

Det lokala ANDT-förebyggande arbetet – utveckling och skillnader 2016–2021

Arbetsmaterial – underlag till Narkotikautredningen

Håkan Leifman

Innehåll

Sammanfattning	3
1. Inledning	7
1.1 Syfte och frågeställningar.....	7
2. Om förebyggande arbete.....	9
2.1 Lokalt förebyggande arbete	10
3. Material och metod.....	13
3.1 Data.....	13
3.1.1 Svarsfrekvens.....	13
3.1.2 Vad mäter LR?	14
3.2 Mått och indikatorer	15
3.2.1 ANDT- eller substansspecifika mått	19
3.2.2 Socioekonomisk nivå och befolkningensmängd	19
3.2.3 ANT-relaterad dödlighet	20
3.3 Analyser.....	20
4. Resultat	21
4.1 Utvecklingen i Sveriges kommuner 2016–2021.....	21
4.1.1 Utvecklingen enligt Preventionsindex – narkotika, alkohol, tobak.....	21
4.1.2 Utvecklingen av substansspecifika indikatorer	23
4.1.3 Utvecklingen enligt Preventionsindex–ANDT	23
4.1.4 Strukturindex-ANDT, -narkotika uppdelat på de tre kategorierna policy, samverkan, resurser	23
4.1.5 Utvecklingen för olika EDPQS-faser.....	26
4.1.6 Utvecklingen enligt enskilda indikatorer.....	26
4.2 Skillnader mellan kommuner	29
4.2.1 Preventionsindex-ANDT - strukturer och aktiviteter.....	29
4.2.2 Enskilda indikatorer	30
4.2.3 Strukturer och aktiviteter – samband och stabilitet över tid	32
4.3 Skillnader mellan kommuner utifrån socioekonomiskt status och invånarantal.....	33
4.3.1 ANT-relaterad dödlighet i olika kommungrupper.....	33
4.3.2 Preventionsarbetets omfattning i olika kommungrupper.....	34
4. Diskussion.....	40
5. Referenser	44
Bilagor.....	47
Bilaga 1. Indikatorer som ingår i preventions-index	47
Bilaga 2. Indikatorer som ingår i EDPQS-faserna	52

Sammanfattning

Inledning

Det övergripande syftet med denna studie är att få mer kunskap om hur det ANDT-förebyggande arbetet i Sveriges kommuner utvecklats från 2016 till 2021. En viktig fråga är om det finns stora skillnader mellan kommuner och om skillnader i befolkningsmängd och socioekonomi mellan kommuner kan förklara en del av dessa skillnader.

De specifika frågeställningarna är som följer:

- Hur ser utvecklingen ut över tid totalt sett och i olika grupper av kommuner?
- Hur ser det narkotikaförebyggande arbetet ut jämfört med alkohol och tobak: går de alla tre åt samma håll?
- Föreligger det stora skillnader mellan kommuner i det förebyggande arbetet och har skillnaderna ökat/minskat över tid?
- Finns det skillnader mellan socioekonomiskt svaga och starka kommuner och mellan befolkningsmässigt stora och små kommuner i det ANDT-förebyggande arbetet?
- Vad kännetecknar kommuner med stabilt höga respektive stabilt låga nivåer av ANDT-förebyggande arbete?

Material och metod

De data om förebyggande arbete som analyseras i denna studie kommer från undersökningen *Länsrapporten* (LR), som genomförs av Folkhälsomyndigheten. Undersökningen är ett verktyg för att följa upp hur den nationella politiken inom ANDT-området genomförs både på regional och lokal nivå genom att vända sig till alla länsstyrelsen och alla kommuner. Data i denna studie kommer från den del som riktar sig till landets kommuner och täcker många olika frågeområden som till exempel organisation, resurser, policy, samverkan, insatser, uppföljning samt utvärdering. Uppgifterna samlas in via en årlig webbaserad enkät och kommunenkäten besvaras oftast av de kommunala ANDT-samordnare. Studieperioden avser sexårsperioden 2016 till 2021.

De flesta frågorna i LR rör ANDT-arbetet och inte det specifika arbetet per substans. Detta gör det därför inte möjligt att ta fram fullt ut specifika preventionsmått per substans med indikatorer som rör endast den substansen. Det är heller inte önskvärt eftersom det drogförebyggande arbetet bland unga såväl i Sverige som i andra länder i allt större utsträckning rör droger generellt – legala som illegala. Dessutom är skydds- och riskfaktorer många gånger gemensamma för flera olika problemutfall, däribland ANDT.

Detta är dock ett underlag för en narkotikautredning. Därför redovisas också ett sammanfattande preventionsindex för narkotika (där alltså många indikatorer är gemensamma med preventionsindex för alkohol och tobak). Svaren på de få specifika narkotikafrågor som ställs jämför också med motsvarande på alkohol- och tobaksområdet.

Mängden frågor i LR gör de nödvändigt att sortera och kategorisera data på olika sätt. Utgångspunkten i denna studie är ett preventionsindex som tidigare tagits fram för att skatta kommunernas alkoholförebyggande men som vidareutvecklats i denna studie. Data har också kategoriserats utifrån EMCDDA:s europeiska kvalitetsstandard för drogförebyggande arbete (EDPQS) och de åtta projektfaser som beskrivs där.

Enskilda centrala indikatorer på det förebyggande området redovisas också utifrån vad som lyfts fram i litteraturen som viktiga lokala förutsättningar för ett framgångsrikt lokalt förebyggande arbete. En viktig utgångspunkt utgörs här av UNODC:s och WHO:s *International Standards on Drug Prevention* (2018).

Resultat

På det stora hela visar analyserna att det finns en relativt sett god grundstruktur för det ANDT-förebyggande arbetet i Sveriges kommuner. Majoriteten av kommunerna har t.ex. en utsedd samordnare för det ANDT-förebyggande arbetet, mer än hälften har en styrgrupp för det lokala ANDT-förebyggande arbetet, knappt 2 av 3 kommuner har det ANDT-förebyggande arbetet integrerat i kommunens ordinarie struktur med mål och budget. En hel del olika insatser genomförs i kommunerna, t.ex. hälsofrämjande åtgärder för att stärka skyddsfaktorer och minska riskfaktorer, tidiga insatser, och insatser till sårbara grupper för ANDT-bruk/-problem. Också specifika insatser mot narkotika, alkohol och tobak genomförs.

Denna studie visar dock också att omfattningen av det ANDT-förebyggande arbetet av allt att döma har minskat från 2016 till 2021 (preventionsindex-ANDT: -9 %). Det gäller både i strukturella förutsättningar och i insatser men något större för sistnämnda. Minskningen har ägt rum gradvis under hela perioden men för flera insatser med en särskilt stor nedgång under pandemiåret 2020.

De få jämförelser som kan göras mellan de olika substanserna visar på samma trender för narkotika som för alkohol och tobak. De substansspecifika metoder som finns, såsom Ansvarsfull alkoholserving och Krogar mot knark, uppvisar påtagliga minskningar under perioden (2016–2021).

Ett viktigt och tydligt resultat är att det föreligger betydande skillnaderna i det ANDT-förebyggande arbetet mellan kommuner. Vissa kommuner uppvisar svaga strukturella förutsättningar och mycket lite av olika ANDT-aktiviteter medan det för andra är precis tvärtom. Vissa kommuner uppvisar dessutom stabilt låga preventionsnivåer över tid och andra stabilt höga nivåer under den studerade perioden.

Skillnaderna tycks inte ha att göra med skillnader i problemens omfattning: kommuner med höga probleminivåer uppvisar inte högre preventionsnivåer. En faktor som dock förklarar en del av skillnaderna är kommunernas befolkningsstorlek. Små kommuner och stora kommuner uppvisar betydligt lägre respektive högre preventionsnivåer än övriga kommuner under periodens alla sex år. När det gäller små kommuner är det framförallt aktiviteterna som avviker med lägre nivåer jämfört med övriga kommuner.

Även socioekonomi kan förklara en del av skillnaderna, men en klart mindre del än kommunernas befolkningsstorlek. Socioekonomiskt svaga och starka kommuner uppvisar lägre respektive högre nivåer av det ANDT-förebyggande arbetet jämfört med övriga kommuner. Skillnaderna mellan socioekonomiskt svaga kommuner och övriga har dock till stor del utjämnats under studieperioden. Denna tendens bör dock följas upp med 2022-års data och helst också med andra socioekonomiska variabler än de som använts i denna studie.

Diskussion

Minskningen av det lokala preventionsarbeten 2016–2021 inger viss oro. Visserligen sjunker både alkohol- och tobaksbruket och relaterade skador men frågan är hur mycket det ska påverka omfattningen av det lokala förebyggande som ju syftar till att motverka att problem överhuvudtaget uppstår.

En förklaring till minskningen är sannolikt att andra frågor än ANDT har fått större uppmärksamhet under senare år, såsom brottsprevention, trygghetsfrågor och psykisk ohälsa bland unga. På alla dessa områden har det funnit stimulansmedel eller liknande för kommuner att söka och som bidragit till att lyfta dessa frågorna lokalt. Även det bredare folkhälsoarbetet har uppmärksammats alltmer, inte minst av Folkhälsomyndigheten och av olika länsstyrelser.

Eftersom många skydds- och riskfaktorer är gemensamma för olika problemutfall kan ju den utvecklingen i någon utsträckning kompensera för nedgången i ANDT-arbetet. Men det är tveksamt om detta i någon större utsträckning väger upp de kommunskillnader i det ANDT-förebyggande arbetet som framkommit i denna studie.

Till detta bör tilläggas att risk- och skyddsfaktorerna inte är fullt ut desamma mellan olika problemområden. ANDT-arbetet måste också, som jag ser det, ha fortsatt fokus på just ANDT-specifika insatser. Det finns starka belägg för att droger i sig skapar ohälsa och sociala problem. Det är grunden till att det bedrivs ett specifikt ANDT-förebyggande arbete och att ANDT inte enbart är en del av ett mer generellt folkhälsoarbete.

Samtidigt är det viktigt att ANDT-arbetet samordnas med det omfattande främjande och förebyggande arbete som bedrivs inom folkhälsoområdet så att de båda drar nytta av varandras insatser och därmed bidrar till en större sammantagen effekt. Ett brett tvärsektorielt folkhälsoarbete står inte i motsats till ett ingående sakområdesinriktat arbete, snarare tvärtom. Både bredd och djup behövs och både är fullt realistiska att åstadkomma.

Skillnaderna mellan befolkningsmässigt stor och små kommun och i mindre utsträckning mellan socioekonomiskt svaga och starka kommuner är problematiska. Lägg därtill att ANDT-problemens omfattning totalt sett tycks vara högre i små kommuner och socioekonomiskt svaga kommuner. Småkommuner med svag socioekonomi är således särskilt utsatta. Det finns dessutom betydande skillnader mellan kommuner med ungefär samma befolkning och samma socioekonomiska förutsättningar som antagligen beror på att kommuner i Sverige prioriterar det ANDT-förebyggande arbetet mycket olika.

Länsstyrelserna har här som en viktig samordnade aktör och som statens förlängda arm en viktig roll att fylla i att sträva efter en utjämning av skillnaderna, både i strukturella förutsättningar och i omfattningen av olika aktiviteter.

Det narkotikaförebyggande arbetet är svårt att urskilja från det ANDT-förebyggande. Det finns på narkotikaområdet i Sverige färre utvecklade förebyggande insatser jämfört med på alkohol- och tobaksområdet vilket återspeglas i ett färre antal specifika frågor i LR om narkotika jämfört med alkohol och tobak. Så kommer det antagligen att se ut också framöver och är sannolikt delvis en spegling av att användningen av narkotika är mindre än användningen av tobak och framförallt alkohol. Drogernas skilda legala status kan också vara en förklaring – det finns fler insatser att ta till för de legala drogerna såsom insatser för att upprätthålla åldersgränser och motverka langning.

Under arbetets gång har jag fått en god bild av de frågeområden som täcks av LR och därmed de förtjänster och brister som finns med undersökningen. Min bild är att data fungerar väl i att få en bild av kommunernas strukturella förutsättningar. De frågor och frågeområden täcker alla väsentliga delar som lyfts fram i litteraturen. När det gäller förebyggande aktiviteter täcks också alla väsentliga delar utom tillgänglighetbegränsande insatser. På alkohol- och tobaksområdena kan detta åtgärdas genom att inkludera också de särskilda tillsynsenkäter som går ut till kommunerna. På narkotikaområdet finns inga andra lokala data att ta till och därtill bedrivs den typen av insatser mest av polis och tull men inte enbart.

Arbetet mot öppna drogsccener skulle exempelvis kunna ingå där en av flera delar är att begränsa tillgängligheten.

En brist är att frågorna om olika insatser till allra största delen endast rör om insatsen förekommer eller ej och inte i vilken omfattning. Kvaliteten bakom olika strukturella förhållanden och insatser fångas, med några få undantag, inte heller in. Det är dock svårt att se hur detta skulle kunna åtgärdas såvida man inte vill utöka undersökningen med vissa öppna svarsalternativ där de svarande ombeds att ge en mer kvalitativ redogörelse av svaren på vissa frågor. Ett annat alternativ är att Folkhälsomyndigheten gör nedslag i ett slumpmässigt urval av kommuner och i djupintervjuer försöker få en bättre förståelse av vad svaren på enkätfrågorna egentligen betyder.

Sammanfattningsvis bedömer jag att undersökningen håller en hög kvalitet men att man som i alla undersökningar måste vara medveten om de begränsningar som finns och tar hänsyn till dessa i analyserna.

1. Inledning

Det förebyggande ANDT¹-arbetet i Sverige bedrivs på olika nivåer – nationellt, regionalt och lokalt – med olika insatser och genom olika aktörer. Under de senaste ca 20 åren är det framförallt det lokala arbetet som fått ökad uppmärksamhet, inte minst i nationella strategier och handlingsplaner. En starkt bidragande orsak till detta har varit ett behov av att finna nya former av preventionsinsatser som kan kompensera för den försvagning av viktiga nationella styrmedel som ägt rum. Till delar är detta en direkt följd av EU-inträdet med öppna gränser och fri införsel av alkohol för personligt eget och ökade svårigheter att begränsa det illegala inflödet av både alkohol, tobak och narkotika.

Även samordningsstrukturerna nationellt-regionalt-lokalt har utvecklats och stärkts betydligt. Flertalet kommuner har idag särskilda samordnare för ANDT-arbetet och varje län har genom länsstyrelserna särskilda regionala länssamordnare. De regionala samordnarna ska verka för att den nationella strategins inriktning sprids och implementeras lokalt. De lokala drogsamordnarna är de som på uppdrag av sina politiker, i sin tur, ska se till att detta blir konkret verklighet lokalt.

Strukturerna är dock endast ett medel för att underlätta genomförandet av olika förebyggande insatser inom ANDT-området (fr.o.m. 2022 ANDTS-området). Under flera år satsades också betydande medel för att stötta olika former av utvecklingsarbete - både genom utbildningar, implementeringsstöd och, inte minst, genom metodutveckling av specifika program och lokala interventionsprojekt. En viktig del i det lokala förebyggande utvecklingsarbetet i Sverige under senare tid har också varit att systematiskt utgå från risk- och skyddsfaktorer som idag är standardbegrepp inom det förebyggande arbetet.

Denna studie studerar utvecklingen av det lokala ANDT-förebyggande under perioden 2016–2021 med hjälp av data från Folkhälsomyndighetens årligen genomförda webbenkät som går ut till samtliga Sveriges kommuner med detaljerade frågor om det lokala ANDT-förebyggande arbete. Såvitt jag vet finns ingen motsvarighet till denna undersökning i något annat land. Undersökningen har som andra mätningar sina begränsningar men möjligheterna att få en god kännedom om vad som görs lokalt och hur arbetet utvecklas får bedömas som stora och i internationellt perspektiv unika.

1.1 Syfte och frågeställningar

Det övergripande syftet med denna studie är att få mer kunskap om hur det ANDT-förebyggande arbetet i Sveriges kommuner utvecklats från 2016 till 2021. En viktig fråga är om det finns stora skillnader mellan kommuner och om skillnader i befolkningens mängd och socioekonomi mellan kommuner kan förklara en del av dessa skillnader.

Studien ska utgöra en del av narkotikautredningens underlag. Därför fokuseras särskilt på det narkotikaförebyggande arbetet, dock utifrån vetskapen att såväl det främjande som förebyggande arbetet i allt större utsträckning syftar till att påverka risk- och skyddsfaktorer som är gemensamma för många olika problemutfall och för olika substanser – legala som illegala. Det mesta av det drogförebyggande arbetet både i Sverige och internationellt avser därför droger generellt och inte specifikt per substans. Gemensamma risk- och

¹ ANDT=Alkohol, Narkotika, Dopning, Tobak. Fr.o.m. 2022 ingår och spel om pengar, dvs. ANDTS. Eftersom denna studie inte inkluderar 2022 utan avser perioden 2016–2021 används förkortningen ANDT, såvida inte S:et explicit ingår i någon genomför studie eller kunskapssammanställning. När det i texten står ANT avser alkohol, narkotika och tobak.

skyddsfaktorer innebär också att specifika förebyggande insatser mot exempelvis alkohol och tobak mycket väl också kan förebygga narkotikaanvändning.

Förhoppningsvis bidrar studien till en fördjupad förståelse av hur det lokala ANDT-förebyggande arbetet ser ut lokalt – över tid och mellan kommuner.

De specifika frågeställningarna är som följer:

- Hur ser utvecklingen av det ANDT-förebyggande arbetet ut över tid totalt sett och i olika grupper av kommuner?
- Hur ser narkotikaförebyggande arbetet ut jämfört med alkohol och tobak: går de alla tre åt samma håll?
- Är skillnaderna mellan kommuner i det ANDT-förebyggande arbetet stora och har de ökat eller minskat över tid?
- Finns det skillnader mellan socioekonomiskt svaga och starka kommuner och mellan befolkningsmässigt stora och små kommuner i det ANDT-förebyggande arbetet?
- Vad kännetecknar kommuner med stabilt höga respektive stabilt låga nivåer av ANDT-förebyggande arbete?

Studien bygger på två centrala premisser: att lokalt ANDT-förebyggande arbete har betydelse och att denna betydelse kan mätas genom de data som analyseras. Den första premissen behandlas i kapitel 2 (som berör lokalt förebyggande arbete) och den andra i kapitel 3 (som redovisar de data som används och analyserna av dessa). Kapitel 4 redogör för resultaten och i kapitel 5 diskuteras dessa närmare.

2. Om förebyggande arbete

En viktig inledande distinktion är att skilja på om narkotikaproblemet är förebyggbart i sig och om de förebyggande insatserna/metoderna som använts fungerar. Svaret på den förra frågan måste bli ett ja. Narkotikaanvändning, och framförallt användningen av cannabis, kan betraktas som en folkhälsofråga (se t.ex. Folkhälsomyndigheten, 2020a) med relativt stor spridning i befolkningen och med en bas av mer eller mindre sporadiska användare och en mindre grupp av mer problematiska användare och personer med beroendeproblematik. Det finns goda skäl att anta att om användningen av olika skäl minskar bland de mer sporadiska användarna, eller att fler överhuvudtaget avstår från att använda narkotika, minskar också inflödet till gruppen av problematiska användare. Grupperna lever inte isolerat åtskilt från varandra. Det är därför rimligt att anta att totalkonsumtionsmodellen, som är vedertagen för alkohol, också är giltig för narkotika (Andréasson, 2008) och sannolikt också på många andra områden såsom spel om pengar (se t.ex. Bang & Rossow, 2012; Chipman et al., 2006). Men mer forskning behövs på narkotikaområdet för att ta reda på hur det faktiskt förhåller sig.

Som för andra folkhälsoproblem kan således också narkotikaanvändning och relaterade problem förebyggas genom ett brett folkhälsoarbete (se t.ex. Folkhälsomyndigheten, 2020b). Exempelvis finns stora likheter mellan cannabisförebyggande insatser och insatser inom övriga ANDT-området eftersom det till stor del är samma bakomliggande faktorer som gör att man börjar använda en substans eller får ett problematiskt bruk (EMCDDA, 2019).

Även om det vetenskapliga stödet för enskilda narkotikaförebyggande metoder på det stora hela är oklart kan därför det förebyggande arbetet utgå från den kunskap som finns inom andra folkhälsoområden. Ett förebyggande arbete som exempelvis inkluderar insatser mot alkohol, tobak och riskgrupper i stort kan därmed också förväntas påverka cannabisanvändningen och de relaterade problemen (se t.ex. Folkhälsomyndigheten, 2020b).

Detta är också utgångspunkten i flera av de kunskapssammansammanställningar och systematiska litteraturöversikter om förebyggande insatser inom området som genomförts under senare år, t.ex. av EMCDDA (2015, 2019) och UNODC & WHO (2018). Folkhälsomyndigheten (2020a, 2020b) för ett liknande resonemang.

När Folkhälsomyndigheten sammanställde resultat från systematiska litteraturöversikter och genomförda utvärderingar av narkotikaförebyggande effekter, med fokus på cannabis, för barn och unga under 25 år visade sig programmen handla om att förebygga ANT. Inget program var enbart riktat mot cannabis (eller annan narkotika). Sammanställningen visade vidare på små eller inga små effekter av enskilda program eller programområden på cannabisbruk (Folkhälsomyndigheten, 2020c).

Liknande resultat redovisades av SBU år 2015 (Statens beredning för medicinsk och social utvärdering) i en systematisk litteraturöversikt av det vetenskapliga underlaget om effekter av preventiva insatser för att förebygga bruk och missbruk av ANDTS hos barn och unga upp till 25 år. Slutsatsen var att effekterna på användning av ANDTS av manualbaserade program eller förebyggande insatser oftast är mycket små eller obefintliga. Enstaka program har visats kunna minska konsumtion av tobak eller cannabis eller berusningsdrickande med i storleksordningen 1–5 procent. Det vetenskapliga stödet räckte inte heller för att dra några slutsatser om effekten av manualbaserade föräldrastödsprogram i grupp. Kortvariga insatser i form av motiverande samtal och så kallad personanpassad normativ återkoppling visade sig kunna minska alkoholkonsumtion hos unga med riskbruk. SBU påpekade även att det vetenskapliga underlaget var otillräckligt för att bedöma effekterna av många av insatserna.

UNODC & WHO har i sin *International Standards on Drug Use Prevention* från 2018 sammanställt forskningsstödet för olika insatser mot substansanvändning (ANT) eller på olika riskfaktorer för substansanvändning senare i livet. 143 forskare och experter från hela världen deltog i arbetet. Även de konstaterar att det trots omfattande forskning fortfarande finns betydande kunskapsluckor. Men de har också dragit något annorlunda slutsatser av forskningsstödet än SBU. En skillnad är också att de inte redogör för specifika program eller metoder utan sammanfattar vad som kännetecknar framgångsrik prevention för olika typer av insatser.

Enligt den sammanställningen finns forskningsstöd för insatser inom samtliga följande områden:

- Att stödja barn och unga i deras utveckling och särskilt i kritiska faser som i övergången mellan barn och tonåring (t.ex. familje- eller föräldrastödsprogram, vissa skolprogram).
- Att genomföra insatser för att nå hela befolkningen (universell prevention), t.ex. en hel klass eller skola) och samtidigt ge extra stöd till sårbara grupper (selektiv prevention) och individer (indikerad prevention).
- Att bedriva främjande insatser för att påverka skyddande faktorer respektive förebyggande insatser för att minimera riskfaktorer på olika nivåer, hos individen eller i det omgärdande samhället.
- Att med olika insatser nå befolkningen på flera olika arenor som i skolan, på arbetsplatser, i familjen eller i nöjeslivet.

Alla insatser inom dessa områden har inte stöd och många av insatserna uppvisar sannolikt små effekter. UNODC & WHO nämner också vilka egenskaper (komponenter) som bör finnas med för att insatserna ska ha ökade förutsättningar för att vara effektiva och listar samtidigt också programegenskaper som försvårar effektivitet och som således ska undvikas.

Sammantaget visar översikterna att preventionsinsatser i bred mening kan fungera även för att förebygga narkotikaanvändning. Effekterna av enskilda insatser eller insatsområden är emellertid svåra att påvisa och i den mån de finns är de små. Vidare förekommer ofta oklarheter vad gäller kvaliteten på studierna. Metodologiskt robusta studiedesigner är ofta svåra att tillämpa (Folkhälsomyndigheten, 2020a).

En annan möjlig delförklaring till varför många utvärderingar av narkotikaförebyggande metoder ofta visar på små eller inga effekter är att det ofta rör sig om generella insatser till stora grupper av befolkningen, i syfte att förebygga ohälsa. Det kan då vara svårt att påvisa stora effekter av insatsen, eftersom det övervägande antalet individer i studien inte har några av de problem man vill förebygga. Då blir graden av förbättring förhållandevis liten, det vill säga effekten av insatsen blir liten (Folkhälsomyndigheten 2000b).

2.1 Lokalt förebyggande arbete

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

Fungerar då detta? Forskningen är inte entydig och beror mycket på vilka insatser som genomförs. SBU (2015) drar slutsatsen att sådana multimodala projekt, dvs. projekt där olika aktörer i lokalsamhället agerar gemensamt, kan minska konsumtionen av alkohol hos unga förutsatt att tillgänglighetsbegränsande insatser ingår. En förutsättning är att insatserna implementeras väl. Projekt i lokalsamhället där aktörerna i huvudsak väljer och samordnar olika efterfrågebegränsande insatser har dock, enligt SBU, inga eller mycket små effekter på konsumtion av alkohol, cannabis och tobak.

Enligt *International Standards on Drug Use* (UNODC & WHO, 2018) kan den typen av lokala insatser (community-based multi-component initiatives) förebygga både alkohol, tobak och narkotika. En viktig delkomponent i sådana arbeten är insatser för att upprätthålla alkohol- och tobakspolitiska regelverk (policyer) på lokal nivå (t.ex. åldersgränser för inköp), en annan att arbetet inkluderar flera olika arenor (såsom familjer, skolan, arbetsplatsen, nöjesställen), att tillräckligt med utbildning och resurser tillhandahålls samt att arbetet bedrivs långsiktigt. Ytterligare viktiga delkomponenter är att lärosäten involveras i att stötta implementeringen av evidensbaserade program och i att följa upp och utvärdera dessa.

I linje med SBU lyfter således också denna sammanställning betydelsen av tillgänglighetsbegränsande insatser av alkohol (och tobak). UNODC & WHO ger överlag en mer positiv bild av möjligheterna av olika förebyggande insatser att påverka substansanvändning än SBU. Detta gäller också det lokalt förebyggande arbetet.

I Sverige har flera större lokalt förebyggande arbeten bedrivits och utvärderats under de senaste 20 åren, ofta med fokus på alkohol. Flera av dem visar på effekter på alkoholkonsumtion och/eller alkoholskador: STAD-modellen genom Ansvarsfull Alkoholservice (Wallin, 2003), Trelleborgsprojektet (Stafström, 2007) och LUMA (Nilsson, 2018). Samtliga av dem har baserats på ett systemtänk med flera komponenter och där en av dessa varit insatser för att begränsa tillgången till alkohol. Andra utvärderingar av andra lokalt förebyggande arbeten har dock inte kunnat visa på några signifikanta effekter (Svensson, ml., 2021; Hallgren & Andréasson, 2013).

Skilnaderna i resultat tyder därför på att olika lokala insatser varit olika framgångsrika som ett resultat av att preventionsinsatserna i sig sett olika ut men också av att själva implementeringsarbetet rönt olika framgång.

Vidare tyder en del data på att det långsiktiga arbete som bedrivits i Sverige under knappt två decennier med att stötta och utveckla det lokala arbetet gett visst positivt resultat. Åtminstone visar en studie att de kommuner som uppvisat högre nivåer av olika insatser och med mer utvecklat policyarbete, samverkan och mer resurser, haft en mer gynnsam utveckling vad gäller alkoholskador (Nilsson, 2019). Det är möjligt, men inte bevisat, att den relativt stora satsningen på det lokala förebyggande lokala insatser över tid varit en bidragande faktor till att alkoholkonsumtionen sjunkit bland unga de senaste ca 20 åren. Utvecklingen på alkoholområdet, och kanske också de relativt sett stabila nivåerna av narkotikaanvändning, ska också ställas i ljuset av en, av många experter, förutspädd ökning av ANT-konsumtionen under samma period.

Om ett lokalt förebyggande arbete ska kunna vara effektivt måste det också finnas en infrastruktur som kan inkorporera och koordinera olika insatser över tid. Ett i detta sammanhang relevant forskningsperspektiv är policyforskning, som sätter fokus på betydelsen av strukturer som centrala verktyg i att stärka förutsättningarna för ett långsiktigt framgångsrikt förebyggande arbete. Stärkande av strukturer har varit framträdande delar i de svenska arbeten som nämnts ovan. Ofta betonas vikten av politiska beslut, centrala styrdokument (t.ex. strategier, politiska program, handlingsplaner), tvärsektorie

samarbete samt långsiktighet vid planering och i genomförande. Även systematisk kompetensförstärkning och behovsinventering samt regelbunden uppföljning betonas som centrala komponenter i ett sådant förändringsarbete (t.ex. Fawcett, m.fl., 2010; Holder, 1998; för ett brett perspektiv på området se t.ex. WHO, 1986, 2001, 2014).

En annan viktig erfarenhet från policyforskning är att det tar tid att utveckla och förändra policyer (se t.ex. Andréasson, 2002) och därmed också att utvecklingsarbete tar tid (för lokalt arbete, se t.ex. Wallin, 2002; för implementering av evidensbaserad praktik, se t.ex. Nilsen, 2014).

Det finns flera andra forskningsperspektiv som är relevanta i att belysa strukturella och organisatoriska förutsättningar för ett effektivt lokalt förebyggande arbete, t.ex. ”hälsa i alla politikområden” (”Health in All Policy approach”, implementeringsforskning (för teori och tillämpning inom hälso- och sjukvården, se Nilsen, 2014), och samverkansforskning.

Av dessa perspektiv kan vissa centrala strukturella faktorer urskiljas som främjar eller försvårar ett långsiktigt förebyggande och hälsofrämjande arbete, t.ex. inom ANDT-området. I stora drag handlar det om följande faktorer:

- Gemensamt ägande genom tvärssektoriella samverkansstrukturer för arbetet
- Tydliga syften, mål och prioriteringar med fokus på ett långsiktigt förändringsarbete
- Planering och genomförande av insatser utifrån lokala behov
- Politiskt ledarskap med beslutsfattare som har kunskap om förutsättningar för arbetet
- Tillräckligt med resurser och strategiskt placerade funktioner med mandat och uppdrag att driva på utvecklingen av det förebyggande och hälsofrämjande arbetet
- God lokal kunskap och systematiska uppföljningar och utvärderingar av arbetet och av utfall bland beslutsfattare och praktiker
- Strategisk användning av lokal kartläggning och analys vid planering och uppföljning
- Strategisk form för dialog med medborgare, brukare och målgrupper
- Kunskap om hälsofrämjande och förebyggande insatser, metoder och arbetssätt finns hos strateger/samordnare

Det lokala arbetet ska inte ses som en företeelse isolerad från annat i samhället. Det behövs en bredd av olika åtgärder och för detta behöver det finnas en stark infrastruktur från nationell till lokal nivå. UNODC och WHO (2018) nämner särskilt en från nationell nivå stödjande policy, lagstiftning, forskning och evidens, koordinering mellan olika nivåer och sektorer i samhället, vidareutbildning samt resurser och långsiktighet som grundläggande faktorer i en sådan struktur. I Sverige sker den nationella styrningen genom bl.a. den nationella ANDTS-strategin, centrala myndigheters arbete (t.ex. Folkhälsomyndigheten och Socialstyrelsen) och de regionala länsamordnarna som alla på olika sätt stödjer det lokala arbetet.

3. Material och metod

3.1 Data

De preventionsdata som analyseras i denna studie bygger på data från undersökningen *Länsrapporten* (LR), som genomförs av Folkhälsomyndigheten. Undersökningen är ett verktyg för att följa upp hur den nationella politiken inom ANDT-området genomförs både på regional och lokal nivå genom att vända sig till alla länsstyrelsen och alla kommuner. Data i denna studie kommer från den del som riktar sig till landets kommuner och täcker många olika frågeområden som till exempel organisation, resurser, policy, samverkan, insatser, uppföljning samt utvärdering. Uppgifterna samlas in via en årlig webbaserad enkät och kommunenkäten besvaras oftast av de kommunala ANDT-samordnare.

3.1.1 Svarefrekvens

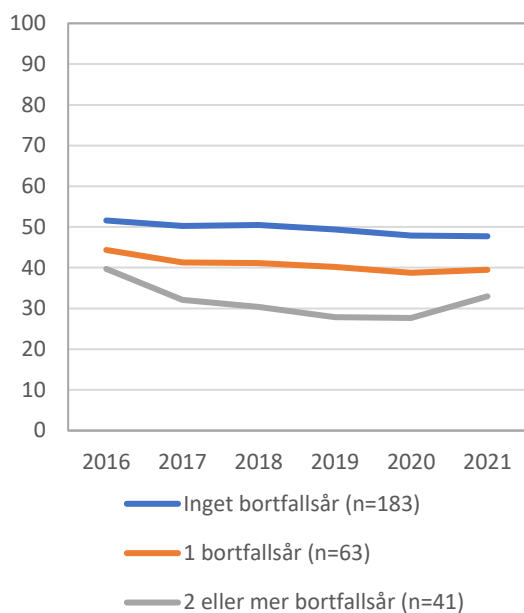
Svarefrekvenserna är generellt sett höga för LR (över 90 procent per år) och det interna bortfallet begränsat (se också Folkhälsomyndigheten, 2020). Eftersom olika kommuner väljer att inte svara olika år är andelen svarande kommuner i en tidsserie med samma kommuner över tid något lägre.

I denna rapport studeras perioden 2016–2021. Totalt har 183 kommuner deltagit fullt ut under alla sex år och 246 kommuner har deltagit alla år utom högst ett år då antingen det interna bortfallet bedöms vara för stort eller att kommunen inte deltog alls. Dessa 246 kommuner utgör basen för analyserna av utvecklingen 2016–2021. Eftersom alla kommunerna inte deltagit alla sex år uppgår antalet deltagande kommuner per år till mellan 230–240 och är något lägre för de index som skapas (som är beroende av svar från flera variabler) än för enstaka variabler. Storstadskommunerna Stockholm, Göteborg och Malmö ingår inte i analyserna, då dessa kommuner inte svarar på samma frågor i Länsrapportens undersökning som övriga kommuner. Av Sveriges övriga 287 kommuner utgår således 41 kommuner.

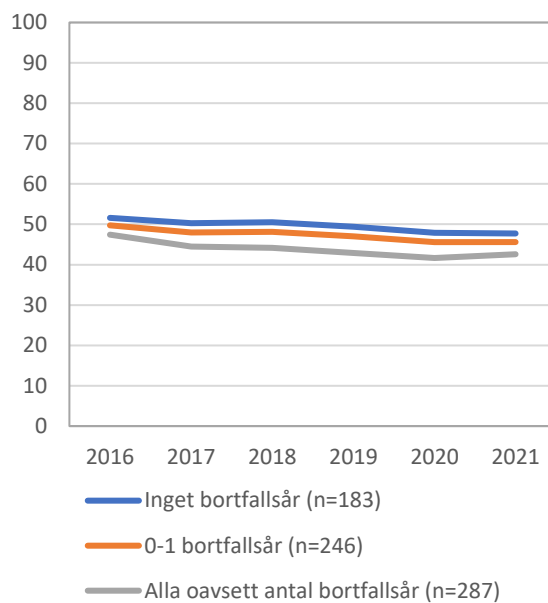
Preventionspoängen (från 0 till 100) för kommuner med inget bortfall, med bortfall högst ett år och med bortfall minst två år (som är exkluderade i alla analyser) framgår av figur 2.1. Kommunerna med bortfall uppvisar för de år som de deltagit lägre nivåer än de kommuner som deltagit alla sex år. Lägst poäng uppvisar kommunerna med minst två bortfallsår. Skulle denna sistnämnda grupp (41 kommuner) inkluderas i analyserna skulle således de skattade preventionsnivåerna sannolikt vara något lägre.

Exakt hur mycket preventionsnivåerna totalt sett skulle förändras om alla kommuner deltagit alla år går inte att bevara. Men i figur 2.2 skattas effekten (de totala nivåerna) utifrån att de tre grupperna bidrar med det antal kommuner som de faktiskt representerar. Siffrorna (medelvärdena) för bortfallskommunerna avser de år som de deltar. Den översta blåa linjen rör de 183 kommunerna utan bortfall, den mellersta (orange) ett vägt medeltal för de 183 och de 63 med ett bortfall $((m_0 \cdot 183) + (m_1 \cdot 63)) / 246$ och den nedersta (gråa) ett vägt medeltal med tillägg också av de 41 med minst två bortfallsårs $((m_0 \cdot 183) + (m_1 \cdot 63) + (m_2 \cdot 41)) / 287$.

Som framgår av figur 2.2. tyder det mest på att totaltrenden inte påverkas nämnvärt med eller utan kommuner med högst ett bortfallsår. Skillnaden i nivåer blir något större när alla 287 kommuner inkluderas (nedersta gråa linjen) eftersom kommuner med två bortfall eller mer uppvisar lägre nivåer i genomsnitt är kommuner med högst ett bortfall. Trenderna är dock i stora drag desamma för alla tre grupperna.



Figur 2.1. Preventionsindexpoäng-ANDT för kommuner med 0 bortfall, 1 bortfall och 2 eller fler bortfall under perioden 2016–2021. (För mer information om preventionsindexpoäng, se kap. 3)



Figur 2.2. Preventionsindexpoäng-ANDT för kommuner med 0, 0–1 och 0–5 bortfall under perioden 2016–2021. (För mer information om preventionsindexpoäng, se kap. 3)

3.1.2 Vad mäter LR?

Utgångspunkten för de frågor som ställs i LR till kommunerna är att de ska kunna användas i syfte att följa upp hur den nationella ANDT-politiken genomförs lokalt. Frågorna som ställs är därför anpassade främst efter detta syfte och inte utifrån ett forskningssyfte. Men det betyder inte att undersökningen inte håller för olika forskningsändamål. Flera forskningsstudier har genomförts med dessa data som grund (Nilsson, m.fl., 2018; 2020).

Flertalet frågor i LR är icke substansspecifika utan rör ANDT-arbetet, t.ex. frågorna om hur mycket arbetstid som kommunen avsätter för samordning och planering av det ANDT-förebyggande arbetet, hur det ANDT-förebyggande arbetet finansieras och om det finns en styrgrupp för det lokala ANDT-förebyggande arbetet.

Några frågor nämner visserligen ANDT inledningen men de specifika frågor som följer avser i vissa fall insatser relevanta för många olika problemutfall och inte endast för ANDT, t.ex. om kommunen genomför åtgärder för en trygg skolmiljö, åtgärder för att stärka elevhälsan och om kommunen utbildar personal som möter barn och ungdomar kopplat till tidig upptäckt och om kommunen har rutiner för att hantera orosanmälan.

I ett fåtal frågor ombeds respondenten att ta ställning till om hur det ser ut för respektive substans, t.ex. om det finns en eller flera personer utsedda att samordna och planera det ANDT-förebyggande arbetet och om detta gäller för alkohol, för narkotika, för tobak och för dopning. Detsamma gäller vissa frågor om förekomst av policys och samverkan med olika aktörer. Även vissa, men få, frågor om olika insatser är substansspecifika, t.ex. om

kommunen genomför insatser för att förebygga langning av alkohol till ungdomar och om kommunen arbetar med metoden Krogar mot knark.

Min bedömning är att de frågor som ställs om strukturer – policy, riktlinjer, samverkan, resurser – är tämligen heltäckande och kan ge svar på hur de strukturella förutsättningarna ser ut i och mellan kommuner och över tid. Frågorna ligger i linje med det som brukar tas upp som framgångsfaktorer i ett långsiktigt strukturerat främjande och förebyggande arbete – på ANDT-områden eller på andra besläktade folkhälsoområden (se kap. 2).

Den europeiska kvalitetsstandard för drogförebyggande arbete (European Drug Prevention Quality Standards, EDPQS) redovisar en slag idealstruktur för hur det drogförebyggande arbetet kan utformas utifrån en projektcykel med åtta projektfaser. Flera av dessa faser avser strukturer och LR-data, som alltså inte är utformad med denna standard som grund, kan ändå ge tillfredsställande svar på dessa delar av EDPQS (se också Folkhälsomyndigheten, 2020d).

De frågor som finns i LR om aktiviteter avser oftast om olika insatser förekommer eller ej och ger därför inte svar på omfattningen av de genomförda insatserna. Utgångspunkten i denna studie är därför att förekomsten av fler olika insatser i en kommun är bättre än färre förekommande insatser (för mer diskussion om detta, se Nilsson, m.fl., 2020; Nilsson, 2021). Undantaget från denna enkla dikotomisering rör de tre frågeblock som handlar om specifika metoder. För dessa tre metoder, och för Ansvarsfull alkoholservice som hämtats från den särskilda tillsynsenkäten, ställs specifika frågor om huruvida respektive metods huvudkomponenter ingår i arbetet. På så sätt är det möjligt att gradera kommunernas arbete med dessa metoder utifrån om de arbetar med samtliga eller delar av metodens komponenter. Ytterligare ett undantag är frågan om förekomst av föräldrastödsprogram om alkohol/droger där man också ombeds specificera vilka program som avses.

De områden som täcks in för att mäta aktiviteter (insatser, metoder) är, som jag ser det, också sådana som lyfts fram i litteraturen, t.ex. i *International Standards on Drug Use* (UNODC & WHO, 2018). Undantaget är möjligen tillgänglighetsbegränsande insatser vilka är få generellt i LR och finns inte alls för narkotika².

3.2 Mått och indikatorer

Mängden variabler i LR gör de nödvändigt att sortera och kategorisera data på olika sätt. Utgångspunkten i denna studie är dels det preventionsindex som tidigare tagits fram för att skatta kommunernas alkohol- och ANDT-förebyggande arbete (Nilsson, m.fl., 2015; Leifman, m.fl., 2018; Nilsson, 2021), dels EDPQS:s åtta projektfaser. Till detta tillkommer UNODC:s och WHO:s ovan nämnda sammanställning. Enskilda centrala indikatorer på det ANDT-förebyggande området redovisas också utifrån vad som lyfts fram i litteraturen (både inom ANDT och inom folkhälsoområdet) som viktiga för ett framgångsrikt lokalt förebyggande arbete.

Sammantaget består preventionsindex-ANDT som används i denna studie av totalt 70 indikatorer som har valts ut för att de antas ha betydelse för det ANDT-förebyggande arbetet och för att de ska spegla olika aspekter av detta. De olika aspekterna kan sammanfattas i två huvudsakliga underkategorier: *strukturer* (förutsättningar) och *aktiviteter* (eller insatser och

² Här finns dock två särskilda enkäter – en för alkohol en för tobak – som riktar sig till kommunens tillståndsenhet och som rör tillsyn och kontroll av bl.a. åldersgränser på restauranger och i butiker. Å andra sidan är tillgänglighetsbegränsande insatser på narkotikaområdet inte primärt en uppgift för en kommun. De EDPQS-faser som avser insatser (fas 4 och fas 6) är därför svårare att fylla med kvalitativt säkra indikatorer.

metoder). En skillnad mot tidigare index är att detta nya preventionsindexet väger upp aktiviteterna så att dessa i det övergripande preventionsindexet väger lika tungt som strukturerna (50/50). Uppbyggnaden av preventionsindexet i denna studie framgår av tabell 3.1.

Såväl den mest övergripande nivån av preventionsarbetet (preventionsindex) som de två huvudkategorierna (strukturindex och aktivitetsindex) har indexerats från 0 till 100. Detsamma gäller de tre undergrupper som strukturindex består av: policy, resurser och samverkan. Samtliga dessa tre väger lika tungt i det sammanfattande strukturindexet.

För aktiviteterna finns inga undergrupper även om det skulle vara fördelaktigt att dela in dessa i utbud (tillgång) och efterfrågan. Här är det tidigare indexet bättre rustat genom att den inkluderar frågor från de nämnda tillsynsenkäterna. I föreliggande studie inkluderas några frågor från den förebyggande enkäten som rör tillgänglighetsbegränsande insatser på alkohol- och tobakssidan men inga på narkotiksidan.

Exempel på indikatorer (frågor) som ingår i indexen framgår av tabell 3.1. (för fullständig information se bilaga 1). Oftast ges varje enskild indikator 0 eller 1 poäng i grundutförande. Poängen inom varje kategori har därefter således summerats och indexerats från 0 (inget på plats) till 100 (allt på plats).

Summerande mått, såsom index, kan underlätta analyser eftersom en mängd olika aspekter vägs in och kan därmed ge en rättvisande övergripande bild. Samtidigt finns risken att sammanfattande mått kan bli otydliga i vad de egentligen uttrycker och t.o.m. missvisande (se t.ex. OECD, 2008). Ett huvudargument mot sammanfattande mått är svårigheter i hur olika variabler som måttet består av ska vägas mot varandra (t.ex. Sharpe, 2004).

Vilken tyngd (vikt) som enskilda frågor ska ha kan således diskuteras. Strategin i denna studie är därför att som komplement till preventionsindex också gruppera data utifrån de åtta EDPQS-faserna utifrån samma förfarande som av indelning av frågorna som nyligen genomfördes av Folkhälsomyndigheten (Folkhälsomyndigheten, 2020d). Om resultaten blir ungefär desamma enligt både preventionsindex och EDPQS stärker detta trovärdigheten i resultaten. Dessutom studeras, som ett viktigt komplement, olika enskilda kärnindikatorer som ingår i indexet, dvs. sådana som bedöms som särskilt relevanta i ett lokalt förebyggande arbete (se tabell 3.1).

Tabell 3.1 Uppbyggnad av preventionsindex, indelning av frågor i EDPQS-projektfaser och utvalda kärnindikatorer.

1. Preventionsindex (0–100 p)			
Strukturindex (0–100 p)			Aktivitetsindex (0–100 p)
Policy (0–100 p)	Resurser (0–100 p)	Samverkan (0–100 p)	Frågor inom totalt 8 områden summerade (0–100 p) ¹
<p>Policy, t.ex.:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Förekomst av ANDT-program (strategier) - Om ANDT-arbetet är integrerat i kommunens ordinarie struktur med mål och budget - Om det finns en styrgrupp för arbetet - Om kommunen som arbetsgivare har en ANDT-policy - Om kommunen har en policy i den kommunala grundskolan/gymnasieskolan som inkluderar det förebyggande arbetet <p>Resurser, t.ex.:</p> <ul style="list-style-type: none"> - om det finns en eller flera personer utsedda att arbeta med samordning och planering av det ANDT-förebyggande arbetet - Hur mycket arbetstid som kommunen avsätter för samordning och planering av det ADT-förebyggande arbetet - Hur stor del av det ANDT-förebyggande arbetet som finansieras med kommunala medel <p>Samverkan, t.ex.:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Om samverkan bedrivs med olika listade myndigheter/aktörer inom näringslivet/ideella organisationer - Om samverkan bedrivs mellan det ANDYT-förebyggande och det brottsförebyggande arbete med olika nämnda aktörer 			<p>Frågor om insatser/åtgärder inom följande exempelvis följande områden:</p> <p>Hälsofrämjande för att stärka skyddsfaktorer minska riskfaktorer (skolan, elevhälsan, föräldrar, aktiv fritid)</p> <p>Riktade insatser till grupper sårbara för ANDT, t.ex.:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gruppverksamhet för barn till personer med missbruks- eller beroendeproblematik - Insatser för elever med problematisk skolfrånvaro - Insatser för barn med svårigheter i skolan - Insatser för barn i socioekonomiskt utsatta områden <p>Insatser tidig upptäckt, t.ex.:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Samverkan kopplat till tidig upptäckt av narkotikabruk bland unga/unga vuxna - Insatser inom socialtjänsten kopplade till tidig upptäckt av riskbruk av alkohol - Insatser som bygger på samverkan md arbetslivet kopplade till tidig upptäckt av riskbruk av alkohol - Utbildning av personal som möter barn och ungdomar, kopplat till tidig upptäckt <p>Information och utbildning för föräldrar:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Utskick till föräldrar med information om ANDT-relaterade frågor - Strukturerade föräldraprogram om alkohol/droger åk 6–9 med utbildade handledare <p>Olika metoder inom ANDT-förebyggande arbetet:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kronobergsmodellen - Krogar mot knark eller en liknade metod - Metoden 100 % red hårdträning eller en likn. metod - Smadit - Ansvarsfull alkoholserving (från enkäten om tillsyn)
2. EDPQS-faserna och tillhörande frågor från LR			
De åtta projekt-faserna enligt EDPQS	Områden	Frågorna	Kommentarer
Fas 1	Kartläggning och analys	1. Kartläggning av ANDT-bruk och skadeverkningar 2. Undersökning bland skolelever	
Fas 2	Resurs-bedömning	1. Arbetstid för ANDT-förebyggande 2. Deltagit i nätverk för kommunala ANDT-samordnare 3. ANDT i kommunens ordinarie struktur med mål och budget	
Fas 3	Projekt-utformning	1. Jämlikhetspersp. på arbetet. 2. Politiska program (strategier)	
Fas 4	Utformning av insatser	1. Summa av samtliga insatser (alla delar av fr. 21) 2. Insatser i minst 5 av 7 områden	Här har olika alternativa mått skapats utifrån FoHMs kategorisering.

		3. Antal områden (max 7) med insatser inom 4. Metoder som arbetar med fullt eller delvis	Samtliga dessa har analyserats
Fas 5	Ledning och mobilisering av resurser	1. Person som samordnar 2. Drogpolitiskt program 3. Styrgrupp 4. Samverkan ANDT-brottsförebyggande 5. Samverkan med (a) myndigheter, (b) näringsliv, (c) ideella organisationer Samverkan mellan kommun och livsmedelshandlare	
Fas 6 och 7	Genomförande och uppföljning Utvärdering	1. Uppföljning av det ANDT-förebyggande arbetet 2. Utvärdering av det ANDT-förebyggande arbetet	Har slagit samman dessa två då uppföljning och utvärdering hänger ihop. Mått på genomförandet (implementering, kvalitet, omfattning) saknas
Fas 8	Förbättring och spridning	Saknas frågor	

3. Utvalda kärnindikatorer för ANDT-arbetet

Kärnindikatorer	Fråga i LR (2022)	Kommentarer
<i>Strukturindikatorer</i>		
Om det finns det en eller flera personer utsedda att samordna det hälsofrämjande och förebyggande ANDTS-arbetet i kommunen	Fr. 2	
Arbetstid som kommunen avsätter för övergripande samordning av ANDT-arbetet	Fr. 3	
Förekomst av politiska program för det hälsofrämjande och förebyggande ANDTS-arbetet	Fr. 7	
Styrgrupp för ANDT-förebyggande arbetet	Fr. 11	
<i>Aktivitetsindikatorer</i>		
Hälsofrämjande och universella åtgärder för att stärka skyddsfaktorer och minska riskfaktorer för ANDT-bruk	Fr. 21 (del a)	Summerande mått baserat på 4 frågor: skolan, elevhälsan, föräldrar, aktiv fritid
Insatser för tidig upptäckt	Fr. 21. (del 3)	Summerande mått baserat på 7 frågor och särskilt fokus på fr 1 om samverkan för tidig upptäckt av narkotika
Riktade insatser för olika grupper som är sårbara för ANDTS-bruk/-problem	Fr 21. (del 2)	Summerande mått baserat på 10 frågor
Föräldrastödsprogram om alkohol/droger åk 6-9	Fr 21. (del 6, fr. 2)	
Genomförandet av metoderna Krogar mot Knark och Ansvarsfull alkoholserving		Summerande mått baseras på antal huvuddelar av metoden kommunen arbetar med

¹ Samtliga delfrågor i fråga 21 (se Folkhälsomyndigheten, 20xx)

3.2.1 ANDT- eller substansspecifika mått

Det faktum att de allra flesta frågorna i LR rör ANDT-arbetet och inte det specifika arbetet per substans gör det omöjligt att ta fram fullt ut specifika preventionsmått per substans med indikatorer som endast för den substansen. Det är heller inte önskvärt eftersom det drogförebyggande arbetet bland unga såväl i Sverige som i andra länder i allt större utsträckning rör droger generellt – legala som illegala och skydds- och riskfaktorer är gemensamma för flera olika problemutfall, däribland ANDT (se t.ex. UNODC & WHO, 2018).

Detta är dock ett underlag för en narkotikautredning. Därför redovisas också ett sammanfattande preventionsindex på narkotika (där alltså många indikatorer är gemensamma med preventionsindex för alkohol och tobak) och svaren på de få specifika narkotikafrågor som ställs jämför också mot motsvarande på alkohol- och tobaksområdet. Det mesta i resultatredovisningen avser dock det sammantagna ANDT-förebyggande arbetet. Det bör också redan här nämnas att skillnaderna mellan ett ANDT-index och ett narkotikaindex är ytterst marginella. Detta beror dels på att majoriteten av frågorna är desamma i båda men också på att de narkotikaspecifika uppvisar ungefär samma trender som exempelvis de alkoholspecifika.

3.2.2 Socioekonomisk nivå och befolkningsmängd

Resultaten redovisas totalt för alla kommuner men också i fem kommungrupper utifrån socioekonomi och i fem kommungrupper utifrån antal invånare. I båda är antalet kommuner lika många i varje grupp (20 %; 5 kvintiler). Data finns för varje år men för att det ska vara samma grupp av kommuner över tid har 2016 års siffror för befolkning respektive socioekonomi använts. Eftersom det sker endast små förflyttningar mellan kommuner över tid på dessa två variabler blir skillnaderna i resultat om andra år bildar utgångspunkten ytterst marginella. Analyser har också genomförts på kommunernas socioekonomi och folkmängd som kontinuerliga variabler där varje kommun har ett unikt värde.

Befolkningssiffrorna har hämtats från SCB:s befolkningsstatistik och data för respektive kommuns socioekonomi baseras på ett socioekonomiskt index framtaget av SCB och den tidigare myndigheten Delmos (se Delmos, 2021). Indexet består av tre indikatorer: (1) andel personer med låg ekonomisk standard (V1), (2) andel personer med förgymnasial utbildning (V2), (3) andel personer som har haft ekonomiskt bistånd i minst tio månader och/eller har varit arbetslösa längre än sex månader (V3). Indexet beräknas sedan enligt följande: $(V1+V2+V3)/3$.

Ett alternativt socioekonomiskt index har också använts mest för att se om det blir skillnader i resultat jämfört det förra indexet. Detta är framtaget av forskare på Karolinska institutet (prof. Thor Norström) och baseras på summan av standardiserade värden på andelen arbetslösa, medianinkomst och andel med postgymnasial utbildning. Vid en jämförelse mellan de två indexen har detta sistnämnda mindre fokus på utsatthet/problem index än det förra (t.ex. delas utbildningsvariabeln in i andelen med postgymnasial utbildning, ej andelen med förgymnasial utbildning och det finns inga mått i detta index över låg ekonomisk standard eller ekonomiskt bistånd).

3.2.3 ANT-relaterad dödlighet

Inom ramen för denna studie har data över antalet ANT-relaterade dödsfall med ANT-relaterade diagnoser (enligt ICD-10) per kommun studerats. Urvalet av skadedata bygger på tillgången till uppgifter på kommunnivå, vilket begränsar oss till analyser av endast dödsfall. Data kommer från Socialstyrelsens dödsorsaksregister men har hämtats från Folkhälsomyndighetens databas *Folkhälsodata* (2023) och avser dödstal för femårsperioden 2017–2021 per 100 000 invånare. Statistiken över ANT-relaterad dödlighet inkluderar dödsfall med ANT-relaterad diagnos som antingen underliggande och/eller bidragande dödsorsak. (se Folkhälsomyndighetens indikatorslabb, 2023). När det gäller alkohol redovisas antal dödsfall där en alkoholdiagnos specifikt anges som orsak. I detta kombinerade mått (av Socialstyrelsen benämnt alkoholindex) inkluderas alla diagnoser där alkohol uttryckligen nämns som orsak till dödsfallet.

Beträffande narkotika redovisas antal dödsfall där narkotika uttryckligen nämns som en orsak till dödsfallet (t.ex. psykiska störningar och beteendestörningar orsakade av psykoaktiva substanser [F11–F16, F18, F19], förgiftning med narkotiska och psykodysleptiska medel [T40]).

Som indikatorer på skador orsakade av tobaksbruk redovisas omfattning och utveckling av antalet dödsfall i lungcancer. Denna sjukdom brukar tillsammans med KOL betraktas som den viktigaste specifika tobaksrelaterade dödsorsaken.

3.3 Analyser

De olika indikatorerna studeras över tid för alla kommuner sammantaget och uppdelat på olika kommungrupper. Sambandet mellan det förebyggande arbetets omfattning å ena sidan och kommunernas socioekonomi och kommunstorlek å andra sidan studeras för separata år genom enkla korrelationsanalyser och multivariata regressionsanalyser där både socioekonomi och befolkning inkluderas som förklarande variabler (oberoende variabler) och omfattningen av det förebyggande arbetet (Preventionsindex eller olika EDPQS-faserna) som den beroende variabeln.

För att få en bild av spridningen mellan kommuner preventionsarbetet har kommunerna utifrån preventionspoäng delats i percentiler (hundra delar) från den lägsta (percentil 1) till den högsta (percentil 100). Vidare studerats närmare kommuner som ligger stabilt högt och stabilt lågt på preventionspoäng i syfte att få en bild av dessa två ytterligheter och om den bild som ges av samtliga kommuner förstärks.

Kompletterande analyser har i flera fall genomförts, t.ex. på de kommuner 183 kommuner som deltagit samtliga sex år och med andra alternativa indelningar av data. Syftet med dessa ytterligare analyser är att se hur stabila de initiala resultaten verkar vara. Inga sådana betydande skillnader har framkommit.

4. Resultat

I kapitlets första del (4.1) studeras förändringar i det lokala förebyggande arbetet under perioden 2016–2021 för alla deltagande kommuner sammantaget. Utvecklingen redovisas inledningsvis för de substansspecifika preventionsindexen och substansspecifika enskilda indikatorer. Därefter studeras utvecklingen för de sammantagna måtten över det ANDT-förebyggande arbetet och i vissa fall jämfört med narkotika. Som nämndes i kapitel 2 är detta det mest rimliga måttet att utgå.

I avsnitt 3.2. är fokus istället på skillnader mellan kommuner både under olika år och i avsnitt 3.3. studeras nivåer och utveckling för två relevanta kommunvariabler: socioekonomisk nivå och befolkningens mängd. Kapitlet avslutas med ett avsnitt om vad som kännetecknar kommuner med stabilt höga respektive stabilt låga nivåer på det förebyggande arbetet.

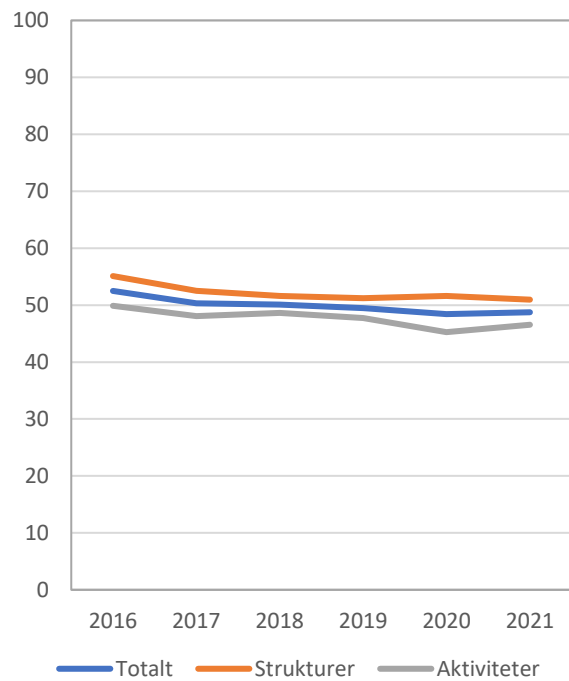
I samtliga avsnitt studeras olika sammanfattande mått men kompletterat med enskilda kärnindikatorer i syfte att få en så god förståelse som möjligt av skillnader och förändringar över tid.

4.1 Utvecklingen i Sveriges kommuner 2016–2021

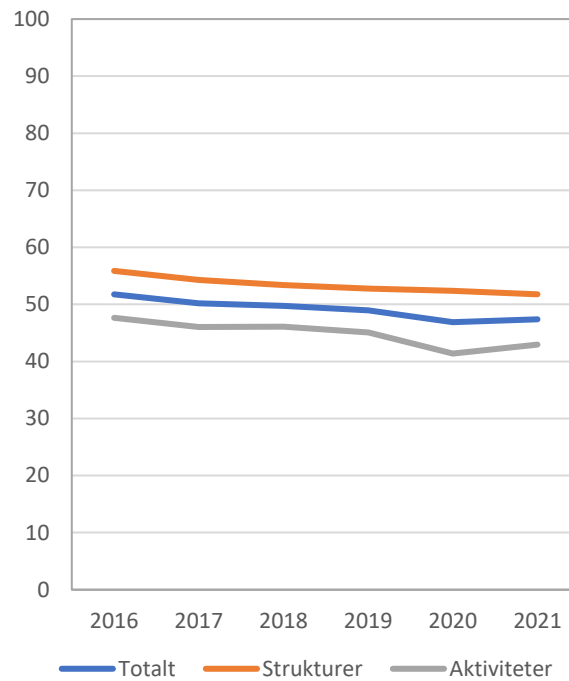
4.1.1 Utvecklingen enligt Preventionsindex – narkotika, alkohol, tobak

Utvecklingen av det förebyggande arbetet enligt Preventionsindex för narkotika, alkohol och tobak framgår av figur 4.1. Utvecklingen är inte oväntad i stort sett densamma för de tre måtten med små men tydliga minskningar totalt sett (ca -7 till -9 %) från 2016 till 2021. Både strukturindex och aktivitetsindex har sjunkit (ca 7–9 %). Aktiviteterna uppvisar en något större nedgång under pandemiåret 2020.

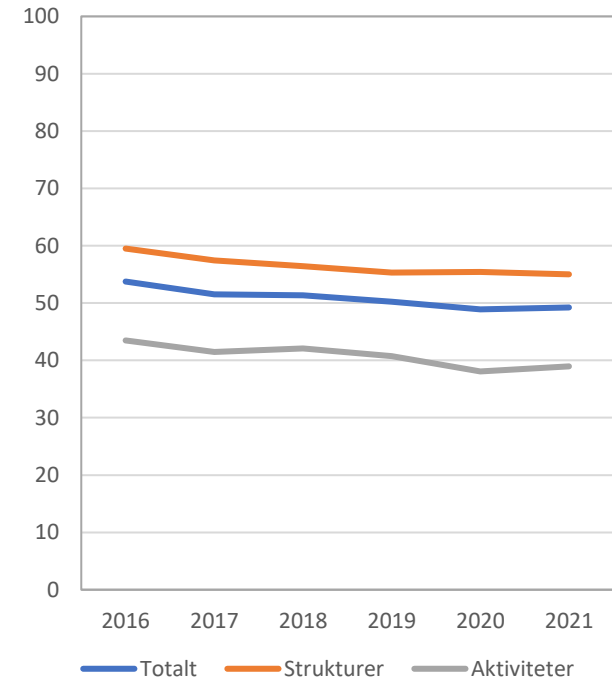
Struktur- och aktivitetsindexnivåerna ligger mer samlat för narkotika än för alkohol och tobak vilket beror på att det för de två sistnämnda substanserna finns fler specifika frågor om olika insatser och att dessa inte är lika vanligt förekommande som de ANT-gemensamma frågorna. Detta leder till något lägre totalpoäng på aktivitetsindex. Men det betyder inte att aktiviteterna på alkohol- och tobaksområdet sammantaget är mindre förekommande än på narkotikaområdet. Det viktigaste resultatet är att trenderna genomgående är snarlika och sjunkande.



A. Narkotika: Preventionsindex-totalt och uppdelat på strukturer och aktiviteter



B. Alkohol: Preventionsindex-totalt och uppdelat på strukturer och aktiviteter



C. Tobak: Preventionsindex-totalt och uppdelat på strukturer och aktiviteter

Figur 4.1. Preventionsindex – (A) totalt och för (B) strukturer och (C) aktiviteter för narkotika, alkohol och tobak 2016–2021. Index från 0 till 100 p. Ju högre poäng desto bättre.

4.1.2 Utvecklingen av substansspecifika indikatorer

I figur 4.2 redovisas flera av de specifika frågorna för narkotika jämfört med liknande specifika frågor för alkohol och tobak. Som framgår är trenderna snarlika och för flertalet också på ungefär samma nivåer.

Andelen kommuner som exempelvis har en eller flera personer utsedda att samordna det ANDT-förebyggande arbetet är ungefär på samma nivå för de tre olika substanserna, dvs. drygt 80 % under studieperioden.

Samverkan med myndigheter skiljer sig åt i nivåer men med snarlika trender. Samverkan med ideella organisationer och andel kommuner med policyer i den kommunala grundskolan är också ungefär densamma för de tre substanserna, likaså trenderna.

Andel kommuner med tidiga insatser som bygger på samverkan är högre för narkotika än för alkohol men trenden i stort densamma.

Kommuner som genomför olika metoder uppvisar störst skillnader i nivåer och även skillnader i trender. Metoden Krogar mot knark uppvisar den lägsta nivån (9 % av kommunerna arbetade med åtminstone två av metodens delar 2021 att jämföras med 13 % 2016) och Ansvarsfull alkoholservice den högsta nivån men med en kraftig minskning under pandemiåren 2020–2021 (25 % av kommunerna arbetade med minst två av metodens delar 2021 jämfört mot 45 % 2019).

4.1.3 Utvecklingen enligt Preventionsindex–ANDT

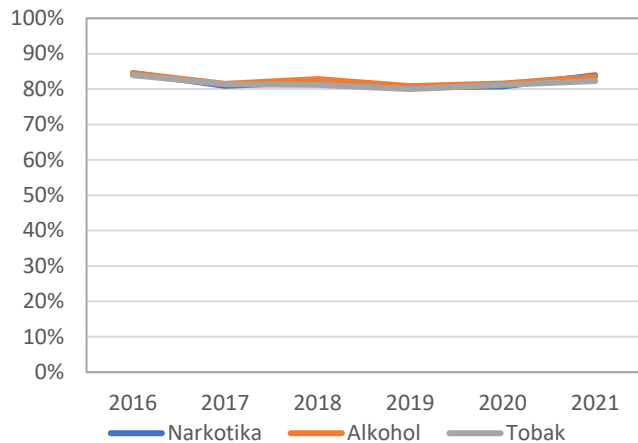
Den överlag samstämmiga bilden för A, N, och T (och D som inte redovisas närmare) både i sammanfattande index och för enskilda indikatorer inom samma område visar tydligt att det finns goda skäl att istället studera utvecklingen av det samlade ANDT-förebyggande arbetet.

Hur utvecklingen ser ut för preventionsindex-ANDT redovisas i figur 4.3. Totalpoängen har sjunkit med 8 % med en större minskning för aktiviteter (-10 %) än för strukturer (-7 %). Överlag kan minskningarna inte förklaras av pandemin eftersom nedgången har varit gradvis under i stort sett hela perioden. Aktiviteterna uppvisar dock en extra stor nedgång under pandemiåret 2020 men med viss ökning igen 2021.

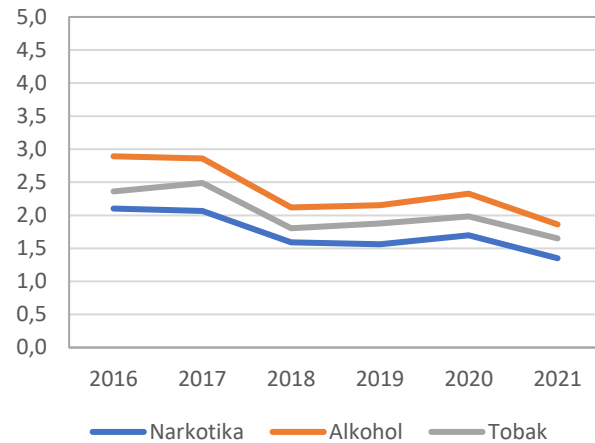
4.1.4 Strukturindex-ANDT, -narkotika uppdelat på de tre kategorierna policy, samverkan, resurser

När det gäller strukturerna beror minskningen framförallt på minskad samverkan, följt av minskade resurser medan policydelen visar på i stort sett oförändrade nivåer under perioden (se tabell 4.1). Mönstret är detsamma för ANDT och narkotika (och även alkohol och tobak). Det beror alltså till viss del på att samma ANDT-frågor ingår i både ANDT- och de substansspecifika indexen. Särskilt gäller detta för resursdelen som uppvisar i stort sett samma siffror för ANDT och narkotika.

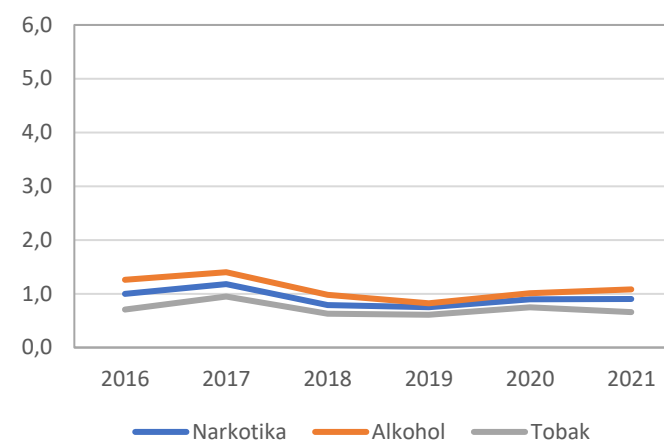
Sammanfattningsvis är, som förväntat, likheterna i nivåer och trender mellan de olika preventionsindexen (ANDT, narkotika, alkohol, tobak) stora.



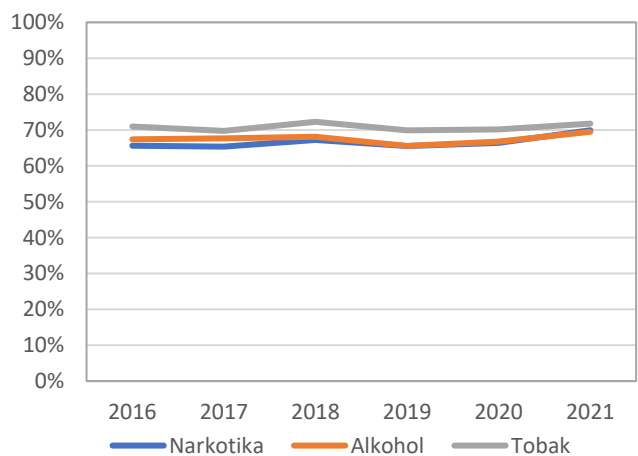
A. Andel kommuner med personer utsedda att ssamordna det förebyggande arbetet för narkotika, för alkohol och för tobak.



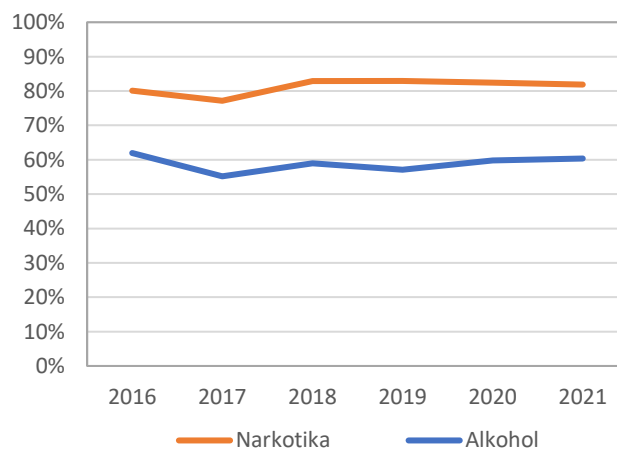
B. Samverkan med myndigheter i frågor som specifikt rör narkotika, alkohol och tobak (max 5 p för fem nämnda myndigheter)



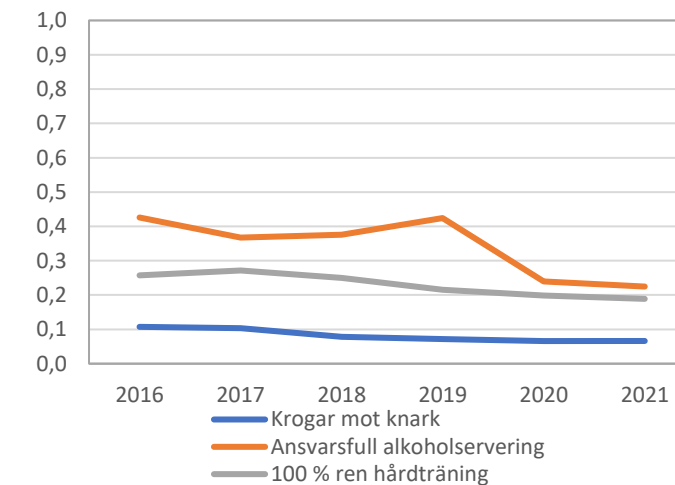
C. Samverkan med ideella organisationer i frågor som rör specifikt narkotika, alkohol och tobak (max 6 p för sex nämnda organisationer)



D. Andel kommuner med en policy i den kommunala grundskolan för narkotika, för alkohol och för tobak.

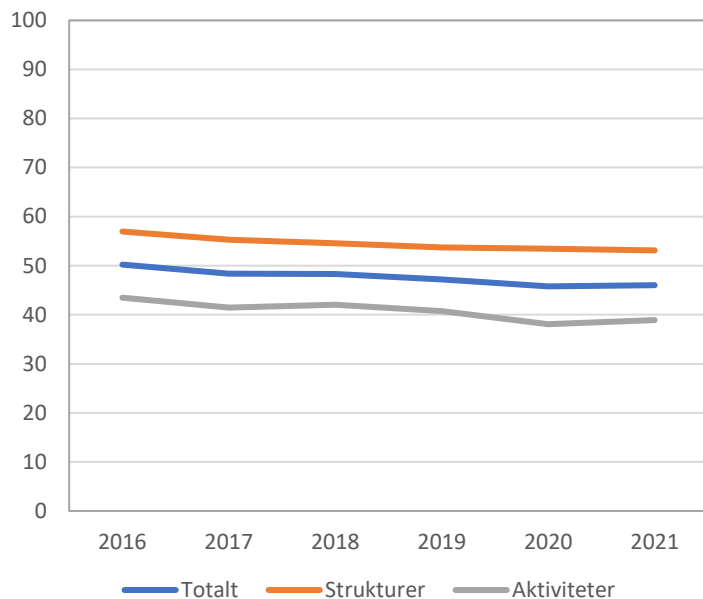


E. Andel kommuner med tidiga insatser som bygger på samverkan kopplat till tidig upptäckt av narkotikabruk bland unga/unga vuxna respektive riskbruk av alkohol



F. Genomförande av olika metoder (max 1 p= jobbar med alla delar, 0,5 p= minst 2 delar, 0,25= en del av metoden, 0=inget arbete).

Figur 4.2. Olika indikatorer för förebyggande arbete specifikt för narkotika, för alkohol och för tobak 2016–2021



Figur 4.3. Preventionsindex-ANDT-totalt och uppdelat på strukturer och aktiviteter. Index från 0 till 100 p. Ju högre poäng desto bättre.

Tabell 4.1 Preventionsindex - strukturer för ANDT och narkotika 2016–2021.

	ANDT			Narkotika		
	Policy	Resurser	Samverkan	Policy	Resurser	Samverkan
2016	64	61	46	63	61	41
2017	63	56	47	61	56	41
2018	64	57	43	62	57	35
2019	64	56	41	62	56	36
2020	64	56	41	62	56	37
2021	63	56	40	60	57	36
Förändringar: I procent 2021/2016	-2%	-7%	-13%	-4%	-8%	-13%
I enheter: 2021–2016	-1,10	-4,42	-6,01	-2,43	-4,62	-5,36

4.1.5 Utvecklingen för olika EDPQS-faser

I figur 4.4 har indikatorerna baserat på LR-data grupperats utifrån de olika processfaserna enligt EDPQS. Data har indexerats med år 2016 satt till 100. Faserna 2–3 och 5 visar på tydliga nedgångar i strukturella förutsättningar där fas 5 innehåller många fler indikatorer än övriga (se tabell 3.1). Fas 1 med endast två indikatorer uppvisar oförändrade nivåer: 62 % av kommunerna uppger år 2021 att de genomfört undersökning av skolelevers ANDT-användning och 36 % svarar samma år att de genomfört en kartläggning av ANDT-bruk och skadeverkningar.

Fas 5-måttet sjunker med ca 8 % under perioden vilket är i linje med strukturindex-ANDT redovisat ovan. Två av tre fas 4-mått på insatser visar på minskningar och framförallt gäller detta det totala antalet insatser som kommunerna uppger att de bedriver (summan av samtliga 40 nämnda insatser i fråga 21, 4b i figur 4b). Minskningen uppgår till 10 % från 2016 till 2021.

Fas 6 och 7 är svåra att separera. Kvalitetssäkring som ingår som en del i fas 6, kan också ses som en del av en uppföljning och fas 7 innehåller både uppföljning och utvärdering. Uppföljningar och utvärderingar ökar något från 2016 till 2018 och minskar därefter men med en liten ökning 2021. Nivån 2021 är i paritet med nivån för 2020. Femtioåtta procent av kommunerna svarar år 2021 att de genomfört en uppföljning av det ANDT-förebyggande arbetet. Motsvarande andel för utvärdering är 6 %.

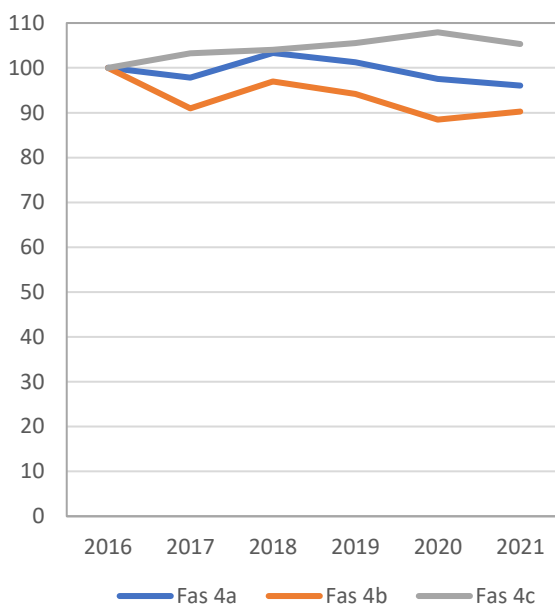
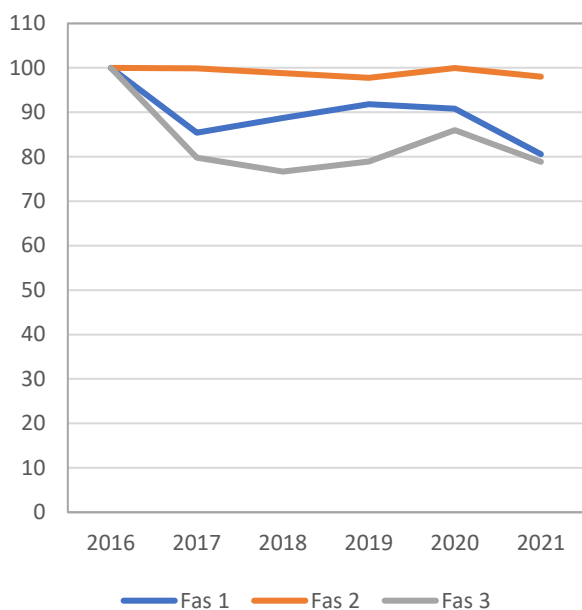
Genomförandet av metoder (figur 4d) kan åtminstone delvis kvalitetssäkras genom att det i fyra av de fem metoderna (Smadit undantaget) frågas om vilka delar av metoden som genomförts. Sammantaget visar data på betydande nedgångar i användandet av dessa metoder under perioden 2016–2021 (se också nästa avsnitt).

4.1.6 Utvecklingen enligt enskilda indikatorer

I tabell 4.2 specificeras utvecklingen för olika kärnindikatorer. Flertalet sjunker under perioden och några ligger på relativt oförändrade nivåer. Andel kommuner med personer utsedda att samordna det ANDT-förebyggande arbetet har inte förändrats men däremot den arbetstid som avsatts för detta: -10 % från 2016 till 2021 eller från i medeltal drygt 40 % av en heltid till knappt 30 % av en heltid. Även andelen kommuner som bedriver föräldrastödsprogram på ANDT-området uppvisar minskningar.

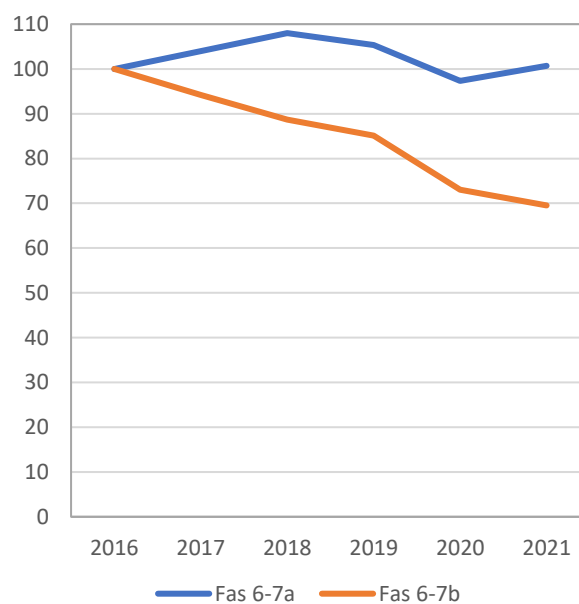
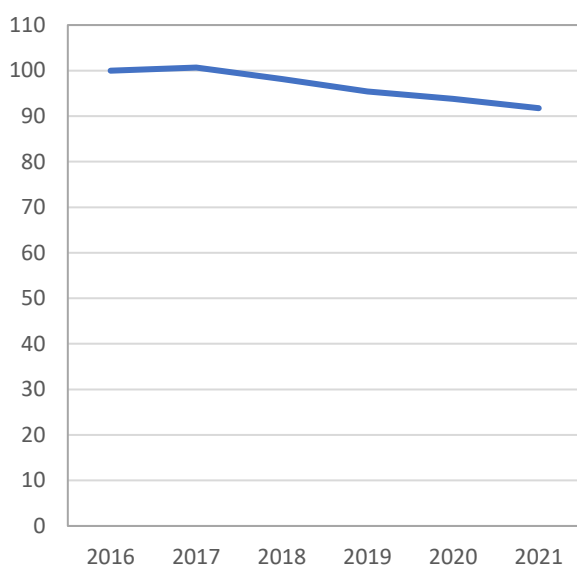
Noterbart är att tidiga insatser inte minskar utan ligger på en i stort sett oförändrad nivå och att främjande insatser för att stärka skyddsfaktorer och minska riskfaktorer ökar något under perioden. Det bör upprepas att dessa siffror på insatser inte säger något om omfattningen utan endast om de finns på plats eller ej i kommunen.

Den största nedgången gäller genomförandet av specifika metoder, såsom Ansvarsfull alkoholserving och Krogar mot knark (se tabell 4.2).



A. Fas 1: Kartläggning och analys
Fas 2: Resursbedömning
Fas 3: Utformning av utvecklingsarbete

B. Fas 4: Utformning av insatser, fyra varianter:
4a: Antal insatsområden av sju möjliga
4b: Summa alla nämnda 40 förebyggande insatser
4c: Antal policyer, max 8 möjliga



C. Fas 5: Ledning och mobilisering av resurser

D. Fas 6: Genomförande och kvalitetssäkring/
 uppföljning. **Fas 7:** Uppföljning och utvärdering
6-7a: Uppföljning och utvärdering
6-7b: Genomförande av fem metoder (med specifika
 frågor om vilka delkomponenter av metoden som används)

Figur 4.4. Utvecklingen av det ANDT-förebyggande arbetet enligt gruppering av data i de olika projektfaserna enligt EDPQS 2016–2021. Indexerat 2016=100.

Tabell 4.2. Utvecklingen 2016–2021 av ett antal nyckelindikatorer.

Nyckelindikatorer	2016	2019	2021	Förändring 2021/2016	
				%	Enheter
Strukturer					
Förekomst av drogpolitiskt program (övergripande styrdokument, strategi eller liknande (%))	34 %	33 %	31 %	-9 %	-3
En eller flera personer utsedda att arbeta övergripande med samordning och planering av det ANDT-förebyggande arbetet (%)	81 %	81 %	81 %	0 %	0
Arbetstid som kommunen avsatt för övergripande med samordning och planering av det ANDT-förebyggande arbetet (% av hel årsarbetskraft [av heltid])	40 %	33 %	30 %	-26 %	-10
Styrgrupp för det lokala ANDT-förebyggande arbetet (%)	67 %	60 %	55 %	-17 %	-12
Aktiviteter					
<i>Olika insatser och insatsområden:</i>					
Förekomst av strukturerade föräldraprogram om alkohol/droger, årskurs 6–9 (%)	31%	26 %	19 %	-39 %	-12
Främjande insatser för att stärka skyddsfaktorer och minska riskfaktorer (m för max 4 insatser, indexerat 0–100, 100= alla 4 insatser)	73	75	78	+ 7%	+5
Riktade insatser för olika grupper sårbara för ANDT-bruk/-problem (m för antal insatser om totalt 10, indexerat 0–100, 100= alla 10 insatser)	39	38	34	-13 %	-5
Insatser för tidig upptäckt (m för antal insatser om totalt 7, indexerat 0–100, 100= alla 7 insatser)	50	52	52	+5 %	+2
<i>Metoder:</i>					
Ansvarsfull alkoholserving (% som arbetar med metodens alla 3 huvuddelar)	19 %	21 %	9 %	-55 %	-10
Krogar mot knark (% som arbetar med minst 3 av metodens 5 huvuddelar)	9 %	7 %	5 %	-43 %	-4

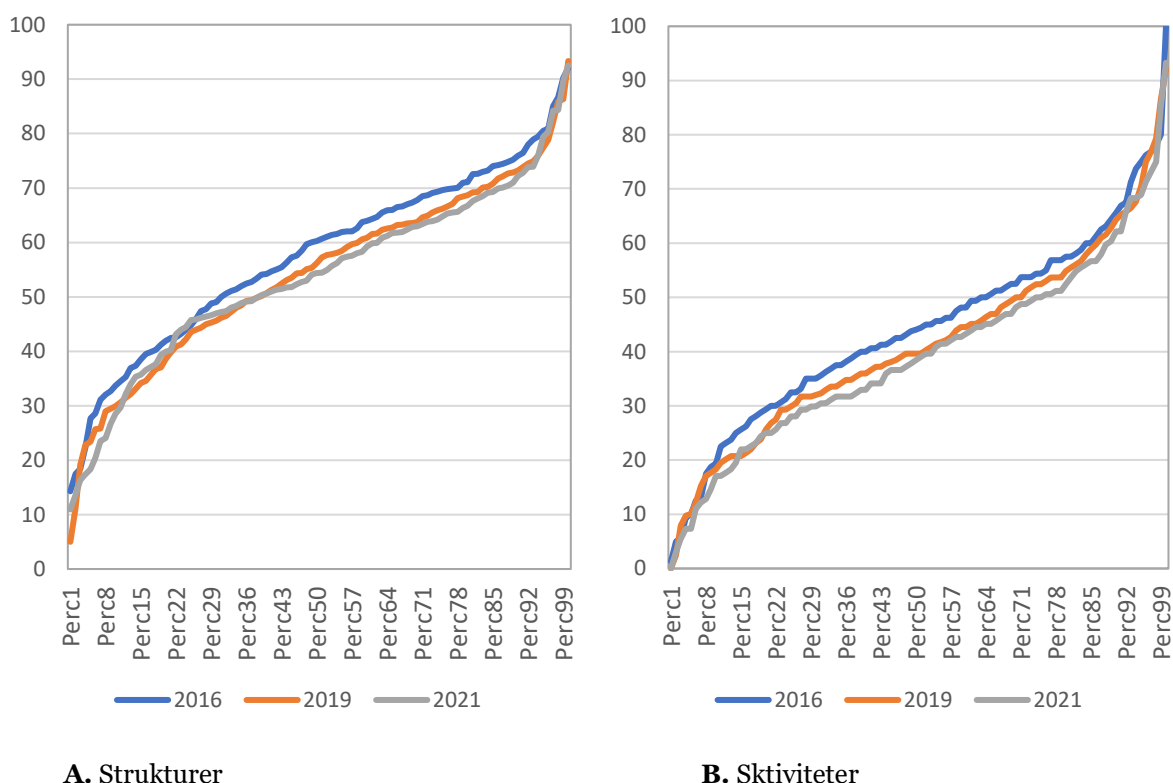
4.2 Skillnader mellan kommuner

Överlag sjunker alltså nivåerna av det ANDT-förebyggande arbetet i kommunerna i Sverige från 2016 till 2021. I detta avsnitt ligger fokus istället på skillnader (spridningen) i preventionsarbetet mellan kommunerna under olika år.

4.2.1 Preventionsindex-ANDT - strukturer och aktiviteter

Figur 4.5 visar fördelningen (spridningen) mellan kommunerna i Sverige för både strukturer- och aktivitetsindex fördelat på olika percentiler (percentil 50= medianvärdet). Både strukturer och aktiviteter visar på förhållandevis stor spridning mellan kommunerna. Ca 15–20 % av kommunerna uppvisar nivåer där det mesta av olika strukturella förutsättningar och flertalet insatser finns på plats. I andra änden finns ca 15-20 % kommuner som har lite eller i stort sett inget på plats både när det gäller strukturer och aktiviteter. Däremellan finns merparten av kommunerna (ca 60-65 %).

Den sjunkande nivån av både struktur- och aktivitetsindex åtföljs av en ytterst marginell minskad skillnad – spridning – mellan alla kommuner i Sverige. Detta gäller också för flertalet av de olika måtten på EPPQS-faserna och för flertalet, men inte alla, enskilda indikatorer. Kommunskillnaderna får betraktas som stora både 2016, 2019 och 2021 (och för de tre år som inte redovisas närmare).



Figur 4.5. Fördelningen av kommunernas indexpoäng på (A) strukturer-ANDT och (B) aktiviteter-ANDT (min: 0, max: 100 p) utifrån percentiler, 2016, 2019, 2021. (Perc50=medianvärdet).

4.2.2 Enskilda indikatorer

Figur 4.6 visar hur det ser ut för enskilda indikatorer. Som framkom i tabell 4.2 minskar den arbetstid som kommuner lägger ner på övergripande med samordning och planering av det ANDT-förebyggande minskat. I figur 3.5a redovisas fördelningen av kommunernas arbetstid i olika percentiler under tre av åren. Minskningen under perioden är tydlig. Exempelvis sjunker mediantiden från 25 % till 20 % (av en heltid) och minskningen är som störst i den övre halvan av skalan (över medianvärdet), alltså bland kommuner som tidigare uppvisat relativt sett hög arbetstid. År 2016 var det 18 % som avsatte en arbetstid motsvarande minst en heltid (100 %). År 2019 hade motsvarande andel sjunkit till 12 % och 2021 hade den minskat ytterligare till 10 %.

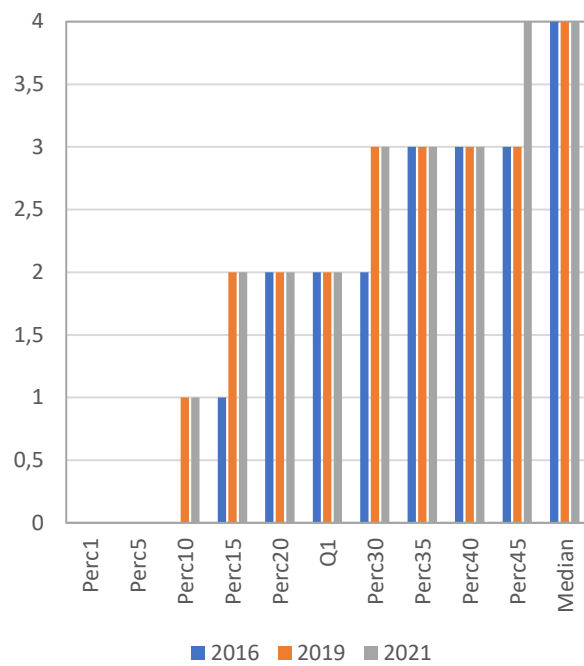
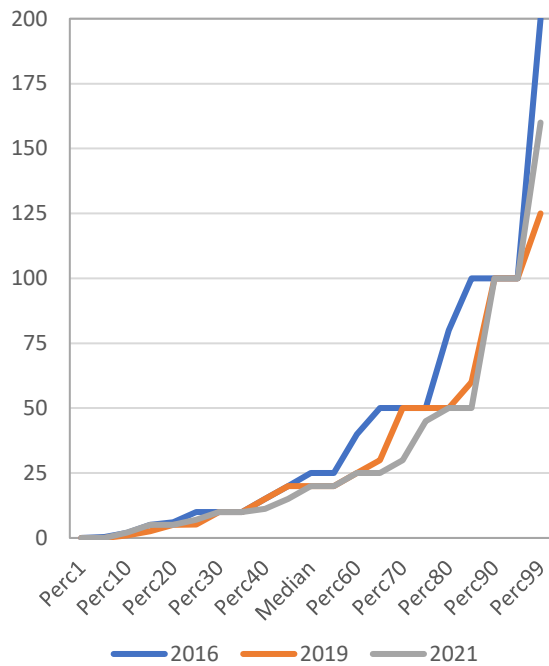
Den större nedgången bland kommuner med höga andelar betyder också att skillnaderna – spridningen – minskat mellan kommunerna och ligger idag (2021) mer samlad än tidigare runt medelvärdet.

En annan viktig indikator är kommunernas insatser för att stärka skyddsfaktorer och minska riskfaktorer. Fyra frågor ställs om sådant arbete bedrivs. Varje åtgärd ger en poäng. Om en kommun svarar Ja på alla fyra områden (åtgärder för en trygg skolmiljö, stärkt elevhälsa, stärka föräldrar i sitt föräldraskap och för en aktiv fritid) ger detta totalt fyra poäng (maxpoäng).

Figur 4.5b visar fördelningen mellan kommunerna under tre år. Eftersom medianvärdet är 4 (maxpoäng) så redovisas inte staplar över medianvärdet. År 2016 är det 13 % av kommunerna som inte har någon av de fyra insatserna på plats. Tre år senare har andelen sjunkit till 8 % och ligger kvar på samma andel 2021. Andel kommuner med minst 2 av 4 åtgärder på plats finns i 81 % av kommunerna 2016 men i 86 % av kommunerna 2019 och 2021. Skillnaderna mellan kommunerna minskat över tid genom att antalet kommuner med ingen eller endast någon av de fyra åtgärderna blir färre. Detta säger dock inget om omfattning eller om andra liknande insatser genomförts. Dessutom finns ett tak på max fyra insatser som möjligen kan bidra till en imaginär bild av minskade kommunskillnader.

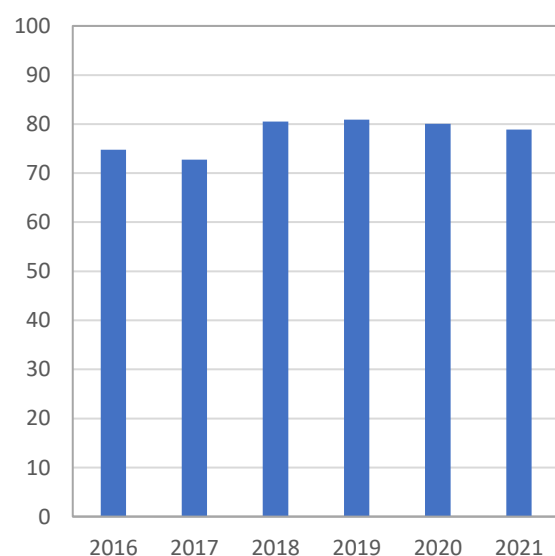
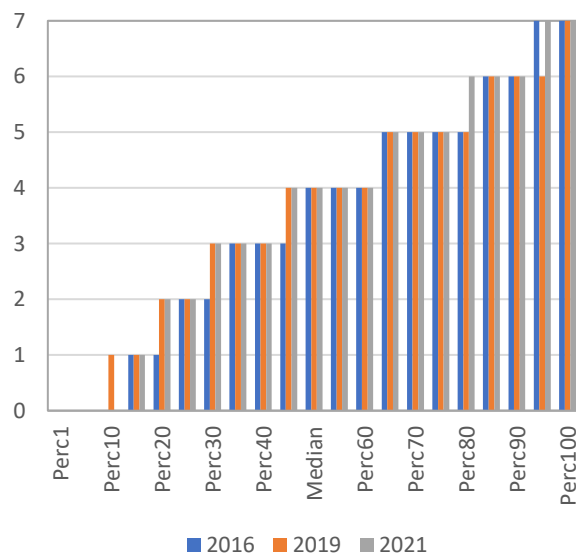
Det frågeblock som ställs om insatser för tidig upptäckt avser sju olika möjliga insatser. Hur kommunerna svarar sammantaget på dessa sju delfrågor framgår av figur 4.5c. Medianvärdet är för alla tre år 4 (av 7) insatser. Det kan vara svårt att urskilja några förändringar under de tre åren men nivåerna stiger något under perioden (se tabell 4.2). År 2016 är det 13 % av kommunerna som inte har någon av dessa sju olika insatser på plats och totalt 22 % som svarar 0–1 insats. År 2019 har dessa andelar sjunkit till 9 % respektive 17 % och 2021 är motsvarande andelar 11 % och 19 %. År 2021 är det något större andelar som har många av insatserna: 21 % uppger 6 eller alla 7 insatser jämfört med 17 % 2019 och 15 % 2016. Spridningen mellan alla kommuner är i stort sett oförändrad under perioden.

En av de sju insatserna för tidig upptäckt avser narkotika (samverkan med polis, öppenvård, socialtjänst och föräldrar kopplat till tidig upptäckt av narkotikaanvändning bland unga/unga vuxna). Andelen kommuner som svarar att sådana insatser bedrivs ökar från ca 75 % 2016 till 80 % 2018 och ligger därefter kvar på ungefär samma nivå.



A. Arbetstid för samordning och planering av det ANDT-förebyggande arbetet) utifrån percentiler, 2016, 2019, 2021. Arbetstid i procent av årsarbetskraft (% av heltid).

B. Antal skyddsfaktorer som man arbetar med (min:0; max 4) utifrån percentiler, 2016, 2019, 2021. Median och högre har alla högsta värde= 4.



C. Antal insatser för tidig upptäckt (min: 0; max 7) utifrån percentiler, 2016, 2019, 2021.

D. Insatser som bygger på samverkan kopplat till tidig upptäckt av narkotikaanvändning bland unga/unga vuxna (andel kommuner med sådana insatser).

Figur 4.6. Fördelning mellan kommunerna på olika indikatorer.

4.2.3 Strukturer och aktiviteter – samband och stabilitet över tid

Under samtliga år finns tydliga samband mellan kommunernas nivå av strukturella förutsättningar och nivå av aktiviteter, exempelvis mellan de i figur 4.1–4.2 redovisade struktur- och aktivitetsindexen (ca $r=0,65$ för alla år sammantaget). Liknande samband mellan strukturer och insatser framkommer också exempelvis mellan EDPQS-faserna 4 och 5 och (fas 4: utformning av insatser, fas 5: ledning och mobilisering av resurser): ju starkare strukturella förutsättningar, desto mer av olika insatser.

Sambanden strukturer-aktiviteter är förväntade men det finns samtidigt kommuner som avviker från mönstret genom att uppvisa goda strukturella förutsättningar men låg nivå av aktiviteter och vidare kommuner med mycket aktiviteter men låga förutsättningar. Inget av dessa två alternativ är önskvärt och långsiktigt hållbart. Strukturer utan aktiviteter är inte särskilt meningsfullt och kan inte upprättas under särskilt många år och aktiviteter som inte vävs in i en ordinarie verksamhet och dess strukturer blir sällan långsiktiga.

Vidare analyser visar att det är betydligt fler kommuner med relativt sett goda strukturella förutsättningar som inte uppvisar mycket av aktiviteter jämfört med antal kommuner med omfattande aktiviteter som har låga strukturella förutsättningar. Varför vissa kommuner inte gör mer trots en till synes väl utvecklad struktur är svårt att svara på men väl värd att studera närmare.

Det bör också nämnas att det finns en tydlig stabilitet i preventionsarbetet över tid. Kommuner med höga respektive låga poäng 2016 har också i högre utsträckning än övriga kommuner höga respektive låga poäng över tid. Detta gäller både om man följer strukturerna och aktiviteterna var för sig eller strukturer ett år mot aktiviteter ett senare år eller tvärtom.

Detta kan illustreras genom att dela in struktur och aktivitetspoäng 2016 i fem lika stora andelar och följa hur kommunerna i dessa fem grupper förändras över tid:

För de kommuner som befinner sig inom de två lägsta nivåerna (lägsta 40 %) på strukturpoäng 2016 framkommer följande:

- 74 % befinner sig inom de två lägsta nivåerna också 2021 och 5 % har rört sig från de lägsta till de högsta två nivåerna från 2016 till 2021.
- 69 % uppvisar aktivitetspoäng inom de två lägsta nivåerna 2016 och 75 % 2021. Av de 69 % inom de två lägsta aktivitetsnivåer 2016 återfinns 85 % av dessa på samma nivåer 2021.

På motsvarande sätt har de med höga strukturpoäng 2016 också i stor utsträckning höga strukturpoäng 2021. För de kommuner som befinner sig inom de två högsta nivåerna (högsta 40 %) på strukturpoäng 2016 framkommer följande:

- 47 % befinner sig inom samma höga nivåer 2021 och 28% har rört sig från de högsta till de två lägsta nivåerna från 2016 till 2021.
- 65 % uppvisar aktivitetspoäng inom de två högsta nivåerna 2016 och 49 % 2021. Av de 65 % inom de två högsta aktivitetsnivåer 2016 återfinns 55 % av dessa på samma nivåer även 2021.

4.3 Skillnader mellan kommuner utifrån socioekonomisk status och invånarantal

Det ANDT-förebyggande arbetet uppvisar, enligt analyserna ovan, påtagliga variationer mellan kommuner i Sverige. Frågan i detta avsnitt är om skillnader i socioekonomisk status och befolkningsmängd mellan kommuner kan förklara något av denna skillnad.

En fråga som först bör besvaras är emellertid om det finns skillnader i ANT-problemens omfattning mellan kommuner med olika socioekonomi och befolkningsmängd. Om sådana skillnader finns, och behovet därmed är större i vissa kommuner än andra, så kanske skillnader i behov också återspeglas i skillnader i det ANDT-förebyggande arbetets omfattning mellan kommuner.

4.3.1 ANT-relaterad dödlighet i olika kommungrupper

Denna studie finner i likhet med tidigare studier (Folkhälsomyndigheten, 2020b; Leifman, m.fl., 2018) att det finns systematiska skillnader mellan kommunernas socioekonomi och invånarantal å ena sidan och omfattning av ANT-skador å andra sidan (här mätt genom alkohol- och narkotikarelaterad dödlighet och dödlighet i lungcancer). Dödstalen kan inte studeras per år och över tid utan endast som antalet dödfall (per 100 000 invånare) per kommun under femårsperioden 2017–2021. Det går därför inte att uttala sig om det förebyggande arbetet påverkar dödsfallen i gynnsam riktning.

De systematiska skillnader (samband) som framkommer illustreras väl i tabell 3.3 som visar hur dödligheten skiljer sig åt mellan kommungrupper utifrån socioekonomi och folkmängd. Lungcancer uppvisar den största socioekonomiska gradienten och narkotikarelaterad dödligheten den minsta. Skillnaderna i dödsfall mellan de socioekonomiskt starkaste (nivå 5) och svagaste (nivå 1) kommunerna är markant för alkoholrelaterad dödlighet och lungcancer men något mindre tydlig för narkotikarelaterad dödlighet.

Liknande skillnader framkommer mellan kommungrupper utifrån befolkningsmängd: ju mindre kommun desto högre dödlighet i alkoholrelaterade sjukdomar och i lungcancer. Den narkotikarelaterade dödligheten utgör här ett undantag då den inte samvarierar med kommunstorlek. Dödligheten är ungefär lika stor i små som i större kommuner.

Tabell 4.3. ANT-relaterad dödlighet i fem olika kommungrupper baserat på socioekonomi och folkmängd. Varje grupp utgör en femtedel av samtliga kommuner.

Utfall	Alkohol-relaterad dödlighet	Narkotika-relaterad dödlighet	Lungcancer
Socioekonomi (index) från lägst till högst	$r_{xy}=-0,34$	$r_{xy}=-0,22$	$r_{xy}=-0,44$
Nivå 1 (0–20 %)	31,9	11,5	57,2
Nivå 2 (>20–420 %)	30,0	11,3	50,1
Nivå 3 (>40–620 %)	28,2	9,2	53,8
Nivå 4 (>60–80 %)	26,3	9,2	42,3
Nivå 5 (>80–100 %)	22,4	8,9	41,6
Skillnad nivå 5 mot nivå 1 (enheter och i procent)	-9,5 (-30 %)	-2,6 (-25 %)	.15,6 (-27%)
Befolkning, från lägst till högst antal	$r_{xy}=-0,46$	$r_{xy}=-0,03$	$r_{xy}=-0,34$
Nivå 1 (0–20 %)	30,0	10,5	54,5
Nivå 2 (>20–420 %)	31,1	9,1	50,7
Nivå 3 (>40–620 %)	27,8	11,2	52,3
Nivå 4 (>60–80 %)	24,5	9,5	46,9
Nivå 5 (>80–100 %)	21,5	9,9	40,4
Skillnad nivå 5 mot nivå 1 (enheter och i procent)	-8,5 (-28 %)	-0,6 (-6 %)	.14,1 (-26%)

4.3.2 Preventionsarbetets omfattning i olika kommungrupper

Frågan är då hur det förebyggande arbetet ser ut i de olika kommungrupperna utifrån socioekonomi och befolkningens mängd. Är arbetet mer omfattande i små kommuner och i socioekonomiskt svaga kommuner där problemen, enligt dödlighetssiffrorna, är som störst?

Kommungrupper baserat på socioekonomisk nivå

Flertalet indikatorer visar på lägre preventionsnivåer i de socioekonomiskt svagare kommunerna. Noterbart är dock att skillnaderna mellan kommuner med olika socioekonomi minskar markant över perioden vilket framgår av flertalet av indikatorerna redovisade i figur 4.7. År 2016 är skillnaderna som störst med de högsta preventionsnivåerna i den högsta socioekonomiska kommungruppen och den klart lägsta i den socioekonomiskt svagaste kommungruppen. År 2021 är skillnaderna mycket mindre och för vissa indikatorer ligger nivåerna i den lägsta gruppen på nästan samma nivå som för flera av de övriga grupperna.

I vissa fall beror detta på att de övriga grupperna uppvisar minskade nivåer och den lägsta gruppen relativt stabila nivåer. I andra fall beror det på att den svagaste kommungruppen socioekonomiskt ökar i preventionsnivå över tid medan flera av de övriga fyra grupperna ligger ganska still.

Det alternativa socioekonomiska indexet som är ett mindre ”problemtyngt” index (se avsnitt 3.2) visar också på i stora drag en liknande utveckling men för flera av måtten på en något mindre skillnad mellan den socioekonomiskt svagaste gruppen och övriga grupper.

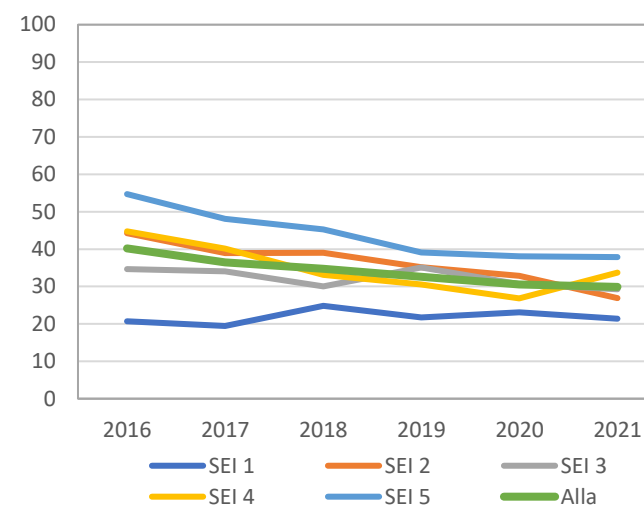
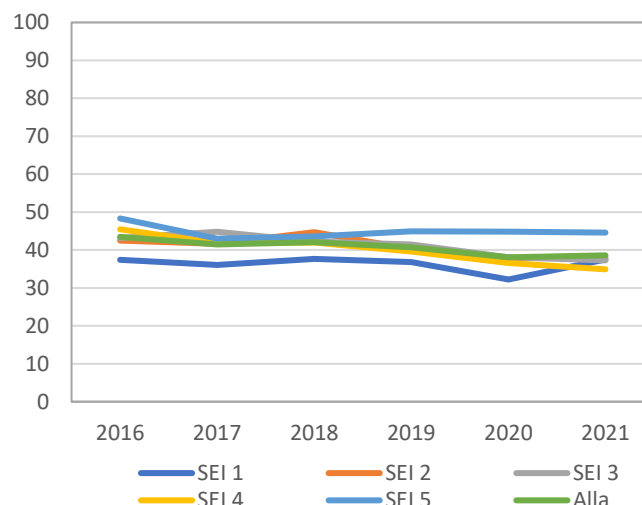
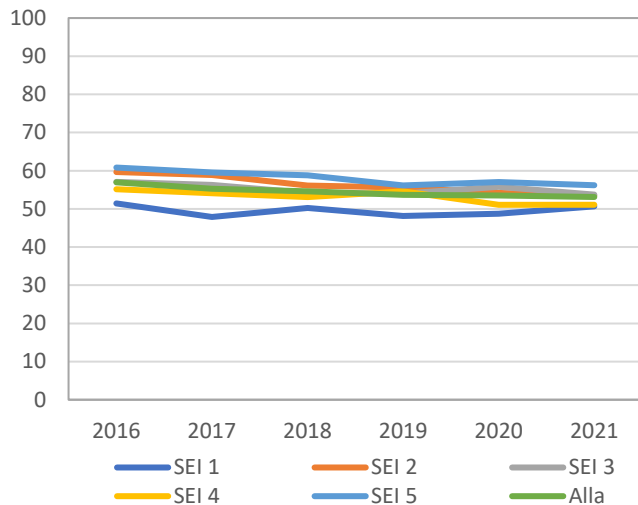
Kommungrupper baserat på befolkningsmängd

I stort sett alla indikatorer visar på lägre preventionsnivåer i de befolkningsmässigt mindre kommunerna. Till skillnad från socioekonomi finns här inga tecken på minskade skillnader över tid mellan kommuner med olika befolkningsmängd. I flertalet av indikatorerna uppvisar de största kommunerna de högsta preventionsnivåerna och de minsta kommunerna de lägsta preventionsnivåerna. Övriga tre grupper lika ganska samlat mellan dessa två kommungrupper. En alternativ indelning av kommunerna i fem grupper utifrån befolkningsmängd (-10', >10'-20', >20'-40', >40'-100', >100') har också använts men visar inte på några större skillnader jämfört med vad som redovisas i detta avsnitt.

Noterbart är de stora skillnaderna i aktiviteter med den klart lägsta nivån i de 20 % kommuner med minst antal invånare och den lika klart högsta nivån i de 20 % kommuner med högst antal invånare (figur 4.8a). Strukturerna uppvisar däremot inga tydliga skillnader mellan den befolkningsmässigt minsta kommungruppen och de tre mittengrupperna men de största kommunerna uppvisar även här betydligt högre nivåer (figur 4.8a).

Frågan är om dessa skillnader indikerar faktiska skillnader i omfattningen av preventionsarbetet i form av olika insatser som når ut till kommuninvånarna. Större kommuner har ju i den bemärkelsen en mycket större målgrupp. Att arbetstiden för det ANDT-förebyggande arbetet exempelvis är större i de största kommunerna betyder inte nödvändigtvis att arbetstiden i relation till antal invånare är större, snarare tvärtom.

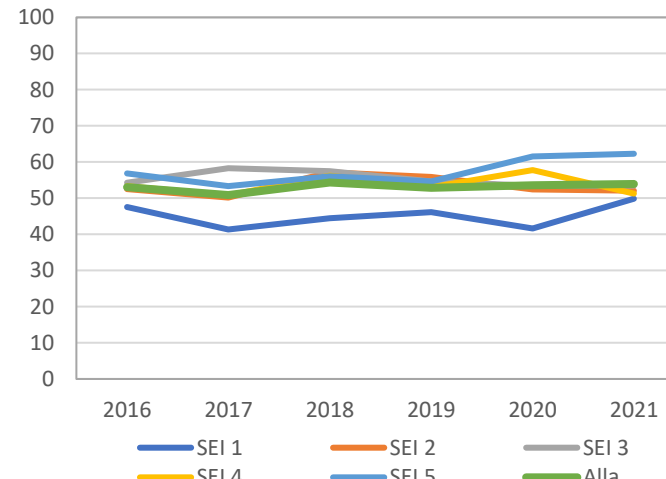
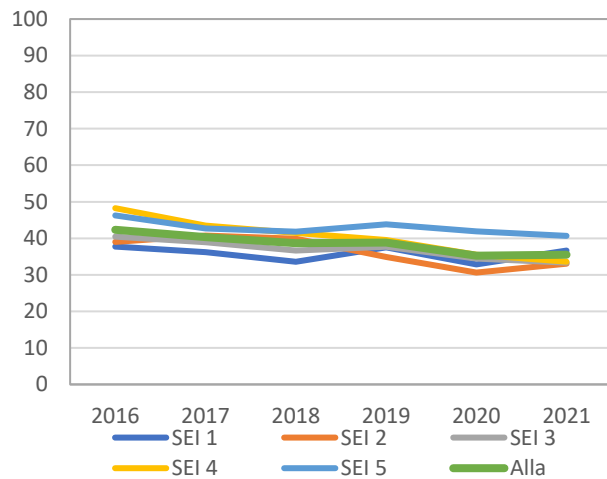
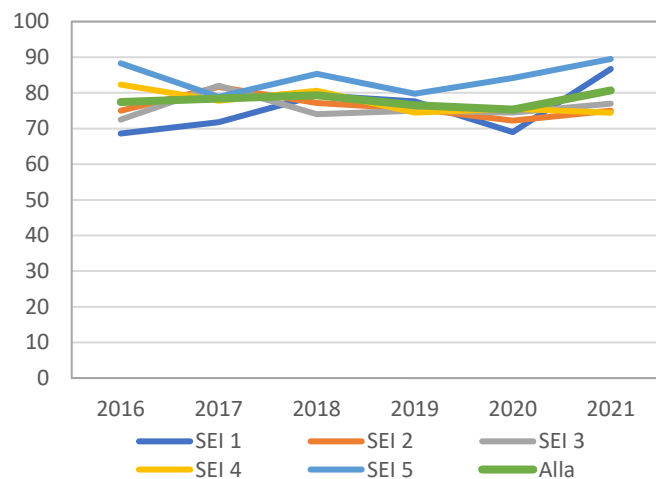
Men de flesta aktivitetsindikatorer mäter förekomst (Ja/Nej) av olika insatser och de är påtagligt mindre vanligt förekommande i småkommuner. Möjligen når man ut till större delar av sin befolkning med de betydligt färre insatserna som finns att tillgå men vissa typer av insatser saknas dock helt.



A: Preventionsindex-strukturer (0-100 p; 0= inget på plats, 100= allt som frågas om på plats).

B: Preventionsindex-aktiviteter (0-100 p; 0= inget på plats, 100= allt som frågas om på plats).

C: Arbetstid för övergripande samordning och planering av ANDTS-arbetet (% av heltid)

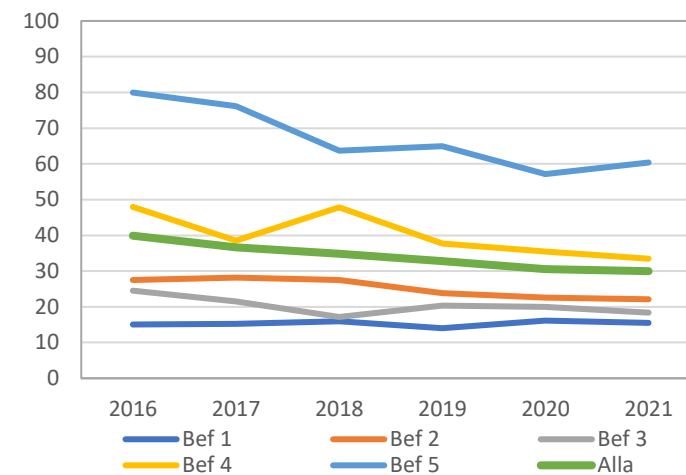
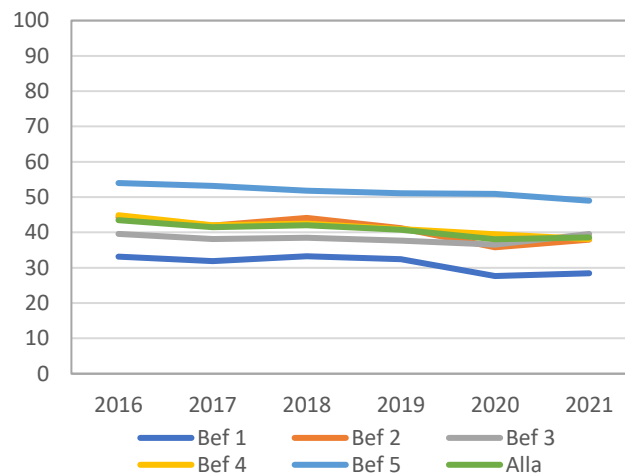
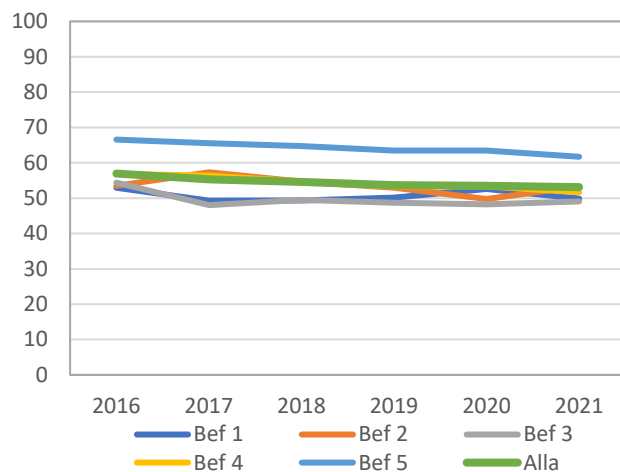


D: Åtgärder för att stärka skyddsfaktorer/minska riskfaktorer för ANDTS-bruk (Index: 0=inga insatser, 100=-Ja på alla fyra nämnda insatser)

E: Riktade insatser för olika grupper som är sårbara för ANDT-bruk/-problem (Index: 0= inga insatser, 100=Ja, på alla 10 nämnda insatser)

F: Insatser för tidig upptäckt (Index: 0= inga insatser, 100=Ja på alla 7 nämnda insatser)

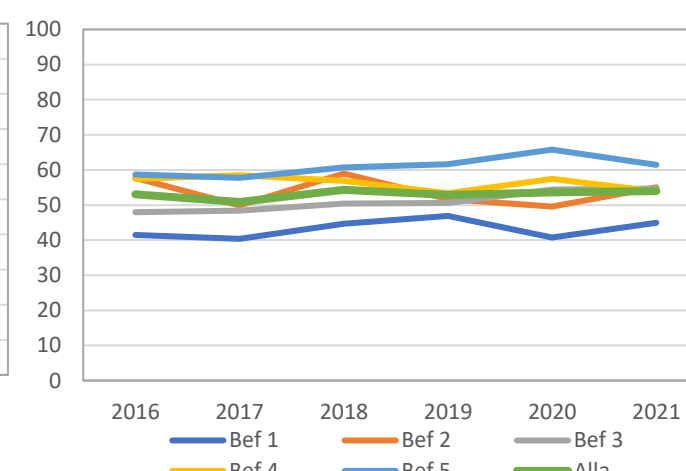
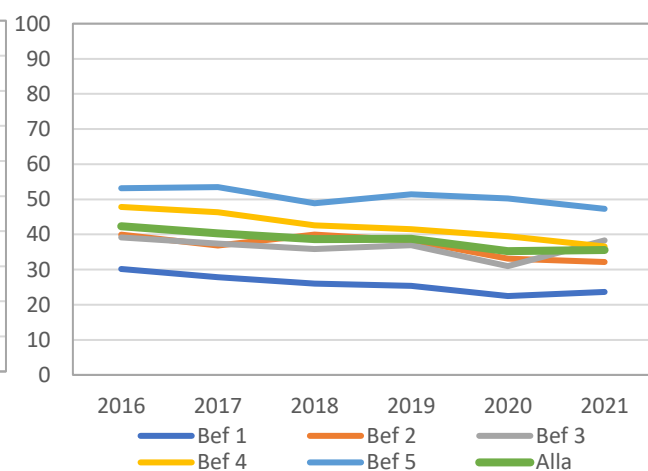
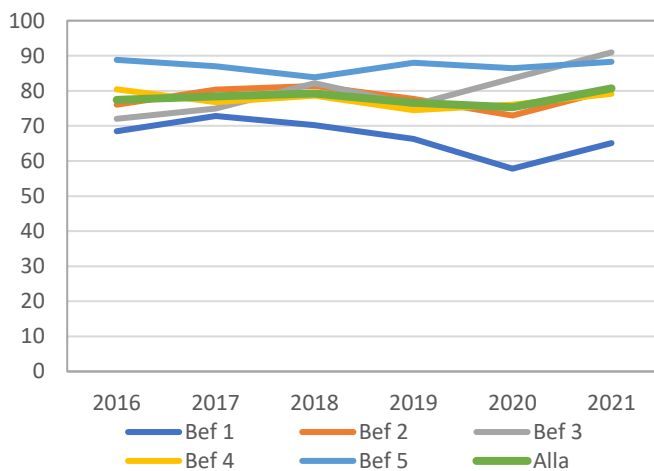
Figur 4.7. Preventionsindex och enskilda indikatorer i fem kommungrupper utifrån socioekonomi 2016 (SEI) (SEI 1= lägsta kvintilen; SEI 5= högsta kvintilen).



A: Preventionsindex-strukturer (0-100 p; 0= inget på palt, 100= allt som frågas om på plats).

B: Preventionsindex-strukturer (0-100 p; 0= inget på plats, 100= allt som frågas om på plats).

C: Arbetstid för övergripande samordning och planering av ANDTS-arbetet (% av heltid)



D: Åtgärder som syftar till att stärka skyddsfaktorer och minska riskfaktorer för ANDTS-bruk (Index: 0=inga insatser, 100=-Ja på alla fyra nämnda insatser)

E: Riktade insatser för olika grupper som är sårbara för ANDT-bruk/-problem (Index: 0=inga insatser, 100=Ja, på alla 10 nämnda insatser)

F: Insatser för tidig upptäckt (Index: 0=inga insatser, 100=Ja på alla 7 nämnda insatser)

Figur 4.8. Preventionsindex och enskilda indikatorer i fem kommungrupper utifrån antal invånare 2016 (Bef) (Bef 1= lägsta kvintilen; Bef 5= högsta kvintilen).

Om resultaten för socioekonomi och invånarantal överlappar varandra

Svaret på frågan om det förebyggande arbetet är mer omfattande i små kommuner och i socioekonomiskt svaga kommuner där problemen, och behoven, är som störst är således nej. Det bör i detta sammanhang också nämnas att vi överlag finner svaga samband mellan de tre måtten på dödlighet nämnda ovan och omfattningen av kommunernas förebyggande arbete enligt preventionsindexmåtten. Sambanden är starkast (men svagt) mellan preventionsindex-alkohol och alkoholrelaterad dödlighet (ca $r = -0,20$) och obefintlig för preventionsindex-narkotika och narkotikarelaterad dödlighet ($r = +0,04$) (för lungcancer och preventionsindex-tobak: $r = -0,14$).

Utifrån dessa resultat är det därför inte direkt förvånande att det förebyggande arbetet inte visar sig vara mer omfattande i småkommuner och i socioekonomiskt svagare kommuner utan snarare tvärtom. Om något så säger ju sambandet för alkohol och tobak att det i något större utsträckning är kommuner med mindre problem som har ett mer omfattande förebyggande arbete. Om sambandet är kausalt går inte att säga något om.

Men är socioekonomi och befolkningsmängd lika viktiga och överlappar de varandra så att mindre kommuner i större utsträckning är socioekonomiskt fattigare kommuner? En viss överlappning framkommer men inte i den utsträckning att det skulle räcka med att studera endast en av variablerna. Däremot visar det sig i analyser med kontroll för båda dessa variablerna samtidigt (multivariata regressionsanalyser) att kommunernas befolkningsmängd är mycket starkare kopplad till omfattningen av preventionsarbetet (enligt preventionsindex) än kommunernas socioekonomiska status.

I flera av de multivariata analyserna för olika år är kommunernas socioekonomiska status en icke signifikant förklaringsfaktor för kommunskillnader i preventionsnivåer. Men om man specialstuderar gruppen med svagast socioekonomi och jämför den mot övriga kommuner finns i flera fall signifikanta skillnader i det förebyggande arbetet mellan dessa två grupper i början av perioden – 2016 och till viss del 2017. Därefter klingar skillnaderna i regel av och är inte signifikanta under senare år. För vissa andra mått – och indikatorer – är skillnaderna i stora drag oförändrade från 2016 till 2020 men minskar under det allra senaste året (2021) genom en ökning i den socioekonomiskt mest utsatta gruppen (se också figurerna 4.7-a-f).

När det gäller kommunstorlek är det både de minsta kommunerna och i än större utsträckning de största kommunerna som skiljer sig signifikant åt från övriga under hela perioden: de minsta kommunerna uppvisar lägst nivåer och de största de högsta nivåerna. De minsta kommunerna avviker framförallt i aktivitet med de klart lägsta nivåerna. De tre kommungrupperna mellan de största och minsta kommunerna (kvartilerna 2–4) uppvisar sinsemellan små skillnader.

Skillnader framkommer alltså i preventionsarbete mellan kommuner med olika socioekonomi och, framförallt, mellan kommuner med olika befolkningsmängd. Skillnaderna är som allra tydligast för de minsta och de största kommunerna jämfört med övriga tre kommungrupper. Skillnader i befolkningsstorlek mellan kommunerna förklarar i stort sett genomgående en klart större del av skillnaderna i preventionsarbetet än kommunernas socioekonomi.

Kommuner med stabilt låga och med stabilt höga poäng

Eventuella effekter av prevention tar tid och därför behövs ett långsiktigt stabilt omfattande arbete. Vad kännetecknar kommuner med stabilt höga poäng jämfört med kommuner med stabilt låga poäng och övriga kommuner?

Utgångspunkten är de kommuner som ligger lägst respektive högst i preventionsindexpoäng utifrån samma låga respektive samma höga gränsvärde för samtliga sex år. Gränsvärdena baseras på percentil 30 (gränsvärdet för 30 % som ligger lägst i medeltal 2016–2021) och percentil 70 (gränsvärdet för de 30 % som ligger högst i medeltal 2016–2021) vilket motsvarar 43,2 p resp. 54,6 p. Analyserna baseras endast på de 183 kommuner som deltagit fullt ut under samtliga sex år. Totalt 30 kommuner (16 %) ligger under alla dessa sex år över 54,6 poäng (stabil höga) och 19 kommuner (10 %) under 43,2 poäng (stabil låga). (Det finns alltså färre stabilt låga kommuner än stabilt höga kommuner 2016–2021.)

Den socioekonomiska profilen skiljer sig något åt, framförallt genom en betydligt lägre andel med stabilt höga poäng i den lägsta socioekonomiska kvintilen (7 %) jämfört med övriga två grupper (16% resp. 21 %) och en signifikant lägre andel stabilt låga i den högsta socioekonomiska kvintilen (5 %) jämfört med övriga två grupp (både med 20 %).

Den mest markanta skillnaden återfinns dock mellan kommuner med olika invånarantal med ca 60 000 invånare i genomsnitt bland de stabilt höga kommunerna och ca 16 000 i genomsnitt bland de stabilt låga kommunerna. Tre procent av de stabilt höga kommunerna ligger inom den lägsta befolkningskvintilen och 47 % i den högsta kvintilen. Bland de stabilt låga är motsvarande andelar 26 % respektive 5 %.

Vidare framkommer i tabell 3.5 att kommuner med stabilt höga poäng ligger högt både på strukturer, aktiviteter och på EDPQS fas 4–5 att det motsatta gäller för kommuner med stabilt låga poäng.

Tabell 3.5. Demografiska och socioekonomiska variabler och preventionspoäng i stabilt höga, stabilt låga och övriga kommuner under 2016–2021. Av samtliga 183 kommuner som deltagit alla sex år.

	Stabilt höga poäng (<42,3 p alla 6 år) (n=30)	Stabilt låga poäng (>54,6 p alla 6 år) (n=19)	Övriga (n=134)
Antal invånare	60 317	16 282	30 427
Andel i lägsta kvintilen (1:a)	3 %	26 %	19 %
Andel i kvintilerna 2–4	50 %	69 %	62 %
Andel i högsta kvintilen (5:e)	47 %	5 %	19 %
Socioekonomi			
Andel i lägsta kvintilen (1:a)	7 %	16 %	21 %
Andel i kvintilerna 2–4	73 %	81%	59 %
Andel i högsta kvintilen (5:e)	20 %	5 %	20 %
Preventionsindex			
Totalt (0–100 p)	70	28	48
Strukturer (0–100 p)	75	33	56
Aktiviteter (0–100 p)	64	24	40
EDPQS			
Fas 4a (max 40 p)	23	8,8	15
Fas 4b (antal metoder, max 4 p)	2,6	0,7	1,3
Fas 5 (ledning, styrning, max 8 p)	5,6	2,1	4,0

4. Diskussion

På det stora hela visar data från LR att det finns en relativt sett väl utvecklad grundstruktur för det ANDT-förebyggande arbetet i Sveriges kommuner. Majoriteten av kommunerna har t.ex. en utsedd samordnare för det ANDT-förebyggande arbetet, mer än hälften har en styrgrupp för det lokala ANDT-förebyggande arbetet, knappt 2 av 3 kommuner har integrerat det ANDT-förebyggande arbetet i kommunens ordinarie struktur med mål och budget och flertalet kommuner bedriver samverkan i olika former. Även på aktivitetssidan genomförs en hel del av flertalet kommuner. I mer än 70 % av kommunerna genomförs hälsofrämjande åtgärder för att stärka skyddsfaktorer och minska riskfaktorer inom minst två av de fyra områden som frågas efter. Tidiga insatser förekommer också i flertalet kommuner, t.ex. tidig upptäckt av narkotikaanvändning bland unga/unga vuxna (ca 80 % kommunerna) och merparten bedriver flera olika riktade insatser till sårbara grupper för ANDT-bruk/-problem. Också specifika insatser mot narkotika, alkohol och tobak genomförs.

Samtidigt visar denna studie att omfattningen av det ANDT-förebyggande arbetet minskar något under perioden 2016–2021 (preventionsindex-ANDT: -9 %). Det gäller både i strukturella förutsättningar och olika aktiviteter (insatser) men något större för sistnämnda. Minskningen har ägt rum gradvis under hela perioden men för flera aktivitetsindikatorer med särskilt stor nedgång under pandemiåret 2020. De substansspecifika metoder som finns, såsom Ansvarsfull alkoholservice och Krogar mot knark, uppvisar påtagliga minskningar under perioden.

Ett viktigt och tydligt resultat är de stora skillnaderna i det ANDT-förebyggande arbetet mellan kommuner. Vissa kommuner uppvisar svaga strukturella förutsättningar och mycket lite av olika ANDT-aktiviteter medan det för andra är precis tvärtom. Vissa kommuner uppvisar dessutom stabilt låga preventionsnivåer och andra stabilt höga nivåer under hela perioden.

Det finns med all säkerhet olika förklaringar till varför det finns så stora kommunskillnader. En delförklaring är med all säkerhet att kommuner i Sverige helt enkelt prioriterar det ANDT-förebyggande arbetet olika mycket. Denna skillnad i prioritering tycks inte ha särskilt mycket att göra med skillnader i problemens omfattning, åtminstone inte sett till hur problembilden såg ut under studieperioden.

En annan delförklaring har att göra med kommunernas befolkningsstorlek. Små kommuner och stora kommuner uppvisar betydligt lägre respektive högre preventionsnivåer än övriga kommuner. Denna skillnad visar sig vara tämligen stabil över tid och har också framkommit i tidigare studier på dessa data från 2006 till 2015 (Leifman, m.fl., 2018). När det gäller små kommuner är det framförallt aktiviteterna som avviker med lägre nivåer jämfört med övriga kommuner.

Även socioekonomi kan förklara en del av skillnaderna, men en klart mindre del, än kommunernas befolkningsstorlek. Socioekonomiskt svaga och starka kommuner uppvisar lägre respektive högre nivåer av det ANDT-förebyggande arbetet jämfört med övriga kommuner. Intressant är dock att skillnaderna mellan socioekonomiskt svaga kommuner och övriga till stor del utjämnas under studieperioden. I vissa fall beror detta på att den förstnämnda gruppen uppvisar relativt stabila nivåer medan övriga uppvisar minskade nivåer, i andra fall på att denna grupp ökar – med en särskilt stor ökning 2021 – medan övriga fyra grupper uppvisar relativt oförändrade nivåer. Denna tendens bör dock följas upp med 2022-års data och helst också med andra socioekonomiska variabler.

Länsstyrelserna har här, som statens förlängda arm, en viktig roll att fylla i att sträva efter en utjämning av skillnaderna, både i strukturella förutsättningar och i omfattningen av olika aktiviteter. Småkommuner med svag socioekonomi är särskilt utsatta. De utgör ingen stor andel av Sveriges befolkning - och befolkningen minskar dessutom – men det är inget argument för att skillnaderna ska få bestå. Det finns dessutom betydande skillnader mellan kommuner med ungefär samma befolkning och samma socioekonomiska förutsättningar.

Det torde också finnas en hel del att lära från de kommuner som uppvisar stabilt höga preventionsnivåer över tid och vad som kännetecknar dessa. En sådan analys genomfördes för några år sedan men endast på ett urval av 10 småkommuner med stabilt höga poäng (Leifman, m.fl., 2018).

Av djupintervjuer med fyra av de tio kommunerna framkom att de i något skede bestämde sig för att ANDT-frågorna ska ha hög prioritet och att detta i flera fall föregicks av att någon särskilt negativ händelse inträffat. Samordnarnas betydelse tycks också haft stor betydelse genom att vara en samlande och starkt drivande kraft. I djupintervjuerna framkom att kommunerna lyckats med att nyttja den lilla kommunens fördelar med korta beslutsvägar och god personkännedom mellan verksamheter vilket bidragit till ett lättarbetat kontaktnät.

Ett annat kännetecknande var att de tio kommunerna arbetade med många av de delkomponenter som bör ingå i ett samlat förebyggande paket för att det arbetet skall vara långsiktigt hållbart. De uppvisade en väl utvecklad struktur och organisation med aktuella policyer och andra styrdokument, en bred samverkan och många regelbundet återkommande aktiviteter. Det tycks alltså vara helhetsbilden av det förebyggande arbetet som är det mest utmärkande för dessa kommuner. Tabell 3.5 ovan visar på ungefär samma mönster. Det arbete som beskrevs i djupintervjuerna tycks ha utvecklats över en längre tidsperiod genom en gradvis uppbyggnad av hållbara strukturer. Den kanske enskilt viktigaste faktorn som nämndes direkt eller indirekt i djupintervjuerna var samverkan som starkt bidragit till en gemensam samsyn av problembilden och lösningar på denna. Flera av kommunerna hade också i omgångar fått starkt stöd från sin region för olika utvecklingsarbeten.

Den minskning av ANDT-preventionsarbeten från 2016 till 2021 som framkommer i denna studie inger viss oro. Visserligen sjunker både alkohol- och tobaksbruket och relaterade skador men frågan är hur mycket det ska påverka omfattningen av det lokala förebyggande som ju syftar till att motverka att problem överhuvudtaget uppstår.

En förklaring till minskningen är sannolikt att andra frågor än ANDT har fått större uppmärksamhet under senare år, såsom brottsprevention, trygghetsfrågor och psykisk ohälsa bland unga. På alla dessa områden har det funnits stimulansmedel eller liknande för kommunerna att söka vilket bidragit till att sätta fokus på just dessa frågor. Även det bredare folkhälsoarbetet har uppmärksammats alltmer och en ny folkhälsopolitik tog form för några år sedan (Prop. 2017/18:249). Folkhälsomyndigheten har också intensifierat sitt folkhälsoarbete med bl.a. digitalt stöd till kommuner och en framtagna stödstruktur för det statliga folkhälsoarbetet.

Eftersom många skydds- och riskfaktorer är gemensamma för olika problemutfall kan ju den utvecklingen i någon utsträckning kompensera för nedgången i ANDT-arbetet. Frågan är om den utvecklingen också i viss mån väger upp de kommunskillnaderna i det ANDT-förebyggande arbetet som framkommit på så vis att kommuner med begränsat ANDT-förebyggande arbete istället satsar mer på annat främjande och förebyggande arbete.

Min erfarenhet från kommuner i Stockholms län pekar snarare åt det motsatta hållet, dvs. kommuner som arbetar väl med ANDT har också en mer upparbetad struktur för att ta sig an annat främjande och förebyggande arbete.

Till detta bör tilläggas att risk- och skyddsfaktorerna inte är fullt ut desamma mellan olika problemområden. ANDT-arbetet måste också, som jag ser det, ha fortsatt fokus på just ANDT-specifika insatser. Det finns starka belägg för att droger i sig skapar ohälsa och bidrar till en nedåtgående klassresa (t.ex. Paljärvi, 2014). Det är själva grunden till att det bedrivs ett specifikt ANDT-förebyggande arbete bedrivs och inte enbart ett generellt folkhälsoarbete som inkluderar ANDT som ett av många områden. Effektiva insatser som påverkar konsumtionen och skadorna har därmed också en dämpande effekt på klasskillnader i ANDTS-problemens omfattning. En rätt utformad ANDT-politik är således också en politik för ett mer jämlikt samhälle.

Samtidigt är det viktigt att ANDT-arbetet samordnas med det omfattande främjande och förebyggande arbete som bedrivs inom folkhälsoområdet så att de båda drar nytta av varandras insatser och därmed bidrar till en större sammantagen effekt. Ett brett tvärsektorielt folkhälsoarbete står alltså inte i motsats till ett ingående sakområdesinriktat arbete, snarare tvärtom. Både bredd och djup behövs och båda är fullt realistiska att åstadkomma.

Det narkotikaförebyggande arbetet är svårt att urskilja från det ANDT-förebyggande. Det finns på narkotikaområdet i Sverige färre utvecklade förebyggande insatser jämfört med på alkohol- och tobaksområdet vilket återspeglas i ett färre antal specifika frågor om narkotika jämfört med alkohol och tobak i LR. Så kommer det antagligen att se ut också lång tid framöver och är sannolikt åtminstone delvis en spegling av att användningen av narkotika är mindre än användningen av tobak och framförallt alkohol. Drogernas skilda legala status kan också vara en förklaring – det finns ett större verktyg av insatser att ta till för de legala drogerna.

De få jämförelser som, trots allt, kan göras mellan de olika substanserna visar på samma trender för narkotika som för alkohol och tobak. De substansspecifika metoder som finns, såsom Ansvarsfull alkoholserving och Krogar mot knark, uppvisar också på påtagliga minskningar under perioden.

Under arbetets gång har jag fått en god bild av de frågeområden som täcks av undersökningen och därmed de förtjänster och brister som finns. Min bild är att LR-data fungerar väl i att få en bild av kommunernas strukturella förutsättningar. De frågor och frågeområden täcker alla väsentliga delar som lyfts fram i litteraturen.

När det gäller förebyggande aktiviteter täcks också alla väsentliga delar in utom möjligen specifikt tillgänglighetbegränsande insatser. På alkohol- och tobaksområdena kan detta åtgärdas genom att analysera de särskilda tillsynsenkäterna som går ut till kommunerna. På narkotikaområdet finns inga andra lokala data att ta till och dessutom bedrivs den typen av insatser mest av polis och tull, dock inte enbart. Arbetet mot öppna drogscener skulle exempelvis kunna ingå där en av flera delar är att begränsa tillgängligheten.

En brist är att frågorna om olika insatser till allra största delen endast rör om insatsen förekommer eller ej och inte i vilken omfattning. Inte heller kvaliteten bakom de olika strukturella förhållanden och insatser som frågas om fångas upp, möjligen med undantag av de specifika metoder som frågas om (t.ex. Krogar mot knark) där frågor om kommunen genomför de delkomponenter som metoder består av möjliggör viss kvalitetsbedömning. Det är dock svårt att se hur kvalitetsaspekten skulle kunna åtgärdas såvida man inte vill utöka undersökningen med vissa öppna svarsalternativ där den svarande ombeds att ge en mer kvalitativ redogörelse på vissa frågor. Ett annat alternativ är att Folkhälsomyndigheten gör ett nedslag i ett urval av kommuner och i djupintervjuer försöker få en bättre förståelse för vad svaren på enkätfrågorna egentligen uttrycker.

Sammanfattningsvis bedömer jag att undersökningen håller en hög kvalitet men att man som i alla undersökningar måste vara medveten om både de möjligheter och begränsningar som data är förknippade med. Undersökningen har mest använts för att löpande följa det lokala ANDT-arbetet och för att bedöma utvecklingen av detta arbete i ljuset av de nationella ANDT-strategierna. Några få forskningsstudier har också genomförts med dessa data som grund (se Nilsson, m.fl., 2018, 2020). Överlag är dock dessa data underutnyttjade och den potential som finns utnyttjas därför tyvärr inte fullt ut – än så länge.

5. Referenser

Andréasson, S (2002) Policy för prevention. I: Andréasson, S (red.) *Den svenska supen i det nya Europa*, pp. 265–282. Statens folkhälsoinstitut. Rapportnr: 2002:11

Andréasson, S & Stenström, N. (2008) Inledning, ss 9.39 I: *Narkotikan i Sverige: metoder för förebyggande arbete* (red. Andréasson, S). Statens folkhälsoinstitut. 2008. R 2008:23.

Bang, H.M. & I.M. Rossow. 2012. Does a reduction in the overall amount of gambling imply a reduction at all levels of gambling? *Addiction Research & Theory* 20, 145-152

Brå (2022) Det brottsförebyggande arbetet i Sverige Nuläge och utvecklingsbehov 2022. Brottsförebyggande rådet. Författare: Charlotta Gustafsson.

Chipman, M., R. Govoni & M. Roerecke. 2006. The distribution of consumption model: An evaluation of its applicability to gambling behaviour. Guelph, Ontario: Ontario Problem Gambling Research Centre.

Delmos (2021) Segregation i Sverige- årsrapport 2021 om den socioekonomiska boendesegregationens utveckling. Delegationen mot segregation (Delmos).
<https://delmos.se/wp-content/uploads/2021/07/Segregation-i-Sverige.pdf>

EMCDDA (2015) *Prevention of addictive behaviours. Updated and expanded edition of Prevention of substance abuse*. Authors: Bühler, A & Thrul, J. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.
https://www.emcdda.europa.eu/publications/insights/preventing-addictive-behaviours_en

EMCDDA (2019) European Prevention Curriculum. A handbook for decision-makers, opinion-makers and policy-makers in science-based prevention of substance use. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. https://www.emcdda.europa.eu/best-practice/european-prevention-curriculum-eupc_en

Fawcett, S, Schultz, J, Watson-Thompson, J, Fox M, Bremby R, (2010) Building multisectoral partnerships for population health and health equity. *Prev Chronic Dis* 2010;7(6):A118. http://www.cdc.gov/pcd/issues/2010/nov/10_0079.htm.

Folkhälsomyndigheten (2020a). *Åtgärdsförslag för att förebygga användning samt medicinska och sociala skadeverkningar av narkotika*. Folkhälsomyndighetens återrapporering av regeringsuppdrag S2019/04314/F. Artikelnummer: 20060.
<https://www.folkhalsomyndigheten.se/publikationer-och-material/publikationsarkiv/aa/atgardsforslag-for-att-forebygga-anvandning-samt-medicinska-och-sociala-skadeverkningar-av-narkotika/>

Folkhälsomyndigheten (2020b). *Kunskapsläget om cannabis och folkhälsa i korthet*. Artikelnummer 19072. <https://www.folkhalsomyndigheten.se/publikationer-och-material/publikationsarkiv/k/kunskapslaget-om-cannabis-och-folkhalsa-i-korthet/>

Folkhälsomyndigheten (2020c). *Sammanfattning av forskningsresultat avseende insatser som rör narkotikabruk, med fokus på cannabis*. Återrapporering av regeringsuppdrag. <https://www.folkhalsomyndigheten.se/globalassets/livsvillkor-levnadsvanor/andts/narkotika/forebyggande-arbete/aterrapporering-regeringsuppdrag-s2012-3114-fst.pdf>

Folkhälsomyndigheten (2020d). Jämlikhetsperspektiv på lokalt hälsofrämjande och förebyggande arbete. En jämförelse av kommunernas arbete mot alkohol-, narkotika-,

dopnings- och tobaksrelaterad ohälsa. Artikelnummer 20133.
<https://www.folkhalsomyndigheten.se/publikationer-och-material/publikationsarkiv/j/jamlikhetsperspektiv-pa-lokalt-halsoframjande-forebyggande-arbete/>

Folkhälsomyndigheten (2023). *ANDT-uppföljning – indikatorslabb* (2023)
<https://www.andtuppfoljning.se/indikatorslabbet>.

Hallgren M., Andreasson S. (2013) The Swedish six community alcohol and drug prevention trial: effects on youth drinking. *Drug Alcohol Rev*, 32(5): 504–11.
<https://doi.org/10.1111/dar.12057>.

Holder, H. (1998) *Alcohol and the community: A systems approach to prevention*. Cambridge: Cambridge University Press.

Leifman, H, Nilsson, T, Ramstedt, M & hern, E (2018) *Småkommuners ANT-situation och förebyggande arbete – är det annorlunda än i större kommuner?* Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning (CAN) och länsstyrelserna. Rapport nr 179.
<https://www.can.se/contentassets/036f743e5cdf4bce9cd823608c1ef6a9/smakommuners-antsituation-och-forebyggande-arbete.pdf>.

Nilsen, P (2014 (red.) *Implementering av evidensbaserad praktik*. Gleerups Utbildning AB

Nilsson, T, Leifman, H & Andréasson, s (2015). Monitoring local alcohol prevention in Sweden: Application of Alcohol Prevention agnitude Measure (APMM). *Nordic Studies of Alcohol*, 32, 479–494.

Nilsson, T (2019) Local alcohol prevention in Sweden. Construction of a prevention index and assessments of prevention effects on consumption and harm. Avhandling, Karolinska Institutet.

Nilsson, T., Norström, T., Andréasson, S., Guldbrandsson, K., Allebeck P. & Leifman, H. (2018) Effects on Alcohol Consumption and Alcohol Related Harm of a Community-Based Prevention Intervention With National Support in Sweden. *Substance Use & Misuse*, 53, 412–419.

Nilsson, T, Norström, T, Andréasson, S, Guldbrandsson, K, Allebeck, P Leifman, H (2020) Effects of Local Alcohol Prevention Initiatives in Swedish Municipalities, 2006–2014. *Substance Use & Misuse*, 55, 1008–1020.

Nilsson, T. (2021) *ANDT-preventionsindex*. Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning. CAN Rapport 203.

SBU (2015). *Att förebygga missbruk av alkohol, droger och spel hos barn och unga*. Statens beredning för medicinsk och social utvärdering.
https://www.sbu.se/contentassets/39d7bef539ef40559coe9d6d7997d881/forebygga_missbruk_alkohol_droger_spel_barn unga_2015.pdf

SKR (2023) Medlemsenkät folkhälsa 2018
<https://skr.se/skr/tjanster/rapporterochskrifter/publikationer/medlemsenkätfolkhalso2018.65244.html>

Stafström, M. (2007). Preventing Adolescent Alcohol Use: Processes and Outcomes of a Community-Based Intervention in Trelleborg. [Doctoral Thesis (compilation)]. Department of Health Sciences, Lund University.

Paljärvi, T., Martikainen, P., Leinoen, T., Pensolelä, P. (2014) Non-employment histories of middle-aged men and women who died from alcohol-related causes: a longitudinal retrospective study. *PLOS One*, 9(5), 1–9.

Prop. 2017/18. God och jämlik hälsa – en utvecklad folkhälsopolitik. Regeringens proposition 2017/18:249. Stockholm: Socialdepartementet.

Svensson, R., Johnson, B & Kronkvist, K. (2021) A community intervention to reduce alcohol consumption and drunkenness among adolescents in Sweden: a quasi-experiment. *BMC Public Health*, 21: 764. Open Access.

UNODC och WHO (2018). *International Standards on Drug Use Prevention - Second updated edition*. Vienna: 2018.

https://www.unodc.org/documents/prevention/standards_180412.pdf

OECD (2008) Handbook on constructing composite indicators: Methodology and user guide. Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD): Paris: OECD and Joint Research Centre European Commission JRC.

Sharpe, A. (2004). Literature review of framework for macro-indicators. Ottawa: Centre for the Study of Living Standards.

Stockings E, Bartlem K, Hall A, Hodder R, Gilligan C, Wiggers J, et al. (2018) Whole-of-community interventions to reduce population-level harms arising from alcohol and other drug use: a systematic review and meta-analysis. *Addiction* 113, 1984-2018.

Wallin, E, Norström, T, & Andréasson, S (2003) Alcohol prevention targeting licensed premises: A study of effects on violence. *Journal of Studies on Alcohol*, 64, 270–277.

WHO (1986) Ottawa Charter for Health Promotion: The move towards a new public health, an international conference on health promotion, Ottawa, Canada. Geneva 1986.

WHO (2001) Evaluation in health promotion: principles and perspectives. Copenhagen: WHO, Regional Publications 2001.

WHO (2014) Framework for country action across sectors for health and health equity. WHO Discussion Paper (Version dated 29 October 2014).

<https://www.who.int/nmh/events/framework-discussion-paper-rev.pdf?ua=1>

Bilagor

Bilaga 1. Indikatorer som ingår i preventions-index

Indikator (Oftast frågeställning i Läns-rapportens undersökning, ex 2020)	Indikatorns poängsättning i grundutförande
Kategori: Policy	
Kommunen har politiskt program som inkluderade det hälsofrämjande och förebyggande arbetet 2020	Ja=0,5 p, Nej=0 p
Vilket år antogs den senaste versionen av de styrdokument som inkluderade det ANDT-förebyggande arbete vilket kommunen arbetade utifrån 2020?	Ja=0.25 p, Nej=0 p
Ingår mätbara mål i styrdokument:	Ja=0.25 p, Nej=0 p
Ingår genomförandeplan med ansvariga aktörer i styrdokument:	Ja=0.25 p, Nej=0 p
Ingår plan för uppföljning i styrdokument	Ja=0.25 p, Nej=0 p
Genomfördes en uppföljning av det ANDT-förebyggande arbetet i kommunen under 2019?	Ja=1 p, Nej=0 p
Har kommunen under 2020 genomfört en undersökning bland skolelever om deras ANDT-användning?	Ja=1 p, Nej=0 p
Fanns det under 2019 en styrgrupp för det lokala ANDT-förebyggande arbetet i kommunen?	Ja=1 p, Nej=0 p
Kommunen som arbetsgivare har en ANDT-policy	Ja=1 p, Nej=0 p
Idrottsföreningar i kommunen måste ha en ANDT-policy för att få föreningsbidrag	Ja=1 p, Nej=0 p
Har kommunen ett jämlikhetsperspektiv på det ANDT-förebyggande arbetet	Ja=1 p, Nej=0 p
Var det hälsofrämjande och förebyggande ANDTS-arbetet under 2020 integrerat i kommunens ordinarie struktur med mål och budget?	Ja=1 p, Nej=0 p
Hade kommunen under 2019 en policy i den kommunala grundskolan som inkluderade förebyggande arbete inom alkohol/narkotika/tobak/dopning	Ja, 4 av 4=1 p, 3 av 4= 0,75 p, 2 av 4= 0,5 p, 1 v 4=0,25 p; 0=0 p
Hade kommunen under 2019 en policy i den kommunala grundskolan som inkluderade förebyggande arbete inom alkohol/narkotika/tobak/dopning	Ja, 4 av 4=1 p, 3 av 4= 0,75 p, 2 av 4= 0,5 p, 1 v 4=0,25 p; 0=0 p
Kommunen har lokala ordningsstadgor eller föreskrifter om alkoholförtäring på offentlig plats	Ja=1 p, Nej=0 p
Kommunen som arbetsgivare har en policy som rör alkoholfri arbetstid	Ja=1 p, Nej=0 p
Kommunen som arbetsgivare har en policy som rör rökfri arbetstid?	Ja=1 p, Nej=0 p
Kommunen har tagit politiska beslut som reglerar rökfria miljöer utomhus utöver de miljöer som regleras i lag	Ja=1 p, Nej=0 p

Summa:	Max: 13,5 (13,5/13,5* 100= 100 p)
Kategori: Resurser	
Hur mycket arbetstid avsatte kommunen under 2019 för övergripande samordning och planering av det ANDT-förebyggande arbetet?	Indelad i fem kategorier med olika poäng från 0 till 1 utifrån arbetstid som andel av en heltid: 0 arbetstid=0 0<arbetstid <=25= 0,2 p 25 % <arbetstid <=50 %= 0,4 p 50 % <arbetstid <=75 %= 0,6 p 75 % <arbetstid <=100 %= 0,8 p Mer än 100 % arbetstid= 1 p
Hur stor del av det ANDT-förbyggande arbetet under 2020 finansierades med kommunala medel?	Inget/vet ej=0 p Till viss del= 0,5 p Till stor del eller helt= 1 p
Om det ANDT-förebyggande arbetet också finansierar med andra medel än kommunen	Om andra medel och kommunmedel= 0,5 p Om andra medel men ej från kommunen= 0,25 p Inga andra medel= 0 p
Fanns det en eller flera personer utsedda att arbeta med övergripande samordning och planering av det ANDT-förebyggande arbetet i kommunen (på hel- eller deltid) under någon period under 2020?	0,25 p per substans, 0 p om ingen alls 0,25 p om ja på en substans 0,5 p om ja på två substanser 0,75 p om ja på tre substanser 1 p om ja för alla fyra substanser
Om medel finns avsatta för genomförande av aktiviteter enligt ANDT-styrdokument	Nej= 0 p Ja= 0,5 p Frågan avser endast de kommuner som har ett sådant styrdokument, därav max 0,5 p
Summa:	Max: 4 (4/4* 100= 100 p)
Kategori: Samverkan	
<i>Med vilka myndigheter hade kommunen ett regelbundet eller formaliserat samarbete gällande det hälsofrämjande och förebyggande ANDTS-arbetet under 2020?</i>	
Polismyndigheten (gällande A/N/D/T)	A: ingen av de 5 myndigheterna=0 p 1 av myndigheterna=0,25 2-3 av myndigheterna=0,5 p 4-5 av myndigheterna=1 p N: se A ovan D: se A ovan T: se A ovan Tot poäng: (A+N+D+T)/4 (min:0, max: 1)
Hälso- och sjukvård/regionen eller motsv. (gällande A/N/D/T)	
Trafikverket (gällande A/N/D/T)	
Andra kommuner (gällande A/N/D/T)	
Länsstyrelsen (gällande A/N/D/T)	

<i>Med vilka aktörer inom näringslivet hade kommunen ett regelbundet eller formaliserat samarbete gällande det hälsofrämjande och förebyggande ANDTS-arbetet under 2020?</i>	
Enskilda restaurangägare (gällande A/N/D/T)	A: ingen av de 3 aktörerna=0 p 1 av myndigheterna=0,5
Enskilda livsmedelshandlare (gällande A/N/D/T)	2-3 av myndigheterna=1 p
Nöjesarrangörer (gällande A/N/D/T)	N: se A ovan D: se A ovan T: se A ovan Tot poäng: (A+N+D+T)/3 (min:0, max: 1)
<i>Med vilka idéburna organisationer eller frivilligorganisationer hade kommunen ett regelbundet eller formaliserat samarbete gällande det hälsofrämjande och förebyggande ANDTS-arbetet under 2020?</i>	
Idrotten/Idrottsföreningar (gällande A/N/D/T)	A: ingen av de 5 myndigheterna=0 p 1 av myndigheterna=0,25
Nykerhetsrörelsen (gällande A/N/D/T)	2-3 av myndigheterna=0,5 p
Kulturföreningar (gällande A/N/D/T)	4-6 av myndigheterna=1 p
Trossamfund (gällande A/N/D/T)	N: se A ovan D: se A ovan
Studieförbund (gällande A/N/D/T)	T: se A ovan
Andra idéburna organisationer (frivilligorg) (gällande A/N/D/T)	Tot poäng: (A+N+D+T)/6 (min:0, max: 1)
<i>Fanns det under 2020 lokal samverkan mellan det ANDTS-förebyggande och det brottsförebyggande arbetet med en eller flera av nedan aktörer?</i>	
Skolförvaltning/utbildningsförvaltning eller motsvarande	Inget= 0 p 1 av 6 av aktörerna=0,25 p 2-3 av aktörerna = 0,5 p 4-6 av aktörerna = 1 p
Socialtjänst	
Fritids-/Kulturförvaltning	
Polismyndigheten	
Regionen	
Bostadsbolag/fastighetsägare	
Kategori: Aktiviteter	
Fanns det under 2022 inom kommunen ett samarbete i någon utsträckning mellan kommunala alkohol-/tobakshandläggare och ANDTS-samordnare eller motsvarande?	Ja=1 p Nej=0 p
<i>Summa:</i>	<i>Max: 5 (5/54* 100= 100 p)</i>
<i>Hälsofrämjande universella åtgärder som syftar till att stärka skyddsfaktorer och minska riskfaktorer för ANDTS-bruk:</i>	
Åtgärder för en trygg skolmiljö	Ja=1 p, nej=0 p
Åtgärder för att stärka elevhälsan	
Åtgärder för att stärka föräldrar i sitt föräldraskap	Ja=1 p, nej=0 p
Åtgärder för en aktiv fritid för barn och unga	Ja=1 p, nej=0 p
<i>Riktade insatser för olika grupper som är sårbara för ANDT-bruk/-Problem:</i>	
Gruppverksamhet för barn till personer med missbruks- eller beroendeproblematik	Ja=1 p, nej=0 p
Strukturerade program för riskutsatta förskolebarn, med för programmet utbildade handledare	Ja=1 p, nej=0 p
Strukturerade program för riskutsatta skolbarn, med för	Ja=1 p, nej=0 p

programmet utbildade handledare	
Insatser för elever med problematisk frånvaro i skolan	Ja=1 p, nej=0 p
Insatser för elever med svårigheter i skolan	Ja=1 p, nej=0 p
Insatser för barn i socioekonomiskt utsatta områden	Ja=1 p, nej=0 p
Insatser för ensamkommande flyktingbarn	Ja=1 p, nej=0 p
Insatser för att kompetensutvecklaprofessioner som möter äldre (t ex inom hemtjänst, äldreboenden, trossamfund, pensionärsorganisationer) att upptäcker riskbruk av alkohol hos äldre	Ja=1 p, nej=0 p
Insatser till vuxna inom särskilt riskutsatta yrkesgrupper	Ja=1 p, nej=0 p
<i>Insatser för tidig upptäckt:</i>	
Insatser som bygger på samverkan (polis, öppenvård, socialtjänst och föräldrar) kopplade till tidig upptäckt av narkotikaanvändning bland unga/unga vuxna	Ja=1 p, nej=0 p
Insatser som bygger på samverkan (polis, öppenvård, socialtjänst och föräldrar) kopplade till tidig upptäckt av användning av dopningsmedel	Ja=1 p, nej=0 p
Insatser som bygger på samverkan (polis, öppenvård, socialtjänst) kopplade till tidig upptäckt av riskbruk av alkohol eller narkotika med trafiken som arena	Ja=1 p, nej=0 p
Insatser inom socialtjänst kopplade till tidig upptäckt av riskbruk av alkohol	Ja=1 p, nej=0 p
Insatser som bygger på samverkan med arbetslivet kopplade till tidig upptäckt av riskbruk av alkohol	Ja=1 p, nej=0 p
Utbildning av kommunal personal som möter barn och ungdomar, kopplat till tidig upptäckt	Ja=1 p, nej=0 p
Kommunen har en rutin för orosanmälan vilken inkluderar uppföljning och återkoppling	Ja=1 p, nej=0 p
<i>Hälsofrämjande och förebyggande ANDTS-arbete inom kommunen: ANDTS-förebyggande åtgärder i skola och på högskola/universitet:</i>	Ja=1 p, nej=0 p
Strukturerade program för att förebygga tobaksdebut i grundskolan.	Ja=1 p, nej=0 p
Strukturerade program för att förebygga tobaksdebut i gymnasieskolan.	Ja=1 p, nej=0 p
Åtgärder för att förebygga ANDTS-bruk bland studenter (högskola/universitet)	Ja=1 p, nej=0 p
<i>Åtgärder för att påverka attityder och normer:</i>	
Aktivt arbete mot media (media advocacy) för att fästa särskild uppmärksamhet på alkoholfrågor	Nej på alla fyra= 0 p Ja på 1 av 4=0,25 p Ja på 2 av 4=0,5 p Ja på 2 av 4=0,75 p Ja på 2 av 4=1 p
Aktivt arbete mot media (media advocacy) för att fästa särskild uppmärksamhet på narkotikafrågor	
Aktivt arbete mot media (media advocacy) för att fästa särskild uppmärksamhet på dopningsfrågor	
Aktivt arbete mot media (media advocacy) för att fästa särskild uppmärksamhet på tobaksfrågor	
Anordnande av drogfria aktiviteter (t.ex. vid skoldanser, konserter eller liknande)	Ja=1 p, nej=0 p
Åtgärder som relaterar till ANDT inom idrotten, t ex inom supporterklubbar och föreningsliv (inkl. insatser för ledare), samt för aktiva utövare i alla åldrar	Ja=1 p, nej=0 p
<i>Information och utbildning för föräldrar:</i>	
Utskick till föräldrar med inf. om ANDTS-relaterade frågor	Ja=1 p, nej=0 p
Strukturerade föräldraprogram om alkohol/droger, årskurs 6–9, med för programmet utbildade handledare	Ja=1 p, nej=0 p
<i>Annat:</i>	
Åtgärder för att förebygga användning av dopningsmedel	Ja=1 p, nej=0 p
Åtgärder kring trafiknykterhet, utöver polisens rutinmässiga kontroller	Ja=1 p, nej=0 p
Åtgärder mot langning av tobaks- och nikotinprodukter	Ja=1 p, nej=0 p

till ungdomar	
Åtgärder mot langning av alkohol till ungdomar	Ja=1 p, nej=0 p
Åtgärder för att förebygga användning av nikotinprodukter (t.ex. e-cigarettor och nikotinsnus)	Ja=1 p, nej=0 p
<i>Vilka av följande metoder på det ANDTS-området arbetade man med, helt eller delvis, under 2022 inom kommunen? (Här avses inte enbart det arbete med metoder som bedrivs inom den kommunala förvaltningen.)</i>	
SMADIT (Samverkan mot alkohol och droger i trafiken)	Ja/Nej
Vilka delar av metoden arbetade man med under 2020?	
<i>Kronobergsmodellen:</i>	
Beslagtagande av alkohol från ungdomar	Ingen del=0 p
Kontakt med föräldrar	1-2 av delarna=0,5 p
Polisingripande mot misstänkta langare	Alla 3 delar=1 p
<i>Krogar mot knark eller liknande metod:</i>	
Politisk förankring	Ingen del=0 p
Kartläggning av narkotikasituationen på krogar i kommunen	1 av delarna=0,25 p
Samverkansgrupp med kommun, polis och bransch	2-3 av delarna=0,5 p
Tillhandahålla utbildning för restauranganställda	4-5 av delarna=1 p
Krogmiljöronder	
<i>100 % ren hårdträning eller liknande metod:</i>	
Samarbete mellan träningsanläggning och polis (eller Riksidrottsförbundet)	Ingen del=0 p
Framtagande av policy och handlingsplan	1 av delarna=0,25
Utbildning av personal på träningsanläggning	2 av delarna=0,5
	Alla 3 delarna=1 p
<i>Ansvarsfull alkoholserving eller liknande metod:</i>	
Utbildning av serveringspersonal	Ingen del=0 p
Samverkansgrupp med kommun, polis och restaurangbransch	1 av delarna=0,25
Strukturerad tillsyn (t.ex. uppföljning av förhållande kring tillståndshavaren, genomgång av polisrapporter, tillsynsprotokoll, återkoppling på plats)	2 av delarna=0,5
	Alla 3 delarna=1 p
<i>Summa:</i>	<i>Max: 41 (41/41* 100= 100 p)</i>

Kommentarer

Det finns ett visst mått av godtycke inom vilken undergrupp som vissa av frågorna ska placeras. Exempelvis skulle frågan om kommunen har en styrgrupp för ANDT-förebyggande arbetet lika gärna kunna ses som en samverkansvariabel istället för som nu som en policyvariabel. Det är därför en poäng att lägga större fokus på hela strukturdelen än på de tre separata undergrupperna.

Oftast ges varje enskild indikator 0 eller 1 poäng i grundutförande. Det finns också några indikatorer som ges värden mellan 0 och 1 poäng i grundutförande. En anledning till att de allra flesta indikatorer ges 0 eller 1 poäng är att de flesta indikatorer är dikotoma i de svarsalternativ som poängsätts (t.ex. ja=1 eller nej=0). En annan anledning är att det är svårt att tillskriva indikatorerna relativa poäng. Således har de enskilda indikatorerna givits så lika maxpoäng som möjligt i grundutförande, åtminstone inom samma kategori.

Undantaget från 1 poäng som maximal poäng i grundutförande är några dikotoma indikatorer i policykategorin, som ger 0,5 poäng som mest. Detta förfarande har valts eftersom flera av de aktuella indikatorerna är beroende av en föregående fråga om kommunen har någon övergripande ANDT-policy överhuvudtaget, vilket också kan generera poäng. Ibland nyttjas flera olika dikotoma (del)indikatorer för att skapa en kombinerad indikator som poängsätts utifrån antalet ja svar på de olika delindikatorerna och indikatorn kan då erhålla poäng mellan 0 och 1 poäng i grundutförande och poängsatt inom olika intervaller (t.ex. 0= 0 p, 1-2= 0,5 p, 3-4= 1 p).

Vidare finns en ett fåtal indikatorer som har flera olika svarsalternativ från början. Dessa har dessa getts värden mellan 0 och 1 poäng. Exempel på en sådan indikator är hur stor del av det ANDT-förebyggande arbetet som finansieras med kommunala medel. Där ger alternativen "Helt" eller "Till stor del" = 1 p, "Till viss del" = 0,5 p samt "Vet inte" = 0 p.

Bilaga 2. Indikatorer som ingår i EDPQS-faserna

Kartläggning och analys (fas 1)		
Nr	Fråga	
6	Har kommunen under 2017 gjort en kartläggning av ANDT-bruk och	Ja/nej
6.1	Har kommunen genomfört en undersökning bland skolelever om deras	Ja/Nej
Resursbedömning (fas 2)		
	Fråga	Delfråga eller
3	Hur mycket arbetstid (årsarbetskrafter) avsatte kommunen under 2017 för	Antal
10	Var det ANDT-förebyggande arbetet under 2017 integrerat i kommunens	Ja/Nej
9.1	Hur stor del av det ANDT-förebyggande arbetet under 2017 finansierades	Till stor del, Till
4	Deltog din kommun under 2017 i nätverk för kommunala ANDT-samordnare	Ja/Nej
Projektutformning (fas 3)		
8	Har kommunen ett jämlikhetsperspektiv på det ANDT-förebyggande arbetet?	Ja/Nej
7	Hade kommunen 2020 gett eller flera politiska program som inkluderar det	Ja/Nej
Utformning av insatser (fas 4) (Här har olika varianter testats), men flertalet bygger på frågor i frågeblock 21 (även policyfrågor har testats, se Policy, bilaga 1)		För samtliga fr 21 nedan: fyller i ruta om Ja
21	Åtgärder för en trygg skolmiljö	
21	Åtgärder för att stärka elevhälsan	
21	Åtgärder för att stärka föräldrar i sitt föräldraskap	
21	Åtgärder för en aktiv fritid för barn och unga	
21	Gruppverksamhet för barn till personer med missbruks- eller	
21	Strukturerade program för riskutsatta förskolebarn, med för programmet	
21	Strukturerade program för riskutsatta skolbarn, med för programmet utbildade handledare	
21	Insatser för elever med problematisk frånvaro i skolan	
21	Insatser för elever med svårigheter i skolan	
21	Insatser för barn i socioekonomiskt utsatta områden	
21	Insatser för ensamkommande flyktingbarn	
21	Insatser för att kompetensutvecklaprofessioner som möter äldre (t ex inom hemtjänst, äldreboenden, trossamfund, pensionärsorganisationer) att upptäckerisbruk av alkohol hos äldre	
21	Insatser till vuxna inom särskilt riskutsatta yrkesgrupper	
21	Insatser som bygger på samverkan (polis, öppenvård,	
21	Insatser som bygger på samverkan (polis, öppenvård, socialtjänst och	
21	Insatser som bygger på samverkan (polis, öppenvård, socialtjänst) kopplade	
21	Insatser inom socialtjänst kopplade till tidig upptäckt av riskbruk av alkohol	
21	Insatser som bygger på samverkan med arbetslivet	
21	Utbildning av kommunal personal som möter barn och	
21	Kommunen har en rutin för orosanmälan vilken	
21	Strukturerade program för att förebygga tobaksdebut i grundskolan.	
21	Strukturerade program för att förebygga tobaksdebut i gymnasieskolan.	
21	Åtgärder för att förebygga ANDTS-bruk bland studenter	
21	<i>Åtgärder för att påverka attityder och normer:</i>	
21	Aktivt arbete mot media (media advocacy) för att fästa särskild	
21	Aktivt arbete mot media (media advocacy) för att fästa särskild	
21	Aktivt arbete mot media (media advocacy) för att fästa särskild	
21	Aktivt arbete mot media (media advocacy) för att fästa särskild	
21	Anordnande av drogfria aktiviteter (t.ex. vid skoldanser, konserter eller liknande)	
21	Åtgärder som relaterar till ANDT inom idrotten, t ex inom supporterklubbar och föreningsliv (inkl. insatser för ledare), samt för aktiva utövare i alla åldrar	

21	Utskick till föräldrar med information om ANDTS- relaterade frågor	
21	Strukturerade föräldraprogram om alkohol/droger, årskurs 6–9, med för programmet utbildade handledare	
21	Åtgärder för att förebygga användning av dopningsmedel	
21	Åtgärder kring trafiknykterhet, utöver polisens rutinmässiga kontroller	
21	Åtgärder mot langning av tobaks- och nikotinprodukter	
21	Åtgärder mot langning av alkohol till ungdomar	
21	Åtgärder för att förebygga användning av nikotinprodukter (t.ex. e-cigarettor och nikotinsnus)	
	<i>Vilka av följande metoder på det ANDTS-området arbetade man med, helt eller delvis, under 2022 inom kommunen</i>	
	SMADIT/Kronobergsmodellen/Krogar mot knark/100 % ren hårdträning/ Ansvarsfull alkoholserving	
21	Vilka delar av metoden arbetade man med under 2020?	
	Kronobergsmodellen	
21	Beslagtagande av alkohol från ungdomar	
21	Kontakt med föräldrar	
21	Polisingripande mot misstänkta langare	
	Krogar mot knark	
21	Politisk förankring	
21	Kartläggning av narkotikasituationen på krogar i kommunen	
21	Samverkansgrupp med kommun, polis och bransch	
21	Tillhandahålla utbildning för restauranganställda	
21	Krogmiljöronder	
	100% ren hårdträning	
21	Samarbete mellan träningsanläggning och polis (eller Riksidrottsförbundet)	
21	Framtagande av policy och handlingsplan	
21	Utbildning av personal på träningsanläggning	
	Ansvarsfull alkoholserving	
21	Utbildning av serveringspersonal	
21	Samverkansgrupp med kommun, polis och restaurangbransch	
21	Strukturerad tillsyn (t.ex. uppföljning av förhållande kring	
	Ledning och mobilisering av resurser (fas 5)	
2	Fanns det en eller flera personer utsedda att arbeta med övergripande samordning och planering av det ANDT-förebyggande arbetet i kommunen (på hel- eller deltid) under någon period under 2017?	Ja/Nej
7	Hade kommunen 2017 ett eller flera politiska program som inkluderade det ANDT-förebyggande arbetet?	Ja/Nej
11	Fanns det under 2017 en styrgrupp för det lokala ANDT-förebyggande arbetet i kommunen?	Ja/Nej
12	Fanns det under 2017 inom kommunen ett samarbete i någon utsträckning mellan kommunala alkohol-/tobakshandläggare och ANDT-samordnare eller motsvarande?	Ja/Nej
13	Fanns det under 2017 lokal samverkan mellan det ANDT-förebyggande och det brottsförebyggande arbetet med en eller flera av nedanstående aktörer?	6 olika samverkans-aktörer
14	Med vilka myndigheter hade kommunen ett regelbundet eller formaliserat samarbete gällande det hälsofrämjande och förebyggande ANDTS-arbetet under 2020?	Ja/Nej för resp. substans. 5 olika samverkans-aktörer, se bilaga 1

15	Med vilka aktörer inom näringslivet hade kommunen ett regelbundet eller formaliserat samarbete gällande det hälsofrämjande och förebyggande ANDTS-arbetet under 2020?	Ja/Nej för resp. substans. 3 olika samverkans-aktörer, se bilaga 1
16	Med vilka idéburna organisationer eller frivillig-organisationer hade kommunen ett regelbundet eller formaliserat samarbete gällande det hälsofrämjande och förebyggande ANDTS-arbetet under 2020?	Ja/Nej för resp. substans. 6 olika samverkans-aktörer, se bilaga 1
	Genomförande och uppföljning (fas 6) och Uppföljning och utvärdering (fas 7)	
23	Genomfördes en uppföljning av det ANDT-förebyggande arbetet i	Ja/Nej
24	Genomfördes en utvärdering av det ANDT-förebyggande arbetet i	Ja/Nej
	Förbättring och spridning (fas 8). Kan inte identifiera någon sådan fråga som passar in	