentrumet bör ansvara för att fördela projektstöd till förebyggande insatser, inom ramen för det årliga anslaget om 265 miljoner kronor, och till idéburna organisationer. Socialstyrelsen bör ansvara för fördelning av projektmedel för utveckling av vård- och behandlingsinsatser. Också dessa medel är en del av det årliga anslaget.

5. Förslag på insatser utifrån de sju målområdena

I detta kapitel redovisar vi våra förslag på insatser inom de sju olika långsiktiga målområdena nämnda i kapitel 2. Som nämndes inledningsvis bedrivs en mängd olika insatser som inte omnämns i denna text. Dessa är också viktiga för att den samlade effekten av samhällets totala insatser ska bli verkningfulla. Detta gäller exempelvis många av de uppgifter inom ANDTS-området som åvilar de olika myndigheterna redovisade i kapitel 4.

Förslagen i detta kapitel ska ses som de som vi ser som särskilt prioriterade insatser under strategiperioden. Förslagen är många och alla kanske inte är realistiska att genomföra under en femårsperiod. Samtidigt vill vi visa på bredden av insatser som finns och, om de genomförs – alla eller många – skulle få stor betydande på ANTDS-problemens omfattning i Sverige. Om man så vill kan man se det som en bred pamflett av förslag på viktiga insatser inom ANDTS-området.

De olika målområdenas nummerordning följer, som nämnts, en logisk ordning. Målområde 1 avser basen i det ANDTS-politiska och förebyggande arbetet: tillgänglighetsbegränsande insatser. En försvagning av insatser inom detta område kan knappast kompenseras av en förstärkning av insatser inom övriga målområden. Men sammantaget behövs insatser initieras, utvecklas, förstärkas och bättre implementeras inom alla områden, både förebyggande, tidiga och riktade insatser samt vård och behandling. Insatser behövs också både på såväl internationell, nationell, regional samt lokal nivå och bedrivs både av myndigheter och idéburna organisationer.

5.1 Långsiktigt mål 1: Tillgång till narkotika, dopningsmedel, alkohol, tobak och spel om pengar ska minska

Skuggans bedömning: Insatser inom detta område har starkt vetenskapligt belägg och uppvisar stora effekter. Hit hör lagstiftning, regleringar av olika slag, skattehöjningar, tillsyn och andra insatser som på olika sätt syftar till att minska tillgängligheten. Insatser inom detta område utgör själva basen för den svenska ANDTS-politiken, men mycket mer kan göras både genom att bättre implementera och tillämpa redan existerande metoder och insatser inom olika områden men också genom att utveckla och vidareutveckla nya sådana. WHO:s strategier betonar effektiviteten i åtgärder som minskar konsumtionen totalt i en befolkning genom åtgärder på befolkningsnivå. Förslag på prioriterade åtgärder nedan har en sådan inriktning.

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 detaljhandelsmonopol som tar bort det privata vinstintresset från detaljhandelsmarknaden, begränsade öppettider på Systembolaget, höga alkohol- och tobaksskatter, relativt sett höga åldersgränser för inköp 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 bestäm-

ningsfaktorer för konsumtion och i nästa led för skadeomfattning, centrala indikatorer. Tillgänglighetsbegränsande insatser av den här typen har starkt stöd i forskningen (se t.ex. WHO, 2010, 2012, 2018a; Babor, m.fl., 2010; Andréasson, 2008; för tidigare nordiska erfarenheter se t.ex. Room, 2002). Trots att den svenska ANDT(S)-politiken fortfarande i ett internationellt perspektiv har stora inslag av restriktiva insatser menar vi att mycket mer kan göras, både i att förstärka effektiviteten på redan verkningsfulla områden men också genom att utveckla nya effektiva insatser. Dessutom är många av insatserna inom detta område att betrakta inte bara som effektiva i att förebygga skador utan också i kostnad. Flera åtgärder sammantaget är också effektivare än enskilda åtgärder i sig visar forskningen särskilt på tobaksområdet.

Under detta målområde redovisas också förslag på kontrollinsatser (regleringar, tillståndsplikt, tillsyn) som inte alla har en direkt omedelbar påverkan på tillgången till ANDTS, men som likväl är viktiga långsiktiga insatser för att begränsa tillgången. Många av förslagen avser också nationella åtgärder men flera av dessa måste, för att fungera, implementeras och efterlevas på lokal nivå.

Prioriterade mål under strategiperioden

5.1.1 Ökad användning av nationella tillgänglighetsreglerande insatser

Skuggans bedömning: Skattepolitiken är idag ett underutnyttjat alkohol- och tobakspolitiskt verktyg, så också andra insatser som begränsar tillgången till ANDTS. Under strategiperioden bör punktskatterna på alkohol och tobak höjas rejält, minimipriser på alkoholprodukter införs, reglerna för skattskyldighet vid införsel av alkohol från andra länder ses över och serveringstiderna begränsas till allra senast kl. 03.00. Vidare bör åldersgränserna för detaljhandel och servering av alkoholdrycker och tobaksprodukter harmoniseras och för samtliga uppgå till 20 år, även för inköp av folköl i butik.

Av yttersta vikt är att behålla Systembolagets detaljhandelsmonopol. Försäljning av alkoholdrycker i licensierade butiker, eller i livsmedelsbutiker, skulle öka tillgängligheten till alkoholdrycker med stegrad alkoholkonsumtion som följd. Systembolagets sociala ansvar, som följer av att det inte drivs av vinstintresse, bör lyftas fram ytterligare och nyttjas mer framöver. Därför är det också av stor vikt att gårdsförsäljning inte tillåts och att reglerna för distansförsäljning utgår från svensk alkohollag som säger att all detaljhandel av alkoholdrycker starkare 3,5 volymprocent ska ske genom Systembolaget.

Tillsynsarbetet bör få en mer framskjuten plats som ett viktigt förebyggande verktyg och tobakslagen bör inkludera alla tobaks- och nikotinprodukter som inte är läkemedel.

Punktskatterna på alkohol och tobak bör gradvis höjas rejält

Höga alkohol- och tobakspolis, till följd av hög alkoholbeskattning, är ett av de mest effektiva alkohol- och tobakspolitiska styrinstrument som kan användas i ett land. Ingen annan alkohol- och tobakspolitisk kontrollåtgärd har heller blivit föremål för så många undersökningar. De studier som genomförts har visat på ett negativt förhållande mellan pris

och försäljning av alkohol och tobak. När priset stiger sker en minskning av alkohol- och tobaksförsäljningen och när priserna sjunker ökar försäljningen. Försäljningen av alkoholdrycker och tobak är således, som de av de flesta varor, priskänsliga (se t.ex. Elder et al., 2010; Anderson et al., 2009; WHO, 2010; Nguyen, m.fl., 2012; Chaloupka, 2012).

Sverige har också under många decennier aktivt använt höga punktskatter som ett effektivt styrinstrument i syfte att hålla nere konsumtionen, dock inte särskilt aktivt under de senaste 25 åren framför allt inte på alkoholsidan. Som anfördes i kapitel 2 anser vi att framför allt alkoholskattepolitiken saknar färdriktning. Skatterna har legat kvar på samma nivå under många år och höjdes ytterst blygsamt under både 2014, 2015 och 2017. Jämfört med 1995 har de reala skatterna sjunkit för öl, vin och sprit med 32, 22 respektive 15 %. Nästan hela nedgången ägde rum från 1995 till 2010 för att därefter uppvisa svag minskning (vin) eller t.o.m. en svag ökning i fasta priser (sprit, öl). De relativt stabila nivåerna under 10-talet beror på de skattehöjningar som genomfördes men också på låg inflation.

Skattefrågan har präglats av en ängslighet över tänkbara konsekvenser, inte minst när det gäller effekterna på införseln. Erfarenheterna från de tre senaste genomförda blygsamma alkoholskattehöjningarna 2014, 2015 och 2017 visar på sammantaget ökade skatteintäkter, en viss dämpande effekt på försäljningen av alkohol samtidigt som inga tecken finns på ökning av alkoholinförseln.

Vi menar att skatteinstrumentet är underutnyttjat som alkohol- och tobakspolitiskt styrmedel. Effekterna av gradvis rejält ökade skatter, helst i kombination med införandet av minimipriser (se nedan), kan inte underskattas. Skulle exempelvis alkoholpriserna i reala termer öka med ca 15 % genom skatteökningar på ca 35 %, kombinerat med införandet av minimipriser, är det högst rimligt att tänka sig en totalkonsumtionsminskning i storleksordningen 10–15 %.

Tobaksskatterna har, till skillnad från alkohol, ökat i fasta priser över tid; från 1995 fram till idag med ca 60 %. Men sett till köpkraftsökningen under denna tid har tobakspriserna legat ganska så stilla (realinkomsterna har ökat med mer än 50 % sedan 1995) (och alkoholpriserna har således sjunkit än mer än vad endast de fasta priserna indikerar). Många länder i vår nära omvärld har samtidigt höjt tobaksskatterna mer än vad Sverige har gjort och idag har Sverige tobakspriser som endast är marginellt högre än genomsnittet för EU-länder (3,3 Euro per 20 cigaretter, jfr med EU-genomsnittet på 3,0 Euro). Tobaksskatterna och priserna i Sverige kommer snart att vara de lägsta i Norden på grund av övriga länders mer aktiva skattepolitik på tobaksvaror. Idag är genomsnittspriset i Sverige knappt 6 Euro per paket jämfört med drygt 11 Euro i Norge, 7,4 Euro i Danmark fr.o.m. 1 april 2020, och 8,2 Euro i Finland. Även Irland och Storbritannien har högre tobaksskatter än Sverige.

Vi föreslår att alkohol- och tobaksskatterna justeras uppåt och bör ligga på runt fem procentenheter över den allmänna prisutvecklingen (KPI) per år med långsiktigt mål, för alkohol, att nå upp till samma relativa nivå som 1995. Ökningarna bör genomföras gradvis per år samtidigt som man också noga följer utvecklingen av införsel och smuggling. Under alla omständigheter är det viktigt att också samtidigt bedriva ett aktivt arbete som syftar till att få till stånd lägre införselkvoter och begränsa smugglingen av alkohol och tobak (se senare förslag).

Minimipriser på alkoholdrycker bör införas

Förutom reglering av punktskatter kan priserna förändras av andra skäl, exempelvis genom förändrad momsats, men också genom att leverantörerna förändrar sina priser. Med nuvarande system för alkoholbeskattning kan leverantörerna välja att ta ut en eventuell höjning av

alkoholskatten på annat sätt, t.ex. på andra varor eller helt enkelt genom en sänkning av sina egna priser till butiker och restauranger och därmed av vinstmarginalen.

En nackdel med skattehöjning är också att det inte kan förhindra att en del konsumenter istället för att dricka mindre övergår till att dricka billigare drycker. Forskning från USA och Storbritannien visar att storkonsumenter, med hög risk för hälsoproblem, tenderar att köpa den billigaste alkoholen.

Svenska data visar också att de som köper den billigaste alkoholen är mer priskänsliga än de som köper dyrare sorter, främst då de inte kan byta till något billigare alternativ om priset höjs. Ett system med minimipriser säkerställer att alkohol inte kan säljas under en viss prisnivå.

Skattningar av minimipriser har visat sig leda till sänkt alkoholkonsumtion, minskad dödlighet och färre sjukhusinläggningar. Minimipriser bidrar således till att utjämna ojämlikheter i hälsa. Internationell forskning visar att högriskkonsumenter i de lägsta socioekonomiska grupperna är de som drabbas hårdast av konsumtionsökningar i form av ökade alkoholrelaterade skador, men de är också den grupp som gynnas mest av höjda minimipriser. Måttlighetskonsumenter, å andra sidan, påverkas knappast alls av ett system med minimipriser. Detta beror på att de till övervägande del köper alkohol vars pris ligger över minimiprisnivån. Systemet med minimipriser är i hög grad inriktat på de konsumenter som har de största hälsoriskerna och bidrar till att deras hälsorisk minskar och till att skillnaderna i hälsa mellan olika samhällsgrupper utjämnas. För översikt över tidigare länders erfarenheter, se Boniface, m.fl., 2017; Gillmore, 2015).

Som enda region hittills inom EU har Skottland infört minimipriser (maj 2018). Den första publicerade effektstudien, som baserat på utvecklingen under de första 34 veckorna efter införandet, visar att resultaten bekräftar tidigare skattningar. Under perioden sjönk försäljningen med 7,6 % som en följd av minimipriserna på 50 pence per cl ren alkohol (ca 6 SEK per cl ren alkohol eller ca 17 SEK för 50 cl starköl med 5,5 % volymstyrka eller ca 58 SEK för 75 cl vin med 12 % volymstyrka).

Effekten syns enbart i de 20 % av hushållen med högsta inköpsvolym av alkohol och är större i hushåll med lägre inkomst (O'Donnell, m.fl., 2019); också detta i linje med tidigare studier. Även om effekten kan klinga av något över tid talar allt för att effekten är avsevärd och sannolikt högre än vad tidigare skattningar prognosticerade. I det skotska fallet prognostiserades en minskning med 3,6 % (se Mooney & Carlin, 2019).

Vi föreslår minimiskatter på alla alkoholdrycker men den exakta utformningen och nivån måste tas fram av regeringen. Nivåerna bör dock ligga så pass högt att dagens lägsta priser behöver justeras uppåt. Den skotska miniminivån är en rimlig utgångspunkt i fastställandet av den svenska minimiprisnivån.

Detaljhandelsmonopolet måste värnas

Bortser man från restaurangerna säljs alla alkoholdrycker som är starkare än 3,5 volymprocent genom det statliga detaljhandelsmonopolets butiker (Systembolaget AB). Systembolagets antal butiker uppgick under år 2019 till 426 (inklusive sommarbutiker). Därtill finns ca 580 särskilda ombud för försäljning, så kallade utlämningsställen, där kunder kan beställa varor för avhämtning, oftast dagen efter. Försäljningen via dessa ombud har minskat över tid och svarar numera för mellan 1 och 2 % av Systembolagets totala försäljning. Vidare kan man också beställa alkohol för hemleverans, som i framtiden kommer finnas tillgängligt i alla län

och inte, som tidigare, endast i ett antal försökslän. Detta då Regeringen den 1 juli 2019 gav Systembolaget klartecken att göra hemleverans till en del av verksamheten.

Systembolaget strävar både efter ansvarsfull försäljning men också till att ge bra service till kunderna. Många förändringar som genomförts under de senaste decennierna har syftat till att öka servicen i form av senare öppettider, lördagsöppet, hemleveransservice och fler antal butiker (dock inte per capita). Men även samhällsuppdraget (folkhälsansvaret) med olika kommunikationsinsatser och stöttning av forskning har stärkts. Den allmänna opinionen har också svängt kraftigt under de senaste ca 15 åren. Idag är en stor andel positiva till Systembolagets ensamrätt och följaktligen vill endast en mindre del av befolkningen ha försäljning av starköl, vin och sprit i livsmedelsbutiker (Karlsson, m.fl., 2017; se också Kantar Sifos mätningar av opinionsindex angående Systembolagets ensamrätt (Systembolaget, 2020). Överhuvudtaget finns idag ett stort stöd i befolkningen för en restriktiv alkoholpolitik; ett stöd som är mer generellt förankrat än att bara bygga på ett stöd för Systembolagets detaljhandelsmonopol (Ramstedt, m.fl., 2019).

Det är en balansgång i hur långt man ska gå i strävandena efter att förbättra servicen och, i förlängningen, folks välvilliga inställning till Systembolaget. Å ena sidan ökar konsumtionen med sådana åtgärder, å andra sidan kan ett detaljhandelsmonopol på sikt knappast överleva om det inte till viss grad anpassas i takt med att omvärlden förändras och människors vardag och verklighet med den. Om sådana förändringar inte hade genomförts överhuvudtaget hade Systembolagets ställning sannolikt i dag varit svagare såväl bland allmänheten som bland beslutsfattare. Framtiden för detaljhandelsmonopolet är dock fortfarande en fråga som diskuteras. Mot bakgrund av detta finns det goda skäl att ytterligare lyfta fram de viktiga alkoholpolitiska uppgifter som detaljhandelsmonopolet har. Här avses både Systembolagets roll att motverka försäljning av alkoholdrycker till personer under 20 år (Systembolaget har en effektiv ålderskontroll. De provköp som bolaget låter ungdomar strax över 20 år göra i butikerna visar att butikspersonalen begär legitimation i över 95 % av fallen) och, framför allt, Systembolagets roll som bärare av den hårt ansatta desintresseringsprincipen. Denna är, enligt vår uppfattning, en av de allra viktigaste principerna inom den svenska alkoholpolitiken, nämligen att ge det kommersiella vinstintresset ett litet och kontrollerbart utrymme. Konkurrens och privat vinstintresse är dynamiska krafter som leder till aktiv försäljning och därmed driver upp konsumtionen. I dag är Systembolaget den enda av samtliga aktörer på alkoholmarknaden som inte drivs av vinstintresse. Om Systembolagets monopol avskaffas kommer, helt enkelt, konsumtionen och alkoholskadorna att öka kraftigt (se t.ex. Stockwell, m.fl., 2017).

Synnerligen viktiga frågor blir i detta sammanhang att inte tillåta gårdsförsäljning och att tydligt reglera och skärpa bestämmelserna om distanshandel. Gårdsförsäljning innebär att vingårdar, vin-, sprit- och öltillverkare i Sverige ska få sälja sina produkter direkt till konsumenterna i Sverige. Problemet är att om man tillåter svenska alkoholtillverkare att sälja direkt till konsumenterna innebär det att svenska produkter favoriseras och importerad alkohol diskrimineras. Det strider mot förutsättningarna i EU-domstolens dom i det så kallade Franzénmålet 1997. Det finns därför stor risk för att detta skulle leda till att det svenska detaljhandelsmonopolet anses strida mot EU-rätten och därför måste upphävas. Att låta privata tillverkare få sälja alkohol direkt till allmänheten bryter mot principen att hålla privat vinstintresse och konkurrens borta från detaljhandeln med alkohol. Det är svårt att bedöma tillväxtpotentialen för en sådan detaljhandelskanal eftersom den beror på lagstiftningens utformning, men det finns en överhängande risk att ett införande även kortsiktigt bidrar till att öka antalet tillverkare och därmed tillgängligheten till alkohol, även i lägre prisklasser.

Ibland påstås att svensk gårdsförsäljning skulle kunna accepteras av EU, eftersom Finland sedan länge har gårdsförsäljning som accepteras av EU-kommissionen. Men skillnaden är att den finska endast gäller vin tillverkat av bär och frukter som odlas norr om den sextionde breddgraden, och därmed inte ses som nämnvärt konkurrerande med vin från andra EU-länder. Det bör nämnas också att Finland även har gårdsförsäljning av hantverksöl upp till 12 %. Detta har ej prövats av EU-domstolen men ansågs som del av samma undantag av Finska högsta domstolen i alko-taxidomen. De svenska förslagen till så kallad gårdsförsäljning gäller däremot både sprit och öl samt vin tillverkat av vindruvor. EU-kommissionen skulle därför motsätta sig ett sådant beslut, precis som de gjorde när den finska regeringen försökte utvidga den finska gårdsförsäljningen till att omfatta även spritdrycker.

Distanshandeln med alkohol från utlandet, med hjälp av internet, har successivt ökat. Den bedrivs nu i detaljhandelsliknande former och med stöd av reklam och annan marknadsföring. På sikt är verksamheten ett hot mot alkoholmonopolet och den svenska alkoholpolitiken. Det är nödvändigt att den svenska lagstiftningen skärps med bestämmelser som förbjuder främjande eller förmedling av försäljning av alkoholdrycker från utlandet. Förbudet måste också gälla reklam och annan marknadsföring och omfatta alla sälj företag, även utländska (se också förslag under långsiktigt mål 4).

Om inget görs blir företagen oförhindrade att skapa olika tjänster för att främja den kommersiella försäljningen av alkoholdrycker. Andra företag i Sverige, till exempel svenska livsmedelshandlare med fysiska butiker eller nätbutiker med hemleverans, kan ordna med transport till köparen. Redan idag finns det livsmedelshandlare som på nätet ”förmedlar” alkoholdrycker, tar betalt och levererar ut alkoholen tillsammans med familjens matkasse. Man måste räkna med att möjligheterna är fler än vad vi kan fundera ut på förhand.

Införselkvoterna bör sänkas

En av de i särklass mest diskuterade alkoholpolitiska frågorna under senare decennier rör just införselkvoterna och konsekvenserna av ökningarna av kvoterna från 1995 till 2004, då det tillfälliga undantaget med lägre kvoter än övriga EU-länder upphörde. Bestämmelserna kring skattskyldighet vid privat resandeförsel av punktskattepliktiga varor från andra EU-länder regleras i Artikel 32 i EU:s punktskattedirektiv (Direktiv 2008/118/EG) och gäller således fullt ut i Sverige sedan 2004. Dessa regler gäller även tobak, även om införselvolymerna är lägre än för alkohol. Sedan 2004 är det således fritt att ta in så stora mängder man önskar för eget personligt bruk.

Den fria införselns effekter på den totala alkoholkonsumtionen och vilka begränsningar det sätter på möjligheterna att bedriva en aktiv inhemskt restriktiv politik, främst utnyttjandet av skatteinstrumentet, har diskuterats flitigt under åren. Det torde stå utom allt tvivel att införseln har varit en viktig bidragande faktor till att punktskatterna inte höjts mer än marginellt sedan 1995 och att de fasta priserna sjunkit rejält. Som anfördes i avsnittet om höjda alkohol- och tobaksskatter är detta, enligt vårt sätt att se det, ett för passivt förhållningssätt. Icke desto mindre finns det en oro bland beslutsfattare att skattehöjningar leder till ökad införsel, och inte minst smuggling.

Därför är det intressant att notera att införsel frågan för första gången på riktigt behandlas inom EU-kommissionen. Bestämmelserna kring skattskyldighet vid privat resandeförsel av alkohol från andra EU-länder regleras i Direktiv 2008/118/EG och gäller således fullt ut i Sverige sedan 2004. I slutet av 2018 lanserade Europeiska Kommissionens Skattedirektorat och Hälsodirektorat en utredning om införselreglerna. Under 2019 diskuterade dessutom medlemsstaterna frågan inom ramen för en större översyn av direktivet. Det har tydligt

framkommit att det finns olika tolkningar av direktivets bestämmelser kring resandeförsel. Flera länder riktar också skarp kritik till nuvarande regler som försvårar för medlemsländer att bedriva en mer aktiv alkohol- och tobakspolitik framför allt på skatteområdet. Dessa skillnader finns både mellan EU:s medlemsländer och mellan medlemsländerna och EU-kommissionen. Med anledning av detta föreslår vi följande:

- Att Sverige, ensamt, eller i samarbete med grannländer undersöker möjligheten att närma sig EU-kommissionens och flera andra EU-medlemsstaters skarpare tolkning av reglerna kring resandeförsel. Detta bör särskilt fokusera på hanteringen av bevisbördan vid förflyttningar som överstiger referensnivåerna och den praktiska tolkningen av vad som utgör gåvor inom ramen för konceptet ”eget bruk”.
- Att Sverige, liksom Finland, inför kvantitativa begränsningar på mängden tobaksprodukter utan varningstexter på svenska som kan föras in i Sverige genom resandeförsel.
- Att Sverige fortsatt engagerar sig tillsammans med andra likasinnade länder för att införelserna ska skärpas. Målet bör vara att skyldighet att betala svensk alkoholskatt ska uppstå även vid resandeförsel av alkohol från andra EU-länder, i likhet med de regler som idag gäller för resandeförsel från länder utanför EU.

Möjligheten att förlänga serveringstider till efter kl. 03.00 bör upphöra

Enligt alkohollagen får servering av spritdrycker, vin och starköl, om inte tillståndsmyndigheten beslutar annat, påbörjas tidigast kl.11.00 och ska avslutas senast kl.01.00, den s.k. normaltiden. Kommunerna kan dock bestämma andra tider. Vid kommunens tillståndsmyndighets prövning om utsträckt serveringstid ska risken för olägenheter i fråga om ordning och nykterhet eller särskild risk för människors hälsa särskilt beaktas. Under sen kvällstid/natt är det inte många restauranggäster som äter mat, utan det är då istället, huvudsakligen, alkohol drycker som konsumeras. Kommunens tillståndsmyndighet kan således besluta om utsträckt serveringstid utanför den s.k. normaltiden, men även om inskränkning av densamma.

Allt fler restauranger har exempelvis också möjlighet att ha öppet även efter kl. 01.00. De allra flesta av dessa har öppet till kl. 03.00. År 1995 var antalet 1 170, år 2003 2 074 och år 2018 2 723 (med stadigvarande serveringstillstånd till allmänheten), alltså en ökning med ca 130 %. Antal restauranger totalt sett med stadigvarande serveringstillstånd till allmänheten i Sverige har ökat gradvis från ca 8 100 år 1995, 10 500 år 2005 och till ca 13 000 år 2018 (Folkhälsomyndigheten, 2020).

Sena serveringstider är i stor utsträckning ett storstadsfenomen, framför allt serveringstid senare än kl. 03.00 som i stort sett endast förekommer i Stockholm, Göteborg, Malmö (och Helsingborg). I samtliga dessa fall är kl. 05.00 den senaste förekommande serveringstiden som kan beviljas efter särskild prövning. Exakta antalet restauranger (nattklubbar) med serveringstillstånd till kl. 05.00 har visat sig vara svårt att få fram men uppskattningsvis ligger antalet på mellan 20 och 30 stycken totalt sett i landet.

De flesta studier av förändrade öppettider har visat att konsumtionen påverkas av ökade/minskade öppettider för försäljning eller servering (dagar eller antal timmar per dag), att de kan omfördela tidpunkten när alkoholrelaterade olyckor och misshandel äger rum och bidra till att minska/öka det totala antalet alkoholrelaterade problem. Det finns ett starkt stöd i internationell forskning att öppettider för servering påverkar alkoholrelaterat våld. Minst tre internationella översikter kommer till samma slutsats (Stockwell & Chikritzhs, 2009; Wilkinson, m.fl., 2016; Hahn, m.fl., 2010; se också Babor, m.fl., 2010). En studie från Norge fann att en ökning av öppettiden på en timme ledde till en ökning av våldet nattetid på ca 16 % (Rossow & Norström, 2012).

Forskningen är dock inte entydig. I nämnda studie från Rossow och Norström (2012) identifierades totalt nio studier som skattat effekten på våld av förändrade öppettider. I fem av dessa studier gick resultaten i förväntad riktning (förlängda öppettider – ökat våld), i två studier gick resultaten inte i förväntad riktning och i två studier fann man ingen signifikant effekt.

Svenska erfarenheter (Kalmar, Barometern, 2013; Västerås, Västerås stad, 2014; Göteborg, Wingren, 2014) av förändrade öppettider på krogen pekar åt lite olika håll men tolkningarna bygger på svaga empiriska underlag, framför allt genom att man inte har kontrollerat för den allmänna våldstrenden under försöksperioden (se Norström, m.fl., 2014). Ett undantag finns, nämligen utvärdering av förlängda öppettider, från kl. 02.00 till kl. 03.00 på nattklubbar i Visby under sommaren 2014 (Norström, m.fl., 2014). I denna mer studie fann man att våldsnivån minskade under försöksperioden jämfört med motsvarande perioder under de föregående fyra åren. Författarna tolkar det gynnsamma resultatet av att man fått en jämnare hemgång från krogen och att man under försöket förstärkte med andra förebyggande aktiviteter som är dokumenterade effektiva.

Trots lite olika resultat blir vår sammantagna bedömning av forskningen ändå att det förväntade värdet av sena (ökade) öppettider är ökad konsumtion och ökade alkoholproblem och tvärtom vid minskade öppettider.

Olika möjligheter att begränsa öppettiderna på restauranger har förts fram och övervägts av statliga utredningar och andra myndigheter i syfte att styra över gästerna till att besöka näringsställen tidigare på kvällen. Skälen till förslagen är flera, bl.a. ökar alkoholkonsumtionen med de sena serveringstiderna, något som också leder till ökade ordningsproblem. De anställda på krogarna har dessutom intresse av begränsat öppethållande med hänsyn till sina arbetstider.

Vi föreslår att en senaste serveringstid, kl. 03.00, vilken kommunen inte har möjlighet att överskrida vid tillståndsgivning, anges i alkohollagen och att tiden för utrymning av serveringsstället utökas från dagens 30 minuter till en timme efter stängningsdags, detta för att alltför många restauranggäster skulle lämna stället vid ungefär samma och förhållandevis korta period. Det bör betonas att normaltiden för servering fortfarande ska vara mellan kl. 11.00 och kl. 01.00.

Höjda åldersgränser till 20 år för all alkohol- och tobaksförsäljning, inklusive servering

En av hörnpelarna i den svenska alkohol- och tobakspolitiken är – och har under lång tid varit – att verka för alkohol- och tobaksfria ungdomsår. Skyddet för barn och ungdomar är särskilt viktigt. Detta gäller även de illegala drogerna – narkotika och dopning – och även spel om pengar. I den nuvarande strategin står att insatser för att skydda barn och unga mot eget och andras skadliga bruk utgör grunden för det hälsofrämjande och förebyggande ANDT-arbetet (Regeringens skrivelse, 2015/16:86, sid 1).

Forskning visar på ett tydligt samband mellan tidig alkoholdebut eller avancerade alkoholvanor i unga år och riskfyllda alkoholvanor senare i vuxenlivet (t.ex. Andersson, 1988; Andréasson, m.fl., 1991; Grant & Dawson, 1998; Pape & Hammer, 1996; Pedersen, 1998). Forskningsrön visar vidare att ungdomar som inte vuxit färdigt är särskilt känsliga för alkoholens effekter på hjärnan (t.ex. Brown, m.fl., 2000; White, m.fl., 2002).

Åldersgränsen för inköp av alkoholdrycker på Systembolaget är 20 år. Folköl kan köpas vid 18 års ålder. Även åldersgränsen för att bli serverad alkoholdrycker på restauranger är 18 år, så även åldersgränsen för försäljning av tobak.

Alltsedan myndighetsåldern sänktes till 18 år har krav framförts om sänkning av åldersgränsen på Systembolaget till samma ålder som på restauranger. Bl.a. har civilrättsligt ansvar, värnplikt, allmän rösträtt, som samtliga är kopplade till myndighetsåldern, åberopats som skäl för att så även bör vara fallet för åldersgränsen för inköp på Systembolaget. En restriktiv alkoholpolitik med speciellt uttalat skydd för ungdomar har dock vägt tyngre, en ståndpunkt som vi delar. En åldersgräns blir givetvis aldrig definitiv, vare sig det gäller inköp eller servering av alkoholdrycker. En spridningseffekt mot lägre åldrar kan därför inte undvikas, men en högre åldersgräns bidrar till att spridningseffekten inte når lika långt ner i åldrarna som en lägre åldersgräns (för en genomgång av den tidigare utredningen och resonemang, se SOU 2005:25).

Det finns, som vi ser det, egentligen inga goda skäl till att åldersgränsen på Systembolaget, restauranger, köp av folköl i butiker och för tobaksinköp skiljer sig åt. Restauranger säljer i regel alkoholdrycker med samma alkoholstyrka som Systembolaget. Restaurangutbudet har ökat stadigt under flera decennier. Många unga män och kvinnor under 20 år är flitiga restaurangbesökare. Folkölsförsäljningen (och tobaksförsäljning) i butik har i provköpsstudier regelmässigt visat på mycket sämre efterlevnad av åldersgränsen än Systembolaget. Visserligen har folkölskonsumtionen sjunkit i Sverige totalt sett under de senaste ca 20 åren men volymen och andelen av totalkonsumtionen är inte att betrakta som försumbar. Detta gäller också ungdomar. Idag står folkölskonsumtionen för ca 11 % av årskurs 9-elevs totala alkoholkonsumtion. Bland gymnasieelever (åk 2) är motsvarande andel ca 7 %.

Mot bakgrund av detta och de empiriska belägg som finns när det gäller effekter av åldersgränser finns det goda skäl att anta att en höjning av åldersgränsen för alla kategorier av inköp skulle leda till minskad alkohol- och tobakskonsumtion i den berörda åldersgruppen. Vi föreslår därför en höjning av åldersgränsen för alla alkohol- och tobaksinköp till 20 år. Motivet till den föreslagna höjningen är alltså dess dämpande effekt på alkoholkonsumtionen och inte i sig att åldersgränserna harmoniseras. Det sistnämnda är en bieffekt.

Tobakslagen ska inkludera alla tobaks- och nikotinprodukter som inte är läkemedel

Nya nikotinprodukter lanseras löpande. Produktutveckling och marknadsföring sker ständigt och myndigheterna har svårt att hinna med att reglera de nya produkterna. Produktutvecklingen kan bestå av utvinning av rent nikotin ur tobaksplantan, utveckling av olika elektroniska apparater som förångar eller värmer upp innehållet och tillsatsen av olika smakämnen.

Tobaksföretagen marknadsför dem som mindre skadliga än vanliga cigaretter. Men den vetenskapliga kunskapen om de nya tobaksprodukterna är fortfarande låg, och de långsiktiga hälsoeffekterna är okända. Men man vet genom mer forskning att de inte är riskfria att använda, att de är beroendeframkallande och att sannolikheten att ungdomar börjar röka traditionella cigaretter ökar. Därför manar exempelvis flera Internationella expertorganisationer till stor försiktighet och restriktivitet i hanteringen av e-cigaretter (se t.ex. European Heath Network, 2019, European Respiratory Society (Bals, m.fl., 2019) och the Union for International Cancer Control, 2020 för genomgång av kunskapsläget).

Flera av de nya produkterna omfattas inte av den befintliga tobakslagstiftningen, något som lett till att försäljningen av dem kan pågå en lång tid innan dess innehåll och marknadsföring regleras. När beslutsfattarna hinner ikapp har redan nya oreglerade produkter dykt upp på marknaden.

Ett exempel är e-cigaretterna som nu regleras i allt fler länder efter nästan tio år på marknaden. I Sverige regleras e-cigaretterna i den nya tobakslagen (lagen om tobak och liknande produkter, 2018:2088) som alltså trädde i kraft den 1 juli 2019 och som bl.a. innehåller en 18-årsgräns för inköp och krav på tillverkare och importörer när det gäller e-cigarettprodukternas innehåll. Men det finns redan andra nya nikotinprodukter på den svenska marknaden som är oreglerade. Detta gäller t.ex. portionspåsar med nikotin som liknar portionspåsar med snus. De sägs vara fria från tobak och omfattas därför inte av tobakslagen.

Regeringen har också nyligen beslutat om en utredning (Dir.2020:9) för att ”säkerställa en sammanhållen och systematisk reglering av tobak, e-cigaretter och påfyllnadsbehållare samt tobaksfria nikotinprodukter och, vid behov, tobaks- och nikotinfria produkter som används på ett likartat sätt som tobaksvaror”. Regleringen ska gälla dagens produkter men även ta höjd för tänkbara kommande produkter.

Vi menar att i enlighet med WHO:s tobakskonvention ska bruket av alla tobaks- och nikotinprodukter förebyggas och minskas. Därför bör dessa nya produkter, så långt det är möjligt, regleras på samma sätt som andra tobaksprodukter. En rimlig åtgärd vore därför att inkludera alla dessa tobaks- och nikotinprodukter, som inte är läkemedel, i tobakslagen.

Att det är möjligt att reglera alla dessa nya tobaks- och nikotinprodukter på samma sätt som vanlig tobak finns det goda exempel på. Ett är Norge, som i sin tobakslagstiftning inkluderar alla sådana produkter, s.k. tobakssurrogat. Med tobakssurrogat menas produkter som efter sin användning är att jämföras med tobaksprodukter men som inte innehåller tobak. (Lov om endringer i tobaksskadeloven (gjennomføring av direktiv 2014/40/EU og standardiserte tobakspakninger.) Den danska lagstiftningen som är på gång kommer också att ha en liknande skrivning för nya tobaks- och nikotinprodukter för njutning.

5.1.2 Förstärkning och utveckling av andra kontrollinsatser: tillsyn, egenkontroll, alkohol- och rökfria miljöer, tillstånds- och märkningsregler för tobak

Skuggans bedömning: För alkohol-, tobaks- och spellagens efterlevnad (exempelvis åldersgränser) är det av stor vikt att tillsynsarbetet bedrivs på ett effektivt sätt med hög kvalitet. Tillsynsarbetet som till största delen bedrivs av kommunerna ska ses som en viktig förebyggande insats men som inte fullt ut utnyttjas effektivt idag. Tillsynsarbetet behöver öka i effektivitet och omfattning både när det gäller alkohol och tobak och i butiker, serveringsställen och i miljöer som, enligt lag, ska vara rökfria. Två viktiga delar av ett effektivt tillsynsarbete är kontrollköp och implementering av metoden Ansvarsfull alkoholservice och dess tre huvudkomponenter (utbildning av serveringspersonal, strukturerad tillsyn tillsammans med polis och samverkansgrupp med kommun, polis, restaurangbransch). Båda bör genomföras i större utsträckning och i fler kommuner än vad som är fallet idag.

Vid sidan av tillsyn pågår också av branscherna viktigt arbete med egenkontroll (egen tillsyn). Även detta arbete bör förstärkas och ingå som en naturlig del i kommunernas tillsynsarbete.

Skärpta märkningsregler för tobak genom reklamfria förpackningar och smakreglering av alla tobaksprodukter, inte enbart cigaretter, bör införas. Alla tobaksprodukter bör också regleras på samma sätt med tillsyn och säljtillstånd.

En effektivare och samordnad alkohol-, tobaks- och speltillsyn

För alkohol-, tobaks- och spellagens efterlevnad (exempelvis av åldersgränser) är det av stor vikt att tillsynsarbetet bedrivs på ett effektivt sätt med hög kvalitet. Tillsynsarbetet, som till stor del bedrivs av kommunerna, är en central del i det förebyggande arbetet men mer kan göras. Vi vet idag också relativt väl, genom många års förtjänstfullt utvecklingsarbete på området, hur ett effektivt tillsynsarbete kan bedrivs. Osäkerheten är dock stor huruvida sådana insatser genomförs rutinmässigt runt om i Sverige. En viktig utgångspunkt är att ta reda på vad som faktiskt görs och om arbetet gått i riktning mot större effektivitet och också mot större likvärdighet mellan kommuner. Detta var ett prioriterat mål redan i förra strategin (2010–2015) och vi ser inga skäl till att ändra på detta.

Folkhälsomyndighetens data från den s.k. Länsrapporten med relevanta data (frågor) om hur tillsynsarbetet bedrivs ger här unika möjligheter att följa arbetet över tid. Men ingen har sammanställt dessa data på ett systematiskt sätt varför bilden är oklar om hur arbetet fortskridit. Ett förslag på hur dessa data skulle kunna analyseras gavs för flera år sedan av den särskilda projektgrupp som tog fram förslag på indikatorer att användas för att följa upp den dåvarande ANDT-strategin (se Regeringen, 2013).

Vi menar således att Folkhälsomyndigheten systematiskt ska följa utvecklingen av tillsynsarbetet genom sin webbaserade undersökning (den s.k. Länsrapporten) som går ut till alla kommuner och länsstyrelser.

• Fler kontrollköp

Enligt alkohollagen, tobakslagen och lagen om handel med vissa receptfria läkemedel får inte folköl, tobak och receptfria läkemedel, inklusive nikotinläkemedel, säljas eller lämnas ut till en person under 18 år. Den som lämnar ut varan ska förvissa sig om att kunden har fyllt 18 år. Ett effektivt verktyg i att kontrollera att så är fallet är att genomföra s.k. kontrollköp, tidigare kallat provköp, vilket är en metod som kommunen kan använda i sin tillsyn. Förenklat innebär det att en person över 18 år med ett ungdomligt utseende testar om det går att handla folköl, tobak eller läkemedel utan legitimation. Syftet är att kontrollera att den som säljer varorna förvissas sig om att kunden fyllt 18 år.

I maj 2014 ändrades lagen så att kommuner kan utföra kontrollköp av folköl, tobak och receptfria läkemedel (alkohollagen, tobakslagen och lagen om handel med vissa receptfria läkemedel). Folkhälsomyndigheten har i samarbete med Läkemedelsverket tagit fram informations- och vägledningsmaterial för kommuner och näringsidkare. Sedan den 1 juli 2017 finns också rätt för kommuner att utföra kontrollköp av elektroniska cigaretter och påfyllningsbehållare (lagen 2017:425 om elektroniska cigaretter och påfyllningsbehållare).

Enligt lagen och Folkhälsomyndighetens föreskrifter ska alla som arbetar inom detaljhandeln känna till att kommunen kan komma att göra kontrollköp och efter kontrollköpet kommer den som handlägger ärendet hos kommunen att ta kontakt med butiken för att berätta om resultatet. Kommunen kan då också informera om riskerna med att inte begära legitimation.

Metoden fyller flera syften; dels för återkoppling för att därmed stärka efterlevnaden av åldersgränser, dels som ett viktigt verktyg för uppföljning och därmed styrning av en kommuns tillsynsarbete. Vi bedömer metoden som viktig av båda dessa skäl men det är problematiskt att få kommuner att genomföra kontrollköp på regelbunden basis. År 2018 svarade 10 % av Sveriges alla kommuner att de genomfört kontrollköp av folköl i butik (2017: 14 %) och motsvarande siffra för tobak år 2018 var 12 % (2017: 14 %) (se Folkhälsomyndighetens indikatorslabb: <http://www.andtuppfoljning.se/indikatorslabbet/>).

- **Sprid metoden Ansvarsfull alkoholserving**

Kontrollköp på serveringsställen innefattas inte i den nya lagstiftningen. I propositionen som låg till grund för lagförslaget hänvisade man till att det redan finns metoder och arbetssätt som gör det möjligt för polis och kommuner att arbeta mer aktivt med tillsynsfrågorna, i dialog med näringsidkare. Här syftas på metoden Ansvarsfull alkoholserving (eller liknande metod) där sådana kartläggningar av ålderskontroll (och berusning) är en integrerad del av metoden.

Ansvarsfull alkoholserving är alltså en modell för samverkan mellan tillsynsmyndigheterna och restaurangnäringen. Metoden är evidensbaserad och syftar till att minska våld och fylleri i anslutning till krogmiljö (se Wallin, m.fl., 2003; 2004; Trolldal, m.fl., 2013 Norström & Trolldal, 2013). Generella anonymiserade kartläggningar och uppföljningar av ålderskontroller vid servering av alkohol är alltså fullt möjliga att genomföra, såsom också gjorts av STAD i Stockholm under de senaste 25 åren.

Metoden utvecklades av STAD som är en forsknings- och utvecklingsenhet inom Region Stockholm och har som mål att förebygga alkohol- och drogproblem genom att påverka tillgänglighet och efterfrågan på alkohol och droger i samhället. En stor del av arbetet består av metodutveckling i lokalsamhället genom nära samverkan mellan forskare och praktiker. Utgångspunkten för verksamheten är att framgångsrikt förebyggande arbete bör baseras på tvärprofessionell och tvärsektoriell samverkan mellan olika aktörer inom samhällssystemet. (se <http://www.stad.org/sv/om-stad>).

Folkhälsomyndighetens data över kommuners arbete (indikatorslabbet) ger dock även här vid handen att implementeringsgraden är låg. År 2018 svarade 15 % av alla Sveriges kommuner att de använt sig av metodens alla tre grundkomponenter: utbildning av serveringspersonal, strukturerad tillsyn tillsammans med polis och samverkansgrupp med kommun, polis, restaurangbransch (2017 var motsvarande andel 13 %). Andelen som genomfört kontrollköp på restauranger kan således högst uppgå till 15 % men är sannolikt betydligt lägre än så.

Vi menar att kontrollköp och även metoden Ansvarsfull alkoholserving bör användas i mycket större utsträckning än vad som är fallet idag som ett verktyg inom ramen för den reguljära tillsynsverksamheten. Ansvarsfull alkoholserving bör också användas på studentpubar, universitet och högskolor. Det föreslagna kompetenscentrumet bör få i uppdrag att samordna och sprida dessa metoder till kommuner, universitet och högskolor.

- **Stärk egenkontrollen**

Butiksinnehavaren och den som bedriver servering av folköl ska utöva särskild kontroll, egenkontroll, över försäljningen. Detsamma gäller näringsidkare som säljer tobaksvaror, elektroniska cigaretter och påfyllningsbehållare samt verksamheter med särskilda boenden som i samband med måltidsservice tillhandahåller alkoholserving.

Syftet med ett egenkontrollprogram är att det ska vara ett stöd för försäljningsstället och serveringsstället för att säkerställa att bestämmelserna i alkohol- och tobakslagen följs. Kommunen kan ge information om försäljningsbestämmelserna och om skyldigheten att ha en särskild kontroll över försäljning respektive servering. Ett egenkontrollprogram är också ett viktigt underlag för kommunen vid en tillsynskontakt. Folkhälsomyndigheten har tagit fram ett exempel på ett egenkontrollprogram som är tänkt att vara ett stöd och hjälp för kommunerna i deras tillsynsarbete. Idag har många kommuner egna formulär.

Grundregeln är att näringsidkare själva ska ansvara för att bedriva egenkontroll. Detta kan ske genom att den ansvarige tar fram ett egenkontrollprogram eller att man använder sig av

kommunens framtagna mall för egenkontrollprogram. Programmet ska bl.a. beskriva vilka rutiner som ska tillämpas vid försäljning av folköl och tobak samt vid servering av alkohol.

År 2018 svarade 72 % (2017: 74 %) av Sveriges kommuner att man vid tillsynsbesök av folkölsförsäljning i detaljhandel gjorde en bedömning om huruvida egenkontrollprogrammet fyllde sitt syfte, dvs. beskriver rutiner i försäljningsverksamheten för att säkerställa att reglerna om försäljning följs. Motsvarande för tobaksprodukter uppgick 2017 till ca 88 %, alltså högre än för folköl (siffror för 2018 saknas). Det borde, enligt vårt sätt att se det, vara en självklarhet att alla kommuner årsvis genomför sådana bedömningar och detta på alla de ställen där man genomför tillsyn.

- **Kontroll av efterlevnaden av rökfria miljöer bör stärkas**

Den nya tobakslagen innebar att det blev förbjudet att röka på flera nya platser utomhus (se kap. 2). Rökförbudet omfattar även elektroniska cigaretter, vattenpipor, rökning av örtprodukter och produkter som motsvarar rökning men inte innehåller tobak.

Sedan tidigare gäller rökförbud på skolgårdar och på motsvarande områden utomhus vid förskolor och fritidshem. Reglerna innebär bl.a. att så kallade rökrutor inte får förekomma. Lekplatser som allmänheten har tillträde till omfattas också av rökförbudet. Ansvaret för att platserna är rökfria ligger på den som har praktiska möjligheter att se till att bestämmelserna om rökförbud följs, nämligen ägaren eller den som på annan grund (exempelvis i egenskap av hyresgäst eller arrendator) disponerar över en lokal, ett annat utrymme eller ett område utomhus.

Det kan finnas skäl till att utvidga rökförbudet till ytterligare platser (se nedan) men lika viktigt är att de platser som enligt lag ska vara rökfria verkligen blir rökfria. Rökförbudet på skolgårdar efterlevs inte i tillfredsställande grad. En Rökfri Generations undersökningar visar också att en betydande del av barnen "lär sig" att röka just i skolan (A Non Smoking Generation, 2016).

Både de nya förändringarna i lagstiftning och de tidigare rökförbudsreglerna måste efterlevas väl och för att kontrollera att så är fallet behöver kommunerna genomföra en kontinuerlig tillsyn på olika platser. Tillsynen av rökfria skolgårdar visar att detta inte är en självklarhet. År 2017 svarade närmare 30 % av Sveriges kommuner att de inte bedrev något arbete som syftade till att förbättra efterlevnaden av bestämmelsen om rökfria skolgårdar. 37 % av kommunerna svarade under samma år att de inte genomfört något faktiskt tillsynsbesök enligt tobakslagens bestämmelser om rökfria lokaler och miljöer. Resursbrist anfördes som det främsta skälet till uteblivna tillsynsbesök.

Ska lagstiftningen om rökfria miljöer bli verklighet så krävs, som vi ser det, en resursförstärkning av tillsynsarbetet. Kommuner måste prioritera detta arbete i större utsträckning. Om egenkontrollprogram inte räcker finns det skäl att överväga om inte staten ska avsätta särskilda utvecklingsmedel under kommande strategiperiod för att en sådan utveckling av tillsynsarbetet kommer till stånd.

En förutsättning för framgång med en dylik lagstiftning är också att informera befolkningen om den förändrade lagstiftningen så att regleringarna till stor del blir självreglerande. Ett bra exempel på detta var införandet av rökfria inomhusserveringar som därför har krävt en mycket begränsad tillsyn. Motsatsen är skolgårdarna vars införande föregicks av knappast några informationsinsatser alls.

- **En tobaksfri skoltid bör införas**

Lagen om rökfria skolgårdar (sedan 1994) bedöms av många som otillräcklig eftersom rökningen kan äga rum på något annat ställe som inte regleras i den nya tobakslagstiftningen. Övrig tobak som snus och e-cigarett regleras över huvud taget inte i lagen, trots att dessa produkter kan innehålla tio gånger mer nikotin än vanliga cigaretter. Lagstiftningen bör därför istället omfatta hela skolmiljön, hela skoltiden och också inkludera samtliga tobaksprodukter. Detta skulle kunna skydda alla de barn som ännu inte börjat röka och hjälpa alla de som vill men har svårt att sluta på grund av att kompisar röker eller snusar på rasten. En tobaksfri skoltid berör såväl elever som lärare och övrig skolpersonal som alltså ska avstå från allt tobaksbruk under skoldagen (arbetstiden). Över 200 kommuner i Sverige har infört rökfri eller tobaksfri arbetstid för sina anställda. Men motsvarande stöd finns alltså inte för barnen under skoltid eller förskolans vuxna under skoltid.

- **Tillståndsplikten för tobak bör följas upp noga och gälla alla tobaks- och nikotinprodukter för njutning (icke läkemedel)**

De som säljer tobaksvaror måste från och med den 1 juli 2019 ansöka om tillstånd hos kommunen enligt lagen om tobak och liknande produkter. Både detaljhandlare och parti-handlare behöver söka tillstånd. För att få tillstånd ska näringsidkaren visa sig lämplig att utöva verksamheten och behöver också lämna in ett egenkontrollprogram i ansökan. När ansökan lämnas in har kommunen möjlighet att ta ut en ansökningsavgift. Detta är en viktig förändring och det är av vikt att kommunerna informerar och kontrollerar att så också blir fallet.

På sikt bör alla nya tobaks- och nikotinprodukter för njutning regleras på samma sätt med tillsyn och säljtillstånd.

- **Skärpta märkningsregler för tobak bör införas**

Tillverkarna lägger stora resurser på att anpassa designen på förpackningar till olika målgrupper. Forskning visar att varningsbilder fungerar och minskar tobakskonsumtionen. Den 20 maj 2016 trädde en rad nya viktiga regler för tobak i kraft. De baseras på ett direktiv, ”tobaksproduktdirektivet”, från EU och innebär stora förändringar av bl.a. krav på hälsovarningar med bilder motsvarande minst 65 % av paketets fram och baksida. 50 % av sidorna ska också täckas av hälsovarningar (utan bilder).

Det är för att begränsa konsekvenserna av förpackningsreklamen som standardiserade, reklamfria paket blivit aktuella. Inga andra färger än de som finns i varningsbilder skulle få förekomma på sådana paket, plus en neutral färg, t.ex. brunt eller olivgrönt, som täcker övriga paketet. Namnet på varumärket trycks med ett vanligt typsnitt i svart och i liten storlek. Inte heller tillåts varumärken eller reklamtext på tobaksvarornas papper, vätskor eller på insticksblad i paketen. Forskningsstudier kring effekterna av standardiserade paket i Australien och Storbritannien visar att standardiserade reklamfria paket är mindre lockande än traditionella paket och att det därför är sannolikt att de påverkar konsumenterna och leder till minskad användning av tobak och till att färre barn börjar med tobak (Australian Government Post-Implementation Review 2016).

I EU har Irland, Frankrike, Holland, Belgien, Slovenien och Ungern (och Storbritannien) infört dylika regler. Danmark inför reklamfria standardiserade förpackningar inklusive e-cigarett senast 2022. Även Norge har sedan några år liknande bestämmelser för all tobak inklusive snus.

I EU:s tobaksprodukt direktiv finns ingen bestämmelse om obligatoriska, standardiserade, reklamfria förpackningar, men varje medlemsland ges möjlighet att frivilligt besluta om sådana förpackningar.

Vi anser att Sverige bör införa reklamfria standardiserade förpackningar. Se också förslag under långsiktigt mål 4, kapitel 4, om reklamförbud vilket således skulle inkludera ett exponeringsförbud av alla tobaks- och nikotinprodukter.

Smakreglering av snus och e-cigarett bör införas

Tobaksproducenter har över tid utvecklat system för att tillföra smakämnen i tobaken och e-cigarettvätskorna tillsammans med metoder för att via t.ex. filter, cigarett papper och förpackningar förstärka nikotinets effekter och dämpa tobakslukten. Detta för att göra tobaken smakligare och attraktivare. Smaktillsatserna används i såväl cigaretter som snus och e-cigarett och s.k. heat-not-burn-produkter.

Den 20 maj 2016 infördes i Sverige och övriga EU-länder nya regler som ska minska användningen av smaktillsatser i tobak. Reglerna förbjuder vad som kallas ”karaktäristisk smak”. Med detta avses tillsatser med en doft och smak som är av annan karaktär än ren tobaksdoft och tobaksmak. Från och med 20 maj 2020 förbjuds även mentol. Smakbestämmelserna är en av flera insatser för att framför allt minska rekryteringen av nya tobaksanvändare. EU:s smakbestämmelser gäller röktobak men inte snus, som Sverige själv har beslutanderätt över. Som part i WHO:s tobakskonvention förutsätts Sverige så snart som möjligt smakbefria snuset.

De nya smaktillsatsreglerna gäller inte heller e-cigarett. EU har överlåtit till sina medlemsstater inklusive Sverige att själv bestämma om liknande regler för e-cigarett i takt med utökad kunskap om e-cigaretternas hälsorisker. Tobaksprodukt direktivet ger nämligen mandat för medlemsländerna att förbjuda smaker även i e-cigarett. Idag finns tillräcklig forskning om hur smakerna underlättar tobaksdebut hos barn. Forskning visar också att smaktillsatser i upphettat tillstånd ibland får hälsoskadande effekter (Torén, 2020). Vi anser att Sverige bör införa samma regler om smakförbud även för snus och e-cigarett som gäller för cigaretter.

Kunskapen om kommunernas möjlighet att reglera försäljning vid särskilda platser och på allmänna platser bör öka

Den lokala ordningsstadgan är ett redskap som kommunerna kan använda sig av för att reglera försäljning av alkohol vid särskilda tillfällen och/eller på allmänna platser. Kommunernas kunskap om och nyttjande av rätten att förbjuda alkoholintag på vissa platser eller vid vissa tillfällen bör ökas.

Ett exempel är familjefestivaler med aktiviteter riktade mot barn, där det även förekommer alkoholserving. Här bör kommunerna ha tillräcklig kunskap om att ordningsstadgan kan utformas och hänvisas till vid nekande av sådan försäljning.

Kommunerna bör med stöd av allmänna ordningsstadgan begränsa möjligheten till försäljning och konsumtion av alkohol i miljöer där barn och unga vistas, exempelvis idrottsarenor. Det föreslagna kompetenscentrumet bör ta fram kunskapsunderlag för kommunerna i detta syfte.

5.1.3 Ökat fokus på att begränsa ungas tillgång till alkohol och tobak genom föräldrar och andra vuxna

Skuggans bedömning: Föräldrars och vårdnadshavares mer restriktiva inställning till alkohol-konsumtion bland unga utgör sannolikt en viktig bidragande faktor till varför alkoholkonsumtionen bland unga minskat kraftigt sedan början av 00-talet.

Denna förändrade attityd bland föräldrar beror sannolikt på de omfattande insatser som genomförts under denna period både i form av olika föräldrastödsinsatser och kampanjer med budskapet att inte bjuda och köpa ut alkohol och tobak till barn och unga. Särskilt bör nämnas IQ:s Tonårsparlören som årligen skickats ut till alla föräldrar med barn i årskurs 8.

Idag finns många program och kampanjmaterial men de används i för liten omfattning. En bidragande orsak till detta är, enligt vår bedömning, svårigheter (t.ex. för kommuner) att få information om programmens aktuella status, t.ex. när det gäller evidensgrad. Samlad information, ansvar för spridning och eventuell förvaltning av vissa av metoderna saknas. Detta borde ändras genom att ge det föreslagna kompetenscentrumet i uppdrag att ansvara för att sammanställa och sprida kunskap om tillgängliga program. Detta gäller även för olika regelbundet återkommande kampanjer.

Under det senaste ca 20 åren har flera föräldrastödsprogram utvecklats i Sverige; en del av dessa med det explicita syftet att via föräldra- och/eller vuxenpåverkan få unga att inte dricka alkohol eller börja med tobak, och indirekt andra droger, andra med syftet att mer generellt stärka föräldrar i sin föräldraroll för att på så sätt stärka skyddsfaktorer och minska riskfaktorer bland barn och unga (för sistnämnda se långsiktigt mål 3, kap. 5.3.3). Båda typerna av program behövs och påverkar barns utveckling i positiv riktning. Vissa är av universell karaktär och andra av mer selektiv karaktär. En del av dessa program fick mycket stor spridning i Sverige för ca 10–15 år sedan.

Även olika antilångningskampanjer riktade till föräldrar och andra vuxna i ungas närhet har fått stor spridning direkt eller indirekt via reguljär media. En sådan är kampanjen TÄNK OM som togs fram av Statens folkhälsoinstitut i ett regeringsuppdrag 2009 som också ansvarade för kampanjen till för några år sedan då myndigheten avsåg sig ansvaret. Därefter har kampanjen drivits av Länsstyrelsen med CAN som administratör. Målet för TÄNK OM är att minska tillgängligheten till alkohol för tonåringar genom att få föräldrar att aktivt avstå från att köpa ut alkohol till ungdomar under 20 år. Huvudmålgruppen för informationsinsatser är föräldrar till tonåringar.

En annan kampanj med fokus på begränsning av tillgång till alkohol är Hej då alkoholskador som är en kampanj som har fokus på att få äldre syskon och kompisar att inte köpa ut till sina yngre syskon och kompisar. Kampanjen är utvecklad av Länsstyrelsen tillsammans med CAN. Idag ansvarar CAN för kampanjen, som bedrivs i ett antal län.

Föräldrars och andra vuxnas restriktiva inställning till alkoholkonsumtion (och sannolikt också till tobakskonsumtion) bland unga utgör en viktig preventiv faktor (se t.ex. Larm, m.fl., 2018; Cablova, m.fl., 2018) och sannolikt (men inte fastställt) en av flera bidragande faktorer till den kraftiga konsumtionsminskningen bland unga under de senaste 20 åren (se t.ex. Carlson, 2019). Det är viktigt att denna syn på alkohol, tobak (och andra droger) kvarstår och helst förstärks. Den förändrade inställningen beror i sig sannolikt till viss del på

dessa föräldrastödjande insatser. Föräldrar har också varit en viktig strategisk målgrupp i de nationella satsningarna under de senaste ca 20 åren. Av allt att döma har detta således varit en lyckad strategi.

Därför är det olyckligt att både föräldrastödsprogrammen och kampanjerna saknar långsiktig koordinering och i viss utsträckning finansiering. Kommuner vet många gånger inte vilka program som är att rekommendera och det saknas samlad beskrivning av de olika programmen. Att inte bättre ta tillvara allt det utvecklingsarbete som pågått under flera år är resursslöseri.

Även kampanjer behöver kontinuerligt utvecklas och uppdateras. Det gäller också ovan nämnda kampanjer. Även de bör användas i större utsträckning, dessutom och under en lång tidsperiod. Därför behöver de också finansieras och koordineras långsiktigt.

Olika aktörer kan med fördel driva olika föräldrastödjande insatser och kampanjer i syfte att begränsa ungas tillgång och konsumtion av alkohol och tobak. Detta är en uppgift som med fördel bör samordnas av det kompetenscentrum som föreslås (se kapitel 4) genom sammanställningar och kunskapsspridning av program och kampanjer. Andra organisationer kan däremot genomföra de olika programmen och kampanjerna på uppdrag av kompetenscentrumet.

5.1.4 Intensifiering av brottsbekämpning av illegal handel

Skuggans bedömning: Den illegala handeln med droger skapar omfattande och allvarliga samhällsliga problem. Narkotikahandel är central för de kriminella gäng som med skjutningar och sprängningar skapat ett av vår tids största samhällsproblem

Den illegala handeln med ANDT leder 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. Arbetet med att begränsa Illegal försäljning via digitala medier bör också förstärkas. Vidare behöver befintliga metoder i större utsträckning användas och nya insatser, inom framför allt narkotikaområdet, behöver utvecklas och befintliga vidareutvecklas. En viktig utgångspunkt är också att utnyttja de befintliga beprövade insatser som utvecklats under de senaste 15–20 åren.

Insatser sker nu på många olika håll i syfte att vända den negativa trenden med skjutningar och sprängningar i Sverige med ökade kontrollinsatser, såsom ökade polisiära resurser och skärpta straff, men också genom satsningar på långsiktigt förebyggande arbete. Vi vill med denna text peka på narkotikans betydelse för denna brottslighet och betona vikten av insatser som fokuserar på narkotikahandeln i sig som ett, av flera, viktigt inslag i kampen mot de kriminella gängen och också mot den organiserade brottsligheten i bredare mening. I sistnämnda är också insatser mot illegal alkohol- och tobakshandel viktiga inslag.

Det bör med en gång sägas att även många olika och breda insatser behövs. Brå beskriver exempelvis i en rapport från 2019 (Brå, 2019) hur unga män växer in i kriminella miljöer i väldigt unga år. Instabila familjer med ekonomiska bekymmer, en svag anknytning till skolan och en bristande tro på framtiden är några av de gemensamma nämnarna. På lång sikt måste vi därför arbeta mer förebyggande. Det handlar om grundläggande saker såsom minskade ekonomiska klyftor och minskat utanförskap.

Det finns, enligt vår mening, ingen väg runt detta om vi på allvar vill ta itu med den här typen av kriminalitet. Men det ena utesluter inte det andra, insatser mot den illegala handeln behövs på hela ANDTS-området och inte minst på narkotikaområdet. En solidarisk politik måste fokusera på att unga inte ska hamna i utsatthet och kriminalitet, att färre börjar använda narkotika och att de som hamnar i beroende får rätt stöd och behandling.

Förstärka insatser mot narkotikahandeln

Intäkter från narkotikahandeln spelar stor roll i de lokala kriminella nätverken. Både polisen och rättsväsendet har pekat på att cannabis har stor betydelse i den lokala handeln i utsatta områden som basinkomst för de lokala kriminella aktörerna (Polismyndigheten 2017) och att denna basinkomst också utgör en källa till konflikter och våldshandlingar mellan och inom nätverken. Att våldet trappats upp i de kriminella nätverken är ett faktum sett till att antalet dödsskjutningar har ökat sedan 2013 bland unga män (Socialstyrelsen 2019). Åren 2017–2019 sköts fler människor ihjäl av annan person än något annat år under föregående 10-årsperiod. Enligt polisens information dödades 128 personer i skjutningar under dessa tre år och majoriteten av fallen var relaterade till kriminella grupperingar (se Polismyndigheten 2018 och 2019). Olika insatser för att begränsa narkotikahandeln torde därför vara särskilt påkallade.

Mot bakgrund av att cannabis beskrivs som en basinkomst för kriminella nätverk är det viktigt att skatta hur stora summor handeln kan tänkas omsätta i Sverige under ett år. Detta gjorde CAN för något år sedan. Den årliga nettoomsättningen av försäljningen av 6 ton hasch (grampris om 104 kronor) och 3,8 ton marijuana (grampris om 118 kronor) beräknades till ca 1 miljard kronor och inköpskostnaderna till 600 miljoner under 2014–2018. Detta ger en mellanskillnad – vinst – på runt 400 miljoner kronor årligen. Det bör också sägas att cannabismarknaden inte är en renodlad och isolerad företeelse. Många grupperingar som sysslar med cannabis hanterar också andra droger. Dessutom är medlemmarna i grupperna som hanterar narkotika inte sällan multikriminella och kan även syssla med andra aktiviteter som rån, bedrägerier eller utpressning. Skattningen är åt det konservativa hållet, för att undvika ogrundade överdrifter (Guttormsson & Zetterqvist, 2019).

Insatser mot narkotikahandeln behövs både när det gäller tillgång och efterfrågan. Polismyndigheten och Tullverket måste få resurser till att på allvar störa smuggling och storskalig handel med narkotika.

Det polisiära arbetet mot störning av den dagliga gatuhandeln ska inte heller underskattas. Kombinationen av kriminalisering av hela kedjan i handeln (från produktion, försäljning, köp, innehav till bruk), risk för upptäckt och kännbara straff kan ha en preventiv effekt. Att som ung engagera sig i narkotika blir förenligt med risker och vissa avstår därmed och på så sätt trängs narkotikabrottsligheten tillbaka till personer som har lite att förlora och som har ett mer regelbundet bruk. Mer av forsknings- och utvecklingsarbete på detta område behövs. Likaså, som påtalades i kapitel 2, att implementera mer av preventiva insatser i miljöer som är av störst betydelse för personer som är socialt intakta: arbetsplatsen, skolan, universitet/högskolor, trafiken, krogen.

• Utveckla arbetsmetoder mot den öppna narkotikahandlingen (öppna drogsccener)

Ett annat arbete som behöver intensifieras och utvecklas är det polisiära arbetet mot öppna drogsccener. En öppen drogsccen definieras som en geografisk, bestående plats där bruk och försäljning av narkotika sker offentligt och uppfattas som problematisk av myndigheter och/eller allmänhet. För att påverka en öppen drogsccen till en positiv och hållbar förändring

finns det behov av att förändra flera olika förutsättningar som råder på platsen. Detta kan inte enskilda myndigheter, såsom polisen, eller organisationer ensamma påverka. Endast mer resurser på traditionellt och reaktivt polisarbete är inte tillräckligt. För att nå resultat krävs det att alla berörda aktörer i lokalsamhället tar ansvar, samverkar och åtgärdar de sociala risker, brottsliga företeelser och problem som motverkar en positiv social utveckling på platsen. Exempel på detta är från Malmö där Svenska kyrkan nyligen larmade om knarkhandel, spritförsäljning och prostitution på kyrkogårdar, vilket lett till ett samarbete mellan kyrkan, kommunen och polisen. Det har i sin tur lett till ökad polisen närvaro.

I den metodhandbok för lokal samverkan kring arbete med öppna drogsener som togs fram av myndigheter på regional nivå i Stockholm ges goda exempel på hur man kan arbeta i frågan (Öppna drogsener, 2018). Exakt hur arbetet mot öppna drogsener ska utformas lokalt är oklart men mer av metodutveckling är angeläget. Svensk forskning är också högst begränsad på området. Här bör också nämnas STAD:s påbörjade arbete med att följa och utvärdera polisens arbete mot öppna drogsener i Stockholms kommun (Kvillemo, m.fl., 2020).

• Bekämpning av illegal försäljning via digitala medier

Digitala medier spelar en allt större roll när det gäller att gentemot ungdomar lansera nya produkter, inte minst nya tobaks- och nikotinprodukter. Det är därför viktigt att skärpa regelverket så att unga inte så lätt kommer åt produkterna. Det är därför positivt att regeringen nyligen (februari 2020) beslutat om en översyn för att ”säkerställa en sammanhållen och systematisk reglering av alla tobaks- och nikotinprodukter”(Dir.2020:9).

Nya sätt att komma över droger kräver nya arbetssätt från myndigheternas sida. Ett område som särskilt behöver uppmärksammas är försäljningen av illegala substanser via digitala medier (internethandel). Idag är detta en av flera etablerade försäljningskanaler för narkotika och dopning men även för alkohol och tobak. Sannolikt har detta bidragit till ökad tillgänglighet, även om internethandeln ibland ersätter andra försäljningsformer. Under alla omständigheter är detta en viktig arena i det ANDT-förebyggande arbetet, inte minst som tillgänglighetsbegränsande insats. (När det gäller alkohol och tobak, se också avsnitten om langning och distanshandel tidigare i detta kapitel och när det gäller spel om pengar se kap. 2 om spelpolitiken). Vidare beslagtar både tull och polis en ökande mängd droger som sannolikt kan relateras till droghandeln via internet (Guttormsson, 2016, CAN, 2019). Tullverkets insats sker i första hand i postflödet bland försändelser som är på väg till personer som beställt varorna via internet medan polisens beslag i första hand sker ute bland användarna i olika miljöer.

Bland de droger som säljs via internet förekommer både sådana som är klassade som narkotika eller hälsofarliga varor, och droger som ännu inte är klassade och som ofta benämns som nya psykoaktiva substanser (NPS). Sistnämnda syftar normalt på syntetiskt framställda preparat som (initialt) inte täcks av relevant lagstiftning. De kan exempelvis vara av cannabisknande eller centralstimulerande natur men under senare år har även smärtstillande medel blivit vanliga, inte minst i form av olika fentanylanaloger. Det förekommer dessutom att olika läkemedel som försålts via internet ibland inkluderas i begreppet.

Oklassade droger är lagliga, men kan omhändertas och förstöras efter beslut av åklagare. Polisen samverkar med andra myndigheter för att snabbt identifiera och se till att nya farliga droger narkotikaklassas. Arbetet sker i nationella expertgrupper som noga följer utvecklingen på narkotikamarknaden. I Sverige tillämpas ett kontrollsystem som klassificerar substanser (varor) individuellt, dvs. substans för substans. Det är Folkhälsomyndigheten som har

regeringens uppdrag att bevaka och utreda behovet av klassificering av sådana varor som inte utgör läkemedel (förordning 2013:1020 med instruktion för Folkhälsomyndigheten) medan Läkemedelsverket har ett liknande uppdrag för de varor som även används som läkemedel. I de fall någon av myndigheterna finner behov av kontroll av en substans (vara) föreslås detta till regeringen som sedan fattar beslut i frågan.

En betydande del av polisens operativa arbete (såväl för icke narkotikaklassade som för narkotikaklassade preparat), sker på regional, nationell och internationell nivå och baseras på underrättelsearbete (insamling, strukturering och analys av information om kriminell verksamhet). En annan del av polisens verksamhet är att bedriva spaning även på internet, för att försöka identifiera säljare och köpare och att störa eller omöjliggöra handeln. Tullen fyller också en viktig funktion när det gäller att förhindra att beställda varor når köparen.

Under hösten 2015 inrättade Polismyndigheten ett nationellt it-brottscentrum i syfte att stärka polisens arbete mot it-relaterad brottslighet i stort. Centret har också i uppgift att hantera metodutveckling och stå för viss expertkompetens. Detta bör ha stärkt polisens förmåga i arbetet med att motverka den illegala försäljningen av droger på internet.

Det går att påverka utvecklingen. Detta visar utvecklingen av den fentanylrelaterade dödligheten efter att två bröder i maj 2018 dömdes till fleråriga fängelsestraff för grovt vållande till annans död efter att via nätet ha sålt olika fentanylanaloger som inte var narkotikaklassade vid tillfället för domen. Åtta unga människors död kan kopplas till deras försäljning.

Enligt Rättsmedicinalverket minskade antalet dödsfall till följd av fentanylanaloger kraftigt från över 100 år 2017 till 11 dödsfall år 2018, vilket antagligen också bidrog till att det totala antalet narkotikarelaterade dödsfall sjönk år 2018 (Folkhälsomyndigheten, 2019a). Det är högst rimligt att anta att denna nedgång i fentanyldödsfall till betydande del kopplas till en avskräckande effekt som domen sannolikt medfört. Antagligen påverkades både potentiella försäljare och brukare.

Folkhälsomyndigheten (2019a) skriver att den kraftiga nedgången är det samlade resultatet av polisens insatser mot webbshoppas som sålde dessa substanser, Folkhälsomyndighetens arbete som gjordes med att utreda och föreslå klassificering av flera fentanylanaloger som narkotika eller hälsofarlig vara samt de insatser av rättsväsendet som ledde till att de två personerna åtalades och dömdes. Arbetet med just fentanylanaloger har också varit prioriterat, inte minst arbetet med att klassificera dessa som narkotikasubstanser.

Den utredning som tillsattes 2015 för att se över klassificeringen av psykoaktiva substanser kom fram till att så kallad generisk klassificering där substanserna klassificeras i grupper utifrån sina kemiska grundstrukturer inte bör införas i nuläget eftersom det inte är tillräckligt rättssäkert. Detta är också regeringens uppfattning (Prop. 2017/18:221). Därför fortsätter arbetet med att klassificera varje substans för sig (SOU 2016:93). Utredningen renderade emellertid i andra lagändringar i syfte att effektivisera klassificeringsprocessen. Polismyndigheten fick som ett led i detta 2019 möjligheten att göra anonyma inköp av nya psykoaktiva substanser för att snabbare kunna klassificera sådana hälsofarliga substanser som förekommer eller kan komma att göras tillgängliga på den svenska marknaden. Ytterligare en förändring innebar att den som av grov oaktsamhet hanterar varor som omfattas av lagen (1999:58) om förbud för vissa hälsofarliga varor ska kunna dömas till ansvar.

Det myndighetsövergripande arbete som pågår och som visade på goda resultat med fentanylanaloger måste även fortsättningsvis ha hög prioritet.

Det regionala och lokala arbetet är också viktigt. Ett exempel på detta är det samverkansarbete mellan myndigheter, speditorsfirmor och andra berörda aktörer i Västernorrland, Jämtland, Västerbotten och Norrbotten som pågick mellan 2014 och 2016 och som resulterade i en konkret ANDT-förebyggande metod som idag kan användas runt om i landet (Länsstyrelsen Västernorrland, 2017a, 2017b). Metoden har också börjat spridas till andra kommuner. Initiativtagare, ansvariga och genomförare av projektet var ANDT-samordnarna vid länsstyrelserna i respektive län som tillsammans med en projektledare har fungerat som en styrgrupp för projektet.

Utvärderingen av insatserna 2014–2016 visade att de kunskapshöjande insatserna bidragit till ökad trygghet för berörd personal och stärkt det opinionsbildande arbetet för att medvetandegöra omfattningen av problematik gällande narkotika i postflödet (Jakobsson, 2017).

Ett resultat av arbetet är att man också gemensamt föreslagit att alla som arbetar med posthantering ska ha rätt att på eget initiativ ta kontakt med polis, tull eller åklagare om de fattar misstanke om narkotika eller jämförliga preparat i en viss försändelse.

I postlagens nuvarande lydelse, som skrevs före uppkomsten av internet och internethandel, finns bestämmelser om tystnadsplikt som förhindrar dem som bedriver postverksamhet att på eget initiativ kontakta polis eller tull om de misstänker brott genom postbefordran.

En kartläggning som *Tillsammans mot nätdroger* genomförde under 2014 visade att många postombud upplever att det är vanligt förekommande med försändelser som kan innehålla droger och att de känner en oro över att hantera dessa. År 2015 genomfördes en opinionsundersökning som visar att allmänheten tycker att det är mycket viktigare att stoppa droger än att till varje pris värna sekretessen (Länsstyrelsen Västernorrland, 2017b).

Därför är det positivt att regeringen i augusti 2019, som ett led i arbetet mot narkotika, aviserade att postlagens utformning ska ses över. Med en ändrad lag ska postanställda få möjlighet att kontrollera och stoppa narkotika som skickas med post samt ges rättighet att larma polis och tull. Om en sådan förändring kommer till stånd skulle detta effektivisera både det brotts- och ANDT-förebyggande arbetet.

Sammanfattningsvis är det, enligt vår mening, viktigt att det myndighetsövergripande arbetet för att snabbt klassa nya substanser får fortsatt hög prioritet; att den metod och insatser från projekt kring narkotika i postflödet för större nationell spridning och att postlagen förändras så att postanställda ges en möjlighet att kontrollera och stoppa narkotika som skickas med post samt rättighet att larma polis och tull.

Arbetet mot illegal handel av alkohol och tobak ska förstärkas och utvecklas

Illegal alkohol- och tobakshantering är inget nytt fenomen utan har tvärtom förekommit under alla år men formerna förändras. Tobakskonventionens protokoll om illegal handel är liksom Tobaksproduktdirektivets direktiv om tobaksprodukters spårbarhet är tecken på att världssamfundet tar dessa problem på allvar. De nya reglerna kommer att underlätta betydligt för tillsynsverksamheten inklusive att ställa ansvariga till svars för illegal handel, något som tidigare varit svårt.

Idag i Sverige är det framför allt insmugglad alkohol och tobak som utgör merparten av den illegala hantering av alkohol/tobak som icke har sitt ursprung i de i Sverige registrerade anskaffningskällorna (Systembolaget, livsmedelsbutiker och restauranger). I början av 1990-talet var det istället, på alkoholsidan, hembränning som var den största källan.

När det gäller unga under 20 år svarar dock den i Sverige registrerade alkoholförsäljningen för det enskilt största bidraget till den totala volymen konsumerad alkohol. När det gäller Systembolaget visar studier entydigt att detta inte beror på egna inköp (ex som 18–19-åring) utan på att äldre (kompisar, syskon, andra vuxna) köper ut åt dem, alltså helt enkelt langning (Trolldal & Leifman, 2017, 2018). Arbetet mot illegal hantering måste därför både fokusera på langning av alkohol från Systembolaget och butiker (folköl och tobak) och den alkohol och tobak som smugglas in i Sverige för försäljning både till unga och vuxna. I föregående avsnitt nämndes några sådana exempel genom att påverka föräldrar och unga vuxna. I detta avsnitt har vi fokus på den insmugglade alkoholen och tobaken.

Alkoholsmugglingen svarade år 2018 för ca 4,4 % av den totala alkoholkonsumtionen och motsvarande för cigaretter samma år var ca 1 % (Trolldal, 2019; Zetterqvist & Ramstedt, 2019). Det ska betonas att köp och konsumtion av smugglad alkohol är vanligare bland yngre än bland äldre och speciellt bland yngre män. Den smugglade alkoholen är dessutom betydligt vanligare bland högkonsumenter än bland övriga konsumenter (se t.ex. Leifman & Trolldal, 2014; Trolldal, 2019). Sannolikt gäller samma förhållande för tobak. Omfattande illegal verksamhet undergräver också effektiviteten och förtroendet för den förda restriktiva alkohol- och tobakspolitiken. Av dessa skäl är arbetet med att bekämpa dessa delmängder synnerligen viktigt och förslag på prioriterade insatser specificeras nedan.

- **Kronobergsmodellen måste vårdas och användas i större utsträckning**

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 till 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, trots att alkoholkonsumtionen sjunkit bland unga. Men detta rör sig om en förebyggande metod som syftar till att hålla nivåerna på låg nivå. År 2011 svarade 62 % av kommunerna att de använde sig av Kronobergsmodellen, 38 % svarade att de använde sig av modellens alla tre huvuddelar. Motsvarande andelar 2018 var ca 27 % respektive 16 % (2017:34 % respektive 23 %).

- **Tull, polis och andra myndigheters samverkande insatser bör fortsätta**

En relativt nyligen utformad och lovande insats (metod) har genomförts av Tullverket i samarbete med andra myndigheter under benämningen illegal hantering av punktskattepliktiga varor. Med åren har det byggts upp en välorganiserad smuggling av alkohol till Sverige med bussar, så kallade spritbussar. Som mest fanns ett 15-tal kända oseriösa bussbolag som förfogade över ett 30-tal bussar som dagligen tog in stora mängder alkohol till Sverige. Bolagen samverkade med gränsbutiker i framför allt Tyskland. Varje vecka kom det ungefär 20 ankomster med bussar med en genomsnittlig alkoholmängd på ungefär 12 ton. Arbetet under ledning av Tullverket har fokuserat på att begränsa och stoppa denna verksamhet.

Enligt den slutrapport som överlämnades till regeringen 2017 har arbetet lett till att ”spritbussarna” i det närmaste upphört. Arbetet har präglats av uthållighet, utnyttjande av resurser effektivt och välplanerade insatser mot bussarna. Varje myndighet har nyttjat sin verktygslåda i insatsen mot spritbussarna. Tullverket har exempelvis gjort omhändertaganden, tagit alkohol i beslag och bedrivit brottsutredningar, Ekobrottsmyndigheten har bedrivit förundersökningar, Skatteverket har bedrivit skatteutredningar och Polisen har bl.a. utfört fördjupade trafikkontroller av kör- och vilotider och övervikt. Den samlade effekten av dessa åtgärder har gett resultat. Även CAN pekar på dessa insatser som en förklaring till nedgången i alkoholsmuggling totalt sett från 2016 till 2017 (Trolldal, 2018).

Det är, enligt vår mening, viktigt att detta och liknande arbetssätt fortsätter att bedrivas i Sverige, även om nu nivåerna är lägre. Dessutom har inte smugglingen försvunnit utan minskat (enligt CAN ca –30 % från 2015 till 2018). Till vis del har smugglingen sannolikt tagit andra vägar in i Sverige. Tullverket pekar exempelvis på att det under sensommaren 2019 skedde en ökning av den så kallade myrtrafiken, dvs. trafiken med skåpbilar och andra mindre fordon innehållande alkohol. Busschaufförer och målvakter som tidigare påträffats i bussar har nu påträffats i myrtrafiken trots att de redan är föremål för brottsutredning.

Vidare anser vi att Tullverket och Skatteverket bör få i uppdrag att utreda och ge förslag på hur dagens regler kan förändras för att förbättra möjligheterna till kontroll, exempelvis rörande befogenheter eller identifiering av skattade varor.

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

Skuggans bedömning: Det finns en tydlig koppling mellan framför allt AND-missbruk och kriminalitet. Men det finns även en illegal handel med tobak. Det krävs därför samlade insatser på lokal nivå mellan det ANDT-förebyggande och det brottsförebyggande arbetet. Under strategiperioden bör arbetsformer och metoder fortsatt utvecklas för förstärkt samverkan mellan det ANDT-förebyggande och det brottsförebyggande arbetet, en fungerande samverkan och samordning prioriteras på lokal och regional nivå mellan polis, skola, socialtjänst, och andra berörda aktörer.

Mål och insatser för att begränsa tillgängligheten till ANDT sammanfaller många gånger med mål och insatser inom ett bredare brottsförebyggande arbete. Här finns goda förutsättningar för samverkan eftersom det skapar ett mervärde utifrån flera perspektiv. Det finns också flera goda exempel på samverkansvinster med goda effekter. Den ovan nämnda myndighets-samverkan med ”spritbussarna” är ett sådant exempel på nationell nivå. Det pågår också

mycket förebyggande samverkansarbete regionalt och lokalt. När det gäller mer fokus på det brottsförebyggande arbetet har regeringen förstärkt resurserna. Exempelvis driver Brå utvecklingsarbete när det gäller det lokala brottsförebyggande arbetet som också knyter an till det ANDTS-förebyggande arbetet.

Vi vill peka på några aspekter som vi ser som viktiga i denna fråga om samverkan och med utgångspunkt från ett ANDTS-perspektiv, men därmed inte sagt att det brottsförebyggande arbetet är mindre viktigt.

För det första sker idag en hel del samverkan lokalt mellan det ANDT-förebyggande och det brottsförebyggande arbetet. År 2018 uppgav ca 76 % av Sveriges kommuner att de hade en lokal samverkan mellan det ANDT-förebyggande och det brottsförebyggande arbetet som involverade minst en av följande tre aktörer: skolförvaltning-, utbildningsförvaltning (eller liknande), socialtjänst och fritids- och kulturförvaltning, vilket var en viss minskning från 2017 (81 %). Ungefär lika stor andel kommuner (drygt 77 %) svarade 2018 att de hade sådan samverkan som involverade någon eller flera myndigheter (2017: 80 %). Det är relativt sett höga andelar och ökande sedan 2011 men relativt stabila nivåer sedan 2013. Frågan är dock hur effektivt arbetet fungerar och hur olika det ser ut i olika delar av landet.

En samverkansinsats som etablerats som arbetsmetod i ett femtiotal svenska kommuner i landet (år 2015, se Socialstyrelsen, 2017) är sociala insatsgrupper. En annan är en modell för samverkan mellan skola, socialtjänst, polis och fritid (SSPF) kring ungdomar i riskzonen, med bred spridning och som startade i Göteborg och Mölndal 2007 (se FoU i Väst: Turner, m.fl., 2015). Se också långsiktigt mål 3: Förstärka insatser för att minska nyrekrytering till narkotikaanvändning.

Vi ser ett fortsatt stort behov av att fortsätta utveckla olika former av samverkansinsatser – modeller, med forskning och utveckling påkopplat, som ett strategiskt viktigt sätt att utveckla det lokala ANDTS- och brottsförebyggande arbetet. Den här typen av arbetsformer behöver därför ha fortsatt utvecklingsstöd under strategiperioden 2021–2025.

5.2. Långsiktigt mål 2: Barn ska skyddas mot skadliga effekter orsakade av ANDTS

Skuggans bedömning: Skador bland barn orsakade av alkohol, narkotika, dopning och tobak kan aldrig accepteras. Skyldigheten att skydda barn mot skadliga effekter av alkohol, tobak, narkotika och dopningsmedel tydliggörs i Barnkonventionen och utgör grunden för det hälsofrämjande och förebyggande ANDTS-arbete.

All forskning visar att alkohol är ett fosterskadande ämne. När en gravid kvinna dricker tas alkoholen upp i blodet genom magsäcken och passerar därefter moderkakan som förser fostret med näring och syre. Barnet får i sig alkohol både genom moderkakan och genom fostervattnet. Promillehalten blir densamma som hos modern, men fostret har inte samma möjligheter att bryta ner alkoholen som mamman. Forskare har inte kunnat klarlägga vilka koncentrationer av alkohol som är skadliga för fostret i olika stadier i fosterutvecklingen. Den senaste forskningen visar att en av 13 kvinnor som dricker under graviditeten får barn med skador. Det säkraste är alltså att inte dricka under graviditeten. Även mäns konsumtion har betydelse.

Ca 6–7 % av alla foster i Sverige exponeras under någon del av graviditeten för tobak, i de flesta fall genom moderns rökning men också genom snusning. Nikotin och övriga många ämnen i cigaretter, i dess rök och i snus, distribueras ut med blodet i hela moderns kropp och i fostret med alla dess organ under utveckling. Kända bieffekter är ökad risk för fosterdöd, för tidig födsel, lägre födelsevikt, plötslig spädbarnsdöd. Nikotin bedöms också kunna störa den mognande fosterhjärnan. Moderns rökning eller snusning under amningen ger barnet fortsatt nikotin genom bröstmjölken (se t.ex. Nordenstam, 2018).

Barn som växer upp i familjer där en eller båda föräldrarna dricker för mycket eller använder narkotika löper ökad risk för sviktande omsorg, brist på säkerhet, stimulans, känslomässig tillgänglighet, vägledning och gränssättning. Hur barn i dessa familjer påverkas beror på hur omfattande beroendet är, om den andra föräldern eller annan vuxen kan kompensera för en del av problemen och hur många andra skyddsfaktorer som finns runt barnen.

Prioriterade mål under strategiperioden

5.2.1 Förstärkta insatser som syftar till att färre barn ska födas med skador orsakade av alkohol, narkotika, dopning eller tobak

Skuggans bedömning: Exponering för alkohol under graviditeten är den vanligaste förebyggbara orsaken till utvecklingsstörningar i världen och uppskattas beröra 1–5 % av alla nyfödda barn per år globalt. Minst 5 % av alla foster exponeras för nikotin under någon del av graviditeten. Arbetet med att minska risken för att ett barn föds med skador på grund av att någon förälder under graviditeten använder alkohol, narkotika, dopningspreparat eller tobak bör fortsätta. En FASD-klinik bör etableras och läggas under det föreslagna kompetenscentrumet. Det ska ha till uppgift att samordna nationella preventiva insatser, utveckla riktade insatser till män och kvinnor i fertil ålder, erbjuda utbildning, bedriva forskning, ge stöd till redan etablerade regionala FASD-kliniker och arbeta klinisk genom att erbjuda specialistmödravård och vara ett resurscenter där barn och vuxna kan utredas, diagnostiseras och habiliteras.

All alkohol som en kvinna dricker under graviditeten delar hon med sitt barn. Alkoholerna påverkar alla celler och organ hos barnet och hjärnan är särskilt sårbar eftersom den utvecklas under hela graviditeten. Kvinnors bruk av alkohol och andra droger under graviditeten kan därför leda till fysiska skador på barnet.

Nyare vetenskapliga studier pekar på betydelsen av mäns alkoholkonsumtion veckan före befruktningen för volymen av sperma och påverkan på sädescellernas densitet, antal, rörlighet och fysisk form. Alkoholkonsumtionen kan leda till ökad risk för spontan abort eller missfall enligt en amerikansk studie (se Andréasson m.fl., 2020). Vad som sagts om alkoholens breda effekter på fostret gäller också tobak och sannolikt också för olika narkotikapreparat.

I Sverige har kostnaden för fetalt alkoholsyndrom (FAS) uppskattats till 14 miljarder kronor per år, beräknat på att det föds 200 barn per år i Sverige med FAS. Det är den mest välkända medfödda skadan av alkohol, som ger förändrat utseende, försämrad tillväxt och skador på centrala nervsystemet. Troligen räcker inte 14 miljarder, eftersom det i Sverige inte har genomförts någon uppskattning av antalet barn med FAS sedan 1970-talet. Den skattningen omfattade inte heller de personer som har FASD som är samlingsnamnet på alla alkoholrelaterade fosterskador. Därför bör en FASD-klinik etableras och läggas under det föreslagna kompetenscentrumet.

Information om hur alkohol, tobak och andra droger under graviditeten kan påverka fostret erbjuds alla kvinnor i fertil ålder och deras partner

Skadorna orsakade av alkohol, tobak eller andra droger kan ha påverkat barnets utveckling redan innan modern har fått information om att hon är gravid, därför bör en familj som planerar att skaffa barn avstå från alkohol och andra droger. Information om detta kan spridas bl.a. i gymnasieskolan, på ungdomsmottagningar och inom primärvården. Partners stöd är dessutom viktigt för att den gravida kvinnan ska upphöra att dricka alkohol och använda tobak. Det är därför viktigt att också ge information till män på samma sätt som till kvinnor (se Andréasson m.fl., 2020).

Blivande föräldrar erbjuds information och vid behov rådgivning om ANDTS skadeverkningar

Enligt senaste mätningar röker ca 5 % av gravida i vecka 12, drygt 3 % av gravida i vecka 32 och nästan 4 % av de nyblivna mammorna och drygt 14 % av de nyblivna papporna. Gravida tillfrågas om sina alkoholvanor men det registreras inte. Detta borde kunna göras på samma sätt som rökvanor registreras och följs upp.

Forskningen visar att om mammor dricker alkohol, använder tobak eller andra droger under graviditeten kan barnens utveckling skadas fysiskt och mentalt (se t.ex. Centers for Disease Control and Prevention, 2020).

Därför bör information om hur alkohol, tobak och andra droger påverkar kroppen tas upp på alla mödravårdscentraler och även involvera pappor eller annan partner. Mödravården har också en utmärkt möjlighet att erbjuda stöd för att sluta röka, snusa, använda alkohol och andra droger.

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

Skador i det centrala nervsystemet kan inte behandlas bort och kan leda till behov av bistånd hela livet. Det kan handla om olika typer av skador, några har ett osynligt handikapp, andra har stora skador som har lett till psykisk utvecklingshämning. Det kan också leda till

karaktäristiska ansiktsuttryck. Det handlar om barn med FAS och FASD (se kap. 3.4). Det är därför angeläget att – när det finns misstanke om fosterskador orsakade av alkohol eller andra droger – genomföra en tvärfacklig kartläggning eftersom rätt diagnos krävs för rätt hjälp. Det är angeläget att alla dessa barn får ett långsiktigt stöd och även deras föräldrar (se t.ex. WHO, 2013).

5.2.2 Barn i familjer med riskbruk, skadligt bruk eller beroende av ANDTS, psykisk sjukdom eller psykisk funktionsnedsättning ska erbjudas ändamålsenligt stöd

Skuggans bedömning: Barn som växer upp i familjer med missbruk löper högre risk än andra barn att själva utveckla missbruk och psykisk ohälsa. Det är inte heller ovanligt att det förekommer våld i familjen. Hemmiljöerna kan präglas av kriser, förtvivlan, hopplöshet, svek och vara såväl ångestväckande som förvirrande för barnen. I Barnkonventionen understryks också att alla konventionsstater ska vidta alla sociala och utbildningsmässiga åtgärder för att skydda barn mot alla former av fysiskt och psykiskt våld.

Barn i familjer med riskbruk, skadligt bruk eller beroende, psykisk sjukdom eller psykisk funktionsnedsättning kan därför ha behov av särskilda stödåtgärder. Medvetenheten om det behöver öka bland personal i de verksamheter som möter barnen och deras föräldrar. Personalen behöver ha kunskap om sina skyldigheter och om olika stödinsatser som barnen kan behöva.

Adekvat kunskap bland personalen inom verksamheter som arbetar med barn

Personal inom alla verksamheter som arbetar med barn ska ha kunskap om innehållet i barnkonventionen och ha kunskap om hur bruk av alkohol, tobak och andra droger påverkar fostret och hur utsatta barn i familjer riskbruk, skadligt bruk eller beroende kan vara. Kunskapen borde också inkludera när verksamheterna borde ta initiativ till bedömning av neuropsykiatriska problem, vid t.ex. hyperaktivitet, impulsivitet och koncentrationssvårigheter.

Det handlar om personal inom hälso- och sjukvård (MVC, BVC, Familjecentraler, BUP), förskolor, skolor (lärare, skolledare, elevhälsopersonal), fritidsledare och personal inom socialtjänsten m.fl. För att garantera att alla dessa yrkesgrupper får kunskap om barnens situation och deras behov av stöd ska kompetenscentrumet ta fram ett konkret material och utbilda utbildare i alla län.

Utveckla en samordnad barn- och ungdomshälsa

Omkring 5–10 % av alla barn beräknas ha en ökad psykobiologisk sårbarhet. Det innebär att mer än en elev i varje klass kan ha en medfödd känslighet i form av utvecklingsförseningar i centrala nervsystemet. Hos framför allt pojkar kan det yttra sig som impulsivitet, överaktivitet och bristande självkontroll. På gruppnivå skiljer sig flickors problem ofta från pojkars, genom att deras svårigheter inte är lika lätta för omgivningen att upptäcka. Flickors problem och ohälsa tolkas ofta som orsakade av trauman, bristande omsorg, familje- och kamratproblem och pojkars med biologiska orsaker, bl.a. adhd, trots samma underliggande svårigheter. Flickors problem upptäcks senare och de har dessutom oftare svårare funktionsnedsättningar och får i mindre utsträckning rätt insatser.

Såväl flickor som pojkar med utvecklingsrelaterade svårigheter får ofta problem att koncentrera sig och att förstå och uppfatta och ibland att följa regler. För alla barn med utvecklingsrelaterade svårigheter är det viktigt med en tydlig struktur, stimulerande och tydliga arbetsuppgifter och anpassade arbetssätt. Alla kommuner bör prioritera en samordnad barn- och ungdomshälsa som tidigt identifierar dessa problem och som samarbetar med skolan och elevhälsan.

Ökade resurser för neuropsykiatriska utredningar genom att bygga upp en struktur för samverkan mellan elevhälsan, socialtjänsten, primärvården och BUP med neuropsykiatrisk kompetens

BUP är till för barn och unga upp till 18 år som behöver psykiatriskt stöd eller vård. Anpassade insatser i tidiga skeden vid klarlagd adhd är angelägna och kan bromsa en mycket negativ utveckling bland dessa barn. Socialstyrelsens nyligen publicerade kartläggning visar att en vanlig psykiatrisk diagnos vid samsjuklighet (psykisk ohälsa och beroendeframkallande substanser) är adhd. Risken för barn och ungdomar med adhd att utveckla skadligt bruk och beroende är 20 gånger högre än jämnåriga utan diagnos. Med rätt diagnos och tidig behandling har forskning visat att denna överrisk i princip försvinner. Idag är det i många regioner långa köer för att få en bedömning inom BUP som grund för anpassade insatser. Eftersom det är angeläget att rätt insatser ska erbjudas tidigt bör ökade resurser avsättas för att utveckla en struktur för samverkan mellan elevhälsan, socialtjänsten, primärvården och BUP – förslagsvis genom integrerade team – som kan genomföra bedömningen och erbjuda anpassade insatser.

Rutiner för personalens ansvar och befogenheter ska finnas inom alla regioner när det gäller att beakta barns behov av information, råd och stöd

År 2010 trädde en lag i kraft som ålade hälso- och sjukvården (HSL) att beakta barns behov av information, råd och stöd, dvs. bl.a. barn i familjer med riskbruk, skadligt bruk eller beroende. Några län fick via Kunskap till praktik (SKL, nuvarande SKR) utvecklingsmedel för att utarbeta rutiner för att följa lagen. Socialstyrelsen besökte senare ett antal län för att följa upp hur landstingen arbetade med lagstiftningen.

IVO (Inspektionen för vård och omsorg) bör under strategiperioden få i uppdrag att följa upp hur regionernas rutiner har utvecklats – en viktig del av intentionerna i barnkonventionen.

Förstärkt samverkan mellan alla yrkesgrupper och verksamheter som möter barn som far illa

Samverkan på lokal nivå mellan de yrkesgrupper och verksamheter som möter barn som far illa eller riskerar att fara illa till följd av skadliga effekter av ANDTS är centralt för att kunna ge ett effektivt stöd till berörda barn. Ett nära samarbete mellan barnhälsovården, förskolan, elevhälsan, skolan, BUP, primärvården och socialtjänsten behöver därför utvecklas i syfte att se och stödja dessa barn tidigt och samordnat. Alla verksamheter måste utarbeta tydliga rutiner för anmälan när det gäller anmälningskyldigheten vid oro för barn.

Det gemensamma regeringsuppdrag som Socialstyrelsen och Skolverket har haft mellan 2017 och 2020 om tidiga och samordnade insatser (TSI) för barn och unga med en ogynnsam utveckling bör fortsatt stödjas. Vidare bör vunna erfarenheter tas tillvara och spridas. Fokus bör ligga på de team för samverkan som utvecklats och för samverkan i syfte att öka skolnärvaron.

Föräldrar med ett riskbruk, skadligt bruk eller beroende får stöd i föräldraskapet, kunskap om hur alkohol och andra droger påverkar föräldraskapet och stöd i att bli fri från sitt problem (se också långsiktigt mål 5)

Forskning visar att samtal om föräldraskapet har betydelse för att kunna öka föräldrarnas insikter om såväl föräldraskapet som barnets situation. Den kartläggning som Kunskap till praktik inom SKL genomförde 2012 visade också att föräldrar i vård för beroende vill samtala om föräldraskapet och barns behov (se Leifman & Raninen, 2014a; Leifman, m.fl., 2014). Därför bör CAN få fortsatta medel för att stödja det nätverk av utbildare som inledningsvis utbildades av Kunskap till praktik i ”Att stärka barn och föräldraperspektivet inom missbruks- och beroendevården”. CAN har vidareutvecklat material och erhållit ekonomiskt stöd från Socialstyrelsen för att fortsätta stödja utbildarna. När kunskapscentrumet är uppbyggt borde de ansvara för att förvalta och utveckla dessa metoder medan CAN och andra på uppdrag av Kunskapscentrumet kan fortsätta utbilda i dessa frågor.

Stöd till närstående i familjer med missbruk som syftar till att de bättre ska skydda barnen

Närstående är de som först upptäcker skadligt bruk/beroende. De behöver stöd för egen del, men också om hur de kan stödja personen med problem och hur de kan stödja barnen. (Se långsiktigt mål 5).

Anpassat stöd till alla barn som lever i familjer med missbruk, psykisk sjukdom eller psykisk funktionsnedsättning

CAN redovisade 2014 en analys av en kartläggning av barn i familjer där en förälder var i vård för missbruk eller beroende år 2012. Den omfattade 3 749 barn, ungefär lika många flickor som pojkar och 70 % av barnen var mellan 7 och 17 år. 29 % av barnen hade minst ett problem, enligt föräldrarnas svar. Av alla barnen fick 24 % av barnen någon form av stöd. Bland de äldre barnen var motsvarande andel närmare 30 % medan det bland yngre var färre än vart tionde. Andel barn som får stödinsatser visade sig öka från de lägsta åldrarna fram till 11-årsåldern för att därefter ligga kvar på ungefär samma nivå (Leifman & Raninen, 2014b).

Bland de 71 % av barnen med inget rapporterat problem, enligt föräldrarna, fick 14 % någon form av stödinsats, jämfört med 47 % av barnen med ett eller flera problem. Bland de 5 % barn med flest problem uppgick andelen som fick stöd till 70 % (Leifman & Raninen, 2014b).

Det mest centrala resultatet i studien var att merparten av de barn som får stöd redan har problem av olika slag, vilket indikerar att man inom missbruks- och beroendevården inte arbetar med att stödja alla barn som växer upp i missbruksmiljöer. Stödinsatser sätts inte heller in tidigt när barnen är små som en preventiv åtgärd utan när barnen är gamla nog för att själva ha fått problem, exempelvis med att klara skolan, annat utanförskap, känna sig orolig, ängslig och att vara deprimerad.

Vi ser det som angeläget att erbjuda alla dessa barn anpassat stöd. Barnen kan erbjudas individuellt samtalsstöd eller stöd i barngrupper men det bör vara strukturerat och kunskapsbaserat. Det finns stödgrupper för barn i olika åldrar i många kommuner som har utvärderats med god effekt.

Långt ifrån alla dessa barn erbjuds alltså stöd, delvis för att det är svårt att upptäcka problemen och delvis för att man inte måste. I Junis rapport 2019 om kommunernas stöd till barn som växer upp i familjer med missbruk redovisades att mellan 2 000 och 3 000 barn fått stöd de senaste åren och att 92 % av kommunerna erbjuder barnen någon form av stöd oftast i form av stödsamtal och stödgrupper. Betydligt fler barn behöver stöd. Några viktiga

organisationer inom den idéburna sektorn som arbetat länge för att stödja dessa barn är Maskrosbarn, Trygga barnen och Junis.

Socialstyrelsen har under ett antal år arbetat med att utveckla stödet till barn som anhöriga, varav barn i familjer med missbruk varit en av de prioriterade grupperna. Det är ett långsiktigt arbete som borde fortsätta även under kommande strategiperiod.

Relationen mellan barnet och föräldern som haft problem kan också förbättras genom att kommunen eller landstinget erbjuder barnen att delta i Childrens Program, ett program som syftar till att förbättra relationen mellan barnet och föräldern eftersom den ofta försämrats väsentligt under den period som föräldern hade missbruksproblem. Andra metoder som syftar till att stödja hela familjen är Beardslees familjeintervention, Jag och min familj, Föra barnen på tal med flera.

Barn som lever i dessa familjer ska erbjudas att vistas i alkohol- och drogfria miljöer. I det sammanhanget kan förskolan och skolan ha en kompensatorisk roll både som stöd och miljö. Genom fritidsaktiviteter kan både en drogfri miljö erbjudas men också kontakter med andra viktiga vuxna. Att klara skolan är en av de viktigaste skyddsfaktorerna (se vidare mål 3). Viktiga vuxna i fritidsaktiviteter bör få utbildning i barnkonventionen för att utgöra det stöd som alla barn, men i synnerhet dessa barn och ungdomar, kan behöva. I Barnkonventionen sätter de bland annat fokus på att barnen ska ha rätt att göra sin röst hörd och bli lyssnade på. De ska också få kunskap om sina rättigheter generellt men även när det gäller möjlighet till stöd.

5.3 Långsiktigt mål 3: Antal barn, unga och unga vuxna som börjar använda narkotika och dopningsmedel eller debuterar tidigt med alkohol, tobak eller spel ska minska

Skuggans bedömning: Insatser för att förhindra att någon börjar använda narkotika och dopningsmedel eller debuterar tidigt med alkohol, tobak eller börjar spela om pengar bör ha en hög prioritet. Att förändra beteenden och normer ökar om insatser sker på flera olika områden och aktörer i samverkan, t.ex. föräldrar, skolan, fritidssektorn, socialtjänsten, polisen, idéburna organisationer, näringslivet. Alla spelar viktiga roller i det förebyggande arbetet.

Mycket av detta arbete sker regionalt och framför allt lokalt. Stärkta regionala och lokala förebyggande ANDTS-insatser utgör därför en viktig del av en heltäckande ANDTS-strategi och måste ha hög prioritet både när det gäller ökad implementering av existerande breda insatser men också i att stärka det lokala policyarbetet och i metodutveckling. Detta gäller insatser inte bara riktade mot unga utan även unga vuxna och hela befolkningen.

Insatserna som tas upp i detta kapitel har fokus på barn och unga men även till viss del vuxna eller unga vuxna. Möjligen skulle en del av förslagen lika gärna kunna ligga under målområde 4, på samma sätt som en del förslag under målområde 4 också är relevant för målområde 3. Det handlar mer om huvudsaklig målgrupp för förslagen.

Tillgänglighetsbegränsande åtgärder har stor betydelse för att skjuta upp debutåldern för alkohol och tobak samt nyrekrytering till narkotika- och dopningsmissbruk (se långsiktigt

mål 1). Därtill har tydliga gränser, normer och värderingar bland föräldrar och andra vuxna förebilder stor betydelse för barnens inställning och framtida vanor, inte minst för att påverka attityder och normer samt skapa acceptans för en restriktiv ANDTS-politik och kunskap om dess effekter på hälsa, kriminalitet och social utveckling.

Förslagen under detta målområde är en blandning av satsningar på utveckling av metoder, spridning av konkreta befintliga metoder, kompetenshöjande insatser och attitydpåverkan. Satsningarna som föreslås täcker både tillgänglighets- och efterfrågedämpande insatser. Den struktur som byggts upp på regional och lokal nivå för samordning, kompetensutveckling och implementering av kunskapsbaserade metoder är också nödvändig för att nå långsiktigt mål 3. Samordningen bör dessutom stärkas ytterligare vilket medför att erfarenhetsutbytet mellan praktiker, forskare och beslutsfattare behöver öka.

Prioriterade mål under strategiperioden

5.3.1 Stärk lokala förebyggande insatser med fokus på arenor och aktörer runt de unga

Skuggans bedömning: Tidiga och förebyggande insatser som är viktiga att driva kontinuerligt är barn- och ungdomshälsovård, föräldrastöd, insatser i förskola/skola och insatser på fritiden. Bäst skyddade effekt ges om dessa komponenter systematiskt sammanlänkas till ett system av förstärkande miljöfaktorer runt de unga.

Ungdomsmottagningar är fortfarande till stor del en outnyttjad arena för tidig upptäckt och prevention av ANDT. I en nyligen genomförd studie visade det sig att de som kommer dit i högre utsträckning har prövat narkotika, är riskkonsumenter och generellt mer risktagande jämfört med jämförbara åldersgrupper som inte går på ungdomsmottagningar. Mer än 85 % av de som kommer dit är flickor. Ungdomsmottagningarna bör i större utsträckning ta upp frågor om ANDTS.

Många lokala hälsofrämjande och förebyggande program tar sikte på att stärka faktorer runt de unga för att på så sätt bygga upp skyddande och förebyggande insatser i vardagen. Arenor och aktörer som oftast åsyftas är föräldrar enskilt och i grupp, skolan som arena för samlingsplats för föräldrar, skolpersonal och unga, organiserad fritidsverksamhet och tydliga regler när det gäller alkohol och tobak bland unga (inte köpa ut och bjuda hemma) och att inte vara ute sent på kvällarna. Dessa är också centrala utgångspunkter i olika lokala förebyggande modeller i Sverige. Ibland kallar man detta för multi-komponenta program med ett systemtänk som utgångspunkt. Syftet är att förändra systemet runt målgruppen och inte att direkt försöka påverka målgruppens beteende genom olika direkta påverkansinsatser även om också sådana kan behöva utformas på olika sätt. För mer om lokalt förebyggande arbete (se också långsiktigt mål 4).

På Island har detta satts i system och en hälsofrämjande och förebyggande modell har utvecklats över tid med goda resultat, den s.k. isländska preventionsmodellen eller Planet Youth. Modellen bygger på att stärka dessa skyddande faktorer runt de unga i lokalsamhället vilket bidrar till att främja barn och ungas utveckling. Modellen syftar till att minska nyrekryteringen till ANT bland unga men förebygger sannolikt också andra oönskade beteenden bland unga. Stort fokus läggs på att stärka föräldrarnas roll genom att betona och

underlätta för föräldrar att spendera mer tid med sina barn. Organiserad fritid är en annan central arena. Alla barn och unga erbjuds lättillgänglig och i stor utsträckning kostnadsfria fritidsaktiviteter. Tränare och ledare är utbildade i barnpsykologi eller liknade. Föräldrar kan uppmuntras att bidra i föreningslivet men inte som tränare eller ledare för laget där ens egna barn ingår. Skolan används som viktig mötes- och samordningsarena för insatser, framför allt tillsammans med föräldrar (se Kristjansson et al, 2020a–b).

Modellen sprids nu runt om i världen och implementeras exempelvis i kommuner (eller motsvarande) i Australien, Chile, Irland, Nederländerna, Mexiko, USA, Kanada, men än så länge inte i något annat nordiskt land än Island. Modellen borde testas och utvärderas vetenskapligt i Sverige.

Utveckla en samordnad barn- och ungdomshälsa

Genom att följa barns utveckling inom ramen för en samordnad barn- och ungdomshälsa kan man både upptäcka barns psykobiologiska sårbarhet tidigt och även föräldrars sviktande omsorgsförmåga. Dessa situationer kan behöva bedömas av experter och insatser anpassas till de specifika problemen.

Alla kommuner bör prioritera en barn- och ungdomshälsa som tidigt kan upptäcka dessa problem och hänvisa barnen till integrerade team bestående av personal från elevhälsan, socialtjänsten, primärvården och BUP som har kompetens att tillsammans göra en bedömning av situationen och av individanpassade insatser (se även kap. 2.2.2.). Barn- och ungdomshälsan bör även samverka med barn- och ungdomspsykiatri, skolan, socialtjänsten, primärvården och ungdomsmottagningarna.

Tillgängliggör och samordna olika former av föräldrastöd

Alla föräldrar har en viktig roll när det gäller kunskapen om att inte bjuda sina barn på alkohol eller att köpa ut (se kap 5.1.3). Alla föräldrar behöver också få stöd och möjlighet att diskutera hur de ska hantera olika situationer som uppstår och hur de kan samarbeta med andra föräldrar. De senaste åren har flera föräldrastödsprogram utvecklats, dvs. strukturerade kurser för föräldrar som fokuserar på samspelet mellan föräldrar och barn i syfte att främja barns hälsa och utveckling.

En stor del av det föräldraskapsstöd som erbjuds idag finns inom den ordinarie verksamheten i kommuner och regioner. Mödra- och barnhälsovården erbjuder föräldragrupper och hembesök, och i många kommuner finns familjecentraler och öppna förskolor. När barnen blir äldre kan stöd erbjudas via förskolan eller skolan, och på många platser erbjuds även föräldraprogram.

En del av dessa vänder sig till alla föräldrar och en del till föräldrar med utagerande barn. Metoder som vänder sig till alla föräldrar är ABC (Alla Barn i Centrum) och Effekt (tidigare ÖPP). ABC vänder sig till föräldrar till barn mellan 3 och 12 år och Effekt vänder sig till föräldrar med barn i högstadiet. KOMET (KOMMunikationsMETod) är ett exempel på ett manualbaserat träningsprogram som vänder sig till föräldrar med bråkiga och överaktiva barn i åldern 3–9 år. Men det finns flera föräldrastödsprogram.

Det bör nämnas att det antagligen inte finns något annat ANDTS-relaterat område där tidigare regeringar under de senaste 15–20 åren har satsat så mycket medel, där enbart den senaste stora satsningen att utveckla och utvärdera föräldrastöd 2011–2013 kostade 60 miljoner. Några år dessförinnan fördelade Folkhälsomyndigheten 70 miljoner kronor till kommuner och forskningslärosäten med syfte att utveckla kommunala strategier för

föräldrastöd samt 10 miljoner kronor för att utveckla föräldrastödet till föräldrar till barn med psykisk eller fysisk funktionsnedsättning (Folkhälsomyndigheten, 2014).

Utvecklingskostnaderna är tämligen stora men insatsen i sig är därefter ganska billig. Hälsoekonomiska analyser av föräldrastödsprogram i Sverige visar att insatsen är lönsam för kommuner; man sparar pengar på sikt (se Folkhälsomyndigheten, 2014b: *Föräldrastöd – är det värt pengarna?*). SBU:s nyligen genomförda systematiska kunskapsöversikt av föräldrastöd som riktar sig till familjer (föräldrar) med barn med utagerande beteende ger också stöd för att föräldraskapsstöd för denna mer selektiva målgrupp är en verksam insats (se SBU, 2019a).

I augusti 2018 fattade regeringen beslut om en nationell strategi för ett stärkt föräldraskapsstöd. Strategin betonar att barns rättigheter ska stå i centrum, och att föräldraskapsstödet ska bidra till jämställt föräldraskap och jämlikhet i hälsa. Myndigheten för familjerätt och föräldraskapsstöd (MFoF) har i uppdrag av regeringen att stödja genomförandet av den nationella strategin. MFoF ska även följa upp föräldraskapsstödet och strategins mål och målområden.

För att bistå kommuner, regioner, civilsamhällesaktörer och andra som arbetar med stöd till föräldrar har MFoF fått i uppdrag att stödja genomförandet och följa upp strategin. Även länsstyrelserna har regeringsuppdrag kring föräldraskapsstöd och ska stödja lokala och regionala aktörer i arbetet. Länsstyrelsen i Örebro är samordnande för deras arbete.

För att stödja genomförandet prioriterar MFoF arbetet med att samla och tillgängliggöra kunskap, driva arbetet kring mätning och indikatorer för föräldraskapsstöd, erbjuda löpande stöd till regionala stödstrukturer samt samverkan och dialog med myndigheter, regioner, kommuner och ideell sektor.

Dessa är viktiga områden, men frågor som rör aktiv spridning av program, bl.a. genom att utbilda utbildare, långsiktig förvaltning av och ansvarighet för program samt konkret metodstöd med guidning i val av program kvarstår. Detta bör vara en uppgift för det föreslagna kompetenscentrumet.

Skolan som arena för ANDTS-förebyggande insatser

Skolan är en viktig arena för att främja barns och ungdomars hälsa och för att arbeta med ANDTS- prevention. 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.

Skolframgång och skoltrivsel är viktiga skyddsfaktorer för barn och ungdomars hälsa. En god skolmiljö är viktig för elevernas trivsel och allmänna hälsa. Att klara skolan är en av de viktigaste skyddsfaktorerna i relation till senare problem. Skolan behöver också ha en ANDTS-strategi. Under strategiperioden bör all skolpersonal ha fått god kännedom och kunskap om hur alkohol, tobak och andra droger påverkar kroppen och hur en effektiv skola ska jobba borde föras in i läroplanen.

Under strategiperioden bör alla grund- och gymnasieskolor ha utarbetat en ANDTS-policy som tydliggör regler och beskriver vilka insatser som ska genomföras med alla elever, vilka insatser som ska vidtas vid riskbeteende (t.ex. hyperaktivitet och impulsivitet) och vid misstänkt missbruk. Policyn ska även innehålla hur barn i familjer med missbruk kan stödjas. En tobaksfri skoltid bör vara en del i den (se kap. 5.1.2).

Vidare bör skolpersonal utbildas i vikten av en god struktur och ledarskapet i skolan och i klassrummet; elevhälsopersonalen och mentorerna bör ställa frågor om hur eleverna mår och hur de har det hemma inom elevhälsosamtalen och i sina samtal med eleverna; alla elever med hyperaktivitet och impulsivitet bör erbjudas tidigt stöd; skolan behöver utveckla metoder för insatser mot skolk och mobbning för att stimulera skolnärvaro och skolan ska även fortsättningsvis samverka med föräldrar och erbjuda dem en mötesplats för att diskutera hur de kan samverka för att förhindra att barn och unga börjar använda dessa preparat eller börjar spela om pengar. Skolor ska också i större utsträckning än idag utveckla handlingsplaner som tydliggör samverkan med polis och socialtjänst och vad som ska göras och när. Skolverket bör få i uppdrag av regeringen att stödja skolorna i utveckling i detta arbete i nära dialog med det föreslagna kompetenscentrumet.

Socialtjänstens roll i det förebyggande arbetet

Socialnämnden har ett särskilt ansvar för att i nära samarbete med hemmen sörja för att barn och ungdomar som riskerar att utvecklas ogynnsamt får det skydd och det stöd de behöver.

En del kommuner har fältarbetare anställda, vars roll är att finnas ute på gator och torg och se, prata med och stödja ungdomar. De arbetar på individ-, grupp- och strukturell nivå gentemot ungdomar som riskerar att utveckla sociala problem. Det är angeläget att det finns vuxna ute i miljöer där många ungdomar vistas, varför fältarbetare har en viktig roll när det gäller samverkan med skola, polis, första linjen och föräldrar. I många kommuner har fältarbetarna försvunnit, men vår uppfattning är att de borde bli fler.

Fritiden (idrott och andra fritidsområden med fokus på organiserad fritid)

Att röra på sig och vara aktiv i olika föreningar är i grunden mycket positivt. Men det behöver inte bidra till att skydda mot ANDTS. Det beror på hur fritidsaktiviteterna organiseras och vilka man träffar. En av hörnpelarna i den nämnda isländska modellen är just strukturerad, organiserad fritid, ofta i direkt anslutning till skoldagens avslut. Studier visar att organiserade fritidsaktiviteter med utbildad personal är att betrakta som en skyddsfaktor mot många faktorer, bl.a. ungas hälsa och sannolikt tidig ANT-debut (Thorlindsson, m.fl., 2000; Halldorsson, 2017, 2018; se också Neergaard, m.fl., 2020).

I Sverige bygger föreningslivet på ideella krafter fullt ut, inte minst på frivilliga vuxna, allt som oftast föräldrar till de barn som utövar aktiviteterna. Den modellen har också sina fördelar. Men lärdomar från den isländska modellen behöver inte vara ett fullständigt paradigmskifte från ett system till ett annat. En lärdom värd att testa i Sverige är att sträva efter att kompetenshöja tränare och ledare när det gäller kunskap i läran om barns utveckling och barnpsykologi. Sådana utbildningsinsatser skulle kunna administreras av olika riksförbund och medel bör avsättas för detta.

Ungdomsmottagningarna ska erbjuda de besökande det webbstöd som utvecklats av STAD och som syftar till att förebygga dessa problem

STAD genomförde år 2016 en kartläggning av hur tolv ungdomsmottagningar i Stockholm arbetar (Strandberg & Kvillemo, 2017). Den visade att de som kommer dit i högre utsträckning har prövat narkotika, är riskkonsumenter och är generellt mer risktagande jämfört med jämförbara åldersgrupper som inte går till ungdomsmottagningar. Mer än 85 % av de som kommer dit är flickor. Detta är till delar en outnyttjad arena i det ANDTS-förebyggande arbetet med tidiga insatser.

Ungdomsmottagningarna har ofta en liten personalstyrka och har svårt att hinna med något vid sidan av preventivmedelsrådgivning. STAD håller därför på att utveckla ett webbaserat alkoholförebyggande program för riskkonsumenter på ungdomsmottagningar. Programmet tar ca 15–20 minuter att genomföra och baseras på Motivational interviewing (MI), motiverande samtal.

Vi menar att ungdomsmottagningarna ska utbilda sin personal i hur de kan förebygga dessa problem och erbjuda de besökande det webbstöd som utvecklats av STAD och som syftar till att förebygga problem. Ungdomsmottagningarna ska också kunna ta upp frågor som rör tobak, narkotika, dopning och spel.

Ungdomsmottagningarna i Sverige har årligen ca 200 000 besökare i åldern 12–25 år. Det webbaserade programmet kommer att vara tillgängligt från och med 2021, då alla ungdomsmottagningar bör informera om programmet. Ungdomsmottagningarna bör också informera om hur alkohol, tobak och andra droger påverkar fostret under graviditeten. Ett nationellt uppdrag krävs om STAD ska ha möjlighet att utbilda personal på ungdomsmottagningarna i hela Sverige och följa upp användningen av det webbaserade programmet.

5.3.2 Lokalt och regionalt förebyggande arbete

Skuggans bedömning: Den struktur som byggts upp i Sverige med länssamordning och lokala samordnare måste bibehållas. Det utvecklingsarbete som bedrivits i Sverige under de senaste ca 15 åren skulle inte fungera utan dessa strukturer. Flera lokala förebyggande modeller har visat sig vara effektiva, varför det är sannolikt att ANDT-problematiken skulle vara på en högre nivå om dessa långsiktiga insatser inte bedrivits.

Det lokala förebyggande arbetet behöver dock förstärkas under den kommande strategiperioden med mer medel både för utveckling av nya modeller och nya metoder men också för vidareutveckling av befintliga. Effektiv samordning och nationell spridning av effektiva metoder är också angeläget. Uppgifterna bör ligga på kompetenscentrumet. Även återkommande utbildningsinsatser för de lokala drogsamordnarna behöver fortsätta och utvecklas vidare med särskilda fördjupningsutbildningar.

Samverkan och samordning med andra folkhälsoområden är centralt för att utnyttja de begränsade resurserna på bästa sätt och få ut den maximala effekten. Detta får dock inte innebära att ANDTS-arbetet får minskad prioritet i syfte att skapa balans mellan de olika folkhälsoområdena.

Mycket av det som omnämndes i föregående kapitel (5.2.1) avser insatser på regional och, framför allt, lokal nivå. När det gäller det breda och långsiktiga lokala ANDTS-förebyggande arbetet förtjänar detta ett särskilt omnämnande då det har betonats kraftigt i de senaste strategierna. Vidare har en långsiktig uppbyggd struktur för arbetet vidtagits från nationell nivå till regional och lokal nivå. Samordnare på länsnivå är här avgörande för en effektiv spridning och god implementering av strategins inriktning och föreslagna insatser. De lokala drogsamordnarna är de som på uppdrag av sina politiker, i sin tur, måste se till att detta blir konkret verklighet lokalt. Dessa strukturer måste vårdas.

En viktig del i det lokala förebyggande utvecklingsarbetet i Sverige har varit att systematiskt utgå från begreppen risk- och skyddsfaktorer som idag är standardbegrepp inom det förebyg-

gande arbetet. Riskfaktorer ökar sannolikheten för att ett problembeteende ska förekomma. Skyddsfaktorer innebär att sannolikheten för problembeteenden minskar när det förekommer riskfaktorer. Grovt sett kan risk- och skyddsfaktorer delas in i individuella faktorer (biologiska och psykologiska faktorer), sociala nätverksfaktorer (förhållanden i den närmaste omgivningen såsom familjestruktur, familjestöd) och samhällsfaktorer (t.ex. lagar och regler som styr tillgängligheten till ANDTS, samhälleliga normer och attityder). Insatser inom alla dessa områden behövs. Enstaka riskfaktorer innebär sällan någon påtagligt ökad risk. Risken ökar däremot om flera riskfaktorer förekommer samtidigt. Många preventionsprogram försöker därför påverka flera risk- och skyddsfaktorer.

Fortfarande ställs ofta frågan om lokalt förebyggande arbete egentligen fungerar. Svaret måste bli att det beror helt och hållet på vad man gör. Bevisligen effektiva insatser fungerar inte sämre i sig bara för att de bedrivs på lokal nivå istället för nationell nivå. Däremot kan bristande resurser på lokal nivå försvåra arbetet såsom implementeringen av mer komplexa preventionsprogram.

Många gånger är den nationella och lokala nivån sammanflätade och beroende av varandra med nationella styrsystem (lagar, regelverk) som ska implementeras och upprätthållas på lokal nivå. Detta kan exempelvis gälla åldersgränser för servering som ska följas (och kontrolleras) på lokal nivå. Här är det lokala arbetet avgörande. Vidare bedriver, naturligtvis, kommuner (och regioner) egna insatser som inte har någon direkt koppling till den nationella nivån och där vissa insatser fungerar och andra inte.

Alla förebyggande insatser som sker på lokal nivå är ju i någon mening att betrakta som lokalt förebyggande arbete men ofta syftar man på ett arbete där lokalsamhället betraktas som en egen drivande aktör med strategier och olika systematiska insatser genomförda av olika aktörer. Mobilisering av kommuninvånarna och av lokala nyckelpersoner, utvecklat policyarbete, olika insatser för att förebygga riskfaktorer och stärka skyddsfaktorer, och lokala uppföljningar lyfts ofta fram som viktiga komponenter. Ibland används begreppet ”whole-of-community approach” för att beskriva denna inriktning (se t.ex. Stockings, m.fl., 2018).

Fungerar då detta? Forskningen är inte entydig och, igen, beror det mycket på vad man faktiskt gör. Studierna är också få till antalet, framför allt de som även riktar sig till vuxna och inte enbart till unga. Dessutom är sådana ansatser som inte är konkret manualbaserade på samma sätt som specifika program svåra att utvärdera med avseende på både design och mått på insatser och utfall.

Många av de lokala arbeten som dock utvärderats, ofta med unga som målgrupp, visar på begränsade, men inte obetydliga, effekter. En förklaring till detta kan vara att man inte använt sig av de mest effektiva (tillgänglighetsreglerande) insatserna, en annan att man inte lyckats särskilt väl med implementeringen av olika (komplexa) modeller (för en genomgång se t.ex. Nilsson, 2019).

Här bör man också skilja på studier som genomförts under idealförhållanden med generösa tillfälliga projektbudgetar och med olika forskare och experter inblandade och sådana, mer intressanta, som utgår från lokalsamhällets vardag med ett mer realistiskt stöd för att bygga upp ett långsiktigt arbete med de lokala aktörerna som huvudansvariga.

I Sverige har flera sådana av sistnämnd karaktär med fokus på alkoholförebyggande arbeten genomförts under de senaste 20 åren. Flera av dem är utvärderade och flera av dem visar på effekter på alkoholkonsumtion och/eller alkoholskador (STAD-modellen genom Ansvarsfull

Alkoholservering, Trelleborgsprojektet och LUMA). Samtliga av dem har, mer eller mindre, baserats på ett systemtänk med flera komponenter och där en av dessa varit insatser för att begränsa tillgången till alkohol (för en genomgång, se Nilsson, 2019).

Vidare tyder en del data på att det långsiktiga arbete som bedrivits i Sverige under knappt två decennier med att stötta och utveckla det lokala arbetet genom bättre och mer effektiva strukturer på olika nivåer, utbildningar av drogsamordnare, metodutveckling och implementeringsstöd m.m. gett resultat. Åtminstone visar en studie att de kommuner som uppvisat högre nivåer av olika insatser och med mer utvecklat policyarbete, samverkan och mer resurser, har en mer gynnsam utveckling vad gäller alkoholskador (Nilsson, 2019). Det är sannolikt att denna stora mobilisering av förebyggande lokala insatser över tid varit en bidragande faktor till att alkoholkonsumtionen sjunkit, både bland unga och vuxna under de senaste 10–15 åren. Denna utveckling ska också ställas i ljuset av den ökning av konsumtionen som många experter förutspådde under samma period.

Det lokala förebyggande ANDTS-arbetet har haft en central roll i implementeringen av såväl den nu aktuella som den tidigare strategin. Så bör också vara fallet i nästkommande strategi 2021–2025. Nedan följer insatser som vi ser som centrala för en kommun att genomföra.

Som grund för kommunernas insatser för att förebygga problem behöver man ha en bild över hur problemen ser ut i den egna kommunen. Det kan man få genom att kartlägga konsumtionen i olika åldersgrupper, vilket förebyggande arbete som bedrivs, viken policy som finns och vilka resurser som avsätts för utveckling och samordning av det förebyggande arbetet. Kommunens politiska ledning bör också anta en alkohol- och narkotikapolitik som baseras på kartläggningen. Policyn bör omfatta ett övergripande mål och delmål, den huvudsakliga inriktningen, budgetbeslut, tidsplan och vem som är ansvarig. Att begränsa tillgängligheten till alkohol, narkotika, dopning, tobak är grundpelare och de insatser som har starkast stöd i forskningen. Lokaler där spel erbjuds bör begränsas och inte tillåtas i närheten av mötesplatser för ungdomar, t.ex. skolor, idrottsanläggningar, fritidsgårdar etc. Tillsyn av åldersgränser i livsmedelsaffärer, på restauranger och på festivaler bör genomföras systematiskt.

Skolan bör också ha en policy för lärare, elevhälsan och annan skolpersonal som beskriver hur de ska jobba med alla elever och hur de ska stödja elever med riskbeteende. Lärarna måste också få kunskap om varför det är viktigt och hur de kan agera. Att i förskolan stödja utsatta elever har också gott forskningsstöd liksom en samverkan mellan högskoleledningar, studentorganisationer och studenthälsan. Slutligen bör även offentliga arbetsplatser och privata företag ha en policy som beskriver vilka regler som gäller på arbetsplatsen. Genom samarbete med företagshälsovården kan arbetsplatser fånga upp problem tidigt.

Viktigt framöver med begränsade resurser blir att stärka samverkan mellan det främjande och det förebyggande arbetet som bedrivs inom folkhälsoområdet med ANDTS-arbetet (se också kap. 4). Kommuner efterfrågar samlat regionalt och/eller nationellt stöd i dessa frågor. Lyckas man med detta kan den samlade effekten på folkhälsan bli desto större.

Sammanfattningsvis menar vi att det lokala förebyggande arbetet behöver förstärkas i Sverige under den kommande strategiperioden med mer medel både för utveckling av nya modeller och nya metoder med också för vidareutveckling av befintliga. Effektiv samordning och nationell spridning av effektiva metoder är också angeläget. Återkommande utbildningsinsatser för nya lokala samordnare (grundutbildning) är också en viktig insats som genomförs årligen. Varje år erbjuds dessutom regionala fördjupningsdagar vilket även bör fortsätta under kommande strategiperiod.

Idag genomförs grundutbildningen med medel från länsstyrelserna och CAN, som gemensamt planerar och sammanställer innehållet. En långsiktig lösning borde vara att kompetenscentrumet tilldelas det övergripande ansvaret för grundutbildningen. Det bör betonas att utbildningsinsatsen är mycket uppskattad och den föreslagna lösningen inte behöver innebära någon förändring i vem som praktiskt svarar för utbildningen.

5.3.3 Ökad användning av befintliga verksamma metoder och utveckla nya insatser som syftar till att skjuta upp alkohol-, tobaks- och speldebuten och minska den totala alkohol- och tobaks konsumtionen

Skuggans bedömning: Flera olika metoder har utvecklats över tid som syftar till att skjuta upp alkohol- och/eller tobaksdebuten. Dessa metoder kan utnyttjas i större utsträckning, samordnas bättre och få en mer systematisk spridning. Ökade insatser för att utveckla och sprida insatser som förebygger bruk av nya tobaksprodukter och spel om pengar är angeläget.

De flesta vuxna som röker har börjat använda tobak under uppväxtåren. Om unga människor når 20-årsåldern utan att bli rökare och snusare är chansen stor att de ska förbli tobaksfria resten av livet. Även när det gäller alkohol (och narkotika) är debutåldern av betydelse för framtida vanor. Till detta ska läggas att konsumtionen i sig orsakar olika negativa konsekvenser, inte minst bland barn och unga. Därför är barn och unga en prioriterad målgrupp för alkohol- och tobaksprevention, så även för narkotika, dopning och spel om pengar. Att ge unga större möjligheter att få tillgång till alkohol- och rökfria miljöer är en viktig åtgärd för att förhindra alkohol- och tobaksdebuter (se också långsiktigt mål 1).

Använd befintliga metoder som utvecklats under de senaste 15 åren

Under årens gång har Folkhälsomyndigheten beviljat flera bidrag till alkohol- och tobaksförebyggande projekt som riktas till unga. Regeringen har också tidigare tilldelat Statens folkhälsoinstitut särskilda medel för att fördela till idéburna organisationer inom tobaksområdet. Olika program och metoder har utvecklats och testats i Sverige med vetenskapligt väl grundade komponenter.

När det gäller metoder (program) för att stödja att ungdomar i att förbli fria från tobaksbruk finns åtminstone en metod som har relativt sett gott vetenskapligt stöd (Tobaksfri Duo; se (Nilsson, m.fl., 2006; Nilsson, 2009) och flera andra är lovande men bör utsättas för ytterligare prövning (flerkomponentsmodellen) (se Edvardsson, 2005; Boij, 2011), SOTIS, dvs. strukturerade, korta och upprepade insatser genom en mix av kognitiv beteendeterapi och motiverande samtal (se Galanti, m.fl., 2010) samt korrigerande av majoritetsmissförståndet (se VG-regionen, 2011; Ringstedprojektet, www.ringstedprojektet.dk).

Insatser för tobaksavvänjning för ungdomar är också utvecklade och erbjuds i dag på vissa orter av t.ex. skolhälsovården, studenthälsan, ungdomsmottagningar och Folktandvården. Samma sak gäller motiverande samtal (MI). Ungdomar kan också ta kontakt med Sluta-Röka-Linjen. Men lokala insatser för att stödja unga att sluta röka behöver också utvecklas.

Även om det är önskvärt med mer forskning kring nämnda metoder och utveckling av nya, stannar inte det förebyggande arbetet av ute i landet under tiden. Det är viktigt att

färdiga metoder som bedöms som lovande förvaltas väl genom uppdateringar, lättillgängliga programbeskrivningar och att de i större utsträckning än idag helt enkelt används som ett av flera förebyggande inslag.

Studier visar många gånger att effekten av liknande program och metoder, redovisade ovan, ofta klingar av över tid. Det är inte nödvändigtvis resultatet av en svag metod utan snarare oftast beroende på bristande långsiktighet i programföljsamhet och i förebyggande arbete i största allmänhet. Ett nationellt kompetenscentrum med ansvar för samordning, eventuell förvaltning och utvecklingsarbete gällande olika metoder kan bidra till att sådana problem undviks.

Ett lysande exempel på motsatsen till kortsiktighet är Tonårsparlören, som togs fram av Alkoholkommittén år 2002 och som skickades ut till alla föräldrar vars barn då fyllde 14 år. Tonårsparlören skickas fortfarande ut årligen till alla föräldrar med barn i den åldersgruppen. Innehållet i parlören är utarbetad tillsammans med forskare, fältarbetare, läkare, psykologer, familjeterapeuter, föräldrar och tonåringar. Syftet med boken är att stötta tonårsföräldrar i att tidigt rusta sin tonåring att fatta egna kloka beslut. Varje år sedan början av 00-talet distribueras boken till ca 140 000 föräldrar och varje år uppdateras innehållet i mindre eller större utsträckning utan att göra avkall på grundkomponenterna i budskapen till föräldrarna. En stor andel av föräldrarna läser delar eller det mesta av boken, eftersom den känns angelägen som förälder till yngre tonårsbarn. Till boken finns också framtaget webbaserat kringmaterial för professionella i syfte att användas vid brevutskick, föräldramöten med mera. Sedan 2013 ansvarar Systembolagets dotterbolag, IQ, för parlören och så bör det förbli.

Utveckla metoder för att barn och ungdomar inte ska spela om pengar

Forskningen har kommit en bit när det handlar om omfattning och samband mellan spelproblem och olika risk- och skyddsfaktorer och översikter har också tidigare pekat på att olika tillgänglighetsbegränsningar kan vara viktiga förebyggande åtgärder (se Folkhälsomyndigheten, 2016).

Men när det gäller effekter av andra förebyggande metoder är kunskapsläget begränsat. Detta bekräftas av två systematiska översikter av effekter av olika förebyggande metoder (Folkhälsomyndigheten, 2015; SBU, 2019). Mycket gick inte att bedöma på grund av låg tillförlitlighet av resultat eller att antal studier var för få eller saknades. De sannolika effekter som framkom var dessutom små eller måttliga. Inga av de studier som bedömdes var heller genomförda i Sverige vilket försvårar bedömningen om dess sannolika effekter i Sverige. Sammantaget ger inte dessa översikter någon större vägledning i utformning av förebyggande metoder i Sverige.

Men det pågår en del forskning på området i Sverige och det är angeläget att detta arbete utvecklas vidare. Frågor av intresse är exempelvis hur olika faktorer i speldesignen kan användas för att påverka och förebygga spelande och spelproblem, hur olika utbildningar och andra interventioner inom skolan kan utformas och hur faktorer i spelmiljön kan utformas i förebyggande syfte.

Vi vill betona vikten av att resultaten från forskningen vid gynnsamma resultat omsätts i praktisk handling genom bredare implementering och fortsatt utvecklings- och utvärderingsarbete.

Lägg fokus på att utveckla och sprida insatser som förebygger bruk av nya tobaksprodukter (e-cigarettor och liknande)

Som nämnts tidigare har andelen unga som någon gång använt e-cigarettor ökat kraftigt under senare år (ca +50 % från 2014 till 2019 för årskurs 9 och gymnasiet år 2 sammantagen). Eftersom det handlar om ett förhållandevis nytt fenomen är det fortfarande till stor del okänt vilka hälsokonsekvenser långvarig användning av e-cigarettor kan ge (Hajek, m.fl., 2014, Vardavas, m.fl., 2015; 2017), även om allt mer forskning visar på att de inte är riskfria (se kap. 5.1.1). Indikationer finns om att e-cigarettoröknin kan leda till övergång till konventionella cigarettor – i motsats till den bild som ibland målas upp om att e-cigarettor underlättar att sluta röka. En försiktighetsprincip bör således anammas.

Det är angeläget att olika insatser utvecklas i syfte att förebygga användning av nya tobaksprodukter, såsom e-cigarettor, Juul, heat-not-burn och det s.k. tobaksfria snuset. Det gäller både utbildnings- och andra påverkansinsatser (se också kap. 5.4.4) vilka kan ses som komplement till de restriktiva insatser som föreslogs under långsiktigt mål 1.

5.3.4 Förstärka insatser för att minska nyrekrytering till narkotikaanvändning och narkotikaberoende

Skuggans bedömning: Samverkansgrupper såsom sociala insatsgrupper är viktiga i att förebygga bl.a. ANDTS och kriminalitet bland unga i riskzonen. Olika samverkansformer används i landet och behöver utvecklas vidare och utsättas för uppföljning och utvärdering.

Möjligheten att utdöma andra påföljder än böter vid ringa narkotikabrott för både unga (under 18 år) men också vuxna bör utredas. Det är viktigt att det finns påföljder till brott som gör det möjligt för dömda att byta livsstil och bryta ett begynnande eller pågående narkotikaberoende.

Krogar mot knark är en av få evidensbaserade metoder inom det narkotikaförebyggande området. Narkotikaförekomsten på krogar är hög och ökande men få kommuner använder metoden fullt ut idag. Långsiktiga medel borde avsättas för utvecklingsarbete, metodstöd och spridning av metoden i syfte att få fler kommuner att bedriva ett effektivt förebyggande arbete på krogar enligt metodens kärnkomponenter.

Gymmiljön är en viktig och naturlig dopningsförebyggande arena. Det förebyggande arbetet på gymanläggningar som drivs av nätverket PRODIS bör fortsätta. Långsiktiga medel för detta arbete bör avsättas i syfte att vidareutveckla och sprida metoden till ytterligare kommuner och gymanläggningar i Sverige.

Förstärkning av samordnade lokala insatser som syftar till tidig upptäckt

När det gäller samverkan mellan det ANDT-förebyggande och det brottsförebyggande arbetet har detta tagits upp som ett prioriterat mål under långsiktigt mål 1, men då mer med fokus på begränsning av tillgången till ANDT. När det gäller alkohol bygger den tidigare nämnda Kronobergsmodellen också på samverkan, i detta fall mellan polis, kommun och med föräldrar. I detta avsnitt fokuseras det på samarbete mellan de olika leden i kedjan av polisingripande, kontakt med socialtjänst, öppenvård, föräldrar och andra viktiga aktörer.

Flera frågor i Länsrapporten kan analyseras i syfte att mäta om kommunen bedriver insatser som bygger på samverkan mellan polis, öppenvård, socialtjänst och föräldrar kopplade till

tidig upptäckt. När det gäller narkotika svarade 73 % av kommunerna år 2018 att de driver sådana insatser som bygger på samverkan för tidig upptäckt av narkotikaanvändning bland unga/unga vuxna. År 2017 var motsvarande andel något lägre (67 %). Åren dessförinnan (2011–2016) låg andelarna ganska så oförändrade på ca 65 %. En liknande fråga har ställts om dopning. 39 % av kommunerna svarade år 2018 att de bedriver sådana insatser, 32 % året innan (2017). Över tid har andelen ökat, från 25 % 2011 till nämnda 39 % 2018.

För alkohol har tre frågor ställts fr.om. 2016 men utan specificering av om det gäller unga eller unga vuxna. Den ena avser insatser inom socialtjänst kopplade till tidig upptäckt av riskbruk av alkohol (men utan specificering av samverkan), den andra frågan avser insatser som bygger på samverkan med arbetslivet kopplade till tidig upptäckt av riskbruk av alkohol och den tredje om samverkan för tidig upptäckt av riskbruk av alkohol i trafiken. År 2018 svarade 53 % av kommunerna att de arbetar med insatser inom socialtjänst kopplade till tidig upptäckt av riskbruk av alkohol. År 2017 var andelen 46 % (2016: 52 %). Samverkan med arbetslivet för tidig upptäckt av riskbruk av alkohol har 2016–2018 legat på mellan 10–12 % och andelen kommuner med samverkan för tidig upptäckt av riskbruk av alkohol i trafiken har legat på ca 40 % under dessa tre år, 2016–2018.

En annan viktig fråga som ställts de senaste åren är om kommunerna har en rutin för orosanmälan vilken inkluderar uppföljning och återkoppling. År 2018 svarade ca 74 % av kommunerna att så är fallet, vilket är något fler än 2017 och 2016 (ca 70 %). Till sist frågas också om kommunerna har utbildning av personal som möter barn och ungdomar, kopplat till tidig upptäckt. 47 % av kommunerna svarade att så är fallet 2018 och 40–41 % de två föregående åren (2016–2017).

I flera av samverkansmått framkommer alltså vissa ökning under senare år, dock ej när det gäller alkohol. Men nivåerna bör generellt sett, enligt vår mening, ligga klart högre än dagens nivåer. En av fyra kommuner har alltså ingen rutin för orosanmälan och en ungefär lika stor andel bedriver inte samverkansinsatser för tidig upptäckt av narkotikaanvändning bland unga/unga vuxna.

• Sociala insatsgrupper

En samverkansinsats som fått stor spridning är sociala insatsgrupper som etablerats som arbetsmetod i minst ett femtiotal svenska kommuner i landet (år 2015, se Socialstyrelsen, 2017). Arbetet går ut på att stärka det sociala skyddsnetet kring den unga personen genom att socialtjänst, skola och polis samordnar stödjande insatser. En viktig del i de sociala insatsgrupperna är att göra ungdomarna medvetna om riskerna med narkotika och icke narkotikaklassade preparat. Detta brottsförebyggande arbete har därmed också en tydlig ANDT-förebyggande effekt. Insatserna riktar sig till unga som riskerar att bli kriminella och unga som behöver stöd och hjälp för att bryta med kriminella nätverk och en kriminell livsstil.

Enligt Socialstyrelsens utvärdering av sociala insatsgrupper (Socialstyrelsen, 2017) har de lokala verksamheterna för sociala insatsgrupper byggt upp former för samarbete på olika organisationsnivåer, även om formerna för och graden av samverkan varierar i praktiken. En effekt av arbetet, enligt professionella som arbetar med verksamheten, har varit att individer som känner sig svikna av myndigheterna eller av samhället och som riskerar att inte komma tillbaka till systemet, fångats upp och erbjudits stöd, en annan att det skapat bieffekter i lokala verksamheter. Förekomsten av stuprör inom och mellan myndigheter och organisationer har synliggjorts liksom en tröghet i beslutsfattande när det gäller arbete med personer som har begått brott.

Däremot såg man ingen skillnad i brottslighet (notering för brott och uppfyllt kriterium för uppförandestörning) i en sexmånadersuppföljning mellan ungdomar i de sociala insatsgrupperna jämfört med ungdomar med traditionella insatser från socialtjänsten (Socialstyrelsen, 2017). Båda grupperna uppvisade stora förbättringar, vilket tyder på att socialtjänstens arbete på kort sikt gav påtagliga effekter oberoende av om det bedrevs under samverkan i sociala insatsgrupper eller inte. Eftersom insatserna i många fall fortfarande pågick vid uppföljningstidens slut är dock sex månader en alltför kort tid för att med säkerhet kunna uttala sig om effekter av insatserna. Socialstyrelsen fortsätter därför att följa upp ungdomarna under en tvåårsperiod.

Den här typen av samverkansformer behöver utvecklas vidare under strategiperioden 2021–2025 i olika forsknings- och utvecklingsprojekt. Medel för detta bör prioriteras. Generellt sett är formerna och effekterna av dagens samverkande insatser på området oklara. Vidare behövs en systematisk uppföljning av ovan nämnda frågor från Länsrapporten (och kanske andra liknande frågor) med det proaktiva målet att fler kommuner behöver genomföra liknande samverkande insatser.

- **Utveckla alternativa påföljder vid ringa narkotikabrott**

Ett annat område vi vill lyfta i detta sammanhang är att utreda närmare alternativa påföljder än böter vid ringa narkotikabrott, som till exempel behandling eller annat stöd.

I Sverige är narkotikabruk och innehav kriminaliserat med syftet att tidigt upptäcka och ingripa mot narkotikabruk. Brottet är straffbart med fängelse upp till max sex månader. I praktiken tillämpas dock aldrig fängelse. Syftet med att ha med fängelse i straffskalan är att polisen ska få möjlighet att utföra kroppsvisitering.

I praktiken utdöms böter som regel för ringa narkotikabrott. I fall där det rör sig om personer under 18 år kan istället straffvarning utdömas. Det ska då bokas in ett samtal med åklagare, ofta tillsammans med socialtjänst, inom två veckor från beslutet om straffvarning. Dessa träffar den dömde tillsammans med vårdnadshavare för att förklara beslutet och samtala om konsekvenserna. Med straffvarningen följer ett skötsamhetskrav som ofta innehåller sociala insatser i form av vårdplaner som till exempel behandling eller samtal hos Maria Ungdom. Om nya brott begås eller om skötsamhetskravet inte följs kan straffvarningen återkallas och åklagaren kan väcka åtal. Straffvarningen finns kvar i belastningsregistret i tre år.

Liknande möjligheter finns inte för de som är över 18 år utan de döms i regel till 30 dagsböter. Andra tänkbara påföljder, som till exempel straffvarning, skyddstillsyn, eller skyddstillsyn i kombination med föreskrift som till exempel behandling, anses vara alltför ingripande vid ringa narkotikabrott.

För att lagstiftningens intentioner att upptäcka och ingripa mot ett narkotikamissbruk ska uppfyllas är det viktigt att det finns påföljder till brottet som gör detta möjligt genom insatser som syftar till att ge människor en möjlighet att bryta ett narkotikamissbruk innan ett begynnande eller utvecklat beroende. Både medicinsk behandling och sociala insatser behövs. Böter kan vara rätt påföljd, men det kan också verka i motsatt syfte. Alternativa påföljder behövs även för de som är över 18 år. Regeringen bör ta initiativ till en utredning för att se till vilka åtgärder som är verksamma samt hur lagen och praxis behöver förändras för att detta ska vara möjligt.

Vidare upplevs pricken i belastningsregistret i motsatt syfte för att komma in på arbetsmarknaden. Vi anser därför att det ska vara möjligt att ta bort pricken från belastningsregistret för de som genomför den alternativa påföljden som döms ut, både för personer över och under 18 år.

Fortsatt och långsiktig satsning på nätverket Krogar mot knark.

Arbetsmetoden Krogar mot knark är en av få evidensbaserade metoder inom det narkotikaförebyggande området (se Gripenberg Abdon, 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 har arbetsmetoden spridits (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. Men idag saknar nätverket tydlig förvaltning, samordning och huvudman, vilket bl.a. innebär att systematiskt metodstöd, spridningsinsatser och nationellt utvecklingsarbete i praktiken saknas.

Arbetet är angeläget. Idag är förekomsten av narkotika på krogen antagligen högre än på länge, kanske t.o.m. på rekordnivåer. I en kartläggning av STAD av narkotikasituationen i krogmiljö i Stockholms stad (våren 2016 till sommaren 2017) svarade ca 35 % av de kroganställda att de använt narkotika under det senaste året, vilket är högre än för tio år sedan. Nästan fyra av fem (drygt 78 %) av de svarande rapporterade att de har sett narkotikapåverkade gäster under det senaste halvåret på krogen i Stockholm. Nästan hälften, 48 %, har sett någon bli erbjuden narkotika och 43 % har sett någon ta narkotika på krogen i Stockholm under det senaste året. Enligt STAD visar kartläggningen att narkotikasituationen i Stockholms krogmiljö förvärrats sedan den senaste kartläggningen 2007/08 (Strandberg, m.fl., 2018).

Men 89 % av Sveriges kommuner arbetade inte alls med någon del av metoden år 2018 vilket var något högre än 2017 (86 %). Endast 4 % av kommunerna uppgav att de arbetade med de tre mest centrala delarna av metoden: tillsyn, samverkan och utbildning av kroganställda. Andelarna har varit relativt oförändrade under både den nu aktuella och under den tidigare strategiperioden (2011–2015).

Medel borde avsättas för utvecklingsarbete, metodstöd och spridning av metoden till kommuner runt om i landet. Metoden är antagligen inte relevant för alla kommuner i landet men för betydligt fler än de ca tio kommuner som idag uppger att de använder metodens alla tre grundkomponenter. I linje med vad vi anfört tidigare bör detta uppdrag och ansvar ligga på det kompetenscentrum som vi föreslagit.

Fortsatt och långsiktigt stöd till insatser i gymmiljö – 100% Ren Hårdträning

Ett av de nätverk som har nationellt stöd är PRODIS (se också kap. 2.2.3). PRODIS arbetar för att förebygga användningen av anabola androgena steroider och andra dopningspreparat främst genom arbetsmetoden ”100% Ren Hårdträning” som syftar till att minska användningen av och tillgången till anabola androgena steroider (AAS) och andra dopningspreparat bland tränande på träningsanläggningar. 30 % av Sveriges kommuner arbetade med minst en av metodens tre huvudkomponenter 2018 och knappt 16 % med metodens alla tre huvudkomponenter (handlingsplan, samverkan, utbildning). Det är ungefär samma andelar som 2015 (och framåt) men högre jämfört med 2011 med motsvarande andelar på 9 % respektive 6 %.

Vi ser gymmiljön som en viktig och naturlig dopningsförebyggande arena och ser därför PRODIS som en naturlig drivande aktör i detta arbete. Arbetsmetoden ”100% Ren Hårdträning” utvecklades och samordnas idag nationellt av STAD. Metoden är lovande

(se t.ex. STAD/PRODIS, 2014; Denhov & Molero, 2018, Bakshi, 2015) och bör fortsätta att utvecklas och samordnas. Idag finansieras projektet med ettåriga medel från Folkhälsomyndigheten vilket inte är en optimal lösning. Det borgar inte för ett långsiktigt arbete och vi föreslår att det föreslagna kompetenscentrumet får en mer långsiktig finansiering när det gäller metodutveckling i stort där denna såväl som andra metoder ingår.

5.4 Långsiktigt mål 4: Antalet personer som utvecklar skadligt bruk eller beroende av alkohol, narkotika, dopningsmedel eller tobak ska successivt minska

Skuggans bedömning: Att tidigt identifiera riskbruk och erbjuda kort rådgivning är effektivt och kan genomföras inom hälso- och sjukvård, företagshälsovård samt på studenthälsomottagningar inom universitet och högskolor. Genom tidiga insatser kan samhället bidra till att individer, familjer och andra närstående inte skadas men också till en mer social och hälsoinriktad samhällsutveckling.

Medvetenheten och kunskapen om ANDTS-användningens effekter på hälsan behöver öka bland allmänheten. På så vis ökar också allmänhetens acceptans för den lagstiftning och den restriktiva politik som är ett nödvändigt stöd för mycket av ANDTS-arbetet.

Vi föreslår införande av varningstexter på alkoholprodukter och regelbundet återkommande kunskaphöjande informationsinsatser till allmänheten och särskilda nyckelgrupper. Ett teknikneutralt reklamförbud för hela ANDTS-området skulle också bidra till en lägre total ANDTS-användning.

Insatser under detta mål rör den vuxna befolkningen med både insatser som påverkar större grupper av befolkningen och riktade insatser till de med riskbruk av ANDTS. De tillgänglighetsbegränsande insatserna under långsiktigt mål 1 utför grunden för ett långsiktigt effektivt ANDTS-förebyggande arbete men insatser under övriga målområden, som målområde 4, bidrar också till en större totaleffekt och ska inte underskattas.

Prioriterade mål under strategiperioden

5.4.1 Hälso- och sjukvårdens arbete med att förebygga problem med ANDTS

Skuggans bedömning: Många svenskar besöker hälso- och sjukvården för olika hälsoproblem. Deras problem har inte sällan ett samband med riskbruk och skadligt bruk av alkohol samt användning av tobak, narkotika, dopningsmedel och spel om pengar. Särskilt vikt bör läggas vid de äldres ökande alkoholkonsumtion på senare år och de ökade vårdbehov som nu finns inom denna grupp.

Hälso- och sjukvården bör få tydligare uppdrag och klart uttalat stöd från ledningsnivå att ta upp frågor om ANDTS i syfte att stödja personer med ett riskbruk av ANDT och av spel om pengar. När det gäller tobaksbruk och riskbruk av alkohol bör detta ske genom att implementeringen av Socialstyrelsens nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor stärks.

I Hälso- och sjukvårdslagen (HSL) anges att hälso- och sjukvården ska vidta åtgärder för att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador. Därför borde hälso- och sjukvården systematiskt ställa frågor om konsumtion av ANDTS.

För detta krävs att anställda inom i första hand primärvården kontinuerligt utbildas i hur de kan arbeta för att ta upp och diskutera dessa frågor och vid behov erbjuda stöd till förändring. En metod som visat god effekt när det gäller att minska riskbruket är kort rådgivning. En annan lovande metod i att hantera alkoholproblem och beroende av olika svårighetsgrad inom framför allt primärvård och företagshälsovård är den s.k. 15-metoden. Alla ingående komponenter i 15-metoden har hög evidens och ett starkt forskningsstöd. Flertalet rekommenderas i Socialstyrelsens Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevården (Socialstyrelsen, 2019). Namnet 15-metoden kommer sig av att besöken ofta kan hålla sig kring 15 minuter, samt att målgruppen är personer med en problematik som ger 15 poäng eller mer på det vanliga AUDIT-formuläret (Wåhlin & Andréasson 2015). En utvärdering av insatsen visade på inga signifikanta skillnader jämfört med specialistbehandling. Den tyngre gruppen, med högre grad av beroende och mer psykisk ohälsa, visade på bättre resultat i specialistvård medan gruppen med lägre grad av beroende fick bättre resultat i primärvården. En slutsats av detta är att majoriteten med måttlig grad av beroende lika gärna kan behandlas i primärvården medan de med högre grad av beroende bör skötas av specialister (Wallhed Finn, m.fl., 2020).

Särskild vikt bör läggas vid de äldres ökande alkoholkonsumtion på senare år, och det ökade vårdbehov som nu finns inom denna grupp. För en stor grupp innebär pensionering ökad alkoholkonsumtion. Med stigande ålder ökar sårbarheten för alkoholens negativa hälsoeffekter varför det är särskilt viktigt att efterfråga alkoholvanor då de äldre söker vård. Det finns ett stort behov av att utarbeta policy inom äldreomsorg, äldreboenden och hemtjänst, till stöd för vårdpersonal om hur de ska hantera alkoholfrågor i denna grupp.

När det gäller rökning är Sluta-Röka-Linjen en central och viktig insats för rökavvänjning i hela landet. Dessutom finns stöd på internet och via telefon på Alkoholhjälpen, Alkoholhjälp, Droghjälpen och Stödlinjen för spel, som alla kan nås från hela landet och som även erbjuder stöd anonymt. Samtliga dessa erbjuder också stöd till anhöriga. Beroendecentrum Stockholm har också en webbplats (Anhörigstöd) som vänder sig till anhöriga till någon som har problem med alkohol, narkotika, droger eller spelberoende (www.beroendecentrum.se).

Nationellt täckande utbildningsinsatser krävs för att implementeringen av de nationella riktlinjerna för ohälsosamma levnadsvanor ska få ett brett genomslag i hälso- och sjukvården. En del i den utbildningen av personal bör vara att stärka kompetensen i att bedöma neuropsykiatriska problem, eftersom även den problematiken kräver särskilda insatser. Därtill krävs krav från sjukvårdsledningen och att krav ställs i avtal och vårdöverenskommelser.

Socialstyrelsen bör få ett särskilt uppdrag att implementera de nationella riktlinjerna för ohälsosamma levnadsvanor med ett större fokus än tidigare på att få ledningen för hälso- och sjukvården att aktivt driva arbetet. De bör även utbilda personal inom primärvården i tobaksavvänjning.

Rök- och alkoholfria operationer bör införas som ett obligatoriskt krav

Det är vetenskapligt dokumenterat att fyra veckors rök- respektive alkoholstopp inför operation halverar risken för postoperativa komplikationer. Vid planering av operativa ingrepp ska därför information och stöd till rök- och alkoholstopp ges – och ingreppet kan gärna senareläggas tills målet uppnåtts. Vid mer hotande/akuta tillstånd behövs ofta omedelbar operation och det är då viktigt att veta att samma halvering av komplikationsfrekvensen kan uppnås om patienter kan avstå från rökning och alkohol under fyra veckor efter operation.

Rök- och alkoholfria operationer bör därför införas som ett obligatoriskt krav inom hälso- sjukvården när inte omedelbara operationer är ett måste eller omständigheter omöjliggör rök- och alkoholstopp.

5.4.2 Informera distriktsläkare och privatpraktiserande läkare om försiktighet vid förskrivning av narkotikaklassade läkemedel

Skuggans bedömning: Ett problem är att många patienter blir beroende av narkotikaklassade läkemedel som de har fått utskrivna i vården. Detta gäller även unga vuxna. Sextio procent av recepten på opioider förskrivs i den specialiserade öppenvården och i primärvården, varför distriktsläkare och privatpraktiserande läkare bör informeras om försiktighet vid förskrivning av narkotikaklassade läkemedel. Frågan bör ingå som en viktig del i regeringens kommande strategi.

Under senare år har missbruk och beroende av narkotikaklassade läkemedel uppmärksammas alltmer och då framförallt två grupper: (1) sömnmedel och lugnande medel av bensodiazepintyp och (2) olika smärtstillande läkemedel av opioidtyp (Guttormsson, 2016). De senare har pekats ut som en bidragande orsak till en ökad narkotikarelaterad dödlighet i Sverige genom att man identifierat en ökad förekomst av dessa preparat i rättsmedicinskt undersökta dödsfall (Leifman, 2016).

Vanliga sömnmedel och lugnande medel av bensodiazepintyp på den svenska marknaden innehåller ofta de aktiva substanserna diazepam, oxazepam och aprazolam. Av Socialstyrelsens statistikdatabas för läkemedel uthämtade från apotek framgår att mängden förskrivna bensodiazepiner per invånare uppenbart minskat mellan 2006 och 2015, samtidigt som det skett en ökning av bensodiazepinbesläktade medel som zolpidem och zopiklon (se Guttormsson, 2016).

Exempel på vanligen förekommande aktiva substanser av opioidtyp är tramadol och oxikodon. Hit räknas även substanser som kan användas vid substitutionsbehandling av opiatberoende såsom metadon och buprenorfin. I gruppen av opioider ingår också heroin och morfin som båda är opiater. Opioider har en lugnande och smärtstillande verkan och har ursprungligen en medicinsk användning. Förskrivningen av opioider i Sverige ökade mellan 2000 och 2006 med 22 procent. En nyutkommen rapport från Läkemedelsverket visar att antalet kvinnor och män som hämtat ut minst ett recept av opioider inte har ökat under åren 2006–2018 utan legat kvar ungefär samma nivå men med viss minskning 2014-2018 (Läkemedelsverket, 2020).

Läkemedelsanvändning som leder till beroende och missbruk kan uppstå på olika sätt. Det kan bli ett resultat av längre tids förskrivning (överförskrivning) inom vården där det exempelvis finns en grupp människor som i samband med olika sjukdomar ordinerats läkemedel som kan

vara beroendeframkallande. När det gäller förskrivningen av sömnmedel/lugnande medel ökar dessa också med ökad ålder. Smärtstillande opioider förskrivs till en viss del till patienter med narkotikaberoende inom ramen för LARO-behandling (Läkemedelsassisterad rehabilitering vid opioidberoende), ofta under lång tid. Men det finns också narkotikaberoende personer som använder dessa läkemedel illegalt ofta parallellt med andra illegala preparat.¹

Andelen som använder dessa narkotikaklassade läkemedel är omfattande men långt ifrån alla utvecklar beroende. Enligt Folkhälsomyndighetens riksrepresentativa folkhälsoenkät för år 2014 (senare data finns inte redovisade) uppgav ca 6 % (kvinnor: 8 %; män: 4 %) av de svarande (16–84-åringar) att de använt lugnande medel, 14 % (kvinnor: 18 %; män: 11 %) att de använt receptbelagd värkmedicin och 11 % (kvinnor: 13 %; män: 8 %) att de använt sömnmedel, insomningsmedicin. Nivåerna har varit ungefär densamma under perioden 2005–2014. Men dessa siffror rör all användning från enstaka gånger till regelbundet, långvarig användning och oberoende av anskaffningskälla.

Skattningar av andelen beroende saknas i stort sett. I en rapport från Statens folkhälsoinstitut (Jonasson & Jonasson 2006) beräknades dock antalet läkemedelsberoende till närmare 250 000, varav ca hälften var 65 år och äldre. Enligt rapporten ingick emellertid inte ”den så kallade missbrukspopulationen”, dvs. de som eftersträvar bi- och berusningseffekter av läkemedlen. Senare siffror har vi inte hittat.

När det gäller den användning av dessa narkotikaklassade läkemedel som ej är ordinerad av läkare, och som därmed i större utsträckning avser den grupp som inte ingick i mätning ovan), uppskattades andelen användare under en 12-månadersperiod till 5,3 % i befolkningen år 2017 (Sundin, m.fl., 2017).

Detta innebär att ca 415 000 personer i befolkningen har använt minst ett narkotikaklassat läkemedel utan läkares ordination minst en gång under den aktuella perioden..

Det är svårt att bedöma dessa siffrors exakthet. Men under alla omständigheter torde problemet med läkemedelsberoende utgöra ett stort samhällsproblem, också i den grupp som får läkemedlen förskrivna från sjukvården under en längre tid.

Totala antalet patienter som förskrivs opioider har alltså inte ökat 2006–2018. Den förskrivna mängden är i stort sett oförändrad. Olika opioider uppvisar emellertid olika utveckling. Tramadol, som narkotikaklassades 2007 och som också uppmärksammats i media som en drog för unga, visar på en kraftig minskning (-25 % 2006–2018) samtidigt som förskrivningen av oxikodon ökat i motsvarande grad. Oxikodon ger mycket bra smärtlindring vid akut smärta men samtidigt är det en stor risk för beroendutveckling. Förskrivningarna ökar med ökad ålder men det är ändå oroande, som vi ser det, med de relativt sett höga nivåerna bland unga vuxna (för trenderna se Läkemedelsverket, 2020).

Distriktsläkare och privatpraktiserande läkare borde uppmanas till försiktighet vid förskrivning av såväl dessa preparat som preparat av bensodiazepintyp. Det tydliga skiftet från tramadol till oxikodon finns det stor anledning att följa framöver.

Frågan om tillgängligheten till narkotikaklassade medel och kopplingen till läkemedelsberoende i olika användargrupper bör bli en viktig del i regeringens kommande ANDTS-strategi.

¹ Den illegala marknaden omfattar både opioider och bensodiazepiner och säljs inte minst till personer med opioidberoende med ett ofta förekommande blandmissbruk (se t.ex. CAN, 2019). Att den illegala marknaden är omfattande framgår av polisens och tullens beslagsstatistik som visar att narkotikaklassade läkemedel utgör den näst vanligaste kategorin som beslagtas efter cannabis och med en kraftig ökning i både beslagen och beslagsvolymerna under de senaste 10 åren (CAN, 2019).

5.4.3 Studenthälsomottagningarnas insatser för att förebygga ANDTS måste stödjas kontinuerligt

Skuggans bedömning: Unga vuxna har den högsta alkoholkonsumtionen och nästan hälften av åldersgruppen 18–25 år studerar på universitet och högskolor. Det är en period i livet när det festas mycket och olika preparat prövas, varför studenthälsan har en viktig preventiv roll att fylla. Studenthälsomottagningarna (studenthälsan) bör få ett nationellt stöd för samordning av olika utbildningsinsatser inom ANDTS-området på universitet och högskolor.

Alkoholkommittén och dåvarande Folkhälsoinstitutet byggde upp ett kompetensstöd till, och ett nätverk med, studenthälsovården i hela landet som beskrev hur de kunde förebygga alkoholproblem. Kunskapsbaserade metoder som utvecklats och bör fortsätta att implementeras är Alcohol Skills Training Program (ASTP) – som bygger på kognitiva tekniker. Programmet lär studenter grundläggande principer för att reducera alkoholkonsumtion och hur de kan hantera högrisksituationer.

Andra metoder som använts är Riskbruksmetoden, Individual Coping and Alcohol Intervention Program (ICAIP) och Alkoholportalen/livsstillstester via webb. Flera studenthälsomottagningar var även delaktiga i utbildning i Ansvarsfull alkoholserving till studentpubar.

Fortbildning av personal inom studenthälsan behövs även när det gäller hur tobak, narkotika, spel om pengar och dopningspreparat påverkar hälsan och hur det kan förebyggas. Studenthälsan är också viktig för att nå studenter med information om möjligheten till en reproduktiv livsplan, alltså information om levnadsvanors inverkan på fruktsamhet, graviditet, förlossning och framtida barns hälsa.

För att det förebyggande arbetet på universitet och högskolor ska fungera effektivt krävs en varaktig organisation som får ett tydligt uppdrag att kontinuerligt utbilda och utveckla metoder till dessa målgrupper kontinuerligt. Uppdraget bör ligga på det föreslagna kompetenscentrumet som också kan bidra till samordning mellan studenthälsomottagningar och långsiktighet i arbetet. Vi ser framför oss följande viktiga insatser under strategiperioden som bör genomföras av det föreslagna kompetenscentrumet:

- Erbjudande av kompetensstöd till alla studenthälsomottagningar
- Erbjudande av fortbildning när det gäller hur ANDTS påverkar hälsan och hur det kan förebyggas. Detta gäller inte enbart alkohol och tobak utan även narkotika, dopning och spel om pengar.
- Erbjudande av fortbildning i Ansvarsfull alkoholserving för studentpubar.

5.4.4 Öka medvetenheten och kunskapen om ANDTS-användningens effekter på hälsan

Skuggans bedömning: Olika former av insatser som bidrar till att öka kunskapen och medvetenheten om sambandet mellan ANDTS-användning och olika sjukdomar och skador och sociala problem bör genomföras regelbundet. Detta gäller inte minst alkoholens effekter på olika cancerformer där det visats att medvetenheten är låg i Sverige jämfört med många andra EU-länder. Ett sätt att öka kunskapen är att införa varningstexter på alkoholprodukter. Ett annat sätt är att genomföra större nationella kunskapshöjande kampanjliknande insatser riktade både till allmänheten i bred mening men även till särskilda nyckelgrupper inom exempelvis hälso- och sjukvården, rättsväsendet men också beslutsfattare. Ytterligare en verkningsfull insats skulle vara att införa ett teknikneutralt ANDTS-reklamförbud.

Vi bedömer att insatser riktade till såväl hela som olika grupper av befolkningen är nödvändiga för att öka kunskapen om ANDTS-användningens effekter på hälsan, för att minska dessa ämnens skadeverkningar och för att upprätthålla stödet för befintlig lagstiftning och en restriktiv ANDTS-politik. Vi ger nedan förslag på olika insatser inom området som skulle bidra till att så blir fallet.

Inför varningstexter på alkoholprodukter

Alkoholkonsumtion är kopplat till en rad sjukdomar, skador och sociala problem. Dessvärre är okunskapen fortfarande stor om detta bland den svenska befolkningen. Detta är särskilt oroande vad gäller kunskapen om alkoholens koppling till dödliga cancerformer, där svenskars kunskap är låg jämfört med vad som gäller i andra EU-länder. Från tobaksfältet, där varningstexter på produkter funnits en längre tid, visar större forskningsutvärderingar att tobaksmärkningen lett till både ökat stöd för tobaksbegränsande åtgärder och ökad reflektion kring och agerande för att minska sitt eget tobaksbruk. Forskningen indikerar att varningstexterna måste vara tydliga för att ha effekt samt att effekten ökar ju mer specifika varningarna är. Under 2004 diskuterades varningstexter på alkoholprodukter både i en utredning (SOU 2003:69) och i en lagrådsremiss. Då konstaterades att rättsläget inom EU var otydligt och att regeringen skulle återkomma i frågan. Sedan dess har ett flertal EU-länder infört olika typer av varningstexter på alkoholprodukter. Det finns därför starka skäl att återigen ta upp frågan för diskussion i Sverige.

Vi föreslår därför att Sverige bör införa krav på varningstexter på alkoholhaltiga produkter, däribland information om kopplingen mellan alkoholkonsumtion och dödliga cancerformer.

Genomför kunskapshöjande insatser till allmänheten och till nyckelgrupper

Sverige har under många decennier genomfört kampanjer och andra kommunikationsinsatser inom framförallt alkohol-, narkotika- och tobaksområdet riktade till både allmänheten och specifika målgrupper såsom unga, motorförare, gravida m.m. Detta är en viktig kunskapshöjande insats även under den kommande strategiperioden. Exakt hur insatserna ska kommuniceras måste kommunikationsexperten utforma men vi bedömer det som angeläget att olika områden tas upp som rör ANDTS-effekter på hälsan ("alla har rätt att veta"). Ett exempel där kunskapshöjande insatser haft stor påverkan är rökning under graviditeten. Andelen rökare i graviditetsvecka 12 har minskat från runt 30 % på 1980-talet (Socialstyrelsen, 2008) till drygt 4 % 2018 (Folkhälsomyndigheten: indikatorslabbet).

Kommunikationsinsatserna bör alltså inte begränsas till befolkningen i stort utan kan också riktas till andra nyckelgrupper såsom professionella, som i sin yrkesutövning kommer i nära kontakt med ANDTS negativa effekter, och till föräldrar och blivande föräldrar. Även beslutfattare och politiker är en viktig grupp att nå ut till med saklig information om den restriktiva svenska ANDTS-politikens framgångar där det privata vinstintresset och ATS-näringsen inte fått påverka politikens utformning.

Kompetenscentrumet bör få i uppdrag att tillsammans med kommunikatörer planera för återkommande sådana insatser under den kommande strategiperioden.

5.4.5 Inför ett teknikneutralt ANDTS-reklamförbud

Skuggans bedömning: Substanser och produkter som är skadliga och beroendeframkallande ska inte marknadsföras. Narkotika och därmed även dopning, är illegala preparat och går därför under en särskild reglering. Ett förbud mot marknadsföring av tobak finns redan, även om det kontinuerligt behöver uppdateras för att hänga med såväl produktutvecklingen inom tobaksfältet som tobaksindustrins marknadsföringsmetoder.

Med förbudet för tobaksmarknadsföring som modell bör förbud även införas för marknadsföring av alkoholhaltiga produkter och spel om pengar. Dessa förbud bör vara heltäckande och även inbegripa marknadsföringstekniker såsom produktplacering och sponsring. Lagen bör utformas teknikneutralt och därmed omfatta alla marknadsföringskanaler, såväl traditionella som digitala.

Trots att Alkohollagen är skriven så att unga personer inte ska nås av alkoholreklam visar en studie av IQ från 2016 att en person i åldern 15–24 år tar del av 280 stycken reklamslag och budskap om alkohol och alkoholbudskap under en vanlig medieveckla via sociala och traditionella medier (IQ, 2016).

Det finns ett starkt stöd för ett förbud mot alkoholreklam från Världshälsoorganisationen (WHO) och inom forskningen. Enligt en Sifo-undersökning från 2009 svarade 8 av 10 tillfrågade att de tycker att det svenska förbudet mot alkoholreklam i TV är bra (IOGT, 2011). En undersökning publicerad i januari 2020 visar på hur tobaksindustrin öppet anlitar ”influencers” och marknadsför sina nya tobaksprodukter direkt till barn och unga i sociala medier (En Rökfri Generation, 2020). Inom spel finns det starka argument för ett förbud för snabba och därigenom särskilt beroendeframkallande spelformer. Exempel på en spelform med en hög andel problemspelande är internetcasinon. En klar majoritet (70 %) av svenska folket är också positiva till ett spelreklamsförbud (Sifo, 2019).

Vi föreslår därför införandet av (1) ett teknikneutralt heltäckande förbud för marknadsföring av alkoholhaltiga produkter, (2) ett teknikneutralt heltäckande förbud för reklam för spelprodukter om pengar och (3) ett reklamförbud för alla tobaks- och nikotinprodukter (se också kap. 5.1.2).

5.4.6 Arbetsplatsens möjlighet att förebygga problem med ANDTS bör stärkas

Skuggans bedömning: Arbetsplatsens och företagshälsovårdens roll när det gäller att förhindra utveckling av problem är viktig. Drygt 8 av 10 i arbetslivet upplever att det finns en förväntan att dricka alkohol i sociala sammanhang och i åldersgruppen 18–34 år är siffran 94 %. Arbetsplatserna och företagshälsovården kan aktivt bidra till att risk- och skadligt bruk av olika slag identifieras och att stödande insatser kommer till stånd. Även om hälsomotivet för den enskilde är det starkaste, finns det andra motiv, inte minst produktionsbortfallet som för alkohol och tobak har beräknats till åtskilliga miljarder kronor per år. Dessutom nås två tredjedelar av den vuxna befolkningen genom sitt arbete av viktig hälsoinformation. Företagshälsovården är också en viktig arena för tobaksavvänjning.

Alla offentliga och privata arbetsgivare bör utarbeta eller revidera sina policyer om ANDT och även inkludera spel om pengar

Alla arbetsplatser, såväl offentliga som privata, bör ha en policy som beskriver vilka regler som gäller. De viktigaste motiven är att minska ohälsan, frånvaron, förhindra beroende, öka säkerheten och kvaliteten på arbetets utförande samt måna om företagets image. Kommunerna och Regionerna kan även ställa krav vid upphandling på sina underentreprenörer att de ska ha en policy för sin personal.

Det föreligger flera viktiga motiv till varför arbetslivet bör stärka sina insatser för att förebygga problem på detta område. Eftersom det av många uppfattas som känsligt att ta upp hur mycket en person dricker eller röker är det angeläget att alla offentliga myndigheter och privata företag förebygger problemen genom att utarbeta en policy. I den redovisas beslut om vilka regler som gäller kring hur de ska förhålla sig till alkohol på arbetsplatsen generellt, på firmafester och i representation men också att det är chefens ansvar att agera om någon medarbetare får problem. De flesta arbetsplatser idag förbjuder helt rökning. Policyn ska också inkludera narkotika och att man ska vara alkohol- och drogfri och arbetsför på arbetsplatsen.

Arbetsgivare bör dessutom ta fram en handlingsplan som syftar till att implementera policyn och där ansvaret för stöd och vård för arbetsgivare och arbetstagare tydliggörs. Innehållet i policyn och handlingsplan bör spridas till all personal och diskuteras på arbetsplatsträffar.

Företagshälsovården en resurs som stöd till arbetsplatsernas förebyggande insatser

I Sverige finns det 600 företagshälsovård runt om i landet. De arbetar både hälsofrämjande, förebyggande och med arbetsanpassning och rehabilitering. Ungefär 70 % av alla anställda uppger att de har tillgång till företagshälsovård.

Feelgood Svenska AB blir från och med den 1 januari 2020 ny ägare av Alna Sverige AB. Alna startade redan 1961 i Stockholm och har drivits utan vinstintresse av arbetsmarknadens organisationer – Svenskt Näringsliv, Sveriges Kommuner och Regioner, Arbetsgivarorganisationen KFO, IDEA, KO, TCO och SACO.

Eftersom Alna idag ingår i en av flera företagshälsovårdsföretag bör Kompetenscentrumet i samverkan med Föreningen Svensk Företagshälsovård erbjuda arbetsplatser stöd i att utarbeta policy och handlingsplaner, utbilda och stödja chefer och tydliggöra vem som är ansvarig att agera om någon medarbetare får problem.

5.5 Långsiktigt mål 5: Personer med skadligt bruk eller beroende av alkohol, narkotika, dopning, tobak och spel om pengar ska minska genom kunskapsbaserad vård och stöd med integrering i samhället

Skuggans bedömning: Att identifiera riskbruk skadligt bruk och beroende tidigt och erbjuda kort rådgivning är effektivt och kan förhindra en negativ utveckling till alkoholberoende. Att tidigt identifiera problem är även angeläget när det gäller rökning och sannolikt också narkotika, dopning och spel om pengar. För personer med samsjuklighet och en komplex problematik krävs personcentrerad vård och en god samverkan. Majoriteten av de beroende personerna har inga sociala problem och kan behandlas i primärvården. Medan de med en komplex problematik har behov av insatser från både hälso- och sjukvård och socialtjänst.

Endast en av tio personer med alkoholproblem nås av vården. Att identifiera riskbruk och skadligt bruk och beroende tidigt och erbjuda kort rådgivning (redan vid riskbruk inom hälso- och sjukvården) är effektivt och kan förhindra en negativ utveckling. Det finns idag flera evidensbaserade psykologiska, psykosociala och farmakologiska behandlingsmetoder för alkoholberoende, men de insatserna är sällan prioriterade och systematiskt använda inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten. I val av behandling bör Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende vara vägledande.

Motivationshöjande behandling (MET) har starkast stöd. MET har lika god effekt för alkoholberoende som Kognitiv beteendeterapi (KBT) och 12-stegsbehandling, men MET är mest kostnadseffektiv. I de nationella riktlinjerna rekommenderas tre farmakologiska behandlingar vid alkoholberoende, närmare bestämt disulfiram, naltrexon och akamprosat. Beroendets svårighetsgrad avgör val av behandling. Vid läkemedelsbehandling av opioidberoende rekommenderas buprenorfin i kombination med naloxon tillsammans med psykosocial behandling – KBT och Community Reinforcement Approach (CRA). Individens ställning i vården behöver stärkas för att tillvarata den enskildes motivation och erfarenheter.

En rapport från Linnéuniversitet visar att bland dem som påbörjat behandling i öppenvård under år 2017 på Mini-Marior i Stockholm, Göteborg och Malmö på grund av missbruksproblem (främst cannabis) utgjorde flickor 25 % och pojkar 75 %. Kartläggningen visade också att flickorna kom senare till vård och var i sämre skick, men att de samtidigt svarade bättre på vård (Almazidou, m.fl., 2013). En kartläggning som SKL (numer SKR) genomförde år 2012 av vuxna föräldrar i vård för missbruk inom hälso- och sjukvård och socialtjänst visade att 61 % var män och 39 % var kvinnor (Leifman, m.fl., 2014).

De centrala rekommendationerna som Socialstyrelsen tar upp i de nationella riktlinjerna för vård och stöd vid missbruk och beroende av alkohol och narkotika gäller följande områden (Socialstyrelsen, 2019a):

- Bedömningsinstrument
- Medicinska test
- Läkemedelsbehandling och psykosocial behandling vid missbruk eller beroende av alkohol, bensodiazepiner, cannabis, centralstimulantia och opioider
- Läkemedelsbehandling och psykosocial behandling vid samsjuklighet
- Psykosocial behandling för unga

Dessa riktlinjer utgår från evidensbaserade metoder, vilket är metoder som är genomsnittligt bättre än andra metoder, men inte nödvändigtvis för en viss person. Det handlar om att väga samman de evidensbaserade metoderna med brukarnas erfarenheter och önskemål i syfte att utveckla en evidensbaserad praktik.

Socialstyrelsens riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor (Socialstyrelsen, 2018) ger rekommendationer om insatser vid tobaksbruk. Behandlingen omfattar två övergripande åtgärdsnivåer: rådgivande samtal och kvalificerat rådgivande samtal. Båda kan kompletteras med farmakologisk behandling. När det gäller dopning saknas riktlinjer för behandling och för spel om pengar har Socialstyrelsen (2017b) tagit fram ett kunskapsstöd med nationella rekommendationer till hälso- och sjukvården och socialtjänsten.

Prioriterade mål under strategiperioden

5.5.1 Tillgången till kunskapsbaserad och samordnad vård ska anpassas till brukarnas behov

Skuggans bedömning: Vården måste utgå från brukarnas behov och baseras på kunskapsbaserade insatser. Vården ska kunna erbjuda samordnad och anpassad vård vid rätt tidpunkt.

Vården och omsorgen ska utgå från brukarnas behov, erfarenheter och önskemål och baseras på en strukturerad kartläggning

Bland personer med alkoholproblem beräknas ca 450 000 ha ett riskbruk, 300 000 ha ett skadligt bruk, 250 000 ha ett beroende utan sociala problem och 50 000 ha ett beroende med sociala problem och ca 29 500 ha ett problematiskt narkotikamissbruk. Ca 7 % av den vuxna befolkningen är dagligrökare. Enligt Socialstyrelsens regeringsuppdrag om en kartläggning av samsjuklighet i form av psykisk ohälsa och beroendeproblematik (Socialstyrelsen, 2019c) framkom att under 2017 var ca 51 800 personer vård för beroendeframkallande substanser. Av dessa hade 64 % av kvinnorna och 52 % av männen också vårdats för en eller flera psykiatriska diagnoser under perioden 2016 till 2018. Enligt samma kartläggning visade det sig också att bland personer med skadligt bruk eller beroende och flera psykiatriska diagnoser var adhd vanligt.

Varje år omhändertas även drygt 60 000 personer enligt lagen om omhändertagande av berusade personer (LOB) (Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, 2018). Trettiofem procent av de som är i Kriminalvård har ett skadligt bruk och risken för våldsbrott fördubblas om de skrivs ut utan behandling, medan fortsatt behandling kan halvera återfall i brott. Antalet personer med spelproblem i Sverige skattades år 2018 till ca 4,2 % av befolkningen och andelen med så pass allvarliga spelproblem att det kan handla om ett spelberoende till ca 0,6 % vilket motsvarar ca 45 000 vuxna (Folkhälsomyndigheten, 2019; se också kap. 3.1.5). När det gäller dopning visar siffror från 2017 att ca 0,08 % av befolkningen i åldrarna 17–84 år använt dopningspreparat under de senaste 12 månaderna. Detta motsvarar drygt 6 000 personer varav ca 5 000 är män (Sundin, m.fl., 2018).

Att förstärka brukarinflytandet är angeläget både på individ- och verksamhetsnivå. Det kräver kunskap om konkreta metoder, t.ex. genomförande av brukarstyrda brukarrevisioner

och certifiering av brukarinflytande – metoder som nämns i SKR:s handlingsplan om insatser för unga med missbruk.

För att ta ställning till vilka vårdbehov en person har krävs att en ordentlig kartläggning görs i dialog med brukaren, dvs. att vårdgivarna använder evidensbaserade bedömningsinstrument för att (1) identifiera alkohol- och narkotikaproblem (AUDIT och DUDIT), (2) för diagnostik (SCID 1 eller MINI) och (3) för bedömning av vårdbehov (ASI för vuxnas alkohol- och narkotikaproblem och ADAD för bedömning av ungas vårdbehov). Beroendets svårighetsgrad avgör val av behandling. (För närmare beskrivning se Socialstyrelsens nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård 2014 (Socialstyrelsen, 2014).

Vid symptom eller tecken på spelproblem hos personer som söker kontakt med hälso- och sjukvård och socialtjänst bör korta frågeformulär användas för att identifiera spelproblem (NODS-PERC). Vid utredning av spelmissbruk eller spelberoende och som en del i den rekommenderas att hälso- och sjukvården och socialtjänsten bör använda bedömningsinstrumentet (NODS=National Opinion Research Center DSM 4 for Gambling) och speldagbok för att få information om spelmönster (Se närmare beskrivning i Socialstyrelsens rapport Behandling av spelmissbruk och spelberoende. (Socialstyrelsen, 2017b).

Vid spelmissbruk och spelberoende om pengar rekommenderar Socialstyrelsen att hälso- och sjukvården och socialtjänsten bör erbjuda Kognitiv beteendeterapi (KBT) eller KBT i kombination med Motiverande samtal (MI). Vid spelmissbruk eller spelberoende och samtidigt substansmissbruk eller substansberoende och eller annan psykiatrisk diagnos bör de erbjuda KBT.

Personer med lindrigt till måttligt beroende har behov av kortare insatser, medan personer med ett svårt beroende har behov av mer långsiktiga insatser. Tidiga insatser och kort rådgivning är effektiva insatser som kan förhindra en negativ utveckling. Det finns idag flera evidensbaserade psykologiska, psykosociala och farmakologiska behandlingar för alkoholberoende som borde prioriteras inom primärvården, liksom tidiga insatser i syfte att förebygga missbruk av narkotika och dopningspreparat. A-CRA är ett strukturerat behandlingsprogram för ungdomar och unga vuxna mellan 13 och 25 år, som Socialstyrelsen rekommenderar i sina nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende Det används främst inom öppenvården men kan även användas inom slutenvården och det inkluderar även vårdnadshavarna. Programmet borde användas oftare.

Även Haschavvänjningsprogrammet (HAP) som vänder sig till ungdomar över 18 år som missbrukar eller är beroende av cannabis är viktigt. Andra viktiga behandlingsmetoder för vuxna är Motivational Enhancement Therapy (MET), Community Reinforcement Approach (CRA), 12-stegsbehandling, Kognitiv beteendeterapi (KBT), Acceptance and Commitment Therapy (ACT) och Återfallsprevention (ÅP) (se vidare Socialstyrelsens nationella riktlinjer).

En övervägande del av de LOB-omhändertagna förs till arrest vilket begränsar den medicinska säkerheten och möjligheten att fånga upp de personer som behöver stöd för att komma ur sitt missbruk eller beroende. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys skriver (2018) att det fortfarande är få av de omhändertagna som förs till hälso- och sjukvård och socialtjänst. Det kräver att ett kontinuerligt samarbete fortsätter utvecklas mellan polis, hälso- och sjukvård och socialtjänst så att kvalificerade bedömningar av tillstånden genomförs. Det krävs utökade platser för tillnyktring och abstinensbehandling i flera regioner i landet.

Vården och stödet ska vara samordnat

För att brukarna ska erhålla det bästa möjliga stödet räcker det inte med evidensbaserade metoder, det krävs också en samverkan såväl inom hälso- och sjukvård och socialtjänst som mellan huvudmännen för att insatserna ska utgöra en kontinuerlig och sömlös vård utan glapp. För att tidigt kunna identifiera problem krävs också en nära samverkan mellan elevhälsan, primärvården och socialtjänsten och i senare skeden även en samverkan mellan Kriminalvården, hälso- och sjukvården och socialtjänsten.

Lagar som syftar till att förbättra samverkan mellan huvudmännen

Både kommuner och regioner har enligt hälso- och sjukvårdslagen och socialtjänstlagen ett ansvar för missbruks- och beroendevården. Det har ofta konstaterats att samarbetet mellan huvudmännen brister, vilket på olika sätt drabbar de beroende, anhöriga och samhället. För att stärka förutsättningarna för samverkan och bidra till att tydliggöra ansvarsfördelningen ålades landsting och kommuner år 2013 en skyldighet att ingå överenskommelser om samarbete kring personer med missbruk. Den 1 januari år 2018 trädde en ny lag i kraft om samverkan vid utskrivning från slutet hälso- och sjukvård. I den lagen finns bestämmelser om samverkan vid planering av insatser för enskilda som efter att de skrivits ut från slutet vård kan komma att behöva insatser från socialtjänsten, den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården eller den regionfinansierade öppenvården.

Alla som är i behov av insatser från både hälso- och sjukvård och socialtjänst ska erhålla en samordnad individuell plan (SIP)

Lagstiftning pekar tydligt på behovet av samverkan när insatser krävs både från hälso- och sjukvård och socialtjänst. Socialstyrelsen redovisade nyligen (som nämns ovan) en kartläggning av samsjuklighet som visade att 64 % av kvinnorna och 52 % av männen som varit i vård för beroendeframkallande medel under år 2017 hade vårdats för en eller flera psykiatriska diagnoser åren innan. Socialstyrelsen lyfte i utredningen (kartläggningen) behovet av att utveckla en personcentrerad vård (Socialstyrelsen 2019c).

Ett exempel på när samordning krävs är vid läkemedelsassisterad behandling (LARO). I de fallen är det nödvändigt att utarbeta samordnade individuella planer (SIP) tillsammans med brukarna. Sådana genomförs i väldigt liten utsträckning, varför Socialstyrelsen bör få i uppdrag att förstärka och förenkla implementeringen. Inspektionen för vård och omsorg (IVO) bör få i uppdrag att följa upp hur huvudmännen gemensamt arbetar med personcentrerade insatser med stöd av SIP för att underlätta samverkan vid frigivning för personer med behov av fortsatt vård. Även Kriminalvården borde kunna ta initiativ till SIP för att underlätta samverkan vid frigivning för personer som har behov av fortsatt vård.

Statsbidrag fördelas för utveckling av integrerade team vid samsjuklighet m.fl. situationer

Många personer som är i behov av vård faller idag mellan stolarna. Därför finns det anledning att stödja huvudmännen i utvecklingen av integrerade team vars stödinsatser baseras på brukarnas behov, dvs. personcentrerade insatser. Det kräver inte någon förändring av huvudmannaskapet men det krävs att huvudmännen utser personer som kan ingå i flexibla team, vars kompetens anpassas till brukarnas behov av stöd.

Statsbidragen bör användas till uppbyggnad och organisering av teamen och för ersättning till en samordnare för dem – en Case Manager (CM). De har en viktig roll i samordningen och idag saknas utbildare i Case Management (CM), vilket Socialstyrelsen borde få i uppdrag att ansvara för.

Socialstyrelsen får i uppdrag att som kompetenscentrum i vård- och behandlingsfrågor utarbeta, förvalta, sprida information om och utbilda i de metoder som pekas ut i alla nationella riktlinjer som Socialstyrelsen utarbetar

Idag saknas nationella riktlinjer för dopningsmissbruk, varför Socialstyrelsen bör få i uppdrag att utveckla sådana inom ramen för uppdraget som kompetenscentrum i vård- och behandlingsfrågor. De har tidigare tagit fram evidensbaserade metoder inom ramen för de nationella riktlinjerna, men för vissa av dem finns inga manualer och inga utbildare i Sverige. Socialstyrelsen bör därför få i uppdrag att både ta fram nationella riktlinjer för dopning, förvalta och utbilda i och följa upp användningen av de metoder som lyfts fram i alla nationella riktlinjer och utgöra ett kompetenscentrum i vård- och behandlingsfrågor. Att personal inom hälso- och sjukvård och socialtjänst utbildas tillsammans ökar dessutom förståelsen för varandras kompetens och ger förutsättningar för en bättre samverkan.

5.5.2 Regionala skillnader i vård ska minska

Skuggans bedömning: Vården är inte jämlikt fördelad över landet. Många små kommuner har inte en möjlighet att kunna erbjuda ett differentierat och specialiserat utbud. Därför krävs samverkan. Tillgängligheten till vård måste öka. Idag får endast en mindre del av personer med beroendeproblem vård varför tillgängligheten till vård måste öka.

En plan utarbetas inom varje region som slår fast vad alla kommuner ska kunna erbjuda

Det är inte rimligt att de små kommunerna ska kunna erbjuda ett differentierat vårdutbud. Därför måste kommunerna gemensamt i en region fatta beslut om hur vården ska kunna utvecklas och bli jämlik. Kommunerna i Värmlands län fattade beslut redan för flera år sedan att den största kommunen (Karlstad) skulle ha kompetens att göra bedömningar av vårdbehov och erbjuda ett differentierat vårdutbud. Alla kommuner, även de små, ska kunna göra bedömningar av vårdbehov och i övrigt träffa överenskommelser med den stora kommunen vid behov av specialiserade vårdinsatser. De medelstora kommunerna ska både kunna bedöma vårdbehov och dessutom åtminstone kunna erbjuda en öppenvårdsverksamhet samt träffa överenskommelse med den stora kommunen i länet för att erbjuda ett mer differentierat utbud. Kommuner även i andra regioner borde utarbeta strategier för hur de ska kunna erbjuda alla invånare ett differentierat vårdutbud.

Även om det finns överenskommelser mellan små och stora kommuner i en region kan det ändå vara svårt att erbjuda ett differentierat utbud med tanke på långa avstånd. I de regionerna bör man överväga hur digitala möten kan genomföras som komplement.

5.5.3 Bredda individperspektivet till ett familjeperspektiv i vården – anhöriga behöver stöd

Skuggans bedömning: Anhöriga/närstående är de som tidigast upptäcker problem och de behöver få hjälp med hur de ska hantera situationen. Det gäller både hur de kan bidra till att personen med beroende får vård, men också för deras egen och barnens del.

Vårdgivarna bör erbjuda närstående stöd, bl.a. CRAFT

Ett beroende påverkar hela familjen och närstående behöver ofta stöd i sin situation. Vårdgivarna bör utbilda sin personal i Community Reinforcement Approach and Family Training (CRAFT) – en metod som ger hjälp till anhöriga att må bättre och stöd i relationen till personen med beroendeproblem. Beroendecentrum Stockholm har också utvecklat ett webbstöd för anhöriga – Anhörigstödet.

Socialtjänsten är enligt lag sedan 1 juli 2009 skyldiga att stödja anhöriga och närstående till personer med beroendeproblem. Eftersom stödet brister i många kommuner borde Socialstyrelsen tydliggöra detta ansvar som komplement till den vägledning de tidigare har publicerat. Socialtjänsten borde ta fram informationsmaterial som beskriver hur de kan stödja anhöriga och det materialet bör delas ut till anhöriga till personer i både öppen och slutenvård.

Både hälso- och sjukvård och socialtjänst är skyldiga att ställa frågor om brukarna har barn och erbjuda barnen ändamålsenligt stöd

Både inom hälso- och sjukvård och socialtjänst är huvudmännen skyldiga att ställa frågor om brukarna har hemmavarande barn eftersom dessa problem påverkar hela familjen.

Hälso- och sjukvården har enligt Hälso- och sjukvårdslagen ett tydligt ansvar att beakta barns behov av information, råd och stöd vilket kräver att de utarbetar rutiner för hur det ska gå till. Socialtjänsten bör erbjuda barnen stöd (i sin egen situation) antingen individuellt eller i grupp. Socialtjänsten kan också erbjuda barnen att under några dagar delta i Childrens Program, som är ett program som ger barnen kunskap om hur ett beroende fungerar och som även innehåller en dag tillsammans med den förälder som har haft problem. Syftet är att bygga upp relationen mellan barnet och föräldern. Ett beroende påverkar hela familjen och det är därför viktigt att stödja hela familjen, vilket kan vara det viktigaste stödet för barnen. Idag finns flera metoder för att stödja hela familjen när en vuxen person har problem med alkohol eller andra droger, bland annat "Beardslees familjeintervention", "Föra barnen på tal", "Jag och min familj".

I många kommuner finns det stödgrupper för barn i familjer med missbruk som är utvärderade med god effekt, men alldeles för få barn får ta del av det stödet. Var och en i familjen kan behöva eget stöd men även hela familjen tillsammans.

5.5.4 Stöd i integrering i samhället och återhämtning ska utvecklas och förlängas och omfatta boende, sysselsättning, ekonomi och stöd i uppbyggnad av relationer

Skuggans bedömning: Gruppen med svårt beroende får sällan det långsiktiga stöd de behöver för att integreras i samhället.

Synen på vård och omsorg breddas till att även omfatta återhämtning och integrering i samhället

Personer med långvariga och komplexa problem behöver långsiktiga personcentrerade och samordnade insatser som omfattar stöd vid återhämtning och integrering i samhället. Ett stöd som huvudmännen inte alltid kan erbjuda.

Det långsiktiga stödet kan handla om boendesituation, försörjning och ekonomisk stabilitet, arbete och sysselsättning, kriminalitet, trygghet och säkerhet, närståendes situation, socialt nätverk, självständighet, stigmatisering och känsla av sammanhang. Stödet måste anpassas till respektive individs behov men syftar ofta till att bygga upp relationer med anhöriga eller andra i sin närhet. De olika områdena påverkar varandra i hög grad. För att stödet verkligen ska bli långsiktigt kan socialtjänsten träffa överenskommelser med idéburna organisationer som under längre tid kan stödja och erbjuda drogfria mötesplatser och aktiviteter.

De idéburna organisationernas roll är viktig och borde stärkas

Historiskt har många innovationer utvecklats av idéburna aktörer. De utgör en underutnyttjad resurs vid välfärdsutvecklingen. Sverige är den välfärdsstat i världen där den idéburna verksamheten är av minst omfattning. Kamratstöd är en viktig insats som kan vara helt ovärderlig vid återhämtning och integrering i samhället. Här är de idéburna organisationerna viktiga, dvs. de kan under längre tid och även utanför kontorstid vara det stöd som gör skillnad. Även brukarorganisationer är viktiga för att sprida hopp, visa att återhämtning från beroende är möjligt och visa på vägar tillbaka till samhället. De kan också genomföra brukarstyrd brukarrevisioner och certifiering av brukarinflytande som syftar till att utveckla brukarnas inflytande i vården.

5.5.5 Resultatet av vårdinsatser bör följas upp kontinuerligt

Skuggans bedömning: Det är inte lätt att följa upp resultatet av vårdinsatser om man inte har tydliga mål med vårdinsatserna och eftersom brukarna ofta är svåra att nå efter avslutad behandling. Dessutom saknas idag en gemensam syn på vilka mål vården bör sträva mot.

Rådet för styrning med kunskap bör få i uppdrag att utarbeta relevanta resultatnriktade utfallsmått för uppföljning av vårdinsatser inom ramen för kunskapsstyrningen

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys beskriver i sin rapport Missar vi målen (2016) att det idag saknas en gemensamt accepterad syn på vilka resultat som vården och omsorgen av personer med missbruks- och beroendeproblematik bör sträva efter. Mycket tyder även på att uppföljningen främst fokuserar på strukturer och processer snarare än de resultat som vården och omsorgen ska leda till både på kort och lite längre sikt.

Rådet för styrning med kunskap, som styrs av förordningen (2015:155), bör därför som en del av sin kunskapsstyrning få i uppdrag att ta fram relevanta utfallsmått för uppföljning av vården i dialog med Sveriges Kommuner och Regioner. Det gäller både mer insats- och riktlinjenära resultat (kort sikt) av vårdinsatser på kort sikt men också utfallet på längre sikt. I rådet ingår nio myndigheter och Socialstyrelsens generaldirektör är ordförande.

5.6 Långsiktigt mål 6: Antalet döda eller skadade på grund av sitt eget eller andras bruk av ANDTS ska minska

Skuggans bedömning: Ytterst är målet med den svenska ANDTS-politiken att minska problemens omfattning. Detta görs bäst genom att stärka insatser inom övriga långsiktiga mål, framför allt begränsningar av tillgängligheten i enlighet med långsiktigt mål 1. Detta gäller inte minst för tobak där varannan vanerökare dör i förtid. Men även specifika insatser som syftar till att minska olika AND-relaterade problem i sig behövs, såsom ratt- och drogfylleri inom trafiken och AND-relaterat våld och dödlighet.

Det finns många insatser som specifikt syftar till att minska olika problem orsakade av ANDTS (främst AND). Dessa insatser kan också i varierande utsträckning påverka konsumtionen av de olika drogerna och därmed ha en ytterligare (indirekt) påverkan på olika AND-relaterade problem.

I detta kapitel har vi fokus på insatser som kopplas till främst alkohol och narkotika. Det betyder inte att övriga bokstäver inte genererar skador. Fokus ligger på trafiken, våld och dödlighet kopplat till alkohol och narkotika. Här finns en hel del utvecklade metoder som ger effekt men de bör, implementeras i större utsträckning.

Prioriterade mål under strategiperioden

5.6.1 Antal döda eller skadade i trafiken på grund av alkohol och narkotika ska minska

Skuggans bedömning: Flera indikatorer pekar på ganska oförändrade nivåer av rattfylleri (alkohol och/eller av narkotika) under de senaste 6–7 åren. Även det totala antalet omkomna i trafiken, med eller utan alkohol- och narkotikaförekomst, har legat kvar på ungefär samma nivåer under flera år. Ett viktigt medel för att få färre omkomna i trafiken är att stärka de rattfylleriförebyggande insatserna. Idag går utvecklingen snarare åt det motsatta hållet med bl.a. allt färre antal genomförda utandningsprov och färre specialiserade trafikpoliser. Detta måste brytas genom en rad olika åtgärder som sammantaget skulle leda till minskat rattfylleri och färre trafikdöda. Antalet rattfyllerikontroller bör öka kraftigt och polisen bör få möjlighet att genomföra slumpvisa drogtester av förare, utan att misstanke föreligger. Vidare bör installation av tekniska lösningar i trafikmiljö och bilar stödjas och öka i omfattning.

Rattfylleri är en av de största bidragande faktorerna till dödsolyckor i trafiken. Enligt Trafikverkets djupstudier av dödsolyckor omkom 75 personer i alkohol- eller drogrelaterade (alltså narkotikarelaterade) trafikolyckor år 2018, vilket är 23 % av alla omkomna i trafiken. Av dessa personer omkom 44 i olyckor som enbart var alkoholrelaterade, 22 i olyckor som enbart var drogrelaterade och 9 i olyckor som var både alkohol- och drogrelaterade. Nästan hälften av alla singelolyckor med dödlig utgång är alkoholrelaterade.

Sett under de senaste 10 åren (2010–2019) har antalet dödsfall totalt i trafiken legat på ungefär samma nivå men med stora årliga variationer. Även antalet alkohol- och drogrelaterade dödsfall har legat ganska stabilt eller t.o.m. ökat något under perioden, möjligen med något minskade antal alkoholfall men med något ökande antal drograttfyllerifall 2010–2018 (Trafikverket, 2020).

Sverige har historiskt sett varit bra på att förebygga rattfylleri med breda insatser som inkluderat lagstiftning, polisiära kontrollinsatser, attitydpåverkan och andra förebyggande insatser. Även under det senaste decenniet har viktiga insatser gjorts genom exempelvis utökad förarutbildning, program med alkoholås som villkor för körkort för den som kört rattfull efter alkoholintag och utveckling av alkobommar. Idag är läget mer osäkert och området uppfattas av många experter som nedprioriterat inte minst manifesterat genom ett kraftigt minskat antal kontroller av trafiknykterheten och mindre fokus på alkoholås.

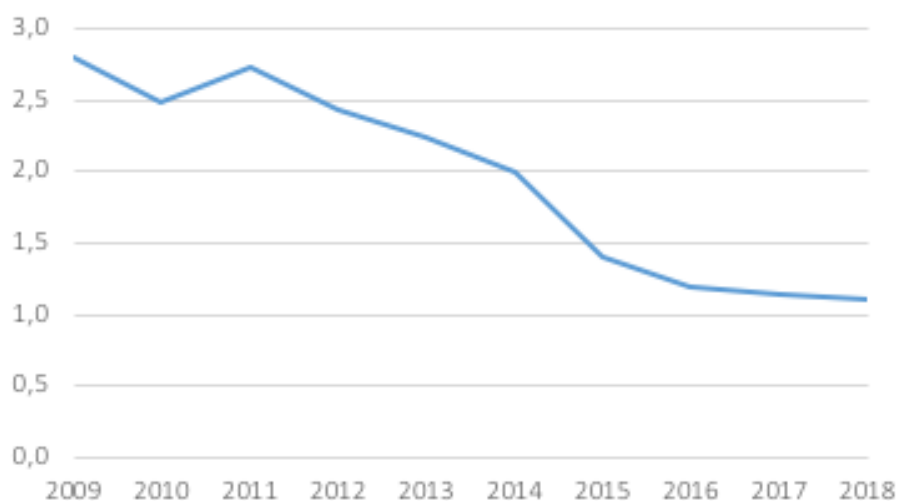
För att motverka rattfylleri krävs en bred uppsättning åtgärder, såsom en genomtänkt strategi för ett högt antal alkohol- och drogkontroller av god kvalitet, samordnade informationsinsatser, ökad användning av krav på alkoholås (eller andra tekniska system) vid transportupphandlingar, snabbare utbyggnad av alkobommar, införande av sällningsinstrument (salivtest) för drogtester vilka också bör kunna genomföras utan att misstanke föreligger. En viktig grund att utgå ifrån är tillförlitlig statistik om hur den faktiska omfattningen av problem och deras utveckling över tid ser ut. Så är inte fallet i dag. 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, se exempelvis SMADIT, 2015) eller liknande metod, är också viktiga insatser som kan stärkas.

Det är angeläget att alla dessa åtgärder stärks under strategiperioden vilket sammantaget skulle ge betydande effekter på omfattningen av rattfylleri av alkohol och droger och därmed leda till färre skadade och döda i trafiken. Nedan preciseras insatser som vi ser som angelägna att förstärka eller genomföra under strategiperioden 2021–2025.

Antal trafiknykterhetskontroller bör öka

De lagstiftade promillegränserna är inte enbart resultatet av trafikmedicinska bedömningar utan av politiska kompromisser. De första ”störningarna” på körförmågan, t.ex. avseende bländnings-känslighet, uppträder redan vid låga promillenivåer kring 0,1 promille. Flera studier med hjälp av simulator visar på nedsatt körförmåga hos piloter i spannet mellan 0,10 och 0,25 promille. Från 0,4 promille ökar felen i simulortesten kraftigt.

1990-års reform av trafikbrottslagen, som framförallt kännetecknades av en sänkning av promillenivå från 0,5 promille till 0,2, gav tydligt påvisbara positiva resultat. Den faktiska rattfylleribrottsligheten minskade med omkring 18 % och antalet trafikolyckor med dödlig utgång med omkring 8 (Norström & Andersson, 1996). Detta var en viktig allmän- och individualpreventiv reform i sig. För att det preventiva genomslaget ska få större genomslag krävs också en faktisk upplevelse om risk för upptäck vid rattfylleri och, vid upptäckt, kännbara straff. Under senare år har polisens genomförda antal utandningsprov minskat betänkligt, från ca 2,8 miljoner år 2009 till ca 1,1 miljoner år 2018, alltså en minskning med drygt 60 %. Detta är att gå i fel riktning (se figur 7).



Figur 7. Antal av polisen genomförda utandningsprov i trafiken 2009–2018, i antal miljoner.

Stimulera till teknikutveckling som stöd för det förebyggande arbetet

- **Automatiska nykterhetskontroller**

Utvecklingen av alkoholkontroller har de senaste åren skett på ett sätt som innebär att det idag går att kontrollera nykterheten i betydligt fler sammanhang än tidigare. En Automatisk nykterhetskontroll görs med en teknik där alkoholprovet sker helt automatiskt med ett snabbt resultat. Privata företag använder Automatiska nykterhetskontroller för att ur säkerhetssynpunkt säkerställa att personalen inte är onyktra när de passerar in till industriområdet. Vilket innebär att bilresan till arbetet också sker nyktert. Systemet används även av transportköpare för att vid in- eller utfart kontrollera samtliga chaufförer. Det går också att koppla till nyckelskåp där kontroll sker vid såväl hämtning som lämning av nycklar, ett alternativ till att montera alkoholås i alla bilar. Möjligheterna är stora att med Automatiska nykterhetskontroller snabbt kunna kontrollera nykterheten i större skala vilket kan ge en allmänt förebyggande effekt på alkoholkonsumtionen.

- **Alkobommar**

Varje dag rullar cirka 8 200 fordon ut från färjeterminaler vidare ut på svenska vägar. Tullverkets statistik visar att det är ungefär dubbelt så vanligt med rattfylleri bland dessa fordon jämfört med vanliga fordon. Därför initierade MHF fullskaliga tester av automatiska nykterhetskontroller. Försöken visar att en tydlig information till resenärerna på färjorna om de förestående utandningsproven i hamnen samt effektivt genomförda automatiska kontroller av samtliga fordonsförare sammantaget leder till minskad andel onyktra förare (Sjöström, m.fl., 2014). Regeringen har också beslutat om att inrätta fler alkobommar vid landets hamnar med ambitionen att detta på sikt ska införas i alla hamnar. Detta blir en viktig insats som främjar trafiksäkerheten. Men arbetet går långsamt och bedrivs endast i idag i tre s.k. terminalhamnar, alltså inte i någon hamn med nöjstrafik och privatbilister.

Vi är medvetna om att det kan vara ett problem att marken i hamnar där hamnterminaler ligger inte sällan är privata vilket kan försvåra placeringen av alkobommar, Detta måste utredas vidare.

- **Alkolås**

Alkolås är en metod som hindrar bilen från att startas av en påverkad förare och de blev under en tid vanligare vid offentliga upphandlingar av exempelvis transporter. Företag och organisationer kan också besluta om att installera alkolås i sina egna fordon, som ett led i ett trafiksäkerhetsarbete. Men även denna insats har under de senaste ca fem åren stannat av och vi nås av uppgifter att färre kommuner numera kräver detta. Offentliga aktörer bör gå före och införa detta som något av en standard. Det krävs också ett förnyat inriktningsbeslut från Trafikverket i frågan. Samtidigt är det viktigt att påminna om att innovation och digitalisering går snabbt inom fordonsutvecklingen, vilket kan innebära att andra former och lösningar kan bli vanligare framöver.

Komplettera trafikbrottslagen med möjlighet för polisen att använda sig av kvalitetssäkrade sållningsprov (snabbtest) vid drograttfyllerikontroller och tillåt slumpmässiga kontroller för drograttfylleri

Enligt polisens bedömning är en betydande del av vägtrafikens rattfyllerister påverkade av narkotika. Polisen saknar idag effektiva verktyg att stoppa drogpåverkade förare direkt vid vägen. Vidare skiljer sig polisens insatser mot drograttfylleri mycket åt i olika län. Idag krävs misstanke för att polisen ska få stoppa ett fordon och undersöka om föraren är narkotikapåverkad. Med dagens system krävs det därför både en bra taktik och stor erfarenhet för de poliser som ska bygga upp en misstanke och gripa en rattfyllerist.

Med ett användbart sållningsinstrument (snabbtest) för drogpåverkan skulle polisen kunna arbeta mer effektivt. Det finns idag också sådana instrument med högre träffsäkerhet än dagens ögontester. Längst har man kommit med salivtester som idag används i en rad länder, exempelvis Norge, Danmark och Finland.

Det bör också nämnas att standardiseringsarbete för drogtester pågår vid Svenska Institutet för Standarder genom en särskild kommitté. Kommittén arbetar med specifikationer för hur testerna bör utformas, vilken kvalitet de bör ha och hur de kan bedömas vid upphandling. De gör också handlingsplaner för användandet och annat som kan behövas för att få ett säkert och strukturerat sätt att använda dessa tester. Målsättningen är att slutföra arbetet under 2020.

Standardiseringsarbetet är ett viktigt underlag för den utredning som tillsattes i augusti 2019 i syfte att ta fram förslag för effektivare kontroller av yrkestrafiken och en samlad organisationsform för kontrollverksamheten. Utredningen ska bl.a. ”utreda förutsättningarna för att tillåta myndigheter att utföra sållningsprov i fråga om narkotika, det vill säga att testa förare utan misstanke om brott för att finna personer som framför fordon när de är påverkade av narkotika” (Dir. 2019:51) .

Slumpmässiga drograttfyllerikontroller, som alltså inte är tillåtna idag, skulle sannolikt ge en allmänpreventiv effekt men också, i kombination med ett effektivt sållningsinstrument, leda till att fler personer upptäcks och därmed att fler personer med drogproblematik kan erbjudas stöd och vård. Målet bör vara att drogpåverkade förare ska kunna stoppas på samma sätt som idag sker med alkoholpåverkade trafikanter.

Den nämnda utredningen (Dir. 2019:51) ska också ta ställning till om det finns skäl att införa ett system med s.k. trafiksäkerhetskontrollanter som innebär att andra än polismän och tjänstemän vid Tullverket och Kustbevakningen skulle kunna genomföra nykterhetskontroller på väg. Den naturliga konsekvensen av sådan åtgärd, som vi välkomnar, i kombination med ett tillåtande av sållningstest för narkotika blir således att också tillåta slumpmässiga drograttfyllerikontroller i trafiken.

Statistiken inom trafikområdet ska bli mer tillförlitlig och jämförbar över tid

Statistiken över rattfylleriets utveckling är underutvecklad och i nuläget finns inget enskilt mått som kan anses mäta utvecklingen på ett tillförlitligt sätt (se t.ex. Socialdepartementet, 2013). Mot denna bakgrund har tidigare fyra olika mått föreslagits som lovande indikatorer för uppföljningen inom trafikområdet: (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 fordonförare i singelolyckor med personskada nattetid dvs. mellan kl. 22.00 och 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 narkotikakonsumtionen 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 narkotikarelaterade trafikolyckor. När det gäller omkomna personbilsförare 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 på grund av 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 mått sammantaget kan ge en bra bild om det bedrivs ett utvecklingsarbete. 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.

När det gäller alkoholrelaterade dödsfall bör de djupstudier som genomförts av Trafikverket under flera år fortsätta att bilda utgångspunkten för den officiella statistiken på området. Om rättsmedicinska data finns tillgängliga på Socialstyrelsen som en del av dödsorsaksregistret bör möjligheten att via detta nationella register beräkna antalet förare i trafiken under alkoholpåverkan testas, lämpligen av Socialstyrelsen (alltså förslag 1 ovan). Två sätt att skatta antalet alkoholrelaterade dödsfall erhålls således. Framkommer skillnader dem emellan bör orsaken till detta utredas närmare.

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 ska ett samtal med socialtjänsten eller beroendevården erbjudas så snabbt som möjligt, helst inom 24 timmar. Den lokala polisen eller tjänstemännen på Kustbevakningen eller Tullverket som ertappar den onyktre i trafiken vägleder till en kontakt med kommun eller region enligt lokala förutsättningar. Det finns ofta samverkansgrupper som behandlar det lokala eller regionala SMADIT-arbetet såsom fördjupade samarbeten, lokal uppföljning och återkoppling m.m.

Det är Folkhälsomyndigheten som inom ramen för regeringsuppdraget om att stödja genomförandet av ANDT-strategi samordnar SMADIT-arbetet på nationell nivå. De myndigheter som enligt regeringsuppdraget ska ingå i den nationella samverkan är Trafikverket, Transportstyrelsen, Polismyndigheten och Socialstyrelsen. Andra myndigheter som också deltar i arbetet är länsstyrelserna, Kriminalvården, Kustbevakningen och Tullverket. Aktörerna bildar en nationell SMADIT-grupp där även Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) ingår (se Folkhälsomyndigheten, 2020d).

Den nationella SMADIT-gruppen arbetar med att behandla övergripande frågor, uppdatera material som finns om SMADIT samt att sprida kunskap om SMADIT på mötesplatser och konferenser såväl nationellt som internationellt. Data från 2011 visar exempelvis att endast 60 % av de rapporterade rattfylleristerna fick erbjudandet om SMADIT och att ännu färre tackade ja (23 % av de som erbjöds) och ännu färre fick någon form av samtal eller behandling (ca 16 % av de som erbjöds). För rattfyllerister som använt droger var andelen mycket lägre, enbart ca 3 % fick överhuvudtaget förfrågan om SMADIT (Socialdepartementet, 2013). Siffrorna kan ha ändrats sedan dess men under alla omständigheter är det en minoritet som genomgår någon form av behandling. Dessutom visar Folkhälsomyndighets siffror från Länsrapporten att andelen kommuner som uppger att de arbetar enligt SMADIT sjunkit från ca 53 % 2011 till ca 40 % både 2017 och 2018.

Det finns också 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. Det finns heller ingen vetenskapligt genomförd utvärdering vilket bör eftersträvas.

Oaktat detta anser vi att insatsen ändå ska fortsätta eftersom det inte kan vara till nackdel att personer som identifieras som påverkade av alkohol och/eller andra droger under bilkörning erbjuds stöd och vård för sitt beroende.

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

Skuggans bedömning: Flera kunskapsbaserade metoder finns idag utvecklade som bevisligen minskar det alkoholrelaterade våldet. Dessa bör nyttjas i större utsträckning än vad som är fallet idag. Uppdrag med nära anknytning till alkohol- och narkotikarelaterat våld bör fortsätta. Det gäller exempelvis länsstyrelsernas särskilda våldspreventiva uppdrag.

Kunskapsbaserade arbetsmetoder för att minska den alkohol-, narkotika- och dopningsrelaterade våldsbrottsligheten bör ges ökad spridning

Det finns i dag flera utvecklade och utvärderade och/eller beprövade arbetsmetoder, vilka alla syftar till att reducera våld i olika miljöer som är kopplade till alkohol och narkotika. Många av dessa har nämnts tidigare i denna rapport. En av dem är Ansvarsfull alkoholserving, en annan Krogar mot knark, en tredje den polisiära arbetsmetoden Kronobergsmodellen. Även den dopningsförebyggande insatsen på gymanläggningar, 100 % ren hårdträning, kan ha en sådan effekt. Nedan lyfter vi fram ytterligare insatser som vi anser bör få större långsiktigt stöd och nationell spridning.

- **Satsningar för att förebygga våld och fylleri i anslutning till studentfester**

Detta är en förebyggande metod som numera görs årligen i Stockholms city i anslutning till gymnasieelevers studentfester i syfte att minska våld och fylleri i samband med festerna. Arbetet går under benämningen ”Student”.

Utgångspunkten i detta arbete är involvering av de viktigaste aktörerna i lokalsamhället som tillsammans, och med hjälp av olika metoder, påverkar utvecklingen av våldsbrott och omfattning av fylleri i anslutning till festerna. Polisen är en av aktörerna, en annan Stockholms stads tillståndsenhet, en tredje är krögarna och de särskilda studentfestarrangörerna (eventbolagen). STAD, som en fjärde aktör, har det övergripande samordningsansvaret.

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 främst varit koncentrerat till Stockholm, men det är rimligt att anta att ett sådant arbete också kan spridas till andra större städer med liknande fenomen. Detta arbete ska alltså inte förväxlas med det arbete som görs runt om i Sveriges kommuner i anslutning till skolavslutningar och liknande. Det är också viktigt men här i detta avsnitt syftar vi på den specifika utvärderade metoden som vi anser bör få större spridning.

- **Insatser för att förebygga våld i anslutning till idrottsarrangemang**

Idrottsarrangemang ska kunna genomföras på ett tryggt och trivsamt sätt för alla inblandade. Den brottslighet som begås i anslutning till eller på plats på arenan är till delar kopplad till alkohol- och/eller narkotikaintag (och eventuellt dopning). Därför är det viktigt att det finns ett alkohol- och narkotikaförebyggande arbete runt idrottsarrangemang som syftar till att förebygga våld.

Ett sådant lovande arbete bedrivs sedan 2015 av STAD och går under benämningen Alkoholprevention på idrottsarenor. Arbetet syftar till att förebygga våldsbrott i samband med idrottsevenemang genom implementering av ett samordnat och långsiktigt alkohol- och drogförebyggande arbete som bidrar till att sänka berusningsnivån och därmed öka tryggheten på arenorna (STAD, 2020).

Sedan starten av arbetet i Stockholm (STAD tillsammans med de tre storklubbarna och IQ) har andelen kraftigt berusade personer sjunkit med 40 %, andelen kraftigt berusade personer som nekats inträde på arenorna har ökat med 154 % och andelen kraftigt berusade personer som nekats att köpa alkohol inne på arenorna har ökat med 78 %. Sannolikt beror inte hela nedgången på just dessa insatser men sannolikt delar av den. Arbetsmodellen är intressant och bör få fortsatt stöd i implementering och utvärdering.

- **Insatser mot våld i nära relationer**

På liknande sätt som inom ANDTS-området, har regeringen gett länsstyrelserna särskilda uppdrag att bidra med stöd och samordning på andra områden, varav de flesta har beröringspunkter med ANDT-arbetet. Det gäller våld mot kvinnor och våld i nära relationer samt våldsprevention. Det är viktigt att dessa uppdrag fortsätter även under nästa strategiperiod. Detta ligger också i linje med vad vi skrev ovan om behovet av att stärka det lokala ANDTS- och brottsförebyggande arbetet. Strategins bidrag är att lyfta fram ANDTS, framför allt alkohol och narkotika, som starka bidragande orsaker till våld både utomhus på offentliga platser men även i nära relationer.

5.6.3 Dödligheten i narkotikaöverdoser ska minska

Skuggans bedömning: Den narkotikarelaterade dödligheten är på historiskt hög nivå, trots en viss minskning under 2018. En bredd av olika åtgärder behövs för att kunna få ner antalet på betydligt lägre nivåer. Det gäller både insatser som begränsar tillgängligheten till opioidsubstanser för icke-medicinskt bruk, akuta insatser mot drogdödlighet (som alltså minskar överdosriskerna) och långsiktiga insatser mot dödligheten bland missbrukare.

Enligt den statistik som används i Sverige ökade den narkotikarelaterade dödligheten med mer än det dubbla från 2006 till 2015. Även skattningar som tagit hänsyn till de metodförbättringar som ägt rum under perioden, framför allt rättsmedicinska sådana, pekar på betydande ökning (Leifman, 2016). Ökningen är helt och hållet resultatet av fler dödsfall med opioider. Idag består de allra flesta narkotikarelaterade dödsfall av opioiddödsfall och flertalet av dessa är syntetiska opioider som metadon, buprenorfin, fentanyl och oxikodon. Under 2016–2017 låg antalet dödsfall kvar på ungefär samma historiskt sett hög nivå som 2015 men minskade betydligt under 2018 (ca -10 %) (Folkhälsomyndigheten, 2019a).

Den höga och ökande dödligheten föranledde regeringen att stärka arbetet för att förebygga narkotikarelaterade dödsfall. Flera åtgärder har därför genomförts under 2018 och 2019 som ett resultat av regeringsuppdrag till olika myndigheter. Föreskriftsändringar har genomförts för att göra naloxonläkemedel mer tillgängligt för personer i riskzonen för överdoser samt för närstående och personal inom räddningstjänsten. I januari 2019 uppdaterades de nationella riktlinjerna för vård och stöd vid missbruk och beroende med en rekommendation om att hälso- och sjukvården bör erbjuda naloxon och utbildningsinsatser till personer med opioidberoende och risk för överdos. Samtidigt publicerades informationsfoldrar och samtalsstöd om överdosrisker och naloxonanvändning som var riktade till brukare och personer som möter brukare. Arbetet mot fentanylanaloger har också intensifierats.

Sammantaget kan dessa förändringar vara en bidragande orsak till den minskade narkotikarelaterade dödligheten år 2018. Säker kan man dock inte vara. Dödligheten ligger också fortfarande på en mycket hög nivå varför fler insatser behövs (och kommer att genomföras kommande år).

En bred palett av åtgärder behövs, både de som begränsar tillgängligheten till opioidsubstanser för icke-medicinskt bruk, akuta insatser mot drogdödlighet (som alltså minskar överdosriskerna) och långsiktiga insatser mot dödligheten bland missbrukare.

När det gäller åtgärder mot tillgängligheten syftar vi bl.a. på insatser som begränsar överförskrivning av starkare opioider där en del antagligen också hamnar i andra händer än hos dem som får medlen förskrivna. En annan tillgänglighetsbegränsande insats är att få bättre kontroll och begränsning av läckage av opioider från LARO-mottagningar. En stor men okänd andel av dessa opioidpreparat är också insmugglade och det är viktigt att tull och polis gör allt man kan för att minska omfattningen av denna smuggling.

När det gäller akuta insatser mot drogdödlighet tänker vi bl.a. på nalaxonutdelning som är ett steg i rätt riktning. Spridningen av naloxon bör få stor prioritet men vi tycker oss se att så inte är fallet, inte ens att alla mottagningar för sprututbyten delar ut naloxon. En annan viktig åtgärd är att sjukvården tar fram handlingsplaner för patienter vid överdoser eftersom många av de som sedan avlider i överdoser redan tidigare haft en eller flera överdoser.

Långsiktiga insatser mot dödligheten bland missbrukare bör också prioriteras. Det bör övervägas om inte informationsinsatser om säkrare konsumtionstekniker (inom beroendevård, härbärgen, sprututbyten, kriminalvård och socialtjänstvård) i syfte att förebygga exempelvis hepatit, hiv, abscesser och endokardit.

En annan långsiktig insats är att erbjuda drogfria behandlingsalternativ. Tidigare var detta ett relativt vanligt behandlingsalternativ i Sverige, som hade stort fokus på att få till en genomgripande förändring av klientens hela livssituation. Detta alternativ tycks numera nästan helt ha försvunnit. Kanske fungerar sådana insatser bra för vissa grupper med missbruk och/eller beroende av narkotika och borde i så fall i större utsträckning kunna erbjudas som ett alternativ till och/eller tillsammans med substitutionsbehandling. Till sist är det alltid viktigt att stärka och förbättra samverkan mellan socialtjänst, hälso- och sjukvård och civilsamhället så att klientens hela livssituation inkluderas.

5.7 Långsiktigt mål 7: Sverige bör bidra till en folkhälso-baserad och restriktiv syn på ANDTS inom EU och internationellt

Skuggans bedömning: Sverige har tidigare år varit internationellt drivande i flera ANT-frågor men sedan några år tillbaka intar Sverige en mer passiv roll. Det är angeläget att Sverige igen tar en större plats och driver dessa frågor mer aktivt inom både EU och internationellt.

Sverige har varit något av en stormakt när det gäller att driva olika frågor om alkohol, narkotika och tobak på internationell nivå. Det gäller exempelvis Sveriges stora delaktighet i framtagandet av WHO:s alkoholstrategi och i arbetet med att lyfta alkoholfrågan inom EU och behovet av en gemensam EU-alkoholstrategi. När det gäller narkotika har Sverige tidigare aktivt verkat för en restriktiv och folkhälsobaserad narkotikapolitik genom samarbetet inom EU och FN, men också i bilaterala kontakter. Sverige förstärkte också under några år WHO genom att finansiera en svensk nationell expert som arbetar inom områdena prevention samt vård och behandling (t.o.m. april 2016). Inom cannabisområdet har Sverige också vid två tillfällen stått värd för internationella forskningsmöten om de skadliga effekterna på hälsan vid användning av cannabis. Ett av mötena arrangerades av regeringen, det andra av WHO. Sverige var också ett av de mest pådrivande länderna för att få till stånd en tobakskonvention inom WHO-systemet.

Men detta är sedan några år tillbaka historia. Idag har Sverige en mer passiv hållning i internationella frågor inom området. Vi ser det som angeläget att regeringen igen tar större internationellt ansvar i dessa frågor.

Sverige har också mycket att vinna i sig på att vara mer drivande i dessa frågor på den internationella arenan. ANT-frågorna är till delar av internationell karaktär och direktiv, konventioner och strategier påverkar den svenska politiken. I en alltmer global värld är vikten av gemensamma internationella överenskommelser kanske större än någonsin. Med internationellt samarbete avses här inte enbart arbetet inom EU och med internationella organisationer som t.ex. FN och WHO, utan också exempelvis med nordiska grannländer

där det finns en lång tradition av stor samsyn i många av dessa frågor. Dessutom har Sverige en ANT-politik som i många avseenden har varit framgångsrik med decennier av erfarenheter och lärdomar som är väl värda att förmedla vidare.

Prioriterade mål under strategiperioden

5.7.1 Sverige bör driva alkohol- och tobakspolitiska frågor mer aktivt inom ramen för EU-samarbetet

EU:s inre marknad är kärnan i det mervärde som EU skapar för Sverige som land. Samtidigt skapar många inre marknadsregler svårigheter för den nationella ANDTS-politiken. Detta är särskilt fallet när EU-regler minskar möjligheten för Sverige att upprätthålla nationella regler eller skatter, såsom är fallet för tv-reklam och resandeförsel av alkohol. På tobaksfältet har man på EU-nivå kommit längre med gemensamma regler än för alkohol och spel. Narkotika och dopningspreparat är generellt ej lagliga och påverkas därför inte i samma utsträckning av den inre marknadens utformning. Det finns stora folkhälsopolitiska vinster att hämta hem med förändrade EU-regler.

Som produkter på den inre marknaden har också alkohol och tobak stark koppling till EU-nivån. Folkhälsoperspektiven är dock inte, och har inte heller varit, särskilt vägledande i framtagandet av EU-lagstiftning som berör alkohol och tobak. Inom EU-kommissionen finns ganska få personer med kunskap om alkoholfrågor och hur EU:s lagar och regler kan påverka medlemsstaternas alkoholpolitik. Inom tobaksfältet är resurserna större, men även här finns underskott på kunskap om nationella perspektiv och erfarenheter.

Efter många år av framgångsrik ANDT-politik har Sverige stora kunskaper i frågorna. Flera andra länder har gjort stora framsteg och delar Sveriges ingång och målsättningar, men samordningen mellan dessa regeringar i alkohol- och tobaksfrågor är bristande. Den generella alkoholsamordningen har även nedprioriterats av EU-kommissionen.

Stärk kompetensen och kapaciteten kring alkohol- och tobakspolitik i Bryssel

Sverige bör verka för att EU-kommissionen får större kapacitet och förståelse för alkoholfrågor ur ett folkhälsoperspektiv. Ett led i detta kan vara att Sverige kontinuerligt stationerar nationella experter med alkoholpolitisk kompetens vid ansvariga enheter inom EU-kommissionen.

Sverige bör också axla en större roll för samordning i alkohol- och tobaksfrågor mellan medlemsstaternas regeringar. Ett led i detta kan vara att anställa en person vid socialdepartementet med uttryckligt ansvar för att koordinera och samla likasinnade länder och stärka de folkhälsopolitiska krafterna i EU-förhandlingar som berör ANDT-frågor.

Sverige tillhör de länder som tidigare arbetat för att lyfta alkoholfrågan inom EU och behovet av en gemensam alkoholstrategi som stöd för medlemsländernas arbete mot alkoholrelaterade problem. Här bör Sverige återigen aktualisera frågan och verka för att det skapas ett ramverk för EU-kommissionens arbete med alkoholfrågan, till exempel i form av en alkoholstrategi.

Arbeta aktivt för att stärka möjligheterna för medlemsländer att upprätthålla en självständig och restriktiv ANDT-S-politik

Sverige bör verka inom EU för att förstärka nationella möjligheter att upprätthålla en restriktiv ANDTS-politik. I detta arbete bör särskilt prioriteras att verka för att destinations-/effektlandsprincipen ska gälla vid t.ex. punktskatt, marknadsföring och e-handel av alkohol, tobak och spel, alltså att svenska regler ska gälla det som kommer in i Sverige eller det som bedrivs i Sverige. Sverige bör även stödja utarbetandet av förstärkta minimiregler på EU-nivå så länge dessa inte minskar möjligheten för Sverige och andra föregångsländer att föra en restriktiv ANDT-S-politik.

Aktivt verka för att det nordiska samarbetet inom ANDTS-arbetet stärks

De nordiska möten (nordisk rusmiddelsseminar) som idag äger rum bör ses över vad gäller planering, deltagande, innehåll och genomförande. Nu fungerar de mest som en plattform för erfarenhetsutbyte nordiska myndigheter emellan. Det är viktigt i sig men mer skulle kunna göras med mer av gemensamma aktiviteter inom exempelvis policyområdet. Ytterligare viktiga samverkansplattformar med utrymme för utveckling är den nordiska tjänstemannagruppen för alkoholpolitiskt samarbete och NDPHS (Nordliga Dimensionens Partnerskap för hälsa och socialt välbefinnande). För sistnämnda finns en Alkoholdeklaration på plats, med åtaganden som alla NDPHS medlemsländers regeringsföreträdare ställt sig bakom (https://www.ndphs.org/documents/5748/PAC_13_side-event_2__Proposed%20NDPHS_Declaration_on_Alcohol_Policy.pdf).

Sverige bör verka för att deklarationens effekter följs upp av Expertgruppen för alkohol, narkotika och tobak inom NDPHS, under nästa strategiperiod. Vidare föreslår vi att Sveriges regering under strategiperioden verkar för att expertgruppernas initierade förebyggande arbete inom NDPHS ges stabilare finansiella förutsättningar under nästkommande strategiperiod.

5.7.2 Sverige bör aktivt verka för att FN-konventionerna på narkotikaområdet efterlevs

Sverige har ett gott anseende inom den internationella narkotikakontrollen. Från 2020 är Sverige dessutom åter representerat i FN:s narkotikakontrollkommission (CND). Sverige bör där driva på den internationella samordningen, exempelvis så att nya psyko-aktiva substanser samtidigt ställs under kontroll i alla länder och så att nya modeller inom analys, prevention och terapi sprids. Representation på hög nivå från regeringen krävs i dessa internationella sammanhang

Sverige bör också markera mot Luxemburg som nu förbereder sig för legalisering av cannabis i hela kedjan från odling till försäljning och konsumtion. Ambitionen är att legalisera drogen inom två år och skulle därmed bli det första landet i EU som legaliserar cannabis fullt ut. Cannabis i medicinskt syfte är redan tillåtet i Luxemburg men med legaliseringen kommer drogen alltså att bli tillåten att säljas i nöjessyfte.

Detta är dels ett avbräck från internationella narkotikakonventioner som får följderna för övriga EU-medlemmar, dels visar exemplet från Colorados legalisering att det uppstår ökad smuggling till delstater runt om som inte har legaliserat cannabis. Luxemburg menar att enbart personer som bor i landet ska få köpa cannabis men frågan är om det är förenligt med EU-regler.

5.7.3 Sverige bör verka aktivt för att en ramkonvention om alkoholtas fram

Globalt sett har intresset för diskussionen om utvecklingen av en ramkonvention för alkoholkontroll ökat under de senaste åren. Om diskussionerna fortsätter att utvecklas kommer de sannolikt att påverka även den svenska alkoholpolitiken. Under 2017 föreslog den svenska regeringskommissionen för jämlik hälsa att inleda en europeisk diskussion om en ramkonvention om alkoholkontroll (Regeringen, 2017). I sin globala rapport om alkohol och hälsa från 2018 konstaterade WHO att alkohol fortfarande är det enda psykoaktiva och beroendeframkallande ämnet med betydande global påverkan på befolkningshälsa som inte kontrolleras på internationell nivå av rättsligt bindande regelverk (WHO, 2018).

Under den kommande strategiperioden bör Sverige ta en aktiv roll i globala folkhälsopolitiska forum för att säkerställa framtagandet av en global ramkonvention om alkoholkontroll. Ett sådant ligger väl i linje med implementeringen av Agenda 2030 och flera av de 17 globala målen, inte minst mål 17 om en hållbar konsumtion och produktion i världen.

6. Sammanfattning

Den problembörda som orsakas av alkohol, narkotika, dopning och tobak (ANDT) är omfattande såväl i Sverige som i många andra länder. Problemen begränsas dessutom inte endast till användare utan omfattar även alla de som i olika utsträckning påverkas negativt av andras ANDT-användning. Det rör sig om folkhälsoproblem i dess mest grundläggande mening: omfattande problem som på olika sätt drabbar individen, familjen och samhället. Konsekvenserna spänner över olika fysiska och psykiska hälsotillstånd och sjukdomar samt olika sociala problem.

I ljuset av detta ser vi som skrivit denna skuggstrategi, och alla organisationer som ställer sig bakom den, med oro på ANDT-frågornas perifera roll på den politiska dagordningen. Om den historiskt sett framgångsrika svenska ANDT-politiken även fortsättningsvis ska betraktas som sådan behövs en, som vi ser det, stor kraftsamling på området. Pågående effektiva insatser behöver intensifieras och nya metoder behöver utvecklas. Organisation och styrning av arbetet måste också effektiviseras och omfatta alla nivåer från ANDT-politiska beslut i regering och riksdag till arbetet i regioner och kommuner. De ideella organisationernas expertis och arbete måste också tas tillvara på ett effektivare sätt.

Regeringen har nu påbörjat arbetet med en ny ANDT-strategi för perioden 2021–2025, vilket är mycket positivt. Vi utgår också från att denna för första gången också inkluderar spel om pengar och vi talar således hädanefter om en ANDTS-strategi. Även spel om pengar kan betraktas som ett folkhälsoproblem och med ökad andel i befolkningen med allvarliga spelproblem.

Med detta dokument visar vi hur vi önskar att en kommande ANDTS-strategi ska utformas i form av målstrukturer, styrning och prioriterade insatser inom hela ANDTS-området. Vi har strävat efter att få såväl ett nationellt som ett regionalt och lokalt perspektiv på frågorna. Den svenska ANDTS-politiken är utformad utifrån en nationell kontext men den vägleds och styrs till delar av centrala internationella konventioner och strategier. ANDTS-frågorna relaterar även till flera av de hållbarhetsmål som t.ex. FN lyft fram i Agenda 2030, som antogs av FN:s generalförsamling 2015. Genom Agenda 2030 har världens länder åtagit sig att tillsammans arbeta för att till 2030 uppnå de 17 globala hållbarhetsmålen och insatser mot ANDTS är en viktig pusselbit i detta arbete.

ANDTS-politikens inriktning (kap. 2)

En långsiktig satsning för att begränsa tillgänglighet till ANDT har varit en av hörnstenarna i regeringens ANDT-politik under flera år. Så bör vara fallet även framgent, men betydligt mer kan göras på detta område även på spelområdet. Att endast ha fokus på tillgänglighetsbegränsande insatser är emellertid inte tillräckligt. En effektiv politik inbegriper både insatser för att begränsa tillgången och insatser för att dämpa efterfrågan. Visserligen är effekterna av sistnämnda svagare, men i sin bredd och omfattning ändå betydelsefulla.

Arbetet måste vidare bedrivas på olika nivåer och involvera alla centrala aktörer. Den uppbyggnad av det lokala och regionala arbetet som ägt rum sedan början av 00-talet, med särskilda samordnare för ANDT-arbetet både lokalt och regionalt, är centralt för att koordinera och driva på de insatser som vi föreslår. Mycket talar också för att arbetet med att stötta och utveckla det lokala arbetet genom bättre och mer effektiva strukturer, utbildning av drogsamordnare och metodutveckling har gett goda resultat. Vi menar därför att det lokala arbetet måste förstärkas under den kommande strategiperioden.

Liksom i den tidigare strategin ser vi behovet av ett övergripande mål för ANDTS-politiken som utgår från visionen om ett samhälle där alla människor ska ha förutsättningar att växa upp och leva utan risk att skadas på grund av sitt eget eller andras bruk av alkohol, narkotika, dopningsmedel eller tobak. Detsamma bör gälla för spel om pengar. Det gemensamma övergripande målet för ANDTS-politiken bör formuleras som följer:

Ett samhälle fritt från narkotika och dopning, en minskad alkohol- och tobakskonsumtion och minskat spel om pengar.

Den övergripande målstrukturen som fanns i strategin för åren 2011–2015, alltså sju målområden och ett övergripande mål, bör återanvändas även om de till viss del är överlappande. Vi föreslår således att det tidigare målområdet 2 återinförs, nämligen att barn ska skyddas mot skadliga effekter orsakade av ANDTS.

Till dessa sju målområden, tillika långsiktiga mål, knyts ett antal prioriterade mål (delmål) och insatser som vi anser ska uppnås under den kommande strategiperioden. Dessa insatser ska betraktas som de som vi ser som de mest prioriterade relativt andra insatser.

Vi väljer också att i flera delar omformulera de långsiktiga målen något. De sju långsiktiga målområdenas nummerordning följer också, som vi ser det, en logisk ordning och anger inriktningen för ANDTS-arbetet i sin helhet. Dessa långsiktiga mål, nedan, är ständigt aktuella och har ingen bortre tidsgräns.

Långsiktigt mål 1: Tillgång till narkotika, dopningsmedel, alkohol, tobak och spel om pengar ska minska.

Långsiktigt mål 2: Barn ska skyddas mot skadliga effekter orsakade av alkohol, narkotika, dopning, tobak eller spel om pengar.

Långsiktigt mål 3: Antalet barn, unga och unga vuxna som börjar använda narkotika och dopningsmedel eller debuterar tidigt med alkohol, tobak eller spel om pengar ska minska.

Långsiktigt mål 4: Antalet personer som utvecklar missbruk, skadligt bruk, eller beroende av alkohol, narkotika, dopningsmedel, tobak eller spel om pengar ska minska.

Långsiktigt mål 5: Antalet personer med missbruk och/eller beroende av alkohol, narkotika, dopning, tobak eller spel om pengar ska minska.

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

Långsiktigt mål 7: Sverige ska bidra till en folkhälsobaserad och restriktiv syn på ANDTS inom EU, WHO och inom andra internationella sammanhang.

ANDTS-konsumtion och skador i Sverige (kap. 3)

Vi har valt att lyfta fram några indikatorer (mått) på området som, enligt vår mening, sammantaget speglar väl den omfattande och breda problembörda som orsakas av ANDTS. Det kan inte sägas annat än att det rör sig om stora folkhälsoproblem. Missbruksutredningen beräknade narkotikamissbrukets samhällskostnader år 2008 till knappt 24 miljarder kronor (SOU: 2011:6). Institutet för sjukvårds- och hälsoekonomi har uppskattat de totala samhällskostnaderna för rökning till 31,5 miljarder kronor 2015. På uppdrag av Systembolaget

genomförde Ramboll nyligen en studie av alkoholens samhällsekonomiska konsekvenser. De samlade kostnaderna av alkoholkonsumtionen beräknades till ca 103 miljarder kronor 2017 (Ramboll, 2019).

Följande mått är i fokus i redovisningen i kapitel 3:

1. ANDTS-konsumtionen, både genom mått på den totala konsumtionen i de fall där så är möjligt (alkohol, tobak och spel) och genom andelen användare (under en 30-dagarsperiod).
2. Den totala sjukdomsördan (förlorade levnadsår på grund av sjukdom och förtidig död).
3. ANT-relaterade dödsfall.
4. Negativa konsekvenser av andras ANDTS-användning (andrahandsskador).

Kortfattat kan nämnas följande när det gäller konsumtionstrender och ANT-relaterade dödsfall sedan år 2000.

Alkohol

Alkoholvanorna har gått i en gynnsam riktning (minskningar) under de senaste drygt 15 åren, framför allt bland unga. Andelen som använder alkohol bland unga har mer än halverats sedan början av 00-talet. Samtliga mått på alkoholvanor pekar åt samma håll med kraftiga minskningar: totalkonsumtionen, berusningsdrickandet, debutåldern, upplevda problem i samband med alkoholkonsumtion. Konsumtionsminskningen gäller både pojkar och flickor men med något kraftigare nedgång bland pojkar.

Bland vuxna är dock konsumtionen totalt sett fortfarande högre (2018) jämfört med perioden strax innan EU-medlemskapet men signifikant lägre (ca -15 %) jämfört med toppåren 2004–2005. Däremot har konsumtionen bland de äldre (65–84-åringar) ökat under samma tidsperiod, särskilt för kvinnor. Även den alkoholrelaterade dödligheten visar ungefär samma utveckling med öknings under första halvan av perioden (ca 2000–2008) för att därefter, för flertalet, uppvisa en nedgång, framför allt under de senaste ca fem åren. Den totala nivån av alkoholskador är dock hög.

Narkotika

Andelen narkotikaanvändare bland unga har under de senaste 15 åren legat på en i stort sett oförändrad nivå men med variationer under perioden. Under de senaste åren (2016–2019) tyder data på en ökning bland elever i årkurs 9, framförallt bland pojkar. Trots relativt sett stabila nivåer under de senaste 15 åren har konsumtionen sannolikt ändå ökat bland unga på grund av att de som använder framför allt cannabis, gör det mer frekvent. Bland vuxna är det svårare att uttala sig om förändringar men det mesta tyder dock på en ökning av cannabisanvändning under de senaste ca fem åren, både bland yngre vuxna (17–29-åringar) och något äldre vuxna (30–49-åringar) med totalt sett större ökning bland kvinnor, även om nivåerna genomgående är högre bland männen.

Narkotikarelaterad dödlighet har ökat kraftigt genom en ökning av de opioidrelaterade dödsfallen. Ökningen stannade av 2014 och låg på ungefär samma nivå till 2017 för att under 2018 minska med ca 10 % jämfört med 2017. Nedgången 2018 berodde på en kraftig minskning av fentanyl-dödsfallen. Fortfarande är dock den narkotikarelaterade dödligheten mycket hög jämfört med tidigare decennier.

Tobak

Cigarettkonsumtionen har minskat påtagligt under de senaste decennierna. Främst är det daglig rökning som minskat och nedgången har varit påtaglig bland såväl män som kvinnor men allra störst bland kvinnorna. Mot trenden går användningen av e-cigarett som ökat bland unga under de år (sedan 2014) som CAN mätt andelen användare bland skolelever.

Den tobaksrelaterade dödligheten, enligt två centrala indikatorer, KOL och lungcancer, visar på motsatta trender: en ökning från 2000 till 2017 i antalet dödsfall i KOL men en minskning i antalet lungcancerdödsfall (med början från 2005). En förklaring till en bristande följsamhet mellan utvecklingen av cigarettkonsumtionen och de relaterade dödsfallen, framför allt KOL, är sannolikt att det rör sig om tidsfördröjande effekter så att förändringar i antalet rökare först efter flera år återspeglas i liknande förändringar i rökningrelaterade dödsfall. Utvecklingen av KOL skulle också eventuellt kunna förklaras av andra riskfaktorer än rökning som påverkar åt andra hållet.

Dopning

När det gäller dopningsanvändningen är andelen användare bland unga (skolelever i åk 9 och gymnasiet år 2) låg, klart under 0,5 %. Användningen är i stort sett helt koncentrerad till pojkar men inte heller i denna grupp uppgår andelen till mer än 0,4 %. Användningen bland vuxna är också låg jämfört med övriga substanser. År 2017 uppgick 12-månadersanvändning av anabola androgena steroider eller tillväxthormon utan läkares ordination till ca 0,12 % av männen och 0,04 % av kvinnorna, vilket var på ungefär samma nivå som 2013 och med sannolikt högst andelen användare bland unga vuxna män. Jämfört med studier från slutet av 00-talet kan siffrorna från 2017 indikera en viss minskning.

Spel om pengar

Andelen som spelar för pengar har sjunkit bland unga i årskurs 9 och i gymnasiet år 2 under senare år. I den vuxna befolkningen visar Folkhälsomyndighetens mätningar att andelen med spelproblem av något slag har minskat något från 2015 till 2018 (från 5,9 % till 4,2 %) samtidigt som andelen som har så allvarliga spelproblem att det kan handla om ett spelberoende ökat från 0,4 till 0,6 %. En tydlig ökning av problemspelande ses också bland de som spelar på spelautomater, kasinospel och poker online.

Spel om pengar mätt enligt omsättningssiffror (efter utbetalda vinster) visar på ökning under de senaste drygt 20 åren (1996–2018) och att ökningen sedan 2003 helt och hållet består av ökat spelande på den icke reglerade marknaden (aktörer utan svenskt tillstånd). Eftersom andelen som spelar om pengar har minskat medan andelen med allvarliga spelproblem har ökat kan alla dessa data sammantaget eventuellt tolkas som att det under senare år har skett en viss ökad koncentration (polarisering) av spelande i en något mindre grupp där en del av dessa spelar om pengar mer än tidigare.

Styrning och organisering av ANDTS-arbetet (kap. 4)

För att utforma den kommande strategin krävs ett väl utvecklat samarbete mellan alla departement som är berörda inom regeringskansliet. Det räcker inte med endast Socialdepartementet. Vidare bör, enligt vår mening, ANDTS-strategin förankras genom en proposition. Det krävs också betydande insatser från flera sektorer i samhället – det offentliga, det privata och civilsamhällets organisationer. Dessutom är det nödvändigt att samtliga berörda aktörer på nationell, regional och lokal nivå involveras. Samtidigt måste folkhälsopolitiken skyddas från påverkan av kommersiella intressen inom ANDTS-området.

Den nuvarande ansvarsfördelningen mellan myndigheterna och övrig samordning inom ANDTS-området bör kvarstå men förstärkas genom att återinföra ett kansli inom Regeringskansliet med ansvar för och nationell operativ styrning av ANDTS-frågorna (tidigare ett ANDT-kansli) samt ett kunskapscentrum som bland annat har som uppgift att utveckla, förvalta och sprida metoder till hela landet. Detta kommer att bidra till ett mer effektivt och kunskapsbaserat arbete i Sverige och därmed får den samlade erfarenhet som finns inom området i Sverige bättre spridning.

Ett nationellt råd för ANDTS-frågor bör återinföras. I detta råd bör berörda myndigheter och Sveriges Kommuner och Regioner ingå. Vidare bör forskare och representanter från idéburna organisationer ingå. Rådet ska ledas av ansvarigt statsråd. Syftet med rådet är att det ska utgöra ett forum för dialog om utvecklingen, åtaganden och behov av ytterligare åtgärder mellan regeringen, berörda myndigheter och andra organisationer.

En samlad uppföljning och analys bör ske årligen av Folkhälsomyndigheten och en utvärdering av ANDTS-strategin efter strategiperiodens slut bör genomföras av extern aktör. ANDTS-kansliet bör utarbeta tvååriga handlingsplaner som baseras på Folkhälsomyndighetens årliga uppföljningar, analyser och ANDTS-rådets rekommendationer.

Kommuner och Regioner har och bör även framöver ha huvudansvaret för det hälsofrämjande och förebyggande arbetet inom ANDTS, för alkohol- och tobakstillsynen, för stöd och behandling samt för rehabilitering. Statens roll är att ansvara för lagstiftning, tillsyn och att stödja en utveckling som svarar mot medborgarnas behov. Många statliga myndigheter har verksamheter med stor bäring på ANDTS-området. Länsstyrelsen har en nyckelfunktion i att samordna och stödja genomförandet av strategin regionalt, bland annat genom att stödja genomförandet av den nationella ANDTS-politiken i län och kommuner.

ANDT-strategins sektorsövergripande karaktär gör att en förutsättning för att nå strategins mål är att berörda myndigheter och aktörer på regional och lokal nivå ser sin roll i strategins genomförande och samverkar och samarbetar på ett ändamålsenligt sätt.

Förslag på insatser utifrån de sju målområdena (kap. 5)

I detta kapitel redovisar vi våra förslag på insatser inom de sju olika långsiktiga målområdena. Målområde 1 avser basen i det ANDTS-politiska och förebyggande arbetet: tillgänglighetsbegränsande insatser. En försvagning av insatser inom detta område kan knappast kompenseras av en förstärkning av insatser inom övriga målområden. Men sammantaget behöver insatser initieras, utvecklas, förstärkas och bättre implementeras inom alla områden, både förebyggande, tidiga och riktade insatser samt vård och behandling. Insatser behövs också på såväl internationell som nationell, regional och lokal nivå och behöver bedrivas både av myndigheter och idéburna organisationer.

Sammanfattning av förslagen

Tillgång till narkotika, dopningsmedel, alkohol, tobak och spel om pengar ska minska (långsiktigt mål 1)

Insatser inom detta område har starkt vetenskapligt belägg och uppvisar stora effekter. Hit hör lagstiftning, regleringar av olika slag, skattehöjningar, tillsyn och andra insatser som på olika sätt syftar till att minska tillgängligheten. Insatser inom detta område utgör själva basen för den svenska ANDTS-politiken, men mycket mer kan göras. WHO:s strategier betonar också effektiviteten i åtgärder som minskar konsumtionen totalt i en befolkning genom åtgärder på befolkningsnivå.

Bland våra förslag finns bl.a. följande:

- Punktskatterna på alkohol och tobak bör höjas rejält under strategiperioden.
- Minimipriser på alkoholprodukter bör införas med utgångspunkt från de skotska och andra internationella erfarenheterna.
- Reglerna för skattskyldighet vid införsel av alkohol från andra länder ses över.
- Serveringstiderna bör begränsas till allra senast kl. 03.00.
- Åldersgränserna för detaljhandel och servering av alkoholdrycker och tobaksprodukter bör samtliga uppgå till 20 år, även för inköp av folköl i butik.
- Systembolagets detaljhandelsmonopol bör värnas. Därför är det av stor vikt att gårdsförsäljning inte tillåts och att tydligt reglera och skärpa bestämmelserna om distanshandel.
- Tillsynsarbete bör få en mer framskjuten plats som ett viktigt förebyggande verktyg.
- Tobakslagen bör inkludera alla tobaks- och nikotinprodukter som inte är läkemedel.
- Ökat fokus på att begränsa tillgången till alkohol och tobak genom olika former av stöd till föräldrar och andra vuxna.
- Insatser mot narkotikahandeln bör förstärkas kraftigt.
- Insatser för att begränsa läkemedelsberoende som orsakas av förskrivning av narkotikaklassade läkemedel inom vården bör få ökad prioritet.
- Bekämpning av illegal försäljning av alkohol och tobak bör stärkas.
- Ytterligare förstärkning behövs av den lokala samordningen mellan det brottsförebyggande och det ANDTS-förebyggande arbetet.
- Lagstifta om en tobaksfri skoltid.

Barn ska skyddas mot skadliga effekter orsakade av ANDTS (långsiktigt mål 2)

Skador bland barn orsakade av alkohol, narkotika, dopning, tobak och spel om pengar kan aldrig accepteras. Skyldigheten att skydda barn mot skadliga effekter av alkohol, tobak, narkotika och dopningsmedel framgår av Barnkonventionen och utgör grunden för det hälsofrämjande och förebyggande ANDTS-arbetet.

Bland våra förslag kan bl.a. följande nämnas:

- Arbetet med att minska risken för att ett barn föds med skador på grund av att någon förälder under graviditeten använder alkohol, narkotika, dopningspreparat eller tobak bör fortsätta.
- Information om hur alkohol, tobak och andra droger under graviditeten kan påverka fostret erbjuds alla kvinnor i fertil ålder och deras partner.
- Blivande föräldrar erbjuds information och vid behov rådgivning om ANDTS skadeverkningar.

- Vård och stöd erbjuds systematiskt till barn som föds med skador orsakade av ANDT och till deras föräldrar.
- Öka kunskapen om hur många dessa barn är, hur de kan identifieras och stödjas genom att insatser inom detta område samlas och blir en självklar del inom kompetenscentrumet.
- Barn i familjer med riskbruk, skadligt bruk eller beroende av ANDTS, psykisk sjukdom eller psykisk funktionsnedsättning ska erbjudas ändamålsenligt stöd genom att bland annat ge personal som arbetar inom verksamheter med barn adekvat kunskap och genom att utveckla en samordnad barn- och ungdomshälsa.
- Adekvat kunskap erbjuds personalen inom verksamheter som arbetar med barn.
- Ökade resurser för neuropsykiatriska utredningar genom att bygga upp en struktur för samverkan mellan elevhälsan, socialtjänsten, primärvården och BUP med neuropsykiatrisk kompetens.
- Rutiner för personalens ansvar och befogenheter ska finnas inom alla regioner när det gäller att beakta barns behov av information, råd och stöd.
- Förstärk samverkan mellan alla yrkesgrupper och verksamheter som möter barn som far illa.
- Föräldrar med riskbruk, skadligt bruk eller beroende får stöd i föräldraskapet, kunskap om hur alkohol och andra droger påverkar föräldraskapet och stöd i att bli fri från sina problem.
- Stöd till närstående i familjer med missbruk som syftar till att de ska skydda barnen bättre.
- Anpassat stöd till alla barn som lever i familjer med missbruk, psykisk sjukdom eller psykisk funktionsnedsättning.

Antalet barn, unga och unga vuxna som börjar använda narkotika och dopningsmedel eller debuterar tidigt med alkohol, tobak eller spel om pengar ska minska (långsiktigt mål 3)

Insatser för att förhindra att någon börjar använda narkotika och dopningsmedel eller debuterar tidigt med alkohol, tobak eller börjar spela om pengar bör ha en hög prioritet. Att förändra beteenden och normer ökar om insatser sker på flera olika områden och aktörer i samverkan, t.ex. föräldrar, skolan, fritidssektorn, socialtjänsten, polisen, idéburna organisationer, näringslivet. Alla spelar viktiga roller i det förebyggande arbetet.

Bland våra förslag finns följande:

- Förstärkning av samordnade lokala insatser som syftar till tidig upptäckt.
- Det lokala och regionala ANDTS-förebyggande arbetet bör förstärkas. Inte minst måste den struktur med länsamordning och lokala samordnare bibehållas och utvecklas vidare.
- Fortsatt och långsiktig satsning på arbetsmetoden och nätverket Krogar mot knark.
- Fortsatt och långsiktigt stöd till insatser i gymmiljö – 100 % ren hårdträning.
- Utveckla alternativa påföljder vid ringa narkotikabrott.
- Utveckla metoder för att barn och ungdomar inte ska spela om pengar.
- Stärk lokala förebyggande och främjande insatser med fokus på arenor och aktörer runt de unga.
- Utveckla den samordnade barn- och ungdomshälsan.
- Tillgängliggör och samordna olika former av föräldrastöd.
- Stärk ungdomsmottagningarnas roll i det ANDTS-förebyggande arbetet och i arbetet med tidiga insatser.

Antalet personer som utvecklar missbruk, skadligt bruk, eller beroende av alkohol, narkotika, dopningsmedel, tobak eller spel om pengar ska successivt minska (långsiktigt mål 4)

Tidig upptäckt och rådgivning är viktiga insatser som kan genomföras inom hälso- och sjukvård, företagshälsovård samt på studenthälsomottagningar inom universitet och högskolor. Genom tidiga insatser kan samhället bidra till att individer, familjer och andra närstående inte skadas men också till en mer social och hälsoinriktad samhällsutveckling. Reklamförbud och stärkta lokala insatser bidrar också till lägre ANDTS-användning och därigenom till att färre personer utvecklar skadligt bruk och beroende.

Bland våra förslag kan följande nämnas:

- Hälso- och sjukvården bör få ett tydligt uppdrag att ta upp frågor om ANDTS och identifiera och stödja personer med ett skadligt bruk av dessa preparat och av spel om pengar – implementeringen av Socialstyrelsens nationella riktlinjer för prevention och behandling av ohälsosamma levnadsvanor bör stärkas.
- Studenthälsomottagningarnas insatser för att förebygga ANDTS måste stödjas kontinuerligt.
- Varningstexter på alkoholförpackningar bör införas.
- Kunskapshöjande insatser till allmänheten och till nyckelgrupper bör regelbundet genomföras.
- Ett teknikneutralt reklamförbud för alkohol, tobak och spel om pengar bör införas och vara heltäckande och även inbegripa marknadsföringstekniker såsom produktplacering och sponsring samt omfatta alla marknadsföringskanaler, såväl traditionella som digitala.
- Alla arbetsplatser är skyldiga, enligt Arbetsmiljölagen och Arbetsmiljöverkets föreskrifter att ha en policy och handlingsplan för bruket av alkohol och andra droger och rutiner för arbetsanpassning och rehabilitering. För att fler arbetsplatser verkligen ska utarbeta tydliga regler bör alla offentliga arbetsplatser därför ställa krav på underentreprenörer vid upphandlingar att de ska ha en policy och en handlingsplan.

Antalet personer med missbruk och/eller beroende av alkohol, narkotika, dopning, tobak och spel om pengar ska minska genom kunskapsbaserad vård och stöd med integrering i samhället (långsiktigt mål 5)

Tidig upptäckt och kort rådgivning är effektiva insatser som kan förhindra en negativ utveckling när det gäller alkoholberoende. Detsamma gäller även rökning och sannolikt också narkotika, dopning och spel om pengar. För personer med samsjuklighet och en komplex problematik krävs personcentrerad vård och en god samverkan.

Bland våra förslag kan följande nämnas:

Tillgång till kunskapsbaserad och samordnad vård ska anpassas till brukarnas behov genom följande förslag:

- Vården och omsorgen ska utgå från brukarnas behov, erfarenheter och önskemål och baseras på en strukturerad kartläggning.
- Vården och stödet ska vara samordnat
- Alla som är i behov av insatser från både hälso- och sjukvård och socialtjänst ska erbjudas att erhålla en samordnad individuell plan (SIP). Implementering av Lagen om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård (LUS) bör förstärkas.
- Statsbidrag fördelas för utveckling av integrerade team vid samsjuklighet m.fl. situationer

- Socialstyrelsen får i uppdrag att som kompetenscentrum i vård och behandlingsfrågor utarbeta, förvalta, sprida information om och utbilda i de metoder som pekas ut i de nationella riktlinjerna för prevention och behandling av ohälsosamma levnadsvanor och de nationella riktlinjerna för vård och stöd vid missbruk och beroende. De får också i uppdrag att utarbeta nationella riktlinjer för dopning.

Regionala skillnader i vården ska minska:

- En plan utarbetas inom varje region som slår fast vad alla kommuner ska kunna erbjuda.

Bredda individperspektivet till ett familjeperspektiv i vården – anhöriga behöver stöd:

- Vårdgivarna bör erbjuda närstående stöd, bl.a. CRAFT (Community Reinforcement Approach and Family Training) som är ett KBT-program för anhöriga till personer med beroendeproblem
- Både hälso- och sjukvård och socialtjänst är skyldiga att ställa frågor om brukarna har barn och erbjuda dem ändamålsenligt stöd.

Stöd i integrering i samhället och återhämtning ska utvecklas och förlängas och omfatta boende, sysselsättning, ekonomi och stöd i uppbyggnad av relationer:

- Synen på vård och omsorg breddas till att även omfatta återhämtning och integrering i samhället.
- De idéburna organisationernas roll är viktiga och bör stärkas.

Resultatet av vården/stödet bör följas upp kontinuerligt:

- Rådet för styrning av kunskap i dialog med Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) bör utarbeta index för uppföljning av vården inom ramen för sitt uppdrag om Kunskapsstyrning.

Antalet döda eller skadade på grund av sitt eget eller andras bruk av ANDTS ska minska (långsiktigt mål 6)

Ytterst är målet med den svenska ANDTS-politiken att minska problemens omfattning. Detta görs bäst genom att stärka insatser inom övriga långsiktiga mål, framför allt begränsningar av tillgängligheten. Men även specifika insatser som syftar till att minska olika AND-relaterade problem i sig behövs, såsom ratt- och drogfylleri inom trafiken och AND-relaterat våld och dödlighet.

Bland våra förslag kan bl.a. följande nämnas:

- Stärk insatserna mot drog- och rattfylleri genom fler trafiknykterhetskontroller, införande av kvalitetssäkrade sållningsprov vid drograttfyllerikontroller, genom att tillåta slumpmässiga kontroller för drograttfylleri och genom att stimulera till teknikutveckling som stöd för det förebyggande trafiknykterhetsarbetet.
- Kunskapsbaserade arbetsmetoder för att minska den alkohol-, narkotika- och dopningsrelaterade våldsbrottsligheten bör ges ökad spridning.
- Förstärk kraftigt och utveckla vidare insatser mot narkotikaöverdoser med en bredd av insatser som involverar begränsningar av tillgängligheten till opioidsubstanser för icke-medicinskt bruk, akuta insatser mot drogdödlighet och långsiktiga insatser mot dödlighet bland missbrukare.

Sverige bör bidra till en folkhälsobaserad och restriktiv syn på ANDTS inom EU och internationellt (långsiktigt mål 7)

Sverige har varit drivande när det gäller olika frågor om alkohol, narkotika och tobak på internationell nivå. Men idag intar Sverige en mer passiv hållning i internationella frågor inom området. Vi ser det som angeläget att regeringen igen tar större internationellt ansvar i dessa frågor, inte minst av det skälet att ANT-frågor till betydande delar är av internationell karaktär och direktiv, konventioner och strategier därmed påverkar den svenska politiken.

Bland våra förslag kan bl.a. följande nämnas:

- Sverige bör driva alkohol- och tobakspolitiska frågor mer aktivt inom ramen för EU-samarbetet.
- Sverige bör aktivt verka för att FN-konventionerna på narkotikaområdet efterlevs.
- Sverige bör verka aktivt för att en global ramkonvention om alkoholkontroll tas fram.

7. Referenser

- Almazidou, M, Anderberg, A, Borg, M, Dahlberg, M, Kainulainen, Nilsson, K, Saras, T & Williamsson, O (2013) *Maria-mottagningarna i Stockholm, Göteborg och Malmö – Ungdomar i öppenvård år 2013*. Linnéuniversitetet & Trestad2. Linnéuniversitetet Rapport 2014:1.
- Alna (2020) <https://www.alna.se/fragor-fakta/spelproblem-och-spelberoende>
- Andréasson (red.) (2008) Narkotikan i Sverige. Metoder för förebyggande arbete. En kunskapsöversikt. Statnes folkhälsoinstitut, R 2008:23.
- Anderson, P., Chisholm, D., & Fuhr, D. (2009). Effectiveness and cost-effectiveness of policies and programmes to reduce the harm caused by alcohol. *Lancet*, 373, 2234–2246.
- Andersson, T (1988) *Alkoholvanor i ett utvecklingsperspektiv*. Psykologiska institutionen, Stockholms universitet (avhandling).
- Andréasson S, Romelsjö A, Allebeck P (1991) Alcohol, social factors and mortality among young men. *British Journal of Addiction*, 86, 877–87.
- Andréasson, S., Chikritzhs, T., Dangardt, F., Holder, H., Naimi, T., Stockwell, T. (2020). Alkohol, graviditet och spädbarns hälsa – ett gemensamt ansvar, Alkoholen och samhället 2020. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening, SFAM, SAFF, CERA & IOGT-NTO.
- Andréasson, S, Holder, H, Norström, T, Österberg, E & Rossow, I (2006) Estimates of harm associated with changes in Swedish alcohol policy: results from past and present estimates. *Addiction*, 101, 1096–1105.
- A Non Smoking Generation (2016), se: <https://via.tt.se/pressmeddelande/barn-lar-sig-roka-i-skolan?-publisherId=337393&releaseId=575815>
- A Non Smoking Generation (2020) se <https://nonsmoking.se/rapporter/hur-tobak-portratteras-i-media-2019/>
- Anti Doping Denmark, (2012) *Strategy for Stopping Steroids*. Anti Doping Denmark. Editors Danish National Anti-Doping Agency (Johannisson, MR, Warnecke, M & Berget, J); Anti-Doping Authority, The Netherlands (Coumans, B & Wassink, H); Stockholm Prevents Alcohol and Drug Problems, Sweden (Rehman Wigstad, C, Sjöblom, E); Polish Commission Against Doping in Sport (Rynkowski, M); Cyprus Anti-Doping Authority (Petrou, M).
- Australian Government Post-Implementation Review (2016) <https://www.tobaccofreekids.org/plainpackaging/tools-resources/policy/post-implementation-evidence-from-australia>
- Babor, T., Caetano, R., Casswell, S., Edwards, G., Giesbrecht, N., Graham, K., Graham, K., Grube, J., Hill, L., Holder, H., Homel, R., Livingston, M., Österberg, E., Rehm, J., Room, R., Rossow, I. (2010). Alcohol: No ordinary commodity. Research and public policy (2nd ed.). Oxford, England: Oxford University Press.
- Bakshi, A-S (2015). *100% Ren Hårdträning i Stockholms län. En implementeringsstudie av dopningsprevention på träningsanläggningar*. STAD. Rapport nummer 58. http://stad.org/sites/default/files/media/100%20%25%20i%20Stockholms%201%20C3%A4n%20A%20Bakshi_0.pdf
- Bals, R., Boyd, J., Esposito, S., m.fl. (2019). Electronic cigarettes: a task force report from the European Respiratory Society. Task Force Report. *European Respiratory Journal*, 53, 1–24. <https://doi.org/10.1183/13993003.01151-2018>
- Barometern (2013) *Öppettider till trots - krogvåldet minskar*. 14 januari. 2013.
- Behnke, M., Smith, V.C. (2013). Prenatal substance abuse: Short- and long-term effects on the exposed fetus. *Pediatrics* 131, e1009–24.
- 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.
- Brown, AS, Tapert, SF, Granholm, E & Delic, DC (2003) Neurocognitive functioning of adolescents: effects of protracted alcohol use. *Alcoholism Clinical and Experimental Research*, 24, 164–171.
- Brå (2009). Utvärdering av Kronobergsmodellen. En polisiär arbetsmetod för att förebygga våld i offentlig miljö. Brottsförebyggande rådet, Rapport 2009:5, Stockholm.
- Brå (2019). *Skjutningar i kriminella miljöer En intervjustudie*. Brottsförebyggande rådet, Rapport 2019:3. Stockholm.
- Boniface S, Scannell JW, Marlow S (2017) Evidence for the effectiveness of minimum pricing of alcohol: a systematic review and assessment using the Bradford Hill criteria for causality. *BMJ open*, 2017;7(5).

- CAN (2014) *Drogutvecklingen i Sverige 2014*. Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning. Rapport 144.
- CAN (2019). *Drogutvecklingen i Sverige 2019*. Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning. Rapport 180.
- Carlson, P (2019) Declining alcohol consumption among adolescents and schools in Stockholm, 2010–2016. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 36, 344–356
- Cablova L, Pazderkova K, Miovsy M (2014) Parenting styles and alcohol use among children and adolescents: a systematic review. *Drugs Educ Prev Policy* 2014;21:426–57.
- Centers for Disease Control and Prevention (2020). Basics about FASDs, National Center on Birth Defects and Developmental Disabilities, Centers for Disease Control and Prevention, USA, <https://www.cdc.gov/ncbddd/fasd/facts.html>
- CES (2018) *Alkoholkonsumtion och risknivåer. Kunskapsunderlag och förslag till rekommendationer. Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin. Stockholms läns landsting. Rapport 2018:1.*
- Chaloupka, F. (2012). *Tobacco taxes as a tobacco control strategy*. University of Illinois at Chicago. <http://tobaccocontrol.bmj.com/content/21/2/172.abstract>
- Denhov, A & Molero, Y (2018). *Utvärdering av 100 % ren hårdträning – en metod för att förebygga dopning på gym*. Stockholm förebygger Alkohol- och Drogetproblem (STAD). Rapport nr 63.
- EC (2014) *Study on Doping Prevention. A map of Legal, Regulatory and Prevention Practice Provisions in EU 28*. European Commission, 2014. https://ec.europa.eu/assets/eac/sport/news/2014/docs/doping-prevention-report_en.pdf
- EC (2017) *Attitudes of Europeans towards tobacco and electronic cigarettes*. Special Eurobarometer 458. European Commission, 2017.
- EC (2019) Europeiska kommissionen: https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/2019_chp_sv_swedish.pdf
- 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 tre projekt som delvis finansierats av Statens folkhälsoinstitut. Falköping, Mösseberg forskningsstation.
- Elder, R. W., Lawrence, B., Ferguson, A., Naimi, T. S., Brewer, R. D., Chattopadhyay, S. K., Toomy, T. L., Fielding, J. E. (2010). The effectiveness of tax policy interventions for reducing excessive alcohol consumption and related harms. *American Journal of Preventive Medicine*, 38, 217–229.
- 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 tre projekt som delvis finansierats av Statens folkhälsoinstitut. Falköping, Mösseberg forskningsstation.
- EMCDDA (2016) *ESPAD Report 2015. Results from the European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs*. The EPSAG Group. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction and the European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs.
- EMCDDA (2019) *European Drug Report. Trends and developments*. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Lisbon. https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/11364/20191724_TDAT19001ENN_PDF.pdf
- Englund, A. (red.) (2019). *Skolelevers drogvanor 2019*. CAN rapport 187.
- Ericson, L., Magnusson, L., Hovstadius, B. (2017). Societal costs of fetal alcohol syndrome in Sweden. *Eur. J., Health Econ* 18, 575–85.
- European Health Network (2019). Electronic cigarettes and cardiovascular disease – an update from the European Health Network. http://www.ehnheart.org/images/EHN_e-cigarettes_final_final.pdf
- Folkhälsomyndigheten (2014a) *Slutredovisning av uppdrag kring ett utvecklat föräldrastöd*. Ärendenummer: 3607/2014–1.1.1. <https://www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/96c8eeff924946d880ce04d30c520bb7/slutrapport-utvardering-o-utveckling-2014.pdf>
- Folkhälsomyndigheten (2015) *Metoder för att förebygga spelproblem. En systematisk litteraturoversikt*. Östersund: Folkhälsomyndigheten.
- Folkhälsomyndigheten (2016). *Tabellsammanställning för Swelogs prevalensstudie 2015. Med jämförelse mot prevalensstudien 2008/2009*. <https://www.folkhalsomyndigheten.se/globalassets/livsvillkor-levnadsvanor/andts/spel/swelogs/tabellsammanstallning-swelogs-prevalensstudie-2015.pdf>
- Folkhälsomyndigheten (2019a). *Den svenska narkotikasituationen 2019*.

- Folkhälsomyndigheten (2019b) *Resultat från Swelogs 2018*. <https://www.folkhalsomyndigheten.se/globalassets/livsvillkorevnadsvanor/andts/spel/swelogs/resultat-swelogs-2018-2019.pdf>
- Folkhälsomyndigheten (2019c) *Föräldras-töd – är det värt pengarna? Hälsoekonomiska analyser av föräldrastödsprogram*. <https://www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/96c8e9ff924946d880ce04d30c520bb7/foraldrastod-en-lonsam-satsning-halsoekonomiska-analyser-folkhalsomyndigheten.pdf>
- Folkhälsomyndigheten (2020a). http://fohm-app.folkhalsomyndigheten.se/Folkhalsodata/pxweb/sv/B_HLV/B_HLV__aLevvanor__aagLevvanortobak/hHLV_Tobaksvanor_alder.px/table/table-ViewLayout1/?xid=19215807-23cd-44cf-8f63-b1eed980d297.
- Folkhälsomyndigheten (2020b) *Förebyggande arbete kring spel om pengar behöver stärkas*. <https://www.folkhalsomyndigheten.se/spelprevention/nyhetsarkiv/2020/forebyggande-arbete-kring-spel-om-pengar-behoover-starkas/>
- Folkhälsomyndigheten (2020c) Antal stadigvarande serveringstillstånd. <https://www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/5155a-35c788a45e7b9bf05448378b578/antal-stadigvarande-serveringstillstand-1992-2018.pdf>
- Folkhälsomyndigheten (2020d). *Om SMADIT*: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/alkohol-narkotika-doping-tobak-och-spel-andts/stodja-genomforandet-av-andt-strategin/nationell-samordning-andt-smadit/>
- Franck, J. & Hedberg, C. (2018). *Alkohol: riskbruk, skadligt bruk och beroende. I Läkemedelsverket, Läkemedelsboken*. https://lakemedelsboken.se/kapitel/beroendetilstand/alkohol-riskbruk_skadligt_bruk_och_beroende.html. Hämtad 2020-05-15
- 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.
- GBD (2017) Supplementary appendix 1 to: GBD 2017 Risk Factor Collaborators. Global, regional, and national comparative risk assessment of 84 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks for 195 countries and territories, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *Lancet* 2018;392: 1923–45.)
- Gilmore I (2015) A minimum unit price: the 'holy grail' of alcohol policy. *Clinical Medicine*, 5(1):5-6.
- Grant, BF & Dawson, DA (1998) Age of onset of drug use and its association with DSM-IV drug abuse and dependence: Results from the National Longitudinal Alcohol Epidemiologic Survey. *Journal of Substance Abuse*, 10,163–173, 1998
- Gripenberg Abdon, Johanna. 2012. Drug use at licensed premises: Prevalence and prevention. Institutionen för folkhälsovetenskap/Department of Public Health Sciences, Karolinska Institutet
- Guttormsson, U (2016) *Läkemedel i missbruksmiljöer 2015 Situationen enligt rapportörer från Sveriges Polisområden*. Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning (CAN). Rapport nr 157.
- Guttormsson, U & Gröndahl, M (2017) *Befolkningens självrapporterade alkoholvanor 2004–2017* CAN Rapport 173.
- Guttormsson, U & Leifman, H (2016) *ESPAD i Sverige. Europaperspektiv på skolungdomars drogvanor 1995–2015*. Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning (CAN), Rapport nr 159.
- Guttormsson, U & Martina Zetterqvist, M (2019) *Narkotikaprisutvecklingen i Sverige 1988–2018*. Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning (CAN), Rapport nr 181.
- Hahn, R.A., Kuzara, J.L., Elder, R., Brewer, R., Chattopadhyay, S., Fielding, J., Naimi, T.S., Toomey, T., Middleton, J.C., Lawrence, B., Task Force on Community Preventive Services. (2010). Effectiveness of policies restricting hours of alcohol sales in preventing excessive alcohol consumption and related harms. *Am J Prev Med* 2010;39(6):590–604.
- Hajek, P (2013) Electronic cigarettes for smoking cessation. *The Lancet*, 382, 1614-1616. DOI:[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)61534-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)61534-2)
- Halldorsson, V. (2018). Sport participation in Iceland. In K. Green, T. Sigurjonsson & E.A. Skille (eds.) *Sport in Scandinavia and the Nordic Countries*. pp. 87-108. London: Routledge.
- Halldorsson, V. (2017). *Sport in Iceland: How Small Nations Achieve International Success*. London: Routledge. <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/1012690213507718>
- Hjern, A., Berg, L., Rostila, M., Vinnerljung, B. (2013). Barn som anhöriga: hur går det i skolan? Nationellt kompetenscentrum anhöriga Barn som anhöriga 2013:3.

Hjern, A., Arat, A., Vinnerljung, B. (2014). Att växa upp med föräldrar som har missbruksproblem eller psykisk sjukdom – hur ser livet ut i ung vuxen ålder? Nationellt kompetenscentrum anhöriga Barn som anhöriga 2014:4.

HFS-nätverket (2020) *Om HFS-nätverket – för en mer hälsoorienterad hälso- och sjukvård*.
<http://www.hfsnätverket.se/sv/om-oss>.

Hållbar styrning inom området psykisk hälsa – med utgångspunkt i folkhälsopolitiken med slutbetänkande 2018 (2018:90)

Häger, A., Svensson, J & Persson, U (2011) Missbrukets ekonomiska börda i Sverige I: Missbruksutredningen (2011) *Missbruket, kunskapen, vården*. SOU, 2011:35

IQ (2016) *Så nås unga av alkoholreklam och alkoholbudskap*. IQ Rapport 2016:3 Alkoholreklam

IQ (2020) *Tio år med Alkoholindex – normer, attityder och trender*. IQ Rapport 2020:1.

Jakobsson, M (2017) Tillsammans mot nätdroger: En utvärdering av en ny ANDT-förebyggande metod. Luleå tekniska universitet. <http://ltu.diva-portal.org/smash/get/diva2:1164018/FULLTEXT01.pdf>.

Jonasson U & Jonasson B (2006). Beroendeskapande läkemedel – ett folkhälsoproblem som ökar. Rapport nr A2006:05. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut.

Karlsson, D, Holmberg, S och Weibull, L (2016) Alkoholideologi och alkoholopinion. I *Weibull, L, Holmberg, S & Karlsson, D* (red.) Studier i svensk Alkoholopinion, ss. 162-183. SOM-institutets temaserie 2017:1.

Kristjansson, A., Mann, M., Sigfusson, J., Thorisdottir, I.E., Allegrante, JP., Sigfusdottir, I.D. (2020a). Implementing the Icelandic Model for Preventing Adolescent Substance Use. *Health Promotion Practice*, 21, No. (1) 70–79.

Kristjansson, A., Mann, M., Sigfusson, J., Thorisdottir, I.E., Allegrante, JP., Sigfusdottir, I.D (2020b). Development and Guiding Principles of the Icelandic Model for Preventing Adolescent Substance Use. *Health Promotion Practice*, 21, No. (1) 62–69.

Kvillemo, P, Feltmann, K, Elgán, T & Gripenberg, J (2020) Öppna drogsener – Lägesbild, insatser, utmaningar och möjligheter vid Sergels torg och Hässelby torg. Stockholm Förebygger Alkohol- och Droget. Rapport nr 66.

Larm, P, Livingston, M, Svensson, J, Leifman, H & Raninen, J (2018) The increased trend of non-drinking in adolescence: The role of parental monitoring and attitudes toward offspring drinking. *Drug and Alcohol Review* (April 2018), 37 (Suppl. 1), S34–S41.

Leifman, H & Müller, D (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.

Leifman, H & Trolldal, B (2014) Hur mycket dricker svensken? – alkoholkonsumtionen i siffror 2001-2012. Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning (CAN). Rapport 140.

Leifman, H (2016) *Drug-related deaths in Sweden. Estimations of trends, effects of changes in recording practices and studies of drug patterns*. Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning (CAN). Rapport 158.

Leifman, H, Raninen, J (2014a) *Föräldrar i missbruks- och beroendevård – en kartläggning av hur deras föräldraskap fungerar*. Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning (CAN). Rapport nr 147.

Leifman, H & Raninen, J (2014b), Barn till föräldrar i missbruks- och beroendevård – en kartläggning av hur de mår och vilka som får stöd Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning (CAN). Rapport nr 143.

Leifman, H, Raninen, J & Sundelin, M (2014) *Föräldrar i missbruks- och beroendevård och deras barn – en genomgång av SKL:s kartläggning hösten 2012 och en skattning av antal berörda barn*. Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning (CAN). Rapport nr 141.

Läkemedelsverket (2020) *Förskrivning av opioider i Sverige*. Läkemedel, doser och diagnoser. Rapport från Läkemedelsverket Dnr: 4.3.1-2018-102265 Datum: 2020-02-14

Länsstyrelsen Västernorrland (2017a) *Tillsammans mot nätdroger* projektiden 2014-2016. Rapport nr 2017:04.

Länsstyrelsen Västernorrland (2017b) *Tillsammans mot nätdroger*. Metodstöd.

Missbruksutredningen (2011) *Missbruket, kunskapen, vården*. SOU, 2011:35

Mooney, J & Carlin, E (2019) Minimum unit pricing for alcohol in Scotland. Editorials. *BMJ* 2019;366:|5603 doi: 10.1136/bmj.I5603

- Myndighetens för vård- och omsorgsanalys (2018) *En lob i mål? - Uppföljning av satsningen för förbättrat omhändertagande av berusade personer*. Rapport 2018:1.
- Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2016) *Missar vi målen med missbruks- och beroendevården? Om uppföljning av resultat ur ett patient- och brukarperspektiv*. Rapport 2016:2.
- Neergaard, A, Behtoui, A & Hertzberg, F (2020) Ungdomars fritidsaktiviteter: deltagande, möjligheter och konsekvenser. Studentlitteratur.
- Nguyen, L., Rosenqvist, G., Pekurinen, M. (2012). *Demand for Tobacco in Europe – An Econometric Analysis of 11 Countries for the PPACTE Project*, rapport 6/2012. <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/79f62ba5-dc1ac-d4170-dbb22f-df7b9131ad0f1>
- Nilsson, M., Stenlund, H., Bergström, 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.
- Nilsson, M. (2009). *Promoting health use in adolescents – preventing the use of tobacco*. Avhandling, Umeå universitet, 2009.
- Nilsson, T (2019) Local alcohol prevention in Sweden. Construction of a prevention index and assessments of prevention effects on consumption and harm. Avhandling, Karolinska Institutet.
- Nilsson, T, Norström, T, Andréasson, S, Guldbrands-son, K, Allebeck, P, Leifman, H (2020) Effects of Local Alcohol Prevention Initiatives in Swedish Municipalities, 2006–2014. *Substance Use & Misuse*, 55, 108-120. <https://doi.org/10.1080/10826084.2020.1720246>
- Nordenstam, F. (2018). Akademisk avhandling Karolinska Institutet 2019. Acta Paediatr 2018
- Norström, T. och Andersson, J. (1996). Utvärdering av 1990 års reform av trafikbrottslagen (stencil). Stockholm: Brottsförebyggande rådet
- Norström, T. & Trolldal, B (2014) Was the STAD-program really that successful? *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 30, 171-178
- Norström, T, Ramstedt, M, Svensson, J (2014) längre öppettider på krogen i Visby – en utvärdering av försöket sommaren 2014. En preliminär slutrapport 2014-12-22. Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning PM.
- O'Donnell, A, Andersson, P, Jané-Llopis, Manthey, J & Kaner, E (2019) Immediate impact of minimum unit pricing on alcohol purchases in Scotland: controlled interrupted time series analysis for 2015-18. *BMJ*, 2019;366;l5274 | doi: 10.1136/bmj.l5274
- Olegård, R., Sabel, KG., Aronsson, M., Sandin, B., Johansson, P.R., Carlsson, C., Kyllerman, M., Iversen, K., Hrbek, A. (1979). Effects on the child of alcohol abuse during pregnancy. Retrospective and prospective studies. *Acta Paediatr Scand Suppl* 275, 112–21.
- Pape, H & Hammer, T (1996) How does young people's alcohol consumption change during the transition to early adulthood? A longitudinal study of changes at aggregate and individual level. *Addiction*, 91, 1345–1357.
- Pedersen, W (1998) Bittersött. Universitetsforlaget, Oslo.
- Polismyndigheten (2017). *Polisens rapport om allvarlig och organiserad brottslighet 2017*. Stockholm: Polismyndigheten, Nationella operativa avdelningen.
- Ramboll (2019) *Alkoholens samhällsekonomiska konsekvenser En beskrivande samhällsekonomisk studie*. <https://www.omsystembolaget.se/globalassets/pdf/ramboll---resultatrapport---alkoholens-samhallskonsekvenser---2019.pdf>
- Ramstedt, M, Leifman, H, Müller, D, Sundin, E & Norström, T (2013) Reducing youth violence related to student parties: Findings from a community intervention project in Stockholm. *Drug and Alcohol Review*, 32, 561–565
- Ramstedt, M. (red.), Landberg, J., Svensson, J. & Sundin, E. (2019). *Aktuella perspektiv på alkoholkulturen i Sverige. Om dryckesmotiv, dryckeskontext, attityder och anhörigproblematik* CAN-Rapport 177. Stockholm.
- Regeringen (2018) Proposition 2017/18:249. *God och jämlik hälsa – en utvecklad folkhälsopolitik*.
- Regeringen (2017) Nästa steg på väg mot en mer jämlik hälsa. Slutbetänkande av kommissionen för jämlik hälsa. https://www.regeringen.se/49ba4e/contentassets/3917644bbd69413bbc0c017647e53528/nasta-steg-pa-vagen-mot-en-mer-jamlik-halsa-slutbetankande-av-kommissionen-for-jamlik-halsa_sou2017_47.pdf
- Rehm, J, Room, R & Taylor B (2008) Method for moderation: measuring lifetime risk of alcohol-attributable mortality as a basis for drinking guidelines. *Int J Methods Psychiatr Res*. 2008;17(3):141-51

- Rehman, C (2015) *Uppföljande kartläggning av användning av dopning, narkotika och kosttillskott bland gymtränande. En sammanställning av resultat från Norrbottens län, Västernorrlands län, Stockholms län, Örebro kommun, Östergötlands län, Kungsbacka kommun och Kalmar kommun*. PRODIS, Stockholm förebygger Alkohol- och Drogproblem (STAD), Centrum för psykiatrforskning. Riksdagen (2019). *Lag (2010:630) om regional utvecklingsansvar*. SFS nr: 2010:630
- Room, R (red.) (2002) The effects of Nordic alcohol policies: what happens to drinking and harm when alcohol controls change? Nordic Centre for Alcohol and Drug Research publication.no. 42
- Rosow I, Norström T. The impact of small changes in bar closing hours on violence. The Norwegian experience from 18 cities. *Addiction*. 2012 Mar;107(3):530-7.
- SBU (2019á) *Föräldrastödsprogram vid utagerande beteende hos barn: effekter och verksamma komponenter*. Publikationstyp: Statens Beredning för Medicinsk och Social Utvärdering. SBU kommentar, Rapport 2019_08/2019.
- SBU (2019b) *Att förebygga problem med spel om pengar: en systematisk översikt*. Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU); 2019. SBU Bereder nr 299. Available from: <http://www.sbu.se/299>.
- Sifo (2019) Beställd av organisationen Skiftet som bland annat bedriver opinion i fråga om spelreklam. Se <https://www.svt.se/nyheter/inrikes/70-procent-av-svenskarna-positiva-till-att-forbjuda-spelreklam>
- Sjöström, L-O, Jonsson, T & Johansson, K (2014) *Alkobommar. Fältförsök med IR-baserad utrustning för sållningsprov i hamnar*. MHF och MHF Test Lab. Stockholm och Tibro.
- SMADIT (2015) *Samverkan mot Alkohol och Droger i Trafiken*. Handbok. Polismyndigheten i Örebro län, Örebro universitet och Örebro läns landstings Beroendecentrum.
- Socialdepartementet (2013) Uppföljning av regeringens alkohol- narkotika-, dopnings- och tobaksstrategi. Förslag på indikatorer avseende de långsiktiga målen i strategin #2. Socialdepartementet, Regeringskansliet 2013.
- Socialstyrelsen (2008) *Tobaksvanor bland gravida och spädbarnsföräldrar 2006*. Artikelnr 2008-125-18
- Socialstyrelsen (2017a) *Utvärdering av sociala insatsgrupper – effekter för individen*. Artikelnummer 2017-10-20.
- Socialstyrelsen (2017b) *Behandling av spelmissbruk och spelberoende – kunskapsstöd med nationella rekommendationer till hälso- och sjukvården och socialtjänsten*.
- Socialstyrelsen (2018) *Nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor. Stöd för styrning och ledning*. Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2019a) *Ändringar i lagen om utbyte av sprutor och kanyler – förslag till systematisk och samordnad uppföljning av sprututbytesverksamhet i Sverige*. Artikelnummer 2019-12-6462.
- Socialstyrelsen (2019b) *Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård 2014 – stöd för styrning och ledning*. Artikelnummer 2019-1-16. <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepointdokument/artikelkatalog/nationella-riktlinjer/2019-1-16.pdf>.
- Socialstyrelsen (2019c) *Kartläggning av samsjuklighet i form av psykisk ohälsa och beroendeproblematik*. Artikelnummer 2019-11-6481
- SOU 1951:43 (1951) *Statistiska undersökningar. 1944-års Nykterhetskommitté*. Finansdepartementet, Statens offentliga utredningar, 1951:43, Stockholm, 1951.
- SOU 2003:69 (2003) *Alkoholreklam i tryckta skrifter i ett folkhälsoperspektiv*. Slutbetänkande. Stockholms Offentliga Utredningar, Regeringskansliet, Stockholm.
- SOU 2005:25 (2005). *Gränslös utmaning – alkoholpolitik i ny tid*. Stockholms Offentliga Utredningar, Regeringskansliet, Stockholm.
- SOU 2011:10 (2011) *Antidopning Sverige. En ny väg för arbetet mot dopning*. Sveriges Offentliga Utredningar, Stockholms Offentliga Utredningar, Regeringskansliet, Stockholm.
- SOU 2016:93 (2016) *Klassificering av nya psykoaktiva substanser*. Betänkande av Utredningen om nätdroger m.m. Stockholms Offentliga Utredningar, Regeringskansliet, Stockholm.
- Spelinspektionen (2019) <https://www.spelinspektionen.se/press/nyhetsarkiv/pressmeddelande-mattlig-tillvaxt-pa-spelmarknaden-2018/>
- STAD (2020) *Alkoholprevention på idrottsarenor*. Stockholm Förebygger Alkohol- och Drogproblem. <http://www.stad.org/sv/verksamheter/alkoholprevention-p-idrottsarenor>
- Statskontoret (2013). *Utvärdering av uppföljningssystemet för den nationella folkhälsopolitiken* (2013:4).

- Stockings, E., Bartlem, K., Hall, A., Hodder, R., Gilligan, C., Wiggers, J., et al. Whole-of-community interventions to reduce population-level harms arising from alcohol and other drug use: a systematic review and meta-analysis. *Addiction*. 2018;113(11):1984–2018.
- Stockwell, T., Chikritzhs, T. (2009). Do relaxed trading hours for bars and clubs mean more relaxed drinking? A review of international research on the impacts of changes to permitted hours of drinking. *Crime Prev Community Saf* 11:153–70.
- Strandberg, A., Elgán, T. & Gripenberg, J. (2018). *Droger på krogen. En uppföljning av narkotikasituationen i Stockholms krogmiljö*. Rapport nr 62. http://stad.org/sites/default/files/media/STAD%20rapport%2062_2.pdf
- Strandberg, A & Kvillemo, P (2017) *Alkohol, droger och sexuell hälsa. Utveckling av alkohol- och drogförebyggande arbete i samarbete med ungdomsmottagningar*. Stockholm förebygger Alkohol- och drogproblem. STADs rapportserie, 2017. Rapport nr 61.
- Stockwell, T., Norström, T., Angus, C., Sherk, A., Ramstedt, M., Andréasson, S., Chikritzhs, T., Gripenberg, J., Holder, H., Holmes, J. & Mäkelä, P. (2017). *What are the public health and safety benefits of the Swedish government alcohol monopoly?* Victoria, BC: Centre for Addictions Research of BC, University of Victoria, Victoria, BC, Canada.
- Stockwell, T, Angus, C, Norström, T, Angus, C, Sherk, A, Ramstedt, M, Andréasson, S, Chikritzhs, T, Gripenberg, J, Holder, H, Holmes, J & Mäkelä, P (2018) Estimating the public health impact of disbanding a government alcohol monopoly: application of new methods to the case of Sweden. *BMC Public Health*, 18:1400. <https://doi.org/10.1186/s12889-018-6312-x>
- Sundin, E, Landberg, J & Ramstedt, M (2018) *Negativa konsekvenser av alkohol, narkotika och tobak – en studie med fokus på beroende och problem från andras konsumtion i Sverige 2017*. CAN. Rapport nr 174.
- Systembolaget (2020) Opinionsindex, se: <https://www.omsystembolaget.se/vart-uppdrag/om-uppdraget/sa-sager-folket/>.
- The Union for International Cancer Control (2020). <https://www.uicc.org/news/e-cigarettes-effective-cessation-tool-or-new-gateway-smoking-tobacco>.
- Thorlindsson, T., Olafsson, K., Halldorsson, V. & Sigfusdottir, I.D. (2000). Félagsstarf og frístundir íslenskra unglunga [Community participation and leisure activities of Icelandic adolescents]. Reykjavík: Æskan.
- Torén, K (2020). Rökning av e-cigaretter kan ligga bakom oklar lungsjukdom. *Läkartidningen*. 2020;117:FYX3
- Trafikverket (2020) *Rattfylleri* <https://www.trafikverket.se/resa-och-trafik/Trafiksakerhet/Din-sakerhet-pa-vagen/Rattfylleri/>
- Trolldal, B, Brännström, L, Paschall, MJ, % Leifman, H (2013) Effects of a multi-component responsible beverage service programme on violent assaults in Sweden. *Addiction*, 108, 89–96.
- Trolldal, B & Leifman, H (2017) *Alkoholkonsumtionen i Sverige 2016*. Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning. Rapport 167.
- Trolldal, B & Leifman, H (2018) *Alkoholkonsumtionen i Sverige 2017*. Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning. Rapport 175.
- Trolldal, B. (2019) *Alkoholkonsumtionen i Sverige 2018*. Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning. Rapport 184.
- Trolldal, B. (2019). *Alkoholkonsumtionen i Sverige 2018*. Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning. Rapport 184.
- Trolldal, B (2020) *Alkoholkonsumtionen i Sverige 2017*. Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning. Preliminära uppgifter.
- Turner, R, Nilsson, Å & Jidetoft, N (2015) *SSPF – Ett fokus på ungdomar i riskzon. En implementeringsutvärdering av samverkan mellan skola, socialtjänst, polis och fritid för att motverka kriminalitet och missbruk*. FoU i Väste. Rapport 2:2015.
- Vardavas CI, Filippidis FT, Agaku IT (2015) Determinants and prevalence of e-cigarette use throughout the European Union: a secondary analysis of 26 566 youth and adults from 27 Countries. *Tobacco Control*, 24, 442-448.
- Vardavas, CI, Girvalaki, C, Filippidis, FT, m.fl. (2017) Characteristics and outcomes of e-cigarette exposure incidents reported to 10 European Poison Centers: a retrospective data analysis. *Tobacco Induced Diseases* 15:36. DOI 10.1186/s12971-017-0141-z
- VG-regionen (2011) *Förebyggande arbete kring sociala överdrifter. En studie genomförd i Vänersborgs kommun* (http://www.vgregion.se/upload/Folkh%C3%A4lsa/Informationsmaterial/alkohol-tobak/F%C3%B6rebyggande_V%C3%A4nersborg.pdf).
- Västerås stad (2014) *Utvärdering av utökade öppettider på krogen i Västerås*. Konsult och service.

- Wallhed Finn, S, Andréasson, S & Hammarberg, A (2020) Treatment of alcohol dependence in primary care compared to outpatient specialist treatment: 12 month follow up of a randomized controlled trial, with trajectories of change.
- 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.
- WHO (2010a) *Global strategy to reduce the harmful use of alcohol*. Världshälsoorganisationen (WHO) 2010.
- WHO (2010b). *Technical Manual on Tobacco Tax Administration 2010* http://www.who.int/tobacco/publications/tax_administration/en/
- WHO (2012) *European action plan to reduce the harmful use of alcohol 2012–2020*. Världshälsoorganisationen (WHO) 2018.
- WHO (2013) WHO recommendations for the prevention and management of tobacco use and second-hand smoke exposure in pregnancy. <https://www.who.int/tobacco/publications/pregnancy/guidelinstobaccosmokeexposure/en/#.Us8O9T2rkAc.email>
- WHO (2018a) *Global status report on alcohol and health 2018*. Världshälsoorganisationen (WHO) 2018.
- WHO (2018b) WHO launches SAFER, a new alcohol control initiative. https://www.who.int/substance_abuse/safer/en/. Världshälsoorganisationen (WHO) 2018.
- WHO (2018c). https://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/en/
- White, A, Bae, J, Truesdale, M, Ahman, S & Wilson, W & Swartzwelder, HS (2002) *Alcoholism Clinical and Experimental Research*, 26, 960–968.
- Widinghoff, C & Håkansson, A (2018) Spelberoende är en högaktuell diagnos. *Läkartidningen*, 115, FCDM (Lakartidningen.se 2018-11-14).
- Wilkinson, C., Livingston, M. & Room, R. (2016). Impacts of changes to trading hours of liquor licences on alcohol-related harm: a systematic review 2005–2015. *Public Health Research & Practice*, 26(4)
- Wingren (2014) *Dags att gå hem? En studie om krogarnas förändrade stängningstider och våldsbrotten i Göteborg*. Masteruppsats i kriminologi. Göteborgs universitet.
- Wåhlin, S & Andréasson, S (2015) Behandling av alkoholberoende i primärvård kan ge goda resultat 15-metoden – en strukturerad behandling anpassad efter patientens behov. *Läkartidningen*, 2015;112:DIIY
- Zetterqvist, M & Ramstedt, M (2019) Tobaksvanor i Sverige 2003–2018. Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning. Rapport 183.
- Öppna drogscener (2018) *METODER för lokal samverkan kring arbetet med öppna drogscener*. Länssamarbetet för ANDT-frågor i Stockholms län: Polismyndigheten, Kriminalvården, stadsdelen Rinkeby-Kista, Länsstyrelsen Stockholm, Socialförvaltningen, Framtid Stockholm, Tullverket

Tabell 1:

Fotnoter

- 1 Siffror för unga från CAN:s mätning av skolelevers drogvanor och för vuxna från CAN:s Monitormätningar på riksrepresentativa urval av den vuxna befolkningen 17–84 år.
- 2 Siffror för unga från CAN:s mätning av skolelevers drogvanor och för vuxna från Folkhälsomyndighetens riksrepresentativa folkhälsoenkät (Hälsa på lika villkor (HLV) riktat till åldersgruppen 16–84 år
- 3 Siffror för unga från CAN:s mätning av skolelevers drogvanor och för vuxna från CAN:s Monitormätningar på riksrepresentativa urval av den vuxna befolkningen 17–84 år. Om utvecklingen av tobak bland vuxna: från Folkhälsomyndighetens nationella folkhälsoundersökning – Hälsa på lika villkor (HLV) baserat på riksrepresentativt urval av 16–84-åringar. Siffrorna för vuxna avser andelen som har rökt minst en cigarett under de senaste 30 dagarna och bland unga som har rökt cigaretter någon gång under de senaste 30 dagarna. Tobak för vuxna avser andelen som rökt cigaretter och/eller använt snus och för unga som har rökt cigaretter och/eller snusat någon gång under de senaste 30 dagarna.
- 4 Siffror för unga från CAN:s mätning av skolelevers drogvanor. Siffror för vuxna från olika skattningar, bl.a. CAN:s Vanor och Konsekvenser (Sundin, m.fl., 2018), se också Källor nedan.
- 5 Siffror för unga från CAN:s mätning av skolelevers drogvanor och spelsiffror för vuxna från Ipsos baserat på ett riksrepresentativt urval från december 2018. Om utvecklingen bland vuxna: från Folkhälsomyndighetens SWELOG och HLV

Källor

- Trolldal, B. (2019). Alkoholkonsumtionen i Sverige 2018. Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning. Rapport 184.
- Zetterqvist, M. & Ramstedt, M. (2019). Tobaksvanor i Sverige 2003–2018. Rapport 183.
- CAN (2019) Skoleleverers drogvanor 2018. (red. Zetterqvist, M.). Rapport 180
- Folkhälsomyndigheten: Swelog (2019): Resultat från SWELOG 2018, <https://www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/e2f80df7971e4abfa615a5edcf460897/resultat-swelogs-2018-2019.pdf>
- Data från folkhälsodatabasen, http://fohm-app.folkhalsomyndigheten.se/Folkhalsodata/pxweb/sv/B_HLV/?rxid=b74d8053-7b13-4cfa-8716-aa2a5c66f44c. Ipsos – egna analyser av data
- Dopning i samhället – Vad? Hur? Vem? Varför? Statens folkhälsoinstitut, Östersund, 2011.
- Leifman, H. & Rehnman, C. (2008). Studie om svenska folkets användning av dopningspreparat. Rapport nr 34, STAD, Stockholm.
- Sundin, E, Landberg, J & Ramstedt, M (2018) *Negativa konsekvenser av alkohol, narkotika och tobak – en studie med fokus på beroende och problem från andras konsumtion i Sverige 2017*. CAN. Rapport nr 174.

BILAGA 1

Internationella strategier, konventioner och handlingsplaner

Internationella konventioner, strategier och liknande styr inom området, i större eller mindre utsträckning, nationers arbeten på dessa områden. Dessutom sammanfattar de väl det vi vet från forskning om vad som är verkningfulla åtgärder för att begränsa och minska olika substansers skadeverkningar. De kan alltså fungera som ett bra kunskapsstöd.

Vårt övergripande intryck är att när det inte rör bindande konventioner, som på tobaks- och narkotikaområdet, har inte de internationella strategierna implementerats särskilt väl i Sverige. Även i implementeringen av de bindande strategierna kan implementeringen brista. Besluten om de icke bindande strategierna verkar från svenskt politiskt håll ibland betraktas som om de inte gäller för Sverige utan möjligen enbart för andra länder. Frågan är om andra länder ser likadant på dessa strategier. Vi menar att Sverige har ett självklart ansvar för att själv implementera strategierna i Sverige. Men svenska offentliga aktörer har naturligtvis också skäl att genomföra åtgärder, vare sig de ingår i någon internationell strategi eller inte, för att förbättra människors hälsa och välmående.

På narkotika- och tobaksområdet finns konventioner och dessa är tvingade. Inom EU finns på tobaksområdet också ett tobaksdirektiv (tvingande) och på narkotikaområdet en narkotikastrategi. När det gäller alkohol finns globala och regionala WHO-strategier samt en tidigare EU-alkoholstrategi men numera endast en handlingsplan om att motverka berusningsdrickande och ungas alkoholbruk. På dopningsområdet har Sverige ratificerat Europarådets konvention mot dopning inom idrotten. På spelområdet finns inget sådant internationellt ramverk. Vidare finns de 17 långsiktiga målen i Agenda 2030, där ANDTS spelar en viktig roll för att kunna uppnå många av målen. ANDTS spelar också en central roll i att uppfylla de mål som WHO fastställt i arbetet med att reducera de NCD-relaterade sjukdomarna till år 2025. Här finns, förutom en handlingsplan, också uppbyggt ett globalt monitoreringsramverk med särskilda indikatorer i syfte att följa utvecklingen och se om målen uppnås. Medlemsländerna i respektive organisation har alltså tagit fram strategier och handlingsplaner genom beslut i respektive beslutande organ. Dessa har Sverige således godkänt och beslutat som strategier och planer för att förbättra hälsa och välbefinnande.

Strategier, riktlinjer och liknande med direkt eller indirekt bäring på alkoholfrågan (och till viss del för tobaks- och narkotikafrågan):

- Every Woman Every Child, FN, WHO, global strategi för kvinnors, barns och ungdomars hälsa 2016–2030 (The Global Strategy for Women's, Children's and Adolescents' Health 2016–2030).
- WHO:s globala handlingsplan för mental hälsa 2013–2020 (Comprehensive mental health action plan 2013–2020).
- WHO:s globala handlingsplan mot demens 2017–2025 (Global action plan on the public health response to dementia 2017–2025).
- WHO National suicide prevention strategies: progress, examples and indicators.,2018.
- WHO Global Accelerated Action for the Health of Adolescents (AA-HA!): guidance to support country implementation, 2017.

- WHO recommendations on maternal health: Guidelines approved by the WHO Guidelines Review Committee.
- WHO Global plan of action to strengthen the role of the health system within a national multisectoral response to address interpersonal violence, in particular against women and girls, and against children, 2016.
- WHO INSPIRE: seven strategies for ending violence against children.
- WHO 2018 INSPIRE Handbook: action for implementing the seven strategies for ending violence against children.
- WHO Preventing child maltreatment: a guide to taking action and generating evidence, 2006.
- UN WHO Global Plan for the Decade of Action for Road Safety 2011–2020.
- The World Health Organization’s Fight Against Cancer: Strategies That Prevent, Cure and Care, 2007.
- Cancer control: knowledge into action: WHO guide for effective programmes ; module 2. Prevention.
- WHO:s globala alkoholstrategi (Global strategy to reduce the harmful use of alcohol, 2010).

På europeisk nivå finns följande:

- Health 2020 – a European policy framework supporting action across government and society for health and well-being.
- European action plan to reduce the harmful use of alcohol 2012–2020 (nämnd ovan).
- Action Plan for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases in the WHO European Region 2016–2025.
- WHO European Mental Health Action Plan 2013–2020.
- WHO Preventing Injuries in Europe, 2010.

På nordisk nivå finns följande:

- Northern Dimension Partnership in Public Health and Social Well-being (NDPHS) Declaration on Alcohol Policy, 2018.
- Nordiska Rådet Utvalgsförslag om Nordisk alkohol- og tobakkspolitikk i et folkehelseperspektiv, 2012.
- Trondheimsdeklarationen – Jämlikhet i hälsa och välbefinnande – ett politiskt val!: 11:e Nordiska folkhälsokonferensen i Trondheim, Norge, 26–29 augusti 2014.

Följande handelsavtal är också relevanta:

- EU-fördraget
- EU:s punktskatteförordning
- EU:s AVMS-direktiv
- GATS inom WTO

Nedan följer mer om de specifika substanserna

Alkohol

När det gäller alkohol finns inga bindande konventioner men ett flertal olika strategier och riktlinjer på olika, för oss, relevanta områden. De flesta är strategier och handlingsplaner från WHO, på global eller europeisk nivå. Det är dokument som Sverige har varit med om att förhandla fram och som Sverige har antagit tillsammans med de andra medlemsländerna. På global nivå finns förutom WHO:s globala alkoholstrategi från 2010 till 2020 (WHO, 2010), WHO Europas alkoholhandlingsplan 2012–2020 (WHO, 2012), WHO:s globala handlingsplan för prevention och kontroll av icke smittsamma sjukdomar 2013–2020 (WHO, 2013) och Agenda 2030 med flera hållbarhetsmål relevanta för alkohol (men också för tobak och narkotika) (exempelvis SDG mål 3.4 (NCD) och 3.5 (drogmissbruk och skadligt alkoholbruk) (se t.ex. FN, 2019: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/sustainable-development-goals>).

Eftersom alkoholens skadeverkningar drabbar många olika områden finns det åtgärder för att minska skadorna med i många av WHO:s strategier. Dessa strategier betonar i regel effektiviteten i åtgärder som minskar konsumtionen totalt i en befolkning genom åtgärder på befolkningsnivå. Till exempel framhåller WHO:s globala handlingsplan för kontroll av icke smittsamma sjukdomar, och WHO Europas motsvarighet, åtgärder som riktar sig mot alkoholkonsumtionens generella nivå och mönster och samhälleliga bestämningsfaktorer. Tre åtgärdsområden framhålls som särskilt kostnadseffektiva: (1) begränsning av tillgänglighet, (2) höjda priser genom alkoholskatter och (3) förbud för alkoholreklam; och av WHO benämnda som "the three best buys" (t.ex. WHO, 2018).

WHO:s globala handlingsplan mot demens 2017–2025 framhåller också vikten av att minska nivån på alkoholkonsumtionen på individuell nivå och befolkningsnivå. I WHO:s strategier mot cancer framhålls minskning av tobaks- och alkoholbruk som avgörande mål. WHO Europas ramverk för politik för hälsa och välbefinnande, Health 2020, anger ett omfattande vetenskapligt stöd för åtgärder med hög kostnadseffektivitet: begränsningar av tillgänglighet till alkohol, förbud mot alkoholreklam inklusive på sociala medier, höjd alkoholskatt och minimipris per gram alkohol. Åtgärder med lägre kostnadseffektivitet, men fortfarande kostnadseffektiva, är kontroll av trafiknykterhetslagar genom utandningskontroller, kort rådgivning vid högre riskkonsumtion och behandling för alkoholberoende och -problem.

WHO Europas plan Health 2020 beskriver dagens hälsoproblem som komplexa, mångfaceterade och dynamiskt föränderliga. Det gäller problem som alkohol, övervikt, narkotikaanvändning, ojämlikhet i hälsa, miljöhöjning med mera. Orsakssammanhang är komplexa och bör ses och analyseras som komplexa öppna system. Åtgärder bör implementeras som storskaliga experiment där utvärdering och uppföljning bör användas för att lära från införandet och användningen i praktiken så att åtgärderna kan anpassas efter behov.

För Sverige som medlemsland i WHO:s Europaregion är WHO Europas alkoholhandlingsplan 2012–2020 och WHO:s globala alkoholstrategi från 2010 grundläggande. De innehåller strategier och åtgärder på tio olika områden. De tio områdena beskrivs nedan tillsammans med hänvisningar till andra strategier och handlingsplaner som har med samma åtgärder.

Detta tiopunktersprogram är också, menar vi, till stor del tillämpliga på de övriga ANDTS-områdena, även för illegala droger och spel om pengar. Vilka av de fem ANDTS-områdena som är i stort sett direkt eller indirekt applicerbara för respektive punkt nedan nämns inom parentes. Vi ser därför dessa punkter som själva basen för hur ANDTS-politiken med dessa olika delar bör formas. Även om det mesta av dessa tioprogramspunkter redan tillämpas i Sverige är de ändå av hög relevans. Det handlar om grad av tillämpning av redan existerande insatsområden och här finns mycket att önska inom samtliga ANDTS-områden i Sverige.

1. Ledarskap, medvetenhet och åtaganden (ANDTS)

WHO:s strategier beskriver ett starkt ledarskap baserat på en solid grund av medvetenhet, politisk vilja och åtaganden som en nödvändig förutsättning. Ett uttryck för ett sådant ledarskap kan vara en heltäckande och tvärspektoriell nationell policy som beskriver roller och ansvarsområden. Offentliga institutioner som har ansvar för förebyggande och hantering av alkoholens skadeverkningar måste ha en tillräcklig finansiering, kapacitet för implementering av åtgärder och forskning måste byggas upp och upprätthållas. Kunskap om åtgärders effektivitet måste spridas till alla nivåer av policy- och åtgärdsarbete. Som ett minimum bör länder upprätta handlingsplaner och strategier, skapa ett råd för samordning över departement och sektorer och upprätthålla en tillräckligt finansierad frivilligsektor, fri från intressekonflikter gentemot folkhälsa, för att ge röst åt civilsamhället.

Andra åtgärder för ledarskap i WHO:s strategi är att utse en ansvarig myndighet för att följa upp nationell policy, strategier och planer; samordna alkoholstrategier mellan olika nivåer av styrning, nationellt, lokalt och i olika sektorer; se till att det finns god tillgång till information, effektiv utbildning och informationskampanjer riktade till allmänheten om hela omfattningen av alkoholens skadeverkningar och behovet av förebyggande åtgärder; och att öka medvetenheten om alkoholens skador i andra hand, undvika stigmatisering och diskriminering av drabbade grupper och individer.

WHO Europas ramverk och strategi för hälsopolitik, Health 2020, innehåller också skrivningar om betydelsen av ledarskap, från hälsodepartement, folkhälsomyndigheter och offentlig styrning på alla nivåer och att ”empower” medborgare och patienter.

Folkhälsa har definierats som vad vi, som samhälle, gör gemensamt för hälsosamma villkor för människor. Det innebär att åstadkomma långvariga samhällsliga villkor som berör många områden i samhället. Åtgärderna kan beröra områden som reagerar med kraftfullt motstånd, särskilt när åtgärderna påverkar vissa sektors ekonomiska intressen, som tobak eller alkohol. Motståndet kan vara högljutt, välfinansierat och välorganiserat trots att åtgärderna kan förbättra livskvaliteten för ett stort antal människor. De som drar nytta av förebyggande folkhälsoåtgärder är ofta inte medvetna om nyttan, eller har inte resurser för att få uppmärksamhet. Ett ledarskap som är medvetet om ekonomiska aktörers arbetssätt, som har och sprider kunskap om frågan och som väger in etiska aspekter med hänsyn till de personer som drabbas, är därför viktigt.

2. Vårdens roll (ANDTS)

Strategierna anger sjukvårdens roll som central för att på individuell nivå ge vård till personer som drabbats av alkoholens skadeverkningar, och förebygga och ge vård och behandling till personer med alkoholberoende och deras familjer. Det finns ett starkt vetenskapligt stöd för tidig identifiering och kort rådgivning i primärvård, socialtjänst akutmottagningar och företags- och elevhälsan. En annan viktig roll för sjukvården är att informera samhället om medicinska och sociala konsekvenser av alkoholkonsumtion och framhålla vikten av effektiva samhällsliga åtgärder.

WHO:s rekommendationer om mödrars hälsa framhåller att vårdpersonal ska fråga alla gravida kvinnor om deras användning av alkohol och andra substanser så tidigt som möjligt under graviditeten och vid varje besök.

3. Lokalsamhällets agerande (ANDTS)

WHO:s strategier tar upp vikten av offentligt stöd för aktiviteter på lokalsamhällsnivå att använda lokal kunskap om problem och åtgärder på samhällsnivå som förebygger och förhindrar skador från alkoholkonsumtion. Utbildning i alkoholfrågan bör ses som en del av det bredare arbetet att förebygga skador. Den bör starta i barndomen som föräldrastöd och fortsätta i skolor som en del i det hälsofrämjande arbetet. På arbetsplatser kan policyer om en alkoholfri arbetsplats, en ledningsstil som minskar stress, kort rådgivning och information om alkohol, minska alkoholrelaterade skador. Åtgärder är stöd till att identifiera prioriterade områden, öka medvetenheten om skador lokalt och förebyggande åtgärder, ge information om effektiva åtgärder i lokalsamhället och bygga kapacitet för att genomföra åtgärderna, mobilisera lokalsamhället för att få ägare till serveringsställen att erkänna sitt ansvar för problem, förebygga tillhandahållande av alkohol till unga och utveckla alkoholfria miljöer både för unga och andra. Nationell lagstiftning bör ses över så att den stödjer initiativ i lokalsamhället och på arbetsplatser, snarare än hindrar dem.

4. Åtgärder mot trafikonykterhet (AND)

Trafikonykterhet är ett allvarligt problem som i många fall också drabbar oskyldiga. Effektiva åtgärder är dels sådana som minskar sannolikheten att personer framför fordon när de är påverkade av alkohol och åtgärder som minskar sannolikheten och allvarlighetsgraden för skador i samband med trafikolyckor i samband med onykterhet. Åtgärder för detta är bland andra en lagstiftad högsta tillåtna nivå på alkoholhalt i blodet, slumpvisa trafik-nykterhetskontroller, nollgräns för nya förare, kollektivtrafik tillgänglig vid serveringsställens stängningstid, informationskampanjer om lagstiftning och kontroller som syftar till en avskräckande effekt. Det bästa är om nykterhetskontroller och kommunikation om sådana kontroller utformas så att förare som skulle köra påverkade blir medvetna om att det finns en verklig risk att fastna i kontroller när som helst.

5. Tillgänglighet (ANDTS)

Reglering av kommersiell eller allmän tillgänglighet till alkohol är viktigt, inte minst för att minska tillgången för särskilt sårbara grupper och grupper med hög risk. Kommersiell och allmän tillgång till alkohol kan ha en ömsesidig effekt av att bidra till en förändring av samhälleliga och kulturella normer som främjar ökad konsumtion. Åtgärder omfattar regleringar som begränsar distributionen av alkohol i producent- och partihandelsled, i servering och detaljhandel, genom licensiering, folkhälsoinriktade statliga monopol, reglering av antalet och läget för försäljningsställen för detaljhandel och servering, reglering av öppettider och -dagar, reglering av försäljning vid särskilda platser eller tillfällen, lagstiftad åldersgräns, förhindra försäljning till berusade, regler för konsumtion på allmän plats och vid offentliga organisationers aktiviteter, och policyer för att eliminera tillgång till illegal alkohol. Länder med statliga detaljhandelsmonopol bör bevara dem.

WHO:s handbok för åtgärder att avskaffa våld mot barn från 2018, vägledning för åtgärder för att förbättra ungas hälsa från 2017, liksom WHO:s guide för att förebygga misshandel av barn från 2006 tar också upp vikten att begränsa tillgängligheten till alkohol. Bl.a. sägs att höjd åldersgräns för alkohol till 21 år, liksom minskade öppettider och minskat antal försäljningsställen för alkohol, minskar konsumtion, olyckor, rattfylleri och alkoholrelaterade trafikolyckor, våld och självmord bland unga. Alkohol är den ledande riskfaktorn globalt för unga mellan 15 och 19 år.

6. Marknadsföring (ATS)

Alkohol marknadsförs genom alltmer sofistikerade och samverkande tekniker, genom traditionell annonsering i tidningar och på tv, koppling av varumärken för alkohol med sport och kulturaktiviteter, sponsring, produktplacering, e-post, sms, sociala medier och podcasts. Åtgärder mot marknadsföring bör därför vara täckande och rikta sig mot alla dessa områden. Eftersom en del marknadsföring görs över landgränser krävs också internationella åtgärder. WHO:s alkoholstrategier anger som åtgärder förbud mot marknadsföring, reglering i lag av innehåll och volym, även med ny teknik som sociala medier, reglering av både direkt och indirekt marknadsföring i alla medier, reglering av sponsring, oberoende statlig tillsynsmyndighet och effektiva påföljder för överträdelse av bestämmelserna.

Som nämnts ovan anger WHO Europas Health 2020, WHO Europas och WHO:s globala handlingsplan mot icke smittsamma sjukdomar förbud mot alkoholreklam som effektivt, WHO:s handbok för åtgärder att avskaffa våld mot barn från 2018 liksom WHO:s handlingsplan för ungas hälsa, AA-HA!, från 2017 anger också reglering av alkoholreklam som viktiga åtgärder.

7. Priset (ATS)

WHO:s strategier framhåller höjda priser på alkoholdrycker som en av de mest effektiva strategierna för att minska konsumtion och skador. Åtgärder är att regelbundet höja skatten så att priset justeras med hänsyn till både inflation och inkomstutveckling, att ha proportionellt högre skatt på drycker med högre alkoholhalt, att ha särskild skatt på produkter som är särskilt attraktiva för ungdomar, till exempel så kallad alkoholisk, minimipris per liter ren alkohol, förbud mot rabatterbjudanden inklusive volymbjudanden och flerköp, enhetspris för obegränsat drickande som "fri bar", "all inclusive" etc, och att inte ge subventioner till producenter av alkoholdrycker. Skattehöjningar bör åtföljas av åtgärder för att kontrollera olaglig försäljning av alkohol. Eftersom ekonomiska aktörer kan motsätta sig skattehöjningar är åtgärder som informerar och bygger medvetenhet om frågan viktiga för att motverka sådant motstånd.

De så kallade Oslo-rekommendationerna, antagna på ett högnivåmöte mellan WHO Europas medlemsstater i Oslo 2009, framhåller också höjda alkoholskatter. WHO:s globala vägledning för åtgärder för att förbättra ungas hälsa från 2017 beskriver åtgärder för alkoholskatt och -pris som kostnadseffektiva för att minska rattfylleri och förebygga våld bland unga.

8. Minska de negativa konsekvenserna (ANS)

Området omfattar åtgärder som minskar skadeverkningarna av alkohol utan att nödvändigtvis påverka den bakomliggande konsumtionen. Detta berör särskilt berusningsdrickande, olycksfall och våld. Åtgärderna på detta område bör vara ett komplement till bredare åtgärder för att minska alkoholens skadeverkningar. När åtgärder på det här området genomförs är det viktigt att undvika att ge intrycket att alkoholkonsumtion uppmuntras.

Åtgärder på detta område är utbildning av serveringspersonal för att undvika att gäster blir berusade och aggressiva, i kombination med tillsyn från myndigheter; "sanctions", inklusive tillbakadragande av licens; när bestämmelserna om servering inte följs; förändra omgivningen så att riskerna för skador minskar t.ex. genom att använda plastbägare istället för glas; lagstiftning om ansvar för servering av alkohol som leder till skador orsakade av berusning; minska alkoholstyrkan inom olika kategorier av drycker; information om, bl.a. genom märkning på förpackningar och i kommersiella budskap om alkohol, skador relaterade till alkohol.

9. Minska negativ inverkan på folkhälsan av illegal handel (ATS)

Illegal alkohol kan ha hög alkoholhalt och lägre pris än legalt såld alkohol, vilket innebär högre risk, men kan också minska myndigheters möjligheter att beskatta och kontrollera tillverkning och försäljning. Huvudsakligt fokus för åtgärder bör vara att minska skadeverkningsarna av legal, registrerad alkohol. Åtgärder riktade mot illegal alkohol bör komplettera, inte ersätta, andra åtgärder för att minska alkoholens skadeverkningsarna. Åtgärder är god kontroll av tillverkning och distribution av alkohol; effektivt system för kontroll och tillsyn, exempelvis skattemärken.

10. Monitorering och uppföljning (ANDTS)

Monitoreringar med hjälp av data av god kvalitet är en grund för att följa effekten av ovan nämnda nio områden. Insamling, sammanfattning, analys och kommunikation med beslutsfattare och andra aktörer är resurskrävande. Åtgärder är att utse en organisation som ansvarar för insamling, analys och spridning av data, inklusive nationella rapporter; samla in, sammanställa och lagra nationella data i det format som Världshälsoorganisationen och andra internationella organisationer använder; utveckla mekanismer för att utvärdera effekten av de åtgärder som har införts för att minska alkoholens skadeverkningsarna. Nationella rapporter bör omfatta konsumtion, samhällsliga kostnader och de åtgärder som har vidtagits för att minska skadeverkningsarna, inklusive uppskattningar av kostnadsminskningar på grund av vidtagna åtgärder.

Narkotika

Narkotikaproblemet är ett globalt problem som inget land ensamt kan bekämpa. Produktionen av den illegala narkotikan sker globalt, internationella sociala och kulturella strömningar påverkar attityder och beteenden. Detta är utgångspunkten för de tre internationella konventioner från 1961, 1971 och 1988 som tagits fram gemensamt av medlemsländer inom FN.

Det övergripande syftet med konventionerna är att verka för hälsa och välfärd för mänskligheten genom att dels tillgängliggöra narkotika för medicinska ändamål och forskningssyfte, dels genom att reglera narkotika för icke-medicinskt bruk. I konventionerna slår man fast att narkotika ska vara förbjudet för icke-medicinskt bruk. Konventionerna är bindande för länder som har ratificerat, vilket nästan samtliga världens länder har gjort, Sverige inkluderat.

I konventionen från 1961, Single Convention, etablerades International Narcotic Control Board (INCB) med uppdraget att övervaka och stödja graden av överensstämmelse mellan medlemsländerna i arbetet med konventionerna. INCB är domstolsliknande och rapporterar hur medlemsländerna följer konventionernas bestämmelser och intentioner. För att övervaka implementeringen av narkotikakonventionen bildade ECOSOC Narkotikakommissionen, CND, 1946 för att assistera implementeringen av konventionerna. CND består av de länder som har ratificerat narkotikakonventionerna. CND träffas en gång om året.

1991 fick CND utökat mandat genom att utnämnas till det styrande organet för UNODC, FN:s organ för narkotika och brottslighet, med mandat att assistera medlemsländerna i deras arbete mot illegala droger och brottslighet.

För att implementera det internationella åtagandet av medlemsstaterna har man kommit överens om en politisk deklaration från 2009 och en handlingsplan som sträcker sig från 2009–2019. Vidare finns det ett ministeruttalande från 2014 som kan ses som en halvårsuppföljning av den politiska deklarationen och handlingsplanen. 2019 möttes medlemsländerna

i ett högnivåmöte för att utvärdera deklARATIONEN och handlingsplanen för att bestämma inriktning för nästa decennium med ett ministeruttalande som resultat.

Tre år tidigare (2016) behandlade FN:s generalförsamling narkotikafrågan genom en specialsession om narkotika, UNGASS. UNGASS antog i konsensus ett dokument som styr inriktningen på den globala narkotikapolitiken.

Samtliga dokument slår fast att konventionerna är grunden i vårt internationella arbete kring narkotika samt att CND är styrande organ för narkotikafrågorna. Den politiska deklARATIONEN 2009 och handlingsplanen 2009–2019 beskriver politiken såsom det beskrivits sedan det internationella samarbetet började med utbud, efterfrågan och internationellt samarbete som huvudrubriker. UNGASS-dokumentet är istället uppdelat på sju kapitel: efterfrågan, tillgång till narkotika som medicin, utbud, mänskliga rättigheter, nya utmaningar, internationellt samarbete och alternativ utveckling. I praktiken betyder det att man i detta dokument vidgar problemet och låter mänskliga rättigheter, utvecklingsfrågor och tillgång till livsnödvändiga mediciner få större plats i debatten. I ministeruttalandet från 2019 slår man fast att båda dokumenten är relevanta och ska styra den internationella narkotikapolitiken.

Det bör också nämnas att EU antagit en narkotikastrategi som sträcker sig från 2013 till 2020. Den vägleder den svenska narkotikapolitiken. Under 2019 utvärderades narkotikastrategin på EU-nivå och arbetet med att ta fram en ny strategi inleddes.

Det ska sägas att även om det finns en del som talar för att åtgärder som är relevanta för alkohol- och tobaksområdet även gäller narkotika (såsom tiopunktsprogrammet) finns det också en del som skiljer dem åt. Narkotika (och dopning) är i alla led illegala substanser (förutom för medicinsk användning) och det konkreta forskningsstödet i form av policystudier och effektutvärderingar är bristfälligt. Det är, helt enkelt, mycket som vi inte vet. Delvis beror detta sannolikt på att de rör sig om illegala droger med färre datakällor och sämre data som följd. Narkotikaproblemets mindre utbredning jämfört med alkohol och tobak kanske också bidragit till att relativt sett få policyforskare intresserat sig för just narkotikafrågan.

Dopning

När det gäller elitidrotten har genom åren ett tämligen omfattande internationellt samarbete byggts upp. Sedan 1999 leds och samordnas det internationella antidopningsarbetet av WADA, en organisation som till lika delar består av företrädare för idrottsrörelsen och av världens regeringar. 2004 utvecklade WADA ett nytt globalt regelverk, som gäller i alla idrotter och länder, The World Anti-Doping Code. Den senaste versionen av koden antogs 2015 och styr således de svenska dopningsreglerna och antidopningsarbete. Sverige har också ratificerat två konventioner mot dopning inom idrotten, den internationella konventionen mot dopning i Europarådet (som föregick den svenska lagen mot dopning från 1992) och den internationella konventionen mot dopning i Unesco. Bägge konventionerna har som utgångspunkt att motverka dopningens hälsorisker och fusk inom idrotten. Riksidrottsförbundet och regeringskansliet följer fortlöpande arbetet med konventionerna, bl.a. genom ett mellanstatligt samarbetsavtal där Sverige och nio andra länder genom respektive regeringskansli och nationell antidopningsorganisation samverkar (International Anti-Doping Arrangement). Sedan lång tid tillbaka finns även, genom ett avtal, ett starkt nordiskt samarbete och utbyte. (För mer inf se SOU 2011:10 och RFs antidopningsarbete, www.rf.se.)

När det gäller användning av de dopningsmedel, och som oftast rör anabola steroider utanför elitidrotten (alltså i samhället i stort eller motionsidrotten), finns inga bindande styrdokument. Men det finns av kommissionen framtagna rekommendationer om hur medlemslän-

derna skulle kunna ta sig an arbetet mot dopning utanför motionsidrotten (recreational sports) (European Commission, 2013).

De rekommendationer som finns som spänner över allt från policyarbete, organisatoriska frågor om vikten av att center som koordinerar och driver frågorna (s.k. nationella NADO:s), prevention och vård och behandling. Lagstiftning och möjligheter att testa personer misstänkta för dopningsanvändning (t.ex. inom gymanläggningar) lyfts också. Man ska se rekommendationerna som ett sätt att försöka ge dopningsfrågan större prioritet med mer resurser och aktiviteter inom alla viktiga områden, i linje med vad som görs inom andra substansområden. Inför dessa rekommendationer genomfördes ett EU-projekt med fem länder, däribland Sverige, som syftade till att gå igenom vad som görs (med exempel från de fem länderna) och vad som borde göras framöver inom motionsidrotten. Rapporten kallas för *En strategi för att stoppa steroider* (Strateg for Stopping Steroids; European Commission, 2012).

Till sist kan man nog också på goda grunder hävda att mycket av arbetet som bedrivs inom de internationella strukturer som gäller inom idrottsvärlden mot dopning också de har betydelse för synen på och omfattningen av anabola steroider i samhället, alltså utanför själva tävlingsidrotten.

Tobak

De senaste decenniernas tobaksförebyggande arbete har präglats av WHO:s ramkonvention om tobakskontroll (i dagligt tal Tobakskonventionen) som Sverige ratificerade 2005. Konventionen är ett juridiskt bindande dokument och innebär således att Sverige har förpliktat sig till att införliva olika åtgärder i lagstiftningen vilket gått trögt. Konventionen innehåller grundläggande principer, åtgärder för att minska efterfrågan och tillgången, artiklar om miljö och hälsoskydd samt om forskning och informationsutbyte. De 180 länder som ratificerat konventionen möts regelbundet för att utveckla riktlinjer till stöd för implementeringsprocessen.

Konventionens kanske största förtjänst är att den förändrat synen på tobaksfrågan i riktning från individens livsstil till samhällets ansvar. En grundbult i konventionen och dess riktlinjer är att det finns en grundläggande och olösbar konflikt mellan tobaksindustrins och folkhälsans intressen. Därför ska folkhälsopolitiken skyddas från påverkan av kommersiella och andra intressen inom tobaksindustrin. Det bör också nämnas att konventionen omfattar alla tobaksprodukter oavsett grad av skadlighet samt att konventionen har tillkommit för att skydda nuvarande och framtida generationer.

Tobakskonventionens ”skydd för nuvarande och framtida generationer” harmonierar väl med barnrättskonventionens föreskrift om att ”erkänna barnets rätt att uppnå bästa uppnåeliga hälsa”. Detsamma kan sägas gälla narkotikakonventionerna och olika ovan nämnda strategier. Samhället har ansvar för att skydda barn mot industrins försök att rekrytera framtida tobakskonsumenter genom olika typer av marknadsföring.

Som för alkohol och narkotika är också Agenda 2030 centralt för tobaksfrågan. De flesta, om inte alla, av FN:s samtliga 17 hållbarhetsmål kan kopplas till tobaksproduktion och tobaksbruk och utgör därmed viktiga incitament för implementering av tobakskonventionens åtgärder.

EU:s nyligen antagna tobaksdirektiv ställer högre krav på medlemsländerna att införa restriktiva insatser på flera olika områden. Bland de viktigare är följande:

- förbud att använda ”karakteriserande smaker” i cigaretter
- hälsovarningar i text och bild på alla tobaksprodukter krävs
- tobaksindustrin tvingas att rapportera ingredienser i tobaksprodukter
- medlemsländer tillåts att förbjuda internetförsäljning av tobaksprodukter
- en precisering regleringen av e-cigaretter
- tillverkare/importörer tvingas att meddela medlemsländerna om nya tobaksprodukter innan de kommer på marknaden
- ett införande i hela EU av ett ”tracking and tracing”-system för att motverka illegal handel

WHO:s tobakskonvention innehåller de åtgärder som av global expertis under WHO:s ledning befunnits verksamma, dels för att minska efterfrågan, dels för att minska tillgången. Åtgärderna som sammanfattas nedan ligger väl i linje med effektiva åtgärder inom alkoholområdet redovisade ovan.

Minskar efterfrågan

- Höga priser, genom optimalt nyttjande av skatteinstrumentet (minskar också tillgången)
- Rökfria miljöer/skydd mot passiv rökning
- Reglering av tobaksprodukters innehåll och marknadsföring
- Hälsovarningar i text och bild på produkterna
- Information till allmänheten om tobaksindustrins metoder och tobakens beroendeskapande effekt
- Tobaksavvänjning – professionell, tillgänglig och subventionerad

Minskar tillgången

- Eliminera alla former av illegal framställning och smuggling
- Märkning och spårbarhet av alla produkter
- Dokumentera gränsöverskridande handel genom internationell samverkan mellan myndigheter
- Åldersgräns för försäljning, förbud för småförpackningar, gratisutdelning m.m.

Spel

Det finns ingen internationellt enhetlig spelreglering utan varje medlemsland kan ha sin egen spelpolitik. Den europeiska standardiseringsorganisationen CEN håller emellertid på att utveckla en standard kring rapportering för onlinetjänster (se EU-kommissionens standardiseringsbegäran, M/588). Den nya standarden ska vara klar senast under april 2021. Det svenska arbetet med standarden leds av SIS (Swedish Standards Institute).

Arbetet syftar alltså till att standardisera rapporteringen av centrala delar av onlinespel av de bolag som idag erbjuder olika onlinespel. Rapporteringen ska vara ett stöd för tillsynsmyndigheten inom området. I Sverige sköts tillsynen av den statliga myndigheten Spelinspektionen.