



Folkhälsomyndigheten

Jämlikhetsperspektiv på lokalt hälsofrämjande och förebyggande arbete

En jämförelse av kommunernas arbete mot alkohol-, narkotika-, dopnings-
och tobaksrelaterad ohälsa



Jämlikhetsperspektiv på lokalt hälsofrämjande och förebyggande arbete

En jämförelse av kommunernas arbete mot alkohol-, narkotika-,
dopnings- och tobaksrelaterad ohälsa

Denna titel kan laddas ner från: www.folkhalsomyndigheten.se/publicerat-material/.

Citera gärna Folkhälsomyndighetens texter, men glöm inte att uppge källan. Bilder, fotografier och illustrationer är skyddade av upphovsrätten. Det innebär att du måste ha upphovsmannens tillstånd att använda dem.

© Folkhälsomyndigheten, 2020.

Artikelnummer: 20133

Om publikationen

Folkhälsomyndigheten har av regeringen i uppdrag att följa utvecklingen och bidra med kunskapsstöd inom området alkohol, narkotika, dopning och tobak (ANDT-området). I alla delar av arbetet ska aspekter av jämlikhet i hälsa beaktas och främjas.

Syftet med denna studie är att öka kunskapen om hur det ANDT-förebyggande arbetet kan bidra till att minska ANDT-relaterad ojämlikhet i hälsa. Vi har därför analyserat skillnader i lokalt förebyggande arbete i relation till olika sociodemografiska faktorer och om skillnaderna mellan kommuner kvarstår när vi tar hänsyn till ANDT-relaterad ohälsa. Vi har också identifierat kommuner som har ett strukturerat ANDT-förebyggande arbete med hög kvalitet, trots ett utgångsläge som kan antas vara mer utsatt med avseende på sociodemografiska förhållanden.

Resultaten kan bidra till att öka förutsättningarna för det lokala hälsofrämjande och ANDT-förebyggande arbetet att i högre grad bidra till en mer jämlik hälsa i befolkningen. Denna publikation ger en fördjupning av studiens resultat och genomförande. För dem som vill få en mer kortfattad och övergripande bild av innehållet har vi även publicerat en kortversion på vår hemsida.

Målgruppen för publikationerna är ANDT-samordnare, tjänstemän och politiker, och forskare och praktiker som är verksamma inom ANDT-området vid myndigheter, kommuner, akademien och andra organisationer. Ansvarig chef har varit Anna Månsdotter vid enheten för samordning och analys ANDT.

Folkhälsomyndigheten

Anna Bessö

Avdelningschef, avdelningen för livsvillkor och levnadsvanor

Innehåll

| | |
|---|----|
| Förkortningar | 9 |
| Ordlista | 10 |
| Sammanfattning..... | 11 |
| Sammanfattande resultat | 11 |
| Summary..... | 13 |
| Summary of findings..... | 13 |
| Bakgrund..... | 15 |
| Syfte och frågeställningar..... | 18 |
| Metod och material..... | 19 |
| Länsrapportens undersökning | 19 |
| Sociodemografiska variabler | 21 |
| Variabler för befintlig och framtida ANDT-relaterad ohälsa..... | 22 |
| Statistiska analyser | 23 |
| Narrativ analys av data | 24 |
| Resultat..... | 25 |
| Hur fördelar sig olika sociodemografiska förhållanden i landets kommuner?..... | 25 |
| Kommunernas sociodemografiska förhållanden i relation till befintlig och framtida ANDT-relaterad ohälsa | 28 |
| Lokalt ANDT-förebyggande arbete i relation till sociodemografiska förhållanden | 32 |
| Jämlikhetsperspektiv på lokalt förebyggande arbete | 36 |
| Ett strukturerat och brett förebyggande arbete i kommuner med stora utmaningar | 43 |
| Sammanfattning av huvudsakliga resultat..... | 50 |
| Diskussion | 51 |
| Referenser | 54 |
| Bilaga 1 – Tabeller..... | 56 |
| Bilaga 2 – Urval av frågor ur Länsrapportens undersökning | 64 |

Förkortningar

ANDT alkohol, narkotika, dopning, tobak

EDPQS European Drug Prevention Quality Standards

Ordlista

| | |
|--------------------------------|--|
| Dikotom variabel | Den egenskap (variabel) som studeras antar bara två värden, t.ex. ja/nej. |
| Konfidensintervall | Det intervall som med viss säkerhet täcker populationens faktiska (sanna) värde. |
| Logistisk regression | Används för att undersöka om det finns ett samband mellan en utfallsvariabel som är dikotom (antar bara två värden) och en förklarande variabel (kan anta flera värden). Det vanligaste måttet på samband i en logistisk regressionsmodell är oddskvot. |
| Multivariabel analys | Statistisk metod att analysera flera variablers effekter på ett utfall samtidigt. |
| Oddskvot | Oddskvoter (OR, eng. odds ratio) används för att skatta samband mellan variabler, om utfallsvariabeln är dikotom. Ett odds är sannolikheten att någonting ska inträffa, delat med sannolikheten att det inte ska inträffa. En oddskvot i sin tur är kvoten mellan två odds (oddstal). En oddskvot med värdet 1 innebär ingen skillnad mellan de grupper som jämförs. När en grupp har en oddskvot som är större än 1 har den gruppen en större risk, jämfört med en jämförelsegrupp. Är oddskvoten mindre än 1 innebär det att risken för gruppen är mindre. |
| Sociodemografiska förhållanden | Exempelvis utbildningsnivå, inkomstnivå och befolkningsstorlek. |

Sammanfattning

Det förebyggande arbetet inom området alkohol, narkotika, dopning och tobak (ANDT) varierar i hög grad mellan kommuner i Sverige. I denna rapport presenteras resultat från en studie där vi har analyserat sociodemografiska faktorer som kan förklara skillnaderna i det förebyggande arbetet på lokal nivå och om skillnaderna kvarstår när vi tar hänsyn till ANDT-relaterad ohälsa. Vi utgår från den europeiska modellen för drog- och tobaksförebyggande arbete (EDPQS) för hur man kan utforma ett förebyggande arbete med hög kvalitet. Omfattningen av det förebyggande arbetet har vi i analyserna definierat genom 18 indikatorer som avspeglar hur det lokala hälsofrämjande och förebyggande ANDT-arbetet förhåller sig till den europeiska modellen.

Resultaten visar att kommuner som har en mer utsatt sociodemografisk situation också har de största skadorna kopplat till alkohol, narkotika och tobak och i mindre omfattning ett förebyggande ANDT-arbete med hög kvalitet. Dessa kommuner har också en större risk för framtida ANDT-relaterad ohälsa sett utifrån andelen som går ut grundskolan utan behörighet att gå vidare till gymnasial utbildning. När vi tar hänsyn till att det hälsofrämjande och ANDT-förebyggande arbetet i kommuner med låg jämfört med medelhög sociodemografisk situation kan variera utifrån problembilden, alltså nivåerna av befintlig och framtida ANDT-relaterad ohälsa, förstärks skillnaderna mellan kommunerna. Det innebär att i kommuner där behovet av att förebygga problem och skador av ANDT är större arbetar kommunerna i mindre utsträckning hälsofrämjande och förebyggande.

Det finns alltså skillnader mellan kommuner i hälsofrämjande och förebyggande arbete som inte kan förklaras av olika nivåer av ANDT-relaterad ohälsa. Denna kunskap är viktig i utformandet av ANDT-förebyggande arbete på nationell, regional och lokal nivå för att minska ANDT-relaterad ojämlikhet i hälsa. Det lokala arbetet behöver stärkas för att ge alla kommuner förutsättningar att bidra till det nationella målet om en god och jämlik hälsa i hela befolkningen och att sluta de påverkbara hälsoklyftorna inom en generation.

Sammanfattande resultat

- Det finns samband mellan olika sociodemografiska variabler i Sveriges kommuner, vilket bland annat innebär att en del kommuner har en sammantaget mer utsatt situation än andra.
- Kommuner som har en mer utsatt sociodemografisk situation har också mer omfattande ANDT-relaterade skador och en större andel elever som går ut grundskolan utan behörighet till gymnasiet, vilket är en riskfaktor för framtida ANDT-relaterad ohälsa.
- Kommuner med en mer utsatt sociodemografisk situation har generellt mindre omfattande ANDT-förebyggande arbete. Skillnader i kommunernas

sociodemografiska situation kan delvis förklara variationen i kommunernas ANDT-förebyggande arbete

- De skillnader som finns i det ANDT-förebyggande arbetet verkar inte bero på skillnaderna i risk och skador mellan kommuner. Skillnaderna i det ANDT-förebyggande arbetet kvarstår, och ökar i vissa fall, när vi tar hänsyn till olika nivåer av risk för framtida ANDT-relaterad ohälsa samt befintliga skador kopplade till alkohol, narkotika och tobak (ANT) i kommunerna.
- Det finns kommuner som avviker från det generella mönstret och trots en mer utsatt sociodemografisk situation ändå har ett ANDT-förebyggande arbete med hög kvalitet. Detta är uppmuntrande och ett incitament till att studera ytterligare faktorer som är viktiga för ett bra ANDT-förebyggande arbete i kommuner med olika förutsättningar.

Summary

ANDT prevention work in Sweden varies considerably from municipality to municipality. This report presents the results of a study in which we analysed factors that can explain differences in prevention work at the local level and show if the differences are still apparent when ANDT-related ill-health is taken into consideration. We use the European Drug Prevention Quality Standards (EDPQS) as a model for high-quality prevention work. In the analyses, we defined the scope of the prevention work by using 18 indicators that express how the local health-promoting and preventive ANDT work relates to the European model.

This study shows that municipalities that are more socio-demographically vulnerable also have the highest levels of harm linked to alcohol, narcotics and tobacco and undertake less extensive, high-quality ANDT prevention work. Taking the proportion of young people leaving compulsory secondary school without eligibility for upper secondary school as a measure, these municipalities are also at greater risk of ANDT-related ill health in the future. If we take into account the fact that health promotion activities and ANDT prevention work in municipalities with a poor socio-demographic profile can differ from that in municipalities with a moderate socio-demographic profile depending on the problems – i.e. levels of existing and future ANDT-related ill health in these municipalities – the differences are amplified. This means that in municipalities where there is a greater need to work on promotion and on prevention of ANDT-related harm, less extensive work is being done on promotion and prevention.

There are thus differences between municipalities' health promotion and prevention work that cannot be explained by different levels of ANDT-related ill-health. This is important to be aware of when shaping ANDT prevention work at the national, regional and local level to reduce ANDT-related inequity in health. Work at the local level needs to be enhanced so that all municipalities are able to contribute to the national goal of good and equitable public health for the whole population and remove avoidable health inequalities within a generation.

Summary of findings

- There are links between different socio-demographic variables in Swedish municipalities, which means, amongst other things, that some municipalities have a profile that is overall more vulnerable than others.
- Municipalities that are more socio-demographically vulnerable also have more extensive levels of ANDT-related harm and a higher proportion of students leave compulsory secondary school without eligibility for upper secondary school, which is a risk factor for future ANDT-related ill health.
- The differences in the socio-demographics of the municipalities partly explains the variation in their work on ANDT prevention. Municipalities that are more socio-demographically vulnerable generally do less extensive work on ANDT prevention.

- The differences in ANDT prevention work do not seem to be due to differences between the municipalities in levels of risk and harm. The differences in ANDT prevention work remain, and in some cases increase, when the varying levels of ANDT harm and risk in the municipalities are taken into account.
- There are municipalities that deviate from the general pattern and, despite being more socio-demographically vulnerable, nonetheless do high-quality ANDT prevention work. This is encouraging and gives an incentive to study additional factors that are important for good ANDT prevention work in municipalities with different profiles.

N.B. The summary of the publication is translated from Swedish, however no full version of the publication has been produced in English.

Bakgrund

Det nationella målet för folkhälsopolitiken är att skapa samhälleliga förutsättningar för en god och jämlik hälsa i hela befolkningen och sluta de påverkbara hälsoklyftorna inom en generation (1). Enligt regeringens samlade strategi för alkohol-, narkotika-, dopnings- och tobakspolitiken 2016–2020 (ANDT-strategin) ska hälsofrämjande och förebyggande ANDT-insatser inriktas på att åtgärda skillnader mellan kvinnor och män samt ta hänsyn till andra socioekonomiska eller demografiska skillnader när det gäller ANDT-konsumtion eller skadlighet (2). Det finns i Sverige systematiska skillnader inom ANDT-området mellan grupper i befolkningen baserade på socioekonomisk situation. Bland personer i en mer utsatt socioekonomisk situation är det ofta en högre andel med skadligt bruk och beroende av alkohol, narkotika och tobak. Socioekonomiskt mer utsatta personer löper dessutom större risk för skador och för tidig död vid samma konsumtionsnivå än personer med mer gynnsam socioekonomisk situation. Vi ser även en skillnad i ANDT-relaterad dödlighet utifrån utbildningsnivå. Exempelvis är den alkoholrelaterade dödligheten nära tre gånger större bland personer med förgymnasial utbildning, jämfört med personer med eftergymnasial utbildning. Den narkotikarelaterade dödligheten är nära sju gånger större och dödligheten i lungcancer nära två gånger större (3).

Ojämlighet i hälsa uppkommer generellt som ett resultat av ojämlikhet i bland annat livsvillkor och levnadsförhållanden mellan olika sociala grupper. Enligt den f.d. Kommissionen för jämlikhet i hälsa leder skillnader i resurser till ojämlikhet i hälsa via ”1) skillnader i risker, 2) skillnader i sårbarhet/mottaglighet och 3) skillnader i de sociala och ekonomiska konsekvenserna av ohälsa”. Även skillnader i handlingsutrymme och socialt bestämda handlingsmönster påverkar ojämlikhet i hälsa (1).

Begränsad kunskap om att förebygga ojämlikhet i ANDT-relaterad ohälsa

Forskningen om hur olika typer av förebyggande insatser påverkar skilda socioekonomiska grupper och kön är begränsad. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys har genomfört en kunskapssammanställning om vilka faktorer som enligt forskningen är av betydelse för ett mer jämlikt förebyggande arbete inom hälso- och sjukvården. Den tyder på att även om universella strategier når fler personer riskerar de samtidigt att öka hälsoklyftorna, eftersom personer med bättre socioekonomiska förutsättningar och låg ursprunglig risk för ohälsa sammantaget gynnas mer av breda insatser. Exempel på detta är att insatser som bygger på ett systematiskt urval av deltagare ofta främjar personer med socioekonomiskt mer gynnsamma förutsättningar mer än personer med socioekonomiskt mer utsatta förutsättningar. Det finns också exempel från forskning om att förebyggande insatser som skapar stöttande strukturer i personers livsmiljö i högre grad når personer med mer utsatta socioekonomiska förutsättningar än insatser som fokuserar på att ge allmän information om levnadsvanor. En strategi som kombinerar universella och riktade insatser kallas

för universell proportionalism och utgår från ett brett, universellt förebyggande arbete, men kombinerar det med ytterligare insatser i proportion till varje grupps behov. Det är en vanlig metod i svensk hälso- och sjukvård och används bland annat inom mödravården och barnhälsovården (4).

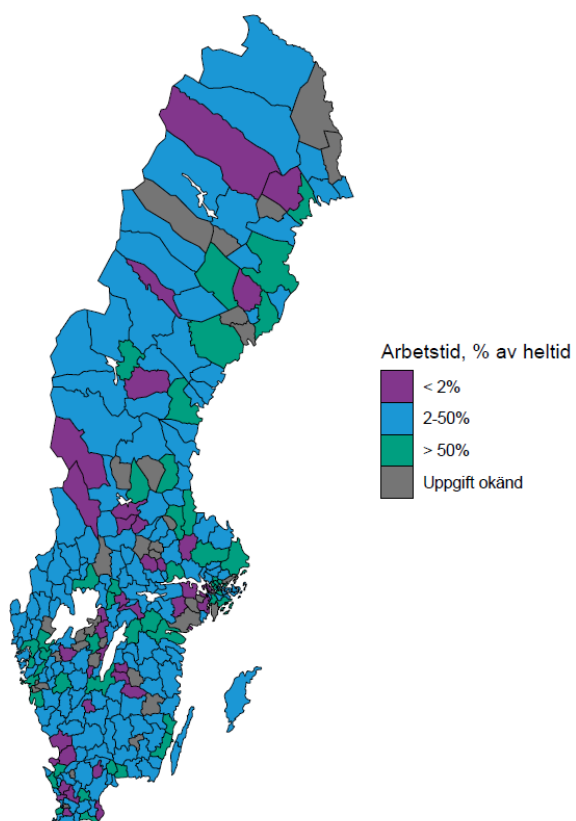
Jämlikhet i det lokala ANDT-förebyggande arbetet i Sverige

För att synliggöra ojämlikhet i hälsa behöver vi kunskap om ojämlikheter i flera olika ANDT-avseenden bland annat genom att analysera skillnader i bruk och skador. Men vi behöver också synliggöra eventuella ojämlikheter i insatser för att förebygga eller behandla ANDT-relaterad ohälsa.

Precis som vi känner till att det finns skillnader i ANDT-relaterade hälsoutfall vet vi att det finns grundläggande skillnader mellan kommuner i befolkningsstorlek, geografisk täthet, närhet till större orter och socioekonomi. Därför har vi i Sverige ett system för kostnadsutjämning mellan kommuner som syftar till att skapa mer likvärdiga ekonomiska förutsättningar för alla kommuner och regioner så att de ska kunna ge invånarna service oberoende av opåverkbara, strukturella förhållanden (5). Ett par aktuella svenska studier har visat på en sämre folkhälsa i kommuner som är små till befolkningsstorlek jämfört med större kommuner. Små kommuner uppvisade en sämre utveckling vad gäller självskattad hälsa, riskabel alkoholkonsumtion och tobaksbruk (6) men också för konsumtion och skador av alkohol och tobak (7). Samtidigt visade studierna att det inte var befolkningsstorlek som hade störst betydelse för folkhälsoutfallet, utan istället olika socioekonomiska förhållanden i kommunerna exempelvis med avseende på ålder, utbildning och förankring i arbetsliv (6, 7).

Kartan (figur 1) nedan illustrerar att det ANDT-förebyggande arbetet varierar i hög grad i Sverige. Kartan bygger på data från Länsrapportens undersökning 2017 och avser hur mycket arbetstid kommunerna avsatte för övergripande samordning och planering av det ANDT-förebyggande arbetet i kommunen. Kartan visar att 39 kommuner lade mindre än 2 procent av en heltidstjänst på samordning av det ANDT-förebyggande arbetet i kommunen medan 167 kommuner lade mellan 2 och 50 procent av en heltidstjänst och 49 av kommunerna lade mer än en halvtid. Analyser av data från undersökningen visar att det var en högre aktivitetsnivå och bättre struktur för det förebyggande arbetet i de kommuner som avsatte mer än en halvtid för övergripande samordning och planering, jämfört med de kommuner som avsatte mindre arbetstid för detta (8).

Figur 1. Arbetstid för övergripande samordning och planering av det ANDT-förebyggande arbetet i kommunen under 2017.



Variationen i det ANDT-förebyggande arbetet kan bero på att kommunerna prioriterar olika på grund av olika utgångsläge avseende ANDT-relaterad ohälsa. För att kunna anlägga ett jämlikhetsperspektiv på det lokala arbetet när vi jämför kommunerna mot varandra krävs en analys där vi tar hänsyn till skillnader i risk- och skyddsfaktorer för ANDT-relaterad ohälsa, samt användning och skador.

Syfte och frågeställningar

Det övergripande syftet med denna studie är att bidra till kunskapen om hur det ANDT-förebyggande arbetet kan utformas för att i förlängningen minska ANDT-relaterad ojämlikhet i hälsa.

Det ANDT-förebyggande arbetet varierar i hög grad i Sverige. Analyserna i denna studie syftar till att hitta förklaringar till variationen mellan kommuner. Därutöver vill vi undersöka om det finns kommuner som kan ha ett ANDT-förebyggande arbete med hög kvalitet enligt den europeiska modellen för drogförebyggande arbete med hög kvalitet (European Drug Prevention Quality Standards, EDPQS), trots ett mer utsatt utgångsläge med avseende på sociodemografiska förhållanden.

Frågeställningarna är:

1. Hur fördelar sig olika sociodemografiska förhållanden i landets kommuner?
2. I relation till sociodemografiska förhållanden, hur varierar
 - a. riskfaktorn att sakna behörighet till gymnasiet för framtida ANDT-relaterad ohälsa i kommuner
 - b. skador av alkohol, narkotika och tobak i kommuner?
3. Hur varierar det lokala ANDT-förebyggande arbetet i relation till sociodemografiska förhållanden?
4. Är skillnader i kommunernas ANDT-förebyggande arbete motiverat utifrån nivå på riskfaktor och skador?
5. Finns det kommuner som har ett strukturerat förebyggande arbete med hög kvalitet trots mer utsatt sociodemografisk situation?

Metod och material

Länsrapportens undersökning

I denna rapport utgår vi från uppgifter som samlats in genom delenkäten om kommunernas ANDT-förebyggande arbete, vilken ingår i Folkhälsomyndighetens årliga webbaserade undersökning kallad Länsrapportens undersökning.

Undersökningen är ett verktyg för att följa upp hur den nationella politiken inom ANDT-området, inklusive tillsynsarbetet, genomförs på regional och lokal nivå.

Länsrapportens undersökning är en totalundersökning som vänder sig till landets samtliga 21 länsstyrelser och 290 kommuner.

I undersökningen svarar anställda på länsstyrelserna och i kommunerna på frågor om de organisatoriska förutsättningarna för det ANDT-förebyggande arbetet och arbetet med tillsyn enligt alkohollagen och tobakslagen, samt om insatser och aktiviteter inom ramen för det arbetet. För den som vill se alla frågorna i undersökningarna och få information om genomförandet av undersökningen hänvisar vi till [presentationen av Länsrapportens undersökning](#) på Folkhälsomyndighetens webbplats.

Revideringar av frågeunderlaget och jämförbarhet över tid

En större revidering av frågorna gjordes inför undersökningen 2016.

Utgångspunkten var att regeringen lanserade en förnyad nationell strategi för ANDT-området. Undersökningen behövde därmed revideras för att fånga upp de förändringar som var gjorda i strategin.

I analyserna ingår uppgifter från 2016 och 2017 års undersökningar.

Jämförbarheten av uppgifter är god då inga betydande förändringar har gjorts av frågorna i vårt urval för analyser efter 2016.

Svarsfrekvenser i undersökningen

Den totala svarsfrekvensen i Länsrapportens undersökning är hög. Av tabellen nedan framgår svarsfrekvenserna för de delenkäter som ingår i Länsrapportens undersökning för verksamhetsåren 2016–2017.

Tabell 1. Svarefrekvenser (%) för delenkäterna i Länsrapportens undersökning för verksamhetsåren 2016–2017.

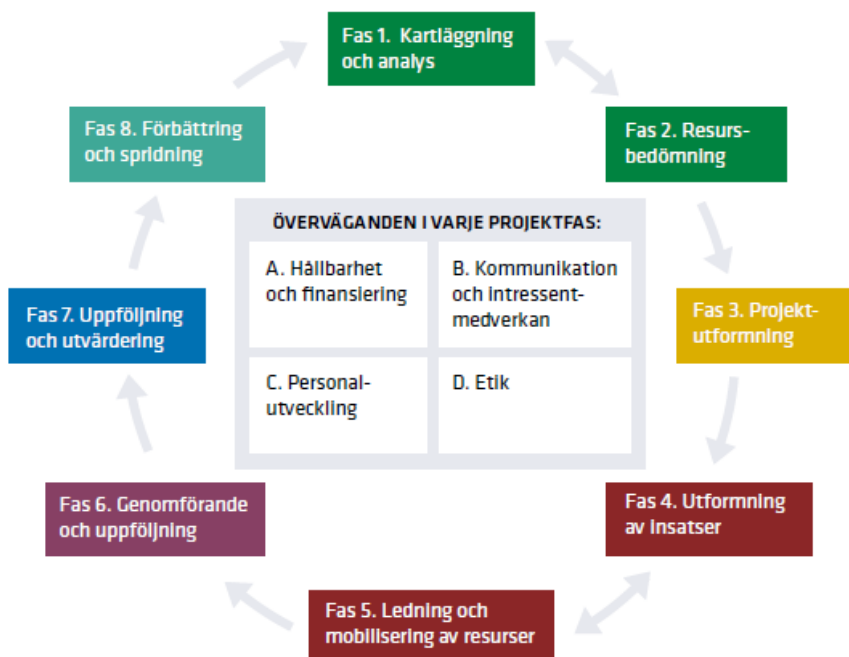
| Delenkät | 2016 | 2017 |
|---|-------------|-------------|
| Kommunens tillståndsprövning och tillsyn över servering av alkoholdrycker | 98 | 97 |
| Kommunens tillsyn över detaljhandel med folköl | 96 | 97 |
| Kommunens tillsyn över detaljhandel med tobaksvaror | 94 | 98 |
| Kommunens tillsyn över rökfria miljöer | 95 | 96 |
| Kommunens ANDT-förebyggande arbete | 94 | 93 |
| Storstadskommun ANDT | 100 | 100 |
| Stadsdel ANDT | 86 | 48 |
| Länsstyrelsen – alkoholtillsyn | 100 | 100 |
| Länsstyrelsen – tobakstillsyn | 100 | 100 |
| Länsstyrelsen – ANDT-samordning | 100 | 100 |

Urval av frågor från Länsrapportens undersökning genom EDPQS

En europeisk kvalitetsstandard för drogförebyggande arbete (European Drug Prevention Quality Standards, EDPQS) presenterar för första gången en struktur för drogförebyggande arbete med hög kvalitet i en europeisk kontext.

Folkhälsomyndigheten har tagit fram en [snabbguide till EDPQS](#) i syfte att ge vägledning och praktiska råd i hur ett drogförebyggande arbete kan bedrivas på ett kvalitetssäkrat sätt. Denna struktur för förebyggande arbete har fungerat som utgångspunkt i urvalet av frågor från Länsrapportens undersökning för våra analyser. EDPQS är organiserad kronologiskt i en projektcykel med åtta projektfaser, se figur 2. För varje fas har vi frågor ur Länsrapportens undersökning som svarar mot efterfrågade komponenter i den fasen. Totalt ingår 18 frågor (inklusive indexerade frågor), fördelade på de åtta faserna, för att redovisa kommunernas ANDT-förebyggande arbete. Av bilaga 2 framgår vilka frågor ur Länsrapportens undersökning som ingår i urvalet.

Figur 2. De åtta projektfaserna och fyra återkommande överväganden i den europeiska manualen för drogförebyggande arbete (EDPQS).



Sociodemografiska variabler

I analyserna ingår sex undersökningsvariabler för att belysa kommunernas förutsättningar utifrån demografiska förhållanden och socioekonomi. Dessa variabler har valts för att hitta förklaringar till varför det ANDT-förebyggande arbetet varierar mellan kommunerna. Vi har gjort ett urval av sociodemografiska variabler som utgår från målområdena i folkhälsopolitikens målområdesstruktur och avspeglar viktiga faktorer för en god och jämlik hälsa (1). I rapporten benämner vi samlat dessa undersökningsvariabler som kommunernas sociodemografiska förhållanden. Vi har analyserat kommunernas ANDT-förebyggande arbete enligt Länsrapportens undersökning i förhållande till:

- andel i befolkningen med eftergymnasial utbildning (tre år eller längre) (9)
- hushållens mediannettoinkomst (10)
- befolkningsstorlek (11)
- andel öppet arbetslösa i befolkningen (12)
- andel valdeltagande 2014 i befolkningen (13)
- andel unga (0–24 år) i befolkningen (11).

I rapporten kommer vi i många fall benämna dessa undersökningsvariabler utbildning (även eftergymnasial utbildning), inkomst, befolkningsstorlek (i tabeller också befolkning), arbetslöshet, valdeltagande och andel unga. För varje undersökningsvariabel har kommunerna delats in i tre kategorier utifrån utfallet för varje undersökningsvariabel enligt följande:

- Låg – Kommuner upp till 25:e percentilen, 72 kommuner.
- Medel – Kommuner mellan 25:e och 75:e percentilen, 143 kommuner.
- Hög – Kommuner från 75:e percentilen, 72 kommuner.

Indelningen i percentiler gör att antalet kommuner i respektive kategori alltid är detsamma. Däremot kan de specifika kommuner som hamnar i en viss kategori variera beroende på vilken variabel som analyseras.

Analys och resultatredovisningar som ingår i denna rapport omfattar 287 av landets 290 kommuner. Storstadskommunerna Stockholm, Göteborg och Malmö ingår inte i analyserna, då dessa kommuner inte svarar på samma frågor i Länsrapportens undersökning som övriga kommuner.

Variabler för befintlig och framtida ANDT-relaterad ohälsa

För att klargöra om skillnaderna i det hälsofrämjande och förebyggande ANDT-arbetet är ojämlika har vi analyserat skillnader mellan kommuner när det gäller en riskfaktor för ANDT-relaterad ohälsa och flera skador kopplade till alkohol, narkotika och tobak.

Skolrelaterade faktorer såsom en positiv relation till skolan, engagemang, resultat och frånvaro har identifierats som skydds- respektive riskfaktorer för framtida ANDT-relaterad ohälsa (14). I vår analys använder vi därför andelen *behöriga till gymnasiet* som en riskfaktor för framtida ANDT-relaterad ohälsa. Vi har i detta sammanhang analyserat:

- Behörig till yrkesprogram på gymnasiet, andel avgångselever åk 9 vårterminen 2017 med behörighet (15).

Urvalet av data för skador relaterade till alkohol, narkotika och tobak bygger på tillgången till uppgifter på kommunnivå, vilket begränsar våra möjligheter utifrån etiska och statistiska skäl. Vi väljer att här definiera dessa skador som antal *vårdade i alkoholrelaterade sjukdomar*, antal *döda i alkoholrelaterade sjukdomar*, antal *döda i narkotikarelaterade sjukdomar*, antal *döda i lungcancer* samt antal *döda i KOL* (kroniskt obstruktiv lungsjukdom).

- Läkemedels- och narkotikaförgiftningar, dödlighet, antal per 100 000 invånare (16).
- Alkoholrelaterade sjukdomar, antal vårdade per 100 000 invånare (17).
- Alkoholindex, dödlighet, antal per 100 000 invånare (18).
- Lungcancer, dödlighet, antal per 100 000 invånare, underliggande eller bidragande orsak (19).
- KOL (kroniskt obstruktiv lungsjukdom), dödlighet, antal per 100 000 invånare (20).

Statistiska analyser

Regressionsanalyser – oddskvoter och koefficienter

I den statistiska analysen av kommunernas ANDT-förebyggande arbete i relation till frågor i Länsrapportens undersökning används mixade regressionsmodeller. I analysen ingår att se på skillnader mellan olika kategorier av kommuner indelade såsom beskrivs ovan (se rubriken Sociodemografiska variabler) i låg, medel eller hög. I de fall där utfallsvariabeln har två alternativ, till exempel ja och nej, används en logistisk mixad modell där resultaten presenteras i form av oddskvoter. När utfallet består av en kontinuerlig variabel som till exempel antal årsarbetskrafter har en så kallad normal mixad modell använts. Resultaten är i dessa fall presenterade som koefficienter.

Det vanligaste måttet på samband i en logistisk regressionsmodell är oddskvot. Oddskvoter (OR, eng. odds ratio) används för att skatta samband mellan variabler, om utfallsvariabeln består av två kategorier. Ett odds är sannolikheten att någonting ska inträffa, delat med sannolikheten att det inte ska inträffa. En oddskvot i sin tur är kvoten mellan två odds (oddstal). En oddskvot med värdet 1 innebär ingen skillnad mellan de kategorier som jämförs. När en kategori har en oddskvot som är större än 1 har den kategorin en större risk, jämfört med en referensgrupp (i våra analyser är kategori medel alltid referensgrupp).

Multivariabel linjär regressionsanalys – B-koefficient

För att undersöka olika sociodemografiska variablers effekt på riskfaktorn för ANDT (att sakna behörighet till gymnasiet) och skador av alkohol, narkotika och tobak har vi använt en multivariabel regressionsanalys. Analysen ger ett resultat i form av en så kallad B-koefficient. B-koefficienten ska förstås som ett värde som beskriver en undersökningsvariablers (oberoende variabel) effekt på utfallet (beroende variabel) under kontroll för övriga undersökningsvariabler. I rapportens resultatredovisning har vi valt att presentera effekt som samband mellan sociodemografiska förhållanden och utfall.

P-värde, konfidensintervall och signifikans

Utöver oddskvoter eller koefficienter får vi i analyserna också ett konfidensintervall och p-värde som en skattning på precision och statistisk signifikans. Ett 95 procents konfidensintervall motsvarar ett intervall som med 95 procents sannolikhet förväntas täcka det faktiska (sanna) värdet på oddskvoten eller koefficienten. P-värdet ger sannolikheten för att det skattade värdet inte visar någon skillnad mellan kategorierna, det vill säga att oddskvoten är 1 eller att koefficienten är 0. En vanligt förekommande gräns för att avgöra om det är en signifikant skillnad är om p-värdet är mindre än 0,05.

P-värdet, eller signifikansnivån, är viktigare vid urvalsundersökningar därför att vi vill kunna uttala oss om hela populationen trots att vi bara analyserat ett slumpmässigt urval. I föreliggande analyser ingår hela populationen, eftersom det

är en totalundersökning, därutöver är svarsfrekvenserna så höga att vi har uppgifter för nästan alla enheter som ingår i populationen. De resultat vi får i analyserna avser därför hela populationen, och signifikans såsom vi tolkar den i urvalsundersökningar blir inte applicerbar.

Korrelation

Vi beräknade linjära korrelationskoefficienter (Pearsons korrelationskoefficient) mellan sociodemografiska undersökningsvariabler för att undersöka om det finns en samvariation mellan de sociodemografiska variablerna (t.ex. andel unga, valdeltagande, utbildning). Korrelationskoefficienten kan anta ett värde mellan -1 och 1 där ett värde på 1 motsvarar en perfekt positiv linjär korrelation, vilket innebär att ett högt värde på en variabel är förenligt med ett högt värde på en annan variabel. En korrelationskoefficient med värde -1 sägs vara en perfekt negativ linjär korrelation, vilket innebär att ett högt värde på den ena variabeln motsvaras av ett lågt värde på den andra variabeln. Till exempel är utbildning positivt korrelerat med inkomst, vilket innebär att en hög andel i befolkningen med eftergymnasial utbildning är kopplat till högre mediannettoinkomst för hushållen. Däremot är arbetslöshet negativt korrelerat med inkomst, vilket innebär att hög andel öppet arbetslösa i befolkningen är kopplat till lägre mediannettoinkomst för hushållen. I rapporten använder vi samband synonymt med korrelation i resultatskrivningar och för övrigt.

Narrativ analys av data

Som vi beskriver ovan har vi utgått från EDPQS i urvalet av data från Länsrapportens undersökning. Dessa data utgör underlaget för att beskriva, analysera och jämföra det ANDT-förebyggande arbetet i landets kommuner. För att undersöka om det finns ett samband mellan det ANDT-förebyggande arbetet och sociodemografiska förhållanden har vi alltså, som beskrivs ovan, delat in kommunerna i kategorier och sedan analyserat skillnaderna mellan kategorier av kommuner. Resultaten består i en stor mängd oddskvoter och estimat. I de vidare analyserna summerar vi sedan resultat från dessa regressionsanalyser (oddskvoter och estimat) med fokus främst på om resultatet är sämre för kategori låg eller hög jämfört med vår referens som alltid är medel. Samtliga resultat som ingår i redovisningen finns i tabellerna 1–4 i bilaga 1.

För att kunna svara på frågan om skillnader mellan olika kategorier av kommuner speglar en ojämlikhet i det förebyggande arbetet visar vi utfall både före och efter justering för riskfaktorn ”att sakna behörighet till gymnasiet” och för skador av alkohol, narkotika och tobak. Vi beskriver resultat från analyserna i termer av ett bättre eller sämre utfall jämfört med referensen medel. Ett utfall som är bättre eller sämre ska förstås som att oddskvoten är större än 1 respektive mindre än 1. På motsvarande sätt om resultatet är ett estimat då är ett bättre utfall större än 0 och ett sämre utfall mindre än 0. De resultat där vi uppfattar att det inte finns någon skillnad har avgränsats till intervallet 0,95–1,05 för oddskvoter och -0,05–0,05 för estimat.

Resultat

Hur fördelar sig olika sociodemografiska förhållanden i landets kommuner?

Analyserna som gjorts av det ANDT-förebyggande arbetet för att undersöka skillnader mellan kommuner utgår från en indelning av 287 kommuner i tre kategorier, låg, medel och hög, för varje undersökningsvariabel. I tabell 2 redovisas spridningen i andelar eller antal för de sex sociodemografiska undersökningsvariablerna: utbildning, inkomst, befolkningsstorlek, arbetslöshet, valdeltagande och andel unga. Här framgår minimum, maximum och median samt 25:e och 75:e percentilen. De två sistnämnda utgör gränserna för indelningen av kommunerna i kategorierna låg, medel och hög.

Tabell 2. Spridning inom respektive undersökningsvariabel för kommuner i Sverige. Stockholm, Göteborg och Malmö är exkluderade.

| Undersökningsvariabel | Min | 25:e | Median | 75:e | Max |
|-------------------------------------|-------|-------|--------|--------|---------|
| Andel eftergymnasial utbildning (%) | 9,8 | 13,8 | 17,0 | 22,1 | 57,0 |
| Hushållens mediannettoinkomst (tkr) | 267,1 | 307,0 | 330,8 | 358,8 | 655,7 |
| Befolkningsmängd (antal) | 2 453 | 9 923 | 15 687 | 34 056 | 217 237 |
| Andel öppet arbetslösa (%) | 4,9 | 9,7 | 11,9 | 14,0 | 20,2 |
| Andel valdeltagande (%) | 70,4 | 84,5 | 86,0 | 87,4 | 92,9 |
| Andel unga (0–24 år) (%) | 21,1 | 26,3 | 27,8 | 29,8 | 35,7 |

Störst spridning av andelar och antal ser vi inom kategori hög (från 75:e percentilen) när det gäller utbildning, inkomst och befolkningsstorlek, samt inom kategori låg (upp till 25:e percentilen) avseende valdeltagande. När det gäller inkomst skiljer det nästan 300 000 kronor mellan de två kommuner som har den lägsta respektive högsta mediannettoinkomsten för hushållen inom kategori hög. Inom kategori låg och medel är spridningen mycket mindre, cirka 40 000 kronor för kommuner i kategori låg och 50 000 kronor för kommuner i kategori medel. Notera att detta inte säger något om spridningen inom en kommun vad avser hushållens nettoinkomst.

Tabell 3 redovisar att det finns ett samband (korrelation) mellan undersökningsvariablerna, vilken är olika stark beroende på vilka variabler vi undersöker. Starkast positiva samband finns mellan utbildning och inkomst (0,720) på så sätt att en hög andel i befolkningen med eftergymnasial utbildning korrelerar med en hög mediannettoinkomst för hushållen. Det finns också ett starkt positivt samband mellan inkomst och andelen unga (0,680), där en stor andel unga i befolkningen korrelerar med en hög mediannettoinkomst för hushållen. Ytterligare ett starkt och positivt samband ser vi mellan utbildning och befolkning (0,603), vilket innebär att andelen i befolkningen med eftergymnasial utbildning samvarierar med befolkningsstorleken. Det starkaste negativa sambandet finns mellan arbetslöshet och inkomst (-0,706), och här innebär den att en hög andel öppet arbetslösa i befolkningen ger en låg mediannettoinkomst för

hushållen. Även mellan arbetslöshet och valdeltagande finns ett negativt samband (-0,600) där valdeltagandet minskar när arbetslösheten ökar. Svagast samband finns mellan arbetslöshet och befolkningsstorlek samt mellan valdeltagande och befolkningsstorlek. Notera att ett samband inte säger något om ett eventuellt orsakssamband, det vill säga i vilken riktning av påverkan som sambandet går.

Tabell 3. Korrelationer* mellan undersökningsvariabler bland kommuner i Sverige. Stockholm, Göteborg och Malmö är exkluderade.

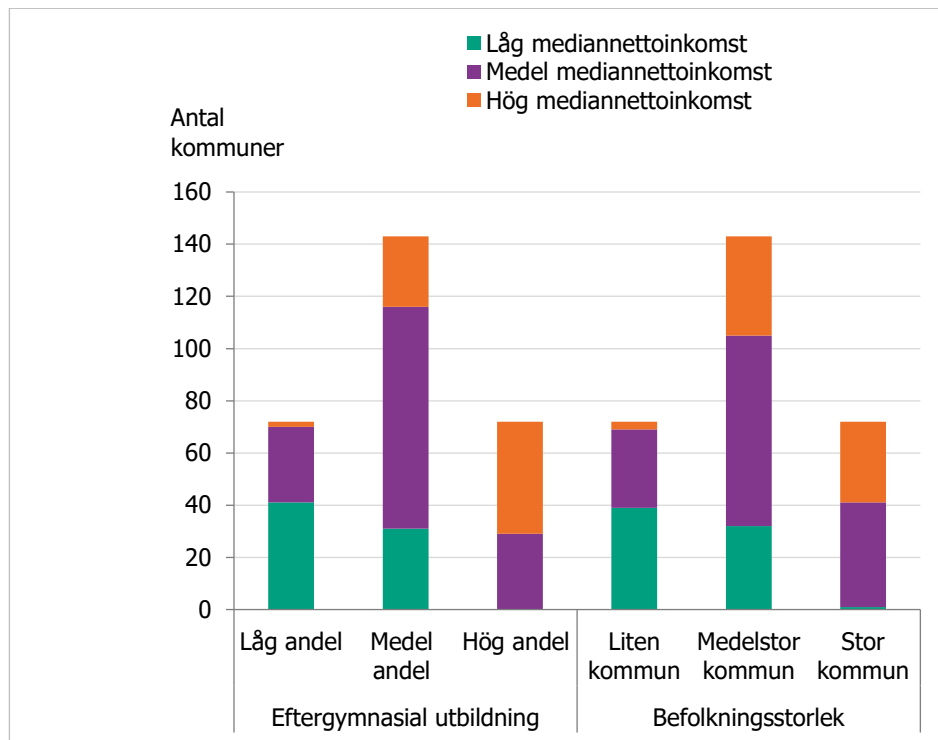
| | Utbildning | Arbetslöshet | Inkomst | Andel unga | Valdeltagande | Befolkning |
|---------------|-------------------|---------------------|----------------|-------------------|----------------------|-------------------|
| Utbildning | 1 | -0,531 | 0,720 | 0,588 | 0,495 | 0,603 |
| Arbetslöshet | | 1 | -0,706 | -0,334 | -0,600 | -0,120 |
| Inkomst | | | 1 | 0,680 | 0,580 | 0,226 |
| Andel unga | | | | 1 | 0,337 | 0,455 |
| Valdeltagande | | | | | 1 | 0,115 |
| Befolkning | | | | | | 1 |

*I tabellen visas linjära korrelationskoefficienter som ett mått på korrelation (samband) mellan variabler.

Överlapp mellan kategorier av kommuner

Figur 3 presenterar hur kommuner i kategorierna låg, medel och hög sammanfaller för inkomst och utbildning respektive inkomst och befolkningsstorlek. Det framkommer att utbildning och inkomst samt utbildning och befolkningsstorlek följer varandra relativt väl, så att till exempel i kommuner med en hög andel i befolkningen med eftergymnasial utbildning har hushållen i större utsträckning en hög mediannettoinkomst, jämfört med kommuner med en medelstor eller liten andel i befolkningen med eftergymnasial utbildning. Mönstret är liknande när det gäller befolkningsstorlek i relation till inkomst, men med den skillnaden att i de största kommunerna är det en större andel hushåll som har en medelhög mediannettoinkomst och fler av kommunerna med de högsta mediannettoinkomsterna för hushållen återfinns i de medelstora kommunerna.

Figur 3. Fördelning av inkomstnivåer i kategorierna låg, medel och hög utifrån andel i befolkningen med eftergymnasial utbildning och befolkningsstorlek.



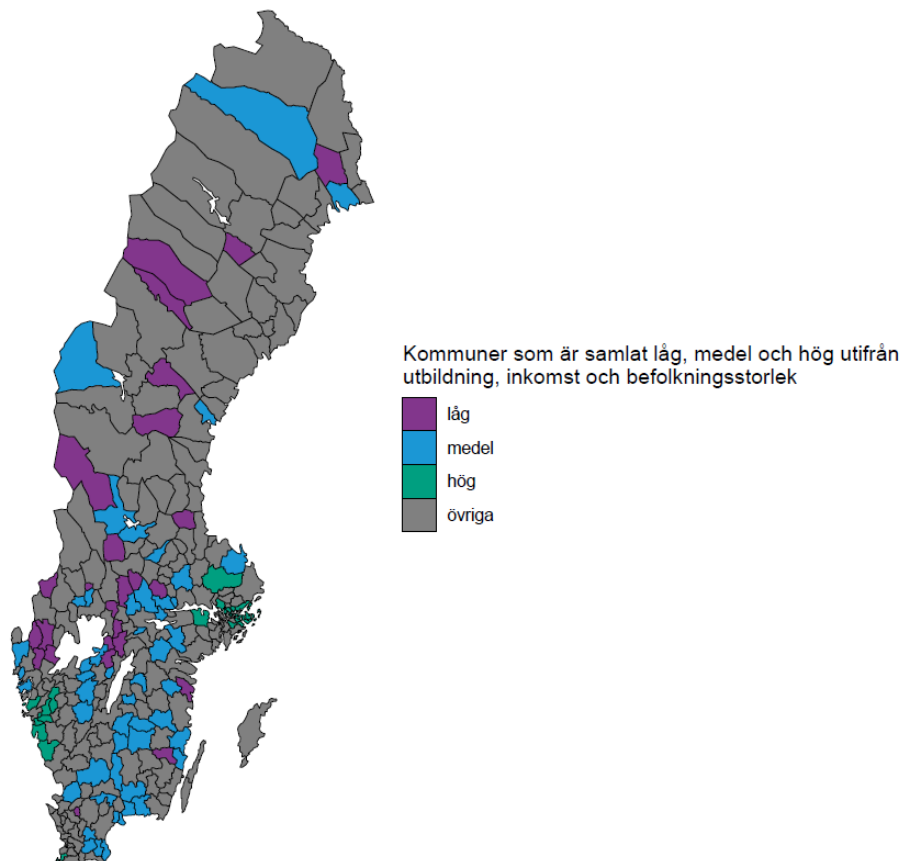
Av de 287 kommuner som ingår i analyserna är det drygt en tredjedel (35 procent) där kommunerna sammanfaller i kategorierna låg, medel eller hög utifrån de tre undersökningsvariablerna utbildning, inkomst och befolkningsstorlek. Det är 26 kommuner, vilket motsvarar 9 procent av alla kommuner, som alla är kategori låg i alla tre undersökningsvariablerna, det vill säga att det är en liten kommun befolkningsmässigt, att mediannettoinkomsten för hushållen i kommunen är liten och att det är en liten andel av kommunens befolkning som har en eftergymnasial utbildning. Det är 51 kommuner, eller 18 procent, som är samlat medel. Slutligen är det 23 kommuner, eller 8 procent, som är samlat hög utifrån utbildning, inkomst och befolkningsstorlek.

I de kommuner som är samlat låg, medel och hög följer övriga undersökningsvariabler samma mönster. Det innebär att i de kommuner som är samlat låg utifrån utbildning, inkomst och befolkningsstorlek återfinns också den högsta andelen öppet arbetslösa, det lägsta valdeltagandet och den minsta andelen unga i befolkningen. På motsvarande sätt finns den lägsta andelen öppet arbetslösa, det högsta valdeltagandet och den största andelen unga i befolkningen i de kommuner som är samlat hög utifrån utbildning, inkomst och befolkningsstorlek.

Av kartan (figur 4) framgår var dessa kommuner som är samlat låg, medel eller hög befinner sig geografiskt i landet. Samtliga av de kommuner som är samlat hög återfinns i närheten av våra tre storstäder, och då främst Stockholm och Göteborg. De kommuner som är samlat låg finns i hela landet men framför allt i de delar av landet som har mer av glesbygd. Kommuner som är samlat medel

finns också i hela landet men till övervägande del i mellersta och södra Sverige. Majoriteten, knappt två tredjedelar av kommunerna, har en mer blandad sammansättning av de sociodemografiska förhållandena.

Figur 4. Geografisk fördelning över de kommuner som är samlad låg, medel och hög utifrån andel med eftergymnasial utbildning, hushållens mediannettoinkomst och befolkningsstorlek.



I rapportens avslutande resultatdel återvänder vi till de kommuner som är samlad låg utifrån utbildning, inkomst och befolkningsstorlek, för att närmare undersöka det ANDT-förebyggande arbetet i de kommuner som har ett mer utsatt utgångsläge vad avser sociodemografiska förhållanden.

Kommunernas sociodemografiska förhållanden i relation till befintlig och framtida ANDT-relaterad ohälsa

Riskfaktor för framtida ANDT-relaterade skador

Tabell 4 presenterar sambandet mellan kommunernas sociodemografiska förhållanden och riskfaktorn att gå ut årskurs 9 utan behörighet till yrkesprogram på gymnasiet.

Det finns ett positivt samband mellan andel med eftergymnasial utbildning och andel med behörighet till gymnasiet, liksom mellan andel valdeltagande och

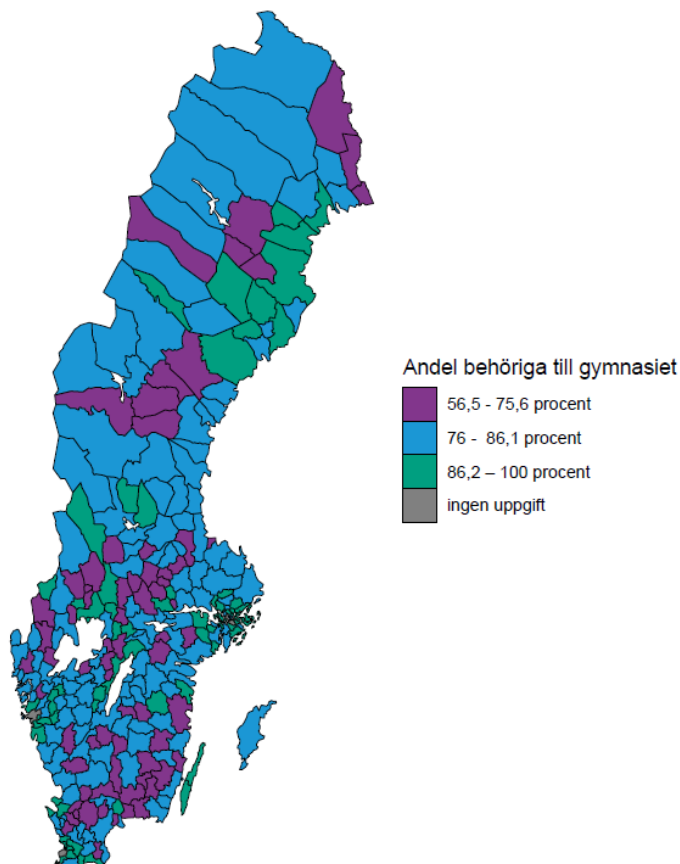
andel med behörighet till gymnasiet. Samband finns under kontroll för övriga variabler och innebär till exempel att andelen som har behörighet till gymnasiet ökar när andelen i befolkningen med eftergymnasial utbildning ökar. Det finns ett negativt samband mellan andel öppet arbetslösa och andel med behörighet till gymnasiet samt mellan andel unga och andel med behörighet till gymnasiet. Det innebär i det första fallet att då andelen öppet arbetslösa ökar minskar andelen med behörighet till gymnasiet.

Tabell 4. Multivariabel linjär regressionsanalys: behörighet till gymnasiet mot sociodemografiska förhållanden. Resultat presenteras med regressionskoefficient B.

| Andel | Andel med eftergymnasial utbildning | Andel öppet arbetslösa | Hushållens nettoinkomst tkr | Andel unga (20–24 år) | Andel valdeltagande 2014 | Befolkning, t invånare |
|---------------------------|-------------------------------------|------------------------|-----------------------------|-----------------------|--------------------------|------------------------|
| Behörighet till gymnasiet | 0,242 | -0,420 | 0,0003 | -0,406 | 0,298 | 0,020 |

Av kartan (figur 5) framgår hur andelen med behörighet till gymnasiet för avgångselever från årskurs 9 år 2017 fördelar sig över landets kommuner.

Figur 5. Geografisk fördelning av andel med behörighet till gymnasiet, avgångselever årskurs 9 vårterminen 2017.



Skador av alkohol, narkotika och tobak

Tabell 5 presenterar sambandet mellan sociodemografiska förhållanden och skador av alkohol, narkotika och tobak. Det framgår att det finns ett samband mellan arbetslöshet i kommunen och skador av alkohol, narkotika och tobak även när hänsyn tagits till övriga variabler. Sambandet är positivt, vilket innebär att när andelen öppet arbetslösa ökar så ökar också antalet vårdade eller döda i skador av alkohol, narkotika och tobak. Sambandet mellan utbildning och skador, liksom mellan andel unga och skador, är negativt och innebär att med ökande andel i befolkningen med eftergymnasial utbildning och med ökande andel unga i befolkningen minskar antalet skador. Den huvudsakliga riktningen mellan inkomst och befolkningsstorlek på skadorna är positiv, vilket innebär att med en ökande inkomst eller en ökande befolkning ökar också skadorna även om sambandet är svagt. Det finns också ett negativt samband mellan valdeltagande och vårdade enligt alkoholindex och döda enligt alkoholindex. Det innebär att för varje procent som valdeltagandet ökar, minskar antalet vårdade och döda.

Tabell 5. Multivariabel linjär regressionsanalys: Sambandet mellan skador av alkohol, narkotika och tobak och sociodemografiska förhållanden bland kommuner i Sverige. Resultat presenteras med regressionskoefficient B.

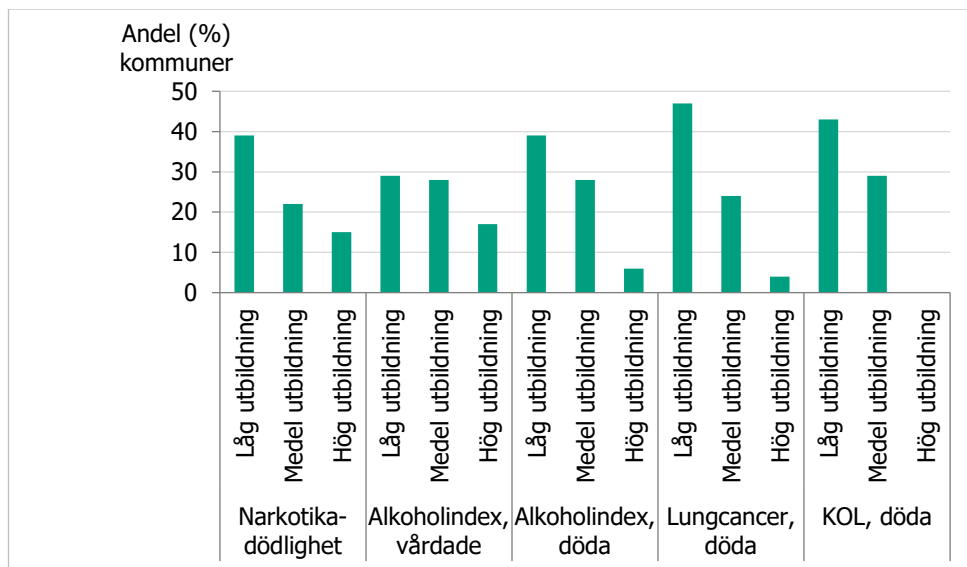
| Per 100 000 inv. | Andel med eftergymnasial utbildning | Andel öppet arbet slösa | Hushållens nettoinkomst, tkr | Andel unga (20–24 år) | Andel valdeltagande 2014 | Befolkning, t invånare |
|-----------------------|-------------------------------------|-------------------------|------------------------------|-----------------------|--------------------------|------------------------|
| Alkoholindex, vårdade | -3,180 | 5,015 | 0,503 | -7,005 | -6,470 | 0,430 |
| Alkoholindex, döda | -0,089 | 0,772 | 0,033 | -1,055 | -0,893 | -0,030 |
| Narkotika-dödlighet | -0,174 | 0,457 | 0,018 | -0,128 | 0,001 | 0,040 |
| Lungcancer, döda | -0,524 | 1,755 | 0,070 | -1,745 | 0,455 | 0,020 |
| KOL, döda | -0,321 | 2,007 | -0,035 | -2,660 | 0,041 | -0,100 |

Hur varierar skador av alkohol, narkotika och tobak i kommunerna?

Figur 6, 7 och 8 visar hur skador av alkohol, narkotika och tobak fördelar sig i kommuner i kategorierna låg, medel och hög utifrån utbildning, inkomst respektive befolkningsstorlek. Kommuner där hushållens mediannettoinkomst är liten, kommuner där en liten andel i befolkningen har en eftergymnasial utbildning och kommuner som är små befolkningsmässigt är överrepresenterade bland de kommuner som har de största skadorna av alkohol, narkotika och tobak.

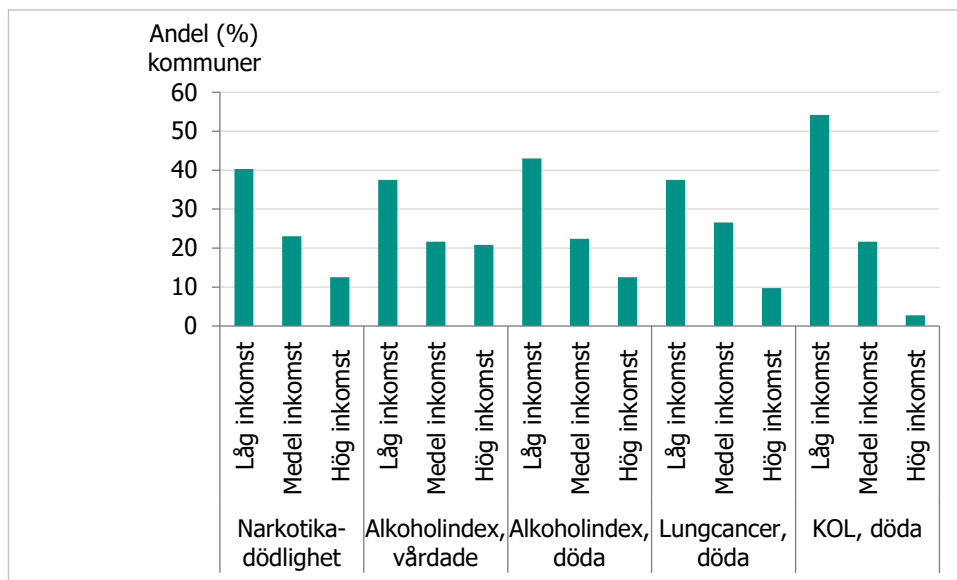
Det finns en tydlig gradient när det gäller utbildning och inkomst i förhållande till skadorna på så vis att skadorna är större i kommuner med en liten andel i befolkningen med eftergymnasial utbildning och i kommuner där hushållens mediannettoinkomster är låga, därefter minskar skadorna när andelen med eftergymnasial utbildning eller hushållens mediannettoinkomster ökar.

Figur 6. Andel kommuner med stor skada* av alkohol, narkotika och tobak inom respektive kategori låg, medel och hög utifrån andel i befolkningen med eftergymnasial utbildning.



*Skadorna har delats in i tre kategorier utifrån första och tredje kvartilen, vilket innebär att liten skada är de 25 % av kommunerna med det lägsta antalet vårdade (i alkoholrelaterade sjukdomar) eller döda (i alkoholrelaterade sjukdomar, narkotikarelaterade sjukdomar, lungcancer resp. KOL) per 100 000 invånare, och stor skada är de 25 % kommunerna med de högsta antalen. Medel skada är de återstående kommunerna vilka motsvarar 50 % av samtliga kommuner. I denna figur visas enbart andelen med stor skada.

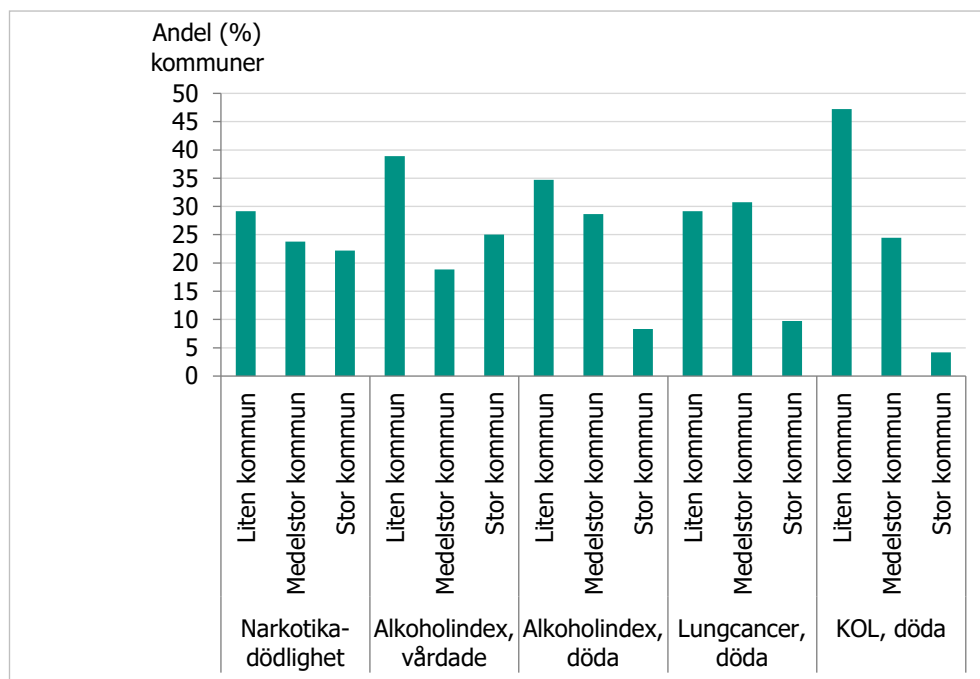
Figur 7. Andel kommuner med stor skada* av alkohol, narkotika och tobak inom respektive kategori låg, medel och hög utifrån hushållens mediannettoinkomst.



*Skadorna har delats in i tre kategorier utifrån första och tredje kvartilen, vilket innebär att liten skada är de 25 % av kommunerna med det lägsta antalet vårdade (i alkoholrelaterade sjukdomar) eller döda (i alkoholrelaterade sjukdomar, narkotikarelaterade sjukdomar, lungcancer resp. KOL) per 100 000 invånare, och stor skada är de 25 % kommunerna med de högsta antalen. Medel skada är de återstående kommunerna vilka motsvarar 50 % av samtliga kommuner. I denna figur visas enbart andelen med stor skada.

Om vi ser till befolkningsstorlek är den huvudsakliga riktningen att befolkningsmässigt små kommuner har större skador av alkohol, narkotika och tobak än medelstora och stora kommuner. Men jämfört med utbildning och inkomst har vi för befolkningsstorlek mindre skillnad mellan små och medelstora kommuner vad gäller narkotikadödlighet, alkoholindex (döda) och lungcancer (döda).

Figur 8. Andel kommuner med stor skada* av alkohol, narkotika och tobak inom respektive kategori låg, medel och hög utifrån kommunernas befolkningsstorlek.



*Skadorna har delats in i tre kategorier utifrån första och tredje kvartilen, vilket innebär att liten skada är de 25 % av kommunerna med det lägsta antalet vårdade (i alkoholrelaterade sjukdomar) eller döda (i alkoholrelaterade sjukdomar, narkotikarelaterade sjukdomar, lungcancer resp. KOL) per 100 000 invånare, och stor skada är de 25 % kommunerna med de högsta antalen. Medel skada är de återstående kommunerna vilka motsvarar 50 % av samtliga kommuner. I denna figur visas enbart andelen med stor skada.

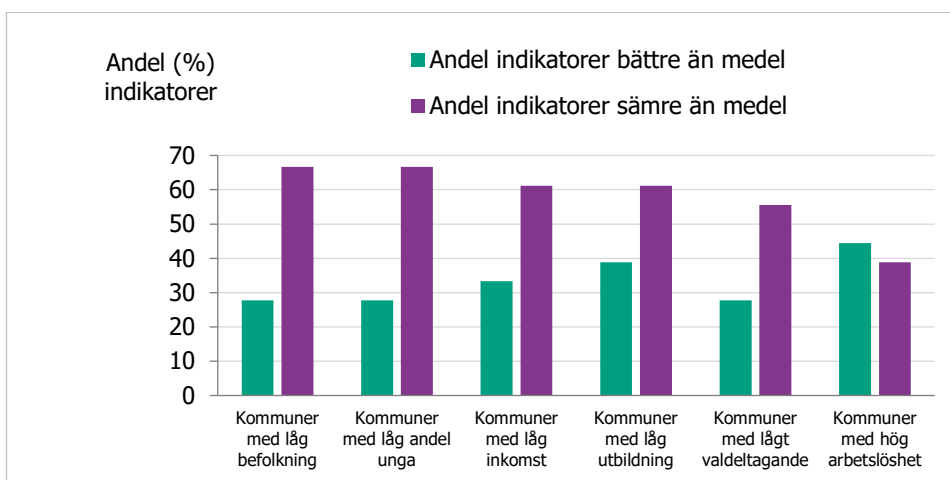
Lokalt ANDT-förebyggande arbete i relation till sociodemografiska förhållanden

Skador av alkohol, narkotika och tobak har en koppling till de sociodemografiska förhållandena i kommunerna. Avspeglar sig dessa skillnader även i kommunernas ANDT-förebyggande arbete? I detta avsnitt beskrivs det lokala hälsofrämjande och ANDT-förebyggande arbetet i kommunerna utifrån de tidigare beskrivna kategorierna låg, medel respektive hög för de sex undersökningsvariablerna: hushållens mediannettoinkomst, andel i befolkningen med eftergymnasial utbildning, befolkningsstorlek, andel valdeltagande, andel unga samt andel öppet arbetslösa. Totalt ingår 18 frågor (här benämnda indikatorer), fördelade på de åtta faserna i modellen EDPQS, för att redovisa kommunernas ANDT-förebyggande arbete.

Hur varierar det förebyggande arbetet i kommunerna?

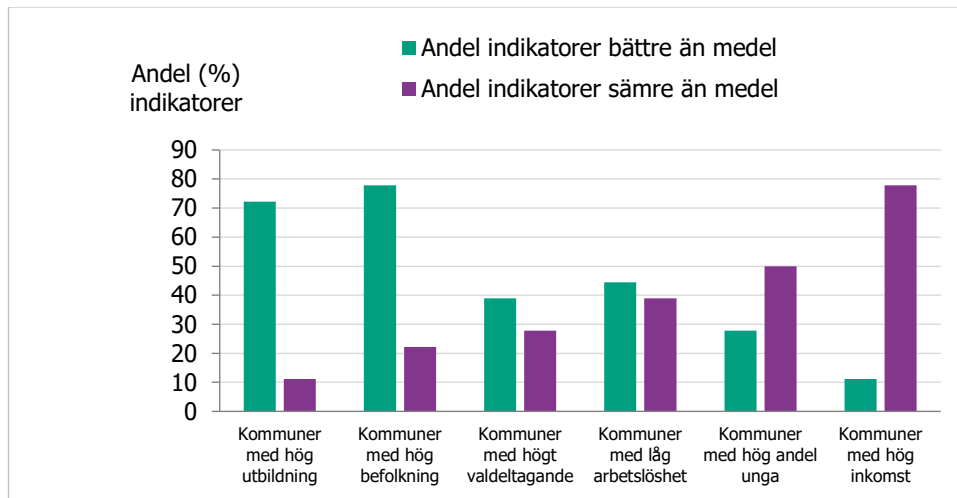
Figur 9 visar hur det förebyggande arbetet fördelar sig i kommuner i kategori låg jämfört med kommuner i kategori medel för alla sex sociodemografiska undersökningsvariabler. Kategori låg har ett generellt sämre utfall jämfört med medel för fem av sex undersökningsvariabler. För de kommuner där andelen öppet arbetslösa är störst är utfallet lika bra eller bättre för 11 av de 18 indikatorerna än för kommuner med en medelstor andel öppet arbetslösa.

Figur 9. ANDT-förebyggande arbete enligt EDPQS – andel (%) indikatorer som är bättre respektive sämre för kommuner i kategori låg jämfört med kommuner i kategori medel (referensgrupp) för alla undersökningsvariabler.



Figur 10 visar hur det förebyggande arbetet fördelar sig i kommuner i kategori hög jämfört med kommuner i kategori medel för samtliga sex sociodemografiska undersökningsvariabler. Kommuner med de högsta mediannettoinkomsterna för hushållen och den största andelen unga har ett sämre utfall för det ANDT-förebyggande arbetet i jämförelse med kommuner i kategori medel. I de största kommunerna och i kommuner med hög andel i befolkningen med eftergymnasial utbildning har vi ett bättre utfall jämfört med kommuner i kategori medel.

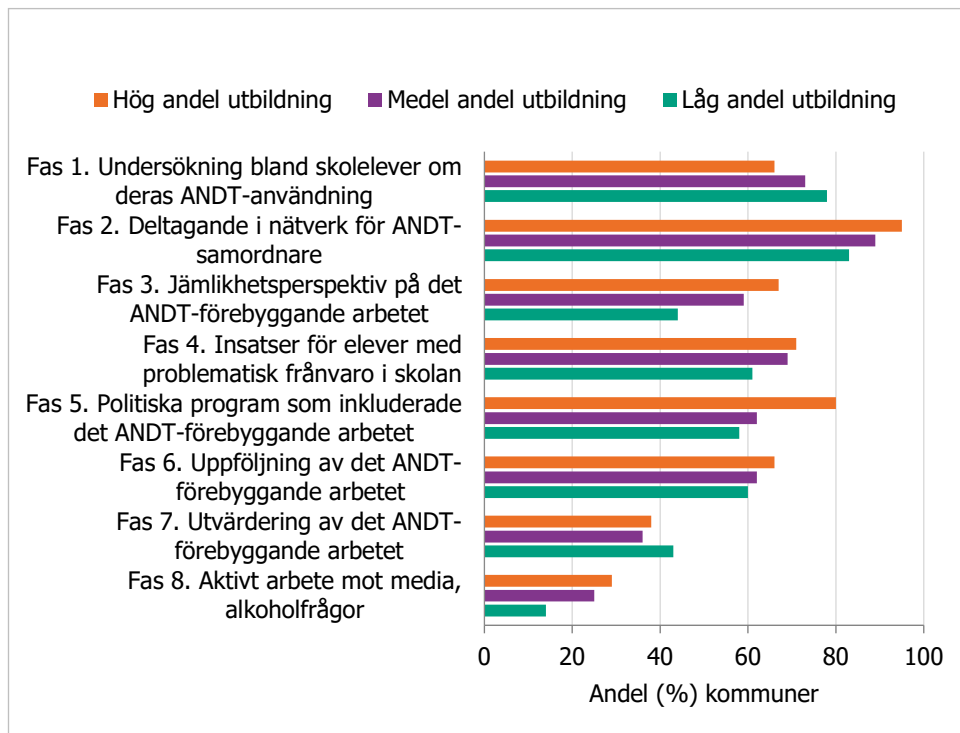
Figur 10. ANDT-förebyggande arbete enligt EDPQS – andel (%) indikatorer som är bättre respektive sämre för kommuner i kategori hög jämfört med kommuner i kategori medel (referensgrupp) för alla undersökningsvariabler.



I figurerna 11 och 12 redovisas ett urval frågor ur undersökningen, en för varje fas i EDPQS-modellen, utifrån andel i befolkningen med eftergymnasial utbildning (figur 11) respektive hushållens mediannettoinkomster (figur 12). Av figurerna framgår att för några komponenter i det ANDT-förebyggande arbetet är det inte så stora skillnader i andelar mellan kommuner i kategori låg, medel och hög, se till exempel uppföljning och utvärdering.

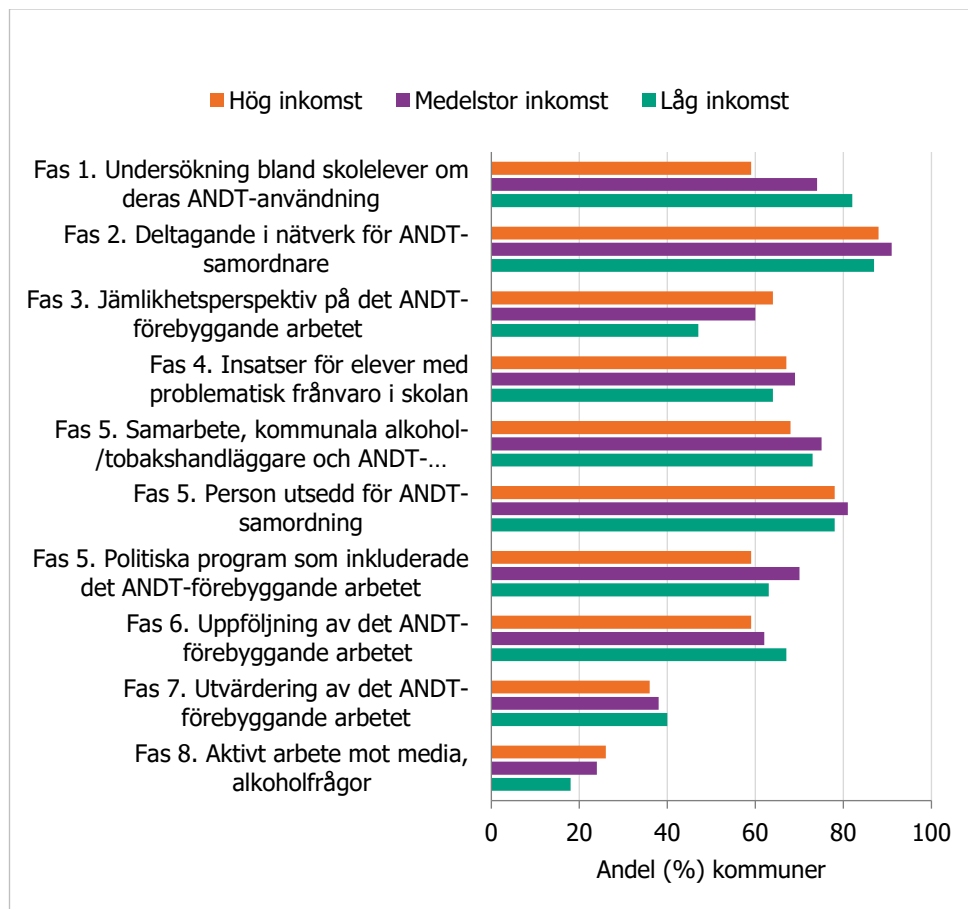
När det gäller skillnader mellan kommuner utifrån andel med eftergymnasial utbildning (figur 11) finns det ett tydligt mönster, där vi ser att andelarna för majoriteten av de ANDT-förebyggande komponenterna ökar när andelen med eftergymnasial utbildning ökar.

Figur 11. En jämförelse av ett urval delar i kommunernas ANDT-förebyggande arbete 2017, redovisat i andel kommuner. Kommunerna är indelade i kategorierna låg, medel och hög utifrån andelen i befolkningen med eftergymnasial utbildning.



Värt att notera är att för några komponenter är det inte alltid ett bättre utfall för kategori hög eller ett sämre utfall för kategori låg. Detta är extra tydligt om vi betraktar kommunerna utifrån hushållens mediannettoinkomster (figur 12), där kommuner med de högsta inkomsterna i flera av komponenterna visar ett sämre utfall än kommuner med de lägsta inkomsterna.

Figur 12. En jämförelse av ett urval delar i kommunernas ANDT-förebyggande arbete 2017, redovisat i andel kommuner. Kommunerna är indelade i kategorierna låg, medel och hög utifrån hushållens mediannettoinkomst.



Jämlikhetsperspektiv på lokalt förebyggande arbete

I det här avsnittet redovisar vi den bild av det förebyggande arbetet som framgår när vi analyserar skillnader mellan kommuner i kategori låg och kategori hög jämfört med medel, för var och en av de sociodemografiska undersökningsvariablerna. För att tydliggöra svaret på frågan om skillnader mellan olika kategorier av kommuner speglar en ojämlikhet i det förebyggande arbetet, visar vi utfall både före och efter justering för riskfaktorn ”att sakna behörighet till gymnasiet” och för skador av alkohol, narkotika och tobak.

Inledningsvis undersöker vi den övergripande bilden av det lokala förebyggande arbetet, det vill säga en sammanslagning av de indikatorer som ingår i respektive av de åtta faserna enligt EDPQS. Därefter analyserar vi närmare de faser där skillnaderna mellan kommuner i kategori låg respektive hög jämfört med medel framgår tydligast.

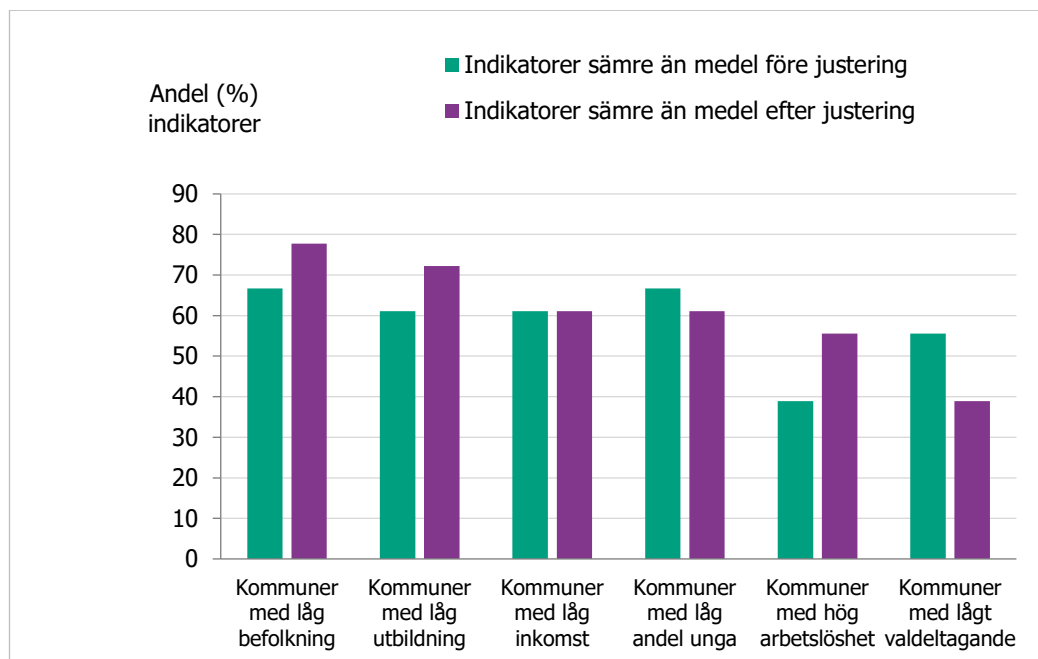
Skillnader mellan kommuner i kategori låg och medel

När vi justerar för riskfaktor och skador ser vi ett ännu sämre utfall mätt i ANDT-förebyggande arbete bland kommuner i kategori låg jämfört med medel för

undersökningsvariablerna befolkningsstorlek, utbildning och arbetslöshet (figur 13). Utifrån andel unga och inkomst ser vi sammantaget inga större förändringar mellan ojusterade och justerade utfall när vi samtidigt beaktar indikatorer som är sämre och bättre än medel. Däremot får vi för valdeltagande och andel unga efter justering ett bättre utfall, genom att antalet indikatorer som är sämre än medel minskar, för kategori låg jämfört med medel, det vill säga skillnaderna i det ANDT-förebyggande arbetet minskar mellan dessa kommuner.

I en jämförelse mellan ojusterade resultat och resultat som justerats för riskfaktorn behörighet till gymnasiet och för skador av alkohol, narkotika och tobak är den sammantagna riktningen att skillnaderna ökar mellan kommunerna i kategori låg och medel. Efter justering antingen ökar antalet oddskvoter som pekar på ett sämre utfall för det ANDT-förebyggande arbetet för kommuner i kategori låg jämfört med medel, eller så minskar antalet oddskvoter som pekar på ett bättre utfall. De skillnader som kvarstår efter justering kan alltså inte förklaras av skillnader i nivåer av risk och skador.

Figur 13. ANDT-förebyggande arbete enligt ED PQS – andel (%) indikatorer som är sämre för kommuner i kategori låg jämfört med kommuner i kategori medel (referensgrupp) för alla undersökningsvariabler, före och efter justering för risk och skador.

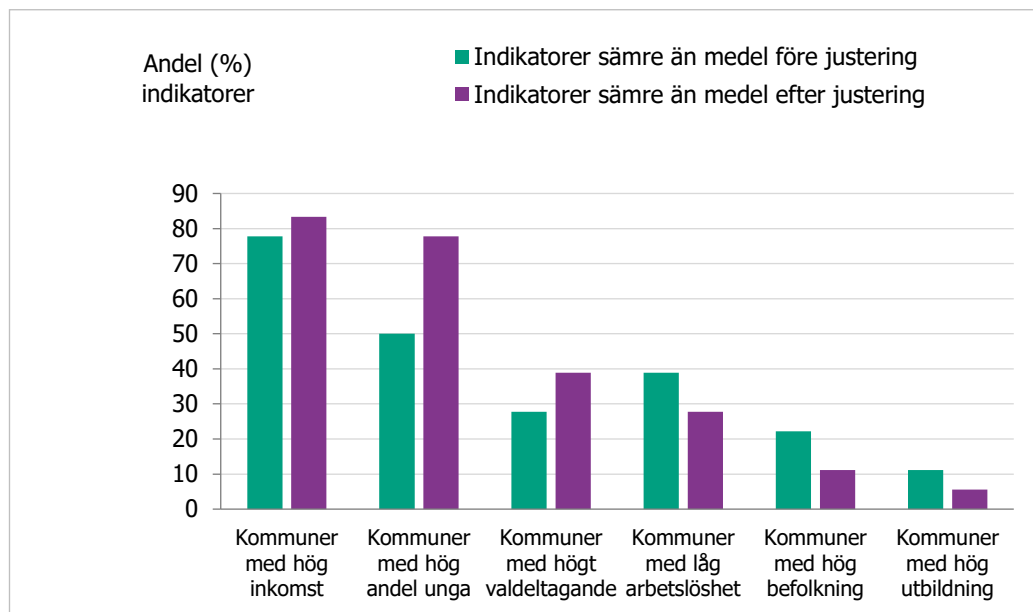


Skillnader mellan kommuner i kategori hög och medel

Vi ser efter justering för riskfaktor och skador ett sämre utfall mätt i ANDT-förebyggande arbete bland kommuner i kategori hög jämfört med medel för undersökningsvariablerna inkomst och andel unga (figur 14). När det gäller andel unga är skillnaden mellan ojusterade och justerade resultat dessutom betydande. Utifrån befolkningsstorlek och utbildning ser vi ett fortsatt bättre utfall för kommuner i kategori hög jämfört medel efter justering.

I en jämförelse mellan ojusterade och justerade resultat finns det ingen tydlig allmän riktning. För arbetslöshet, befolkning och utbildning får vi ett ytterligare bättre utfall för det förebyggande arbetet i kommunerna i kategori hög, vilket ökar skillnaderna mellan hög och medel. För de övriga tre sociodemografiska variablerna ökar skillnaderna också men i riktningen att vi får ett ytterligare sämre utfall efter justering för inkomst och andel unga. En mindre ökning av andelen indikatorer som visar ett sämre utfall jämfört med medel ser vi också för valdeltagande.

Figur 14. ANDT-förebyggande arbete enligt EDPQS – andel (%) indikatorer som är sämre för kommuner i kategori hög jämfört med kommuner i kategori medel (referensgrupp) för alla undersökningsvariabler, före och efter justering för risk och skador.



Sammanfattningsvis har vi ett tydligt sämre utfall för kommuner i kategori låg jämfört med medel för fyra av de sex sociodemografiska undersökningsvariablerna. Efter justering för riskfaktor och skador av alkohol, narkotika och tobak är det befolkningsstorlek och utbildning som visar de största skillnaderna mellan kommuner i kategori låg och medel. Men för majoriteten av undersökningsvariablerna ökar skillnaderna något mellan kategorierna låg och medel efter justering, på så vis att utfallet för det förebyggande arbetet blir sämre för kommuner i kategori låg.

Stora kommuner och kommuner med stor andel med eftergymnasial utbildning har ett bättre utfall för det lokala ANDT-förebyggande arbetet än kommuner i kategori medel. Vid justering för riskfaktor och skador ökar skillnaderna mellan kategorierna hög och medel något.

De sämsta utfallen för det lokala ANDT-förebyggande arbetet både före och efter justering för riskfaktor och skador finns i de kommuner där hushållen har de högsta inkomsterna. Här är utfallet för det förebyggande arbetet dessutom sämre för kommuner med de högsta inkomsterna än för kommuner med de lägsta inkomsterna jämfört med medel. Därutöver visar utfallet i kategori hög för

variabeln andel unga efter justering ett sämre utfall för det förebyggande arbetet jämfört med medel; också här får vi ett sämre utfall för kategori hög än för kategori låg jämfört med medel.

Skillnader mellan kommunernas arbete i de olika faserna av EDPQS

Det är fyra av de åtta faserna enligt EDPQS som visar ett tydligt sämre utfall för det förebyggande arbetet i kommuner i kategori låg jämfört med medel. Dessa fyra faser är: resursbedömning (fas 2), projektutformning (fas 3), utformning av insatser (fas 4) samt förbättring och spridning (fas 8). Dessa faser redovisas i mer detalj nedan.

För två av de åtta faserna, kartläggning och analys (fas 1) samt uppföljning (fas 6), är utfallet för det förebyggande arbetet i kommuner i kategori låg ofta lika bra eller bättre än för kommuner i kategori medel. För de återstående två faserna, ledning och mobilisering av resurser (fas 5) och utvärdering (fas 7), visar de olika undersökningsvariablerna för kommuner i kategori låg inte ett samstämmigt mönster. Av tabell 3 i bilaga 1 framgår resultatet mer i detalj.

När det gäller skillnader i det förebyggande arbetet i kategori hög jämfört med medel är det hushållens mediannettoinkomst och andelen unga i befolkningen som står ut med ett allmänt sämre utfall. Här är utfallet i stort sett i alla faser sämre för hög jämfört med medel. Undantaget hushållens mediannettoinkomst och andelen unga i befolkningen är utfallet för kategori hög för övriga undersökningsvariabler allmänt bättre än medel i de flesta faser. Av tabell 4 i bilaga 1 framgår resultatet mer i detalj.

Fas 2: Resursbedömning

Det är kommunernas svar på tre frågor ur Länsrapportens undersökning som utgör underlaget för analyserna i den här fasen:

- Hur mycket arbetstid avsatte kommunen under 2017 för övergripande samordning och planering av det ANDT-förebyggande arbetet? (estimat)
- Deltog din kommun under 2017 i nätverk för kommunala ANDT-samordnare (och motsvarande) som länsstyrelsen organiserar? (oddskvot)
- Var det ANDT-förebyggande arbetet under 2017 integrerat i kommunens ordinarie struktur med mål och budget? (oddskvot)

Denna fas visar för majoriteten av undersökningsvariablerna ett sämre utfall för kommuner i kategori låg jämfört med medel. Efter justering för riskfaktor och skador av alkohol, narkotika och tobak minskar i de flesta fallen skillnaderna mellan låg och medel. Det vill säga, ojämlikheten minskar något mellan låg och medel inom denna fas. För variablerna utbildning och arbetslöshet ökar dock skillnaderna något på så vis att utfallet blir något sämre efter justering.

I denna fas är det variablerna inkomst och befolkningsstorlek som står ut med sämre utfall för låg jämfört med medel. För samtliga frågor i den här fasen är

utfallet sämre i små kommuner och i kommuner med låg mediannettoinkomst jämfört med medelstora kommuner och kommuner med medelstor mediannettoinkomst.

I en jämförelse mellan kommuner i kategori hög jämfört med medel är utfallet för hög i majoriteten av fallen bättre. Efter justering för riskfaktorn (att sakna behörighet till gymnasiet) och skador av alkohol, narkotika och tobak minskar skillnaderna på ett övergripande plan mellan hög och medel. Men när vi studerar varje undersökningsvariabel för sig ser vi ett mönster.

När det gäller kommuner med de högsta inkomsterna är det lägre aktivitet för samtliga frågor i denna fas jämfört med kommuner med medelhöga inkomster. Efter justering för riskfaktor och skador blir utfallet ännu sämre. Detta är sant också för variabeln andel unga. I kommuner där andelen unga är stor är aktiviteten lägre och i samtliga fall efter justering sämre än i medelkommuner.

Fas 3: Projektutformning

Det är kommunernas svar på två frågor ur Länsrapportens undersökning som utgör underlaget för analyserna i den här fasen:

- Har kommunen ett jämlikhetsperspektiv på det ANDT-förebyggande arbetet? (oddskvot)
- Hade kommunen 2017 ett eller flera politiska program som inkluderade det ANDT-förebyggande arbetet? (oddskvot)

När det gäller frågan om ett jämlikhetsperspektiv på arbetet är det bara variabeln arbetslöshet som visar ett bättre resultat för kommuner i kategori låg jämfört med medel. Det vill säga i kommuner som har den högsta andelen öppet arbetslösa uppger kommunen oftare att de har ett jämlikhetsperspektiv på det förebyggande arbetet, jämfört med kommuner med medelhög andel öppet arbetslösa.

För samtliga variabler förutom arbetslöshet är utfallet sämre för båda frågorna i denna fas. Efter justering för riskfaktor och skador blir utfallet något sämre för kommuner i kategori låg jämfört med medel. Befolkning och utbildning är de två undersökningsvariabler som visar ett entydigt sämre utfall efter justering i denna fas.

Det är ett bättre utfall i den här fasen för kommuner i kategori hög för utbildning och befolkningsstorlek jämfört med kommuner i kategori medel. Det är till exempel tre gånger vanligare att kommunen har ett politiskt program om det är en kommun i kategori hög för utbildning eller befolkningsstorlek.

Det finns ingen entydig riktning i förändring i skillnaden mellan kommuner i kategori hög och medel efter justering. Men det finns en stor ökning av skillnaden när det gäller politiska program för variablerna utbildning och befolkningsstorlek. Det innebär att skillnaderna ökar efter justering och utfallet blir ännu bättre för kategori hög jämfört med medel.

Kommuner med de högsta inkomsterna har ett sämre utfall för politiska program, vilket efter justering visar ett ännu något sämre utfall.

Fas 4: Utformning av insatser

Det är kommunernas svar på tre frågor ur Länsrapportens undersökning som utgör underlaget för analyserna i den här fasen:

- På vilket/vilka sätt bedrevs ANDT-förebyggande arbete inom kommunen under 2017? Uppge de alternativ som detta arbete omfattade. Totalt 41 svarsalternativ ingår.
- Brett förebyggande arbete – andel kommuner som har minst ett ja i fem av sju kategorier (oddskvot)
- Förebyggande insatser – totalt antal ja på 41 svarsalternativ (estimat)
- Vilka av följande metoder på det ANDT-förebyggande området arbetade man med, helt eller delvis, under 2017 inom kommunen? (De fyra första svarsalternativen: Kronobergsmodellen, Krogar mot knark (eller liknande metod), 100 % ren hårdträning, SMADIT.) (summering av oddskvoter)
- Hade kommunen 2017 en eller flera av följande policyer på ANDT-området? Flervalsfråga med 8 möjliga svarsalternativ. (summering av oddskvoter)

Denna fas beskrivs med data kring omfattning av förebyggande insatser eller åtgärder, arbete med metoder samt policyer i den kommunala verksamheten. I majoriteten av fallen är utfallet sämre för kommuner i kategori låg jämfört med medel. Arbetslöshet är den variabel som visar ett entydigt sämre utfall för låg jämfört med medel. Efter justering för riskfaktor och skador är utfallet ytterligare sämre för utbildning och inkomst. För övriga variabler finns det ingen entydig riktning i hur justering för riskfaktor och skador påverkar utfallet.

Av samtliga variabler är det inkomst som står ut med ett sämre utfall för kommuner i kategori hög jämfört med medel för samtliga delar i fasen. Efter justering för risk och skador blir utfallet vad gäller kommunala policyer bättre. Men också kommuner som har en hög andel unga har ett sämre utfall i denna fas efter justering.

Befolkning visar ett tydligt bättre utfall för kommuner i kategori hög jämfört med medel, och efter justering blir utfallet ännu bättre. Här ökar alltså ojämlikheten mellan kommuner utifrån kategorierna inom befolkningsstorlek.

Fas 8: Förbättring och spridning

Det är kommunernas svar på en fråga ur Länsrapportens undersökning som utgör underlaget för analysen i den här fasen:

- På vilket/vilka sätt bedrevs ANDT-förebyggande arbete inom kommunen under 2017? Uppge de alternativ som detta arbete omfattade. Åtgärder för att påverka attityder och normer. Andel som uppgett svarsalternativet: Aktivt

arbete mot media (media advocacy) för att fästa särskild uppmärksamhet på alkoholfrågor. (oddskvot)

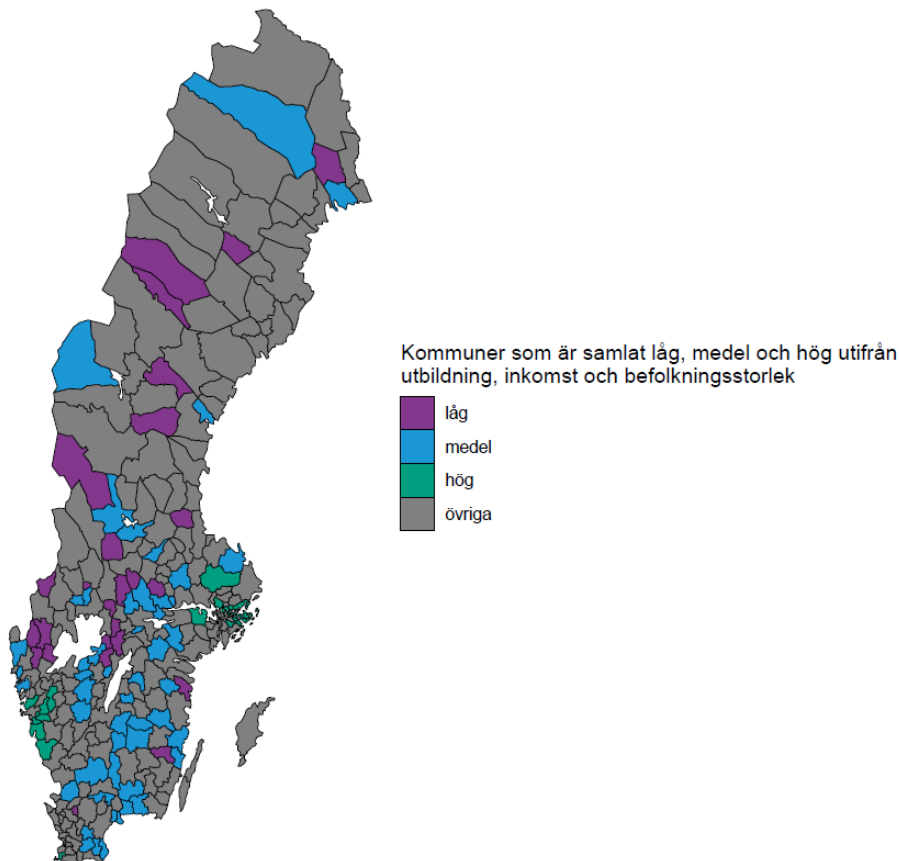
För samtliga undersökningsvariabler utom valdeltagande och arbetslöshet är utfallet för kommuner i kategori låg, såväl före som efter justering, sämre än för kommuner i kategori medel. För arbetslöshet visar utfallet ingen skillnad mot medel. Efter justering för riskfaktor och skador av alkohol, narkotika och tobak blir utfallet något sämre för låg, det vill säga skillnaden mot medel ökar något.

För samtliga undersökningsvariabler utom andel unga och valdeltagande är utfallet för kategori hög bättre jämfört med medel. Efter justering blir utfallet ännu bättre, det vill säga skillnaden mot medel ökar. Efter justering visar andel unga ett sämre utfall för kategori hög jämfört med medel.

Ett strukturerat och brett förebyggande arbete i kommuner med stora utmaningar

Av de 287 kommuner som ingår i denna rapportens analyser är det totalt 26 kommuner som återfinns i kategori låg för såväl utbildning som inkomst och befolkningsstorlek, det vill säga de kommuner som har den lägsta andelen i befolkningen med eftergymnasial utbildning, den lägsta mediannettoinkomsten för hushållen och är de minsta kommunerna sett till befolkningsstorlek. Dessa 26 kommuner finns i 13 av våra län, från Skåne till Norrbotten, och är markerade med lila i figur 15. Fortsättningsvis i denna resultatredovisning kommer vi att hänvisa till dessa 26 kommuner som kommuner som är samlat låg.

Figur 15. Geografisk fördelning över de kommuner som är samlat låg, medel och hög utifrån andel med eftergymnasial utbildning, hushållens mediannettoinkomst och befolkningsstorlek.

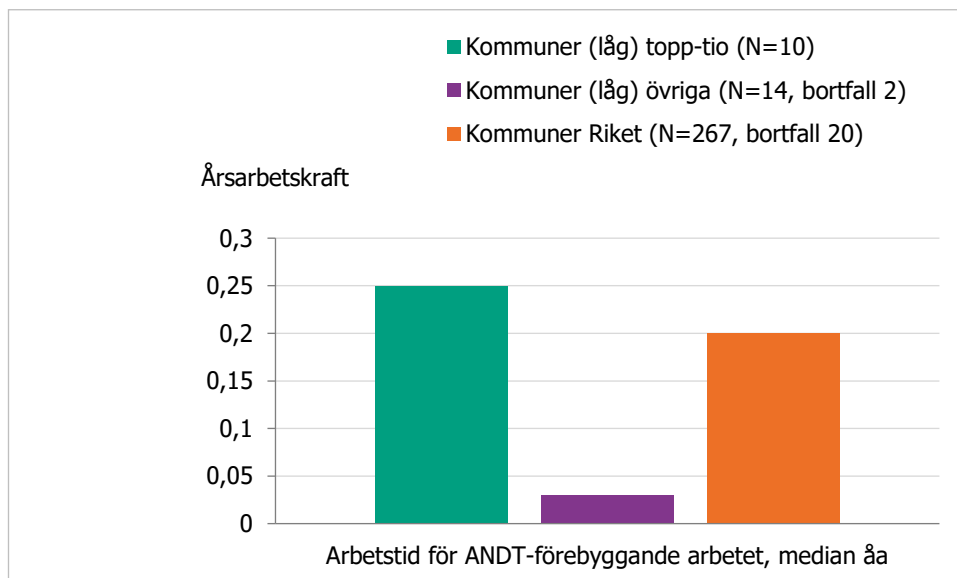


Samordnare och arbetstid för samordning och planering av ANDT-arbetet i kommunen

En person utsedd att arbeta med övergripande samordning och planering av det ANDT-förebyggande arbetet i kommunen fanns i 75 procent av kommunerna som är samlat låg. Att ha en samordnare är alltså något mindre vanligt i dessa kommuner jämfört med andelen för alla kommuner i landet (Riket), vilken var 79 procent.

Medianen för arbetstid för alla kommuner i landet (Riket) 2017 avseende övergripande samordning och planering av det ANDT-förebyggande arbetet var 0,2 årsarbetskrafter. Som framgår av figur 16 är det stora skillnader mellan kommunerna i kategori samlat låg vad avser hur mycket arbetstid som kommunen avsatte för samordning och planering under 2017. De kommuner som ingår i topp tio avsätter i median 0,25 årsarbetskrafter (25 procent av en heltid) vilket är mer än genomsnittet för hela landet. Övriga kommuner i kommungrupp samlat låg avsätter i median 0,03 årsarbetskrafter, vilket motsvarar 3 procent av en heltid.

Figur 16. Arbetstid för övergripande samordning och planering av det ANDT-förebyggande arbetet i kommunen 2017, median i årsarbetskraft för topp tio-kommuner, övriga kommuner som är samlat låg samt en median för alla kommuner i landet (Riket).



Av kommunerna som är samlat låg var det tio kommuner i sju län som hade haft en person utsedd för att samordna ANDT-arbetet och en arbetstid för samordning och planering motsvarande 0,2 årsarbetskrafter baserat på uppgifterna från 2017. Dessa tio kommuner kommer vi benämna topp tio och de presenteras i tabell 6.

Tabell 6. De tio kommuner som är samlat låg för utbildning, inkomst och befolkningsstorlek, och som hade samordnare och arbetstid för övergripande samordning och planering av det ANDT-förebyggande arbetet i kommunen 2017.

| Län | Kommun |
|----------------|--------------|
| Kalmar | Högsby |
| Norrbottn | Överkalix |
| Värmland | Eda |
| Värmland | Munkfors |
| Västerbotten | Vilhelmina |
| Västernorrland | Ånge |
| Örebro | Degerfors |
| Örebro | Hällefors |
| Örebro | Ljusnarsberg |

| Län | Kommun |
|--------------|--------------|
| Östergötland | Valdemarsvik |

Stabilitet i det förebyggande arbetet över tid

Fem av kommunerna i topp tio har haft samordnare för det ANDT-förebyggande arbetet under alla åren 2011–2017. Dessa fem kommuner hade också avsatt arbetstid för samordning och planering under motsvarande period, varav fyra avsatt lika mycket eller mer tid än genomsnittet för hela landet.

I en rapport som CAN och länsstyrelserna har sammanställt om preventionsarbetet i små kommuner (med färre än 10 000 invånare) och som utgår från Länsrapportens undersökningar 2006–2015, återfinns fyra av våra kommuner från topp tio. Dessa kommuner är alltså bland de tio som hade högst poäng på CAN:s preventionsindex för perioden 2006–2015 (7). I korthet består preventionsindexet av ett trettiotal indikatorer fördelat på ett antal kategorier som mäter olika aspekter av det lokala förebyggande arbetet.

Relaterad till detta ämne om ett stabilt förebyggande arbete över tid är den uppföljning som Folkhälsomyndigheten har låtit göra av de kommuner som deltagit i någon av fyra nationella utvecklingsprojekt under perioden 2002–2010 för att stärka det lokala förebyggande arbetet. Gemensamt för dessa satsningar var att de syftade till att utveckla en struktur för det ANDT-förebyggande arbetet på lokal nivå. De fyra utvecklingsprojekten omfattade totalt 63 kommuner varav drygt en tredjedel var små kommuner utifrån befolkningsstorlek. Ett syfte med uppföljningen var att studera om det finns några kvardröjande effekter av satsningarna i de berörda kommunerna. Av uppföljningen framgår att de komponenter som finns kvar sedan satsningen är kopplade till arbetets organisation eller struktur såsom samordningsfunktion, styrgrupper och en utvecklad samverkan inom kommunen men också samverkan med externa parter som till exempel polis. Större kommuner har överlag haft bättre förutsättningar för att utveckla det ANDT-förebyggande arbetet och att bibehålla komponenter från satsningarna jämfört med mindre kommuner. I en jämförelse med våra kommuner i topp tio ser vi att sex av dessa också deltog i någon av de fyra nationella satsningarna 2002–2010. Resultat redovisas inte för de deltagande kommunerna, så vi kan därför inte säga något om i vilka kommuner det kan finnas kvardröjande effekter av de nationella satsningarna.

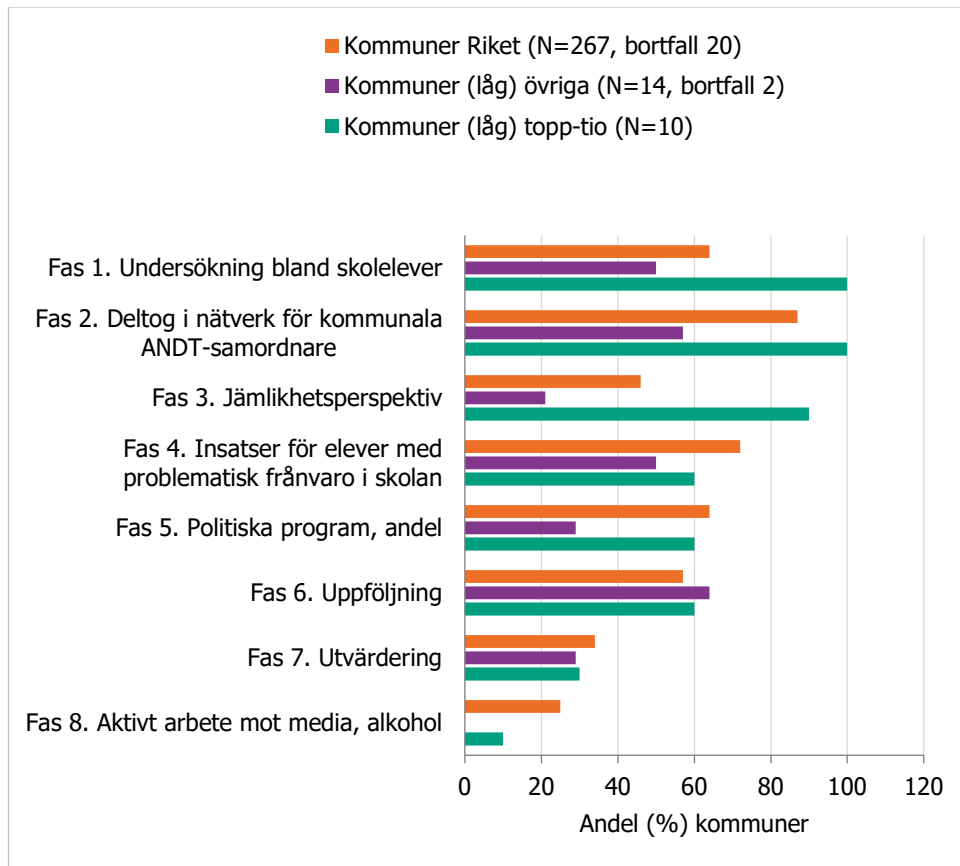
Tabell 7. Jämförelse av topp tio-kommuner med två studier av det lokala förebyggande arbetet. Kommuner som har markerats med Ja ingår i CAN:s topp tio-kommuner enligt preventionsindex respektive ingick i någon av de fyra nationella satsningarna 2002–2010. De fetmarkerade kommunerna hade utsedd samordnare och avsatt arbetstid hela perioden 2011–2017.

| Län | Kommun | CAN, Små kommuners ANT-situation preventionsindex 2006–2015 | Folkhälsomyndigheten, Fyra nationella satsningar 2002–2010 |
|----------------|--------------|--|--|
| Kalmar | Högsby | | |
| Norrbottn | Överkalix | Ja | |
| Värmland | Eda | | Ja |
| Värmland | Munkfors | Ja | Ja |
| Västerbotten | Vilhelmina | | |
| Västernorrland | Ånge | | |
| Örebro | Degerfors | Ja | Ja |
| Örebro | Hällefors | | Ja |
| Örebro | Ljusnarsberg | | Ja |
| Östergötland | Valdemarsvik | Ja | Ja |

Organisation och aktivitet i det förebyggande arbetet

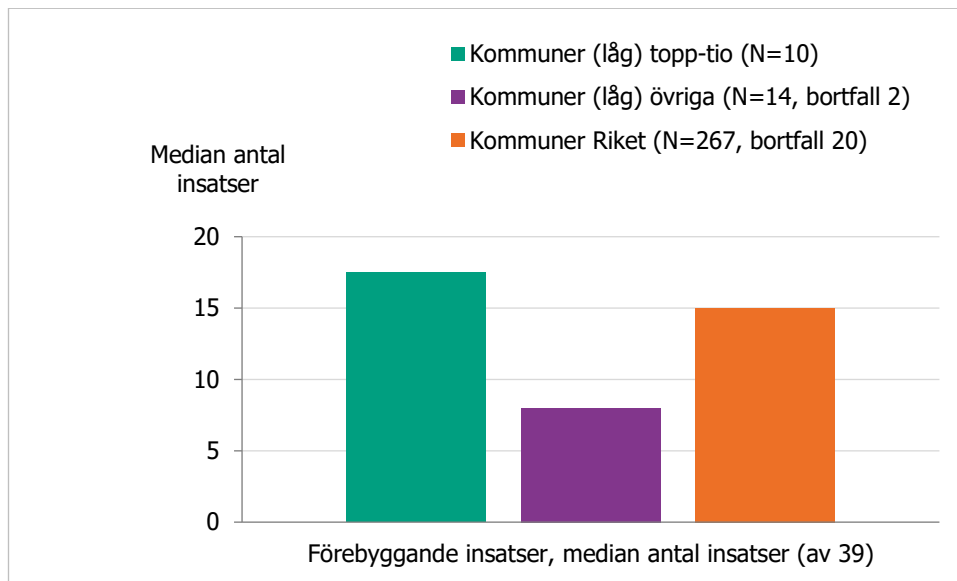
Figur 17 visar ett urval av uppgifter som kommunerna har lämnat i Länsrapportens undersökning för verksamhetsåret 2017, vilka beskriver ANDT-förebyggande arbete i linje med den europeiska kvalitetsstandarden (Se Metod och material). Av figuren framgår att kommunerna i topp tio överlag hade högre frekvens på sitt förebyggande arbete för majoriteten av de efterfrågade delarna jämfört med övriga kommuner som är samlat låg. Även jämfört med andelen för riket, det vill säga genomsnittet för alla kommuner, hade kommunerna i topp tio för flera delar ett bättre utfall. Skillnaderna mellan topp tio och övriga kommuner som är samlat låg är mycket stora i de flesta fall.

Figur 17. En jämförelse av ett urval delar i kommunernas ANDT-förebyggande arbete 2017, redovisat i andel kommuner. Andel redovisas för topp tio, övriga i kommungrupp samlad låg och hela landet (Riket).



Figur 18 illustrerar omfattningen av ANDT-förebyggande insatser såsom kommunerna uppgett i Länsrapportens undersökning för verksamhetsåret 2017. Här använder vi medianvärdet för antal insatser i jämförelsen, och resultatet visar att kommunerna i topp tio har fler förebyggande insatser än genomsnittet för hela populationen. Jämfört med övriga som är samlad låg hade kommunerna i topp tio mer än dubbelt så många förebyggande insatser under 2017.

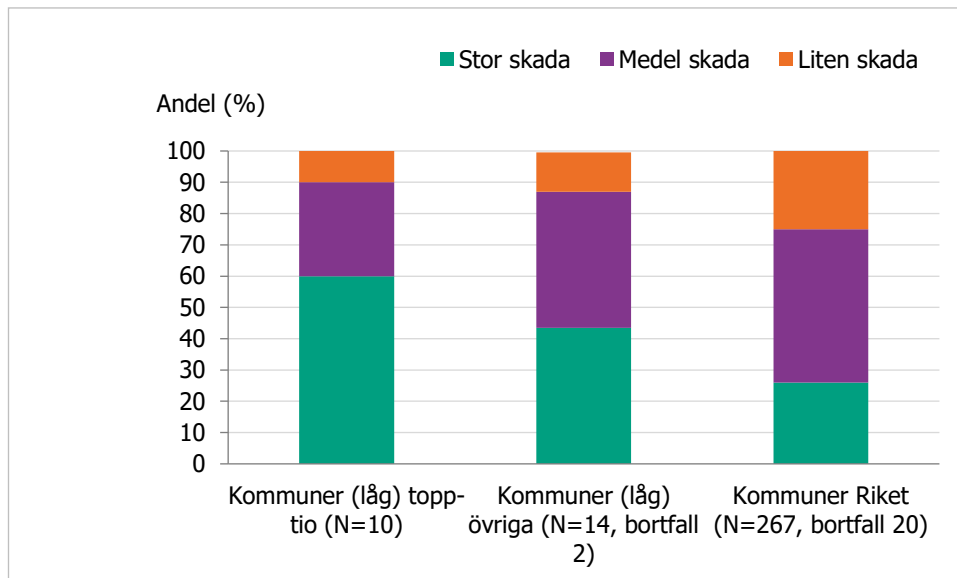
Figur 18. Antal förebyggande insatser (median) under 2017 för topp tio, övriga kommuner som är samlat låg samt alla kommuner i landet (Riket).



Befintlig och framtida ANDT-relaterad ohälsa i kommuner med mer utsatt sociodemografisk situation

Kommunerna som är mer sociodemografiskt utsatta är också de kommuner som har den största andelen elever som inte går ut årskurs 9 med behörighet till gymnasiet och de största skadorna av alkohol, narkotika och tobak. I en jämförelse inom de kommuner som är samlat låg ser vi att de kommuner som har ett mer omfattande förebyggande arbete, det vill säga kommunerna i topp tio, också har större skador jämfört med övriga kommuner som är samlat låg och hela populationen.

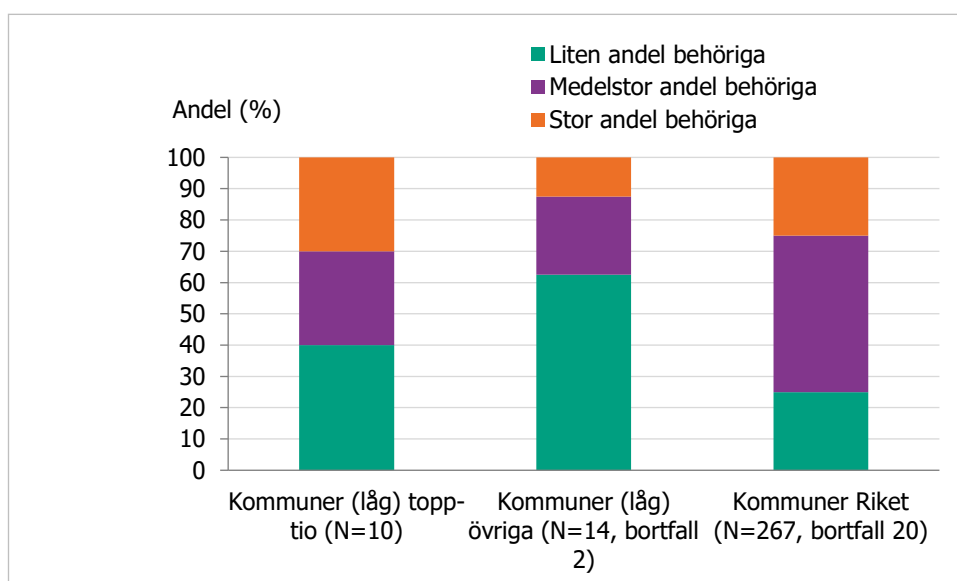
Figur 19. Fördelning andel kommuner utifrån sammanvägd skada* av alkohol, narkotika och tobak i topp tio, övriga kommuner som är samlat låg samt alla kommuner i landet (Riket).



*Skador av alkohol, narkotika och tobak består av fem variabler: vårdade samt döda enligt alkoholindex, narkotikadödlighet, döda i KOL samt döda i lungcancer. Dessa skador har vägts samman i ett index och delats in i tre kategorier: stor skada (25 %), medel skada (50 %) och liten skada (25 %).

I en jämförelse av andel ungdomar avgångsåret 2017 som hade behörighet till gymnasiet, ser vi att kommunerna i topp tio har en större andel behöriga jämfört med såväl övriga kommuner som är samlat låg som med hela populationen (figur 20).

Figur 20. Fördelning andel kommuner utifrån behörighet till gymnasiet i topp tio, övriga kommuner som är samlat låg samt alla kommuner i landet (Riket).



Sammanfattningsvis kan vi se att det ANDT-förebyggande arbetet i de kommuner som ingår i topp tio är motiverat utifrån en skolrelaterad riskfaktor och skadebilden för alkohol, narkotika och tobak. Däremot kan inte den lägre omfattningen av ANDT-förebyggande arbete i övriga kommuner som är samlat låg förklaras av nivån för skador av alkohol, narkotika och tobak eller riskfaktorn behörighet till gymnasiet.

Sammanfattning av huvudsakliga resultat

1. De sociodemografiska variablerna utbildning och inkomst samt utbildning och befolkningsstorlek korrelerar i hög grad. I kommuner med en hög andel i befolkningen med eftergymnasial utbildning har exempelvis hushållen i större utsträckning en hög mediannettoinkomst, jämfört med kommuner med en medelstor eller liten andel med eftergymnasial utbildning.
2. Det finns en social gradient för alla sex sociodemografiska undersökningsvariabler och för alla ANT-relaterade skador. Kommuner som har en mer utsatt sociodemografisk situation har också mer skador relaterade till alkohol, narkotika och tobak. För riskfaktorn ”att sakna behörighet till gymnasiet” är sambandet starkast till arbetslöshet och andel unga i befolkningen. När andelen öppet arbetslösa är hög eller andelen unga i befolkningen är liten, är andelen med behörighet till gymnasiet liten.
3. Kommuner med en mer utsatt sociodemografisk situation har generellt i mindre omfattning ett hälsofrämjande och förebyggande ANDT-arbete med hög kvalitet. Kommuner i kategori hög, med undantag för inkomst och andel unga, har i större omfattning ett ANDT-förebyggande arbete med hög kvalitet jämfört med kommuner i kategori medel. Kommuner med de högsta inkomsterna avviker dock genom att de har det minst omfattande ANDT-förebyggande arbetet.
4. Utfallet för det förebyggande arbetet blir generellt sämre för kommuner i kategori låg jämfört med kommuner i kategori medel när vi tar hänsyn till en riskfaktor för framtida ANDT-relaterad ohälsa samt för befintliga ANT-skador. Kommuner med de högsta inkomsterna har dock efter justering för riskfaktorn för framtida ohälsa och befintliga skador det sämsta utfallet för ANDT-förebyggande arbete av alla kommunkategorier.
5. Vi har identifierat tio kommuner som är mer sociodemografiskt utsatta och som har den största andelen ANDT-relaterad ohälsa, men som ändå har ett förebyggande arbete med hög kvalitet. Dessa kommuner hade fler förebyggande insatser än genomsnittet för alla kommuner i landet.

Diskussion

Denna studie visar att kommuner som har en mer utsatt sociodemografisk situation också har de största skadorna kopplat till alkohol, narkotika och tobak och i mindre utsträckning ett förebyggande ANDT-arbete enligt den europeiska modellen för drogförebyggande arbete med hög kvalitet (EDPQS). Dessa kommuner har också en större risk för framtida ANDT-relaterad ohälsa utifrån andelen som går ut grundskolan utan behörighet att gå vidare till gymnasial utbildning. När vi tar hänsyn till att det ANDT-förebyggande arbetet mellan kommuner med låg jämfört med medelhög sociodemografisk situation kan variera utifrån problembilden, alltså nivåer av befintlig och framtida ANDT-relaterad ohälsa i dessa kommuner, förstärks istället skillnaderna. Det innebär att i kommuner där behovet av att förebygga problem och skador av ANDT är större arbetar kommunerna i mindre utsträckning hälsofrämjande och förebyggande.

Våra slutsatser ligger i linje med resultat från nyligen publicerade studier om ANDT och socioekonomi på lokal nivå. Aktuella svenska studier har fokuserat på jämlikhetsperspektiv vad gäller konsumtion och skador, medan de förebyggande insatserna enbart analyserats utifrån kommunernas befolkningsstorlek (6, 7). I övrigt finns det inte mycket forskning på området om socioekonomiska skillnader i ANDT-förebyggande arbete och särskilt inte på lokal nivå.

Ett fynd från vår studie är att kommunerna med de högsta inkomsterna står ut från det generella mönstret genom att de har det sämsta utfallet för det ANDT-förebyggande arbetet, enligt den europeiska modellen för drogförebyggande arbete med hög kvalitet (EDPQS). Vi har också visat att det finns kommuner som har stora utmaningar sociodemografiskt och stor ANDT-relaterad ohälsa, men som ändå bedriver ett ANDT-förebyggande arbete med hög kvalitet. Det kan alltså finnas anledning att identifiera andra faktorer än sociodemografiska som kan vara betydelsefulla och som kan stärka och utveckla det ANDT-förebyggande arbetet för att främja jämlikhet i hälsa. Det är till exempel rimligt att anta att den kommunala samordnaren är central för att mobilisera verksamheter och resurser, och det finns sannolikt mer att lära här genom att studera samordningsrollen djupare.

Urvalet av frågor i våra analyser utgår från de åtta faserna i EDPQS, men Länsrapportens undersökning är inte utformad med denna standard som grund. Även om det var möjligt att operationalisera faserna i olika frågor från Länsrapportens undersökning finns en risk att de inte fångar eller ger en heltäckande bild av det som åsyftas i de åtta faserna. Vi vet heller inte så mycket om dos eller kvalitet i de enskilda förebyggande aktiviteter som sker i Sverige, då det inte framgår av Länsrapportens undersökning.

Centralt för allt folkhälsoarbete är människors livsvillkor och levnadsvanor. Det innebär att det ANDT-förebyggande arbetet kräver långsiktighet och varierande typer av insatser på olika arenor och nivåer. Länsrapportens undersökning ger oss en helhetsbild av strukturen och bredden på det förebyggande arbetet på lokal

nivå. Men bristen på fördjupad information om innehållet i de olika insatserna, i kombination med etiska och statistiska utmaningar när data ska brytas ner lokalt, gör det svårt att analysera hur det ANDT-förebyggande arbetet påverkar jämlikheten i hälsa på ANDT-området inom kommunerna.

Det finns i alla samhällsvetenskapliga frågeställningar många faktorer som kan ha betydelse för sambandet mellan olika variabler. Vi har i denna studie avgränsat vår kontroll till tillgänglig data på kommunnivå om fem ANT-skador och en väletablerad riskfaktor för framtida ANDT-problematik, främst på grund av att tillgången till lokala data om användning, andra skador och övriga negativa konsekvenser är begränsad. Men det finns även andra faktorer som kan tänkas spela en roll för hur det lokala ANDT-förebyggande arbetet utformas, och som vi inte kontrollerat för, till exempel hur det övriga folkhälsoarbetet struktureras regionalt och lokalt, hur den lokala ungdomspolitiken ser ut och hur effektivt det brottsförebyggande arbetet är.

Frågorna som kommunerna besvarar i Länsrapportens undersökning är utformade i syfte att samla in data för uppföljning av den nationella ANDT-politiken. För perioden 2016 till 2020 är den nationella ANDT-strategin utgångspunkt för hur frågorna också anpassats för att fånga in en bredd i det ANDT-förebyggande arbete som sker på lokal nivå på ett flertal arenor, till exempel inom socialtjänsten, elevhälsan, polisen, primärvården och beroendevården. Undersökningen täcker alltså till viss del även det arbete som genomförs eller stöds av andra verksamheter inom regionerna. Men regionalt stöd till det lokala ANDT-förebyggande arbetet kommer till stor del från länsstyrelserna genom den ANDT-samordningsfunktion som finns på varje länsstyrelse. Det är ett uttalat uppdrag som ligger på länsstyrelserna med koppling till den nationella ANDT-strategin. Uppdraget finansieras också särskilt av regeringen. Hur länsstyrelserna arbetar med detta uppdrag framgår av rapportering som Folkhälsomyndigheten gör årligen. Den genomgående bilden av länsstyrelsernas arbete visar att det finns, och har funnits under en längre tid, en utarbetad struktur för att stödja genomförandet av den nationella ANDT-politiken i länen, att stödet till den lokala nivån är omfattande och att den lokala nivåns behov av kunskap fångas upp och bemöts av länsstyrelserna (21). Den variation som finns i det lokala ANDT-förebyggande arbetet bör därför till stor del kunna förklaras utifrån kommunala förutsättningar att implementera den nationella strategin på lokal nivå.

Av resultaten framgår att de kommuner som i mindre utsträckning har ett förebyggande ANDT-arbete med hög kvalitet också har de största skadorna kopplat till alkohol, narkotika och tobak. Kommuner och regioner har ett gemensamt ansvar för att tillhandahålla stöd och behandling till personer med missbruk och beroende utifrån sina ansvarsområden. Den kommunala missbruks- och beroendevården kan därför vara ytterligare en faktor som har betydelse för hur det lokala ANDT-förebyggande arbetet utformas.

Enligt den europeiska kvalitetsstandarden för ett drogförebyggande arbete med hög kvalitet är kunskap om den aktuella situationen en förutsättning för att bedriva ett effektivt förebyggande arbete på lokal nivå. Genom att kartlägga och analysera den lokala situationen och möjliga orsaker till denna får vi ett underlag för val av insatser. Med utgångspunkt i den svenska folkhälsopolitiken ska dessa insatser minska skillnader i hälsa genom att särskilt gynna grupper som löper störst risk för ANDT-relaterad ohälsa. Vi har visat att kommuner med en mer utsatt sociodemografisk situation i mindre omfattning har ett ANDT-förebyggande arbete med hög kvalitet. Denna kunskap är viktig i utformandet av ANDT-förebyggande arbete på nationell, regional och lokal nivå för att minska ANDT-relaterad ojämlikhet i hälsa. Den lokala nivåns prioriteringar i det förebyggande arbetet är centrala, och det lokala arbetet behöver stärkas för att ge alla kommuner förutsättningar att bidra till det nationella målet om en god och jämlik hälsa i hela befolkningen och att sluta de påverkbara hälsoklyftorna inom en generation. Nationella och regionala aktörer är också viktiga. De kan bidra till att minska ojämlikheter i befolkningens hälsa genom att stärka kommunerna i deras förebyggande arbete.

Avslutningsvis vill vi rekommendera läsaren att besöka Folkhälsomyndighetens webbplats där det finns verktyg och kunskapsstöd för det lokala och regionala arbetet. Här finns till exempel [Snabbguide för drogförebyggande arbete](#) utgår från EDPQS och har anpassats till svenska förhållanden. Den kan vara ett stöd till regionala och lokala samordnare i hur ett kvalitetssäkrat förebyggande och hälsofrämjande ANDT-arbete kan bedrivas trots skilda förutsättningar.

Referenser

1. Regeringens proposition 2017/18:249. God och jämlik hälsa – en utvecklad folkhälsopolitik. Socialdepartementet; 2018.
2. 2015/16:86 Rs. En samlad strategi för alkohol-, narkotika-, dopnings- och tobakspolitiken 2016–2020. Socialdepartementet; 2016.
3. Folkhälsomyndigheten. Folkhälsans utveckling: siffror, grafik och text 2019. Available from: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsorapportering-statistik/tolkad-rapportering/folkhalsans-utveckling/halsa/>.
4. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. Förebygga för att överbygga? Jämlikhet i hälso- och sjukvårdens förebyggande arbete mot ohälsosamma levnadsvanor. 2016.
5. SOU 2018:74. Lite mer lika. Översyn av kostnadsutjämnningen för kommuner och landsting. Betänkande av Kostnadsutjämningsutredningen. In: Finansdepartementet, editor. 2018.
6. FoUI. Norrbottens kommuner. Förutsättningar för folkhälsa och folkhälsoläget i småkommuner. 2018.
7. Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning (CAN) och länsstyrelserna. Småkommuners ANT-situation och förebyggande arbete – är det annorlunda än i större kommuner? 2018. Available from: <https://www.can.se/contentassets/036f743e5cdf4bce9cd823608c1ef6a9/smakommuners-ant-situation-och-forebyggande-arbete.pdf>.
8. Folkhälsomyndigheten. Kommunala förutsättningar för det ANDT-förebyggande arbetet 2011–2016. Solna: Folkhälsomyndigheten; 2017.
9. SCB. Befolkningens utbildning, 16–74 år, procent efter region, utbildningsnivå, ålder, kön och år. 2016. 2018-01-01 ed. http://www.statistikdatabasen.scb.se/pxweb/sv/ssd/START__UF__UF0506/Utbildning/?rxid=ff07540f-b966-4eff-b621-adbad2735a41.
10. SCB. Disponibel inkomst för hushåll, medianvärde, tkr, efter region, hushållstyp, ålder och år. 2016. 2018-01-01 ed. http://www.statistikdatabasen.scb.se/pxweb/sv/ssd/START_HE_HE0110_HE0110A/NetInk02/?rxid=c0d1c135-35a1-43df-8762-0a56761e3511.
11. SCB. Folkmängd efter region, ålder, kön och år. 2017. 2018-02-21 ed. http://www.statistikdatabasen.scb.se/pxweb/sv/ssd/START_BE_BE0101_BE0101A/BefolkningNy/?rxid=fc57d991-8d60-4a51-8aaf-9a183f5753c4.
12. SCB. Andel öppet arbetslösa i befolkningen, procent efter region, kön, utbildningsnivå, bakgrundsvariabel och år. 2017. 2019-02-18 ed. http://www.statistikdatabasen.scb.se/pxweb/sv/ssd/START_AA_AA0003_AA0003B/IntGr1KommKonUtb/?rxid=7aa2c105-6d3a-4fd9-8741-f148903fdb9a.
13. SCB. Valdeltagande i riksdagsval, procent efter region och valår. 2014. http://www.statistikdatabasen.scb.se/pxweb/sv/ssd/START_ME_ME0104_ME0104D/ME0104T4/?rxid=b8189ccc-92ce-4382-8a59-8dc5691e5c3a.
14. Stone A et al. Review of risk and protective factors of substance use and problem use in emerging adulthood. *Addictive Behaviors* 2012;37:747-75.
15. Skolverket. Grundskolan, Kommunnivå, Betyg åk 9, Behörighet till gymnasieskolan, Läsår 2016/17. <https://www.skolverket.se/skolutveckling/statistik/sok-statistik-om-forskola-skola-och-vuxenutbildning?sok=SokD&niva=K&omr=qrbetyg&exp=53&lasar=2017&uttaq=null>.
16. Socialstyrelsen. Läkemedels- och narkotikaförgiftningar, dödlighet efter kön, region och år. 5-årsmedelvärden. 2013–2017. In: Folkhälsodata. Folkhälsomyndigheten, editor. <http://fohm->

app.folkhalsomyndigheten.se/Folkhalsodata/pxweb/sv/A_Folkhalsodata/A_Folkhalsodata_11TANDS_3Narkotika_dDodlighet/NarklakReg5.px/?rxid=775376cd-c7c7-4933-ba26-a83c35d6da77.

17. Socialstyrelsen. Alkoholrelaterade sjukdomar, vårdade efter kön, region och år. 5-årsmedelvärden. 2012–2016. In: Folkhälsodata. Folkhälsomyndigheten, editor. 2018-01-09 ed. http://fohm-app.folkhalsomyndigheten.se/Folkhalsodata/pxweb/sv/A_Folkhalsodata/A_Folkhalsodata_11TANDS_2Alkohol_cSjuklighet/VardadeVux_femAr.px/?rxid=3e8c477b-180d-4821-a9d6-1e1389087603.
18. Socialstyrelsen. Alkoholindex, dödlighet efter kön, region och år. 5-årsmedelvärden. 2012–2016. In: Folkhälsodata. Folkhälsomyndigheten, editor. 2017-12-19 ed. http://fohm-app.folkhalsomyndigheten.se/Folkhalsodata/pxweb/sv/A_Folkhalsodata/A_Folkhalsodata_11TANDS_2Alkohol_dDodlighet/AlkindxReg.px/?rxid=3e8c477b-180d-4821-a9d6-1e1389087603.
19. Socialstyrelsen. Lungcancer, dödlighet efter kön, region och år. 5-årsmedelvärden. 2012–2016 (underliggande eller bidragande orsak). In: Folkhälsodata. Folkhälsomyndigheten, editor. 2017-12-20 ed. http://fohm-app.folkhalsomyndigheten.se/Folkhalsodata/pxweb/sv/A_Folkhalsodata/A_Folkhalsodata_11TANDS_1Tobak_bDodlighet/LungcancReg.px/?rxid=3e8c477b-180d-4821-a9d6-1e1389087603.
20. och år. 5-årsmedelvärden. 2012–2016. In: Folkhälsodata. Folkhälsomyndigheten, editor. 2017-12-20 ed. http://fohm-app.folkhalsomyndigheten.se/Folkhalsodata/pxweb/sv/A_Folkhalsodata/A_Folkhalsodata_11TANDS_1Tobak_bDodlighet/Kol.px/?rxid=3e8c477b-180d-4821-a9d6-1e1389087603.
21. Folkhälsomyndigheten. Rapport över länsstyrelsernas ANDT-arbete 2018: En återredovisning av länsstyrelsernas ANDT-samordning och arbete enligt alkohollagen och tobakslagen samt deras bedömning av kommunernas tillsyn. 2019.

Bilaga 1 – Tabeller

Tabell 1. Jämförelse mellan kommuner i kategori låg och medel utifrån ojusterade oddskvoter (OR) och estimat samt summering* av antal oddskvoter och estimat som visar ett sämre utfall för kategori låg jämfört med medel.

| EDPQS-fas | Fråga | Utbildning | Mediannetto-inkomst | Arbetslöshet | Andel unga | Valdeltagande | Befolkningsstorlek |
|--------------------------------|--|------------|---------------------|--------------|------------|---------------|--------------------|
| Fas 1. Kartläggning och analys | Kartläggning av ANDT-bruk och skadeverkningar | 0,79 | 1,08 | 1,63 | 1,28 | 1,41 | 1,14 |
| | Undersökning bland skolelever | 1,29 | 1,66 | 1,06 | 1,71 | 0,72 | 0,98 |
| Summering max 2 | | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 |
| Fas 2. Resursbedömning | Arbetstid för ANDT-förebyggande arbetet, estimat | -0,13 | -0,11 | 0,014 | -0,12 | -0,03 | -0,099 |
| | Deltog i nätverk för kommunala ANDT-samordnare | 0,6 | 0,66 | 1,08 | 0,43 | 0,55 | 0,36 |
| | ANDT i kommunens ordinarie struktur med mål och budget | 1,12 | 0,63 | 1,17 | 0,8 | 0,82 | 0,48 |
| Summering max 3 | | 2 | 3 | 0 | 3 | 2 | 3 |
| Fas 3. Projektutformning | Jämlikhetsperspektiv | 0,56 | 0,6 | 1,51 | 0,82 | 0,58 | 0,87 |
| | Politiska program | 0,85 | 0,73 | 0,98 | 0,64 | 0,65 | 0,75 |
| Summering max 2 | | 2 | 2 | 0 | 2 | 2 | 2 |
| Fas 4. Utformning av insatser | Brett förebyggande arbete (minst ett ja i fem av sju kategorier) | 1,08 | 0,7 | 0,89 | 1,03 | 1,37 | 0,48 |
| | Förebyggande insatser (estimat 40 insatser) | -2,1 | -1,6 | -2,3 | -0,46 | -0,4 | -3,2 |

| EDPQS-fas | Fråga | Utbildning | Mediannetto- -inkomst | Arbets- löshet | Andel unga | Valdel- tagande | Befolknings- storlek |
|--|--|------------|--------------------------|-------------------|---------------|--------------------|-------------------------|
| | Före- byggande metoder (summering av antal OR, max 4) | 3 | 2 | 4 | 3 | 3 | 4 |
| | Kommunala policyer (summering av antal OR, max 8) | 3 | 2 | 7 | 6 | 4 | 1 |
| Summering max 14 | | 7 | 6 | 13 | 10 | 8 | 7 |
| Fas 5. Ledning och mobilisering av resurser | Samordning och planering, alkohol | 0,5 | 0,82 | 1,06 | 0,83 | 0,72 | 0,85 |
| | Styrgrupp | 1,23 | 1,45 | 0,85 | 1,15 | 1,26 | 1,14 |
| | Samarbete tillsyn och ANDT- samordnare | 1,1 | 0,87 | 0,6 | 0,84 | 0,83 | 0,68 |
| | Samverkan ANDT-brott (summering av antal OR, max 14) | 10 | 9 | 8 | 6 | 6 | 4 |
| Summering max 17 | | 11 | 11 | 10 | 8 | 8 | 6 |
| Fas 6. Genom- förande och uppföljning | Uppföljning | 0,93 | 1,23 | 1,37 | 1,12 | 0,94 | 1,32 |
| Summering max 1 | | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 |
| Fas 7. Uppföljning och utvärdering | Utvärdering | 1,32 | 1,11 | 1,38 | 0,77 | 1,05 | 0,72 |
| Summering max 1 | | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 |
| Fas 8. Förbättring och spridning | Aktivt arbete mot media, alkohol | 0,48 | 0,68 | 1,04 | 0,81 | 1,12 | 0,68 |
| Summering max 1 | | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 |
| Totalt (max 41) | | 25 | 23 | 23 | 25 | 22 | 20 |

*De resultat där vi uppfattar att det inte finns någon skillnad mellan kategori låg och medel har avgränsats till intervallet 0,95–1,05 för oddskvoter och -0,05–0,05 för estimat. Oddskvoter och estimat inom dessa intervall ingår därför inte i summeringsraderna.

Tabell 2. Jämförelse mellan kommuner i kategori hög och medel utifrån ojusterade oddskvoter (OR) och estimat samt summering* av antal oddskvoter och estimat som visar ett sämre utfall för kategori hög jämfört med medel.

| EDPQS-fas | Fråga | Utbildning | Mediannetto -inkomst | Arbets- löshet | Andel unga | Valdel- tagande | Befolknings- storlek |
|--|--|------------|-------------------------|-------------------|---------------|--------------------|-------------------------|
| Fas 1. Kart- läggning och analys | Kartläggning av ANDT-bruk och skade- verkningar | 1,04 | 0,85 | 1,1 | 1,19 | 1,14 | 1,2 |
| | Undersökning bland skolelever | 0,72 | 0,52 | 1,19 | 0,53 | 0,96 | 0,47 |
| Summerin g max 2 | | 1 | 2 | 0 | 1 | 1 | 1 |
| Fas 2. Resurs- bedömning | Arbetstid för ANDT-före- byggande arbetet, estimat | 0,23 | -0,022 | 0,012 | 0,019 | -0,037 | 0,41 |
| | Deltog i nätverk för kommunala ANDT- samordnare | 2,41 | 0,74 | 1,13 | 1,04 | 1,21 | 3,2 |
| | ANDT i kommunens ordinarie struktur med mål och budget | 3,11 | 0,98 | 0,85 | 1,17 | 1,16 | 2,25 |
| Summerin g max 3 | | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| Fas 3. Projekt- utformning | Jämlikhets- perspektiv | 1,45 | 1,19 | 1,12 | 1,39 | 1,05 | 2,4 |
| | Politiska program | 2,47 | 0,63 | 0,83 | 0,69 | 0,97 | 2,83 |
| Summerin g max 2 | | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 |
| Fas 4. Utformning av insatser | Brett förebyggande arbete (minst ett ja i fem av sju kategorier) | 1,88 | 0,76 | 0,98 | 0,95 | 1,58 | 2,12 |
| | Före- byggande insatser (estimat 40 insatser) | 1,7 | -1,9 | -0,12 | 0,077 | -0,83 | 4,4 |
| | Före- byggande metoder (summering av antal OR, max 4) | 2 | 4 | 1 | 3 | 4 | 1 |

| EDPQS-fas | Fråga | Utbildning | Mediannetto- inkomst | Arbets- löshet | Andel- unga | Valdel- tagande | Befolknings- storlek |
|---|--|------------|-------------------------|-------------------|----------------|--------------------|-------------------------|
| | Kommunala policyer (summering av antal OR, max 8) | 6 | 7 | 3 | 6 | 6 | 5 |
| Summering max 14 | | 8 | 13 | 5 | 9 | 11 | 6 |
| Fas 5. Ledning och mobilisering av resurser | Samordning och planering, alkohol | 0,95 | 0,81 | 1,06 | 1,1 | 0,82 | 2,13 |
| | Styrgrupp | 1,17 | 0,91 | 0,93 | 0,73 | 1,04 | 0,85 |
| | Samarbete tillsyn och ANDT-samordnare | 2,44 | 0,69 | 0,8 | 0,78 | 0,8 | 3,05 |
| | Samverkan ANDT-brott (summering av antal OR, max 14) | 4 | 8 | 9 | 11 | 4 | 0 |
| Summering max 17 | | 4 | 11 | 11 | 13 | 6 | 1 |
| Fas 6. Genomförande och uppföljning | Uppföljning | 1,16 | 0,89 | 0,95 | 0,68 | 1,2 | 2,03 |
| Summering max 1 | | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 |
| Fas 7. Uppföljning och utvärdering | Utvärdering | 1,1 | 0,93 | 0,83 | 0,61 | 1,32 | 0,93 |
| Summering max 1 | | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 |
| Fas 8. Förbättring och spridning | Aktivt arbete mot media, alkohol | 1,22 | 1,11 | 1,23 | 0,95 | 0,99 | 2,13 |
| Summering max 1 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Totalt (max 41) | | 13 | 30 | 19 | 26 | 18 | 9 |

*De resultat där vi uppfattar att det inte finns någon skillnad mellan kategori hög och medel har avgränsats till intervallet 0,95–1,05 för oddskvoter och -0,05–0,05 för estimat. Oddskvoter och estimat inom dessa intervall ingår därför inte i summeringsraderna.

Tabell 3. Jämförelse mellan kommuner i kategori låg och medel utifrån justerade oddskvoter (OR) och estimat samt summering* av antal oddskvoter och estimat som visar ett sämre utfall för kategori låg jämfört med medel.

| EDPQS-fas | Fråga | Utbildning | Mediannetto-inkomst | Arbetslöshet | Andel unga | Valdeltagande | Befolkningsstorlek |
|--------------------------------|--|------------|---------------------|--------------|------------|---------------|--------------------|
| Fas 1. Kartläggning och analys | Kartläggning av ANDT-bruk och skadeverkningar | 0,69 | 0,85 | 2,3 | 1,05 | 1,21 | 0,88 |
| | Undersökning bland skolelever | 1,09 | 1,66 | 1,29 | 1,49 | 0,61 | 0,87 |
| Summering max 2 | | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 2 |
| Fas 2. Resursbedömning | Arbets tid för ANDT-förebyggande arbetet, estimat | -0,15 | -0,066 | -0,051 | -0,11 | -0,0034 | -0,12 |
| | Deltog i nätverk för kommunala ANDT-samordnare | 0,58 | 0,83 | 0,8 | 0,4 | 0,6 | 0,3 |
| | ANDT i kommunens ordinarie struktur med mål och budget | 1,09 | 0,74 | 1,12 | 1,07 | 1 | 0,53 |
| Summering max 3 | | 2 | 3 | 2 | 2 | 1 | 3 |
| Fas 3. Projektutformning | Jämlikhetsperspektiv | 0,52 | 0,56 | 1,46 | 0,71 | 0,6 | 0,74 |
| | Politiska program | 0,77 | 0,86 | 0,89 | 0,68 | 0,72 | 0,67 |
| Summering max 2 | | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 |
| Fas 4. Utformning av insatser | Brett förebyggande arbete (minst ett ja i fem av sju kategorier) | 0,93 | 0,72 | 0,85 | 1,02 | 1,42 | 0,37 |
| | Förebyggande insatser (estimat 40 insatser) | -3,1 | -1,7 | -2,2 | -0,66 | -0,19 | -4,5 |

| EDPQS-fas | Fråga | Utbildning | Mediannetto -inkomst | Arbets- löshet | Andel unga | Valdel- tagande | Befolknings- storlek |
|--|--|------------|-------------------------|-------------------|---------------|--------------------|-------------------------|
| | Före- byggande metoder (summering av antal OR, max 4) | 4 | 2 | 4 | 3 | 2 | 4 |
| | Kommunala policyer (summering av antal OR, max 8) | 5 | 4 | 6 | 7 | 4 | 4 |
| Summering max 14 | | 11 | 8 | 12 | 11 | 7 | 10 |
| Fas 5. Ledning och mobilisering av resurser | Samordning och planering, alkohol | 0,5 | 0,85 | 1,11 | 0,89 | 0,72 | 0,75 |
| | Styrgrupp | 1,49 | 1,68 | 0,79 | 1,27 | 1,25 | 1,1 |
| | Samarbete tillsyn och ANDT- samordnare | 1,1 | 0,96 | 0,53 | 0,86 | 0,96 | 0,53 |
| | Samverkan ANDT-brott (summering av antal OR, max 14) | 10 | 8 | 11 | 5 | 4 | 5 |
| Summering max 17 | | 11 | 9 | 13 | 7 | 5 | 7 |
| Fas 6. Genom- förande och uppföljning | Uppföljning | 0,84 | 1,23 | 1,58 | 1,13 | 0,92 | 1,17 |
| Summering max 1 | | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 |
| Fas 7. Uppföljning och utvärdering | Utvärdering | 1,38 | 1,11 | 1,55 | 0,72 | 1 | 0,61 |
| Summering max 1 | | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 |
| Fas 8. Förbättring och spridning | Aktivt arbete mot media, alkohol | 0,42 | 0,59 | 0,99 | 0,79 | 1,11 | 0,51 |
| Summering max 1 | | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 |
| Totalt (max 41) | | 29 | 24 | 28 | 24 | 17 | 26 |

*De resultat där vi uppfattar att det inte finns någon skillnad mellan kategori låg och medel har avgränsats till intervallet 0,95–1,05 för oddskvoter och -0,05–0,05 för estimat. Oddskvoter och estimat inom dessa intervall ingår därför inte i summeringsraderna.

Tabell 4. Jämförelse mellan kommuner i kategori hög och medel utifrån justerade oddskvoter (OR) och estimat samt summering* av antal oddskvoter och estimat som visar ett sämre utfall för kategori hög jämfört med medel.

| EDPQS-fas | Fråga | Utbildning | Mediannetto- inkomst | Arbets- löshet | Andel unga | Valdel- tagande | Befolknings- storlek |
|--|---|------------|-------------------------|-------------------|---------------|--------------------|-------------------------|
| Fas 1. Kart- läggning och analys | Kartläggning av ANDT- bruk och skade- verkningar | 1,36 | 0,92 | 0,89 | 1,26 | 1,4 | 1,26 |
| | Under- sökning bland skolelever | 0,84 | 0,5 | 0,92 | 0,56 | 1,24 | 0,47 |
| Summering max 2 | | 1 | 2 | 2 | 1 | 0 | 1 |
| Fas 2. Resurs- bedömning | Arbets- tid för ANDT-före- byggande arbetet, estimat | 0,22 | -0,1 | 0,091 | -0,064 | -0,11 | 0,4 |
| | Deltog i nätverk för kommunala ANDT- samordnare | 2,58 | 0,53 | 1,45 | 0,9 | 0,99 | 3,6 |
| | ANDT i kommunens ordinarie struktur med mål och budget | 2,74 | 0,8 | 0,95 | 0,86 | 1,16 | 2 |
| Summering max 3 | | 0 | 3 | 0 | 3 | 1 | 0 |
| Fas 3. Projekt- utformning | Jämlikhets- perspektiv | 1,32 | 1,05 | 1,44 | 1,06 | 0,95 | 2,14 |
| | Politiska program | 2,9 | 0,5 | 0,91 | 0,62 | 0,86 | 3,11 |
| Summering max 2 | | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 |
| Fas 4. Utformning av insatser | Brett förebyggande arbete (minst ett ja i fem av sju kategorier) | 2,17 | 0,71 | 1,05 | 0,82 | 1,7 | 2,47 |
| | Före- byggande insatser (estimat 40 insatser) | 2,8 | -1,8 | 0,23 | -0,3 | -0,31 | 5 |
| | Före- byggande metoder (summering) | 1 | 4 | 2 | 3 | 3 | 0 |

| EDPQS-fas | Fråga | Utbildning | Mediannetto- inkomst | Arbets- löshet | Andel unga | Valdel- tagande | Befolknings- storlek |
|--|--|------------|-------------------------|-------------------|---------------|--------------------|-------------------------|
| | av antal OR, max 4) | | | | | | |
| | Kommunala policyer (summering av antal OR, max 8) | 4 | 4 | 3 | 3 | 4 | 3 |
| Summering max 14 | | 5 | 10 | 6 | 8 | 8 | 3 |
| Fas 5. Ledning och mobilisering av resurser | Samordning och planering, alkohol | 1,08 | 0,79 | 1,16 | 1,07 | 0,85 | 2,26 |
| | Styrgrupp | 1,01 | 0,68 | 1,16 | 0,53 | 0,91 | 0,68 |
| | Samarbete tillsyn och ANDT- samordnare | 2,56 | 0,55 | 1,02 | 0,64 | 0,67 | 2,96 |
| | Samverkan ANDT-brott (summering av antal OR, max 14) | 6 | 13 | 7 | 13 | 6 | 0 |
| Summering max 17 | | 6 | 16 | 7 | 15 | 9 | 1 |
| Fas 6. Genom- förande och uppföljning | Uppföljning | 1,28 | 0,85 | 0,81 | 0,64 | 1,35 | 2,21 |
| Summering max 1 | | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 |
| Fas 7. Uppföljning och utvärdering | Utvärdering | 1,07 | 0,87 | 0,77 | 0,55 | 1,36 | 0,95 |
| Summering max 1 | | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 |
| Fas 8. Förbättring och spridning | Aktivt arbete mot media, alkohol | 1,42 | 1,14 | 1,4 | 0,87 | 0,97 | 2,35 |
| Summering max 1 | | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 |
| Totalt (max 41) | | 12 | 34 | 18 | 31 | 19 | 5 |

*De resultat där vi uppfattar att det inte finns någon skillnad mellan kategori hög och medel har avgränsats till intervallet 0,95–1,05 för oddskvoter och -0,05–0,05 för estimat. Oddskvoter och estimat inom dessa intervall ingår därför inte i summeringsraderna.

Bilaga 2 – Urval av frågor ur Länsrapportens undersökning

För utförligare information om frågor och svarsalternativ hänvisar vi till enkäten om kommunernas ANDT-förebyggande arbete vilken finns publicerad på vår webbplats, se: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsorapportering-statistik/statistikdatabaser-och-visualisering/lansrapporten/datainsamling1/>.

Kartläggning och analys (fas 1)

| Fråga | Delfråga eller svarsalternativ |
|---|---------------------------------------|
| 6 Har kommunen under 2017 gjort en kartläggning av ANDT-bruk och skadeverkningar? | Ja/Nej |
| 6.1 Har kommunen genomfört en undersökning bland skolelever om deras ANDT-användning? | Ja/Nej |

Resursbedömning (fas 2)

| Fråga | Delfråga eller svarsalternativ |
|---|---------------------------------------|
| 3 Hur mycket arbetstid (årsarbetskrafter) avsatte kommunen under 2017 för övergripande samordning och planering av det ANDT-förebyggande arbetet? | Antal årsarbetskrafter |
| 10 Var det ANDT-förebyggande arbetet under 2017 integrerat i kommunens ordinarie struktur med mål och budget? | Ja/Nej |
| 9.1 Hur stor del av det ANDT-förebyggande arbetet under 2017 finansierades med kommunala medel? | Till stor del, Till viss del |
| 4 Deltog din kommun under 2017 i nätverk för kommunala ANDT-samordnare (och motsvarande) som länsstyrelsen organiserar? | Ja/Nej |

Projektutformning (fas 3)

| | |
|---|--------|
| 8 Har kommunen ett jämlikhetsperspektiv på det ANDT-förebyggande arbetet? | Ja/Nej |
|---|--------|

Utformning av insatser (fas 4)

| Fråga | Delfråga eller svarsalternativ |
|--|---|
| 17 Hade kommunen 2017 en eller flera av följande policyer på ANDT-området? | Kommunen som arbetsgivare har en alkohol- och/eller drogpolicy (ANDT-policy) |
| 17 Hade kommunen 2017 en eller flera av följande policyer på ANDT-området? | Kommunen som arbetsgivare har en policy som rör rökfri arbetstid |
| 17 Hade kommunen 2017 en eller flera av följande policyer på ANDT-området? | Kommunen som arbetsgivare har en policy som rör alkoholfri arbetstid |
| 17 Hade kommunen 2017 en eller flera av följande policyer på ANDT-området? | Kommunen som arbetsgivare har en policy som rör tobaksfri arbetstid |
| 17 Hade kommunen 2017 en eller flera av följande policyer på ANDT-området? | Kommunen har lokala ordningsstadgar eller föreskrifter om alkoholförtäring på offentlig plats |
| 17 Hade kommunen 2017 en eller flera av följande policyer på ANDT-området? | Kommunen har tagit politiska beslut som reglerar rökfria miljöer utomhus |
| 17 Hade kommunen 2017 en eller flera av följande policyer på ANDT-området? | Idrottsföreningar i kommunen måste ha en alkohol- och/eller drogpolicy för att få föreningsbidrag (ANDT-policy) |
| 17 Hade kommunen 2017 en eller flera av följande policyer på ANDT-området? | Övriga föreningar i kommunen måste ha en alkohol- och/eller drogpolicy för att få föreningsbidrag (ANDT-policy) |
| 21 På vilket/vilka sätt bedrevs ANDT-förebyggande arbete inom kommunen under 2017? Universella åtgärder | 15 alternativ |
| 21 På vilket/vilka sätt bedrevs ANDT-förebyggande arbete inom kommunen under 2017? Riktade insatser | 10 alternativ |
| 21 På vilket/vilka sätt bedrevs ANDT-förebyggande arbete inom kommunen under 2017? Tidig upptäckt | 7 alternativ |
| 21 På vilket/vilka sätt bedrevs ANDT-förebyggande arbete inom kommunen under 2017? Förebyggande arbete totalt = Antal Ja | Samtliga alternativ i fråga 21 |

- 21 På vilket/vilka sätt bedrevs ANDT-förebyggande arbete inom kommunen under 2017? Brett förebyggande arbete = Minst ett Ja i fem kategorier.
- 22 Vilka av följande metoder på det ANDT-förebyggande området arbetade man med, helt eller delvis, under 2017 inom kommunen? (de fyra första svarsalternativen)
- Sju kategorier: 1) Hälsofrämjande universella åtgärder som syftar till att stärka skyddsfaktorer och minska riskfaktorer för ANDT-bruk, 2) Riktade insatser för olika grupper som är sårbara för ANDT-bruk/-problem, 3) Insatser för tidig upptäckt, 4) ANDT-förebyggande åtgärder i skola och på högskola/universitet, 5) Åtgärder för att påverka attityder och normer, 6) Information och utbildning för föräldrar, 7) Annat
- Fyra metoder namnges: Kronobergsmodellen, Krogar mot knark (eller liknande metod), 100 % ren hårdträning, SMADIT

Ledning och mobilisering av resurser (fas 5)

- | Fråga | Delfråga eller svarsalternativ |
|---|--|
| 2 ANDT-förebyggande arbetet i kommunen (på hel- eller deltid) under någon period under 2017? | Ja på alternativ Alkohol, Narkotika, Dopning eller Tobak |
| 7 Hade kommunen 2017 ett eller flera politiska program som inkluderade det ANDT-förebyggande arbetet? | Ja/Nej |
| 7.2 Ingår någon eller några av följande alternativ i detta eller dessa styrdokument: | 5 svarsalternativ: Mätbara mål, Genomförandeplan med ansvariga aktörer, Medel avsatta för genomförande av olika aktiviteter i planen, Plan för uppföljning, Plan för utvärdering |
| 11 Fanns det under 2017 en styrgrupp för det lokala ANDT-förebyggande arbetet i kommunen? | Ja/Nej |
| 12 Fanns det under 2017 inom kommunen ett samarbete i någon utsträckning mellan kommunala alkohol-/tobakshandläggare och ANDT-samordnare eller motsvarande? | Ja/Nej |
| 13 Fanns det under 2017 lokal samverkan mellan det ANDT-förebyggande och det brottsförebyggande arbetet med en eller flera av nedanstående aktörer? | 14 möjliga samverkansaktörer |
| 14 Med vilka myndigheter hade kommunen ett regelbundet eller formaliserat samarbete gällande det | 7 möjliga samverkansaktörer |

ANDT-förebyggande arbetet under 2017?

- 16 Med vilka idéburna organisationer eller frivilligorganisationer hade kommunen ett regelbundet eller formaliserat samarbete gällande det ANDT-förebyggande arbetet under 2017? 6 möjliga samverkansaktörer

Genomförande och uppföljning (fas 6)

Fråga

Delfråga eller svarsalternativ

- 23 Genomfördes en uppföljning av det ANDT-förebyggande arbetet i kommunen? Ja/Nej

Uppföljning och utvärdering (fas 7)

Fråga

Delfråga eller svarsalternativ

- 24 Genomfördes en utvärdering av det ANDT-förebyggande arbetet i kommunen? Ja/Nej

Förbättring och spridning (fas 8)

Fråga

Delfråga eller svarsalternativ

- 21 På vilket/vilka sätt bedrevs ANDT-förebyggande arbete inom kommunen under 2017? Kategori: Åtgärder för att påverka attityder och normer, 4 svarsalternativ (media advocacy)

Folkhälsomyndigheten har av regeringen i uppdrag att följa utvecklingen och bidra med kunskapsstöd inom området alkohol, narkotika, dopning och tobak. I alla delar av arbetet ska aspekter av jämlikhet i hälsa beaktas och främjas.

Denna rapport anlägger ett jämlikhetsperspektiv på det hälsofrämjande och förebyggande ANDT-arbetet i kommunerna, och riktar sig till lokala och regionala ANDT-samordnare, tjänstemän och politiker samt forskare och praktiker som är verksamma inom ANDT-området. Resultaten visar bland annat och att kommuner med en mer utsatt sociodemografisk situation har generellt mindre omfattande ANDT-förebyggande arbete. Detta och övriga resultat som presenteras i denna rapport kan bidra till kunskapen om hur det hälsofrämjande och ANDT-förebyggande arbetet kan minska ANDT-relaterad ojämlikhet i hälsa.

Folkhälsomyndigheten är en nationell kunskapsmyndighet som arbetar för en bättre folkhälsa. Det gör myndigheten genom att utveckla och stödja samhällets arbete med att främja hälsa, förebygga ohälsa och skydda mot hälsohot.

Vår vision är en folkhälsa som stärker samhällets utveckling.



Folkhälsomyndigheten

Solna Nobels väg 18, SE-171 82 Solna **Östersund** Forskarens väg 3, SE-831 40 Östersund.

www.folkhalsomyndigheten.se