



Sahlgrenska akademien vid Göteborgs universitet  
Avdelningen för samhällsmedicin och folkhälsa  
Socialmedicin

# En bra början

- en utvärdering av  
alkohol- och drogskadeförebyggande arbete  
i Västra Götaland 2003 - 2005

Fredrik Spak • Per Blanck

## En bra början

-en utvärdering av alkohol-  
och drogskadeförebyggande arbete  
i Västra Götaland 2003-2005

Fredrik Spak Per Blanck

Sahlgrenska akademien vid Göteborgs universitet  
Avdelningen för samhällsmedicin och folkhälsa  
Socialmedicin

PDF-version 2006-06-02



# Innehåll

SAMMANFATTNING .....	5
INLEDNING .....	9
SYFTE .....	11
BAKGRUND - LOKALA FÖRUTSÄTTNINGAR.....	13
Utveckling av konsumtion och skador.....	16
Nationella planer .....	18
METOD OCH MATERIAL .....	19
RESULTAT OCH BESKRIVNING AV VERKSAMHET .....	23
Uppbyggnad av nätverk .....	23
Utbildning alkohol och narkotikaprevention.....	38
Alkohol- och drogskadeförebyggande arbete i kommunerna .....	44
Målgrupper .....	49
Arenor för alkohol- och drogskadeförebyggande arbete .....	50
Handlingsprogram.....	55
Ekonomiska resurser .....	58
Mandat att utföra arbetet .....	58
Samverkan med primärvården.....	60
ÖVERENSTÄMMELSE MÅL - RESULTAT .....	63
Uppbyggnad av nätverk .....	63
Alkohol- och drogskadeförebyggande arbete i kommunerna .....	67
ÖVERENSTÄMMELSE MED NATIONELL OCH INTERNATIONELL FORSKNING.....	75
Alkoholprevention på lokal nivå.....	75
SLUTSATSER .....	81
REFERENSER .....	85



# Sammanfattning

**Bakgrund:** Hösten 2002 fick Socialmedicinska avdelningen, Sahlgrenska Akademin, Göteborgs Universitet uppdraget att svara för utvärderingen av implementeringen av den nationella handlingsplanen i Västra Götaland.

**Metod:** Utvärderingsarbetet har skett genom att verksamheten följts på olika sätt; intervjuer har genomförts med projektgruppen, drogsamordnare och motsvarande befattningshavare i kommuner, enkätundersökningar och genom att studera olika skriftliga dokument, samt deltagande observation.

**Resultat:** Denna rapport beskriver hur arbetet fortskridit under åren 2003 fram till och med halvårsskiftet 2005. Verksamheten värderas i ur tre, delvis överlappande, vinklar:

- Överensstämmelse med mål och syfte enligt den ansökan som Västra Götalandsregionen ställde till regeringen,
- Överensstämmelse med verksamhetsmålen i regeringens alkoholhandlingsplan.
- Hur väl de faktiska insatserna följer svensk och internationell evidensbaserad kunskap inom området lokalt alkohol- och drogskadeförebyggande arbete.

Vi har funnit att verksamheten i Västra Götaland lyckats bygga vidare på etablerade nätverk inom kommunerna, regionen, föreningslivet och utveckla dem ytterligare. Det förekommer ett omfattande arbete på många olika nivåer och många människor har engagerats i arbetet. Genom universitetsförlagd preventionsutbildning, konferenser, lokala

kurser och idéutbyte har betydande insatser för kompetenshöjning skett. Arbetet överensstämmer väl med de mål och syften som Västra Götaland hade i sin ansökan.

Kommunerna arbetar i hög utsträckning i enlighet med regeringens alkoholhandlingsplan intentioner; dvs. med arbete riktat till riskgrupper, utveckling av vård och behandling, påverkan av tillgänglighet, kompetensutveckling, opinionsbildning, följa skade- och konsumtionsutveckling. Utvärderingen har dock inte kunnat ge svar på vilken omfattning eller kvalitet arbetet på de olika områdena har.

Under undersökningsperioden är vår uppfattning att följsamheten i att arbeta med evidensbaserade metoder ökat, men omfattningen är otillräcklig.

Utvärderingen har också visat på vissa brister. Vi anser att betydligt större ansträngningar borde ha gjorts för att förankra detta utvecklingsarbete i starten av verksamheten. Verksamhetsägarna: Västra Götalandsregionen, kommuner och länsstyrelse, har engagerat sig för lite i förankringsarbetet och i att föra ut kunskaper om arbetet till politiker och andra beslutsfattare.

Kommunernas insatser har i alltför hög grad koncentrerats på ungdomar dvs. alltför lite har riktats mot målgruppen vuxna. Arbetet brister dessutom i långsiktighet, realistiska mål och tydligt avsatta resurser. De kommunala insatserna tycks splittras på alltför många aktiviteter i förhållande till tillgängliga resurser. Kommunernas möjlighet att påverka tillgängligheten av alkohol, genom serveringstillståndsgivning och insatser mot langning har inte uppmärksamats tillräckligt.

Rekommendationer: Det alkohol- och drogskadeförebyggande arbetet måste få den resursmässiga tyngd och långsiktiga prioritet i regionens och kommunernas folkhälsoarbete, som dess andel av sjukdomsördan motiverar. För att uppnå en mer hållbar strategi i det alkohol- och drogskadeförebyggande bör fler målgrupper än ungdomar involveras i arbetet. Fokus bör läggas på följande områden;

1. Fullfölja och utveckla det kommunala arbetet för att minska alkoholens tillgänglighet.
2. Utveckla sekundärpreventionen inom primärvården. Det kan bland annat göras genom att hälso- och sjukvårdsnämnderna gör tydliga beställningar.

3. Ta initiativ till kontakter med näringslivet och stödja det alkohol- och drogskadeförebyggande arbetet inom arbetslivet.
4. Utveckla arbetet när det gäller trafiknykterhet.
5. Utveckla skolans arbete med alkohol- och drogfrågor, bland annat genom förbättring av skolans inre miljö och utveckling av föräldraprogram.

Det är viktigt att arbetet får en långsiktigt hållbar utformning. Detta kräver en fokusering mot tydliga problem, och prioritering bland de preventiva insatserna. Prioriteringen måste ske utifrån ett kunskapsbaserat förhållningssätt och där de mest effektiva insatserna ges tillräckliga resurser för att kunna fungera.



## Inledning

Socialmedicinska avdelningen vid Göteborgs Universitet fick hösten 2002 i uppdrag från Folkhälsokommittén i Västra Götaland att ansvara för utvärderingen av implementeringen av den nationella alkoholhandlingsplanen i Västra Götaland.

Ansvarig för arbetet har varit lektor Fredrik Spak. Merparten av fältarbetet har utförts av fil. mag. Per Blanck. Vi har även haft hjälp av bitr. forskare Maria Gårdmark. En referensgrupp, som sammanträtt fem gånger, har utgjort ett rådgivande organ i utvärderingsarbetet. Gruppen har bestått av professor Peter Allebeck, Karolinska institutet, Solna, docent Tom Leissner, Inst. för socialt arbete, Göteborgs universitet, docent Eva Lindblad, Inst. för samhällsmedicin, Malmö, Lunds Universitet, bitr. forskare Mikael Löfström, Handelshögskolan, Göteborgs universitet, och professor Anders Romelsjö, SoRAD, Stockholm universitet.

Rapporten är disponerad på följande sätt. Först görs en beskrivning av utvärderingens syfte, därefter följer en redogörelse för bakgrunden till utvärderingen. I metodkapitlet beskriver vi vilka utvärderingsmetoder vi använt och varför vi valt just dessa metoder. Därefter gör vi en översiktlig beskrivning av de insatser som förekommit i regionen som initierats via det regiongemensamma samverkansorganet VAD-gruppen. (Västra Götaland alkohol och drogprevention)

Utvärderingskapitlet är uppdelat i två delar: först ställer vi de verksamheter som initierats av VAD-gruppen mot målen i den ansökan som regionen gjorde för att få medel för att implementera alkoholhandlingsplanen. Därefter ställer vi de verksamheter som kommunerna redovisat mot de verksamhetsmål som finns i regeringens alkoholhandlingsplan.

Slutligen beskriver vi översiktligt nationell och internationell forskning om lokalt alkohol- och drogskadeförebyggande arbete och mot denna relief försöker vi ge några rekommendationer för det fortsatta arbetet.

## Syfte

Syftet med denna rapport är att beskriva hur implementeringen har genomförts och hur kommunerna i Västra Götaland arbetat med alkohol- och drogskadeförebyggande arbete, särskilt avseende det arbete som letts av VAD-gruppen (Västra Götaland alkohol- och drogprevention) och som finansierats av Socialdepartementet. Insatserna ställs i relation till den nationella handlingsplanen för alkohol- och drogförebyggande arbete (prop 2000/01:20, 2000) och till internationell forskning på området.



# Bakgrund - lokala förutsättningar

Figur 1, Drogförebyggargruppernas verksamhetsområden



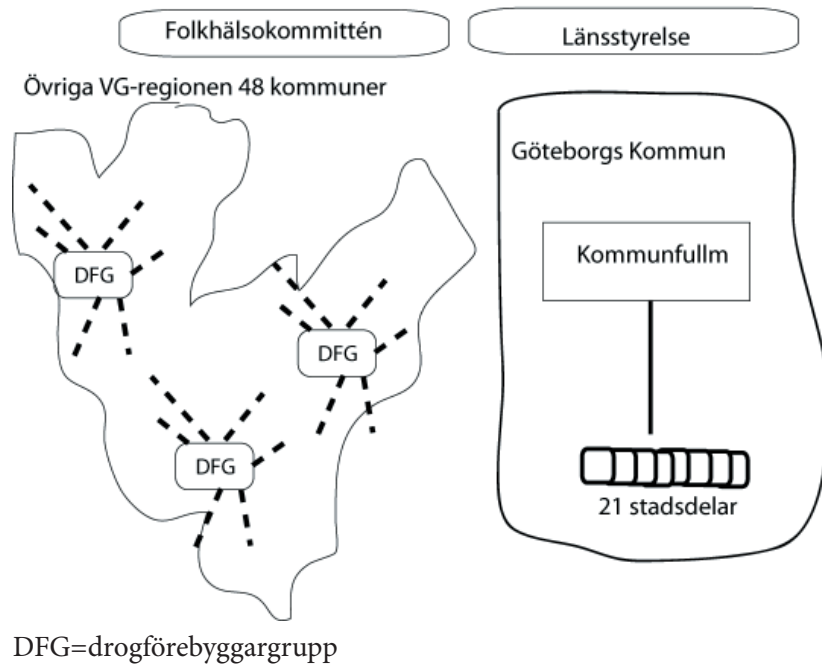
Västra Götalandsregionen (VG) bildades 1999 genom att de tre landstingen Bohuslän, Älvsborg och Skaraborg slogs samman med de hälso- och sjukvårdande verksamheterna i Göteborgs kommun. I den nya regionen har landstingsfullmäktige nu övertagit en del frågor som tidigare handlagts på statlig nivå. Hit hör bland annat regional utveckling, arbetsmarknad och kommunikationsfrågor.

Regionen har 49 kommuner med sammanlagt 1,5 milj invånare. Det finns en kraftig skillnad i storlek mellan regionens största kommun Göteborg och övriga kommuner i regionen. Göteborg har nära fem gånger så stor befolkning som den näst största kommunen, Borås. En tredjedel av regionens befolkning bor i Göteborgs kommun. Hälften av kommunerna har 13 000 invånare eller färre. (SCB, befolkningsstatistik 2004)

Olika former av nätverk för alkohol- och drogskadeförebyggande arbete (ADF) i kommuner och föreningar har lång tradition i regionen. I Bohuslän byggdes ett nätverk upp för mer än 15 år sedan, i vilket kommuner, polismyndighet, nykterhetsrörelsen samverkade. I Södra Älvsborg bildades ett sådant nätverk i slutet av 1990-talet. När Västra Götalandsregionen bildades fanns redan de fyra drogförebyggargrupperna, men den nya regionen innebar att organisationen delvis gjordes om så att drogförebyggargruppen i Bohuslän blev Fyrbodalen och även kom att omfatta Dalslandskommunerna samt Trollhättan, Vänersborg, Ale och Lilla Edet.

År 2001 ansökte Folkhälsokommittén i Västra Götalandregionen hos regeringen om utvecklingsmedel i tre år, för att implementera den nationella alkoholhandlingsplanen i regionen. Medel beviljades för första året i november 2001. Planen var att en befintlig arbetsmodell, Bohusmodellen, skulle etableras i fler områden i regionen och stärkas i de områden där den förekom. Modellen (Figur 2) innehöll ett *erbjudande* till kommuner att utse kontaktpersoner och ge dessa stöd samt att bilda nätverk för erfarenhetsutbyte och utveckling. Den befintliga tvärsektorriella samverkan, Drogförebyggarna (DFG), mellan kommunförbund, nykterhetsrörelse, länsstyrelse, polis, tull, kriminalvård, m.fl., avsågs också att stärkas. Som ett ytterligare stöd för utvecklingsarbetet skulle en kvalificerad utbildning för kontaktpersonerna anordnas, samt initiativ tas till utvecklingsarbete för tidig upptäckt i primärvården.

**Figur 2, Organisation - jämförelse Göteborgs Kommun med övriga VG-regionen**



### **Inriktning och syfte med drogförebyggargrupperna**

Syftet med Drogförebyggarnas verksamhet är att stimulera, stödja och utveckla det lokala drogförebyggande arbetet för att bidra till en minskning av bruket och skadorna av alkohol och andra droger. Drogförebyggarna skall verka för att nationella och regionala resurser blir tillgängliga lokalt samt att stimulera, stödja och utveckla det lokala drogförebyggande arbetet. För att uppnå detta avsåg de att arbeta med (Drogförebyggarna, 2005):

- Kommunbesök
- Idébytdagar, kontaktpersonsträffar
- Politikerutbildningar
- Förebygg.nu – konferens om alkohol och drogskadeförebyggande arbete

Länsstyrelsen har under åren 2002 till 2005 fördelat utvecklingsmedel, som mest för två år, till kommunerna för att anställa drogsamordnare, en möjlighet som 40 av 49 kommuner utnyttjat under årens lopp. Utvecklingsmedlen har oftast villkorats med att kommunen bidrar med 50 procent av totalkostnaderna.

Det fanns en drogförebyggargrupp även i Göteborg, men dess funktion har inte varit densamma som i övriga regionen. I Göteborgs kommun har man haft drogsamordnare, med bidrag från länsstyrelsen i fyra regioner i kommunen, samt en samordnade drogsamordnare. I kommunens alkoholpolitiska handlingsplan 2003-2006 *åläggs* stadsdelarna att utse kontaktpersoner för det alkohol- och drogförebyggande arbetet. I samband med storstadssatsningen till tre städer i Sverige, från Mobilisering mot narkotika, tilldelades kommunen 2003-05 extra resurser i ett direkt statsanslag.

### *Utveckling av konsumtion och skador*

Från 2001 till 2004 ökade den totala alkoholkonsumtionen från 9,1 l per invånare över 15 år till 10,4, men ökningen planade ut under våren 2005. (SoRAD, 2005) Den registrerade försäljningen vid Systembolaget uppgick 2000 till 4,26<sup>1</sup> och 2004 till 4,79; för Västra Götaland är motsvarande siffror 3,94 resp 4,54. (FHI, 2005)

Stora förändringar har skett när det gäller resandeförsel av alkohol de senaste åren. Möjligheten att föra in alkohol för personligt bruk har väsentligt utökats. Från årsskiftet 2003-04 kan en privatperson tullfritt införa 10 liter sprit, 20 liter vin och 110 liter öl, vid ett resandetillfälle. Detta är dock en referensnivå, större mängder kan också komma ifråga (Tullverket, 2006). Sjukligheten mätt i vårdade personer för alkoholdiagnos<sup>2</sup> visar för män en liten nedgång mellan år 2000 till 2003 (31,4 till 29,4) liksom för kvinnor (13,3 och 12,8). Motsvarande tal för regionen är män 28,2 och 29,7, och för kvinnor 11,8 och 12,6. (FHI, 2005)

Mellan 1987-1990 minskade antalet alkoholrelaterade vårdtillfällen nationellt<sup>3</sup> från ca 56 000 till 49 000. Nedgången fortsatte under 1990-talet och år 1998 var antalet nere i 41 000. Därefter har antalet vårdtillfällen ökat något och uppgick till 44 000 år 2002. Det har skett en förskjutning från psykiatrisk till somatisk vård. Vårdutnyttjandet har ökat bland de äldsta och yngsta. När det gäller de yngsta handlar ökningen helt och hållet om alkoholförgiftningar (CAN, 2004)

Den alkoholrelaterade dödligheten visar inte på några större förändringar sedan år 2000, år 2002 uppgick den till 3,57<sup>2</sup> för män och 0,88 för kvinnor i riket och i regionen var motsvarande siffror 3,32 för män respektive 0,82 för kvinnor (FHI 2005).

Tillgängligheten till alkohol mätt som antal serveringstillstånd<sup>4</sup> har ökat i riket från 13,2 år 2000 till 13,8 år 2004, i regionen 11,5 till 12,5, för samma period.(FHI, 2005)

Alkoholkonsumtionen har ökat kraftigt under perioden. Tillgängligheten i form av antal serveringstillstånd har även den ökat. Sjuklighet och dödlighet har inte förändrats enligt tillgängliga data. Erfarenhetsmässigt räknar man med att en ökad konsumtion medför ökningarna både vad gäller sjuklighet och dödlighet. Det är i dag oklart varför så ej inträffade i nationella data i början av 2000-talet (CAN, 2004).

---

<sup>1</sup> Beräknas i liter 100 % etanol/inv. >15 och år

<sup>2</sup> Mäts per 10 000 inv. .För upplysningar om definitioner se [http://www.fhi.se/templates/Page\\_\\_\\_\\_3260.aspx](http://www.fhi.se/templates/Page____3260.aspx)

<sup>3</sup> För upplysningar om definitioner se CAN, 2004

<sup>4</sup> Mäts per 10 000 inv >15 år, För upplysningar om definitioner se [http://www.fhi.se/templates/Page\\_\\_\\_\\_3260.aspx](http://www.fhi.se/templates/Page____3260.aspx)

## *Nationella planer*

### **Alkoholhandlingsplanen:**

I regeringens alkoholhandlingsplan (prop 2000/01:20) föreslogs att utvecklingen av målinriktade och samordnade förebyggande insatser på lokal nivå skulle stimuleras. För kommuner och regioner blev dessa punkter aktuella:

- Särskilda stödinsatser för riskgrupper och individer med riskbeteende.
- Vård- och behandlingsinsatser.
- Opinionsbildning och information.
- Begränsad tillgång till alkoholdrycker.
- Begränsad marknadsföring av alkoholdrycker m.m.
- Fördjupad kompetens bland de yrkesgrupper som kan förebygga alkoholskador.
- Att följa upp konsumtions- och skadeutvecklingen.

### **Narkotikahandlingsplanen**

I regeringens nationella narkotikahandlingsplan (prop. 2001/02:91) föreslogs:

- Minska nyrekrytereringen till missbruk
- Förmå fler missbrukare att upphöra med sitt missbruk
- Och minska tillgången på narkotika

Ansvar för att genomföra narkotikahandlingsplanen vilar på kommunerna. Enligt socialtjänstlagen har kommunerna det övergripande ansvaret för all missbrukarvård.

## Metod och material

I arbetet med den här rapporten har vi koncentrerat oss på hur arbetet med att förebygga alkohol- och drogskador bedrivits på den primär- och sekundärpreventiva nivån. De insatser som en kommun gör inom det här området blir i mycket desamma oavsett vilken drog som arbetet riktas mot. De insatser som mobilisering mot narkotika gjort i de tre största städerna i Sverige, kommer att utvärderas särskilt.

Det alkohol- och drogförebyggande arbetet har följts under perioden hösten 2002 fram till hösten 2005. Verksamheter som kommunerna rapporterade som genomförda under våren 2005 har kommit med i rapporten.

Datainsamling har skett genom strukturerade telefonintervjuer. Representanter för samtliga kommuner intervjuades vid två tillfällen; första gången hösten 2003-våren 2004 och andra gången våren – hösten 2005. Vid varje tillfälle har intervjuer genomförts med ca 50 personer.

**Tabell 1 Intervjuade kategorier**

	Första intervjun	Andra intervjun
Drogsamordnare	34	18 + 7 före detta
Folkhälsosamordnare	8	18
Annan	4	5
Uppgift saknas/ej int.	2	0
Summa	48	48

49 kommuner, i Göteborg har fyra drogsamordnare med ansvar för varsin kommunal region (som i sin tur omfattar flera stadsdelsnämnder) intervjuats, i Dalsland har man samarbetat om drogsamordnartjänst för 5 kommuner och en av dem har intervjuats.

Intervjupersoner (tabell 1) har i första hand valts bland dem som anställts som drogsamordnare på hel eller deltid i kommunen och i andra hand bland centralt placerade kontaktpersoner i kommunen, nästan uteslutande folkhälsoplanerare. Första intervjutillfället inföll, om det var en drogsamordnare när vederbörande var nyanställd, under perioden januari 2003 till januari 2004. Andra intervjutillfället inföll under perioden april 2005 – november 2005. Intervjuerna har bandats och därefter skrivits ut i referatform. Referatet sändes till intervjupersonen som fick lämna synpunkter och tillägg. I några kommuner hade den första intervjupersonen slutat eller flyttat vid andra intervjun. Då valdes istället en annan person i motsvarande samordnande ställning, oftast folkhälsosamordnaren. Resultatet av intervjuerna har i första hand presenterats i avsnittet Alkohol- och drogskadeförebyggande arbete i kommunerna.

I maj-juni 2005 genomfördes en enkätstudie med 126 kontaktpersoner i både Göteborg och i övriga Västra Götalandsregionens 47 kommuner. Namn och adresser till kontaktpersonerna erhöles av respektive drogförebyggargrupp och samtliga kontaktpersoner gavs möjlighet att besvara enkäten. Det fanns då kontaktpersoner i 47 av 48 kommuner. Enkäterna sändes ut juni 2005 och detta utskick följdes av en påminnelse. Enkäterna besvarades anonymt. Resultatet av enkäten har i första hand använts vid redovisningen i avsnittet **Uppbyggnad av nätverk**.

**Tabell 2, Bortfall, enkätstudie kontaktpersoner**

	Utom Göte- borg	Göteborg
Utsända enkäter	87	39
Ej svar	16	3
Svarsfrekvens	71 (82 %)	36 (92%)

Svarsfrekvensen i undersökningen är hög, speciellt i Göteborg (tabell 2).

I fyra kommuner har gruppintervju med nyckelpersoner genomförts vid två tillfällen, nov 2002- feb 2003 och våren 2005. Syftet med

dessa var att få kunskap om hur representanter för olika kommunala verksamheter beskriver och funderar kring sina alkohol- och drogska-deförebyggande strategier.

Drogpolitiska program, verksamhetsbeskrivningar, hemsidor och egenproducerat broschyrmaterial har studerats för de kommuner som refererat till sådant material. Programmen har begärts in och studerats för ett 20-tal kommuner. Vi har granskat hur mål formulerats, om konkret handlingsplan finns i programmen, om medel för programmets genomförande fanns angivna och om/hur programmen skulle följas upp.

Telefonintervjuer med ett urval av VAD-gruppens medlemmar gjordes i maj-juni 2005. Utvalda var de tre drogförebyggargruppernas ordförande, representanten från Göteborgs Kommun, ordföranden och en av länsstyrelsens representanter.

Utvärderingen av 10 poängskurs i alkohol- och narkotikaprevention gjordes genom SWOT-analys, kursvärdering och telefonintervju. Ett slumpmässigt urval med nio personer, genomgick en strukturerad telefonintervju cirka trekvarts år efter avslutad kurs. Intervjuer med deltagare har utförts av Per Blanck. Vid valet av utvärderingsmetod för denna del har professor Rolf Lander, institutionen för pedagogik och didaktik, Göteborgs Universitet, konsulterats.

En SWOT-analys genomfördes två gånger i varje grupp. Resultatet var i stort sett det samma i bägge kursgrupperna så vi har valt att redovisa en analys i sin helhet.

Delar av verksamheten har följts genom deltagande observation; VAD-gruppens sammanträden (samtliga), idébyardagar (3 ggr) och utbildningstillfällen (2 ggr).

SWOT-analys är ett sätt att analysera en verksamhet utifrån dess styrkor (Strength), svagheter (Weakness), möjligheter (Possibilities) och hot (Threat).



## Resultat och beskrivning av verksamhet

### *Uppbyggnad av nätverk*

I den ansökan som regionen ställde till regeringen 2001-08-21 angavs under avsnittet ”förväntat resultat av insatserna” följande syften med verksamheten:

- Stödja utvecklingen av en kontaktmannaorganisation samt förstärka det lokala förebyggande arbetet i merparten av Västra Götalands 49 kommuner. Detta kan ske bland annat genom utbildning och motivation för kontaktpersoner, samt goda kontakter och nätverk, mellan kontaktpersonerna.
- Att samtliga kontaktpersoner formulerat planer, som förankrats, för sin kommun/stadsdel.
- Att man påbörjat minst en primär- eller sekundärpreventiv insats i sin kommun/stadsdel.
- Att kunskapsnivån höjts hos berörda aktörer, att kunskapsnivån höjts hos berörd personal inom primärvården så att fler invånare i Västra Götaland får sakkunnig hjälp på sin vårdcentral vid skadligt hög alkoholkonsumtion.
- Att insatserna blivit professionellt dokumenterade, beskrivna och utvärderade.

Uppgiften att organisera och driva utvecklingsarbetet gick till VAD-gruppen och Drogförebyggargrupperna.

### **Vilka medverkade i drogförebyggargrupperna?**

Tre av drogförebyggargrupperna arbetade och var organiserade likvärdigt. Den fjärde, Göteborg, var annorlunda organiserad, hade en annan historia och beskrivs därför separat.

För de tre drogförebyggargrupperna **utanför** Göteborg gällde: En konsulent i länsnykterhetsförbundet för respektive länsdel svarade för att hålla samman verksamheten administrativt. I gruppen fanns representanter för polis, kommunförbund eller kommuner, länsstyrelse och regionens folkhälsokansli. I någon grupp var även tull, studieförbund och andra frivilligorganisationer representerade. Gruppens medlemmar medverkade på samverkansbas, det vill säga att respektive huvudman bidrog med personens insatser. Verksamhetsmedel erhöles före 2002 i begränsad omfattning via sökta statsbidrag och från regionen, samt från deltagaravgifter för konferenser och utbildningar. Det statsbidrag som sedan 2002 utgått för att implementera alkoholhandlingsplanen har använts för att helt eller delvis finansiera aktiviteter som kontaktpersonsträffar, idébytdagar, studieresor för kontaktpersonerna samt utbildningar.

Drogeförebyggargruppen i **Göteborg** bildades 1990 och hade representanter från kommun, polis, tull, åklagarmyndighet, frivilliga organisationer, sjukvård och universitetet. Syftet med gruppen var att förmedla information om vad som händer på alkohol- och drogområdet mellan dem som deltog i gruppen.

Göteborgsgruppen hade inte som de andra grupperna anordnat studieresor, utbildningar och seminarier. Detta sköttes i Göteborg av drogsamordnarna, Kunskapskällar 'n eller andra kommunala verksamheter.

### **Geografiskt verksamhetsområde**

De fyra drogförebyggargrupperna hade följande verksamhetsområden: *Södra Älvsborg*: Borås, Alingsås, Bollebygd, Vårgårda, Herrljunga, Mark, Lerum, Svenljunga, Ulricehamn, och Tranemo.

*Fyrbodalen*: Uddevalla, Munkedal, Sotenäs, Tjörn, Orust, Lysekil, Tanum, Strömstad, Trollhättan, Vänersborg, Mellerud, Åmål, Bengtsfors, Dals-Ed, Färgelanda, Mölndal, Ale, Härryda, Kungälv, Lilla Edet, Partille, Stenungsund, Öckerö

*Skaraborg*; Essunga, Falköping, Grästorp, Gullspång, Götene, Hjo, Lidköping, Skara, Skövde, Tibro, Vara, Tidaholm, Karlsborg, Töreboda och Mariestad

*Göteborg* – Göteborgs kommun, med 21 stadsdelar

### **VAD-gruppen**

I samband med att folkhälsochefen skrev ansökan till regeringen samlades det som efterhand kom att kallas VAD-gruppen. Gruppen har haft följande representation: en representant för vardera drogförebyggargrupperna utanför Göteborg (3 repr), Göteborgs kommun/drogeförebyggarna i Göteborg (1 repr), Länsstyrelsen (1 repr) och Västra Götalandsregionens folkhälsokansli (2 repr). Socialdepartementets alkoholkommitté (1 repr.) Ordförande och sammankallande var regionens programansvarige för alkohol- och drogfrågor. Sammanfattningsvis handlade ansökan om att:

- Stödja och utveckla kontaktpersonsätverken.
- Stimulera det lokala förebyggande arbetet
- Erbjuder en kvalificerad utbildning till kontaktpersoner.
- Stimulera det sekundärpreventiva arbetet i primärvården.
- Utvärdera och dokumentera insatserna

Arbetet med att stödja och utveckla kontaktpersonsätverken har skett genom att drogförebyggargrupperna fått ekonomiskt stöd för att kunna anordna träffar, studieresor och utbildningsinsatser ca 150 000 kr per grupp och år i två år. Arbetet har följts upp på VAD-gruppens möten och ett utbyte mellan grupperna av idéer har skett. VAD-gruppens sammanträden har framförallt ägnats åt att förmedla information; att rapportera planerade och genomförda aktiviteter. Bara vid enstaka tillfällen har man beslutat om aktiviteter som uppdragsutbildningen, eller diskuterat nya initiativ.

Vid telefonintervjuer med företrädare för VAD-gruppen påtalade de flesta av de intervjuade att gruppens mandat och uppgift varit otydlig och att detta egentligen aldrig diskuterats ordentligt i gruppen.

Detta fick en mycket tydlig relief vårvintern 2005, när Länsstyrelsen och regionen, båda representerade i VAD-gruppen, sände in varsin ansökan om förnyade statsbidrag till socialdepartementet, samt att detta gjordes utan att parterna kommit överens om detta förfaringsätt.

Gruppen missade också att lämna in en kompletterande ansökan till Socialdepartementet 2004.

### **Kvalificerad utbildning i alkohol och narkotikaprevention**

VAD-gruppen gick under våren 2003 ut med en offertförfrågan till universitet och högskolor i regionen om att anordna en 10p-alkohol-preventionskurs. Socialmedicinska avdelningen vid Göteborgs universitet fick uppdraget och har anordnat en sådan kurs vid två tillfällen, en tredje kurs ställdes in i brist på ekonomiska medel.

Kursens uppläggning (se sid.39) med studier på kvartsfart under ett års tid har diskuterats och bland annat därför togs ett alternativt utbildningsupplägg fram. Denna kortare folkhögskoleförelagda kurs i kommunal alkoholprevention har inte startats på grund av för få sökande.

### **Utbildning i motiverande samtal**

För att stimulera det sekundärpreventiva arbetet i primärvården har det i ett primärvårdsområde erbjudit utbildning i motiverande samtalsmetodik med specifik inriktning mot tidig upptäckt av beroende eller missbruk. Läkare och sjuksköterskor samt personal på MVC, BVC har inbjudits. I de två utbildningstillfällena deltog 7 läkare, 10 sjuksköterskor 3 skolsköterskor.

### **Nätverk drogsamordnare**

De drogsamordnare som verkat i kommunerna ute i regionen har deltagit i de träffar och arrangemang som ordnats av drogförebyggarna. Utöver detta har de haft egna nätverk och träffats för utbyte av kunskaper och erfarenheter. Dessa nätverk har geografiskt omfattat ett för Skaraborg och Fyrbodal vardera och ett för södra Älvsborg. Drogsamordnarna i Göteborg ingår i en gemensam organisation, med regelbunden kontakt.

### **Hemsidor**

Webbplatsen *www.drogforebyggarna.nu* har samlat information om aktiviteter för respektive drogförebyggargrupp. Sidan hade en nyhetspalt och en länksamling till andra liknande portaler, styrdokument på området och internationella länkar. Kommunerna hade egna sidor med beskrivning av verksamhet, hänvisning till lokala drogförebyggar-

de program och aktiviteter. Webbplatsen redovisade i genomsnitt 300 unika, (dvs. varje gång ett ip-nummer besöker webbplatsen oavsett hur många sidor som besöks vid det tillfället) besökare per månad och det laddades ned i genomsnitt drygt 4 000 sidor under en månad.

**Tabell 3, Vilka av följande webbplatser brukar du besöka och hur ofta? Kontaktpersoner utom Gbg, (n=69, andel i procent)**

	minst 2ggr mån	Minst 1 g/halvår	Aldrig
Drogförebyggarna	51	41	7
Alkoholkommittén	45	38	17
Mobilisering mot narkotika	30	19	42
Annan	22	6	17
Drugnews nu	19	35	39
Kunskapskällarn	12	30	52

Ungefär hälften av kontaktpersonerna besökte drogförebyggarnas webbplats minst två gånger per månad (tabell 3). Fyrtio procent brukade besöka alkoholkommitténs webbplats i samma utsträckning. Åtta procent besökte aldrig drogförebyggarnas webbplats.

Göteborgs informationscentrum i alkohol och drogfrågor, Kunskapskällar'n, har också haft en hemsida riktad främst till dem som arbetar i Göteborgs kommun. Sidan innehöll nyhetstips från media, kalendarier, erbjudanden om utbildningar, länksamling och stadsdelarnas drogförebyggande arbete skildrades.

**Tabell 4 Vilka av följande webbplatser brukar du besöka och hur ofta?  
(kontaktpersoner i Göteborg, n= 36, andel i procent)**

	minst 2 ggr mån	Minst 1 g/halvår	Aldrig
Kunskapskällarn	81	14	6
Alkoholkommittén	39	42	14
Drogförebyggarna	25	39	31
Annan	22	0	11
Mobilisering mot narkotika	14	36	42
Drugnews nu	6	25	58

Kunskapskällarn´s hemsida var den av de i enkäten föreslagna sidorna som besöks mest av kontaktpersonerna i Göteborg, 80 procent besöker deras sidor minst 2ggr/månad (tabell 4). Webbplatsen hade första halvåret 2005 5 700 unika besökare per månad i genomsnitt.

### **Kommunbesök**

För att informera sig om det drogförebyggande arbetet i kommunerna och för att bidra med kunskaper och erfarenheter på området hade drogförebyggargrupperna utanför Göteborg planerat kommunbesök i sina respektive områden. Gruppen avtalade tid med kommunen och försökte då få en så bred representation från olika förvaltningar, kommunledning och beslutsfattare, från kommunen som möjligt. Vid träffarna deltog representanter från kommunen, både tjänstemän och politiker, från socialtjänst, fritid och kultur, skola och utbildning, folkhälsoarbete. Träffarna sträckte sig över ca en halv dag. Genom dessa träffar fick drogförebyggargruppen en överblick över det alkohol- och drogskadeförebyggande arbete som bedrevs i dess område, inspiration till idébyardagar och gruppen kunde ge kommunens representanter idéer och synpunkter på hur arbetet bedrevs i förhållande till andra kommuner i regionen och i landet.

Under 2003-2005 hade kommunbesök genomförts i 11 kommuner av sammanlagt 48, varav 10 i Fyrbodalsgruppens område. Drogeförebyggargruppen i Göteborg har inte haft kommunbesök inom sin verksamhet.

### **Kontaktpersonträffar och idébytdagar**

En kontaktpersonträff per termin för kontaktpersonerna i kommunerna utanför Göteborg och andra som är intresserade anordnades av respektive drogförebyggargrupp. Programmet på träffarna innehöll en punkt för ömsesidig information samt någon gästföreläsare eller annat utbildningsinslag. En av träffarna under året var en studieresa. Resorna gick till Köpenhamn, Norge och Stockholm där man studerade olika förebyggande och behandlande aktiviteter på alkohol- och drogområdet.

En till två gånger om året arrangerade respektive drogförebyggargrupp träffar för erfarenhetsutbyte mellan kommunerna i området, idébytdagar. Innehållet var ibland mycket omfattande med flera parallella seminarier och ett stort antal deltagare från kommunerna. Drogförebyggargruppen i Södra Älvsborg anordnade en annan form av idébytdagar, seminarier, med inbjudna föreläsare och diskussioner mellan deltagarna.

### **Politikerutbildning**

Södra Älvsborg är den enda av drogförebyggargrupperna som hittills anordnat politikerutbildning. Detta skedde vid två omgångar under projekttiden. Den första utbildningen hade 70-tal deltagare från 9 kommuner. Utbildningen omfattade tre sammankomster om ca en halvdag per sammankomst. Utbildningen innehöll:

- Information om drogförebyggargruppernas verksamhet
- Orientering om och diskussion kring hur serveringstillstånd hanteras politiskt i kommunerna.
- Föreläsningar

Drogförebyggargruppen i Skaraborg anordnade en annan variant av politikerutbildning. Man hade engagerat en forumteatergrupp som efter research i några kommuner gestaltade lokalpolitikerns dilemma i det vardagliga förebyggande arbetet och tog upp frågor i efterföljande diskussion vid en studiedag. Vid detta tillfälle deltog dock bara fem politiker. Föreställningen användes sedan vid ett par tillfällen i samband med kommunfullmäktigemöten på olika håll i Västra Götaland.

Fyrbodalsgruppen liksom Göteborgsgruppen anordnade under den undersökta perioden inte ordnat någon politikerutbildning.

### **Verksamhet specifik för Göteborg**

Drogförebyggargruppen har inte haft samma operativa roll i Göteborg som i övriga länet. Här har det alkohol- och drogskadeförebyggande arbetet organiserats som en kommunal verksamhet. Stadsdelarna har ansvaret för det alkohol och drogförebyggande arbetet och skall utse kontaktpersoner vars uppgift bland annat är att upprätta lokala handlingsplaner och att stadsdelen medverkar i gemensamma satsningar på området. Till sin hjälp har de samordnare som arbetar stadsdelsövergripande. Kommunen hade sex drogsamordnare, en med samordnade ansvar, de övriga med ansvar för olika regioner av Göteborg.

### **Träffar och utbildningar**

De regionalt ansvariga samordnarna har haft i uppdrag att regelbundet anordna kontaktpersonsträffar för information och erfarenhetsutbyte. Kontaktpersoner och samordnare har inbjudits till ett flertal seminarier och utbildningsdagar under de här verksamhetsåren.

### **Kunskapskällar´n**

Kunskapskällar´n är Göteborgs Stads informationscentrum för alkohol- och narkotikafrågor. Verksamheten startade som projekt 1998 och har efterhand förstärkts från en till tre personer. Verksamheten skall fungera som en resurs för hela kommunen och kan erbjuda information och utbildningar inom alkohol- och narkotikaområdet till lärare, fritidsledare, socialarbetare, föräldrar och frivilligorganisationer. Där finns bibliotek och utlåningsverksamhet av olika AV-media på alkohol- och drogområdet.

### **Kontaktpersonerna**

Kontaktpersoner fanns i både Göteborgs kommun och i kommunerna i övriga Västra Götaland. Den stora skillnaden var att i Västra Götaland utanför Göteborg *erbjöds* drogförebyggargrupperna kommunerna att medverka i ett nätverksbygge med två kontaktpersoner per kommun. I Göteborg fanns det i den drogpolitiska handlingsplanen angivet att stadsdelarna *skulle* utse kontaktpersoner.

Uppgifterna i kommande avsnitt baseras på den enkätundersökning som genomförts. (se sidan 19)

**Tabell 5. Hur blev du kontaktperson för drogförebyggarna i din kommun? (andel i procent)**

	Utom Gbg (n=68)	Göteborg (n=35)
Utsedd av min kommun	51	80
Mitt initiativ	21	3
Annat sätt	28	17
	100	100

Kontaktpersonerna utanför Göteborg har oftast utsetts av sin kommun att vara kontaktperson (tabell 5), men en stor andel har utsetts genom att själv ta initiativ, eller på annat sätt, såsom att man blivit tillfrågad av någon från Drogförebyggarna. I Göteborgs kommun har stadsdelarna ålagts att utse kontaktperson, vilket sannolikt avspeglas i den höga andelen ”utsedd av min kommun”.

Det föreföll vara rätt god kontinuitet i kontaktpersonsgruppen. 39 procent utanför Göteborg och 54 procent i Göteborgsgruppen har varit kontaktperson mer än 2 år. 19 respektive 9 procent har varit ett år eller mindre.

**Tabell 6. Har du stöd från din arbetsledning för att vara kontaktperson? (andel i procent)**

	Utom Gbg (n=69)	Göteborg (n=34)
Ja, starkt	39	32
Ja, visst	43	59
Nej, svagt	7	6
		3
Nej inget	10	
	100	100

Uppemot en tredjedel ansåg sig ha starkt stöd av sin arbetsledning i att vara kontaktperson (tabell 6). Var femte i gruppen utanför Göteborg och var tionde i Göteborgsgruppen ansåg att stödet saknades eller var svagt. Denna fråga kompletterades med en öppen fråga om hur kontaktpersonen såg på sitt uppdrag som kontaktperson. Ur dessa kom-

mentarer kan man utläsa att de flesta tyckte uppdraget var intressant och givande och att de försökt förmedla vidare information som de fått, till andra tjänstemän i sin kommun. Problem som lyftes fram av många var att man haft för lite tid i sitt arbete att fördjupa sig i frågorna och att det kunde vara svårt att intressera andra i kommunen. Speciellt tydligt var detta i Göteborg. Uppgiften som kontaktperson ansågs av många konkurrera med ”de ordinarie arbetsuppgifterna”.

*”Skulle dock gärna se att ”min” kommun engagerade sig mer. Intresset är ”så där”.*

*”Kan vara svårt att få andra att engagera sig spec. då det är någon arbetsinsats som behövs. ”Har inte tid” ”Är inte vårt uppdrag” ”Borde väl vara någon annan som ska göra det” är reaktioner jag ofta får.”*

**Tabell 7. Vilket är ditt arbete? (andel i procent)**

Arbete	Utom Gbg (n=68)	Göteborg (n=34)
Drogsamordnare	25	6
Folkhälsosamordnare	29	18
Lärare	4	6
Elevvårdspersonal	4	21
Sjukvårdspersonal u skolan	10	0
Fritidsledare	2	6
Social- fältsekreterare	9	35
Annat	16	9
	100	100

Under samlingsgruppen *annat* finns rektor, kurator inom socialtjänsten, behandlingsassistent bland annat. En majoritet av kontaktpersonerna utanför Göteborg var antingen drogsamordnare eller folkhälsosamordnare (tabell 7). Bland kontaktpersonerna i Göteborg var det vanligast att man är social- eller fältsekreterare eller att man arbetade som elevvårdspersonal i skolan (kurator, skolsköterska). Det var få kon-

taktpersoner, om man undantar sjukvårdspersonal, som hade sin tillhörighet utanför den kommunala organisationen.

Det fanns en strävan från drogförebyggargrupperna utanför Göteborg att kontaktpersonerna skulle komma både från kommunen och från primärvården. Andelen primärvårdspersonal var bara ca 10 procent i gruppen utanför Göteborg.

**Tabell 8. Ungefär hur mycket av din arbetstid arbetar du med alkohol- och drogskadeförebyggande arbete? (andel i procent)**

	Utom Gbg (n=67)	Göteborg (n=35)
upp till 10 %	31	40
11-20	22	37
21-50	18	11
51-70	9	3
>70	19	9
	100	100

Nära hälften av kontaktpersonerna, i Göteborg tre fjärdedelar, uppger att de lägger 20 procent eller mindre av sin arbetstid på alkohol- och drogskadeförebyggande arbete, (tabell 8). I gruppen som arbetar mer än 50 procent med den här typen av arbete finns framför allt folkhälsosamordnare, drogsamordnare och andra.

**Tabell 9. Kommer du, om du har samma arbete som nu, att vara kontaktperson för din kommun om två år? (andel i procent)**

	Utom Göteborg (n=69)	Göteborg (n=36)
Nej, det tror jag inte	12	25
Ja, kanske	33	58
Ja, det tror jag säkert	55	17
	100	100

Det är större andel av kontaktpersonerna utom Göteborg som tror att de fortfarande har sitt kontaktmannaskap kvar om två år (tabell 9)

## Medverkan i aktiviteter

Tabell 10, Medverkan i nätverksaktiviteter utom Göteborg, (andel i procent, n=71)

	1 gång	2 gånger	3 gånger	4 gånger	5 gånger
Idébyttardag	24	33	5	1	0
Kontaktpersonsdag	28	23	9	4	3
Studieresa	25	5	0	0	0
Konferensen Förebygg.nu	44				

De flesta har deltagit en till två gånger i de nätverksträffar som utgörs av idébyttardagar och kontaktpersonsdagar (tabell 10). Det är få som deltagit vid samtliga tillfällen.

I de nu undersökta områdena brukade man arrangera en idébyttardag och en kontaktpersonsdag per termin. Den undersökta perioden är 2004 och våren 2005 och det arrangerades då tre tillfällen av vardera aktiviteten. Under perioden har det arrangerats en studieresa i de undersökta områdena. Ungefär en fjärdedel av kontaktpersonerna deltog i den. Konferensen Förebygg.nu har nära hälften av kontaktpersonerna deltagit i. Bland dem som varit kontaktperson i tre eller fler år var det drygt hälften som deltog i denna konferens.

Tabell 11 Medverkan i nätverksaktiviteter, Göteborg (andel i procent, n=36)

	Ej angett antal	1-5	6-9	10->
Kontaktpersonsmöten	17	36	14	33
Utbildning	36	53	8	3
Förebygg nu		39		

De flesta i Göteborg deltog i upp till 10 kontaktpersonsmöten (tabell 11)

I Göteborg ordnades nätverksträffar för kontaktpersoner ungefär fyra gånger per termin. Det blev sammanlagt 12 tillfällen för den undersökta perioden. Utbildningstillfällen uppskattades till minst 25 tillfällen.

36 procent av kontaktpersonerna i Göteborg och 24 procent av kontaktpersonerna utom Göteborg deltog i någon av de två universitetsutbildningarna som drogförebyggarna haft som uppdragsutbildning vid Göteborgs Universitet. Den utbildning på några dagar som alkoholkommittén anordnade för drogsamordnare deltog två personer i Göteborg och 17 personer utom Göteborg i. (5 resp 15 procent)

Enkäten omfattade nio frågor om hur kontaktpersonerna såg på de nätverksträffar, kontaktpersonsträffar som anordnats. I tabellerna nedan jämförs ”drogförebyggarnas träffar” med Göteborgs motsvarighet ”kontaktnätsmöten”.

**Tabell 12. Frågor om träffarna (andel i procent, n=69 utom Gbg, n=36 Gbg)**

	Instämmer helt		Instämmer delvis		Tar delvis avstånd		Tar helt avstånd	
	Utom Göteborg	Göteborg	Utom Göteborg	Göteborg	Utom Göteborg	Göteborg	Utom Göteborg	Göteborg
Träffarna har ett intressant innehåll	65	58	33	25	0	14	0	0
Träffarna har ett aktuellt innehåll	67	67	32	28	0	3	0	0
Drogförebyggarnas verksamhet tillför mig ny kunskap	55	-	42	-	3	-	0	-
Kkontaktnätsmötena tillför mig ny kunskap	-	39	-	42	-	17	-	0

Det fanns en mycket stor samstämmighet kring att träffarna haft intressant och aktuellt innehåll och att de gav ny kunskap. Skillnaden mellan svaren i Göteborg och utom Göteborg var små och kan eventu-

ellt hänföras till att träffarnas uppläggning och syfte inte var fullt jämförbart.

**Tabell 13, Frågor om verksamhet , (andel i procent n=69 utom Gbg, n=36 Gbg)**

	Instämmer helt		Instämmer delvis		Tar delvis avstånd		Tar helt avstånd	
	Utom Gøte-borg	Gøte-borg	Utom Gøte-borg	Gøte-borg	Utom Gøte-borg	Gøte-borg	Utom Gøte-borg	Gøte-borg
Drogförebyggarnas verksamhet är viktig i mitt professionella nätverk	58		29		12		1	
Drogförebyggarnas verksamhet är ett stöd i mitt alkohol- och drogskadeförebyggande arbete	57		35		7		1	
Kontaktnätsmötena är viktiga i mitt professionella nätverk		53		25		14		6
Kontaktnätsmötena är ett stöd i mitt alkohol- och drogskadeförebyggande arbete		56		22		17		0

En hög andel anser att träffarna i nätverket är ett viktigt inslag i deras professionella nätverk och att de utgör ett stöd i arbetet (tabell 13).

**Tabell 14, Frågor om delaktighet i nätverket, VG-regionen utom Göteborg (andel i procent n=69)**

	Instämmer helt	Instämmer delvis	Tar delvis avstånd	Tar helt avstånd
Jag engagerar mig i drogförebyggarnas verksamhet	23	57	13	4
Jag känner mig delaktig i drogförebyggarnas verksamhet	25	52	16	7
Jag brukar prioritera deltagande i drogförebyggarnas träffar	41	45	12	3
Jag brukar delta med programpunkter på drogförebyggarnas idébytdagar	7	41	29	20

**Tabell 15, Frågor om delaktighet i nätverket, Göteborg (andel i procent n=36)**

	Instämmer helt	Instämmer delvis	Tar delvis avstånd	Tar helt avstånd
Jag engagerar mig i kontaktnätsmötena	31	53	11	3
Jag känner mig delaktig i kontaktnätsmötena	39	17	11	3
Jag brukar prioritera deltagande i kontaktnätsmötena	28	50	14	6
Jag brukar delta med programpunkter på kontaktnätsmötena	3	50	28	14

På frågorna om delaktighet i nätverket svarade bara cirka en tredjedel att de instämmer helt i de givna påståendena (tabell 14 och 15). Cirka 20 procent tog helt eller delvis avstånd. Detta kan tyda på att det finns en potential när det gäller att utveckla delaktigheten i nätverken, framför allt när det gäller att själv bidra med programpunkter vid erfarenhetsutbytet.

Tabell 16, Om utbildningar och seminarier Göteborg (andel i procent n=36)

	Instämmer helt	Instämmer delvis	Tar delvis avstånd	Tar helt avstånd
De har ett intressant innehåll	56	31	3	0
De har ett aktuellt innehåll	72	14	3	0
De är ett stöd i mitt adf-arbete	58	31	0	0
Jag brukar prioritera att delta i dessa	64	22	3	0

Det var en klar majoritet som uppskattade de utbildningar och seminarier som anordnats i Göteborg (tabell 16).

Eftersom verksamheten i VG-regionen och Göteborg inte är fullt jämförbar lades frågan om utbildningar och seminarier till i den enkät som gjordes i Göteborg.

### *Utbildning alkohol och narkotikaprevention*

Efter anbudsgivning uppdrog VAD-gruppen åt Socialmedicinska avdelningen vid Göteborgs Universitet att anordna en 10p kurs i alkohol- och narkotikaprevention.

#### **Kursens mål var att**

- ge kunskaper om alkohol- och narkotikakonsumtion-verkningsmekanismer, epidemiologi och konsekvenser
- ge kunskaper om metoder för prevention av alkohol- och narkotikaskador samt deras vetenskapliga evidens
- belysa betydelsen av genus och andra sociala faktorer för alkohol- och narkotikaprevention
- öka färdigheten att kommunicera med relevanta aktörer
- öka kunskapen om olika riskgrupper och förståelsen för hur man kan arbeta med riskgrupper

### **Innehåll**

- Alkohol- och narkotikakonsumtion – verkningsmekanismer, epidemiologi och konsekvenser
- Evidensbaserad teori och metod för alkohol- och narkotikaprevention
- Ungdomar och alkohol- och narkotikaprevention
- Hälsopolitiska metoder
- IT-workshop
- Kommunikation/pedagogik
- Projektarbete inom egen förvaltning.

Föreläsare valdes har valts från olika kunskapsområden som institutionerna för socialt arbete, neuropsykiatri, psykologi, socialmedicin och förvaltningshögskolan vid Göteborgs Universitet, samt Kunskapskällar'n i Göteborg, Statens Folkhälsoinstitut och SoRAD i Stockholm. Totalt engagerades vid senaste kursen 17 olika personer som föreläsare.

### **Omfattning**

Kurserna omfattade 10 p och förlades över ett år, med föreläsningar, seminarier och grupparbeten koncentrerade till en heldag varannan vecka.

### **Urval av deltagare**

Det var beställaren, VAD-gruppen som avgjorde vilka av de deltagare som sökt utbildningen som också skulle antas. Förutsättningen var allmän behörighet till högskolestudier (för att få universitetspoäng) samt arbete som drogsamordnare eller motsvarande. Vid första kurstillfället var en övervägande del av deltagarna från Göteborgs kommun. Vid andra kurstillfället antogs samtliga sökande, huvudsakligen från andra kommuner än Göteborg.

### **Utbildade**

Totalt antogs 46 personer till de två utbildningarna som anordnades. Vid årsskiftet 2005/06 hade 29 fullföljt utbildningen.

## Resultat, deltagarnas syn

Vid två tillfällen per kurs, vid mitten av kursen och i slutet, fick deltagarna göra en SWOT-analys om hur de såg på kursen. Nedan (figur 3) återges resultatet av en sådan analys i sin helhet från mittkursvärderingen i oktober 2003

Figur 3, SWOT-analys mittkursutvärdering 2003

<p><b>Styrka-fördelar</b>          Bra bredd i föreläsningarna          Både övergripande och konkret arbete          Tiden – möjlighet för reflektioner          Föreläsare som arbetar ute i verkligheten bland ungdomar t.ex. X. Mer sånt!          Mer konkreta praktiska föreläsningar än tidigare.          X pga. Praktisk övning          Egna dagar=Bra          Kritisk granskning av information om alkohol och prevention.          Diskuterat egna värderingar.          Fokus på ungdomar.          Kontaktskapande.          Bra med mer sociala aspekter denna termin.          "Högt i tak"          Idéer          Möjlighet och tid till diskussion.          Kompetensen hos kursdeltagare/ledare.          Bredden och många perspektiv.          Grupparbetena          Föreläsningarna av Z, X, Y          Kontakter och nätverk          "Den svenska supen" är bra</p>	<p><b>Svagheter – Nackdelar</b>          Oförberedd föreläsning: W          Dålig bredd/översikt angående arbetsplatsprevention och strukturellt vimsigt.          Saknar fler konkreta modeller för att gå från ord till handling= teori – praktik.          Att Y:s föreläsning ej blev av.          Ojämn kvalitet och en del dåliga föreläsare          Uteblivna föreläsare.          Få praktiska ex på att arbeta preventivt och för mkt teori som ej kan förankras på våra arb. platser.          FÖR LITE OM NARKOTIKA          Material som vi lovats kommer aldrig!!          Grupparbetena för långa kan räcka med någon timmes disk.          Ostrukturerade och långa grupparbeten.          Kanske få in ngt om Hälsofrämjande skola ANT-arb är en del [föreslår Z]          Arbetsuppgifterna har blivit ett ok för många pga osäkerhet.</p>
<p><b>Möjligheter – Resurser</b>          Integrera grupparbetena med föreläsningar.          Kursdeltagarna blir ett nätverk.          Ta vara på de kunskaper som finns bland deltagarna.          Alla kontakter i VG regionen + kunskapsområden.          Lägga X tidigare, för att få ihop gruppen – värderingsövningar.          Gruppens kunskap och erfarenheter.          Möjlighet att träffas.          Intressanta diskussioner.          Deltagarnas egen kompetens och Z egenkompetens          Mer planerade gruppdiskussioner om vad man gör i resp stadsdel.          Erfarenhetsutbyte          För ludiga gruppdiskussioner, ibland omotiverade.          Mer föreläsningar av Z</p>	<p><b>Hinder – Hot</b>          Tappar fokus i grupparbetena pga oklar koppling till föreläsning.          Tidsbrist – skriva-läsa-forska          Kompakt kurs          För höga mål för 10p          Pengar-politik-tid          KNARK          Självvald och engagemang?          Kommunernas sparbetning (hot mot engagemang, motivation, trygghet)          Andra arbetsuppgifter.          Bristande stöd och intresse "uppifrån".          Alkoholvänlig kultur, priser etc.          Viktigt med tydligt syfte före föreläsning Varför de är här o skall föreläsa om vad? Ge syftet till oss o troligen också till föreläsaren.          Frustration över dålig förankring ute i verksamheterna vilket innebär svårigheter att gå från teori – praktik          Svårigheter att få tid att läsa litteratur</p>

Telefonintervjuerna med ett slumpmässigt urval av deltagarna, redovisas nedan.

### **Ökade kunskaper**

Samtliga intervjuade ansåg att deras kunskaper inom preventionsområdet ökat. Kursen upplevdes som gediget upplagd och ambitiös. Det hade varit hög kvalitet på föreläsare. Många pekade på att de fått en större förståelse/respekt för hur omfattande preventionsarbete inom det här området kan vara. Flera tyckte att de numera hade bättre förutsättningar att ta diskussioner med beslutsfattare och driva frågor med större självförtroende.

*”Mer medveten om hur det fungerar och hänger ihop. Kan ta diskussioner med andra bättre.”*

*”I och med att man går en utbildning börjar man ställa sig frågan; varför gör jag detta [arbete], det är bra tycker jag och det gäller att hålla kvar detta.”*

### **Ökade färdigheter**

De allra flesta ansåg att kursen gav dem kunskaper och verktyg för att arbeta med alkohol och drogprevention i kommunen.

*”När jag möter olika situationer i arbetet har jag material från föreläsningar, litteratur osv. att gå tillbaka till.”*

*”Jag kan driva frågor på ett annat sätt. Jag tycker jag är bättre på att hålla mig ajour.”*

Fyra intervjuade pekade på att kursen innehållit för få inslag av praktiskt preventionsarbete, metoder i det dagliga arbetet. Men samtidigt fanns en acceptans för att detta varit en kurs med en teoretisk ansats.

*”Den biten hur man skall arbeta med skola – föräldrar kunde man lagt mera krut på”*

Kursen verkade ha bidragit till att deltagarna har utökat sitt nätverk på så sätt att de haft kontakter med varandra även efter kursen.

*”Ja jag tycker det har blivit ett nätverk av dem som gick på kursen*

### **Utformning**

Kursdeltagarna var överlag mycket nöjda med uppläggningsen av kursen. Enstaka hade invändningar mot att kursen var för omfattande tidsmässigt. De invändningar som berörde organisationen av kursen handlade om oklarheter med tider, föreläsningar som flyttats och att för mycket tid lagts på gruppdiskussioner. Någon var missnöjd med handledningen för det enskilda arbetet.

*”Kursen var ambitiöst upplagd. Tycker att de delar som man kan begära fanns med. Vi hade samma frågor, vi som kom från kommunerna och det gav mycket att diskutera med de andra.”*

De två delmomenten kollegiegranskning och eget arbete ansågs av dem som gjorde momenten som nyttiga och lärorika, speciellt kollegiegranskningen. I intervjuurvalet är det dock flera som inte fullföljt båda momenten.

*”[Kollegiegranskningen] En metod som man borde arbeta med lite då och då i det vanliga arbetet.”*

*”Ja jag har haft nytta av det för det blev sedan en del i min utvärdering av det alkoholpolitiska programmet som jag hade som en arbetsuppgift.”*

### **Relevans**

Hälften av de intervjuade ansåg att kursinnehållet stämt väl med de behov de hade i sitt arbete. Hälften ansåg att kursinnehållet mer borde fokuserats mot arbete mot barn och ungdom, eller metoder och arbetsätt.

*”Kursen var ambitiöst upplagd. Tycker att de delar som man kan begära fanns med.”*

*”Jag ville ha mer en helhet, vad man kan göra och hur skall helheten se ut. Att beta ner till: Vad är praktiskt genomförbart. Man blir lite allergisk mot allt det här med att det skall vara evidensbaserat.”*

**Kvalité**

Deltagarna ansåg genomgående att föreläsare och kurslitteratur hållit hög kvalité. Synpunkter på handledning har inte gått att bedöma i det här urvalet eftersom så många av intervjupersonerna inte fullföljt de delarna.

## Alkohol- och drogskadeförebyggande arbete i kommunerna

I alkoholhandlingsplanen finns några områden för utveckling som speciellt berör kommuner. Vi ställde vid intervjun frågor om kommunen hade verksamhet inom dessa områden. I tabellen nedan (tabell 17) har vi gjort en sammanställning av dessa svar. Där anges de kommuner som hade sådan verksamhet, men vi har inte haft någon möjlighet att bedöma vare sig omfattning eller kvalitet i verksamheten, bara konstatera om den förekom eller inte.

**Tabell 17, Kommunernas arbete i relation till alkoholhandlingsplanen (antal)**

	Kommuner som rapporterar någon sådan verksamhet
Arbete riktat till riskgrupper	38
Utveckling av vård och behandling	19
Arbete för att påverka tillgänglighet, utöver medverkan i visaleg.nu	37
Kompetensutveckling	31
Opinionsbildning	44
Följa upp konsumtions- och skadeutvecklingen, utöver drogvaneundersökningar bland tonåringar.	17
Antal kommuner + regioner Gbg	53

Sex procent av kommunerna/regioner som rapporterade verksamhet på alla områden, 23 procent som rapporterade fem, 19 procent fyra, 32 procent 3 och 6 procent ett område.

### **Särskilda stödinsatser för riskgrupper och individer med riskbeteende**

Här rapporterade intervjupersonerna oftast verksamheter riktade till barn till missbrukare eller till ungdomar mellan 16 och 20 år. Ungdomsverksamheten var oftast i form av gruppverksamhet med samlingsgrupper för tjejer eller killar med sociala problem eller insatser för ungdomar som inte fullföljt sin gymnasieutbildning eller haft svårt att få fotfäste på arbetsmarkanden. I någon kommun tog man upp alkoholfrågor i ett behandlingsprogram för unga kriminella och diskuterade hur alkoholbruket samspelar med deras kriminalitet.

*Vi har en grupp för barn till missbrukare. Vi har också speciella insatser för unga gravida kvinnor. Kommunen ordnar sommarverksamhet för barn med särskilda behov, och lägerverksamhet för ungdomar.*

### **Vård- och behandlingsinsatser**

Flera kommuner arbetade för att utveckla vård till ungdomar eller missbruksvård på hemmaplan för att minska behovet av (dyrare) institutionsplaceringar. En kommun rapporterade försök med att utveckla mycket tidiga vårdkontakter för ungdomar som gripits av polisen för narkotikamissbruk. Några enstaka rapporterade att de arbetade på att utveckla vård till äldre missbrukare med dubbeldiagnos, eller bedrev aktiv uppsökande verksamhet bland missbrukare. En kommun rapporterade att man anordnar temakvällar med föredrag och samtal för anhöriga till missbrukare.

*Vi arbetar för att utveckla tidiga insatser för ungdomar. Nu försöker vi se hur vi tillsammans med polisen kan agera när någon ungdom tagits för ringa narkotikabrott. Erbjuder ett mer genomarbetat program.*

### **Begränsad tillgång till alkoholdrycker**

I detta avsnitt redovisas insatser av typen tillsyn av folkölsförsäljning, utbildning av restaurangpersonal i ansvarsfull alkoholhantering,

antilangningskampanjer och insatser för att minska langning av utlandsköpt alkohol.

Samtliga kommuner utom Göteborg var i slutet av den undersökta perioden med i Länsstyrelsens verksamhet visaleg.nu. (Blanck, Spak 2005) Göteborg hade en egen satsning, med likartad utformning. Detta innebar att kommunerna skall bedriva en uppsökande verksamhet till handlare som säljer tobak och folköl. Hur engagerade man var varierar mellan kommunerna, men en uppföljning från FHI ( i Blanck, Spak 2005 s. 9) visade att länets kommuner hade en högre andel uppsökta handlare än riket i genomsnitt.

I de kommuner där intervjupersonerna hade uppgifter om hur tillsynen av handlare och restauranger sköttes, angav man oftast att denna tillsyn hanterades bra och att man inte hade några problem med restaurangägare som misskött sig. I några kustkommuner var man mycket nöjd med samverkan med restaurangnäringen och kommunen arrangerade speciella utbildningstillfällen på försommaren för den personal som arbetade på sommarrestaurangerna.

I en kommun hade en större satsning för att införa ansvarsfull alkoholservice pågått under utvärderingsperioden och denna fick även fått efterföljare i några andra kommuner i regionen.

I samband med frågan om arbete för att påverka tillgängligheten ställdes också frågan om man diskuterat den ökade tillgänglighet som det innebär att köpt/smugglad alkohol säljs vidare. Frågan hade diskuterats i flertalet kommuner, men det var inga kommuner som rapporterade någon konkret insats på området, utöver att man tipsat polisen.

*Vi arbetar tillsammans mellan polis, socialtjänst, och miljö-och hälsoskydd när det gäller tillsynen. Vi har diskuterat utlandsköpt alkohol, polisen har gjort flera tillslag och har bra bevakning.*

### **Fördjupad kompetens bland de yrkesgrupper som kan förebygga alkoholskador**

En stor del av kommunerna rapporterade insatser på det här området. Det är framförallt gruppen lärare som erbjudits utbildningar, liksom personalgrupper som möter nyblivna eller blivande föräldrar. Utbildningar för personal som skall arbeta med barn till missbrukare hade också förekommit. Omfattningen var mycket varierande från några en-

staka lärare, till omfattande utbildningsprogram riktade till alla lärare på ett visst stadium. Det vanligaste var utbildningsinsatser som berörde 10-30 personer per utbildningstillfälle.

När det gäller samordnarens eller kontaktpersonens egen kompetensutveckling hade de flesta genomgått kortare utbildningar i form av konferenser, dagskurser eller de utbildningsdagar som alkoholkommittén och mobilisering mot narkotika anordnat.

Det är 43 kontaktpersoner och/eller drogsamordnare som har gått den 10 poängskurs i alkohol- och narkotikaprevention som anordnats på initiativ av VAD-gruppen i regionen.

*Ja BVC, MVC och lärare, men lärare är svårt att nå många. 15-20 har nåtts vid fem halvdagar under ett år. Frågan är om man skall upprepa den.*

## **Att följa upp konsumtions- och skadeutvecklingen.**

**Tabell 18, Drogvaneundersökningar**

	Antal kommuner
Drogvaneundersökning åk 9	39
Drogvaneundersökning andra åk grundskol.	13
Drogvaneundersökning gymnasiet	14
Ingen drogvaneundersökning	3
Ingen uppgift	0

Tabellen beräknad på 49 kommuner (Dalsland 5, Göteborg 1)

Flertalet kommuner hade kartlagt ungdomars drogvvanor i form av enkätundersökningar i skolan, i några fall vid flera tillfällen under perioden 2003-2005 (tabell 18). Några få kommuner hade valt att göra undersökningar varje år, men vanligast var att man gjort en eller ett par undersökningar under de här åren.

Drogvaneundersökningarna har presenterats på de skolor där de gjorts, ofta för både elever och personal, de har presenterats i politiska nämnder och de har använts som diskussionsunderlag med elever eller föräldrar. Statistiken har använts för målformuleringar i de lokala drogpolitiska programmen och i välfärdsbokslut. Flera kommuner rapporterade stort intresse från lokalpressen för de här undersökningarna.

Däremot var det betydligt färre kommuner, ett tjugotal, som rapporterade att de följt eller kartlagt den lokala missbrukssituationen på andra sätt, t.ex. genom att följa försäljningsstatistik från systembolaget eller motsvarande statistik för restaurangförsäljning, eller kartlagt och dokumenterat alkoholens konsekvenser i sin kommun genom att redovisa alkoholrelaterad sjuklighet och dödlighet eller vård av missbrukare, antal och kostnader. Det var också sällsynt att man beskrivit kommunens samlade insatser för att förebygga alkohol- och drogsador i form av insatser till riskgrupper, tillsynsverksamhet restauranger och affärer, liksom att man skaffat sig djupare kunskap om hur undervisningen i skolan utformas.

### **Finns drogsamordnare i kommunen?**

**Tabell 19 Drogsamordnare – utveckling (antal)**

	Första intervju	Andra intervjun
Har samordnare	34	18 (varav 2 permanent)
Har inte	12	31
Uppgift saknas	3	0

Av länets 49 kommuner var det 40 kommuner som under den undersökta perioden haft drogsamordnare eller motsvarande resurs med bidrag från länsstyrelsen. I kommuner som inte haft drogsamordnare har uppgiften delvis skötts av folkhälsosamordnaren.

En avgörande faktor för om en kommun behåller sin drogsamordnare eller ej var om det finns statsbidrag för tjänsten eller inte. I vårt material är det bara två kommuner som beslutat behålla sin drogsamordnare efter det att statsbidraget upphört.

## Målgrupper

Barn och ungdomar nämndes som en viktig målgrupp i samtliga kommuner. Föräldrar nämndes också i flertalet kommuner som en viktig målgrupp, men då som en indirekt väg att påverka ungdomar. I några kommuner diskuterade man att föräldrarna var viktiga förebilder för ungdomar, men på frågan om man med detta menade att det var viktigt att föräldrar inte drack eller var måttliga med alkohol, blev svaret ofta att man menade att föräldrar tydligt skall visa sin *inställning* till alkohol.

*”Väldigt lite diskuteras runt vuxna.”*

*”Föräldrarna är den viktigaste målgruppen i sin roll som förälder, positiva förebilder för sina barn.”*

I tre kommuner nämnde man föreningar som en viktig målgrupp för insatser, då ofta föreningar som engagerar många ungdomar som idrottsföreningar.

Det var ett fåtal, tre, kommuner som nämner andra målgrupper som unga vuxna (20-25 år) eller vuxna. I en kommun pågick diskussioner om att vidga målgruppen och vissa insatser riktade till studenter hade påbörjats. Några intervjuade upplevde det som ett problem att man diskuterade vuxnas alkoholvanor så lite.

## Ungas delaktighet

Ungdomarna i kommunerna engagerades sällan i arbetet med att utforma det förebyggande arbetet, utom när det gäller att vara med och arrangera till exempel en drogfri skolavslutning. De flesta intervjuade tyckte det är viktigt att engagera ungdomar, men de upplevde svårigheter att hitta bra former för att få med ungdomar i arbetet.

*”De är i stora drag passiva mottagare. Vi har ett ungdomsråd, men det fanns inget intresse för de här frågorna där.”*

*”Vi har haft rådslag med ungdomar vid ett par tillfällen både på skolan och fritidsgården kring vad man kan göra drogförebyggande...”*

*”De säger mer vuxennärvaro, stöd från vuxna, vettiga sysselsättningar, någonstans att vara, något att göra. De vill att vi skall finnas där som stöd, säga ifrån och sätta tydliga regler.”*

### **Drogfria nöjen för ungdomar**

Det hade inte skett någon utveckling när det gäller drogfria nöjen för tonåringar mellan de båda intervjutillfällena. Kommunerna satsade enligt uppgift på samma nivå när det gäller fritidsgårdsverksamhet och drogfria skolavslutningar. Några kommuner hade ökat sina insatser för sommarlediga ungdomar. Flera kommuner rapporterade att det blivit svårare att få ungdomar att komma på de drogfria arrangemang som anordnades.

## *Arenor för alkohol- och drogskadeförebyggande arbete*

### **Skola**

Det var få intervjupersoner (10) som gjort kartläggningar av hur skolans arbete på detta område var upplagt. De flesta rapporterade ingen eller ytlig kunskap om hur det gick till. En mycket vanlig kommentar var den här:

*”Det beror helt och hållet på de lärare som jobbar där. Var och en har sin egen modell.”*

Alkohol- och drogundervisningen verkade i stor utsträckning vara odokumenterad; analogt fanns inte heller några rapporter om att undervisningen utvärderats.

Ingen kommun använde evidensbaserade undervisningsprogram, som Steg för steg, på samtliga skolor i kommunen. Däremot användes detta program på några enstaka skolor i regionen.

Ett vanligt svar var att man höll på att utveckla olika former av ämnet livskunskap i skolan. Livskunskap var dock långt från något enhetligt begrepp, utan utformades på varje skola och innehöll fler moment/mål än sådana som rör alkohol och andra droger. En hel del fortbildnings-

insatser hade ägnats åt detta i kommunerna. I många fall hade verksamheten, som syftade till att gå som en röd tråd genom flera skolår från mellanstadiet och vidare upp genom högstadiet, bara hunnit starta. Insatserna var också i hög grad koncentrerade till grundskolan, det drogförebyggande arbetet på gymnasieskolan verkade vara sällsynt.

Dokumenterade program, det vill säga program som finns återgivna i skriftlig form, användes bara i begränsad omfattning och på enstaka skolor i varje kommun. De vanligaste var Charlie, Birgitta Kimbers material Livskunskap, Livsviktigt, Lions Quest, Dialog materialet från Länsnykterhetsförbundet Västra Götaland. (se Undervisningsprogram efter referenslistan)

## Föräldrar

**Tabell 20. Typer av föräldrainformation, antal kommuner (n=52)**

	Första intervjun	Andra intervjun
Storföreläsning	32	37
Studiecirklar	19	19
Klassvis information	-	12

Definition: Storföreläsning – allmänt riktad inbjudan till fler föräldrar än en klass, ofta till flera årskullar, i aula eller liknande, Studiecirklar – verksamhet genom studieförbund, i mindre grupp än 15-20, Klassvis information – bara föräldrarna till en viss klass deltar.

Det fanns en mycket stor variation i kommunernas insatser för att nå föräldrar i det alkohol och drogskadeförebyggande arbetet. Det vanligaste var att man anordnade aulaföreläsningar dit högstadiesföräldrar eller alla föräldrar inbjöds (tabell 20). Några föreläsares namn nämndes ofta i dessa sammanhang och de föreläsningarna handlade om hur man förstår sig på sin tonåring och kan handla i olika vanliga situationer. Ett annat vanligt inslag på aulasammankomster var att man visade filmen Brandstegen som producerats av gymnasieelever och vuxna vid Medicenter i Stenungsund. Filmen skildrar hur en ung man med lovande

framtidsutsikter, kommer i kontakt med narkotika och hur han därefter successivt slås ut och så småningom avlider i en olycka under ett narkotikarus.

Det var färre kommuner som rapporterade verksamhet som riktar sig till mindre grupper föräldrar som studiecirklar eller information/diskussion klassvis. Det sistnämnda var det bara var fjärde kommun som rapporterade. När det gäller studiecirklar rapporterade en del kommuner som har eller har haft detta att det blivit betydligt svårare att engagera föräldrar in denna form av föräldrainsformation de senaste åren. När man kanske tidigare haft så mycket som ett par studiecirklar per klass fick man numera nöja sig med en cirkel per skola.

Ingen kommun rapporterade att man haft ett systematiskt program för sin föräldrainsformation som återkom år från år, utan i de flesta fall var det beroende av intresse från skolan och/eller engagerade studieförbund. Vi såg inte heller att man under den undersökta perioden försökt forma sig till en sådan systematik i föräldrainsformationen i några kommuner, utan verksamheten bedrevs i stor utsträckning ad hoc.

Detaljerad uppföljning i form av statistik över deltagande satt i relation till målgruppens storlek saknades. Utvärderingar i form av enkätundersökningar eller intervjuer av vad målgruppen tyckte om den information de får, var sällsynta.

## **Föreningar**

Nästan alla kommuner hade sökt samarbete med några eller många föreningar när det gäller alkohol- och drogskadeförebyggande arbete. I åtta kommuner/stadsdelar hade man genomfört utbildning för ledare i en eller flera föreningar. I åtta kommuner hade man på något sätt villkorat sitt kommunala bidrag till föreningen genom att föreningen skall ha en dokumenterad policy på området och/eller utsedda kontaktpersoner, som får utbildning. I en kommun erbjöd man föreningen ett extra bidrag om 3 000 kr för att föreningarna skulle medverka i en studiecirkel med flera träffar om föreningars roll i det alkohol och drogskadeförebyggande arbetet. Detta var ett enstaka försök vilket resultatet blev jämfört med om man inte erbjudit denna summa är oklart.

Kontakterna med föreningar handlade så vitt vi kunde se ofta om konkreta erbjudanden/krav från kommunen och mer sällan om förutsättningslösa diskussioner om hur föreningen tyckte att man ville samverka med kommunen.

## **Allmänhet – Opinionsbildning**

I den nationella handlingsplanen för att förebygga alkoholskador (prop 2000/01:20, s 51) angav regeringen opinionsbildning som ett viktigt medel:

*”Informationen om och opinionsbildningen kring bruk av alkohol, dess risker och skadeverkningar bör förstärkas, såväl på nationell som på lokal nivå. Opinionsbildningen bör bidra till ett ökat individuellt ansvarstagande när det gäller måttfulla alkoholvanor, alkoholfrihet i trafiken, på arbetsplatser och under graviditet och minskad konsumtion av illegal alkohol.”*

Kommunernas opinionsbildande insatser, så som de rapporterades av intervjupersonerna, varierade kraftigt mellan kommunerna. Här återges några exempel:

- Aktivt deltagande i riksomfattande kampanj ”Don` t drink and drive, som berör alkohol och trafik, i Göteborg Knark är Bajs
- Antilångningskampanjer i samband med helger som lucia, skolavslutning
- Kontakter med lokalpressen för att uppmärksamma planerade eller pågående insatser.
- Insändare och artiklar i lokalpress
- Radioreklam, annonser
- Inslag på den egna kommunens hemsida, e-brev till större grupper
- Eget producerat broschyrmaterial
- Deltagande i arrangemang riktade till allmänheten som mässor, friskvårdens dag.
- Information till lokala politiker

Med undantag av någon kommun som på egen hand lagt upp en flerårig kampanj med många olika inslag, hade arbetet att bedriva opinionsbildning varit en liten del av intervjupersonernas arbete. Innehållet i opinionsbildningen har haft samma huvudinriktning som det övriga arbetet, fokus var barn och ungdomar ibland via föräldrarna. Riskerna med alkoholkonsumtion i allmänhet och vuxnas alkoholkonsumtion var betydligt sällsyntare i opinionsbildningen.

Nästan samtliga intervjupersoner rapporterade att de har mycket goda kontakter med lokal press och i vissa fall lokal radio. De brukade också meddela dessa när de hade verksamheter som de ville skapa uppmärksamhet kring. I några fall hade presskontakterna utvecklats så att man mer eller mindre regelbundet skrivit insändare eller krönikor.

### **Trafik**

Många kommuner, 19 st, rapporterade att de genomfört satsningar i kampanjen Don` t drink and drive (Vägverket, 2005), visat filmen Länge Leve livet, oftast för gymnasieelever, men i några fall också för allmänheten. Några kommuner planerade dessa inslag i framtiden. Utöver detta förekom i ett par kommuner försök med insatser i samband med rattonykterhet av Skellefteåmodell, vilket innebar ett erbjudande om vårdinsats i samband med misstanke om rattonykterhet, (Skellefteåmodell, 2005 ) och ytterligare några planerar för detta..

Kommunala initiativ för att försöka få ökad provtagning vid vägkan- ten eller andra insatser när det gäller trafikonykterhet rapporterades från ett fåtal kommuner. I ett par kommuner hade man diskussioner om att införa alkoholås på den kommunala bilparken och hade arrangerat visningar av hur sådan utrustning fungerar.

### **Arbetsliv**

När det gällde insatser riktade för att förebygga alkohol- och drogska- dor och samverkan med näringslivet var det bara 11 kommuner som rapporterar någon sådan verksamhet, oftast i liten omfattning.

*”[vi har kontakter med företaget X], vi har etablerat samverkan med kamratstödet som finns där.”*

*”Haft träffar med säker och trygg kommun och där är en grupp som arbetar med arbetsplatser. Facken kommunal, metall facken är representerade. Även de stora företagens personalavdelningar är representerade, där och vi har hållit föredrag om dolt missbruk och sådant. Stort intresse för detta.”*

I sin egenskap av arbetsgivare hade kommunerna själva sådan verksamhet vilket rapporterades av 15 kommuner.

## Handlingsprogram

**Tabell 21, Finns alkohol och drogpolitiska handlingsprogram (n=49)?**

	Första intervjun	Andra intervjun
Ja	34	46
Nej	11	3
Uppgift saknas	4	0

**Tabell 22, Tidpunkt för programmens publicering**

	Antal
Ja, 04-05	15
Ja, 01-03	9
Ja, -00	22
Saknar program	3
Summa	49

Det var 46 kommuner som hade alkohol- och drogpolitiska handlingsprogram (tabell 21).

Det har varit en uppgift för flera av samordnarna att hålla samman arbetet med att skriva nya program eller revidera de gamla. Några uppgav också att de kommer att få svara för den årliga redovisning av hur programarbetet fortskrider. Det var flera kommuner som hade program som tillkom för mer än fem år sedan (tabell 22). I några kommuner uppgav man att man gjort program som skulle ha följts av mer konkreta handlingsplaner, men att detta inte skett.

Intervjupersonernas uppfattning om programmets värde som verktyg i det dagliga arbetet var ganska entydig; de ansåg att programmen ofta var för allmänt hållna, svåra att tolka, de hade otydlig ansvarsför-

delning och var för dåligt kända i hela den kommunala organisationen för att fungera som styrinstrument.

I några kommuner avsåg man att följa upp programmen årligen men vi har i den här undersökningen inget exempel på att man genomfört någon sådan uppföljning och där upptäckt brister i genomförandet av programmet som fått konkreta resultat i form av krav från kommunledningen att förvaltningen eller verksamheten skärper sina insatser. Förväntningarna på att något konkret skall ske verkar vara lågt ställda. I en kommun såg man också att programmets formuleringar på förvaltningsnivå inte fungerat – det hade inte skett något alls av det som en av förvaltningen själv bestämt att den skulle utföra. Då valde man att revidera programmet.

Vi har vid intervjuerna inte funnit någon kommun där man i programmet eller i anslutning till att programmet antagits, tydligt avsatt resurser, personal eller ekonomiska medel för programmets genomförande. Programmen innehöll däremot ofta någon slags ansvarsfördelning där olika verksamheter fördelas mellan kommunala förvaltningar. Inte heller i de program där man angav ansvarsfördelning för de olika insatserna fanns något resonemang om vilka resurser som skulle krävas för att genomföra de ofta omfattande insatser som föreslogs. Låt oss ta ett exempel:

*”Mål; Motverka nyrekrytering till missbruk genom att nå högkonsumenter och andra riskutsatta. Effektmål; Tidig upptäckt av dem som har ett riskbruk av alkohol och andra droger. Tidig upptäckt av barn med riskbeteende. Minskat berusningsdrickande och minskad totalkonsumtion. Höjd alkohol och tobaksdebut (sannolikt menas höjd ålder, vår anm.) Minskade skadeverkningar för individ och samhälle.”*

Kommunfullmäktige angavs som ytterst ansvarig för att genomföra åtgärder och kommunstyrelsen skall ”verka för att öronmärkta medel avsätts i budgeten för det drogforebyggande arbetet”, men lite längre fram stod det ”Varje verksamhet ansvarar för att det finns medel avsatta för åtgärderna. Varje nämnd och förvaltning ansvarar inom sitt område för att upprättad handlingsplan fullföljs.” Med andra ord: Arbetet skulle ske inom befintliga ekonomiska och personella ramar.

Vi har inom ramen för den här rapporten inte gjort någon heltäckande genomgång av samtliga program, men däremot studerat ett tjugo-

tal program översiktligt. Programmen valdes för att få representation från kommuner av olika storlek. Vid denna genomläsning finner man bland annat:

Programmen hade (alltför) ambitiösa mål dels i förhållande till vad som är möjligt att göra inom de ramar som en kommun normalt arbetar, dels med hänsyn till att man inte avsatt resurser för genomförandet.

Formuleringar av det här slaget var inte ovanliga:

*”Barn och ungdomar under 18 år skall inte använda alkohol”*

*”Kommuninnevånarnas konsumtion av alkohol skall vara återhållsam”*

Programmen var ofta mycket breda i sin ansats, de omfattade nästan alla samhällsområden andra program avgränsades bara till att gälla barn och ungdomar.

- Det fanns en svag koppling mellan mål och medel.
- Programmen var allmänt hållna och många mål var inte möjliga att utvärdera.
- Programmen verkade ha kort hållbarhetstid. Flera kommuner avsåg redan att revidera program som bara var två-tre år gamla.
- Resursfrågan berördes inte i programmen

## Ekonomiska resurser

Tabell 23 Ekonomiska resurser bara för ADF-arbete

	Antal första int.	Antal sista int.
Inga, samla vid behov	18	22
< 30 000	3	6
31 000 – 60 000	4	6
61 000 –150 000	6	9
>151 000	1	3
Oklart/ingen uppgift	17	3
Summa	49	49

Det var sällsynt att kommunerna anslagit några större summor pengar för att genomföra alkohol- och drogskadeförebyggande verksamhet, ADF (tabell 23). Detta var dock inte något som intervjupersonerna spontant tar upp, utan de verkade anse det var helt i sin ordning att man försökte samla resurser bland samverkande parter när behov uppstod. De kommuner som hade öronmärkta medel använde dessa i huvudsak till föreläsare och utbildningsinsatser.

### Mandat att utföra arbetet

Generellt sett kan samordnarnas arbetsuppgifter inom kommunernas ADF-arbete kan sammanfattas i följande:

- Kartlägga och upprätta handlingsplaner på det förebyggande området
- Driva det förebyggande arbetet, vilket även kunde inkludera direkt operativt informations- och upplysningsarbete.
- Utarbeta alkohol- och narkotikapolitiska program
- Följa upp dessa program

På frågan om vilket mandat man har i kommunerna för ADF-arbete märktes en mycket positiv hållning hos en majoritet av de intervjuade vid första intervjun. Nyckelord var; *starkt stöd, fria händer, centrala*

*uppdrag, drivande, kartlägga, samverkan, stort handlingsutrymme, stora förväntningar, diffust.* Arbetet upplevdes av de flesta som självständigt och att man uppskattade den stora friheten i hur arbetet skulle läggas upp. Samtidigt var det några som redan då angav att de tyckte mandatet var svagt, luddigt och att de kände att man från olika håll inte gillade att man *tafsade på deras område*. De beskrev sin roll i termer av att fungera som *rådgivare* ”så frön”, *inspirera*. Flera tog också upp att de känner starkt stöd för sitt arbete både bland tjänstemän och bland politiker: ”Det är ganska inne att arbeta med drogförebyggande arbete nu.”

Begreppet mandat har två delar, där den ena är uppdraget, och den andra är att detta uppdrag erkänns av andra i organisationen. När det gäller uppdraget var mandatet för de intervjuade oftast relativt klart. När det gällde den andra delen, att andra i den kommunala organisationen också erkände detta uppdrag, tyckte de att arbetet varit betydligt svårare. Det var i denna senare del vi också såg att en tydlig förändring inträffat mellan intervjutillfällena.

**Tabell 24, Hur ser du på ditt mandat, jämförelse mellan intervjutillfällena (antal n=52)?**

	antal
Förbättrats	4
Oförändrat positivt	13
Försämrats	17
Oförändrat negativt	8
Ingen uppgift/oklart	10

Vid andra intervjun hade läget förändrats i flera av kommunerna (tabell 24). Som tidigare beskrivits hade samordnarverksamheten helt lagts ned eller reducerats kraftigt i flera kommuner. Det stora intresse som politiker och chefer tidigare visat uppgavs inte vara lika starkt när det handlade om att skjuta till resurser eller förändra verksamheter. Det hade också visat sig vara svårt att påverka olika verksamheter i kommunen. En del intervjupersoner valde då att låta saken bero eller vänta på att ett tillfälle gavs, ingen rapporterade att de tagit en mer öppen strid i frågan. Andra arbetade än mer intensivt för att sprida goda idéer,

lämna materialtips, genomföra utbildningsinsatser och på så vis försöka få med sig andra i det förebyggande arbetet. Många verkade också få arbeta mycket själva som upplysare, informatör och utbildare i direkt kontakt med målgruppen, framförallt ungdomar.

*”När man pratar i allmänna ordalag är alla väldigt positiva, men när det gäller pengar och handling är det staten som skall hjälpa till”*

*”Det finns stöd för de här frågorna muntligt, men inte i praktiken.”*

I de kommuner som hade alkohol- och drogpolitiska program var det ofta samordnaren som hade som uppgift att följa upp hur programmens intentioner förverkligats i kommunen. De flesta undersökta kommunerna hade alkohol- och drogpolitiska program som antagits de senaste två åren (se avsnittet om handlingsprogram s.55). Det fanns efter denna korta tid få exempel i det här materialet där man kommit så långt att man gjort en sådan ”revision”. Men i de få fall där det skett blev samordnarens roll otydlig och strategin var snarare att revidera programmet istället för att förändra verksamheten. Vid intervjun ställdes i en del fall en hypotetisk fråga om hur man skulle agera om någon förvaltning inte skulle följa intentionerna i programmet och svaret blev då oftast att man skulle ”ligga lågt”. Man kunde inte verka genom direktiv utan fick arbeta genom att försöka inspirera till förändring.

### ***Samverkan med primärvården***

Det var bara ett fåtal (5) av de intervjuade som hade någorlunda systematiska kunskaper om hur patientarbetet på vårdcentralerna inklusive mödrahälsovård och barnhälsovård ter sig vad gäller om frågor kring alkohol-, tobaks- och drogkonsumtion. Kunskaperna föreföll vara bättre i mödra- och barnhälsovård än inom distriktsläkarvården.

*”Exakt hur det går till vet jag inte. När det gäller läkarna, vi har haft stafettläkare under några års tid och då tror jag inte att man ställer den sortens frågor.”*

*”Jag har pratat med primärvårdschefer och tagit upp vikten av se-*

*kundärprevention inom vården, de håller med, men sedan är det svårt att få något praktiskt av det.”*

I flera kommuner hade man samverkat kring utbildningsinsatser för att öka personalens kunskaper och färdigheter i rådgivning om alkohol- och drogfrågor till patienter inom mödra- och barnhälsovården. I några fall deltog läkare från distriktsvården.

Förutom de utbildningsinsatser som tidigare nämnts verkar det inte ha skett någon större utveckling på det här området mellan de båda intervjutillfällena. Att arbeta för att utveckla verksamheten inom detta område var dock något många rapporterade att de gärna skulle göra, men det verkade finnas hinder för att komma till konkret handling.



## Överensstämmelse mål - resultat

I det första avsnittet jämförs mål och utfall för den verksamhet som man med ett samlingsnamn kan beteckna som nätverksbyggande och som utförts genom drogförebyggargrupperna i länets 48 kommuner och inom den kommunala organisationen i Göteborgs Kommun. Eftersom det inte fanns några operationaliserade mål i den plan som Folkhälsokommittén fick utvecklingsmedel för, har vi ur denna plan valt de områden som går att följa upp på ett systematiskt sätt.

Det följande avsnittet handlar om den verksamhet som kommunerna rapporterat i våra intervjuer och den verksamheten jämför med de områden i den nationella alkoholhandlingsplanen som berör kommunal verksamhet.

### *Uppbyggnad av nätverk*

I den ansökan som Västra Götalandsregionen ställde till regeringen i augusti 2001 skrev man några punkter om förväntad effekt (effektmål) av vidtagna åtgärder (punkterna nedan utgör referat av originalhandlingen):

1. Stödja utvecklingen av en kontaktmannaorganisation samt förstärka det lokala förebyggande arbetet i merparten av Västra Götalands 49 kommuner. Detta kan ske bland annat genom utbildning och motivation för kontaktpersoner, samt goda kontakter och nätverk, mellan kontaktpersonerna.
2. Att samtliga kontaktpersoner formulerat planer, som förankrats, för sin kommun/stadsdel.
3. Att man påbörjat minst en primär- eller sekundärpreventiv insats i sin kommun/stadsdel.
4. Att kunskapsnivån höjts hos berörda aktörer, att kunskapsnivån höjts hos berörd personal inom primärvården så att fler invånare i Västra Götaland får sakkunnig hjälp på sin vårdcentral vid skadligt hög alkoholkonsumtion.

5. Att insatserna är professionellt dokumenterade, beskrivna och utvärderade.

Om man bryter ned detta till enskilda verksamhetsmål får man följande tabell (tabell 25)

**Tabell 25, Förhållandet mellan verksamhetsmål, effektmål och måluppfyllelse**

<b>Verksamhetsmål</b>	<b>Måluppfyllelse</b>	<b>Effektmål</b>
Kontaktpersoner i kommuner/stadsdelar	<b>Ja</b> , kontaktpersoner finns i samtliga kommuner/stadsdelar	1
Kommunbesök	<b>Nej</b> , bara en liten del av kommunerna har haft besök de senaste två åren	1
Arrangera kontaktpersonsdagar och idébytdagar	<b>Ja, helt enligt plan</b> , nöjda deltagare	1
Formulerat planer för det förebyggande arbetet	<b>Ja</b> , minst 37 kommuner har aktuella program	2
Minst en primär- eller sekundärpreventiv insats	<b>Ja</b> , samtliga kommuner rapporterar insatser antingen på primär eller sekundär nivå, en del både och.	3
Arrangera politikerutbildning	<b>Ja</b> , men bara några få.	1,2,4
Erbjuda kvalificerad utbildning för kontaktpersoner	<b>Ja</b> ,. En tredjedel av kommunerna haft repr. på utbildningen, bl.a. har 28 av Göteborgs 39 kontaktpersoner deltagit.	1,4
Arrangera konferensen förebygg.nu	<b>Ja</b> , ca 40 procent av kontaktpersonerna i och utom Göteborg har besökt den.	1,4
Utveckla sekundärpreventionsinsatserna inom primärvården	<b>Nej</b> , bara i mycket liten omfattning i ett primärvårdsområde	4

Stödet till kommunernas drogförebyggande verksamhet gavs främst genom att etablera, utveckla och stödja nätverk av ”drogförebyggare”. Denna satsning har organiserats på olika sätt, men innehållsmässigt haft stora likheter. I Göteborg var det föreskrivet i kommunens handlingsplan att kontaktpersoner skulle utses, medan organisationen med kontaktmannaskap i de andra delarna av regionen skett som ett erbjudande till kommunerna.

Vi anser att man lyckats väl med detta nätverksstödjande arbete. Kontakter har skapats i nästan alla kommuner och flertalet kontaktpersoner medverkar i de aktiviteter som anordnas. Vår enkätundersökning visar att de stödjande insatserna är uppskattade. 90 procent av dem som besvarade vår enkät instämde helt eller delvis i att träffarna haft ett intressant och aktuellt innehåll som ger dem ny kunskap. Nätverksträffarna har varit ett stöd för det lokala drogskadeförebyggande arbetet och en viktig del i deltagarnas professionella nätverk.

När det gäller delaktighet finns det möjligheter till förbättringar. På påståendena delaktighet, engagemang och att själv bidra med programpunkter är det bara var fjärde kontaktperson som instämmer helt. Vi anser därmed att det finns en potential i utveckla delaktigheten i nätverken.

Att man valde att utnyttja och utveckla det redan befintliga drogförebyggarnätverket, när de statliga medlen kom var sannolikt ett bra val. Man utnyttjade därmed upparbetade kanaler.

Ett problem var att kontaktpersonerna upplevde en frustration över att det drogförebyggande arbetet konkurrerade med andra arbetsuppgifter de hade. Eftersom en stor andel av kontaktpersonerna, mellan 30 och 40 procent, ägnade högst 10 procent av sitt arbete åt alkohol- och drogskadeförebyggande arbete, borde deras arbetsgivare tydligare definiera deras roll och vilka förväntningar man har på dem som kontaktpersoner.

Det var en svaghet att nätverken inte vidgats och allierat sig med fler intressenter. Inom föreningslivet finns t.ex. idrottsrörelsen, fackliga och arbetsgivarorganisationer som kunde givit verksamheten fler kanaler till allmänheten och ett finmaskigare nät att arbeta med. Fler målgrupper skulle på så sätt ha nåtts av verksamheten.

Samarbetsorganet på regional nivå VAD-gruppen har inte fungerat optimalt. Gruppen borde på ett tidigt stadium ha klart definierat och förankrat sin position i det alkohol och drogförebyggande arbetet i re-

gionen. ”Delägarna” i projektet (regionen, länsstyrelsen, alkoholkommittén och kommunerna) har inte tagit tillräckligt ansvar för att formera gruppens arbete. Alltför mycket av engagemanget har vilat på, ett i och för sig genuint, personligt intresse och mindre på formell representation och tydliga mandat. VAD-gruppen har också saknat representation från viktiga samarbetspartners som näringsliv och polis.

Genom deltagande observation vid VAD-gruppens sammanträden har vi funnit en bristande samverkan mellan Göteborg och övriga delar av VG-regionen. Gruppen har haft svårt att enas kring en gemensam linje. Arbetet har hämmats av svagt ledarskap bland annat genom att alltför få initiativ tagits för att stimulera till nya grepp, åtgärder för att målen skulle uppfyllas. Det fanns dålig förståelse för de stora skillnader i förutsättningarna för hur arbetet kunde initieras i Göteborg, jämfört med kommunerna i övriga länet. Drogförebyggargrupperna i övriga länet såg ingen annan möjlighet än att komma med attraktiva erbjudanden till de självständiga kommunerna om samverkan, utbildning och stöd. I Göteborg var perspektivet däremot att åtgärder kunde verkställas inom ramen för en kommunal linjeorganisation. Det bristande ledarskapet som utövats av VAD-gruppen beror sannolikt mer på yttre faktorer vilka nämnts ovan, än på faktorer inom gruppen.

### **Kvalificerad utbildning i alkohol- och narkotikaprevention**

Det är tydligt att 10-poängs kursen Alkohol- och narkotikaprevention var en lyckad satsning, med mycket nöjda deltagare och hög relevans i kursinnehåll i förhållande till deltagarnas arbete.

För att ännu bättre motsvara den lokala alkohol- och drogförebyggarens vardagsarbete kan dock en större del av kursen läggas på presentation av enskilda förebyggande metoder vilket dock måste avvägas mot att andra mer teoretiska moment i kursen då försvinner. Vid kommande kursplanering kan de praktiskt verksamma som gått kursen ha värdefulla synpunkter om hur denna avvägning kan göras.

Det har från och till diskuterats i VAD-gruppen att den här kursen varit alltför omfattande innehålls- och tidsmässigt. Det är bara enstaka av de intervjuade som instämmer i detta. Å andra sidan vet vi inte om kursens omfattning hindrat dem som velat gå en sådan här utbildning från att söka. Med tanke på hur omfattande kunskapsområdet är, så är det svårt att föreställa sig vad som skulle kunna minskas radikalt. En

kompromiss kanske skulle vara att anordna kursen som två fristående 5-poängskurser, där den andra kunde vara en fördjupning.

Det fanns ett problem när det gällde att fullfölja utbildningen. Många har inte gjort de två momenten av eget arbete. Framtida deltagare och deras arbetsgivare bör därför informeras bättre om kursens innehåll, omfattning och uppläggning så att fler faktiskt avslutar kursen i sin helhet, eventuellt kan detta kombineras med att man skriver ett avtal med dem som antas till kursen. Det är viktigt att deltagarna ges utrymme att genomföra kursen till viss del på arbetstid bl.a. eftersom kurserna inkluderade kartläggning av det alkohol- och narkotikapreventiva arbetet i den egna kommunen.

Att genomföra en kurs med två handledda egenarbeten upplever vi som potentiellt värdefullt, men det kräver avsevärda resurser för handledning. Sådan mobiliserades genom samverkan mellan ett par medverkande enheter på Göteborgs universitet; socialmedicin och institutionen för socialt arbete. Så gott som alla handledare var disputerade för att främja den vetenskapliga förankringen. Den vetenskapliga förankringen är en garanti för att man skall lära ut ett kritiskt tänkande som behövs för att bedöma vilka preventionsprogram man skall införa

## *Alkohol- och drogskadeförebyggande arbete i kommunerna*

I regeringens beslut angående Västra Götalandsregionens ansökan om utvecklingsmedel 2001-08-21 skrev man: ”Projektet skall pågå i tre år och användas till att bidra till att genomföra den nationella handlingsplanen för att förebygga alkoholskador.” (Regeringsbeslut 2001-11-08). Analysen av kommunernas arbete utgår därför från de punkter i handlingsplanen som berörde kommuner, (se tabell sidan 7)

### **Följsamhet med regeringens alkoholhandlingsplan**

Alkoholhandlingsplanen (prop 2000/01:20) angav sex utvecklingsområden som kunde påverkas av kommunerna: Arbete riktat mot riskgrupper, utveckling av vård och behandling, åtgärder för att påverka tillgänglighet, fördjupad kompetens hos yrkesgrupper som kan påver-

ka alkoholskador, opinionsbildning och att följa upp konsumtions och skadeutvecklingen. Vi kan konstatera att det fanns en relativt god följsamhet hos de undersökta kommunerna gentemot denna plan, i varje fall på ytan. Vi kan i denna uppföljning inte ge något svar på vilken kvalitet eller djup det fanns i gjorda satsningar. En tredjedel av kommunerna rapporterade verksamhet inom minst fem av områdena, hälften rapporterade verksamhet inom minst fyra områden.

Några viktiga förutsättningar för kommunalt alkohol- och drogska-deförbyggande arbete är enligt (Andreasson et al 2002, och Andreasson 2002)

- Samordnare
- Kartläggning
- Engagerade nyckelpersoner
- Alkoholpolitiska program och handlingsplan
- Mandat och resurser för att genomföra aktiviteterna

### **Kartläggning**

Vi kan konstatera att det, förutom drogvaneundersökningar, fanns för lite av kartläggning på andra områden t.ex. av skador, sjuklighet, missbruksvård och förebyggande insatser. Vi har vid intervjuerna inte funnit mer än två kommuner där man kartlagt det alkohol- och drog-förebyggande arbetet mer systematiskt i linje med de kortfattade och mycket tillgängliga hjälpredor som givits ut av Folkhälsoinstitutet. (Statens Folkhälsoinstitut 2002 och 2003).

Länsstyrelsen poängterar vikten av kartläggning i sin inbjudan att söka utvecklingsmedel:

*”Kartläggning och dokumentation av utvecklingen av alkohol och drogkonsumtion och relaterade skador i kommunen är grunden för arbetet med att arbeta fram ett målinriktat och samordnat alkohol- och drogpolitiskt handlingsprogram. Finns inte detta bör området prioriteras.” (Länsstyrelsen 2005 s. 3, lydelsen har varit den samma 2003, 2004)*

Att man har intresserat sig lite för missbruksinsatser, sjuklighet och dödlighet i befolkningen sannolikt beroende på att arbetet riktats så mycket mot ungdomsgruppen. Kartläggningen har då bara kommit att omfatta ungdomarnas vanor, inte att systematiskt gå igenom stödjande

funktioner i närsamhället som kan bidra till en minskad alkohol- och drogkonsumtion. En annan möjlig orsak kan vara att en del data på området är svåra att få tag i på kommunnivå (t.ex. sjuklighet ) eller har mycket stora felmarginaler beroende på för litet befolkningsunderlag (t.ex. avseende dödlighet). I det senare fallet kan ökad tillförlitlighet erhållas genom att slå samman data för flera år (t.ex. genomsnittsvärden för löpande treårsperioder). En tredje orsak kan vara att man uppfattat sitt uppdrag som mer åtgärdsinriktat än kartläggande och därför koncentrerat sig på att försöka få igång olika verksamheter. Det kan också vara så att man saknat kunskap om hur kartläggningar kan göras.

När det gäller kartläggningar av drogvanor är vår bedömning att sådana gjorts alltför ofta. Det finns alternativa sätt att skatta problem, så kan man t.ex. utnyttja de undersökningar som görs på riksnivå. Den pedagogiska effekten som en lokal undersökning kan ha, uppnås sannolikt även om undersökningen görs vart tredje-fjärde år. Dessutom bör man kunna systematisera och utnyttja kunskapen hos nyckelpersoner bättre än vad som görs idag. Fördelen med den senare undersökningsmetoden är att den är billig (Spak 2000).

### **Alkohol- och drogpolitiska program**

De flesta kommunerna har nu alkohol- och drogpolitiska program. Men vi anser att man bör se över programmen och göra dem mer realistiska, med inte fullt så högt ställda mål. De mål som idag finns kan hellre formuleras som visioner på lång sikt. Handlingsprogrammets mål bör formuleras mer realistiskt, göras konkreta, utvärderingsbara och möjliga att uppnå på kortare tid. Det är också viktigt att man tydligt kopplar ekonomiska och/eller personella resurser till de handlingsprogram man tar fram och prioriterar bland åtgärderna. Detta skulle sannolikt öka programmets möjligheter att fungera som styrinstrument, en funktion som vi ser att dagens program i stor utsträckning saknar.

### **Mandat och resurser**

Vi har inte gjort någon djup granskning av drogsamordnarnas arbete. Detta har dock skildrats ingående i flera andra rapporter i Sverige (Ahnqvist m fl 2003, Sjö m fl 2005, Malmqvist, Nyberg 2005, Häregård 2005), och vår uppfattning, grundad på det vi sett i Västra Götaland, skiljer sig inte från dessa, andra studier.

I Stockholms kommun har drogsamordnarnas arbete utvärderats av ESAPP vid Karolinska Institutet. Från att en majoritet ansåg sig ha stöd i sitt arbete och tillräckliga resurser (Ahnqvist m fl 2003) har situationen förändrats till att mandatet upplevs som svagt och stödet från arbetsledning, kollegor upplevs som otillräckligt (Sjö, Danielsson, Romelsjö 2005). De ekonomiska resurserna hade minskat över tid och det fanns tveksamheter vad gäller arbetsbeskrivningar och handlingsplaner. På den positiva sidan nämndes att en tredjedel av drogsamordnarna fått tillsvidareanställning. Utredarna pekade dock på att samordnarna själva måste börja agera mera. Man kan inte räkna med att ha hur lång inkörningsperiod i ett arbete som helst, utan måste också börja kunna visa på resultat. ”För att det drogförebyggande arbetet skall förbättras kan det säkert vara nyttigt att även samordnarna själva funderar över sin roll.” (Sjö, Danielsson, Rommelsjö 2005)

Malmqvist, Nyberg föreslår i sin rapport om drogsamordning i fyra kommuner i östra Svealand, att det sker en tyngdpunktsförskjutning från samordning och mobilisering av andra mot en större egen operativ verksamhet. En drogförebyggande praktik där samordnaren arbetar med projekt baserade på lokalsamhällets förutsättningar. (Malmqvist, Nyberg 2005)

Samordnarrollen som den beskrivs av våra intervjupersoner skiljer sig inte från de beskrivningar som finns från Stockholmsområdet. Den omfattar för många moment i samma tjänst. Personerna som har de här befattningarna måste samtidigt analysera kommunens ADF-arbete, vara de drivande i förändring och utveckling av detta arbete och till sist ansvara för utvärdering. De har inga maktmedel, brister i välgrundad kunskap, ytterst sällan tillräckliga ekonomiska medel eller andra resurser och man kan fråga sig om andra i den kommunala organisationen erkänner deras mandat. I vår undersökning kan man också se att andelen som tycker att de har ett starkt och tydligt mandat minskat mellan intervjutillfällena.

Frågan är också hur kraftfullt man kan agera när man 1. är projektanställd med som längst ett års anställningstid. 2. inte ger några förslag till förändrad verksamhet som är rejält underbyggda av gedigen forskning och praktisk erfarenhet och 3. arbetar i en organisation som är sektoriserad inte bara inom kommunen, utan även inom landsting, polisväsende och stat.

Det är knappast försvarbart att anställa personer och ge dem så otillräckliga förutsättningar för att lyckas med sitt arbete. Ansvaret för detta måste delas lika mellan staten som anslagit otillräckligt med medel till kommunerna över för kort tid, länsstyrelsen som delat ut medlen utan tillräckligt tydliga anvisningar och kommunerna som handlägger och ansvarar för anställningarna.

De flesta kommuner har anslagit helt otillräckliga ekonomiska resurser för att genomföra åtgärder inom det alkohol- och drogskadeförebyggande området. Förutom att detta innebär att en hel del tid och energi måste ägnas åt att samla pengar bland förvaltningar för gemensamma insatser, så har det stor betydelse för hur kommunens olika verksamheter ser på arbetet. Att tilldela små resurser ger det alkohol- och drogskadeförebyggande arbetet låg status.

### **Målgrupper**

Det finns som vi ser det några tydliga orsaker till att målgruppen för aktiviteterna är just ungdomar:

- Alkoholhandlingsplanen talar mycket om denna grupp.
- När man diskuterar förebyggande arbete så tänker man i första hand på det uppväxande släktet.
- Sannolikt är det lättare att få politiskt gehör för insatser riktade till ungdomar.
- Kommunerna har en bred kontaktyta i sin verksamhet gentemot barn och ungdom i form av skola, fritidsverksamhet och stöd till ungdomsföreningar.

Om målet är att minska alkohol- och drogskador i samhället är dock valet av **enbart** denna målgrupp mycket tveksamt, för även om man lyckades mycket väl med sina insatser riktade till ungdomar skulle det ta lång tid, kanske uppåt 20 år, innan förändringen kunde märkas påtagligt i form av minskade alkoholskador i befolkningen. Preventionsforskningen pekar tyvärr även på stora svårigheter när det gäller långsiktigt påverka unga människors alkoholvanor. Satsningen på att informera föräldrar är dock ett steg i rätt riktning. (Foxcroft m fl, 2002)

### **Skola**

Intresset bland dem som arbetar med alkohol- och drogprevention för att genom skolan påverka ungdomars förhållningssätt till alkohol och

andra droger är mycket stort. Förhoppningarna som knyts till detta arbete är också mycket stora.

Det sammanfattande intrycket av det som rapporterats från kommunerna är att skolan fortfarande i mycket stor utsträckning arbetar på samma sätt som slogs fast i skolverkets granskning (Skolverket 2000, s.4):

*”Inspektörsgruppen har kommit fram till att de viktigaste bristerna i skolornas verksamhet när det gäller undervisningen om tobak, alkohol och andra droger är brister i målformuleringar, i uppföljningen av arbetet, i kompetensutveckling för personalen...”*

Det vill säga: det är upp till varje lärare om, vad och hur man tar upp dessa frågor.

Med tanke på att målgruppen barn och ungdom är så starkt fokuserad i det kommunala ADF-arbetet är det märkligt att man inte gjort mer systematiska genomgångar av hur skolan arbetar med ADF-frågorna. Sådana genomgångar är en förutsättning för att man skall kunna utveckla verksamheten. Istället verkar det som man hoppat över detta steg och försökt hitta intresserade personer på skolan att samarbeta med, och/eller arbetat hårt för att genom fortbildning introducera något arbetssätt av typen livskunskap.

### **Föräldrar**

Ett av de områden som visat sig ha vissa effekter på ungdomars alkohol- och drogvvanor är systematisk föräldrautbildning. (Babor, 2003, Toumbourou 2005). Den form av aulaföreläsningar som arrangerats i flera kommuner kan möjligen ha vissa effekter, men insatsen är otillräcklig i detta sammanhang bland annat för att den nått en för liten andel av målgruppen. Uppskattningar av antalet besökande var runt 100 personer på en aulaföreläsning. Målgruppen var oftast då mångdubbelt större, föräldragruppen till en årskurs på högstadiet i en kommun med 36 000 inv. uppgår till ca 1 000 personer. Det vore bra om kommunerna satsar betydligt mer på att skapa systematiskt genomförda och uthålliga verksamheter med god föräldratäckning på detta område.

### **Föreningar**

Få kommuner hade ett mer systematiskt arbete riktat mot föreningar.

Föreningslivet är i sin roll som folkrörelse en viktig arena i det alkohol- och drogförebyggande arbetet. Föreningarna når genom sin verksamhet stora grupper av både ungdomar och vuxna och kan därför spela en väsentlig roll i en satsning för att mobilisera närsamhället för att motverka alkohol- och drogbruk. Kommunerna bör föra förutsättningslösa diskussioner med föreningarna om hur dessa kan medverka i det förebyggande arbetet, samt även beakta hur föreningarnas medverkan i det lokala arbetet kan bidra till och förstärka kommunens egna preventiva insatser.

### **Opinionsbildning**

En kommun har rapporterat att de använt den egna kommundidningen som delas ut till alla hushåll för att presentera drogpreventiva budskap. Ytterligare några rapporterade en mer omfattande användning av kommunens hemsida för annan information än till att presentera drogsamordnaren, arbetsplaner, program och liknande. Båda är exempel på kanaler som är tillgängliga, men i många kommuner outnyttjade.

De goda kontakterna med lokal press, som ofta läses grundligt av allmänheten och har god hushållstäckning, borde kunna användas oftare och mer systematiskt. För kommunen är denna kanal en väg att nå den vuxna delen av befolkningen som man annars inte når. Vägverkets kampanj (Don't drink and drive och filmen Länge leve livet) har och kommer att visas på många håll i länet med uppbackning som lokala samordnare givit. Detta är ett bra exempel på att riksomfattande kampanjer kan stödjas lokalt och därmed få större genomslagskraft.

Under de undersökta åren (2002-05) har Alkoholkommittén genomfört en stor informationssatsning riktad till tonårsföräldrar genom att dela ut boken "Tonårsparlören" (Tonårsparlören, 2005) till föräldrar som har barn i åk 7. Denna kampanj kunde också ha följts upp lokalt, men i vårt material har vi inga rapporter om att så har skett. Därmed är det inte sagt att det inte har förekommit; lokala skolor kan mycket väl ha anordnat föräldramöten och andra aktiviteter som uppföljning, utan att det rapporterats av våra intervjupersoner. Samma tydliga genomslag som Vägverkets kampanj har denna satsning inte haft.

### **Trafik**

Den tidigare nämnda vägverkssatsningen på att informera gymnasieelever om farorna med alkohol i trafiken har fått stort genomslag i

kommunerna. I övrigt redovisar få kommuner insatser på trafiknykterhetsområdet. Orsaken till den relativt låga aktiviteten på detta område riktat till andra målgrupper än ungdomar, är sannolikt att kommunerna är skilda organisatoriskt från polisen, som har huvudansvaret för nykterhetskontrollerna i trafiken. Här ser vi ytterligare ett område där man har låg aktivitet trots att verksamhet för att minska trafiknykterhet vetenskapligt har visat goda resultat (Babor, 2003).

### **Primärvård**

Det är alltför få kommuner som skaffat sig kunskaper om hur det primär- och sekundärpreventiva arbetet bedrivs inom primärvården. Man kan spekulera i varför det ser ut så. En orsak kan vara kommunernas prioritering av målgruppen ungdomar, som i mycket liten utsträckning besöker vårdcentralerna, gör att man satsar för lite på verksamheter som når vuxna. En annan att kommunerna inte är så intresserade av sekundärprevention eftersom huvudmannskapet för primärvården ligger hos regionen. Det finns inte heller några naturliga kontaktvägar när det gäller riskbruk, bara när det gäller avancerat missbruk. Speciellt inte sedan primärvården inte längre har ett uttalat områdesansvar för befolkningens hälsa.

Länsstyrelsen har inte heller underlättat för sjukvården att söka pengar för det förebyggande arbetet, utan den möjligheten har förbehållits kommunerna.

Primärvården har en mycket stor kontaktyta mot allmänheten och goda möjligheter att upptäcka överkonsumtion hos patienter och påverka dem i gynnsam riktning. Detta är en viktig del av det förebyggande arbetet som geografiskt sett kan ske på kommunal nivå. Möjligen pekar detta på man inte prioriterat samverkan mellan olika huvudmän.

## Överensstämmelse med nationell och internationell forskning

### *Alkoholprevention på lokal nivå*

I takt med att de traditionella alkoholpolitiska medlen inte används i samma utsträckning som tidigare, och att konsumtionen, i den vuxna befolkningen, har stigit, så har intresset för att engagera kommuner och landsting för att minska alkohol och drogskador ökat. (Brännström, 2005)

Även internationellt har ett ökande intresse för forskning kring insatser i lokalsamhället skett. Karen Elmeland från Danmark beskriver hur strategin för de olika försöken har förändrats från hälsoupplysning mot att reducera skadeverkningar och att man fokuserar mot risksituationer. Åtgärder som ansvarsfull alkoholserving är ett exempel. Sammantaget kan man säga att det varit svårt att visa på positiva effekter av lokala försök (Elmeland, 2000).

Några projekt med tydligt fokus, alltså inte allmänt hållna mål av typen ”minska alkoholkonsumtionen”, utan avgränsade mål som att minska alkoholrelaterade trafikolycksfall (Holder, 2000) eller att minska ungdomars tillgänglighet till alkohol (Wagenaar, 2000) har dock kunnat visa på mätbara, positiva resultat.

I boken *Alcohol no ordinary commodity* (Babor et al, 2003), vars utgivning stöttats av WHO, ges en bred vetenskaplig översikt av effektiva metoder att minska alkoholskador. En svensk översättning har utgivits av Statens Folkhälsoinstitut (FHI). De alkoholpolitiska strategier som beskrivs som mest effektiva är restriktioner när det gäller tillgänglighet såsom beskattning, åldersgränser, begränsning av utbud och kontroll av trafiknykterhet. Måttlig effektivitet anges för tidig intervention och behandling. Information och utbildning har små eller inga effekter och kan därför vara kostnadsineffektiva. Tyvärr räcker det inte med att visa

att en metod är både effektiv och kostnadseffektiv, den måste också accepteras politiskt och beslutsfattarna måste ha både kunskapen och modet att föra ut detta till medborgarna (Stockwell 2005).

**Lokala alkohol- och drogskadeförebyggande** strategier måste präglas av att det är befolkningen och det sociala system som lokalsamhället utgör, som skall påverkas. Det är sammansatta sociala processer som leder fram till bruk, missbruk och skada. Istället för att påverka individens sätt att hantera t.ex alkohol så syftar den här strategin mot att påverka befolkningens sätt att hantera alkohol. (Grunewald 2005). I det perspektivet är inte problemen resultatet av hur några få individer med högriskbeteende agerat, utan problemen är slutsumman av hur lokalsamhället hanterar tillgänglighet, vilken kultur som råder och vilka ekonomiska krafter som verkar. (Holder, Levy 2005)

Sven Andreasson pekar i antologin Den svenska supen i det nya Europa (Andreasson m fl 2002) på att det är viktigt att man i lokalsamhället skapar förutsättningar för ett långsiktigt arbete inom olika områden genom att skaffa sig goda kunskaper om utgångsläget, följa utvecklingen, samordna insatserna samt ta fram en plan för arbetet som dessutom följs upp. Främst bör man arbeta med föräldrar och familj, socialt utvecklande fritidsverksamheter, skola, förskola, BVC, primärvård, mödrahälsovård, arbetslivet, opinionsbildning och tillgänglighet till alkohol.

**Lahtiprojektet i Finland** (Holmila, 1997) var ett försök att öka medvetenheten i ett lokalsamhälle om alkoholens skadliga effekter och minska högkonsumtion. Försöket kunde inte visa på några statistiskt mätbara effekter, i jämförelse med andra delar av Finland. Däremot visade processutvärderingen att projektet lyckats föra ut budskap till media och höja intresset och för frågan bland yrkesgrupper med anknytning till frågan. Allmänhetens kunskaper om gränser för skadlig alkoholkonsumtion ökade också.

**I Trelleborg** pågick ett treårigt projekt åren 1998-2001 för att arbeta tvärssektoriellt med alkoholprevention i kommunen. (Stafström 2002) Projektet drevs på många olika arenor samtidigt; föräldrar, skola, arbetsliv. Den viktigaste målgruppen var föräldrarna som man försökte nå dels via skolan, dels genom arbetslivet.

Fyra arbetsgrupper bildades; en tillsynsgrupp som arbetade med tillsyn utifrån alkohollagstiftningen, en föräldragrupp vars uppgift var att utveckla förebyggande åtgärder riktade till föräldrar, barn- och

ungdomsgrupp som skulle skapa alkohol- och drogförebyggande åtgärder riktade mot minderåriga i Trelleborg samt en arbetslivsgrupp som riktade sig till företagen i kommunen. Av dessa grupper var det två, tillsynsgruppen och barn- och ungdomsgruppen, vilka fullföljde sina uppdrag. Arbetslivsgruppen och föräldragruppen kunde inte genomföra någon mer omfattande verksamhet under projekttiden.

I utvärderingen konstaterades att skolan genom arbetet hade fått en gemensam policy för alkohol och droger i skolan, men att man ”funnit få tecken på att [det alkohol- och drogpolitiska] programmet fått några vidare implikationer utanför skolans område.”

**Sex kommuner** i Sverige (Brännström, Sjöström, 2005) valdes ut för att delta i Alkoholkommitténs, Mobilisering mot Narkotika och Folkhälsoinstitutets försök att stärka det lokala alkohol- och narkotikaförebyggande arbetet. Kommunerna fick stöd för att utforma aktiviteter som skulle fungera långsiktigt och de kunde själva välja områden som de ville vidareutveckla; ansvarsfull alkoholservice, familjeprogram till föräldrar och alkoholrådgivning inom primärvården var några exempel. Försöket följdes noggrant genom enkäter och registerstudier och sex andra kommuner fungerade som kontrollkommuner i uppföljningen.

I den första uppföljningen (Brännström, Sjöström 2005) konstaterades att det tagit ett och ett halvt år för kommunerna att komma igång med arbetet inom sina respektive utvecklingsområden och att verksamhet och utvärderingstiden borde förlängts utöver de tre planerade åren. Några mätbara skillnader jämfört med kontrollkommunerna kunde inte ses förutom när det gällde uppmärksamhet i medier, där försökskommunerna fick större uppmärksamhet. I processutvärderingen kunde man se att försökskommunerna hade en något högre aktivitetsgrad och att de inte valt metoder lika traditionellt som kontrollkommunerna.

**Skolans roll** i det alkohol och drogskadeförebyggande arbetet är främst att vara kunskapsförmedlande och utgöra en del i den lokala mobiliseringen. En väl fungerande skola kan dessutom bidra till att utslagningen av elever minskar och istället stödja elever med stor risk för alkohol- och drogproblem (Bremberg 2004).

I en forskningsöversikt som omfattar 56 väldokumenterade och utvärderade försök, konstateras att enbart skolundervisning har liten eller ingen effekt på ungdomars alkoholvanor på längre sikt. Några för-

sök har visat små effekter på kort sikt, ett till två år (Foxcroft 2002). I debatten kring detta har framförts att man måste ha mer realistiska förväntningar på vad skolprogram kan bidra med. Samtidigt som ungdomar slutar skolan, minskar föräldrarnas inverkan på deras liv och samhället erkänner deras rätt att använda alkohol och tobak. Men det har framhållits att skolundervisningens, om än tidsbegränsade, bidrag till uppskjuten debut och minskad användning i en experimenterande fas i livet, försvarar väl dess plats i en strategi som även omfattar andra preventiva insatser. (Mc Bride 2005)

### **Sammanfattningsvis**

- Insatser för att påverka utbudet bör prioriteras före insatser för att påverka efterfrågan.
- Lokalt alkohol- och drogskadeförebyggande arbete måste ske på många fronter samtidigt och utifrån ett befolkningsperspektiv,
- Man skall arbeta med breda insatser, men mot tydliga problem.

Kommuner har möjligheter att påverka utbudet genom tillståndsgivning, serveringstider och tillsyn. I Västra Götaland har intresset för detta ökat de senaste åren genom satsningar på utbildning i ansvarsfull alkoholserving, men en kontinuerlig, intensiv dialog med restaurangbranschen om hur deras policy när det gäller alkoholserving påverkar ordning, och trygghet i lokalsamhället är nödvändig. Utlandsköpt alkohol som säljs vidare, inte minst till unga, är en ny utmaning för lokalsamhällena att komma tillrätta med.

I Västra Götaland har nätverksbygget involverat en alltför begränsad del av viktiga beslutsfattare. Kontaktpersonerna representerar nästan uteslutande ”fotfolket”, dvs. politiker och chefstjänstemän har inte nåtts. Inte heller genom de utbildningar i alkohol- och narkotikaprevention som anordnats har denna grupp nåtts. Flertalet rapporterar också att de alkohol- och drogpolitiska program som tagits fram fungerar dåligt som arbetsverktyg. De här viktiga folkhälsofrågorna har inte lyfts upp till den nivå som motsvarar deras andel av folkhälsoproblemen.

I det opinionsbildande arbetet är det viktigt att motivera behovet av förebyggande insatser mot de problem som var och en kan relatera till i lokalsamhället. Sådana kan vara olycksfall som orsakar lidande, kanske livslånga handikapp för unga människor, inte minst i trafiken; misshandel och krogrelaterat bråk; barn och kvinnor som far illa på grund av männens missbruk; och problem på arbetsplatser. Vi har bara sett några få exempel på att opinionsbildning använts som en mobiliserande metod i Västra Götaland.

### **Om utvärderingen**

Denna utvärdering är en processutvärdering (Vedung, 1998) i den meningen att den ägnats åt frågor om hur arbetsprocessen varit organiserad, vad som gjorts, och vilka faktorer som påverkat förloppet. I den ursprungliga ansökan fanns ambitionen att även kunna mäta effekter av det preventiva arbetet. Detta har inte varit möjligt av två skäl:

1. Det hade krävt en indelning i interventionskommuner och kontrollkommuner, vilket inte gjordes. Samtliga insatser, inte minst Länsstyrelsens stöd till tjänster som drogsamordnare, kom att riktas till alla kommuner i regionen. Frågan är också hur kommunerna ställt sig till att slumpvis bli utsedda som antingen interventionskommun, som fick medel, och kontrollkommun som blev utan.

2. Betydlig större resurser för utvärdering hade krävts.

En annan fråga som diskuterades i den ursprungliga ansökan var att den löpande skaderegistreringen skulle följas. Även detta hade krävt större resurser och en grundlig utredning vid projektstarten efter kontakter med kontakter hos polis, kommuner och sjukvård. Denna rapport visar att flertalet kommuner bara följt konsumtionsvanor bland ungdomar, medan mycket lite aktivitet rapporterades gällande studier av alkohol- och drogproblem på andra sätt.

Vi anser att man i framtiden bör ägna denna typ av data, vilken också kan indikera risk- och missbruk större intresse, men att det behövs akademiskt stöd för att utveckla verktyg för detta.



## Slutsatser

Vi anser att man lyckats väl med att etablera och utveckla ett nätverk bland kommunerna i Västra Götaland. Det gäller särskilt Skaraborg och Södra Älvsborg där utvecklingen inte hade kommit lika långt som i Bohuslän när den verksamhet som här rapporteras startade 2002. De tre grupperna har kunnat hjälpa varandra, men det har också anats en viss stimulerande konkurrens mellan dem. Kompetensnivån har kunnat höjas genom utbildningsinsatser på flera nivåer och till många grupper.

Det pågår en stor och bred aktivitet i kommunernas ADF-arbete på många områden. Det har skett en mobilisering där många människor engagerats i arbetet.

TVå utbildningar på högskolenivå har genomförts av planerade tre. Utbildningarna har fått goda vitsord av de deltagande och bedöms ha god relevans samt hög kvalitet innehållsmässigt. Kursvärderingen pekar emellertid mot att flera kursdeltagare av olika skäl inte fullbordat utbildningen, det var främst momenten av eget arbete som inte fullföljdes.

Bland det som kunde ha gjorts bättre anser vi är att ett betydligt större grepp borde ha tagits, i starten av detta utvecklingsarbete, för att öka kunskaperna om hur kommunerna på ett vetenskapligt välgrundat och effektivt sätt kan arbeta med alkohol- och drogskadeförebyggande arbete. Generellt sett verkar man vilja starta nya aktiviteter alltför snabbt, att genast göra något åt problemet. Men missbruksproblemet är inte akut, även om det är allvarligt. Det har varit ett av våra största folk-

hälsoproblem i hundratals år. Det är fortfarande ett av våra allra största samhällsproblem, och drabbar dessutom socialgrupper olika hårt, dvs. det ökar ojämlikheten i hälsan. Det blir inte akut heller för att konsumtionen stiger. En fokusering på tillfälliga konsumtionsförändringar är därför felaktig. Även vid den nivå som gällde för 10 år sedan var den en av våra främsta orsaker till ohälsa och sociala problem. Man kan därför, med början när som helst i lugn och ro bygga upp en långsiktigt effektiv strategi. Detta är mycket viktigt att beakta nu när konsumtionen planat ut och t.o.m. minskat något.

De försök till politikerutbildningar som gjorts har varit vällovliga, men helt otillräckliga. Regionen och länsstyrelsen har i framtiden en stor uppgift att se till att de nationella och internationella erfarenheter som idag finns, kommer beslutsfattare, chefer och politiker i kommunerna till del. Förslaget att inrätta ett regionalt kunskapscentrum med egen forskning och utvecklingsarbete inom alkohol- och drogpreventiva området som diskuterats, bedömer vi vara en viktig förutsättning för det långsiktiga preventiva arbetet skall lyckas.

Eftersom alkohol bidrar i lika hög grad till "the global burden of disease" som tobak och högt blodtryck (Room mfl 2005) är det angeläget att prevention på det här området ingår som en stor och prioriterad del i det kommunala folkhälsoarbetet. Folkhälsosamordnarna bör få samordningsuppdraget, åtminstone i de mindre kommunerna, vilket också skulle bidra till en långsiktigt uthållig lösning. Det måste också ske en tydlig resursallokering till alkohol- och drogpreventivt arbete. Som det nu är sker alltför mycket med projektbidrag och "operation övertalning."

För att uppnå en mer hållbar strategi i det alkohol- och drogskadeförebyggande bör fler målgrupper än ungdomar involveras i arbetet. Fokus bör läggas på följande områden;

1. Fullfölja och utveckla det kommunala arbetet för att minska alkoholens tillgänglighet. Inte minst måste den illegala vidareförsäljningen av utlandsköpt alkohol uppmärksammas.
2. Utveckla sekundärpreventionen inom primärvården. Det kan bland annat göras genom att hälso- och sjukvårdsnämnderna gör tydliga beställningar.

3. Ta initiativ till kontakter med näringslivet och stöd det alkohol- och drogskadeförebyggande arbetet inom arbetslivet.
4. Utveckla arbetet när det gäller trafikonykterhet.

Men även det arbete som riktas direkt till ungdomar behöver utvecklas. Ett föräldraprogram med långsiktig och uthållig planering som når majoriteten av föräldrarna till barn i 12-13 årsåldern med budskapet om att en restriktiv hållning till alkohol bland tonåringar är viktigt och som utvecklar föräldrarnas förmåga att kommunicera med sina tonåringar. En sådan insats kan också minska ungdomars tillgänglighet till alkohol. Programmet kan också vara en viktig del i en mer omfattande opinionsbildning för att motverka att utlandsköpt alkohol säljs vidare.

Skolans undervisning på alkohol- och drogområdet är en viktig del av samhällets totala insatser på området och bör utvecklas. De forskningsresultat som visat på att undervisningen har begränsade effekter på ungdomarnas konsumtion, får inte innebära att skolan minskar sina insatser, däremot att det görs en del omprioriteringar av det övriga alkohol- och drogskadeförebyggande arbetet. Skolan har en mobiliserande funktion och skall förmedla kunskap om alkohol och drogers negativa verkan på individ och samhälle, samt kunskap om att ett solidariskt samhälle stödjer de som lättare än andra drabbas av problem, t.ex. genom att iaktta restriktivitet när det gäller tillgänglighet. Det är också viktigt att ungdomar i skolan får tillfälle att diskutera och utveckla positiva attityder på detta område och att skolan kan ta tag i diskussioner som kommer upp. Inte minst gäller detta på gymnasiet då föräldrarnas och andra vuxnas betydelse minskar och kamraternas och marknadskrafternas inverkan ökar. Skolans hela arbetsmiljö och förmåga att engagera och utveckla **alla** elever har stor betydelse för hur ungdomars alkohol- och drogvanor ser ut. Ungdomar som trivs bra i skolan dricker mindre (CAN 2004).

Oavsett vilken huvudman vi talar om gäller att dess resurser är begränsade. Vi måste därför värna om att de åtgärder som vidtas är de rätta, och dessutom kostnadseffektiva. Vad denna utvärdering har visat är att många kommuner i sitt val av åtgärder ännu inte fäster adekvat uppmärksamhet vid det som visats vara effektivt alkohol- och drogskadeförebyggande arbete, s.k. evidensbaserad kunskap. Vi har å andra

sidan förstått att en del anser att för stor tonvikt läggs vid det begreppet. Det kan äga sin riktighet om man därmed menar att vetenskapligt bevisat välfungerande program inte utan vidare kan tillämpas i en annan miljö än de ursprungligen var testade i, men det är helt fel om det tas som intäkt för att det enda kriterium som behöver tillämpas för att bedöma ett programs värde är att det anses vara lokalt anpassat.

Vidare har vi funnit att kommunerna ofta satsar på alltför många olika åtgärder och att dessa då får för låg genomslagskraft. Några av de viktigaste åtgärderna för effektivisera det alkohol- och drogförebyggande arbetet är därför planering, prioritering och styrning. Det krävs ett mycket långsiktigare samspel mellan beslutsfattare och utförare än vad de här årens verksamhet givit prov på. Det är sannolikt ett av de viktigaste stegen att ta för att lyckas.

## Referenser

- Ahnquist, J, Danielsson A-K, Rommelsjö, A Samordnarrollen – fälta samordna predika eller driva projekt? , ESAPP Rapport 2003:1, 2003
- Andreasson et al *Den svenska supen i det nya Europa*, Statens Folkhälsoinstitut, 2002.
- Andreasson, S Metoder för att förebygga alkoholskador, FHI 2002
- Babor T, et al *Alcohol: No ordinary commodity*, Oxford University Press, 2003
- Blanck P, Spak F *Sköter vi det här... en utvärdering av visaleg.nu, slutrapport juni 2005*, Göteborgs Universitet 2005
- Bremberg, S , *Elevhälsa : teori och praktik*, Studentlitteratur, 2004
- Brännström m fl, *Att utveckla kommunernas alkohol och narkotikaförebyggande arbete*, Statens Folkhälsoinstitut, 2005
- CAN, *Drogutvecklingen i Sverige 2004*, CAN 2004
- Drogförebyggarna, webbplats Skaraborg och Södra Älvsborg, <http://www.drogforebyggarna.nu/skarab/skaraborgutv.html> , hämtningsdag 2005-09-10, 2005
- Elmeland, K *Lokalsamfunnet som arena for rusmedelsforebyggende aktiviteter*, NAT vol 17, 2000
- FHI, *Alkoholkonsumtion efter Regioner, Indikatorer och År*, webbaserad databas, 2005 <http://app.fhi.se/pxweb/database/alkohol/Alkoholindikatorer/Alkoholindikatorer.asp>
- Foxcroft et al, *Primary prevention for alcohol misuse in young people*, Cochrane Database Syst Rev. 2002
- Foxcroft m fl, *Primary prevention for alcohol misuse in young people*, Cochrane review, The Cochrane Library Issue 2, 2005,
- Gruenewald PJ *Introduction , I Preventing harmful substance use..* Red Stockwell et al, 2005
- Holder H, Levy D *Community systems and ecologies of drug and alcohol problems, i Preventing harmful substance use..* Red Stockwell et al, 2005
- Holder H, *The Role and Effectiveness of Alcohol Policy at the Local Le-*

- vel: *International Experiences* "Debating Public Policies on Drugs and Alcohol" Trinity College, Dublin, Ireland 26 September 2002
- Holmila, M. *Community Prevention of Alcohol Problems*, Macmillan Press Ltd, Ipswich, 1997
- Häregård, A *Nya villkor - Uppföljning av de drogforebyggande samordnarna i Sverige 2005*, Alkoholkommittén, 2005
- Länstyrelsen Västra Götaland *Inbjudan att söka utvecklingsmedel till forebyggande insatser inom alkohol- och drogområdet.*, pdf-fil hämtningsdag 2005-08-10  
(<http://www.o.lst.se/NR/rdonlyres/86F27B7C-B059-4A9E-BC6E->)
- Malmqvist, E Nyberg, E *Den drogforebyggande samordnaren som ett kommunalt åtagande I projektform*, FoU Södertörn 2005
- Mc Bride et al, *Harm minimization in school drug education: final results of the School Health and Alcohol Harm Reduction Project (SHAHRP)*, *Addiction* 99, 278–291, 2004
- Mc Bride *The Evidence base for School Drug Education Interventions, i Preventing harmful substance use..* Red Stockwell et al, 2005
- McBride *School drug education: A developing field, and one element in a community approach to drugs and young people: a response to the commentaries.* *Addiction*, 99, s. 292-298, 2004
- Nationell Handlingsplan för att forebygga alkoholskador, regeringsproposition Prop 2000/01:20, 2000
- Prop 2000/01:20, Nationell handlingsplan för att forebygga alkoholskador, 2000
- Prop 2001/02:91, Nationell narkotikahandlingsplan, 2002
- Regeringskansliet, Nationell handlingsplan för att forebygga alkoholskador, faktablad nr 13, socialdepartementet December 2001.
- Room , Babor, Rehm *Alcohol and public health*, *Lancet* vol 365 feb 5, 2005
- Sjö F, Danielsson A-K, Rommelsjö A, *Vem? Vad? Hur? – med samordnaren i fokus. En uppfoljande studie av samordnarna för det alkohol- och drogforebyggande arbetet i Stockholms stad 2004/05*, ESAPP Rapportserie 2005:1, Stockholm 2005
- Skolverket Nationella kvalitetsgranskningar Undervisningen om tobak, alkohol och andra droger, Skolverket rapport 2000-01-13
- Sorad, *Alkoholkonsumtion i löpande 12-mådersperioder*, pdf-dokument Sorad skapat 2005-07-22 [http://www.sorad.su.se/doc/uploads/alcohol\\_statistics/Lopande-20050722.pdf](http://www.sorad.su.se/doc/uploads/alcohol_statistics/Lopande-20050722.pdf))

- Spak F. Vad kan lokal alkoholstatistik användas till. kapitel i Rapport om ungdomar och alkohol i Västra Götaland. 2000.
- Stafström, M. En processutvärdering av Trelleborgs alkohol- och drogpolitiska handlingsprogram, Lunds Universitet, samhällsmed inst. 2002.
- Statens Folkhälsoinstitut *Hjälprea för kartläggning av alkoholsituationen i kommuner*, Stockholm : Statens folkhälsoinstitut, [2002]
- Statens folkhälsoinstitut *Hjälprea för kartläggning av narkotikasituationen i kommuner*, Stockholm : Statens folkhälsoinstitut, 2003
- Stockwell et al *Recommendations for New Directions in the Prevention of Risky Substance Use and Related Harms*, i *Preventing harmful substance use..* Red Stockwell et al, 2005
- Vedung E, *Utvärdering i politik och förvaltning*, Studentlitteratur 1998
- Tullverket webbplats resandebestämmelser,  
<http://www.tullverket.se/se/Privat/Resandebestammelser/Alkohol.htm>  
 hämtningsdag 2006-03-13, 2006
- Toumbouru et al *What Do We Know about Preventing Drug-Related Harm through Social Developmental Intervention with Children and Young People*, i *Preventing harmful substance use..* Red Stockwell et al, 2005

**Undervisningsprogram  
och kampanjmaterial refererade i rapporten:**

- Charliematerialet Pärm, säljs genom författaren efter genomgången kurs Hemsida: <http://www.projektcharlie.se/>
- Kimber, Birgitta Livskunskap, Gymnasiet Gleerups förlag, 2005  
 Hemsida: <http://www.set.st/>
- Lions Quest Hemsida: <http://www.lions-quest.se/>
- Länssnykterhetsförbundet, Dialog, Hemsida: <http://www.idialog.se/>
- Steg för steg, STAD-projektet Stockholm Hemsida: <http://www.stad.org/ungdom/sfs.htm>
- Don't drink and drive, Vägverket Hemsida: [http://www.vv.se/ddd\\_default\\_\\_\\_9743.aspx](http://www.vv.se/ddd_default___9743.aspx)
- Skellefteåmodellen, 2005 Hemsida: [http://www.vv.se/templates/page3\\_\\_\\_450.aspx](http://www.vv.se/templates/page3___450.aspx)
- Tonårsparlören, Alkoholkommittén, 2005 Hemsida: [www.alkoholkommitten.se](http://www.alkoholkommitten.se)

