



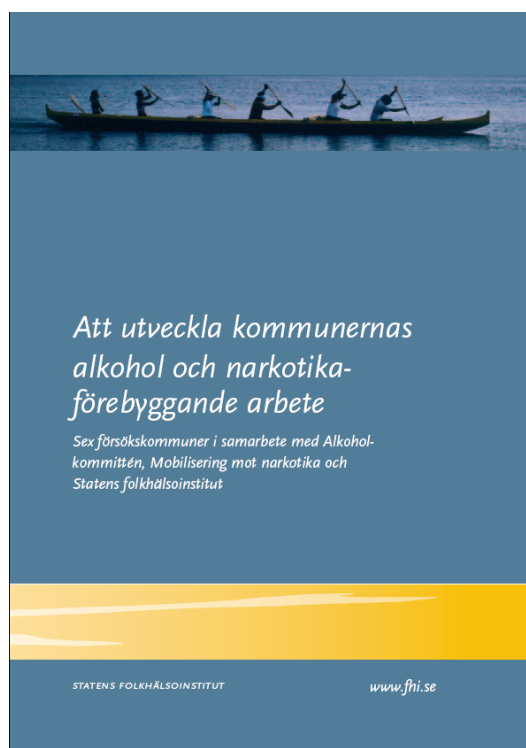
LUND

ATAD Prevention Center, Lund  
Alkohol, Tobak och Andra Droger  
[www.droginfo.com](http://www.droginfo.com)



Rapport 2004:1

# Försökskommunprojektet delrapport 2004



Bild; Delrapporten från FHI

Mellan 2003 och 2006 deltog Lunds kommun i en satsning, sex försökskommunprojektet, som Alkoholkommittén, Mobilisering mot narkotika samt Statens Folkhälsoinstitut stod bakom. Denna rapport är ett sammandrag av delrapporten "*Att utveckla kommunernas alkohol och narkotikaförebyggande arbete* (2004)" från FHI. I detta utdrag har vi valt att lägga fokus på bakgrund, metod och slutsatser.

## Förord

**Skador och sjukdomar** som har samband med alkohol har historiskt varit ett av de största folkhälsoproblemen i Sverige. Alkoholkonsumtion är en viktig orsak både till för tidig död, behov av vård och sjukskrivning. Narkotikarelaterade dödsfall utgör en betydande del av den dödlighet bland yngre personer som går att förebygga.

Alkoholkonsumtionen och riskbruket ökar i Sverige. Ett gediget forskningsstöd visar på ett starkt samband mellan den totala alkoholkonsumtionen och mängden alkoholskador och problem. Inflödet av narkotika och alkohol har blivit större i vårt land och innebär ökande och allvarliga hot mot en god hälsa och livssituation i befolkningen. På alkoholområdet har det samtidigt blivit svårare att upprätthålla de traditionellt restriktiva nationella verktygen. När alkohol och narkotika blivit mer tillgängligt än någonsin, ställer det krav på en annan inriktning av det alkohol- och narkotikaförebyggande arbetet.

Det krävs mer kraftfulla lokala insatser i kommuner och landsting och det fordras också mer djupgående samarbete mellan en rad olika aktörer i lokalsamhället. Det finns i dag vetenskapligt stöd för att lokalt kommunalt arbete som inriktar sig på policyförändringar har effekt<sup>1, 2</sup>. De lyckade lokala preventionsinsatserna har haft en vetenskaplig bas, inriktat sig på förändringar i så väl utbud som efterfrågan och inneburit ett engagemang från flera olika kommunala aktörer<sup>3, 4, 5</sup>.

Regeringen har tillsatt Alkoholkommittén och Mobilisering mot narkotika bland annat för att stärka det lokala alkohol- och drogförebyggande arbetet. Alkoholkommittén och Mobilisering mot narkotika utbildar de lokala samordnarna och finansierar forskning och konferenser som kommer drogförebyggare till godo. I januari 2003 inleddes en satsning, den om sex försökskommuner, där Alkoholkommittén och Mobilisering mot narkotika står för genomförandet av insatsen och Statens folkhälsoinstitut utvärderar utvecklingsarbetet och i förlängningen Alkoholkommitténs och Mobilisering mot narkotikas arbete med de nationella handlingsplanerna.

Syftet är att försöka påverka alkohol- och narkotikautvecklingen i sex försökskommuner i Sverige och få kunskap som kan spridas till övriga kommuner. Utvärderingen är formativ, det vill säga den lokala styrgruppen får kontinuerlig återkoppling från utvärderarna och har möjlighet att på så sätt ompröva sina vägval om effekter inte skulle uppkomma eller utvecklingen går i fel riktning.

Försökskommunerna fastställde under sommaren 2003 sina utvecklingsplaner vari de specificerat tre eller fyra områden de systematiskt vill arbeta med inom utvecklingsarbetets ram. Kommunernas genomförandeplaner visar hur arbetet ska läggas upp. Först under hösten 2004 kommer arbetet att komma igång med lokala utbildningar och formellt samarbete mellan flera lokala aktörer. Därför är den här delrapporten en beskrivning av utgångsläget i försökskommunerna och situationen efter ett och ett halvt år samt en processbeskrivning över den tid som utvecklings- och forskningsverksamheten pågått.

*Gunnar Ågren*  
*Generaldirektör*

<sup>1</sup> Wagenaar AC, Murray DM, Gehan J et al. Communities Mobilizing for Change on Alcohol: Outcomes from a Randomized Trial. *Journal of Studies on Alcohol* 2000;61: 85-94.

<sup>2</sup> Andréasson S (red). Den svenska supen i det nya Europa. Nya villkor för alkoholprevention: en kunskapsöversikt. Statens folkhälsoinstitut 2002.

<sup>3</sup> Holmila M (Ed). Community prevention of alcohol-problems. Houndmills and London: Mac-Millan press limited ltd; 1997.

<sup>4</sup> Holder H. Community prevention of alcohol problems. *Addictive Behaviours* 2000; vol. 25, nr 6: 843-859.

<sup>5</sup> Wallin E. Lokalt folkhälsoarbete. I Andréasson S (red). Den svenska supen i det nya Europa. Nya villkor för alkoholprevention: en kunskapsöversikt. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut; 2002.

## Sammanfattning

Under hösten 2002 erbjöds samtliga 290 kommuner i Sverige att ansöka om att delta i ett treårigt utvecklingsarbete för att stärka sitt förebyggande arbete för att minska skadorna och problemen kopplade till alkohol och narkotika. Av de 68 kommuner som ansökte valdes sex kommuner från olika delar av landet med varierande storlek. Dessa kommuner har under ett och ett halvt år, med start i januari 2003, tillsammans med Alkoholkommittén, Mobilisering mot narkotika och Statens folkhälsoinstitut arbetat för att stärka det lokala alkohol- och narkotikaförebyggande arbetet.

En viktig del i utvecklingsarbetet är en ökad satsning på forskningsbaserade metoder för alkohol- och narkotikaförebyggande arbete och lokal mobilisering av olika aktörer. Genom kunskapsstöd från en till projektet knuten expertgrupp med resurspersoner, utbildning av alkohol- och narkotikasamordnare, utbildning av utbildare och regelbunden återkoppling av resultat från kartläggningar ska kommunerna få stöd att utforma och genomföra förebyggande aktiviteter som långsiktigt ska leva kvar i den ordinarie verksamheten.

Kommunerna erbjuds kompetensutveckling i form av utbildning i verksamma metoder, erfarenhetsutbyte, löpande stöd av en grupp resurspersoner knutna till projektet samt ett startbidrag på 200 000 kronor. Under hela utvecklingsprojektet får kommunerna utvärderingsstöd från utvärderare från Statens folkhälsoinstitut.

Efter projektets första ett och ett halvt år har samtliga sex försökskommuner valt tre till fyra områden som de särskilt vill utveckla, till exempel ansvarsfull alkoholserving på restauranger, familjeprogram till föräldrar i skolåldern eller alkohlrådgivning inom primärvården.

En representant från vardera Alkoholkommittén, Mobilisering mot narkotika och Statens folkhälsoinstitut har utgjort den centrala styrgruppen för detta utvecklingsarbete och gemensamt stått för arbetets centrala planering. Inom ramen för detta har Alkoholkommittén och Mobilisering mot narkotika stått för implementeringen av aktiviteterna, medan Statens folkhälsoinstitut ansvarat för utvärderingen av arbetet. Resultat från utvärderingen presenteras för försökskommunerna två gånger per år. Utvärderingen består bland annat av registerdata för olyckor, brott och sjuklighet relaterade till alkohol och narkotika, enkätdata på alkohol- och narkotikakonsumtion samt attityder till förebyggande aktiviteter, bevakning av alkohol- och narkotikarelaterade inslag i lokalmedier, resultat från provinköp av alkohol av underåriga och så vidare. Den här halvtidsrapporten är strukturerad utifrån fyra stora huvudkategorier: tillgänglighet, konsumtion, skador och aktiviteter. Efter ett och ett halvt år föreligger inga skillnader i alkohol- och narkotikautvecklingen mellan försökskommunerna och kontrollkommunerna. Den enda skillnaden är att medieaktiviteten och antalet inslag kring alkohol och narkotika under hela projektperioden varit större i försökskommunerna än i kontrollkommunerna. Utvecklingen i försökskommunerna och kontrollkommunerna liknar den i landet i stort. Alkohol- och narkotikakonsumtionen ökar, liksom problemen som beror på alkohol och narkotikarelaterade problem. Avsaknaden av effektskillnader är inte överraskande. Tvärtom är den förväntad mot bakgrund av att försökskommunerna först under hösten 2004 börjar med insatserna inom sina utvecklingsområden.

Samtidigt står det klart att utvecklingen under den senaste tiden varit mycket positiv. De kommunala ledningsgrupperna har börjat ta en rad egna initiativ och visat ökat intresse och engagemang. Vid ett möte för politiker från de deltagande kommunerna i Umeå i november 2004 beslutade man bland annat att arbetet ska fortsätta efter projektidens slut 2005, och att man också önskar att utvärderingen ska kunna förlängas.

## Inledning

### ***Bakgrund till utvecklingsarbetet***

Missbruk av alkohol och narkotika är ett av de allvarligaste hoten mot en god hälsa i befolkningen. Sverige tillhör de länder som fortfarande har den mest ambitiösa alkohol- och narkotikapolitiken. Således är prisinstrumentet genom högre skatter på alkoholområdet fortfarande verksamt, den fysiska tillgängligheten begränsas genom detaljhandelsmonopol och åldersgränser. Den restriktiva narkotikapolitiken har kunnat fullföljas, med starkt stöd i den allmänna opinionen. Dessa insatser har alltså betydande förebyggande effekter. Trots den ambitiösa politiken är utvecklingen oroande på detta område. Möjligen ses en början till nedgång i alkohol- och narkotikabruket bland skolungdomar. En tänkbar orsak till denna nedgång – och som också kan tänkas gälla i andra länder – är en mer restriktiv attityd bland föräldrarna. Vissa data tyder på att föräldrar i dag är mindre benägna att bjuda sina barn på alkohol, eller att köpa ut alkohol åt dem.

Men för den vuxna befolkningen ses ingen förbättring. På alkoholområdet ökar konsumtionen i den takt som kan förväntas med hänsyn till avregleringar och ökad legal och illegal import med de facto lägre konsumentpriser, och kopplat till detta ökar ett antal skadeindikatorer, främst de som är relaterade till berusningsdrickande: förgiftningar, trafikolyckor och misshandel. Vissa indikatorer talar också för ökning av skador relaterade till långsiktigt ökad konsumtion, exempelvis fler personer som vårdas för skrumplever och alkoholberoende. Narkotikaområdet har en liknande utveckling; stabilisering eller minskning bland skolungdomar, men ökad konsumtion och problem bland vuxna. Priset på narkotika sjunker, vilket talar för ökad tillgång på narkotika, ökade narkotikabeslag av tullen (6) och ökat antal narkotikarelaterade vårdtillfällen i sjukvården. Den narkotikarelaterade dödligheten har ökat under hela 1990-talet. Under de tre senaste åren har det skett en viss stabilisering men det är för tidigt att bedöma om detta innebär ett bestående trendbrott. Det finns ett starkt samband mellan alkohol- och narkotikaproblem. En bristande kontroll av alkoholens tillgänglighet innebär en ökad risk också för narkotikamissbruk. Denna utveckling ställer krav på en förändring av det alkohol- och narkotikaförebyggande arbetet. Bland annat krävs mer kraftfulla lokala insatser i kommuner och landsting. Det finns i dag vetenskapligt stöd för att lokalt kommunalt arbete som inriktar sig på policyförändringar har effekt. Gemensamt för lyckade lokala preventionsinsatser är att de haft en vetenskaplig grund, inneburit ett engagemang från flera olika kommunala aktörer samt inriktat sig på förändringar i så väl utbud som efterfrågan. Under en treårsperiod, med start i januari 2003, genomför Alkoholkommittén, Mobilisering mot narkotika och Statens folkhälsoinstitut ett omfattande projekt för att påverka alkohol- och narkotikautvecklingen i sex kommuner i Sverige. Tyngdpunkten i denna satsning ligger på att införa en forskningsbaserad preventionsmetodik genom lokal mobilisering av olika aktörer. Genom kunskapsstöd från en till projektet knuten expertgrupp med resurspersoner, utbildning av alkohol- och narkotikasamordnare, och regelbunden återkoppling av resultat från kartläggningarna ska kommunerna få stöd att utforma och genomföra aktionsplaner.

### ***Den nationella styrgruppen för utvecklingsarbetet***

I utvecklingsverksamhetens styrgrupp ingår en representant från de tre involverade organisationerna: Alkoholkommittén, Mobilisering mot narkotika och Statens folkhälsoinstitut. Styrgruppen träffas en gång i månaden. Projektkoordinatören för minnesanteckningar från mötena. Alkoholkommittén och Mobilisering mot narkotika har huvudansvaret för att genomföra utvecklingsprojektet, medan Statens folkhälsoinstitut ansvarar för utvärderingen.

### ***Utvecklingsarbetets målsättning***

Den övergripande målsättningen med projektet är att under en treårsperiod studera utveckling och tillämpning av evidensbaserade interventioner inom kommunalt alkohol- och narkotikaförebyggande arbete samt effekterna av detta arbete. Vi jämför utvecklingen i sex kommuner som prioriterar alkohol- och narkotikaförebyggande arbete och som erbjuds extra resurser för detta arbete, och utvecklingen i sex kontrollkommuner och utvecklingen i resten av landets kommuner.

Effektutvärderingen besvarar frågan *hur utvecklas alkoholkonsumtionen och användningen av narkotika i interventionskommunerna jämfört med kontrollkommunerna och riket i stort?*

Bland flera delfrågor inom detta område finns dessa:

- Minskar berusningsdrickandet?
- Minskar andelen människor som prövar narkotika?
- Höjs debutåldern för alkohol respektive narkotika?
- Minskar de medicinska skadorna det vill säga dödlighet, sjuklighet och olycksfall?
- Minskar alkohol- och narkotikarelaterad brottslighet?
- Minskar riskfaktorerna inom områdena tillgänglighet, familj, skola, fritid?
- Förändras människors attityder till alkohol- och drogpreventiva åtgärder?

Processutvärderingen besvarar frågan *hur ser det alkohol- och drogförebyggande arbetet ut i kommunen?*

Exempel på delfrågor inom detta område:

- Är alkohol- och drogförebyggande arbete prioriterat i den politiska och administrativa ledningen?
- Hur är engagemanget för alkohol- och drogförebyggande arbete?
- Vilka myndigheter och organisationer är engagerade i det alkohol- och drogförebyggande arbetet och hur fungerar samverkan?
- Används effektiva metoder?
- Hur uppfattar olika befolkningsgrupper alkohol- och narkotikafrågan?
- Hur ställer man sig till olika åtgärder för att begränsa eller förebygga problem på detta område?

## Metod

### *Val av försökskommuner*

I september 2002 skickades en förfrågan om att delta i ett treårigt alkohol- och drogpreventivt projekt ut till samtliga kommuner i landet. I inbjudan beskrevs ett antal kriterier som skulle vara uppfyllda för att kunna delta. Kommunerna valdes ut med ledning av hur väl de uppfyllde kriterierna:

- en aktuell alkohol- och drogpolicy som omfattade såväl primär- som sekundärprevention
- en intention att permanenta det preventiva arbetet
- en ledningsgrupp där kommunstyrelsens ordförande ingick tillsammans med ledande politiker och tjänstemän i kommunen och även representanter från landstinget
- en samordnare som ansvarade för att genomföra innehållet i alkohol- och drogpolicyn
- att deltagandet i projektet var förankrat både hos politiker och tjänstemän.

Av 68 kommuner som ansökte, valdes de sex kommuner som bäst uppfyllde kraven. Dessa var: Solna, Lund, Kalmar, Umeå, Laholm och Kramfors. De är geografiskt väl spridda i landet och representerade olika typer av kommuner, det vill säga kommuner i storstadsregioner, stora kommuner och små kommuner.

### *Val av kontrollkommuner*

För att kunna jämföra utvecklingen i försökskommunerna med den i liknande kommuner och för att studera effekterna av utvecklingsarbetet valdes sex kontrollkommuner med samma befolkningsmängd och geografiska spridning. Kontrollkommunerna valdes bland de kommuner som inte hade ansökt om att bli försökskommuner. Utvecklingen i dessa kommuner studeras med liknande metoder, så långt det är möjligt.

### *Vad erbjuder vi försökskommunerna?*

Kommunerna erbjuds kompetensutveckling i form av utbildning i verk samma metoder, erfarenhetsutbyte, löpande stöd av en grupp resurspersoner knutna till projektet samt ett startbidrag på 200 000 kronor. Under hela utvecklingsprojektet får kommunerna utvärderingsstöd från utvärderare från Statens folkhälsoinstitut.

### *Resurspersoner*

För att kommunerna ska få ett bra stöd i sitt drogförebyggande arbete knyts en resursperson till varje kommun. Resurspersonerna är erfarna preventionspraktiker inom alkohol- och narkotikaområdet med lång erfarenhet av förebyggande arbete. Varje resursperson tilldelas en kommun för vilken han eller hon är huvudansvarig, men samarbete i resurspersonsgruppen uppmuntras. Resurspersonerna avsatte två arbetsdagar i månaden för arbete med utvecklingsprojektet 2003. Under år 2004 arbetar resurspersonerna med utvecklingsprojektet en dag i månaden. Resurspersonernas viktigaste uppgifter har varit att analysera sin försökskommun, delta på kommunbesöken tillsammans med projektets styrgrupp samt att göra återbesök i kommunen med projektkoordinatorn för att bland annat diskutera upplägg av utbildningsinsatser.

### **Projektkoordinator**

Vid projektstarten bedömde Alkoholkommittén och Mobilisering mot narkotika att det var viktigt att tydliggöra vilka "aktörer" som var ansvariga för utvecklingsarbetet och få en samsyn kring den gemensamma plattformen för utvecklingsarbetet. Alkoholkommittén och Mobilisering valde därför att avvakta med att gå ut och rekrytera en särskild projektkoordinator. Efter en tid visade det sig att arbetet blev allt för omfattande och i augusti 2003 anställdes en projektkoordinator.

Arbetsuppgifterna består i att sköta kontakter mellan styrgrupp och försökskommuner samt att samordna utbildningsinsatserna till kommunerna. Projektkoordinatorn deltar även på styrgruppsmöten och kommunbesök och gör månatliga uppföljningar tillsammans med kommunernas samordnare. Projektkoordinatorn gör tillsammans med resurspersonerna regelbundna besök i kommunerna för att stödja utvecklingen av det förebyggande arbetet och identifiera utbildningsbehov.

### **Uppföljning och utvärdering**

Uppföljningen av projektet innebär djupgående studier av de sex försökskommunerna samt de sex kontrollkommunerna under de tre år projektet pågår. Studierna genomförs med såväl kvantitativ som kvalitativ metodik för att belysa effekter och processer. I de kvantitativa analyserna följs utvecklingen dels i de enskilda kommunerna, dels på aggregerad nivå, där jämförelser görs mellan två grupper av kommuner, båda med cirka 300 000 invånare. I det senare fallet möjliggörs vissa analyser som omöjliggörs i de enskilda kommunerna för små tal.

Under våren 2003 genomfördes baslinjemätningar i samtliga försökskommuner och kontrollkommuner. Därefter samlar vi in data kontinuerligt under studieperioden. De olika utvärderingsmått som följs under projektperioden presenteras nedan.

#### **EFFEKTSTUDIE**

Effektstudien innefattar återkommande mätningar av alkohol- och narkotikakonsumtionen samt alkohol- och narkotikarelaterade skador. Detta görs med hjälp av enkätdata och registerdata under åren 2003–2006. De variabler som följs över tid i effektstudien är uppdelade i intermediära variabler och utfallsvariabler.

#### **Intermediära variabler**

##### *Tillgänglighet av alkohol och narkotika*

1. Socialt: a) i hemmet/från föräldrar  
b) från vänner/bekanta
2. Kommersiellt: a) restauranger  
b) affärer  
c) Systembolaget
3. Illegal försäljning

#### **Källa:**

enkätstudie  
enkätstudie  
provköpsstudier  
provköpsstudier  
SB: registerdata  
Brå: registerdata

##### *Rattfylleri och drograttfylleri*

1. självrapporterad
2. antal anmälda rattfylleribrott

enkätstudie  
Brå: registerdata

##### *Upplevd risk att bli upptäckt vid*

1. rattfylla
2. narkotikaanvändning
3. försäljning och servering av alkohol till underåriga

enkätstudie  
enkätstudie  
enkätstudie

Vänners bruk av alkohol och narkotika	enkätstudie
Riskbruk, det vill säga hög alkoholkonsumtion som leder till ökad risk för skador och beroende	enkätstudie
Priser på narkotika	lokal polismyndighet
Antal restauranger med utskänkningstillstånd	FHI: registerdata
För unga:	
1. Klimat i hemmet	enkätstudie
2. Skolanknytning	enkätstudie
Lokalt engagemang och aktivitet i frågan	mediebevakning
<b>Utfallsvariabler</b>	<b>Källa:</b>
Alkohol- och narkotikabruk	enkätstudie
Andel riskkonsumenter och beroende av alkohol eller narkotika	enkätstudie
Narkotikabruk under de senaste 30 dagarna	enkätstudie
Frekvens av berusningsdrinkande	enkätstudie
Ålder vid första berusning/första kontakt med narkotika	enkätstudie
Alkoholförgiftning bland unga 15–19 år	EpC, lokala vårdregister
Antal ungdomar som gripits på grund av droginnehav	Brå: registerdata
Antal anmälda fall av misshandel	Brå: registerdata
Alkoholrelaterade trafikolyckor	Vägverket: registerdata
Skador till följd av alkohol- eller narkotikabruk	
1. sjukvårdstatistik	EpC, lokala vårdregister
2. självrapporterade skador	enkätstudie
Inbrott, stöld eller rån	Brå: registerdata

### **Enkätundersökning**

Under våren 2003, 2004, 2005 och 2006 kommer enkätundersökningar att genomföras i försökskommunerna och kontrollkommunerna. Enkätundersökningarna genomförs postalt och omfattar 1000 personer i varje kommun, sammanlagt 12 000 personer. Skolelever i årskurs nio på högstadiet och årskurs två på gymnasiet är av extra stort intresse då data om alkoholkonsumtion och narkotikabruk i dessa åldersgrupper finns tillgänglig på nationell nivå via mätningar genomförda av Centraförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning (CAN). Därför gör vi ett större urval av personer i dessa ålderskategorier, 200 personer i årskurs nio och 200 personer i årskurs två på gymnasiet i varje kommun. 600 personer per kommun väljs ut i den vuxna befolkningen 19–70 år.

Enkäten omfattar en allmän del som både de unga och de vuxna respondenterna får svara på samt en specifik del som enbart de unga svarar på. Den allmänna delen innehåller frågor om alkoholkonsumtion, narkotikabruk, problem relaterade till alkohol- och narkotikabruk, attityder till alkohol- och narkotikapolitik och preventiva åtgärder samt risk att bli upptäckt vid lagbrott relaterade till alkohol och narkotika. Den specifika ungdomsdelen innehåller frågor om skolmiljö, hemklimat, vänners beteende och fritidsaktiviteter.

Administration av enkätutskick, registrering av svar och så vidare sköter av marknadsundersökningsföretaget TEMO AB. De skickar ut enkäterna tillsammans med ett portofritt svarskuvert under våren. Med enkäten följer också ett brev som beskriver studiens

syfte och förklarar att deltagandet är frivilligt. För de personer som inte fyllt 16 år skickas enkäten till målsman med ett brev som uppmanar föräldern att ge enkäten till sitt barn. Efter två veckor skickas en påminnelse till dem som inte returnerat enkäten. Ytterligare en påminnelse med ett nytt formulär skickas ut efter ytterligare några veckor.

När vi publicerar den här rapporten har två enkätundersökningar genomförts. Under sensvåren 2003 och 2004 genomfördes postala enkätundersökningar med ett slumpmässigt urval av 12 000 personer bland försökskommunernas och kontrollkommunernas invånare.

Den totala svarsfrekvensen i enkätundersökningen 2003 var 59 procent bland ungdomarna och 63 procent i den vuxna befolkningen. Svarsfrekvensen varierade något mellan de olika kommunerna och mellan kvinnor och män. Bland de unga svarade fler flickor (1 577 st, 56 procent) än pojkar (1 226 st, 44 procent) och något fler i årskurs två på gymnasiet (1 449 st, 51 procent) än i årskurs nio (1 369 st, 49 procent). Även i den vuxna befolkningen fanns könsskillnader i svarsfrekvens, av de svarande var 2 474 (55 procent) kvinnor och 2 056 (45 procent) män. Den totala svarsfrekvensen 2004 var något lägre, 55 procent bland ungdomarna och 58 procent i den vuxna befolkningen. Svarsfrekvensen varierade något mellan de olika kommunerna och mellan kvinnor och män. En svarsfrekvens omkring eller strax under 60 procent är inte helt tillfredsställande. Samtidigt är detta en vanlig siffra i liknande studier. För att korrigera för eventuella selektionseffekter bland de svarande i denna undersökning, kontakter vi under hösten 2004 personer som inte besvarat enkäten och deras svar jämförs med övriga som svarat tidigare. Flera tidigare studier av bortfall har visat att de som nås vid en bortfallsuppföljning inte skiljer sig nämnvärt från dem som initialt deltog. Däremot är gruppen tunga missbrukare sannolikt kraftigt underrepresenterad i denna typ av frågeundersökningar. Men förmodligen är denna grupp lika svår att nå och lika underrepresenterad i de flesta undersökningar av denna typ. För det primära syftet, att jämföra utvecklingen över tid mellan två grupper av kommuner, är en låg svarsfrekvens av begränsad betydelse – såvida den inte skulle vara ännu mycket lägre än i denna undersökning.

### **Registerdata**

Flera av de variabler som ingår i effektstudien består av data från centrala register. I huvudsak samlas registerdata in på utfallsmått som misshandelsstatistik och alkoholrelaterade dödsfall, men även mått på mellanliggande variabler som alkoholförsäljning och tillgänglighet av alkohol samlas in. Utvecklingen av olika indikatorer studeras från 1995 och framåt. Av olika skäl har detta inte varit möjligt för alla typer av data. Här redovisar vi utvecklingen för samtliga försökskommuner sammanslaget, samtliga kontrollkommuner sammanslaget och utvecklingen i hela riket.

Registerdata har även tagits fram för varje enskild kommun och jämförts med den kommunens kommungrupp enligt Svenska kommunförbundets indelning i kommungrupper (storstäder, förortskommuner, större städer, medelstora kommuner, industrikommuner, landsbygdskommuner, glesbygdskommuner, övriga medelstora kommuner och övriga små kommuner), samt riket i stort. Data på kommunnivå presenteras enbart i bilagor, se separata bilagor 1–6.

### **Preventionsindex**

För att få information om vilka alkohol- och narkotikapreventiva åtgärder som genomförs i kommunerna samlas information och dokumentation in från kommunens alkohol- och drogsamordnare. Insamlandet görs vid de årliga intervjuer som utvärderarna genomför och genom att samordnarna kontinuerligt skickar relevant material till utvärderarna. Projektkoordinatören och samordnarna har också en månatlig kontakt där de stämmer av aktiviteter. Information samlas in om typ av aktivitet, målgrupp och hur många som nås av



LUND

**ATAD Prevention Center, Lund**  
Alkohol, Tobak och Andra Droger  
[www.droginfo.com](http://www.droginfo.com)



aktiviteten. Det senare har dock visat sig vara svårt att få uppgift om. Statens folkhälsoinstitut sänder årligen ut en länsenkät till alla Sveriges kommuner. I denna ingår bland annat frågor om kommunernas insatser och åtgärder i det alkohol- och drogförebyggande arbetet. Vi sammanställer de studerade 12 kommunerna och beräknar ett aktivitetsindex som återspeglar kommunens grad av aktivitet. Detta jämförs och kontrolleras mot dokumentation och genomförda nyckelpersonsintervjuer. Utifrån svaren på länsenkäten ger vi även poäng på kommunens struktur som utgör ett strukturindex. Aktivitetsindexet och strukturindexet skapar tillsammans ett preventionsindex. Detta är ett sätt att försöka mäta kommunens samlade ansträngningar för att förebygga alkohol- och narkotikaproblem.

### ***Mediebevakning***

Mediebevakningen innebär insamling av alla tidningsartiklar, TV- och radioinslag i alla Sveriges medier samt webbpublicering kring alkohol och droger under projektperioden. Insamlandet av mediematerial sker med hjälp av företagen Observer och Retriever, medan utvärderarna som är kopplade till projektet analyserar materialet. Det noteras till exempel om artikeln eller inslaget är relaterat till försökskommunprojektet eller den lokala arbetsgruppen för det alkohol- och drogförebyggande arbetet eller om materialet är av mer allmän karaktär.

### ***Provköpsstudier***

Tillgång till alkohol är en central faktor kopplad till ungdomars alkoholbruk. Metoder för att studera tillgänglighet av folköl för ungdomar har utarbetats inom ramen för projektet Stockholm förebygger alkohol- och drogproblem (STAD) vid Stockholms läns landsting<sup>6</sup>. Den metod som används för att studera tillgängligheten av alkohol för ungdomar går ut på att skicka ut ungdomar för att försöka bli serverade alkohol på restaurang och att försöka köpa folköl i butik. Resultaten av ungdomarnas inköpsförsök registreras sedan systematiskt och noteringar görs om hur ofta ungdomarna ombeds visa legitimation<sup>7,8</sup>. De ungdomar som används i denna typ av studie är 18 år men ser yngre ut. Denna metod har utvecklats och genomförts med goda resultat på ett stort antal restauranger och butiker i Stockholm.

En annan metod har utformats för att studera överservering av alkohol till kraftigt alkoholpåverkade restauranggäster. Denna metod består i att skådespelare besöker restauranger två och två och försöker beställa alkohol. En av skådespelarna agerar kraftigt alkoholpåverkad och den andre nykter. Det finns strukturerade och väl utprovade metoder för både genomförande och resultatregistrering av dessa observationsstudier<sup>9</sup>.

### ***Analys***

De effektvariabler som samlas in ska sättas i relation till omfattningen och kvaliteten i de förebyggande insatser man genomfört i respektive kommun. Information om förebyggande insatser som genomförs i kommunerna under studieperioden samlas inledningsvis in via aktivitetsrapporter. Vid årsskiftet 2003/2004 upphörde man med detta och startade med den månatliga kontakten mellan projektkoordinator och samordnare för att stämna av aktiviteternas intensitet. Från utvecklingsarbetets start har vi samlat in dokumentation kontinuerligt. Genom regressions- och tidsserieanalyser blir det möjligt att studera hur stor

<sup>6</sup> Larsson J. Folköl och underåriga. En handbok om tillgänglighetsbegränsning. Stockholm: STAD-projektet; 2000.

<sup>7</sup> Lönnqvist U m.fl. Några folköl är väl inte så farligt... En studie av legitimationskontroll vid inköpsförsök i livsmedelsaffärer i Stockholm. Stockholm: STAD-projektet, rapport nr 4; 1998.

<sup>8</sup> Wallin E. En stor stark, tack! En studie av ungdomars möjligheter att bli serverade starköl på restauranger i Stockholm våren 2001. Stockholm: STAD-projektet, rapport nr 16; 2001.

<sup>9</sup> Gripenberg J, Wallin E. För full för en öl. En uppföljande studie av servering till berusade gäster på Stockholms restauranger. STAD-projektet, rapport nr 14 2001

vikt olika inslag i det förebyggande arbetet haft samt om de sex försökskommunerna når bättre resultat än kontrollkommunerna. Förutom jämförelser mellan försökskommunerna och kontrollkommunerna kommer vi att jämföra data insamlade i kommunerna och nationella data.

### *PROCESSTUDIE*

Processtudien består av återkommande intervjuer med nyckelpersoner inom kommunerna, återkommande telefonintervjuer med befolkningspaneler i kommunerna och systematisk insamling av relevanta dokument.

### *Intervjuer med nyckelpersoner*

De nyckelpersoner som intervjuas är ledande politiker, tjänstemän, polis, preventionspraktiker och enstaka föreningsrepresentanter. Intervjuerna genomförs med hjälp av semistrukturerade frågemallar och berör alkohol- och drogutvecklingen i kommunen, orsaker till detta, inställning till förebyggande åtgärder, hinder för effektivt arbete, prioriteringar och engagemang i frågan, hur arbetet är organiserat, huvudsakliga målgrupper, aktiviteter i kommunen samt förväntningar inför de närmaste åren.

### *Panelintervjuer*

Återkommande intervjuer genomförs också med strategiska urval av olika befolkningsgrupper (befolkningspanel) så som skolbarnsföräldrar (årskurs 7–9), tonåringar (15,17 och 19 år), lärare, poliser, fältassistenter, akutsjukvårdspersonal och serveringspersonal på restauranger: sammanlagt 24 personer per kommun. Dessa intervjuer är korta och genomförs via telefon. Frågorna handlar om huruvida man uppmärksammat förebyggande aktiviteter i kommunen eller förändringar i tillgänglighet och bruk av alkohol och droger. Fältarbetet i form av telefonintervjuer om cirka 10 minuter utför företaget HTAnalys. Bearbetningen av data gjordes av utvärderarna. En pilottestning gjordes under våren 2003. Första formella intervjuomgången skedde i november 2003. Vid nästa telefonintervjuundersökning i maj 2004 blev svarsfrekvensen inte tillfredsställande, vilket bidrog till att resultaten blev alltför osäkra för att kunna ingå i utvärderingen. Detta utvärderingsinslag har därför avslutats.

### *Dokumentation*

Relevant dokumentation samlas systematiskt in under studieperioden. Dokument av intresse är alkohol- och drogpolicydokument, tjänsteutlåtanden, promemorior, minnesanteckningar, nyhetsutskick, beslutsprotokoll från fullmäktige med mera.

### *Analys*

Vi gör kvalitativa sammanställningar av intervjuer och dokumentation kontinuerligt under studieperioden för att kunna analysera utvecklingen av kommunens alkohol- och narkotikaförebyggande arbete. Syftet med sammanställningarna är att ge en bild av hur det förebyggande arbetet är organiserat, hur samverkan mellan olika kommunala aktörer är uppbyggt och hur stort engagemanget för frågan är i kommunledningen och bland politiker. Intervjuer och dokumentationsinsamling sker i så väl försöks- som kontrollkommuner, vilket möjliggör jämförelser.

### *Bortfall och metodproblem*

Några få nyckelpersoner har fått utgå ur intervjuundersökningen eftersom de har fått andra arbetsuppgifter och inte längre arbetar med frågan. Deras ersättare har vid intervjutillfället i varierande grad hunnit skaffa sig en bild över situationen, vilket påverkar utfallet. Personliga



LUND

**ATAD Prevention Center, Lund**  
Alkohol, Tobak och Andra Droger  
[www.droginfo.com](http://www.droginfo.com)



intervjuer görs också i kontrollkommunerna. Trots att dessa inte uttryckligen informerats om att de jämförs med försökskommuner, kan studien ändå leda till en påverkan i dessa kommuner, genom att större fokus sätts på det alkohol- och drogförebyggande arbetet. Detta är välkända problem från utvärderingslitteraturen. I jämförelser mellan försökskommunerna och kontrollkommunerna bör man således ha i åtanke att intervjuer kan väcka engagemang som får effekter även i kontrollkommunerna.

## Sammanfattande slutsatser

Den övergripande frågan för uppföljningen av utvecklingsprojektet var hur alkoholkonsumtionen och användningen av narkotika i försökskommunerna utvecklades jämfört med kontrollkommunerna och riket i stort. Dessutom undersökte vi berusningsdrickande, debutålder, riskfaktorer, skador och attityder. Vi kan konstatera att det efter ett och ett halvt år inte är några stora skillnader i dessa avseenden mellan försökskommunerna och kontrollkommunerna. Det enda undantaget gäller medieuppmärksamheten, där betydligt mer skrivs om alkohol- och narkotikaförebyggande insatser i försökskommunerna – vilket indirekt talar för en högre aktivitetsnivå där. Bristen på effektskillnader är inte överraskande. Tvärtom är den förväntad mot bakgrund av att försökskommunerna först under hösten 2004 börjar med insatserna inom sina utvecklingsområden.

Av större intresse i detta skede är kanske om det finns några skillnader i processutvärderingen. Här angavs inledningsvis ett antal frågeställningar som berör hur det alkohol- och drogförebyggande arbetet utvecklas i kommunerna: om dessa frågor var prioriterade på ledningsnivå, samverkan mellan förvaltningar och organisationer, vilka metoder som används, samt inställningen i befolkningen till alkohol- och narkotikafrågor och förebyggande insatser. Här kan vi konstatera, baserat på intervjuer med nyckelpersoner inom försökskommunerna och kontrollkommunerna, att det alkohol- och narkotikaförebyggande arbetet genomgående uppfattas som angeläget i båda kommungrupperna. Engagemanget i praktiken bedöms lägre, då dessa frågor ska prioriteras mot andra angelägna frågor i kommunerna – här är det ingen större skillnad mellan försökskommunerna och kontrollkommunerna.

Däremot ses en skillnad i aktiviteter och i strukturgrad. Generellt är det något högre aktivitetsnivå i försökskommunerna jämfört med kontrollkommunerna. Detta framgår bland annat av enkätuppgifter insamlade av Statens folkhälsoinstitut via länsstyrelserna för 2003. Men skillnaderna är små, i genomsnitt cirka tio procent högre värden i försökskommunerna för det aktivitetsindex och för det strukturindex som beräknats för kommunerna. Den något högre genomsnittspoängen för strukturindexet återspeglar att försökskommunerna genomför aktiviteterna med större samordning. De har också mer långsiktig karaktär, medan insatserna i kontrollkommunerna har en mer tillfällig inriktning. Flertalet försökskommuner har samordnare på heltid, medan flertalet kontrollkommuner antingen saknar samordnare eller har sådana på deltid.

Vad gäller inriktningen på det förebyggande arbetet, och valet av metoder i detta, framstår kontrollkommunerna som något mer traditionella. Arbetet är här i större utsträckning inriktat på ungdomar och insatser riktade mot tillgänglighet förekommer i mindre omfattning. Även i försökskommunerna dominerar ungdomsinriktade insatser men de börjar gradvis inriktas mot mer evidensbaserade metoder, exempelvis föräldraprogram och social och emotionell träning. De har också börjat kompletteras med insatser riktade mot den vuxna befolkningen, exempelvis ansvarsfull alkoholserving, alkoholordgivning i primärvård och mödrahälsovård samt trafiknykterhet.

Det är inga skillnader mellan försökskommunerna och kontrollkommunerna i befolkningens inställning. Här handlar det om huruvida man uppfattar alkohol respektive narkotika som allvarliga problem i kommunen, och i vilken utsträckning man stödjer olika typer av förebyggande insatser.

## *STYRGRUPP, SAMORDNARROLL OCH ALKOHOL- OCH DROGPOLICY I FÖRSÖKSKOMMUNERNA*

I inbjudan till försökskommunprojektet beskrev den nationella styrgruppen ett antal kriterier för deltagande i projektet och att man i urvalet av försökskommuner skulle prioritera de kommuner som uppfyllde flest kriterier. Försökskommunerna har i varierande grad uppfyllt dessa kriterier. I vissa fall stod detta klart från början, exempelvis då kommunstyrelsens ordförande inte deltog i arbetet. I andra fall visade det sig så småningom att man exempelvis inte hade en alkohol- och drogpolicy (ett och ett halvt år in i utvecklingsarbetet finns det fortfarande kommuner som inte har ett alkohol- och narkotikapolitiskt program) eller en styrgrupp. Detta innebar att den nationella styrgruppen initialt fick lägga en hel del energi på att skapa de strukturella förutsättningar som den menar krävs för ett framgångsrikt förebyggande arbete. Den nationella styrgruppen skulle tydligare ha kunnat klargöra vikten av dessa kriterier. Man har visserligen från styrgruppens sida kontinuerligt betonat att forskningen visat att framgångsrikt preventionsarbete förutsätter genomarbetade planer och politisk uppslutning i kommunerna. Men för flera kommuners styrgrupper dröjde det långt inpå hösten 2003 innan det stod klart för dem att det var de själva som var ansvariga för det alkohol- och drogförebyggande arbetet i kommunen och att det var styrgruppen lokalt som bar ansvar för att aktiviteterna genomfördes och tidsplanen för utvecklingsarbetet höll. Trögheten i den lokala processen är en viktig lärdom från detta projekt. Mot bakgrund av att projekttiden endast är tre år, har viktig tid gått förlorad.

Samordnarna har genomgående arbetat hårt med utvecklingsprojektet men förutsättningarna för deras arbete har varit olika, såväl personligt som organisatoriskt. I detta avseende är de representativa för de kommunala drogsamordnarna i riket. En del hade ingen tidigare erfarenhet av förebyggande arbete, andra har inte arbetat med alkohol- och narkotikafrågor. Ingen av dem hade en formell akademisk utbildning i prevention – vilket inte är underligt, eftersom sådan nästan helt saknas i Sverige. Några av kommunerna hade en uppbyggd struktur för arbetet, medan det helt saknades sådan i andra. Som nytillsatt samordnare kunde det vara svårt att orientera sig i organisationen, särskilt i de fall man också var ny i kommunen.

Samordnarnas placering i den kommunala förvaltningen har varit olika, en del har varit placerade direkt under kommunstyrelsen, andra har haft andra placeringar, exempelvis inom kultur- och fritidsförvaltningen, eller inom socialtjänsten. Deras arbetssituation har också varierat. Har man varit två samordnare eller haft en nära kollega som arbetat med motsvarande inriktning, har arbetet varit lättare och man har fått mer stöd. Samordnarna har skapat sina egna sätt att arbeta, genom stöd från andra i nätverk och nyckelgrupper, men de valda sätten avspeglas också i egen bakgrund och kontakter. Samordnarnas lokala bollplank, den så kallade kontaktpersonen som ska vara med på gemensamma möten och utbildningar inom utvecklingsarbetet, har till största del varit aktiva de också. Det finns dock en större spännvidd bland dessa personer både vad avser visat intresse och möjligheten att avsätta tid.

Resurspersonernas engagemang och insatser har genomgående varit stora men deras roll är delvis oklar. I början var resurspersonerna ett gott stöd för samordnarna men de har i ganska liten omfattning utnyttjats av styrgrupperna för att vägleda det politiska beslutsfattandet. Efter hand, i takt med att samordnarna fått större erfarenhet, har behovet av samordnarnas allmänna kunnande om prevention minskat. I stället växer behovet av expertis inom ett antal enskilda sakområden.

## KOMMUNERNAS UTVECKLINGSOMRÅDEN

Den plattform för utvecklingsarbetet som presenterades i februari 2003 är ett centralt dokument för projektet, som alla kommuner accepterat. Där betonas att ett centralt syfte med projektet är att använda preventionsmetoder med starkt forskningsstöd. Vilka dessa är har den nationella styrgruppen, tillsammans med en rad experter, beskrivit vid en rad sammankomster. I första hand har det framkommit att störst stöd finns för åtgärder som begränsar tillgängligheten till alkohol och narkotika. Därutöver finns gott stöd för familjeprogram, restaurangprogram, alkoholordgivning i sjukvården och program för främjande av trafiknykterhet. Däremot finns litet eller inget stöd för traditionella informationsinsatser såvida inte dessa är kopplade till strukturförändrande åtgärder som begränsar tillgängligheten. Försökskommunerna har erbjudits information och metodstöd för ett antal evidensbaserade metoder. Flera kommuner har inom ramen för sina utvecklingsområden valt ämneskategorier som har evidens, även om man inte alltid valt det program eller den metod som har visat sig ha bäst evidens. Detta illustrerar en ofta förekommande spänning mellan forskarperspektiv och praktikerperspektiv. I vissa fall har försökskommunerna låtit sina val av insatser styras av tidigare erfarenheter och engagerade personer. Framför allt gäller detta insatser för barn och ungdom. Det finns naturligtvis goda skäl för alla dessa insatser men syftet med detta projekt var specifikt att testa effekterna av att tillämpa evidensbaserade metoder. Detta sagt, måste självfallet evidensbaserade metoder kunna anpassas till lokala förutsättningar.

Valet av utvecklingsområden har gjorts på olika sätt. Vissa kommuner har valt att fördjupa sig i områden där de redan är verksamma. Andra kommuner har valt områden som är helt nya för dem, men valt dem eftersom de har visat sig effektiva. Två kommuner, Lund och Umeå, har valt geografiska områden som utvecklingsområden. Det visar att inbjudan till projektet borde ha varit tydligare med att projektet gäller utvecklingen av hela kommuners förebyggande arbete och att utvärderingen var planerad utifrån studier av hela kommuner. I Lunds fall har detta lösts genom att vi gör en särskild analys av det valda området, Linero. Men i Umeå har detta dock inte gått att genomföra. I båda dessa kommuner har det blivit oklart vilka förebyggande aktiviteter som egentligen ingår i utvecklingsarbetet, och vilka som bedrivs utanför projektet.

Det förebyggande arbetet är svårare i de större kommunerna. Umeå och Lund har båda drygt 100000 invånare. Uppenbart är att de stora kommunerna behöver mer resurser för prevention än de mindre. I förhållande till kommunstorlek har Kramfors nu fem gånger mer samordnarresurser än Umeå och Lund. I Lunds fall är dessutom problemen med alkohol och narkotika större än i de övriga kommunerna.

Enligt intervjuer och dokumentation har de flesta kommunerna startat med inriktning på ungdomar i sitt alkohol- och drogförebyggande arbete. De större kommunerna har satsat något mer på den vuxna befolkningen. Men under projektets gång har perspektivet vidgats till att inkludera fler insatser för hela befolkningen, och med inriktning mot tillgänglighet.

## AVSLUTANDE KOMMENTAR

Utvecklingsarbete och lokalt folkhälsoarbete tar tid och måste få tid. De sex kommuner som deltar i detta utvecklingsarbete har alla visat ett stort intresse för det förebyggande arbetet. Projektet kräver mycket tid och engagemang, inte minst från politikerna i styrgrupperna. Stämningen vid mötena med den centrala styrgruppen har genomgående varit mycket god, trots olika uppfattningar i sak i vissa fall. Ett problem i detta projekt har varit att mycket av tiden till en början har gått till att skapa de strukturella förutsättningar som projektet kräver.



LUND

**ATAD Prevention Center, Lund**  
Alkohol, Tobak och Andra Droger  
[www.droginfo.com](http://www.droginfo.com)



Samtidigt är detta illustrativt för kommunalt utvecklingsarbete, där steget tas från kontrollerade vetenskapliga projekt till tillämpning i verkliga samhällen. Man finner här att även om ledningen i försökskommunerna fattat politiska beslut om att delta i detta utvecklingsarbete, har de inte kunnat förutse de krav detta ställer på dem och den kommunala organisationen. Därtill ses stora skillnader i synen på försökskommunprojektet. Några kommuner har anammat projekt tanken helt och samordnat alla sina insatser inom denna ram. Medan andra kommuner bara delvis är med, och bedriver en rad förebyggande insatser som ligger utanför försökskommunprojektet.

En återkommande iakttagelse från en rad studier är att det i allmänhet tar cirka fem år innan man ser effekter av en satsning på prevention; sannolikt förklaras detta till stor del av förhållanden som dessa. Samtidigt står det klart att utvecklingen under den senaste tiden varit mycket positiv. De kommunala ledningsgrupperna har börjat ta en rad egna initiativ och ger uttryck för ökat intresse och engagemang. Vid ett möte för politiker från de deltagande kommunerna i Umeå i november 2004 beslutade de bland annat att arbetet ska fortsätta efter projekttidens slut 2005, och de vill också att utvärderingen ska kunna förlängas.