

Konsumtion och skador av alkohol, narkotika och tobak i kommuner i Kalmar län

Håkan Leifman

Rapport 155

C.A.N. CENTRALFÖRBUNDET
FÖR ALKOHOL- OCH
NARKOTIKAUPPLYSNING



Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning, CAN

ISSN 0283-1198

URN:NBN:se:can-2016-1 (pdf)

Konsumtion och skador av alkohol, narkotika och tobak i kommuner i Kalmar län

Håkan Leifman



Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning

Rapport nr 155

Stockholm 2016

Förord

CAN har som en av sina huvuduppgifter att genomföra kartläggningar och detta gör vi på många olika sätt. Vi har årligen återkommande nationella drogvaneundersökningar bland skolelever och vi följer alkohol- och tobakskonsumtionen bland vuxna, för att nämna två exempel. Sedan drygt ett år tillbaka arbetar vi intensivt i kommuner i Kalmar län i syfte att långsiktigt utveckla det lokalt förebyggande ANDT-arbetet i länets kommuner. Den modell som vi arbetar utifrån benämns ILFA (Indikatorsbaserat Lokalt Förebyggande Arbete). I detta arbete är också kartläggningar av stor vikt, inte minst för att få en god bild av hur det ser ut med användning och negativa konsekvenser av alkohol och andra droger i länets kommuner. Vet man inte hur det ser ut är det svårt att planera för och långsiktigt bedriva ett effektivt förebyggande arbete.

När vi arbetat med ILFA i Kalmar län, och för övrigt även i andra sammanhang när vi haft regionalt fokus, har vi blivit varse att det ofta finns data insamlade men att dessa data många gånger är underutnyttjade eller till och med outnyttjade.

Detta är ett enormt slöseri, inte minst om man tänker på allt arbete som krävs för att planera och genomföra undersökningarna och vilken nytta man faktiskt skulle kunna ha med dem om de används mer aktivt exempelvis som viktiga verktyg i det lokala- och/eller regionala förebyggande arbetet.

Denna rapport skall inte ses som en direkt del i det pågående ILFA, som ju har fokus på djupdykningar per kommun. Snarare kan rapporten ses som en konsekvens av ILFA: länsstyrelsen i Kalmar län har under ILFA-processens gång upplevt det som viktigt att få en bättre sammantagen bild av hur det ser ut i länets kommuner både bland unga och vuxna.

CAN fick därför i uppdrag av länsstyrelsen i Kalmar län att göra en sammanställning av ANT-situationen i länet och i dess kommuner med hjälp av befintliga data. Det ser naturligtvis inte likadant ut i alla län i Sverige när det gäller tillgång till olika undersökningar och datakvaliteten varierar säkert mellan olika undersökningar. I många län går det dock att med befintliga data få en relativt sett god bild, och bättre än idag, av ANDT-vanor både bland unga och vuxna och av omfattningen och utveckling av olika former av ANDT-relaterade skador. Dessutom går det ofta att jämföra nivåerna i en kommun med hela länet och med övriga riket.

Föreliggande rapport skall ses som ett exempel på hur en sådan kartläggning kan genomföras i kommuner i ett län i Sverige och vi hoppas att flera län inspireras av detta. Rapporten är skriven av undertecknad och alla analyser och slutsatser är författarens egna även om de i stor utsträckning diskuterats med andra inom ILFA både på CAN och i Kalmar län.

Stockholm i februari 2016

Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning, CAN

Håkan Leifman
Direktör

Innehåll

Förord.....	2
Sammanfattning	4
1. Inledning	8
2. Material och metod	9
2.1 Ungas alkohol-, narkotika- och tobaksvanor	9
2.2 Vuxnas alkohol-, narkotika- och tobaksvanor	10
2.3 Antalet döda och skadade på grund av alkohol, narkotika eller tobak.....	11
2.4 Misshandel	12
3. Resultat	14
3.1 Elever i årskurs 9 och gymnasiets år 2.....	14
3.2 Vuxna befolkningens ANT-vanor i Kalmar läns kommuner	23
3.3 Antal dödsfall och antal vårdade patienter med ANT-diagnoser.....	34
3.4 Alkoholrelaterat våld.....	42
3.5 Hur hänger det ihop?.....	43
4. Diskussion	45
Referenser	47

Sammanfattning

Sedan drygt ett år tillbaka deltar nio av Kalmar läns tolv kommuner i ett utvecklingsarbete som syftar till att skapa ett långsiktigt effektivt och strukturerat lokalt ANDT-förebyggande arbete (A=Alkohol, N=Narkotika, D=Doping, T=Tobak). Arbetet genomförs tillsammans med länsstyrelsen i Kalmar län – genom länsamordnaren – och CAN. Modellen benämns ILFA (Indikatorsbaserat lokalt förebyggande arbete) och går i korta drag ut på att med hjälp av uppgifter (indikatorer) om hur kommunerna arbetar och hur konsumtionen och skadorna av ANDT utvecklas lokalt ge rekommendationer på hur det förebyggande arbetet kan utvecklas vidare.

Inom ramen för ILFA har länsstyrelsen i Kalmar län gett CAN i uppdrag sammanställa en rapport om alkohol-, narkotika- och tobakssituationen (ANT) i länet och i länets kommuner. Uppdraget redovisas i denna rapport. Rapporten är av beskrivande natur och redovisar både ungas och vuxnas ANT-användning och omfattning och utveckling av ANT-relaterad vård, dödlighet och misshandel. Kommunspecifika uppgifter redovisas tillsammans med uppgifter för genomsnittet för hela länet och siffror för riket (eller övriga riket).

Huvudsakligen används tre olika datakällor i rapporten i syfte att ge en så heltäckande bild som möjligt av alkohol-, narkotika- och tobakssituationen både bland ungdomar och vuxna i kommuner i Kalmar län. Två datakällor består av enkäter. Den ena består av data från den totalundersökning av skolelevers drogvanor i årskurs 9 och gymnasiets år 2 som genomfördes i de nio ILFA-kommunerna under 2015. Den andra enkätundersökningen är den folkhälsoenkät som genomförs varje år av Folkhälsomyndigheten (Hälsa på lika villkor, HLV) men med tilläggsurval för alla tolv kommuner i Kalmar län 2008 och 2012. Data för dessa två år är analyser och frågorna avser alkohol, narkotika och tobak. Den tredje datakällan består av olika registerdata över ANT-relaterad sjuklighet (vårdade patienter), dödlighet (båda från Socialstyrelsen) och misshandel (data från Brottsförebyggande rådet).

Analyserna visar sammantaget på tydliga lokala variationer och tydligare för vissa mått mer än andra av de som studeras. De lokala variationerna är viktiga att försöka förstå närmare men det är inget som låter sig göras inom ramen för detta uppdrag. Men tre generella faktorer bedöms som sannolikt bidragande till de lokala skillnaderna:

1. **Socioekonomiska skillnader.** Kommuner med en större andel lågutbildade tenderar att uppvisa en högre nivå av skador och sjuklighet, åtminstone på alkohol- och tobaksområdet.
2. **Omfattningen av det ANT-förebyggande arbetet.** Det tycks finnas ett mönster där kommuner med minst utbyggt förebyggande arbete (inklusive tillsyn, tillstånd och öppettider m.m.) tenderar att uppvisa en generellt sett sämre ANT-situation särskilt när det gäller ungas ANT-vanor.
3. **Normer kring alkohol och tobak.** De rådande normerna kring framförallt alkohol och tobak skiljer sig sannolikt åt mellan kommuner. De kommuner som uppvisar en högre nivå av berusningsdrickande bland unga och vuxna är sannolikt kommuner med en mer tillåtande syn på berusning, inte minst bland vuxna.

Skolelevers ANT-vanor

Alkohol: För de nio ILFA-kommunerna som helhet uppgår värdena på de studerade alkoholmåtten till i stort sett samma nivåer som för riket. Ett viktigt undantag finns dock. Flickor i gymnasiets år 2 i ILFA-kommunerna uppvisar högre nivåer på i stort sett samtliga alkoholmått jämfört med flickor i gymnasiets år 2 i riket. Exempelvis uppmättes alkoholkonsumtionen bland gymnasieflickor i denna grupp till ca 3,1 liter ren alkohol i Kalmar län (ILFA) och till 2,6 liter i riket. Torsås uppvisar högst nivåer på samtliga studerade alkoholmått. Förutom Torsås ligger också följande kommuner relativt sett högt på många av de studerade alkoholmåtten: Emmaboda (både årskurs 9 och gymnasiets år 2), Högsby (årskurs 9) och Västervik (gymnasiets år 2).

Narkotikaanvändning: Narkotikaanvändning tycks vara något mindre vanligt bland elever i årskurs 9 i ILFA-kommunerna än i riket, framförallt bland pojkar. Bland gymnasieeleverna tycks skillnaderna ha försvunnit: andelen som använt narkotika någon gång eller under de senaste 12 månaderna är på ungefär samma nivå i ILFA-kommunerna som i riket. Förutom Torsås ligger också Emmaboda relativt sett högt (årskurs 9 och gymnasiets år 2), Högsby (årskurs 9) och Hultsfred (gymnasiets år 2).

Rökning: De studerade måtten visar på små skillnader i årskurs 9 mellan ILFA-kommunerna totalt sett och riket. I gymnasiets år 2 tycks dock andelen som röker vara högre i ILFA-kommunerna än i riket. Förutom Torsås uppvisar Högsby en relativt sett hög andel i årskurs 9 och Emmaboda och Hultsfred uppvisar höga andelar i gymnasiet.

Torsås är således den av de nio ILFA-kommunerna som uppvisar högst nivåer av användning för alla tre substanser både i årskurs 9 och gymnasiets år 2.

ANT-vanor bland vuxna

Alkoholvanor: Nivåerna bland vuxna i andelen riskkonsumenter av alkohol (enligt AUDIT-C som är en kortversion AUDIT-skalan och som består av tre alkoholvanefrågor – hur ofta man dricker, hur många glas man dricker per tillfälle och hur ofta man dricker minst 6 glas vid ett och samma tillfälle) ligger i Kalmar län på ungefär samma nivå som för riket, möjligen något under, och som för riket har andelen riskkonsumenter legat ganska still mellan 2008 och 2012. Mönstren gäller i stora drag både för män och för kvinnor. Kalmar ligger högst av alla kommuner totalt sett. Högsby ligger också högt totalt sett.

Mönsterås uppvisar den mest negativa utvecklingen från 2008 till 2012 och detta gäller också för narkotika och tobak. Det är oklart hur detta kan förklaras. Trots statistiskt säkerställda förändringar kan man inte utesluta att ändringarna inte speglar faktiska förändringar utan har att göra med någon form av skevhet i urvalet.

Narkotikavanor (andelen som använt cannabis): Andelen användare har ökat från 2008 till 2012 vilket är i linje med den nationella utvecklingen. Andelen som använt cannabis totalt sett ligger högst i Kalmar, följt av Mönsterås och Högsby. Högsby, som låg högt när det gäller alkohol, ligger generellt sett lågt när det gäller cannabisanvändning.

Dagligrökare: I motsats till alkohol och cannabis ligger denna andel något högre i Kalmar län än i riket. Hultsfred uppvisar högst andel dagligrökare.

ANT-relaterade vårdade patienter, ANT-relaterade dödsfall samt alkoholrelaterat våld (misshandel)

Sambandet mellan antal vårdade och antal dödsfall i kommunerna är ganska tydligt för både alkohol och rökning. (Narkotikadödsfall per kommun redovisas inte.) En kommun som ligger högt på antal vårdade uppvisar generellt sett också relativt höga nivåer i antalet dödsfall.

Högsby, Västervik, Torsås ligger alla tre högt både i antal alkoholrelaterad sjuklighet (antal vårdade med alkoholdiagnos) och alkoholrelaterad dödlighet. Dessa tre ligger också högst i antal narkotikavårdade. Västervik och till viss del också Torsås ligger också högt på båda tobaksrelaterade måtten (vårdade för och döda i KOL och lungcancer). Hultsfred, som uppvisar högst andel dagligrökare 2012 uppvisar totalt sett de högsta nivåerna av både antal vårdade och antal dödsfall i KOL/lungcancer.

Vid jämförelse av vårdade och dödlighet mellan Kalmar län och riket är bilden ungefär densamma som vid jämförelsen med användningen: ungefär samma nivåer av alkoholrelaterade dödsfall och vårdade i Kalmar län som för övriga riket, lägre antal narkotikavårdade patienter i Kalmar län än i övriga riket och något lägre antal narkotikarelaterade dödsfall men högre antal tobaksrelaterade vårdade patienter och dödsfall i Kalmar län jämfört med övriga riket.

Två indikatorer på alkoholrelaterat våld över tid redovisas i rapporten men endast för Kalmar län som helhet och jämfört med riket. Den ena indikatorn avser antal polisanmälda misshandelsbrott utomhus med obekant gärningsman, den andra antal sjukhusvårdade fall av misshandel enligt Socialstyrelsens patientregister. Båda indikatorerna visar på ökning från 2000 till 2007/2008 och därefter minskningar och detta gäller både i riket och i Kalmar län. Nivåerna är något lägre för Kalmar län än för riket när det gäller polisanmälda misshandelsbrott men på i stort sett samma nivå i antal sjukhusvårdade för misshandel.

Hur det hänger ihop

Resultatdelen avslutas med en kortare analys av hur de olika resultaten från de olika undersökningarna och registren hänger ihop på kommunnivå. De mönster som framkommer är inte entydiga och de är oklara när det gäller narkotika. Men sammantaget visar analyserna ändå på att det tycks finnas samband på kommunnivå mellan (1) årskurs 9 och gymnasiets år 2 i höga/låga nivåer av alkohol och rökning, (2) mellan de tre substanserna i årskurs 9 och i gymnasiets år 2, (3) mellan antal vårdade och antal dödsfall för alkohol och tobak (narkotikadödsfallen studeras ej) och (4) mellan ungas alkohol- respektive rökvanor å ena sidan och vårdade och dödsfall relaterade till samma substanser å andra sidan. En kommun som ligger högt på en substans bland unga tenderar således att också ligga högt på övriga två substanser bland unga och också uppvisa högre vårdtal och dödstal.

Sammanfattning i korthet

- När det gäller alkohol är likheterna mellan Kalmar län och riket stora: ungefär samma nivåer och, när det gäller vuxna, små förändringar från 2008 till 2012. När det gäller unga sjunker alkoholkonsumtion betydligt i hela Sverige och i Kalmar län (ILFA-kommunerna) under perioden.
- Narkotikasituationen ser något bättre ut i Kalmar län än i riket men utvecklingen är ogynnsam både i Kalmar län och i riket. Vissa data tyder på att avståndet till riket för de olika narkotikamåtten minskat under senare år. När det gäller gymnasieelever (år 2) är nivåerna i Kalmar läns ILFA-kommuner på i stort sett desamma som i riket.

- Rökning och skador orsakade av rökning är mer utbrett i Kalmar län än i riket men i båda fallen sjunker andelen dagligrökare. Även bland gymnasieelever är andelen dagligrökare högre i Kalmar län (ILFA-kommunerna) än i riket. I årskurs 9 är nivån ungefär densamma som i riket.
- Det finns tydliga skillnader mellan kommunerna i Kalmar både när det gäller användning av ANT, ANT-relaterade skador och, i viss mån, utvecklingen över tid. För de flesta mått som studerats är skillnaderna påtagliga. Detta är kanske som mest tydligt när det gäller antal vårdade och antal dödsfall relaterade till ANT, vilket får ses som allvarligt.

I. Inledning

Sedan 2014 arbetar nio¹ av tolv kommuner i Kalmar län utifrån en modell som syftar till att skapa ett effektivt och strukturerat ANDT-förebyggande arbete. Modellen benämns ILFA (Indikatorsbaserat lokalt förebyggande arbete) och går i korta drag ut på att med hjälp av ett antal indikatorer på hur kommunerna arbetar och hur konsumtionen och skadorna av ANDT utvecklas ge rekommendationer för ett mer framgångsrikt förebyggande arbete i kommunen. Kvantitativa data kompletteras med samtal genom regelbundna kommunbesök och andra mötesformer. I arbetet används befintliga data och när det inte finns kompletteras det med nya mätningar. Fokus i mätningarna är struktur, konsumtion/skador och vilka insatser som genomförs. När ILFA är genomfört ska medverkande kommuner själva i stor utsträckning kunna driva och vidareutveckla arbetet.

Inom ramen för ILFA har länsstyrelsen i Kalmar län beställt uppgifter om hur det ser ut i alla länets tolv kommuner när det gäller ANT-situationen. I denna rapport redovisas detta med fokus på unga och vuxnas ANT-användning samt omfattning och utveckling av ANT-relaterad vård och dödlighet. Kommunspecifika uppgifter redovisas tillsammans med uppgifter för genomsnittet i hela länet och siffror för riket (eller övriga riket).

I kapitel 2 redovisas de olika datamaterialen som analyserats. I kapitel 3 redovisas resultaten av de analyser som genomförts på samtliga material. Rapporten avslutas i kapitel 4 med en kortare diskussion av vissa huvudresultat som framkommit i analyserna.

Beskrivningen av vanorna och konsekvenserna av dessa i kapitel 3 är för det mesta skrivet i presens trots att data avser ett eller flera år tillbaka i tiden. De data som används är de för tillfället mest uppdaterade som finns att tillgå men när det gäller vuxnas användning av alkohol, cannabis och tobak avser den senaste mätningen 2012; därefter finns inga uppgifter om omfattning och utveckling. Erfarenheten är dock att ANT-vanor inte förändras kraftigt från ett år till ett annat varför den bild som vi får om vuxnas vanor 2012 sannolikt ger en tämligen representativ bild även av dagens situation. Sjukvårds- och dödlighetsstatistiken sträcker sig t.o.m. 2013 och misshandelsdata t.o.m. 2014. Uppgifter om ungas vanor av ANT avser 2015.

¹ Dessa nio kommuner är: Högsby, Torsås, Mörbylånga, Hultsfred, Emmaboda, Kalmar, Nybro, Oskarshamn och Västervik.

2. Material och metod

Huvudsakligen används tre olika datakällor i denna rapport i syfte att kunna ge så fyllig bild som möjligt av alkohol-, narkotika- och tobakssituationen både bland ungdomar och vuxna i kommuner i Kalmar län. Två datakällor är enkäter, den tredje består av olika registerdata över ANT-relaterade vårdade patienter, dödsfall och misshandel. Materialen beskrivs närmare nedan.

2.1 Ungas alkohol-, narkotika- och tobaksvanor

De siffror som redovisas när det gäller ungas ANT-vanor härrör från den totalundersökning av skolelevs drogvanor som genomfördes av CAN under våren 2015 i alla nio ILFA-kommuner, på uppdrag av dessa kommuner. Den enkät som användes är identisk med den nationella skolundersökning som också genomfördes under våren, men som görs årligen. Båda riktar sig till elever i årskurs 9 och i gymnasiet år 2. Den nationella baseras dock på ett nationellt representativt urval av elever medan uppdragsundersökningarna i ILFA-kommunerna (och i vissa andra kommuner i landet) är en totalundersökning, dvs. så gott som alla klasser i årskurs 9 och gymnasiet år 2 ingår i urvalsramen. Enkäten delas ut i klassrummet och fylls i under lektionstid. De flesta frågorna avser bruk av olika former av alkohol, narkotika och tobak. För övriga tre kommuner i Kalmar län som inte ingår i ILFA saknas således uppgifter om ANT-vanor bland elever i årskurs 9 och i gymnasiet år 2.

Visserligen är det frågan om en totalundersökning men antalet svarande elever är relativt få i de befolkningsmässigt minsta kommunerna. I Högsby och Torsås uppgår antalet svarande elever per årskull till ca 50. Få svarande leder till större osäkerhet i de uppmätta estimaten i dessa kommuner varför det blir viktigare för dessa kommuner att se om de olika måtten på ANT visar på ungefär samma tendenser och likheter mellan årskurs 9 och gymnasiet år 2.

Totalt deltog 1 524 elever i årskurs 9 och 1 618 elever i gymnasiet år 2 (ca 50 % av vardera kön) i undersökningen i de nio Kalmarmarkkommunerna. Bortfallet av klasser som inte deltog uppgick till 6 procent i årskurs 9 och 8 procent i gymnasiet år 2, att jämföras med 17 respektive 21 procent i riskundersökningen. Bortfallet av elever som inte deltog den dagen då enkäten delades ut uppgick till 14 och 19 procent i årskurs 9 respektive gymnasiet år 2. I riksuppsökningen uppgick motsvarande bortfall till 15 respektive 19 procent. Sammantaget innebär det att täckningskvoten, dvs. antal individer som deltog i relation till antalet av SCB registrerade individer för respektive åldersgrupp per kommun, uppgick till ca 80 procent i årskurs 9 och 70 procent i gymnasiet år 2. Täckningskvoten varierade dock något mellan kommunerna med ca 70 procent som lägst andel i årskurs 9 och 60 procent som lägst i gymnasiet år 2.

Varje ILFA-kommun fick i december 2015 en skriftlig redovisning av resultat för sin kommun jämfört med alla nio kommuner och jämfört med riket. I denna rapport summeras de viktigaste resultaten genom att redovisa hur ANT-vanorna ser ut bland unga i årskurs 9 och gymnasiet år 2 i de nio ILFA-kommunerna var för sig, sammantaget för de nio ILFA-kommunerna, dvs. genomsnittssiffror, och i riket. Genomsnittsvärden för de nio ILFA-kommunerna (också benämna som Kalmar län) baseras på alla elevers svar från dessa kommuner vilket således innebär att de större kommunerna får större genomslag än de små kommunerna eftersom de större kommunerna helt enkelt har fler svarande elever. (Det rör sig alltså *inte* om kommungenomsnitt för de nio kommunerna där respektive kommun väger som en niondel). Det bör också nämnas

att kommunsiffrorna för gymnasieeleverna avser den kommun som eleverna bor i, inte den kommun man går på gymnasiet i.

2.2 Vuxnas alkohol-, narkotika- och tobaksvanor

Samtliga uppgifter om användning (konsumtion) av alkohol, cannabis och tobak bland vuxna (16–84-åringar) baseras på de tilläggsurval i Kalmar läns samtliga kommuner som genomförs inom ramen för Folkhälsomyndighetens nationella folkhälsoenkät (Hälsa på lika villkor [HLV]).

HLV är sedan 2004 en nationell enkätundersökning om hälsa, levnadsvanor och livsvillkor vars syfte är att visa hur befolkningen mår och följa förändringar i hälsa över tid. Den årliga enkäten går till ett slumpmässigt urval av 20 000 personer i åldern 16–84 år. Statistiska centralbyrån (SCB) genomför urval och datainsamling.

Frågorna i enkätens tilläggsurval är identiska med den nationella HLV-enkäten. Tilläggsurvalen i Kalmar län har genomförts 2008 och (senast) 2012. År 2012 svarade ca 5 100 vuxna i åldrarna 16–84 år på enkäten ungefär 300 svarande i flertalet kommuner med undantag av Västervik och Kalmar med 467 respektive 1 376 svarande. År 2008 var antalet något mindre, totalt knappt 4 900, och med större variationer mellan kommunerna. Lägst antal fanns i Högsby och Torsås med ca 120 svarande, i Emmaboda (192 svarande) och i Borgholm och Mönsterås med 237 respektive 269 svarande. De största kommunerna hade flest svarande: Västervik med 806 och Kalmar med 1 290 svarande. Datainsamlingen sker genom postal enkät (och i den nationella HLV kompletterad med webenkät). Det större antalet ifyllda enkäter 2012 gör att precisionen för siffrorna för detta år är större än för 2008.

Bortfallet i befolkningsundersökningar har ökat över tid och detta gäller också HLV som under senare år har ett bortfall på ca 50 procent. I HLV för 2012 (nationella urvalet) var bortfallet 51 procent. Bortfallet i de två speciella tilläggsurvalen är oklart men sannolikt ligger bortfallet även här på ungefär samma andel som i den nationella HLV.

Alkoholfrågorna som analyseras är en kortversion (AUDIT-C) av alkoholskalan AUDIT (sammantaget 10 frågor) och består av följande tre frågor: (1) hur ofta man dricker, (2) hur många glas en typisk dryckesdag och (3) hur ofta man dricker minst 6 glas vid samma tillfälle. Varje fråga ger mellan 0 till 4 poäng och maxpoängen således 12. Gränsen för riskabla alkoholvanor sätts till 5 poäng för kvinnor och 6 poäng för män, enligt vedertagen praxis (FoHM, 2016; Socialdepartementet, 2013).

Användning av cannabis mäts genom en fråga där man genom olika svarsalternativ kan särskilja de som använt cannabis någon gång, använt cannabis under de senaste 12 månaderna och använt cannabis under de senaste 30 dagarna. I analyserna studeras nivåer och utveckling av andelen som använt cannabis någon gång där alltså också 12-månaders och 30-dagarsanvändning ingår. På länsnivå redovisas också andelen som använt under de senaste 12 månaderna.

Flera frågor om tobak ställs men här redovisas svaren på frågan om man röker dagligen. Fokus ligger alltså på andelen dagligrökare.

Förutom kommunspezifika uppgifter från Kalmar läns samtliga tolv kommuner redovisas länsvärden genom att inkludera svaren från alla respondenter i alla tolv kommuner. Det rör sig alltså inte om kommungenomsnitt utan om medelvärden för alla respondenter sammantaget i dessa tolv kommuner. Kommun- och länssiffrorna jämförs genomgående med rikssiffror för samma år (2008 och 2012).

2.3 Antalet döda och skadade på grund av alkohol, narkotika eller tobak

Att minska antalet döda och skadade på grund av eget (och andras bruk) av ANT är ett grundläggande långsiktigt mål för det förebyggande ANDT-arbetet i Sverige. Dödsfall och sjuklighet orsakade av alkohol, tobak och narkotika är att betrakta som viktiga och centrala indikatorer på ANT-problemets omfattning och utveckling. Det är vidare välbelagt att skadligt bruk och missbruk av ANDT bidrar till en stor del av den förtida dödligheten och andra skador (se exempelvis Babor, m.fl., 2010).

Inom ramen för ILFA har data över antalet ANT-relaterade dödsfall och antal patienter som vårdats med ANT-relaterade diagnoser (enligt ICD-10) inom sjukhusvården erhållits från Socialstyrelsens dödsorsaksregister och patientregister. Utgångspunkten är ett urval av de långsiktiga indikatorer som tidigare föreslagits av regeringens projektgrupp och som också beslutats av regeringen att användas för att följa upp regeringens ANDT-strategi 2011–2015 (Socialdepartementet, 2013).

Patientregistret inkluderar både slutenvård och öppenvård. Eftersom öppenvårdsdata fått en allt större diagnostäckning under senare år inkluderas därför både slutenvård och öppenvård där ANT-relaterade diagnoser förekommer som huvuddiagnos och/eller bidiagnos. De diagnoser som följs är vedertagna och följer de indikatorer som regeringen följer upp inom ramen för den nationella ANDT-strategin. Eftersom uppgifter redovisas per kommun och många kommuner är små till befolkningen är siffrorna endast redovisade i tre fyraårsperioder – 2002–2005, 2006–2009 och 2010–2013. För mer information hänvisas till den rapport som projektgruppen för indikator redovisade år 2013 (se Socialdepartementet, 2013). Uppgifterna avser antal vårdade patienter per 1 000 invånare 15 år och äldre under respektive fyraårsperiod.

Statistiken över ANT-relaterad dödlighet inkluderar, när inget annat anges, dödsfall med ANT-relaterad diagnos som antingen underliggande och/eller bidragande dödsorsak och med samma diagnoser som för sluten- och öppenvårdsstatistiken. Uppgifterna avser antal dödsfall per 1 000 invånare 15 år och äldre under respektive fyraårsperiod.

När det gäller uppgifter om antalet dödsfall är antalet fall i många av ILFA-kommuner mycket få, framförallt när det gäller narkotika men också till viss del alkohol och tobak. Därför redovisas inga kommunspecifika uppgifter om antalet narkotikarelaterade dödsfall och siffror när det gäller alkohol och tobak skall tolkas med viss försiktighet. För samtliga tre redovisas dock läns-siffror (medelvärden för alla invånare boende i Kalmar län) och siffror för övriga riket. Med övriga riket avses alla län förutom Kalmar län.

Alkohol

När det gäller alkohol redovisas antalet dödsfall där en alkoholdiagnos (enligt ICD-10) specifikt anges som orsak (underliggande och/eller bidragande) till dödsfallet. I detta kombinerade mått (av Socialstyrelsen benämnt alkoholindex) inkluderas alla diagnoser där alkohol uttryckligen nämns som orsak till dödsfallet (t.ex. toxisk effekt av alkohol [T51], leversjukdom orsakad av alkohol [K70], psykiska störningar och beteendestörningar orsakade av alkohol [F10]). Dödsfall där någon explicit alkoholdiagnos inte uppgetts ingår således inte. Exempelvis ingår därför inte hela gruppen leversjukdomar endast de alkoholspecifika leverfallen.

Undergrupper av alkoholspecifik dödlighet såsom levercirros och alkoholförgiftningar redovisas inte pga. för få antal tal i flera av ILFA-kommunerna och därmed stora slumpmässiga

variationer över tid. Endast det sammanvägda totala antalet specifika dödsfall bedöms en mer rättvis bild även om det fortfarande är så att antalet fall är relativt sett få i många av kommunerna.

Sjukvårdsdata är ett viktigt komplement till dödsorsaksstatistiken genom att den dels innehåller fler personer, dels speglar alkoholskador uppkomna i ett tidigare skede. Även här kan man ta fram ett alkoholindex som inkluderar samtliga patienter som vårdas inom den slutna vården och/eller den öppna specialistvården med en alkoholspecifik diagnos som huvud- och/eller bidiagnos enligt samma ICD-kriterier som för dödsfallen. Således redovisas även detta alkoholindex även för antalet vårdade patienter.

Narkotika

Beträffande narkotika redovisas samtliga vårdade patienter med diagnoser där narkotika uttryckligen nämns som orsak till vårdtillfället (t.ex. psykiska störningar och beteendestörningar orsakade av psykoaktiva substanser [F11–F16, F18, F19], förgiftning med narkotiska och psykodysleptiska medel [T40]), antingen som huvud- och/eller bidiagnos.

Det finns också ett liknande narkotikaindex för dödsfall orsakade av narkotika men, som nämndes ovan, är antalet för få för att redovisas per kommun. Däremot redovisas den för länet som helhet jämfört med motsvarande utveckling i hela riket. Det är denna tidsserie över narkotikarelaterade dödsfall som Socialstyrelsen löpande redovisar i den årliga redovisningen av dödsorsaker i Sverige (t.ex. Dödsorsaker 2014, se Socialstyrelsen, 2015).

Tobak

Som indikatorer på skador orsakade av tobaksbruk redovisas omfattning och utveckling av totalt antalet dödsfall och antal vårdade i lungcancer och/eller kronisk obstruktiv lungsjukdom (KOL) (hädanefter KOL/lungcancer) enligt samma princip som för alkohol och narkotika. Dessa två brukar betraktas som de viktigaste och större tobaksrelaterade sjukdomarna och dödsorsakerna.

Det bör här påpekas att det är en lång eftersläpning mellan befolkningens rökvanor och tobaksrelaterad sjuklighet och dödlighet. Detta innebär att den aktuella utvecklingen speglar förändringar i rökvanor flera decennier bakåt i tiden och att man inte kan förvänta sig tydliga samband med aktuella trender i rökvanor.

2.4 Misshandel

För att få en bredare bild av alkoholskadeutvecklingen bör sjukvårds- och dödlighetsdata kompletteras med indikatorer som speglar negativa sociala beteenden kopplade till hög alkoholkonsumtion. En sådan är våld och framförallt misshandel. Flera undersökningar visar att alkoholkonsumtionen per invånare varierar systematiskt med polisanmälda misshandelsbrott (Kühlhorn, 2004). Vidare visar studier om lagförda för misshandel att mellan 70–80 procent av dessa personer var alkoholpåverkade vid brottstillfället. Ju högre konsumtion desto fler misshandelsfall. När det gäller alkohol finns det i litteraturen tecken som tyder på ett starkt samband med alkoholkonsumtion och våld som begås utomhus (se t.ex. Norström, 1998) och sannolikt är sambandet är som starkast med våldsbrott utomhus där gärningsmannen är obekant med offret (se också Socialdepartementet, 2013).

På basis av detta föreslog den projektgrupp som tog fram indikatorer på uppdrag av Socialdepartementet (2013) rekommenderade mått som kan följas upp både på riket och regionalt:

- Antalet polisanmälda misshandelsbrott utomhus med obekant gärningsman, per 100 000 inv. 15 år och äldre. Källa: Brottsförebyggande rådet.
- Antalet sjukhusvårdade fall av misshandel enligt ICD-10 X85-Y09 enligt patientregistret (slutenvård plus öppenvård), per 100 000 invånare 15 år och äldre. Källa: Socialstyrelsens patientregister.

Inom ramen för denna rapport inte haft möjligheter att skaffa lokala data för dessa två indikatorer. Nedan redovisas därför utvecklingen för dessa två alkoholrelaterade indikatorer endast för Kalmar län och för riket.

Till sist bör det nämnas att några liknande indikatorer över narkotikarelaterat våld inte finns även om det är sannolikt att även narkotikabrukets omfattning kan påverka nivån av antal misshandelsfall.

3. Resultat

3.1 Elever i årskurs 9 och gymnasiets år 2

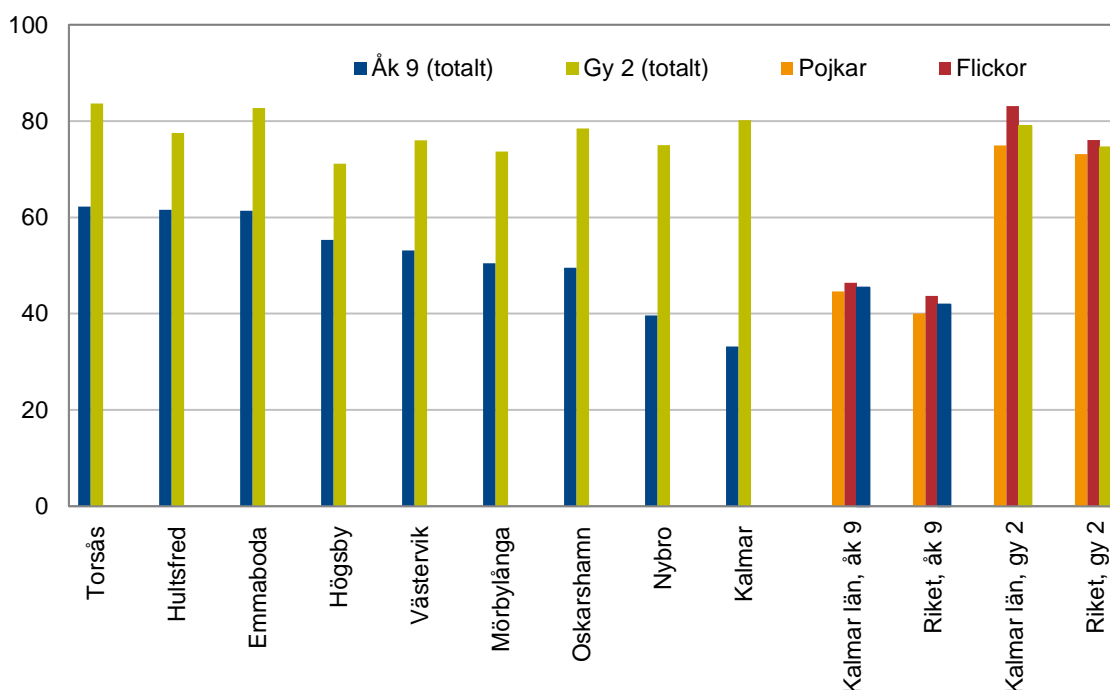
Nedan redovisas de som vi bedömer viktigaste indikatorerna när det gäller ungas alkoholvanor, narkotikavanor och rökvanor. Övriga indikatorer som sammanställts, men som inte presenteras nedan, finns redovisade dels i en excelbilaga som tagits fram i anslutning till arbetet med denna rapport, dels i de kommunspecifika rapporter som skickats till respektive kommun.

Alkohol

Nedan redovisas de som vi bedömer viktigaste indikatorerna när det gäller ungas alkoholkonsumtion: andelen som dricker, hur mycket man totalt sett dricker uttryckt i liter ren alkohol per respondent (dvs. genomsnittskonsumtion) och andelen som dricker stora mängder alkohol (berusningsdricker) vid ett och samma dryckestillfälle, minst en gång per månad.

Andelen konsumenter av alkohol

Andelen elever i årskurs 9 och i gymnasiets år 2 som dricker alkohol framgår av figur 1. Några av kommunerna uppvisar en andel på drygt 50 procent, två på under 40 procent (Kalmar med 33 % och Nybro med knappt 40 %) och tre kommuner ligger över 60 procent, nämligen Torsås (som ligger allra högst), Hultsfred och Emmaboda. Genomsnittet för hela riket i årskurs 9 är 42 procent vilket innebär att genomsnittet för elever i Kalmar läns ILFA-kommuner (och för flertalet av dessa kommuner var för sig) ligger högre jämfört med riket totalt sett.



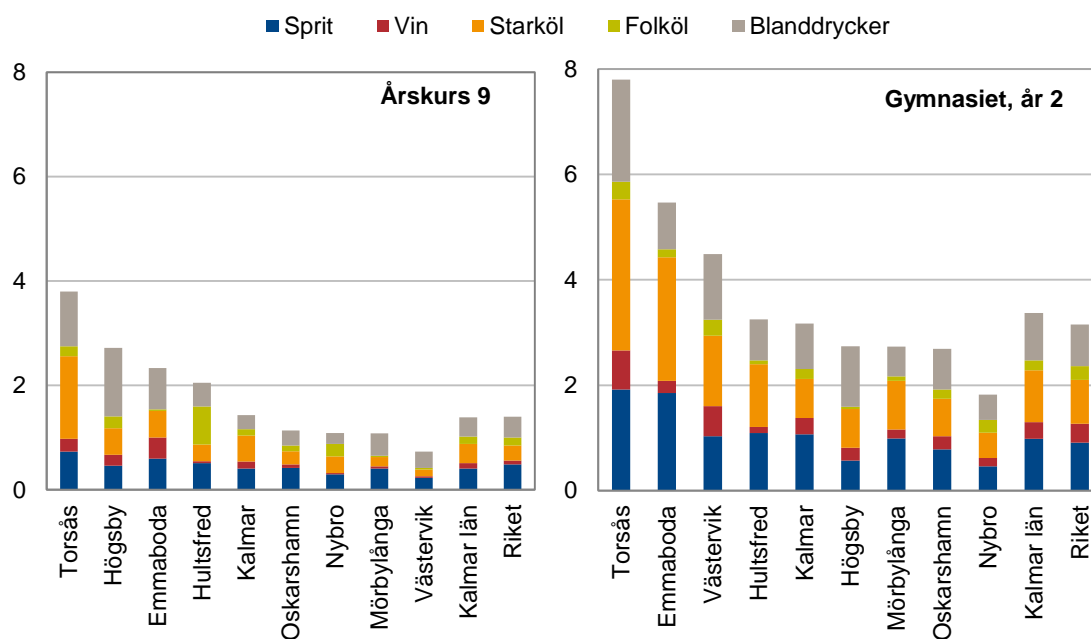
Figur 1. Andelen alkoholkonsumenter i kommuner i Kalmar län (de 9 ILFA-kommunerna) och i riket. Procent. 2015. (Rangordnat från kommun med högst andel till kommun med lägst andel i årskurs 9.)

Gymnasieleverna uppvisar, inte oväntat, högre andelar konsumenter i alla av kommunerna jämfört med årskurs 9. Torsås ligger högst med 84 procent, följt av Kalmar (80 %) och Hultsfred (78 %). Skillnaderna mellan kommunerna är mindre i gymnasiet än i årskurs 9 och ligger i regel på mellan 70–80 procent konsumenter. Flertalet av kommunerna – och genomsnittet för alla deltagande elever i gymnasiet – ligger något högre (79 %) än motsvarande andel i riket (75 %).

Den genomsnittliga årskonsumtionen av alkohol

I enkäten ställs frågor om hur ofta och hur mycket man i genomsnitt dricker per alkoholdryck. Genom att summera dessa och räkna om mängderna till liter 100 % (ren) alkohol får man en bild av den totala alkoholkonsumtionen under en ettårsperiod (2015) för olika grupper, t.ex. pojkar och flickor.

Som framgår av figur 2 och tabell 1 är variationerna relativt sett stora mellan de nio kommunerna både i årskurs 9 och i gymnasiet år 2. Högst konsumtion uppvisar i båda fallen Torsås. I årskurs 9 ligger också Högsby, Emmaboda och Hultsfred högt. Lägst konsumtionsnivåer i årskurs 9 redovisar Västervik, Nybro och Mörbylånga. I gymnasiet uppvisar, efter Torsås, Emmaboda och Västervik högst nivåer. Emmaboda uppvisar också en hög nivå i årskurs 9 medan Västervik uppvisade en låg nivå i årskurs 9. Även i gymnasiet ligger konsumtionsnivån relativt sett lågt i Nybro.



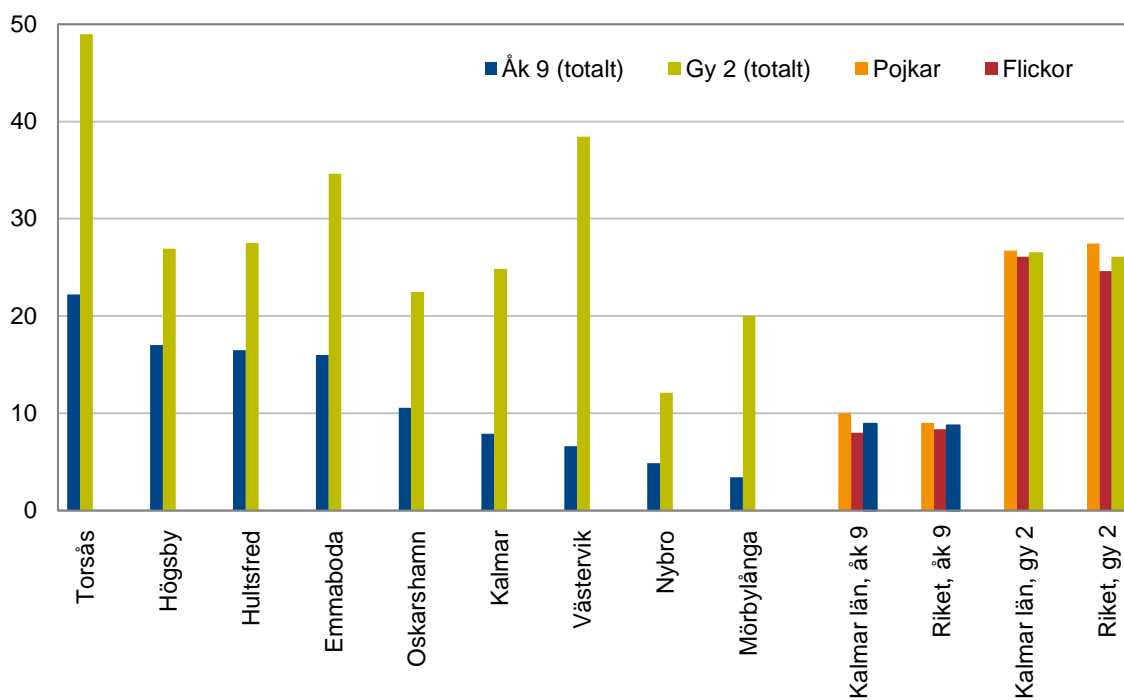
Figur 2. Den beräknade genomsnittliga årskonsumtionen av respektive alkoholdryck mätt i liter ren alkohol (100 %) i Kalmar län (de 9 ILFA-kommunerna) och i riket. 2015. (Rangordnat från kommun med högst konsumtion till kommun med lägst konsumtion.)

Tabell 1. Liter ren (100 %) alkohol totalt och per alkoholdryck mätt i liter ren alkohol (100 %) per respondent (per capita) i kommuner i Kalmar län (de 9 ILFA-kommunerna) och i riket (rangordnat från högst total konsumtion till lägst [från vänster till höger]).

Årskurs 9	Torsås	Högsby	Emma-boda	Hults-fred	Kalmar	Oskars-hamn	Nybro	Mörby-långa	Väster-vik	Kalmar län	Riket
Sprit	0,73	0,46	0,60	0,51	0,41	0,42	0,30	0,41	0,23	0,41	0,49
Vin	0,25	0,21	0,40	0,04	0,13	0,07	0,02	0,04	0,03	0,10	0,07
Starköl	1,58	0,51	0,51	0,32	0,50	0,25	0,32	0,18	0,13	0,37	0,29
Folköl	0,19	0,23	0,03	0,73	0,12	0,11	0,24	0,02	0,03	0,14	0,15
Blanddrycker	1,05	1,31	0,79	0,45	0,27	0,29	0,21	0,43	0,31	0,37	0,40
Totalt	3,80	2,71	2,32	2,05	1,42	1,14	1,09	1,08	0,74	1,39	1,40
Gymnasiet, år 2	Torsås	Emma-boda	Väster-vik	Hults-fred	Kalmar	Högsby	Mörby-långa	Oskars-hamn	Nybro	Kalmar län	Riket
Sprit	1,92	1,85	1,03	1,09	1,07	0,57	0,99	0,78	0,46	0,98	0,91
Vin	0,74	0,23	0,57	0,12	0,31	0,24	0,17	0,25	0,16	0,32	0,36
Starköl	2,87	2,35	1,34	1,19	0,74	0,74	0,92	0,71	0,48	0,98	0,83
Folköl	0,33	0,15	0,30	0,07	0,19	0,04	0,09	0,18	0,24	0,19	0,26
Blanddrycker	1,94	0,89	1,25	0,78	0,86	1,15	0,56	0,77	0,48	0,9	0,79
Totalt	7,81	5,47	4,49	3,24	3,17	2,74	2,74	2,69	1,82	3,37	3,14

Andelen som intensivkonsumerar alkohol minst en gång i månaden

I figur 3 redovisas andelen som dricker stora mängder vid ett och samma dryckestillfälle minst en gång per månad. Torsås ligger högst både i årskurs 9 och gymnasiet år 2. Även i övrigt är mönstret ungefär detsamma som när det gäller konsumtionsnivåerna: i årskurs 9 högt också i Högsby, Hultsfred och Emmaboda; i gymnasiet högt också i Västervik och Emmaboda. Nybro och Mörbylånga uppvisar lägst andelar i båda årskullarna. Västervik uppvisar låg andel i årskurs 9 men, som nämndes, hög andel i gymnasiet.



Figur 3. Andelen elever som intensivkonsumerat alkohol någon gång i månaden eller oftare, i kommuner i Kalmar län (ILFA-kommunerna) och riket. Procentuell fördelning i årskurs 9 och gymnasiet år 2. 2015. (Rangordnat från kommun med högst andel till kommun med lägst andel i årskurs 9.)

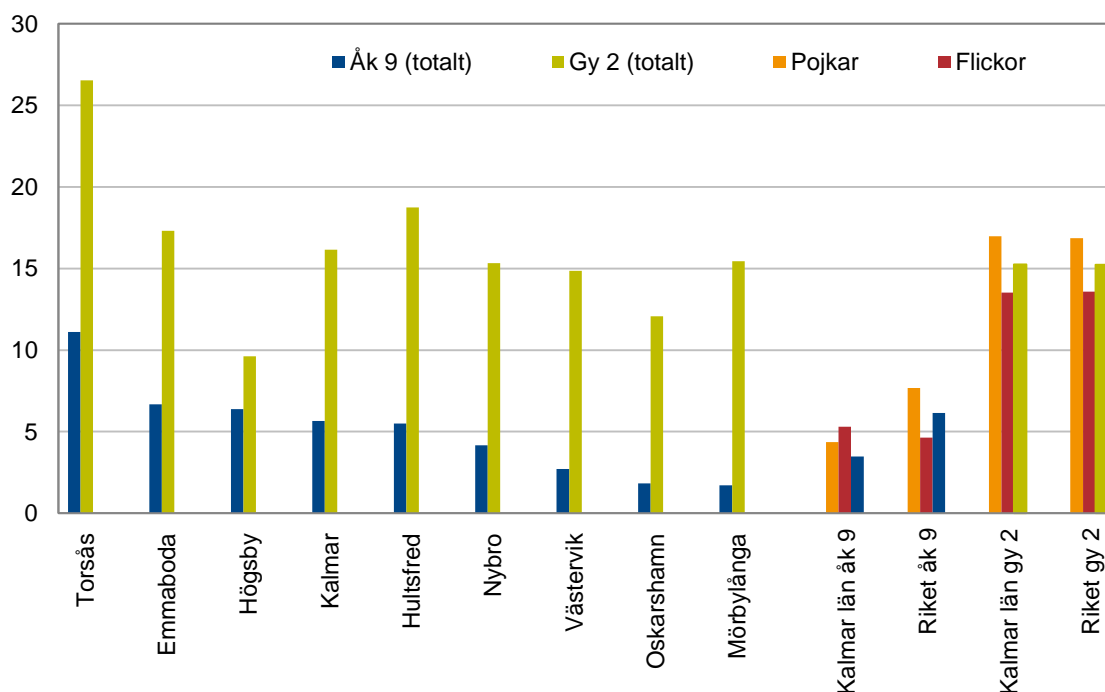
Narkotika

Det i särklass vanligaste narkotiska preparatet både bland unga och vuxna är cannabis och, åtminstone bland unga, är idag marijuana vanligare än hasch (se exempelvis Gripe, 2015). När andelen som använder narkotika studeras, såsom nedan, så svarar således cannabis för en mycket stor del av denna andel. Av de elever i CAN:s riksundersökningar 2014 och 2015 som svarade att de använt narkotika hade drygt 83 procent i årskurs 9 och 92 procent i gymnasiets år 2 använt cannabis antingen som enda preparat eller som ett av flera preparat (Gripe, 2015).

Nedan redovisas två prevalensmått: de som någon gång använt narkotika (använt minst en gång) och de som använt under de senaste 12 månaderna. I årskurs 9 är skillnaderna mellan de två måtten liten men i gymnasiet, inte oväntat, något större.

Andel som använt narkotika någon gång (livstidsprevalens)

Figur 4 visar andelen elever som någon gång använt narkotika för de nio ILFA-kommunerna var för sig, totalt för de nio ILFA-kommunerna och för riket. Kommunsiffrorna redovisas inte per kön. Torsås uppvisar högst andel både i årskurs 9 och i gymnasiet. Mörbylånga uppvisar lägst andel i årskurs 9 och Högsby lägst andel i gymnasiet. Som framgår av figuren är andelarna i årskurs 9 något lägre i ILFA-kommunerna sammantaget jämfört med riket men på samma nivå i gymnasiet (åk 9: totalt 3,5 % använt i Kalmar län (ILFA) och 6,1 % i riket; gymnasiets år 2: 11,2 % både i Kalmar län (ILFA) och riket).

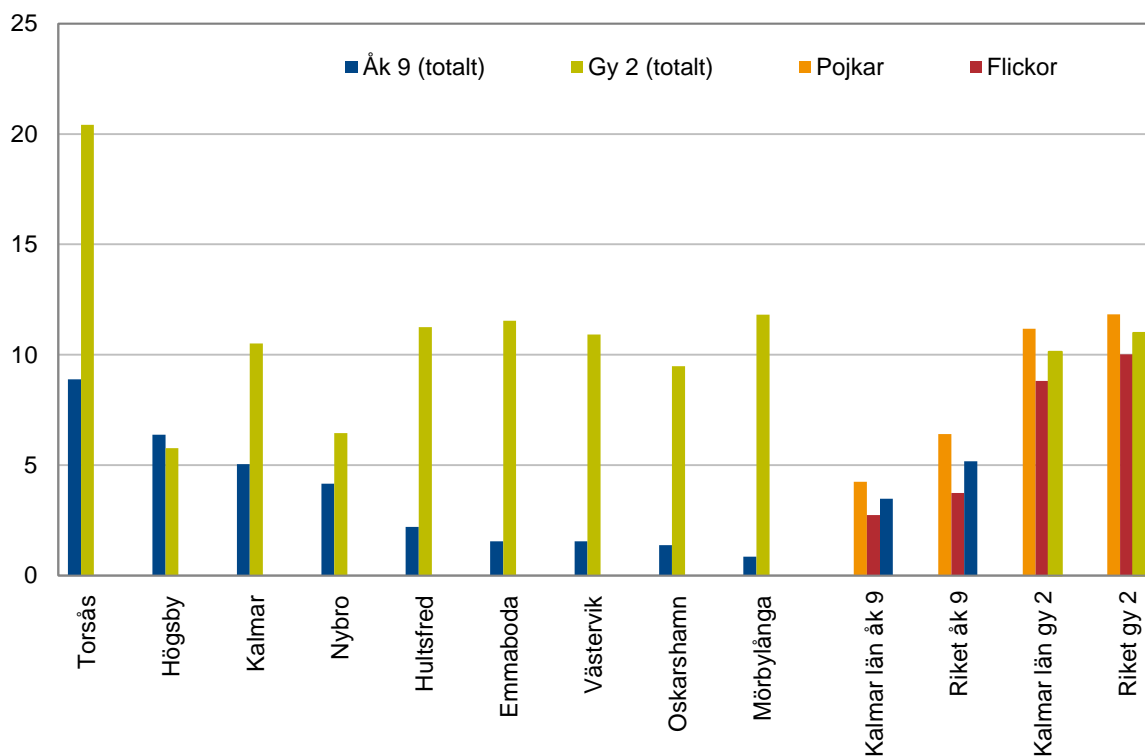


Figur 4. Andelen elever som någon gång använt narkotika, i kommuner i Kalmar län (de 9 ILFA-kommunerna) och riket. Procentuell fördelning i årskurs 9 och gymnasiet år 2. 2015. (Rangordnat från kommun med högst andel till kommun med lägst andel i årskurs 9.)

Andel som använt narkotika under de senaste 12 månaderna (12-månadersprevalens)

I figur 5 redovisas andelen som använt narkotika under de senaste 12 månaderna för de nio ILFA-kommunerna var för sig, totalt för ILFA-kommunerna (Kalmar län) och för riket. Kommunsiffrorna redovisar inte könsspecifika.

I stort sett samma mönster framkommer som för livstidsprevalensen: högst andel i Torsås både i årskurs 9 och gymnasiet år 2 och med lägst andel i Mörbylånga i årskurs 9 och i Högsby (tätt följd av Nybro) i gymnasiet. I motsats till gymnasiet ligger Högsby högt i årskurs 9. Återigen framgår det att narkotikaanvändningen är lägre i Kalmar läns ILFA-kommuner än i riket i årskurs 9 men att skillnaden är liten i gymnasiet.



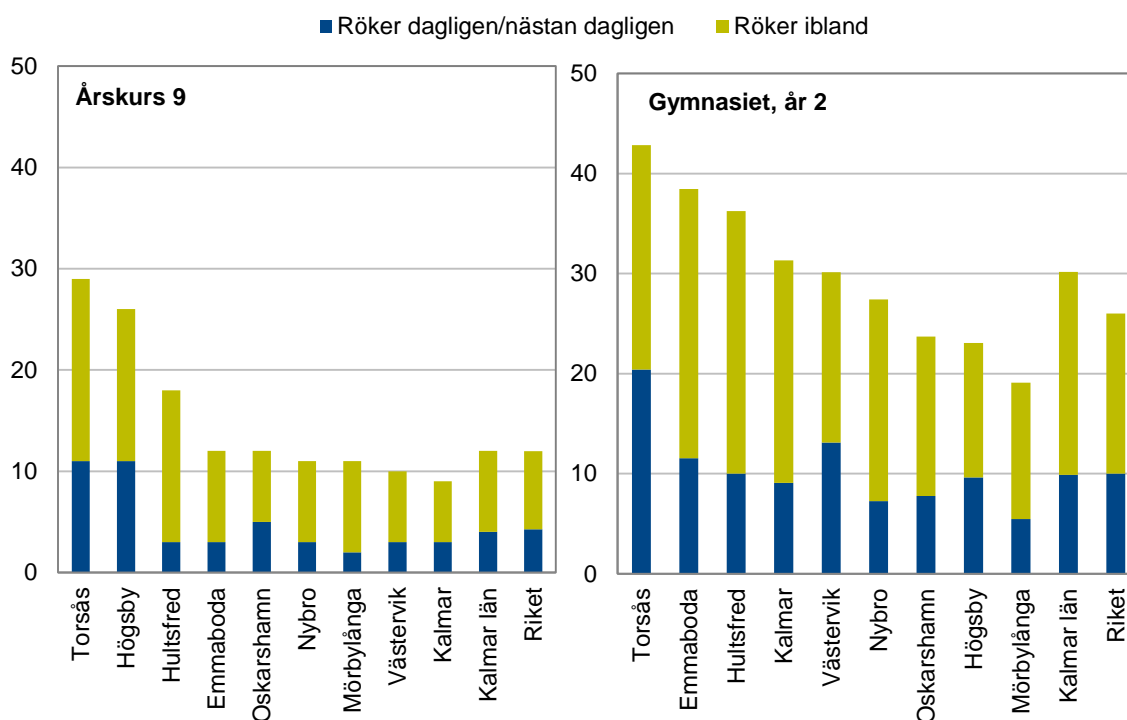
Figur 5. Andelen elever som använt narkotika under de senaste 12 månaderna, i kommuner i Kalmar län i Kalmar län (ILFA-kommunerna) och i riket. Procentuell fördelning i årskurs 9 och gymnasiet år 2. 2015. (Rangordnat från kommun med högst andel till kommun med lägst andel i årskurs 9.)

Rökning

Andelen som röker dagligen/nästan dagligen, ibland och totalt (summan av båda andelarna) i de nio ILFA-kommunerna i Kalmar län, och i riket framgår av figur 6. Återigen ligger Torsås allra högst i båda årskullarna. I årskurs 9 ligger också Högsby högt medan Kalmar och Västervik uppvisar lägst andelar. I gymnasiet uppvisar också Emmaboda och Hultsfred relativt höga andelar medan Mörbylånga uppvisar den lägsta andelen.

Som också framgår av figuren ligger andelen rökare i årskurs 9 på ungefär riksgenomsnittet (ca 12 %) medan andelen i gymnasiet år 2 är något högre i Kalmar län (ILFA-kommunerna) än i riket (30 % resp. 26 %).

Omfattning av snusning redovisas inte närmare i denna rapport men kort kan nämnas att även här ligger Torsås högst i årskurs 9 följt av Högsby medan andelen i gymnasiet är högst i Emmaboda följt av Torsås.



Figur 6. Andelen elever som röker i kommuner i Kalmar län i Kalmar län (de 9 ILFA-kommunerna) och i riket. Procentuell fördelning i årskurs 9 och gymnasiet år 2. 2015. (Rangordnat från kommun med högst andel till kommun med lägst andel.)

Sammanfattning av ungdomars ANT-vanor

Sammanfattningsvis finns således lokala variationer som är intressanta att försöka förstå närmare och som kräver ytterligare analyser men som inte låter sig göras inom ramen för denna rapport (se också kap. 3.5). Torsås ligger markant högre på alla alkoholmått, narkotikamått och mått på rökning, både i årskurs 9 och gymnasiet år 2. Om detta är ett mönster som framkommit tidigare och om det kommer att fortsätta med nya årskullar vet vi inte. Men det är inte osannolikt att det finns en viss kontinuitet över tid, exempelvis att de svarande eleverna i gymnasiet år 2 i mätningen 2015 uppvisade höga nivåer redan i årskurs 9 två år tidigare samt att eleverna i årskurs 9 år 2015 kommer att redovisa höga nivåer även i gymnasiet år 2 år 2017.

Kalmar, som är den största kommunen i länet, visar på den lägsta andelen alkoholkonsumenter i årskurs 9 men en av de högsta i gymnasiet år 2. Vad detta beror på är oklart men nyligen genomförda analyser visar att både de gymnasieelever som bor i Kalmar och de som går i skolan i Kalmar, men som bor i andra kommuner, uppvisar mycket lika (och höga) nivåer. Att gymnasieskolorna ligger högt i Kalmar kan alltså inte förklaras av höga nivåer bland de elever som går i dess skolor men som bor i andra kommuner.

Figurerna 7–8 visar skillnaderna mellan ILFA-kommunerna (Kalmars län) och mellan dessa och riket som helhet för vissa centrala mått, de flesta av dem redovisade tidigare i detta kapitel.

Alkohol

För ILFA-kommunerna som helhet uppgår värdena på de studerade alkoholmåtten till i stort sett samma nivåer som för riket som helhet. Ett viktigt undantag finns dock, nämligen flickor i gymnasiet år 2 i Kalmar län (ILFA) som uppvisar högre nivåer på i stort sett samtliga alkoholmått jämfört med flickor i gymnasiet år 2 i riket. Exempelvis svarar 83 procent av gymnasieflickorna i ILFA-kommunerna att de dricker alkohol jämfört med 76 procent i riket. Den uppmätta alkoholkonsumtionen uppgår i samma grupp till ca 3,1 liter ren alkohol i Kalmar län (ILFA) och 2,6 liter i riket.

Förutom Torsås ligger även Emmaboda högt på de studerade alkoholmåtten i båda årskullarna, Högsby i årskurs 9 och Västervik bland gymnasieeleverna.

Narkotika

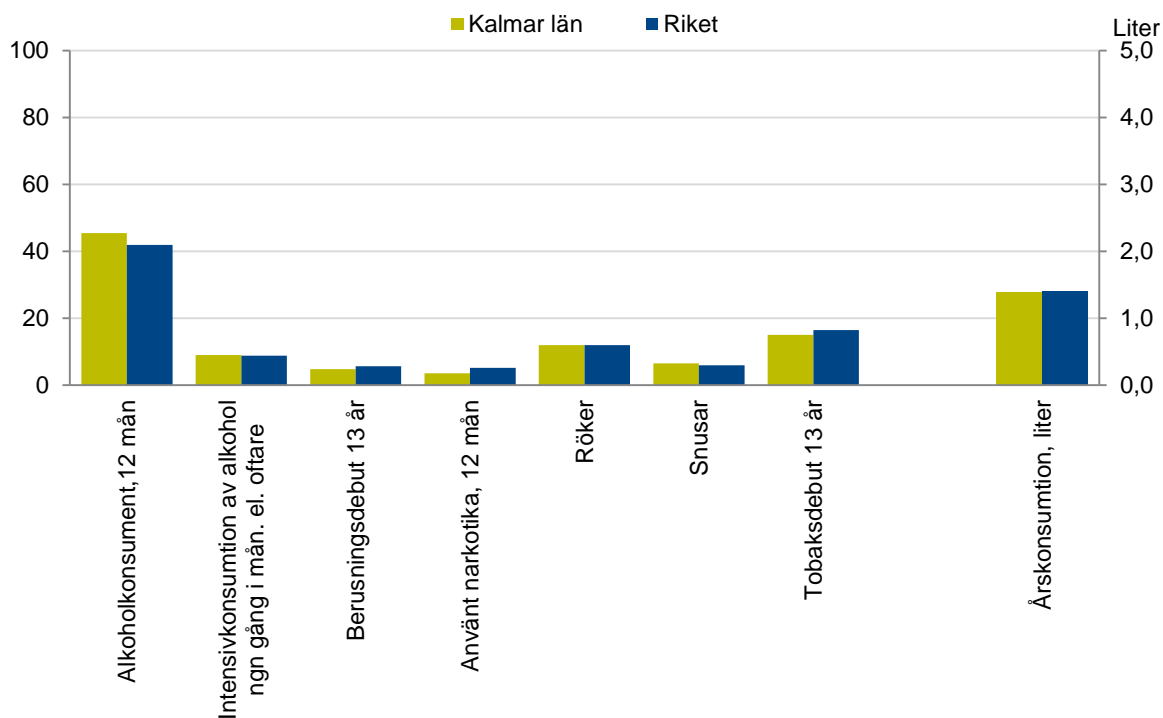
Narkotikaanvändning tycks vara något mindre vanligt bland elever i årskurs 9 i ILFA-kommunerna än i riket, framförallt bland pojkar. Bland gymnasieeleverna verkar dock dessa skillnader ha försvunnit: andelen som använt narkotika någon gång eller som använt under de senaste 12 månaderna är på ungefär samma nivå i ILFA-kommunerna som i riket.

Torsås ligger högst både i årskurs 9 och gymnasiet år 2. Emmaboda uppvisar också relativt sett höga nivåer i båda årskullarna medan Högsby uppvisar relativt sett höga nivåer (andelar) i årskurs 9 och Hultsfred i gymnasiet.

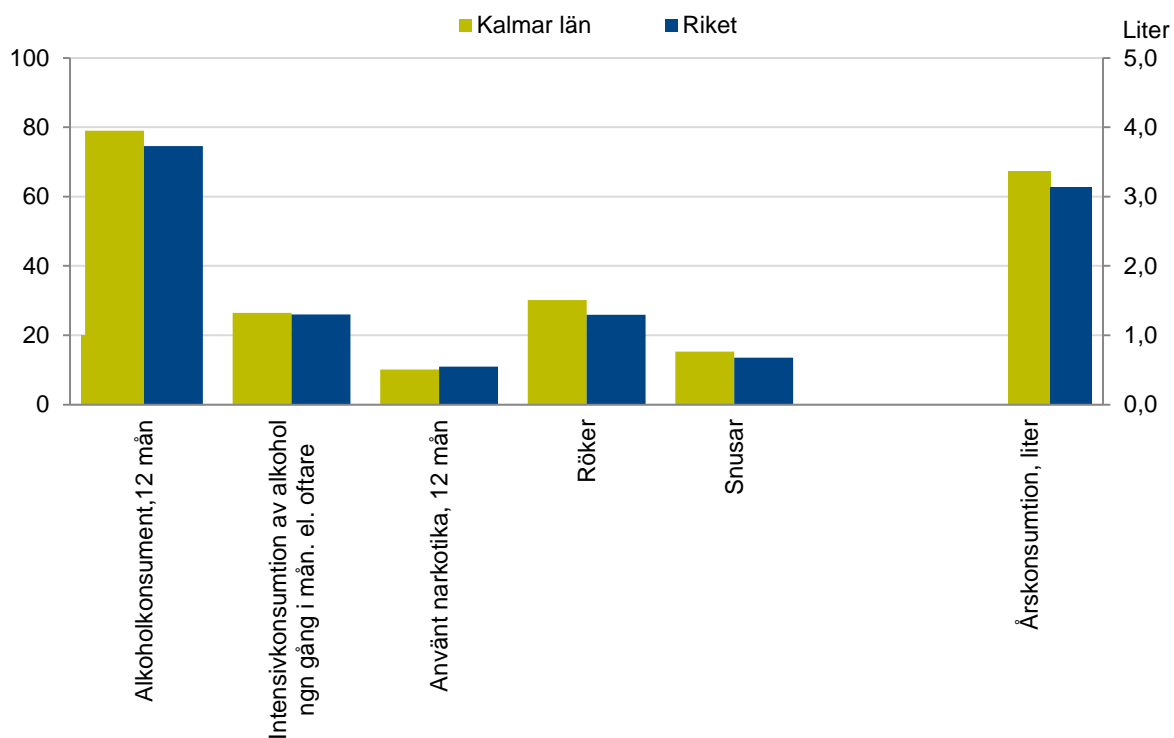
Rökning

När det gäller rökning visar de studerade måtten på små skillnader i årskurs 9 mellan ILFA-kommunerna totalt sett och riket. I gymnasiet år 2 tycks dock andelen som röker vara högre i ILFA-kommunerna än i riket. Vad detta beror på är oklart men värt att studera vidare.

Torsås uppvisar högst andel rökare både i årskurs 9 och gymnasiet år 2, Högsby relativt sett hög andel i årskurs 9 och Emmaboda och Hultsfred höga andelar i gymnasiet.



Figur 7. En jämförelse mellan Kalmar län (ILFA-kommunerna) och riket, för åtta ANDT-indikatorer i årskurs 9. Procent (7 första indikatorerna) och liter ren alkohol (indikator 8, längst till höger). 2015.



Figur 8. En jämförelse mellan Kalmar län (ILFA-kommunerna) och riket, för sex ANDT-indikatorer i gymnasiet år 2. Procent (5 första indikatorerna) och liter ren alkohol (indikator 6, längst till höger). 2015.

3.2 Vuxna befolkningens ANT-vanor i Kalmar läns kommuner

I detta avsnitt redovisas resultaten från analyser av HLV:s tilläggsurval för samtliga tolv kommuner i Kalmar län för 2008 och 2012. De tre kommuner som inte ingår i ILFA är således inkluderade. Genomgående jämförs kommunsiffrorna med genomsnittet för alla svarande i länet (alla respondenter från alla tolv kommuner) och med riksgenomsnittet (alla respondenter i HLV:s riksurval). Könsspecifika analyser genomförs också och redovisas per kommun. Skillnader mellan olika åldersgrupper låter sig inte göras per kommun pga. för litet statistiskt underlag. Istället redovisas andelen riskkonsumenter i fyra olika åldersgrupper för länet som helhet och för riket. Uppgifter efter 2012 saknas för länet men det planeras för ett nytt tilläggsurval för 2018. För riket finns dock uppgifter fram t.o.m. 2015.

Andel riskkonsumenter bland vuxna (AUDIT-C)

Tabell 2 visar på andelen riskkonsumenter, enligt AUDIT-C (5 poäng eller mer för kvinnor och 6 poäng eller mer för män), 2008 och 2012 för samtliga tolv kommuner i länet, i länet som helhet och totalt för riket. Kommunerna är rangordnade efter 2012-års siffror (från högst till lägst andel). Andelen riskkonsumenter i riket som helhet uppgår båda åren till ca 17 procent. Andelen är något lägre i Kalmar län (15 % både 2008 och 2012). Av de tolv kommunerna redovisar Kalmar den högsta andelen (16,3 %) följt av Högsby (16,2 %) och Västervik (15,9 %). Lägst andelar uppvisar Borgholm (11,1 %) Hultsfred (12,1 %) och Mörbylånga (13,3 %). Andelen riskkonsumenter uppgår för flertalet kommuner till mellan 14–16 procent.

Av tabell 2 och figur 9 framgår vidare att flertalet kommuner uppvisar relativt små förändringar mellan 2008 till 2012 med undantag av Mönsterås som redovisar en ökning på drygt 5 procentenheter vilket, för övrigt, också är den enda statistiskt säkerställda förändringen. Även Högsby uppvisar en stor ökning men den är inte statistiskt säkerställd.

I tabellerna 3–4 redovisas motsvarande siffror för andelen riskkonsumenter för män respektive kvinnor. För båda könen ligger Kalmar län något lägre än riksgenomsnittet och för kvinnorna minskar skillnaden mot riket något över tid; detta eftersom andelen riskkonsumenter i Kalmar län är på en stabil nivå men sjunker något i riket mellan 2008–2012.

Kommunskillnaderna i andelen riskkonsumenter är inte desamma för män och kvinnor. Kalmar ligger, som framkom ovan, högst totalt sett och detta förklaras av att andelen är högst av alla kommuner bland kvinnorna medan andelen riskkonsumenter bland män ligger på ungefär samma nivå som läns-genomsnittet. Högsby ligger däremot högt bland männen men lågt bland kvinnorna. Ett motsatt mönster framkommer för Hultsfred: en hög andel bland kvinnorna men en låg andelen bland männen.

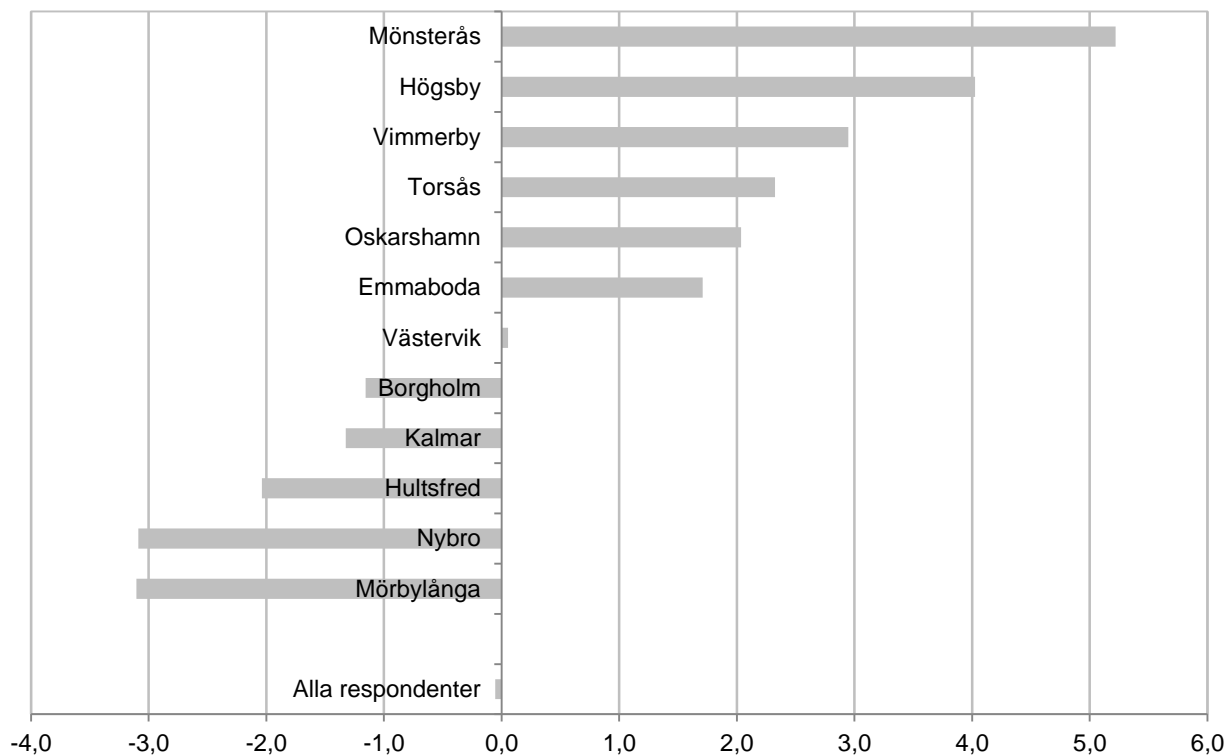
Mönsterås kraftiga ökning gäller både män och kvinnor. Emmaboda uppvisar en betydande ökning för männen (dock ej statistiskt säkerställd) men ingen ökning för kvinnorna (snarare tvärtom). Mörbylånga uppvisar däremot, tvärtom, en kraftig nedgång i andelen riskkonsumenter bland kvinnorna men en stabil andel bland männen.

Tabell 2. Andel riskkonsumenter av alkohol enligt AUDIT-C, i kommuner i Kalmar län (HLV:s tilläggs-
urval) och i riket (HLV). År 2008 och 2012. (Rangordnade efter högst andel 2012.)

	2008		2012		Differens i procentenheter ¹
	Antal resp.	Andel	Antal resp.	Andel	
Kalmar	1290	17,6	1376	16,3	-1,3
Högsby	119	12,2	270	16,2	4,0
Västervik	806	15,8	467	15,9	0,1
Oskarshamn	527	13,3	382	15,4	2,0
Vimmerby	323	12,2	337	15,2	2,9
Mönsterås	269	9,7	313	15,0	5,2*
Nybro	389	17,7	356	14,6	-3,1
Torsås	127	11,9	284	14,3	2,3
Emmaboda	192	12,5	319	14,2	1,7
Mörbylånga	286	16,4	359	13,3	-3,1
Hultsfred	334	14,1	330	12,1	-2,0
Borgholm	237	12,3	329	11,1	-1,2
Alla respondenter	4 899	15,1	5 122	15,0	-0,1
Hela riket ²		17		17	0

¹ * = statistiskt säkerställd skillnad 2008–2012 (5 %-nivån, dvs. $P < 0,05$; (*) på gränsen till statistiskt säkerställd skillnad (10 %-nivån, dvs. $P < 0,10$).

² Redovisas av FoHM och endast i heltal.



Figur 9. Förändring i andelen riskkonsumenter från 2008 till 2012 för kommuner i Kalmar län. I procentenheter
(+= ökning; - = minskning).

Tabell 3. Andel riskkonsumenter av alkohol **bland män** enligt AUDIT-C, i kommuner i Kalmar län (HLV:s tilläggsurval) och i riket (HLV). År 2008 och 2012. (Rangordnade efter högst andel 2012.)

	2008		2012		Differens i procentenheter ¹
	Antal resp.	Andel	Antal resp.	Andel	
Högsby	49	22,0	121	24,1	2,2
Västervik	351	20,9	212	20,9	0,0
Mönsterås	125	14,9	142	20,6	5,7(*)
Vimmerby	145	17,5	143	20,5	3,1
Emmaboda	93	13,3	138	20,0	6,7
Kalmar	562	21,4	662	19,9	-1,5
Mörbylånga	137	18,4	170	19,8	1,4
Torsås	54	17,2	141	18,8	1,6
Oskarshamn	246	16,5	173	18,5	2,0
Nybro	184	22,8	173	17,2	-5,6
Borgholm	113	16,0	169	12,4	-3,6
Hultsfred	161	19,7	152	11,6	-8,1
Alla respondenter	2 220	19,3	2 396	18,9	-0,4
Hela riket ²		20		20	0

¹ * = statistiskt säkerställd skillnad 2008–2012 (5 %-nivån, dvs. $P < 0,05$; (*) på gränsen till statistiskt säkerställd skillnad (10 %-nivån, dvs. $P < 0,10$).

² Redovisas av FoHM och endast i heltal.

Tabell 4. Andel riskkonsumenter av alkohol **bland kvinnor** enligt AUDIT-C, i kommuner i Kalmar län (HLV:s tilläggsurval) och i riket (HLV). År 2008 och 2012. (Rangordnade efter högst andel 2012.)

	2008		2012		Differens i procentenheter ¹
	Antal resp.	Andel	Antal resp.	Andel	
Kalmar	728	14,0	716	12,7	-1,4
Hultsfred	173	7,9	178	12,6	4,7
Oskarshamn	281	10,1	210	12,5	2,4
Nybro	205	12,2	185	11,9	-0,4
Västervik	455	11,0	256	11,3	0,3
Vimmerby	178	7,2	194	10,6	3,4
Mönsterås	144	4,3	171	9,7	5,5*
Borgholm	124	8,2	161	9,5	1,3
Emmaboda	99	11,5	181	9,3	-2,2
Torsås	73	7,0	143	9,2	2,1
Högsby	70	3,7	149	8,9	5,2
Mörbylånga	149	14,1	189	6,2	-7,8*
Alla respondenter	2 679	10,8	2 733	11,1	0,3
Hela riket ²		14		13	-1

¹ * = statistiskt säkerställd skillnad 2008–2012 (5 %-nivån, dvs. $P < 0,05$; (*) på gränsen till statistiskt säkerställd skillnad (10 %-nivån, dvs. $P < 0,10$).

² Redovisas av FoHM och endast i heltal.

Andelen riskkonsumenter i de fyra åldersgruppen som används av Folkhälsomyndigheten framgår av tabell 5. Skillnaderna mellan Kalmar län och riket är små för samtliga fyra åldersgrupper men med en tendens år 2012 till en något högre nivå i den yngsta åldersgruppen i Kalmar län jämfört med riket och, tvärtom, något lägre andel bland de äldsta i Kalmar län jämfört med riket.

Det kan också nämnas att för riket finns även siffror tillgängliga från Folkhälsomyndigheten för åren efter 2012. Av dessa siffror framgår att andelen riskkonsumenter sjunkit något, från 17 procent 2012 till 15 procent 2015. Mycket av denna nedgång beror på en minskad andel riskkonsumenter i den yngsta åldersgruppen, 16–29-åringarna, medan nivåerna är mer oförändrade i övriga åldersgrupper och t.o.m. något ökande i den äldsta (65–84-åringar). Mot bakgrund av att skillnaderna mellan Kalmar län och riket är små, och att dryckestrender ofta brukar uppvisa stora likheter mellan regioner, talar mycket för att vuxna i Kalmar län uppvisar liknande förändringsmönster som vuxna i riket sedan år 2012.

Tabell 5. Andel riskkonsumenter av alkohol, enligt AUDIT-C, i olika åldersgrupper i kommuner i Kalmar län (HLV:s tilläggsurval) och i riket (HLV). År 2008 och 2012.

Åldersgrupper	Kalmar län		Riket ¹	
	2008	2012	2008	2012
16–29	32,8	31,3	33	30*
30–44	13,8	15,1	15	15
45–64	13,0	14,3	14	16*
65–84	4,2	5,3(*)	5	7
Totalt	15,1	15,9	17	17

¹ Folkhälsomyndigheten redovisar siffror för andelen riskkonsumenter endast i heltal.

* = statistiskt säkerställd skillnad 2008–2012 (5 %-nivån, dvs. $P < 0,05$; (*) på gränsen till statistiskt säkerställd skillnad (10 %-nivån, dvs. $P < 0,10$).

AUDIT-C består, som nämndes inledningsvis, av tre frågor. Varje fråga ger mellan 0 till 4 poäng. Separata analyser per fråga 2008–2012 i Kalmar län som helhet visar att dryckesfrekvensen (fråga 1) ökat från 1,65 medelpoäng 2008 till 1,72 medelpoäng 2012. Övriga två som alltså har fokus på kvantiteter (antal glas i genomsnitt och antal tillfällen med stora kvantiteter) har alltså sjunkit från 0,75 till 0,68 (AUDIT 2) och 0,70 till 0,67 (AUDIT 3).

Det tycks således som om vuxna i Kalmar län dricker alkohol något oftare 2012 än 2008 men att man dricker mindre mängder när man dricker och mer sällan stora mängder vid ett och samma tillfälle. Motsvarande analyser har inte kunnat göras för riket eftersom vi saknar data för detta men det finns en del som tyder på att den bild som framkommer i Kalmar län gäller hela Sverige och att denna utveckling drivs av att svenskarna dricker allt oftare vin (Holmberg & Weibull, 2014).

Andel som använt cannabis

Både i riket som helhet och i Kalmar län framkommer ökning av andelen cannabisanvändare (livstidsprevalens) från 2008 till 2012. I länet har andelen ökat från ca 6 till 8 procent och i riket från drygt 9 till 12 procent (tabell 6 och figur 10). Dessa ökning är att betrakta som statistiskt säkerställda.

Flertalet av kommunerna redovisar ökning även om flertalet av dem inte är statistiskt säkerställda (beroende på för små urval för denna fråga om cannabisanvändning).

Skillnaderna mellan kommunerna är större än för alkohol med en ca tre gånger högre andel i Kalmar som uppvisar högst andel (9,9 %) jämfört med Emmaboda som uppvisar lägst andel (3,2 %). Efter Kalmar följer Mönsterås och Mörbylånga med 8,8 % respektive 8,2 %. Näst lägst andel uppvisar Högsby och Hultsfred (båda med 5,3 %). Mönsterås uppvisar en mycket, och i det närmaste, oförklarligt stor ökning 2012 jämfört med 2008.

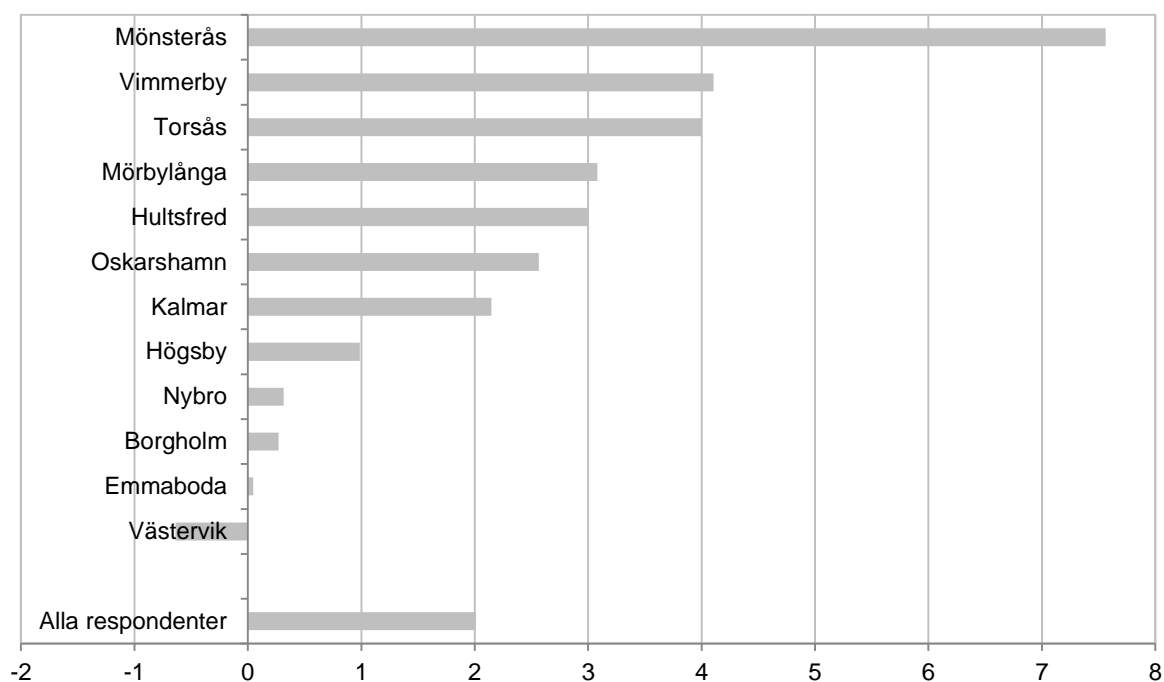
Tabell 6. Andel som någon gång använt cannabis i kommuner i Kalmar län (HLV:s tilläggsurval) och i riket totalt (HLV.) År 2008 och 2012. (Rangordnade efter högst andel 2012.)

	2008		2012		Differens i procentenheter ¹
	Antal resp.	Andel	Antal resp.	Andel	
Kalmar	1283	7,8	1359	9,9	2,1*
Mönsterås	270	1,3	306	8,8	7,6*
Mörbylånga	283	5,1	354	8,2	3,1
Torsås	125	4,0	283	8,0	4,0(*)
Oskarshamn	522	5,2	375	7,8	2,6*
Vimmerby	323	3,7	332	7,8	4,1*
Nybro	386	7,0	350	7,3	0,3
Västervik	803	7,6	462	7,0	-0,6
Borgholm	236	5,6	325	5,9	0,3
Hultsfred	331	2,3	324	5,3	3,0*
Högsby	120	4,3	268	5,3	1,0
Emmaboda	191	3,2	314	3,2	0,0
Alla respondenter	4 873	5,8	5 052	7,8	2,0*
Hela riket		9,4		12,0	2,6

¹ * = statistiskt säkerställd skillnad 2008–2012 (5 %-nivån, dvs. $P < 0,05$; (*) på gränsen till statistiskt säkerställd skillnad (10 %-nivån, dvs. $P < 0,10$).

Rangordningen mellan kommunerna i andelen cannabisanvändare är inte exakt densamma för män och kvinnor. Som framgår av tabellerna 7–8 förklaras den höga andelen i Kalmar 2012 (i tabell 6) till störst del av att männen ligger högt, även om också kvinnorna ligger högre än länsgenomsnittet. Mönsterås ligger högt bland kvinnorna men inte bland männen medan förhållandet är det omvända för Oskarshamn.

Figur 10. Förändring i andelen som använt cannabis från 2008 till 2012 för kommuner i Kalmar län. I procentenheter (+ = ökning; - = minskning).



Tabell 7. Andel som använt cannabis **bland män** i kommuner i Kalmar län (HLV:s tilläggsurval) och i riket totalt (HLV.) År 2008 och 2012. Rangordnade efter högst andel 2012.

	2008		2012		Differens i procentenheter ¹
	Antal resp.	Andel	Antal resp.	Andel	
Oskarshamn	243	7,3	172	13,7	6,4*
Kalmar	556	9,4	653	13,6	4,2*
Mörbylånga	135	6,8	166	12,5	5,7(*)
Vimmerby	145	7,4	142	12,3	4,8
Västervik	349	10,8	209	9,4	-1,5
Borgholm	111	5,9	168	9,4	3,5
Högsby	49	5,6	120	9,0	3,4
Nybro	185	9,8	166	8,3	-1,5
Mönsterås	124	2,5	137	8,3	5,8*
Hultsfred	159	1,9	151	8,0	6,1*
Torsås	53	4,9	139	8,0	3,1
Emmaboda	92	3,7	137	5,7	2,0
Alla respondenter	2 201	7,6	2 360	11,0	3,4*
Hela riket		12,1		14,2	2,1*

¹ * = statistiskt säkerställd skillnad 2008–2012 (5 %-nivån, dvs. $P < 0,05$; (*) på gränsen till statistiskt säkerställd skillnad (10 %-nivån, dvs. $P < 0,10$).

Tabell 8. Andel som använt cannabis **bland kvinnor** i kommuner i Kalmar län (HLV:s tilläggsurval) och i riket totalt (HLV.) År 2008 och 2012. Rangordnade efter högst andel 2012.

	2008		2012		Differens i procentenheter ¹
	Antal resp.	Andel	Antal resp.	Andel	
Mönsterås	146	0,0	169	9,3	9,3*
Torsås	72	3,2	144	8,0	4,8
Nybro	201	3,9	184	6,3	2,4
Kalmar	727	6,2	706	5,6	-0,7
Västervik	454	4,6	253	4,8	0,2
Vimmerby	178	0,0	190	3,8	3,8*
Mörbylånga	148	3,1	188	3,6	0,4
Hultsfred	172	2,7	173	2,6	-0,1
Oskarshamn	279	3,0	203	2,2	-0,9
Högsby	71	3,2	148	1,8	-1,3
Borgholm	125	5,4	157	1,4	-3,9(*)
Emmaboda	99	2,5	177	1,1	-1,5
Alla respondenter	2 672	3,9	2 692	4,5	0,6
Hela riket		6,7		9,7	3,0

¹ * = statistiskt säkerställd skillnad 2008–2012 (5 %-nivån, dvs. $P < 0,05$; (*) på gränsen till statistiskt säkerställd skillnad (10 %-nivån, dvs. $P < 0,10$).).

Andelen som använt cannabis i olika åldersgrupper 2008 och 2012 i länet och i riket redovisas i tabell 9. Här inkluderas också siffror på andelen som uppger att de använt cannabis under de senaste 12 månaderna.

Ålderskillnaderna är stora med högst andelar i den yngsta och lägst i den äldsta åldersgruppen. Detta gäller både *använt någon gång* och *använt senaste 12 månaderna*. Nivåerna är för båda åren och för båda cannabismåtten högre i riket än i Kalmar län för i stort sett alla åldersgrupper. Noterbart är att andelen som använt cannabis under de senaste 12 månaderna, i motsats till för riket, inte ökar i Kalmar län. Denna siffra för Kalmar län bör dock tolkas med försiktighet eftersom antalet som uppger användning under de senaste 12 månaderna är få (2012: 24 personer som svarade att de använt senaste 12 månaderna). Under alla omständigheter kan vi dock konstatera att andelen cannabisanvändare är högre i riket totalt sett än i Kalmar län men att andelen som använt någon gång ökar dock både i riket och i länet. (Uppgifter om antal vårdade med narkotikadiagnoser, som redovisas i kapitel 3.3, tyder också på en försämrade narkotikasituation, både i riket och i länet.)

Det bör, till sist, nämnas att uppgifter för riket efter 2012 visar på obetydliga förändringar både i andelen som någon gång använt och i andelen som använt under de senaste 12 månaderna (FoHM, 2016). Sannolikt följer Kalmar län samma utveckling totalt och för olika åldersgrupper, dvs. ökning från 2008 (eller möjligen från mitten av 00-talet) till 2012 men därefter små förändringar.

Tabell 9. Andel som använt cannabis i olika åldersgrupper i kommuner i Kalmar län (HLV:s tilläggsurval) och i riket (HLV). År 2008 och 2012.

Åldersgrupper	Kalmar län		Riket	
	2008	2012	2008	2012
<i>Använt någon gång</i>				
16–29	13,0	11,7	15,5	21,1*
30–44	7,8	14,4*	13,7	18,0*
45–64	4,0	6,6*	7,3	8,2*
65–84	0,4	1,0(*)	0,5	1,2*
Totalt	5,8	7,8*	9,4	12,0*
<i>Använt sen. 12 mån.</i>				
16–29	4,3	2,5(*)	5,4	8,1*
30–44	0,6	0,9	1,1	1,8*
45–64	0,4	0,4	0,5	0,3
65–84	0,0	0,0	0,0	0,1
Total	1,1	0,9*	1,6	2,4*

* = statistiskt säkerställd skillnad 2008–2012 (5 %-nivån, dvs. $P < 0,05$; (*) på gränsen till statistiskt säkerställd skillnad (10 %-nivån, dvs. $P < 0,10$).

Andel dagligrökare

Andelen som röker dagligen visar på statistiskt säkerställda minskningar totalt sett i länet från 2008 till 2012 och en minskning, dock sällan en statistiskt säkerställd, i åtta av länets tolv kommuner (se tabell 10 och figur 11). Även i riket sjunker andelen. Totalt sett ligger Kalmar län marginellt högre än riksgenomsnittet (12 % mot 11 %) och detta framkommer både bland män och bland kvinnor (tabellerna 11–12). Här är det i stort sett samma kommuner som ligger högt och lågt både för kvinnor och för män. De tre som ligger generellt sett högt är Hultsfred, Mönsterås och Västervik. Hultsfred uppvisar 2012 en nära dubbelt så hög andel dagligrökare (17,7 %) som Mörbylånga som uppvisar den lägsta andelen (9,2 %).

Torsås ligger högt bland männen men inte bland kvinnorna. Som för alkohol och cannabis uppvisar Mönsterås den största negativa utvecklingen 2008–2012.

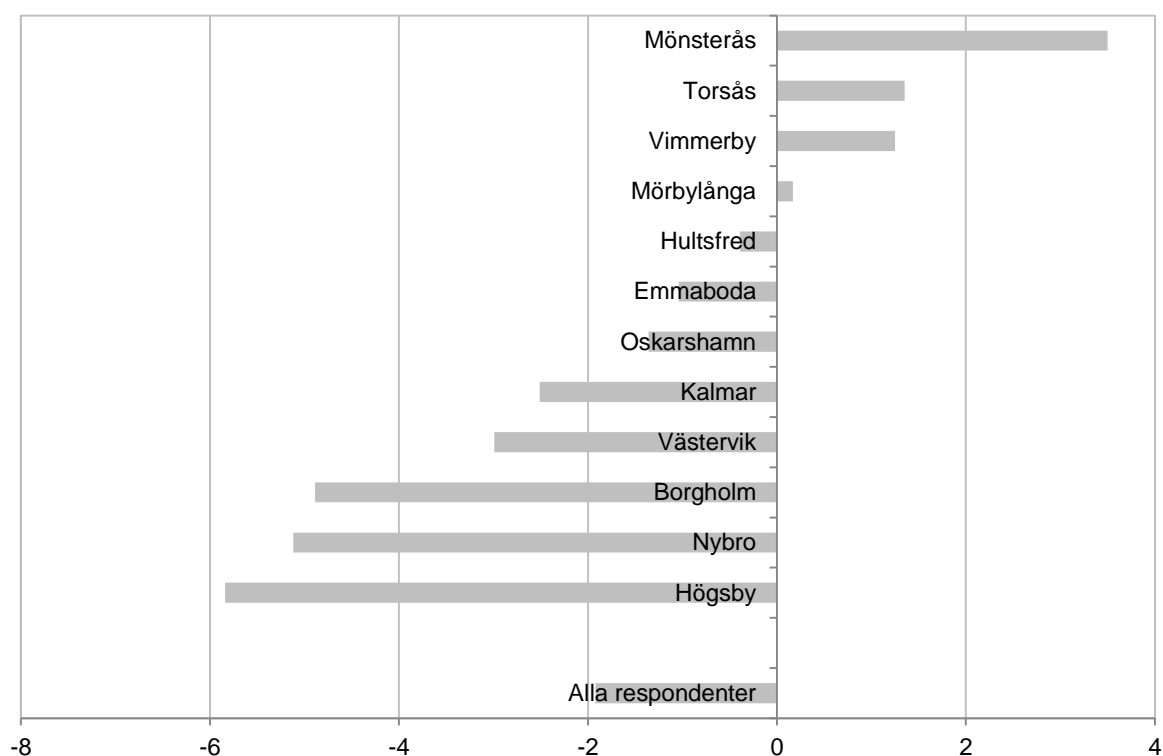
Tabell 10. Andel dagligrökare i kommuner i Kalmar län (HLV:s tilläggsurval) och i riket totalt (HLV.) År 2008 och 2012. (Rangordnade efter högst andel 2012.)

	2008		2012		Differens i procentenheter ¹
	Antal resp.	Andel	Antal resp.	Andel	
Hultsfred	332	18,1	328	17,7	-0,4
Mönsterås	270	11,3	312	14,8	3,5
Västervik	800	17,4	465	14,4	-3,0
Vimmerby	321	13,1	336	14,3	1,3
Torsås	128	12,1	286	13,5	1,4
Nybro	385	16,9	355	11,8	-5,1*
Högsby	119	17,6	270	11,7	-5,8
Oskarshamn	523	12,7	381	11,3	-1,4
Borgholm	235	16,0	327	11,1	4,9(*)
Emmaboda	192	12,0	318	11,0	-1,0
Kalmar	1 287	12,6	1 374	10,1	2,5(*)
Mörbylånga	285	9,0	354	9,2	0,2
Alla respondenter	4 877	14,1	5 106	12,2	-1,9*
Hela riket ²		13		11	-2*

¹ * = statistiskt säkerställd skillnad 2008–2012 (5 %-nivån, dvs. $P < 0,05$; *) på gränsen till statistiskt säkerställd skillnad (10 %-nivån, dvs. $P < 0,10$).

² Redovisas av FoHM och endast i heltal.

Figur 11. Förändring i andelen dagligrökare från 2008 till 2012 för kommuner i Kalmar län. I procentenheter (+ = ökning; - = minskning).



Tabell 11. Andel dagligrökare **bland män** i kommuner i Kalmar län (HLV:s tilläggsurval) och i riket totalt (HLV.) År 2008 och 2012. (Rangordnade efter högst andel 2012.)

	2008		2012		Differens i procentenheter ¹
	Antal resp.	Andel	Antal resp.	Andel	
Mönsterås	124	11,1	140	14,9	3,8
Torsås	55	11,0	141	14,1	3,1
Vimmerby	143	14,0	141	14,1	0,1
Hultsfred	160	15,1	151	13,7	-1,5
Västervik	347	15,0	212	13,4	-1,7
Högsby	49	16,9	121	12,3	-4,6
Nybro	184	17,4	172	11,5	-5,9
Emmaboda	93	8,7	139	11,3	2,6
Oskarshamn	244	11,6	172	9,8	-1,8
Mörbylånga	136	9,2	167	9,2	0,0
Kalmar	560	10,9	661	9,1	-1,8
Borgholm	111	16,0	170	8,9	-7,1(*)
Alla respondenter	2 206	12,9	2 387	11,0	-1,8(*)
Hela riket ²		11		10	

¹ * = statistiskt säkerställd skillnad 2008–2012 (5 %-nivån, dvs. $P < 0,05$; (*)) på gränsen till statistiskt säkerställd skillnad (10 %-nivån, dvs. $P < 0,10$).

² Redovisas av FoHM och endast i heltal.

Tabell 12. Andel dagligrökare **bland kvinnor** i kommuner i Kalmar län (HLV:s tilläggsurval) och i riket totalt (HLV.) År 2008 och 2012. (Rangordnade efter högst andel 2012.)

	2008		2012		Differens i procentenheter ¹
	Antal resp.	Andel	Antal resp.	Andel	
Hultsfred	172	21,5	177	17,8	-3,7
Västervik	453	19,7	253	15,4	-4,3
Mönsterås	146	11,4	172	14,6	3,2
Vimmerby	178	12,2	195	14,5	2,3
Borgholm	124	15,9	157	13,9	-2,0
Torsås	73	13,2	145	12,8	-0,4
Oskarshamn	279	13,8	209	12,7	-1,1
Nybro	201	16,3	183	12,0	-4,2
Kalmar	727	14,2	713	11,2	-3,0
Högsby	70	18,2	149	11,2	-7,0
Emmaboda	99	15,6	179	10,6	-4,9
Mörbylånga	149	8,8	187	9,1	0,3
Alla respondenter	2 671	15,3	2 719	13,3	-2,0*
Hela riket ²	14			12	-2*

¹ * = statistiskt säkerställd skillnad 2008–2012 (5 %-nivån, dvs. $P < 0,05$; (*)) på gränsen till statistiskt säkerställd skillnad (10 %-nivån, dvs. $P < 0,10$).

² Redovisas av FoHM och endast i heltal.

Tabell 13 visar på andelen dagligrökare i de fyra åldersgrupperna för länet och för riket för åren 2008 och 2012. Det rör sig om små skillnader mellan Kalmar län och riket för samtliga fyra åldersgrupper.

Tabell 13. Andel dagligrökare i olika åldersgrupper i kommuner i Kalmar län (HLV:s tilläggsurval) och i riket (HLV). År 2008 och 2012.

Åldersgrupper	Kalmar län		Riket	
	2008	2012	2008	2012
16–29	10,8	10,2	10	10
30–44	14,1	9,4*	12	9
45–64	17,9	17,1(*)	17	15
65–84	11,1	8,9*	10	10
Totalt	14,1	12,2*	13	11

* = statistiskt säkerställd skillnad 2008–2012 (5 %-nivån, dvs. $P < 0,05$; (*) på gränsen till statistiskt säkerställd skillnad (10 %-nivån, dvs. $P < 0,10$)

Sammanfattning av vuxnas ANT-vanor

Alkoholvanorna bland vuxna i Kalmar län ligger på ungefär samma nivå som för riket, möjligen något under och som för riket har andelen riskkonsumenter legat ganska still mellan 2008 och 2012. Detta gäller i stora drag både för män och för kvinnor. Invånare i Kalmar län tycks också gå i samma riktning som vuxna i riket, dvs. ett ökat antal dryckestillfällen men en minskad konsumtionsmängd per dryckestillfälle samt färre dryckestillfällen med stora alkoholintag.

Kalmar ligger högst av alla kommuner i länet i andelen riskkonsumenter men detta gäller endast för kvinnorna. Högsby ligger också högt totalt sett men här är det, tvärtom, männen som drar upp denna andel. Kvinnorna i Högsby uppvisar, bland den lägsta andelen riskkonsumenter i länet. Mönsterås uppvisar den mest negativa utvecklingen från 2008 till 2012 och detta gäller också för narkotika och tobak. Det är oklart hur denna ökning kan förklaras och, trots statistiskt säkerställda förändringar, kan man inte utesluta att den inte speglar faktiska förändringar utan har att göra med någon form av urvalsbias.

Narkotikavanorna (andelen som någon gång använt cannabis) i Kalmar län har försämrats (ökat) från 2008 till 2012 vilket är i linje med den nationella utvecklingen. Andelen som använt cannabis totalt sett ligger högst i Kalmar, följt av Mönsterås och Högsby. När det gäller männen är andelen högst i Oskarshamn (följt av Kalmar) och när det gäller kvinnorna högst i Mönsterås (följt av Torsås). Högsby, som låg högt när det gäller alkohol, ligger generellt sett lågt när det gäller cannabisanvändning.

Andelen dagligrökare är, i motsats till alkohol och cannabis, något högre i Kalmar län än i riket. Hultsfred uppvisar högst andel sammantaget för män och kvinnor (och bland kvinnorna) medan Mönsterås uppvisar högst andelrökare bland männen.

3.3 Antal dödsfall och antal vårdade patienter med ANT-diagnoser

Inom ramen för ILFA har data över antalet ANT-relaterade dödsfall och vårdade patienter (enligt ICD-10) samlats in genom beställning av data från Socialstyrelsens dödsorsaksregister och patientregister. Siffrorna redovisas för tre fyraårsperioder: 2002–2005, 2006–2009 och 2010–2013.

Antal vårdade patienter är fler än antalet dödsfall vilket därmed också möjliggör, statistiskt sett, säkrare kommunredovisningar av antalet vårdade än antalet dödsfall. Varken köns- eller åldersspecifika siffror redovisas pga. för få antal fall och därmed en alltför stor statistisk osäkerhet.

Alkohol

Alkoholrelaterade vårdade antal patienter

Antal patienter vårdade med alkoholspecifika diagnoser för de tre perioderna per kommun, totalt för alla kommuner och för riket redovisas i figur 12. Som framgår har det skett ökning i hela Sverige, i Kalmar län och i samtliga 12 kommuner. Detta kan bero på faktiska ökning men också till viss del på förändringar i sjukvårdssystemen i sig, såsom att antalet satta diagnoser per patient ökar beroende på ändrade ersättningsystem och en utbyggnad av den öppna sjukhusvården under studieperioden. Viktigt blir därför att också jämföra ökningstakten mellan kommuner, länet och riket. (Samma resonemang gäller narkotika och tobak nedan).

Som antyds av figuren är ökningstakten större i Kalmar län än i övriga riket. I både absoluta och relativa tal är ökningen störst i Högsby, följt av Västervik. Mörbylånga uppvisar minst ökning, följt av Torsås. Vidare framkommer att de två kommuner som ökar mest också ligger högst i antalet vårdade patienter under den senaste perioden (2009–2013) – Högsby och Västervik – och den kommunen med minst ökning, Mörbylånga, uppvisar lägst antal vårdade.

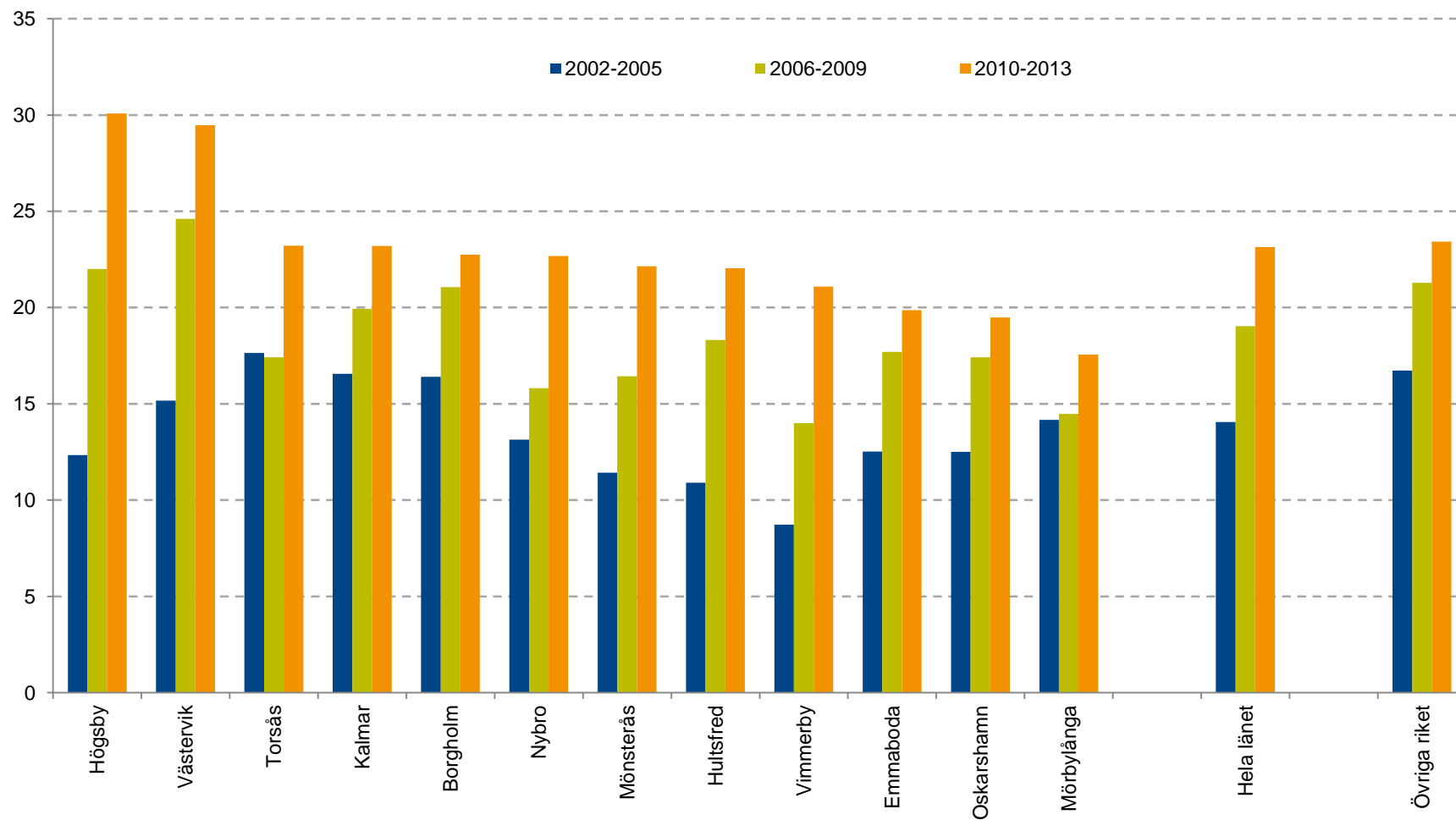
Antal vårdade för länet totalt sett ligger under den senaste perioden på ungefär samma nivå som för riket, under de två perioderna dessförinnan låg antalet i Kalmar län lägre än i övriga riket.

Alkoholrelaterade dödsfall

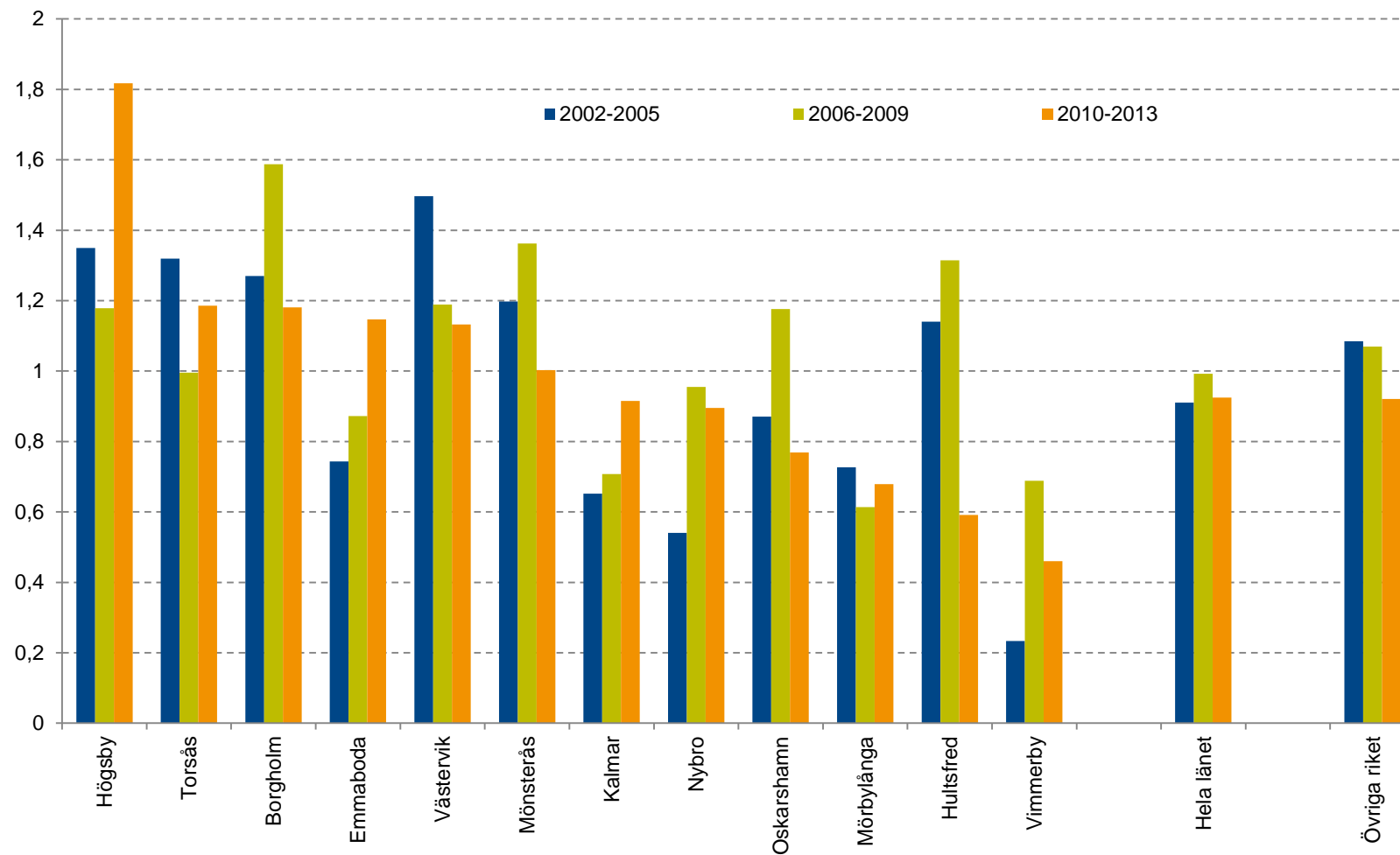
Antal alkoholspecifika dödsfall, uppdelat på samma sätt som för antal vårdade patienter, redovisas i figur 13. Som nämndes i kapitel 2 är antalet fall få och viss försiktighet bör därför iakttas. Vid en jämförelse mellan Kalmar län och riket kan man dock konstatera att antalet sjunker i riket men ligger ganska still i Kalmar län mellan den första och tredje perioden. Detta innebär att antalet dödsfall under den senaste perioden är ungefär på samma nivå i Kalmar län som i övriga riket.

Noterbart är också att de kommuner som ligger högt i antal dödsfall också, i stor utsträckning, ligger högt i antal vårdade patienter, nämligen Högsby, Torsås och även Västervik. I viss utsträckning gäller detta också kommuner med låga tal. Mörbylånga, Vimmerby och Oskarshamn ligger alla tre relativt sett lågt både i antalet vårdade patienter och antalet dödsfall.

Figur 12. Antal vårdade patienter med alkoholspecifika diagnoser per fyraårsperioder per 1 000 invånare 15 år och äldre i kommuner i Kalmar län och i riket. (Rangordnade från högst till längst för perioden 2010–2013.)



Figur 13. Antal alkoholspecifika dödsfall per fyraårsperioder per 1 000 invånare 15 år och äldre i kommuner i Kalmar län och i riket. (Rangordnade från högst till längst för perioden 2010–2013.)



Narkotika

Narkotikarelaterade vårdade antal patienter

Såsom var fallet med användningen av cannabis ligger Kalmar län lägre än övriga riket i antalet vårdade patienter med narkotikadiagnoser (huvud- och/eller bidiagnos) men även här framkommer ökningarna. Ökningarna är dock i detta fall större för riket än för Kalmar län men skillnaderna i öknings-takt skall inte överdrivas och ser man bara till de två senaste perioderna är ökningen, tvärtom, större i Kalmar län.

Skillnaderna mellan kommunerna är större än för alkoholvårdade (redovisade i figur 12) och stämmer därmed också överens med bilden av jämförelsen mellan andelen användare av narkotika och andelen riskkonsumenter av alkohol som redovisades i kapitel 3.2. Högst antal vårdade finns i Högsby, följt av Torsås och Kalmar. Lägst antal återfinns i Mörbylånga följt av Emmaboda och Borgholm. Det är alltså till viss del samma kommuner som ligger högt i antalet vårdade med alkoholdiagnoser och i antalet vårdade med narkotikadiagnoser. De två kommuner som ligger allra högst uppvisar också den största ökningen från den första till den tredje perioden.

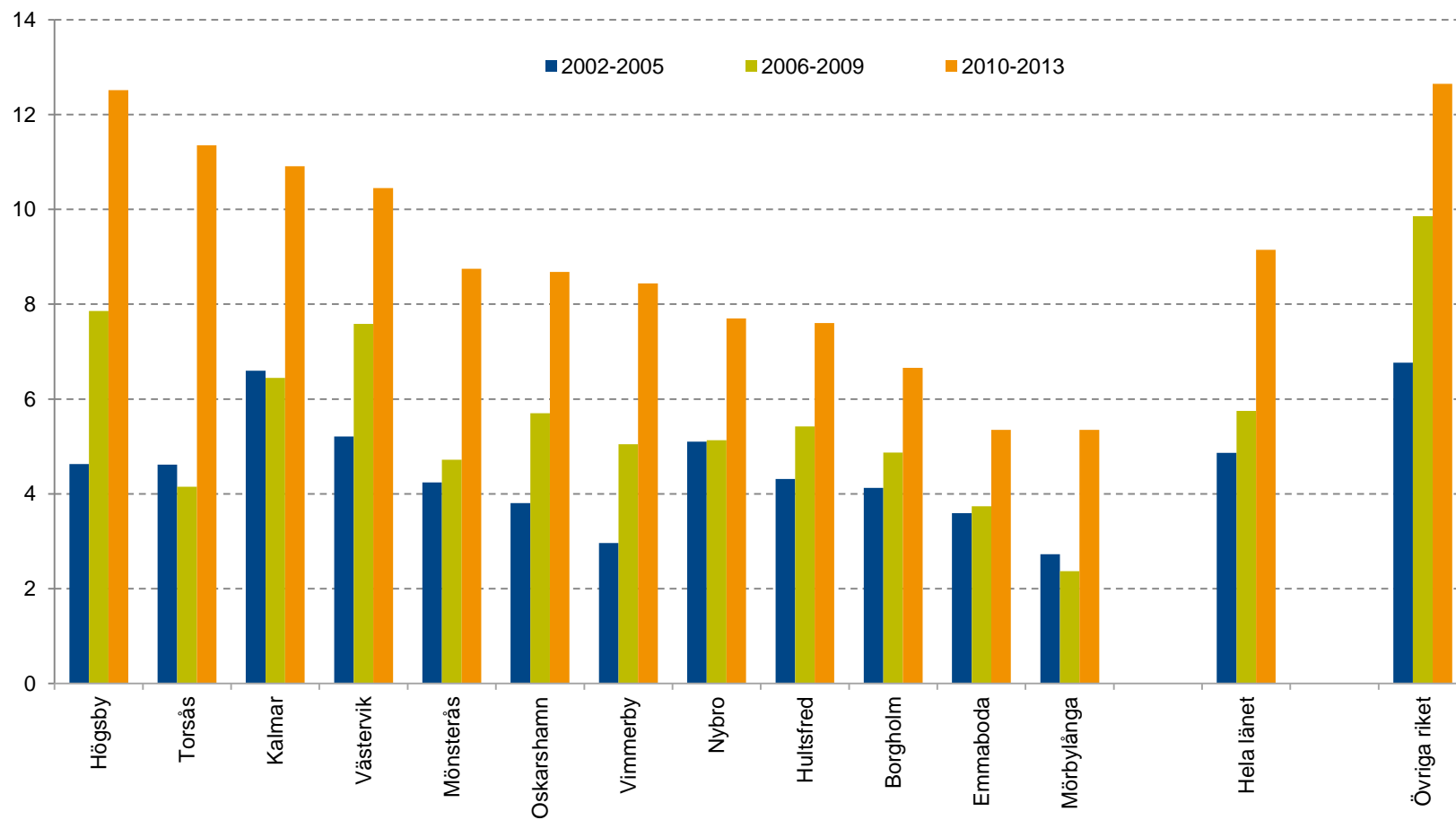
Narkotikarelaterade dödsfall

Tabell 14 visar på antalet dödsfall under de tre fyraårsperioderna för länet och för övriga riket. I båda fallen ökar antalet under den senaste fyraårsperioden. Antalet är något lägre i Kalmar län men skillnaden jämfört med övriga riket är mindre 2009–2013 än under föregående två perioder.

Tabell 14. Antal narkotikarelaterade dödsfall enligt Socialstyrelsens dödsorsaksstatistik (med narkotikadiagnoser som underliggande och/eller bidragande dödsorsak). I antalet dödsfall per 1 000 invånare 15 år och äldre per fyraårsperiod.

	2002–2005	2006–2009	2010–2013
Kalmar län	0,14	0,12	0,23
Övriga riket	0,20	0,20	0,25

Figur 14. Antal vårdade patienter med narkotikadiagnoser per fyraårsperioder per 1 000 invånare 15 år och äldre i kommuner i Kalmar län och i riket. (Rangordnade från högst till längst för perioden 2010–2013.)



Tobak – rökning

Tobaksrelaterade vårdade patienter

Figur 15 visar antalet vårdade patienter för KOL/lungcancer under de tre fyraårsperioderna. I motsats till alkohol och narkotika, men i linje med andelen dagligrökare redovisade i kapitel 3.2, är nivån högre i Kalmar län jämfört med övriga riket. Detta är dock en skillnad som inte finns under de två första perioderna utan framkommer endast under perioden 2009–2013. Kalmar län har således i detta fall en sämre utveckling än övriga riket.

Sett till kommunerna ligger Mörbylånga även här lägst i antalet vårdade men de som ligger allra högst är inte desamma som låg allra högst i antalet vårdade med alkohol- och narkotikadiagnoser. Västervik ligger här högst (som också låg relativt sett högt både i antalet vårdade med alkohol- och med narkotikadiagnoser), följt av Hultsfred och Mönsterås. Däremot stämmer mönstret väl överens med de kommunskillnader som framkom i kapitel 3.2 i andelen dagligrökare – högst i Hultsfred, Mönsterås och Västervik och lägst i Mörbylånga, Kalmar och Emmaboda.

Tobaksrelaterade dödsfall

Antalet dödsfall i KOL/lungcancer framgår av figur 16. Även här ligger Kalmar län högre än riket och även här är antalet högst i två kommuner med höga tal i både antal vårdade för KOL/lungcancer och i andelen dagligrökare, nämligen Hultsfred och Västervik. Kalmar och Emmaboda ligger lägst vilket också stämmer relativt väl med antal vårdade.

Att antalet vårdade och antalet dödsfall ökar i länet, i riket och i flera kommuner skall inte tolkas som om antalet rökare ökar. Som redovisades ovan sjunker ju antalet dagligrökare. Ökningen beror istället på långa tidsfördröjande effekter. De som vårdas och dör i KOL/lungcancer är äldre personer som rökt under lång tid.

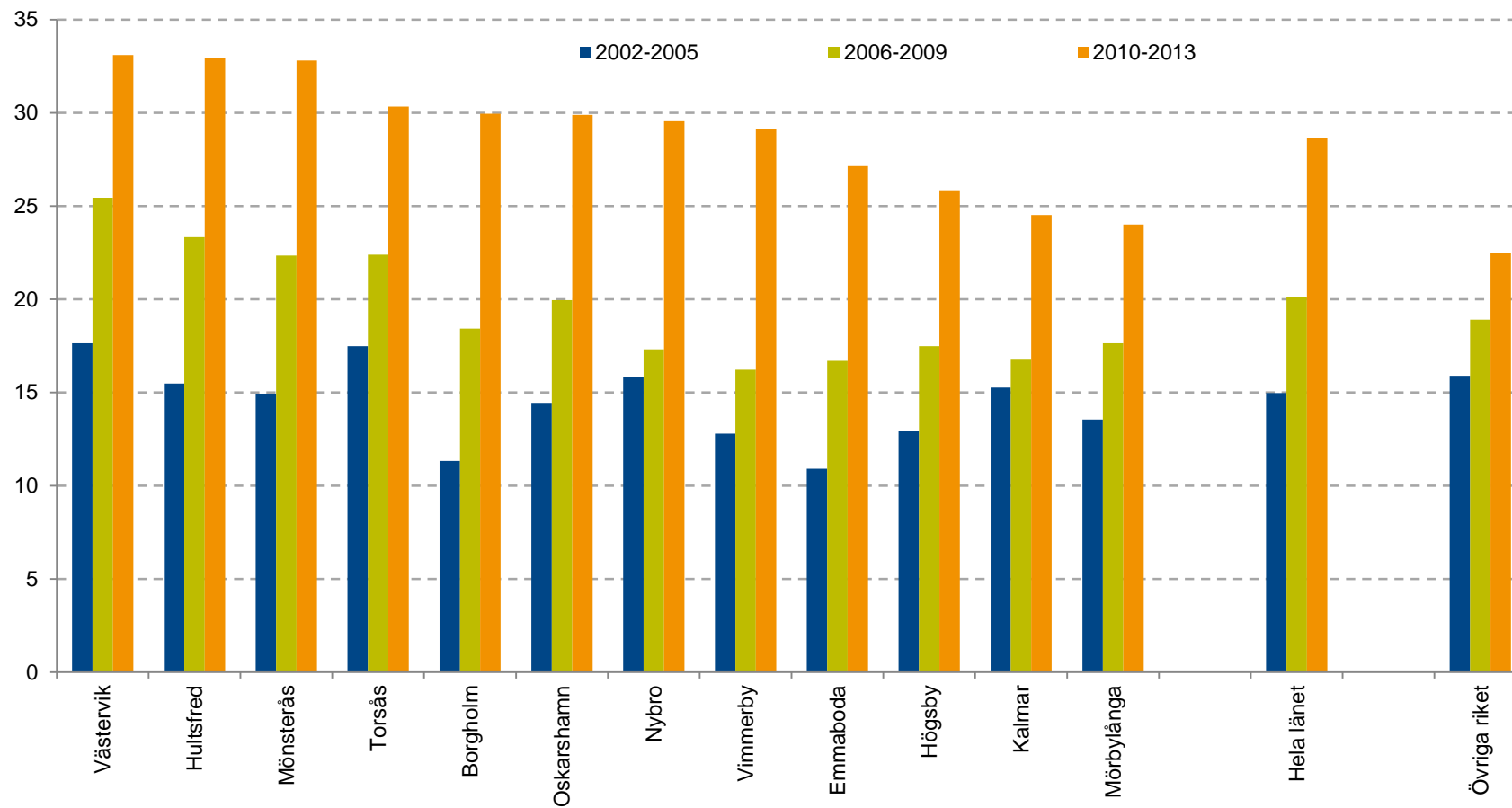
Sammanfattning vårdade och döda

Kommunsambandet mellan antal vårdade och antal dödsfall är ganska tydligt för både alkohol och rökning. (Narkotikadödsfall per kommun redovisas inte.) En kommun som ligger högt på antal vårdade uppvisar generellt sett också relativt höga nivåer i antalet dödsfall.

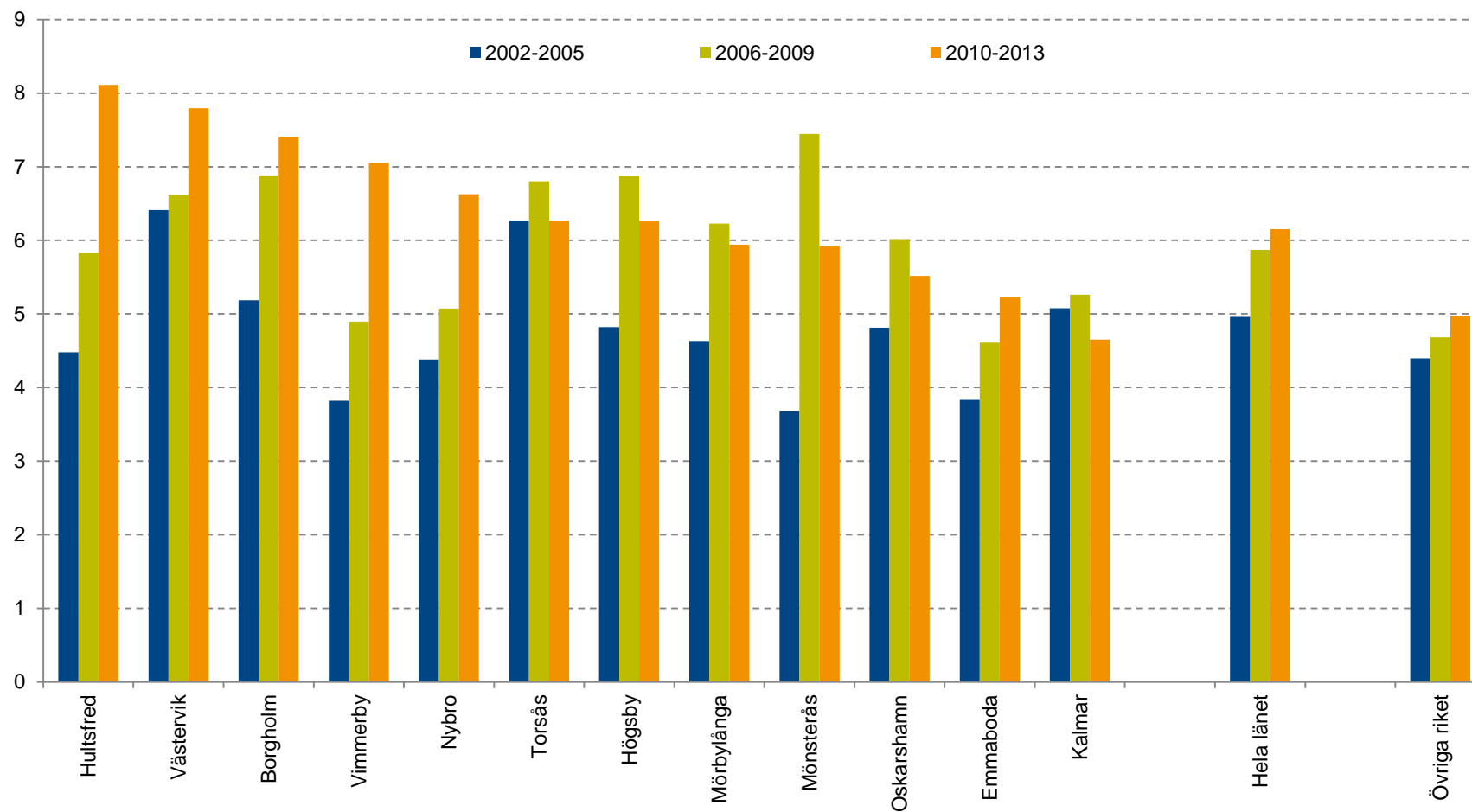
Högsby, Västervik och Torsås ligger alla tre högt på båda alkoholmått. Dessutom ligger samtliga dessa tre också högst i antal narkotikavårdade. Västervik, och till viss del också Torsås, ligger också högt på båda tobaksrelaterade måtten (vårdade för och döda i KOL/lungcancer). Hultsfred, som uppvisar högst andel dagligrökare 2012 uppvisar totalt sett de högsta nivåerna av både antal vårdade och antal dödsfall i KOL/lungcancer.

Vid jämförelse mellan Kalmar län och riket är bilden ungefär densamma som vid motsvarande jämförelse för de vuxnas användning av alkohol, cannabis och cigaretter. Detta innebär således att nivåerna i alkoholrelaterade dödsfall och vårdade i Kalmar län är på ungefär desamma som för övriga riket, att antal narkotikavårdade patienter och antal narkotikarelaterade dödsfall är lägre eller något lägre i Kalmar län och att antal tobaksrelaterade vårdade patienter och dödsfall i Kalmar län är betydligt högre jämfört med övriga riket.

Figur 15. Antal vårdade patienter med KO/lungcancer per fyraårsperioder per 1 000 invånare 15 år och äldre i kommuner i Kalmar län och i riket. (Rangordnade från högst till längst för perioden 2010–2013.)



Figur 16. Antal avlidna i KOL/lungcancer per fyraårsperioder per 1 000 invånare 15 år och äldre i kommuner i Kalmar län och i riket. (Rangordnade från högst till längst för perioden 2010–2013.)



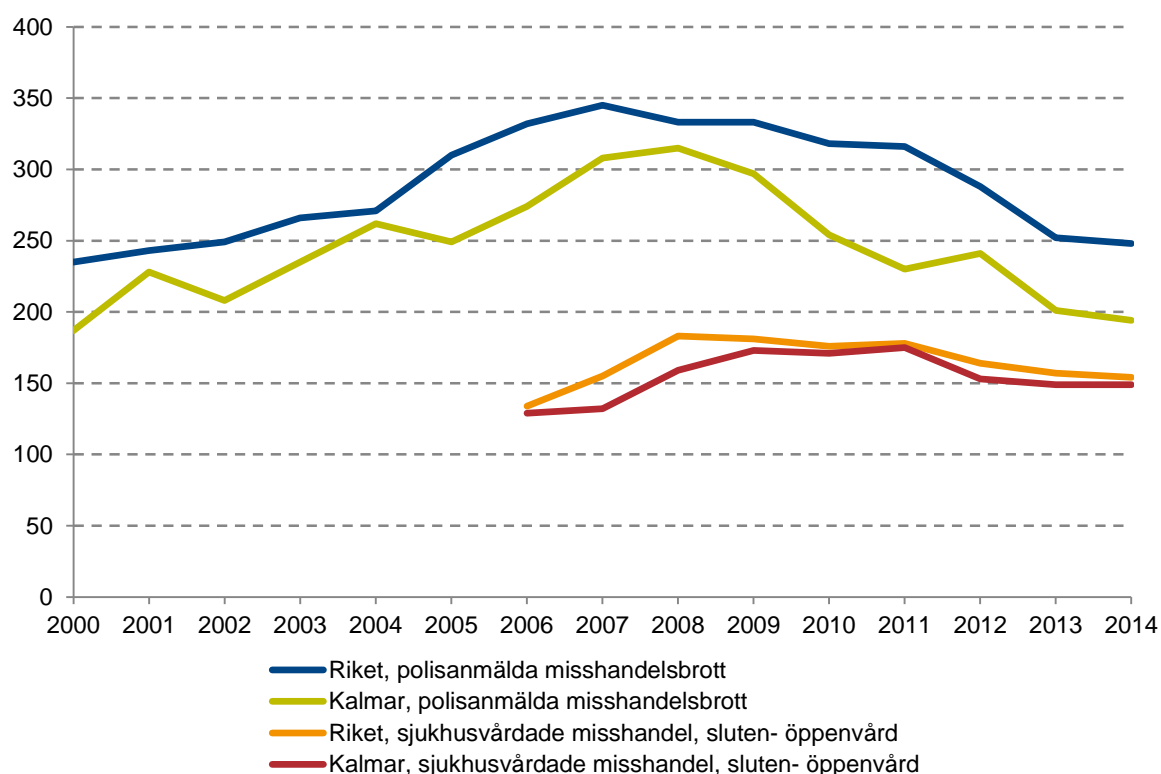
3.4 Alkoholrelaterat våld

Två indikatorer på alkoholrelaterat våld över tid redovisas här för riket och för Kalmar län. Inga kommunuppgifter redovisas.

Den ena indikatorn avser antal polisanmälda misshandelsbrott utomhus med obekant gärningsman, den andra antal sjukhusvårdade fall av misshandel enligt ICD-10 X85-Y09 enligt patientregistret. Båda behövs och kompletterar varandra framförallt då en betydande del av alla misshandelsfall inte polisanmäls och därför inte kommer in i brottsstatistiken och detta gäller även för sådana allvarliga misshandelsfall där offren söker sjukvård (se Socialdepartementet, 2013).

Som framgår av figur 17 ökade antal polisanmälda misshandelsfall utomhus med obekant gärningsman från 2000 till 2007/2008 både i riket och i Kalmar län. Därefter har antalet sjunkit. En liknande trend för sjukhusvårdade antal patienter kan skönjas men här börjar inte tidsserierna förrän 2006. Minskningen torde delvis kunna förklaras av att berusningsdrickandet sjunkit i Sverige och i Kalmar län under senare år, inte minst bland unga i Sverige (se t.ex. Gripe, 2015; Raninen, 2015). Detta indikerade ju också analyser i kapitel 3.2 som visade på en viss ökning av dryckesfrekvensen av alkoholdrycker bland vuxna i Kalmar län från 2008 till 2012 men en viss minskning av antalet glas per tillfälle och av antal dryckestillfällen med stora alkoholintag (berusningstillfällen eller intensivkonsumtionstillfällen). Nivån är något lägre för Kalmar län än för riket när det gäller polisanmälda misshandelsbrott men på i stort sett samma nivå i antal sjukhusvårdade för misshandel.

Figur 17. Antal polisanmälda misshandelsbrott utomhus med obekant gärningsman (enligt BRÅ:s statistik över polisanmälda brott) och antal sjukhusvårdade fall av misshandel enligt ICD-10 X85-Y09 (enligt Socialstyrelsens patientregister), per 100 000 inv. 15 år och äldre.



3.5 Hur hänger det ihop?

I detta avsnitt ser vi närmare på hur det hänger ihop när det gäller användning av ANT mellan unga och vuxna samt kopplingen mellan användning och vårdade/dödsfall. Är det så att kommuner som ligger högt/lågt bland unga också tenderar att ligga högt/lågt bland vuxna? Och kommuner som ligger högt bland unga och vuxna också ligger de också högt i antalet vårdade och i antalet dödsfall? Vidare studeras om det finns kopplingar mellan de olika substanserna så att kommuner som ligger högt på en substans också ligger högt på en annan.

Det bör noga understrykas att analyserna endast rör samband mellan nio kommuner när det gäller kommunaggregerade data från skolelever och tolv kommuner när det gäller övriga data. Det är mer rättvist att prata om *tendenser* snarare än säkra samband. Dessutom avser ungas vanor år 2015, vuxnas vanor 2012 och vårdade och dödlighet 2009–2013. Det rör sig alltså inte om exakt samma år som jämförs. Liknande analys bör därför genomföras senare på ett mycket större antal kommuner för att på så sätt kunna dra säkra slutsatser.

Sambanden på kommunnivå har studerats genom att beräkna ett specifikt rangkorrelations-estimat, nämligen Spearman's rangkorrelation, och visar alltså på om kommuner uppvisar samma riktning (rangordning) för olika variabler (mått). Inga siffror redovisas utan resultaten, i form av *tendenser*, beskrivs endast i text.

Alkohol

Alkoholvanorna i årskurs 9 visar på positivt samband med alkoholvanor i gymnasiet år 2. Detta gäller både den totala alkoholkonsumtionen och intensivkonsumtionen men svagare när det gäller andelen alkoholkonsumenter. Kommuner som ligger högt i årskurs 9 i totalkonsumtion och i intensivkonsumtion tenderar således att också att ligga högt i gymnasiet år 2.

Positiva samband framkommer också på kommunnivå när det gäller alkoholvanor (total- och intensivkonsumtion) bland unga (både årskurs 9 och gymnasiet år 2) och nivåer av vårdade och av dödlighet samt mellan alkoholvanor bland vuxna (genom måttet AUDIT-C) och alkoholrelaterad vård. Andelen riskkonsumenter enligt AUDIT-C (vuxna) och alkoholrelaterade dödsfall uppvisar dock inget samband, inte heller ungas alkoholvanor och AUDIT-C bland vuxna.

Inte oväntat föreligger också samband på kommunnivå mellan vårdade och dödlighet: kommuner med höga/låga nivåer på vårdade tenderar att ha höga/låga nivåer av dödlighet.

Narkotika

Inga tydliga samband framkommer på kommunnivå mellan andelen unga i årskurs 9 och i gymnasiet år 2 i andelen som använt narkotika under de senaste 12 månaderna och inte heller mellan andelen unga (både årskurs 9 och gymnasiet år 2) som använt narkotika under de senaste 12 månaderna och andelen vuxna som använt cannabis.

Däremot framträder ett positivt samband mellan andelen som använt narkotika under de senaste 12 månaderna i årskurs 9 och antalet narkotikavårdade. Mellan gymnasiet år 2 och antal narkotikavårdade framkom inget positivt samband, snarare ett negativt. Kopplingen mellan andelen vuxna som använt cannabis senaste 12 månaderna och antalet narkotikavårdade är svagt.

I motsats till alkohol så framkommer alltså inget tydligt mönster, dvs. inget tydligt samband åt något håll.

Rökning

Alla tolv testade samband – svaga som starka – är i förväntad positiv riktning och flertalet av dem visar här på tydliga positiva samband. Kopplingen mellan regelbunden rökning i årskurs 9 och i gymnasiet år 2 är tydlig mellan kommunerna, så även mellan årskurs 9 och framförallt gymnasiet år 2 å ena sidan, och vuxnas dagligrökande å andra sidan.

Andelen regelbundna rökare i gymnasiet och dagligrökning bland vuxna samvarierar också tydligt med antal vårdade för KOL/lungcancer. Vuxnas andel dagligrökare samvarierar också tydligt med antalet dödsfall av KOL/lungcancer.

Samband mellan alkohol, narkotika och rökning

Unga

Både i årskurs 9 och gymnasiet år 2 framkommer tydliga samband på kommunnivå mellan alla tre substanser: alkohol, narkotika och tobak (rökning). Kommuner som ligger högt bland unga i exempelvis alkohol tenderar således att också ligga högt på narkotikaanvändning och rökning.

Vuxna

Här framkommer inga direkta samband överhuvudtaget på kommunnivå mellan andelen riskkonsumenter (AUDIT-C), andelen som använt cannabis och andelen dagligrökare. Möjligen kan detta bero på att måtten skiljer sig åt mellan substanserna. Cannabis avser om man någon gång testat, AUDIT-C är ett index baserat på tre frågor om frekvens, genomsnittlig mängd och omfattning av stora alkoholintag vid ett och samma tillfälle. Rökning avser daglig användning.

Vårdade och dödsfall

När det gäller antal vårdade framkommer ett tydligt positivt samband på kommunnivå mellan antal vårdade med alkoholdiagnos och antal vårdade med narkotikadiagnos. Detta innebär alltså att kommuner med höga vårdtal för alkohol också tenderar att ha höga vårdtal för narkotika. Sambanden mellan antal narkotika–tobak (vårdade för KOL/lungcancer) och alkohol–tobak var svagare men positiv riktning. Vad gäller dödstal testas endast sambandet mellan antal alkoholrelaterade dödsfall och antal tobaksrelaterade dödsfall och inget direkt samband föreligger för dessa tolv kommuner.

Sammanfattningsvis, med stor reservation för ytterst få fall (kommuner) och för olika mått som används för olika preparat och för unga och vuxna när det gäller alkohol, tyder ändå de flesta analyser på att det hänger ihop på kommunnivå mellan (1) årskurs 9 och gymnasiet år 2 (undantaget narkotika), (2) mellan vårdade och dödsfall för alkohol och tobak (narkotikadödsfallen studeras ej), (3) mellan de tre olika substanserna bland unga och (4) mellan ungas alkohol- respektive rökvanor å ena sidan och vårdade och dödsfall relaterade till samma substanser å andra sidan. Det bör också betonas att även om ett mönster framkommer så är inte sambanden helt entydiga och när det gäller narkotika snart oklara. Generellt var sambanden tydligast för rökning.

Med denna reservation så tyder alltså analyserna på att en kommun som ligger högt på en substans bland unga också tenderar att ligga högt på övriga två substanser bland unga och också uppvisa högre vårdtal och dödstal.

4. Diskussion

För Kalmar län – och sannolikt för flertalet övriga län i Sverige – finns uppgifter som täcker både ungas och vuxnas ANDT-vanor, dock med få svarande unga (skolelever) i kommuner med liten befolkning. Uppgifter om ANT-relaterad sjuklighet och dödlighet finns för alla Sveriges kommuner, även om antalet fall blir få i mindre kommuner också här.

Trots dessa brister i statistiskt underlag för småkommuner visar denna rapport att med befintliga uppgifter får man en förhållandevis heltäckande bild av hur det ser ut i ett länets kommuner och i länet totalt sett jämfört med riket. De kommunspecifika uppgifterna måste i en rapport som denna redovisas något övergripande men inom ramen för ILFA har alla deltagande kommuner fått en egen mer djupgående kommunrapport om ANT-situationen i den egna kommunen. Icke desto mindre visar denna rapport på tydliga mönster kommunerna emellan och att dessa i viss utsträckning återkommer både bland unga, bland vuxna och för olika substanser. Det går att prata om att vissa kommuner uppvisar en betydligt mer allvarlig ANT-situation än andra. Det är knappast heller en slump att några av de kommuner med mest problemfylld ANT-situation också visar sig vara bland de kommuner i Sverige som uppvisar lägst preventionsnivåer (enligt ett s.k. preventionsindex som är under sammanställning av CAN).

Vilka kommuner som ligger högt respektive lågt framkommer tydligt i kapitel 3 och behöver inte upprepas här. En fråga som naturligtvis väcks är emellertid varför det ser ut som det gör mellan kommunerna. Varför ligger vissa kommuner högt och andra lågt? Detta är frågor som blir centrala i ILFA framöver. Nedan nämns endast några möjliga faktorer som bidrar till detta.

Socioekonomiska skillnader mellan kommuner kan vara en faktor. Det tycks som om kommuner med en större andel lågutbildade uppvisar en högre nivå av skador och sjuklighet, åtminstone på alkohol- och tobaksområdet vilket i så fall är i linje med aktuell forskning på området (Landberg, 2015, pågående forskning).

En annan viktig faktor, som dessutom i högsta grad är möjlig att påverka inte minst genom ILFA, är omfattningen av det ANT-förebyggande arbetet. Det tycks finnas ett mönster där kommuner med minst utbyggt förebyggande arbete (inklusive tillsyn, tillstånd och öppettider m.m.) tenderar att uppvisa en generellt sett sämre ANT-situation. Men här måste mer analyser och mer forskning till, vilket också är på gång.

En tredje faktor kan vara rådande normer kring framförallt alkohol och tobak som sannolikt skiljer sig åt mellan kommuner. De kommuner som uppvisar en högre nivå av berusningsdrickande bland unga är sannolikt kommuner med en mer tillåtande syn på berusning även bland vuxna, för att nämna ett exempel.

När det gäller Kalmar län som helhet (eller för de nio ILFA-kommunerna) vill vi här lyfta vissa tydliga resultat som framkommer i analyserna som redovisades i kapitel 3. Alkoholvanorna i länet uppvisar stora likheter med riket. Andelen riskkonsumenter av alkohol ligger tämligen still över tid (dvs. från 2008 till 2012). Det finns dock tecken på förändrade dryckesmönster där antal dryckestillfällen ökar över tid (2008–2012) men kvantiteterna per tillfälle och antal dryckestillfällen med stora alkoholintag minskar över tid.

Bland unga kan en kraftig nedgång i alla alkoholmått skönjas i hela Sverige och således även i Kalmar läns ILFA-kommuner. Här minskar inte endast mängden konsumerad alkohol per tillfälle och antal intensivkonsumtionstillfällen utan även antalet dryckestillfällen totalt och detta gäller alla alkoholdrycker. Alla alkoholmått visar på mycket stora förändringar i gynnsam riktning.

Narkotikasituationen tycks ha försämrats över tid, både i riket och i Kalmar län. Fler använder cannabis och antal narkotikarelaterade vårdfall och dödsfall ökar. Detta är en bekymmersam utveckling men inte omöjlig att i viss utsträckning påverka.

Bekymmersamt är också den för Kalmar län höga andelen dagligrökare i flera av kommunerna och den klart högre nivån i länet än riksgenomsnittet i antal döda och vårdade i de två centrala tobaksrelaterade sjukdomarna KOL/lungcancer.

Referenser

Babor T, Caetano R, Casswell S *m.fl.* (2010). *Alcohol No Ordinary Commodity*, Research and Public Policy, Second edition. Oxford University press.

Folkhälsomyndigheten (2016). <http://www.folkhalsomyndigheten.se/amnesomraden/statistik-och-undersokningar/enkater-och-undersokningar/nationella-folkhalsoenkaten/tekniska-rapporter/>.

Gripe I (red.) (2015). *Skolelevers drogvanor 2015*. Rapport nr 154. Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning, Stockholm.

Holmberg S & Weibull L (2014). Restriktivare alkoholopinion – men liberalare alkoholvanor, i: Bergström A & Oscarsson H (red.) *Mittfåra & marginal*. SOM-institutet, Göteborgs universitet, Göteborg.

Kühlhorn E (2004). *Våldsbrottsligheten*. Brottsförebyggande rådet (BRÅ).

Raninen J (2015). *Ingen dricker som Svensson. Om svenska befolkningens dryckesvanor*. Rapport nr 153. Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning, Stockholm.

Socialdepartementet (2013). *Uppföljning av regeringens alkohol-, narkotika-, dopnings- och tobaksstrategi*. Förslag på indikatorer och styrning. Nr 2, Stockholm.

Socialstyrelsen (2015). *Dödsorsaker 2014*. Socialstyrelsen, Stockholm.