



Linnéuniversitetet
Kalmar Växjö

Lokalt ANDT-arbete – en kartläggning i Kalmar och Kronobergs län

Mats Anderberg, IKM, Institutionen för pedagogik



Länsstyrelsen
Kalmar län

Innehållsförteckning

1. Inledning.....	5
1.1. Bakgrund	5
1.2. Kartläggningens syfte.....	6
1.3. Definitioner och begrepp.....	7
2. Resultat från tidigare forskning och kartläggning.....	8
2.1. Förekomst av ANDT-problem i Sverige	8
2.2. Risk- och skyddsfaktorer	9
2.3. Lokalt ANDT-förebyggande arbete	10
2.4. Specifika ANDT-metoder eller -program	11
2.5. Implementering av ANDT-strategier och -metoder	13
2.6. Övergripande ANDT-insatser på lokal nivå.....	15
2.7. Villkor för lokalt preventionsarbete – Community Readiness.....	16
3. Metod	17
3.1. Metodval och urval.....	17
3.2. Instrument och datainsamling	19
3.3. Genomförande och analys	21
3.4. Tillförlitlighet, giltighet och generaliserbarhet	21
3.5. Etiska överväganden	22
4. Resultat.....	22
4.1. Kommunernas aktuella ANDT-situation.....	22
4.2. Kommunernas förändringsberedskap för ANDT-arbete.....	26
5. Diskussion	27
5.1. Metoddiskussion.....	27
5.2. Övergripande analys.....	28
5.3. En modell för ett framtida lokalt ANDT-arbete.....	31
6. Litteratur.....	32
 Bilaga – Tabeller	 36

1. Inledning

Här ges en kort beskrivning av det nuvarande tillståndet och strategin för nationellt och lokalt preventionsarbete i Sverige, övergripande om det aktuella forskningsläget inom ANDT-området samt en bakgrund till kartläggningen och dess syfte, definitioner och begrepp.

1.1. Bakgrund

Alkohol-, narkotika-, dopning- och tobaksanvändning är nära förbundet med olika fysiska, psykiska och sociala konsekvenser. Förutom olika former av medicinska skadeverkningar och sjukdomar, orsakar alkohol och narkotika även överdödlighet, olyckor, social utslagning, brott och misshandel, familje- och relationsproblem. En tidig debut med alkohol- och narkotikaanvändning under ungdomen riskerar även att skapa störningar eller avbrott i vuxenblivandet som minskar möjligheten att slutföra utbildning och få arbete, vilket i sin tur ökar risken för social exkludering, psykisk ohälsa, kriminalitet och allvarligare missbruksproblem senare i livet (Sundell och Forster 2005). Tobak räknas fortfarande som vårt största folkhälsoproblem och har ett direkt samband med ett fyrtiotal olika sjukdomar, som t.ex. hjärt-kärlsjukdomar, cancer, KOL (Statens folkhälsoinstitut 2011a). Sammantaget har dessa medel omfattande medicinska, sociala och samhällsekonomiska konsekvenser.

För att förebygga och komma tillrätta med de betydande problem som alkohol, narkotika och tobak orsakar, har olika strategier och åtgärder tagits fram och utvecklats. År 2011 antog riksdagen en ny ANDT-strategi med det övergripande målet att samhället ska vara fritt från narkotika och dopning samt att medicinska och sociala skador av alkohol och tobak ska minska (Socialdepartementet 2011a). Strategin omfattar totalt sju olika målområden som under perioden 2011-2014 ska prioriteras. I denna kartläggning berörs flera av dessa målområden och tillhörande målsättningar, som t.ex. skapandet av en lokal och regional samverkan och samordning i dessa frågor. Andra viktiga mål av lokal betydelse är minskad nyrekrytering till narkotikamissbruk samt reducerad tobaks- och alkoholkonsumtion, genom lokalt verksamma metoder. Ett annat av den nationella strategins mål berör specifikt skolområdet och går övergripande ut på att utveckla en hälsofrämjande skola: ”Skolframgång och skoltrivsel är viktiga skyddsfaktorer för barns och ungdomars hälsa. Genom en hälsofrämjande skolutveckling kan skolor arbeta långsiktigt med ANDT-prevention” (ibid, s. 18). Här fastslås även att ANDT-undervisningen ska utvecklas och baseras på forskning och beprövad erfarenhet. Denna rapport redovisar ett projekt som syftar till att kartlägga den lokala ANDT-situationen i 11 mindre kommuner i Kronobergs och Kalmar län samt belysa de olika kommunernas förändringsberedskap när det gäller det aktuella preventionsarbetet.

Forskning kring preventionsstrategier och -insatser har blivit av allt bättre kvalitet de senaste decennierna med välutvecklade experimentella och longitudinella studier som i sin tur sammanställts i forskningsöversikter. Det finns således en omfattande kunskapsbas idag om verksamma politiska strategier och vilka typer av insatser som fungerar när det gäller att förebygga och komma tillrätta med alkohol- och drogproblem (Andershed & Andershed 2005; Babor m.fl. 2010; Botvin & Griffin 2007; Cuijpers 2002; Faggiano m.fl. 2008; Ferrer-Wreder m.fl. 2005; Fletcher m.fl. 2008; Foxcroft m.fl. 2003; Lemstra m.fl. 2010; Porath-Waller m.fl. 2010; Room m.fl. 2005; Socialstyrelsen 2007; Sundell & Forster 2005). Många av de preventionsinsatser och -metoder som används på lokal nivå bygger emellertid inte på vetenskaplig grund eller kunskap. Det har även visat sig vara svårt att implementera program och metoder som syftar till att förebygga ANDT-problem.

Det finns starkt stöd i forskning för att generella informationsinsatser sällan är effektiva. Högre priser eller skatter på alkohol ger däremot betydande minskningar av brott samt alkoholrelaterade skador och sjukdomar. Likaså har andra tillgänglighetsbegränsande åtgärder

som t.ex. färre försäljningsställen och kortare öppettider stor betydelse för minskad konsumtion av alkohol (Babor m.fl. 2010; Room m.fl. 2005). Preventionsarbetet kan sägas arbeta i motvind genom att utvecklingen inom alkoholområdet går i motsatt riktning: tillgängligheten har ökat betydligt sedan Sverige gick med i EU bl.a. genom gynnsammare införselkvoter, öppettiderna på Systembolaget har blivit längre, möjligheter att beställa alkohol via Internet har ökat, kontroll och tillsyn har minskat etc. Vålfungerande preventionsinsatser står följaktligen i konflikt med liberala strömningar och kommersiella intressen (Babor m.fl. 2010). Även på lokal nivå kan motsättningar uppstå mellan myndigheters restriktiva hållning gentemot t.ex. restaurangers alkoholservice samtidigt som många kommuner ser det som betydelsefullt att attrahera turister och stimulera den lokala ekonomin (Karlsson 2012). Följaktligen står ANDT-arbetet inför stora utmaningar, på såväl nationell som lokal nivå.

De två Länsstyrelserna i Kalmar respektive Kronobergs län har erhållit medel via Statens folkhälsoinstitut för att initiera och genomföra ett utvärderings- och utvecklingsarbete i ett antal av länens mindre kommuner. Av den ursprungliga projektplanen framgår att denna utvärdering ”bör vara interaktiv genom att ge nytt underlag till det aktuella utvecklingsarbetet och på så sätt vara med och forma processen. Utvärderingen påbörjas genom ett kartläggningsarbete och baslinjemätning” (Statens Folkhälsoinstitut 2011b, s. 5).

En viktig utgångspunkt när man ska initiera preventionsarbete eller en ny metod för att förebygga alkohol- och narkotikaproblem i en kommun är att undersöka var man utgår ifrån. Det finns ett flertal exempel på när detta har visats sig vara svårt, antingen att man har försökt införa metoder som kräver en betydligt större kunskaps- eller resursnivå än vad man haft tillgång till i den aktuella kommunen – alternativt att nya insatser har en betydligt lägre ambitionsnivå än kommunens egen strävan (Edwards m.fl. 2000). Båda alternativen ger svaga eller obefintliga resultat. Ett sätt att förebygga och undvika misslyckanden kan vara att undersöka lokalsamhällets förändringsberedskap för att på så sätt bättre kunna implementera relevanta strategier och insatser för prevention eller intervention (NIDA 2003). I detta projekt har det i linje med uppdrag och aktuell kunskap varit viktigt att undersöka förutsättningarna för att påbörja ett lokalt utvecklingsarbete inom ANDT-området.

1.2. Kartläggningens syfte

Syftet med denna kartläggning är att beskriva och analysera den lokala ANDT-situationen i 11 mindre kommuner i Kalmar och Kronobergs län samt identifiera och bedöma den enskilda kommunens förändringsberedskap när det gäller det nuvarande preventionsarbetet. Tanken är även att rapporten ska kunna utgöra ett underlag för att utveckla och implementera relevanta preventionsstrategier och ANDT-insatser i de medverkande kommunerna.

Med utgångspunkt i ANDT-strategin inriktar sig föreliggande rapport på flera av målområdena. Kartläggningen har dock tvingats till ett antal avgränsningar, huvudsakligen fokuseras kommunernas berörda myndigheter och inte primärt de förebyggande insatser som utförs av sjukvård, mödravård eller arbetsplatser. Eftersom det handlar om förebyggande arbete, utelämnas även mer behandlingsinriktade interventioner som riktar sig till individer med uttalade missbruks- och beroendeproblem. Ytterligare en avgränsning är områden och insatser som inte primärt syftar till att förebygga alkohol-, narkotika-, dopnings- och tobaksproblem utan snarare fokuserar på mobbning eller generellt familje- eller föräldrastöd. När det gäller det sistnämnda har en utvärdering av ett omfattande projekt i Kalmar län nyligen genomförts (Bengtsson m.fl. 2012). Trots att dopning ingår i ANDT-begreppet, hamnar även det i skymundan i denna rapport dels p.g.a. avsaknad av eller alltför osäkra

uppgifter om lokal förekomst, dels då det finns få specifika preventionsinsatser för denna problematik.

Under pågående kartläggning framfördes ett önskemål om att i den lokala statistiken även inkludera aktuella uppgifter från de drogvanundersökningar kring skolelever som fanns till hands i de deltagande kommunerna. Denna önskan gick emellertid inte att uppfylla på grundval av ett flertal olika faktorer. Dels visade det sig att uppgifterna härrörde från olika år och olika typer av kartläggningar där frågor inte alltid överensstämde med varandra, dels var det omöjligt att jämföra de olika materialen då vissa undersökningar riktade sig till högstadieelever medan andra vände sig till gymnasieungdomar.

1.3. Definitioner och begrepp

Det finns en lång tradition av preventionsarbete inom alkoholområdet. Tidigt kom också tobaksfrågorna in i bilden, liksom narkotikan. ANT, d.v.s. alkohol, narkotika och tobak, är fortfarande ett begrepp som används av många. På senare år har begreppet vidgats till att även omfatta dopning och förkortningen är numera *ANDT*.

Begreppet *ANDT* och vad det innefattar är emellertid inte helt självklart. *Alkohol* i form av alkoholhaltiga drycker är tämligen väldefinierade och i svensk lagstiftning räknas drycker med högre alkoholhalt än lättöl som alkoholdrycker.

Narkotika är de substanser som finns upptagna i läkemedelsverkets narkotikaförteckning. Ständigt tillkommer nya preparat som initialt inte är narkotikaklassade. Många av dessa marknadsförs aktivt på Internet och kan köpas legalt. De kan relativt snabbt bli klassade som *hälsofarlig vara* (med stöd av Lagen om hälsofarliga varor), vilket innebär att de är olagliga att hantera. De kan också i ett senare skede bli narkotikaklassade. Men redan som hälsofarlig vara är en substans förbjuden (observera att alla substanser som är skadliga för hälsan inte inkluderas i denna lag, t.ex. ingår inte tobak och alkohol).

Ofta används termen *drog* synonymt med narkotika. Det ordet kan dock ha olika betydelser. Nationalencyklopedin anger ett möjligt ursprung från det lågtyska ordet *drogefate*, med betydelsen "behållare för torra varor". Ordet upptogs i franskan och första delen av termen kom efterhand att beteckna torra växtdelar, använda som råämne till läkemedel. I Nationalencyklopedin innefattas såväl legala som illegala narkotiska preparat i termen, vilket också är den innebörd ordet har i denna rapport.

De *dopningsmedel* som är relevanta är förbjudna enligt lag. Huvudsakligen handlar det om olika varianter av *anabola androgena steroider*, *AAS*.

Tobak är troligen det minst problematiska begreppet. Det förtjänar att nämnas att man i viss statistik enbart räknar rökning av tobak, i annan även snusning. Detta kan ibland leda till förvirrande skillnader och osäkra tolkningar av förekomst.

Med *ANDT* menar vi i kartläggningen samtliga aspekter, dock kan preventionsarbetet se olika ut för olika preparat och i sådana fall specificeras det.

Begreppet *prevention* kommer från latinet och betyder helt enkelt att *komma före*. Området har i hög grad formats inom medicinen och folkhälsovetenskapen, och den grundläggande distinktionen mellan olika preventionsnivåer har detta ursprung. Med *primär prevention* menas insatser som kommer före sjukdom och riktas till stora målgrupper eller hela befolkningen, i syfte att minska antalet nya sjukdomsfall. *Sekundär prevention* riktas till grupper med speciell risk för att utveckla sjukdom. *Tertiär prevention* riktas till personer som redan är sjuka, med syftet att mildra konsekvenserna.

Inom preventionsforskningen används idag oftast kategorierna universell, selektiv och indikerad. *Universell prevention* tar inte hänsyn till skillnader i risk mellan olika individer eller grupper, utan riktar sig till samtliga barn eller ungdomar i en viss skola och syftar till att skjuta upp eller undvika framtida användning av, eller problem med, tobak, alkohol eller

narkotika. *Selektiv prevention* riktar sig till undergrupper med ökad risk för det problem som man önskar förebygga. Insatsen görs fortfarande på gruppnivå. Med *indikerad prevention* avses insatser som riktar sig till dem som redan uppvisar riskfyllda beteenden (Botvin och Griffin 2007; Ferrer-Wreder m.fl. 2005; Karlsson 2006).

Prevention (att förhindra problem/ohälsa) och *promotion* (att stärka hälsa, främja hälsofaktorer) har ibland ansetts utgöra motsatser, men såväl praxis som forskning visar att gränsen mellan dessa begrepp är flytande (Ferrer-Wreder m fl 2005). Till exempel är dålig familjekommunikation en riskfaktor, och omvänt, en god familjekommunikation en skyddsfaktor. I hög grad förefaller prevention vara det vidare begreppet, som ofta innefattar moment av promotion.

2. Resultat från tidigare forskning och kartläggning

I den andra delen redogörs inledningsvis för förekomst av alkohol-, narkotika-, dopnings- och tobaksanvändning i Sverige och för dess konsekvenser. Därefter presenteras aktuell och tidigare forskning som är relaterad till lokalt ANDT-förebyggande arbete samt resultat från tidigare utvärderingar. Slutligen ges en introduktion om metoden Community Readiness.

2.1. Förekomst av ANDT-problem i Sverige

Enligt Folkhälsodatabasen så var försäljningen år 2011 från Systembolaget för hela riket 5,8 liter ren alkohol per invånare som är 15 år och äldre. Antal beviljade serveringstillstånd per 10 000 invånare (15 år och äldre) uppgick i genomsnitt till 14,4. När det gäller riskabla alkoholvanor för perioden 2008-2011 är andelen totalt 13,0 % (kvinnor 10,0 %, män 17,0 %). Genomsnittligt antal vårdade med någon form av alkoholrelaterad diagnos per 10 000 invånare uppgick 2007-2011 till 16,9 kvinnor och 38,9 män. Beträffande antal anmälda fall av rattfylleri per 10 000 invånare uppgick 2011 till 18,0.

Antal vårdade personer med narkotikarelaterade sjukdomar per 10 000 invånare under perioden 2007-2011 är för kvinnor 9,1 och för män 15,7. Genomsnittligt antal för riket år 2011 vad gäller drograttfylleri är 13,4.

Andel som dagligen röker är totalt 12,0 % (13,0 % kvinnor, 11,0 % män, gäller 2008-2011). Motsvarande andel för de som använder någon form av tobak dagligen är totalt 22,0 % (kvinnor 17,0 % och män 28,0 %).

I Sverige genomförs regelbundet undersökningar av ungdomars alkohol-, narkotika- och tobaksvanor samt förekomst av dopning. Den senaste kartläggningen visar att ungdomars konsumtion av alkohol år 2011 har minskat för båda könen och för såväl årskurs 9 som år 2 på gymnasiet sedan år 2000 (Henriksson & Leifman 2011). Andelen ungdomar som inte dricker alls har ökat till ca 37-41 (flickor respektive pojkar i åk 9) respektive 12-15 procent (flickor respektive pojkar i gymnasiet). Elever som uppger att de varit berusade före 13 års ålder har också minskat och uppgår i kartläggningen till ca 11 procent. En knapp femtedel av flickor och pojkar i årskurs 9 anger att de druckit alkohol motsvarande en flaska vin en gång i månaden eller oftare, medan andelen intensivkonsumenter på gymnasiet uppgår till 47 procent för pojkar och 39 procent för flickor.

Sedan år 2006 har däremot narkotikaanvändningen ökat något, särskilt i storstäderna och i synnerhet för pojkar. Bland niondeklassarna har 9 procent och bland gymnasieelever har 20 procent använt narkotika. Motsvarande nivåer för flickorna är 6 procent respektive 14 procent. Det vanligaste preparatet är cannabis.

Bruk av tobak har i likhet med alkoholkonsumtionen minskat något och ca en fjärdedel av skoleleverna i årskurs 9 röker eller snusar. Mellan 75 och 90 procent av rökarna uppger att de vill sluta, ungefär en tredjedel vill göra det omedelbart. En mycket liten andel anger att de

använt anabola androgena steroider, mellan 1-2 procent av både pojkar och flickor i årskurs 9 respektive 2 på gymnasiet.

Ungdomar som i kartläggningen uppgett att de druckit alkohol har oftast köpt den av kompisar eller kompisars syskon. För gymnasieelever är föräldrarna ofta de som skaffar alkoholen. De elever som hade högst alkoholkonsumtion hade också i högre grad än övriga druckit hembränt, sniffat, blandat alkohol och läkemedel samt testat narkotika.

Ungdomarnas användning av alkohol får även flera negativa konsekvenser och flera anger att de hamnat i bråk i samband med alkoholkonsumtion. Värt att notera är att 10 procent av flickorna i årskurs 9 uppger att alkohol har lett till att de haft oönskat sex.

Föräldrars betydelse för barnens alkoholkonsumtion har på senare tid varit i fokus för åtskilliga preventiva program. Ljungdahl & Bremberg (2010) har gjort en översikt på temat föräldrars bjudvanor. Det framgår tydligt att barn som blir bjudna på alkohol av sina föräldrar dricker mer än andra.

Det finns även ett flertal andra enkätundersökningar som riktar sig till barn och ungdomar i skolåldern, t.ex. Ungdomsenkäten LUPP som har genomförts i över hälften av landets kommuner det senaste decenniet. Tanken är att enkätundersökningens resultat kring ungdomars livsvillkor ska bidra till utformning av en nationell och lokal ungdomspolitik. Enkäten består av ett flertal olika frågeområden, såsom utbildning, fritid, hälsa, utsatthet, arbete, försörjning, kultur och inflytande (Ungdomsstyrelsen 2010). Återkommande enkätundersökningar möjliggör uppföljning och jämförelser över tid. Statens Folkhälsoinstitut har även genomfört undersökningar av barns och ungdomars hälsa i årskurs 6 och 9, där frågor om tobak och alkohol ingår (Statens Folkhälsoinstitut 2011d). Lokalt eller regionalt görs även egenhändigt konstruerade drogvaneundersökningar eller enkäter till skolelever.

2.2. Risk- och skyddsfaktorer

För preventions- och behandlingsinsatser riktade till ungdomar som riskerar att utveckla olika typer av folkhälso- eller sociala problem, är teorier om risk- och skyddsfaktorer numera väletablerade (Andershed & Andershed 2005; Andreassen 2003; Ferrer Wreder m.fl. 2005; Hawkins m.fl. 1992). Dessa faktorer kan minska respektive öka risken för en ogynnsam utveckling och framtida problem i form av psykisk ohälsa, missbruk och kriminalitet. Risk- och skyddsfaktorerna anges i relation till fyra huvudsakliga nivåer: individen och dennes vänner, familjen, skolan och närsamhället.

Risikfaktorer som kan kopplas till individen eller dennes kamrater är bl.a. tidig debut i alkohol- eller narkotikaanvändning, positiv attityd till droger och kriminella handlingar, vänner som använder droger samt till intra-psykiska aspekter som impulsivitet och sensationssökande. Skyddsfaktorer omfattar god social förmåga, stark självkänsla samt positiva kamratrelationer.

På familjenivå rör riskfaktorerna t.ex. hög konfliktnivå i familjen, ger en inkonsekvent uppfostran att eller föräldrar själva har ett missbruk av alkohol och droger. Skyddsfaktorer utgörs av god familjeanknytning och ett engagerat föräldraskap.

Identifierade riskfaktorer relaterade till skolan är otrivsel och dåligt skolklimat, att elevers anknytning till skolan är dålig samt misslyckande i skolarbetet. Omvänt är en välfungerande skolgång och god prestationsnivå skyddande faktorer.

Samhälleliga riskfaktorer är t.ex. uppväxt och boende i lokalsamhälle som präglas av fattigdom, social utslagning och hög tillgänglighet till droger. Skyddsfaktorer på samhällsnivå kan t.ex. vara en trygg omgivning där låg tolerans mot normöverträdelser råder.

Grundtanken i insatser som syftar till att förebygga eller behandla ANDT-problem är att reducera de riskfaktorer som finns hos individerna och samtidigt förstärka skyddsfaktorerna.

Om dessa förhållanden kan påverkas finns potential för en positiv utveckling (Fleming m.fl. 2010; Shekhtmeyster m.fl. 2011; Sundell & Forster 2005).

2.3. Lokalt ANDT-förebyggande arbete

År 2000 publicerades antologin *Lokalt alkohol- och drogförebyggande arbete i Norden* av Nordiska nämnden för alkohol- och drogforskning. Den kan ses som ett försök att slå en bro mellan forskning och lokalt drogpolitiskt arbete. Med detta menas att kommunala insatser sällan bygger på vetenskap och beprövad erfarenhet. I denna antologi beskriver Ekeroth (2000) hur man, med utgångspunkt i ”Safe Community”-arbetets erfarenheter kan formulera tio kriterier för ”alkoholskade- och drogförebyggande kommuner”:

1. Det alkoholskade- och drogförebyggande programmet skall vara antaget av kommunfullmäktige och ansvaret för programmets genomförande skall vara klarlagt (således förutsätts att ett sådant program existerar).
2. Det skall finnas en bred, tvärsektorieellt sammansatt ledningsgrupp med representation från de viktigaste myndigheterna i kommunen. Hälso- och sjukvården skall vara representerad.
3. De nätverk som finns i kommunen och deras möjligheter att delta i det drogförebyggande arbetet skall analyseras. Dessa organisationer skall involveras i ett lokalt samhällsnätverk.
4. Det alkoholskade- och drogförebyggande programmet skall omfatta alla åldrar, de viktigaste miljöerna och situationerna.
5. Det alkoholskade- och drogförebyggande programmet skall i första hand vara förebyggande, men också visa omsorg om högriskgrupper och högriskmiljöer, kunna presentera vård- och behandlingsmöjligheter samt syfta till rättvisa för utsatta, sårbara grupper.
6. De ansvariga skall kunna dokumentera alkohol- och droganvändningen och omfattningen av alkohol och andra drogsador.
7. Kommunen måste också sträva efter att vaska fram indikatorer som visar vilka effekter programmet har och hur förändringarna fortskrider.
8. Det alkoholskade- och drogförebyggande arbetet skall bygga på eller vara i linje med vetenskaplig kunskap på området.
9. Programmet skall vara långsiktigt och ej något kort tidsbegränsat projekt.
10. Kommunen måste vara beredd att bidra med erfarenheter av det förebyggande arbetet både nationellt och internationellt.

NIDA (2003) har presenterat en forskningsbaserad modell för hur en lokal preventionsplan kan tas fram och utformas. En sådan plan kännetecknas av att den (1) identifierar och utgår ifrån de specifika ANDT-problem som föreligger, (2) bygger på eller drar nytta av existerande resurser och program, (3) utvecklar kortsiktiga mål som är relevanta i relation till de kunskapsbaserade strategier/insatser som införs, (4) innefattar långsiktiga målsättningar för att tillförsäkra att planer och resurser finns tillgängliga för de kommande åren, samt (5) integreras med drogvaneundersökningar och liknande kartläggningar för att följa upp och analysera preventionsstrategiernas resultat.

Statens folkhälsoinstitut (2008) genomförde en omfattande process- och effektutvärdering av lokalt alkohol- och narkotikaförebyggande arbete i sex kommuner med stöd av intervjuer, enkäter och registerdata. Resultaten visade att deltagandet i utvecklingsprojektet medförde för försökskommunerna bättre organisation, starkare strukturer och större uthållighet i det förebyggande arbetet i jämförelse med de sex kontrollkommunerna. När det gäller effekter i

form av minskad alkoholkonsumtion och narkotikaanvändning samt minskade skadeverkningar och brottslighet, konstaterades dock små eller inga skillnader mellan kommunerna. Några troliga förklaringar var att projektets uppdrag var svårtolkat, att styrningen var otydlig samt att implementeringen av evidensbaserade preventionsinsatser var bristfällig och inte nådde tänkta målgrupper.

Grundh (2011) utförde en utvärdering av ett projekt som syftade till att införa evidensbaserade metoder och arbetssätt för föräldrastöd och tillgänglighetsbegränsning av alkohol och narkotika i sammanlagt 23 mindre kommuner i Värmlands och Örebro län. Intervjuer och enkäter låg till grund för analys och slutsatser. Resultaten påvisade att det alkohol- och narkotikaförebyggande arbetet generellt hade fått en högre prioritet och att föräldrastödsprogram samt ett antal olika metoder för tillgänglighetsbegränsning av alkohol infördes i flera av de deltagande kommunerna under perioden. Samtidigt konstaterades bristfällig förankring, otydligt formulerade samordnaruppdrag och mandat att driva frågorna, samt svagt stöd från arbetsledning. I några fall uppstod även intressekonflikter mellan förvaltning och näringsliv när det gällde åtgärder för att begränsa alkoholens tillgänglighet på restauranger.

Några slutsatser från utvärderingen var bl.a. att en grundläggande fråga att besvara före eventuell implementering av kunskapsbaserade metoder och arbetssätt är om kommunerna anser att ett alkohol- och narkotikaförebyggande arbete är betydelsefullt och prioriterat, om de menar att det behövs en lokal samordnare i det alkohol- och narkotikaförebyggande arbetet samt att dennes uppdrag, mandat och roll i sådant fall behöver tydliggöras. Andra slutsatser var att det krävs en gemensam syn på val av relevanta metoder och arbetssätt hos berörda professionella samt en utvecklad stödstruktur med både politiskt och administrativt ledningsstöd för en lyckad implementering.

2.4. Specifika ANDT-metoder eller -program

Det finns en uppsjö av olika metoder eller arbetssätt, vid sidan av de mer övergripande tillgänglighetsbegränsande insatserna, som kopplas samman med ANDT-prevention på lokal nivå och som är mer eller mindre kunskaps- eller evidensbaserade.

ANDT-undervisning som riktar sig till barn och ungdomar i grundskola och gymnasium kan under vissa villkor vara framgångsrik och även tillämpbar på flera olika hälsoproblem. Ett antal betydelsefulla komponenter har visat sig vara gemensamma för flera av de program som uppvisat goda resultat. Sammantaget bör en forskningsbaserad ANDT-undervisning knytas till ett teoretiskt ramverk kring risk- och skyddsfaktorer, innehålla inslag som syftar till beteendeförändring som t.ex. social färdighetsträning, undervisa om samhällets normer kring alkohol och narkotika, vara anpassad till målgruppens ålder och mognad samt – det kanske allra viktigaste – ges med ett interaktivt pedagogiskt förhållningssätt som skapar delaktighet och engagemang hos elever. Traditionella informationsinsatser, affektiva metoder eller undervisningsinslag i form av livskunskap bör användas mer sparsamt och endast som delar vid sidan av de ovan nämnda inslagen (Botvin & Griffin 2007; Cuijpers 2002; Faggiano m.fl. 2008; Ferrer-Wreder m.fl. 2005; Fletcher m.fl. 2008; Foxcroft m.fl. 2003; Lemstra m.fl. 2010; Porath-Waller m.fl. 2010; Skolverket 2013; Sundell & Forster 2005).

För att förebygga tobaksanvändning hos ungdomar finns ett antal arbetssätt eller metoder som visat sig ha effekt. *Rökfria skolgårdar* med aktiv kontroll av rökförbud och sanktioner för elever som bryter mot detta, har visat sig minska skolelevs tobaksbruk längre fram i åldern (Statens Folkhälsoinstitut 2011c). *Tobaksfri DUO* är en relativt ny metod för att förebygga rökning och som vänder sig till skolelever i årskurs 6-9. Metoden som bygger på samverkan

mellan folktandvården och skolan, innehåller moment som utbildning om tobak, övningar som stärker självkänsla och beslutskapacitet, samt upprättande av kontrakt mellan enskilda elever och en icke-rökande vuxen om att inte börja röka eller snusa under den resterande skoltiden. Nilsson (2009) har i några studier visat att metoden ger positiva utfall i form av minskad tobaksanvändning hos undersökningsgruppen i jämförelse med ett nationellt urval där inte motsvarande förändringar skedde. Även vuxnas bruk av tobak sjönk under undersökningsperioden. Ett flertal svenska kommuner använder sig numera av metoden.

När det gäller att förebygga alkohol- och narkotikaproblem genom tidig upptäckt har ett antal framgångsrika tillvägagångssätt utmönstrats i nationella riktlinjer som också är tänkta att tillämpa på lokal nivå (Socialstyrelsen 2007). Det finns t.ex. beprövad erfarenhet för *fältarbete* med syfte att söka upp och upptäcka grupper som riskerar att utveckla missbruksproblem. Andra effektiva insatser är kort rådgivning med patienter som har en riskfylld alkoholkonsumtion i samband med besök på exempelvis en vårdcentral. Forskning tyder även på att utbildning av restaurangpersonal i *ansvarsfull alkoholservice*, om den åtföljs av kontroll av tillämpningen, förebygger alkoholrelaterade problem (Babor m.fl. 2010). Ansvarsfull alkoholservice används numera i mer än 80 % av landets kommuner (Statens folkhälsoinstitut 2013).

Dessvärre har det visat sig att det har varit svårt att implementera nya arbetssätt eller metoder som i väl genomförda studier visat sig ha goda effekter på framtida alkohol-, narkotika- och tobaksanvändning i det lokalt förebyggande arbetet (Grundh 2011; Statens folkhälsoinstitut 2008). Det finns flera skäl till detta. Ett är att en övervägande del av dessa studier är utförda i USA och det kan finnas kulturella svårigheter att överföra ett program från ett sammanhang (företrädesvis i USA) till ett annat (Sverige), likaså från en forskningsbaserad kontext till en vardagsmiljö (Cuijpers 2002). Ofta är dessa specifika preventionsprogram både komplicerade och omfattande till form och innehåll samt kräver professionella ledare (Faggiano m.fl. 2008). De har även visat sig vara svåra att implementera och saknar ofta acceptans hos den personal som ska utföra dem (Dusenbury m.fl. 2003; Ennett m.fl. 2003).

Det kanske vanligaste ANDT-programmet i svenska skolor under senare år är *ÖPP* (Örebro preventionsprogram), som nyligen reviderats och bytt namn till *Effekt*. *ÖPP* fokuserar föräldrarnas förhållningssätt, t.ex. vikten av att föräldrar inte bjuder underåriga barn på alkohol. Koutakis m.fl. (2008) redovisar i en randomiserad studie en tydlig effekt av *ÖPP* i form av minskat berusningsdrickande hos de unga. I en senare studie kvarstod dessa positiva resultat i stor utsträckning (Koutakis 2011).

I en holländsk experimentell studie (Koning m.fl. 2009) jämfördes fyra grupper, (1) *ÖPP*, (2) Elevprogram, (3) *ÖPP* och elevprogram, samt (4) Kontrollgrupp, ingen insats. I denna studie visade *ÖPP* ensamt ingen effekt, inte heller enbart elevprogram. Kombinationen (grupp 3 ovan) var däremot effektiv.

År 2011 publicerades en nationell utvärdering av *ÖPP* (Bodin & Strandberg 2011). En skillnad jämfört med Koutakis m.fl. (2008) var att den gjordes i reguljär verksamhet; d.v.s. *ÖPP* på det sätt det faktiskt genomförs. I denna oberoende studie fann man inga effekter hos de unga, *ÖPP* varken minskade eller sköt upp ungdomars berusningsdrickande respektive alkoholkonsumtion. Däremot såg man en ökad restriktivitet bland föräldrarna i experimentgruppen i jämförelse med kontrollgruppen. Forskarna diskuterade tänkbara orsaker till skillnaderna jämfört med tidigare svenska studier och de pekade bl.a. på att programtroheten tenderar att minska när ett program genomförs i större skala. Ytterligare en faktor kunde tänkas vara att kontrollgruppen också hade förändrats, eftersom det har blivit vanligare att föräldrar generellt har en mer restriktiv hållning och t.ex. inte bjuder sina barn på

alkohol i samma utsträckning som tidigare. Sammanfattningsvis kan sägas att resultaten för ÖPP således är motstridiga.

Det finns även andra preventionsprogram som riktar sig till samma målgrupp. En utvärdering från Örebro universitet har studerat programmet *Föräldrar tillsammans* (Larsson m.fl. 2012). De konstaterar att programmet har effekt på ungas alkoholkonsumtion – om det initieras i årskurs 8, men inte om det påbörjas i årskurs 7. Programmets timing förefaller således ha betydelse. Forskarna diskuterar kring om det kan vara så att föräldrar till elever i årskurs 8 i högre grad uppfattar frågan som mer aktuell i jämförelse med föräldrar till elever i årskurs 7.

En väsentlig förebyggande faktor är just ett s.k. ”gott skolklimat”. Skolor med ett positivt klimat, d.v.s. god ledning, konstruktiv dialog mellan lärare och elever m.m. kan antas ha ett förhållningssätt som i sig stärker effekten av andra insatser. Ett gott skolklimat har visat sig ha starka samband med ökat välbefinnande och mindre förekomst av problembeteende hos elever. I en undersökning av 13-åriga elever, omfattande 10 australiensiska skolor, visas effekt för ett internetbaserat arbetssätt för att förebygga alkohol- och cannabisbruk (Newton m.fl. 2010). De medverkande skolorna var utvalda s.k. ”climate schools”, med särskilt fokus på hälsofrågor. En möjlig förklaring var att skolornas förhållningssätt bidrog till både ökad kunskap och ändrat beteende hos eleverna.

Det finns också forskning som påvisar tydliga samband mellan *elevers skolframgång* och alkohol- eller narkotikaanvändning. Främjande av skolengagemang utifrån ett inkluderande perspektiv och deltagande i extraundervisning som syftar till förbättrade skolprestationer utgör skyddsfaktorer mot framtida beteendeproblem samt alkohol- och narkotikaanvändning (Bremberg 2008; Fletcher m.fl. 2008; Gauffin m.fl. 2013; Sivertun & Helldin 2006; Wilson m.fl. 2001).

2.5. Implementering av ANDT-strategier och -metoder

Brister i *implementering* och genomförande kan innebära att de effekter som en specifik metod via empiriska studier visat sig kunna uppnå minskar eller uteblir (Dusenbury m.fl. 2003; Ferrer-Wreder m.fl. 2005; Roselius & Sundell 2008). Härigenom faller också en stor del av idén med användandet av kunskaps- eller evidensbaserade preventionsmetoder.

Ennett m.fl. (2003) undersökte i vilken grad lärare från nästan 2 000 amerikanska mellan- och högstadieskolor använde preventionsprogram som hade stöd i forskning. Resultaten visade att flertalet skolor anammat program med uppvisad effektivitet, men att endast en knapp femtedel använde de deltagarbaserade eller interaktiva metodiker som programmen innehåller. Lärare med högre utbildningsnivå och lärare som nyligen utbildats följde i större utsträckning programmet såsom tänkt.

I utvärderingen av ett preventionsprogram som infördes på ett flertal skolor runt om i Sverige – det s.k. *Unplugged* – visade det sig att knappt hälften av de studerade klasserna genomförde hela programmet (Lindahl & Rosaria Galanti 2006). Tidsbrist nämndes som en huvudsaklig orsak till detta. Även deltagandet vid de särskilda föräldraträffarna var lågt, endast 17 procent av barnen hade en förälder närvarande vid varje träff.

Liknande problem uppmärksammades i annan svensk utvärdering, där lärare upplevde svårigheter att osjälvständigt följa en färdig modell. Istället ville de på egna grunder kunna välja inslag som anknöt till pågående aktiviteter och elevernas specifika behov, något som även uppmärksammats i andra studier eller utvärderingar (Sivertun & Helldin 2006; jfr Ringwalt m.fl. 2004).

Det är inte på något sätt självklart att det utan hinder går att implementera olika former av preventionsinsatser i skolmiljö. En anledning till det är att det är komplicerat att införa

forskningsbaserade program eller metoder som är multifaktoriella och omfattande (Dusenbury m.fl. 2003; Lemstra m.fl. 2010). Lärare kan uppleva att standardiserade eller manualstyrda preventionsprogram hindrar improvisation samt självständiga och pedagogiska bedömningar (Cuijpers 2002; Ozer m.fl. 2010), eller uppfattar att interaktiv undervisning står i konflikt med den traditionella lärarrollen (Andersson 2008; Tobler m.fl. 2000). En annan orsak kan vara att ett ökat behov av denna typ av undervisning står i motsättning till skolans målsättning med mer kunskapsmässiga förtecken (Andersson 2008; Bremberg 2008; Ferrer-Wreder m.fl. 2005; Persson & Svensson 2005). Skolledningen kanske inte heller ger det stöd eller medger den tid som skulle behövas för att lära och tillämpa en ny metodik (Porath-Waller m.fl. 2010). Davies (2007) konstaterar, via en nationell undersökning omfattande 3 500 lärare i USA, att skolan varken har tid eller resurser för denna verksamhet och att ansvaret för verksamheten därför bör lyftas bort från skolan. Av en svensk ANDT-utvärdering framgår det att skolor ofta okritiskt prövar nya undervisningsinslag eller preventionsmodeller, ibland i form av projekt som man ansluter sig till utan någon genomgripande förhandsbedömning (Sivertun & Helldin 2006).

Adekvat utbildning tycks vara en nyckelfaktor vid implementering av såväl innehåll som utförande av program och metoder som visat sig ha störst potential att förebygga tobaks-, alkohol- eller narkotikaanvändning hos ungdomar. Det är även av största vikt att motiverade personer rekryteras samt att dessa kontinuerligt ges stöd och repeterande utbildning av expertis inom preventionsområdet (Dusenbury m.fl. 2003; Ennett m.fl. 2003; Ferrer-Wreder m.fl. 2005; Gottfredson & Gottfredson 2002; Komro & Toomey 2002; McBride 2003; Porath-Waller m.fl. 2010; Ringwalt m.fl. 2010; Roberts m.fl. 2001; Stigler m.fl. 2011). Särskilt viktigt är även att programmets ledare erbjuds omfattande utbildning i interaktiv undervisning.

Framgång med att implementera skolbaserade preventionsmetoder beror i mycket hög grad även på en *stödjande organisation och ledning* (Dusenbury m.fl. 2003; Ennett m.fl. 2003), på ett aktivt och konstruktivt ledarskap samt på att organisationen har en vilja och beredskap för att införa nya sätt att arbeta. Det behöver även ges tillräckligt stöd såväl tidsmässigt som ekonomiskt samt skapas förutsättningar för tillämpning av nya tekniker eller procedurer (Botvin & Griffin 2007; Dusenbury m.fl. 2003; Ennett m.fl. 2003; Ferrer-Wreder m.fl. 2005; Ringwalt m.fl. 2010).

En annan betydelsefull komponent på denna nivå är att programmet ska vara *anpassat till de kulturella förhållanden* och omständigheter som gäller på den aktuella skolan (Botvin & Griffin 2007; Coggans 2006; Stigler m.fl. 2011; Sherman & Primack 2009; Sundell & Forster 2005). Undervisningen kan därför behöva skraddarsys för specifika behov eller målgrupper (Stephens m.fl. 2009). Hänsyn behöver även tas till faktorer som klass och etnicitet hos tänkta elev- och föräldragrupper (Sivertun & Helldin 2006).

Att programmen *integreras* med andra preventiva och normgivande aktiviteter i skolan som t.ex. fungerande elevhälsovård, förändring av skolmiljön, engagerande av skolelevernas föräldrar i preventionsarbetet, tydliga regelverk kring tobak och alkohol, är också av stor betydelse och har visat sig ge högre effektivitet och kvalitet totalt sett (Amundsen och Ravndal 2010; Bremberg 2008; Ennett m.fl. 2003; Ferrer-Wreder m.fl. 2005; Gottfredson & Gottfredson 2002; Lemstra m.fl. 2010; Roberts m.fl. 2001; Stigler m.fl. 2011).

2.6. Övergripande ANDT-insatser på lokal nivå

Det är även av stor betydelse att enskilda preventionsinsatser inte ges ensamt, utan att de samordnas och kombineras med andra kommunbaserade insatser (Amundsen & Ravndal 2010; Cuijpers 2002; Fagan m.fl. 2011; Foxcroft m.fl. 2003; Komro & Toomey 2002; NIDA 2003; Tobler m.fl. 2000; Room 2005; Stewart-Brown 2006; Stigler m.fl. 2011). I Sverige kan det handla om övergripande handlingsprogram för tobak, alkohol och narkotika, tillsyn av tobaks- och alkoholförsäljning samt alkoholservering, eller program som stöder föräldraskap. Den kommunala ANDT-strategin behöver även harmoniera med den nationella strategin. I de flesta av Sveriges kommuner finns vanligen särskilda alkohol- och drogsamordnare med ett sådant övergripande uppdrag (Statens folkhälsoinstitut 2013).

Ett lovande exempel på ett kommunövergripande preventionsprogram är *Community That Care* (CTC). Programmet är tänkt att skapa en organisatorisk struktur och metodik i lokalsamhället för att kunna omsätta kunskaper från forskning inom preventionsområdets olika områden i praktisk handling. Införandet av CTC sker i fem olika faser. Först undersöks viljan och förändringsberedskapen hos betydelsefulla aktörer för genomförande av gemensamma preventiva förändringar. Sedan skapas en sektorsövergripande och representativ styrgrupp för ändamålet. Därefter inventeras och sammanställs relevanta statistiska uppgifter på kommun-/kommundelnivå, vilka utgör grund för analys av lokala preventionsbehov. Lämpliga kunskapsbaserade preventionsstrategier som utgår från den tidigare behovsanalysen väljs ut och avslutningsvis implementeras de nya metoderna och arbetssätten på ett sådant sätt att det råder hög överensstämmelse med dess teoretiska och tänkta utförande (Fagan m.fl. 2009).

CTC har i randomiserade kontrollerade studier visat positiva resultat på samhällsnivå i form av generellt minskade riskfaktorer och problembeteenden som t.ex. lägre grad av alkohol- och narkotikaanvändning (Hawkins m.fl. 2008; 2009). Ett försök att införa denna preventionsstrategi har nyligen påbörjats i några stadsdelar i Malmö Stad inom ramen för ett större projekt som syftar till att förebygga och minska användning av cannabis hos ungdomar.

En liknande holistisk ansats finner man i ett preventivt arbete som startades på Island i samband med att man, i slutet av 1990-talet, konstaterade att en oroväckande hög andel av de unga hade riskabla alkoholvanor. Man beslöt sig för att arbeta brett med att påverka olika faktorer med koppling till ungas alkoholvanor. Viktigast var, enligt resultat från en större studie, inflytandet från kamratgruppen (Kristjansson 2010). Insatserna bestod bl.a. av organiserade fritidsaktiviteter, skolinsatser och föräldramedverkan. Verksamheten utvärderades kontinuerligt och resultat återfördes till de lokala aktörerna, i syfte att motivera och möjliggöra fortsatt utveckling. Andelen 14-15-åringar som 12 år senare druckit alkohol senaste månaden minskade från 42 till 19 procent, andelen som testat cannabis sjönk från 17 till 6 procent och andelen som rökte tobak dagligen minskade från 23 till 10 procent.

Nilsson & Wadeskog (2012) har lanserat en modell för *sociala investeringar* kopplade till satsningar på förebyggande arbete och tidiga insatser. Modellen går ut på att särskilda ekonomiska resurser avsätts för barn och ungdomar i syfte att förebygga eller förhindra aktuellt eller framtida utanförskap. För att de sociala investeringarna ska få önskvärd effekt behöver några väsentliga aspekter vara tillgodosedda. För det första måste ett ändamålsenligt styrsystem, som aktivt och långsiktigt stödjer arbetet, finnas eller upprättas. För det andra är det viktigt att de arbetssätt och metoder som introduceras och används är kunskapsbaserade och har påvisad effekt när det gäller att förebygga eller motverka problem, som t.ex. ungdomars användning av alkohol, narkotika och tobak. En tredje viktig aspekt är att resultaten av insatserna följs upp och att en samhällsekonomisk analys genomförs. Ett

fyrtyotal kommuner i landet har introducerat olika former av sociala investeringar eller planerar att införa modellen.

2.7. Villkor för lokalt preventionsarbete – Community Readiness

Som tidigare nämnts kan det vara av stor vikt att undersöka kommuners förändringsberedskap och identifiera såväl hindrande som främjande faktorer innan implementering av ANDT-strategier och preventionsmetoder påbörjas (NIDA 2003; Rycroft-Malone & Bucknall 2010). Kunskap, vilja och förmåga när det gäller att förebygga och åtgärda alkohol- och narkotikaproblem uppvisar stora variationer mellan kommuner (Edwards m.fl. 2000; se även Grundh 2011; Statens folkhälsoinstitut 2008). Mindre kommuner kan ha begränsade ekonomiska och personella resurser för preventionsarbete och sakna specialistfunktioner, medan större kommuner ofta har en ändamålsenlig organisation och välutvecklade preventionsprogram (Chilenski m.fl. 2007). Preventionsarbetets ambitionsnivå kan även skifta över tid och vara starkt knutet till politisk förändring eller förekomst av eldsjälur i kommunen (Feinberg m.fl. 2004). En kommun kan dessutom vara framgångsrik på ett preventionsområde och sämre inom ett annat (Oetting m.fl. 2001). Olika kommuner befinner sig således på olika nivåer i det förebyggande arbetet och i olika avseenden när det gäller alkohol-, narkotika- och tobaksproblem.

Det kan därför vara av största vikt att identifiera och bedöma i vilken fas den enskilda kommunen befinner sig för att bättre kunna utveckla och implementera relevanta preventionsstrategier och ANDT-insatser. Om inte hänsyn tas till den specifika kommunens medvetenhet om att det finns ett problem och även en vilja att göra något åt det, kan genomförandet av nya preventionsinsatser riskera att misslyckas (Donnermeyer m.fl. 1997; Edwards m.fl. 2000; Feinberg m.fl. 2004; Oetting m.fl. 2001; Plested m.fl. 1999).

För detta ändamål har en modell och ett särskilt bedömningsinstrument tagits fram och utvecklats i USA med beteckningen Community Readiness (CR) – i svensk översättning: Kommunens förändringsbenägenhet eller -vilja. Förändringspotential eller -beredskap är möjligen mer relevanta begrepp, eftersom CR innefattar både den kunskap, vilja och förmåga som finns i ett lokalsamhälle. Community Readiness utgår redan från början att det skiljer sig åt mellan olika kommuner eller lokalsamhällen när det gäller ANDT-arbetets förutsättningar och villkor, och att det därför behövs olika strategier för preventionsarbetet. I annat fall finns det stor risk att man misslyckas. Instrumentet har med stöd av Statens Folkhälsoinstitut översatts till svenska och använts i ett antal olika utvärderings- och forskningsprojekt inom preventionsområdet, bl.a. beträffande föräldrastöd, alkohol- och tobaksförebyggande arbete (Bengtsson m.fl. 2012; Statens Folkhälsoinstitut 2010; 2012).

Community Readiness (CR) bygger på en kombination av olika teorier om kunskapsutveckling och förändring, bl.a. Rogers spridningsteori och Warrens sociala mobiliseringsteori samt individuella förändringsteorier som Stages of Change som anpassats till de specifika omständigheter som gäller för en organisation eller ett lokalsamhälle (Edwards m.fl. 2000). Instrumentet började användas år 1995 och har prövats i ett flertal forskningsprojekt, när det gäller såväl användbarhet som tillförlitlighet och validitet innan det fick sin nuvarande utformning (Plested m.fl. 2006). CR har använts inom ett flertal olika preventions- och interventionsområden: alkohol- och narkotikamissbruk, kvinnomisshandel, HIV, självmord etc. (Plested m.fl. 2006; York & Hahn 2007). Syftet med CR är att identifiera och bedöma vilken förändringsberedskap den enskilda kommunen, kommundelen eller organisationen har för att bättre kunna utveckla och implementera relevanta strategier och insatser för prevention eller intervention. Ett annat syfte är att skapa en grund för uppföljning för att på så sätt kunna åskådliggöra förändring över tid (Donnermeyer m.fl. 1997; Engstrom m.fl. 2002). Ett flertal empiriska studier har kunnat påvisa samband mellan kommuners

förändringsbenägenhet och framgång i preventionsarbete, t.ex. när det gäller förmågan att skapa drivande koalitioner och det förebyggande arbetets effekt (Chilenski m.fl. 2007; Slater m.fl. 2005).

3. Metod

I metoddelen redovisas först de metoder som valts för kartläggningen och de urval som gjorts. Sedan ges en mer ingående beskrivning av valda metoder och datainsamling. En utförlig redogörelse för kartläggningens genomförande och analys ges också. Till sist tas några metodologiska och etiska överväganden upp.

3.1. Metodval och urval

Kartläggningen baseras huvudsakligen på två olika material som inhämtats med stöd av två olika metoder. Den ena metoden utgörs av analyser av nationell och lokal befintlig statistik eller registerdata och den andra av telefonintervjuer med nyckelpersoner samt personliga intervjuer med de olika kommunernas alkohol- och drogsamordnare.

Kartläggningen omfattar de 11 mindre kommuner i Kalmar och Kronobergs län som var intresserade av att medverka i projektet (se tabell).

Tabell 1. Deltagande kommuner och totalt invånarantal år 2012.

Kommun	Invånare ¹
Alvesta	19 000
Hultsfred	13 600
Högsby	5 700
Lessebo	8 000
Markaryd	9 500
Mönsterås	12 800
Mörbylånga	14 300
Tingsryd	12 100
Uppvidinge	9 300
Vimmerby	15 400
Älmhult	15 700

Som tabellen illustrerar skiljer sig de 11 kommunerna åt vad gäller storlek och invånarantal. Alvesta, Älmhult och Vimmerby har flest invånare, medan Högsby, Lessebo, Uppvidinge och Markaryd har lägst antal invånare.

Eftersom förekomst av alkohol-, narkotika- och tobaksanvändning ofta hänger samman med olika samhälleliga faktorer (Fergusson m.fl. 2001; Gauffin m.fl. 2013; Henkel 2011; Socialstyrelsen 2010; Wilkinson & Pickett 2006), har även tre bakgrundsvariabler redovisats för respektive kommun: arbetslöshet, barnfattigdom samt ej behöriga för gymnasiestudier.

¹ Antal invånare totalt den 31/12 2012 avrundat till närmaste hundratal. Källa: Kommun- och landstingsdatabasen (www.kolada.se)

Tabell 2. Andelen arbetslösa, barnfattigdomsindex samt andelen ej behöriga till gymnasium i de medverkande kommunerna.

	Alv	Hul	Hög	Les	Mar	Mön	Mör	Tin	Upp	Vim	Älm
Arbetslöshet²	7,8	8,2	7,1	10,5	6,6	7,7	5,4	6,3	7,1	6,7	5,5
Barnfattigdomsindex³	12,7	12,3	19,6	14,4	13,7	7,6	5,8	10,5	12,3	12,5	8,6
Ej behöriga till gymnasium⁴	11,0	14,0	14,0	21,0	16,0	18,0	4,0	9,0	14,0	15,0	8,0

Tabell 2 visar att arbetslösheten är högst i Lessebo (10,5 %) i jämförelse med övriga kommuner som ligger på andelar mellan 5,4 – 8,2 %. Andelen barn som växer upp i ekonomiskt utsatta hushåll är högst i Högsby följt av Markaryd och Lessebo men uppvisar en relativt stor spridning (5,8 – 19,6 %). Lägst andel uppvisar Mörbylånga, Mönsterås och Älmhult. När det gäller behörighet till gymnasium ses också stora skillnader, från 4,0 – 21,0 %. Här noteras de största andelarna elever som inte är behöriga för Lessebo och Mönsterås, medan Mörbylånga, Älmhult och Tingsryd har lägre nivåer.

Utgångspunkterna för val av relevanta statistikuppgifter som belyser kommunernas ANDT-situation har dels varit den gällande ANDT-strategin och de ANDT-indikatorer som tagits fram och beslutats (Socialdepartementet 2011a; 2011b), dels tidigare utvärderingar (ex. Grundh 2011; Statens folkhälsoinstitut 2008). Följande inklusionskriterier har legat till grund för urval av statistik:

- Omfattar samtliga kommuner (med ett undantag)
- Tillgänglighet (att uppgifterna är möjliga att inhämta från olika statistikproducerande myndigheter)
- Aktualitet (uppgifterna avser år 2007-2012)
- Urvalsstorlek

Totalt bedömdes 10 olika statistikuppgifter vara relevanta för kartläggningens syfte. Ett antal för kartläggningen möjliga uppgifter har emellertid valts bort på såväl kvalitetsmässiga och metodologiska som etiska grunder. Ett skäl är att den grundläggande undersökningens urval är alltför litet och därmed kan ge missvisande resultat på lokal nivå. Ett annat är att en specifik variabel har låg förekomst i sig, vilket kan innebära att slumpens påverkan är alltför inflytelserik eller att det kan vara etiskt tveksamt att redovisa den. Ytterligare en orsak kan vara att vissa uppgifter främst lämpar sig för analyser på nationell nivå och är svåra att omsätta till eller bryta ner på lokal nivå (ex. polistillslag).

Underlaget för bedömning av kommunens förändringsbenägenhet utgörs av telefonintervjuer med fyra nyckelpersoner i respektive kommun och personliga intervjuer med kommunernas samordnare. De förstnämnda valdes ut av samordnarna i enlighet med de inklusionskriterier som metoden föreskriver, att de skulle vara insatta i frågan (d.v.s. ha kunskap om den aktuella

² Andel öppet arbetslösa och personer i program med aktivitetsstöd i åldern 18-64 år dividerat med antal invånare 18-64 år. Avser statistik från mars månad år 2012. Källa: Kommun- och landstingsdatabasen.

³ Andel barn totalt som finns i ekonomiskt utsatta hushåll 2010. Med 'ekonomiskt utsatta' menas hushåll med låg inkomst eller socialbidrag. Med 'låg inkomst' menas lägsta utgiftsnivå baserad på den socialbidragsnorm, som fastställdes på 1980-talet (med inflationsuppräknings) och en norm för boendeutgifter. Om inkomsterna understiger normen för dessa utgifter definieras detta som låg inkomst. Med socialbidrag menas att sådant erhållits minst en gång under året. Senast uppdaterad: 2012-10-26 09:00 Källa: Statens folkhälsoinstitut.

⁴ Andel barn och ungdomar som saknar behörighet till gymnasieskolan våren 2011. Senast uppdaterad: 2012-10-26 09:00 Källa: Statens folkhälsoinstitut.

ANDT-situationen i kommunen), ha intresse för preventionsfrågor, samt representera olika organisationer/verksamheter i kommunen (jfr Edwards m.fl. 2000; Donnermeyer m.fl. 1997). Det kan med fördel handla om initierade personer t.ex. inom hälso-/sjukvården, polisen, socialtjänsten, skolan eller frivilligorganisationer, men även om beslutsfattare eller lokalpolitiker.

När det gäller kartläggningens andra del har totalt 55 personer intervjuats, d.v.s. fem från respektive kommun. Könsfördelningen var relativt jämn (54 % kvinnor och 46 % män) och intervjupersonerna hade olika funktioner eller professioner och tillhörde olika organisationer som t.ex. socialtjänst, skola, fritid, frivilligorganisation, polis, sjukvård eller politiska nämnder. De elva samordnare som intervjuades personligen kunde även representera olika verksamheter, såsom socialtjänst, folkhälsa och fritidsförvaltning.

3.2. Instrument och datainsamling

Som stöd i insamlingsarbetet användes en matris där relevanta statistikuppgifter för de olika kommunerna fördes in. Därefter registrerades uppgifterna i statistikprogrammet SPSS Statistics 20 för fortsatt bearbetning och analys.

I den andra datainsamlingen har den strukturerade intervjun Community Readiness utgjort det huvudsakliga underlaget för intervjuer med både nyckelpersoner och samordnare. Emellertid har ytterligare frågor ställts till de sistnämnda, t.ex. kring deras uppdrag, mandat, roll, stöd och framtidsutsikter.

Inledningsvis togs kontakt med Karolinska institutet som med stöd av Statens folkhälsoinstitut tidigare hade utvecklat och översatt den strukturerade intervjun CR. När detta inte visade sig vara möjligt gjordes en egenhändig översättning av både formulär och manual. I linje med de riktlinjer som finns beträffande översättning av internationella intervju- eller enkätförlagor genomfördes en s.k. back-translation, d.v.s. efter att CR översatts till svenska gjordes en professionell återöversättning till engelska för att säkerställa att intervjun inte skiljer sig från originalet (Plested m.fl. 2006). Ett antal pilotintervjuer utfördes också, vilket sammantaget resulterade i några språkliga justeringar.

CR omfattar sex olika områden eller dimensioner och består av nio nivåer som representerar kommuners olika relation till problemet. Den semi-strukturerade intervjun omfattar totalt 36 frågeställningar och tar ca 45 minuter att genomföra. De sex dimensionerna är:

1. Kommunens nuvarande insatser
2. Kommunens kännedom om nuvarande insatser
3. Ledarskap
4. Frågans ställning i kommunen
5. Kommuninvånarens kunskap om problemet
6. Resurser relaterade till frågan

Följande tabell illustrerar modellens nivåindelning och vad som kännetecknar dem samt rimliga mål för insatser.

Tabell 3. En översikt över de olika nivåerna i Community Readiness Model.

Nivå	Kännetecken	Rimligt mål för insatser
1. Ingen medvetenhet	Frågan uppfattas ej som ett problem	Skapa problemmedvetenhet
2. Förnekelse	Enstaka personer är medvetna om problemet, majoriteten omedveten	Öka medvetenhet genom att beskriva problemet lokalt
3. Låg medvetenhet	Flera personer är medvetna om problemet men motivation för åtgärder saknas	Öka medvetenhet och insikt om lokala möjligheter – skapa motivation
4. Planering	Tydligt erkännande av problem och insikt om behov av åtgärder	Konkreta förslag på strategier och insatser
5. Förberedelse	Planering har skett, visst stöd från chefer finns	Samla in existerande data i syfte att planera strategier och relevanta metoder
6. Initiering av arbetssätt	Strategier finns för att hantera problemet	Specifik lokal information, beslut om och finansiering av insatser
7. Stabilisering av arbetssätt	Program/aktiviteter pågår	Stabilisera och samordna med existerande arbete
8. Förstärkning/utvidgning	Insatser ses som värdefulla, ledning stödjer utveckling av arbetet	Expandera, intensifiera
9. Professionalisering	Utvärderingar är gjorda, arbetssättet spritt	Upprätthåll, effektivisera och utvärdera

Som framgår av tabellen så ses på den lägsta nivån t.ex. inte alkohol eller narkotika som något problem i kommunen, varken hos allmänhet eller hos myndigheter. För mellannivån finns visst stöd från politiker och ledande tjänstemän samt planer för införande av ANDT-strategier och –program. På den översta nivån arbetar kommunen på ett mycket medvetet och avancerat sätt med ändamålsenliga aktiviteter och program som även utvärderas kontinuerligt för att förbättras ytterligare. Kopplat till varje nivå finns en uttalad målsättning.

Efter att intervjuer utförts görs skattningar för samtliga dimensioner i varje intervju. Kopplat till varje dimension finns ett antal nivåindelade påståenden eller sammanfattande sentenser som ska underlätta tolkning och skattning av intervjuernas utsagor. Därefter beräknas ett index för de sex dimensionerna tillsammans samt var för sig för samtliga intervjuer och till sist görs en bedömning av varje kommuns förändringsberedskap utifrån ovanstående nio nivåer.

Modellen ger även förslag på ett flertal lämpliga kommunspecifika strategier och aktiviteter anpassade till varje tröskel, för att kommunen ska kunna utvecklas och kliva upp ytterligare en nivå. Det kan t.ex. handla om att få upp frågan på agendan, kanske genom att skriva insändare i lokalpressen eller att träffa beslutsfattare för att göra de uppmärksamma på problemen. I samband med att resultaten återförs till kommunen, diskuteras och utvecklas dessa föreslagna strategier och aktiviteter gemensamt med kommunföreträdare. Ett sådant tillvägagångssätt ligger härmed även väl i linje med projektets interaktiva intention. Efter att relevanta strategier och preventionsmetoder införts i kommunerna finns det möjlighet att genomföra en uppföljning i ett senare skede, genom att upprepa kartläggningen. I samband med uppföljning kan det vara betydelsefullt att komplettera Community Readiness-intervjuer med andra uppgifter av mer objektiv karaktär för att belysa förändring (Slater m.fl. 2005).

3.3. Genomförande och analys

Statistiken samlades in via ett antal olika källor och databaser: Kommun- och landstingsdatabasen, Folkhälsoinstitutets databas och Statistiska centralbyrån. De uppgifter som inhämtades är fakta- och statistikuppgifter om alkohol-, narkotika-, dopnings- och tobaksanvändning på lokal nivå samt problem relaterade till det för respektive kommun. De insamlade statistikuppgifterna och resultaten av CR-intervjuerna har registrerats, bearbetats och analyserats i SPSS. Resultaten har sammanställts i frekvenstabeller och diagram. Ett flertal sambandsanalyser med Spearman's korrelationskoefficient har även utförts.

För intervjudelen valde respektive kommuns samordnare i alkohol- och drogfrågor ut lämpliga nyckelpersoner och lämnade adressuppgifter för dessa. Nyckelpersonerna kontaktades, tid för intervju avtalades och det redogjordes samtidigt för intervjuens syfte och upplägg samt etiska aspekter som samtycke, konfidentialitet och anonymitet. Fyra erfarna intervjuare genomförde totalt 55 intervjuer som samtliga spelades in och sedan ordagrant transkriberades. Intervjuerna tog mellan 19 och 57 minuter, med en genomsnittlig tid av 32 minuter. Analysarbetet skedde i enlighet med handboken (se Plested m.fl. 2006), d.v.s. varje bedömare läste först igenom varje intervjuutskrift för att få en känsla och uppfattning om dess helhet, sedan skattades varje dimension utifrån de påståenden som bäst motsvarar eller lever upp till de svar som givits på de olika frågorna. Därefter diskuterade de två bedömarna sina respektive skattningar och kom, i de fall olikheter förelåg, överens om en gemensam skattning. Avslutningsvis summerades de olika intervjuernas skattningar för respektive kommun och kompletterades med sammanfattande intryck av kommunens förändringsberedskap.

3.4. Tillförlitlighet, giltighet och generaliserbarhet

För de olika statistikuppgifterna skiftar insamlingsmetod och kvalitet, och därmed möjligheten att dra generella slutsatser. Vi hänvisar här till de fotnoter som närmare presenterar de olika datamaterialen.

Beträffande intervjumaterialet så har den strukturerade intervjun CR uppvisat god reliabilitet och validitet i tidigare studier (Plested m.fl. 2006). Det är dock inte säkert att dessa resultat är direkt överförbara till andra kulturella kontexter, för det krävs nya tester och prövningar av intervjun, i detta fall för svenska förhållanden. En s.k. back-translation är ett sätt att sträva efter att bevara intentionen och giltigheten i den översatta intervjun. Noggrannhet under kartläggningens samtliga steg är också viktiga aspekter för att de insamlade uppgifterna ska uppfylla en tillfredsställande tillförlitlighet.

Intervjumetoden föreskriver två oberoende bedömare som var för sig skattar intervjuerna. Denna s.k. interbedömarreliabilitet fokuserar särskilt på intervjuares bedömningar och graden av överensstämmelse mellan olika intervjuare, d.v.s. i detta fall huruvida olika bedömare uppfattar intervjuutsagorna på samma sätt. Av betydelse för interbedömarreliabiliteten är bl.a. hur utbildad och erfaren intervjuaren är, men också hur väldefinierade de olika frågorna är i intervjuformulär och manual (Anderberg & Dahlberg 2007). I detta fall konstaterades att skattningarna i de flesta fall var lika eller låg nära varandra. I några enstaka fall hade de två bedömarna relativt olika uppfattning.

Validiteten beträffande strukturerade intervjuer beskriver dels hur väl den specifika företeelsen blir belyst i relation till sitt syfte, dels vilken tillit som kan fästas till den insamlade informationen – i vilken grad den teoretiska grunden speglas i resultaten. I detta fall innebär det hur väl den aktuella ANDT-situationen och kommunernas förändringsberedskap inför det fortsatta preventionsarbetet blir belyst i kartläggningen.

Genom att vissa faktauppgifter är något osäkra och då antalet intervjuer är begränsade, är det svårt att generalisera resultaten. Kartläggningens avsikt är inte att dra generella slutsatser,

utan strävar istället efter att belysa hur ANDT-arbetet specifikt kan ta sig uttryck i de undersökta kommunerna.

3.5. Etiska överväganden

Kartläggningen har följt de forskningsetiska råd och principer som gäller för vetenskapliga undersökningar (Vetenskapsrådet 2002). När det gäller informationskravet upplystes samtliga intervjupersoner om kartläggningens syfte och villkoren för deltagande, både vid bokning av intervjuer och i samband med själva intervjutillfället. Samtidigt fick de ta ställning till deltagande och gav sitt muntliga samtycke till att medverka. Intervjupersonerna informerades även om att deras svar behandlas konfidentiellt och att deras namn inte finns med i någon skriftlig rapport eller redovisning. Det inspelade och det transkriberade materialet har förvarats på ett rättssäkert sätt och det ursprungliga materialet kommer att raderas när kartläggningen avrapporterats. När det gäller nyttjandekravet har deltagarna informerats om att resultaten används för den aktuella kartläggningen och framtida forskningsrapporter samt att de kommer att få möjlighet att ta del av den färdiga rapporten.

4. Resultat

I denna del presenteras kartläggningens resultat för hur alkohol-, narkotika-, dopnings- och tobaksanvändning ser ut i de elva undersökta kommunerna samt bedömningen av den förändringsberedskap som föreligger.

4.1. Kommunernas aktuella ANDT-situation

Inledningsvis ges en helhetsbild över den aktuella ANDT-situationen i de elva kommunerna utifrån ett flertal olika indikatorer i form av tillgängliga statistikuppgifter.

Tabell 4. Indikatorer för den lokala alkohol-, narkotika- och tobakssituationen i de 11 kommunerna.

	Alv	Hul	Hög	Les	Mar	Mön	Mör	Tin	Upp	Vim	Älm
Alkoholförsäljning Systembolaget ⁵	3,4	3,3	6,0	4,3	4,4	4,8	7,6	4,5	3,8	6,1	4,2
Antal serveringstillstånd ⁶	9,6	11,1	8,0	26,7	16,1	11,9	30,7	16,1	16,7	19,9	13,9
Andel med riskabla alkoholvanor ⁷	11,0	12,0	-	11,0	9,0	8,0	10,0	11,0	10,0	11,0	11,0
Antal vårdade med alkoholdiagnos ⁸	8,5/ 33,4	15,6/ 40,4	21,6/ 46,4	13,6/ 39,9	8,1/ 23,5	13,6/ 34,1	12,0/ 33,6	13,9/ 27,5	11,4/ 37,7	13,1/ 27,2	8,6/ 19,1
Anmälda fall av rattfylleri ⁹	24,9	23,5	27,7	19,7	18,8	21,7	15,6	12,3	19,5	8,4	14,7
Antal vårdade med narkotikadiagnos ¹⁰	7,8/ 12,7	8,3/ 11,3	9,2/ 10,2	6,4/ 12,6	4,3/ 8,0	5,8/ 10,4	2,7/ 5,5	6,8/ 9,3	4,8/ 9,6	4,8/ 9,5	1,4/ 6,2
Anmälda fall av drograttfylleri ¹¹	15,9	11,8	10,4	14,8	25,1	5,4	12,1	12,3	4,3	3,9	10,9
Anmälda fall av narkotikabrott ¹²	55,7	82,3	32,9	53,0	75,3	34,2	68,9	55,4	23,7	45,3	50,6
Röker tobak dagligen ¹³	13,0	17,0	-	13,0	15,0	10,0	10,0	13,0	15,0	13,0	14,0
Använder tobak dagligen ¹⁴	24,0	30,0	-	24,0	23,0	22,0	25,0	25,0	28,0	24,0	24,0

Av tabell 4 framgår att alkoholförsäljningen under år 2011 var högst i Mörbylånga, Vimmerby och Högsby, medan den är lägst i Hulstafred, Alvesta och Uppvidinge. När det gäller flest beviljade serveringstillstånd i relation till invånare ligger Mörbylånga, Lessebo

⁵ Alkoholförsäljning från Systembolaget år 2011, antal liter per invånare som är 15 år eller äldre. Total försäljning omräknat till 100 % alkohol. Försäljningsuppgifterna i relation till befolkning är beräknat av Statens folkhälsoinstitut. Senast uppdaterad: 2013-01-11. Källa: Statens folkhälsoinstitut.

⁶ Antal serveringstillstånd 2011 per 10 000 invånare som är 15 år eller äldre. Uppgifterna bygger på kommunernas rapportering till Statens folkhälsoinstitut och avser antal serveringstillstånd som inrapporterats den 31/12 respektive år. Senast uppdaterad: 2012-10-16. Källa: Statens Folkhälsoinstitut.

⁷ Avser år 2008-2011. Nationella folkhälsoenkäten är en urvalsundersökning bland befolkningen 16-84 år, värden presenteras som åldersstandardiserade 4-årsmedelvärden. Senast uppdaterad: 2012-11-19. Källa: Statens folkhälsoinstitut.

⁸ Antal vårdade i alkoholrelaterade sjukdomar/10 000 invånare som är 15 år eller äldre efter kommun och kön. Medelvärden över 5 år. Diagnos enligt alkoholindex, se bilaga. Senast uppdaterad: 2012-12-21. Källa: Statens folkhälsoinstitut.

⁹ Antal anmälda fall av rattfylleri år 2011 per 10 000 invånare som är 15 år eller äldre. Senast uppdaterad: 2012-12-05. Källa: Statens folkhälsoinstitut.

¹⁰ Antal vårdade i narkotikarelaterade sjukdomar år 2007-2011 per 10 000 invånare som är 15 år eller äldre efter kommun och kön. Medelvärden över 5 år. Diagnos enligt narkotikaindex. Senast uppdaterad: 2012-12-21. Källa: Statens folkhälsoinstitut.

¹¹ Antal anmälda fall av drograttfylleri år 2011 per 10 000 invånare som är 15 år eller äldre. Senast uppdaterad: 2012-08-09. Källa: Statens folkhälsoinstitut.

¹² Narkotikarelaterade brott år 2011, antal anmälda fall per 10 000 invånare. Senast uppdaterad: 2012-08-09. Källa: Statens folkhälsoinstitut.

¹³ Avser år 2008-2011. Nationella folkhälsoenkäten är en urvalsundersökning bland befolkningen 16-84 år, värden presenteras som åldersstandardiserade 4-årsmedelvärden. Senast uppdaterad: 2012-10-25. Källa: Statens folkhälsoinstitut.

¹⁴ Avser år 2008-2011. Daglig tobaksanvändning består av de som snusar och/eller röker dagligen. Nationella folkhälsoenkäten är en urvalsundersökning, värden presenteras som 4-årsmedelvärden. Senast uppdaterad: 2012-10-25. Källa: Statens folkhälsoinstitut.

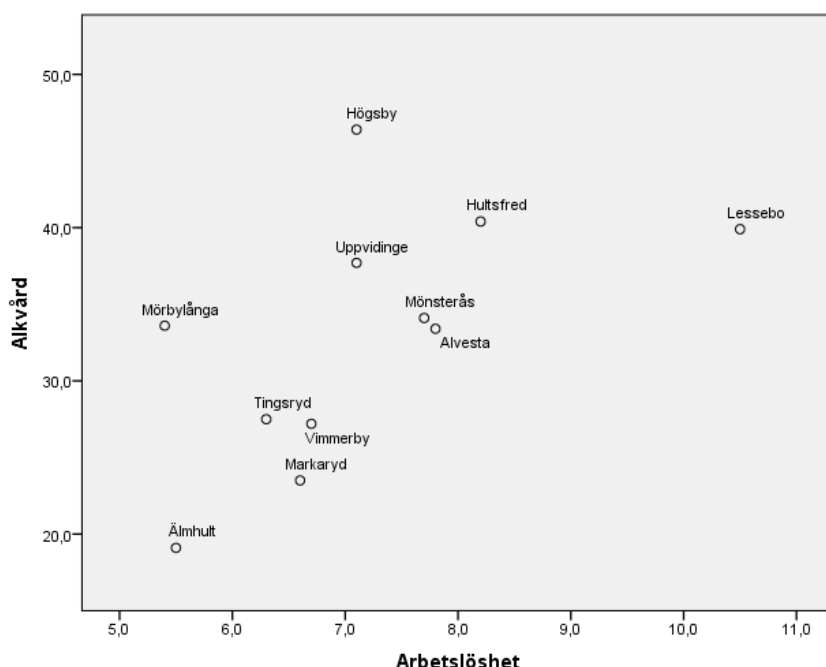
och Vimmerby högst. Lägst andel tillstånd per invånare har Högsby, Alvesta och Hultsfred. Beträffande personer med riskabla alkoholvanor, har Hultsfred något större andel än övriga kommuner, medan Mönsterås har lägst. För vårdade män med någon form av alkoholdiagnos ligger Högsby och Hultsfred högst, medan andelen är lägst i Markaryd, Alvesta och Älmhult. Motsvarande rangordning för kvinnor är likartad, med Högsby och Hultsfred högst, och Markaryd, Älmhult och Vimmerby uppvisar lägst nivåer. Antalet anmälda rattfylleribrott är högst i Högsby, Alvesta och Hultsfred och lägst i Vimmerby, Tingsryd och Älmhult.

Andel vårdade med någon typ av narkotikarelaterad diagnos är högst i Alvesta, Lessebo och Hultsfred. Lägst nivåer uppnår Mörbylånga, Älmhult och Markaryd. Drograttfylleribrotten var under år 2011 vanligast förekommande i Markaryd, Alvesta, Lessebo och Mönsterås. I minst omfattning grips man i Vimmerby, Uppvidinge och Högsby för detta brott. Beträffande anmälda narkotikabrott för år 2011, var antalet högst i Hultsfred, Markaryd och Mörbylånga, medan minst antal personer greps i Uppvidinge, Mönsterås och Högsby.

I Hultsfred, Uppvidinge och Markaryd tycks det finnas flest personer som röker dagligen. Dessa värden är lägst i Mörbylånga och Mönsterås. Användningen av tobak uppvisar liknande mönster, med flest andelar i Hultsfred och Uppvidinge, medan lägst frekvenser ses i Mönsterås, Markaryd och Lessebo.

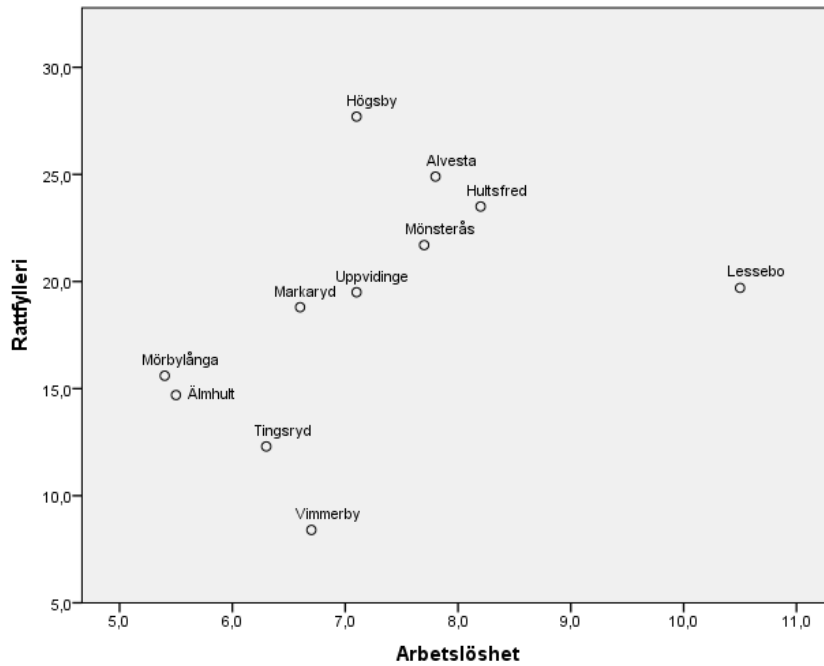
Med utgångspunkt i de bakgrundsvariabler som vi valde att ta med, genomfördes sambandsanalyser med de övriga faktauppgifterna kring alkohol, narkotika och tobak samt intervjuresultaten. Följande diagram redovisar hur några signifikanta samband tar sig uttryck.

Diagram 1. Samband mellan andel öppet arbetslösa och personer i program med aktivitetsstöd i åldern 18-64 år och antal vårdade män i alkoholrelaterade sjukdomar per 10 000 invånare.



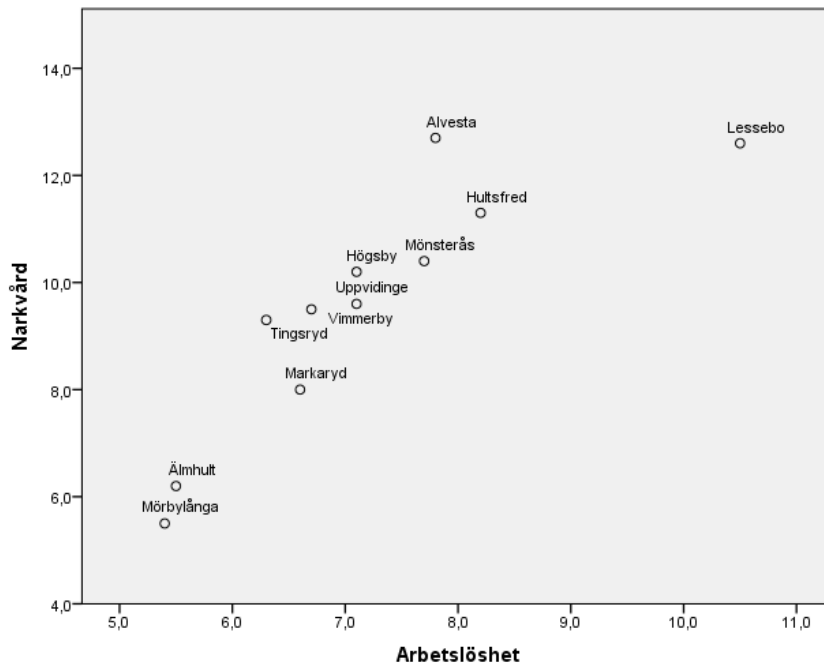
Som framgår av diagrammet så finns det ett ganska tydligt samband mellan arbetslöshet och alkoholrelaterade sjukdomar hos män (0,64). Några kommuner avviker från mönstret och hamnar utanför den tänkta diagonala regressionslinjen, t.ex. Högsby och Mörbylånga som har något högre antal vårdade.

Diagram 2. Samband mellan andel öppet arbetslösa och personer i program med aktivitetsstöd i åldern 18-64 år och antal anmälda fall av rattfylleri år 2011 per 10 000 invånare.



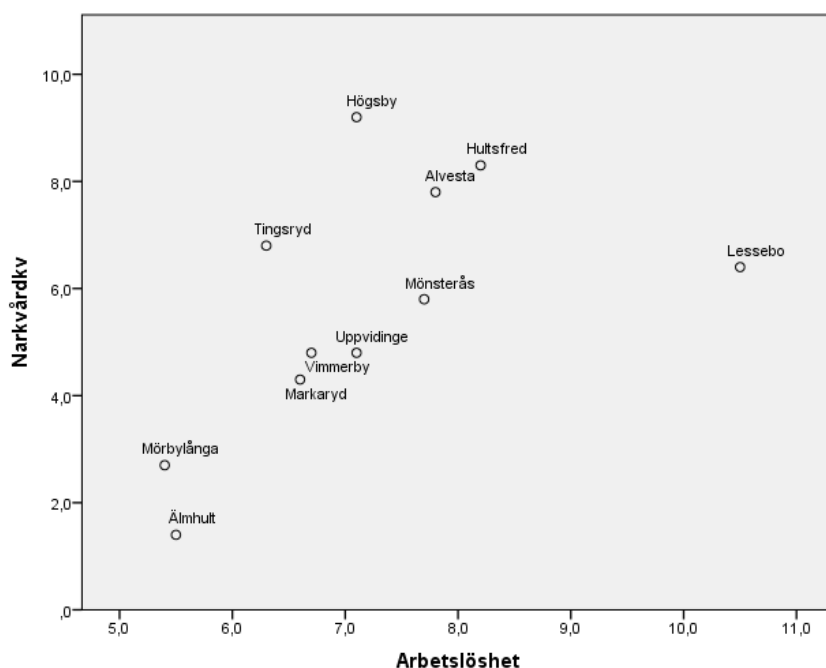
Här påvisas även sambandet mellan arbetslöshet och antal fall av rattfylleri i de 11 kommunerna (0,70). Även här frångår Högsby den tänkta diagonalen med något fler fall, likaså Vimmerby som har mindre fall av rattfylleri.

Diagram 3. Samband mellan andel öppet arbetslösa och personer i program med aktivitetsstöd i åldern 18-64 år och antal vårdade män i narkotikarelaterade sjukdomar per 10 000 invånare.



Diagrammet visar på ett nästan perfekt samband mellan de två faktorerna arbetslöshet och antal vårdade män med någon form av narkotikadiagnos (0,96). Alvesta avviker något från mönstret med högre antal vårdade män.

Diagram 4. Samband mellan andel öppet arbetslösa och personer i program med aktivitetsstöd i åldern 18-64 år och antal vårdade kvinnor i narkotikarelaterade sjukdomar per 10 000 invånare.



I det fjärde diagrammet återkommer det tidigare mönstret och också här är sambandet signifikant (0,67), även om Högsby och Tingsryd avviker något med högre antal kvinnor som vårdats för narkotikaproblem.

4.2. Kommunernas förändringsberedskap för ANDT-arbete

I detta avsnitt presenteras resultaten från Community Readiness-intervjuerna med nyckelpersoner och samordnare.

Tabell5. Kommunernas förändringsberedskap totalt samt för respektive dimension.

	Alv	Hul	Hög	Les	Mar	Mön	Mör	Tin	Upp	Vim	Älm
Kommunens nuvarande insatser	6,2	6,8	7,0	3,6	6,4	7,0	7,0	5,4	4,0	7,0	5,8
Kommunens kännedom om nuvarande insatser	4,6	4,6	4,4	3,6	4,0	5,6	4,4	3,8	3,2	6,2	4,8
Ledarskap	4,8	5,4	4,0	2,8	3,8	6,8	4,8	4,2	3,2	6,0	5,0
Frågans ställning i kommunen	5,6	5,4	4,0	3,4	3,8	6,6	5,2	3,6	4,0	6,2	4,8
Kommuninvånarens kunskap om problemet	4,6	4,6	4,2	3,6	4,6	5,6	5,4	4,0	4,2	5,8	4,6
Resurser relaterade till frågan	5,6	5,0	4,8	3,2	4,0	6,6	5,6	4,2	3,8	5,2	5,4
Kommunens förändringsberedskap	5,2	5,3	4,7	3,4	4,4	6,4	5,4	4,2	3,7	6,0	5,1

Av tabell 5 framgår att flera kommuners nyckelpersoner redovisar att de har relativt många ANDT-insatser och att de också har funnits under flera år. Högsby, Mönsterås, Mörbylånga,

Vimmerby och Hultsfred anger flest insatser, medan Lessebo och Uppvidinge anger få förebyggande aktiviteter.

Grundläggande kunskaper om de lokala insatsernas syfte och innehåll skiftar och här förefaller Vimmerby och Mönsterås arbeta mest aktivt med att föra ut information om ANDT-insatser till övriga myndigheter eller organisationer. I Uppvidinge, Lessebo och Tingsryd verkar kunskapen i kommunen vara mer begränsad.

När det gäller ledarskap knutet till området, är de ansvariga i Mönsterås och Vimmerby både aktiva och stödjande i genomförandet av ANDT-insatser enligt representanterna. Ledarskapet skattas betydligt lägre i Lessebo och Uppvidinge.

Detta mönster går även igen i uppfattning om vilken ställning ANDT-frågan har, genom att kommunens politiker och ledande tjänstemän i Vimmerby, Mönsterås och Mörbylånga tycks ta ansvar och uppvisa engagemang, medan frågan har betydligt lägre intresse och prioritet i Lessebo, Tingsryd och Markaryd.

Kommuninvånarens kunskap om alkohol-, narkotika-, dopnings- och tobaksproblem uppvisar mindre skillnader mellan kommunerna, även om merparten av invånare i Vimmerby, Mönsterås och Mörbylånga förefaller ha god kännedom problemen genom att det finns en hög tillgänglighet till lokal information och statistik kring frågan. I Lessebo och Tingsryd anses informationen vara mer begränsad och därmed även kunskapen om problematiken.

Kommunernas resurser i form av ekonomi, personal och tid visar på större variation. I några kommuner har specifika medel för förebyggande insatser avsatts eller anslagits och bäst förutsättningar, enligt nyckelpersonerna, har Mönsterås, Mörbylånga, Alvesta och Älmhult. Mindre resurser tycks Lessebo, Uppvidinge, Markaryd och Tingsryd förfoga över.

Sammantaget ger de sex dimensionerna en bild av att Mönsterås och Vimmerby uppnår en relativt hög och stabil nivå i ANDT-arbetet, där det finns utarbetade planer, strategier och aktiviteter. Betydligt sämre villkor verkar råda i Lessebo, Uppvidinge, Tingsryd och Markaryd där medvetenheten om och engagemanget för frågan enligt respondenterna är lägre. Däremellan befinner sig de övriga kommunerna.

5. Diskussion

I denna avslutande del diskuteras inledningsvis kartläggningens metoder och begränsningar. Därefter analyseras och diskuteras resultaten på generell nivå samt ges förslag på hur man kan gå vidare med ANDT-arbetet i kommunerna.

5.1. Metoddiskussion

Tanken med att först undersöka villkor och förutsättningar, innan införande av forskningsbaserade preventiva metoder eller arbetssätt sker i en kommun, är klok. Det är en idé som även stöds av en samlad forskning kring framgångsrik implementering (Nutley m.fl. 2007). Community Readiness (CR) är en sympatisk och konstruktiv modell för kommun- eller organisationsförändring genom att den utgår från kommunens eller organisationens unika kultur och resurser samt dess förändringsberedskapsnivå, för att mer effektivt möta ett identifierat problem eller behov. Modellen kan även bidra till att frågan uppmärksammas på ett tydligare sätt och i bästa fall även leda till ett ökat samarbete mellan organisationer och mellan engagerade individer. Flertalet av de specifika frågor som ingår i den strukturerade intervjun är synnerligen relevanta för denna kartläggningens syfte och överensstämmer i stor utsträckning med slutsatser från tidigare utvärderingar och studier inom området (Grundh 2011; Statens folkhälsoinstitut 2008). Följaktligen har vi i denna kartläggning använt oss i mycket större utsträckning – än metoden egentligen föreskriver – av innehållet i intervjuutsagorna för analys.

Men som alla modeller bygger även CR på förenklingar som medför olika svagheter. Andra begränsningar är att vissa begrepp i ursprungsintervjun har varit svåra att översätta och definiera på ett entydigt och enkelt sätt, något som i sin tur kan ha bidragit till att olika tolkningar gjorts av intervjupersonerna. Exempel på ett sådant svåröversatt begrepp är community och vad som avses med det. Det kan på engelska betyda både kommun, lokalsamhälle, område och förvaltning. I denna kartläggning har vi använt både ”kommunens myndigheter” och ”kommun”. I de ”större” kommunerna kan det även vara svårt för en respondent att ha en helhetsbild av situationen, istället tycks det utgöra mer av sitt egna perspektiv som i sig kan vara ganska begränsat.

Kommunernas nuvarande insatser skattas generellt högt av respondenterna. Under denna dimension inryms även planer eller policydokument. I svenska kommuner sker det i regel alltid någon form av ANDT-arbete (ofta även sedan flera år tillbaka), i form av antingen plan eller aktivitet, vilket får till följd att de skattade värdena ofta blir högre här i jämförelse med övriga dimensioner. Huruvida insatserna är av god kvalitet är emellertid en empirisk fråga, dock kan en vidareutveckling av CR-intervjun vara att fokusera på enbart kunskapsbaserade insatser här.

I några fall har det även varit svårt att koppla alltför kortfattade intervjuutsagor till de på förhand formulerade påståenden som används som stöd vid skattning och bedömning. Skattningsprocessen är känslig och inrymmer också ett flertal andra utmaningar. Överlag iaktogs mindre avvikelser mellan de olika bedömarna, men i flera fall konstaterades en viss överskattning hos de ”egna intervjuer” som man genomfört i jämförelse med den andra bedömaren. En möjlighet är att de egna värderingarna i viss mån påverkar bedömningen. Detta skulle troligen kunna undvikas genom att man inte skattar de intervjuer som man själv gjort. I de fall där olikheter i tolkning har gjorts, har den lägre skattningen valts.

Att sammanföra samtliga deltagande kommuner under det gemensamma begreppet ”mindre kommun” kan vara problematiskt, då det finns stora skillnader i invånarantal. En kommun kan vara dubbelt eller tredubbelt så stor som en annan och därmed föreligger en viss minskad jämförbarhet, t.ex. skillnader avseende preventionsprogram och resurser. Det blir lite som att jämföra ”äpplen och päron” och de kommuner som ligger i det övre spannet storleksmässigt, kräver troligen även fler nyckelpersonsintervjuer för att ge en mer representativ bild.

Generaliserbarheten i en sådan här kartläggning är av sakens natur begränsad. Dock är flera resultat överensstämmande med de som framkommit i andra lokala utvärderingar eller undersökningar (Grundh 2011; Statens folkhälsoinstitut 2008), vilket tyder på att de ändå har en viss relevans och därmed kan vara överförbara i den meningen att de kan ha bärighet även i andra liknande sammanhang eller kartläggningar. Lämnade uppgifter från nyckelpersoner överensstämmer i hög grad även med information från personliga intervjuer med samordnare, t.ex. när det gäller befintliga planer/policies och andra ANDT-dokument. Dock krävs en mer systematisk validitetsprövning av intervjumetoden framöver.

5.2. Övergripande analys

Det finns viss anledning till uppmärksamhet kring de fakta som redovisats för den aktuella situationen i kommunerna beträffande alkohol, narkotika och tobak. Några kommuner ligger över riksgenomsnittet för alkoholförsäljning: Mörbylånga, Vimmerby och Högsby. Antal serveringstillstånd per 10 000 invånare ligger för fem av kommunerna (Mörbylånga, Lessebo, Vimmerby, Uppvidinge, Markaryd och Tingsryd) på en högre nivå i de båda länen i jämförelse med riksnivån. Andel personer med riskabla alkoholvanor ligger generellt något

under rikets nivåer, detta gäller särskilt för kvinnor. Undantag kan iakttagas för män i Hultsfred och Vimmerby. Antal vårdade med alkoholrelaterade sjukdomar ligger i några kommuner över riksgenomsnittet, i Hultsfred och Lessebo för män, i Högsby för både män och kvinnor. De övriga kommunerna befinner sig under genomsnittsnivån. Generellt tycks rattfylleribrotten vara mer vanligt förekommande i de båda länen jämfört med övriga Sverige.

Beträffande antal vårdade för narkotikarelaterade sjukdomar ligger samtliga kommuner under genomsnittet för riket, dock uppvisar Högsby något högre siffror vad gäller kvinnor. För drograttfylleri återfinns några kommuner över rikets nivå, det gäller Markaryd, Alvesta, Lessebo och Mönsterås.

När det gäller daglig tobaksrökning ligger de flesta kommunerna i båda länen över riksgenomsnittet för både kvinnor och män, undantaget Mönsterås och Mörbylånga. Likaså för tobaksanvändning generellt.

Det blir viktigt att följa utvecklingen i de medverkande kommunerna framöver.

Intervjuerna med stöd av Community Readiness-metoden har kunnat påvisa att det i många kommuner helt saknas övergripande ANDT-planer eller att de som finns är inaktuella. I några fall har de ersatts av folkhälsoplaner. Intervjuerna med samordnare och nyckelpersoner indikerar även att planerna – i den mån de finns – sällan är levande dokument som används eller följs upp, utan de tycks mest finnas där för syns skull. Att utforma specifika ANDT-planer skulle på ett påtagligare sätt visa på områdets unika karaktär samt på dess angelägenhetsgrad och status i kommunen.

Flera av de insatser eller aktiviteter som förekommer och lyfts fram i kommunerna har osäkra vetenskapliga belegg för att fungera preventivt, exempelvis ospecificerad ANDT-undervisning i skolan och drogfria aktiviteter eller arrangemang. En del evidensbaserade program eller metoder förefaller dock ha vunnit viss spridning och framgång, t.ex. Ansvarsfull alkoholserving, Tobaksfri DUO, Rökfria skolgårdar, ÖPP/Effekt. Nuvarande ANDT-insatser avser främst ungdomar, vilket förefaller vara en relevant och klok prioritering. Dock är det viktigt att det även finns insatser som vänder sig till vuxna, t.ex. Ansvarsfull alkoholserving och förstärkt tillsyn.

En framkomlig väg kan vara att successivt ersätta befintliga ANDT-insatser med metoder eller program som stöds av forskning. Det är emellertid viktigt att dessa metoder utförs så som tänkt och att inga betydande avsteg görs. Brister i genomförande kan innebära att de effekter som metoden i forskningsresultat visat sig kunna uppnå minskar eller uteblir (Dusenbury m.fl. 2003; Ferrer-Wreder m.fl. 2005; Roselius och Sundell 2008). Om man ändå hävdar att en särskild aktivitet har positiva förebyggande effekter, behöver påståendet understödjas av en professionellt utförd utvärdering.

Eftersom det förebyggande arbetet beträffande alkohol-, narkotika-, dopnings- och tobaksproblem i flera kommuner inte har en väldefinierad plats, innebär det också att ett flertal olika kommunala förvaltningar är involverade i arbetet. Det får till följd att ansvaret för ANDT-området inte sällan blir otydligt och hamnar på flera ledande tjänstemäns bord. Frågan hänskjuts ofta till redan etablerade gruppkonstellationer, som t.ex. Brottsförebyggande råd. Att flera kommunala aktörer verkar parallellt inom området medför även brister i överblickbarhet och samordning, något som flera respondenter tar upp. En tänkbar lösning är att förlägga huvudansvaret på en förvaltning och skapa specifika lednings- och arbetsgrupper för ANDT-frågorna, som i sin tur uppdrar åt andra myndighetsdelar att genomföra specifika insatser.

När det gäller frågans ställning kan man med stöd av kartläggningen något provokativt påstå att ANDT-arbetet i flera kommuner präglas mycket av retorik och mindre av handling.

Intervjuutsagorna illustrerar att lokala politiker och beslutsfattare generellt har en positiv inställning och talar varmt om vikten av att jobba med ANDT-frågor. Följaktligen ansluter man även sig till projektsatsningar av detta slag. Dock hänger den positiva attityden inte med automatik samman med att dessa frågor ges tillräckligt utrymme och ändamålsenliga resurser i fråga om såväl ekonomi och stöd som personal och tjänster. Det utförs visserligen aktiviteter av olika omfattning och i olika former som kan hänföras till det förebyggande området, men ANDT som eget område har sällan en framträdande plats i kommunernas organisation. Därutöver saknas oftast även särskild budget med specifikt öronmärkta medel för preventionsinsatser. Nuvarande arbete görs istället främst inom ramen för ordinarie tjänster och budgetar fördelade på flera förvaltningar. Den uttryckta viljan behöver således också omsättas i konkret handling, något som också skulle peka på områdets framträdande ställning och status.

Det har varit svårt, att med stöd av kartläggningsresultaten, dra slutsatser om kommuninvånarens kunskap och medvetenhet om alkohol-, narkotika-, dopnings- och tobaksproblem. Respondenternas svar är mer av kvalificerade gissningar och det skulle behövas en annan typ av kartläggning för att även fånga denna aspekt. Emellertid kan det konstateras att det ofta saknas relevant informationsmaterial om ANDT, både på kommunernas eller myndigheternas hemsidor och i de verksamheter som specifikt jobbar med frågan. Denna brist bör vara lätt att åtgärda och denna typ av information måste vara uppdaterad och lättillgänglig.

Som tidigare nämnts tycks det i flera kommuner finnas resursbrister av olika slag, främst avseende tjänster och ekonomi. Många samordnare tycks ha alltför lite avsatt tid för konkret preventionsarbete både vad gäller strategiskt arbete och direkt utförande aktiviteter. I de flesta kommunerna innebär det i praktiken olika former av deltidstjänster för enskilda personer, där ANDT-uppdraget ska konkurrera med andra arbetsuppgifter (jfr Statens folkhälsoinstitut 2013). Det resulterar i sin tur i begränsade möjligheter att utveckla eller expandera det lokalt förebyggande arbetet. Att kommuners ANDT-arbete ofta är synonymt med en enda person riskerar även att skapa sårbarhet och instabilitet. Av intervjuerna framgår att alkohol- och drogsamordnarna genomgående besitter en stor och ofta mångårig kunskap samt ett stort engagemang. De drar ett tungt lass, men i längden är de i behov av mer stöd i form av utökade tjänster, tydligare uppdrag och ett påtagligare ledningsstöd.

De fyra diagram som redovisats ovan illustrerar sammantaget de starka och statistiskt signifikanta samband som föreligger mellan arbetslöshetsnivå och antal vårdade för alkohol- och narkotikarelaterade sjukdomar samt rattfylleri. Ju högre arbetslöshet i kommunen, desto större andel invånare som har allvarliga bekymmer med alkohol och narkotika. Lessebo, Hultsfred och Högsby visar på höga nivåer medan Älmhult, Mörbylånga, Vimmerby, Tingsryd och Markaryd befinner sig huvudsakligen i den vänstra nedre delen med lägre arbetslöshet och mindre alkohol- och narkotikaproblem. Även om denna typ av analyser inte kan fastställa en entydig orsaksriktning, är det sannolikt att orsakssamband faktiskt föreligger, eftersom arbetslöshetsnivå hänger samman med flera aspekter av alkohol- och narkotikaproblem. Detta antagande stärks även genom att resultaten överensstämmer med andra studier (Fergusson m.fl. 2001; Gauffin m.fl. 2013; Henkel 2011; Socialstyrelsen 2010). Ett tydligt samband finns även mellan arbetslöshet och andel ungdomar som saknar behörighet till gymnasieskolan. För övriga bakgrundsvariabler syns svagare samband. De mönster som framträder i diagrammen responderar emellertid även med resultaten från intervjuerna kring kommunernas förändringsberedskap.

En mycket viktig slutsats av dessa resultat är att en effektiv preventionsstrategi – utöver specifika ANDT-insatser – är att se till att ungdomar ges de allra bästa förutsättningar som finns för att klara av skolan med godkända betyg och därmed undvika utanförskap samt att se till att vuxna ges optimala möjligheter till sysselsättning och arbete. Det skulle bespara många kommuninvånares lidande och samtidigt ge kommunekonomiska vinster på längre sikt.

Skolans roll tas upp av flera respondenter och ANDT-undervisning som riktar sig till barn och ungdomar i grundskola och gymnasium kan under vissa villkor kan vara framgångsrik och även tillämpbar på flera olika problem. Ett antal betydelsefulla komponenter har visat sig vara gemensamma för flera av de program som uppvisat goda resultat. Sammantaget bör en forskningsbaserad ANDT-undervisning knytas till ett teoretiskt ramverk kring risk- och skyddsfaktorer, innehålla inslag som syftar till beteendeförändring som t.ex. social färdighetsträning, undervisa om samhällets normer kring alkohol och narkotika, anpassas till målgruppens ålder och mognad samt – det kanske allra viktigaste – ges med ett interaktivt pedagogiskt förhållningssätt som skapar delaktighet och engagemang hos elever. Traditionella informationsinsatser, affektiva metoder eller undervisningsinslag i form av livskunskap bör användas mer sparsamt och endast som delar vid sidan av de ovan nämnda inslagen.

Svårigheterna med att implementera färdigpaketerade preventionsprogram, ofta grundade i en internationell förlaga, talar för alternativa strategier för lokalt ANDT-arbete. För att främja personals delaktighet och engagemang kan preventionsarbetet anpassas till de särskilda förutsättningar och behov som råder och skraddarsys utifrån den tänkta målgruppen. Det innebär inte att ett program ska kunna genomföras på hur lösa grunder som helst. En framkomlig väg skulle kunna vara att tillvarata den kunskap som finns om välfungerande preventionsinsatser genom att tillämpa de specifika komponenter, delar och inslag som i forskning visat sig vara betydelsefulla. På denna grund byggs och implementeras sedan en ett lokalt ANDT-arbete med relevant målsättning.

En ännu viktigare preventiv uppgift för skolan – utöver ANDT-undervisning – är att skapa en god skolmiljö och goda relationer mellan elever och lärare samt att samtliga elever lyckas under grundskoletiden så att gymnasiestudier möjliggörs: ”Bland de starkaste skyddsfaktorerna, som kan tillföras ungdomar, återfinns en fungerande skolgång. Den primära insatsen från skolans sida behöver därför vara att motverka utslagning och sträva efter att ge en god skolgång till alla elever” (Svensson 2006, s. 31). Detta står emellertid i direkt motsättning till pågående utveckling, där en allt starkare segregering bland elever, beroende på vilken skola de går i, försvagar eller förstärker deras utsikter till lyckade resultat i skolan. En ökande andel elever går ut grundskolan med ofullständiga betyg och är därmed obehöriga till gymnasieskolan (Skolverket 2012). Genom att lokalt öka skolors aktiviteter för att främja samtliga elevers skolframgång skapas möjligheter till framtida minskad användning av alkohol, narkotika, dopning och tobak. Det skulle därmed även ligga i linje med skolans huvudsakliga uppdrag.

5.3. En modell för ett framtida lokalt ANDT-arbete

Avslutningsvis vill vi fastslå att ANDT-arbetet i så hög utsträckning som möjligt bör bygga på forskningsbaserad kunskap om vad som fungerar respektive inte fungerar, kunskap som utvunnits ur väl genomförda forskningsöversikter, effektutvärderingar och andra empiriska studier, alternativt baserats på etablerade teoretiska förklaringsmodeller. Det stora problemet idag är inte att forskningsbaserad kunskap om verkningsfulla preventionsmetoder saknas, utan att denna kunskap inte i tillräckligt hög grad tillämpas i praktiken (jfr Nordahl m.fl. 2006).

I ljuset av kartläggningens resultat blir det viktigt att bygga en långsiktig struktur för ett mer kunskapsbaserat och systematiskt ANDT-arbete framöver. De båda länens närhet till universitet eller högskolor kan utgöra ett stöd i ett sådant arbete, antingen i form av utvärderingar eller snarare genom handledning av interna utvärderingar för att på så sätt utveckla egen kunskap inom organisationerna.

Här följer ett förslag till utformning av ett sådant lokalt systematiskt preventionsarbete som i stor utsträckning överensstämmer med tidigare kunskaper (se t.ex. Ekeroth 2000; NIDA 2003).

1. I ett första steg kartläggs den lokala förekomsten av alkohol-, narkotika-, dopnings- och tobaksanvändning samt andra riskfaktorer (ex. via LUPP, FHI:s databas).
2. Under det andra steget undersöks kommunens förändringsberedskap, vilket i sin tur utgör underlag för lämpliga strategier t.ex. i form av särskilda utbildningsinsatser, medvetandehöjande inslag (använd t.ex. denna kartläggnings resultat).
3. Kartlägg och inventera i ett tredje steg befintliga program och aktiviteter i syfte att identifiera glapp eller tomrum som kan utgöra ytterligare behov.
4. Med utgångspunkt i den nationella ANDT-strategin och den regionala handlingsplanen, kartläggningsresultaten och de lokala behoven formuleras under steg fyra en specifik ANDT-plan med mål som uppfyller SMART-kriterierna (specifika, mätbara, accepterade, realistiska, tidsbestämda) och vem som ansvarar för vad.
5. I ett femte steg väljs relevanta arbetssätt och metoder som knyts till planens målsättningar, både mer generella aktiviteter och specifika program för riskgrupper. Aktiviteter och program kan vara befintliga eller planerade, men bör som tidigare nämnts huvudsakligen vara kunskapsbaserade. Det är av största vikt att specifika resurser och ansvarig personal kopplas till de respektive aktiviteterna.
6. ANDT-planen förankras under steg sex med berörda beslutsfattare och organisationer.
7. I det sjunde steget sätts planen i verket och de olika aktiviteterna genomförs.
8. Ansvariga ombesörjer i det åttonde och sista steget att genomförda insatser dokumenteras systematiskt, genom att beskriva vilka målgrupper som blir föremål för insatserna och vilket arbete som görs, samt följa upp och utvärdera arbetets resultat och effekter i relation till programmets och aktivitetens målsättning. Pågående arbete justeras vid behov. Resultaten analyseras och reflekteras sedan med berörda intressenter. Härigenom kan grunden till en lokalt beprövad erfarenhet byggas upp, en kunskap som nu helt saknas.

6. Litteratur

- Amundsen, E.J. & Ravndal, E. (2010). Does successful school-based prevention of bullying influence substance use among 13- to 16-year-olds? *Drugs: education, prevention and policy*, 17(1), pp. 42-54.
- Anderberg, M. & Dahlberg, M. (2007). Interbedömarreliabilitet – ett tillförlitligt mått på standardiserade intervjuer? En studie av DOK-intervjun. *Nordisk alkohol- och narkotikatidskrift* 24(1), pp. 45-58.
- Andershed, H. & Andershed, A-K. (2005). *Normbrytande beteende i barndomen – vad säger forskningen?* Stockholm: Gothia Förlag.
- Andersson, B. (2008). *Förebyggande arbete i skolan. Utvärdering av ett samarbete mellan Mobilisering mot narkotika och Göteborgs Stad inom Trestadsstämningen*. Göteborg: Institutionen för socialt arbete, Göteborgs Universitet.
- Andreassen, T. (2003). *Institutionsbehandling av ungdomar. Vad säger forskningen?* Stockholm: Statens institutionsstyrelse och Förlagshuset Gothia AB.
- Babor, T., Caetano, R., Casswell, S., Edwards, G., Giesbrecht, N., Grasham, K., Grube, J., Hill, L., Holder, H., Homel, R., Livingston, M., Öxterberg, E., Rehm, J., Room, R. & Rossow, I. (2010). Alkohol: Ingen vanlig handelsvara – en sammanfattning av den andra utgåvan. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 27(2), pp. 107-125.
- Bengtsson, M., Leifman, H., Lindberg, L., Raninen, J. & Åhström, M. (2012). "Och vinnaren är... barnen." – en utvärdering av *Värme och Ramar: ett projekt för ett utvecklat generellt föräldrastöd i södra Kalmar län*. Stockholm: STAD (Stockholm förebygger Alkohol- och Drogproblem) & Karolinska Institutet.
- Bodin, M. & Strandberg, A. (2011). The Örebro prevention programme revisited: a cluster-randomized effectiveness trial of programme effects on youth drinking. *Addiction*, 106(12), pp. 2134-2143

- Botvin, G.J. & Griffin, K.W. (2007). School-based programmes to prevent alcohol, tobacco and other drug use. *International Reviews of Psychiatry*, 19(6), pp. 607-615.
- Bremberg, S. (2008). Narkotikaförebyggande insatser i skolan. I Andréasson, S. (red.) *Narkotikan i Sverige: Metoder för förebyggande arbete. En kunskapsöversikt*. Östersund: Statens Folkhälsoinstitut.
- Chilenski, S.M., Greenberg, M.T. & Feinberg, M.E. (2007). Community Readiness as a Multidimensional Construct. *Journal of Community Psychology*, 35(3), pp. 347-365.
- Coggans, N. (2006). Drug education and prevention: Has progress been made? *Drugs: education, prevention and policy*, 13(5), pp. 417-422.
- Cuijpers, P. (2002). Effective ingredients of school-based drug prevention program. A systematic review. *Addictive Behaviors*, 27(6), pp. 1009-1023.
- Davies, M. R. (2007). Schools not up task of anti-drug education. *Education Week*, 27(7), pp. 4-8.
- Donnermeyer, J.F., Plested, B.A., Edwards, R.W., Oetting, G. & Littlethunder, L. (1997). Community Readiness and Prevention Programs. *Journal of the Community Development Society*, 28(1), pp. 65-83.
- Dusenbury, L., Brannigan, R., Falco, M. & Hansen, W.B. (2003). A review of research on fidelity of implementation: Implications for drug abuse prevention in school settings. *Health Education Research*, 18(2), pp. 237-256.
- Edwards, R.W., Jumper-Thurman, P., Plested, B.A., Oetting, E.R. & Swanson, L. (2000). Community Readiness: Research to Practice. *Journal of Community Psychology*, 28(3), pp. 291-307.
- Ekeröth, R. (2000). Kvalitetskriterier för alkoholskade- och drogförebyggande kommuner. I Elmeland, K. (red.) *Lokalt alkohol- och drogförebyggande arbete i Norden*. NAD-publikation nr 38. Helsingfors: Nordiska nämnden för alkohol- och drogforskning (NAD).
- Engstrom, M., Jason, L.A., Townsend, S.M., Pokorny, S.B. & Curie, C.J. (2002). Community Readiness for Prevention: Applying Stage Theory to Multi-Community Interventions. *Journal of Prevention & Intervention in the Community*, 24(1), pp. 29-46.
- Ennett, S.T., Ringwalt, C.L., Thorne, J., Rohrbach, L.A., Vincus, A., Simons-Rudolph, A. & Jones, S. (2003). A Comparison of Current Practice in School-Based Substance Use Prevention Programs With Meta-Analysis Findings. *Prevention Science*, 4(1), pp. 1-14.
- Fagan, A.A., Hanson, K., Hawkins, J.D. & Arthur, M.W. (2009). Translational Research in Action: Implementation of the Communities That Care Prevention System in 12 Communities. *Journal of Community Psychology*, 37(7), pp. 809-829.
- Fagan, A.A., Hawkins, J.D. & Catalano, R.F. (2011). Engaging communities to prevent underage drinking. *Alcohol Research & Health*, 34(2), pp. 167-174.
- Faggiano, F., Vigna-Taglianti, F.D., Versino, E., Zambon, A., Borraccino, A. & Lemma, P. (2008). School-based prevention for illicit drugs use: A systematic review. *Preventive Medicine*, 46(5), pp. 385-396.
- Feinberg, M.E., Greenberg, M.T. & Osgood, D.W. (2004). Readiness, Functioning, and Perceived Effectiveness in Community Prevention Coalitions: A Study of Communities That Care. *American Journal of Community Psychology*, 33(3-4), pp. 163-176.
- Fergusson, D.M., Horwood, J. & Woodward, L.J. (2001). Unemployment and psychosocial adjustment in young adults: causation or selection? *Social Science & Medicine*, 53(3), pp. 305-320.
- Ferrer-Wreder, L., Stattin, H., Cass Lorente, C., Tubman, J.G. & Adamson, L. (2005). *Framgångsrika preventionsprogram för barn och unga – en forskningsöversikt*. Stockholm: Gothia.
- Fleming, C.F., Catalano, R.F., Haggerty, K.P. & Abbott, R.D. (2010). Relationships Between Level and Change in Family, School, and Peer Factors During Two Periods of Adolescence and Problem Behavior at Age 19. *Journal of Youth and Adolescence*, 39(6), pp. 670-682.
- Fletcher, A., Bonell, C. & Hargreaves, J. (2008). School Effects on Young People's Drug Use: A Systematic Review of Intervention and Observational Studies. *Journal of Adolescent Health*, 42(3), pp. 209-220.
- Foxcroft, D.R., Ireland, D., Lister-Sharp, D.J., Lowe, G. & Breen, R. (2003). Longer-term primary prevention for alcohol misuse in young people: a systematic review. *Addiction*, 98(4), pp. 397-411.
- Gauffin, K., Vinnerljung, B., Fridell, M., Hesse, M. & Hjern, A. (2013). Childhood socio-economic status, school failure and drug abuse: a Swedish national cohort study. *Addiction*, in press.
- Gottfredson, D.C. & Gottfredson, G.D. (2002). Quality of School-Based Prevention Programs: Results from a National Survey. *Journal of Research in Crime and Delinquency*, 39(1), pp. 3-35.
- Grundh, M. (2011). "Småkommunsatsningen" – En utvärdering av små kommuners förebyggande arbete mot alkohol och narkotika i Värmlands och Örebro län. Karlstad: Karlstad universitet.
- Hawkins, J.D., Catalano, R.F. & Miller, J.Y. (1992). Risk and Protective Factors for Alcohol and Other Drug Problems in Adolescence and Early Adulthood: Implications for Substance Abuse Prevention. *Psychological Bulletin*, 112(1), pp. 64-105.
- Hawkins, J.D., Brown, E.C., Oesterle, S., Arthur, M.W., Abbott, R.D. & Catalano, R.F. (2008). Early Effects of Communities That Care on Targeted Risks and Initiation of Delinquent Behavior and Substance Use. *Journal of Adolescent Health*, 43(1), pp. 15-22.
- Hawkins, J.D., Oesterle, S., Brown, E.C., Arthur, M.W., Abbott, R.D., Fagan, A.A. & Catalano, R.F. (2009). Results of a Type 2 Translational Research Trial to Prevent Adolescent Drug Use and Delinquency. A Test of Communities That Care. *Archives of Pediatric Adolescent Medicine*, 163(9), pp. 789-798.
- Henkel, D. (2011). Unemployment and Substance Abuse: A Review of the Literature (1990-2010). *Current Drug Abuse Review*, 4(1), pp. 4-27.

- Henriksson, C. & Leifman, H. (2011). *Skolelevers drogvanor 2011*. Stockholm: CAN (Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning).
- Karlsson, P. (2006). *Margins of Prevention – On Older Adolescents' Positive and Negative Beliefs about Illicit Drug Use*. Stockholm: Stockholms universitet, Socialhögskolan.
- Karlsson, D. (2012). Alcohol Policy and Local Democracy in Sweden. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs (NAD)*, 29(3), pp. 233-252.
- Larsson, M., Pettersson, C. & Eriksson, C. (2012). *Föräldrar Tillsammans – en longitudinell interventionsstudie av stöd till tonårsfamiljer 2007-2010*. Arbetsrapport inom folkhälsovetenskap 2012:3. Örebro: Örebro universitet,
- Komro, K.A. & Toomey, T.L. (2002). Strategies to Prevent Underage Drinking. *Alcohol Research & Health*, 26(1), pp. 5-14.
- Koning I. M. (2009). Preventing heavy alcohol use in adolescents: cluster randomized trial of a parent and student intervention offered separately and simultaneously. *Addiction*, 104(10), pp. 1669-1678.
- Koutakis, N. (2011). *Preventing underage alcohol drinking through working with parents*. Örebro: Örebro studies in Psychology 23.
- Koutakis, N., Stattin, H. & Kerr, M. (2008). Reducing youth alcohol drinking through a parent-targeted intervention: the Örebro prevention program. *Addiction*, 103(10), pp. 1629-1637.
- Kristjanson, A. L. (2010). *Building the basis for primary prevention: Factors related to cigarette smoking and alcohol use among adolescents*. Stockholm: Karolinska institutet.
- Lemstra, M., Bennett, N., Nannapaneni, U., Neudorf, C., Warren, L., Kershaw, T. & Scott, C. (2010). A systematic review of school-based marijuana and alcohol prevention programs targeting adolescents aged 10-15. *Addiction Research and Theory*, 18(1), pp. 84-96.
- Lindahl, A-M. & Rosaria Galanti, M. (2006). *Unplugged! Utvärdering av ett europeiskt ANT-program i Sverige. EU-DAP-projektet*. Stockholm: Stockholms läns landsting, Centrum för folkhälsa.
- Ljungdahl, S. & Bremberg, S. (2010). *Högre alkoholkonsumtion hos barn som får dricka alkohol tillsammans med sina föräldrar*. Östersund: Statens folkhälsoinstitut.
- McBride, N. (2003). A systematic review of school drug education, *Health Education Research*, 18(6), pp. 729-742.
- NIDA (2003). *Preventing Drug Use among Children and Adolescents. A Research-Based Guide for Parents, Educators, and Community Leaders*. Second edition. Bethesda, Maryland: National Institute on Drug Abuse (NIDA).
- Newton, N. C., Teesson, M., Vogl, L.E. & Andrews, G. (2010). Internet-based prevention for alcohol and cannabis use: final results of the Climate Schools course. *Addiction* 105(4), pp. 749-759.
- Nilsson, M. (2009). *Promoting Health in Adolescents – Preventing the Use of Tobacco*. Umeå: Department of Public Health and Clinical Medicine, Umeå University.
- Nilsson, I. & Wadeskog, A. (2012). *Sociala investeringar kring barn och unga*. Stockholm: Skandia.
- Nordahl, T., Gravrok, Ø., Knudsmoen, H., Larsen, T.M.B. & Rømes, K. (2006). *Forebyggende insatser i skolen*. Oslo: Utdanningsdirektoratet.
- Nutley, S.M., Walter, I. & Davies, H.T.O. (2007). *Using evidence. How research can inform public services*. Bristol: The policy press.
- Oetting, E.R., Donnermeyer, J.F., Plested, B.A., Edwards, R.W., Kelly, K. & Beauvais, F. (1995). Assessing Community Readiness for Prevention. *The International Journal of the Addictions*, 30(6), pp. 659-683.
- Oetting, E.R., Jumper-Thurman, P., Plested, M.A. & Edwards, R.W. (2001). Community Readiness and Health Services. *Substance Use & Misuse*, 36(6-7), pp. 825-843.
- Ozer, E.J., Wanis, M.G. & Bazell, N. (2010). Diffusion of School-Based Prevention Programs in Two Urban Districts: Adaptions, Rationales, and Suggestions for Change. *Prevention Science*, 11(1), pp. 42-55.
- Persson, A. & Svensson, K. (2005). *Drogförebyggande arbete i skolan. Möjligheter och dilemman*. Lund: Studentlitteratur
- Plested, B., Smitham, D.M., Jumper-Thurman, P., Oetting, E.R. & Edwards, R.W. (1999). Readiness for Drug Use Prevention in Rural Minority Communities. *Substance Use & Misuse*, 34(4-5), pp. 521-544.
- Plested, B., Edwards, R.W. & Jumper-Thurman, P. (2006). *Community Readiness: A handbook for successful change*. Fort Collins: Tri-Ethnic Center for Prevention Research.
- Porath-Waller, A.J., Beasley, E. & Beirness, D.J. (2010). A Meta-Analytic Review of School-Based Prevention for Cannabis Use. *Health Education & Behavior*, 37(5), pp. 709-723.
- Ringwalt, C., Ennett, S.T., Vincus, A. & Simons-Rudolph, A. (2004). Students' Special Needs and Problems as Reasons for the Adaptions of Substance Abuse Prevention Curricula in the Nation's Middle Schools. *Prevention Science*, 5(3), pp. 197-206.
- Ringwalt, C.L., Pankratz, M.M., Jackson-Newson, J., Gottfredson, N.C., Hansen, W.B., Giles, S.M. & Dusenbury, L. (2010). Three-Year Trajectory of Teachers' Fidelity to a Drug Prevention Curriculum. *Prevention Science*, 11(1), pp. 67-76.
- Roberts, G., McCall, D., Stevens-Lavigne, A., Anderson, J., Paglia, A., Bollebach, S., Wiebe, J. & Gliksman, L. (2001). *Preventing Substance Abuse Among Young People. A Compendium of Best Practices*. Ottawa: Health Canada.
- Room, R. (2005). What to expect from a social aspects' organization, and what to expect from school-based alcohol education. *Addiction*, 100(8), pp. 1066-1068.
- Room, R., Babor, T. & Rehm, J. (2005). Alcohol and public health. *Lancet*, 365(5), pp. 519-530.
- Roselius, M. & Sundell, K. (2008). *Att förändra socialt arbete: forskare och praktiker om implementering*. Stockholm: Gothia.
- Rycroft-Malone, J. & Bucknall, T. (2010). *Models and Frameworks for Implementing Evidence-Based Practice: Linking Evidence to Action*. Oxford: Blackwell Publishing.

- Shekhtmeyster, Z., Sharkey, J. & You, S. (2011). The Influence of Multiple Ecological Assets on Substance Use Patterns of Diverse Adolescents. *School Psychology Review*, 40(3), pp. 386-404.
- Sherman, E. & Primack, B.A. (2009). What works to prevent adolescent smoking? A systematic Review of the national cancer institute's research-tested intervention programs. *Journal of School Health*, 79(9), pp. 391-399.
- Sivertun, U. & Helldin, R. (2006). *Utvärdering av Trestadsprojektet: Drogpreventivt arbete i fem Stockholmskolor*. Stockholm: Lärarhögskolan.
- Skolverket (2012). *Likvärdig utbildning i svensk grundskola? En kvantitativ analys av likvärdighet över tid*. Stockholm: Fritzes.
- Skolverket (2013). *Undervisning om alkohol, narkotika, dopning och tobak (ANDT) – en praktisk litteraturgenomgång*. Stockholm: Fritzes.
- Slater, M.D., Edwards, R.W., Plested, B.A., Thurman, P.J., Kelly, K.J., Comello, M.L.G. & Keefe, T.J. (2005). Using Community Readiness Key Informant Assessments in a randomized Group Prevention Trial: Impact of a Participatory Community-Media Intervention. *Journal of Community Health*, 30(1), pp. 39-53.
- Socialdepartementet (2011a). *En samlad strategi för alkohol-, narkotika-, dopnings- och tobakspolitiken*. Västerås: Edita Västra Aros.
- Socialdepartementet (2011b). *Uppföljning av regeringens alkohol-, narkotika-, dopnings- och tobaksstrategi. Förslag på indikatorer och styrning*. Västerås: Edita Västra Aros.
- Socialstyrelsen (2004). *Tänk långsiktigt! En samhällsekonomisk modell för prioriteringar som påverkar barns psykiska hälsa*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2007). *Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård*, Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2010). *Social rapport 2010*. Västerås: Edita Västra Aros.
- Statens folkhälsoinstitut (2008). *Effekter av lokalt alkohol- och narkotikaförebyggande arbete. Utvärdering av det förebyggande arbetet i sex försökskommuner*. Östersund: Statens folkhälsoinstitut.
- Statens Folkhälsoinstitut (2010). *Tobaksfri kommun – en guide för att utveckla det tobaksförebyggande arbetet*. Östersund: Statens Folkhälsoinstitut.
- Statens Folkhälsoinstitut (2011a). *Tobak. Kunskapsunderlag för Folkhälsopolitisk rapport 2010*. Östersund: Statens Folkhälsoinstitut.
- Statens Folkhälsoinstitut (2011b). *Projektplan för samordning och samverkan mellan små kommuner*. Östersund: Statens Folkhälsoinstitut.
- Statens Folkhälsoinstitut (2011c). *Rökfria skolgårdar och en tobaksfri skoltid – en kunskapssammanställning*. Östersund: Statens Folkhälsoinstitut.
- Statens Folkhälsoinstitut (2011d). *Svenska skolbarns hälsovanor 2009/10*. Östersund: Statens Folkhälsoinstitut.
- Statens Folkhälsoinstitut (2012). *Slutrapport för regeringsuppdraget 'Kommunala strategier för föräldrastöd'. Redovisning för åren 2010-2011*. Östersund: Statens Folkhälsoinstitut.
- Statens Folkhälsoinstitut (2013). *Länsrapport 2011. Länsstyrelsernas och kommunernas förebyggande arbete inom ANDT och tillsyn enligt alkohollagen respektive tobakslagen*. Östersund: Statens Folkhälsoinstitut
- Stephens, P.C., Sloboda, Z., Stephens, R.C., Teasdale, B. Grey, S.F., Hawthorne, R.D. & Williams, J. (2009). Universal school-based substance abuse prevention programs: Modelling targeted mediators and outcomes for adolescent cigarette, alcohol and marijuana use. *Drug and Alcohol Dependence*, 102(1-3), pp. 19-29.
- Stewart-Brown, S. (2006). *What is the evidence on school health promotion in improving health or preventing disease and, specifically, what is the effectiveness of the health promoting schools approach?* Köpenhamn: WHO Regional Office for Europe.
- Stigler, M.H., Neusel, E. & Perry, C.L. (2011). School-Based Programs to Prevent and Reduce Alcohol Use among Youth. *Alcohol Research & Health*, 34(2), pp. 157-162.
- Sundell, K. & Forster, M. (2005). *En grund för att växa. Forskning om att förebygga beteendeproblem hos barn*. Stockholm: Forsknings- och utvecklingsenheten, Socialtjänstförvaltningen.
- Svensson, K. (2006). Skolpersonalens inställning till drogförebyggande arbete. I *Hur kan man minska nyrekrytering?* Rapport 17. Stockholm: Mobilisering mot narkotika.
- Tobler, N.S., Roona, M.R., Ochshorn, P., Marchall, D.G., Streke, A.V. & Stackpole, K.M. (2000). School-Based Adolescent Drug Prevention Programs: 1998 Meta-Analysis. *The Journal of Primary Prevention*, 20(4), pp. 275-328.
- Ungdomsstyrelsen (2010). *LUPP – ungdomsenkäten som ger kunskap om unga*. Stockholm: Ungdomsstyrelsen.
- York, N.L. & Hahn, E.J. (2007). The Community Readiness Model: Evaluating Local Smoke-Free Policy Development. *Policy, Politics & Nursing Practice*, 8(3), pp. 184-200.
- Vetenskapsrådet (2002). *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*. Stockholm: Vetenskapsrådet.
- Wilkinson, R.G. & Pickett, K.E. (2006). Income inequality and population health: A review and explanation of the evidence. *Social Science & Medicine*, 62(7), pp. 1768-1784.
- Wilson, D.B., Gottfredson, D.C. & Najaka, S.S. (2001). School-Based Prevention of Problem Behaviors: A Meta-Analysis. *Journal of Quantitative Criminology*, 17(3), pp. 247-272.

Bilagor – Tabeller

Tabell 6. Riskabla alkoholvanor, andel efter kommun och kön.

	2008-2011		
	Andel		
	Kvinnor	Män	Totalt
Alvesta	8,0	15,0	11,0
Hultsfred	4,0	21,0	12,0
Högsby
Lessebo	7,0	14,0	11,0
Markaryd	7,0	11,0	9,0
Mönsterås	3,0	13,0	8,0
Mörbylånga	8,0	10,0	10,0
Tingsryd	6,0	16,0	11,0
Uppvidinge	7,0	13,0	10,0
Vimmerby	6,0	17,0	11,0
Älmhult	8,0	15,0	11,0

Tabell 7. Antal vårdade i alkoholrelaterade sjukdomar/10 000 invånare som är 15 år eller äldre efter kommun och kön. Medelvärden över 5 år. Diagnos enligt alkoholindex.

	2007-2011	
	Kvinnor	Män
Alvesta	8,5	33,4
Hultsfred	15,6	40,4
Högsby	21,6	46,4
Lessebo	13,6	39,9
Markaryd	8,1	23,5
Mönsterås	13,6	34,1
Mörbylånga	12,0	33,6
Tingsryd	13,9	27,5
Uppvidinge	11,4	37,7
Vimmerby	13,1	27,2
Älmhult	8,6	19,1

Tabell 8. Antal vårdade i narkotikarelaterade sjukdomar/10 000 invånare som är 15 år eller äldre efter kommun och kön. Medelvärden över 5 år. Diagnos enligt narkotikaindex.

	2007-2011	
	Kvinnor	Män
Alvesta	7,8	12,7
Hultsfred	8,3	11,3
Högsby	9,2	10,2
Lessebo	6,4	12,6
Markaryd	4,3	8,0
Mönsterås	5,8	10,4
Mörbylånga	2,7	5,5
Tingsryd	6,8	9,3
Uppvidinge	4,8	9,6
Vimmerby	4,8	9,5
Älmhult	1,4	6,2

Tabell 9. Röker dagligen, andel efter kommun och kön. Medelvärden över 4 år.

	2008-2011		
	Andel		
	Kvinnor	Män	Totalt
Alvesta	15,0	11,0	13,0
Hultsfred	22,0	13,0	17,0
Högsby
Lessebo	15,0	11,0	13,0
Markaryd	16,0	13,0	15,0
Mönsterås	12,0	9,0	10,0
Mörbylånga	10,0	9,0	10,0
Tingsryd	15,0	11,0	13,0
Uppvidinge	16,0	14,0	15,0
Vimmerby	12,0	15,0	13,0
Älmhult	14,0	13,0	14,0

Tabell 10. Använder tobak dagligen, andel efter kommun och kön. Medelvärden över 4 år.

	2008-2011		
	Andel		
	Kvinnor	Män	Totalt
Alvesta	19,0	30,0	24,0
Hultsfred	25,0	35,0	30,0
Högsby
Lessebo	17,0	31,0	24,0
Markaryd	18,0	27,0	23,0
Mönsterås	13,0	29,0	22,0
Mörbylånga	12,0	34,0	25,0
Tingsryd	16,0	33,0	25,0
Uppvidinge	19,0	37,0	28,0
Vimmerby	15,0	34,0	24,0
Älmhult	15,0	31,0	24,0

Tabell 11. Narkotikarelaterade brott, antal anmälda fall per 10 000 invånare 2011.

	2011
Alvesta	55,7
Hultsfred	82,3
Högsby	32,9
Lessebo	53,0
Markaryd	75,3
Mönsterås	34,2
Mörbylånga	55,4
Tingsryd	23,7
Uppvidinge	26,0
Vimmerby	45,3
Älmhult	50,6