

Sammanfattning

Denna rapport har tagits fram inom ramen för Länsstyrelsens satsning på att stärka det ANDT-förebyggande arbetet i småkommuner, här definierat som kommuner med ett invånarantal om högst 10 000 invånare. Resultaten är tänkta att utgöra ett underlag för att ta med sig i det fortsatta arbetet på området. Den generella bild som framträder i rapporten är att småkommuner jämfört med större kommuner uppvisar en sämre utveckling under de senaste ca 15 åren vad gäller konsumtion och skador av ANT. Resultaten pekar också på att förebyggande arbete bedrivs i mindre omfattning i småkommuner jämfört med i större kommuner (dvs. övriga kommuner). Rapporten bekräftar således att det finns anledning att förstärka preventionsarbetet i just småkommuner.

Alkoholkonsumtionen bland vuxna i småkommuner var i början av perioden (2002-2005) lägre än i övriga kommuner i Sverige men ligger idag på i stort sett samma nivå med avseende på medelkonsumtion, riskkonsumtion och intensivkonsumtion. Alkoholskadorna har generellt också en mer negativ utveckling i småkommuner som idag har fler alkoholrelaterade dödsfall och vårdade på sjukhus för alkoholskador än övriga kommuner satt i relation till befolkningsstorlek. Även alkoholrelaterade trafikolyckor är högre i småkommuner. Det enda undantaget utgörs av polisanmälda fall av misshandel utomhus med obekant gärningsman som är högre i större kommuner.

Bilden vad gäller narkotikarelaterade skador är inte entydig. Antalet narkotikarelaterade dödsfall är lägre i småkommunerna än i övriga kommuner under hela studieperioden men med en tendens till att småkommuner har en sämre utveckling. Däremot är det färre som vårdas i slutenvården för en narkotikarelaterad diagnos i småkommuner jämfört med övriga kommuner och här har skillnaden snarast förändrats till småkommunernas fördel över tid dvs. att antalet personer som vårdas har minskat.

Utvecklingen vad gäller rökning och relaterade skador är entydigt mer negativ för småkommuner. Andelen rökare, och i synnerhet andelen dagligrökare, är idag högre i småkommuner jämfört med övriga, vilket inte var fallet för ca 15 år sedan. Antalet dödsfall i lungcancer och KOL har ökat de senaste 15 åren i hela landet men uppgången är större i småkommuner än i övriga kommuner.

Det alkoholförebyggande arbetet (enligt ett alkoholpreventionsindex) liksom det totala ANDT-förebyggande arbetet (enligt ett samlat ANDT-preventionsindex) ligger på en lägre nivå i småkommuner än i övriga kommuner. Omfattningen av det förebyggande arbetet följer ett tydligt mönster med mer förebyggande arbete ju större befolkning en kommun har. Totalt sett har det alkoholförebyggande arbetet, såväl i småkommuner som i övriga kommuner, minskat något medan det totala ANDT-förebyggande arbetet har ökat något. Vissa skillnader förekommer dock med avseende på enskilda delar som ingår i preventionsindex – samverkan har t.ex. minskat betydligt, både i småkommuner och i övriga kommuner, medan tillstånd och tillsyn har ökat.

Våra analyser tyder på att mycket av skillnaderna mellan små och övriga kommuner med avseende på alkohol – och tobaksrelaterade skador förvinns när man tar hänsyn till skillnader i andelen arbetslösa, andelen lågutbildade, kommunernas genomsnittsålder och andelen med utländsk härkomst. Skillnaden vad gäller skador orsakade av narkotika påverkades dock inte av kontroll av dessa faktorer.

När vi studerade effekterna av alkoholförebyggande arbete (enligt Alkoholpreventionsindex) fann vi samband med alkoholrelaterad dödlighet: kommuner som arbetar aktivt med alkoholprevention uppvisar lägre alkoholrelaterad dödlighet under den sista av de tre studerade perioderna.

Vi fann också att de 10 småkommuner med högst poäng i medeltal i det samlade ANDT-preventionsindexet under perioden 2006–2015 uppvisade avsevärt lägre nivåer och gynnsammare utveckling av alkohol- och tobaksrelaterade skador jämfört med de 10 småkommunerna med lägsta poäng. Övriga småkommuner uppvisade nivåer som låg däremellan.

Dessa resultat är i linje med vad som framkommit i två tidigare studier; dels i utvärderingen av det alkoholförebyggande arbetet kring LUMA (Nilsson, m.fl., 2018); dels i en nyligen avslutad men ännu inte publicerad studie av effekter av alkoholprevention på alkoholrelaterade skador inkluderande flertalet svenska kommuner över en tioårsperiod (Nilsson, m.fl., kommande).

För att besvara frågan om vad som kännetecknar småkommuner med omfattande - och över tid höga ANDT-preventionsnivåer - studerade vi närmare de 10 kommuner som hade högst nivåer i genomsnitt under perioden 2006–2015 jämfört med de 10 småkommunerna med lägst nivåer. Analyserna gjordes på båda indexen med liknande resultat och i rapporten redovisas resultaten för det sammantagna ANDT-preventionsindexet.

De 10 kommunerna som låg högst totalt sett gjorde det på alla fem av indexets kategorier: samverkan, policy, personal- och budget, tillsyn/tillstånd och aktiviteter. Det var alltså inte så att en av dessa fem kategorier stack ut utan det var den sammantagna helhetsbilden av arbetet som var det mest iögonfallande. Dessa kommuner utmärktes alltså av en väl utvecklad struktur och organisation med aktuella policyer och andra styrdokument, en bredare samverkan men också av att de regelbundet genomförde många olika aktiviteter på det ANDT-förebyggande området.

Vi gick därefter vidare med att studera mer ingående de fyra kommuner som låg allra högst på ANDT-preventionsindex och samtalande med samordnarna (eller liknande) i dessa kommuner. I en av de fyra kommunerna (Årjäng) visade det sig att efter att samordnaren slutade sin tjänst 2015/2016 sjönk arbetet påtagligt och den särskilda modell man byggt upp lades ner. Eftersom samordnaren slutat och ingen annan tagit samma plats kunde vi inte heller prata om den tid som varit när preventionsarbetet låg på en hög nivå i kommunen.

Den bild som framkom i speciellt två av kommunerna (Norsjö och Degerfors) stämde väldigt väl med vad båda preventionsindexen visade. Kännetecknade är att politiker och tjänstemän verkligen bestämde sig för att sätta igång ett långsiktigt utvecklingsarbete och att de konsekvent orkat vidmakthålla detta över tid. Nyckeln till framgång är, enligt vår mening, stärkt samverkan mellan de olika aktörerna på lokalplanet. Genom bra samverkan skapades en samsyn i problembilden i vad som behöver göras framöver i termer av när, av vem och hur. Särskilda projektmedel har dessutom skjutits till i omgångar vilket drivit på och påskyndat utvecklingsarbetet. Detta har i sin tur också bidragit till att arbetet i dag är långsiktigt och välstrukturerat.

När det gäller den särskilda problematik som småkommuner ibland står inför när det gäller kartläggningar och uppföljningar presenteras ett antal rekommendationer i denna rapport. Framförallt handlar det om hur man skall hantera små tal. Flera aspekter är här viktiga men framförallt två är centrala. Den ena rör det etiska i att redovisa små tal som i värsta fall kan röja identiteten för enskilda individer. Myndigheter har här att förhålla sig till kapitel 24 1 § i offentlighets- och sekretesslagen som säger att sekretess gäller för uppgift som hänför sig till

psykologisk undersökning som utförs för forskningsändamål, om det inte står klart att uppgiften kan röjas utan att den som uppgiften rör eller någon närstående till denne lider men. Riktlinjer för röjandekontroll utges av rådet för den officiella statistiken på SCB.

Det andra rör det rent statistiska i att små tal som kan variera kraftigt från ett år till ett annat kan ge osäkra skattningar, framförallt vad gäller förändringar över tid.

Vi föreslår här att man som regel slår ihop flera år till årsmedelvärden, exempelvis fyraårsmedelvärden enligt det sätt som Folkhälsomyndigheten gör i deras Folkhälsodatabas. Vi rekommenderar också att småkommuner använder dessa data på myndighetens Folkhälsodatabas eftersom de täcker de mest väsentliga av de ANT-relaterade skadorna.

Dessa rekommendationer rörde framförallt registerdata. När det gäller urvalsdata är röjandeproblematiken oftast mindre men inte helt oväsentlig. Urvalsundersökningar har däremot ibland ett helt annat problem, nämligen små bastal, inte minst i småkommuner, vilket gör att den statistiska precisionen är låg. Här rekommenderar vi att man skall ha minst 100 svarande för att redovisa siffror (andelar) i en speciell grupp. Med andra ord måste en andel av 1 procent motsvaras av minst ett fall (person) i täljaren ($1/100$). Vi följer här det förfarande som BRÅ:s Nationella Trygghetsundersökning och Folkhälsomyndigheten HLV använder sig av. Även SCB har ett liknande förfarande.

Avsnittet avslutas med att diskutera förfarande med undersökningar av skolelevs drogvanor, som ju oftast på lokal nivå rör sig om totalundersökningar, dvs. alla elever i årskurs 9 (och gymnasiet år 2) i alla skolor och klasser ingår i urvalsramen.

CAN har satt som lägsta gräns för att redovisa siffror om minst 50 svarande elever. Lägre än detta redovisas inte för en kommun (eller skola) men siffrorna ingår naturligtvis i totalen för större områden, exempelvis hela länet. Vi redovisar heller aldrig resultat för enskilda klasser. Det bör påpekas att denna gräns om 50 främst handlar om *elevernas integritet*, dvs. ungefär samma problematik som ovan gällande registerdata och riskerna med att röja uppgifter för enskilda individer.

Statistiskt sett är det inte heller bra med för låga bastal och här ser vi ingen anledning till att applicera andra gränsvärden för minsta antalet svarande som krävs (i nämnaren) för redovisning än i urvalsundersökningar. Med andra ord så rekommenderar vi av statistiska skäl ett underlag om minst 100 svarande i en grupp för att siffror för samma grupp skall redovisas. Det bör också framhållas att ett bortfall (som nästan alltid finns i viss utsträckning också i totalundersökningar) med lite otur kan få mycket stort inflytande när bastalet är litet, inte minst om en hel klass av någon anledning inte deltar och det endast finns få klasser i kommunen. Det är inte ovanligt att olika klasser i samma kommuner uppvisar ganska stora skillnader i droganvändning.

Hur ska man då i en småkommun komma runt denna problematik? Ett alternativ är att slå samman årskurser eller undersökningsår för att på så sätt få ett större underlag vilket är fördelaktigt både statistiskt och etiskt. Ett annat liknande förfarande skulle kunna vara att slå ihop underlaget från en kommun med en angränsande kommun. Detta kräver helst att båda kommunerna genomför identiska skolundersökningar ungefär samtidigt.

Man kan också tänka sig att göra en bredare undersökning där kvantitativa och kvalitativa data kompletterar varandra. Enstaka prevalensmått kan här eventuellt redovisas men sätts då i en bredare kontext. Andra datakällor är här också önskvärda som skulle kunna bidra med att ge en större helhetsbild. Ett annat alternativ är att inga hårda data redovisas alls utan att man endast lämnar ett ANDT-omdöme i textform. Även här är det önskvärt att flera datakällor används.

Vikten av att just använda sig av flera olika datakällor (triangulering) betonas också, avslutningsvis, i rapporten. På ANDT-området kan det röra sig om olika skadedata kombinerat med konsumtionsdata. Mer data gör dock inte alltid allting enklare, ibland snarare tvärtom. Olika data kan peka åt olika håll och nivåer och utveckling kan bli svårtolkade. Men detta är inget skäl till att undvika att använda flera datakällor eftersom det helt enkelt kan vara så att verkligheten är komplex och inte låter sig enkelt förstås av endast en indikator.