

# Småkommuners ANT-situation och förebyggande arbete – är det annorlunda än i större kommuner?

Håkan Leifman, Tony Nilsson, Mats Ramstedt & Emelie Thern

Rapport 179

**Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning, CAN**

ISSN 0283-1198

ISBN 978-91-7278-292-1 (pdf)

URN:NBN:se:can-2018-12 (pdf)

# **Småkommuners ANT-situation och förebyggande arbete – är det annorlunda än i större kommuner?**

Håkan Leifman, Tony Nilsson, Mats Ramstedt & Emelie Thern



**C.A.N**

Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning

Rapport 179

Stockholm 2018

# Innehåll

<b>Sammanfattning</b> .....	3
<b>1. Inledning</b> .....	7
<b>2. Material och metod</b> .....	9
2.1 Alkohol- och rökvanor .....	9
2.2 Antalet döda och skadade på grund av alkohol, narkotika eller tobak .....	10
2.3 Misshandel och trafikolyckor .....	11
2.4 Preventionsindex.....	11
<b>3. Resultat</b> .....	14
3.1 Alkohol.....	14
3.2 Narkotika .....	21
3.3 Tobak .....	24
3.4 Olika faktorerers betydelse för skillnader i dödlighet och vårdade mellan småkommuner och övriga kommuner .....	27
<b>4. Förebyggande arbete</b> .....	32
4.1 Alkoholförebyggande arbete.....	32
4.2 ANDT-förebyggande arbete.....	36
4.3 Goda exempel på det förebyggande arbetet bland småkommuner.....	39
<b>5. Verktyg för enklare kartläggning och uppföljning</b> .....	49
5.1 Registerdata.....	49
5.2 Urvalsundersökningar och skolelevers drogvanor .....	51
5.3 Andra rekommendationer .....	53
<b>6. Avslutande diskussion</b> .....	54
<b>7. Referenser</b> .....	56

# 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.



# I. Inledning

Länsstyrelsen har fattat beslut att under 2017 göra en gemensam insats för att stärka små kommuners ANDT-förebyggande arbete. Inom ramen för satsningen på småkommuner formulerades fyra målsättningar:

- Att beskriva utvecklingen av bruk och skador med avseende på ANT i jämförelse med större kommuner (här ingår i dopning pga. avsaknad av data).
- Att synliggöra specifika förutsättningar för ANDT-förebyggande arbete i mindre kommuner och att belysa eventuella skillnader mot större kommuner.
- Att synliggöra goda exempel på mindre kommuners ANT-förebyggande arbete.
- Att påbörja ett arbete för att skapa ett verktyg för enklare kartläggning/uppföljning som är användbart även för mindre kommuners förutsättningar.

Mot den bakgrunden fick CAN i uppdrag att ta fram ett underlag för satsningen på småkommuner. I denna rapport redovisas detta arbete med fokus på att beskriva nuläge och utveckling av ANT-konsumtion och ANT-skador i mindre kommuner i jämförelse med övriga, större kommuner. I rapporten ingår också en beskrivning av skillnader i det ANT-förebyggande arbetet mellan småkommuner och övriga kommuner utifrån ett s.k. preventionsindex. Vidare diskuteras möjligheterna att ta fram ”goda exempel” av kommuner som kan anses bedriva ett speciellt framgångsrikt förebyggande arbete och några exempel på sådana kommuner presenteras. Slutligen ges förslag på hur man kan arbeta med ANT-uppföljningar i småkommuner och vad man bör tänka på.

Det finns ingen etablerad definition på vad som menas med en liten kommun, men i uppdraget definieras småkommuner som de med 10 000 invånare eller mindre. För att det ska vara samma grupp av kommuner under hela studieperioden har vi använt oss av 2016 års befolkningsstatistik för att få fram vilka kommuner i Sverige som enligt denna definition är små. Totalt definierades 75 av Sveriges 290 kommuner som små vilket motsvarar ungefär en fjärdedel av alla kommuner (25,9 %).

Utöver att småkommunerna har relativt få invånare, skiljer de sig något från större kommuner med avseende på invånarnas demografiska och socioekonomiska profil (Tabell 1). Man har en något högre andel kvinnor och en högre medelålder samt en lägre andel utlandsfödda. Dessa skillnader återfinns både 1998 och 2015 men man kan notera att medelåldern ökat något mer i småkommuner jämfört med övriga – med ca 3 år jämfört med 2 år. Vidare är andelen högutbildade betydligt lägre i småkommuner och har varit så under hela studieperioden – år 2015 var andelen högutbildade drygt 7 procentenheter högre i större kommuner jämfört med småkommuner och motsvarande skillnad 1998 var 6 procentenheter. Dessutom är arbetslösheten något högre i småkommuner och med en något mindre nedgång 1998–2015 jämfört med större kommuner.

**Tabell 1.** Demografiska och socioekonomiska variabler i småkommuner och övriga kommuner.

	Småkommuner		Övriga kommuner	
	1998 (2002)	2015	1998 (2002)	2015
Kön <sup>1</sup>	50,6	51,3	49,8	50,4
Medelålder	42,3	45,5	40,4	42,6
Utlandsfödda <sup>2</sup> (%)	8,5	14,6	11,4	17,3
Högutbildade <sup>3</sup> (%)	9,0	15,1	13,7	21,1
Arbetslösa <sup>4</sup> (%)	9,6	6,6	9,1	5,9

Källa: Statistiska centralbyrån.

<sup>1</sup>Andel män registrerade i kommunen.

<sup>2</sup>Andel födda utomlands eller födda inrikes med föräldrar födda utomlands, 2002.

<sup>3</sup>Andel med eftergymnasial utbildning.

<sup>4</sup>Andel registrerade som arbetslös, 20–64 år.

Det är inte givet hur dessa skillnader påverkar skillnader i ANT-situationen och dess förändring över tid mellan små och övriga kommuner. En högre andel kvinnor och äldre är omständigheter som kan antas leda till lägre konsumtion och skador medan en högre andel i befolkningen med låg socioekonomisk position drar åt motsatt håll. En analys av betydelsen av dessa skillnader för några skadeutfall presenteras i kapitel 4.

Rapporten har följande disposition: i kapitel 2 redovisas de olika datamaterialen som ligger till grund för analyserna. I kapitel 3 redovisas resultaten av de jämförande analyserna av små och övriga kommuner med avseende på konsumtion, skador. I samma kapitel analyseras också om huruvida kommunskillnader i socioekonomiska, demografiska och förebyggande arbete kan förklara skillnader mellan småkommuner och övriga kommuner i ANT-relaterade problem.

I kapitel 4 redovisas det alkoholpreventiva och det ANDT-preventiva arbetet för småkommuner och övriga kommuner under den aktuella tidsperioden. I detta kapitel redovisas också några goda exempel på kommuner med långsiktigt höga preventionsnivåer med fokus på vad som kännetecknas dessa kommuner.

Rapporten avslutas (kapitel 5) med att ge vissa rekommendationer (enklare verktyg) för vad småkommuner bör tänka på när de står inför kartläggningar och uppföljningar av ANDT-situationen i sin egen kommun.

## 2. Material och metod

För att ge en heltäckande bild av alkohol-, narkotika- och tobakssituationen bland vuxna i småkommuner jämfört med större kommuner har flera olika datamaterial använts. Trots att det finns svagheter med alla enskilda datakällor som använts är CAN:s bedömning att de sammantaget ger en god bild av nivåer och utveckling av ANT-vanor och relaterade problem i Sveriges småkommuner samt av deras förebyggande arbete. En stor del av de data som redovisas nedan har aldrig tidigare sammanställts för dessa grupper av kommuner.

Studieperioden är i regel från 2002 till 2015 i tre fyraårsperioder (2002–2005, 2006–2009, 2010–2013) och en tvåårsperiod (2014–2015). När det gäller alkoholskador inkluderas också data från ytterligare en fyraårsperiod, nämligen 1998–2001.

### 2.1 Alkohol- och rökvanor

Uppgifter om konsumtion av alkohol och tobak bland vuxna baseras på CAN:s löpande Monitormätningar som genomförs genom telefonintervjuer med årligen totalt ca 18 000 personer mellan 17–84 år. Huvudsyftet med Monitormätningarna är att följa den nationella konsumtionsutvecklingen av alkohol och tobak varje år (se mer Guttormsson & Gröndahl, 2017; Henriksson & Ramstedt, 2017).

Bortfallet i befolkningsundersökningar har ökat över tid och detta gäller även de Monitormätningar som används i denna rapport. Framförallt har andelen unga vuxna minskat, samtidigt som äldres representativitet har ökat de senaste åren. För att korrigera för en sådan skevhet i representativitet har vi använt oss av viktning av respondenternas svar i data-materialet. Således gör vi bedömningen att trender och skillnader mellan grupper som redovisas ger en tillfredställande bild av faktiska förhållanden.

För att fånga in den självrapporterade alkoholkonsumtion användes en dryckesspecifik så kallad kvantitets- och frekvensskala där intervjupersonerna får besvara frågor om hur ofta man dricker olika alkoholhaltiga drycker: ”Hur ofta har du druckit... under de senaste 30 dagarna?” Frågorna ställs separat för folköl, starköl, vin, starkvin, sprit och cider. Intervjupersonerna får också besvara hur mycket de druckit. För att minska minnesproblematiken används de senaste 30 dagar som referensperiod.

Utöver dessa frågor så ställs även en inledande fråga om hur ofta intervjupersonen överhuvudtaget druckit någon alkoholhaltig dryck under de senaste dagarna. För att fånga upp antalet dagar under de senaste 30 dagarna då intervjupersonen druckit större mängder alkohol vid ett och samma tillfälle ställs en intensivkonsumtionsfråga. Den mängd som minst ska ha konsumerats uppgår till ungefär fem standardglas, vilket motsvara ungefär fem glas vin (en flaska) *eller* fyra stora starköl.

För att fånga in den självrapporterade cigarettkonsumtionen användes en så kallad kvantitets- och frekvensskala där de som rökt minst en cigarett de senaste 30 dagarna, får frågan om de rökt cigaretter dagligen. De som svarat ja på denna fråga klassificeras som dagligrökare medan de som svarat nej klassificerat som sporadisk rökare. Dagliga rökare får därefter frågan om hur många cigaretter de i genomsnitt röker per dag de senaste 30 dagarna, medan de sporadiska rökarna får fråga om hur många cigaretter de i genomsnitt röker per vecka.

När det gäller uppgifter kring narkotikavanor har vi inte tillgång till data över tid för många av Sveriges kommuner. Data för vissa kommuner vissa år finns tillgängliga i Folkhälso-myndighetens Folkhälsodatabas men det räcker inte för att kunna genomföra meningsfulla analyser”. I CAN:s egen undersökning ”Vanor och konsekvenser” som startade 2013 och som senast genomfördes 2017 finns flera frågor om narkotikaanvändning men det för få personer från småkommunerna som har deltagit för att kunna användas för denna studies syfte.

## 2.2 Antalet döda och skadade på grund av alkohol, narkotika eller tobak

Att minska antalet döda och skadade på grund av eget (och andras bruk) av ANT är ett grundläggande långsiktigt mål för det förebyggande ANT-arbetet i Sverige. Dödsfall och sjuklighet orsakade av alkohol, tobak och narkotika är att betrakta som viktiga och centrala indikatorer på ANT-problemets omfattning och utveckling. Det är vidare välbelagt att skadligt bruk och missbruk av ANT bidrar till en stor del av den förtida dödligheten och andra skador (se exempelvis Babor m.fl., 2010).

Inom ramen för denna kartläggning har data över antalet ANT-relaterade dödsfall och antal patienter som vårdats med ANT-relaterade diagnoser (enligt ICD-10) inom sjukhusvården analyserats. Data kommer från Socialstyrelsens dödsorsaksregister och patientregister. Patientregistret inkluderar både slutenvård och öppenvård. Men i föreliggande rapport används endast slutenvårdsdata, eftersom öppenvårdsdata bedöms ha för låg diagnos-täckning. Statistiken över ANT-relaterad dödlighet inkluderar, när inget annat anges, dödsfall med ANT-relaterad diagnos som antingen underliggande och/eller bidragande dödsorsak och med samma diagnoser som huvuddiagnos och/eller bidiagnos för slutenvårdsstatistiken.

Utgångspunkten för både ANT-relaterad vård och ANT-relaterade dödsfall är ett urval av de långsiktiga indikatorer som tidigare föreslagits av regeringens projektgrupp och som också beslutats av regeringen att användas för att följa upp regeringens ANDT-strategi 2011–2015 (Socialdepartementet, 2013). De diagnoser som följs är vedertagna och följer de indikatorer som regeringen följer upp inom ramen för den nationella ANDT-strategin. Uppgifterna avser i regel antal dödsfall och antal vårdade patienter per 100 000 invånare 15 år och äldre, som redovisas i perioder (fyraårsmedelvärden).

För alla ANT-skador presenteras först en figur för att ge en överblick av ANT-skador i relation till befolkningens mängd. Fem jämförbara kommungrupper har skapats utifrån kommunernas befolkningens mängd 2016, så det alltid är samma kommuner i grupperna under studieperioden. De fem grupper är: småkommuner ( $\leq 10\,000$  invånare), 10 001–20 000 invånare, 20 001–40 000 invånare, 40 001–100 000 invånare, och  $>100\,000$  invånare. I den nästkommande figuren jämförs småkommunerna med övriga kommuner (alla kommuner med över 10 000 invånare 2016).

### Alkohol

När det gäller alkohol redovisas antal dödsfall där en alkoholdiagnos specifikt anges som orsak. I detta kombinerade mått (av Socialstyrelsen benämnt alkoholindex) inkluderas alla diagnoser där alkohol uttryckligen nämns som orsak till dödsfallet (t.ex. toxiskt effekt av alkohol [T51], leversjukdom orsakad av alkohol [K70], psykiska störningar och beteendestörningar orsakad av alkohol [F10]). Sjukvårdsdata innehåller fler personer och speglar i regel alkoholskador uppkomna i ett tidigare skede än den alkoholrelaterade dödligheten. Även här kan man ta fram ett alkoholindex som inkluderar samtliga patienter som vårdas

inom den slutna vården med en alkoholspecifik diagnos som huvuddiagnos och/eller bidiagnos enligt samma ICD-kriterier som dödsfallen.

## **Narkotika**

Beträffande narkotika redovisas antal dödsfall där narkotika uttryckligen nämns som en orsak (underliggande och/eller bidragande) till dödsfallet (t.ex. psykiska störningar och beteendestörningar orsakade av psykoaktiva substanser [F11–F16, F18, F19], förgiftning med narkotiska och psykodysleptiska medel [T40]). Samma diagnoser används inom sjukvårdsdata för att kunna redovisa samtliga patienter som vårdas inom den slutna vården med en narkotikaspecifik diagnos som huvuddiagnos och/eller bidiagnos.

## **Tobak**

Som indikatorer på skador orsakade av tobaksbruk redovisas omfattning och utveckling av antalet dödsfall i lungcancer och/eller kronisk obstruktiv lungsjukdom (KOL) (hädanefter KOL/lungcancer). Dessa två diagnoser brukar betraktas som de viktigaste tobaksrelaterade dödsorsakerna. Det bör här påpekas att det är en lång eftersläpning mellan befolkningens rökvanor och tobaksrelaterad dödlighet. Detta innebär att den aktuella utvecklingen speglar förändringar i rökvanor flera decennier bakåt i tiden och att man inte kan förvänta sig tydliga samband med aktuella trender i rökvanor.

## **2.3 Misshandel och trafikolyckor**

För att få en bredare bild av framförallt alkoholskadeutvecklingen bör sjukvårds- och dödlighetsdata kompletteras med indikatorer som speglar negativa sociala beteenden kopplade till hög alkoholkonsumtion. En sådan indikator är våld och då framförallt misshandel. Därför redovisas, i enlighet med ovan nämnda beslutade indikatorer, antalet polis-anmälda misshandelsbrott (i detta fall brott begångna utomhus med obekant gärningsman, per 100 000 inv. 15 år och äldre). Det bör nämnas att några liknande indikatorer över narkotikarelaterat våld inte finns även om det är sannolikt att även narkotikabrukets omfattning kan påverka nivån av antal misshandelsfall.

En annan indikator är antal trafikolyckor (i detta fall antal singelolyckor under nattetid per 100 000 inv.). Enligt fler undersökningar var alkohol inblandat i ca 50 % av singelolyckor med dödlig utgång (Trafikverket, 2017).

De databaser och källor som har använts för att erhålla data till de analyserade indikatorerna anges också i resultatredovisningen.

## **2.4 Preventionsindex**

För att få en uppfattning av kommunernas ANDT-förbyggande arbete har vi i rapporten använt oss av ett Preventionsindex – vilket är ett sammansatt mått på omfattningen av det preventiva arbetet inom kommunerna. För att ta fram ett Preventionsindex har vi i huvudsak använt oss av uppgifter från den så kallade Länsrapporten och Alkoholregistret (tidigare Tillståndsregister) som återfinns hos Folkhälsomyndigheten. För att få en så omfattande och komplett bild som möjligt av det förebyggande arbetet krävs att man studerar flera olika faktorer. Preventionsindex är därför uppbyggt kring fem kategorier: policy, personal och budget, tillstånd och tillsyn, samverkan och aktiviteter. Varje enskild kategori kan ge maximalt 20 poäng. Eftersom antalet kategorier uppgår till fem är det maximala antalet poäng en kommun kan få på hela indexet således 100 (Nilsson m.fl., 2015).

I denna rapport presenterar vi resultaten för dels det alkoholpreventiva arbetet, det index som är mest utvecklat, och dels för det totala ANDT-förebyggande arbetet i kommunerna (ett index under uppbyggnad). De båda indexen är uppbyggda på ett likartat sätt med ett antal indikatorer uppdelade i de fem kategorierna. Alkoholindexet är av naturliga skäl inriktat på det alkoholförebyggande arbetet medan det totala ANDT-indexet mäter insatser på hela området. Indexet för det totala preventiva arbetet är dock preliminärt. Till exempel består Tillstånd och tillsynsdelen endast av mått som avser alkoholområdet.

Totalt sett har vi tillräckligt med information för 234 av Sveriges kommuner (småkommuner: 48 kommuner; övriga riket: 186 kommuner) gällande deras förebyggande arbete. Bortfallet av kommuner blev något större för småkommunerna (ca 36 procent) jämfört med övriga kommuner (ca 14 procent). Kommuner som har tagits bort från beräkningen saknade information på en eller flera kategorier för 3 eller fler år, eller 2 år i rad. Även Sveriges storstäder, Stockholm, Göteborg och Malmö utesluts eftersom alla består av flera stadsdelar, något som blev anpassat för i frågeformulären från 2011. För de kommuner som saknade information under ett år så har vi använt oss av förgående årsvärde, förutom om information saknades 2006 då vi har använt oss av värden ifrån 2007.

Eftersom alkoholpreventionsindexet är det mest utvecklade och testade av de två indexen (se Nilsson, m.fl., 2015) så kommer flera analyser avseende kopplingen mellan prevention och skador att baseras på alkoholpreventionsindexet och alkoholskador. Det samlade ANDT-preventionsindexet analyseras dock också, inte minst när det gäller kopplingen mellan prevention å ena sidan och skador orsakade av cigarrettrökning och narkotikaanvändning å andra sidan.

Här följer en kort övergripande beskrivning av de fem kategorierna som ingår i preventionsindex (både alkohol- och ANDT-preventionsindex).

## **Personal och budget**

Personal och budget är en kategori som mäter förutsättningen för ett organiserat ANDT-arbete. Utan personal och budget är det svårt att bedriva något arbete på området. Den här kategorin inkluderar indikatorer som mäter ifall det finns någon person som är utsedd för att samordna och planera det alkoholpreventiva arbetet i kommunen. Hur mycket arbetstid som avsatts för samordning och planering av ANDT mäts också. Dessutom ingår frågan om i vilken utsträckning det preventiva arbetet finansieras med kommunala medel eller inte.

## **Policy**

En av huvudindikatorerna i denna kategori är om kommunen har ett ANDT-politiskt program eller en strategi för det förebyggande arbetet. De ska inte vara äldre än fem år. Vidare mäts om det finns en genomförandeplan som en del av programmet samt en plan för att följa upp arbetet. Dessutom finns en indikator som mäter ifall det finns en styrgrupp för det förebyggande arbetet i kommunen.

Andra indikatorer i denna kategori har valts för att spegla ett brett spektrum av policys på olika områden är förekomsten av en policy för kommunen som arbetsgivare samt för skolor och föreningar.

## **Tillstånd och tillsyn**

I denna kategori ingår bland annat mått på omfattningen av tillsynen över restauranger och försäljningsställen för folköl. Dessutom ingår uppgifter om antalet serveringstillstånd och hur många av dem som har öppet efter klockan 01.00.

## **Samverkan**

Samverkanskategorin mäter i vilken utsträckning kommunen har någon samverkan med andra lokala eller regionala aktörer som myndigheter, näringsliv och frivilligorganisationer eller föreningar. Syftet med den här typen av samverkan är för kommunen att förstärka det alkoholpreventiva arbetet i delar samhället som man annars inte når.

## **Aktiviteter**

Aktivitetskategorin mäter omfattningen av olika typer av alkoholpreventiva åtgärder. Exempel på sådana är åtgärder för att upprätthålla åldersgränser, mediainsatser, insatser mot langning samt informationsutskick till föräldrar.

## 3. Resultat

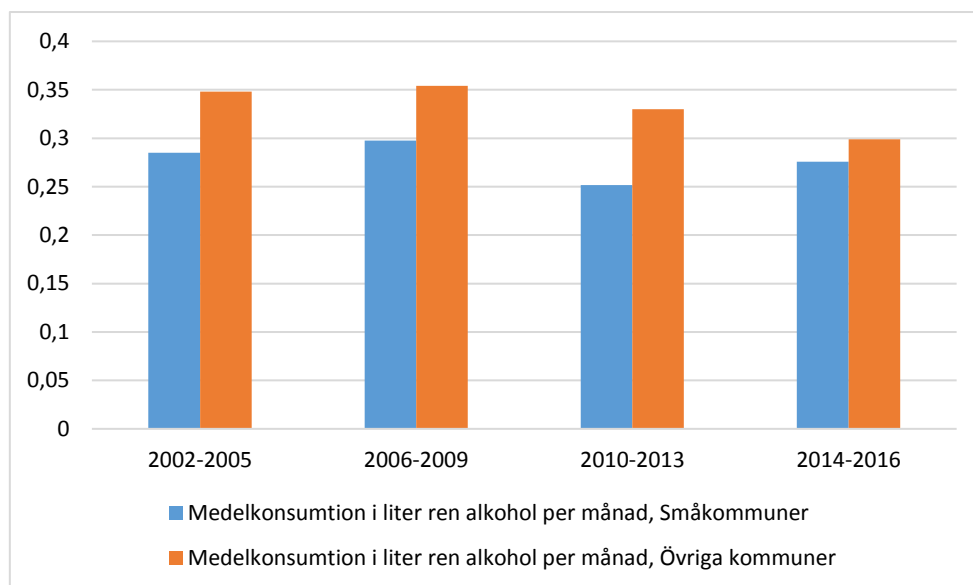
### 3.1 Alkohol

Nedan redovisas uppgifter om alkoholvanorna i småkommunerna i relation till övriga kommuner utifrån CAN:s Monitorundersökning. Vidare redovisas olika indikatorer på problem och skador som kan orsakas av alkoholkonsumtion och som fångas in i olika register t.ex. dödlighet och vård, samt alkoholrelaterat våld och trafikolyckor. Vi redovisar även eventuella skillnader i utveckling mellan små och övriga (större) stora kommuner under de senaste 10–15 åren.

#### Alkoholvanor

##### Alkoholkonsumtion

Invånare i småkommuner dricker mindre alkohol än invånare i övriga kommuner men skillnaderna har minskat över tid (Figur 1). Den bilden baseras på data från CAN:s Monitorundersökning som här presenteras som självrapporterad genomsnittskonsumtion i liter ren alkohol per vuxen invånare per månad i genomsnitt för 4-årsperioder (3-årsperiod för 2014–2016). Under de senaste 10 åren har medelkonsumtionen av alkohol sjunkit i hela Sverige men med en större nedgång i övriga kommuner jämfört med småkommuner – ca 16 procent mot ca 3 procent i småkommunerna.

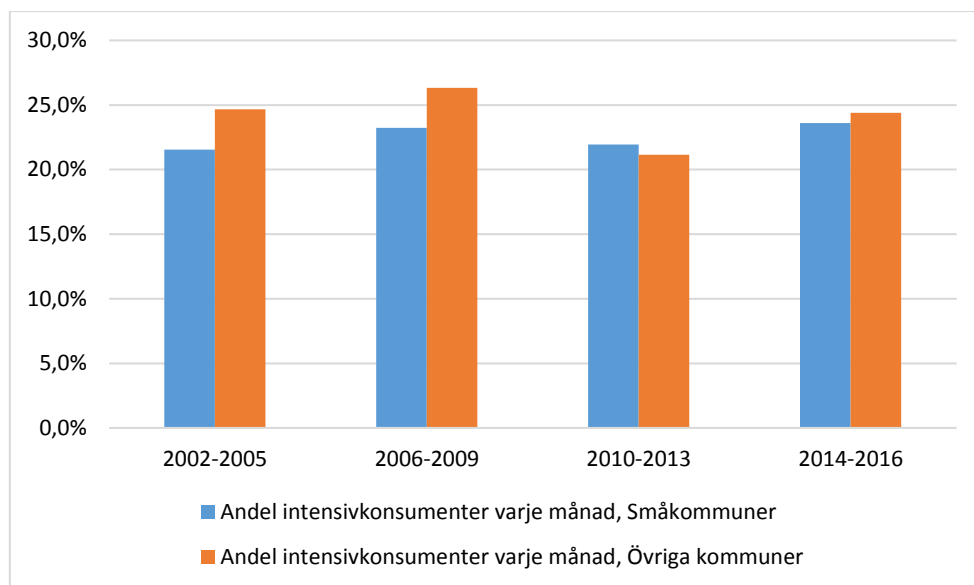


**Figur 1.** Medelkonsumtion i liter ren alkohol (100 %) per månad per vuxen invånare i småkommuner och övriga kommuner. 2002–2016.



## Intensivkonsumtion

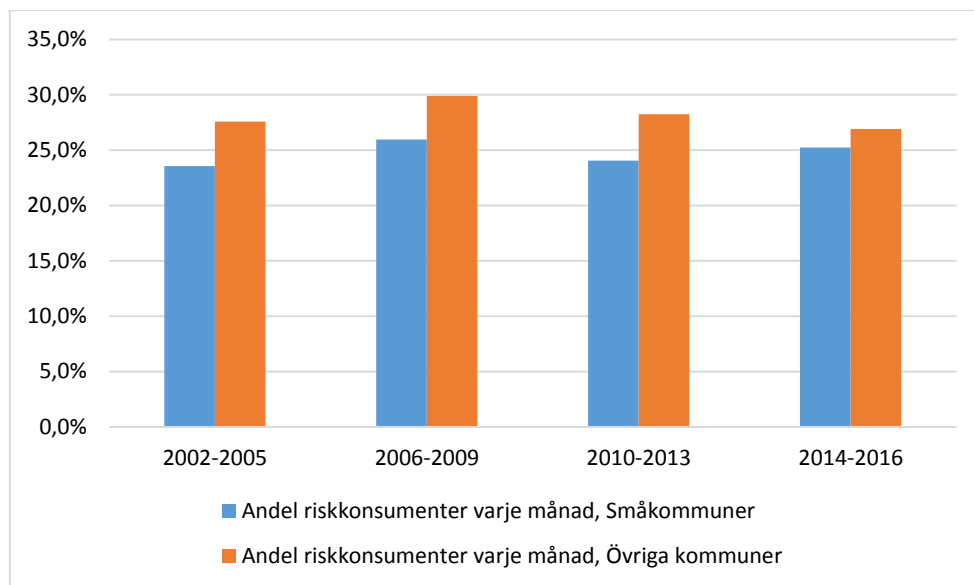
Intensivkonsumtion av alkohol dvs. dryckestillfällen där minst en flaska vin konsumeras (eller motsvarande mängd ren alkohol av andra drycker) var tidigare mindre vanligt i småkommuner men den skillnaden finns inte under senare perioder, Figur 2. Medan intensivkonsumtion har minskat något i övriga kommer tycks den således snarast ha ökat något i gruppen småkommuner. Från att ha legat lägre än övriga kommuner i början av perioden ligger småkommunerna alltså på i stort sett samma nivå som övriga under de två senaste perioderna.



**Figur 2.** Andel intensivkonsumenter av alkohol under en månad, i småkommuner och övriga kommuner. 2002–2016.

## Risikkonsumenter

Med risikkonsumtion menas här alkoholkonsumtion motsvarande minst 14 standardglas i veckan för män och 9 standardglas för kvinnor) och/eller att de intensivkonsumerat en gång i månaden eller oftare. Mönstret vad gäller sådan konsumtion påminner om det som gäller för medelkonsumtion och intensivkonsumtion med en lägre andel risikkonsumenter i småkommuner över hela perioden men med en marginell skillnad under den sista perioden (Figur 3).



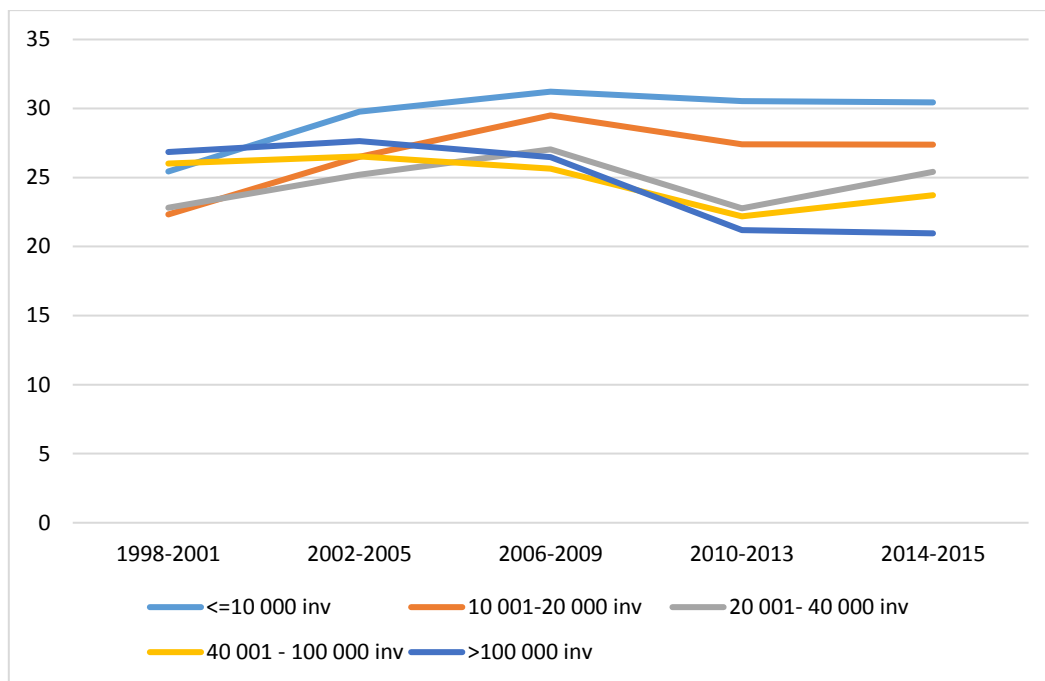
**Figur 3.** Andel riskkonsumenter per månad av alkohol, i småkommuner och övriga kommuner. 2002–2016.

## Problem och skador på grund av alkohol

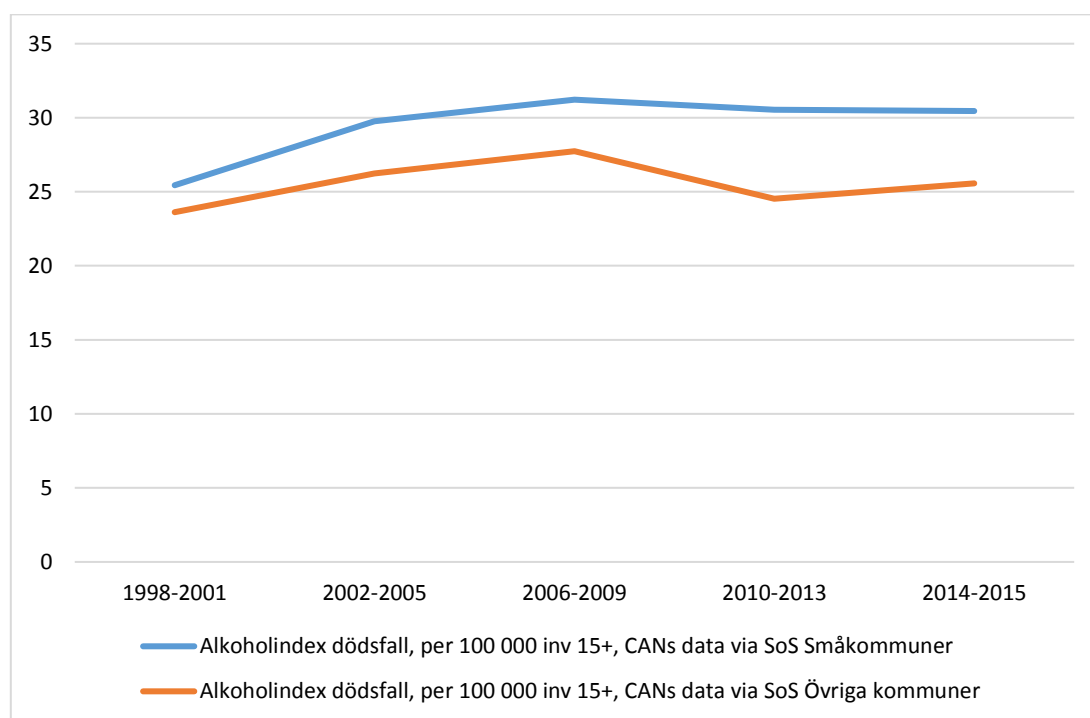
### Alkoholrelaterad dödlighet

Antalet alkoholrelaterade dödsfall per 100 000 invånare har varit högre i småkommuner under hela studieperioden bortsett från den första perioden 1998–2001 enligt Socialstyrelsens s.k. alkoholindex (Figur 4a). I figuren åskådliggörs också att dödligheten avtar med ökande kommunstorlek och att lägst dödlighet uppvisar kommuner med störst befolkning (kommuner med mer än 100 000 invånare).

Figur 4b visar den alkoholrelaterade dödligheten i småkommuner jämfört med genomsnittet för samtliga övriga kommuner. Under alla fyra perioder har småkommunerna en högre alkoholrelaterad dödlighet men skillnaden visavi övriga kommuner har ökat med tiden. Under första perioden (1998–2001) var dödligheten i småkommunerna ca 8 procent högre än övriga och år 2014–2015 ca 20 procent högre. Den ökande skillnaden beror på att övriga kommuner uppvisar en nedgång efter 2006–2009, medan småkommunerna haft en relativt sett stabil, eller något ökande trend, under studieperioden.



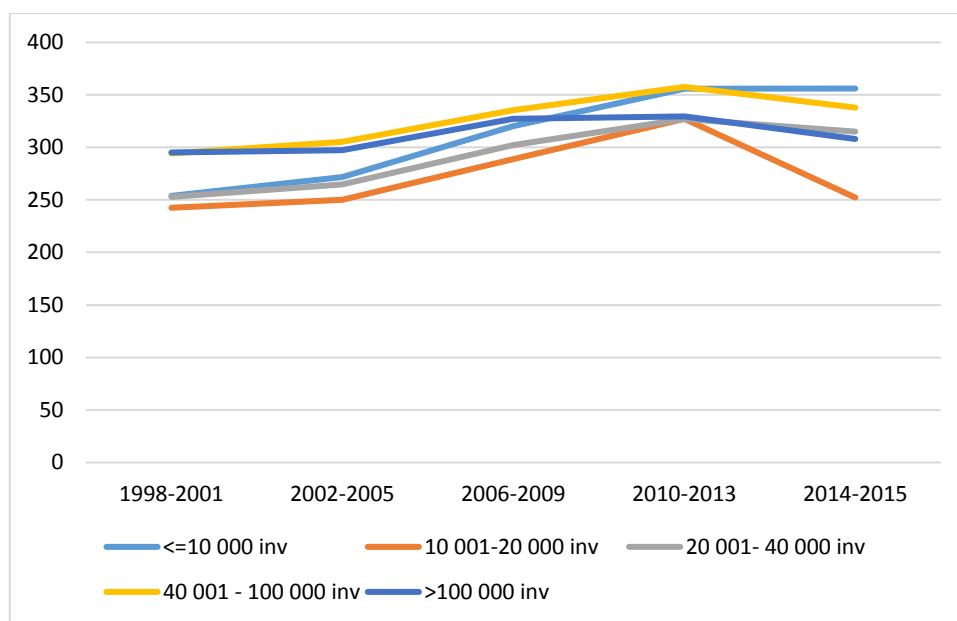
**Figur 4a.** Antal alkoholrelaterade dödsfall per 100 000 invånare, 15 år och äldre enligt Socialstyrelsens s.k. alkoholindex i fem olika kommungrupper baserat på kommunernas befolkningsmängd 2016 (≤10 000 inv., 10 001–20 000 inv., 20 001–40 000 inv., 40 001–100 000 inv., och >100 000 inv.).



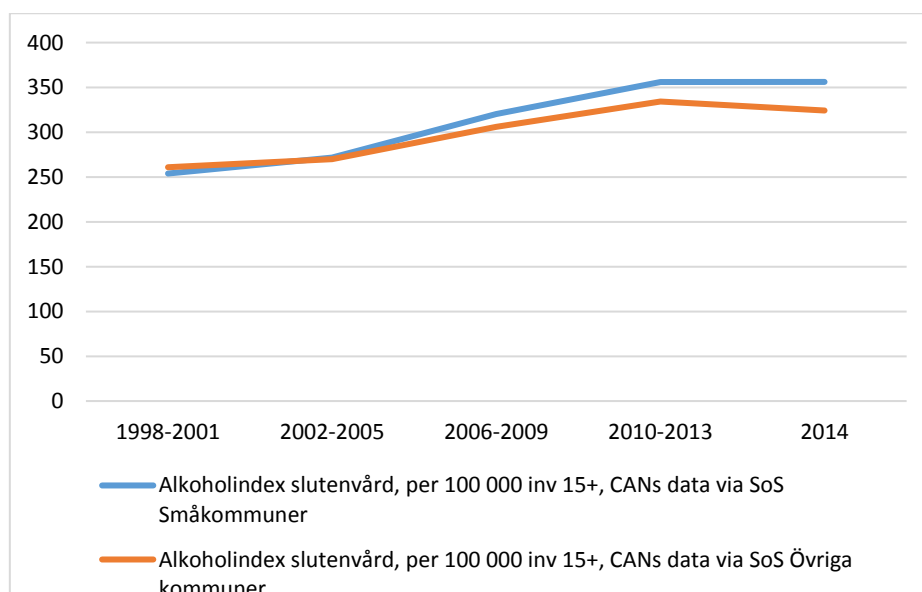
**Figur 4b.** Antal alkoholrelaterade dödsfall per 100 000 invånare, 15 år och äldre enligt Socialstyrelsens s.k. alkoholindex i småkommuner (≤10 000 invånare) och övriga kommuner.

## Alkoholrelaterad slutenvård

Antalet patienter (per 100 000 invånare) som vårdas inom slutenvården med en alkoholspecifik diagnos är högst bland småkommunerna under den senaste perioden (2014–2015). Även ökningen under hela studieperioden är störst i småkommunerna. Däremot minskar antalet vårdade inte med ökad befolkning på samma tydliga sätt som den alkoholrelaterade dödligheten och de största kommunerna har alltså inte det lägsta antalet vårdade patienter. I figur 5b tydliggörs den mer negativa utvecklingen för småkommunerna.



**Figur 5a.** Antal personer som vårdas i slutenvård med alkoholdiagnos per 100 000 invånare, 15 år och äldre enligt Socialstyrelsens s.k. alkoholindex i fem olika kommungrupper baserat på kommunernas befolkningsmängd 2016 ( $\leq 10\,000$  inv.,  $10\,001-20\,000$  inv.,  $20\,001-40\,000$  inv.,  $40\,001-100\,000$  inv., och  $>100\,000$  inv.).

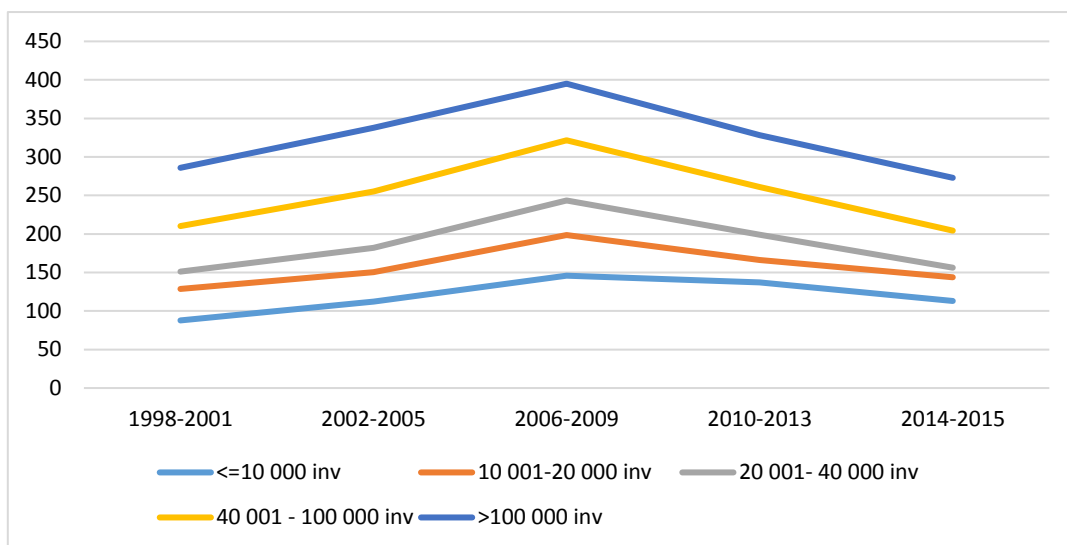


**Figur 5b.** Antal personer som vårdas i slutenvård med alkoholdiagnos per 100 000 invånare 15 år och äldre enligt Socialstyrelsens s.k. alkoholindex i småkommuner ( $\leq 10\,000$  invånare) och övriga kommuner.

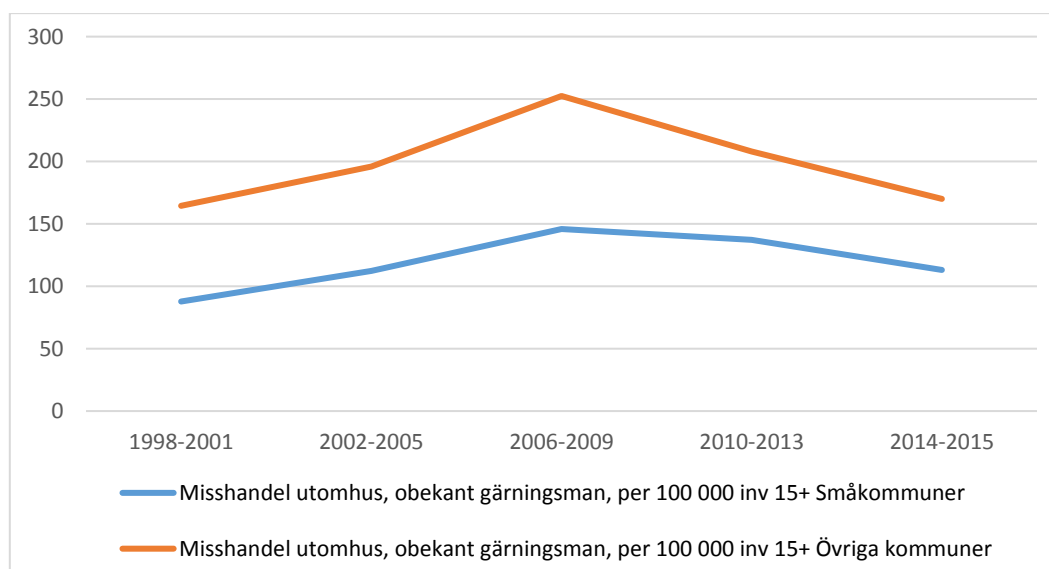
## Alkoholrelaterat våld

Antal polisanmälda fall av misshandel utomhus med obekant gärningsman används ofta som en indikator på alkoholrelaterat våld. Till skillnad från uppgifter om dödsfall och vård baseras denna statistik inte på var personen (offret) är bosatt, utan på var brottet begås. Det är således möjligt att det blir en underskattning för småkommuner i den mån invånare från dessa kommuner besöker nöjeslivet i större kommuner och i samband med detta hamnar i bråk.

Antalet polisanmälda fall av misshandel utomhus med obekant gärningsman är genomgående högre i de befolkningsmässigt största kommunerna och lägre i de minsta kommunerna under hela perioden (figur 6a). Alla kommuner följer dock samma trend med något större nedgång mellan 2006/09 och 2014/15 i övriga kommuner (figur 6b) jämfört med småkommunerna.



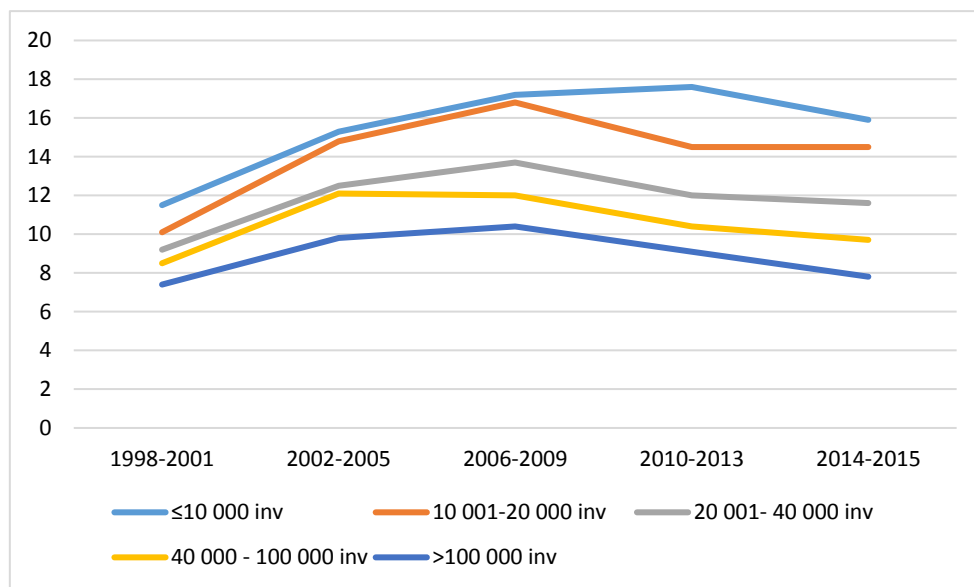
**Figur 6a.** Antal polisanmälda fall av misshandel utomhus med obekant gärningsman. Antal per 100 000 invånare i fem olika kommungrupper basera på befolkningsmängd 2016 ( $\leq 10\ 000$  inv.,  $10\ 001-20\ 000$  inv.,  $20\ 001-40\ 000$  inv.,  $40\ 001-100\ 000$  inv., och  $>100\ 000$  inv.).



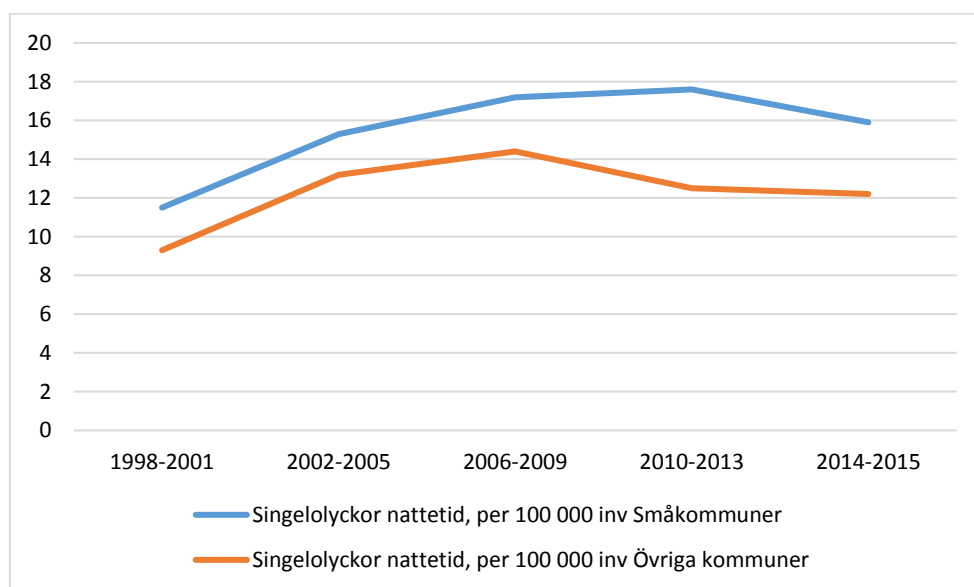
**Figur 6b.** Antal polisanmälda fall av misshandel utomhus med obekant gärningsman. Antal per 100 000 invånare i småkommuner ( $\leq 10\ 000$  invånare) och övriga kommuner.

## Alkoholrelaterade trafikolyckor

Som indikator på alkoholrelaterade trafikolyckor används singelolyckor nattetid vilka är betydligt vanligare i befolkningsmässigt mindre kommuner än större kommuner (Figur 7a). Som framgår av Figur 7b så har skillnaden mellan småkommunerna och övriga kommuner ökat över tid och år 2014–2015 var det ca 30 procent fler singelolyckor nattetid i småkommuner jämfört med i övriga kommuner mot 24 procent fler i början på perioden.



**Figur 7a.** Antal singelolyckor nattetid per 100 000 invånare i fem grupper baserat på kommunens folkmängd 2016 (≤10 000 inv., 10 001–20 000 inv., 20 001–40 000 inv., 40 001–100 000 inv., och >100 000 inv.).



**Figur 7b.** Antal singelolyckor nattetid per 100 000 invånare i småkommuner (≤10 000 invånare) och övriga kommuner.

## **Sammanfattning av alkoholvanor och skador på grund av alkohol**

Vuxna invånare i småkommuner dricker mindre alkohol än i övriga kommuner i Sverige men skillnaden är betydligt mindre idag än vad det var för 10–15 år sen. Andel intensivkonsumenter och riskkonsumenter ligger idag på ungefär samma nivå i småkommunerna som övriga kommuner.

Trots den något lägre eller ungefär samma nivå i alkoholkonsumtionen och risk- och intensivkonsumtion i småkommunerna så har man fler personer som vårdas på sjukhus för alkoholskador, fler alkoholrelaterade dödsfall och betydligt flera alkoholrelaterade trafikolyckor än i övriga kommuner. Ett undantag är polisanmälda fall av misshandel utomhus med obekant gärningsman som är högre i större kommuner. Denna indikator är dock svårtolkad eftersom data baseras på var brottet begås och inte var personen (offret) bor dvs. det kan finnas besökare från småkommuner i statistiken för större kommuner.

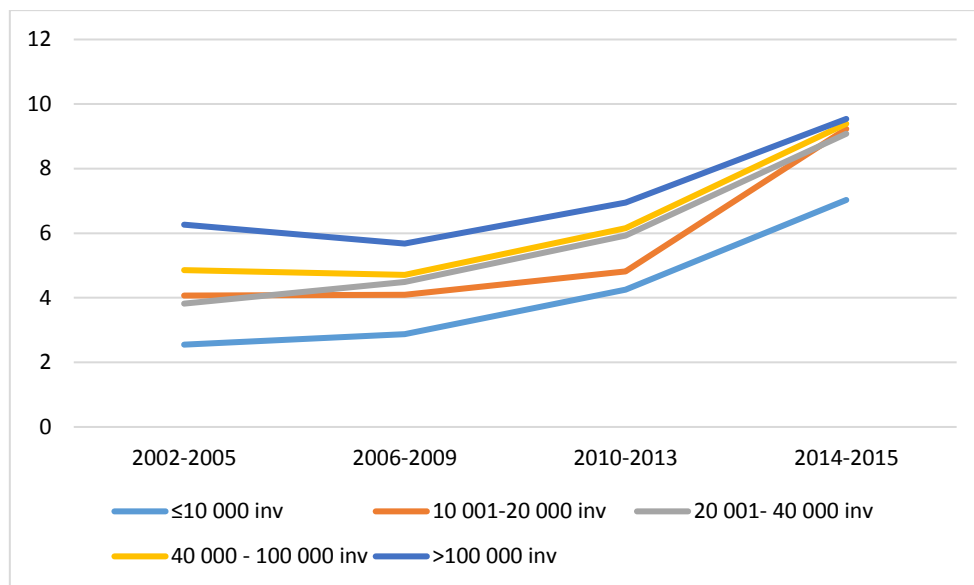
## **3.2 Narkotika**

I följande avsnitt redovisas olika indikatorer på problem och skador som orsakas av narkotikabruk med utgångspunkt skador som fångas in dödsorsaksregistret och slutenvårdsregistret. Vi redovisar skillnader i skadornas omfattning och eventuella skillnader i utveckling under de senaste 10–13 åren. Inga uppgifter kring vuxnas narkotikavanor redovisas då det saknas tillförlitliga data för många kommuner, inte minst småkommuner.

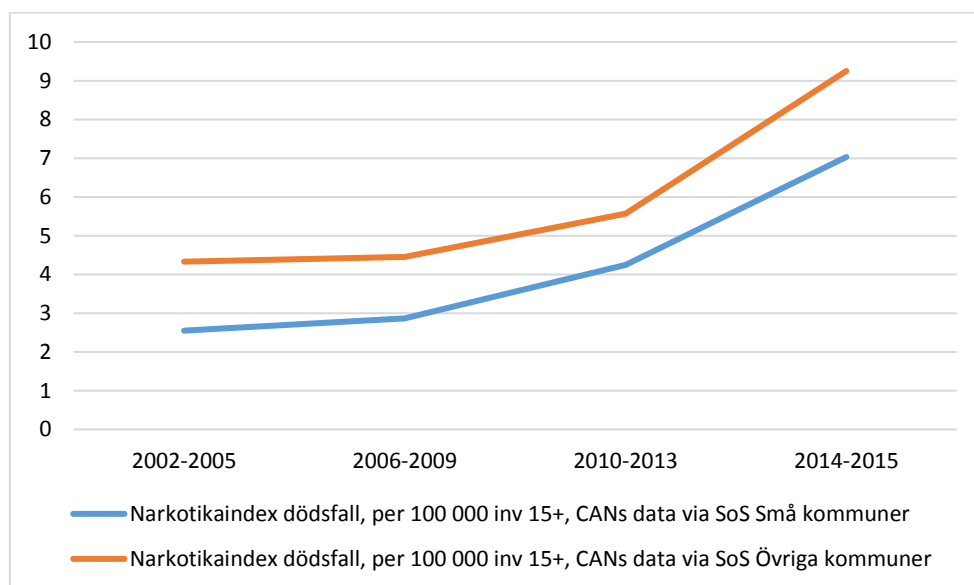
### **Problem och skador på grund av narkotika**

#### **Narkotikarelaterad dödlighet**

Antalet narkotikarelaterade dödsfall per 100 000 invånare 15 år och äldre enligt Socialstyrelsens s.k. narkotikaindex var genomgående lägre i småkommunerna än i övriga kommuner (Figur 8a). Inga större förändringar har skett under studieperioden i detta avseende utan skillnaden har varit relativt stabil (Figur 8b). Mönstret är också att antalet dödsfall ökar med kommunstorlek men att det skett en utjämning under senare år bland övriga kommuner så att skillnaderna under den senaste perioden är i stort sett obefintliga (Figur 8a).



**Figur 8a.** Antal narkotikarelaterade dödsfall per 100 000 invånare 15 år och äldre enligt Socialstyrelsens s.k. narkotikaindex i fem grupper baserat på kommunens befolkningsmängd 2016 (≤10 000 inv., 10 001–20 000 inv., 20 001–40 000 inv., 40 001–100 000 inv., och >100 000 inv.).

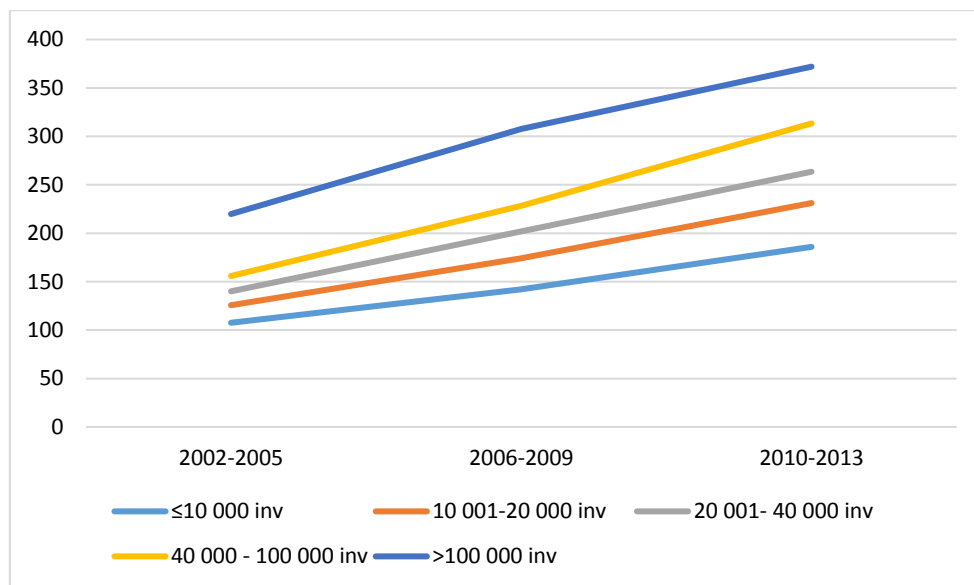


**Figur 8b.** Antal narkotikarelaterade dödsfall per 100 000 invånare 15 år och äldre enligt Socialstyrelsens s.k. narkotikaindex i småkommuner (≤10 000 invånare) och övriga kommuner.

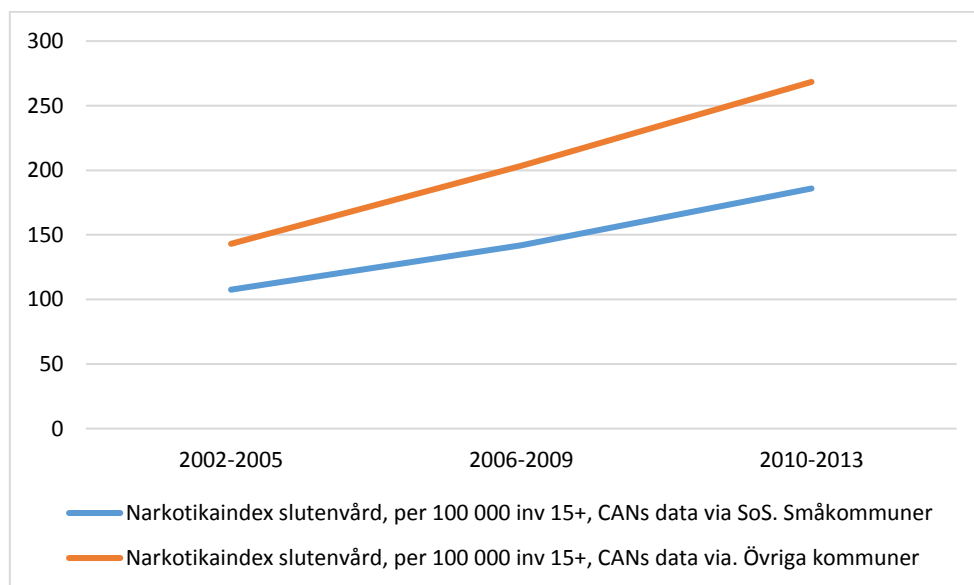
### Narkotikarelaterad slutenvård

Antal patienter som vårdas inom slutenvård med narkotikadiagnos är genomgående lägre i småkommunerna (Figur 9) och antalet vårdade patienter ökar med ökad kommunstorlek. Den narkotikarelaterade slutenvården har ökat i alla kommuner under studieperioden men det finns en tendens till att ökningen är större i övriga kommuner än i småkommunerna (se figur 9b).





**Figur 9a.** Antal personer som vårdas i slutenvård med en narkotikarelaterad diagnos per 100 000 invånare 15 år och äldre enligt Socialstyrelsens s.k. narkotikaindex i fem grupper baserat på kommunens befolkningsmängd 2016 ( $\leq 10\,000$  inv., 10 001–20 000 inv., 20 001–40 000 inv., 40 000–100 000 inv., och  $>100\,000$  inv.).



**Figur 9b.** Antal personer som vårdas i slutenvård med en narkotikarelaterad diagnos per 100 000 invånare 15 år och äldre enligt Socialstyrelsens s.k. narkotikaindex i småkommuner ( $\leq 10\,000$  invånare) och övriga kommuner.

## Sammanfattning av skador på grund av narkotika

Antalet narkotikarelaterade dödsfall är betydligt lägre i småkommunerna än i övriga kommuner under hela studieperioden, dock finns det en tendens att småkommuner har en sämre utveckling. Det är färre som vårdas i slutenvård för narkotikarelaterade diagnoser i småkommuner jämfört med övriga kommuner men här finns en tendens till bättre utveckling i termer av mindre ökning i antal vårdade.

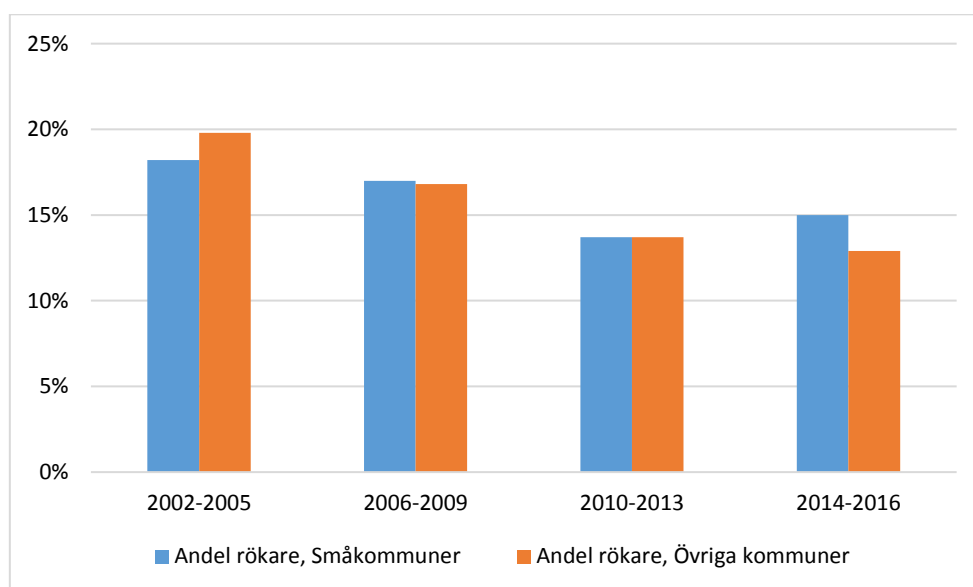
### 3.3 Tobak

I detta avsnitt redovisas uppgifter om hur vanligt det är med rökning i småkommuner jämfört med övriga kommuner samt hur olika indikatorer på problem och skador som kan orsakas av konsumtion av tobak ser ut i de två kommungrupperna. Det handlar om skador som fångas i olika insamlade register t.ex. dödlighet och vård. Vi redovisar även skillnader i konsumtionens och skadors omfattning och eventuella skillnader i utveckling under de senaste 10–15 åren.

#### Tobaksvanor

##### Rökning totalt

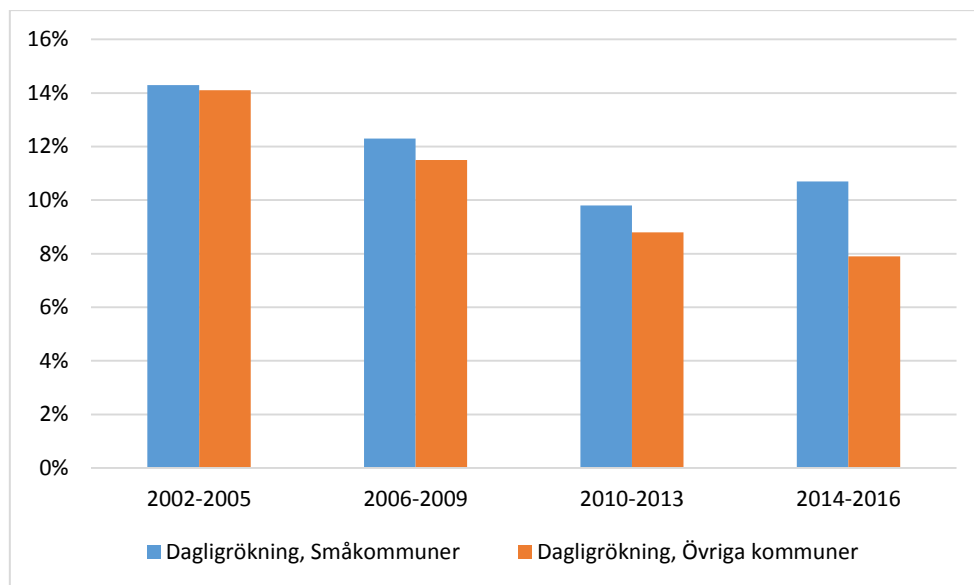
Andelen personer som rökt någon gång under den senaste månaden (antingen dagligen eller sporadiskt) är högre i småkommuner än i övriga kommuner. Dessutom minskar rökningen i hela landet men inte i samma omfattning i småkommuner (figur 10). Detta har fått till följd att andelen rökare idag är högre i småkommuner medan det motsatta gällde i början av perioden.



**Figur 10.** Andel rökare, sporadiska eller dagligrökare, i småkommuner och övriga kommuner. 2002–2016.

##### Dagligrökning

Även för dagligrökning går utvecklingen mot en allt högre prevalens i småkommuner jämfört med i övriga kommuner även om den generella trenden är en minskning i dagligrökning (figur 11). Noterbart är dock att andelen dagligrökare ökar i småkommunerna under den sista perioden jämfört med perioden innan. Andel dagligrökare i småkommunerna är idag högre (närmare 10.7 %) än i övriga kommuner (7.9%) vilket inte var fallet för 10–15 år sen då kommungrupperna låg på ungefär samma nivå.

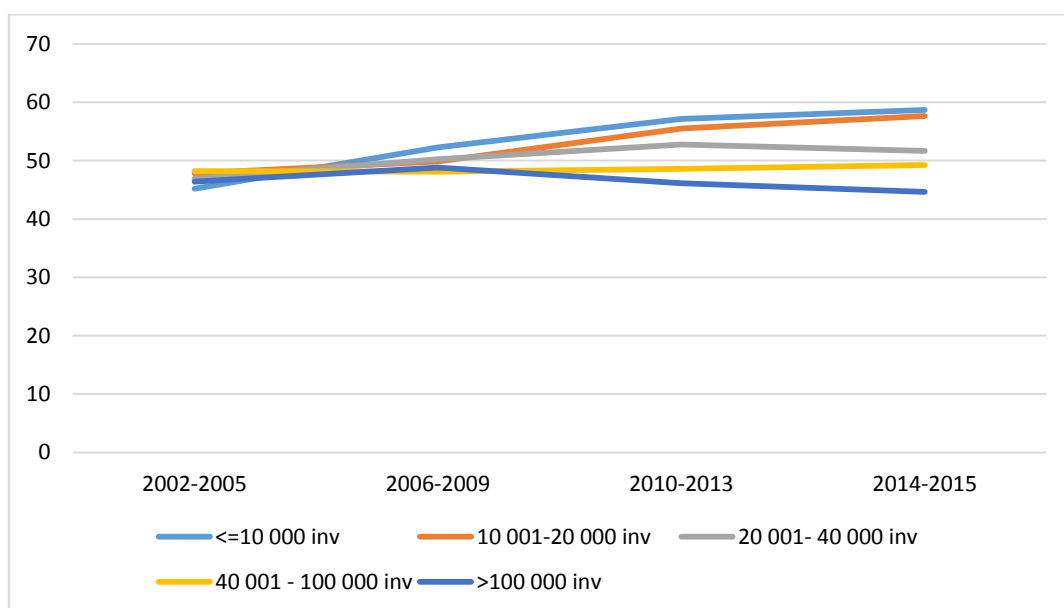


**Figur 11.** Andel daglig rökare, i småkommuner och övriga kommuner. 2002–2016.

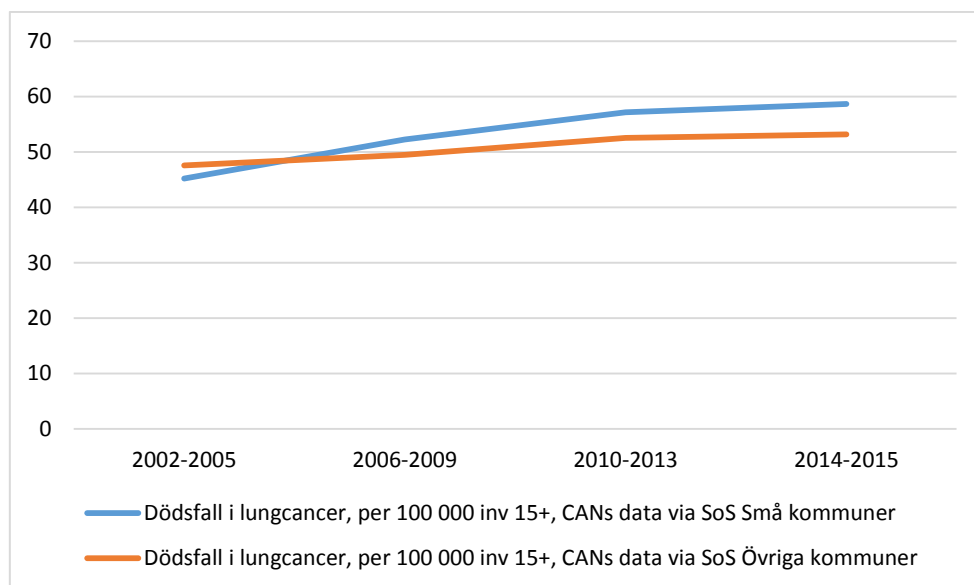
## Problem och skador på grund av rökning

För att belysa skadeutvecklingen av rökning redovisas antal dödsfall i lungcancer respektive KOL per 100 000 invånare 15 år och äldre. Antal dödsfall i lungcancer utmärks av relativt små skillnader mellan de fem olika kommungrupperna under de första två perioderna (figur 12a) men under de senaste två perioderna hamnar dödligheten i lungcancer högst i de mindre kommunerna för att avta med ökande kommunstorlek.

Figur 12b visar småkommunerna jämfört övriga kommuner som en grupp. Som framgår av figuren har skillnaden mellan småkommunerna och övriga kommuner ökat över tid och idag ligger småkommunerna ca 10 procent högre än övriga kommuner.

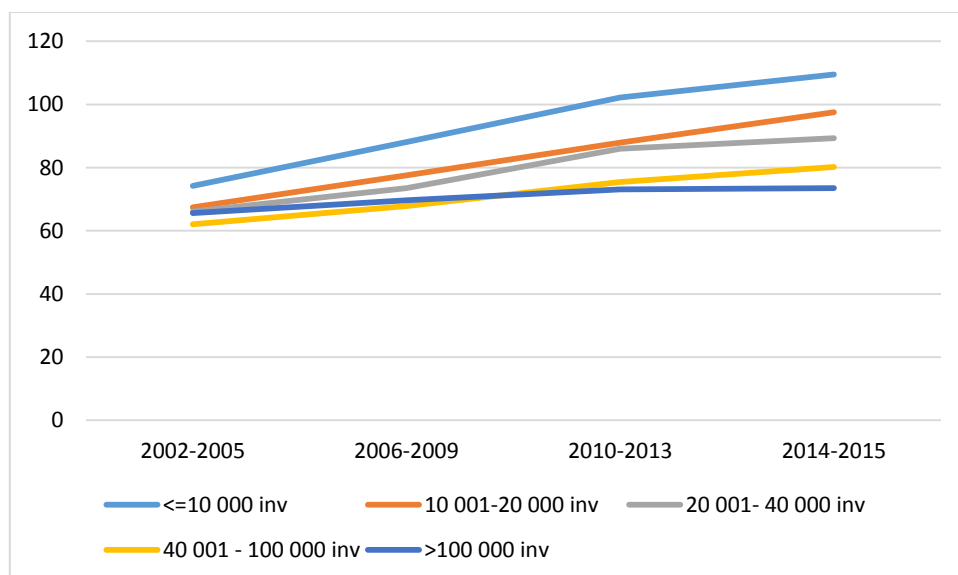


**Figur 12a.** Antal dödsfall i lungcancer per 100 000 invånare 15 år och äldre enligt Socialstyrelsens s.k. narkotikaindex i fem grupper baserat på kommunernas befolkningsmängd 2016 ( $\leq 10\ 000$  inv.,  $10\ 001-20\ 000$  inv.,  $20\ 001-40\ 000$  inv.,  $40\ 001-100\ 000$  inv., och  $>100\ 000$  inv.).

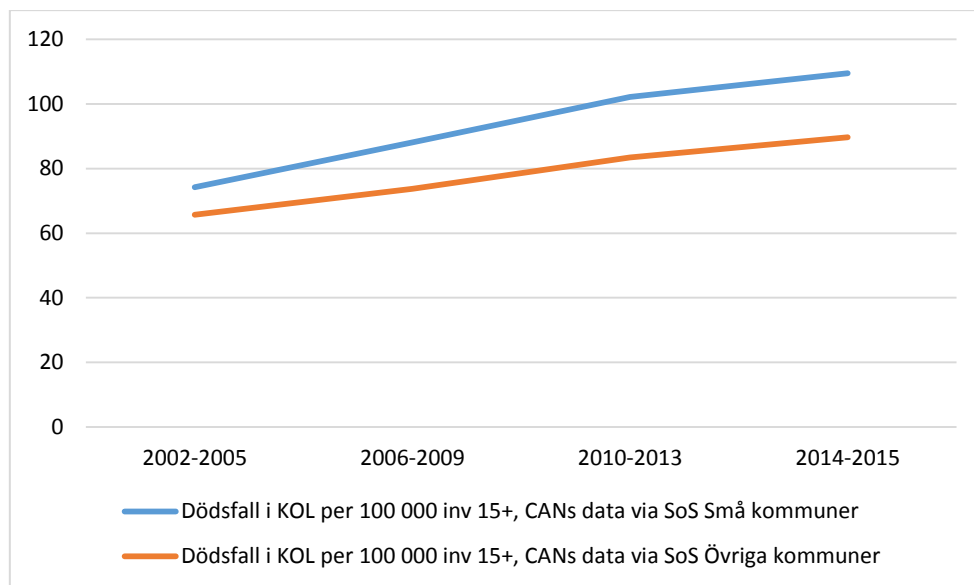


**Figur 12b.** Antal dödsfall i lungcancer per 100 000 invånare 15 år och äldre enligt Socialstyrelsens s.k. narkotikaindex i små kommuner ( $\leq 10\ 000$  invånare) och övriga riket.

Antal dödsfall i KOL per 100 000 invånare har ökat i samtliga kommungrupper under studieperioden (Figur 13a). Dödligheten har varit högst bland småkommunerna under alla fyra perioder och avtar med ökande kommunstorlek. Tendensen är dock att ökningen under studieperioden är något större bland småkommunerna (ca 48 procent) än bland övriga (ca 36 procent) (Figur 13b).



**Figur 13a.** Antal dödsfall i KOL per 100 000 invånare 15 år och äldre enligt Socialstyrelsens s.k. narkotikaindex i fem grupper baserat på kommunernas befolkningmängd 2016 ( $\leq 10\ 000$  inv., 10 001–20 000 inv., 20 001–40 000 inv., 40 001–100 000 inv., och >100 000 inv.).



**Figur 13b.** Antal dödsfall i KOL per 100 000 invånare 15 år och äldre enligt Socialstyrelsens s.k. narkotikaindex i småkommuner (≤10 000 invånare) och övriga kommuner.

### Sammanfattning av rökvanor och skador på grund av rökning

Småkommunerna har idag en högre andel rökare (sporadiska eller dagligrökare) än övriga kommuner, vilket inte var fallet för 10–15 år sen. Skillnaden blir större när man bara tittar på andelen som röker dagligen, vilken är betydligt högre i småkommunerna.

I alla kommuner har antal dödsfall i lungcancer och KOL ökat de senaste 15 åren. Uppgången är dock något större i småkommunerna.

## 3.4 Olika faktorerers betydelse för skillnader i dödlighet och vårdade mellan småkommuner och övriga kommuner

Ett viktigt resultat i denna rapport är att ANT-situationen vad gäller konsumtion och skador ofta är sämre i småkommuner jämfört med i större och dessutom utmärks av en sämre utveckling under de senaste 10-15 åren. För att försöka förstå vad detta beror på presenterar vi i det första avsnittet nedan några analyser om betydelsen av skillnader mellan småkommuner och övriga kommuner med avseende på fyra viktiga socioekonomiska och demografiska variabler som på individnivå visat sig ha betydelse för olika skadenivåer. I avsnitt två inkluderas också kommunernas alkoholpreventionsarbete, enligt preventionsindex, i analyserna.

### Socioekonomi och demografi

De fyra variabler som testas mot dödlighet och sjuklighet är kommunernas grad av arbetslöshet, utbildningsnivå, medelålder och andel med utländsk härkomst.

Att småkommuner avviker från övriga kommuner visades i tabell 1. I detta avsnitt ser vi alltså närmare på om skillnaden mellan små och övriga kommuner med avseende på ANT-

relaterade skador  *kvarstår*  när man tar hänsyn till skillnader i dessa fyra variabler. Överst i tabell 2 visas först effekten av kommunstorlek (småkommuner visavi övriga kommuner) på alkohol- respektive narkotikarelaterade dödsfall och vårdade samt på tobaksrelaterade dödsfall (KOL och/eller lungcancer).

För samtliga utfall, förutom alkoholrelaterad slutenvård, är sambandet statistiskt signifikant för alla fyra perioderna (tre för narkotikarelaterad vård). Positiva samband innebär att småkommunerna har en högre förekomst av problem medan negativa samband innebär att de har en lägre förekomst. Således är den alkoholrelaterade- och tobaksrelaterade dödligheten  *högre*  i småkommunerna än i övriga (större) kommuner medan den narkotikarelaterade vården och dödligheten är  *lägre*  i småkommunerna. Alkoholrelaterad vård har ingen tydlig koppling till kommunstorlek över de fyra perioderna men det finns en tendens till ökade skillnader över tid med  *högre*  antal vårdade i småkommunerna. Narkotika avviker således från alkohol och tobak med en lägre skadenivå i småkommunerna (minustecken) vilket också framkom i figurerna ovan men som här visar sig vara statistiskt säkerställda.

I nästa steg undersöker vi vad som händer då man i modellen inkluderar ovan nämnda socioekonomiska och demografiska variabler (Tabell 2, modell 2). När det gäller alkoholrelaterad dödlighet och vård försvinner de statistiskt säkerställda sambanden (undantaget dödlighet för period 2), och detsamma gäller tobaksrelaterad dödlighet. För narkotika kvarstår dock de statistiskt säkerställda effekterna (lägre nivåer bland småkommunerna).

Genomgående uppvisar  *arbetslöshet*  det starkaste sambandet av de fyra kontrollvariablerna och eftersom denna och övriga variabler (utom utländsk härkomst) uppvisar högre nivåer bland småkommunerna än i övriga kommuner förklarar detta en stor del av skillnaderna mellan småkommuner och övriga kommuner enligt modell 1.

Eftersom småkommuner uppvisar en högre andel arbetslösa, högre genomsnittsålder, högre andel lågutbildade och en större andel med utländsk härkomst och dessa variabler (delvis eller genomgående) uppvisar samband med de studerade utfallen (dödlighet, vårdade) kan detta vara en huvudförklaring till de skillnader mellan små- och övriga kommuner som redovisades ovan. Effekterna av kommunstorlek blir efter kontroll för dessa variabler (småkommuner visavi övriga kommuner) mindre och för alkohol- och tobaksutfallen inte längre statistiskt säkerställda. För narkotika kvarstår skillnaderna vilket alltså innebär att dessa fyra kontrollvariabler  *inte*  kan förklara varför småkommunerna uppvisar lägre antal narkotikarelaterade dödsfall och vårdfall jämfört med större kommuner.

**Tabell 2.** Skattning genom regressionsanalyser av effekt av kommunstorlek på skador utan (modell 1) och med kontroll (modell 2) för andra variabler (andel arbetslösa, andel med låg utbildning, genomsnittsålder och andel med utländsk härkomst per kommun).

	Alkohol		Narkotika		Tobak
	Dödlighet	Vårdade	Dödlighet	Vårdade	Dödlighet i Kol/lung-cancer

**Modell 1:** Kommunstorlek mot dödlighet/skador (bivariata regressionsanalyser)

	Estimat	Estimat	Estimat	Estimat	Estimat
Period 1	3,71 <sup>S</sup>	1,74	-1,79 <sup>S</sup>	-36,94 <sup>S</sup>	6,62 <sup>S</sup>
Period 2	3,47 <sup>S</sup>	14,48	-1,58 <sup>S</sup>	-61,29 <sup>S</sup>	17,18 <sup>S</sup>
Period 3	6,05 <sup>S</sup>	21,68 <sup>(S)</sup>	-1,32 <sup>S</sup>	-82,50 <sup>S</sup>	23,32 <sup>S</sup>
Period 4	4,88 <sup>S</sup>	31,95 <sup>S</sup>	-2,22 <sup>S</sup>	..	22,94 <sup>S</sup>

**Modell 2:** Kommunstorlek mot dödlighet/skador (multivariata regressionsanalyser efter kontroll för socioekonomi/demografi (fyra variabler))

	Estimat	Estimat	Estimat	Estimat	Estimat
Period 1	-3,01	-0,53	-2,18 <sup>S</sup>	-24,36 <sup>S</sup>	-6,13
Period 2	-5,16 <sup>S</sup>	-5,58	-2,39 <sup>S</sup>	-32,81 <sup>S</sup>	1,99
Period 3	-0,19	-7,95	-1,14	-44,90 <sup>S</sup>	0,99
Period 4	-1,09	3,61	-3,73 <sup>*</sup>	..	-7,62

Kontrollvariabler och vilka perioder (P) med signifikanta effekter/skillnader:

Arbetslöshet (%)	P1, P2, P3, P4	P3, P4	P1, P2, P3, P4	P1, P2, P3	P1, P2, P3, P4
Utbildning (andel lågutbildade)	P1, P2, P3, P4		(P4)	P2	P2, P3, P4
Medelålder	P1, P2, P3, P4	(P2), P3, P4		P1, P2, P3	P1, P2, P3, P4
Andel med utländsk härkomst	P1, P2, P3	P2, P3	P1, (P2), P3, P4		

.. = inga data för period 4 för narkotikarelaterad slutenvård

- ES** = icke statistiskt säkerställd effekt(skillnad)
- (s)** = på gränsen till statistiskt säkerställd effekt (skillnad) (P = 0,051-0,10)
- S** = statistiskt säkerställd effekt (skillnad)

Test: variansanalys. Estimat: förändring/skillnad i utfallet (antal dödsfall, vårdade per 100 000 inv 15 år och äldre) mellan småkommuner och övriga kommuner. Ex alkoholdödlighet period 4: Småkommunerna har i genomsnitt 4,88 fler antal dödsfall per 100 000 inv. 15 + jfr med övriga kommuner.

Kontroll-Variabler Alla dessa fyra är indelade i vardera fem jämstora kommungrupper (ca 20% av alla kommuner per grupp). P = Period (P): på gränsen till statistiskt säkerställd effekt/skillnad (P 0,051-0,10)

## Betydelsen av alkoholprevention för skillnader i alkoholrelaterad dödlighet och slutenvård

I en tidigare studie av en särskild nationell satsning på lokalt alkoholförebyggande arbete (LUMA) i ett tjugotal kommuner i Sverige visade det sig att utvecklingen av alkohol-konsumtion och alkoholskador var mer gynnsam i dessa s.k. LUMA-kommuner jämfört med övriga kommuner i Sverige. Slutsatsen blev att förändringarna sannolikt berodde på just de förebyggande insatserna som genomfördes under ett par år.

I en annan pågående studie av det lokala alkoholförebyggande arbetet i flertalet av Sveriges kommuner över tid (2006–2014) tyder också det mesta på att öknings i preventiva insatser (enligt alkoholpreventionsindex) påverkar vissa alkoholrelaterade skadeutfall i gynnsam riktning. Framförallt tycks detta gälla den alkoholrelaterade dödligheten. Eftersom arbetet ännu inte har genomgått en vetenskaplig granskning bör dock resultatet tolkas med försiktighet.

I detta avsnitt bygger vi vidare på tabell 2 ovan genom att också inkludera alkoholpreventionsmättet i de två alkoholskadeutfallen (dödlighet, slutenvård) för att få en indikation på om preventionsarbetet har någon koppling till dessa utfall för respektive period. Det bör påpekas att undersökningsdesignen är svagare än för den nyss nämnda pågående studien, men en viss indikation bör analyserna kunna ge. Som var fallet i föregående avsnitt så studerar vi inte heller här just småkommunerna utan alla kommuner som har data ingår, små som stora (dock inte de tre storstäderna). Att vi valt just alkoholpreventionsindexet i detta fall, och inte hela ANDT-preventionsindexet, beror på att den förra är det mest utvecklade och testade av de två indexen (för Alkoholpreventionsindex, se Nilsson, m.fl., 2015).

Som redovisades ovan (tabell 2) uppvisar kommunstorlek en signifikant effekt (skillnad) avseende den alkoholrelaterade dödligheten för period 2 men inte för perioderna därefter. Alla dessa analyser gäller således efter kontroll för skillnader mellan småkommuner och övriga i andel arbetslösa, andel lågutbildade, medelålder och andel med utländsk härkomst.

Preventionsindex uppvisar en statistisk signifikant effekt för period 4 på den alkoholrelaterade dödligheten vilket tolkas som att kommuner med mycket prevention har lägre alkoholrelaterad dödlighet. Liknande effekt framkommer dock inte period 2 och 3.

När det gäller alkoholrelaterad slutenvård finns ingen signifikant skillnad mellan små och övriga kommuner (efter kontroll för de fyra socioekonomiska och demografiska variablerna) med undantag av period 2. Här är sambandet det motsatta mot ovan dvs. ju högre preventionspoäng desto högre antal slutenvårdade. Hur detta skall tolkas är oklart men kan tyda på att vård data speglar insatser snarare än problem.

Resultaten i tabell 3 är alltså något svårtydbara. Men i ljuset av ovan nämnda studier och det faktum att data över den alkoholrelaterade dödligheten är en bättre indikator på alkoholskador än den slutna sjukhusvården (som exempelvis påverkas av sjukvårdens resurser) gör vi ändå tolkningen att preventionsinsatser på lokalplanet kan minska alkoholskadorna på lokal nivå.

I nästa kapitel ser vi därför närmare på det förebyggande arbetet men här med fokus på småkommunerna jämfört med övriga kommuner.



**Tabell 3.** Skattning av effekt av kommunstorlek och alkoholprevention (enligt alkoholpreventionsindex) med kontroll för andel arbetslöshet, andel med låg utbildning, genomsnittsålder, andel med utländsk härkomst per kommun. (preventionsdata för period 1 finns inte) för tre perioder separat (period 2, 3, 4).

	Alkoholrelaterad dödlighet	Alkoholrelaterad slutenvård
Period 2		
Kommunstorlek	-5,11*	-4,29
Alkoholpreventionsindex	0,05	0,86*
Period 3		
Kommunstorlek	-0,24	-8,85
Alkoholpreventionsindex	0,02	0,09
Period 4		
Kommunstorlek	-1,21	2,81
Alkoholpreventionsindex	-0,15*	0,13

\* Statistiskt säkerställd effekt (samband)

## 4. Förebyggande arbete

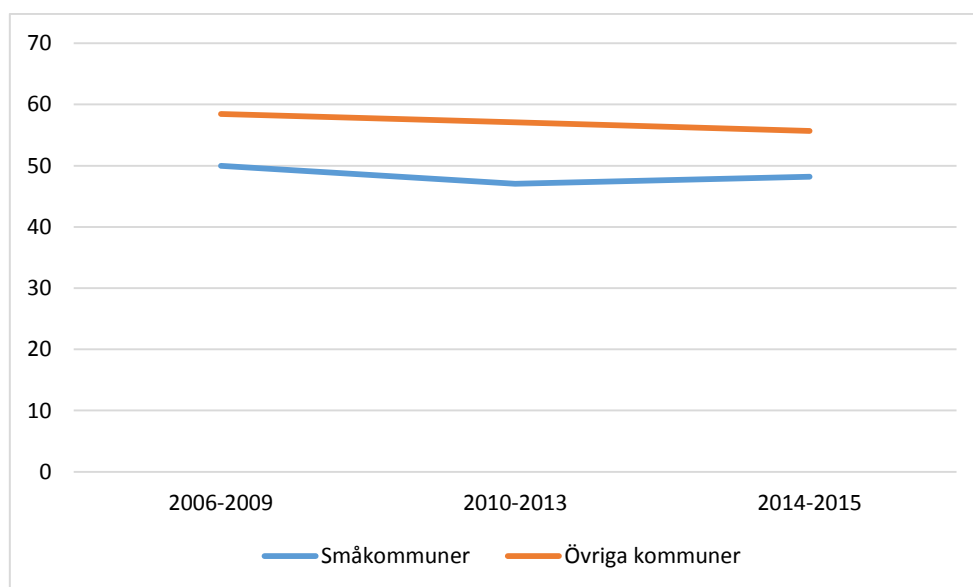
I detta kapitel är den centrala frågan om det finns skillnader i det ANDT-förebyggande arbetet mellan småkommuner och övriga kommuner och om utvecklingen har varit annorlunda mellan de två. Det ANDT-förebyggande arbetet mäts alltså genom Preventionsindex som baseras på uppgifter från Länsrapporten och Alkoholregistret (tidigare Tillståndsregistret).

Totalt sett har vi tillräckligt med information om 234 av Sveriges kommuner (småkommuner: 48 kommuner; övriga riket: 186 kommuner) gällande deras förebyggande arbete. Bortfallet av kommuner blev något större för småkommunerna (ca 36 procent) jämfört med övriga kommuner (ca 14 procent).

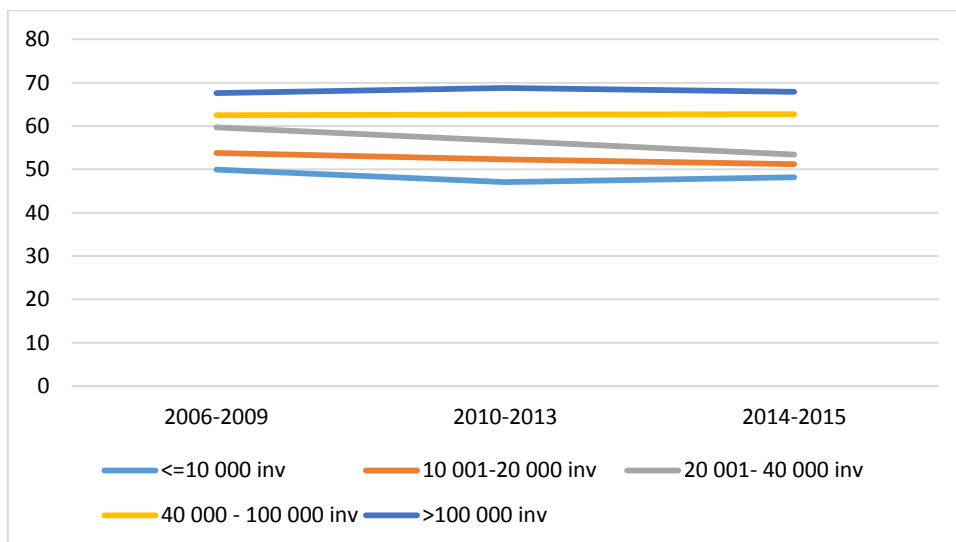
### 4.1 Alkoholförebyggande arbete

#### Total alkoholprevention (hela det alkoholpreventiva indexet)

Sett över hela studieperioden har det alkoholförebyggande arbetet i småkommuner varit mindre omfattande än i övriga kommuner enligt det samlade preventionsindexet som inkluderar följande kategorier av förebyggande arbete: policy, personal och budget, tillstånd och tillsyn, samverkan och aktiviteter (Figur 14). Omfattningen av det förebyggande arbetet följer ett tydligt mönster utifrån kommunens befolkningsstorlek med mer förebyggande arbete ju större befolkning (Figur 15)



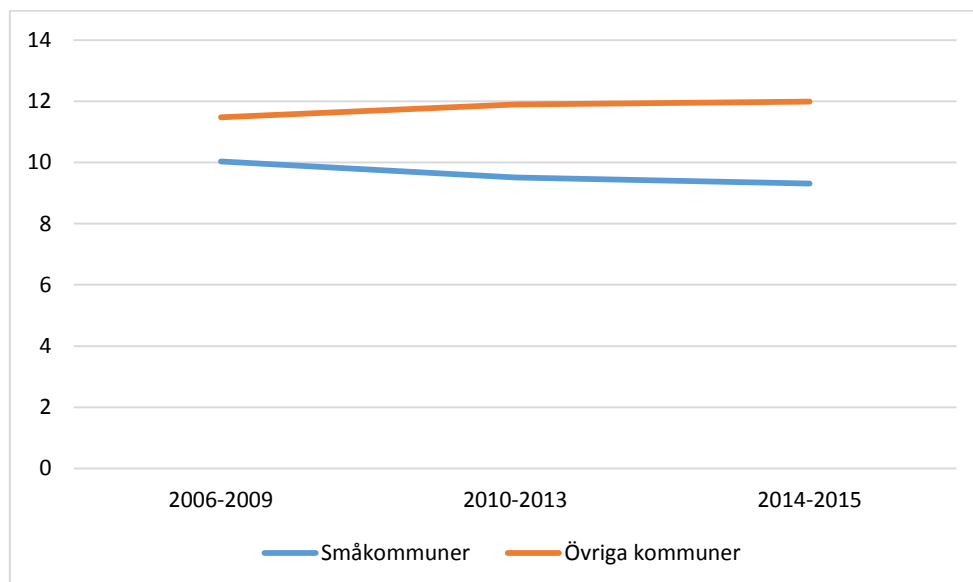
**Figur 14.** Alkoholpreventionsindex-totalt i småkommuner (≤10 000 invånare) och övriga kommuner.



**Figur 15.** Alkoholpreventionsindex-*totalt* i småkommuner ( $\leq 10\ 000$  invånare) och övriga kommuner uppdelat i 4 grupper utifrån befolkningsstorlek.

## Policy

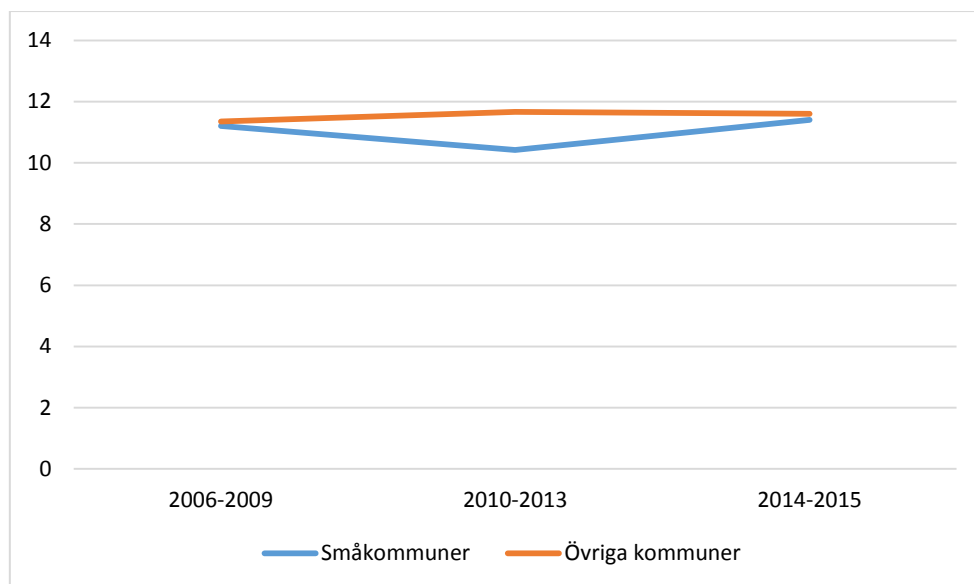
När man tittar på förekomsten av alkoholpolicyer i kommuner framkommer ökande skillnader där småkommuner i allt mindre utsträckning har alkoholpolicyer samtidigt som övriga kommuner har det i allt större utsträckning (Figur 16).



**Figur 16.** Alkoholpreventionsindex-*policy* i småkommuner ( $\leq 10\ 000$  invånare) och övriga kommuner.

## Personal och budget

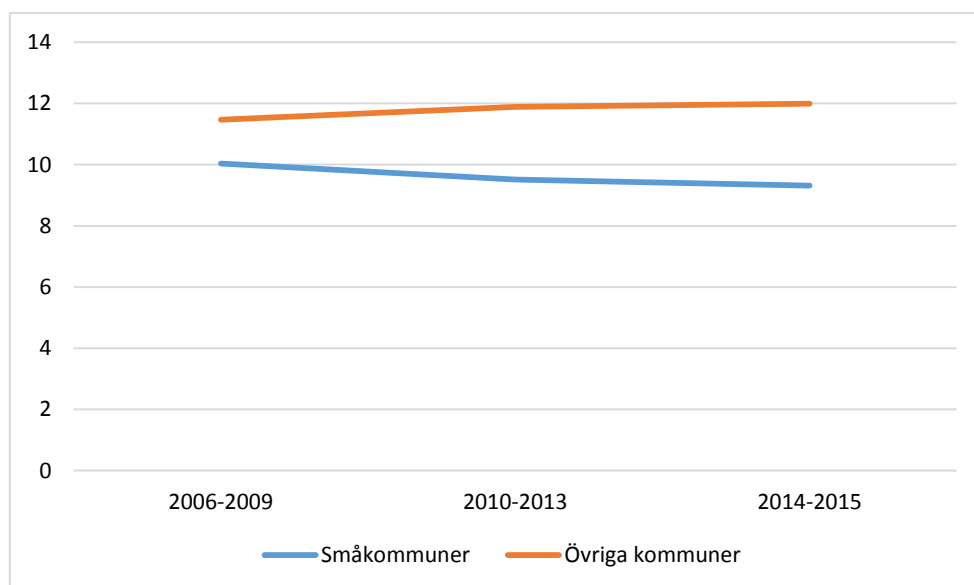
Förebyggande arbete i form av resurser för personal skiljer sig inte nämnvärt mellan små och stora kommuner bortsett från under mittenperioden 2010–2013 då småkommuner tills synes temporärt satsade mindre på personal och budget (Figur 17).



**Figur 17.** Alkoholpreventionsindex-budget i småkommuner ( $\leq 10\ 000$  invånare) och övriga kommuner.

## Tillstånd och tillsyn

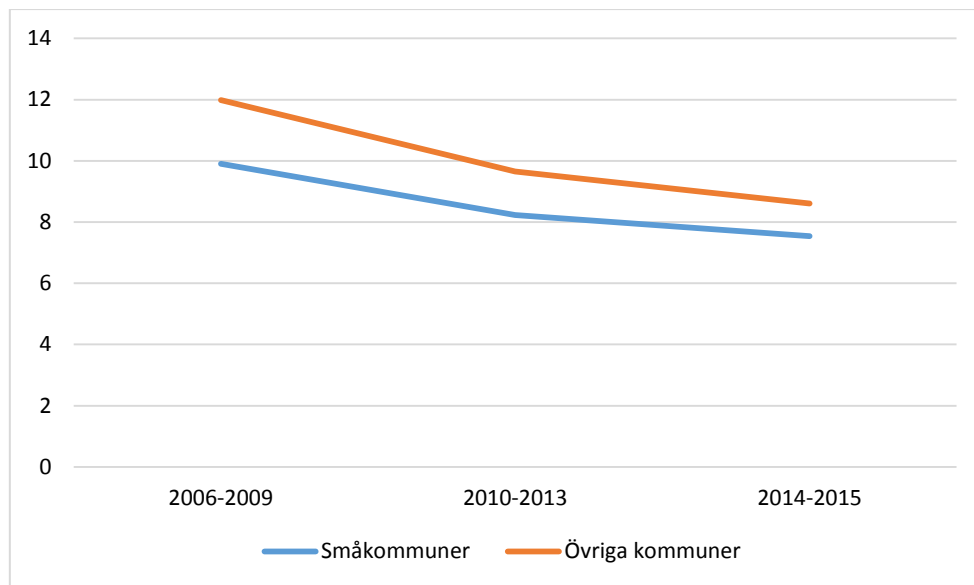
Vad gäller tillstånd och tillsyn har utvecklingen gått mot ökande skillnader där småkommuner i allt mindre utsträckning utövar tillsyn och ger tillstånd samtidigt som större kommuner går i motsats riktning (Figur 18).



**Figur 18.** Alkoholpreventionsindex-tillstånd och tillsyn i småkommuner ( $\leq 10\ 000$  invånare) och övriga kommuner.

## Samverkan

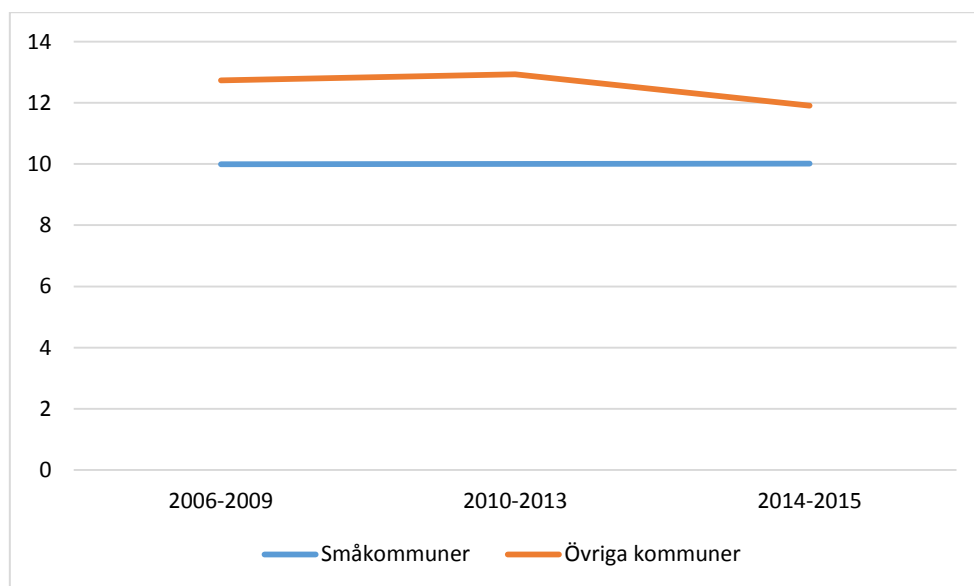
Förebyggande arbete i termer av samverkan är lägre i småkommuner och har minskat i både små och stora kommuner under den studerade perioden (Figur 19).



**Figur 19.** Alkoholpreventionsindex-samverkan i småkommuner ( $\leq 10\ 000$  invånare) och övriga kommuner.

## Aktiviteter

Nivå med avseende på omfattning av aktiviteter har varit i det närmaste konstant i småkommuner och något minskande i stora kommuner (Figur 20).

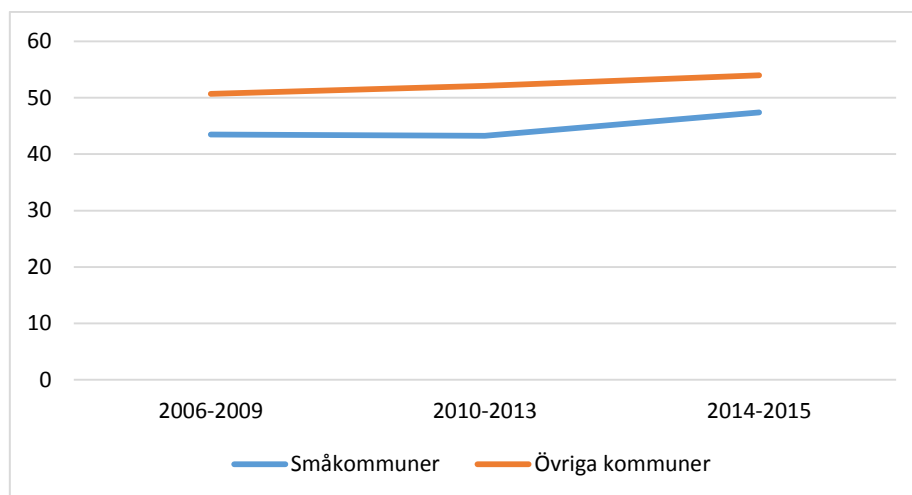


**Figur 20.** Alkoholpreventionsindex-aktiviteter i småkommuner ( $\leq 10\ 000$  invånare) och övriga kommuner.

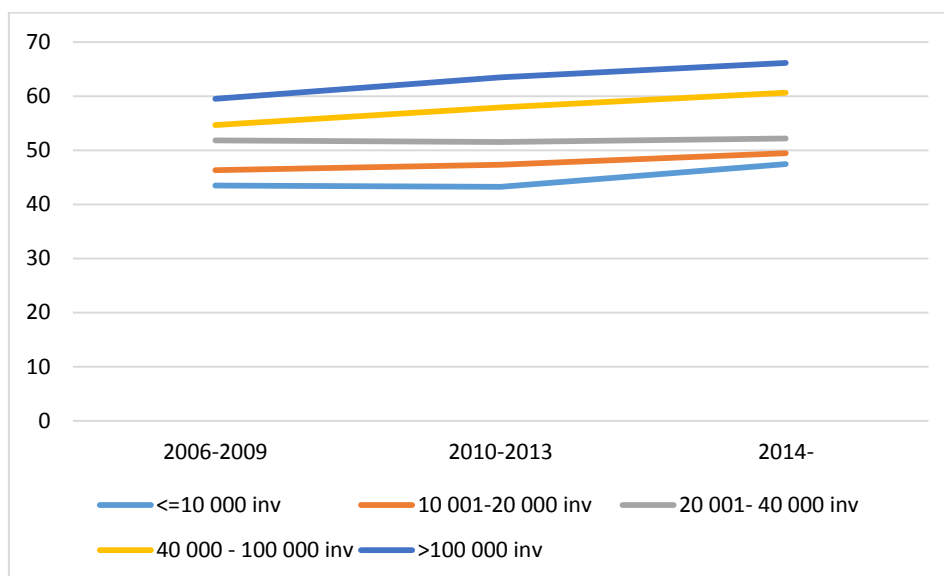
## 4.2 ANDT-förebyggande arbete

### Total ANDT-prevention (hela det ANDT-preventiva indexet)

Under hela studieperioden har det samlade ANDT-förebyggande arbetet i småkommuner varit lägre än i övriga kommuner enligt det preventionsindex som inkluderar följande kategorier av förebyggande arbete: policy, personal och budget, tillstånd och tillsyn samt samverkan (Figur 21). Till skillnad från det alkoholförebyggande arbetet som minskade något har det samlade ANDT förebyggande arbetet ökat i både små och övriga kommuner. Omfattningen av det förebyggande arbetet samvarierar även här med kommunens befolkningsstorlek med mer förebyggande arbete ju större befolkning men med en likartad ökning i samtliga kommungrupper (Figur 22).



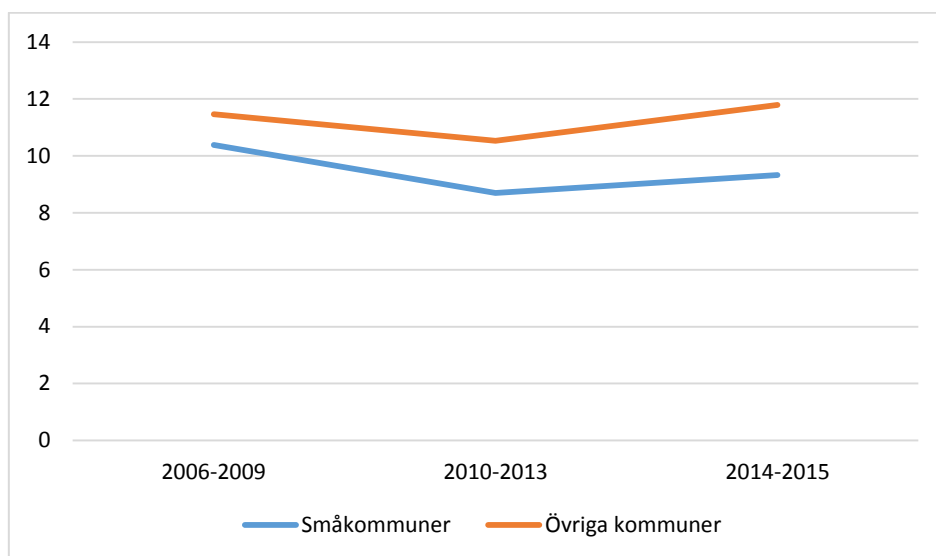
**Figur 21.** ANDT-preventionsindex-totalt i småkommuner (≤10 000 invånare) och övriga kommuner.



**Figur 22.** ANDT-preventionsindex-totalt i småkommuner (≤10 000 invånare) och övriga kommuner uppdelat på befolkningsstorlek.

## Policy

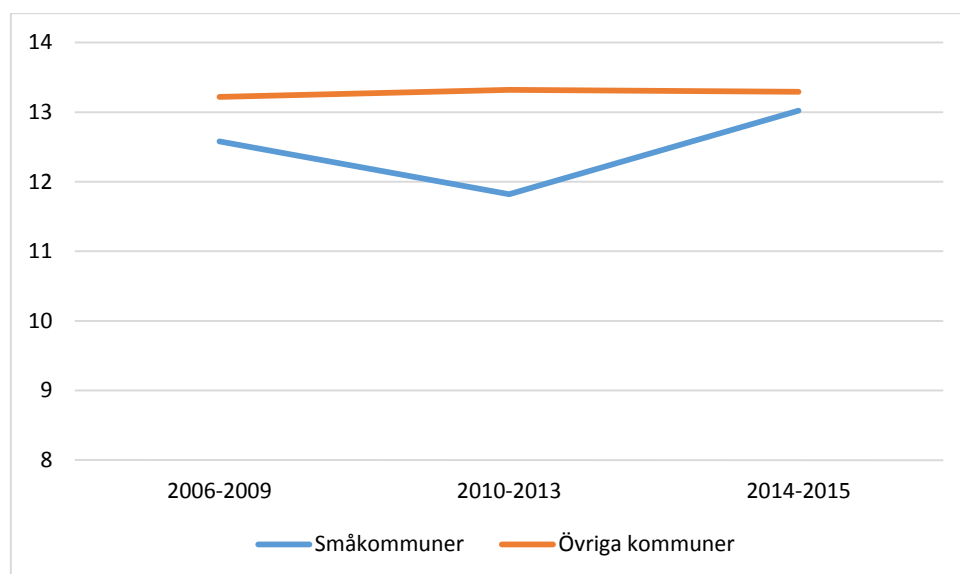
När man tittar på förekomsten av ANDT policyer framkommer ökande skillnader där småkommuner i allt mindre utsträckning har en sådan samtidigt som övriga kommuner har det i något större utsträckning (Figur 23).



**Figur 23.** ANDT-preventionsindex-policy i småkommuner (≤10 000 invånare) och övriga kommuner.

## Personal och budget

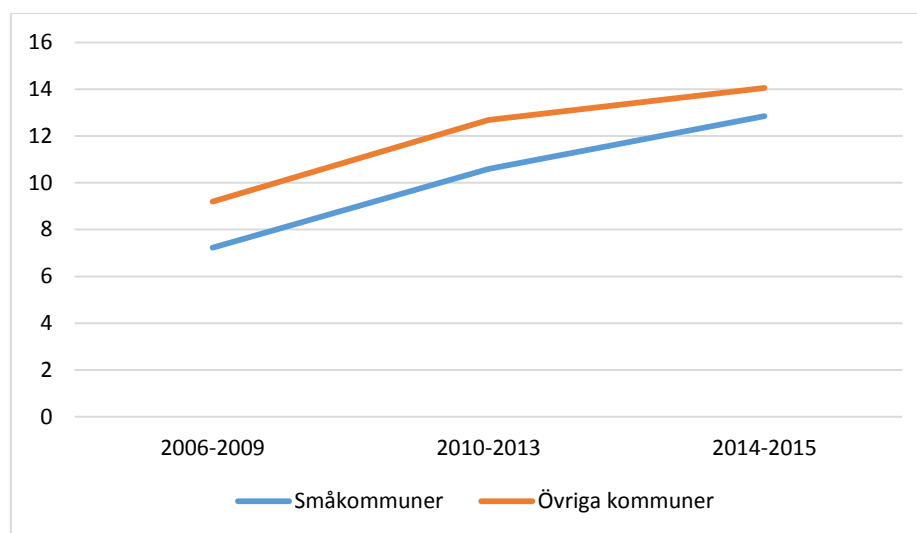
Förebyggande arbete i form av resurser för personal är lägre i små kommuner jämfört med i övriga kommuner men en viss utjämning har ägt rum under den senaste perioden (Figur 24).



**Figur 24.** ANDT-preventionsindex-personal och budget i småkommuner (≤10 000 invånare) och övriga kommuner.

## Tillstånd och tillsyn

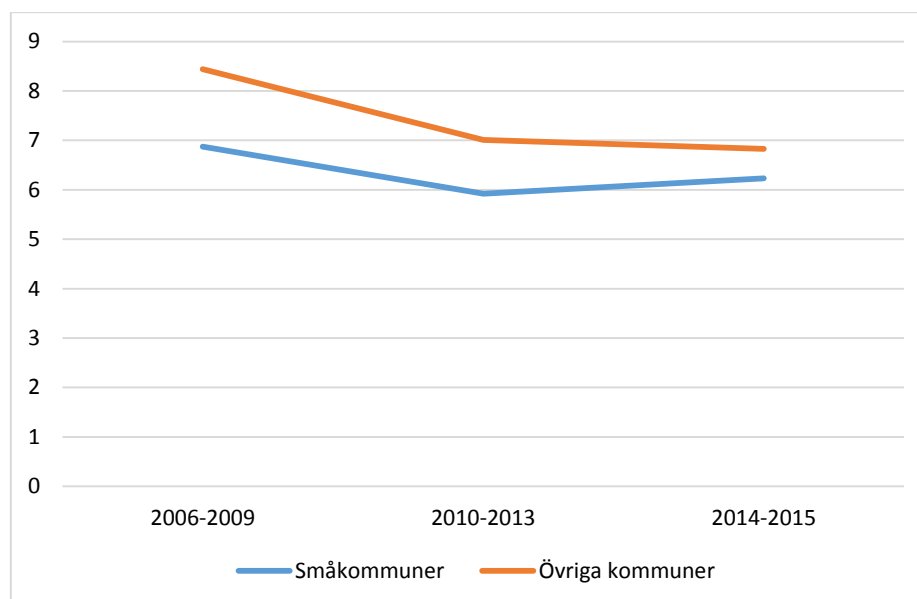
Vad gäller tillsyn (alkohol och tobak) har utvecklingen gått mot ökat preventionsarbete i båda grupperna och där småkommuner närmat sig övriga kommuner i arbetets omfattning (Figur 25).



**Figur 25.** ANDT-preventionsindex-tillsyn i småkommuner ( $\leq 10\ 000$  invånare) och övriga kommuner.

## Samverkan

Förebyggande arbete i termer av samverkan har minskat i både små och övriga kommuner under den studerade perioden men minskat i något mindre utsträckning i småkommunerna (Figur 26).

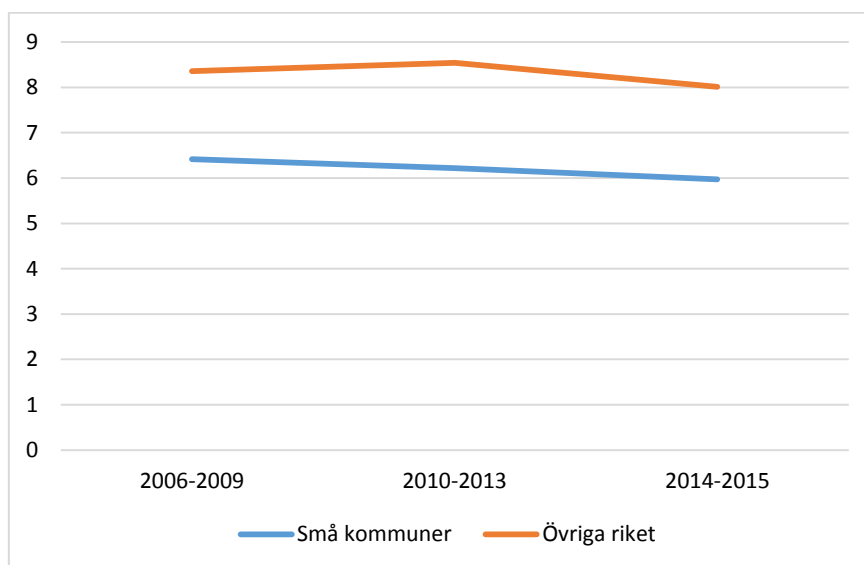


**Figur 26.** ANDT-preventionsindex-samverkan med fokus på alkohol i småkommuner ( $\leq 10\ 000$  invånare) och övriga kommuner.



## Aktiviteter

Nivå med avseende på aktiviteter har minskat i både småkommuner och övriga kommuner men är avsevärt lägre i småkommuner (Figur 27).



**Figur 27.** ANDT-preventionsindex-aktiviteter i småkommuner (≤10 000 invånare) och övriga kommuner.

### 4.3 Goda exempel på det förebyggande arbetet bland småkommuner

Ett viktigt syfte med att ta fram lokala uppgifter om ANT-prevention och ANT-relaterade skador är att försöka identifiera kommuner där det förebyggande arbetet fungerar väl. Om sådana "goda exempel" på lokalt förebyggande arbete kan identifieras möjliggörs också att arbetssättet kan spridas till andra kommuner och att det förebyggande arbetet därmed kan utvecklas och förbättras i övriga kommuner och därmed även på nationell nivå.

Frågan om hur man ska kunna identifiera ett väl fungerande förebyggande arbete är dock inte helt lätt att besvara och man kan tänka sig flera definitioner:

- *Kommunen bedriver helt enkelt ett omfattande preventionsarbete.* Här utgår man ifrån att allt förebyggande arbete är positivt och att kommuner med högst poäng på preventionsindex också har det mest fungerande preventionsarbetet. En nackdel är att det bygger på just ett antagande om att det lokala sammantagna preventionsarbetet som mäts enligt Preventionsindex är effektivt i att motverka problematisk konsumtion och skador. Detta är, som nämndes ovan, inte helt klarlagt, även om mycket tyder på att så är fallet.
- *Kommunen har en positiv utveckling med avseende på ANT-skador.* Här utgår man ifrån att kommuner med den mest positiva skadeutvecklingen också har bedrivit det mest fungerande och effektiva preventionsarbetet. En begränsning här är att skadeutvecklingen styrs av mycket annat än det lokalt förebyggande arbetet såsom nationella ANT-politiska åtgärder och andra samhällsförändringar (som t.ex. den aktuella utvecklingen av ungdomars ANT-användning illustrerar).

- *Kommunen har en positiv utveckling med avseende på både ANT-förebyggande arbete och ANT-skador.* Detta bygger på antagandet att det lokala förebyggande arbetet har en betydande effekt på skadeutvecklingen och att en positiv utveckling för båda indikerar att det förebyggande arbetet är effektivt. En nackdel även här är att skadeutvecklingen styrs av mycket annat än det lokala förebyggande arbetet. Det kan också vara så att vissa kommuner satsar mycket på förebyggande arbete just för att problemen ökar och därmed, lite orättvist, framstår som ”sämre exempel” med denna definition.

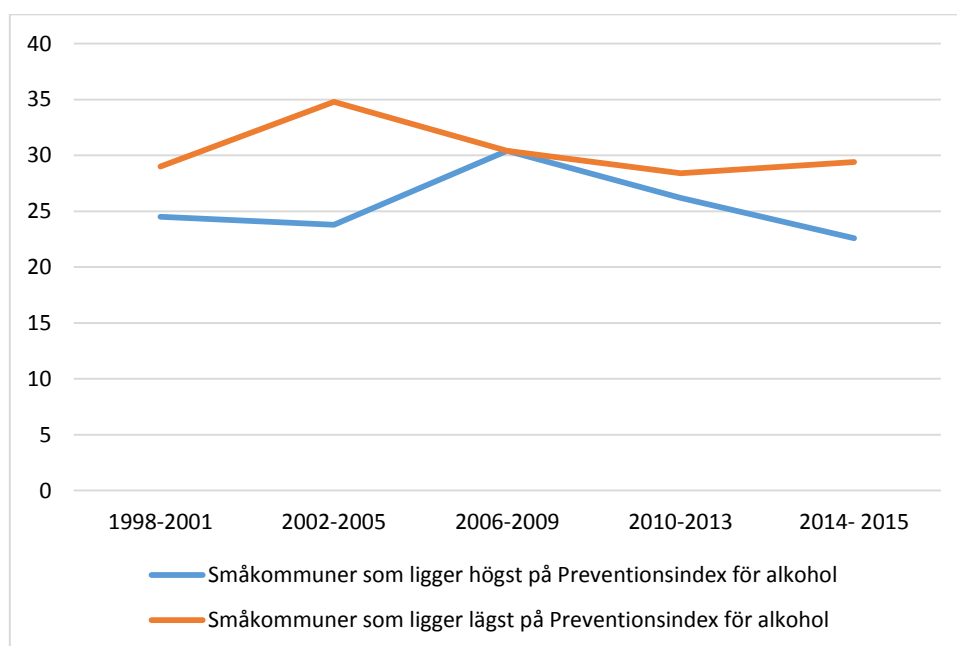
Med dessa reservationer i åtanke har vi ändå försökt identifiera några goda exempel på lokalt förebyggande arbete genom att jämföra de 10 småkommuner som ligger högst på alkoholpreventionsindex med de 10 småkommuner som ligger lägst på samma index 2010–2015. På så sätt får man en bild av om de småkommuner som satsar mycket har en bättre utveckling och på så sätt skulle kunna bedömas vara goda exempel.

## Alkoholpreventionsindex

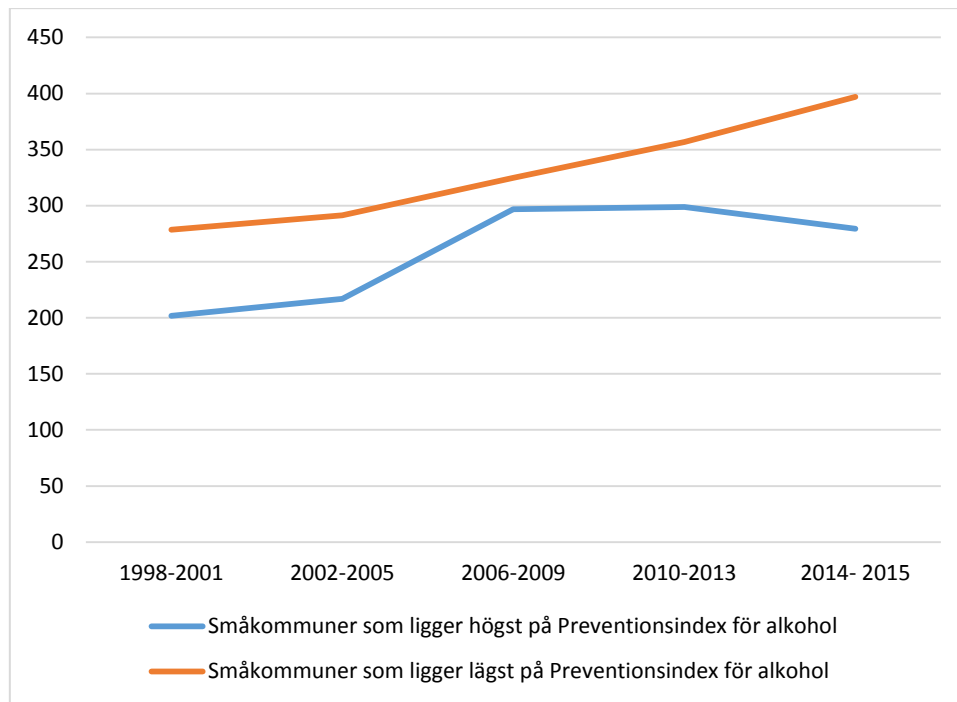
I figur 28 presenteras utvecklingen av alkoholrelaterad dödlighet i dessa två grupper av småkommuner. Utvecklingen är relativt likartad med en relativt sett stabil nivå men gruppen med mest prevention har genomgående färre alkoholrelaterade dödsfall bortsett från 2006–2009.

Motsvarande jämförelse med avseende på alkoholrelaterad sjuklighet presenteras i figur 29. Även här har småkommuner som satsar mer på prevention en lägre nivå på problemen och därtill en mer positiv utveckling.

Dessa analyser pekar alltså mot att kommuner som satsar mycket på prevention får mindre skador och närmare analyser av andra skillnader blir därmed intressant att göra för att isolera effekten av just det preventiva arbetet. Detta ligger i linje med vad som redovisas ovan i anslutning till tabell 2 (se sid. 29). Men här har vi alltså valt att begränsa analyser till småkommuner och endast de med höga respektive låga preventionspoäng.



**Figur 28.** Alkoholrelaterad dödlighet i de 10 småkommuner som ligger högst respektive lägst på preventionsindex gällande alkohol.



**Figur 29.** Alkoholrelaterad sjuklighet i de 10 småkommuner som ligger högst respektive lägst på preventionsindex gällande alkohol.

## ANDT-preventionsindex

Vi har också på ungefär motsvarande sätt gjort liknande analyser på basis av ANDT-preventionsindex men där ställt detta också mot narkotika- och tobaksskador. I tabell 4 nedan redovisas de 10 småkommuner med högst respektive lägst poäng på ANDT-preventionsindex i medeltal för perioderna 2–4 (alltså från 2006–2015). Dessa 10 toppkommuner kan betraktas som kommuner med stabila höga och för flertalet t.o.m. ökande nivåer under perioden. Hur det ser ut under de senaste åren efter 2015 vet vi dock inte.

Följande 10 småkommuner uppvisar de högsta poängen i medeltal under perioden 2–4 (period 2: 2006–09; period 3: 2010–2013; period 4: 2014–15) i stigande ordning: Överkalix (nr 10), Grums, Valdemarsvik, Herrljunga, Munkfors, Markaryd, Årjäng, Degerfors, Älvdalen och med allra högst poäng Norsjö. Tre av kommunerna ligger i Värmland, övriga sju representerar sju olika län. Vi väljer att inte namnge de 10 kommuner med lägst poäng men tre av dem återfinns i Kalmar län, två i Norrbotten, två i Västerbotten och övriga tre i tre olika län.

**Tabell 4.** Nivåer (per 100 000 inv. 15+) och förändring period 2-4 (2006–2015) i olika ANT-relaterade skadeutfall för de 10 kommuner med högst respektive lägst preventionspoäng i medeltal för perioderna 2–4.

Olika utfall	10 kommunerna med högst poäng på preventionsindex-ANDT under period 2-4 (m=58,1 poäng). Per 100 000 inv. 15+	10 kommunerna med lägst poäng på preventionsindex-ANDT under period 2-4 (m=58,1 poäng). Per 100 000 inv. 15+	Relativ skillnad mellan de 10 kommuner med högst resp. lägst poäng
Alkoholrelaterad dödlighet, medelvärde period 2-4	28,2	37,5	1,33
Förändring alkoholrelaterad dödlighet period 2-4	-8,2	+ 6,4	
Alkoholrelaterad vård medelvärde, period 2-4	310,9	379,2	1,22
Förändring alkoholrelaterad vård period 2-4	+ 12,5	+ 101,6	
Narkotikarelaterad dödlighet, medelvärde period 2-4	0,4	0,2	0,62
Förändring narkotikarelaterad dödlighet period 2-4	+ 0,4	+ 0,3	
Narkotikarelaterad slutenvård, medelvärde period 2-4	141,6	156,4	1,10
Förändring narkotikarelaterad slutenvård period 2-4	+ 59,3	-+ 52,7	
Tobaksrelaterad dödlighet, medelvärde period 2-4	145,7	167,7	1,15
Förändring tobaksrelaterad dödlighet period 2-4	+ 16,8	+ 20,5	
Förändring ANDT-preventionsindex period 2-4	+ 6,4	+ 1,5	

Medelvärden = per 100 000 inv. 15+ i medeltal per år 2006-2015.

Förändring = skillnad per 100 000 inv. 15+ period 2–4: + = ökning, - = minskning.

Relativ skillnad: kvoten mellan nivåerna för de två grupperna: > 100 = högre nivå bland 10 kommunerna med lägst ANDT-preventionsindex; < 100 = lägre nivå bland de 10 kommunerna med högst ANDT-preventionsindex.

För samtliga utfallsmått för alkohol och tobak, alltså för såväl slutenvård som dödlighet, är nivåerna och förändringarna mellan period 2–4, klart mindre gynnsamma för de 10 kommunerna med lägst ANDT-preventionspoäng. Som ett exempel är den alkoholrelaterade dödligheten 33 % högre i denna grupp (1,33) och den alkoholrelaterade dödligheten ökar i denna grupp jämfört med en minskning i de 10 toppkommunerna (+ 6,4 jfr med – 8,2 per 100 000 inv. 15+).

När det gäller narkotika är skillnaderna mellan grupperna små och dessutom rör det sig om små tal när det gäller narkotikarelaterad dödlighet. Antal narkotikarelaterade slutenvårdspatienter är något högre i de 10 kommuner med lägst preventionspoäng medan förändringen är något mindre gynnsam för de 10 kommuner med högst preventionspoäng. I sista raden i tabell 4 framgår också att förändringen i preventionsindex från period 2 till period 4 är mer gynnsam bland de 10 kommunerna med högst preventionspoäng.

Den sammantaget mer gynnsamma bilden bland dessa 10 kommuner med högst ANDT-preventionspoäng innebär inte nödvändigtvis att det är just preventionsinsatserna som är avgörande för skillnaderna. Kommunerna kan ju avvika i många andra avseenden som är av stor betydelse för nivåer och förändringar. Men det faktum att det är så pass systematiska mönster kan ändå indikera att preventionsarbetet har haft betydelse för skillnaderna mellan kommungrupperna.

I detta avsnitt är dock huvudsyftet att se närmare på vad som kännetecknar småkommuner med höga och stabila ANDT-preventionspoäng. Vi börjar med att åter kontrastera dessa 10 kommuner mot de 10 kommuner som har lägst poäng under samma tidsperiod.

Preventionsindex-ANDT (och alkohol) består alltså av fem olika kategorier. I ett första steg vill vi se om skillnaderna mellan de två grupperna framkommer i alla fem eller mer tydligt i någon eller några av dessa kategorier. Hur det ser ut redovisas i tabell 5. De 10 toppkommunerna har högre poäng i alla fem kategorier och skillnaderna i absoluta tal är som störst i samverkan, aktiviteter samt personal och budget. I relativa tal är skillnaderna som störst mellan grupperna i samverkan (3,8 ggr högre) och aktivitetskategorin (3,2 ggr högre). Sedan tidigare vet vi också att det finns ett starkt samband mellan de olika kategorierna med undantag av tillsynsdelen (Nilsson, m.fl., 2015). Övriga småkommuner uppvisar poäng som ligger ungefär mittemellan dessa två grupper med höga respektive låga preventionspoäng (se tabell 5).

Respektive kategoris bidrag till totalpoängen skiljer sig också åt mellan de två småkommungrupperna med höga respektive låga poäng. Tillsynskategoriens bidrag är högre i de 10 lägsta kommuner men för alla övriga kategorier är andelarna högre i de 10 kommunerna med högst totalpoäng. En ytterligare markant skillnad är att toppkommunerna har en betydligt högre poäng i personal och budget än de 10 lägsta kommunerna (16,2 visavi 5,5).

Det bör också nämnas att poängen för de 10 kommunerna med högst poäng också ligger högt jämfört med alla Sveriges övriga kommuner oberoende av befolkningsstorlek.

**Tabell 5.** ANDT-preventionspoäng per kategori för de 10 med högst respektive lägst poäng totalt i medeltal för perioderna 2–4 (2006–2015).

	10 högsta, medeltal	10 lägsta, medeltal	Övriga små-kommuner, medeltal (n=55)	10 högsta: respektive kategoris bidrag till totalpoängen	10 lägsta: respektive kategoris bidrag till totalpoängen	Skillnad mellan högsta 10 och lägsta 10	
						I absoluta tal (poäng)	Relativ skillnad (kvot högsta/lägsta)
Policy	12,5	4,9	9,1	22 %	21 %	7,6	2,6
Personal och budget	16,2	5,5	11,5	28 %	24 %	10,6	2,9
Tillsyn (endast alkohol)	10,7	7,5	10,2	19 %	32 %	3,2	1,4
Samverkan	9,4	2,5	5,7	16 %	11 %	6,9	3,8
Aktiviteter	8,9	2,8	5,8	15 %	12 %	6,1	3,2

En viktig fråga är hur dessa småkommuner lyckats upprätthålla så pass höga preventionsnivåer för olika kategorier under så många år. För att få svar på det så har vi samtalat med representanter (drogsamordnare eller liknande) för de fyra kommuner med allra högst poäng (Norsjö: Mari-Louise Skoog; avdelningschef kultur och folkhälsa men också samordnare; Degerfors: Cecilia Ljung, folkhälsosamordnare och Birgitta Spens samordnare och numera på CAN; Årjäng alkoholhandläggaren och Älvdalens folkhälsosamordnare Lina Håmåås). Förutom samtal med kommunrepresentanter har vi också läst på kommunernas hemsidor om det ANDT-förebyggande arbetet både hur det organiseras och vad som bedrivs.

Det är påtagligt bland de svarande från framförallt Norsjö och Degerfors (om Årjäng och Älvdalen se nedan) och i dokument från dessa två kommuner att en viktig framgångsfaktor är den gemensamma samsynen som man har i problembilden och hur man bör ta sig an problemen. Detta beror i sin tur på en mycket god samverkan mellan olika aktörer i lokalsamhället. Målbilden är generellt tydlig för de flesta – från politiker till tjänstemän och mellan förvaltningar. Arbetet har skett gradvis genom en uppbyggnad av en god struktur, både när det gäller hur arbetet skall organiseras i nämnder, i arbetsgrupper och i nätverk och liknande och när det gäller program/policys, handlingsplaner/genomförandeplaner och även i kartläggningar och uppföljningar.

Samordnaren (eller motsvarande) har också haft en viktig samlande funktion, trots att frågan är förankrad brett bland de olika aktörerna i kommunen. Man har också varit delaktiga i särskilda utvecklingsarbeten och fått stöd från regional nivå.

Om man ska välja ut ett begrepp som bäst sammanfattar den allra viktigaste ingrediensen för dessa kommuners lyckade arbete så måste svaret bli *samverkan*. Policydokument, målbilder, uppföljningar m.m. blir inte mycket mer än fina ord om det inte finns en i grunden god samverkan som gör det möjligt att också gå från idé till konkret handling.

## **Norsjö kommun**

Det kanske allra bästa exemplet på småkommun med ett strukturerat långsiktigt förebyggande ANDT-arbete är Norsjö. Om Norsjö, som är en av Sveriges allra minsta kommuner befolkningsmässigt, lyckas upprätthålla ett sådant välutvecklat förebyggande arbete då kan flertalet kommuner i Sverige göra det. Det tycks gå att få saker och ting gjorda med ganska små medel.

Genom en god struktur i organisationen, i program och genomförandeplaner samt i mandat finns idag i Norsjö en hög grad av samsyn i frågorna.

På frågan om vad som är allra viktigast att börja med i en småkommun som inte kommit så långt i sitt förebyggande arbete svarar samordnaren i kommunen (avdelningschefen kultur och folkhälsa) att man bör börja arbeta utifrån skyddsfaktorer, som exempelvis policy-handlingsplaner kring ANDT i skolan, fritidsgård, föreningar och andra barn- och ungdomsverksamheter.

På frågan om det var en särskild händelse eller gradvis process som lett till den positiva utvecklingen i det förebyggande arbetet svarade samma person att, förutom att man gjorde ett omtag inom folkhälsoarbetet kring 2002, så växlade man upp kring ANDT vid 2005 eftersom man då hade stora problem kring ungdomsdrickande och tobaksanvändande bland högstadie- och gymnasieelever. Initiativet kom från samordnaren och processen påbörjades med policyarbete och därefter har arbetet fortskridit.

I kommunen ligger ANDT-frågorna direkt under kommunstyrelsen vilket också underlättar när det gäller politiskt stöd och mandat. Även om detta är en bidragande faktor till Norsjös positiva utveckling kan det inte ses som en nödvändig struktur. Det finns goda exempel på kommuner med långsiktigt hållbart förebyggande arbete där så inte är fallet. Ett sådant exempel är Degerfors.

## **Degerfors kommun**

I Degerfors kommun är ANDT ett av fyra prioriterade områden i det övergripande folkhälsoarbetet för att nå en god, jämlik och jämställd hälsa. Folkhälsofrågor inklusive ANDT-området samordnas av den kommungemensamma folkhälsonämnden med förvaltning i både Karlskoga och Degerfors kommuner. Även i andra avseenden bygger det förebyggande arbetet på samverkan: med andra verksamheter och organisationer såväl inom kommunen men också med den regionala och nationella nivån.

Det långsiktiga arbetet påbörjades i början av 2000-talet. Då anställdes även en drog-samordnare som tog fram styrdokument och utvecklade en struktur för det förebyggande och främjande ANDT-arbetet. Detta styrdokument övergick så småningom till en del i kommunens folkhälsopolitiska policy och folkhälsopolitiska program. Styrdokumentet är beslutade av kommunfullmäktige i Degerfors. I kommunens Mål och Budget specificeras sedan vad kommunens verksamheter ska uppnå (mål och resultat) i syfte att nå respektive övergripande mål och visioner samt vilka ekonomiska resurser som finns till verksamheternas förfogande. Målgrupp för kommunens folkhälsoarbete är kommunens samtliga invånare, barn och unga är extra prioriterad målgrupp. En förutsättning för det långsiktiga ANDT- och folkhälsoarbetet i kommunen är samverkan med Region Örebro län utifrån "Överenskommelse om samverkan för god, jämlik och jämställd hälsa i Örebro län 2018–2023. Denna samverkansform har funnits sedan 2003.

Lokala ANDT-prioriteringar har funnits genom åren, men under 2018 har insatserna för att stärka det förebyggande arbetet kring alkohol, narkotika, dopning och tobak utvecklats, processats och förtydligats i en lokal ANDT-strategi som har en tydlig koppling till regional

och nationell nivå. I arbetet med att forma den lokala strategin har förtroendevalda, chefer och verksamhetsnära personer involverats. Den lokala strategin ses som en gemensam viljeriktning i länsdelen. Dels för att skapa gemensam styrka och synergieffekter, dels för att skapa en tydligare systematik i arbetet. Strategin ligger i linje med kommunernas styr-dokument för folkhälsoarbete, samt samverkansöverenskommelse mellan kommun och polis för ökad trygghet samt bekämpning och förebyggande av brott. ANDT-strategin är beslutad av den gemensamma folkhälsönämnden som är ytterst ansvarig facknämnd för frågorna. Utöver åiterrapportering till nämnder sker kontinuerligt rapportering till och från det lokala brottsförebyggande rådet.

För att omsätta strategin till verklighet finns flertalet arbetsgrupper och insatser som bygger på de lokala ANDT-behoven. ANDT-frågorna har ingen egen ledningsgrupp eller styrgrupp. Dessa frågor är istället en viktig del i olika forum så som Tvärsektoriellt råd för förtroendevalda och demokratiskt valda ledamöter, lokalt brottsförebyggande råd med förtroendevalda och förvaltningschefer samt polis, tvärsektoriellt nätverk för folkhälsa och barnkonvention med förvaltningschefer samt styrgrupp för Degerforsmodellen. Till detta kommer samverkan Västra länsdelen mot droger som är en mer operativ grupp och med bred representation från både olika lokala och regionala aktörer.

Samverkan sker brett och alltså mellan Degerfors och Karlskoga. Folkhälsönämnden ska verka för att det sker en politisk samordning i folkhälso- och barnkonventionsfrågor mellan och inom kommunernas övriga nämnder och kommunstyrelser. För att nå en långsiktig politisk samordning mellan kommunerna har folkhälsönämnden därför bjudit in representanter från nämnder samt styrelser till ett politikernätverk sedan 2007. Rådet består av representanter från båda kommunerna samt berörda intresseorganisationer, föreningar och myndigheter. För att bereda rådets möte ses förvaltningschefer eller utsedda representanter i ett tvärsektoriellt nätverk.

Samverkan är ett nyckelbegrepp i Degerfors förebyggande och främjande arbete. En viktig del av detta är den s.k. *Degerforsmodellen*, en samverkansform som inleddes 2003 med inrättande av en familjecentral. Modellen är en samverkansmodell som idag inkluderar samverkan mellan polis, socialtjänst, förskola/skola, folkhälsa och hälso- och sjukvård. Idag är Degerforsmodellen en väl inarbetad samverkansform som utgår från ett gemensamt samverkansdokument och en tydlig struktur för ledning och styrning samt med arbetsgrupper för prioriterade samverkansområden. Genom forskningsprojektet "Kompetenta familjer" som genomfördes i samarbete med Örebro universitet fick samarbetet extern utvärdering och uppföljning.

I Degerfors kommun finns möjligheten att nyttja den lilla kommunens fördelar med korta beslutsvägar, god personkännedom mellan verksamheter och därmed ett lättarbetat kontaktnät. I det lokala ANDT-arbetet lyfts främjande och förebyggande insatser som exempelvis insatser inom Degerforsmodellen som en viktig grund då det har synergieffekter på ANDT-prevention. Degerforsmodellen är en del i arbetet med att främja, förebygga och stödja familjer i Degerfors utifrån deras behov.

Aktivitetmässigt har man arbetat med många av de metoder och de målområden som utvecklats och lyfts fram under de senaste 15-20 åren, såsom Tänk om, stoppa langningen, Kronobergsmodellen, drogfria skolavslutningsevent som genomförs varje år, Ansvarsfull alkoholserving m.m. Degerfors har också inrättat en familjecentral och har därutöver erbjudit olika former av föräldrastöd. Viktigt är att mycket av de projekt som utvecklas och som utvärderats med effekt sedan implementerats in i kommunen för att på så sätt bli en del av det ordinarie arbetet.



Sammanfattningsvis är kommunens folkhälsoarbete (där ANDT är en viktig och synlig del) välorganiserat, starkt förankrat, målinriktat och med jämlik hälsa i sikte. Degerfors är ett gott exempel på att mindre kommuner kan bedriva ett framgångsrikt och långsiktigt folkhälsoarbete med utgångspunkt från samverkan.

### **Årjängs kommun**

En av de topp 4 kommuner som vi också samtalat med är Årjäng. Kommunen är ett gott - men samtidigt något varnande exempel - på hur fort det kan vända. Under perioden 2006-2015 uppvisade Årjäng således bland de högsta preventionspoängen bland Sveriges småkommuner. I samtal med kommunens alkoholhandläggare bekräftas också denna bild och personen i fråga konstaterar att man under den perioden hade ett väldigt bra samarbete med ANDT-samordnaren i det förebyggande arbetet. Samordnaren fungerade här som länken mellan olika aktörer som: skola, fritidsgårdar, tandklinik, skolhälsovård, socialtjänst alkoholterapeuter, beteendevetare och polis.

Fram till 2015 arbetade ANDT-samordnaren halvtid med att samordna det förebyggande arbetet (resterande tid med annan tjänst inom socialtjänsten) och var mycket aktiv och engagerad - bland annat arrangerades 4 träffar per år för de olika aktörerna och man introducerade den s.k. "Årjängsmodellen" 2011 mot bakgrund av oroligheter i Årjängs centrum. Denna modell syftade till att fånga upp unga i riskzonen genom att skola, fritids, socialtjänst och polis samverkar under ledning av samordnaren.

År 2015/2016 slutade emellertid denna samordnare och därefter har man dragit ner tjänsten till 5 % vilket inneburit att det förebyggande ANDT-arbetet har mattats av väsentligt och att även att Årjängsmodellen har lagts ned.

Man kan således konstatera att det förebyggande arbetet i en liten kommun, trots allt kan hänga på en skör tråd och att det är beroende av både att en tjänst för att samordna det förebyggande arbetet finns, men också på engagemanget hos ANDT-samordnaren. Detta fall illustrerar också att tjänster för förebyggande arbete i en liten kommun kan prioriteras ned trots att de fungerat väl under en längre tid.

### **Älvdalens kommun**

Älvdalens kommun är en annan av de småkommuner som uppvisar höga preventionspoäng under den aktuella perioden (2006-2015). Vi har samtalat med Lina Håmås som är folkhälsostrateg i kommunen. Hon blir lite förvånad över att kommunen uppvisar höga nivåer och berättar att de jobbar inom många områden men inte djupdykt i något särskilt. Folkhälsostrategitjänsten är på heltid och i den ingår folkhälsosamordning (50 %) och däri ryms också ANDT-frågorna. Vidare finns det andra tjänster i kommunen som berör ANDT-frågor, till exempel alkoholhandläggaren och demokratisamordnaren. Samtliga dessa tjänster är organisatoriskt placerade under Samhällsutvecklingsförvaltningen som i sin tur ligger under Samhällsutvecklingsutskottet. Alkoholhandläggartjänsten är numera en heltidstjänst, tidigare var den en halvtidstjänst, vilken är en positiv förändring enligt Lina.

ANDT-frågor tas regelbundet upp i kommunens Brottsförebyggande råd. Folkhälsostrateg/folkhälsosamordnaren är sammankallande till rådet. I rådet finns en bred representation där bland annat kommunstyrelsens ordförande, kommunsekreteraren, kommundirektör, samtliga fyra förvaltningschefer, folkhälsosamordnaren, demokratisamordnaren, alkoholhandläggaren, beredskaps- & säkerhetssamordnare och polisen ingår.

I kommunen bedrivs samverkan inom ANDT-frågorna på olika plan till exempel med andra kommuner, med föreningar och näringsliv. Men samverkan och prioriteringar av frågorna kan fortfarande bli bättre säger Lina.

När det gäller andra kommuner har samverkan skett med Mora kommun i samband med utbildning av utbildningsledare för föräldrastödsprogram. Dessutom har föräldrastödsprogram erbjudits till föräldrar i båda kommunerna.

Det ANDT-förebyggande arbetet är delvis förankrat i budget- och måldokument, men inte lika tydligt som andra "hårda" frågor utan här finns stor förbättringspotential. Här är det, enligt Lina, önskvärt att ANDT-frågorna blir fullt ut integrerade i dessa viktiga styrinstrument. Detta skulle underlätta för ANDT-frågorna att bli en naturlig och ordinarie del av den löpande verksamheten. Att få in dessa frågor som uppföljningsindikatorer i mål- och budgetdokument är också ett viktigt tips till andra kommuner som inte har kommit så långt i sitt förebyggande arbete.

Vidare är det viktigt att förbättra kartläggning och uppföljning av ANDT-situationen i kommunen så att man jobbar utifrån hur man vet att det ser ut och inte utifrån hur man *tror* att det ser ut. Idag används den s.k. Luppen – en undersökning om hur ungas livssituation ser ut lokalt där några enstaka frågor rör ANDT. Undersökningen genomförs av Myndigheten för ungdoms- och civilsamhällesfrågor (MUCF). När det gäller vuxna är kunskapen om hur ANDT-situationen ser ut begränsad men en folkhälsoundersökning (Hälsa på lika villkor (HLV)) genomfördes dock i kommunen under 2014 tillsammans med Mora och Orsa.

*Blås grönt* är en annan insats som bedrivs i kommunen och som går ut på att motverka att unga debuterar tidigt med alkoholkonsumtion. Vid exempelvis festivaler så ber man unga att blåsa i alkometer och blåser man genomgående grönt vid upprepade mättillfällen) (ex. vid entré, under tiden och vid hemgång) så får man delta i olika utlottningar av olika priser, t.ex. gratis körkort, cykel).

När det gäller aktiviteter genomförs regelbundet utbildningar i ansvarsfull alkoholservice, där man i år också inkluderat ett pass om narkotika på krogen. Särskilda krögarträffar genomförs årligen tillsammans med polis, räddningstjänst, alkoholhandläggare, livsmedelsinspektör, ordningsvaktchef, politiker från kommunen och chef samhällsheten. Krögarträffarna blir ett forum där olika frågeställningar besvaras mellan parterna och det blir ett lärande. Syftet är att förenkla tillsynen, varför man gör tillsyn och vad myndigheterna är ålagda att följa upp.

Sammanfattningsvis förefaller det som om samverkan är av ytterst central del och en grundförutsättning för det ANDT-förebyggande arbetet i befolkningsmässigt liten kommun Älvdalen.

## 5. Verktyg för enklare kartläggning och uppföljning

I uppdraget ingår att utveckla – eller ge förslag på - verktyg för enklare kartläggning och uppföljning av ANDT-situationen i en liten kommun. Vi har valt att ha fokus på de speciella förutsättningar som ofta kännetecknar småkommuner men de rekommendationer som vi ger är generella och kan därmed i princip också appliceras på större kommuner.

Våra rekommendationer och slutsatser nedan baseras på de erfarenheter som vi på CAN har från analyser av CAN-data, såsom skolelevers drogvanor, frågeundersökningar riktade till vuxna och olika typer av skadeindikatorer. Vi har också frågat andra aktörer, såsom Brottsförebyggande rådet, Folkhälsomyndigheten och Socialstyrelsen, hur de hanterar data från kommuner med låga befolkningstal.

Frågor som rör vilket stöd man behöver och vem som kan/bör genomföra kartläggningar diskuteras inte närmare i detta kapitel. Det ser sannolikt mycket olika ut i det avseendet mellan olika småkommuner, inte minst vilket stöd man får från den regionala nivån. Men vi vill dock betona vikten av att anlita personer med viss grundläggande statistisk kompetens, annars finns betydande risker med att siffrorna redovisas på felaktigt sätt och att trender och nivåer kan feltolkas. Det bör också övervägas om inte grunderna i hur man hanterar, analyserar och tolkar data bör ingå i den grundutbildning som finns tillgänglig för de lokala drogsamordnarna. Att söka samarbeten med regionala lärosäten eller utvecklingsforskningsenheter är också positivt. Ett sådant lyckat exempel nämndes ovan, nämligen samarbetet mellan Örebro universitet och Degerfors/Karlskoga.

Det som främst skiljer småkommuner från övriga när det gäller statistiska mått är helt enkelt de små talen. Den centrala frågan blir därmed *hur* man skall hantera små tal. Här finns flera olika dimensioner som man måste beakta. Det rör sig dels om rent statistiska hänsyn vid små tal men dels också om etiska hänsynstaganden. Båda dessa aspekter beaktas i detta kapitel.

Hur man hanterar och redovisar siffror beror också på vilken typ av data det rör sig om. Här finns en viktig skillnad mellan å ena sidan registerdata som inkluderar alla positiva fall i relation till alla i befolkningen (eller i delar av befolkningen) och å andra sidan data som bygger på urval av befolkningen såsom frågeundersökningar. Den senare handlar främst om att undvika att felaktiga slutsatser dras på ett litet underlag, och den förra främst (men inte enbart) om att uppgifter för enskilda individer inte ska gå att utläsa ur befintlig statistik.

Registerdata avser ju alla fall i en specifik grupp och uppvisar därför inte samma grad av problematik när det gäller statistisk signifikans som data från urvalsundersökningar. Alla inkluderas ju: de positiva fallen (exempelvis antal anmälda våldsbrott) och hela befolkningen som bas (nämnnaren). I urvalsundersökningar är det däremot på ett helt annat sätt centralt hur många i befolkningen som ingår i basen (nämnnaren) och antalet positiva fall (täljaren).

### 5.1 Registerdata

På det stora hela har, som nämndes, kommuner och inte heller småkommuner några egentliga problem med nämnnaren när man studerar data från olika register som täcker befolkningen eller större befolkningsgrupper såsom antal män och kvinnor och olika

åldersgrupper (exempelvis antal brott, antalet vårdade, antal dödsfall). Problemet gäller nästan helt och hållet att de positiva fallen (täljarens storlek) är få.

Små tal handlar inte enbart eller främst om statistiska hänsynstaganden. Man måste också förhålla sig till frågan sett ur ett etiskt perspektiv. Myndigheter i Sverige har att förhålla sig till kap 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.

Vi menar att även om man ligger på rätt sida om denna gräns om röjandekontroll så bör man alltid beakta denna fråga noga och vid tveksamheter avstå från att redovisa små tal i småkommuner. Med detta sagt så redovisar vi nedan de mer statistiska aspekterna av frågan.

### **Relativa tal och absoluta tal**

Ett lågt antal positiva fall i relation till totala gruppen indikerar att prevalensen är låg vilket i sig ofta är en viktig och kanske tillräcklig information. Tolkningsproblemet uppstår framförallt när man studerar utvecklingen över tid. Små tal kan variera betydande från ett år till ett annat, framförallt i relativa tal. Antal våldsbrott i en kommun kanske uppgår till 3 fall ett år för att nästa år uppgå till 6 fall, alltså en ökning med 100 % trots att det endast rör sig om 3 extra fall. Även om det rent statistiskt sett inte är ett problem eftersom det rör sig om befolkningen och inte urval, så är det ändå inte oproblematiskt med ett varierat antal få fall per tidsperiod.

*En första rekommendation* är att redovisa inte bara relativa tal såsom antalet fall per 10 000 invånare 15 år eller äldre utan också de absoluta talen.

### **Slå samman år – glidande medelvärden**

Inte heller redovisningar i absoluta tal är alltid tillräckligt eftersom talen ändå kan vara för små för att möjliggöra meningsfulla tolkningar över tid.

Socialstyrelsen har en generell regel om att inte redovisa tal som är lägre än tre men det varierar beroende på ämne och geografisk nivå. Man är mer restriktiv när det gäller att lämna ut uppgifter på kommunnivå än exempelvis länsnivå.

SCB har inga generella regler vad gäller hantering av små tal utan varierar utifrån vilka kvalitetskrav man har på undersökningen. Man betonar, som nämndes ovan, att man måste skilja mellan problem kopplade till urvalsundersökningar och problem med registerdata och att problemet avseende det sistnämnda handlar om att uppgifter för enskilda individer inte ska gå att utläsa ur befintlig statistik vilket hanteras med s.k. statistisk röjandekontroll. Riktlinjer för röjandekontroll utges av Rådet för den officiella statistiken på SCB (se SCB, 2015).

Det är svårt att sätta någon generell regel för minsta antalet fall som redovisas men färre än 5 fall (i täljaren) bör, enligt vår mening, helst undvikas. Ett sätt att nå till ett sådant *minimi*-antal är att slå ihop ett antal år så att man jämför utvecklingen i olika årsperioder, exempelvis fyraårsperioder. Detta kan göras antingen direkt (exempelvis 2008–2011 jfr med 2012–2015) eller genom att redovisa glidande medelvärden, ex: 2008–2011, 2009–2012, 2010–2013, 2011–2014, 2012–2015 osv.

Kommunuppgifter för relevanta ANT-indikatorer redovisas av Folkhälsomyndigheten på deras Folkhälsodatabas. Fördelen med denna är att arbetet redan är gjort och flertalet av de viktigaste registerbaserade ANT-indikatorerna finns samlade på en och samma plats.

*Vi rekommenderat därför att man utgår från Folkhälsomyndighetens Folkhälsodatabas när man vill ta fram olika ANT-indikatorer för sin kommun. Här finns data för alla kommuner i Sverige i glidande fyraårsperioder gällande i stort sett alla relevanta registerbaserade ANT-indikatorer. (ANDT-indikatorerna i det särskilda indikatorslabbet redovisas inte på kommunnivå och är därför inte av lika stor relevans i detta fall).*

## **5.2 Urvalsundersökningar och skolelevers drogvanor**

Först och främst bör man återigen skilja på antalet fall i täljaren och i nämnaren (täljare/nämnare). Huvudregeln är att problem är större med få fall i nämnaren än i täljaren. Har vi data från 200 svarande vuxna och två av dessa svarar att de använt narkotika (1,0 %) är problemet ur statistisk synvinkel mindre än om totala antalet fall endast vore exempelvis 20 ( $2/20=10\%$ ). Två av 200 indikerar helt enkelt att det är låga andelar, 2 av 20 har lägre statistisk kraft. I båda fallen är det fortfarande få fall (2) men den statistiska säkerheten är betydligt större med en bas om 200 istället för 20.

Båda antalet i täljaren och nämnaren bör dock redovisas. Och även om basen (nämnaren) är relativt stor medan täljaren är liten är det ändå inte oproblematiskt med få fall, i synnerhet om man vill studera förändringar (exempelvis från 2 av 200 ett år till 4 av 200 året därpå, alldeles oavsett om förändringen kan betraktas som statistiskt säkerställd eller ej).

När det gäller urvalsundersökningar handlar det alltså om att undvika att dra felaktiga slutsatser utifrån ett litet underlag. Risker att röja uppgifter för enskilda individer är generellt sett mindre men den är inte helt ovidkommande. Ett sådant exempel när röjandekontrollen måste beaktas noga rör undersökningar om skolelevers drogvanor som i småkommuner kan baseras på uppgifter från en enda klass i en skola. (Vi återkommer till den frågan senare i detta avsnitt).

### **Minsta antalet svarande för meningsfulla redovisningar**

Hur gör myndigheter som genomför urvalsundersökningar? När det gäller SCB:s urvalsundersökningar redovisas inte resultat på kommunnivå i den stora Arbetskraftsundersökningen (AKU) trots att man intervjuar ca 60 000 per år (undersökningen innehåller också en panel av samma individer). För att belysa situationen på kommunnivå görs ibland uppdragsundersökningar i enskilda kommuner. Dock redovisas vissa resultat på kommunnivå men bara för de tre största (Stockholm, Göteborg och Malmö).

När det gäller lite mindre tilläggsundersökningar till AKU som t.ex. Arbetsmiljöundersökningen finns en praxis att inte redovisa resultat där nämnaren understiger 100. Det innebär att när man tittat på arbetsmiljösituationen i olika yrken så vill man att det ska finnas minst 100 respondenter inom yrket; om det saknas får man slå ihop flera år så att det blir minst 100. Generellt kan sägas att frågor om små tal i undersökningar är något som även SCB brottas med och att några generella riktlinjer inte är utarbetade.

Även BRÅ:s Nationella Trygghetsundersökning och Folkhälsomyndighetens folkhälsoenkät (Hälsa på lika villkor (HLV)) redovisar inte siffror med färre än minst 100 svarande i nämnaren. Detta innebär således att en siffra på 1 procent måste motsvaras av minst en svarande person (i täljaren). I och med att de har stora urval bedömer de att det inte finns någon risk för röjande i redovisningen.

Folkhälsomyndigheten redovisar HLV-siffror (frågeundersökningen Hälsa på lika villkor som genomförs av SCB) på kommunnivå men gör detta i glidande fyraårsmedelvärden för de kommuner som genomför tilläggsundersökningar olika år. Men här är siffrorna vilseledande då man får intrycket av att olika prevalensmått avser en fyraårsperiod medan de i själva

verket nästan helt och hållet baseras på det år av de fyra då tilläggsundersökningen (urvalet) genomfördes. Att så är fallet framgår inte av folkhälsodatabasens webbsida eller någon annanstans på myndighetens hemsida. Positivt är dock i sig att man redovisas siffror baserade på fyra år. Det lägsta antalet i nämnaren framgår ej men understiger då inte 100.

*Vi rekommenderar samma gräns som i NKU, HLV och SCBs arbetsmiljöundersökning om minst 100 personer totalt i nämnaren alldeles oberoende av kommunens totala befolkningsstorlek.*

## **Undersökningar om skolelevers drogvanor**

Många kommuner genomför regelbundet undersökningar av skolelevers drogvanor i årskurs 9 och i gymnasiet år 2. Vissa av dessa genomförs av CAN på uppdrag av kommunerna eller regionen i fråga. Andra kommuner och regioner genomför liknande mätningar men som genomförs av andra än CAN. I regel är alla dessa mätningar totalundersökningar, dvs. alla skolklasser i årskurs 9 och i gymnasiet år 2 ingår i undersökningen.

På CAN genomför vi också varje år nationella mätningar av skolelevers drogvanor baserade på urval av skolor i Sverige. De nationella har givetvis fokus på nationella siffror och har sällan några större problem med små tal, såvida man inte bryter ner data i alltför små grupper.

Med de kommunspecifika skolundersökningarna förhåller det sig på annat sätt och i synnerhet i småkommuner med litet elevunderlag. Det är inte ovanligt att en kommun endast har en grundskola och 1–2 klasser i årskurs 9 med kanske högst 30–40 elever totalt sett i denna årskull (nämnaren).

VI (CAN) har en gräns på totalen 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 att applicera andra gränsvärden för minsta antalet svarande som krävs (i nämnaren) för redovisning. *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) 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 några få klasser i kommunen. Det är inte ovanligt att klasser i samma kommuner uppvisar ganska så stora skillnader i droganvändning.

Hur ska man då göra i en liten kommun där elevunderlaget är litet? 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 om skolelevers drogvanor 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 lämnar endast ett ANDT-omdöme i textform. Även här är det önskvärt att flera data- och informationskällor används.

Vi är fullt medvetna att återkoppling av resultat från drogvaneundersökningar på skolnivå är viktigt, även om det rör sig om ganska få elever. Men ibland står olika perspektiv mot varandra: i detta fall ena sidan det förebyggande arbetet som rekommenderar återkoppling och å andra sidan det statistiska och etiska som inte rekommenderar redovisning tillbaka till skolor med små bastal.

Vi menar att när så är fallet måste det sistnämnda perspektivet få fälla avgörandet, dvs. att man avstår från sådana redovisningar och att man istället återkopplar till kommunen på annat sätt.

## 5.3 Andra rekommendationer

Här följer några rekommendationer som gäller oavsett om det rör sig om registerdata eller urvalsdata.

### **Jämföra kommunen mot andra grannkommuner eller liknande småkommuner**

Det är alltid en fördel att ställa sin egen kommuns siffror – både nivåer och utveckling – mot andra kommuner, inte minst kommuner med ungefär samma profil demografiskt och socioekonomiskt. Fördelen med detta är att den skilda kommunens siffror tolkas i ett större sammanhang och man kan få en ökad förståelse av den egna kommunens situation. Sådana jämförelser kan också bidra med att upptäcka enstaka extrema och orealistiska värden vissa år som kanske annars skulle ha passerat förbi obemärkt.

### **Triangulering av data**

Fördelen att använda sig av olika datakällor nämndes ovan i anslutning till diskussionen om små tal i skolelevers drogvaneundersökningar. Men detta är en rekommendation som i stort sett alltid är relevant, om än inte alltid möjlig att genomföra. På ANDT-området kan det röra sig om olika skadedata kombinerat med konsumtionsdata. Folkhälsodatabasen nämnd ovan, innehåller båda två. Mer data gör inte alltid allting enklare, ibland snarare tvärtom.

Olika data kan peka åt olika håll och nivåer och utveckling kan bli svårtolkad. Men detta är inget skäl till att undvika flera datakällor, snarare tvärtom. Om något så visar det att verkligheten är komplex och inte låter sig enkelt förstås av endast en indikator (datakälla). Triangulering av data kan också leda till att man identifierar problem med en statistikälla som man inte hade upptäckt utan andra jämförbara indikatorer.

Även om generellt sett säkrare bedömningar av ANDT-situationen, trots allt, kan göras vid användandet av flera olika datakällor är det inte heller så att multipla datakällor i sig minskar behovet av att göra egna bedömningar och analyser av data. Det skulle vara att invaggas i falsk säkerhet. Kloka och välgrundade bedömningar av professionella inom området (utredare, statistiker eller liknande) är alltid viktigt.

## 6. Avslutande diskussion

Denna studie har visat att småkommuner uppvisar en sämre utveckling under de senaste ca 15 åren vad gäller konsumtion och skador av alkohol och rökning jämfört med övriga (större) kommuner. Narkotikaskadorna, som är lägre i småkommunerna än i större kommuner, uppvisar en utveckling likartad övriga kommuner i Sverige, nämligen ökade skador över tid.

Resultaten pekar också på att förebyggande arbete bedrivs i mindre omfattning i småkommuner jämfört med i större kommuner. Rapporten bekräftar således att det finns anledning att förstärka preventionsarbetet i just småkommuner.

Både den i småkommuner sämre konsumtions- och skadeutvecklingen orsakade av alkohol och rökning samt den lägre nivån av förebyggande arbete rimmar väl med de befolkningsmässigt sämre förutsättningar för folkhälsa (enligt SKL:s verktyg *Resultat efter förutsättningar*) som nyligen redovisades av Jakobsson (2018).

Intressant är att flera av dessa faktorer som mäter förutsättningarna för folkhälsa (se Jakobsson, 2018) (andel arbetslösa, medelålder, utbildningsnivå och andel utrikes födda) analyserades i denna rapport i syfte att se om de kunde förklara (påverka) sambandet mellan kommunstorlek och skadeutfall. Så visade sig också vara fallet. Våra analyser tyder på att mycket av skillnaderna mellan små och övriga kommuner med avseende på alkohol – och tobaksrelaterade skador förviner 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 för dessa faktorer.

När det gäller effekter av det förebyggande arbetet är inte resultaten från denna studie, och inte heller från andra, helt entydiga. Men vi vågar ändå påstå att mycket tyder på att det preventiva arbetets utformning och omfattning också påverkar skadenivåerna, åtminstone när det gäller alkohol. När vi exempelvis studerade de 10 småkommuner med högst poäng i medeltal i det samlade ANDT-preventioindexet 2006–2015 fann vi att dessa kommuner uppvisade avsevärt lägre nivåer och gynnsammare utveckling av alkohol- och tobaksrelaterade skador jämfört med de 10 småkommunerna med lägsta poäng.

Trots att de befolkningsmässiga förutsättningarna för god folkhälsa är sämre i småkommuner (Jakobsson, 2018) finns det goda exempel på kommuner som lyckats med det ANDT-förebyggande arbetet. Det beror inte på att just dessa kommuner har bättre befolkningsmässiga förutsättningar än andra småkommuner. Förklaringen är helt enkelt att dessa kommuner, som vi studerade särskilt, bestämde sig för att dessa frågor skall ha hög prioritet över tid. Kännetecknande är att de arbetar med många av de delkomponenter som måste ingå i ett samlat förebyggande paket för att det arbetet skall vara långsiktigt hållbart. De har en väl utvecklad struktur och organisation med aktuella policyer och andra styrdokument, en bredare samverkan och de genomför regelbundet många olika aktiviteter på det ANDT-förebyggande området. Det är alltså helhetsbilden av det förebyggande arbetet som är det mest utmärkande för dessa kommuner.

Skall man peka ut någon faktor som trots allt är viktigare än andra så måste det ändå bli *samverkan* som är väldigt väl utvecklad i de aktuella kommunerna. Samverkan är, inte minst i småkommuner, själva grunden för att andra delkomponenter också skall fungera väl. Viktigt att påpeka är att dessa kommuner också genomför mycket aktiviteter, dvs. de når ut



till befolkningen, och att flera av kommunerna har i omgångar fått starkt stöd från sin region inom ramen för olika utvecklingsarbeten.

## 7. Referenser

Babor T, Caetano R, Casswell S m.fl. (2010). *Alcohol No Ordinary Commodity, Research and Public Policy*, Second edition. Oxford University press.

Folkhälsomyndigheten (2016).

<http://www.folkhalsomyndigheten.se/amnesomraden/statistikoch-undersokningar/enkater-och-undersokningar/nationella-folkhalsoenkaten/tekniskarapporter/>.

Guttormsson U & Gröndahl M (2017). *Trender i dryckesmönster: befolkningens självrapporterade alkoholvanor under 2000-talet*. Rapport 168. Stockholm: Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning.

Henriksson C & Ramstedt M (2017). *Tobaksvanor i Sverige. Tobakskonsumtionen i siffror med fokus på 2016*. Rapport 166. Stockholm: Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning.

Jakobsson M (2018). *Förutsättningar för folkhälsa och folkhälsoläget i småkommuner*. Norrbottens kommuner FOUI.

Nilsson T, Allebeck P, Leifman H, Andréasson S, Norström T & Guldbrandsson K (2018). Effects on alcohol consumption and alcohol related harm of a community-based prevention intervention with national support in Sweden. *Substance Use and Misuse*, 412–419, 53:3.

Nilsson T, Leifman H & Andréasson S (2015). Monitoring local alcohol prevention in Sweden: Application of alcohol prevention magnitude measure (APMM). *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 32(5), 479–494.

SCB (2015). *Handbok i statistisk röjandekontroll. Sveriges officiella statistik*. Statistiska centralbyrån, 2015.

<https://www.scb.se/contentassets/ocd92207266d40eb8829244d51d90b94/handbok-i-statistisk-rojandekontroll.pdf>.

Socialdepartementet (2013). *Uppföljning av regeringens alkohol-, narkotika-, dopnings- och tobaksstrategi. Förslag på indikatorer och styrning*. Nr 2, Stockholm.

Socialstyrelsen (2015). *Dödsorsaker 2014*. Socialstyrelsen, Stockholm.