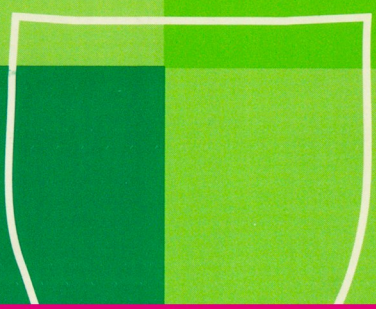
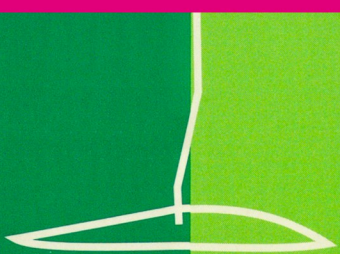
# ATT FÖREBYGGA ALKOHOL PROBLEM



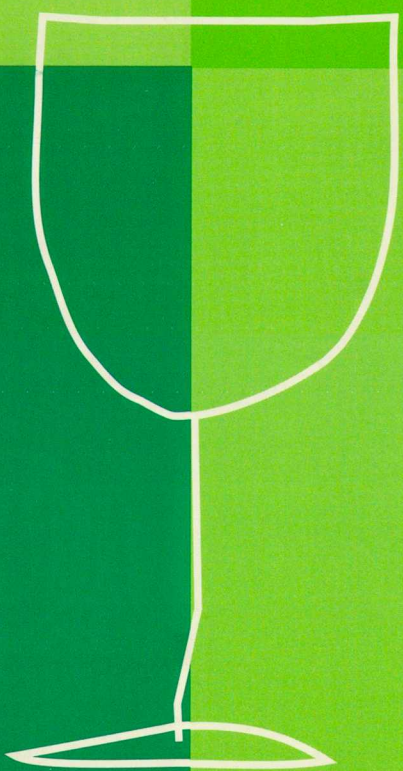
Ur KB:s samlingar
Digitaliserad år 2014
KUNGL. BIBLIOTEKET
National Library of Sweden



SOU 1994:26

DELBETÄNKANDE AV ALKOHOLPOLITISKA KOMMISSIONEN

# ATT FÖREBYGGA ALKOHOL PROBLEM



SOU 1994:26

DELBETÄNKANDE AV ALKOHOLPOLITISKA KOMMISSIONEN

Ref KB Occ 500

Statens offentliga utredningar
1994:26
Socialdepartementet

# Att förebygga alkoholproblem

Delbetänkande av Alkoholpolitiska kommissionen
Stockholm 1994

SOU och Ds kan köpas från Fritzes kundtjänst. För remissutsändningar av SOU och Ds svarar Fritzes, Offentliga Publikationer, på uppdrag av Regeringskansliets förvaltningskontor

Beställningsadress: Fritzes kundtjänst
106 47 Stockholm
Fax: 08-20 50 21
Telefon: 08-690 90 90

Graphic Systems AB, Göteborg 1994

ISBN 91-38-13583-3
ISSN 0375-250X

# Statsrådet och chefen för Socialdepartementet

Genom regeringens beslut den 19 december 1991 bemyndigades statsrådet Bengt Westerberg att tillkalla en parlamentarisk kommission med uppdrag att utvärdera den hittillsvarande alkoholpolitiken och lägga fram förslag till en strategi för framtiden - bl.a. i ett EG-perspektiv.

I kommissionens direktiv (dir. 1991:124), som redovisas i bilaga 1, framhålles att åtgärder för att begränsa alkoholens tillgänglighet är en av alkoholpolitikens två hörnstenar. Den andra består i insatser för att påverka människors efterfrågan på alkohol, bl.a. förebyggande verksamhet. I ett läge där det till följd av Sveriges närmande till Europa kan bli svårare att begränsa alkoholens tillgänglighet får den andra hörnstenen ökad betydelse. Det är mot denna bakgrund man skall se uppdraget till kommissionen att bedöma hur såväl de allmänt förebyggande insatserna som åtgärder som riktar sig till människor i riskzonen för alkoholmissbruk kan utvecklas ytterligare.

Kommissionen har antagit namnet Alkoholpolitiska kommissionen. Kommissionen har en bred sammansättning med företrädare för alla riksdagspartier.

Till kommissionen har knutits sakkunniga från Utrikes-, Finans- och Socialdepartementen, Folkhälsoinstitutet, Landstingsförbundet och Svenska Kommunförbundet, experter från Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning och Karolinska institutet samt juridisk expertis. Sammansättningen av kommissionen framgår av betänkandets bilaga 2.

Kommissionen har tidigare avlämnat delbetänkandet Serveringsbestämmelser (SOU 1993:50) med förslag till ändringar i lagen (1977:293) om handel med drycker (LHD).

Kommissionen får nu avlämna sitt delbetänkande Att förebygga alkoholproblem (SOU 1993:26). I betänkandet läggs särskild vikt vid det hittills ganska okända området sekundärprevention, dvs. individuella insatser för att förhindra att riskabla alkoholvanor övergår i missbruk. Möjligheterna att inom olika verksamhetsområden tidigt upptäcka och stödja beskrivs och förslag lämnas till hur dessa möjligheter skulle kunna utnyttjas bättre. Vad gäller ungdomar berörs både generella och individuella insatser för att förebygga alkoholproblem, framför allt på skolans område.

Kommissionen avslutar sitt arbete genom att – utöver detta delbetänkande – nu överlämna dels sitt huvudbetänkande Svensk alkoholpolitik – en strategi för framtiden (SOU 1994:24), dels delbetänkandena Svensk alkoholpolitik – bakgrund och nuläge (SOU 1994:25), Vård av alkoholmissbrukare (SOU 1994:27), Kvinnor och alkohol (SOU 1994:28) samt Barn – Föräldrar – Alkohol (SOU 1994:29).

Reservation har lämnats av ledamoten Owe Larsson (företagshälsovård m.m.). Särskilt yttrande har lämnats av sakkunniga Karin Berensson.

Stockholm i mars 1994

*Ingemar Mundebo*

*Karin Israelsson*
*Owe Larsson*
*Anita Persson*
*Claes Örtendahl*

*Bert-Inge Karlsson*
*Ulla Orring*
*Gabriel Romanus*

*Peter Kling*
*Sverre Palm*
*Sten Svensson*

*/Hans Noaksson*
*Johan Hellstrand*

# Innehållsförteckning

*Sammanfattning* . . . . . *11*

1 Inledning . . . . . 17

1.1 Bakgrund . . . . . 17
1.2 Disposition . . . . . 17

2 *Individuella insatser i syfte att förebygga alkoholproblem* . . . . . *21*
2.1 Högriskstrategin – en del av en sammanhållen strategi . . . . 21
2.2 Några viktiga utgångspunkter . . . . . 25
2.2.1 Alkoholkonsumtionens fördelning . . . . . 25
2.2.2 Konsumtionsnivåer och risker . . . . . 25
2.2.3 Preventionsparadoxen . . . . . 28
2.3 Begreppsdefinitioner och syften . . . . . 30
2.3.1 Definitioner . . . . . 30
2.3.2 Syften . . . . . 30
2.4 Aktiviteter inom ramen för en högriskstrategi . . . . . 31
2.4.1 Att upptäcka alkoholproblem i tidigt skede . . . . . 32
2.4.2 Bedömning av alkoholproblemens svårighetsgrad . . . . 32
2.4.3 Enkla insatser för att förebygga alkoholproblem . . . . 33
2.4.4 Remittering till specialiserad missbrukarvård . . . . . 34
2.4.5 Alternativa insatser . . . . . 34
2.5 Försök och erfarenheter . . . . . 34
2.6 Verksamhetsområden där det finns goda möjligheter att ingripa tidigt . . . . . 35
2.7 Hur kan förutsättningarna förbättras? . . . . . 36

3 *Insatser inom hälso- och sjukvården* . . . . . *39*
3.1 Förutsättningar och motiv för missbruksförebyggande insatser 39
3.1.1 Primärvården . . . . . 39
3.1.2 Somatisk öppen och sluten akutsjukvård . . . . . 40
3.1.3 Psykiatrisk vård . . . . . 40
3.2 Metoder för identifiering av patienter med hög alkoholkonsumtion . . . . . 41
3.2.1 Patientinitierad kontakt med sjukvården . . . . . 41
3.2.2 Hälsoundersökningar . . . . . 43

3.3 Erfarenheter från studier av förebyggande insatser . . . . . 44
3.4 Kostnadseffektivitet i tidiga insatser från hälso- och sjukvårdens sida . . . . . 48
3.5 Det aktuella läget. Exempel på individuell missbruksförebyggande verksamhet . . . . . 49
3.6 Hinder och möjligheter . . . . . 50
3.6.1 Attityder till att vilja ge vård/behandling åt högkonsumenter respektive missbrukare . . . . . 50
3.6.2 Utbildningsinsatser . . . . . 52
3.6.3 Förhållningssätt till patienter . . . . . 52
3.6.4 Samarbete . . . . . 54
3.6.5 Sekretessfrågor . . . . . 54
3.7 Husläkarreformen och dess innebörd . . . . . 55
3.8 Möjligheter för sjuksköterskor m.fl. att göra individuellt förebyggande insatser . . . . . 57
3.9 Möjligheter till missbruksförebyggande insatser inom akutsjukvården. . . . . 57
3.10 Kommissionens överväganden och förslag . . . . . 58
3.11 Kommissionens rekommendationer och förslag i sammanfattning . . . . . 61

*4 Insatser inom socialtjänsten . . . . . 63*
4.1 Förutsättningar för individuella missbruksförebyggande insatser . . . . . 63
4.1.1 Socialtjänstens ansvar . . . . . 63
4.1.2 Möjligheter till framgång . . . . . 63
4.1.3 Pågående förändringar . . . . . 64
4.2 Motiv för individuella missbruksförebyggande insatser . . . 64
4.3 Det aktuella läget . . . . . 65
4.3.1 Organisation av socialtjänstens individ- och familjeomsorg . . . . . 65
4.3.2 Insatser mot alkoholmissbruk generellt från socialtjänstens sida . . . . . 65
4.3.3 I vad mån satsas resurser på förebyggande insatser? . . 66
4.3.4 Insatser med anledning av anmälningar från polisen m. fl. . . . . 67
4.3.5 Alkoholmottagningar . . . . . 67
4.3.6 Samverkan med andra samhällsorgan och frivilligorganisationer . . . . . 68
4.3.7 Försök att bedriva individuellt missbruksförebyggande arbete . . . . . 69

4.4 Problem och hinder . . . . . 70
4.4.1 Bristfällig utbildning i alkoholfrågor . . . . . 70
4.4.2 Outvecklad/oprövad metodik . . . . . 70
4.4.3 Svag motivation att agera förebyggande . . . . . 71
4.4.4 Obalans mellan uppgifter och resurser . . . . . 71
4.4.5 Otillräcklig samverkan med andra aktörer . . . . . 72
4.4.6 Misstro hos klienter . . . . . 72
4.4.7 Sekretessaspekter . . . . . 72
4.5 Socialtjänsten roll vad gäller individuella missbruksförebyggande insatser . . . . . 73
4.6 Förslag till utveckling . . . . . 75
4.6.1 Metodik . . . . . 76
4.6.2 Utbildning och handledning . . . . . 76
4.6.3 Ökad satsning på alkoholmottagningar . . . . . 78
4.6.4 Samarbete och samverkan . . . . . 78
4.6.5 Forskning och metodutveckling . . . . . 79

*5 Insatser i arbetslivet* . . . . . *81*
5.1 Motiv och förutsättningar för missbruksförebyggande insatser . . . . . 81
5.2 Arbetsgivarens och övriga parters ansvar . . . . . 83
5.2.1 Arbetsgivarens ansvar . . . . . 83
5.2.2 Den offentliga sektorns ansvar . . . . . 85
5.3 Vad har gjorts och vad görs från arbetslivets sida för att minska alkoholmissbruket? . . . . . 86
5.3.1 Verksamheter som initierats på central nivå . . . . . 86
5.3.2 Exempel på verksamheter på lokal nivå . . . . . 87
5.4 Vad görs i andra länder? . . . . . 87
5.4.1 Den norska modellen . . . . . 87
5.4.2 Amerikanska rekommendationer . . . . . 88
5.5 Vad har visat sig vara framgångsrik metodik? . . . . . 88
5.6 Problem och möjligheter . . . . . 90
5.6.1 Problem som måste finna en lösning . . . . . 90
5.6.2 Möjligheter . . . . . 92
5.7 Kommissionens överväganden och förslag . . . . . 94
5.7.1 Ökad medvetenhet om arbetslivets kostnader för alkoholmissbruk . . . . . 95
5.7.2 Utbildning i alkoholfrågor m.m. . . . . 96
5.7.3 Samhällsstöd till regionala resurscentra . . . . . 96
5.7.4 Försöksverksamhet, metodutveckling . . . . . 97
5.7.5 Företagshälsovårdens existensmöjligheter 98
5.7.6 Tydliggörande av ansvarsfördelning . . . . . 98

*6 Tidiga insatser för ungdom* ... *101*
6.1 Inledning ... 101
6.2 Ungdom och alkohol ... 102
6.2.1 Faktorer som påverkar ungdomars alkoholvanor ... 102
6.2.2 Tidiga insatser ... 103
6.2.3 Vem kan upptäcka tidigt? ... 104
6.3 Socialtjänstens förutsättningar ... 104
6.3.1 Socialtjänsten och föräldrarna ... 106
6.4 Andra aktörer ... 106
6.4.1 Skolan ... 106
6.4.2 Fritidsverksamheten ... 107
6.4.3 Ungdomsmottagningar ... 108
6.4.4 Primärvården ... 108
6.4.5 Polisen ... 108
6.4.6 Aktörernas olika roller ... 109
6.5 Socialtjänsten som samordnare ... 110
6.5.1 Specialisering ... 110
6.5.2 Samverkan ... 111
6.5.3 Mål för samverkan ... 112
6.5.4 Modeller för samverkan ... 112
6.5.5 Sekretessfrågan ... 113
6.6 Gemensamt förhållningssätt genom ett handlingsprogram ... 114
6.6.1 Handlingsplan ... 114
6.6.2 Ekonomiska motiv för samverkan ... 115
6.7 Exempel 1: Järfälla ... 115
6.8 Exempel 2: Hässleholm ... 116
6.9 Kommissionens överväganden och förslag ... 117

*7 Generella insatser från skolans sida* ... 121
7.1 Motiv och förutsättningar ... 121
7.2 Måldiskussion ... 122
7.3 Skolans styrdokument ... 124
7.3.1 Centrala styrdokument ... 124
7.3.2 Lokala styrdokument ... 125
7.3.3 Målsättningar och utvärdering ... 125
7.4 Utvecklingen avskolans generellt förebyggande arbete ... 126
7.4.1 Metodutveckling ... 126
7.4.2 Samverkan ... 128
7.4.3 Stöd och stimulans ... 129
7.4.4 ANT-undervisningens nuvarande ställning ... 130
7.4.5 ANT-undervisning eller alkoholundervisning? ... 131
7.5 Effekter av ANT-undervisning ... 132

7.6 Lärarutbildningen . . . . . 135
7.6.1 Inslag av ANT i lärarutbildningen . . . . . 135
7.7 Fortbildningen . . . . . 137
7.8 Exempel på väl fungerande alkoholförebyggande verksamhet 138
7.9 Kommissionens överväganden och förslag . . . . . 138
7.10 Kommissionens rekommendationer och förslag i sammanfattning . . . . . 142

*8 Riktade insatser på alkoholområdet inom skolans ram* . . . . . 145
8.1 Inledning . . . . . 145
8.2 Begrepp . . . . . 145
8.3 Syften . . . . . 146
8.4 Skolans roll i folkhälsoarbetet . . . . . 147
8.5 Ungdomars alkoholvanor . . . . . 148
8.5.1 Högkonsumenter . . . . . 148
8.6 Utvecklingen av alkoholberoende . . . . . 150
8.7 Riskfaktorer . . . . . 151
8.7.1 Generella sociala faktorer . . . . . 151
8.7.2 Individuella och interpersonella faktorer . . . . . 152
8.8 Skyddande faktorer . . . . . 155
8.9 Preventionsmöjligheter i teori och praktik . . . . . 155
8.10 Skolans praktiska möjligheter . . . . . 159
8.10.1 Elevvårdens möjligheter . . . . . 160
8.10.2 Skolhälsovårdens möjligheter . . . . . 162
8.11 Samverkan . . . . . 163
8.12 Svenska försöksprojekt . . . . . 164
8.13 Hinder för utveckling . . . . . 165
8.14 Kommissionens överväganden och förslag . . . . . 166

*Reservation och särskilt yttrande* . . . . . *169*

*Referenser* . . . . . 173

*Bilagor*
1 Kommittédirektiv . . . . . 187
2 Alkoholpolitiska kommissionens sammansättning . . . . . 197
3 Försök till belysning av de möjliga effekterna av individuella insatser från primärvårdens sida för att förebygga alkoholmissbruk . . . . . 199
4 Exempel på verksamhet som bedrivs inom arbetslivet . . . . . 203
5 Exempel på stödorganisationer . . . . . 209
6 Exempel på ANT-verksamhet . . . . . 215

# Sammanfattning

Alkoholpolitiska kommissionens uppdrag består enligt direktiven framför allt i att lägga fram förslag till en alkoholpolitisk strategi för framtiden - bl.a. i ett EG-perspektiv. Förebyggande insatser intar naturligen en central plats i varje alkoholpolitisk strategi. Det är inte lika självklart att sådana insatser bör vara både individuella och generella. Kommissionen vill betona de individinriktade insatserna. Av det skälet ligger tyngdpunkten i detta delbetänkande på sådana insatser. I kommissionens huvudbetänkande ägnas däremot stort utrymme åt såväl generella som individuella åtgärder för att förebygga alkoholproblem.

## Disposition

Betänkandet består av två olika delar. Den ena behandlar förebyggande insatser riktade till vuxna, den andra förebyggande verksamhet där ungdomar är i fokus.

I den första delen (kapitlen 2 - 5) beskrivs möjligheterna att inom hälso- och sjukvården, socialtjänsten och arbetslivet genom riktade insatser tidigt upptäcka och behandla alkoholproblem hos vuxna. Frågeställningarna och metoderna kan emellertid även ha giltighet för angränsande verksamhetsfält.

Den andra delen (kapitlen 6 - 8) behandlar förebyggande verksamhet inriktad på ungdomar. Här berörs både generella och individuella insatser. Ungdomar är enligt kommissionens mening sannolikt mer mottagliga för generellt förebyggande information och upplysning än vuxna samtidigt som det finns ett betydande utrymme för ytterligare sådana insatser. För ungdomar med en riskabel alkoholkonsumtion finns anledning att satsa på riktade åtgärder. För att budskapet skall nå fram till ungdomarna bör dessa åtgärder i första hand ta sikte på risken för sociala och fysiska skador i samband med berusning, mindre på risken för medicinska skadeverkningar på lång sikt.

## Vuxna

Generella förebyggande insatser, som har hela befolkningen som målgrupp, har stor betydelse och kan i fortsättningen komma att bli ännu viktigare. Brett syftande information och upplysning kommer tillsammans med restriktioner vad gäller priser och tillgänglighet också i fortsättningen att utgöra basen för de missbruksförebyggande insatserna.

Ändå måste det konstateras att dessa åtgärder inte räcker till idag och att de

inte kommer att vara tillräckliga i framtiden heller. Det finns sannolikt möjligheter att förbättra de befolkningsinsatser som redan görs, t.ex. genom att mer än idag knyta an till hälsoaspekten, men också i fortsättningen kommer många att ha sådana alkoholvanor att de med stor sannolikhet kommer att drabbas av skador.

Kommissionen anser att de generella åtgärderna bör få ökade resurser. Vi vet emellertid att vissa idag tillämpade restriktioner kan komma att försvagas. Om ett oförändrat läge eller ytterligare skademinskning eftersträvas, framstår det som nödvändigt att komplettera den befolkningsinriktade strategin med en kraftfull satsning på individuella åtgärder i syfte att hindra att riskabla alkoholvanor övergår i missbruk.

Tidig upptäckt och enkla behandlingsinsatser (rådgivning, stödsamtal m.m.) har prövats inom framför allt hälso- och sjukvården med mycket goda resultat. Potentialen inom detta och andra verksamhetsområden förefaller vara stor men har än så länge inte tillvaratagits i särskilt stor utsträckning. Fortfarande är regeln att hjälp och stöd ges först i ett skede då rehabiliteringsförsök möter stora svårigheter. Enligt kommissionens mening bör betydligt större resurser än idag ägnas åt individuella insatser för att upptäcka riskabla alkoholvanor och försöka förhindra att de utvecklas till ett missbruk. Kommissionen bedömer utsikterna vara mycket goda att en sådan omorientering kommer att visa sig vara kostnadseffektiv, dvs. leda till ett minskat behov av vård och behandling av missbrukare.

Målgruppen, högkonsumenter som kan vara på väg mot ett beroende, är mycket stor idag och kan vara ännu större i morgon. De relativt få professionella personer som är verksamma inom alkoholområdet främst inom missbrukarvården har inte möjligheter att komma i kontakt med mer än en bråkdel av dem. Om ambitionen är att nå många i denna stora riskgrupp måste ett stort antal personer engageras som träffar många i sitt yrke, men som inte är specialister på missbruk. Dessa icke-specialister måste förmås att intressera sig för människors alkoholvanor mycket mer än idag, även om detta inte är deras primära uppgift. Det rör sig om yrkeskategorier såsom läkare, sjuksköterskor, socialarbetare, arbetsledare, handläggare vid försäkringskassan, elevvårdspersonal, föreningsfunktionärer, idrottsledare m.fl. Deras skäl att engagera sig är framför allt att storkonsumtion av alkohol ofta kraftigt påverkar de frågor som de som professionella i första hand är engagerade i: en patients allmänna hälsotillstånd, en anställds arbetskapacitet, den enskildes förmåga att klara sin egen försörjning, förmågan att vara en god förälder m.m.

Som nämnts har emellertid de individuellt inriktade, tidiga insatserna mot missbruk fortfarande en blygsam omfattning. Detta torde i första hand sammanhänga med följande omständigheter:

* Grundkunskaperna om alkohol är otillräckliga, vilket sammanhänger med att personer i många av de ovannämnda yrkeskategorierna i sin grundutbildning får veta för litet om drogmissbruk, dess yttringar och konsekvenser. Någon mer omfattande fortbildning i ämnet förekommer inte heller annat än i enstaka fall.

* Den egna inställningen till alkohol torde vara en mycket viktig förklaring till att man förhåller sig passiv. De flesta människor inom de nämnda yrkesgrupperna dricker själva alkoholhaltiga drycker och ser positivt på ett måttligt bruk. De uppskattar i allmänhet inte att någon ifrågasätter deras alkoholvanor. Därmed blir de obenägna att ta upp och eventuellt ifrågasätta andras alkoholvanor förrän det står helt klart att det föreligger ett allvarligt alkoholproblem. *Och då är det ofta för sent!*
* Det finns ändå en del - kanske många - som är villiga att arbeta förebyggande på det individuella planet. En förutsättning är då att det finns en stödfunktion. Alltför ofta gör det inte det, vilket uppenbarligen är ett stort problem. Om det inte finns någon sakkunnig att rådgöra med, eller vid behov hänvisa till, kan det kännas lugnast för icke-specialisten att inte påbörja något som han/hon inte säkert kan hantera.
* Samarbetet mellan olika aktörer är ofta outvecklat. Det kan bero på okunskap om varandras möjligheter och kompetens, revirtänkande och annat. I tider av knappa ekonomiska resurser kan samverkan t.o.m. motverka sitt syfte: den kan komma att gå ut på att låta bli att vidta åtgärder som kostar pengar eller att undvika att bli den av de inblandade parterna som får stå för kostnaderna.
* Många kan sägas ha ett ansvar för att det görs något åt ett hotande alkoholmissbruk. Men som så ofta i sådana fall riskerar ett delat ansvar att bli ingens ansvar. Att rollfördelningen på detta område i många fall är oklar är uppenbart! Detta avspeglas bland annat i den osäkerhet som kan råda kring vem som skall bekosta insatser för att få en storkonsument eller tidig missbrukare på fötter.

Mot den bakgrund som nu tecknats bör den potential som finns kunna utnyttjas bättre. Initiativ måste tas både på central och lokal nivå. På central nivå är i första hand Folkhälsoinstitutet och Socialstyrelsen berörda. De förväntas genom olika åtgärder stimulera bl.a. högskolor och universitet, hälso- och sjukvården, arbetslivet, socialtjänsten och försäkringskassorna till att bli mer aktiva på detta område. De insatser som framstår som viktigast är följande:

* Det behövs bättre grundkunskaper. Mot bakgrund av att alkoholmissbruk utgör ett av våra stora folkhälsoproblem är det angeläget att förbättra grundutbildningen för läkare, socionomer, lärare m.fl. i detta avseende. De måste få veta mer om alkoholens skadeverkningar, hur man kan upptäcka alkoholproblem tidigt och hur man ofta med enkla medel kan ge vård, behandla och nå resultat.
* Fortbildning av redan yrkesverksamma är av samma skäl nödvändig. Också den bör ha den nyssnämnda inriktningen.
* De goda exempel som finns från i första hand sjukvårdsområdet måste lyftas fram och ges spridning.
* Ytterligare försöksprojekt och metodutveckling bör uppmuntras och stödjas.

* Hälso- och sjukvården har stor kontaktyta och yrkesverksamma inom sektorn åtnjuter i allmänhet stort förtroende. Det är därför av särskilt stor vikt att insatser inom detta fält kommer till stånd i stor skala.
* Tidiga insatser vid hotande alkoholmissbruk är inte bara motiverade av humanitära skäl. De torde också vara synnerligen lönsamma från såväl produktions- som samhällsekonomisk synpunkt. Därför bör tidiga missbruksförebyggande insatser inom arbetslivet uppmuntras.
* Det är mycket viktigt att det finns tillgång till en stödfunktion, dit icke-specialisten på missbruk kan vända sig om han eller hon stöter på hinder i sina försök att hjälpa i ett tidigt skede. Lokalt bör det alltså finnas något organ som kan stödja de förebyggande insatserna. För primärvårdens och socialtjänstens del kan det aktuella organet utgöras av en alkoholrådgivningsbyrå/alkoholmottagning. Inom arbetslivet kan företagshälsovården ha denna funktion.

## Ungdomar

Mycket talar för att ungdomar är särskilt lyhörda för förändringar i de alkoholpolitiska spelreglerna. Tänkbara konsekvenser av ett EU-medlemskap för Sveriges vidkommande är att tillgängligheten till alkoholhaltiga drycker ökar och/eller att alkoholpriserna blir lägre. Det är då troligt att alkoholkonsumtionen bland ungdomar kommer att öka väsentligt - särskilt om inga motåtgärder sätts in. Kommissionen anser att det måste finnas en hög beredskap för en sådan situation. Men redan som läget är idag krävs åtgärder för att senarelägga alkoholdebuten och minska alkoholkonsumtionen bland ungdomar.

Arbetet med att motverka alkoholbruk bland ungdom kräver inte bara satsning kring en åtgärd eller en förstärkning av speciella resurser inom ett område. Problemets komplexitet kräver att arbetet ute i kommunerna på att motverka såväl bruk som missbruk av alkohol bland ungdomar genomförs efter en genomtänkt plan där de olika aktörernas uppgifter klarlagts. Det behövs en sammanhållen strategi. Aktörerna är bl.a. socialtjänsten, skolan, fritidsförvaltningen, föreningslivet, polisen och primärvården. Det är viktigt att främja drogfria miljöer och aktiviteter och att också på det lokala planet verka för en avglorifiering av alkohol samt att föra en ansvarsfull politik vad gäller serveringstillstånd.

Kommissionen anser det angeläget att kommunerna utvecklar alkoholpolitiska handlingsprogram som bl.a. innefattar konkreta planer för tidiga allmänna och riktade insatser mot alkoholmissbruk hos ungdomar. Sådana program och planer finns redan i ett flertal kommuner men de måste hållas aktuella, anpassas till en förändrad situation och tillämpas konsekvent.

Vad gäller *generellt förebyggande insatser* för barn och ungdom framstår skolan av flera skäl som den viktigaste lokale aktören. Skolan kan nå ungdomar under hela deras uppväxttid, då de formas och utvecklar sin livsstil och då alkoholen börjar bli intressant och lockande. Den har också möjlighet till ett naturligt och nära samarbete med elevernas föräldrar.

Ett centralt mål för den nya skolan är att ökad vikt läggs vid skolans kärnverksamhet - att se till att eleverna får goda kunskaper i basämnen. Konsekvensen av detta kan bli minskat utrymme för arbete som ägnas åt skolans sociala och fostrande ansvar, vilket i sin tur kan gå ut över insatser för att förebygga alkoholproblem.

Kommissionen finner det angeläget att skolans insatser vad gäller att motverka bruk och missbruk av alkohol, främst ANT-undervisning, inte bara upprätthålles utan intensifieras. En väsentlig ökning av undervisningen på gymnasienivå är en nödvändighet! Att så sker behöver inte innebära att tid tas ifrån kärnverksamheten. En skola, vars elever inte alls eller i ringa omfattning befattar sig med alkohol, kan rimligen räkna med att detta starkt bidrar till ett gott arbetsklimat och goda undervisningsresultat.

Statens möjligheter att direkt påverka skolans arbete är idag begränsade till de centrala styrdokumenten: skollagen, läroplaner och kursplaner. En ökad statlig ambition på alkoholområdet måste därför klart framgå av dessa. Kommissionen föreslår därför en komplettering av de centrala styrdokumenten eller att bindande anvisningar klargör de ökade förväntningarna på insatser från skolans sida för att motverka alkoholbruk.

För att kunna fullgöra de ökade kraven behövs bl.a. ett bra undervisningsmaterial, beprövade och effektiva metoder, välutbildade och motiverade lärare, ett nära samarbete med föräldrarna m.m. Det behövs både ett centralt och lokalt stöd för detta.

Folkhälsoinstitutet föreslås få som en prioriterad uppgift att svara för

- att skolorna får information om bra litteratur och andra undervisningshjälpmedel,
- att spridning sker av goda exempel på ANT-undervisning,
- att produktion sker av intresseväckande undervisningsmaterial, inte minst på gymnasienivå där behovet är sämst tillgodosett,
- att utveckling sker av lämpliga undervisningsmetoder och av andra sätt att från skolans sida förebygga alkoholproblem.

Skolverket föreslås under de närmaste åren prioritera uppgiften att följa upp och utvärdera effekterna av den ANT-undervisning som sker på olika skolenheter ute i landet.

För att ANT-frågor skall få en mer framträdande plats i lärarutbildningen än vad de har idag föreslår kommissionen att hälsofrågor, inklusive ANT, tydligare markeras i högskoleförordningens kravspecifikation för olika lärareexamina.

För att stimulera till ökade fortbildningsinsatser föreslår kommissionen att Skolverket vidtar åtgärder som leder till att det finns intressanta och attraktiva fortbildningsaktiviteter på ANT- området.

Kommissionen anser det viktigt att det finns tillgång till lokalt placerade stödpersoner som kan vara pådrivande för ANT-verksamheten. De bör emellertid också kunna stödja annat generellt förebyggande arbete i kommunen.

Även om skolan har stor betydelse för utvecklingen av ungdomars vanor på alkoholområdet är det belagt att det är föräldrahemmet och föräldrarnas inställning till sina ungdomars alkoholkonsumtion som betyder mest. Kommissionen anser därför att en fortsatt utveckling av samarbetet föräldrar - skola är viktig och att statligt stöd genom Folkhälsoinstitutet bör utgå till verksamhet som bedrivs på detta område. Dessutom bör Folkhälsoinstitutet få i uppgift att inventera, utveckla och sprida kännedom om välfungerande modeller för samverkan mellan skola och hem/föräldrar.

Skolan har goda möjligheter att agera förebyggande. Det har den också när det gäller *insatser för att upptäcka och göra något åt riskabla alkoholvanor* hos enskilda elever. De goda förutsättningarna till trots har detta visat sig vara ett helt oprövat arbetsområde för skolans del. Kommissionen bedömer det angeläget att utveckla metoder och arbetssätt inom detta område. Skolverket föreslås därför få i uppdrag att stimulera och initiera forsknings- och utvecklingsarbete vad gäller tidiga insatser riktade till ungdomar med begynnande alkoholproblem. I detta sammanhang är det av särskilt intresse att fokusera skolhälsovårdens möjligheter.

När det gäller ungdomar i riskzon bör dock de huvudsakliga insatserna ske genom socialtjänsten, som har huvudansvaret och även bör ha bäst kompetens för uppgiften. Arbetet med ungdomar som har alkoholproblem varierar från kommun till kommun men är i många fall otillräckligt. Speciella behandlingsprogram och insatser inom den kommunala öppenvården saknas ofta för de alkoholmissbrukande ungdomarna. Totalt sett finns det stora brister när det gäller att upptäcka ungdomar som har en riskabel alkoholkonsumtion och komma fram till lämpliga insatser. Området kräver i framtiden såväl kompetens- som metodutveckling. Skälen är goda för att ge området hög prioritet. Kommissionen föreslår att Socialstyrelsen ges i uppdrag att stimulera kommunerna att utveckla det sociala stöd- och behandlingsarbetet för ungdomar som är i farozonen för alkoholmissbruk.

Grundutbildningen för socionomer bör ses över. Utbildningen bör förstärkas när det gäller såväl ungdomsarbetet generellt som arbete med ungdomar som har alkoholproblem specifikt. Förstärkningarna bör avse kunskaper om hur såväl utredningsarbetet som behandlingsarbetet skall bedrivas. Kommissionen föreslår att Socialstyrelsen vidtar erforderliga åtgärder för att uppnå dessa förbättringar.

För att insatserna för ungdomar i riskzon skall bli effektiva och väl samordnade krävs adekvat utbildning för redan yrkesverksammma. Det förekommer ofta att berörda yrkesgrupper inom socialtjänst, polis, fritidsverksamhet och sjukvård inte har kunskaper för att genomföra sådana insatser. Kommissionen föreslår därför att kommunerna och andra huvudmän bör anordna lokal fortbildning rörande ungdomar och alkohol.

# 1 Inledning

## 1.1 Bakgrund

Socialstyrelsen tog år 1988 fram ett idéprogram som anknöt till beslutet i riksdagen våren 1985 om att ansluta Sverige till WHO:s mål att minska alkoholkonsumtionen med 25 procent från år 1980 till år 2000. Efter en remissomgång utarbetades en reviderad version av idéprogrammet och ett handlingsprogram (del 1) avseende generella förebyggande insatser som offentliggjordes år 1990. Enligt planerna avsåg Socialstyrelsen senare att publicera ytterligare två handlingsprogram (delarna 2 och 3) som skulle behandla dels tidig upptäckt och insatser för personer i riskzonen, dels vård och behandling av alkoholmissbrukare. På grund av ändrade uppgifter för Socialstyrelsen kom dessa ambitioner inte att fullföljas. Socialstyrelsens preliminära arbetsmaterial avseende planerad del 2 om insatser för personer i riskzon överlämnades i stället till Alkoholpolitiska kommissionen.

En arbetsgrupp bestående av företrädare för Socialstyrelsen och Alkoholpolitiska kommissionens sekretariat bildades i slutet av år 1992 i syfte att aktualisera och komplettera materialet. Socialstyrelsen representerades i första hand av Ulf Malmström och Roger Holmberg. I det fortsatta arbetet har medverkat docent Anders Romelsjö och hälsoplanerare Marie Montin (hälso- och sjukvård) samt kanslichef Gunborg Brännström och konsulent Annika Thunfors vid ALNA-rådet (insatser inom arbetslivet).

De delar av betänkandet som avser ungdomar är framtagna från ett underlag som levererats av skolöverläkare Ingemar Engström, konsulent Ulla Norén och högskoleadjunkt Jörgen Svedbom (insatser inom skolans område) samt socionomerna Ulric Hermansson och Lars Strid (insatser för ungdomar inom socialtjänsten). Avdelningsdirektör Peter Gerdman och socionom Margareta Gustafsson har medverkat vid utarbetandet av betänkandets kapitel 6.

## 1.2 Disposition

Tyngdpunkten i detta betänkande ligger på s.k. sekundärprevention, dvs. individuella insatser i syfte att förhindra att riskabla alkoholvanor övergår i ett missbruk. Primärpreventiva insatser (förebyggande insatser som vänder sig till hela befolkningen eller befolkningsgrupper i syfte att förhindra att risksituationer uppstår) behandlas bara översiktligt med ett väsentligt undantag: ANT-undervisningen i skolorna.

Den nämnda uppläggningen skall ses mot bakgrund av att kommissionen anser det viktigt att ägna ökad uppmärksamhet åt individuella insatser i ett tidigt skede. Det hindrar inte att tyngdpunkten i svensk alkoholpolitik också i fortsättningen kommer att ligga på generella insatser av mer traditionell typ. De senare ägnas därför stort utrymme i kommissionens huvudbetänkande.

Betänkandet består av två olika delar. Den ena behandlar förebyggande insatser riktade till vuxna, den andra förebyggande verksamhet riktad till ungdomar.

I den första delen (kapitlen 2 - 5) är intresset huvudsakligen inriktat på att beskriva möjligheterna att inom hälso- och sjukvården, socialtjänsten och arbetslivet tidigt upptäcka och behandla alkoholproblem hos vuxna. Frågeställningarna och metoderna kan emellertid även ha giltighet för angränsande verksamhetsfält såsom försäkringskassorna, hälsovården vid universitet och under värnplikt m. fl.

Tillsammans representerar dessa aktörer ett brett spektrum av verksamheter, med olikartade mål och förutsättningar för missbruksförebyggande insatser. Vissa frågor är emellertid gemensamma. De gäller exempelvis:

- Vilka metoder kan användas för att upptäcka personer med begynnande alkoholproblem?
- Vilka metoder kan användas för att avgöra nivån på eller graden av de alkoholrelaterade problemen och därmed ge vägledning för valet mellan enklare rådgivning och mer ingripande behandling?
- Hur kan enkla behandlingsinsatser utformas för personer med lätta eller måttliga alkoholproblem?

I kapitel 2 redovisas viktigare frågeställningar och erfarenheter inom det individuellt förebyggande området som kan anses ha generell giltighet. De speciella förutsättningarna för riktade insatser inom hälso- och sjukvården, socialtjänsten och arbetslivet redovisas närmare i kapitlen 3 - 5. Kunskapsöversikterna för respektive verksamhetsområde avslutas med en redogörelse för problem och hinder samt ett antal förslag till utveckling.

Den andra delen (kapitlen 6 - 8) behandlar förebyggande verksamhet inriktad på ungdomar. Här berörs både generella och individuella insatser. Ungdomar är enligt kommissionens mening sannolikt mer mottagliga för generella förebyggande insatser av informations- och upplysningskaraktär än vuxna samtidigt som det kan konstateras att det bör finnas ett betydande utrymme för ytterligare sådana insatser. Det kan även för denna målgrupp finnas anledning att satsa på riktade åtgärder. För att budskapet skall nå fram till ungdomarna bör dessa åtgärder i första hand ta sikte på den risk för sociala och fysiska skador som finns i samband med berusning, mindre på risken för medicinska skadeverkningar på lång sikt.

Socialtjänsten har f.n. huvudansvaret för förebyggande insatser riktade till ungdomar. För den skull behöver socialtjänsten inte göra allt själv. Det är snarare fråga om ett samordningsansvar. Den viktigaste aktören vad gäller generella alkoholförebyggande insatser för barn och ungdom bör enligt kommissionens mening vara skolan. Den har möjligheter att, i samarbete med andra samhällsorgan, på ett naturligt sätt nå alla barn och ungdomar i åldrar t.o.m. 16 år och kanske 90 procent av ungdomarna i åldrarna 17 - 19 år. Här finns en stor potential som bara delvis är utnyttjad. Framställningen fokuserar därför skolan vad gäller generella förebyggande insatser.

När det gäller riktade insatser till ungdomar i riskzon bör socialtjänsten ha bäst förutsättningar att agera. Flera andra verksamhetsområden, inte minst skolan, har dock en viktig "upptäckarroll".

Socialtjänstens möjligheter till insatser redovisas i kapitel 6 medan skolans generellt förebyggande respektive riktade insatser redovisas i kapitlen 7 och 8.

# 2 Individuella insatser i syfte att förebygga alkoholproblem

## 2.1 Högriskstrategin – en del av en sammanhållen strategi

Det förebyggande arbetet för att begränsa alkoholens skadeverkningar kan bedrivas på många olika nivåer. Man kan förhindra att risker överhuvudtaget uppkommer genom att motverka att människor beter sig på ett sätt som kan innebära risk för hälsan eller hamnar i riskfyllda situationer. Det är det första stadiet av prevention. Ett exempel på ett sådant förebyggande arbete är de stora vaccinationskampanjerna.

På nästa nivå vill man minska riskerna. Målgrupp är människor som befinner sig i en viss risksituation. Prevention innebär då försök att minska alkoholkonsumtionen hos individer som ännu inte fått några skador av sin konsumtion men som löper stor risk att få det.

Slutligen kommer vi till den nivå där alkoholskador uppkommit. Då gäller det att förhindra att skadorna blir värre, alternativt att bota personen i fråga.

Med stöd av nivåindelningen brukar man inom medicinen tala om tre typer av prevention.

1 Primärprevention eller *befolkningsstrategin*
2 Sekundärprevention eller *högriskstrategin*
3 Tertiärprevention eller *vård- och behandlingsstrategin*

Med en *befolkningsstrategi* avses i huvudsak åtgärder och insatser som riktar sig till befolkningen som helhet, dvs. allmänna åtgärder för att förhindra uppkomsten av alkoholproblem. (Det finns dock exempel på primärpreventiva insatser som riktar sig till individer, t.ex. information till blivande mammor på mödravårdscentral.)

*Högriskstrategin* syftar på insatser riktade i första hand till individer som har sådana alkoholvanor att de riskerar att få alkoholskador. Uppgiften består för det första i att identifiera individer som konsumerar mycket alkohol men som inte har utvecklat ett uttalat alkoholberoende. För det andra handlar det om att göra enkla insatser i syfte att motivera dem det berör att ändra alkoholvanor.

*Vård- och behandlingsstrategin*, slutligen, avser insatser för dem som har så allvarliga alkoholproblem att de bedöms vara i behov av mer omfattande hjälpinsatser.

Det är viktigt att notera att gränserna inte är absoluta utan ganska flytande och att insatser inom ett visst område också ger utslag på andra områden. En insats kan också representera fler än en av de tre olika typerna av prevention.

De nämnda strategierna är inte unika för alkoholområdet utan har relevans även för andra folkhälsoproblem. Det som dock är specifikt för alkoholområdet är dess kontroversiella natur. Alkoholbruk och alkoholseder är företeelser som inte enbart kan ses som en folkhälsofråga. De inrymmer många dimensioner: kulturella, sociala och ekonomiska, för att nämna några. Alkoholen uppfattas i stora samhällsgrupper som en social nödvändighet, som förknippas med något positivt men också i vissa fall som en potentiell riskfaktor. Många har en kluven inställning till alkoholbruk, vilken bl.a. kan yttra sig i att missbrukare nedvärderas medan berusnings- och dryckessituationer skönmålas.

Strategier inom alkoholområdet, som har ambitioner att förändra attityder och beteende, måste ta hänsyn till detta. Svårigheterna inom alkoholpreventionen kanske blir mest påtagliga vid åtgärder som riktar sig till hela befolkningen. Olika synsätt och attityder i alkoholfrågan skapar motsättningar, som ibland kan vara svåra att överbrygga.

Aktuell forskning visar entydigt att insatser för att motverka alkoholproblem måste inbegripa stora grupper i samhället för att ge några märkbara effekter på folkhälsan. Samtidigt har de generella, befolkningsinriktade alkoholpolitiska åtgärderna klara begränsningar. Restriktioner såsom högt pris, begränsad tillgänglighet m.m. kan under en längre tid bara upprätthållas på en nivå som det finns ett brett folkligt stöd för. Möjligheterna att använda sig av dem kommer dessutom att minska vid ett närmande till Europa. Informations- och upplysningskampanjer kan visserligen ge ökade kunskaper men det är osäkert vilken effekt de har på attityder och beteendemönster.

Om en hörnsten i samhällets alkoholpolitiska ansträngningar består i generella förebyggande åtgärder består en annan i vård- och behandlingsinsatser inom specialiserad missbrukarvård. Huvuddelen av de resurser som samhället idag ägnar åt alkoholproblem går till vård och behandling av missbrukare. Framgångarna måste anses vara mycket begränsade om ambitionen är att rehabilitera till varaktig frihet från alkoholproblem. Den samlade forskningens erfarenhet är att åtgärder som sätts in i ett någorlunda tidigt skede har betydligt större utsikter till framgång än de som sätts in sent.

Den tredje möjligheten, tidiga insatser vid "riskbruk", används idag i begränsad omfattning. Ändå tyder de projekt som genomförts i Sverige och utomlands på att utsikterna till framgång är goda. Detta sammanhänger framför allt med att det finns goda förutsättningar att nå många av dem som är

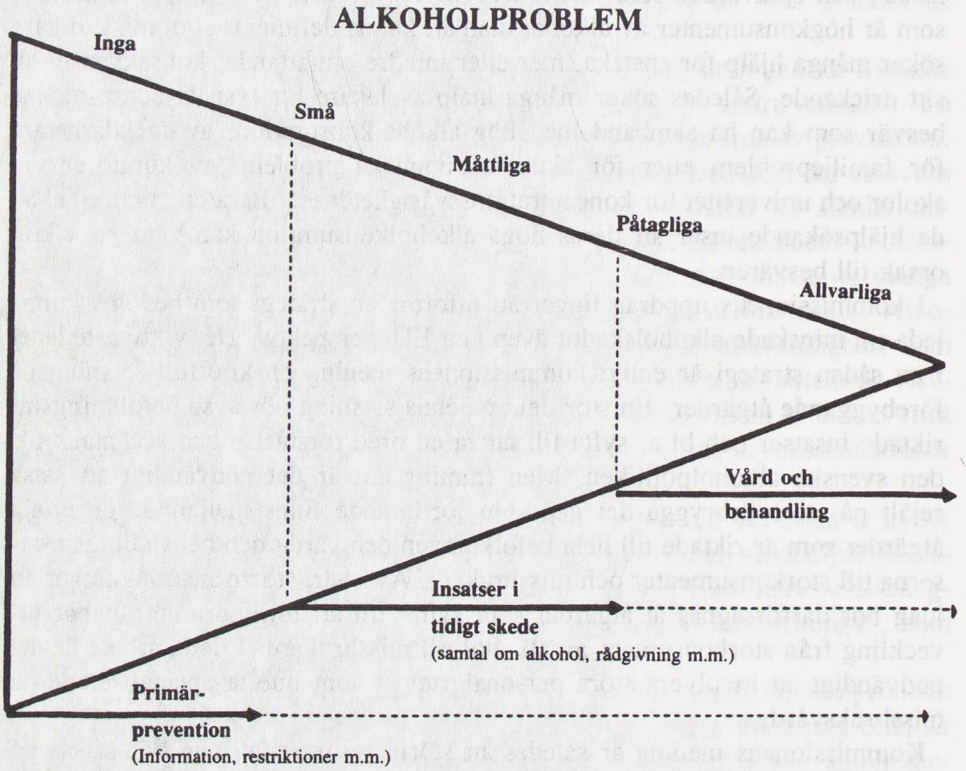
"riskbrukare" av alkohol med enkla, förebyggande insatser, inte minst inom hälso- och sjukvården samt inom arbetslivet. Av den stora grupp människor som är högkonsumenter av alkohol utan att kunna definieras som missbrukare söker många hjälp för enstaka, mer eller mindre omfattande, konsekvenser av sitt drickande. Således söker många hjälp av läkare för fysiska och psykiska besvär som kan ha samband med hög alkoholkonsumtion, av socialarbetare för familjeproblem eller för akuta ekonomiska problem, av kuratorer vid skolor och universitet för koncentrationssvårigheter etc. Bara en mindre del av de hjälpsökande inser att deras höga alkoholkonsumtion kan vara en viktig orsak till besvären.

I kommissionens uppdrag ligger att utforma en strategi som bedöms kunna leda till minskade alkoholskador även i ett EU-perspektiv. Det viktigaste ledet i en sådan strategi är enligt kommissionens mening en kraftfull satsning på förebyggande åtgärder. En stor del av denna satsning bör avse befolkningsinriktade insatser och bl.a. syfta till att få en bred förståelse och acceptans för den svenska alkoholpolitiken. Men framför allt är det nödvändigt att satsa rejält på att överbrygga det gap som fortfarande finns mellan de generella åtgärder som är riktade till hela befolkningen och vård- och behandlingsinsatserna till storkonsumenter och missbrukare. Avsevärt större ansträngningar än idag bör därför ägnas åt åtgärder som syftar till att förhindra en tänkbar utveckling från storkonsument av alkohol till missbrukare. I detta arbete är det nödvändigt att involvera stora personalgrupper som inte är specialiserade på missbruksvård.

Kommissionens mening är således att större resurser än idag bör satsas på befolkningsinriktade insatser och att väsentligt större resurser bör ägnas åt insatser som förhindrar att riskbruk övergår till missbruk. Om dessa satsningar blir framgångsrika, vilket kommissionen anser att de har förutsättningar att bli, kan följden på några års sikt bli ett minskat behov av vård och behandling av grava missbrukare. Om däremot dessa åtgärder inte vidtas befarar kommissionen att utvecklingen blir den motsatta, dvs. att vård- och behandlingsbehovet kommer att öka.

En schematisk bild av vid vilken grad av alkoholproblem samhällets alkoholpreventiva insatser kommer in, presenteras i figur 1.

*Figur 1*




(efter Institute of Medicine, 1990)

En del av befolkningen dricker inte alkohol över huvud taget. De flesta personer som har en låg eller måttlig alkoholförbrukning upplever inga eller obetydliga problem som följd av sin konsumtion. Med stigande konsumtion kan man dock se en ökande grad av alkoholproblem: från små eller måttliga, till påtagliga eller allvarliga problem. Att några skarpa gränser inte kan dras markeras med de streckade vertikala linjerna. De preventiva insatserna är i första hand inriktade på individerna inom respektive nivå, men har – när det gäller primär- och sekundärprevention – vissa effekter även för dem som befinner sig på högre problemnivåer vilket de streckade horisontella fortsättningslinjerna avser att visa.

## 2.2 Några viktiga utgångspunkter

### 2.2.1 Alkoholkonsumtionens fördelning

Befolkningens konsumtionsmönster kan vara en utgångspunkt för en diskussion om målgrupper för de individuella insatserna. Alkoholkonsumtionen har visat sig vara mycket ojämnt fördelad inom befolkningen, inte bara i Sverige utan i alla länder.

Flertalet vuxna personer i Sverige konsumerar små eller måttliga mängder alkohol. En ganska stor grupp, ca 15 procent, konsumerar ingen alkohol alls. Som framgår av figur 2 sker en kontinuerlig minskning av antalet individer på vägen upp mot högre konsumtionsnivåer. En relativt liten grupp står för en stor del av den totala konsumtionen. Man brukar räkna med att mellan 10 och 15 procent av konsumenterna dricker hälften av all alkohol.

### 2.2.2 Konsumtionsnivåer och risker

En viktig fråga är var gränsen skall dras för riskabel alkoholkonsumtion. Vid riskbedömningen bör man ta hänsyn till förekomsten av andra faktorer som har betydelse för en ökad eller minskad risk för alkoholskada. Beräkningar av s.k. dos-responssamband, där sådana är möjliga, ger också olika samband för olika typer av alkoholskador.

Risken att få alkoholproblem skiljer sig mycket mellan olika individer, som konsumerar lika mycket alkohol. De skador och andra negativa effekter som kan uppkomma i samband med alkoholkonsumtion är också av mycket varierande slag; dels akuta i form av t.ex. olycksfall eller våld, dels mer långsiktiga i form av medicinska, psykiska och sociala skador. Även personer som inte är alkoholberoende kan drabbas av mycket allvarliga skador till följd av hög alkoholkonsumtion (se även avsnitt 2.2.3 samt kommissionens delbetänkande KVINNOR OCH ALKOHOL (SOU 1994:28).

I en riskvärdering, som är baserad på WHO:s och FAO:s modell för definition av "toxisk exposition", har Rydberg och Skerfving (1974) använt ett gränsvärde för dagligt intag på 0.1 gram ren alkohol per kilo kroppsvikt, om man skall vara säker på att undvika risken för medicinskt skadliga effekter. Detta motsvarar omkring 2 cl starksprit eller en flaska öl klass 1 per dag för en vuxen person som väger 70 kg. Utifrån dessa värden har Rydberg (1977) definierat vilka risker som uppkommer på olika konsumtionsnivåer. Systembolagets "Testaren", som inom kort utkommer i en nyutgåva, bygger på dessa riskbedömningar.

Enligt "Testaren" (och Rydberg) gäller följande riskbedömningar för män med normal tålighet mot alkohol:

*Upp till 15 cl 40-procentig sprit/vecka*: För den som är fullt frisk kan denna konsumtion betraktas som praktiskt taget oskadlig.
*16 - 40 cl sprit/vecka*: Det finns knappast någon fara för vanebildning och andra skadliga verkningar på sikt.
*41 - 75 cl sprit/vecka*: Personer på denna konsumtionsnivå befinner sig i riskzonen, särskilt om de ligger nära den övre gränsen.
*76 - 125 cl sprit/vecka:* Personer med denna konsumtionsmängd dricker definitivt för mycket. Faran för vanebildning och skador på inre organ och nervsystem är stor vid fortsatt konsumtion på denna nivå.
*Mer än 125 cl sprit/vecka*: Stor skaderisk.

För kvinnor gäller motsvarande riskbedömningar vid följande alkoholkonsumtion:

*Upp till 12 cl sprit/vecka*
*13 - 30 cl sprit/vecka*
*31 - 55 cl sprit/vecka*
*56 - 95 cl sprit/vecka*
*Mer än 95 cl sprit/vecka.*

Flera olika mått förekommer för att definiera riskabel alkoholkonsumtion. Inom den medicinska forskningen används nästan uteslutande "gram alkohol". Detta mått är dock svårbegripligt för lekmän. I informationsmaterial som riktar sig till allmänheten i syfte att varna för alltför hög alkoholkonsumtion (t.ex. "Testaren" och "Alkoholsnurran") är grundbegreppet oftast centiliter 40-procentig sprit. För att klara ut hur stor alkoholmängden är i olika alkoholhaltiga drycker och sambandet mellan olika mått redovisas följande omvandlingstabell (Källa: ALNA-rådets "Hur mycket kan jag dricka?").

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 flaska (33 cl) öl klass | I | = | ca 6 gram alkohol | = | 2 cl sprit |
| 1 burk (45 cl) "- | II | = | ca 14 "- | = | 4 cl " |
| 1 burk (45 cl) "- | III | = | ca 20 "- | = | 6 cl " |
| 1 flaska (75 cl) lättvin | | = | ca 70 "- | = | 21 cl " |
| 1 flaska (75 cl) starkvin | | = | ca 133 "- | = | 40 cl " |

| | | |
|---|---|---|
| 1 gram alkohol | = ca | 0,3 cl 40-procentig sprit |
| 50 "- | = " | 15 "- |
| 100 "- | = " | 30 "- |
| 250 "- | = " | 75 "- |

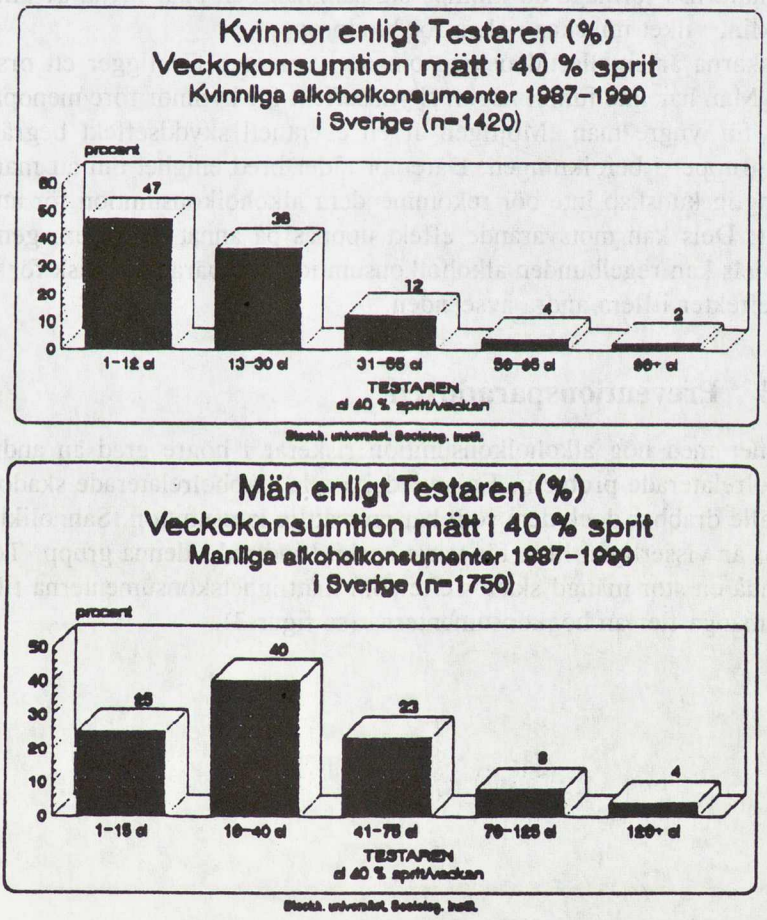
Var kommer då högkonsumenterna in på "Testarens" skala? Som framgått utgör redan det tredje intervallet en riskzon, särskilt om konsumtionen ligger

nära den övre gränsen. Under alla omständigheter måste enligt kommissionens mening de män respektive kvinnor som regelbundet konsumerar mer än 75 respektive 55 cl sprit/vecka (250 respektive 180 gram alkohol) alltid betraktas som högkonsumenter.

Denna uppfattning får i princip stöd av den expertgrupp för missbrukarvård, som på uppdrag av Centrum för utvärdering av socialt arbete (CUS) nyligen utarbetat en kunskapsöversikt över behandlingseffekter inom alkoholvården (Berglund m.fl., 1994).

Hur stor andel av befolkningen är då högkonsumenter av alkohol och utgör därmed målgrupp för individuella insatser i tidigt skede? Vid intervjuundersökningar avseende konsumtionsvanorna i befolkningen åren 1987-90 (Kühlhorn, 1991) fann man att omkring 12 respektive 6 procent av de män och kvinnor som inte var helnykterister hade en veckokonsumtion som översteg 75 respektive 55 cl 40-procentig sprit (se figur 2).

*Figur 2*



I frågeundersökningar om alkoholvanor underrapporterar de utfrågade, enligt vad erfarenheten visar, i relativt stor utsträckning hur mycket de dricker. Dessutom är de verkliga storkonsumenterna ofta underrepresenterade. Detta innebär att den verkliga andelen storkonsumenter bland män och kvinnor är högre än vad som ovan angivits.

Konsumtionsvaneanalyser visar således att en förhållandevis stor andel av alkoholkonsumenterna regelbundet dricker så mycket alkohol att de löper en betydande risk att drabbas av alkoholskador och/eller -beroende.

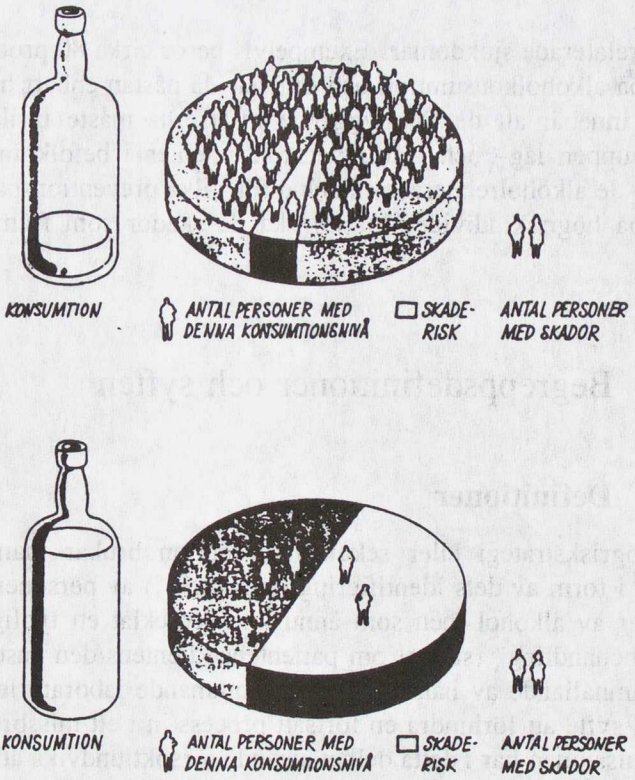
Vetenskapliga studier har visat att risken för hjärtinfarkt är lägre hos personer med låg eller måttlig alkoholkonsumtion än hos nykterister. Flertalet studier, dock inte alla, visar också på en ökad risk för hjärtinfarkt vid hög konsumtion. En kurva för att illustrera detta samband blir således U- eller J-formad. Den lägre risken vid låg eller måttlig alkoholkonsumtion har förklarats av att alkohol ökar halten av HDL ("det goda kolesterolet"), minskar blodplättarnas förmåga att klumpa sig samman och ökar nivån av ämnet prostacyklin, vilket minskar risken för blodpropp.

Forskarna är emellertid oeniga om det verkligen föreligger ett orsakssamband. Man har inte funnit någon skyddseffekt för kvinnor före menopaus, inte heller för yngre män. Möjligen är en eventuell skyddseffekt begränsad till vissa grupper i befolkningen. Däremot råder bred enighet om att man utifrån tillgänglig kunskap inte bör rekommendera alkoholkonsumtion för att skydda hjärtat. Dels kan motsvarande effekt uppnås på annat sätt, t.ex. genom motion, dels kan regelbunden alkoholkonsumtion innebära ökad risk för negativa hälsoeffekter i flera andra avseenden.

### 2.2.3 Preventionsparadoxen

Personer med hög alkoholkonsumtion riskerar i högre grad än andra att få alkoholrelaterade problem. En stor del av de alkoholrelaterade skadorna i ett samhälle drabbar dock dem som har en måttlig konsumtion. Sannolikheten för skador är visserligen liten för varje enskild individ i denna grupp. Totalt blir det ändå en stor mängd skador eftersom måttlighetskonsumenterna till antalet är så många fler än högkonsumenterna (se figur 3).

*Figur 3*




***Den s k preventivparadoxen innebär att de många normaldrickarna (övre bilden) tillsammans producerar lika många eller fler skador än storförbrukarna (underst).***

**(efter Forskningsrådsnämnden, 1991)**

Det förhållandet att den största andelen alkoholrelaterade skador inte drabbar den mindre gruppen av högriskindivider utan den betydligt större gruppen av individer med liten eller måttligt förhöjd risk har lett till slutsatsen att en huvuddel av de förebyggande resurserna bör inriktas på stora befolkningsgrupper eller hela befolkningen och inte på högriskindivider. Denna "preventionsparadox", som tidigare uppmärksammats i fråga om hjärtinfarkt, lanserades inom alkoholområdet av Kreitman år 1986.

Preventionsparadoxens giltighet är dock begränsad. Den är giltig vid mer akuta sociala och medicinska skador, t.ex. olyckor, trafikonykterhet och frånvaro från arbetet "dagen efter". I fråga om hälsoproblem, där risken kraftigt ökar med stigande konsumtion, minskar eller upphör däremot preventionsparadoxens giltighet. Den är således inte giltig för viktiga medicinska

alkoholrelaterade sjukdomar. Exempelvis beror cirka 80 procent av all skrumplever på alkoholkonsumtion och drabbar då nästan enbart högkonsumenter.

Detta innebär att de förebyggande insatserna måste inriktas både på den stora gruppen låg- och måttlighetskonsumenter i befolkningen - i syfte att påverka de alkoholrelaterade tillstånd för vilka preventionsparadoxen är giltig - och på högriskindivider för minska de skador som främst drabbar dessa senare.

## 2.3 Begreppsdefinitioner och syften

### 2.3.1 Definitioner

Med högriskstrategi eller sekundärprevention brukar man vanligen förstå insatser i form av dels identifiering ("upptäckt") av personer som är storkonsumenter av alkohol men som ännu inte utvecklat ett tydligt beroende, dels enkel "behandling" (samtal om patientens/klientens/den anställdes alkoholvanor, framhållande av hälsorisker, återkommande laboratorieprov, rådgivning m.m.) i syfte att förhindra en fortsatt process in i ett missbruk.

Kommissionen har i detta delbetänkande försökt undvika att använda termerna "sekundärprevention" respektive "sekundärpreventiva insatser" eftersom innebörden av dessa begrepp inte är entydig. I stället används uttryck som "tidiga insatser", "individuella insatser", "riktade insatser" och "enkla insatser". Något längre uttryck förekommer också såsom "individuellt förebyggande insatser", "individuella insatser för att motverka missbruk", "insatser mot riskbruk" och liknande.

De individuellt förebyggande insatserna bör inriktas mot var och en som antas ha en hög alkoholkonsumtion. Målet är att förhindra både akuta och långsiktiga alkoholskador. Insatser bör göras oavsett om man tror att den person det gäller har en särskilt stor benägenhet för att utveckla ett svårare alkoholmissbruk eller inte.

### 2.3.2 Syften

Många av de projekt och försök som genomförts i individuellt förebyggande syfte har ambitionen att öka medvetenheten om konsekvenserna av hög alkoholkonsumtion hos såväl patienter/klienter som hos berörd personal.

Grundläggande motiv för de tidiga insatserna är att försöka förebygga både akuta alkoholskador och framtida ohälsa och social utslagning. Ett annat motiv är att på sikt minska sjukvårdskostnaderna och belastningen på andra delar av hälso- och sjukvården och socialtjänsten.

Tidiga insatser har belagda effekter på bl.a. antalet sjukdagar och sjukvårdsutnyttjandet (Kristenson, 1987). Sådana insatser kan bedömas ha gynnsamma effekter även på produktiviteten i arbetslivet och på behovet av socialbidrag. Genom att fler högkonsumenter upptäcks och i en del fall konstateras vara i behov av kvalificerad hjälp, kan visserligen en ökad användning av den specialiserade missbrukarvården betraktas som trolig - åtminstone på kort sikt. Sådan behandling i någorlunda tidigt skede har emellertid också visat sig vara kostnadseffektiv, då den, jämfört med ingen behandling, sänker sjukvårdskostnaderna i en avsevärd omfattning (Holder och Blose, 1988).

Motiv för att utveckla individuellt förebyggande insatser kan således anföras utifrån två aspekter: 1) humanitära vinster i form av minskade problem och lidanden för enskilda individer, som nu inte får en adekvat hjälp för sina alkoholproblem. 2) resursmässiga vinster för hela samhället i form av nettobesparingar på kort och lång sikt.

## 2.4 Aktiviteter inom ramen för en högriskstrategi

De studier, som beskrivs i litteraturen, har syftat dels till att få fram bra metoder för att identifiera personer som börjat få alkoholrelaterade problem, dels till att utvärdera vilka enkla insatser som är framgångsrika för att minska sådana problem.

Försökens utformning och karaktär är naturligtvis avhängiga inom vilket verksamhetsområde de gjorts och vilka mål som varit prioriterade. Insatser inom hälso- och sjukvården brukar i regel främst fokusera de rent medicinska aspekterna medan man inom andra verksamhetsområden ibland har större intresse för sociala eller psykologiska frågor. Insatser inom hälso- och sjukvården bygger också ofta på ett mer instrumentellt inriktat synsätt. I andra sammanhang kan samtalet och samspelet i en terapeut-klientrelation eller en enkel rådgivning utan medicinsk provtagning stå i förgrunden. Personalens utbildningsbakgrund, erfarenheter och attityder torde också variera.

Två frågor är allmängiltiga när det gäller möjligheterna att kunna genomföra individuellt förebyggande insatser utanför den specialiserade missbrukarvården. Den ena är att den läkare, sjuksköterska, socialsekreterare etc, som ställs inför en person som möjligen har alkoholproblem, måste ha förmåga att avgöra alkoholkonsumtionens roll för uppkomsten av de problem som en patient/klient söker hjälp för, även om denne inte själv gör den kopplingen. Den andra är att den som upptäcker alkoholproblem också skall vara kapabel att avgöra hur allvarliga de är och själv kunna vidta enkla åtgärder vid måttliga problem.

### 2.4.1 Att upptäcka alkoholproblem i tidigt skede

Personer som är storkonsumenter av alkohol och på väg att bli alkoholberoende är inte sällan skickliga på att dölja detta. Ändå ger dessa personer som regel ifrån sig signaler som kan tyda på begynnande alkoholproblem. Kanske kontaktar de primärvården för problem som erfarenhetsmässigt kan ha samband med hög alkoholkonsumtion: högt blodtryck, sömnsvårigheter, depression m.m. Inom socialtjänsten kan det handla om att en klient av någon anledning inte kommer igång med att söka arbete utan förblir bidragsberoende. Inom arbetslivet kan det t.ex. yttra sig i mycket korttidsfrånvaro, sen ankomst, bråk med arbetskamrater eller arbetsledning. Vid signaler av denna typ finns det anledning att undersöka om det finns ett samband med begynnande alkoholproblem.

En möjlighet är då att läkaren/sjuksköterskan/socialsekreteraren/arbetsledaren inleder ett samtal om alkoholvanor och deras eventuella betydelse för de problem som uppmärksammats. Lättast är detta antagligen för hälso- och sjukvårdens personal, som relativt naturligt kan ta upp dessa frågor som en del av en konsultation eller hälsoundersökning. Man kan där använda laboratorieprov som med relativt stor säkerhet kan påvisa begynnande alkoholproblem. Företagshälsovården har samma möjligheter.

Hälso- och sjukvården kan också göra undersökningar av hälsotillstånd inklusive alkoholvanor hos en avgränsad del av befolkningen. Dessa undersökningar kan läggas upp på olika sätt. Ofta används speciella frågeformulär. Laboratorieprov kan förekomma som ett komplement. De som utifrån resultatet av dessa undersökningar bedöms ha begynnande alkoholproblem kan sedan bli aktuella för sådana enkla insatser som berörts i det föregående.

I de följande kapitlen redovisas närmare hur man inom olika verksamhetsområden kan gå tillväga för att "upptäcka" eller identifiera storkonsumenter som befinner sig i en riskzon för att bli beroende.

### 2.4.2 Bedömning av alkoholproblemens svårighetsgrad

Väsentligt är vidare att kunna bedöma alkoholproblems ungefärliga svårighetsgrad. Den personal, som förväntas kunna identifiera personer som är på väg att bli alkoholberoende, måste således också ha grundläggande förmåga att avgöra hur omfattande problemet är, vilka konsekvenser det har medfört och vilka förutsättningar som kan finnas för en förändring av alkoholvanorna. Därmed kan personer med stora problem urskiljas och förmås att söka mer kvalificerad missbruksvård, medan man däremot själv försöker ta sig an patienter/klienter/anställda som ännu inte bedöms ha fastnat i ett beroende.

I detta sammanhang kan det bli aktuellt att använda frågetester och laboratorieprov som tagits fram för bl.a. detta ändamål (se avsnitt 3.2). Numera finns

ett ganska stort utbud av sådana hjälpmedel varav några även har utprovats för svenska förhållanden.

### 2.4.3 Enkla insatser för att förebygga alkoholproblem

På vilket eller vilka sätt är det då möjligt att påverka en storkonsument av alkohol inom ramen för en verksamhet som inte är specialiserad på att hantera alkoholfrågor?

En enkel insats mot alkoholproblem kan t.ex. vara att man ger ett allmänt hållet råd till patienten/klienten/den anställde om att vara uppmärksam på eller att minska sin alkoholkonsumtion samt följer upp detta med samtal, undersökning eller laboratorieprov.

Det kan också innebära att man går ett steg längre och för ett mer ingående samtal om hur personen ser på sitt alkoholbruk och ber denne själv ta ställning till förändringar. Andra föredrar att ge preciserade råd. Av stor betydelse är att tydliggöra kopplingen mellan de problem personen söker hjälp för och den höga alkoholkonsumtionen. Det har vidare visat sig möjligt att öka motivationen för förändring om man direkt kan åskådliggöra hur personens alkoholkonsumtion ligger på en skala över hela befolkningens konsumtionsfördelning, uppdelad på män respektive kvinnor, ungefär som det är möjligt att göra med Systembolagets hjälpmedel "Testaren".

Den konkreta rådgivningen handlar vanligen om hur mycket alkohol personen kan dricka som mest för att befinna sig på en säker konsumtionsnivå, eller hur länge han/hon bör avstå från att dricka. Konkreta anvisningar kan också ges om hur personen kan gå till väga för att klara av att minska sin alkoholkonsumtion. Broschyrer eller andra skriftliga instruktioner, som patienten/klienten/den anställde kan få med sig hem, har ofta setts som ett värdefullt komplement till den muntliga informationen. Regelbunden uppföljning med stöd av laboratorieprover eller på annat sätt, har visat sig vara en väsentlig förutsättning för att nå mer påtagliga effekter av dessa enkla behandlingsinsatser.

Flera försök pågår för närvarande i Sverige med att lära ut och utveckla en mer sammanhållen pedagogisk modell för alkoholpreventiva insatser inom primärvården. Modellen beskrivs i den av Socialstyrelsen utgivna boken "Med all respekt. En handbok om alkoholrådgivning" (se vidare i kap. 3). Ett grundläggande inslag i modellen är att patienten själv, med ledning av given information, skall ta ställning till sina alkoholvanor och fatta beslut om en eventuell omläggning av dessa. Det är sannolikt att denna arbetsmetod med viss modifiering är möjlig att använda också inom andra verksamhetsområden.

Vetenskapliga studier visar att även enkla former av rådgivning kan leda till minskad alkoholkonsumtion. Man har emellertid också kunnat konstatera att

effekten blir större vid något mer intensiva insatser och regelbunden uppföljning.

### 2.4.4 Remittering till specialiserad missbrukarvård

Personer med symptom på alkoholberoende (toleransökning, abstinensbesvär, återställarbehov, minnesluckor m.m.) och allvarliga komplikationer på grund av en hög alkoholkonsumtion, bör förmås att söka hjälp vid specialiserade behandlingsenheter. Detta förutsätter att man inom de lokala verksamheterna har en god kännedom om och ett upparbetat samarbete med den specialiserade missbrukarvården. Det måste t.ex. vara möjligt att få direkta besked om vårdmöjligheter och att kunna konsultera experter vid svårbedömda fall. Om inte stödet från specialister finns, försvåras det förebyggande arbetet avsevärt, både vad gäller personalens motivation och effektiviteten i insatserna.

I en del fall accepterar personer med svårare alkoholproblem inte remisser till den specialiserade missbrukarvården, kanske för att de inte vill stämplas som "missbrukare", eller för att de misstror behandlingens effekter. Det är då lämpligt att den aktuelle läkaren, socialsekreteraren eller arbetsledaren åtminstone vidtar någon av de åtgärder som berörts i det föregående (tar upp ett samtal om alkoholvanor, informerar om skadeverkningar vid viss konsumtion etc). Även om dessa begränsade insatser kanske inte har någon omedelbar effekt, så kan de eventuellt leda till att personen senare går med på att söka mer kvalificerad hjälp.

### 2.4.5 Alternativa insatser

En i Sverige relativt okänd företeelse i fråga om tidiga insatser är användandet av handböcker i hur man själv kan bemästra begynnande alkoholproblem. Dessa bygger på att personen med hjälp av skrivna instruktioner på egen hand ändrar sina alkoholvanor. Sådana handböcker har rönt relativt stort intresse i USA och finns där tillgängliga hos de flesta bokhandlare. De används också i stor utsträckning i olika former av alkoholrådgivning. Studier har visat att användandet av handböcker ger positiva effekter.

## 2.5 Försök och erfarenheter

De försök som gjorts att på det individuella planet motverka en utveckling från storkonsumtion till missbruk har till största delen bedrivits inom hälso- och sjukvården. En del exempel kan också hämtas från arbetslivet. Vad gäller

andra områden finns det däremot mycket få dokumenterade erfarenheter av denna typ av verksamhet.

De försök som genomförts och erfarenheter som gjorts refereras i de följande kapitlen under respektive verksamhetsområde.

## 2.6 Verksamhetsområden där det finns goda möjligheter att ingripa tidigt

En tyngdpunkt i det individuella, missbruksförebyggande arbetet ligger inom hälso- och sjukvården, eftersom man där dels har en bred kontaktyta mot befolkningen och dels har goda förutsättningar att på ett naturligt sätt förena alkoholpreventionen med ett allmänt hälsoarbete. Det är också framför allt inom detta verksamhetsområde som individuellt förebyggande insatser hittills bedrivits.

De arbetsplatsbaserade insatserna av hälsovårds- eller social karaktär har en mycket stor potential som skulle kunna utnyttjas bättre.

Socialtjänstens individ- och familjeomsorg är i dag till stor del inriktad på personer med allvarliga missbruksproblem. Genom metodutveckling skulle kapaciteten för att upptäcka riskabala alkoholvanor och göra begränsade insatser för såväl ungdomar som hjälpsökande vuxna kunna ökas.

Om Sverige till följd av det intensifierade Europasamarbetet skulle hamna i en situation där tillgängligheten på alkohol ökar och priserna blir lägre, blir risken för ökad konsumtion av alkohol stor, inte minst för ungdomar, om inga motåtgärder sätts in. Det är därför viktigt att ha en hög beredskap vad gäller förebyggande åtgärder på ungdomsområdet, särskilt från socialtjänstens och från skolans sida. Bl.a. är en vitalisering av skolans alkoholundervisning angelägen. Individuellt förebyggande insatser förekommer idag sparsamt från socialtjänstens sida och knappast alls för skolans del. Här finns en betydande utvecklingspotential som måste utnyttjas.

Perspektivet måste emellertid vidgas till att omfatta även andra verksamhetsfält, där man i ökad utsträckning skulle kunna förebygga alkoholproblem. Här åsyftas främst universitet och högskolor samt värnpliktstiden. Frivilliga organisationer kan också tänkas göra insatser för individer i riskzon även om ansvaret och kompetensen för detta slags insatser primärt finns hos socialtjänsten och hälso- och sjukvården.

## 2.7 Hur kan förutsättningarna förbättras?

Trots flera framgångsrika och väldokumenterade projekt har arbete efter en högriskstrategi inte slagit igenom på bred front. Det vanliga är fortfarande att alkoholproblemen uppmärksammas och åtgärdas först när de har blivit allvarliga och svåra att påverka. Attityderna till alkoholproblem har visserligen under senare år förändrats i riktning mot en ökad öppenhet. Alkoholproblem är dock ännu mycket "känsliga" problem att beröra. Även många yrkesverksamma inom t.ex. primärvården och socialtjänsten, som möter sådana problem, är osäkra på hur de skall förhålla sig och väljer därför av detta och andra skäl att avstå från att agera.

I de följande kapitlen kommer att lämnas synpunkter och förslag om hur man inom respektive verksamhetsområde, själv eller tillsammans med andra, kan utveckla det förebyggande arbetet och få till stånd intensifierade insatser på individnivå.

En av de viktigaste förutsättningarna för att genomföra förändringar på det individuellt förebyggande området är förändrade attityder på olika nivåer inom de olika verksamheterna. Det gäller såväl personalens som de ansvarigas syn på möjligheter och effekter av tidiga insatser. Av stor vikt är att de personalgrupper, som kan tänkas bli involverade i detta arbete, har kunskaper om och kompetens i att arbeta med verksamma metoder för att identifiera högkonsumenter och vidta lämpliga stödåtgärder.

Förändrad grundutbildning (där beroendelära kommer med på schemat i olika utbildningar), fortbildning och handledning är därför huvudinstrument för en utveckling av tidiga insatser i syfte att motverka alkoholproblem.

En attitydförändring, baserad bl.a. på förbättrade alkoholkunskaper inklusive en ökad medvetenhet om vad tidiga insatser kan leda till, skulle kunna skapa förutsättningar för ett annat förhållningssätt och ett mer aktivt och professionellt arbetssätt. Vidare skulle verksamheterna kunna utvecklas, så att möjligheter skapas för mer gedigna och permanenta satsningar på det förebyggande arbetet. Samarbete och samverkan skulle också underlättas om man hade samma synsätt inom olika verksamheter.

Samarbete och samverkan är också viktigt för att effektiva insatser skall kunna genomföras i ett tidigt skede. Behoven gäller inte endast samarbete och samverkan mellan verksamheter som är specialiserade på alkoholfrågor, utan också kontakter mellan dessa och t.ex. företag och frivilliga organisationer.

En organisatorisk samordning av resurser för prevention och behandling kan vara eftersträvansvärd. Tidiga insatser i form av identifiering och samtal om alkoholfrågor kan i ett sådant system göras av ej missbruksspecialiserad personal inom hälso- och sjukvård, socialtjänst, företag, skolor etc. En central missbruksenhet/alkoholrådgivningsbyrå med medicinsk, psykologisk och social kompetens skulle kunna utgöra en gemensam resurs som ger stöd i

strävanden att motverka alkoholproblem. Dit skulle också personer kunna hänvisas för utredning och bedömning. Missbruksenheten skulle då överta ansvaret för de mer kvalificerade insatserna för dem som har allvarliga alkoholproblem och använda sig av behandlingsresurser med olika inriktning för att tillgodose de olika individernas hjälpbehov.

# 3 Insatser inom hälso- och sjukvården

## 3.1 Förutsättningar och motiv för missbruksförebyggande insatser

Hälso- och sjukvårdslagen stadgar att hälso- och sjukvården skall bedriva verksamhet för att förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador. Individuell missbruksförebyggande verksamhet innebär, enkelt uttryckt, att man bland patienter, gravida kvinnor eller deltagare i en hälsoundersökning försöker identifiera personer med hög alkoholkonsumtion och därefter hjälper dem att minska sin konsumtion.

Hälso- och sjukvården har en stor potential för ökade alkoholpreventiva insatser. Många patienter, främst inom primärvård och akutsjukvård, har alkoholrelaterade problem. En grundläggande lärdom från vetenskapliga studier är att man med små insatser i allmänhet kan nå bättre resultat bland högkonsumenter som bara är lätt alkoholberoende än med mer omfattande insatser bland personer med allvarligare alkoholproblem. Vidare kan goda metoder för diagnostik och behandling ganska enkelt tillämpas av läkare och till betydande delar också av sjuksköterskor.

### 3.1.1 Primärvården

Primärvården har hittills vanligen uppfattats som liktydig med landstingens vårdcentraler. Pågående förändringar medför att organisationen i fortsättningen kan komma att bli mer heterogen.

Detta kapitel kommer till största delen att handla om individuella missbruksförebyggande insatser inom primärvården. Erfarenheter från det området är i viktiga avseenden tillämpliga även inom andra delar av hälso- och sjukvården. Många policydokument under de senaste tio åren har rekommenderat ökade insatser av primärvården inom alkoholområdet. Under senare år har vetenskapliga studier också visat god effekt av sådana begränsade insatser.

Att primärvården ställs i fokus för tidiga insatser för att motverka missbruk beror för det första på att en större del av befolkningen söker primärvård än annan sjukvård (ca 30 - 40 procent av befolkningen söker distriktsläkare inom primärvården varje år), för det andra på att en betydande andel av besöken

rör sjukdomar och hälsoproblem som bl.a. beror på alkohol och för det tredje på att flera vetenskapliga studier visat ungefär lika god effekt av tidiga insatser inom primärvården som inom annan sjukvård.

De besvär, för vilka alkohol kan spela en viktig roll, kan gälla högt blodtryck hos medelålders män, mer eller mindre diffusa magbesvär, oro, sömnsvårigheter samt olika skador. En undersökning som genomförts av Försäkringskassan i Stockholms län har också visat att alkoholproblem kan dölja sig bakom åtskilliga diagnoser (Larsson och Upmark, 1993).

Naturligtvis varierar andelen patienter med alkoholrelaterade problem hos distriktsläkare mellan olika delar av landet. Andelen sådana patienter kan vidare bero på tillgången till annan vård.

Primärvården är betydelsefull också som många människors första kontakt med vården. Den representerar kontinuitet genom att patienten kan återkomma till samma läkare eller sjuksköterska. Vanligen kan då mer tid avsättas för patienten än t.ex. i sjukhusvården. Frågor om alkoholvanor och aktuella insatser för högkonsumenter kan på ett förhållandevis enkelt och naturligt sätt integreras i primärvårdens arbetsuppgifter, liksom allmänna hälsoundersökningar.

### 3.1.2 Somatisk öppen och sluten akutsjukvård

Flera studier, också från Sverige, visar att en betydande andel av patienterna inom den somatiska akutsjukvården (sjukhusvården) har alkoholrelaterade sjukdomar och hälsoproblem. Andelen är på många håll sannolikt större än i primärvården. Särskilt på kirurgiska och ortopediska kliniker är orsaker till besök och slutenvårdtillfällen i stor utsträckning alkoholbetingade. Vetenskapliga studier visar också goda resultat av tidiga, individuella insatser inom sjukhusvården för att motverka missbruk.

### 3.1.3 Psykiatrisk vård

En stor andel av patienterna inom den allmänna psykiatrin har också manifesta alkoholproblem. De är inte sällan också kända inom socialtjänsten. Det finns anledning att tro att många patienter vid de psykiatriska akut- eller öppenvårdsmottagningarna är dolda missbrukare eller personer i riskzonen, och därmed aktuella för insatser i syfte att få en ändring till stånd.

## 3.2 Metoder för identifiering av patienter med hög alkoholkonsumtion

Det är självfallet viktigt att närma sig potentiella högkonsumenter av alkohol utan att göra avkall på respekten för patientens integritet och självbestämmande.

Vid identifiering av högkonsumenter i forskningsprojekt och vanlig sjukvård har i huvudsak tre slags metoder använts, ensamma eller i kombination:

1 frågor som direkt syftar till att kartlägga alkoholkonsumtionens omfattning under samtalet (anamnesen) med patienten vid läkarbesök eller sjuksköterskebesök,
2 ett eller flera laboratorietester, samt
3 specifika frågekombinationer som kan indikera hög alkoholkonsumtion eller alkoholproblem.

De två förstnämnda metoderna är vanliga inom sjukvården, medan speciella frågekombinationer, och även självregistrering av konsumtionen i dagbok, mestadels använts i vetenskapliga studier på patienter eller i olika grupper i befolkningen.

Det är önskvärt att metoderna har så hög tillförlitlighet (validitet) och reproducerbarhet (samma svar vid upprepade mätningar) som möjligt. Tillförlitligheten bestäms av sensitiviteten (andel av alla högkonsumenter som korrekt identifieras med metoden) samt specificiteten (andel icke-högkonsumenter med negativ test). Ett problem är att alla testerna har begränsningar och att det inte finns någon självklar bästa metod, som man kan relatera andra metoder till.

### 3.2.1 Patientinitierad kontakt med sjukvården

Varje läkare eller sjuksköterska har möjlighet att relativt enkelt och naturligt få vetskap om en patients alkoholvanor i samband med samtal med patienten om levnadsvanor av betydelse för sjukdoms- eller hälsoproblemet. Sedan kontakt etablerats förhör sig alltså läkaren/sjuksköterskan om patientens dryckesvanor som ett led i en utredning om orsakerna till de aktuella besvären. En fördel är att läkaren/sjuksköterskan direkt kan motivera varför han/hon ställer frågorna och gå vidare med följdfrågor om så behövs. Erfarenheten visar att detta i regel upplevs som naturligt av patienten, och även av sjukvårdspersonalen när de fått litet vana. Farhågor för att patienten upplever frågorna som kränkande och reagerar negativt förefaller ofta vara överdrivna.

Flera studier har visat att läkare ibland misslyckas med att upptäcka hög alkoholkonsumtion hos patienter, som med andra metoder identifieras som högkonsumenter (Saunders, Anderson, Rydon, Babor). Det stora problemet är

medveten eller omedveten underrapportering av patienten. I praktiken kombinerar sjukvårdspersonalen därför ofta en anamnes beträffande alkoholvanorna med blodprov som mäter biologiska markörer/indikatorer, på hög alkoholkonsumtion eller alkoholskador.

Det hittills mest använda är leverprovet GT (gammaglutamyltransferas) som mäter halten av ett enzym i serum. Förhöjda värden kan bero på hög alkoholkonsumtion, men också på leversjukdom och vissa andra sjukdomar, övervikt, graviditet och vissa mediciner. Samtidigt kan GT-värden vara normala hos alkoholister. Detta innebär att tillförlitligheten är begränsad. I stora befolkningsundersökningar, bl.a. i Sverige, har man funnit att grovt räknat en tredjedel av högkonsumenterna hade högt GT, medan andelen korrekt identifierade är större på en alkoholklinik. Biologiska markörer kan användas vid "bio-feedback"-metodik, då man avläser och diskuterar förändringar över tid hos en patient med en redan konstaterad hög alkoholkonsumtion. De är då ett viktigt inslag i behandlingen.

Andra alkoholrelaterade blodprov som MCV (mean corpuscular volume), som mäter de röda blodkropparnas volym och leverproven ASAT och ALAT har lika låg eller lägre tillförlitlighet än GT. Förekomst av etylalkohol i blod och urin är naturligtvis specifikt. Höga värden hos personer som inte förefaller påverkade är en indikation på regelbunden hög alkoholkonsumtion.

Ett relativt nytt komplement i testarsenalen är CDT (carbohydrate deficient transferrin = kolhydratfattigt transferrin), där höga värden är kopplade till en alkoholkonsumtion över cirka 60 gram alkohol per dag (en flaska vin dagligen) under en tidsrymd av 10 - 14 dagar. En betydande fördel är att ett förhöjt värde nästan alltid förklaras av hög alkoholkonsumtion, medan höga värden på GT och andra biologiska markörer kan ha andra orsaker. Specificiteten är omkring 95 procent och sålunda mycket hög för CDT, medan sensitiviteten vid en konsumtionsnivå på 60 gram alkohol per dag är lika bra som eller bättre än andra markörer. En viktig begränsning är att ökad risk för viktiga sjukdomar som högt blodtryck, bröstcancer och skrumplever föreligger vid lägre konsumtion än 60 gram per dag. En markör som ger utslag redan vid 20–30 gram per dag vore önskvärd.

En ny markör, 5-hydroxtrytofol (5-HTOL) i urinprov, har visat sig vara mycket känslig. Testet kan ge utslag om en person druckit en starköl föregående kväll och ger mycket sällan utslag om alkohol inte har förtärts.

En betydelsefull möjlighet med laboratorieprover är att dessa vid upprepade patientbesök kan användas som ett objektivt mått på alkoholkonsumtionen den senaste tiden och utgöra en viktig del av samtalet med patienten och därmed ha en terapeutisk effekt (bio-feedback). Man får dock inte glömma att många högkonsumenter har normala provvärden.

Den gjorda inventeringen ger en provkarta på några av de vanligaste instrumenten för att upptäcka alkoholproblem. Den ger också en antydan om de

möjligheter och begränsningar dessa har. Instrumenten är dock i första hand tekniska hjälpmedel som inte ger besked om hur patienten bör bemötas, dvs. hur ett förtroendefullt klimat etableras mellan vårdpersonalen och patienten eller hur patienten motiveras till förändring.

### 3.2.2 Hälsoundersökningar

Ett sätt att upptäcka riskbruk hos fler, och kanske i ett tidigare skede än vad som i vissa fall är möjligt vid patientinitierade kontakter, är att vända sig till en grupp i befolkningen med erbjudande om hälsoundersökning och därvid inkludera alkoholvanorna. Detta är vad alkoholläkaren Hans Kristenson i Malmö gjorde i slutet av 1970-talet och i början av 1980-talet med stor framgång.

En sådan undersökning kan innebära att patienten får besvara frågor enligt ett formulär. En rad relativt enkla frågeformulär har utvecklats under senare år som hjälpmedel för att få klarhet i om patienten överhuvudtaget har problem som är kopplade till alkohol. Två av de mer kända testen är CAGE (Ewing, 1984) som består av fyra frågor och MAST (Selzer, 1971). Det senare innehåller 25 frågor i originalversionen, samt 10 frågor i en amerikansk (Mini-MAST) (Pokorny m.fl., 1972) och 9 frågor i en Malmö-modifierad kortversion (Kristenson m. fl., 1982). Ett mycket intressant formulär är AUDIT med nio frågor som nyligen utvecklats inom Världshälsoorganisationen (Saunders och Aasland, 1987; Aasland, 1992), men ännu inte testats i Sverige. I en flernationell primärvårdsstudie fann man en sensitivitet på 80 procent och en specificitet på 89 procent vid en brytpunkt på 40 gram alkohol per dag för män och 20 gram för kvinnor.

Det förekommer att man i stället för strukturerade frågor använder sig av laboratorietester enligt ovan. Det har dock visat sig vara mer framgångsrikt att använda sig av både frågeformulär och laboratorietest samtidigt. Flera försök har visat att laboratorietester och frågeformulär kan kombineras på ett naturligt sätt i en omfattande kartläggning av patientens fysiska status. Man har, bl.a. i Malmö-försöket (Kristenson, 1982), också visat hur testresultaten (GT-värdet) kan användas som hjälpmedel i samtal med patienten och utgöra grunden för en diskussion eller överenskommelser kring specifika mål när det gäller att reducera drickandet.

Hälsoundersökningar kan läggas upp på många olika sätt. Man kan kalla samtliga personer tillhörande en viss delpopulation, t.ex. män i åldern 30 - 39 år. Man skulle också kunna kalla samtliga som har ett yrke där riskabel alkoholkonsumtion är vanlig eller där alkoholkonsumtion i samband med yrkesutövning är särskilt skadlig. Av bl.a. kostnadsskäl förekommer det dock numera sällan att hälsoundersökningar omfattar andra personer än dem som själva tagit kontakt med sjukvården.

De som via någon av de ovan relaterade metoderna konstateras vara högkonsumenter av alkohol och i riskzonen för alkoholrelaterade skador avses sedan erbjudas stöd att ändra sina alkoholvanor.

## 3.3 Erfarenheter från studier av förebyggande insatser

Totalt föreligger vetenskapliga rapporter om 32 studier från 14 länder (Bien, Miller & Toningan 1993), med interventions- och kontrollgrupp, innefattande över 6 000 patienter. Dessa studier visar att enkel behandling ("brief intervention") är effektivare än ingen behandling, och ofta lika effektiv som mer omfattande behandling.

Den första vetenskapligt redovisade sekundärpreventiva studien i världen genomfördes i Malmö (Kristenson, 1982 och 1987). Projektet utgick från en baspopulation av 580 män i 40-årsåldern, som vid en allmän hälsoundersökning av cirka 11 000 män vid två tillfällen haft en förhöjning av det alkoholrelaterade leverprovet GT. I de fall, där förhöjningen bedömdes sammanhänga med hög alkoholkonsumtion, fördelades männen slumpmässigt på en behandlingsgrupp och en kontrollgrupp.

Medlemmarna i kontrollgruppen fick per brev reda på provresultaten och gavs rådet att vara mer återhållsamma i sina alkoholvanor. I behandlingsgruppen kallades männen till återbesök ungefär var tredje månad hos en alkoholläkare. Dessemellan togs månatligen GT-prover av en och samma sjuksköterska, som på ett engagerat sätt följde upp patienternas utveckling. Målsättningen var som regel att uppnå en lägre konsumtion och ett mer kontrollerat drickande. Man gick noga igenom alkoholvanornas betydelse för den enskilde individen, i vilka situationer som alkoholen dracks, och diskuterade alternativ till alkoholdrickande samt försökte analysera och diskutera hela livssituationen. Sambanden mellan ändringar i alkoholvanorna och ändringar i GT-värdena analyserades tillsammans med patienterna. Besöken hade främst karaktären av engagerade stödsamtal.

Både behandlingsgrupp och kontrollgrupp följdes under en tid av fyra till åtta år. Kontroller av GT-värden gjordes efter två, fyra, sex och nyligen efter 15 år. Efter sex år hade båda gruppernas värden minskat. Behandlingsgruppens värden hade minskat något mer än kontrollgruppens, även om skillnaden inte var statistiskt signifikant. Både för antalet sjukskrivningsdagar och antalet vårddagar på sjukhus kunde emellertid signifikanta skillnader konstateras. Skillnaderna mellan behandlings- och kontrollgrupp i antalet vårddagar på sjukhus har successivt ökat. Under de fem första åren hade patienter i behandlingsgruppen i genomsnitt 2,0 sjukhusdagar, jämfört med 3,5 dagar för patienter i kontrollgruppen. Under år 11-15 förekom i genomsnitt 5,6 slutenvårdsdagar för de 353 individerna i den förra gruppen att jämföra med

8,8 dagar bland de 288 individerna i den senare gruppen. Det innebär en skillnad av omkring 1 200 dagar. Även sjukligheten med tydligt alkoholrelaterade diagnoser har minskat mer bland de behandlade. Både den totala och den alkoholrelaterade dödligheten var lägre i behandlingsgruppen än i kontrollgruppen, en skillnad som visat sig öka över tid.

En annan svensk undersökning (Persson, 1989) med en likartad uppläggning som Malmöstudien, men med inriktning på 78 patienter från somatiska öppenvårdmottagningar, påvisade signifikant minskning av alkoholrelaterade blodprov, uppgiven alkoholkonsumtion (från i medeltal 179 gram alkohol per vecka till 101 gram) och sjukdagar i interventionsgruppen, jämfört med kontrollgruppen.

I en studie av Chick, Lloyd och Crombie i Edinburgh utfördes den behandlande insatsen av en sjuksköterska. Efter en insats, som endast utgjordes av ett enda rådgivningssamtal med bestämt råd av en sjuksköterska till 161 manliga högkonsumenter bland 731 patienter vid en medicinklinik, kunde man efter tolv månader påvisa större förbättringar hos dessa, med avseende bl.a. på leverprover och alkoholrelaterade problem, jämfört med en grupp som inte påverkats. Detta visar att även mycket begränsade, enkla insatser kan ge en tydlig effekt.

År 1988 kom resultat från en stor brittisk studie inom primärvården (Wallace m.fl., 1988). Syftet med denna var att försöka avgöra hur effektiv rådgivning från allmänläkare (husläkare eller distriktsläkare) var för att få högkonsumenter att minska sitt drickande. Målet var att uppnå en halvering av konsumtionen för män och kvinnor med en alkoholkonsumtion motsvarande minst 75 cl starksprit (= 250 g ren alkohol) respektive tre flaskor rödvin (= 180 g ren alkohol) per vecka. Denna mycket noggrant upplagda studie pågick under tolv månader, med deltagande av läkare vid 47 allmänmottagningar över hela Storbritannien. Patienterna rekryterades vid besök på mottagningarna eller med hjälp av frågeformulär per post. Försöket kom till slut att omfatta 909 personer, som uppfyllde de strikta kriterierna. Ett fåtal personer med allvarliga alkoholproblem eller svår sjukdom uteslöts. Kvarvarande patienter fördelades slumpmässigt och efter kön till en behandlingsgrupp respektive en kontrollgrupp. Personerna i kontrollgruppen fick inga särskilda råd beträffande alkohol om de inte efterfrågade sådana, eller inte hade tecken på leverskada.

Personer i behandlingsgruppen fick av sin husläkare ("general practitioner") i allmänhet rådet att halvera sin alkoholkonsumtion, men i fall av alkoholberoende gavs råd om helnykterhet. Budskapet förstärktes genom att personens konsumtion jämfördes med genomsnittskonsumtionen för personer av samma ålder och kön enligt en landsomfattande undersökning av dryckesvanorna. Vidare användes broschyrer och patienterna uppmanades att skriva dagbok över sitt drickande. Samtliga erbjöds tid för återbesök efter en månad.

Läkarna hade också att själva ta ställning till att kalla till återbesök efter fyra, sju och tio månader. Vid dessa tillfällen gick man igenom dagboken och gav stöd och "feed-back" på resultaten av de blodprover som togs. Läkarna hade i samband med försöket fått ett par timmars utbildning, bl.a. genom videoprogram.

Vid utvärderingar efter sex och tolv månader fann man markanta förbättringar, framför allt i behandlingsgruppen. Andelen högkonsumenter bland män minskade med 44 procent jämfört med 26 procent i kontrollgruppen. Genomsnittligt minskade konsumtionen i behandlingsgruppen med motsvarande ca två flaskor vin (145 g) i veckan, och med en flaska vin (65 g) i kontrollgruppen. Man såg också att förbättringen blev större ju fler besök som gjorts hos distriktsläkaren. Det fanns således ett klart samband mellan antalet läkarbesök och minskningen i alkoholkonsumtion och GT-värde.

Effekterna har visat sig vara tydligare för män än för kvinnor. Andelen kvinnor med för hög konsumtion minskade med 48 procent i behandlingsgruppen, jämfört med 29 procent i kontrollgruppen, och den genomsnittliga konsumtionen minskade med 90 g respektive 50 g, men GT-värdena minskade inte för kvinnornas del.

Författarna har beräknat att om denna relativt enkla metodik användes generellt inom primärvården i Storbritannien, skulle detta leda till att ungefär 250 000 män och 67 000 kvinnor skulle kunna förmås att minska sitt drickande till ofarliga nivåer. Översatt till svenska förhållanden, skulle det kunna medföra att ca 35 000 män och 10 000 kvinnor fick hjälp att halvera sin konsumtion.

Scott och Anderson har genomfört en liknande studie (1991), med deltagande av åtta mottagningar. Vid den uppföljning av behandlingsinsatserna, som gjordes efter ett år, framkom för män en statistiskt signifikant större konsumtionsminskning (med 65 gram alkohol/vecka, motsvarande en flaska vin/-vecka) i interventionsgruppen, jämfört med kontrollgruppen. För kvinnor var inte resultaten lika goda.

Den enda kontrollerade studien inom primärvården i Sverige har genomförts av Romelsjö och medarbetare (Romelsjö, 1988; Romelsjö m.fl., 1989). Man utgick ifrån en hälsoundersökning vid fyra vårdcentraler i Stockholms län av ett slumpmässigt urval av vuxna invånare av båda könen. Med en kombination av frågeformulär och laboratorieprover sållades en grupp av 83 högkonsumenter fram - grava missbrukare uteslöts från studien. De av dessa patienter som lottades till en behandlingsgrupp gick på återbesök hos sin ordinarie distriktsläkare ungefär var tredje månad. Läkaren diskuterade med patienten om det aktuella GT-provet och den allmänna situationen, och gav råd om låg alkoholkonsumtion. Patienterna i kontrollgruppen fick vid det första, relativt långvariga, läkarbesöket också rådet att minska sin konsumtion. Vid uppföljning med provtagning efter ett år fann man i båda grupperna

en minskning såväl i alkoholkonsumtion som i GT-värde och i ett problemindex. Minskningen var större hos de behandlade men statistiskt signifikanta skillnader mellan de båda grupperna kunde inte konstateras. Enligt författarna borde egentligen också kontrollgruppen betraktas som en interventionsgrupp, då de patienter som ingick i denna också uppmärksammades på sina alkoholvanor av professionell personal samt fick råd om att minska sin alkoholkonsumtion.

Flera studier (Bernardt m.fl, 1984; Chick m.fl., 1985; Kristenson, 1983) har också visat att sjuksköterskor både kan ta en tillförlitlig alkoholanamnes och svara för värdefulla uppföljningskontakter. I en interventionsstudie inom ortoped- och kirurgavdelningar på Nya Zeeland (Elvy m.fl., 1988), ansvarade två sjuksköterskor med särskild utbildning för proceduren att identifiera patienter med alkoholproblem. Ett annat exempel är den tidigare nämnda Malmöstudien, i vilken en sjuksköterska svarade för provtagning och rådgivning under uppföljningen.

I analysen av de 32 vetenskapligt dokumenterade studierna med individuellt missbruksförebyggande inriktning har Bien, Miller och Tonigan identifierat vissa gemensamma centrala element, som de sammanfattat i initialförkortningen FRAMES: "Feedback" (återföring till patienten), "Responsibility" (betoning av patientens ansvar för att ändra alkoholvanorna), "Advice" (klart råd att ändra vanorna), "Menu" (flera åtgärdsalternativ för patienterna), "Empathy" (känslomässigt stöd) and "Self-efficacy" (betoning av patientens egen förmåga).

I en aktuell översikt av effektiviteten av tidiga individuella insatser mot missbruk från primärvårdens sida sammanfattar Anderson att 5–10 minuters rådgivning till högkonsumenter medför en reduktion av alkoholkonsumtionen på 25–35 procent efter 6–12 månader. Han menar att i två av tre studier som inte redovisat signifikant skillnad mellan behandlings- och jämförelsegrupp kunde detta förklaras av att jämförelsegruppen fick råd om konsumtionsminskning och egentligen var föremål för en minimal, men sannolikt effektiv intervention. Han noterar också att effekten var sämre för kvinnor i vissa studier samt att effekten verkar vara oberoende av ålder och socioekonomisk status. Det förefaller som ett samtal på 5–10 minuter för bedömning följt av rådgivning har störst effekt för dem som varit högkonsumenter av alkohol under kort tid medan en mer långvarig insats, baserad på kognitiv beteendeterapi är mer effektiv för de med mer långvarig högkonsumtion.

## 3.4 Kostnadseffektivitet i tidiga insatser från hälso- och sjukvårdens sida

Få forskare har försökt belysa kostnadseffektiviteten i tidiga insatser. Harold Holder m.fl. har dock gjort en sammanfattande bedömning av kostnader respektive effekter av olika typer av åtgärder (Holder m.fl., 1991). Här framstår motiverande rådgivning som den mest kostnadseffektiva av alla insatser på alkoholområdet.

Sven Andréasson har gjort ett intressant försök att belysa de möjliga effekterna på nationell nivå av att göra konsekventa individpreventiva insatser med avseende på alkohol från primärvårdens sida. Han har huvudsakligen baserat sina beräkningar på Kristensons och Perssons ovan nämnda studier. Han har bl.a. förutsatt att alla husläkare i Sverige (drygt 4 000) gör någon form av enkel hälsotest inklusive test av alkoholvanor på alla patienter som kommer på läkarbesök och som är i åldern 20–50 år. Vidare förutsätts att hälften av dem som konstateras vara högkonsumenter av alkohol genomgår behandling i form av återkommande stödsamtal m.m. på samma sätt och under lika lång tid (fem år) som skedde i Kristensons studie.

Den totala kostnaden för rådgivning m.m. till högkonsumenter uppskattar Andréasson till 5 000 kronor per patient. För hela landet blir kostnaden 325 Mkr inklusive kostnader för hälsotester.

De ekonomiska effekter (kostnadsbesparingar) som stödinsatserna bedöms resultera i, har Andréasson utifrån de resultat som erhållits i Kristensons och Perssons studier uppskattat till 57 000 kronor per patient under en femårsperiod. Därav avser 10 000 kronor minskade kostnader för sjukhusvård, 7 000 kronor minskade kostnader för öppen vård och 40 000 kronor minskade kostnader för sjuklön/sjukpenning. Om motsvarande effekter kan nås på nationell nivå blir kostnadsminskningen ca 2,9 miljarder kronor. Andra "vinster", t.ex. vad gäller produktivitet, har då inte medräknats.

I bilaga 3 återfinns dels en kostnads- och intäktssammanställning, dels en närmare redogörelse för antaganden och beräkningssätt.

De gjorda antagandena kan naturligtvis diskuteras, likaså beräkningarna av kostnader och intäkter.

Även om viss osäkerhet finns i kalkylen kvarstår enligt kommissionens mening slutsatsen att tidiga insatser från primärvårdens sida av allt att döma är mycket kostnadseffektiva.

## 3.5 Det aktuella läget. Exempel på individuell missbruksförebyggande verksamhet

Som tidigare nämnts har hälso- och sjukvården både goda förutsättningar och goda motiv för att ägna kraftfulla insatser åt individuellt missbruksförebyggande arbete på alkoholområdet. Fortfarande bedrivs dock alkoholpreventivt arbete från hälso- och sjukvårdens sida i tämligen blygsam omfattning och nästan uteslutande i avgränsade projekt. Det torde bl.a. bero på pessimism beträffande de resultat som kan förväntas, och på att utbildning i och tillämpning av nya, verksamma metoder för alkoholprevention är bristfällig.

Det bör dock framhållas att sådana projekt blivit vanligare på senare år. Inom flertalet landsting finns således exempel på individuellt förebyggande verksamhet som bedrivs just nu, nyligen avslutats eller planeras. Här följer ett axplock.

*Utbildningssatsningar*

- På flera håll inom *Stockholms läns landsting* har utbildningsdagar för distriktsläkare genomförts. I vissa fall har också övrig personal deltagit.
- I *Örebro läns landsting* har i stort sett alla primärvårdsläkare deltagit i en utbildningsdag kring Socialstyrelsens material "Alkoholrådgivning på vårdcentral - ett respektfullt samtal" (se även avsnitt 3.5.3).
- I *Dalarna* planerar landstinget en utbildning om tidig upptäckt. Tidigare har man erbjudit utbildningar om alkohol och arbetsliv.

*Hälsoundersökningar*

- I *nordöstra sjukvårdsområdet i Stockholms läns landsting* planeras en studie som riktas dels till 1.000 slumpvis utvalda personer i åldern 29 - 59 år i varje vårdcentralsområde, dels till 500 patienter vid respektive vårdcentral. Högkonsumenter skall identifieras och randomiseras till enkel rådgivning eller mer intensiv behandling. Resultaten jämförs.
- Vid *Hagfors, Munkfors och Ekshärads vårdcentraler* i Värmland samt vid *Nyhems vårdcentral i Halmstad* görs ett projektinriktat flerårigt arbete med syfte att tidigt upptäcka, behandla och utvärdera behandlingsinsatserna för alkoholrelaterade problem hos patienter mellan 25 - 50 år.

  Patienterna erbjuds hälsoundersökning. De som accepterar får genomgå en rad olika laboratorietester samt svara på ett frågeformulär. Patienter med hög alkoholkonsumtion eller förhöjda levervärden slumpas på hög- respektive låginterventionsgrupp. Uppföljning görs efter två år, räknat efter första kontakten och därefter vid tre, fyra och fem år.

*Tidiga insatser*

- I *Luleå* har man startat ett alkoholpreventivt projekt inom primärvård och socialtjänst. Syftet är att förbättra samarbetet och att utveckla metoder för tidig upptäckt och behandling av högkonsumenter. Dessutom har man bildat särskilda arbetsgrupper som arbetar med metodutveckling för insatser riktade till unga rattfyllerister och insatser riktade till högkonsumenter bland kvinnor.
- I *Älvsborgs län* pågår utvecklingsarbete med syfte att upptäcka samband mellan olika sjukdomar och alkohol. Arbetet bedrivs i samarbete med socialtjänsten i tre kommuner.
- I *Halland* bedrivs projektet "Hälsoförebyggande arbete på vårdcentral med speciell inriktning på alkoholprevention". Ambitionen är att det projektinriktade arbetet skall ingå i ordinarie rutiner.

De nämnda exemplen avser genomgående primärvård. Till sist ett par exempel från sluten vård.

Inom FIA-projektet i Stockholm har program för individuella missbruksförebyggande insatser arbetats fram i samverkan mellan somatiska kliniker, kuratorer och psykiatrisk beroendeklinik. På Danderyds sjukhus pågår ett försöksprojekt med identifiering av högkonsumenter av alkohol bland patienter intagna på akutkirurgisk avdelning.

## 3.6 Hinder och möjligheter

Det förekommer ibland att läkare och övrig berörd personal har en negativ attityd till att arbeta med patienter som har alkoholrelaterade problem. Detta har stor betydelse för beredvilligheten att vidta åtgärder i ett tidigt skede. En negativ inställning kan bl.a. bero på otillräcklig kunskap, behandlingspessimism grundad på negativa erfarenheter av kontakter med avancerade missbrukare och en uppfattning att alkoholvanor är den enskildes privatsak som man inte bör lägga sig i. En viktig orsak till att man undviker att ta sig an patientens alkoholvanor kan också vara att man inte har tillgång till lämplig, lättillgänglig remissinstans för patienter med mer avancerade alkoholrelaterade problem eller då man inte klarar av fortsatt behandling på egen hand.

### 3.6.1 Attityder till att vilja ge vård/behandling åt högkonsumenter respektive missbrukare

Attitydstudier både i Sverige och utomlands visar en ganska utbredd osäkerhet om hur man ska ta sig an högkonsumenter av alkohol, men också positiva erfarenheter då man väl engagerar sig.

I en engelsk studie (Anderson, 1990), i vilken primärvårdsläkares attityder till att arbeta med personer med alkoholproblem undersöktes, var det 44 procent som ansåg att de var kompetenta att arbeta med "problem drinkers". 39 procent uppfattade sig själva som motiverade, och mindre än en tredjedel (29 procent) var tillfredsställda med sitt arbete med denna grupp. Man fann också ett tydligt samband mellan läkarnas attityder till att arbeta med denna patientgrupp och deras tidigare erfarenheter av problemområdet.

I ett par svenska studier har man också undersökt primärvårdspersonalens attityder och kommit till liknande resultat som i England. Vid en undersökning av Sandberg och Romelsjö (1985) som omfattade dels samtlig personal vid tio slumpvis utvalda vårdcentraler inom Stockholms län, dels personalen vid fem vårdcentraler som fått några timmars utbildning om individuell missbruksförebyggande metodik, totalt 343 personer, fann man i fråga om de förstnämnda att 10 procent av läkarna, 11 procent av sjuksköterskorna och två procent av undersköterskorna/sjukvårdsbiträdena ansåg att personalen inom primärvården hade de kunskaper som behövdes för att en bra och framgångsrik behandling av "alkoholmissbrukare". På de fem vårdcentraler som fått den nämnda utbildningen var motsvarande siffror 25 procent bland läkarna, 23 procent bland sjuksköterskorna och fyra procent bland undersköterskorna/-sjukvårdsbiträdena. 98 procent instämde i att "det är väsentligt att vården når människor med missbruksproblem i ett tidigt skede av missbruket". 79 procent ansåg att "distriktssköterskan är en viktig resurs i behandlingen av vissa alkoholmissbrukare", 93 procent menade att "det ofta är lämpligt med samarbete med socialtjänsten för de alkoholmissbrukare som vi möter i primärvården", medan 92 procent instämde i att "det föreligger ett stort behov av utbildning inom primärvården gällande alkoholvård". Attityderna ändrades i positiv riktning för de läkare som deltagit i en behandlingsstudie som var inriktad på tidiga insatser mot missbruk.

I en hälsoundersökning åren 1984/85 av en slumpvis utvald del av den vuxna befolkningen i olika delar av Stockholms län, som utfördes av de ordinarie distriktssköterskorna efter kort utbildning, ingick flera frågor om alkoholvanorna och även de fyra frågorna i CAGE (se ovan) för första gången i en hälsoundersökning av detta slag. Erfarenheterna var goda. Alkoholfrågorna föreföll inte medföra några problem i kontakten med dem som kom till hälsoundersökningen.

Tibblin (1992) har också studerat attityderna till arbete med alkoholproblem inom primärvården. Han fann att de läkare och sjuksköterskor, som fått en utbildning för uppgiften och som deltagit aktivt i ett årslångt projekt, var nöjda med teamarbetet. Den övriga personalen vid vårdcentralerna, som inte fått sådan utbildning, delade inte projektdeltagarnas intresse för alkoholfrågor.

Det kan nämnas att det redan i början av 1980-talet förelåg rapporter, som visade att attityderna ändrades i positiv riktning på vårdcentraler som engage-

rat sig i arbete med mer avancerade alkoholmissbrukare (Robert Ludwig, Inga-Lill Ramberg m fl, Jan Franklin).

### 3.6.2 Utbildningsinsatser

Ett problem som ofta förs fram vid diskussioner om hur alkoholprevention skall bedrivas inom hälso- och sjukvården är att personalen har kompetensbrister inom detta område. Överhuvudtaget är utbildning inom missbruksområdet ett eftersatt område inom hälso- och sjukvården. Det är samtidigt glädjande att notera att intresset för alkoholfrågor tycks ha ökat, bl.a. inom läkarutbildningen.

Det finns starka skäl för en uppbyggnad av utbildningsresurser för individuellt missbruksförebyggande arbete. Initiativ i den riktningen behöver planeras och utformas både på centralt och lokalt håll av sjukvårdhuvudmän och sjukvårdens egna organisationer. Det kan vara en fördel att relevanta utbildningsavsnitt genomförs tillsammans för personal inom både socialtjänsten och hälso- och sjukvården.

Utbildningarna bör innehålla avsnitt som ger kunskaper om alkohol, uppföljningsmetodik etc. samt en praktisk kompetens för att, genom intervjuer och/eller provtagning, upptäcka individer med riskfylld alkoholkonsumtion, kartlägga och bedöma alkoholproblemens svårighetsgrad, göra egna, enkla behandlingsinsatser för dem med mindre allvarliga problem, samt ge en sådan kännedom om andra hjälpresurser att remittering till adekvat vårdinstans kan ske.

Mer konsekventa satsningar på att andra personalgrupper än läkare skall svara för förebyggande arbete förutsätter olika former av utbildning. Sådana kan ske inom ramen för olika grundutbildningar (för sjuksköterskor, undersköterskor, psykologer och socionomer) eller som internutbildningar. Om sådana är möjliga att genomföra bör man fästa särskilt stor vikt vid gemensamma utbildningsinsatser, dvs. att olika professioner och yrkesgrupper (i likhet med den statliga terapiutbildningen) med anknytning till förebyggande arbete genomgår en gemensam utbildning. På det sättet kan man i utbildningen ta tillvara erfarenheter från olika verksamhetsområden.

### 3.6.3 Förhållningssätt till patienter

Erfarenheter från arbete med mer avancerade alkoholmissbrukare med mindre god prognos kan påverka inställningen i negativ riktning till tidiga insatser för personer med ringa alkoholrelaterade problem. Ett problem därvidlag är upplevelsen av patientens förnekande hållning och ovilja att prata om sitt alkoholbruk. Ibland sägs också att en alkoholmissbrukare är oförmögen att ändra sin livsstil eller sitt drickande. Det har också hävdats att missbrukare

måste nå botten för att vara beredda att erkänna sina problem och vilja undergå behandling.

Under senare år har dock alternativa synsätt, inte minst inom det beteendeterapeutiska fältet, utmanat dessa uppfattningar. I interventionsförsök har framgångar kunnat påvisas (se bl.a. Miller m.fl., 1988). Även om många patienter tycker sig ha skäl för att förneka sina problem, kan förnekanden även vara en effekt av läkarens eller behandlarens sätt att bemöta patienten. Bl.a. har Miller (1983) kunnat visa hur behandlingskontakten underlättas om man utgår ifrån synsättet att förnekande inte nödvändigtvis är en inneboende egenskap hos den individ som har alkoholproblem, utan snarare ett resultat av det sätt på vilket behandlare har valt att samspela med missbrukare.

Den här typen av föreställningar om alkoholmissbrukares sätt att fungera kan härröra ur erfarenheter från arbete med gravt alkoholberoende personer. De kan utgöra hinder för att utveckla och bedriva förebyggande insatser. Det finns, som tidigare nämnts, dock en rad goda exempel bl.a. på hur alkoholpreventiva insatser kan utformas. Dessa har dock fått ganska få efterföljare hittills.

Som ovan nämnts har den internationellt ledande behandlingsforskaren Miller och medarbetare sammanfattat vissa önskvärda positiva drag i behandlingen som benämns FRAMES (se avsnitt 3.3). Dessa beskrivs kort nedan och i en ordning som är relaterad till tidsordningen i patientkontakten.

* "Empathy", dvs. att behandlaren förmår agera med värme och förståelse, har visat sig vara centralt i framgångsrika studier.
* "Self-efficacy" innebär att man i positiv anda tar fasta på och uppmuntrar individens inneboende förmåga och viljeresurser för ändring.
* "Responsibility" innebär att man klargör individens eget ansvar, att "No one can make you change, or decide for you. What you do about your drinking is up to you" (Bien, Miller & Tonigan).
* "Advice" - ett klart råd att minska konsumtionen har ingått i alla individuellt missbruksförebyggande studier.
* "Menu" - innebär att man diskuterar olika alternativ för att uppnå ett överordnat mål med behandligen.
* "Feedback" till patienten genom utvärderingssamtal och genom användning av alkoholrelaterade biologiska markörer i en behandlingssituation har ingått i de flesta studierna.

Huvuddragen i ett individuellt missbruksförebyggande arbetssätt bör enligt Miller m.fl. vara följande:

* Det finns av medicinska skäl anledning att fråga om alkoholvanor samt att vid kroppsundersökningen beakta alkoholrelaterade tecken och ta prov på biologiska markörer för hög alkoholkonsumtion hos många patienter i primärvården och inom akutsjukvården.

* Skapa först ett respektfullt, icke-värderande klimat.
* Diskutera positiva fynd med patienten och fråga efter dennes synpunkter och funderingar. Graden av alkoholberoende måste bedömas för ställningstagande till minskad konsumtion eller (en tids) avhållsamhet från alkohol som mål. Målgruppen för insatserna är främst högkonsumenter utan eller med ringa beroende, vilka kan rekommenderas minskad konsumtion, snarare än total avhållsamhet från alkohol.
* Försök fastställa ett mål i samråd med patienten samt diskutera underlättande och försvårande faktorer.
* Arbeta vidare efter principerna i FRAMES.

I Sverige startade Socialstyrelsen i slutet av 1980-talet ett projekt som gick ut på att tillsammans med distriktsläkare utprova en metodik för alkoholprevention inom primärvården. Projektet, med arbetsnamnet "Alkoholrådgivning på vårdcentral - ett respektfullt samtal", bygger bl.a. på erfarenheter från folkhälsoforskning och modeller som utvecklats med stöd av sociala inlärningsteorier. Metoden har nyligen presenterats i bokform (Arborelius m.fl., 1993) och används f.n. i utbildningssammanhang inom flera landsting.

### 3.6.4 Samarbete

Olika sektorer inom den offentliga vården arbetar ofta alltför skilda från varandra. Samverkan mellan olika vårdinstanser som en metod att effektivt utnyttja samhällets resurser sker i alltför ringa omfattning, vilket även gäller alkoholvården. I en inventering av social medverkan i primärvården (Socialstyrelsen, 1991) konstateras att samverkan mellan de lokala sociala och medicinska organisationerna fungerar dåligt, med undantag av hemsjukvård och äldreomsorg. Orsakerna till den bristfälliga samordningen är bl.a. bristande kunskaper om varandras arbetssätt, bristande personkännedom, revir- och prestigetänkande och medikalisering av sociala problem. Rapporten antyder dock att både socialtjänsten och primärvården anser att det finns behov av ett ökat samarbete. I de undersökta landstingen och kommunerna föreslås bl.a. samlokalisering, gemensam utbildning, gemensamt huvudmannaskap och arbete kring konkreta problemområden av gemensamt intresse som möjliga vägar till förändring.

### 3.6.5 Sekretessfrågor

Samverkan aktualiserar ofta sekretess- och integritetsfrågor. Sekretess utgör ett hinder för samarbetet mellan samhällsorgan och uppfattas därför ibland som ett problem.

Sekretessen är dock främst en positiv faktor. Möjligheten att utan risk för kontrollåtgärder från samhället få tala om och ta emot hjälp för sina alkoholproblem, är en tillgång i vård- och behandlingsarbetet.

En ändring i sekretesslagstiftningen skedde för några år sedan (prop. 1990/91:111) med hänsyn till de reella svårigheter som sekretesslagen konstaterats medföra för möjligheterna att ge bl.a. barn och ungdom samt missbrukare det stöd eller den vård/behandling de behöver. Ändringen har bl.a. lett till ökade möjligheter för ett uppgiftslämnande mellan socialtjänsten och hälso- och sjukvården i syfte att möjliggöra att adekvat hjälp skall kunna ges vid ett "fortgående missbruk" (se 14 kap. 2 § sekretesslagen).

I fråga om insatser i ett tidigt skede torde sekretessaspekterna sällan utgöra något väsentligt hinder för samverkan. I de flesta fall torde det bästa och effektivaste förfaringssättet vara att helt enkelt fråga patienten om man får ta kontakt med viss annan myndighet. En vanlig erfarenhet är att detta arbetssätt ofta är framgångsrikt och inte påverkar relationen mellan läkare och patient negativt.

## 3.7 Husläkarreformen och dess innebörd

Den nuvarande primärvårdsorganisationen, där det utmärkande är att vårdcentralerna/distriktsläkarna har ett områdesansvar och att arbetet utförs i team, håller på att förändras i riktning mot ett husläkarsystem. Detta system infördes enligt riksdagens beslut fr.o.m. den 1 januari 1994. En bärande tanke är att varje invånare fritt skall kunna välja sin husläkare (s.k. aktiv listning). De som inte vill utnyttja sin valmöjlighet kommer att påföras någon husläkares patientlista, s.k. passiv listning. Man strävar efter att i genomsnitt ha en husläkare per 2 000 invånare. Detta innebär en markant ökning av antalet distriktsläkare/husläkare. Listningsförfarandet avses öka kontinuiteten i patient - husläkarkontakten och kan samtidigt göra läkaren mer känslig för patientens önskemål. Husläkaren skall utgöra en förmedlande länk till annan vård och samordna verksamheten med andra vårdgivare. "Långremisser" kan skrivas för vård hos olika specialister, men husläkaren har kvar vårdansvaret. Avsikten är vidare att husläkaren skall kunna fungera som konsult till barna- och mödravårdscentraler, socialtjänst och länssjukvård. Utbyggnaden av husläkarsystemet kommer att ske i olika takt i olika landsting och kan få olika utformning. En konsekvens kan bli att övrig personal minskar.

Det nya systemet betonar kvalitetssäkring/-utveckling som kan ske t.ex. genom medicinsk revision. En sådan utgör väsentligen en granskning av huvuddragen i verksamheten. Husläkare förväntas även själva följa upp sin verksamhet i kvalitetsfrämjande syfte.

Förebyggande insatser som gäller en enskild patient (individprevention) är enligt husläkarlagen en uttalad uppgift för husläkaren, medan förebyggande insatser som rör befolkningen i området (allmänprevention) kan bli aktuella genom s.k. vidgade åtaganden eller tilläggsuppdrag.

Husläkarreformen kan innebära minskade möjligheter att finna tid för preventiva insatser som rör hela befolkningen i lokalsamhället. En god och uppskattad husläkarinsats underlättas dock av att husläkaren lär känna och engagerar sig i miljön och den sociala situationen i patienternas bostadsområden. Det finns också möjligheter för sjukvårdshuvudmännen att stimulera till lokalt inriktad primär prevention. Detta framgår i ett dokument från en beställarstyrelse i Stockholms läns landsting, där man som basåtagande vill inkludera "Samverkan kring befolkningsinriktad prevention".

Husläkarreformen kan alltså komma att leda till en stor förändring av primärvårdsorganisationen i landet. Farhågor har framförts för att möjligheterna och intresset för individuellt förebyggande insatser kommer att minska med motiveringen att husläkaren kan tänkas bli mer försiktig inför att fråga och undersöka patientens alkoholvanor än vad distriktsläkaren hittills varit. Andra hävdar att denna risk bör kunna uppvägas av det viktiga incitament som består i att begränsade individuella insatser från husläkarens sida i ett tidigt skede onödiggör betydligt mer omfattande insatser av samme läkare i ett senare skede.

Husläkarsystemet ger möjligheter att ytterligare stimulera intresset och kompetensen för tidiga individuella insatser inom alkoholområdet. Detta kommer här att exemplifieras utifrån ett dokument om "Basåtaganden för husläkarverksamheten i Stockholms län" och från olika utredningsdokument som härstammar från olika sjukvårdsområden i Stockholms läns landsting. Tankegångar som är viktiga i diskussionen om tidiga insatsers möjligheter har markerats med *kursiv stil*.

Enligt basåtagandet skall husläkare bland annat *arbeta för att förbättra hälsoläget hos befolkningen* och verka för en jämlikare hälsoutveckling mellan länets olika delar. Insatta åtgärder skall *resultera i minskat antal besök inom akutsjukvården,* samt *bidra till optimal sjukvårdsefterfrågan för patienter som är högkonsumenter av sjukvård. Verksamheten skall medverka till sänkt ohälsotal genom tidigt insatta åtgärder och tidigt insatt behandling*. Bland huvudsakliga basåtaganden nämns *"Individinriktat förebyggande arbete", "Tidig upptäckt och förebyggande av missbruksproblem samt avgiftning i öppen vård"* samt *"Samverkan kring befolkningsinriktad prevention"*. Bland basåtaganden nämns också *"Samverkan med övriga personalgrupper inom såväl primärvård som inom övrig sjukvårdsverksamhet".... " "med kommunernas socialtjänst".... "med försäkringskassa, arbetsförmedling, företagshälsovård".*

*Kvalitetssäkring och verksamhetsuppföljning* skall ske efter sjukvårdsområdets (observera beslutsnivån) riktlinjer. Husläkaren, distriktssköterskan och i

förekommande fall undersköterskan *skall delta i fortbildning* i den omfattning som krävs för att upprätthålla aktuella kunskaper.

I ett sjukvårdsområde menar man att "*Distriktssköterskan* skall svara för socialmedicinska förebyggande och rådgivande insatser anpassade efter behoven hos de enskilda individerna och befolkning" samt förväntar sig "*Förebyggande insatser i form av hälsoupplysning/rådgivning individuellt eller i grupp*".

De nämnda sjukvårdsstyrelserna avser att använda sig av bl.a. följande instrument för att stimulera tidiga insatser för att lösa individers alkoholrelaterade problem.

- Införa individuellt missbruksförebyggande åtgärder som basåtagande, eller som tilläggsåtagande med extra ersättning.
- Utföra medicinsk revision inom området.
- Ordna utbildning av obligatorisk karaktär.
- Utnyttja distriktssköterskornas kompetens, utgående från de goda erfarenheterna av sjuksköterskeinsatser i vetenskapliga studier om individuellt förebyggande arbete.

## 3.8 Möjligheter för sjuksköterskor m.fl. att göra individuellt förebyggande insatser

Det är önskvärt att även andra yrkesgrupper än läkare involveras i och utför hela eller delar av det alkoholskadeförebyggande arbetet. Hit hör sjuksköterskor, psykologer, kuratorer och socialsekreterare vid exempelvis en vårdcentral. Särskilt distriktssköterskorna bör kunna göra en viktig insats inom detta område och på samma sätt som läkarna vidta lämpliga åtgärder för att upptäcka personer med riskfylld högkonsumtion och sedan följa upp med enkla insatser under en längre tid.

De hittillsvarande erfarenheterna av sjuksköterskors insatser vid alkoholprevention är genomgående positiva. Sjuksköterskornas deltagande har ofta utgått från ett personligt engagemang och intresse för arbetsuppgiften.

## 3.9 Möjligheter till missbruksförebyggande insatser inom akutsjukvården.

Som ovan nämnts visar flera studier, också från Sverige, att en betydande andel av patienterna inom den somatiska akutsjukvården har alkoholrelaterade sjukdomar och hälsoproblem. Andra vetenskapliga studier visar goda resultat

av missbruksförebyggande insatser inom akutsjukvården. Med en god diagnostik genom anamnes och laboratorieprov kan man säkerligen identifiera många högkonsumenter inom akutsjukvården, mångdubbelt fler än nu. En hel del av dessa är avancerade alkoholmissbrukare med stort alkoholberoende, andra högkonsumenter med ett ringa beroende. Inom akutsjukvården har man som regel inte vana att vare sig behandla alkoholmissbruk eller göra insatser för högkonsumenter som inte utvecklat ett alkoholberoende. Det är därför av vikt att identifiering av högkonsumenter inom akutsjukvården är nära kopplad till lättillgänglig remissinstans, t.ex. till specialiserade behandlingsenheter för avancerade missbrukare och till husläkaren för andra högkonsumenter.

## 3.10 Kommissionens överväganden och förslag

I det föregående har redovisats att förutsättningarna för hälso- och sjukvården att tidigt upptäcka begynnande alkoholproblem och vidta enkla insatser för att motverka ett fortsatt riskbruk är mycket goda: kontaktytan mot allmänheten är stor, förtroendet för hälso- och sjukvårdens personal är stort hos flertalet medborgare, det finns färdigutvecklade metoder för såväl diagnostik som enkel behandling, det finns ett antal framgångsrika projekt inom hälso- och sjukvården att peka på m.m. Ändå måste konstateras att individuellt missbruksförebyggande insatser inte är vanligt förekommande inom dagens hälso- och sjukvård. Den verksamhet som man idag kan peka på inom åtskilliga landsting avser försöksprojekt samt ambitioner att öka kunskaperna hos berörd personal. Missbruksförebyggande verksamhet i tidigt skede borde kunna få ett bättre genomslag.

Kommissionen anser att tidiga insatser på individuell nivå bör kunna spela en viktig roll i en ny alkoholpolitik. Det finns enligt kommissionens bedömning stora vinster både ur humanitär och samhällsekonomisk synvinkel att uppnå genom att satsa kraftfullt på att motverka ett hotande missbruk i ett tidigt skede. Av de många tänkbara aktörer som finns på det individuellt förebyggande fältet är hälso- och sjukvården den aktör som jämte arbetslivet har de i särklass bästa utsikterna att lyckas. Därför är det viktigt att starta en process som leder till att de ovannämnda goda förutsättningarna för hälso- och sjukvårdens del utnyttjas bättre.

Målgruppen – högkonsumenter av alkohol som riskerar att bli beroende – är stor. Dessutom är den överrepresenterad bland sjukvårdens patienter. Om ambitionen är att nå många i denna stora riskgrupp måste också personal, som inte är specialiserad på missbruk, engageras. Nyckelpersoner är läkare och övrig personal inom primärvård, företagshälsovård, akut sjukvård samt mödrahälsovård. De har ett starkt skäl att engagera sig: storkonsumtion av alkohol (som dock inte övergått i missbruk) kan i många fall ha lett till

försämrad hälsa hos deras patienter och kan komma att göra det än mer om inte riskbruket reduceras. Det ligger i en allmänläkares yrkesroll att se på hela människan/patienten och dennes livssituation. Då bör givetvis alkoholvanor vara av stort intresse.

Kommissionen har i ett tidigare avsnitt pekat på ett antal faktorer som kan vara viktiga förklaringar till att tidiga insatser inom hälso- och sjukvården för att motverka individers missbruk inte riktigt slagit igenom. Att grundkunskaperna om alkohol är otillräckliga är en viktig sådan faktor. Bristfällig träning i att ta en alkoholanamnes och att föra ett bra samtal om alkohol är en annan. Den egna inställningen till alkohol och åsikten att den enskildes alkoholvanor tillhör privatlivet är en tredje viktig faktor. En fjärde omständighet är avsaknaden av ett stödorgan, dvs. en lokal specialistfunktion där man som icke-specialist på alkohol kan få råd och stöd när man stöter på problem och dit patienten vid behov kan remitteras för kompletterande bedömning, rådgivning eller andra behandlingsinsatser. Ett femte skäl är det bristfälliga samarbetet med andra aktörer, kanske beroende på revirtänkande, kanske beroende på bristande insikt om att man har gemensamma intressen att ta till vara.

Kommissionen anser att en rad åtgärder måste vidtas för att väsentligt öka de individuella missbruksförebyggande insatserna inom hälso- och sjukvården, främst inom primärvården men också inom exempelvis akut somatisk och psykiatrisk vård.

1 Att grundkunnandet om alkohol måste öka är uppenbart. Inom såväl läkarutbildningen som sjuksköterskeutbildningen måste ökad vikt läggas vid att belysa alkoholens skadeverkningar i alla avseenden, lära ut hur man som professionell kan agera för att tidigt upptäcka ett riskbruk samt visa på möjligheterna att vidta enkla behandlings-/rådgivningsinsatser.

   Kommissionen föreslår att Socialstyrelsen får ansvar för att i samråd med berörda instanser göra en översyn av utbildningsbehovet för berörda personalkategorier inom sjukvårdsområdet.

2 Fortbildningsaktiviteter för redan yrkesaktiva är lika viktiga som en översyn av grundutbildningen. Inriktningen på denna fortbildning bör vara densamma som redovisats ovan.

   För att stimulera till ökade fortbildningsaktiviteter vill kommissionen rekommendera att detta område prioriteras i kommande års centrala förhandlingar om särskild statlig ersättning för rehabiliterings- och behandlingsinsatser. Den närmare användningen av dessa medel avgörs i förhandlingar mellan landstingen (motsvarande) och de allmänna försäkringskassorna i syfte att komma överens om satsningar inom vården som av båda parter bedöms betala sig i form av minskade sjukförsäkringsutgifter. För innevarande år har överenskommelse träffats om att statlig ersättning skall utgå med 510 Mkr för riket som helhet.

3 Det finns som nämnts ett antal goda exempel på väl genomförda individuella missbruksförebyggande insatser från sjukvårdsområdet, både inom Sveriges gränser och utomlands. En del av dem har refererats tidigare i detta kapitel. De erfarenheter som gjorts måste få allmän spridning. Att medverka till detta är en viktig uppgift för såväl Folkhälsoinstitutet som Socialstyrelsen.

4 Oaktat de framgångsrika försök som gjorts vad gäller individuella, missbruksförebyggande insatser finns det fortfarande utrymme för försöksverksamhet med varierande uppläggning. Av särskilt intresse förefaller samarbetsprojekt vara, där utöver hälso- och sjukvården t. ex. socialtjänsten, arbetslivet eller försäkringskassan kan vara engagerade.

Givet de minskade kostnader av olika slag som kan uppnås anser kommissionen att de berörda parterna själva - eller med hjälp av de särskilda statsbidrag som ovan nämnts - i huvudsak borde kunna finansiera sådan försöksverksamhet. Det kan dock i vissa fall finnas skäl att staten ställer upp med projektmedel, förmedlade av t.ex. Folkhälsoinstitutet. Det förutsätter att en oberoende utvärdering sker och att framgångsrika försök leder till att erfarenheterna utnyttjas i reguljär verksamhet.

5 Kommissionen anser att det från folkhälsosynpunkt finns mycket som talar för att hälsoundersökningar avseende alkoholvanor bör ske regelmässigt i vissa åldersgrupper. Av särskilt värde kan det vara att försöka nå storkonsumenter i åldern 20 - 30 år som ofta inte har så tät kontakt med primärvården. Detta kräver metodutveckling. I ett första skede bör ett antal projekt med varierande uppläggning genomföras på försök av olika huvudmän. Dessa kan utföras såsom tilläggsåtaganden av intresserade husläkare och förslagsvis finansieras av de särskilda statsbidrag, som vi redan har berört.

6 Det finns på sina håll farhågor för att husläkarsystemet kommer att innebära att det förebyggande arbetet blir lidande. Kommissionen menar att de effekter som husläkarsystemet får i betydande utsträckning avgörs av dem som leder och genomför reformarbetet. Resultatet är inte givet på förhand. Förutsatt ett gott utbildningsstöd och en väl avvägd organisation av personalresurserna bör det finnas goda förutsättningar att bedriva förebyggande insatser i större omfattning än idag.

Som beställare har sjukvårdshuvudmännen att se till att beställda tjänster blir utförda. Detta bör bl.a. ske genom kvalitetssäkring. I detta sammanhang kan nämnas att Socialstyrelsen nyligen utarbetat föreskrifter i detta avseende.

Husläkarna kan och bör stimuleras att ägna sig åt fortbildning på alkoholområdet.

7 Kommissionen anser det viktigt att det finns en stödfunktion på lokal nivå, dvs. ett organ som husläkaren och annan sjukvårdspersonal vid behov kan rådgöra med och remittera patienter till. Ett sådant organ skulle de nuva-

rande alkoholmottagningarna/alkoholrådgivningsbyråerna kunna utgöra förutsatt att de besitter såväl medicinsk som psykologisk och social kompentens. Kommissionen anser att lokala förhållanden bör avgöra om kommunerna eller sjukvårdshuvudmännen är huvudmän för verksamheten, det viktiga är att funktionen finns att tillgå på rimligt avstånd.

## 3.11 Kommissionens rekommendationer och förslag i sammanfattning

**Kommissionen konstaterar:**

- *Landstingen och de landstingsfria kommunerna avgör i sin egenskap av arbetsgivare/beställare/huvudfinansiär för hälso- och sjukvård hur mycket resurser som skall ägnas åt förebyggande verksamhet och tidiga insatser. Starka skäl, bl.a. den sannolikt stora kostnadseffektiviteten i tidiga individuella insatser och exemplens makt, talar för att de som huvudmän för hälso- och sjukvård kommer att agera i den riktning som kommissionen förordar. Risken för en ökande alkoholkonsumtion och ökade alkoholskador vid ett närmande till Europa talar också för omfattande insatser i tidigt skede från hälso- och sjukvårdens sida.*
- *Landstingen (motsvarande) har också ett ansvar för att kvalitetssäkring sker. Inte minst viktigt är då att beakta i vad mån husläkare agerar individpreventivt i alkoholhänseende.*

**Kommissionen rekommenderar**:

- *Ca 50 Mkr, dvs. en tiondel av den särskilda statliga ersättning som utgår för rehabiliterings- och behandlingsinsatser, bör användas för dels fortbildning i syfte att främja tidiga insatser, dels metodutveckling och försöksprojekt vad gäller hälsoundersökningar med avseende på alkohol.*
- *Försäkringskassorna kan som förhandlingspartner till landstingen (motsvarande) påverka användningen av de särskilda statsbidragen till rehabiliterings- och behandlingsinsatser. Inom ramen för detta bör de utnyttja den möjlighet de har att tillse att samarbetet mellan kassornas rehabiliteringshandläggare, primärvården, socialtjänsten m. fl. vad gäller tidiga insatser intensifieras.*
- *Riksförsäkringsverket och Landstingsförbundet har att följa upp hur försäkringskassor och landsting (motsvarande) använder de särskilda statsbidragen till rehabiliterings- och behandlingsinsatser. Utvärderingen bör kunna visa i vad mån medel ägnats åt att stimulera tidiga insatser vid ett hotande alkoholmissbruk. Om så inte skett kan övervägas att ge direktiv i den riktningen för kommande verksamhetsår.*

- *Landstingsförbundet kan göra en viktig insats som förespråkare av tidiga individuella insatser mot missbruk och kan jämte Folkhälsoinstitutet bl.a. göra detta genom att ge spridning åt goda exempel.*
- *Kommunerna förväntas mot bakgrund av den statsbidragsförändring som föreslås i delbetänkandet VÅRD AV ALKOHOLMISSBRUKARE (SoU 1994:27) verka för en utveckling av alkoholmottagningarna både vad gäller kvantitet och kvalitet, bl.a mot bakgrund av att alkoholmottagningarna som nämnts avses få en mer uttalad expertfunktion på det missbruksförebyggande området. Kommunerna förväntas också tillse att samverkan på handläggarnivå sker i ökad omfattning med inriktning på tidiga insatser.*

**Kommissionen föreslår**:

- *Socialstyrelsen har som ansvarig för legitimering av läkare och sjuksköterskor möjlighet att ställa krav på att kursavsnitt om alkohol och prevention skall få ökat utrymme i berörda utbildningar. Socialstyrelsen föreslås mot denna bakgrund få ett ansvar för att en översyn görs av grundutbildningen för personalkategorier inom hälso- och sjukvårdsområdet samt att ta de initiativ som erfordras.*
- *Socialstyrelsen har också en mycket viktig roll som tillsynsmyndighet. Det bör fortsättningsvis vara en angelägen uppgift för Socialstyrelsen att följa upp hur landstingen (motsvarande) fullföljer sitt missbruks- och sjukdomsförebyggande ansvar vad gäller alkohol.*
- *Folkhälsoinstitutet har tillsammans med Socialstyrelsen en viktig funktion när det gäller att ge spridning åt goda svenska och utländska exempel på alkoholområdet. Mottagare av denna information bör bl.a. vara sjukvårdshuvudmännen, vårdhögskolorna och de medicinska institutionerna vid universiteten.*
- *Såväl Folkhälsoinstitutet som Socialstyrelsen bör också fördela särskilda medel till utvecklingsprojekt på det individuellt missbruksförebyggande området. De har då även att följa och utvärdera projekt som beviljats medel.*

# 4 Insatser inom socialtjänsten

## 4.1 Förutsättningar för individuella missbruksförebyggande insatser

### 4.1.1 Socialtjänstens ansvar

Socialtjänsten har ett lagstadgat ansvar för att förebygga och motverka missbruk och skall särskilt inrikta sådana insatser mot barn och ungdom. Socialtjänsten förutsätts vidare, bl.a. genom uppsökande verksamhet, sprida kunskap om skadeverkningar av missbruk och om de hjälpmöjligheter som finns samt se till att den enskilde missbrukaren får den hjälp eller vård som behövs.

Socialtjänsten har också ett ansvar för att få till stånd en samverkan mellan de egna åtgärderna för enskilda missbrukare och dem som utförs av andra myndigheter och organisationer. Samordningen och uppföljningen av både egna och andras hjälpinsatser utgår från socialtjänstens grundläggande och långsiktiga vårdansvar för personer med missbruksproblem.

### 4.1.2 Möjligheter till framgång

Hög alkoholkonsumtion på gränsen till missbruk kan vara orsak eller bidragande orsak till ekonomiska problem. Möjligheterna för individ- och familjeomsorgen inom socialtjänsten att bedriva alkoholpreventiv verksamhet riktad till vuxna är dock ofta inte särskilt goda. De allra flesta personer som uppsöker en socialbyrå gör det i akuta trångmål, oftast av ekonomisk natur, och är primärt inte intresserade av att samtala kring sin alkoholkonsumtion. Det är således en slags tvångssituation som man vill ta sig ur så fort som möjligt. Även om det föreligger ett samband mellan alkoholkonsumtionen och de aktuella problemen, vill klienten av olika skäl sällan inse detta. Det viktigaste skälet torde vara att individ- och familjeomsorgen för många är förknippad med myndighetsutövning, registrering och kontroll. Socialtjänsten har ju inom sin myndighetsutövning möjlighet att i sista hand initiera olika tvångsåtgärder vid missbruk. Socialtjänstens skyldighet att avge yttranden i körkortsärenden kan vidare medföra risker för klienter att förlora körkortet. Ett annat viktigt

skäl torde vara att många saknar förtroende för individ- och familjeomsorgens möjligheter att hjälpa.

Det finns dock i vissa lägen goda utsikter att identifiera personer som är på väg in i ett alkoholmissbruk. Individ- och familjeomsorgens handläggare har t.ex. regelbunden kontakt med personer som söker socialbidrag. Via polisen får socialtjänsten meddelande om ingripanden enligt lagen om omhändertagande av berusade personer m.m. (LOB), trafikonykterhetsbrott, olika typer av våldsbrott och andra förseelser som har eller kan ha samband med hög alkoholkonsumtion. Sådana anmälningar liksom anmälningar till socialtjänsten om att barn far illa (71 § SoL) kan vara ett tecken på ett begynnande missbruk av alkohol. Detta utgör en möjlighet för socialtjänsten att initiera tidiga insatser.

### 4.1.3 Pågående förändringar

Kommunerna genomgår, i likhet med andra offentliga verksamheter, sedan flera år en betydande omorganisation. Av Svenska Kommunförbundets rapport "Kommunernas organisation i förändring" framgår att mer än 70 procent av kommunerna under åren 1991 och 1992 genomfört stora förändringar vad gäller indelningen i nämnder och verksamhetsområden. Ett antal kommuner har indelat sin verksamhet i beställar- och utförarorganisation. Det nya med denna modell är att beställarfunktionen skiljs från förvaltningsdelen. Beställarfunktionen läggs under politikernas ansvarsområde i en beställarnämnd, som i sin tur lägger ut beställningar om insatser och uppdrag på den konkurrensutsatta marknaden, inklusive den egna förvaltnings- eller utförarorganisationen. Av Lokaldemokratikommitténs enkät till kommuner och landsting (1992) framgår vidare att 183 kommuner och 20 landsting har infört eller avser att införa resultatenheter.

Det kan inte uteslutas att organisatoriska förändringar av denna typ kan göra det svårare att bedriva förebyggande arbete inklusive individuella insatser för storkonsumenter. Prioriteringsdiskussioner föranledda av tvingande besparingar i kombination med organisationsförändringar kan leda till att förebyggande verksamheter får stå tillbaka. Vad gäller beställar-/utförarsystem är det angeläget att det förebyggande arbetet inte försummas.

## 4.2 Motiv för individuella missbruksförebyggande insatser

Vid inventeringar inom socialtjänstens individ- och familjeomsorg har andelen klienter med missbruksproblem beräknats utgöra ca en tredjedel - inräknat

samtliga missbruksmedel men med alkoholmissbrukarna som den absolut största gruppen (Pettersson, 1986). Därutöver torde många klienter, som får ekonomiskt eller annat bistånd, ha oupptäckta alkoholproblem. Ibland uppdagas alkoholproblemen först efter långvariga kontakter med socialtjänsten.

Den inledande kontakten med socialtjänsten (individ- och familjeomsorgen) sker i merparten av de nya fallen som en begäran om ekonomiskt bistånd. Det förekommer sällan att människor själva söker sig till individ- och familjeomsorgen för att få hjälp med alkoholproblem, såvida dessa inte är mycket allvarliga. Alkoholrådgivningsbyråerna är vanligen inte samlokaliserade med socialtjänsten i övrigt.

Det finns därför goda såväl humanitära som ekonomiska motiv för socialtjänstens individ- och familjeomsorg att ägna större uppmärksamhet åt begynnande alkoholproblem hos klienter.

## 4.3 Det aktuella läget

### 4.3.1 Organisation av socialtjänstens individ- och familjeomsorg

Socialt arbete bedrivs antingen på ett integrerat sätt, dvs. socialsekreterarna handlägger alla typer av aktualiserade sociala problem i det geografiska område de har ansvar för, eller så tillämpar man någon form av funktionsindelning, med arbetsgrupper för t.ex. ekonomi, familj, barn och ungdom eller missbruk. Inom funktionsindelade socialkontor överlämnas vanligen ansvaret för upptäckta alkoholmissbrukare från ekonomi- och familjegrupperna till de särskilda missbrukssektionerna. Den förra organisationsmodellen är den vanliga på mindre orter medan flertalet stora kommuner har en specialiserad organisation.

En mottagningsfunktion, där en första probleminventering, bedömning och hänvisning av inkommande fall sker, finns ofta i båda organisationstyperna. Variationen i de problem som socialtjänsten förväntas kunna avhjälpa är avsevärd: behov av ekonomiskt bistånd, behov av hjälp med praktiska problem samt behov av olika kurativa insatser vid familjesvårigheter, missbruksproblem, psykosociala problem m.m.

### 4.3.2 Insatser mot alkoholmissbruk generellt från socialtjänstens sida

Socialt, byråbaserat arbete med alkoholproblem består till övervägande del i utredningsinsatser, dvs. kartläggning och bedömning av vårdbehov, motiva-

tionsskapande insatser, hänvisning till vård och behandling hos andra vårdgivare samt uppföljning av de insatta åtgärderna. Det rör sig ofta om kvalificerade utredningar och bedömningar.

Socialsekreterarna har ofta, för de klienter som betraktas som mycket resurssvaga och som saknar ett fungerande socialt nätverk, en långsiktig, stödjande funktion. Omhändertaganden och andra insatser för barn görs också i stor utsträckning på grund av att en förälder eller båda föräldrarna har missbruksproblem.

I samband med de förändringar som gjordes år 1986 beträffande de statliga bidragen för missbrukarvård förutsattes en övergång ske från institutionsvård till öppen vård i många fall. En sådan utveckling har dock skett endast i begränsad omfattning i kommunal regi. Orsaker till detta kan bl.a. vara statsbidragets konstruktion som visat sig kunna innebära svårigheter att påverka utvecklingen åt önskvärt håll, de ökade kostnaderna för ofrånkomlig behandling på institution samt den kraftiga satsningen på narkomanvården under 1980-talet, bl.a. föranledda av HIV-problematiken. Detta har lett till att möjligheterna för socialtjänsten att satsa på öppenvården begränsats. Fortfarande används således en stor del av resurserna till vård och behandling i institutionsvård.

### 4.3.3 I vad mån satsas resurser på förebyggande insatser?

Socialtjänstlagens karaktär av ramlag samt kommunernas begränsade resurser kan bidra till att det löpande arbetet med definierade klienter prioriteras på bekostnad av det förebyggande arbetet. I praktiken har individ- och familjeomsorgens insatser till övervägande del blivit efterfrågestyrda och därmed koncentrerats till personer med svåra sociala problem. Förebyggande insatser spelar i regel en underordnad roll i socialtjänstens arbete med vuxna personer. Överhuvudtaget finns få erfarenheter av individuellt förebyggande arbetsformer.

I fråga om ungdomar har många större kommuner startat särskilda ungdomsenheter med uppgift att hjälpa ungdomar i riskzon, däribland de som befinner sig i ett inledningsskede till alkoholmissbruk. Mycket tyder på att denna organisatoriska förändring har varit positiv för ungdomsarbetet. De insatser som initierats av ungdomsenheterna har i allmänhet haft sin grund i ett alkoholpolitiskt program för kommunen. Ungdomsenheterna fungerar ofta som motor i de samverkansgrupper som finns i åtskilliga kommuner.

Ungdomsenheterna arbetar i allt väsentligt med generellt förebyggande insatser samt med vård och behandling. Däremot tycks bara undantagsvis insatserna ha haft en individuellt förebyggande inriktning. På många håll har det funnits goda idéer om tidiga individuella insatser som skulle kunna göras i samverkan mellan berörda aktörer och med socialtjänsten (ungdomsenheten) som samordnare. Dessa idéer har dock mera sällan förverkligats. Orsakerna till

detta kan vara många. Resursbrist och det faktum att det alltid finns akuta problem som måste få förtur är några av dem.

Socialtjänstens möjligheter att utveckla och intensifiera sina insatser för ungdomar i missbruksförebyggande syfte behandlas närmare i kapitel 6.

### 4.3.4 Insatser med anledning av anmälningar från polisen m. fl.

En plattform, från vilken socialtjänsten skulle kunna agera för att motverka en eventuell fortsatt utveckling mot missbruk, är när alkoholrelaterade förseelser inrapporteras av polisen. Personer som grips med stöd av Lagen om omhändertagande av berusade personer m.m. (LOB) eller som i polisutredning konstaterats ha kört bil i alkoholpåverkat tillstånd anmäls regelmässigt av polisen till socialtjänsten. Dessa anmälningar utgör en betydande andel av socialtjänstens inkommande ärenden inom individ- och familjeomsorg.

Kommunerna har olika rutiner i sin hantering av dessa anmälningar. I vissa kommuner aktualiseras personen för utredning, i andra upplyses personen om att en anmälan inkommit och ges information om möjligheterna att erhålla råd och hjälp från socialtjänsten. Det finns också exempel på att socialtjänsten anordnar sammankomster dit personer, som blivit föremål för anmälningar med alkoholanknytning, kallas för information om vad ett fortsatt alkoholbruk kan leda till, för rådgivning och för diskussion. Det har dock genomgående varit svårt att hitta former, utöver de formellt påkallade körkortsutredningarna, för att integrera behandlingsinsatser utifrån dessa polisanmälningar i det reguljära sociala arbetet. En komplikation är naturligtvis att det inte sällan saknas vilja hos berörda personer att medverka, särskilt om de varit föremål för anmälan upprepade gånger.

Det sammanfattande intrycket blir således att det är ovanligt att insatser för att motverka fortsatt "riskbruk" initieras från socialtjänstens sida utifrån anmälningar som inkommit.

### 4.3.5 Alkoholrådgivningsbyråer

Särskilda alkoholmottagningar/rådgivningsbyråer i kommunal eller landstingskommunal regi började inrättas under 1950- och 60-talen. Enligt en enkät, som Socialstyrelsen genomförde år 1992, ökade antalet sådana öppenvårdsenheter påtagligt under senare delen av 1980-talet (Socialstyrelsen, 1993). Totalt deltog 310 alkoholmottagningar/rådgivningsbyråer och liknande i enkäten. Drygt hälften, 162 enheter, drevs av kommuner. Landstingen drev också en del

mottagningar (21 enheter), andra drevs i samarbete mellan landstinget och kommunen (22 enheter). Det fanns också många öppenvårdsenheter som drevs av kyrkliga samfund (RIA, LP-stiftelsen), totalt 91 enheter.

Det visade sig vara stor spridning i enheternas personalresurser och inriktningar. Personalstyrkan utgjorde totalt 1 577 tjänster. Knappt hälften av enheterna hade medicinsk personal anställd.

Vid kontakt med Riksförbundet för alkoholmottagningar (RAM) har framkommit att det finns en tendens att de öppna specialiserade verksamheterna i storstäderna läggs ned. Det förekommer också att alkoholrådgivningsbyråer sammanförs med de öppna narkomanvårdsmottagningarna. Sammantaget uppger man dock från RAMs sida att det ännu inte skett några större förändringar vad gäller det totala antalet verksamheter av detta slag.

Det förekommer att besökare på en alkoholrådgivningsbyrå begär att få vara anonyma. Detta krav kan, enligt Socialstyrelsens Allmänna råd 1983:5, som regel tillgodoses. (Undantag utgör de fall av gravt missbruk där skyldighet föreligger enligt LVM att göra anmälan till länsstyrelsen.) Dokumentation om besök, medicinering etc. måste naturligtvis ske ändå, men kan göras på ett sätt som inte röjer klientens identitet.

Det faktum att rådgivningsbyråerna som regel har egna och från socialtjänsten i övrigt fristående lokaler, liksom mer individuellt inriktade och terapeutiska arbetssätt, har visat sig attrahera många som har alkoholproblem.

En grundtanke bakom tillkomsten av särskilda alkoholrådgivningsbyråer i kommunal regi och med rätt till sekretess i förhållande till de dåvarande nykterhetsnämnderna, var att förmå de dolda missbrukarna och personer med mindre allvarliga alkoholproblem att söka hjälp. I viss utsträckning, och kanske främst i storstäderna, har denna målsättning kunnat uppnås. I den ovannämnda enkäten beräknades en fjärdedel av klienterna vid öppenvårdsenheter söka vård för alkoholproblem för första gången. Närmare 15 procent beräknades utnyttja möjligheten till anonymitet.

Det vanligaste kravet/önskemålet från alkoholrådgivningsbyråernas personal visade sig vara att ta emot socialt utslagna klienter i *ökad* utsträckning. En sådan utveckling skulle dock sannolikt vara negativ för strävanden att nå "riskbrukare" med bibehållna sociala kontakter. Om alkoholrådgivningsbyråernas arbete skulle komma att fokuseras på socialt utslagna missbrukare mer än idag, finns risk att de, som ännu inte har ett fullt utvecklat beroende, skulle dra sig för att ta kontakt.

### 4.3.6 Samverkan med andra samhällsorgan och frivilligorganisationer

När det gäller insatser för personer med *missbruksproblem* samarbetar socialtjänsten främst med sjukvården (alkohol-/psykiatriska mottagningar och

kliniker, akutmottagningar och vårdcentraler), kriminalvården och försäkringskassan (REHA-grupper m.m). Kontakter förekommer även med frivilliga organisationer, med arbetsgivare samt med arbets- och bostadsförmedlingar. Samarbetet motiveras ibland av ett behov av annan kompetens. Till exempel behövs medicinsk expertis eller har man bedömt det värdefullt med ett direkt samarbete kring klienter som samtidigt är patienter inom den somatiska eller psykiatriska vården. Oftare torde det dock handla om behovet av att bli överens om hur man bäst bör förfara, hur de samlade resurserna används på bästa sätt.

Ett organiserat samarbete sker sedan lång tid i lokala rehabiliteringsgrupper, s.k. REHA-grupper, i vilka ingår representanter för socialtjänst, försäkringskassa, arbetsförmedling och primärvård. Huvudsyftet för REHA-grupperna är att i samverkan mellan berörda instanser försöka rehabilitera sjukskrivna, t.ex. personer med ett definierat missbruk.

Socialtjänstens *missbruksförebyggande insatser* av individuell eller generell karaktär har som nämnts i allmänhet en blygsam omfattning vad gäller vuxna. Detta innebär att samverkan med andra instanser i detta hänseende också är ovanlig.

Beträffande ungdomar bedrivs på många håll samarbete i missbruksfrågor mellan olika organ. Sedan början av 1980-talet bedrivs ett sådant arbete i samverkansgrupper i vilka representanter för socialtjänst, skola, fritidsförvaltning och polis ingår. Vad gäller alkohol torde grupperna i första hand arbeta generellt förebyggande och i andra hand med vård- eller behandlingsinsatser för utsatta ungdomar. Som regel läggs ingen tyngdpunkt vid tidig, individuellt inriktad verksamhet. Däremot förekommer verksamheter där generellt och individuellt förebyggande aspekter går ihop, t.ex. föräldravandringar. Dessa frågor berörs närmare i kapitel 6.

### 4.3.7 Försök att bedriva individuellt missbruksförebyggande arbete

Forskningsprojekt inriktade på individuella missbruksförebyggande insatser av det slag som genomförts inom hälso- och sjukvården har inte bedrivits inom socialtjänsten i Sverige. Vissa praktiska försök att arbeta på det sättet har gjorts inom socialtjänsten eller i samarbete mellan socialtjänsten och andra. De måste dock sägas ha varit av mycket begränsad omfattning och har inte införlivats med den reguljära verksamheten.

En del av den försöksverksamhet som förekommit har bedrivits som samverkansprojekt med sjukvården. Ett projekt i Stockholm har t.ex. bedrivits i samverkan mellan Södersjukhusets kirurgkliniker och socialtjänsten i ett distrikt, där socialarbetare arbetat inne på sjukhuset med att upptäcka alkoholproblematiker bland inneliggande patienter, motivera dem för hjälpinsatser och initiera eller förmedla en kontakt med socialtjänsten. Dessa verksamheter har

ofta varit brett upplagda och vänt sig till en stor och varierad målgrupp av vårdsökande personer och sjukvårdspatienter.

Enstaka initiativ har förekommit vid socialbyråer för att inrätta rådgivningsenheter eller annan utåtriktad verksamhet med syfte att nå personer i ett tidigt stadium av missbruk och försöka förebygga en utveckling mot allvarligare problem. Dessa projekt har inriktats på avgränsade målgrupper. Bland dessa kan nämnas metodutvecklingsprojekt angående alkoholrådgivning specifikt för kvinnor, projekt rörande gravida kvinnor med missbruksproblem, projekt för stöd åt anhöriga till missbrukare och försök med gruppverksamhet för personer som omhändertagits enligt LOB. Försök har också gjorts att från socialtjänstens sida erbjuda både privata och offentliga arbetsgivare stödinsatser för anställda med begynnande alkoholproblem. Här kan nämnas samarbetsprojektet mellan Volvo och socialtjänsten i Olofström och en verksamhet från socialdistriktet i Kista som vänt sig till olika arbetsplatser i området.

## 4.4 Problem och hinder

De främsta hindren för socialtjänstens individ- och familjeomsorg att bedriva individuellt missbruksförebyggande arbete torde bestå i följande:

- Bristfällig utbildning i alkoholfrågor.
- Outvecklad/oprövad metodik.
- Svag motivation att agera förebyggande.
- Obalans mellan uppgifter och resurser.
- Otillräcklig samverkan med andra aktörer.
- Misstro hos klienter.

### 4.4.1 Bristfällig utbildning i alkoholfrågor

Den handläggande personalen inom socialtjänsten har i allmänhet genomgått socionomutbildning (motsvarande). Trots att, som nämnts, minst en tredjedel av individ- och familjeomsorgens klienter har alkoholproblem i olika faser, berör socionomutbildningen i mycket begränsad omfattning frågor som alkoholproblematik, beroendelära samt vård och stöd till alkoholberoende personer.

### 4.4.2 Outvecklad/oprövad metodik

Vid utredningar av klienternas hjälpbehov utgår socialsekreterarna, även inom arbetsgrupper som är specialiserade på missbruksproblem, ofta från en helhetsbedömning. De har således en ambition att sätta sig väl in i klientens

livssituation för att ha en utgångspunkt för sina bedömningar och för att vid behov kunna motivera personen till en förändring. Vid utredningssamtalen bemödar sig socialsekreterarna om att etablera en personlig relation.

Socialsekreterare torde i allmänhet inte ha några problem med att skapa en god klientkontakt. Alltför få av dem torde dock under sin utbildning eller under sin yrkesverksamhet ha tillägnat sig någon fungerande metodik avseende hur man på ett bra sätt, dvs med bibehållna goda relationer, tar upp sannolika men väl dolda alkoholproblem med klienterna. Det innebär att de ofta inte reagerar på eller väljer att blunda för signaler på ett begynnande alkoholmissbruk hos en klient.

### 4.4.3 Svag motivation att agera förebyggande

För många är det svårt att ställa frågor om alkohol på ett naturligt sätt. En socialsekreterare som förmodar att en klients ekonomiska eller andra problem har ett samband med stor alkoholkonsumtion tvingas, när han eller hon överväger att ta upp saken med klienten, också att ta ställning till sina egna alkoholvanor. Många, socialsekreterare liksom andra yrkesverksamma, torde som privatpersoner ha en kluven inställning till alkohol. De flesta ser alkohol både som något lustbetonat och som något som kan vålla individer och samhället stor skada. Detta kan leda till att socialsekreteraren bedömer frågan om klientens alkoholvanor som alltför privat och därmed avstår från att fråga ut klienten.

### 4.4.4 Obalans mellan uppgifter och resurser

Individ- och familjeomsorgen har ålagts en mängd uppgifter. Det kan finnas anledning att ställa sig frågan om den har förutsättningar att tackla alla de uppgifter den ålagts. En stor del av såväl ekonomiska som personella resurser synes gå åt för att utreda och tillgodose det akuta behovet av ekonomiskt bistånd, akuta ärenden av olika slag och vidta åtgärder i frågor där socialtjänsten oundvikligen måste ingripa. I ett sådant arbetsläge är det inte så förvånande om åtgärder som inte upplevs som absolut nödvändiga att vidta (även om socialtjänstlagen säger något annat) inte heller blir vidtagna. Till den sistnämnda kategorin hör uppenbarligen förebyggande åtgärder vad gäller alkoholmissbruk.

Individ- och familjeomsorgens resurser för missbrukarvård används till stora delar för att hjälpa de socialt belastade, tunga alkoholmissbrukarna. Aktivt uppsökande arbete bedrivs huvudsakligen bland ungdomar och narkotikamissbrukare medan man ofta intar en mer passiv hållning till vuxna personer med begynnande alkoholproblem. En del av dem hinner därmed utveckla ett mer allvarligt och svårpåverkbart missbruk.

Mer behandling i öppen form skulle sannolikt medföra större möjligheter att göra insatser även för storkonsumenter som ännu inte fastnat i ett beroende. Dessa insatser skulle behöva utvecklas, både kvantitativt och metodmässigt.

### 4.4.5 Otillräcklig samverkan med andra aktörer

Ett stort hinder för goda förebyggande insatser är brister i fråga om samverkan. Detta gäller såväl inom socialtjänsten som mellan socialtjänsten och primärvården, försäkringskassan, arbetsförmedlingen, polisen, frivilligorganisationer m.fl. Till en del kan bristerna bero på bristande kunskap om varandras ansvars- och kompetensområden, till en del på att det finns negativa erfarenheter från tidigare samarbetsförsök där kommunikation och återkoppling inte har fungerat. Om misstroendet grundlagts minskar förutsättningarna för en förtroendefull kontakt när problemet uppstår nästa gång. Samverkansproblemen är väl kända och dokumenterade i många sammanhang. Brister i samverkan bidrar i hög grad till att individers för stora alkoholkonsumtion ofta inte upptäcks förrän den har övergått i missbruk.

### 4.4.6 Misstro hos klienter

En rädsla för att registreras som missbrukare, liksom säkert också en misstro mot möjligheterna att få en verkligt effektiv hjälp, kan också utgöra hinder för att vända sig till socialtjänsten och att våga diskutera den här typen av problem.

Den möjlighet till tvångsingripanden som socialtjänsten har genom lagen om vård av missbrukare (LVM) utgör möjligen en försvårande omständighet i detta sammanhang. Många kan genom den debatt som förekommit ha fått en felaktig uppfattning om i vilka situationer det kan bli tal om tvång. Individuellt förebyggande verksamhet är främst inriktad på personer med måttliga alkoholproblem och då är tvångsåtgärder uteslutna. Det är viktigt att sprida information om detta.

### 4.4.7 Sekretessaspekter

I likhet med vad som gäller inom hälso- och sjukvården är sekretessen i fråga om personrelaterade uppgifter stark inom socialtjänsten. Sekretesskyddet för uppgifter om enskilda personer råder i princip mellan myndigheter. Sekretessaspekterna sägs ibland utgöra ett betydande hinder för socialtjänstens möjligheter att klarlägga om ett alkoholmissbruk ligger bakom en klients behov av ekonomisk eller familjesocial hjälp. Obestridligen kan sekretess utgöra ett hinder för samverkan med andra organ.

Sekretessen är dock i huvudsak något positivt. Möjligheten att utan risk för kontrollåtgärder från samhället få tala om sin alkoholproblem och få hjälp för dessa är en stor tillgång i vård- och behandlingsarbetet.

Grundprincipen för ett framgångsrikt rehabiliteringsarbete eller tidiga insatser måste vara att de sker i samförstånd med klienten. Om så erfordras torde klienten sällan ha något att erinra mot att en kontakt tas med annat samhällsorgan. Det finns därför skäl att förmoda att sekretessaspekten ibland lyfts fram för att dölja hinder i form av bristande motivation eller bristande kunskaper hos berörd personal eller ett dåligt samarbetsklimat.

Sekretesslagstiftningen har nyligen ändrats (prop. 1990/91:111) med hänsyn till de reella svårigheter som sekretesslagen konstaterats medföra för möjligheterna att ge bl.a. barn och ungdom samt missbrukare det stöd eller vård/behandling de behöver. Ändringen har bl.a. lett till ökade möjligheter för ett uppgiftslämnande mellan socialtjänsten och hälso- och sjukvården i syfte att möjliggöra att adekvat hjälp skall kunna ges vid ett "fortgående missbruk" (se 14 kap. 2 § sekretesslagen). Någon ytterligare ändring av sekretesslagstiftningen för att möjliggöra tidiga insatser erfordras inte enligt kommissionens mening.

## 4.5 Socialtjänstens roll vad gäller individuella missbruksförebyggande insatser

Individ- och familjeomsorgen inom socialtjänsten har idag många viktiga uppgifter, som den ibland har svårigheter att klara av olika skäl. Angelägna uppgifter kan komma i kläm. Ett exempel är anhöriga till alkoholmissbrukare, och då särskilt barnen. Insatser för att tidigt förebygga alkoholmissbruk, och då speciellt individuella insatser, är ett annat.

Som kommer att framgå i det följande och i delbetänkandet BARN - FÖRÄLDRAR - ALKOHOL (SOU 1994:29) bedömer kommissionen det angeläget att socialtjänsten engagerar sig i frågorna om att ge stöd till missbrukares anhöriga och till ungdomar som riskerar att bli alkoholberoende betydligt mer än vad som nu ofta är fallet. I detta perspektiv vore det frestande att dra slutsatsen att individ- och familjeomsorgen får svårt att orka med ytterligare uppgifter, t.ex. att upptäcka riskkonsumtion hos klienter och att sedan informera och ge råd. Ändå anser kommissionen att det är viktigt att också socialsekreterare inom individ- och familjeomsorgen engagerar sig i detta viktiga arbete. Ett skäl till detta ställningstagande är att individ- och familjeomsorgen handhar en rad frågor som inte sällan är följdverkningar av ett begynnande missbruk. Det bästa sättet att göra något åt detta är rimligen att försöka eliminera alkoholproblemen.

För vissa klientgrupper framstår det som särskilt viktigt att individ- och familjeomsorgen överväger om hög alkoholkonsumtion kan vara en bidragande orsak till problemen:

- personer med återkommande behov av ekonomiskt bistånd,
- föräldrar till barn som far illa,
- utagerande ungdomar som anmälts till socialtjänsten av olika skäl,
- personer med psykiska störningar.

Vad gäller personer som omhändertagits i berusat tillstånd eller som konstaterats vara rattonyktra är det troligt att de har någon form av alkoholproblem. De anmälningar som inkommer till socialtjänsten från polisen av dessa skäl föranleder idag mycket skiftande åtgärder från socialtjänstens sida. Vissa kommuner gör betydande insatser med anledning av dessa anmälningar, andra gör nästan inget. Erfarenheten visar att en stor del av de personer som förekommer i dessa anmälningsärenden tillhör målgruppen för tidiga insatser, dvs. de är högkonsumenter av alkohol utan att vara missbrukare. Det är därför viktigt att dessa anmälningar regelmässigt leder till åtgärd från socialtjänstens sida, särskilt om det handlar om en yngre person och/eller det är första gången som vederbörande är föremål för en anmälan.

Handläggare inom individ- och familjeomsorgen är i allmänhet inte specialiserade på missbruksfrågor. De, liksom andra aktörer som inte är specialister på detta område (husläkare, arbetsledare m.fl.), förväntas dock kunna upptäcka att personer som de har att göra med i tjänsten har riskabla alkoholvanor, ungefärligen bedöma problemens svårighetsgrad samt vidta vissa enkla insatser för att hjälpa personen, t.ex. genom upplysningar om skaderisker och genom rådgivning. För att dessa icke-specialister skall kunna känna sig trygga i denna roll är det nödvändigt att de har tillgång till en specialistfunktion där de kan få råd och stöd och dit de har möjlighet att hänvisa klienter om det visar sig att mindre omfattande insatser inte räcker till. Alkoholrådgivningsbyråer bör kunna utvecklas till att svara för en sådan specialistfunktion. Det underlättar om de har såväl medicinsk som psykologisk och social kompetens vilket inte alltid är fallet idag.

Med sina möjligheter att erbjuda hjälp och ändå låta klienten få vara anonym har alkoholrådgivningsbyråerna också utmärkta förutsättningar att hjälpa andra än dem som är klienter hos individ- och familjeomsorgen. De skulle således kunna vara ett kontaktorgan för alla som befinner sig på gränsen till missbruk och som är medvetna om att deras situation börjar bli ohållbar. Men då måste byråerna ha god kompetens och dess personal vara inställd på att ett inslag i byråns arbete skall vara personer i riskzonen för missbruk. En tredje förutsättning är att alkoholrådgivningsbyråernas existens och funktion är allmänt känd. När väl dessa villkor är uppfyllda bör alkoholrådgivningsbyråerna kunna nå många högkonsumenter och ge dem adekvat hjälp.

Den enkätundersökning som Socialstyrelsen genomförde år 1992 visade att en relativt stor andel av dem som vänder sig till alkoholrådgivningsbyråer (ca en fjärdedel) inte hade sökt vård eller hjälp tidigare. Detta tyder på att man redan nu fångar upp en del storkonsumenter/dolda missbrukare. Undersökningen visade också att klienterna oftast hade vänt sig till mottagningarna på eget initiativ. Det näst vanligaste var att man kom till mottagningen efter hänvisning från socialbyrån.

Som lokal specialistinstans på alkoholområdet bör alkoholrådgivningsbyrån kunna ge stöd och handledning åt andra än individ- och familjeomsorgen. Även primärvården bör kunna vända sig dit för rådgivning alternativt för hänvisning av patienter som visat sig behöva specialisthjälp.

Slutligen bör socialtjänsten i fråga om tidiga insatser för att motverka missbruk hos individer samverka med andra aktörer, t.ex. primärvården, försäkringskassan, arbetsförmedlingen, arbetsgivare.

En med socialtjänsten besläktad verksamhet med stora möjligheter att göra tidiga insatser inom alkoholområdet är *familjerådgivningen*. Den arbetar i princip under samma juridiska förutsättningar som alkoholrådgivningsbyråerna, men med ett bredare perspektiv, dvs. med familjers relationsproblem oavsett grundorsak. Familjerådgivningen är en god resurs också för ett arbete kring alkohol i familjen.

Individ- och familjeomsorgens möjligheter att med framgång vidta tidiga insatser för att motverka missbruk är sannolikt särskilt goda för ungdomars del. Det förhåller sig också så att socialtjänstlagen *förutsätter* att socialtjänstens förebyggande insatser i första hand inriktas mot barn och ungdomar. Med de ungdomsgrupper som etablerats inom individ- och familjeomsorgen på många håll i landet bör det finnas goda utsikter att också bedriva ett missbruksförebyggande arbete på individnivå. Detta utvecklas närmare i kapitel 6.

## 4.6 Förslag till utveckling

Vad kan då göras för att personal inom socialtjänsten, skall kunna utveckla sin förmåga att upptäcka begynnande alkoholproblem hos klienter?

Den kommunala socialtjänsten har ålagts en central roll när det gäller insatser för att förebygga och avhjälpa problem hos medborgarna som sammanhänger med missbruk av alkohol och andra droger. Visserligen kan tyngdpunkten i socialtjänstens alkoholrelaterade arbete även framgent förväntas ligga på att förhindra uppkomsten av missbruk bland ungdomar och på att stödja och rehabilitera personer med svåra missbruksproblem. Inte desto mindre bör det finnas goda förutsättningar att, med relativt begränsade satsningar, även utveckla möjligheterna till identifiering och behandling av storkonsumenter.

### 4.6.1 Metodik

Ansträngningar att utveckla metoder för identifiering av klienter med en skadlig alkoholkonsumtion och potentiella behov av hjälpinsatser har, som framgått tidigare, hittills enbart gjorts inom sjukvården. Detta arbete har bl.a. gått ut på att utveckla laboratorietest för att spåra biologiska "markörer" av hög alkoholkonsumtion, men flera standardiserade frågeformulär har också utarbetats. Det sistnämnda hjälpmedlet skulle, som framhållits i CUS-rapporten "Behandling av alkoholproblem - en kunskapsöversikt", (Berglund m.fl., 1994) också kunna lämpa sig på andra områden där man har stora kontaktytor med allmänheten, bl.a. socialtjänsten. Aasland (1992) har visat att man med fyra enskilda frågor kan urskilja så mycket som 86 procent av högkonsumenterna. Det finns dessutom nya, relativt korta formulär, direkt utvecklade för socialt arbete, såsom Index of Alcohol Involvement (IAI) för att mäta graden av alkoholmissbruk.

Att i samtal om individens sociala problem också innefatta klientens alkoholkonsumtion och eventuella negativa konsekvenser av denna, kan enligt kommissionens bedömning utgöra ett värdefullt inslag i det sociala arbetet. Socialsekreterarna skulle på så sätt kunna få en bättre bas för att tillsammans med klienten komma fram till lämpliga insatser i de individuella fallen. Det är dock nödvändigt att utveckla metodiken.

Socialsekreterare behöver också veta vad de själva kan göra för att hjälpa klienten när de väl fått vetskap. Även här krävs metodutveckling. En bra utgångspunkt torde vara den metodik som tillämpas vid individuellt förebyggande insatser inom hälso- och sjukvården, t.ex. den form av rådgivning som utvecklats inom Socialstyrelsens projekt "Alkoholrådgivning på vårdcentral - ett respektfullt samtal". Det är dock troligt att den inom hälso- och sjukvården utprövade tekniken behöver anpassas för individ- och familjeomsorgens behov.

**Kommissionen föreslår**:

- *Socialstyrelsen bör ta initiativ till metodutveckling vad gäller tidiga alkoholskadeförebyggande insatser inom socialtjänsten*

### 4.6.2 Utbildning och handledning

Med tanke på att åtminstone en tredjedel av klienterna inom socialtjänsten har mer eller mindre allvarliga missbruksproblem, borde grundutbildningen av socionomer ge en grundläggande orientering i teorier, behandlingsmetoder m.m. beträffande missbruk, både vad gäller alkohol och andra missbruksmedel. En större insikt i hur alkoholproblem yttrar sig och en ökad kompetens i att möta personer med sådana problem, skulle medföra förbättrade möjligheter för blivande socialsekreterare att på ett tidigt stadium upptäcka och ge hjälp.

*Grundutbildningen* för socionomer bör därför kompletteras med obligatoriska moment:

- alkoholens sociala, psykologiska och medicinska effekter,
- bakgrund och principer för samhällets alkoholpolitik,
- alkoholmissbrukets variationsformer och dynamik,
- metoder för att dels upptäcka, dels vidta enkla stödåtgärder vid begynnande alkoholproblem,
- utbudet av resurser för vård och behandling samt andra hjälpinsatser för missbrukare, och deras inriktning, metoder och resultat,
- barns reaktioner vid föräldrars missbruk,
- konsekvenser för vuxna anhöriga,
- samarbetet med barnomsorgen, skolan, hälso- och sjukvården, polisen och frivilligorganisationerna kring missbruksfamiljen.

**Kommissionen föreslår**:

- *Socialstyrelsen ges ansvaret för att i samråd med berörda utbildningsanstalter en översyn görs av socionomutbildningen med avseende på missbruksfrågor.*

Än viktigare bedömer kommissionen det vara att de stora grupper av socialarbetare som redan nu är verksamma inom nämnda områden får en relevant fort- eller vidareutbildning i alkoholproblematik för att ytterligare utveckla sina möjligheter att ge effektiv hjälp till personer med begynnande alkoholproblem. Utbildningen bör kunna bidra till att motivationen ökar.

Det till Statens institutionsstyrelse knutna "Institutet för kunskapsutveckling inom missbrukarvården" (IKM) är ett uttryck för en ambition att höja kompetensnivån i socialtjänstens missbruksarbete. Vi bedömer det minst lika viktigt att fortbildningsinsatser kommer till stånd med inriktning på att förebygga respektive tidigt upptäcka missbruk av alkohol.

*Fortbildningen* av personal inom individ- och familjeomsorgen och vid alkoholrådgivningsbyråer kan exempelvis innefatta kurser i:

- metoder för upptäckt av alkoholproblem i samband med sociala problem och svårigheter,
- förhållningssätt och metodik vid motivationsskapande samtal,
- metoder för bedömning av alkoholproblemens allvarlighetsgrad,
- utökad kännedom om differentieringen inom utbudet av behandlingsresurser att remittera klienter till.

Studiecirklar kan vara en alternativ undervisningsform för att ge ökad kunskap och kompetens för individuella insatser vid "riskbruk". Uppläggningen med återkommande diskussioner i en mindre grupp förefaller mycket lämplig i detta sammanhang. Dels sker kunskapsinhämtandet successivt, dels finns möjlighet att diskutera förhållningssätt och attityder som baseras på den egna inställningen

till alkohol. Ur motivationshöjande synvinkel är sannolikt detta undervisningssätt överlägset traditionell undervisning.

**Kommissionen rekommenderar**:

- *Det är angeläget att kommunerna beaktar behovet av fortbildning vad gäller tidiga insatser inom socialtjänsten. Den nämnda fortbildningen skulle t. ex. kunna arrangeras av Kommunförbunden i länen i samarbete med högskolor, eller av Institutet för kunskapsutveckling inom missbrukarvården (IKM).*

### 4.6.3 Ökad satsning på alkoholrådgivningsbyråer

Tillgång till en lokal specialistfunktion kan vara en nödvändig förutsättning för att socialsekreterare skall motiveras och stimuleras till att identifiera personer med alkoholproblem bland de klienter de möter. Det är alltid lättare för en handläggare att ta upp den här typen av problem om denne vet att det finns verksamheter att remittera personen till om problemen visar sig för svåra att hantera inom ramarna för den kompetens han eller hon själv besitter.

Som redan nämnts bör alkoholrådgivningsbyråer enligt kommissionens mening kunna utvecklas till att bl.a. svara för en sådan specialistfunktion, som då även bör kunna vara ett stöd för husläkare, distriktssköterskor, arbetsledare och andra som förväntas göra insatser i syfte att motverka alkoholmissbruk. Alkoholrådgivningsbyråerna bör dessutom kunna utvecklas till att fungera som ett naturligt kontaktorgan för alla som har begynnande alkoholproblem.

För att ge framför allt kommunerna stimulans till att starta alkoholrådgivningsbyråer eller vidareutveckla befintliga byråer så att de bl.a. kan fullgöra de uppgifter som ovan angivits, föreslås i delbetänkandet VÅRD AV ALKOHOLMISSBRUKARE (SOU 1994:27) en förändring av statsbidragsbestämmelserna.

### 4.6.4 Samarbete och samverkan

Samarbete och samverkan behöver förbättras. Viktiga är inte minst förbättrade kontakter mellan individ- och familjeomsorgen och andra verksamheter (för att tidigare upptäcka alkoholproblem) samt mellan individ- och familjeomsorgen och alkoholrådgivningsbyråerna (för att överföra expertkunskaper och erfarenheter).

Socialtjänsten behöver, i samband med en vidareutveckling av den egna kompetensen för missbruksarbete, dessutom finna former för samarbete och samverkan med i första hand sjukvården. Andra samarbetspartners kan som hittills vara företag, försäkringskassan, arbetsförmedlingen, frivilliga organisationer och kriminalvården.

Samarbete och samverkan i missbruksfrågor kan utgöras av regelbunden information, formaliserad remittering av klienter/patienter, gemensamma arbets- och planeringskonferenser på övergripande nivå, gemensam fortbildning m.m. för olika verksamheter där var och en verkar inom sin egen organisation. Det kan vidare bestå av former där befattningshavare från olika verksamheter arbetar tillsammans inom ett fält, t.ex. en rådgivningsenhet, under bevarande av sina skilda specialiteter och organisationstillhörighet.

Utvecklandet av samarbete och samverkan med andra verksamheter är en nödvändighet för förbättrade insatser i tidigt skede från socialtjänstens sida. I första hand gäller det att samordna de egna resurserna med primärvården, som har den största kontaktytan mot befolkningen. En del av socialtjänstens resurser för brett inriktat missbruksarbete kan t.ex. permanent förläggas inom vårdcentralerna, för att bistå sjukvården både i arbetet med de tunga missbrukarna och i arbetet med att identifiera och stödja personer med begynnande alkoholproblem.

**Kommissionen föreslår**:

- *Folkhälsoinstitutet bör på olika sätt, bl.a. genom projektmedel, främja verksamhet som syftar till en utökad samverkan vad gäller tidiga insatser inom socialtjänsten och mellan socialtjänsten, primärvården, arbetslivet och försäkringskassan.*

### 4.6.5 Forskning och metodutveckling

Utvärdering av praktiska tillämpningar behöver initieras för att inom olika delar av socialtjänsten:

- utveckla tillämpningen av och öka förtrogenheten med olika instrument och metoder för att uppmärksamma personer som har eller börjar få alkoholproblem,
- utvärdera resultaten av att tillämpa specifika metoder för stödjande samtal/rådgivning,
- utveckla samarbetsformerna med sjukvården, företagshälsovården, m.fl. verksamheter för att effektivare kunna fånga upp och erbjuda hjälp till personer med varierande grader av alkoholproblem.

Det är en fördel om utvecklingsarbetet kan läggas upp som forskningsprojekt, i samverkan med exempelvis socialhögskolorna och universitetssjukhusen, så att uppföljning och utvärdering sker av de erfarenheter och resultat som arbetet kan förväntas ge.

**Kommissionen föreslår**:

- *Det är angeläget att forskning och utvärdering, vad gäller socialtjänstens insatser i tidigt skede för personer med alkoholproblem, får ökat utrymme. Centrum för utvärdering av socialt arbete (CUS), vid Socialstyrelsen, Socialvetenskapliga forskningsrådet (SFR) och de lokala FoU-enheter som skapats på olika håll i landet, har, liksom universitetsinstitutionerna i socialt arbete, här en väsentlig roll.*

# 5 Insatser i arbetslivet

## 5.1 Motiv och förutsättningar för missbruksförebyggande insatser

Närmare 10 procent av männen och 2 - 3 procent av kvinnorna på en genomsnittlig arbetsplats har enligt ALNA-rådet alkoholproblem. Det riskabla bruket eller missbruket är ofta dolt.

De flesta människor med begynnande eller etablerade missbruksproblem har en anställning och tillbringar de flesta av årets arbetsdagar på sin arbetsplats. Flera undersökningar innehåller belägg för detta viktiga konstaterande.

Arbetstagares missbruk innebär en mängd nackdelar för arbetsgivaren, arbetskamraterna och missbrukaren själv. Olycksfallsfrekvensen och riskerna för skador ökar. Effektiviteten minskar, arbetsprestationerna försämras och frånvaron ökar. Risken för minskad trivsel på arbetsplatsen är betydande.

Många av de nämnda nackdelarna går att prissätta. Det kan finnas skiljaktiga uppfattningar om vad som är lämplig beräkningsmetod, däremot torde alla vara ense om att dessa kostnader under alla förhållanden är **mycket** stora.

ALNA-rådet har gjort följande sammanställning (något bearbetad) av de kostnadsslag, som kan bli aktuella för en arbetsgivare vid ett opåtalat och accelererande missbruk hos en anställd:

* kostnader för ersättare
  - kostnader för tillfällig ersättare i form av övertid eller mertid för andra anställda,
  - kostnader för vikarie, inklusive introduktion och upplärningstid,
  - kostnader för rekrytering av ersättare,
  - kostnader för nyanställning,
  - kostnader för upplärning

* kostnader på grund av frånvaro
  - sjuklön för förlorade arbetsdagar,
  - produktionsminskning på grund av sen ankomst, tidig hemgång och/eller långa raster.

* kostnader för hälsovård/sjukvård och rehabilitering
  - behov av hälsovård/sjukvård

- rehabiliteringskostnader

* kostnader som har att göra med minskad tankeskärpa, minskad koncentration och ökad benägenhet att ta risker
  - kostnader för kvalitetsförsämring
  - kostnader för ökad kassationsfrekvens
  - kostnader för ökad olycksfallsfrekvens

* kostnader förknippade med tid från chefer/arbetsledare och arbetskamrater
  - den anställde upplevs besvärlig och kverulerande,
  - samarbetsproblem i arbetsgruppen, kotteribildningar,
  - försämrad arbetsmoral och lojalitet med arbetsplatsen.

Av bl.a. nu nämnda skäl samt för att motverka att människor slås ut från arbetsmarknaden, ställer flera lagar krav på arbetsgivarna och arbetslivet i övrigt att motverka ett hotande missbruk hos anställda (se avsnitt 5.2). Arbetslivet har goda förutsättningar att tillgodose dessa krav. Skälen till detta är följande.

Det sociala nätverket har mycket stor betydelse för de flesta människor. För dem som saknar egen familj eller inte har så stor vänkrets eller bekantskapskrets är sannolikt arbetsplatsen och relationerna med arbetskamraterna särskilt betydelsefulla.

För en stor del av de människor som har tillgång till ett arbete torde således arbetet och den gemenskap som finns på arbetsplatsen ha ett mycket stort värde. De flesta är troligen beredda att göra uppoffringar av olika slag, om så krävs, för att behålla arbetet. För högkonsumenter av alkohol kan detta innebära beredvillighet att minska alkoholkonsumtionen.

Missbruksforskning talar entydigt för att möjligheterna till framgångsrik behandling är goda för dem som har bibehållna sociala relationer och fortfarande fungerar på sin arbetsplats. Eftersom de flesta som har alkoholproblem har kvar sina anställningar och så gott som dagligen går till sitt arbete, finns goda förutsättningar att genom *tidiga insatser* på arbetsplatsen åstadkomma betydande förbättringar. Arbetsplatsförlagda program bidrar till säkrare arbetsplatser, minskad frånvaro, effektivare produktion och minskade produktionskostnader. Samtidigt bidrar man med sådana program till ökad trivsel och förhindrar social utslagning.

Arbetslivet har också möjlighet att förhindra att den anställde ens hamnar i en risksituation. Arbetsplatsens inställning till alkohol och berusning har visat sig ha mycket stor betydelse när det gäller att forma de anställdas dryckesvanor. En alkoholliberal arbetsplats befäster gamla mönster och underlättar bruk av alkohol i personliga krissituationer. På en arbetsplats med en tydlig och klar inställning till alkohol i olika situationer och en väl förankrad och genomarbetad policy i alkoholfrågor och andra drogfrågor, är alkoholförtäring som inverkar på arbetet inte godtagbar.

Företagshälsovården bidrar verksamt till att arbetslivet är en mycket viktig aktör vad gäller missbruksförebyggande och även behandlande insatser. Den kan vid vanliga hälsoundersökningar ställa frågor kring alkoholkonsumtion och alkoholvanor och informera om vilka risker man tar vid olika konsumtionsnivåer. Erfarenhetsmässigt är det sällan som en anställd söker hjälp hos företagshälsovården för alkoholproblem men väl för bekymmer som kan ha samband med sådana: fysiska åkommor, sömnsvårigheter, depression, arbetsrelaterad stress m.m. Vidare kan företagshälsovården vara ett viktigt stöd för chefer och arbetsledare i deras försök att motverka begynnande alkoholproblem hos anställda. Den kan också ta emot personer med långt framskridna alkoholproblem eller hjälpa deras chefer att se till att den anställde får lämplig vård och behandling.

Ett viktigt motiv för arbetsgivare att ägna tid och intresse åt missbruksförebyggande insatser är som nämnts att främja produktivitet och effektivitet. Det gäller såväl varu- som tjänsteproducerande sektorer i arbetslivet. För staten, landstingen och kommunerna finns emellertid dessutom mycket att vinna på att arbetslivet aktivt förebygger missbruk genom att offentliga resurser tas mindre i anspråk. Detta gemensamma intresse talar för ett nära samarbete mellan olika aktörer vad gäller de insatser som bör företas.

## 5.2 Arbetsgivarens och övriga parters ansvar

### 5.2.1 Arbetsgivarens ansvar

En arbetstagare kan av många orsaker hamna i en sådan situation att han eller hon inte längre kan klara sitt arbete. Det kan bero på en olyckshändelse inom eller utanför arbetet, på arbetsskada, på sjukdom. Det kan också bero på alkoholmissbruk. Arbetsgivaren har ansvar för att dels förhindra att anställda kommer i en sådan situation på grund av omständigheter som har med arbetet att göra, dels hjälpa dem som redan fått eller är på väg att få problem. Detta ansvar är reglerat i flera olika lagar, främst arbetsmiljölagen (AML) och lagen om allmän försäkring (AFL). Men också lagen om anställningsskydd (LAS) har betydelse i sammanhanget.

Arbetsgivaren ansvarar enligt arbetsmiljölagen för planering och övervakning av arbetsmiljön. Arbetsmiljölagen utgår från att arbetsgivaren skall tillhandahålla resurser för kontroll av arbetsmiljön och ansvara för att de anställdas förhållanden är tillfredsställande ur säkerhets-, hälso- och anpassningssynpunkt. Genom de senaste ändringarna i arbetsmiljölagen och lagen om allmän försäkring har arbetsgivarens ansvar för medarbetarna när det

gäller förebyggande insatser och vård- och behandlingsinsatser i viss mån förtydligats.

Lagen om allmän försäkring (AFL) fastställer arbetsgivarens skyldighet att samarbeta med försäkringskassan då det gäller att uppmärksamma anställda med hög korttidsfrånvaro eller långa sjukperioder. Vidare behandlas arbetsgivarens skyldighet att klarlägga en försäkrads behov av rehabilitering och att sätta in åtgärder för en effektiv rehabilitering.

Arbetarskyddsstyrelsen har nyligen fastställt föreskrifter om arbetsanpassning och rehabilitering samt utarbetat allmänna råd om tillämpningen av dessa föreskrifter. Alkohol och andra berusningsmedel ges där särskild uppmärksamhet. Föreskrifterna träder i kraft den 1 juli 1994.

Föreskrifternas §§ 10 och 13 har följande lydelse:

> 10 §: "Arbetsgivaren skall ha de rutiner som behövs för verksamheten med arbetsanpassning och rehabilitering."
>
> 13 §: "Rutiner enligt 10 § skall även omfatta arbetsanpassning och rehabilitering vid missbruk av alkohol eller andra berusningsmedel.
>
> Arbetsgivaren skall dessutom klargöra vilka interna regler och rutiner som gäller om arbetstagaren uppträder påverkad av alkohol eller andra berusningsmedel i arbetet."

I de allmänna råden ges bl.a. följande kommentarer till 13 §:

> "Det är bl.a. från säkerhetssynpunkt inte acceptabelt att en arbetstagare är påverkad av alkohol eller annat berusningsmedel i arbetet. Personen i fråga kan vara en allvarlig arbetsmiljörisk både för sig själv och andra. Såväl omdömet som handlingsförmågan kan svikta."
>
> "Arbetsgivaren kan lämpligen i samråd med arbetstagarna ta fram t.ex. ett handlingsprogram på hur olika slag av missbruk bör hanteras. Av programmet bör framgå vilken policy som gäller beträffande bruk av alkohol och droger på arbetet. Arbetskamraternas och arbetsledningens uppgifter när det gäller bemötande av personer med missbruksproblem bör också behandlas. Vidare bör det framgå hur arbetsledningen kan arbeta förebyggande genom t.ex. informationsmaterial, arbetsplatsträffar, utbildningar och organiserad stödverksamhet, t.ex. via ALNA-rådet."
>
> "Om alkohol- och andra missbruksproblem utvecklas hos en person kan detta ha samband med arbetets organisation och innehåll. I förebyggande syfte kan det därför vara värdefullt att belysa och vid planering av ett arbete beakta sådana faktorer som skiftarbete, stress, arbetsuppgifternas krav, sociala kontakter, arbetsledningsförhållanden och tillgång till alkohol och droger i arbetet."

Arbetsplatsens betydelse understryks, t.ex. i följande allmänna råd till 3 §:

> "Arbetet är viktigt för hälsoförhållandena och är en grund för människors totala livskvalitet. Arbetsförhållandena bör utformas så att arbetet i sig har en rehabiliterande effekt. Arbetsgivaren bör låta detta synsätt genomsyra målsättningen för arbetsanpassningen och rehabiliteringen."

När det gäller arbetslivsinriktad rehabilitering råder oklarhet om vem som har ansvar för kostnaderna. Arbetsgivaren skall i princip bekosta sådan rehabilitering som syftar till att den anställde kan återgå i arbete. Försäkringskassan kan dock i vissa fall bekosta rehabiliteringsåtgärder, t.ex. i form av bidrag för arbetshjälpmedel och utbildning.

Medicinska insatser faller däremot tveklöst utanför arbetsgivarens ansvarsområde. Det kan i praktiken vara svårt att avgöra vad som är medicinsk respektive arbetslivsinriktad rehabilitering, dock är det klart att försäkringskassan skall samordna rehabiliteringen oavsett om det gäller medicinska eller andra åtgärder.

Lagen om anställningsskydd (LAS) jämte domar i Arbetsdomstolen lägger fast arbetsgivarens skyldigheter att hjälpa och stödja anställda med alkoholproblem. I december 1993 beslöt riksdagen om vissa förändringar i lagen om anställningsskydd. Ändringarna (undantag vid turordning, möjlighet till längre provanställningar och visstidsanställningar m.m.) berör dock bara indirekt missbruksfrågor. Då Arbetsdomstolen prövat uppsägningar på grund av missbruk/beroende av alkohol har den hittills i flera domslut funnit att missbruk/beroende av alkohol inte kan anses utgöra saklig grund för uppsägning. Dock har arbetsgivare, om rehabiliteringsinsatser erbjudits och medarbetaren inte medverkat och accepterat erbjudandet, i något fall ansetts ha tillräcklig grund för uppsägning på grund av personliga skäl. Större arbetsplatser har dock – trots upprepade försök att få den anställde att medverka till rehabilitering – inte kunnat säga upp medarbetare utan i stället ålagts att anpassa arbetets innehåll efter medarbetarens förutsättningar.

### 5.2.2 Den offentliga sektorns ansvar

Det finns flera lagar som anger olika offentliga aktörers ansvar när det handlar om att förebygga ohälsa.

Hälso- och sjukvården ges ett ansvar för att förebygga ohälsa genom hälso- och sjukvårdslagen och skall verka för god hälsa hos hela befolkningen.

Socialtjänsten skall arbeta för att förebygga och motverka missbruk av alkohol och andra beroendeframkallande medel enligt 11 § socialtjänstlagen. Socialnämnden skall genom information till myndigheter, grupper och enskilda samt genom uppsökande verksamhet sprida kunskap om skadeverkningar

av missbruk och om de hjälpmöjligheter som finns. Nämnden skall också se till att den person som är i behov av vård får det.

Försäkringskassan skall enligt lagen om allmän försäkring, i samråd med den försäkrade, se till att den enskildes behov av rehabilitering snarast kartläggs och att de åtgärder vidtas som behövs för en effektiv rehabilitering.

Försäkringskassan skall samverka med den försäkrades arbetsgivare och arbetstagarorganisation, hälso- och sjukvården, socialtjänsten samt arbetsmarknadsmyndigheterna för att uppnå en effektiv rehabilitering.

Enligt gällande lagstiftning har således både arbetsgivare och offentliga organ genom främst kommuner och landsting ett ansvar för det förebyggande arbetet medan försäkringskassa, kommuner, landsting och arbetsgivare ansvarar för rehabiliteringen.

## 5.3 Vad har gjorts och vad görs från arbetslivets sida för att minska alkoholmissbruket?

Mot bakgrund av de angivna starka motiven finns ett betydande intresse från arbetsgivarna att göra något åt alkoholmissbruk, vilket bl.a. sammanhänger med att behandlingsresultaten är förhållandevis goda för de missbrukare som fortfarande har kvar sitt sociala skyddsnät. De missbruksförebyggande insatserna från arbetslivets sida har ökat på senare år men generellt sett måste insatserna fortfarande betecknas som ganska blygsamma. De olika verksamheter som har till syfte att erbjuda arbetslivet stöd i alkoholfrågor (ALNA-rådet m.fl.) fokuserar idag starkt på insatser i tidigt skede.

### 5.3.1 Verksamheter som initierats på central nivå

Alkohol- och drogproblematiken inom arbetslivet har länge uppmärksammats av de centrala arbetsgivar-, arbetstagar- och intresseorganisationerna. Flertalet torde ha tagit fram utbildningsmaterial m.m. om missbruksproblem samt ordnat kurser och konferenser.

Under senare år har alkohol- och drogproblemen i arbetslivet haft särskild aktualitet. Under den s.k. arbetslivskampanjen i slutet av 1980-talet tog Svenska Arbetsgivareföreningen, Landstingsförbundet och Svenska Kommunförbundet med stöd av medel från Socialstyrelsen gemensamt fram ett omfattande utbildningsmaterial: "Alkoholen och chefens ansvar", "Tala i tid" och "Narkotikafritt samhälle". Ett flertal kurser och konferenser anordnades i anslutning till detta material.

Arbetstagarorganisationerna har också producerat utbildningsmaterial, t.ex. "Det organiserade drickandet" utgivet av SACO. Från LO:s sida har man i första hand satsat på att organisera en kamratstödjande verksamhet.

### 5.3.2 Exempel på verksamheter på lokal nivå

I bilaga 4 finns en redogörelse för följande exempel på verksamhet som bedrivs eller har bedrivits inom arbetslivet:

- Insatser inom landstingsvärlden.
- Sundsvallmodellen.
- Skoghallsverkens verksamhet (SVALNA).
- Projekt Ringen i Borlänge.

Det finns idag ett antal organisationer eller företag som verkar för att stödja insatser mot alkoholmissbruk inom arbetslivet. Några av dem är Alna-rådet, Väst-alna, Stiftelsen Soberkonsult, Provita, Alfa-gruppen och Aura. Deras verksamhet beskrivs närmare i bilaga 5. Vi omnämner dem för att ge exempel på stödverksamhet. Företag/organisationer som inte är omnämnda kan vara lika väl fungerande som de anförda exemplen.

## 5.4 Vad görs i andra länder?

### 5.4.1 Den norska modellen

I Norge finns sedan 30 år en rikstäckande organisation *AKAN*. (Arbeidslivets komite mot alkoholisme og narkomani). Som huvudmän för AKAN står Landsorganisasjonen i Norge och Naeringslivets Hovedorganisasjon (Norsk Arbeidsgiverforening) samt norska staten. AKAN inrättades för att parterna insåg att missbruk även finns i arbetslivet. De önskade ett redskap för att driva målinriktat förebyggande arbete och för att ge enskilda individer hjälp. Arbetet leds av en kommitté bestående av representanter för huvudmännen och har ett eget sekretariat. Verksamheten är inriktad på att dels förebygga drogmissbruk, dels hjälpa missbrukare att komma tillbaka till ett normalt liv.

AKAN är arbetslivets eget organ och verksamheten drivs självständigt utifrån de förutsättningar som samarbetet inom arbetslivet skapar. AKAN ger ramarna för verksamheten som sedan anpassas efter lokala förhållanden.

Verksamheten finansieras till två tredjedelar av norska staten och till en tredjedel av Norska Arbetsgivarorganisationen och arbetstagarorganisationen LO gemensamt. En omfattande kurs-, rådgivnings-, och upplysningsverksamhet

bedrivs. AKAN arbetar förebyggande genom att höja kunskapsnivån om droger via arbetsplatsen.

Man stimulerar arbetsplatser till att se kopplingen mellan drogmissbruk och olycksfallsrisker och till att utarbeta policy och handlingsplaner. Verksamheten skall bygga på samverkan mellan parterna på arbetsplatsen.

### 5.4.2 Amerikanska rekommendationer

I USA har National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism sedan några år tillbaka arbetat med alkohol och droger ur ett rent företagsperspektiv. Man arbetar med att varje företag skall ta fram sin egen policy och medverkan från alla nivåer i företaget rekommenderas för ett brett stöd inom företaget. Följande punkter anses böra ingå i ett företags program:

* Fastställ att alkohol på arbetsplatsen är förbjudet och att effekter av alkohol inte får påverka arbetsprestationen.
* Förklara varför företaget inför en alkoholpolicy.
* Tala om vad som händer om policyn inte följs.
* Förklara vad som gäller vid företagsgemensamma aktiviteter.
* Tydliggör ansvaret att söka hjälp.
* Ange resurspersoner och var hjälp kan erhållas.
* Ta vara på anhörigas roll och medverkan.
* Deklarera tydligt företagets inställning till drogtester.
* Klargör att deltagande i rehabiliteringsprogram är konfidentiellt och inte påverkar vare sig anställning eller karriär.
* Klargör att deltagande i rehabiliteringsprogram inte skyddar mot disciplinära påföljder vid fortsatt dålig arbetsprestation eller överträdelse av företagets alkoholpolicy.

Fördelar med företagsprogram anses vara:
* Tidig identifikation, behandling och lösning av personalproblem.
* Uppskattad personal kan vara kvar inom företaget.
* Lägre frånvaro.
* Ökad arbetsmoral.
* Ökad produktivitet och vinst.

## 5.5 Vad har visat sig vara framgångsrik metodik?

Arbetet mot alkoholproblem inom arbetslivet kan, som framgår av de verksamheter som fått tjäna som exempel, (se bilagorna 4 och 5) bedrivas på varierande sätt. De har alla haft framgång, om än i varierande grad. De erfa-

renheter som gjorts hittills tyder på att följande arbetsfilosofi har bäst utsikter att lyckas:

För framgång krävs insatser på alla nivåer, såväl generella och riktade förebyggande åtgärder som vård och behandling. Vidare krävs samverkan. Arbetsplatsen skall utgöra basen för verksamheten. Den är utgångspunkt för både generella och individuella förebyggande insatser och är oerhört viktig då någon kommer tillbaka från eventuell rehabilitering.

En förutsättning för framgångsrikt arbete mot alkoholmissbruk är att företaget har en egen policy och ett handlingsprogram - känt av alla på arbetsplatsen och väl förankrat hos både arbetsgivaren och arbetstagarna.

En annan och mycket viktig förutsättning är att arbetsplatsen har en bra och kunnig resurs att använda, t.ex. företagshälsovården. För att företagshälsovården skall kunna arbeta på ett framgångsrikt sätt är det viktigt att klargöra dess roll och möjligheter att agera. Hälsoupplysning kopplad till alkoholkonsumtion och dryckesmönster, stöd i tidiga skeden med hjälp av s.k. hälsoprofiler samt vårdhänvisning är viktiga ingredienser.

En tredje förutsättning är att de som arbetar med rehabilitering samverkar med arbetsplatsen och att det klargörs vem som har det ekonomiska ansvaret.

Mycket av den verksamhet som tidigare bedrevs av ALNA-rådet och andra, gällde behandling av individer med tydliga tecken på missbruk eller beroende av alkohol. Verksamheten syftade då i huvudsak till att erbjuda hjälp och behandling för att personen skulle bli av med sitt alkoholproblem och därmed kunna behålla sin anställning. Denna verksamhet hade och har fortfarande betydande framgångar, särskilt om man jämför med de resultat som generellt kan uppvisas vid behandling av missbrukare som inte längre har någon arbetsplatsanknytning. Dock finns det en uppenbar risk med ett agerande i ett sent skede. Den består i att chefer och arbetskamrater, som inte direkt är berörda, förväntar sig att enbart externa rehabiliteringsinsatser skall och kan lösa alkoholproblem. Det innebär att möjligheten till attitydpåverkan och tidiga insatser riktade till storkonsumenter inte tas till vara. Konsekvensen blir att arbetsplatsen inte tillräckligt förebyggeratt fler anställda kan få påtagliga alkoholproblem.

Idag tenderar framgångsrikt arbete i syfte att minska alkoholproblemen på arbetsplatserna att alltmer inrikta sig på tidiga insatser samt utbildning och informationsarbete till alla eller till riskgrupper.

De allmänt förebyggande insatserna kan exempelvis bestå i en policy med handlingsprogram välkänd bland alla anställda och återkommande informations- och arbetsplatsmöten kring temat droger. Det kan vidare finnas en företagshälsovård (motsvarande) som kopplar samman frågor om hälsa och missbrukssignaler och ett arbetsmiljöarbete där missbruksproblemen ingår och ansvarsfördelningen är klarlagd. Genom sådana åtgärder kan man påverka

människors attityder och beteende. Alkoholkulturen i företaget kan därmed på sikt förändras.

Via informationsinsatser når man också anhöriga. Anhöriga, som inte får stöd och hjälp, löper ökad risk att få liknande problem som alkoholmissbrukarna själva har, t.ex. hög korttidsfrånvaro, försämrad produktivitet och relationsproblem.

Insatser riktade till enskilda individer med storkonsumtion och missbruk är nödvändiga för ett fungerande och framgångsrikt arbete med att minska alkoholproblemen. En företagshälsovård med professionalitet i fråga om alkoholfrågor kan på ett framgångsrikt sätt konfrontera personer med tidiga medicinska tecken på hög alkoholkonsumtion. Välutbildade chefer och arbetskamrater kan utifrån individens beteende tidigt uppmärksamma missbruk och göra något åt det genom att ställa krav. Möjligheten till "självhjälp" och tidig rehabilitering blir därmed en realitet.

## 5.6 Problem och möjligheter

### 5.6.1 Problem som måste finna en lösning

Hinder för framgångsrika missbruksförebyggande insatser inom arbetslivet kan vara:

- Otillräcklig kunskap om alkohol och alkoholberoende hos arbetsledning och arbetskamrater.
- Bristande medvetenhet om det ansvar man har som arbetsledare.
- Missriktat hänsynstagande från arbetskamraters eller arbetslednings sida.
- Svag kompetens i alkoholfrågor inom delar av företagshälsovården.
- Minskad benägenhet hos företag att ta sitt arbetsmiljö- och/eller rehabiliteringsansvar i dåliga tider.
- Svårigheter ibland att få olika delar av den offentliga sektorn att ta sitt ansvar för förebyggande insatser eller åtgärder i tidigt skede.
- Bristande samverkan mellan arbetsplatser och berörda myndigheter.
- Oklarhet om vem som har det ekonomiska ansvaret för rehabiliterande insatser.

Ett av de största problemen idag är att det finns stora kunskapsbrister i alkoholfrågor hos många på en arbetsplats. Detta gäller arbetsledare såväl som arbetskamrater. De kan inte säkert skilja på bruk och missbruk och få känner närmare till på vilket sätt alkoholkonsumtion påverkar hälsan.

Det är långt ifrån alla chefer och arbetsledare som vet vilket ansvar de har på detta område och som har de kunskaper och erfarenheter som behövs för

att kunna fullgöra ansvaret. Många har inte satt sig in i vare sig hur man ger effektiv hjälp eller vad företaget förlorar ekonomiskt på att inget görs.

Det är fortfarande ganska ovanligt med tidiga insatser för goda alkoholvanor från arbetslivets sida. Mycket vanligare är att ett påbörjat missbruk får fortgå länge innan missbrukaren får vård. Detta beror ofta på missriktat hänsynstagande från anhörigas eller arbetskamraters sida. Att våga se förutsätter kunskap.

Att anhöriga döljer missbruket i det längsta är kanske inte så konstigt. De upplever situationen som pinsam, är rädda att familjemedlemmen skall förlora sitt arbete etc. Arbetskamraterna kan ha många motiv till att inte ingripa. De kan hoppas att problemen skall gå över av sig själva, de kan tycka synd om missbrukaren, de kan vara rädda för att ytterligare förvärra situationen om de börjar konfrontera sin arbetskamrat med missbruket eller berättar om det för chefen. Detta betyder att missbruket alltför länge kan förbli dolt för arbetsledningen. Därmed går också chansen att sätta in åtgärder i ett tidigt skede förlorad. Vidare finns risk att arbetskamraten efter en tid måste lämna arbetsplatsen för gott.

Det är angeläget att arbetsgivarna ger företagshälsovården en viktig roll när det gäller att förebygga och vidta åtgärder vid missbruk. Tyvärr är kunskaperna i alkoholfrågor även inom företagshälsovården varierande och ibland bristfälliga. Då är risken stor att man behandlar symptom på ohälsa (som utgör konsekvenser av hög alkoholkonsumtion) i stället för att diskutera själva konsumtionen.

Enligt Arbetsmiljökommissionen hade tidigare mellan 80 och 85 procent av alla arbetstagare tillgång till företagshälsovård. Vid årsskiftet 1992/1993 drogs statsbidragen till företagshälsovården in. Till följd av det indragna statliga stödet har företagshälsovården minskat i omfattning. En del företagshälsovårdscentraler har lagts ned eller är i farozonen för nedläggning. Detta är en utveckling som inte gagnar det missbruksförebyggande arbetet inom arbetslivet.

Insatser i tidigt skede från arbetslivets sida kan ibland förutsätta en nära samverkan med berörda offentliga organ. Ett sådant samarbete är idag inte vanligt förekommande. Detta sammanhänger med att de berörda organen, främst hälso- och sjukvård, socialtjänst och försäkringskassa, många gånger inte prioriterar förebyggande insatser. I stället tycks behandling av enskilda individer i ett sent skede av missbruk och rent sjukvårdande insatser ta stora resurser i anspråk och därmed i praktiken prioriteras.

Ett uppenbart problem när det gäller rehabiliteringsinsatser, är att kunna erbjuda den det berör ekonomiskt stöd till rehabilitering. Försäkringskassan har enligt lagen om allmän försäkring ett delansvar när det gäller att bekosta arbetslivsinriktad rehabilitering för sjukskrivna. Det är dock oklart vad lagstiftaren lagt in i begreppet "arbetslivsinriktad rehabilitering". Skall en alkohol-

missbrukare, som har kvar sin anställning men som inte klarar av att utföra sitt arbete på grund av sitt missbruk, anses tillhöra målgruppen för arbetslivsinriktad rehabilitering? Mycket talar för att detta är en rimlig tolkning. Men i dagsläget tolkar olika försäkringskassor och enskilda handläggare vid kassorna lagstiftningen på olika sätt. Praxis vacklar således.

I praktiken bekostar socialtjänsten som regel inte rehabiliteringsinsatser för alkoholberoende personer, som fortfarande är socialt förankrade och har kvar sin anställning. Många arbetsgivare har tidigare, på eget initiativ, bekostat sådana rehabiliteringsinsatser. I nuvarande kärva ekonomiska läge anser sig många arbetsgivare inte kunna göra detta längre.

Sammanfattningsvis kan sägas att insatserna idag ofta kommer för sent. Många gånger behandlas symptom och inte de faktiska problemen och deras orsaker. Vidare är de ekonomiska spelreglerna oklara. Men det finns möjligheter att ändra på detta.

### 5.6.2 Möjligheter

En utgångspunkt för insatserna mot alkohol i arbetslivet är att alkoholkonsumtion i princip inte skall förekomma under arbetstid och att den alkoholkonsumtion som sker på fritiden inte skall tillåtas inverka på arbetet.

Som tidigare redovisats finns flera lagar som ger både samhället och företagen ansvar och därmed stöd för att förebygga och tidigt ta itu med bl.a. missbruksproblem. Att utarbeta en policy och en handlingsplan är det första som bör göras på en arbetsplats. Genom policyn, som arbetsgivare och arbetstagarorganisationer bör utarbeta tillsammans, finns möjligheter att diskutera igenom och komma överens i många svåra frågor.

Handlingsprogrammet bör konkret ange mål, beskriva vem som skall agera och hur man skall göra om policyn inte följs.

Arbetskamraterna, som ofta är de som först upptäcker missbruk och högkonsumtion, måste få ökad kunskap om när alkohol skadar kroppen och vad de kan göra för att hjälpa. Arbetskamrater kan vara ett viktigt stöd till den som dricker för mycket, både när det gäller att motivera till en stöd- eller vårdinsats, under behandling och eventuell vistelse på institution och framför allt vid återkomst och fortsatt rehabilitering efter behandling. Fackligt förtroendevalda är nyckelpersoner som måste få särskild utbildning, men information behöver spridas till alla på en arbetsplats, exempelvis vid arbetsplatsträffar.

Genom att motivera chefer och arbetsledare att genomföra arbetsplatsträffar med alla anställda, kan processer starta tidigt och medvetenheten om hur var och en kan/skall agera vid missbruksproblem ge mycket påtagliga resultat.

Chefer och arbetsledare, som inte säkert vet vilket ansvar de har på detta område, måste få ett klarläggande av vad de förväntas göra vid befarade

missbruksproblem hos en anställd. Vidare måste de få förbättrade kunskaper om hur alkoholkonsumtionsnivåer påverkar kroppen, vilka tidiga tecken som finns på missbruk eller beroende och vad som kan/bör göras när problem uppstår. Det är viktigt att de ser positivt på samverkan med fackliga företrädare också i dessa frågor och att de tar vara på företagshälsovårdens möjligheter att erbjuda stöd till medarbetare med missbruksproblem.

Även personalen inom företagshälsovården har som nämnts inte sällan otillräckliga kunskaper på alkoholområdet. Det är viktigt att företagshälsovården i ökad utsträckning ägnar sig åt hälsotester, vid vilka bl.a. alkohol tas upp som en hälsofråga. Genom att t.ex. uppmana människor att räkna ut sin egen konsumtion i relation till riskfyllda mängder finns möjligheter att tidigt uppmärksamma och möta kroppsliga signaler på alltför högt alkoholintag. Personalen inom företagshälsovården bör också ha kunskaper om vart personer med problem kan hänvisas, i såväl tidiga skeden av missbruk som i senare skeden av beroendeproblem. I detta avseende måste de kunna fungera som rådgivare såväl till den enskilde, som till arbetskamrater och företagsledning.

Inte minst för anställda i små företag kan företagshälsovården vara en mycket viktig resurs. Det är orealistiskt att tro att ett litet företag skall avsätta resurser för att på egen hand utarbeta policy och handlingsprogram, utbilda chefer och nyckelpersoner etc. Med en aktiv och kunnig företagshälsovård eller motsvarande resurs kan även det lilla företaget få hjälp med kunskaper och material för sitt förebyggande arbete.

En tydlig ansvarsfördelning och en grupp med representanter för arbetstagarorganisationer och arbetsgivare, som utvecklar kunskaper och driver på arbetet på företaget, är oftast nödvändig. Det kan vara skyddskommittén, men det kan också vara en särskild grupp. Viktigt är att det i gruppen ingår representanter för både arbetsgivar- och arbetstagarsidan. Om företaget är anslutet till företagshälsovårdscentral bör även den vara representerad i gruppen. Erfarenheter visar att en särskild grupp i alkohol- och narkotikafrågor ofta är att föredra, eftersom frågor kring alkoholbruk och inte minst missbruks- och beroendeproblem oftast prioriteras bort i mer allmänt orienterat arbetsmiljöarbete.

Det är värdefullt om företagen också kan knyta till sig olika rådgivnings- och vårdresurser. Stödinsatser av detta slag fungerar bäst om de är väl förankrade i företagets policy och handlingsprogram. Insatserna bör göras utifrån en gemensam överenskommelse mellan företaget och den anställde.

De som arbetar med alkoholfrågor på en arbetsplats och ser till att verksamheten lever och utvecklas bör erbjudas egen utveckling, t.ex. genom fortbildning och handledning i dessa frågor. Det kan vara en fördel att vara ansluten till något av de resurscentra som finns och som arbetar med att erbjuda denna service. Några sådana exempel är Alna-verksamheter ute i landet och enskilda konsulter - exempelvis Soberkonsult, Provita, Alfa-stiftelsen m.fl. Dessa

resurscentra kan också erbjuda informationsmaterial, skräddarsydda utbildningar m.m. Alna-rådet i Stockholm kan utöver detta erbjuda olika typer av rådgivning och vårdinsatser, medan Väst-Alna i Göteborg hjälper till med att bedöma missbrukets karaktär och hänvisar vårdbehövande till lämpliga institutioner.

## 5.7 Kommissionens överväganden och förslag

I det föregående har redovisats goda motiv för arbetsgivare att på olika sätt motverka alkoholproblem inom arbetslivet. Dels finns starka humanitära och ekonomiska skäl, dels finns lagstiftning om arbetsgivarens skyldigheter att förhindra ohälsa, medverka till rehabilitering m.m. Dessutom har arbetslivet goda förutsättningar att lyckas.

Det har också framgått att det görs en hel del insatser inom svenskt arbetsliv för att motverka alkoholmissbruk. Men i likhet med vad som kunde konstateras beträffande hälso- och sjukvården och socialtjänsten agerar man ofta först i sent skede, dvs. då ett odiskutabelt missbruk föreligger. Intresset för tidiga insatser synes dock ha ökat på senare år.

Kommissionen anser att det är angeläget att de förebyggande insatserna inom arbetslivet ökar i omfattning, såväl de generella som de riktade. Med tanke på den vikt som många lägger vid att kunna vara kvar i en arbetsgemenskap bedömer kommissionen att arbetslivets förutsättningar att lyckas med förebyggande insatser bör vara mycket goda. Det är uppenbart att arbetslivets potential att verka alkoholförebyggande inte utnyttjas fullt ut.

En förutsättning för framgång är som tidigare påpekats att det inte bara är ett fåtal specialister på missbruk som är engagerade. I viss mening bör *alla* på en arbetsplats vara delaktiga i arbetet med att motverka missbruk. Vissa, speciellt arbetsledarna, har dock ett större ansvar och därmed större anledning att befatta sig med hithörande frågor än andra.

Vi har i föregående avsnitt pekat på ett antal hinder för den önskade utvecklingen. Kunskaperna om alkohol och dess skadeverkningar är generellt otillräckliga. Det finns också, här som på andra områden, en rädsla för att "lägga sig i", vilket verksamt bidrar till att åtgärder ofta sätts in för sent. En del arbetsledare är uppenbarligen inte fullt medvetna om det ansvar som de har: att det är deras skyldighet mot såväl den anställde som företaget/förvaltningen att "lägga sig i" levnadsvanor som inverkar menligt på den anställdes sätt att sköta arbetet. Dessutom torde de i många fall underskatta alkoholproblemens ekonomiska konsekvenser. Det brister vidare i samverkan, såväl på arbetsplatser som mellan arbetsplatser och berörda myndigheter. Till detta bidrar sannolikt i hög grad den oklarhet som råder om vem som har betalningsansvaret för olika förebyggande insatser som kan bli aktuella.

Kommissionen har i föregående avsnitt även pekat på vari möjligheterna består och hur hindren skulle kunna överbryggas. Det mesta av det som framhållits har karaktär av rekommendationer. När vi nu åter berör dem här föreslår vi emellertid också ett antal insatser från statens sida i syfte att stimulera den önskade utvecklingen.

*Kommissionen anser att åtgärder av följande karaktär fordras om den önskade utvecklingen skall kunna bli verklighet.*

- *Ökad medvetenhet om arbetslivets kostnader för alkoholmissbruk.*
- *Spridning av goda exempel.*
- *Utbildning i alkoholfrågor.*
- *Utveckling av tidiga behandlingsinsatser.*
- *Förbättrad samverkan och nya former för samverkan.*
- *Tydliggörande av ansvarsfördelning (inkl. kostnadsansvaret) för olika åtgärder på alkoholområdet, särskilt rehabilitering.*

### 5.7.1 Ökad medvetenhet om arbetslivets kostnader för alkoholmissbruk

Nationalekonomen Anders Johnson presenterade år 1983 en undersökning om alkoholens samhällsekonomiska kostnader i Sverige år 1981 ("50 miljarder kostar supen"). Författaren gjorde sju år senare en uppdatering av beräkningarna och fann då att de samhällsekonomiska kostnaderna enligt det penningvärde som gällde vid årsskiftet 1990/91 uppgick till ca 100 miljarder kronor. (100 miljarder kostar supen, 1991, Sober förlag). En betydande del av dessa kostnader drabbar arbetslivet i form av produktionsbortfall m.m.

Som exempel på mer preciserade kostnader för missbruk på arbetsplatserna kan refereras de personalekonomiska beräkningar som Landstinget Dalarna har gjort. Av dessa beräkningar framgår att en undersköterskas missbruk under tre år kostar arbetsgivaren 250 000 kronor. Motsvarande siffra för en sjuksköterska är 300 000 kronor, för en tandläkare 500 000 kronor och för en överläkare 700 000 kronor.

Det kan finnas delade meningar om vad som är ett korrekt beräkningssätt. Beräkningar av produktionsbortfall har också en osäkerhetsmarginal. Ingen initierad torde dock invända mot konstaterandet att företagens och förvaltningarnas kostnader/intäktsbortfall på grund av alkoholmissbruk är *mycket* stora.

Arbetsgivarna har enligt gällande lagstiftning (arbetsmiljölagen, lagen om allmän försäkring m.fl.) skyldighet att ägna sig åt alkoholpreventiv verksamhet. Här sammanfaller arbetslivets och lagstiftarens intressen.

**Kommissionen föreslår:**

- *En orsak till att arbetslivet inte engagerar sig ännu mer i att motverka alkoholmissbruk kan vara att man underskattar alkoholproblemets stora ekonomiska konsekvenser. Att stimulera till ökade insatser mot alkoholmissbruk från arbetslivets sida anser kommissionen vara en angelägen uppgift för Folkhälsoinstitutet. Genom informationsmaterial, konferensverksamhet, projektstöd m.m. bör institutet kunna visa på vad alkoholproblem på en arbetsplats respektive frånvaron av sådana kan betyda för ett företags ekonomi. I det sammanhanget bör institutet också kunna fortsätta på den väg man redan slagit in på, nämligen att presentera framgångsrika projekt som bedrivits på olika företag och visa på vad de resulterat i. Särskilt viktigt framstår det att visa på det stora humanitära värdet och den stora kostnadseffektiviteten i tidiga insatser.*

### 5.7.2 Utbildning i alkoholfrågor m.m.

Genom aktiviteter av den typ som ovan skisserats kan arbetsgivarnas, företagshälsovårdens och de fackliga organisationernas intresse för utbildning på alkoholområdet förväntas öka. Av samma skäl kan intresset för att skapa en alkoholpolicy och lägga upp handlingsprogram på arbetsplatserna förmodas öka. Därmed bör efterfrågan väsentligt öka på dels utbildning i alkoholfrågor till arbetsledare och kontaktpersoner, dels hjälp med att skapa en alkoholpolicy respektive ett handlingsprogram och dels slutligen hjälp med att organisera stödgrupper m.m. Kommissionen anser att Folkhälsoinstitutet på olika sätt, bl.a. genom utvecklingsstöd (se nedan) och genom att ta fram utbildningsmaterial, bör agera för att tillgodose dessa ökade utbildningskrav.

### 5.7.3 Samhällsstöd till regionala resurscentra

S.k. resurscentra, dvs. stödfunktioner på regional nivå, kan ge arbetslivet hjälp med att utarbeta policy och handlingsprogram i alkoholfrågor, erbjuda utbildning m.m. De är också viktiga för att sprida kunskaper genom konferenser, mässor, informationsmaterial och nyhetsbrev och för att följa forskningen på området.

Sådana centra finns idag i Stockholms län genom Alna-rådet, i Göteborgs- och Bohus län genom Väst-Alna och i Uppsala län genom Ups-Alna. På övriga orter där verksamhet bedrivs anlitar man ofta fristående konsulter.

Utredningen om kunskapsspridning m.m. inom arbetslivsområdet kommer att lägga fram sitt slutbetänkande inom kort. Den kommer enligt vad kommissionen erfarit att föreslå att kunskapscentra för arbetslivet etableras på många håll i landet. De avses byggas upp med hjälp av bl.a. kvarvarande medel från Arbetslivsfonden. Minst ett sådant centrum skall finnas i varje kommun. Två-

tre personer med bred arbetslivskunskap (generalister) planeras tjänstgöra vid varje kunskapscentrum. De skall i första hand förse små företag och små förvaltningar med kunskap/information i arbetslivsfrågor. Regionala funktioner, som handhas av befintliga myndigheter (t.ex. länsstyrelsen eller försäkringskassan), avses samordna olika centras verksamhet. Kommissionens bedömning är att dessa centra knappast kommer att kunna utgöra en i alkoholfrågor specialiserad stödfunktion. Däremot kan de komma att få en viktig allmänorienterande roll, bl.a. genom att ha god kunskap om vad det finns för stödresurser att tillgå för arbetslivet.

Resurscentra som är specialiserade på alkoholfrågor, exempelvis ALNA-rådet, har således en viktig uppgift. Det skulle kunna övervägas att, i likhet med vad som gäller för AKAN-verksamheten i Norge, låta staten finansiera en del av verksamheten eftersom den bidrar till statliga kostnadsminskningar på t.ex. sjukförsäkringsområdet. Motiv finns även för att landstinget eller kommunerna skulle finansiera viss del av verksamheten.

Kommissionen anser det dock f.n. rimligt att denna verksamhet också i fortsättningen finansieras genom avgifter från dem som anlitar den aktuella stödorganisationen. Stödorganisationen hjälper ju det aktuella företaget eller förvaltningen att ta sitt ansvar för att skapa en god arbetsmiljö utan alkoholproblem. Följden blir väsentliga kostnadsbesparingar genom minskade produktionsstörningar. Statliga och kommunala organ kan bidra till verksamhetens finansiering i egenskap av uppdragsgivare/medlemsföretag. Vidare bör ett ökat intresse för insatser mot missbruk inom arbetslivet gynna resurscentra. Det finns också en möjlighet för Folkhälsoinstitutet att ge utvecklingsbidrag till nya sådana verksamheter.

### 5.7.4 Försöksverksamhet, metodutveckling

Det finns, som framgår av bilagorna, gott om exempel på framgångsrik verksamhet i syfte att motverka bruk av alkohol inom arbetslivet. Det hindrar inte att det finns ett behov av ytterligare försöksverksamhet, bl.a. i syfte att vidareutveckla den metodik som redan prövats och visat sig lyckosam. Av intresse är särskilt att man prövar olika förebyggande program och undersöker kostnadseffektiviteten hos dessa. Vidare är samarbetsprojekt med olika offentliga organ representerade, intressanta.

**Kommissionen föreslår**:

- *Folkhälsoinstitutet bör inom ramen för erhållna utvecklingsanslag fördela medel till intressanta projekt med inriktning på att förebygga alkoholproblem inom arbetslivet samt även ansvara för utvärdering.*

### 5.7.5 Företagshälsovårdens existensmöjligheter

Företagshälsovården bör fortsättningsvis vara en viktig extern resurs i alkoholfrågor vid hälsokontroller, enklare rådgivningssamtal, hänvisning till olika typer av vård, uppföljning efter vård etc. Det är också viktigt att den fungerar som ett stöd för chefer och arbetsledare. Däremot bör den inte ta över ansvaret för missbruksarbetet på arbetsplatsen, detta måste åvila arbetsledningen. I de riktigt små företagen kan företagshälsovården dock få ett jämförelsevis större ansvar.

I och med att statsbidragen till företagshälsovården togs bort har verksamheten fått minskad omfattning. I den mån det missbruksförebyggande arbetet inte tas över av andra instanser är detta negativt från alkoholpolitisk utgångspunkt. Kommissionen konstaterar dock att företagshälsovården kan komma att få förbättrade existensmöjligheter till följd av att riksdagen, i samband med att den i december 1993 antog en ny lag om läkarvårdsersättning, hemställde hos regeringen om att pröva möjligheten att låta företagsläkarna omfattas av den nämnda lagen. Vad som skall prövas är möjligheten att som företagsläkare ge en anställd individuell medicinsk service med stöd av socialförsäkringen. I denna service kan då ingå bl.a. delar av de tjänster som ovan nämnts, t.ex. rådgivning till högkonsumenter av alkohol och rehabiliteringsundersökningar på grund av missbruksproblem. Andra tjänster, som inte avser en viss patient, får beställas och finansieras av det aktuella företaget/arbetsgivaren.

Kommissionen anser att det från alkoholpolitisk synpunkt vore värdefullt om företagshälsovården kunde få en ekonomisk grundtrygghet på detta sätt. Om ersättningen ändras bör bl.a. alkoholrådgivning och rehabilitering upptas bland de ersättningsberättigade tjänsterna.

### 5.7.6 Tydliggörande av ansvarsfördelning

Lagstiftningen ålägger såväl arbetsgivare som hälso- och sjukvården och socialtjänsten att förebygga ohälsa och missbruk. Arbetsgivaren har ansvaret för arbetsmiljön och för att en anställd vid behov får en arbetslivsinriktad rehabilitering. Om det är arbetsgivarens ansvar att tillgodose anställdas behov av rehabilitering på grund av alkoholmissbruk är osäkert. Medicinsk rehabilitering är förvisso landstingets (hälso- och sjukvårdens) ansvar, oavsett grundorsak och eventuella anställningsförhållanden. Försäkringskassan har att samordna rehabiliteringsinsatser av såväl arbetslivsinriktad som medicinsk karaktär. Ansvaret omfattar alla försäkrade.

Det råder en betydande oklarhet om var gränserna går för olika aktörers ansvar för olika åtgärder på alkoholområdet liksom för de kostnader som är förknippade med dessa. Detta gäller särskilt rehabiliterande åtgärder. Enligt kommissionens bedömning är det angeläget att ökad klarhet nås i detta hän-

seende, eftersom det oklara ansvarsförhållandet bidrar till passivitet. Det är således viktigt att precisera och göra gränserna tydligare för arbetslivets, försäkringskassornas, hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens ansvar vad gäller rehabilitering av anställda med alkoholproblem.

**Kommissionen föreslår**:

- *En översyn av lagstiftningen bör ske i syfte att få till stånd en tydlig ansvarsfördelning mellan berörda aktörer vad gäller rehabiliterande åtgärder på alkoholområdet.*

# 6 Tidiga insatser för ungdom

## 6.1 Inledning

Betydande satsningar har under åren gjorts från stat, kommun och ideella organisationer för att förbättra barns och ungdomars uppväxtvillkor. Behovet av en samlad ungdomspolitik har också understrukits i olika sammanhang. Från statens sida har bl.a. Socialdepartementet, Civildepartementet, Socialstyrelsen, Statens ungdomsråd, Skolverket, Brottsförebyggande rådet och Barn- och ungdomsdelegationen arbetat med ungdomsfrågor. Ett viktigt arbete utförs av ideella organisationer som Bris, Rädda barnen, nykterhetsrörelsen m.fl. På kommunal nivå regleras de allmänt inriktade insatserna och omsorgerna när det gäller barn och ungdom av bestämmelserna i 12 - 18 §§ socialtjänstlagen. Alla insatser innefattas i begreppet omsorger om barn och ungdom, bl.a. fritidsverksamhet.

Det generellt förebyggande arbetet och statens insatser har behandlats av utredningen om översyn av statens insatser inom barn- och ungdomsområdet ("Stuns-kommittén"). I utredningens betänkande "Mer för mindre. Nya styrformer för barn- och ungdomspolitiken" (SOU 1992:54) behandlas förutom frågor om arbets- och ansvarsfördelning även strategier för barns och ungdomars säkerhet och trygghet, sociala behov och självförverkligande.

Formerna för socialtjänstens allmänt inriktade och förebyggande insatser är f.n. föremål för utredning inom Socialtjänstkommittén. Kommittén bör, enligt direktiven, särskilt beakta behovet av samordning mellan olika verksamheter.

Socialnämnden skall enligt socialtjänstlagen arbeta för att förebygga och motverka missbruk av alkohol och andra beroendeframkallande medel. Barns och ungdomars förhållanden bör enligt 11 § socialtjänstlagen särskilt uppmärksammas och tidiga insatser är av vikt. Den följande framställningen i detta kapitel avser i första hand socialtjänstens tidiga, riktade insatser för att motverka och tidigt upptäcka missbruksproblem hos ungdom. Det allmänt förebyggande arbetet från kommunens sida behandlas bara översiktligt.

## 6.2 Ungdom och alkohol

Ungdomars alkoholkonsumtion är ett växande socialt problem. En del ungdomar har redan före 20 års ålder fått avancerade alkoholvanor och i vissa fall även utvecklat ett beroende av alkohol. Alkoholdrickande är av många ungdomar accepterat som ett naturligt och nödvändigt inslag i umgänget. Denna inställning strider mot målet för alkoholpolitiken avseende ungdom att någon konsumtion av betydelse inte skall förekomma under uppväxtåren. I lagstiftningen markeras också att ungdomsåren så långt som möjligt skall vara alkoholfria. Åldersgränser för servering och inköp av alkohol är uttryck för begränsningarna.

En förändring av konsumtionsvanorna hos ungdom inleddes under 1960-talet. Antalet helnykterister minskade, främst bland flickor, och alkoholdebuten tidigarelades. De årliga undersökningar som CAN gör i årskurs 9 visar att konsumtionen steg till mitten av 1970-talet för att därefter stabiliseras på en lägre nivå under 1980-talet. Undersökningarna de senaste åren har visat en svag ökning av alkoholkonsumtionen men utan att nå upp till de tidigare höga nivåerna. År 1992 fanns också en tendens att fler elever än tidigare dricker sig berusade relativt ofta.

För de något äldre ungdomarna kan den tilltagande arbetslösheten och därmed sysslolösheten bidra till en högre alkoholkonsumtion och missbruk. Detta framgår bl.a. i en forskningsrapport av Anne Hammarström (Ungdomsarbetslöshet och ohälsa, 1989). Arbetslösheten hos den undersökta ungdomsgruppen medförde en försämrad kroppslig och psykisk hälsa samt ökad användning av alkohol, tobak och narkotika. Avsaknad av sysselsättning och arbete är mycket allvarligt för ungdom. I ett hälsoperspektiv måste ungdomsarbetslösheten motverkas. På kort sikt är det därför angeläget att det exempelvis finns träffpunkter och samlingsställen för arbetslös ungdom, för att erbjuda drogfri miljö, ge stöd till att söka arbete eller erbjuda andra meningsfulla uppgifter.

### 6.2.1 Faktorer som påverkar ungdomars alkoholvanor

Olika faktorer påverkar ungdomars alkoholkonsumtion. I en studie av Hibell nämns faktorer som kulturell spridning, urbaniseringsprocessen, ändrade fritidsvanor, ändrade könsroller och ökad tillgänglighet till alkoholdrycker. Marklund har visat att föräldrarnas egna alkoholvanor och än mer deras bjudvanor påverkar ungdomarnas konsumtion. Av de ungdomar, som hade föräldrar som aldrig bjöd sina barn på alkohol, befann sig endast tio procent i högkonsumtionsgruppen. Bland ungdomar, vars föräldrar ibland eller ofta bjöd sina barn på alkoholdrycker, var andelen högkonsumenter högre än bland dem vars föräldrar inte alls bjöd sina barn på sådana drycker. Andra studier

visar att tidig alkoholdebut och tidiga mer avancerade alkoholvanor sannolikt har stor betydelse för konsumtionsmönstret.

Ungdomar saknar ofta insikt om farorna med hög konsumtion. Det är ovanligt att ungdomar av egen kraft och vilja söker hjälp för att förändra sitt alkoholdrickande. Motivation saknas vanligen för att bryta ett negativt mönster. Rusupplevelsen, kamrattryck och annan påverkan är starkare drivkrafter än information och kunskap om alkoholens risker. Omfattande alkoholproblem kan därför grundläggas och utvecklas innan den unge kommer i kontakt med stödjande och hjälpande instanser.

För många ungdomar är föräldrars upptäckt eller ett myndighetsingripande starkare hindrande faktorer än risken för medicinska konsekvenser. Obehaget som uppstår när föräldrar upptäcker, skolan agerar eller polisen ingriper är omedelbart kännbart. Det "sociala gränsöverskridandet" är mera påtagligt än de medicinska följder som den unge kan drabbas av på sikt.

### 6.2.2 Tidiga insatser

Konsumtion av alkoholdrycker i tidiga ungdomsår, även i begränsade mängder, ökar snabbt risken för såväl medicinska som psykologiska och sociala konsekvenser. Insatser för att uppskjuta alkoholdebuten, bryta en regelbunden alkoholkonsumtion i tidiga tonåren eller en förhöjd alkoholkonsumtion i senare tonåren måste prioriteras. Vanan och konsumtionen kan annars på relativt kort tid leda till beroende och skador.

Tidig upptäckt av alkoholmissbruk bland ungdom och tidiga insatser kräver ett offensivt arbetssätt från kommuner och andra aktörer. Detta är nödvändigt eftersom det i flera avseenden är ett arbete som inte följer rådande ungdomskultur och som ofta går emot inställningen hos dominerande ungdomsgrupper. En viktig förutsättning är också att alla som är involverade i det förebyggande arbetet för ungdomar samverkar och att det råder överensstämmelse mellan samverkansparterna om inställningen till ungdomars alkoholkonsumtion och målen för att begränsa den.

Insatserna för att förhindra en negativ utveckling måste vara av olika slag. Uppgiften är inte lätt: problemet är sammansatt både när det gäller orsak och verkan. Oftast krävs en kombination av insatser för att arbetet skall ge ett bra resultat. Förutsättningarna ökar om verksamheter som kommer i kontakt med ungdomar samarbetar och medvetet satsar på förebyggande och tidiga insatser. Dels kan alkoholdebuten hindras eller senareläggas eller inledda alkoholvanor ändras, dels blir eventuella insatser inte lika omfattande eftersom alkoholproblemen inte blivit så stora. Flera kommuner har varit mottagliga för denna inriktning och anpassat sitt arbetssätt därefter.

### 6.2.3 Vem kan upptäcka tidigt?

Till personal, som förväntas genomföra förebyggande och tidiga insatser för ungdom, hör socialtjänstens fältarbetare och anställda inom fritidsförvaltningen. Under de senaste årens nedläggning av verksamheter och nedskärning av resurser har emellertid bl.a. dessa personalkategorier drabbats. Mer än tidigare är det därför angeläget att inventera vilken del av den kommunala organisationen som kan svara för och genomföra ett förebyggande arbete avseende såväl information och upplysning som riskgruppsinriktade tidiga insatser.

Störst möjligheter att upptäcka unga i riskzonen när det gäller alkoholbruket har de som känner den unge. Den som har en regelbunden kontakt har möjlighet att observera och lägga märke till beteenden som avviker från de tidigare. Förutom föräldrarna är det främst skolans personal som har den täta kontakt som är en förutsättning för att observera förändringar.

Andra som kan upptäcka unga i riskzonen är de som i sin yrkesutövning kommer i kontakt med ungdomar av sociala, juridiska eller medicinska skäl och där alkoholen kan ha inverkat på den uppkomna situationen. Polisen och sjukvården är exempel på sådana organ. I en del kommuner finns särskild verksamhet för ungdomar med akuta alkoholproblem. Ett sådant exempel är Mariapoliklinikens ungdomsenhet i Stockholm. I andra kommuner krävs att den som uppmärksammar alkoholproblem hos unga tar eget ansvar och eget initiativ, kontaktar föräldrarna och socialtjänsten och/eller andra som kan vara berörda. Om omständigheterna är allvarliga kan det bli aktuellt med en anmälan enligt 71 § socialtjänstlagen för att skydda den underårige.

## 6.3 Socialtjänstens förutsättningar

Socialtjänstens individinriktade arbete med ungdomar har som regel sin grund i det utredande arbetet utifrån 50 § socialtjänstlagen. Utredningen skall utgå från förhållandena för den enskilde ungdomen och dennes familj, klargöra vårdbehov och erbjuda erforderliga insatser. Utgångspunkten är således oftast individuellt arbete. Arbete med ungdomarna och deras familjer i grupp förekommer ytterst sällan.

Enligt Lindberg, som särskilt studerat ungdomars missbrukarkarriär, har dessa ofta missbrukat alkohol länge innan problemen kommer till socialtjänstens kännedom (Lindberg, 1986). Socialsekreterare själva och andra påtalar ofta att kontakten med socialtjänsten etableras i ett alltför sent skede. Förutsättningarna för socialtjänsten att göra ett bra arbete i en sådan situation är mindre goda.

Samtidigt som socialtjänsten beklagar den sena kontakten tyder mycket på att insatser i ett tidigt skede för att hindra alkoholbruk hos ungdomar är sällsynta inom socialtjänsten (Rönnberg och Svensson-Tredup, 1991). Socialtjänstens aktivitet borde vara större vad gäller förebyggande insatser för ungdomar än för vuxna eftersom socialtjänstens ansvar för unga tydligt markeras i socialtjänstlagen. Om skyldigheten finns att erbjuda tidiga insatser finns det anledning att fråga sig varför socialtjänsten alltför ofta kommer in i ett alltför sent skede vid ungdomsmissbruk? En förklaring är sannolikt att det råder osäkerhet eller okunskap om medlen att uppnå målen. Bristande metodutveckling kan således vara ett hinder. En annan förklaring kan vara att kommunerna i alltför liten utsträckning betonat vikten av tidiga insatser. Om uppgiften inte prioriteras riskerar kompetensen att uttunnas och metodutvecklingen att avstanna.

Trots skyldighet i lag att särskilt uppmärksamma unga och trots att ungdomars alkoholbruk är ett stort problem, finns det brist på metoder och behandlingsprogram i det utredande och behandlande arbetet för ungdomar. Arbetet utgår, som nämnts, i allmänhet från inkomna rapporter om omhändertaganden enligt LOB och trafikonykterhetsanmälningar. En utredning inleds men kunskap saknas om arbetssätt för att komma till rätta med ungdomars alkoholproblem. De utredningsmetoder som används inom missbrukarvården för vuxna är inte alltid lämpliga för ungdomar.

Några kommuner har eftersträvat en anpassning och utformat en arbetsmodell där ungdomar som omhändertagits enligt LOB genomgår ett utredningsprogram. Programmet består av ett mindre antal träffar med ett i förhand planerat innehåll som syftar till att klargöra den unges alkoholkonsumtion och alkoholvanor samt behovet av insatser.

Även om detta kapitel behandlar tidig upptäckt och tidiga insatser för ungdomar som befinner sig i riskzonen för eller redan har alkoholproblem, finns det anledning att även beröra vad som händer i de fall det visar sig att problemen är allvarliga. Bakgrunden är att alla insatser skall ses som en helhet och att socialtjänstens individ- och familjeomsorg spelar en viktig och central roll. Individ- och familjeomsorgen bör ha kompetensen att avgöra hur svåra problemen egentligen är och vilka insatser som är motiverade i det enskilda fallet. Om problemen inte är omfattande består insatsen oftast av ett eller flera samtal. Vid allvarliga problem placeras den unge på institution eller i familjehem.

En del kommuner har under senare år satsat på att utveckla nya öppenvårdsformer för ungdomar som alternativ till institutions- och familjehemsplacering. En sådan vårdform i ungdomarnas egen närmiljö är dagvård. Detta alternativ ger den unge möjlighet att bearbeta sin problematik i det egna nätverket vilket i sin tur ger förutsättningar för en bättre eftervård. Ett viktigt

inslag är att ge ungdomarna en riktig sysselsättning eller introduktion till arbete. Erfarenheterna av vård i denna form är goda.

### 6.3.1 Socialtjänsten och föräldrarna

Erfarenheterna talar för att ett aktivt arbete med ungdomars alkoholvanor måste inbegripa föräldrars medverkan för att bli effektivt. Det gäller såväl det förebyggande arbetet med information som att föräldramedverkan måste finnas med i olika led och i olika instanser som ungdomar kommer i kontakt med.

Under senare år har flera nya former av föräldramedverkan utvecklats. Ett i dag inte ovanligt inslag är att föräldrar organiserar sig i kvällsvandringar i grupp. Kvällsvandringarnas betydelse ligger framför allt i att vuxna är närvarande i de miljöer där ungdomar samlas. Det förekommer även i flera kommuner att föräldrar deltar i studiecirklar och gruppträffar för att lära sig mera om ungdom och ungdomsproblem.

Utvecklingen är glädjande och har troligen en preventiv inverkan på framför allt yngre ungdomars alkoholdrickande. För att initiativet skall fortleva är det viktigt att kommunala organ samarbetar med föräldragrupperna och erbjuder dem stöd och utbildning. Föreningen Hem och skola kan ha en betydelsefull roll som initiativtagare till och samordnare för detta arbete.

För de ungdomar som behöver riktade insatser i form av stöd och vård är det viktigt att också dessa innefattar föräldramedverkan. Socialtjänsten har många gånger framfört önskemål om att utveckla formerna för samarbete med föräldrar. Nya vårdformer efterfrågas där föräldrar, såväl enskilt som i grupp, medverkar mera aktivt än de gör inom de traditionella vårdformerna.

## 6.4 Andra aktörer

Socialtjänsten har ett övergripande ansvar för tidiga insatser för ungdomar. Det finns dock en rad andra verksamheter/myndigheter/organisationer som är berörda.

### 6.4.1 Skolan

Skolan är väl lämpad att vara huvudansvarig för information och attitydskapande arbete. Alkoholpolitiska utredningen (SOU 1974:91) betonade särskilt skolans roll som undervisare och menade att ett minimikrav på skolan var att ingen elev skulle löpa risk att skada sig själv eller andra till följd av okunnighet beroende på brister i undervisningen om alkoholens verkningar. Skolan

har därmed ett stort ansvar i det förebyggande arbetet, framför allt inom det allmänt förebyggande området (se vidare kapitel 7 i detta delbetänkande om skolans roll).

För att skolans insatser skall få den status och uppmärksamhet som behövs måste skolans ansvariga tydligt klargöra för elever, föräldrar och personal att dessa uppgifter ligger inom skolans ram. En sådan deklaration måste även göra det gemensamma förhållningssättet i kommunen tydligt för skolans personal, liksom vilka roller och vilket ansvar som yrkesgrupper utanför skolan har. Även föräldrars medverkan måste betonas.

Frågan om skolans roll när det gäller tidig upptäckt och tidiga insatser för ungdomar med en alltför hög alkoholkonsumtion är alltför sammanvävd med andra intressenters roller för att kunna avgöras för varje enskild skola. Skolans uppgift och ansvar bör därför klargöras för kommunen som helhet och resultera i en plan för skolans arbete med alkoholfrågorna inom ramen för ett kommunalt handlingsprogram.

### 6.4.2 Fritidsverksamheten

Den kommunala fritidsverksamheten når som regel ungdomar i åldrarna 13 till 17 år. Verksamheten är drogfri och många fritidsgårdar arbetar förebyggande mot alkoholkonsumtion med upplysning och attitydpåverkan. Fritidspersonal kommer inte sällan i kontakt med ungdomar som har en oroväckande hög alkoholkonsumtion.

Ansvarsfrågan diskuteras ofta. När skall föräldrar och myndigheter kontaktas? Liksom för skolan är ett program som ger ramen för ett enhetligt förhållningssätt till stor hjälp. Programmet är bl.a. ett stöd för hur fritidspersonalen skall agera i de situationer som kräver individuella insatser för att få enskilda ungdomar att förändra sin alkoholkonsumtion. Kontakten med och informationen till ungdomarnas föräldrar är väsentlig. För att åstadkomma ett bra arbete krävs dock såväl kunskaper om hur samtal med enskilda föräldrar och ungdomar skall genomföras som kunskaper om hur man genomför samtal med föräldragrupper.

Genom en regelbunden samverkan med socialtjänstens individ- och familjeomsorg kan fritidspersonalen få ökad kunskap i frågor som rör ungdom och alkohol. Under förutsättning att individ- och familjeomsorgens ungdomsarbete utvecklas kan fritidspersonalen och andra personalgrupper även få kompetent handledning i hur de bör agera i enskilda fall. Ett nära samarbete med individ- och familjeomsorgen underlättar även för fritidspersonal att ta ställning till eventuell anmälan av enskilda ungdomar till individ- och familjeomsorgen.

### 6.4.3 Ungdomsmottagningar

Ungdomsmottagningar har under de senaste åren etablerats i allt fler kommuner. Landstingen är ofta huvudman för mottagningarna men flera mottagningar har ett delat huvudmannaskap mellan landsting och kommuner. Ungdomsmottagningens arbete är som regel inriktat på att bistå ungdom med kunskaper kring sex- och samlevnadsfrågor. Denna uppgift kombineras ofta med information i hälsofrågor. Informationen om alkoholens skadeverkningar bör ingå som en viktig del.

Det är mest flickor som söker sig till ungdomsmottagningarna. Bland flickorna finns det en del som har en socialt instabil situation med hög alkoholkonsumtion i kombination med andra problem. För dessa flickor kan ungdomsmottagningen vara det första steget till fortsatt hjälp. Arbetet kräver speciell kompetens så att flickornas beteende och tecken på att de lever under mindre goda förhållanden uppmärksammas. Utan kunskap och regelbunden samverkan med skola och socialtjänst, är det lätt att dessa flickors missbruksproblem förblir okända och att de inte får den hjälp de behöver.

### 6.4.4 Primärvården

Primärvården har vissa möjligheter att tidigt upptäcka, ingripa och förhindra alkoholkonsumtion i samband med att ungdomar söker sjukvården för sjukdom eller skador. Vanligen har dock primärvården begränsade möjligheter till insatser utöver information och rådgivning. När ungdomar besöker primär- eller akutvård på grund av alkoholrelaterade skador eller sjukdomstillstånd är riktade insatser däremot i högsta grad aktuella.

Även om sjukvården har en viktig uppgift i arbetet med att förebygga och hindra utvecklingen av hög alkoholkonsumtion hos ungdomar kan inte huvudansvaret för samordningen av de tidiga insatserna åvila hälso- och sjukvården.

### 6.4.5 Polisen

Polisen har dels en "upptäckande roll", dels en "intervenerande roll" efter upptäckt. Polisens möjligheter till tidiga insatser stärks med den nya inriktningen mot problemorienterat arbete. Denna innebär att polisen inte bara agerar vid våldsbrott, ibland i samband med missbruk, utan också för att förebygga brott.

Polisen har därmed en betydelsefull roll i ett lokalt samarbete. Denna roll har även betonats i Ungdomsbrottskommitténs betänkande (SOU 1993:35).

Det är angeläget att polisens förebyggande arbete intensifieras. Genom fältarbetet kan polisen tidigt upptäcka missbruksproblem hos ungdomar eftersom polisen i detta arbete ofta kommer i kontakt med ungdomar som har

druckit för mycket och som kan komma att omhändertas med stöd av LOB. Bland dessa ungdomar finns det sannolikt de som har begynnande alkoholproblem. I och med att de omhändertagna ungdomarna anmäls till socialtjänsten har socialtjänsten möjlighet att utreda ett eventuellt missbruk samt erbjuda insatser. Ett aktivt uppsökande arbete från polisens sida kan således effektivt bidra till att förbättra förutsättningarna för tidiga insatser.

För att arbetet med ungdomar med alkoholproblem skall få effekt måste insatserna planeras dels vid omhändertagandet, dels efter det att den unge tillnyktrat. Erfarenheterna från Maria Ungdomsenhet (Akut omhändertagande - en preventiv metod, stencil, 1993) visar vikten av ett kvalificerat omhändertagande. Detta bör i den akuta situationen ske på en sjukvårdsenhet. Provtagningar och medicinsk undersökning görs samtidigt som föräldrar kontaktas och ett samtal inleds med familjen. Erfarenheterna talar för att ett aktivt agerande i den akuta situationen ökar möjligheterna att lyckas med att förändra ungdomarnas konsumtion av alkoholdrycker. Ett exempel på en betydelsefull insats i samband med ett akut omhändertagande är ett eller flera uppföljningssamtal med föräldrarna.

Det utredande polisarbetet kring ungdomars kriminalitet är i många kommuner specialiserat. Genom samarbete med socialtjänsten ökar förutsättningarna för ett effektivt ungdomsarbete. En stor del av ungdomsbrottsligheten, framför allt våldsbrotten, är förenad med stor alkoholkonsumtion. Särskild uppmärksamhet kring denna ungdomsbrottslighet kan ge upplysning om ungdomar med begynnande eller etablerade alkoholproblem. Polisens utredning kan därmed tidigt förmedla värdefull information till föräldrar och socialtjänst.

Trots polisens viktiga roll förefaller det inte lämpligt att polismyndigheten har ett huvudansvar för samordningen av de tidiga insatserna när det gäller ungdomars alkoholmissbruk. Redan individ- och familjeomsorg har problem att hantera den motstridiga dubbelrollen att förebygga sociala problem genom generella insatser och social rådgivning och service samtidigt som det i ansvarsområdet ingår att vidta åtgärder mot den enskildes vilja för att ge honom/henne nödvändig vård och behandling. Det förefaller inte troligt att polisens förutsättningar att klara denna dubbelroll skulle vara bättre.

### 6.4.6 Aktörernas olika roller

Olika grupper, organisationer och myndigheter har olika uppgifter när det gäller tidig upptäckt och tidiga insatser. Föräldrar, skola, föreningsliv/folkrörelser, sjukvård och polis har alla en roll i arbetet med tidig upptäckt och tidiga insatser. Socialtjänsten bör ha ett nära samarbete med alla dessa aktörer.

Allmänt förebyggande insatser i form av information och utbildning dominerar diskussionen om konkreta insatser mot alkoholmissbruk bland unga

människor. Insatserna är sällan kontroversiella. De anses av de flesta vara självklara och viktiga.

Socialstyrelsen fördelade tidigare statsbidrag till drogförebyggande verksamhet. Numera har Folkhälsoinstitutet den uppgiften. I flertalet fall har bidragen varit riktade till målgruppen ungdomar. För år 1991 utgick 7,5 miljoner kronor, främst till det allmänt förebyggande arbetet. En påfallande liten del av pengarna har gått till målgruppen ungdomar i riskzonen (Holmberg och Malmström, 1993). Civildepartementet och Arbetsgruppen för samordning av insatser för utsatta ungdomar (PLUS eller Projektet för Lokal Utveckling i Samverkan) riktar däremot insatser till denna grupp ungdomar. I projektet satsas under tre år 30 miljoner kronor på lokala projekt för ungdomar i 13 bostadsområden i några större städer. Målet för PLUS-satsningarna är att förhindra sociala problem och däribland drogmissbruk. Genom bidrag från Statens Ungdomsråd till olika ungdomsverksamheter i kommunerna bedrivs ett allmänt förebyggande arbete. Det kanske mest kända är satsningarna på s.k. träffpunkter i kommunerna. Ungdomens Hus, som kanske inrymmer en ungdomsmottagning, fritidsverksamheter och aktiviteter där ungdomarna själva spelar en central roll, är ett exempel på satsningen.

## 6.5 Socialtjänsten som samordnare

Med beaktande av olika aktörers handlingsutrymme förefaller socialtjänsten vara mest lämpad att samordna de tidiga insatserna för ungdom och alkohol. Väl differentierade insatser inom socialtjänsten ger goda förutsättningar för framgång i detta arbete.

### 6.5.1 Specialisering

För att utreda, kartlägga, samordna och erbjuda såväl allmänt förebyggande insatser för ungdom som riktade insatser till ungdomar i riskzonen för alkoholmissbruk samt dessutom vara en resurs för dem som upptäcker ungdomars missbruk, krävs specialiserad kunskap. Erfarenheten visar att avsaknaden av specialiserade resurser kan leda till att ungdomsfrågorna bortprioriteras inom individ- och familjeomsorgen. Ungdomarna har av naturliga skäl inte intresse av att bli uppmärksammade av socialtjänsten. När problemet har avancerat så långt att den unges beteende påkallar socialtjänstens uppmärksamhet efter exempelvis ett omhändertagande enligt LOB, olovlig körning under alkoholpåverkan eller skol- eller familjeproblem, krävs däremot omedelbara insatser av socialtjänsten.

Arbetet underlättas om socialtjänsten kan sätta av särskilda resurser för ungdomsarbetet. En specialisering medför att kompetensen koncentreras och

möjligheterna för metodutveckling ökar. Arbetet blir effektivare och det finns större utsikter för att den för ungdomsarbetet viktiga kontinuiteten kan bibehållas. Frågorna om specialisering bör redovisas i det kommunala handlingsprogrammet för insatser mot ungdomars alkoholmissbruk.

Socialtjänstens arbete för att förebygga alkoholmissbruk och genomföra insatser mot hög alkoholkonsumtion hos ungdomar har i de flesta stora och medelstora kommuner organiserats i speciella grupper av socialsekreterare, s.k. ungdomsgrupper. I flertalet ungdomsgrupper är arbetet inriktat på ungdomar i åldrarna tretton till tjugo år. En del kommuner har valt att låta ungdomsgrupperna arbeta utifrån en problemorienterad inriktning. Arbetet riktas t.ex. mot ungdomar som är kriminella och/eller är drogmissbrukare.

Specialiserade resurser inom socialtjänsten kan också vara nödvändiga för att uppehålla ett fungerande samarbete med andra myndigheter och verksamheter. Samverkan förutsätter regelbunden kontakt mellan dem som är berörda. Specialiseringen bidrar också till ett förtroendefullt förhållande mellan samverkanspartners.

### 6.5.2 Samverkan

Samarbete, samverkan och samordning nämns i flertalet utredningar som viktiga utgångspunkter för ett kraftfullt agerande mot ungdomars alkoholbruk. Rikspolisstyrelsen säger t.ex. i ett av sina "manifest" att *"lokala samverkansgrupper mellan polis, skola, socialtjänst och fritidsförvaltning är betydelsefulla, inte minst för att stimulera informationsutbytet om ungdomar med problem och om destruktiva ungdomsgäng"* (Rikspolisstyrelsen, 1990).

I de kommunbesök som kommissionen gjort och som redovisas i delbetänkandet VÅRD AV ALKOHOLMISSBRUKARE (SOU 1994:27) har framhållits att samverkansfrågorna är synnerligen viktiga. Flera kommuner ansåg att samarbetet med andra gör det möjligt att ingripa i ett tidigare skede och vända en negativ utveckling. Ett tidigt ingripande förutsätter dock både god och regelbunden kontakt med andra lokala myndigheter, skolor, föreningar, föräldragrupper m.fl.

Samverkan är aldrig problemfri. Personalbyte, bristande förståelse för och kunskap om olika aktörers arbetssätt, okunskap om möjligheter och begränsningar i sekretesslagstiftningen samt hinder som uppstår som en följd av omorganisationer m.m. är exempel på några svårigheter. Även om det finns formella beslut om samverkan måste den bygga på att de som skall samverka känner till, respekterar och har förtroende för varandra och varandras arbetssätt. Detta tar tid att bygga upp och det krävs att de goda intentionerna underhålls för att samverkan skall fortleva.

Socialtjänsten har en central roll i detta samverkansnät och rollen som samordnare har också hittills ofta fallit på just socialtjänsten. Detta är naturligt

mot bakgrund av att socialtjänsten har det "yttersta ansvaret" för de ungdomar som vistas i kommunen. Erfarenheterna talar för att det är svårt att uppnå effektivitet i det lokala ungdomsarbetet om inte socialtjänsten har den samordnande uppgiften.

### 6.5.3 Mål för samverkan

Samverkan har både generella och individuella mål. Dels skall samverkan leda till en förbättring av ungdomarnas miljö, dels skall den ge möjligheter till planering och genomförande av särskilda insatser, t.ex. vid helger, ungdomsevenemang, skolavslutningar etc. Den skall också bidra till identifiering av enskilda ungdomar med alkoholproblem och planering av lämpliga insatser för dessa. Genom att samverkande aktörer kan samordna sina intryck kan enskilda ungdomars problem uppmärksammas.

På de håll, där man har lång erfarenhet av resurssamordning (t.ex. Mariatorgets ungdomsgrupp inom Stockholms socialförvaltning och Socialtjänstens ungdomsgrupp i Upplands Väsby kommun), hävdar man att samordningen först och främst bör avse insatserna på individnivå. Ett skäl är att det är angeläget att i största möjliga utsträckning reducera risken för motstridiga budskap från olika socialarbetare till enskilda ungdomar (Eriksson-Sarnecki, 1979). Men för att det inte skall utvecklas parallella, lokala samverkansorgan är det viktigt att även arbetet på övergripande, generell nivå samordnas (Sahlin, 1992).

Sekretesslagstiftningen är central vid samarbete på individnivå. Det finns situationer, där bestämmelserna i sekretesslagen kan anses utgöra ett hinder för samarbete. Men ofta åberopar myndigheter och enskilda tjänstemän sekretessen för att de inte förmår eller inte vill agera. Det är viktigt att sekretesslagstiftningens möjligheter och begränsningar klargörs för alla berörda.

### 6.5.4 Modeller för samverkan

Den första och enklaste formen av samarbete är att representanter för berörda myndigheter träffas. I dessa träffar deltar som regel socialtjänsten, polisen, skolan och fritidverksamheten. Vanligen sker två till tre träffar per termin. Ansvaret för dessa träffar alternerar oftast mellan de olika aktörerna om inte socialtjänsten åtagit sig samordningsrollen. De kommunbesök som kommissionen genomfört visade att denna samarbetsform är vanlig.

Vid dessa träffar några gånger per termin, diskuteras inte enskilda ungdomar. Samarbetsformen är viktig i förebyggande syfte och för att åstadkomma generella tidiga insatser. Uppmärksamheten på ungdomarnas miljö- och levnadsförhållanden är angelägen liksom planering och genomförande av

speciella drogförebyggande insatser inför skolavslutningar, luciafirande m.m. De senare insatserna består ofta i gemensamma aktioner som flygbladsutdelning utanför Systembolagets butiker, beslagtagande av alkohol hos minderåriga, särskild droginformation till elever m.m. Grupperna är inte sällan initiativtagare till förbättringar och samordning av alkoholinformationen på skolor, fritidsgårdar och andra ungdomsmiljöer. Det är inte ovanligt att grupperna tar initiativ till positiva alternativa arrangemang som drogfria fritidssyselsättningar eller drogfri ungdomsdans. Detta sker ofta i samarbete med föreningslivet eller lokala nöjesarrangörer.

Behov finns givetvis också av att diskutera enskilda ungdomar som de olika aktörerna kommer i kontakt med i sin dagliga verksamhet. Inte minst är detta angeläget i syfte att agera på lämpligt sätt gentemot ungdomar med hög alkoholkonsumtion. För detta måste emellertid andra samverkansformer, som bl.a. beaktar sekretesslagens bestämmelser, utvecklas.

I den vanligaste formen träffar företrädare för socialtjänstens individ- och familjeomsorg de olika aktörerna enskilt. Socialtjänsten har i dessa sammanhang en konsultativ roll. Tvåpartskontakter förenklas om det hela tiden är samma personer från socialtjänsten som träffar samarbetsaktörerna. I synnerhet är detta viktigt i individärenden. Samarbetet innebär att exempelvis skolans elevvårdsteam beskriver enskilda ungdomars situation anonymt inför socialtjänstens företrädare och att konkreta lösningar och förslag diskuteras fram gemensamt. Arbetssättet underlättar också en eventuell anmälan till socialtjänsten enligt 71 § SoL, ett ställningstagande som många aktörer anser svårt att ta.

De två samverkansformerna - träffar för mera generella insatser respektive kontakter mellan några samverkansparter för diskussion av enskilda ungdomars problem - är nödvändiga för att kunna bedriva ett effektivt ungdomsarbete. Utan dessa möjligheter är det svårt att arbeta offensivt mot ungdomars alkoholbruk. Som nämnts tidigare är en av förutsättningarna för ett effektivt samarbete att samtliga aktörer ser nyttan av det gemensamma arbetet. Det är stor risk att samarbetet upphör eller avtar om inte en samsyn utvecklas. Nyttan av samarbetet är dels av ekonomisk art, dels, och framför allt, av stor betydelse för insatsernas kvalitet.

### 6.5.5 Sekretessfrågan

I individ- och familjeomsorgens konsultativa roll är det självklart att den enskilda ungdomens identitet inte röjs om inte den unge och föräldrarna har givit sitt medgivande. Det är heller inte särskilt intressant för socialtjänsten att veta vem den unge är eftersom skolan i samarbete med föräldrarna själva försöker lösa problemet.

Om däremot föräldrarna anser att det finns grund för att begära hjälp av socialtjänsten eller skolan eller situationen är sådan att ungdomens behov inte kan tillgodoses av föräldrarna och skolan gemensamt, röjs sekretessen i och med att anmälan görs till socialtjänsten.

Bestämmelserna i sekretesslagen utgör inte något hinder för samarbete i samband med polisförhör av ungdomar, där socialsekreteraren utifrån sin uppsökande verksamhet på fältet sitter med som förhörsvittne. I dessa situationer får båda myndigheterna uppgifterna samtidigt, varför det i allmänhet inte finns behov av ytterligare informationsutbyte.

Kravet på sekretess undanröjs om den enskilde ungdomen och föräldrarna ger sitt medgivande. Vem som ger medgivande beror på om ungdomen är under 15 år, mellan 15 - 18 år eller över 18 år. Har socialtjänsten bedömt att situationen är sådan att det föreligger grund för att inleda en utredning jämlikt 50 § SoL, röjs sekretessen vad gäller uppgifter som är nödvändiga för att en allsidig utredning skall kunna göras.

## 6.6 Gemensamt förhållningssätt genom ett handlingsprogram

För ett långsiktigt arbete är det viktigt att samarbetsparterna har en gemensam grundsyn. Lagar och riktlinjer är vägledande och ger underlag för det synsätt som skall ligga till grund för arbetet på kommunal nivå. Ett kommunalt handlingsprogram, som anger inriktningen, är basen för ett gemensamt synsätt. I programmet uttalas de mål och riktlinjer som kommunen önskar arbeta utifrån. Handlingsprogrammet bör fastställas av kommunfullmäktige.

### 6.6.1 Handlingsplan

Utifrån det övergripande handlingsprogrammet konkretiseras arbetssätt och åtgärder i en handlingsplan. Av planen framgår vilka de olika aktörerna och intressenterna är och vilka resurser som dessa har till sitt förfogande.

För ett offensivt arbete mot ungdomars alkoholkonsumtion krävs att samtliga resurser inventeras i kommunen. En sådan inventering bör åtföljas av en beskrivning av hur resurserna skall samordnas. För att förhindra konflikter och orealistiska förväntningar måste de olika aktörernas roller och funktioner beskrivas så att ansvarsgränserna tydligt framgår. En resursinventering förtydligar också vilka brister och tillgångar som finns, såväl ekonomiskt som personellt.

För att planen skall få största effekt bör de övergripande målen brytas ned i tydliga och mätbara delmål som t.ex. sänkning av alkoholkonsumtion bland

ungdomar i speciella åldersgrupper. Måluppfyllelsen bör utvärderas regelbundet. Ansvaret för planens förverkligande måste vara angivet och välbekant för alla.

I handlingsplanen kan t.ex. ingå att polis och socialtjänst bör vara representerade utanför Systembolaget vid större helger, inför skolavslutningar och Luciadagen för att upplysa Systembolagets kunder om att det enligt lag är förbjudet att köpa ut och förmedla alkoholdrycker till ungdomar. Sådana aktioner ger ett indirekt stöd till många tonårsföräldrar att säga nej till inköp av alkoholdrycker för barnens räkning. Andra exempel på attitydskapande insatser är att företrädare för polisen och socialtjänsten under vissa kvällar och helger beslagtar alkoholdrycker hos underåriga.

Som tidigare påtalats är det för den enskilde ungdomen väsentligast att han/hon möter samma inställning från de olika aktörerna i en kommun och helst också från föräldrarna.

### 6.6.2 Ekonomiska motiv för samverkan

Ekonomiska motiv finns ofta för samordning. Från ekonomiska utgångspunkter är det motiverat att samordna befintliga resurser för tidig upptäckt för att därigenom undgå mer kostsamma insatser och åtgärder senare i form av vård och behandling. Denna strategi är också redovisad tidigare i kapitel 2 i detta delbetänkande.

Försummelse eller medvetet passivt observerande av ungdomar med missbruksproblem kan visserligen vara kostnadsbesparande för en myndighet på kort sikt medan det för samma eller en annan myndighet blir en ökad kostnad på sikt. Omvänt kan en insats i tidigt skede till viss kostnad innebära att en långt större kostnad uteblir långsiktigt. Samhällsekonomiskt är en strategi med tidiga insatser motiverad om den på sikt minskar kostnaderna för stora insatser och vård, oavsett om dessa skulle drabba polisen, kriminalvården, sjukvården eller socialtjänsten.

## 6.7 Exempel 1: Järfälla

Kommunfullmäktige i Järfälla fastställde år 1989 ett omfattande kommunalt handlingsprogram mot droger. På den övergripande nivån anger programmet inriktningen för arbetet med samverkan, utbildning och information, arbetssätt i föreningsliv och ungdomsmiljö samt konkreta mål för att t.ex. minska alkoholkonsumtionen. Programmet klargör också de olika aktörernas ansvar samt hur uppföljningen och utvärderingen skall ske.

På nästa nivå bryts målen ner till beskrivningar av hur det allmänt förebyggande arbetet skall genomföras. Här behandlas bl.a. föreningslivets arbete mot

droger, ett drogfritt fritidsutbud, arbetet för att förhindra riskmiljöer för ungdomar, föräldraarbetets betydelse, arbetsinriktningen med ett brett utbud av tidiga insatser, uppmärksamheten på barn till missbrukande föräldrar, drogfrågornas samband med hälsofrågorna m.m.

Programmet övergår därefter till att redovisa specifika mål för insatser mot missbruk av alkohol, narkotika, läkemedel och lösningsmedel. För dessa fyra olika drogområden har en särskild plan framställts som avslutas med konkreta mål. För arbetet mot alkoholmissbruk finns ett alkoholpolitiskt handlingsprogram. Det omfattar en deklaration kring en grundsyn som berör skador och faror med alkoholkonsumtion för att därefter övergå till en mer konkret beskrivning av det förebyggande arbetets planerade inriktning. Några exempel är att förhindra langning, inta en restriktiv inställning till serveringstillstånd för alkoholdrycker, arbeta för total avhållsamhet från alkohol under graviditet etc.

Programmet avslutas med ett antal förslag till åtgärder och verksamhetsmål för de olika aktörerna i kommunen. Skolans arbete beskrivs både med utgångspunkt från uppgiften att bedriva ett allmänt förebyggande arbete men också från hur ett riktat arbete skall bedrivas för ungdomar som har en oroväckande hög alkoholkonsumtion. Kultur- och fritidsarbetet beskrivs utifrån ett antal konkreta uppgifter och mål där såväl friskvårdsarbetet som utbildningsfrågorna berörs. Polisens arbete med drogfrågor redovisas, samt vilken inriktning som förordas och vilka resurser som behövs för att arbetet skall bli effektivt. Även för socialtjänsten fastställs de allmänt förebyggande liksom de speciella, individinriktade uppgifterna med tidiga insatser. Förutom de preciserade uppgifterna för olika aktörer anges även hur de skall samverka.

För att programmet skall få genomslag har en ledningsgrupp tillsatts. En viktig uppgift för ledningsgruppen är uppföljning av arbetet. Programmet är alltjämt ett rättesnöre för kommunens missbruksarbete och har använts som studiematerial i kurser i drogfrågor för anställda. En speciell satsning har under senare tid gjorts för att få i gång föräldracirklar ute på alla skolor. Denna satsning görs i samarbete med föreningslivet och med medel från Folkhälsoinstitutet.

## 6.8 Exempel 2: Hässleholm

Hässleholms kommun har sedan flera år satsat på att utveckla sitt ungdomsarbete. Detta arbete handhas av en ungdomsenhet, som är indelad i tre verksamhetsområden: *ungdomsgruppen, arbets- och behandlingsenheten samt en institution.*

Ungdomsgruppen består av tre socialsekreterare. I gruppens arbete ingår utredning, fältarbete och information. Gruppen har varit verksam under två

år. Tidigare har man enbart arbetat med ungdomar med beteendestörningar men man har nu även fått ta hand om de ungdomar vars hemmiljö är otillfredsställande. Under de två år gruppen funnits har ett gott samarbete utvecklats med polis, skola, frivård m.fl. Detta nätverk fungerar i dag bra och är en viktig del i det förebyggande arbetet och för att tidigt upptäcka problem. Man räknar med att 25 procent av arbetstiden omfattas av icke-traditionellt arbete, oftast riktat fältarbete.

Arbets- och behandlingsenheten riktar sig till ungdomar i åldrarna 16 - 25 år. Enheten är en öppenvårdsverksamhet eller mellanvårdsform som funnits sedan år 1979 och förlagd till ett nedlagt regemente. Inom enheten samlas ett stort antal *arbetslag* (kökslag, vaktmästeri, bygglag, servicelag, mekanik/-marklag, hundcenter, undervisning och trädgårdslag) inalles 50 - 60 arbetsplatser. Alla anställningsformer förekommer. Arbetsplatserna är både statligt och kommunalt finansierade. Fem olika *projekt* leds från enheten, bl.a. ett samarbetsprojekt med Lettland och arbete med en festival. Inom enheten bedrivs också *öppna verksamheter*, för närvarande sju till antalet: kontaktpersonsutbildning, mammagrupp, föräldragrupp, samrådsgrupp, "folkracecenter", korpidrott och öppen verkstad. För en del av dessa verksamheter ansvarar socialsekreterarna i ungdomsgruppen.

Institutionen har 10 platser för pojkar mellan 16 - 22 år. Pojkarna arbetar på dagarna i arbets- och behandlingsenhetens olika arbetslag. I mån av tillgång säljs platserna till andra kommuner. I dag finns en brist på institutionsplatser för flickor. Man anser dock att det inte finns ett underlag för en sådan institution i kommunen. Strävan har varit att samla hela ungdomsarbetet i en organisation och integrera alla delarna. Denna modell står även som förebild för vuxenvården.

En pedagogisk modell ligger till grund för arbetet där fostran, träning och utbildning är de tre hörnstenarna. Man försöker att inte sortera ungdomarna efter symptom som missbruk eller kriminalitet utan betraktar dessa fenomen mera som hinder för ungdomens utveckling. Ungdomarna är inte sjukskrivna under behandlingen.

## 6.9 Kommissionens överväganden och förslag

*Kommunala handlingsprogram*

Ett förebyggande arbete i syfte att reducera konsumtionen av alkoholdrycker bland ungdomar kräver ett förstärkande av föräldrars och ungdomars alkoholrestriktiva attityder samtidigt som möjligheten för ungdomar att få tillgång till alkoholdrycker begränsas så långt det är möjligt.

Att förändra människors attityder är ett långsiktigt arbete. Det är ett arbete som kräver uthållighet och återkommande information och påverkan. Det kan inte enbart utföras av myndigheter och olika vårdorgan utan måste också omfatta frivilliga organisationer, föräldragrupper m.fl. Goda exempel på sådant arbete finns i en rad rapporter från projekt som bedrivits med medel från staten och kommunerna. Ett kommunalt alkoholfritt fritidsutbud är i detta sammanhang viktigt som ett alternativ till annan ungdomsverksamhet, som inte är alkoholfri. Det statliga och kommunala föreningsstödet kan också användas för att stimulera drogfria fritidssysselsättningar för ungdom.

En viktig aspekt i det allmänt förebyggande arbetet är föräldrarnas attityder till alkoholkonsumtion i allmänhet och till ungdomars konsumtion i synnerhet. Detta måste beaktas i större utsträckning än för närvarande eftersom föräldrarnas inställning har direkt samband med ungdomars alkoholdebut.

Tillgängligheten av alkoholdrycker för ungdomar är tillsammans med föräldrarnas attityder troligen de faktorer som har störst inverkan på ungdomars konsumtion av alkohol. Kommunen har en viktig upgift i noggrann och effektiv kontroll av att utskänkningstillstånden efterlevs. Ett regelbundet arbete av föräldrar, myndigheter m.fl. för att stoppa langningen av alkoholdrycker framför allt inför storhelger och ungdomsevenemang har både en omedelbar och en långsiktig effekt för att begränsa tillgången av alkoholdrycker bland ungdomar.

Arbetet med att motverka en ökad konsumtion av alkohol bland ungdomar kräver inte enbart satsning kring en åtgärd eller en förstärkning av speciella resurser inom ett område. Problemets komplexitet kräver att det lokala arbetet ute i kommunerna genomförs efter en genomtänkt plan – ett handlingsprogram med en handlingsplan – där de olika aktörernas uppgifter klargörs beträffande dels det allmänt förebyggande arbetet, dels det riktade arbetet med tidiga insatser för de ungdomar som befinner sig i riskzonen för alkoholmissbruk eller som redan har sådana problem. Den senare frågan är den viktiga i denna del av kommissionens arbete. Ett alkoholpolitiskt program i en kommun skall således vara en helhet där alla delar från de allmänna och generella åtgärderna till vårdinsatserna behandlas och redovisas. Programmet skall bidra till att de alkoholpolitiska målen uppfylls genom att ange en sammanhållen strategi för de olika aktörernas insatser.

Inom ramen för ett övergripande program är det således viktigt att varje kommun utarbetar lokala handlingsplaner för ungdomsarbetet. Planerna skall innefatta lokala resursinventeringar samt ange konkreta mätbara mål. Uppgifter och ansvarsområden skall anges för de som deltar i arbetet och i planerna bör också klart anges hur arbetet skall utvärderas. Samverkansfrågorna skall lyftas fram och exempel bör presenteras för hur dessa konkret skall lösas.

Handlingsprogram och -planer bör vara konkreta och praktiskt inriktade. Det bör t.ex. framgå hur varje högstadieskola skall handha situationen när det finns tecken på att någon elev har för hög alkoholkonsumtion.

För att följa upp resultaten av ungdomssatsningar bör ungdomars attityder till konsumtion av alkohol regelbundet kartläggas och analyseras.

**Kommissionen föreslår**:

- *Kommunerna bör utveckla lokala handlingsprogram och konkreta handlingsplaner som omfattar tidiga allmänna och riktade insatser mot alkoholmissbruk hos ungdomar. Så sker redan i ett flertal kommuner men program och planer måste hållas aktuella, anpassas till en förändrad situation och tillämpas med kraft.*

*Tidig upptäckt och tidiga insatser*

Arbetet med ungdomar som har alkoholproblem varierar från kommun till kommun och uppvisar ofta stora brister. Många hävdar att kunskaperna om hur man upptäcker att ungdomar missbrukar alkohol är bristfälliga. Speciella behandlingsprogram och insatser inom den kommunala öppenvården saknas ofta för de alkoholmissbrukande ungdomarna. Det finns stora svagheter när det gäller att upptäcka alkoholmissbrukande ungdomar och komma fram till lämpliga insatser. Området kräver i framtiden såväl kompetens- som metodutveckling. Skälen är goda för att ge området hög prioritet.

Utvecklingsarbetet för att finna nya former för tidiga insatser och för vård och behandling bör stimuleras. Goda exempel kan spela en betydelsefull roll för ett bredare utvecklingsarbete. Några områden som bör ägnas särskild uppmärksamhet är:

- metoder att upptäcka ungdomar med begynnande alkoholproblem,
- familjearbete, såväl enskilt som i grupp, med ungdomar som har hög konsumtion av alkohol och deras familjer,
- insatser/vårdformer inom öppenvården för ungdomar med för hög konsumtion av alkohol,
- samverkansformer mellan socialtjänst och hälso- och sjukvården.

**Kommissionen föreslår**:

- *Socialstyrelsen bör ges i uppdrag att stimulera kommunerna att utveckla det sociala stöd- och behandlingsarbetet för ungdomar som missbrukar alkohol.*

*Lokal utbildning*

För en effektiv samordning på den lokala nivån är det av stor vikt att kunna erbjuda fortbildning till yrkesgrupper inom socialtjänst, polis, skola, fritidsverksamhet och sjukvård. Utbildningen bör syfta till att:

- öka kunskapen om alkoholens medicinska, psykologiska och sociala konsekvenser och om beroendeproblematik,
- öka kunskaperna om de olika aktörernas skyldigheter och möjligheter utifrån de lagar och förordningar som gäller,
- ge kunskap om hur det lokala samverkansarbetet kan bedrivas utifrån gällande bestämmelser i sekretesslagen.

**Kommissionen anser**:

- *Det är viktigt att kommunerna och övriga huvudmän anordnar lokala utbildningar rörande ungdom och alkohol.*

*Socionomutbildningen*

Det har framkommit i andra delar av kommissionens arbete (se betänkandet VÅRD AV ALKOHOLMISSBRUKARE, SOU 1994:27) och även i arbetet med detta betänkande att socionomutbildningen bör ses över. Utbildningen bör förstärkas när det gäller såväl ungdomsarbete generellt som arbete med ungdomar som har alkoholproblem specifikt. Förstärkningarna bör gälla såväl kunskaperna om hur utredningsarbetet skall bedrivas som metoder för behandlingsarbetet. Även frågor om det lokala samverkansarbetet bör vara ett viktigt inslag i utbildningen.

**Kommissionen föreslår**:

- *Socionomutbildningen bör stärkas när det gäller ungdomsarbetet, särskilt i fråga om ungdomar med alkoholproblem.*

# 7 Generella insatser från skolans sida

Att förhindra alkoholbruk hos elever är något som skolan länge värnat om. Under vissa perioder har alkoholfrågorna uppmärksammats mer, under andra mindre. Som kommer att framgå senare i detta kapitel kom dessa frågor särskilt i fokus för skolans del på 1970-talet till följd av den kraftigt ökade alkoholkonsumtionen bland ungdomar under "mellanölsperioden". Det finns tecken som tyder på att intresset från skolans sida har minskat en del sedan dess. För närvarande är skolan mitt uppe i en omfattande omvandlingsprocess där man på lokal nivå fått ett större inflytande över skolans arbete än tidigare. Det finns också uttalade ambitioner från centralt håll att skolan bör fokusera mer på skolans kärnverksamhet än tidigare. Detta kan komma att gå ut över den alkoholförebyggande verksamheten om inte särskilda initiativ tas i denna fråga.

## 7.1 Motiv och förutsättningar

I bl.a. folkhälsopropositionen (prop 1990/91:175) uttalades stöd för målsättningen att ungdomsåren bör vara fria från alkohol. Av tillgänglig statistik, bl.a. CAN:s alkoholvaneundersökningar, framgår dock att verkligheten ligger långt från denna målsättning, även om situationen är ljusare nu än den var vid mitten av 1970-talet.

Mycket talar för att ungdomar är särskilt lyhörda för förändringar i de alkoholpolitiska spelreglerna. Tänkbara konsekvenser av ett EU-medlemskap för Sveriges vidkommande är att tillgängligheten till alkoholhaltiga drycker ökar och/eller att alkoholpriserna blir lägre. Det är då troligt att alkoholkonsumtionen bland ungdomar kommer att öka - särskilt om inga motåtgärder sätts in. Det måste finnas en beredskap för en sådan situation. Redan som läget är idag krävs åtgärder för att senarelägga alkoholdebuten och minska alkoholkonsumtionen bland ungdomar.

Av flera skäl framstår skolan som den kanske viktigaste aktören vad gäller alkoholförebyggande insatser för barn och ungdomar. De tillbringar under sin uppväxttid totalt ca 13 000 timmar i grundskolan, varav ca 10 000 på lektioner. Motsvarande tid för gymnasieskolan är ca 4 800 respektive 3 200 timmar. Denna tid infaller under den period i barnens/ungdomarnas liv då deras

attityder och värderingar formas, då de söker efter svar på "de stora frågorna" och utvecklar en egen livsstil. Under denna period är elevernas attityder, värderingar och beteenden lättare att påverka än senare i livet. Skolan har också möjlighet till ett naturligt och nära samarbete med elevernas föräldrar, som ju är de som har störst möjlighet till ett inflytande på ungdomars värderingar och beteenden, exempelvis inom alkoholområdet. Skolans möjligheter att bedriva ett alkoholpreventivt arbete måste därför, generellt sett, betraktas som goda.

Hur pass effektivt skolans alkoholförebyggande arbete är och vilka resultaten blir, beror av en mängd olika faktorer som på olika plan påverkar detta arbete. Exempel på sådana faktorer är:

* Alkoholfrågornas aktualitet och status i den allmänna samhällsdebatten.
* Vilket stöd det alkoholpreventiva arbetet har i skolans styrdokument. (skollag, läroplaner, kursplaner m.m.).
* Vilka resurser som avsätts för förebyggande insatser.
* Skolledningens och lärarnas inställning till sådana insatser.
* Hur det förebyggande arbetet organiseras på skolan.
* Lärarnas ämnesteoretiska och metodiska kunskaper.
* Fortbildningsmöjligheter för skolpersonal i alkoholfrågor.
* Möjligheten till samverkan med andra organisationer och myndigheter.
* Vilken målsättning man har för det förebyggande arbetet.
* Vilken/a metoder som används i lärarutbildningen.
* Samarbetet med föräldrar.
* Tillgången till stöd och stimulans för att utveckla förebyggande insatser.
* Skolans utveckling framöver vad gäller arbetssätt, kunskapssyn, elevsyn m.m.

I de flesta dokument som styr skolans verksamhet behandlas alkoholfrågorna tillsammans med undervisning om narkotika och tobak under samlingsbegreppet "ANT-undervisning". Denna undervisning kan ofta bedrivas med okonventionella metoder och kan sägas innefatta all verksamhet på generell nivå från skolans sida som syftar till att förhindra att elever använder alkohol, narkotika och tobak. I den fortsatta texten används uttrycket "ANT-undervisning" med den nämnda innebörden.

## 7.2 Måldiskussion

Skolan har alltsedan den allmänna folkskolan infördes förmedlat kunskap i preventiva och hygieniska syften. Hälsoarbetet har dock inte alltid varit explicit och strategierna har växlat under åren. Det finns åtminstone tre olika perspektiv på dessa aktiviteter (Bremberg, 1993):

1 Den äldsta traditionen är den normativa modellen av moralisk - religiös karaktär vars budskap är att alkoholbruk i sig är moraliskt tvivelaktigt och att ungdomen därför bör påverkas att ta avstånd från detta. Normen säger också att själva handlingen, inte konsekvenserna, är förkastlig.
2 Enligt det humanistiskt - individualistiska perspektivet är det mest centrala att skolan ger eleverna kunskap och upplysning nog att kunna fatta individuella beslut. Viktigast i detta perspektiv är att individen fattar sitt beslut med full information. Vilket beslut som individen sedan fattar eller vilka konsekvenser det kan medföra är av underordnad betydelse.
3 Folkhälsomodellen innebär att skolan används i samhällets totala arbete med att bevara och förbättra folkhälsan. Här uppställs vissa gemensamma samhällsmål och skolan blir då ett centralt redskap i arbetet med att förverkliga dessa mål. Utgångspunkten är dokumenterade hälsorisker som är möjliga att förebygga på något sätt.

Valet av perspektiv har varierat under åren samt även med avseende på hälsofaktor. Ofta har dock inte perspektivet varit särskilt tydligt uttalat, vilket försvårat hälsoarbetets praktik och metodutveckling.

En avgörande fråga i detta sammanhang är vilket mandat skolan har när det gäller det preventiva arbetet med alkoholfrågan. När det gäller primärpreventiva insatser finns det många exempel på klara formuleringar i skolans styrdokument. Trots det finns det skäl att uppmärksamma den glidning i formuleringar som skett i riktning mot mer allmänt hållna mål i senare tids dokument.

Vad är och kan då skolans målsättning vara i alkoholfrågan? Finns det en klart uttalad alkoholpolitik i skolan? Alkoholpolitiska utredningen (APU, 1977) uttalade att "ingen konsumtion av betydelse skall förekomma under uppväxttiden". Någon närmare definition av begreppet "av betydelse" gjordes dock aldrig.

I den s.k. folkhälsopropositionen (prop. 1990/91:175) står under rubriken "Ingen alkohol under uppväxttiden" på sid. 112; "...bör man göra betydande ansträngningar för att skjuta upp alkoholdebuten bland ungdomar och för att minska unga människors alkoholkonsumtion". Man säger vidare att "...arbetet med droger i skolan bör intensifieras och även det inlemmas i ett bredare folkhälsoperspektiv, som även beaktar elevernas hälsa, miljö och livsstil".

Här uttalas ett klart mandat för skolan att engagera sig mera aktivt i alkoholfrågan samt att bedriva arbetet i enlighet med folkhälsoperspektivet. Även om det bara härrör ur en rubrik kan det ändå sägas vara ett kraftfullt politiskt ställningstagande att poängtera att uppväxttiden bör vara helt alkoholfri. Denna markering har knappast uppmärksammats särskilt tydligt.

Kommissionen anser att det är dags att förverkliga de målsättningar som anges i folkhälsopropositionen och att ge skolan det tydliga mandat som ovan nämnts. Detta kan ske genom att komplettera de centrala styrdokumenten för skolan (se 7.4) eller i bindande anvisningar till dessa.

## 7.3 Skolans styrdokument

### 7.3.1 Centrala styrdokument

Skolans viktigaste styrdokument är skollagen, läroplaner och kursplaner (de s.k. "centrala styrdokumenten").

Utifrån de centrala styrdokumenten tas sedan kommunala skolplaner fram på lokal nivå. Dessa ligger till grund för de lokala arbetsplaner som varje skolenhet har att upprätta. Den lokala arbetsplanen skall utgöra basen för arbetet i den enskilda skolan och visa hur skolan avser att arbeta för att nå de mål som beskrivs i de centrala styrdokumenten.

Vad som står i de centrala dokumenten har alltså stor betydelse för undervisningens innehåll och utformning i den enskilda skolan.

En analys av hur det alkoholförebyggande arbetet, framför allt ANT-undervisningen, behandlas i de tre senaste läroplanerna Lgr 69, Lgr 80 och Lpo 94, ger intryck av att målsättningarna efterhand blivit alltmer diffusa.

I Lgr 69 finns klara målsättningar: "Med välgrundad och utförlig motivering måste skolan samtidigt klart och tydligt framhålla det positiva värdet i att man i första hand under uppväxttiden helt avstår från bruk av alkohol och tobak" (sid. 54). ANT-undervisningen behandlas också utförligt i ett särskilt läroplanssupplement.

I Lgr 80 finns inga precisa målsättningar för skolans alkoholförebyggande arbete men alkoholfrågan nämns i avsnittet Skolans mål ("Skolan skall därför bl.a. ge eleven insikt i ... farorna med alkohol, narkotika och tobak"), och i avsnittet Planering och utvärdering (som exempel på arbetsområden som bör finnas med i skolans arbetsplan), samt i kursplanerna för både samhälls- och naturorienterande ämnen. Dessutom har ett omfattande material om ANT-undervisning utarbetats av den dåvarande Skolöverstyrelsen i anslutning till Lgr 80 (Nilsson, 1986).

Den nya läroplanen för grundskolan (Lpo 94) är delvis av annan och mindre detaljreglerande karaktär än tidigare läroplaner. Detta exemplifieras av att begreppet ANT endast berörs på så sätt att det framhålles att rektor har ansvaret för att ämnesövergripande kunskapsområden, t.ex. ANT-undervisning, integreras i undervisningen. I förarbetena till läroplansförslaget nämns ANT som ett exempel på ämnen av övergripande karaktär som Skolverket bör ges i uppdrag att utarbeta kommentarer och anvisningar till (sid. 62). I det kursplaneförslag för grundskolan (SOU 1993:2) som presenterades våren 1993, nämns ANT endast mycket översiktligt i avsnitten om barn- och ungdomskunskap samt biologi (sid 27, 74 och 75).

Utvecklingen i styrdokumenten för gymnasieskolan liknar den som ovan redovisats för grundskolans del.

Det som nu sagts behöver inte nödvändigtvis innebära att man från centralt håll anser att skolan bör ägna mindre tid och kraft åt alkoholfrågor. De nu framtagna läroplanerna för grundskolan och gymnasiet är präglade av att skolan inte längre är föremål för detaljstyrning från statens sida utan för målstyrning. Dock är det som nämnts kommissionens uppfattning att det alkoholförebyggande arbetet i skolan måste få ökad omfattning. En sådan grundsyn måste markeras i de centrala styrdokumenten eller i bindande anvisningar till dessa.

### 7.3.2 Lokala styrdokument

De centrala styrdokument för skolan som nyligen utformats eller håller på att utformas, lägger alltså ett betydligt större ansvar på den enskilda kommunen och den enskilda skolan för undervisningens innehåll, inriktning och utveckling. Varje kommun skall därför ha en kommunal skolplan och varje skolenhet skall utarbeta lokala arbetsplaner som visar hur man vill uppnå målsättningarna i skolplan och centrala styrdokument. I det decentraliserade skolsystem som nu håller på att genomföras blir dessa lokala styrdokument mycket viktiga för bl.a. skolans ANT-undervisning.

Någon heltäckande analys av ANT-undervisningens ställning i kommunernas skolplaner har inte gjorts. Stickprov som genomförts på kommissionens uppdrag visar dock att dessa planer ofta ger svag vägledning för utarbetande av lokala arbetsplaner för ANT-undervisningen.

Någon sammanställning av ANT-undervisningens ställning i olika skolors lokala arbetsplaner finns inte. Också här har stickprov tagits. De visar att frågan behandlas mycket olika på olika skolenheter. I en del arbetsplaner förekommer inte ANT över huvud taget, medan andra har mycket genomarbetade och precisa målsättningar för ANT-undervisningen. Det vanligaste tycks vara att drogfrågor inklusive alkohol beaktas men beskrivs på ett relativt diffust och övergripande sätt.

I och med att skolans styrning förändras och decentraliseras, har enskilda "eldsjälars" betydelse för alkoholundervisningen ökat. Behovet av stimulans utifrån för att uppmuntra och utveckla skolans undervisning på alkoholområdet har därmed också ökat. I praktiken har dock tillgången på sådant stöd från människor som har kunskap om skolans förutsättningar, organisation och kultur minskat i och med att länsskolnämnderna och därmed ANT-konsulenterna avvecklades år 1991.

### 7.3.3 Målsättningar och utvärdering

Eftersom de mål som sätts upp för en verksamhet är av avgörande betydelse för verksamhetens resultat, är det viktigt att målen formuleras på ett realistiskt

och utvärderingsbart sätt. Målen i skolans styrdokument bör bli mer konkreta och precisa när man går från central till lokal nivå. Men för att så skall ske krävs ett starkt stöd i de centrala styrdokumenten. Detta är i dag inte fallet när det gäller skolans ANT-undervisning. Skolornas målsättning på detta område blir därför ofta diffus och svår att konkretisera eller utvärdera.

## 7.4 Utvecklingen av skolans generellt förebyggande arbete

Liksom andra verksamheter i skolan utvecklas och förändras även ANT-undervisningen. Hur snabb denna utveckling är och vilken riktning den tar, styrs i stor utsträckning av drogfrågornas ställning i den allmänna debatten. Under perioder då drogfrågorna haft hög prioritet har detta återspeglats i skolans styrdokument, i läromedel och skolhuvudmännens engagemang i dessa frågor. Då har utvecklingen gått snabbt, både vad gäller styrdokument, tillgång till resurser, undervisningens organisation, tillgången till stöd, stimulans och samverkanspartners, metodutveckling, skolpersonalens engagemang m.m .

I detta avsnitt följer en genomgång av hur ANT-undervisningen utvecklats och förändrats inom flera av ovannämnda områden.

### 7.4.1 Metodutveckling

Tidigare dominerades ANT-undervisningen i Sverige av den s.k. KAB-modellen (Kunskap - Attityder - Beteende). Den byggde på att information ger kunskap som påverkar elevens attityder vilket tar sig uttryck i förändrat beteende. Undervisningen bestod av en ämnesuppdelad faktainformation om drogers biologiska, kemiska och sociala effekter.

Ofta användes inslag av skrämselpropaganda i tron att den skulle göra informationen effektivare. Undervisningen var också ofta moraliserande: det förkastliga i att använda alkohol, särskilt för unga människor, framhölls.

I slutet av 1970-talet började en period av intensiv metodutveckling inom ANT-undervisningen, där det engelsk-danska DEDE-projektet var något av en förebild. Ett svenskt projekt, som hade det nämnda projektet som förebild, startades och leddes av Fortbildningsavdelningen vid Umeå universitet. Det fick namnet FALK (Fortbildning i Alkoholundervisning) och hade som målsättning att det vid varje mellan- och högstadieskola skulle finnas ett personallag som var utbildat i alkoholundervisning. Denna fortbildning, som huvudsakligen skedde på ferietid, bedrevs i hela landet och administrerades av länsskolnämnderna. Den undervisningsmetod som spreds i detta projekt, var

den socialpsykologiskt inriktade "Values clarification", på svenska översatt till "Aktiva värderingar" (Steinberg, 1978). Metoden bygger på ett medvetandegörande om attityders och värderingars betydelse för beteendet samt en aktiv bearbetning av attityder och värderingar.

På grund av fackliga konflikter om fortbildning under ferietid, kunde FALK-projektet inte slutföras utan kopplades ihop med ett annat fortbildningsprojekt, det s.k. SU-projektet (SamlevnadsUndervisning). Detta nya kombinerade projekt, FALK/SU-projektet, genomfördes under skoltid. Sammankopplingen kunde göras eftersom de metodiska ansatserna i de båda projekten var tämligen likartade.

Även FALK/SU-projektet fick, på grund av brist på medel, läggas ned långt innan projektets kvantitativa målsättning var uppnådd. Trots detta blev början av 1980-talet en mycket expansiv period för ANT-undervisningen. Till detta bidrog både FALK/SU-projektet samt det faktum att drogfrågorna vid denna tidpunkt stod i fokus för samhällsdebatten. I många skolor förändrades ANT-undervisningen från en moraliserande, ämnesinriktad faktainformation till en temainriktad samverkan mellan olika ämnen där attityder och värderingar lyftes fram och bearbetades.

Enligt de utvärderingar som gjorts, ledde FALK/SU-projektet till att ANT-undervisningen både metodiskt och organisatoriskt fick ett starkt uppsving under 1980-talets första hälft. De personallag som bildades och utbildades i FALK/SU-projektet, införde ofta nya metoder och rutiner i ANT-undervisningen. På många skolor bildades s.k. "Hälsolag" (Otterland, 1988) som fick till uppgift att samordna och organisera ANT-undervisningen och utveckla samarbetet med andra myndigheter och organisationer.

FALK/SU-projektet fick även effekter på skolans övriga verksamhet. De mera elevorienterade metoder och arbetssätt som introducerades i projektet, spreds till andra områden, t.ex.undervisning om miljö, mobbning, elevinflytande och demokrati.

I slutet av 1980-talet hade inte drogfrågorna längre samma aktualitet i den allmänna debatten. Svensk alkohollagstiftning och svensk alkoholpolitik ifrågasattes allt oftare. Insatser för att begränsa ungdomars tillgång till alkohol, sågs av många som ett uttryck för förmyndarmentalitet. Alkoholfrågornas status sjönk kraftigt, så även inom skolans värld. De centrala satsningar som tidigare gjorts för att utveckla och förbättra ANT-undervisningen upphörde eller förändrades.

När de centrala satsningarna på läromedelsutveckling och personalfortbildning inom ANT-området minskade eller upphörde, ledde det så småningom till att den kompetens som samlats ute på skolorna började tunnas ut. Idag tyder mycket på att ANT-undervisningen, i brist på stöd och stimulans, på många håll är på väg att återgå till den traditionella, ämnesbundna och faktainriktade form som tidigare visat sig ha små effekter på ungdomarnas

drogvanor. Fortfarande finns det dock, som framgår av bilaga 6, gott om exempel på hur man vid olika skolenheter bedriver framgångsrik ANT-undervisning. Viss metodutveckling har även skett under 90-talet om än i begränsad omfattning.

### 7.4.2 Samverkan

I den fortbildning som länsskolnämnderna administrerade via FALK/-SU-projektet deltog även representanter för myndigheter och organisationer utanför skolan. Detta skapade personkontakter som ledde till att exempelvis polis, hälso- och sjukvård, nykterhetsrörelse och socialtjänst på ett mycket givande sätt integrerades i skolans ANT-undervisning.

Som ett resultat av den livliga samhällsdebatten om droger startade Socialstyrelsen i början av 1980-talet "Aktion Mot Droger". Aktionens centrala verksamhet bestod huvudsakligen i produktion av undervisnings- och informationsmaterial, projektstöd samt rekrytering och utbildning av *regionala samverkansgrupper* kring ANT-frågor. Dessa grupper ledde och samordnade arbetet med ANT-frågorna i länet. I grupperna representerades skolan av länsskolnämndernas ANT-konsulenter som svarade för att de satsningar som gjordes på skolan stämde överens med skolans förutsättningar, behov och kultur. De läromedel som producerades i Aktion Mot Droger, byggde på samma teorier och metoder som FALK/SU-projektet och fick därför stor genomslagskraft.

Skolans viktigaste samverkanspart är föräldrarna. Enligt skolans styrdokument har skolan huvudansvaret för att meningsfulla föräldrakontakter utvecklas.

Föräldrarnas attityder och alkoholvanor har mycket stor betydelse för de beteenden som ungdomar utvecklar. Samtidigt är många föräldrar till tonårsbarn osäkra i sin föräldraroll och har behov av att diskutera tonårsutveckling, droger, sex- och samlevnad, ekonomi, normer m.m med andra föräldrar. Under 1980-talet har det utvecklats olika studiematerial för skolans samverkan med föräldrarna. Oftast är studiematerialen anpassade till studiecirkelns form. Det finns uppgifter som tyder på att föräldrasamverkan i studiecirkelform leder till en positiv utveckling av samarbetet mellan de föräldrar som deltar i studiecirklar, samtidigt som klyftan ökar till de föräldrar som av olika anledningar inte vågar, vill eller kan vara med. Dock har ingen utvärdering gjorts av vilka effekter denna typ av föräldrasamverkan får på lång sikt. Därför är det angeläget att utvärdera de former för föräldrasamverkan som förekommer samt att utveckla nya modeller där risken för utstötningsmekanismer.

### 7.4.3 Stöd och stimulans

Den metodiska och organisatoriska utveckling av ANT-undervisningen som beskrivs i det föregående, hade inte kunnat komma till stånd utan att skolan haft tillgång till stöd och stimulans från olika samarbetspartners utanför skolan. Dessa stöd- och stimulansåtgärder har också utvecklats och förändrats.

Det övergripande ansvaret för ANT-undervisningen vilade tidigare på Skolöverstyrelsen som utformade läroplaner och kursplaner, utarbetade kommentarmaterial och initierade fortbildningsinsatser. Skolöverstyrelsen tog i slutet av 1960-talet initiativ till att varje länsskolnämnd skulle ha en ANT-konsulent med särskilt ansvar för att stödja, stimulera och utveckla skolans drogundervisning. Inledningsvis var denna uppgift ofta en bisyssla för någon tjänsteman vid länsskolnämnden. Med tiden fick verksamheten fastare former och ANT-konsulenterna arbetade vanligen halvtid, ofta med stöd från landstingen.

I och med att länsskolnämnderna avvecklades år 1991, försvann också ANT-konsulentorganisationen. I några få län (Västerbotten, Västernorrland och Dalarna) finns dock något som liknar den gamla organisationen kvar. Landstingen har avsatt medel så att ANT-konsulenterna kan fortsätta sitt arbete, åtminstone på deltid.

ANT-konsulenternas viktigaste uppgift var att stödja, stimulera och utveckla ANT-undervisningen. Detta skedde huvudsakligen genom besök i skolorna, projektstöd, metodutveckling och personalfortbildning. I de flesta län hade ANT-konsulenterna också byggt upp en organisation av ANT-ansvariga lärare på varje skola/rektorsområde. I de regionala samverkansgrupper som arbetade med drogförebyggande verksamhet representerade ANT-konsulenterna skolan. På så sätt säkerställdes att de initiativ som riktades mot skolan stämde överens med skolans organisation, förutsättningar, behov och kultur. ANT-konsulenterna fungerade även som mellanhänder och förmedlare av centrala projekt och kampanjer till den lokala nivån, dvs. den enskilda skolan.

Enligt vissa centrala organisationer och myndigheter, exempelvis Folkhälsoinstitutet, smittskyddsläkarna och nykterhetsorganisationerna, som har skolan som viktig målgrupp, har det blivit svårare att nå ut till de enskilda skolorna och eleverna sedan den regionala skolorganisationen avskaffades.

En förutsättning för att ANT-undervisningen skall bli verklighetsanknuten och aktuell är att skolan samverkar med andra myndigheter och organisationer. En sådan samverkan byggdes också upp under 80-talet. En bas i denna verksamhet var de regionala samverkansgrupper på länsnivå som tidigare nämnts. Dessutom bildades i många kommuner lokala samverkansgrupper med uppgiften att samordna och intensifiera kommunens insatser inom alkohol- och narkotikaområdet. Den samverkan som växte fram, gjorde det lättare för skolan att få till stånd ett samarbete med exempelvis socialarbetare, landstingens hälsoupplysare, polis och nykterhetsorganisationer.

På senare tid tycks detta samarbete ha minskat i omfattning, främst av ekonomiska orsaker. Många myndigheter och organisationer har skurit ner sin verksamhet och/eller kräver ekonomisk ersättning för sin medverkan i skolan. Samtidigt har skolan drabbats av nedskärningar vilket medför att många skolor inte längre tycker sig ha råd med satsningar på ANT-undervisning och att betala för medverkan från andra myndigheter och organisationer.

### 7.4.4 ANT-undervisningens nuvarande ställning

Kommissionen utsände i augusti 1993 en enkät till kommunförbunden i samtliga län. Enkäten syftade till att ge en ungefärlig uppfattning om vilka förebyggande insatser mot alkoholmissbruk som idag görs av kommunerna inom skolans område. En del kommunförbund svarade själva på enkäten, andra valde att skicka den vidare till kommunerna.

Det dominerande intrycket är att ANT-undervisning bedrivs i form av punktinsatser. Det handlar mycket om temadagar och inslag från externa medverkande. Det är framför allt inom den ordinarie undervisningen i natur- och samhällsorienterande ämnen som ANT läggs in. Andra pedagogiska metoder som t.ex. studiecirklar eller teaterinslag förekommer sällan.

Högstadiet verkar vara den mest intensiva perioden för ANT-undervisning, generellt sett minskar sedan aktiviteterna i gymnasiet. När det gäller undervisningens omfattning tycker sig de som besvarat enkäten inte ha märkt någon förändring på senare år.

Polisen verkar vara den myndighet som samverkar mest med skolan i dessa frågor. Vidare uppger ungefär hälften av dem som svarat att samarbete förekommer med socialtjänsten. Därutöver samverkar skolan också med fritidsförvaltningen och en rad organisationer som t.ex. nykterhetsrörelsen, länkorganisationer, FMN, Hassela m.fl.

De flesta tycker att det bör finnas en stödfunktion för ANT-undervisningen, antingen lokalt eller regionalt. Det som efterfrågas är framför allt stimulans, tips och idéer. Kunskap om material och fortbildning för personal är andra behov.

En rundfråga har även ställts till ett antal f.d. ANT-konsulenter m.fl. De flesta hade uppfattningen att ANT-undervisningen har förändrats under de senaste åren och är på väg tillbaka mot en mer traditionell form som är starkare ämnesbunden, mindre temainriktad, mer inriktad på information och mindre på attitydbearbetning och beteendeförändring.

### 7.4.5 ANT-undervisning eller alkoholundervisning?

Vanligtvis kombineras i skolan undervisning om Alkohol, Narkotika och Tobak till ANT-undervisning. Man kan naturligtvis fråga sig om det är lämpligt att på detta sätt kombinera undervisning om droger som är mycket olika till sin karaktär. (Det finns för övrigt varierande uppfattningar om huruvida tobak och alkohol i likhet med narkotika skall benämnas droger.) Även om det finns förhållanden som är likartade för olika typer av droger, finns det också många faktorer som skiljer.

Se nedanstående tabell:

| | "del av kulturen" | bruk olagligt | bruk = missbruk | försäljning | överlåtelse | allt bruk anses skadligt |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Alkohol** | Ja | Nej | Nej | Reglerad (System-bolaget) | Tillåtet över 20 år | Nej |
| **Narkotika** | Nej | Ja | Ja | Olaglig | Olagligt | Ja |
| **Tobak** | Ja | Nej | Ja/Nej? | Fri | Tillåtet | Ja |

Av tabellen framgår att lagstiftning, synen på bruk - missbruk och plats i vår kultur skiljer sig avsevärt mellan olika droger. Mest skiljer sig synen på tobak och tobaksbruk från synen på övriga droger. Men även mellan alkohol och narkotika finns stora skillnader. Det finns således skäl för att i skolan arbeta med de olika drogerna var för sig i stället för att kombinera dem till en gemensam ANT-undervisning. I praktiken sker också en viss uppdelning, framför allt mellan olika årskurser på högstadiet. Vanligtvis ligger tyngdpunkten på tobak i årskurs 6-7, alkohol i årskurs 8 och narkotika i årskurs 9. En mera långtgående uppdelning kan från vissa synpunkter vara motiverad.

Å andra sidan finns det många gemensamma drag mellan alkohol, narkotika och tobak när det gäller bruk/missbruk bland unga människor; nyfikenheten, risktagandet, inslag av protest mot vuxengenerationen, kamrattrycket, social problematik m.m. Därför är det möjligt att använda likartade arbetssätt och metoder i såväl alkohol- som narkotika- och tobaksundervisningen. Det finns också praktiska skäl som talar mot en alltför strikt uppdelning av ANT-undervisningen i separata delar. Skolundervisningen är redan idag så uppdelad att eleverna ibland har svårt att se sammanhang och helheter. En ytterligare uppsplittring skulle förstärka denna tendens.

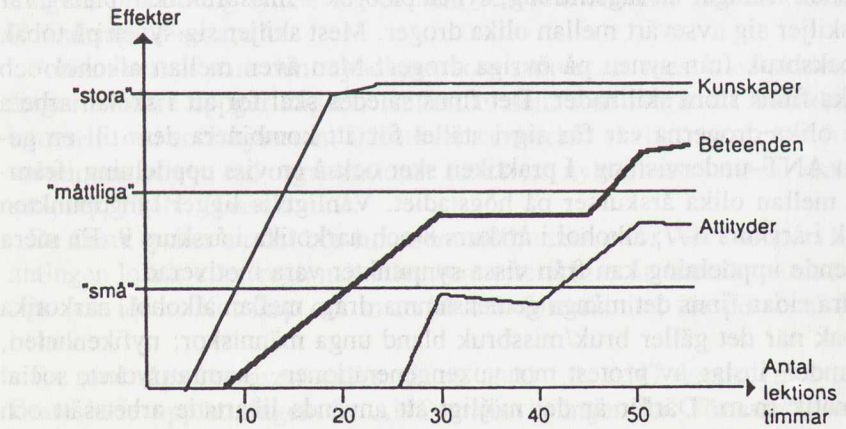
En mera strikt uppdelning av ANT-undervisningen i olika delar som behandlas var för sig, riskerar att öka ämnesträngseln och konkurrensen mellan olika ämnen samt göra undervisningen ännu mera känslig för tillfälliga trender

i samhället. Slutsatsen blir därför att alkoholundervisningen även i framtiden bör ingå som en del i ett större sammanhang. Det kan även övervägas att utöka detta med andra hälso- och livsstilsfrågor.

## 7.5 Effekter av ANT-undervisning

I föregående avsnitt beskrevs hur ANT-undervisningen utvecklats och förändrats både vad gäller metod, organisation, tillgång till stöd och stimulans, samverkansmöjligheter m.m. En viktig fråga är om dessa förändringar i ANT-undervisningens intensitet och utformning kan avläsas i effekter på eleverna. Eftersom mycket få vetenskapligt hållbara utvärderingar av ANT-undervisningen gjorts i Sverige (Bremberg, 1990), är det svårt att ge ett generellt svar på den frågan. Svaret beror också på vilket mål man haft med undervisningen.

De översikter över forskning kring ANT-undervisning som finns att tillgå, visar att man inte alltid får de resultat man förväntat sig. Undervisningsprogram med målet att öka elevernas kunskaper om droger är ofta framgångsrika i så motto att elevernas kunskap ökar. Det går relativt lätt att mäta. Mätbara effekter på beteendet får sådana program först om de är mycket långvariga, vilket framgår av diagrammet nedan: (Marklund, 1983)




När eleverna fått "stora" kunskaper efter ca 20 timmars undervisning, är effekterna på beteendet fortfarande "små". För att informationen skall få effekter på beteendet, krävs minst 40 timmars undervisning. Detta är betydligt längre tid än man har tillgång till i den svenska skolan, där medeltimtalet för drogundervisningen ligger på 3-5 timmar/årskurs i högstadiet.

En del program av informationskaraktär (biologiska faktamodeller) har visat sig motverka sitt syfte genom att öka intresset för alkohol (Marklund, 1983).

Flera program med målsättningen att skapa eller förstärka alkoholnegativa attityder hos eleverna har däremot visat sig vara framgångsrika så till vida att elevernas attityder tll alkohol blivit mer negativa. Men någon motsvarande beteendeförändring, dvs. minskad drogkonsumtion, har inte gått att se. Vissa resultat tyder dessutom på att förändringar i beteenden, i tiden kan gå före förändringar i attityderna. Detta kan förefalla egendomligt men är antagligen en följd av att man av yttre omständigheter (t.ex. lagstiftning) tvingats ändra beteende.

De undervisningsprogram som haft störst framgång när det gäller att påverka elevernas beteenden, är olika socialpsykologiska eller kombinerade program. Visserligen är bilden även här splittrad, men särskilt i de fall där föräldrarna och närsamhället engagerats i det alkoholpreventiva arbetet, har sådana undervisningsmodeller medfört att alkoholkonsumtionen minskat bland eleverna.

All primärprevention som har som mål att påverka beteenden, är svår att utvärdera, bl.a. på grund av att det önskvärda beteendet förväntas kvarstå hos eleven under lång tid efter det att denne slutat skolan. Vanligtvis har inte skolan själv möjlighet att genomföra så långsiktiga och resurskrävande utvärderingar som då krävs.

Ett sätt att mäta ANT-undervisningens effekter kan vara att jämföra denna undervisnings utveckling med konsumtionsutvecklingen bland ungdomar.

Resultaten av en sådan jämförelse, som baseras på CANs årliga alkoholvaneundersökningar bland elever i årskurs 9, framgår av diagrammet nedan:

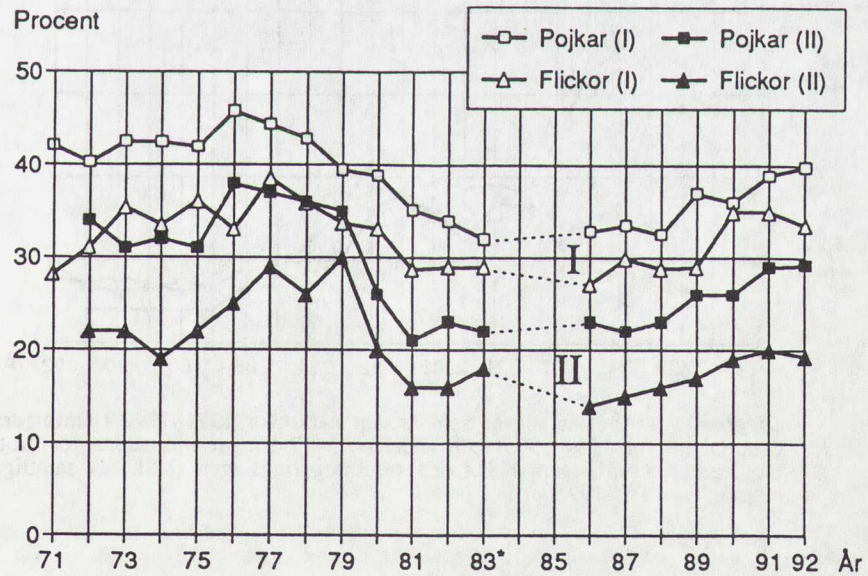



***Diagram*** (I) Andelen elever i årskurs 9 som känner sig berusade varje/nästan varje gång de dricker alkohol och (II) andelen elever som rapporterat "storkonsumtion" ** någon gång per månad eller oftare efter kön. 1971–1992.

Om man studerar kurvan över "storkonsumtion", finner man att andelen storkonsumenter var relativt konstant under 1970-talet men att en uppgång skedde mot slutet av detta decennium. Under 1980-talets första år sjönk andelen storkonsumenter betydligt men ökade sakta under senare delen av decenniet och in på 1990-talet.

Minskningen av andelen storkonsumenter kring år 1980, sammanfaller med den satsning på metodutveckling och personalutbildning som gjordes i de s.k. FALK- och FALK/SU-projekten. I början av 1980-talet startade också "Aktion mot Droger", vars tyngdpunkt låg på insatser mot alkohol.

Vid 1980-talets mitt blev HIV/aids den stora frågan i skolan. Samtidigt intensifierades insatserna mot narkotikakonsumtionen som ökat bland ungdomar under första hälften av 1980-talet. Insatserna mot alkohol minskade då i intensitet.

I nedanstående diagram över narkotikakonsumtionen (Andersson och Hibell, 1992), kan man också se att narkotikakonsumtionen sjönk en bit in på 1980-talet. Samtidigt började alkoholkonsumtionen öka svagt. Denna ökning fortsatte under 1990-talets början.

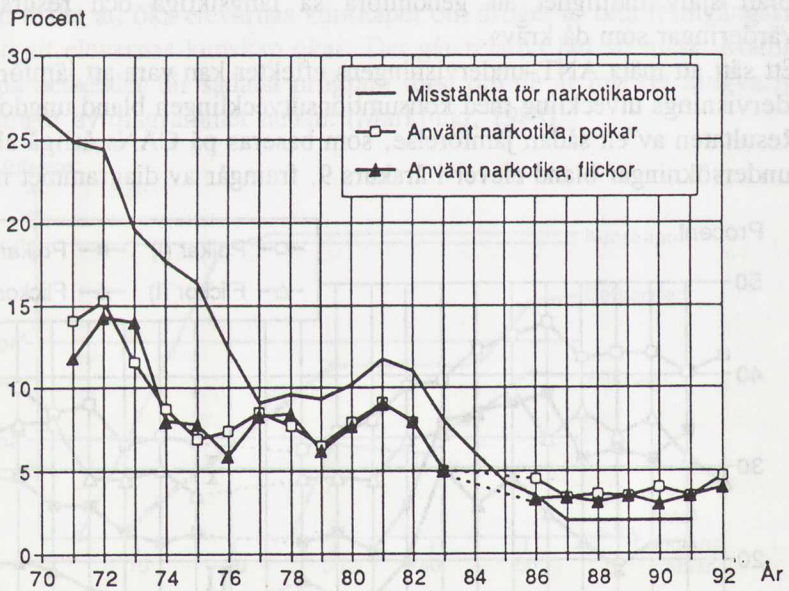



*Diagram* Andelen elever som använt narkotika 1971–1992 (jämförbara data saknas för 1984–1985) och andelen 15–17-åringar misstänkta för brott mot narkotikastrafflagen (NSL) och varusmugglingslagen (VSL) av samtliga misstänkta. 1970–1991.

Det finns alltså en samvariation mellan skolans insatser mot olika droger och konsumtionsfrekvensen för dessa. Det är dock mycket svårt att bevisa att detta samband huvudsakligen beror på skolans undervisning. Men det finns inget i statistiken som motsäger att skolans insatser mot droger faktiskt också inverkar på elevernas konsumtionsvanor.

## 7.6 Lärarutbildningen

Hur utbildningen av lärare organiseras samt vilket innehåll den har, är av avgörande betydelse för hur undervisningen i skolan kommer att se ut. Detta gäller naturligtvis även ANT-undervisningen.

Lärarutbildningen förändras f.n. i samband med att olika reformer genomförs inom högskoleutbildningen. Men i huvudsak ser lärarutbildningen i Sverige ut på följande sätt:

Två huvudkategorier av grundskollärare utbildas, tidigarelärare för årskurs 1 - 7 och senarelärare för årskurs 4 - 9. Tidigarelärare, vars utbildning är sju terminer lång, kan ha antingen matematisk- naturvetenskaplig inriktning eller samhällsvetenskaplig-språklig inriktning. Senarelärarnas utbildning är nio terminer lång och inriktas mot olika ämnen eller ämnesgrupper. Både tidigare- och senarelärare utbildas vid lärarhögskolor, men senarelärarnas ämnesteoretiska utbildning är huvudsakligen förlagd till universitetens olika institutioner.

Det senaste året har en ny senarelärarutbildning introducerats. Den liknar den gamla ämneslärarutbildningen och innebär att personer med en viss ämnesteoretisk kompetens får en ettårig utbildning i pedagogik och metodik vid lärarhögskola. De blir därmed behöriga att tjänstgöra som senarelärare.

Lärare för gymnasieskolan utbildas på ett sätt som liknar den förstnämnda varianten av senarelärarutbildningen. Men för gymnasielärarna är kravet på ämnesteoretiska kunskaper högre.

### 7.6.1 Inslag av ANT i lärarutbildningen

Nyutexaminerade lärares kompetens att undervisa om ANT-frågor är nästan helt beroende av den utbildning de fått vid lärarhögskolorna. Det är alltså viktigt med inslag av ANT i lärarutbildningen.

Det finns flera aspekter på utbildning i ANT-undervisning. Den *ämnesteoretiska* aspekten behandlar fakta om olika droger, deras ursprung, spridning, sammansättning, effekter m.m. Den *metodiska* aspekten handlar om hur man på ett effektivt sätt undervisar om alkohol, narkotika och tobak och om hur undervisningen anpassas till barns och ungdomars mognad och tänkande inom området. En annan aspekt på ANT-undervisning eller "ANT-förebyggande"

undervisning är att drogmissbruk enligt sociologisk teori kan uppkomma som en effekt av att barn och ungdomar vantrivs i skolan eller känner att deras kultur, språk och värderingar inte accepteras.

Det finns ytterligare en aspekt som är av specialpedagogisk natur. Barn och ungdomar kan på grund av psykiska, sociala eller emotionella störningar utveckla riskbeteenden som, om de inte uppmärksammas och åtgärdas, kan resultera i drogmissbruk. Här har lärare en viktig roll att spela även om skolans elevvårdspersonal har de viktigaste uppgifterna i detta sammanhang. Till detta återkommer vi i kapitel 8.

På grund av de många olika aspekterna är det svårt att få en heltäckande bild av hur ANT-undervisningen hanteras i lärarutbildningen. Vid en rundfrågning till lärarhögskolorna uppger de flesta att det förekommer inslag av ANT i både tidigare- och senarelärarutbildningen. Omfattningen varierade från några dagar upp till ca tre veckor. I en del fall ingår ANT i ett block med alternativa ämnen. En lärarstuderande som inte väljer ANT-alternativet kan alltså gå igenom hela lärarutbildningen utan att över huvud taget ha kommit i kontakt med frågor kring ANT-undervisning.

Både metodiska och ämnesteoretiska avsnitt finns med i utbildningen men tyngdpunkten ligger olika vid olika högskolor. Här går inte att urskilja något mönster. I senarelärarutbildningen tycks man dock förutsätta att teoristudierna vid universitetsinstitutionerna innehåller ämnesteori om ANT. De små "ANT-avsnitt" som förekommer vid lärarhögskolorna är således mest av metodisk karaktär.

Gymnasielärarutbildningen verkar, av enkätsvaren att döma, inte innehålla några ANT-inslag över huvud taget, åtminstone inte i den praktisk-pedagogiska delen.

Enligt den nya högskoleförordningen försvinner grundskollärarlinjen och ersätts med s.k. grundskollärarprogram som leder fram till en grundskollärarexamen. I dessa program skall de studerande kunna välja mellan många olika kurser. Vissa kurser kommer dock fortfarande att vara obligatoriska. Vilka dessa blir avgörs av varje enskild högskola.

Det är svårt att förutsäga hur denna reform kommer att inverka på ANT-inslagen i lärarutbildningen. Om alla lärarhögskolor lägger in ANT i de obligatoriska kurserna, kommer alla lärare att få inslag av ANT-undervisning i sin lärarutbildning.Om ANT-avsnitt, i den mån de över huvud taget förekommer, däremot förläggs till de alternativa, valbara kurserna, blir det de lärarstuderandes intresse för frågan som avgör om de kommer att få ANT-inslag i sin utbildning.

En positiv faktor i detta sammanhang är att de flesta högskolor uppger att de studerandes intresse för dessa frågor är tämligen stort, vilket kan tyda på att många studerande kommer att välja kurser med ANT-innehåll även om kurserna inte är obligatoriska.

## 7.7 Fortbildningen

När samhället förändras påverkas också förutsättningarna för skolans verksamhet. Forskning om skolan, utveckling av nya läromedel och metodutveckling pågår ständigt. För att personalen i skolan, och skolan som helhet, skall kunna medverka i, och påverka samhällsutvecklingen, är fortbildning av skolans personal mycket viktig.

Tidigare har fortbildningen varit mera styrd av centrala beslut och intentioner än idag. Inte på så sätt att lärare beordrats gå speciella fortbildningar utan mera genom att centrala skolmyndigheter, exempelvis Skolöverstyrelsen, identifierade viktiga fortbildningsbehov och såg till att sådan fortbildning kom till stånd. Genom att dessutom avsätta resurser för angelägen fortbildning, gjorde man det möjligt för kommunerna att fortbilda skolpersonal utan att drabbas av alltför höga kostnader. Exempel på sådana centralt initierade fortbildningsinsatser är den tidigare nämnda FALK/SU-fortbildningen, No-Teknik-fortbildningen, insatser mot HIV-aids, Personallagsutbildningen m.fl.

Numera är även fortbildningsansvaret decentraliserat. Visserligen skall Skolverket även fortsättningsvis identifiera angelägna fortbildningsområden och se till att fortbildning kommer till stånd inom dessa och andra områden som regeringen bedömer vara angelägna. Men i huvudsak skall fortbildningen i framtiden utgå från de lokala behov som identifieras i den enskilda kommunen och på den enskilda skolan. Rektorn har ansvaret för att "lärare och annan personal får möjligheter till den utveckling och fortbildning som krävs för att de professionellt skall kunna genomföra sina uppgifter" (prop. 1992/93:220 sid. 114). Men skolan får inte längre några särskilda ekonomiska resurser för fortbildning.

En av regeringens intentioner med denna decentralisering av fortbildningen är att öka konkurrensen mellan olika fortbildningsanordnare. På den uppkomna marknaden får traditionella fortbildningsanordnare såsom universitet, högskolor och fortbildningsavdelningar numera konkurrera, dels med varandra men också med bokförlag, privata konsultföretag m.fl. Även organisationer och myndigheter erbjuder fortbildning för skolpersonal.

Inom ANT-området har t.ex. landstingen och nykterhetsrörelsen en lång tradition att erbjuda fortbildningstillfällen för skolpersonal inom hälso- och ANT-området.

Under senare år tycks dock efterfrågan på fortbildning inom ANT-området ha minskat. Vid en rundfrågning bland de universitet, högskolor och fortbildningsavdelningar som bedriver lärarfortbildning, visar det sig att ingen enda av dessa institutioner anordnat någon fortbildning i ANT-undervisning under de senaste två åren. Enligt de ansvariga vid dessa institutioner har det inte funnits någon efterfrågan på sådan fortbildning.

Även privata konsulter uppger att skolornas efterfrågan på deras tjänster vid studiedagar om ANT har minskat betydligt under de senaste åren.

Företrädare för nykterhetsrörelsen menar att skolornas efterfrågan på deras medverkan vid olika projekt, bl.a. fortbildning, varit relativt oförändrad under de senaste åren. Men karaktären på de efterfrågade tjänsterna har förändrats. Medverkan vid längre projekt av utvecklingskaraktär har minskat, medan efterfrågan på kortare "inhopp" såsom halva studiedagar och liknande, har ökat. Likaså har efterfrågan på medverkan från f.d. missbrukare ökat.

Sammanfattningsvis kan konstateras att fortbildningsverksamheten inom ANT-området tycks ha minskat i omfattning under de senaste åren.

## 7.8 Exempel på väl fungerande alkoholförebyggande verksamhet

I bilaga 6 presenteras ett antal exempel på ANT-verksamhet i och kring skolan. En del exempel är detaljerat beskrivna, andra mera summariskt. Exemplen är hämtade från olika håll i skolsystemet eller i den organisation som omger skolan och har tagits med därför att de är väl genomtänkta och anses fungera bra. Däremot finns inga vetenskapligt hållbara utvärderingar som kan bevisa att de beskrivna verksamheterna har bidragit till att minska elevernas alkoholkonsumtion.

De beskrivna exemplen utgör ett axplock bland alla de verksamheter som förekommer. De är på intet vis heltäckande. Många andra exempel skulle ha kunnat omnämnas men av utrymmesskäl har vi fått begränsa oss.

## 7.9 Kommissionens överväganden och förslag

I det nya skolsystemet, är avsikten att avsevärt öka kommunernas och de enskilda skolenheternas inflytande över skolans verksamhet. Målstyrning och inte detaljstyrning är principen. Denna nya grundsyn har också varit vägledande vid utarbetandet av de nya läroplanerna för grund- och gymnasieskolan, för vilka riktlinjer fastställdes av riksdagen i december 1993. Många områden som i tidigare läroplaner beskrevs utförligt omnämns nu bara i korta ordalag. Förebyggande verksamhet i alkoholfrågor (ANT-undervisning m.m.) berörs inte explicit. Det framhålls emellertid att rektor har ett ansvar för att dessa frågor uppmärksammas.

Även med beaktande av de nya principerna för den statliga styrningen kan konstateras att statens mål för den nya skolan är att ökad vikt läggs vid ämneskunskaper. Konsekvensen av detta blir med nödvändighet minskat

utrymme för arbete som ägnas åt skolans sociala och fostrande ansvar, vilket kan gå ut över insatser för att förebygga alkoholproblem.

Kommissionen anser att kommunerna måste intensifiera sina förebyggande insatser för barn och ungdom vad gäller alkohol. Skolan framstår då som den viktigaste aktören. Kraven på skolan måste således ställas *högre* än vad fallet är idag.

*Komplettering av styrdokument m.m.*

Kommissionen har övervägt att föreslå en revidering av de centrala styrdokumenten vad gäller avsnitten om folkhälsa och då främst ANT. De fyra perspektiven (det etiska, det historiska, det internationella och miljöperspektivet) skulle t.ex. kunna utökas med ett femte sådant, ett "folkhälsoperspektiv". Kommissionen bedömer dock detta vara mindre lämpligt f.n. Läroplanerna är nyss beslutade och måste få en chans att visa hur de fungerar. Skolorna måste få möjlighet att finna sina arbetsformer utifrån dessa.

Ändå är det nödvändigt att mål, som innebär ökade ambitioner på det alkoholförebyggande området från skolans sida, tydliggörs. Samhällets i olika sammanhang uttalade mål att ungdomar bör vara alkoholfria under hela skoltiden (såväl grund- som gymnasieskola) måste således framgå av någon form av komplettering av styrdokumenten eller av bindande anvisningar till dessa.

Kommissionen anser att ökad ANT-verksamhet på gymnasienivå är en nödvändighet. Ett eventuellt införande av en mer kursutformad gymnasieskola diskuteras f.n. I en sådan skola får de sammanhållna klasserna en minskad betydelse, vilket innebär försämrade förutsättningar för alkoholundervisning. För att ändå, oberoende av organisationsform, få till stånd en så effektiv ANT-undervisning i gymnasieskolan som möjligt föreslår kommissionen att Skolverket ges i uppdrag att i kommande kursplanearbete särskilt beakta ANT- och hälsofrågor.

*Centralt stöd i form av metodutveckling, utarbetande av undervisningsmaterial m.m.*

Skolverket och Folkhälsoinstitutet är båda berörda av ökade insatser från skolans sida för att motverka alkoholmissbruk.

Skolverket har som sin huvuduppgift att följa upp och utvärdera skolans verksamhet (inklusive ANT-undervisning). Uppföljning och utvärdering skall ske mot mål som regering och riksdag formulerat för skolan. När det gäller utvecklingsuppgifter, t.ex. vad gäller ANT, handlar det i första hand om att på regeringens uppdrag utarbeta kursplaner, referens- och kommentarmaterial. Skolverket ansvarar också för tillsynen av skolans verksamhet.

Flera omständigheter begränsar dock i praktiken väsentligt Skolverkets möjligheter att främja insatser inom alkoholområdet. Skolverket har f.n. ett antal för skolan synnerligen viktiga uppgifter att lösa. Dit hör bl.a. implementeringen av de nya läroplanerna för grundskolan och gymnasiet, det nya betygssystemet samt utarbetande av ett nytt nationellt provprogram. Detta gör att huvuddelen av ansvaret för att skolans alkoholförebyggande verksamhet utvecklas i stället bör ligga på Folkhälsoinstitutet.

Vad gäller produktion av fakta- och värderingsmaterial på ANT-området är Folkhälsoinstitutet den myndighet som bör ha bäst kompetens. Folkhälsoinstitutet föreslås därför svara för information, spridning av goda exempel, produktion av intresseväckande fakta och undervisningsmaterial, utveckling av lämpliga undervisningsmetoder och andra sätt att från skolans sida förebygga alkoholproblem. (Vad gäller exempel på verksamhet som kommissionen anser värda att ta efter hänvisas till bilaga 6.) Folkhälsoinstitutet bör också ha ett samordningsansvar för alla insatser som vidtas i detta avseende.

Särskilt rektorer men också lärare och föräldrar bör vara viktiga målgrupper för information om hur alkoholundervisning kan bedrivas och vilka andra insatser som är möjliga från skolans sida. Detta sammanhänger med förhållandet att rektor på varje skola fått ett kraftigt ökat inflytande på skolans arbete och att samverkan med föräldrar spelar större roll nu än tidigare. Sådan direktinformation förekommer redan från Folkhälsoinstitutets sida, t.ex. i form av informationsbladet "Användbart".

*Regionalt och lokalt stöd*

Tidigare fanns s.k. "ANT-konsulenter" på Länsskolnämnderna. Inom några län finns idag någon motsvarighet till dessa, i de flesta gör det inte det. Erfarenheterna av ANT-konsulenterna var såvitt kommissionen kan bedöma i huvudsak positiva. De stimulerade till aktiviteter inom kommunerna, kom med förslag till undervisningsuppläggning, tog initiativ till fortbildning av lärare etc.

Kommissionen anser det viktigt att alla kommuner har tillgång till någon/några i ANT-frågor väl insatta personer som kan stödja och stimulera ANT-undervisningen. Den genomförda enkäten visar också att det finns ett uttalat behov av sådant stöd. Kommissionen anser dock att det finns skäl som talar för att sådana stödpersoner bör verka på lokal, inte regional, nivå. Det förefaller lämpligt att dessa personer fungerar som "motor" för allt primärpreventivt arbete på lokal nivå. Det är givet att de många skolenheter som kan finnas i en kommun ändå blir de viktigaste avnämarna.

Utöver de nämnda konsulenterna, som normalt har en medelstor kommun eller några mindre kommuner som sitt arbetsfält, bör den tidigare idén med

"ANT-ansvariga" på varje skolenhet främjas. De kan på den nivån fungera som pådrivande för verksamheten, stödja kollegor m.m.

Stort utrymme måste finnas för initiativ från regionala och lokala aktörers sida, bl.a. CAN, nykterhetsrörelsen och socialtjänsten, för att få en bredare uppslutning kring insatser från skolans sida vad gäller alkohol.

*Föräldrasamverkan*

Även om skolans undervisning har stor betydelse för utvecklingen av ungdomars vanor på alkoholområdet är det ändå föräldrahemmet som betyder mest. Föräldrarnas attityder till sina ungdomars alkoholkonsumtion har, som tidigare visats, mycket stor betydelse för vilka alkoholvanor de kommer att utveckla. Information om bl.a. dessa sakförhållanden måste nå alla föräldrar. En närmare kontakt mellan skolan och elevernas föräldrar är därför angelägen. Den bör stimuleras både från lokalt och från centralt håll. Skolan kan t.ex. via studiecirkelverksamhet skapa en närmare kontakt mellan föräldrarna så att dessa kan diskutera och tillämpa gemensamma regler och normer för eleverna.

Kommissionen anser att en fortsatt utveckling av samarbetet föräldrar - skola är viktig. Folkhälsoinstitutet bör inom sin drogförebyggande verksamhet beakta och stödja det arbete som bedrivs på detta område. Detta innebär bl.a. att Folkhälsoinstitutet bör inventera, utveckla och sprida kännedom om goda modeller för samverkan mellan skola och hem/föräldrar.

*Lärarutbildningen*

Lärarutbildningen är av avgörande betydelse för nya lärares motivation och förmåga att arbeta med ANT-frågor i sin undervisning. För att ANT-frågor skall få en mer framträdande plats i lärarutbildningen föreslår kommissionen att hälsofrågor inklusive ANT tydligare markeras i högskoleförordningens kravspecifikation för olika lärareexamina.

*Fortbildning*

Fortbildningsinsatser för lärare m.fl. avser idag bara i ringa utsträckning ANT-frågor. Fortbildning är emellertid ingen statlig angelägenhet. För att stimulera till ökade insatser föreslår kommissionen att Skolverket tilldelas särskilda medel för att vidta åtgärder som leder till att det finns intressanta och attraktiva fortbildningsaktiviteter på detta område och att dessa aktiviteter kan bedrivas på många håll i landet till ett rimligt pris.

## 7.10 Kommissionens rekommendationer och förslag i sammanfattning

**Kommissionen anser:**

- *Att det är angeläget att skolans insatser vad gäller att motverka bruk och missbruk av alkohol inte bara uppehålles utan intensifieras. En väsentlig ökning av undervisningen på gymnasienivå är en nödvändighet!*

**Kommissionen föreslår:**

- *Att en komplettering av de centrala styrdokumenten eller att bindande anvisningar klargör de ökade förväntningarna på insatser från skolans sida för att motverka alkoholbruk.*

För att kunna fullgöra de ökade kraven behövs bl.a. ett bra undervisningsmaterial, beprövade och effektiva metoder, välutbildade och motiverade lärare, ett nära samarbete med föräldrarna m.m. Det behövs både ett centralt och lokalt stöd för detta.

**Kommissionen föreslår:**

- *Att Folkhälsoinstitutet får som en prioriterad uppgift att svara för*
  *att skolorna får information om bra litteratur och andra undervisningshjälpmedel,*
  *att spridning sker av goda exempel på ANT-undervisning (varav några refereras i bilaga 6 till detta delbetänkande,*
  *att produktion sker av intresseväckande undervisningsmaterial, inte minst på gymnasienivå där behovet troligen är störst,*
  *att utveckling sker av lämpliga undervisningsmetoder och av andra sätt att från skolans sida förebygga alkoholproblem.*

**Kommissionen föreslår:**

- *Att Skolverket ger hög prioritet åt sin uppgift att följa upp och utvärdera effekterna av den ANT-undervisning som sker på olika skolenheter ute i landet.*
- *Att hälsofrågor, inklusive ANT, tydligare markeras i högskoleförordningens kravspecifikation för olika lärareexamina. Detta för att ge ANT-frågor en mer framträdande plats i lärarutbildningen än vad de har idag.*
- *Att Skolverket vidtar åtgärder som leder till att det finns intressanta och attraktiva fortbildningsaktiviteter på ANT-området.*

**Kommissionen anser:**

- *Att det är viktigt att det finns tillgång till lokalt placerade stödpersoner som kan fungera som "motorer" för ANT-verksamheten.*

Även om skolan har stor betydelse för utvecklingen av ungdomars vanor på alkoholområdet är det belagt att det är föräldrahemmet och föräldrarnas inställning till ungdomarnas alkoholkonsumtion som betyder mest.

**Kommissionen anser:**

- *Att en fortsatt utveckling av samarbetet föräldrar - skola är viktig. Folkhälsoinstitutet bör inom sin drogförebyggande verksamhet beakta och stödja detta arbete.*
- *Att Folkhälsoinstitutet bör inventera, utveckla och sprida kännedom om väl fungerande modeller för samverkan mellan skola och hem/föräldrar.*

# 8 Riktade insatser på alkoholområdet inom skolans ram

## 8.1 Inledning

Att alkoholberoende utgör ett av våra största folkhälsoproblem torde vara oomtvistat. Skolan har därför sedan länge sett som sin uppgift att bidra till upplysning om riskerna med alkoholen. Huvudsakligen har detta skett genom att ge eleverna kunskaper men också i viss mån genom programaktiviteter avsedda att påverka ungdomarnas attityder till alkohol och andra droger.

Det finns således en lång tradition av primärpreventiva insatser på alkoholområdet i skolan. Erfarenheterna av sekundärprevention, dvs. förebyggande arbete på individnivå, är däremot betydligt mera begränsade inom skolans ram. Detta kapitel avser att belysa de teoretiska och praktiska möjligheter som finns när det gäller sådant arbete samt vilka eventuella problem och hinder som kan föreligga. Texten baserar sig på den internationella litteraturen på området i kombination med en inventering av hittills vunna svenska erfarenheter samt överväganden och förslag föranledda av dessa.

## 8.2 Begrepp

Med sekundärprevention avses vanligen tidig upptäckt av ett hälsoproblem samt åtgärder vidtagna för att avhjälpa detta. Betoningen ligger oftast på begreppet tidig. Det gäller därför ofta hälsoproblem som tidigare varit okända för den enskilde och som upptäcks genom hälsokontroll eller liknande.

En alternativ tolkning av begreppet är att fokusera på begreppet risk. Som framgått av inledningskapitlet kan med sekundärprevention avses en högriskstrategi syftande på insatser riktade i första hand till individer som har sådana alkoholvanor att de riskerar att få alkoholskador eller som har symptom på, alternativt riskerar att utveckla, ett alkoholberoende.

Med denna användning av begreppet ställs insatsen och strategin i fokus snarare än själva upptäckten. Det förefaller rimligt att, åtminstone i alkoholsammanhang, använda denna tolkning. Av resonemanget följer att alla riktade

insatser på alkoholområdet i någon mån är att betrakta som behandling. Betoningen läggs då oftare på enkla snarare än tidiga insatser.

I det följande kommer i stället för begreppet sekundärprevention uttrycket "riktade insatser" att användas. Därmed avses upptäckt och identifikation av ungdomar med högkonsumtion av alkohol som bedöms riskabel i något avseende samt enkla behandlingsinsatser inom skolans ram av dessa ungdomar inklusive samarbete med och remittering till andra vård- eller behandlingsgivare.

## 8.3 Syften

En distinktion som behöver göras i fråga om riktade insatser är tidsperspektivet (Bremberg, 1993). Skall en eventuell preventiv insats riktas mot långsiktiga eller kortsiktiga risker? Definitionen på riktade insatser på alkoholområdet som användes ovan avser uppenbarligen långsiktiga risker; "...riskerar att få alkoholskador...". Denna inriktning förutsätter dock två förhållanden. För det första bör det föreligga ett tydligt och relativt klart samband mellan alkoholkonsumtion i ungdomsåren och senare i livet. Som kommer att framgå utförligt senare finns det ett sådant samband, om än svagt. För det andra bör det finnas rimliga chanser att med detta långsiktiga syfte motivera ungdomar till beteendeförändringar som ger fördelar på mycket lång sikt. Erfarenheten av preventivt arbete i andra sammanhang, såsom tobak, cancer m.m., stöder inte denna tanke. Det är mycket svårt i alla befolkningsgrupper att förändra beteenden vars negativa konsekvenser huvudsakligen är mycket långsiktiga. Detta är dessutom extra svårt i ungdomsåren eftersom intresset då vanligen inte är fokuserat särskilt långt fram i tiden utan är betydligt mera här-och-nu-orienterat.

En alternativ strategi är att utgå från eventuella negativa konsekvenser på kort sikt. Även sådana akuta effekter finns i hög grad när det gäller högkonsumtion av alkohol. Vi vet att alkohol i betydande grad förknippas med hälsoproblem redan under ungdomen. Så är t.ex. skador av våld och olycksfall samt självmord de dominerande orsakerna till död i denna åldersgrupp. Alkoholen är mycket ofta en bidragande faktor till dessa skador. Andra direkta effekter av ett omfattande alkoholbruk är minskad ambition och motivation till utbildning, negativ inverkan på inlärning och andra kognitiva effekter samt en starkt bidragande faktor till depressioner (Adams m.fl., 1990; Hawkins m.fl., 1992).

Samtliga dessa risker kan ha en negativ inverkan på tonårsutvecklingen och utgör i sig tillräckliga skäl för preventiva insatser i skolan.

Av särskild vikt är dock huruvida ungdomarna själva kan tänkas uppleva alkoholbruk som ett hälsoproblem. I den s.k. Västkuststudien (Berg-Kelly

m.fl., 1991) där ungdomar själva fick rapportera sina upplevda hälsoproblem var det endast ett fåtal som upplevde sitt alkoholbruk som i någon mening problematiskt. I en amerikansk studie (Ringwalt m.fl., 1989) rapporterade dock majoriteten av de tillfrågade ungdomarna i äldre tonåren att de haft någon form av komplikationer i anslutning till sitt alkoholbruk, oftast då i förhållande till föräldrar eller vänner. Det kan också vara av intresse att cirka hälften av årskurs 9-elever i Sverige anser sig få för lite undervisning i skolan om alkohol (Andersson m.fl., 1992). Huruvida detta speglar en problemupplevelse är oklart men uppenbarligen anser ungdomarna frågan som viktig. Ytterligare studier på detta område är synnerligen angelägna.

All erfarenhet på hälsoområdet talar för att preventiva insatser har bäst effekt om de utgår ifrån ett självupplevt hälsoproblem som man är motiverad att åtgärda på något sätt. Om detta går att tillämpa på alkoholproblemet är något tveksamt men framställningen kommer att visa att det, under vissa förutsättningar, ändå inte är omöjligt.

Valet av mål och tidsperspektiv behöver dock uttalas tydligt eftersom detta i sin tur påverkar valet av arbetssätt och metoder. Ett framgångsrikt individuellt arbete med alkoholfrågan i skolan behöver ske utifrån ett brett folkhälsoperspektiv med tonvikt på de omedelbara negativa effekterna hos ungdomar av hög alkoholkonsumtion. En särskild fördel är om arbetet kan utgå från ungdomarnas egna upplevda problem med alkoholen eftersom motivationen till förändring då kan förväntas vara som störst.

## 8.4 Skolans roll i folkhälsoarbetet

En avgörande fråga i detta sammanhang är vilket mandat skolan har när det gäller det preventiva arbetet med alkoholfrågan. När det gäller primärpreventiva insatser så finns det många exempel på klara formuleringar i skolans tidigare styrdokument. (Som framgår av kapitel 7 är förväntningarna på skolan i detta avseende mindre tydliga i de nya läroplanerna). Att skolan kan ha en roll att spela i ett arbete som fokuserar ungdomar som dricker för mycket alkohol har däremot aldrig uttalats klart.

Den av regeringen tillsatta Athenagruppen som arbetade intensivt under åren 1989–91 med informationsinsatser kring alkohol och andra droger hade för sin del uppställt klara mål (Athena, 1991):

- starta ett långsiktigt arbete för att minska ungdomars alkoholkonsumtion,
- öka andelen ungdomar som inte dricker samt få övriga ungdomar att dricka mindre.

Man uppsatte också som delmål "att utveckla metoder för hur man kan arbeta med personer i riskzon för missbruk". Athenakampanjen riktade sig inte

enbart till skolan men man betonade ändå skolans möjligheter till riktade insatser: "I skolan kan man också se tidiga tecken på begynnande alkohol- och narkotikamissbruk och om kunskaperna finns kan också tidiga insatser sättas in."

## 8.5 Ungdomars alkoholvanor

Uppgifter om ungdomens alkoholvanor insamlas kontinuerligt i Sverige på flera olika vägar.

CAN (tidigare i samarbete med Skolöverstyrelsen) genomför årligen en undersökning av ett riksrepresentativt urval elever i årskurs 9. Under 1970-talet tycks pojkars alkoholvanor ha varit ungefärligen oförändrade medan flickors konsumtion ökade, särskilt bland dem som drack betydande kvantiteter. Under större delen av 1980-talet minskade andelen alkoholkonsumenter påtagligt såväl bland pojkar som flickor. De allra senaste åren från och med år 1989 har dock visat en viss uppgång i alkoholkonsumtionen, om än tämligen svag.

Sifo gör årliga undersökningar på ett urval ungdomar i åldrarna 12–24 år. Även här påvisades en påtaglig minskning under första delen av 1980-talet. Under denna period mer än halverades spritkonsumtionen i ungdomsgrupperna. Efter år 1984 noteras dock en ökande konsumtion av alkohol bland såväl pojkar som flickor, särskilt av starköl.

Sammanfattningsvis kan vi under de senaste 25 åren notera en tillfredsställande utveckling av den generella alkoholkonsumtionen bland ungdomar men måste samtidigt notera att den positiva trenden vänt under de senaste 5–10 åren, om än i relativt svag takt.

### 8.5.1 Högkonsumenter

Inför frågan om riktade åtgärder är dock inte uppgifterna om den generella alkoholkonsumtionen tillräckliga. Här gäller det snarare om vi kan identifiera en grupp ungdomar som har en konsumtion som utifrån några kriterier kan sägas vara i riskzon för endera akuta alkoholskadeeffekter eller för utveckling av alkoholberoende i framtiden.

Vilken nivå som kan betraktas som riskabel för ungdomar kan i dag knappast uttalas utifrån någon vetenskaplig grund. När det gäller vuxna finns det viss forskning omkring "toxisk exposition" för alkohol (se avsnitt 2.2). Några motsvarande "gränsvärden" finns dock inte redovisade för ungdomar. Det finns dock starka skäl som talar för att ungdomar under utveckling generellt är känsligare för alkoholexposition än vuxna. Detta gäller särskilt flickor.

I CAN:s undersökning görs en skattning av den totala årskonsumtionen alkohol utifrån de uppgivna svaren. Denna skattning är således en extrapolering från en tvärsnittsundersökning och bör betraktas med viss reservation. Den ger emellertid en fingervisning om hur stor gruppen högkonsumerande ungdomar är.

Det sålunda framräknade konsumtionsindexet används för att dela in ungdomarna i sex grupper. I grupperna 5 och 6 placeras ungdomar vars årliga alkoholkonsumtion beräknas till mer än 5 liter ren alkohol/år. Detta motsvarar cirka en liter starksprit/månad eller 17-18 burkar starköl/månad. Följande utveckling har då skett:

| **År** | **pojkar** | **flickor** |
|---|---|---|
| 1977 | 30 % | 25 % |
| 1979 | 25 % | 18 % |
| Hela 1980-talet | 15-16 % | 7-9 % |
| 1991 | 19 % | 9 % |
| 1992 | 20 % | 8 % |

Vi ser här således en utveckling bland högkonsumenterna som motsvarar den generella utvecklingen, det vill säga en kraftig minskning under 1970-talet som därefter vänt i en negativ trend, i varje fall för pojkarna.

Den här uppgivna konsumtionsnivån (> 5 liter alkolhol/år) överstiger med bred marginal det av Rydberg m.fl. angivna "gränsvärdet" för alkoholkonsumtion.

Ett annat mått på högkonsumenter i CAN:s undersökning är begreppet storkonsumtion. Med detta avses ≥ 1 halvflaska sprit eller ≥ 1 helflaska vin eller ≥ 4 burkar starköl eller ≥ 6 burkar folköl vid samma tillfälle. Även om detta mått avser akuta berusningsbeteenden är det av intresse att se hur stor andel som berusar sig så ofta.

| | **varje vecka** | | **varje månad** (procent) | |
|---|---|---|---|---|
| | **p** | **fl** | **p** | **fl** |
| 1972 | 8 | 4 | 26 | 18 |
| 1974 | 6 | 2 | 26 | 17 |
| 1977 | 9 | 6 | 28 | 23 |
| 1980-talet | 3 | 1-2 | 18-20 | 13-18 |
| 1991 | 3 | 2 | 26 | 18 |
| 1992 | 5 | 1 | 24 | 17 |

Sammanfattningsvis kan vi konstatera att om vi med högkonsumenter menar individer som varje vecka berusar sig så handlar det om 2-5 procent, medan om vi vidgar gruppen till att omfatta individer som har en totalkonsumtion som med bred marginal överstiger "gränsvärdet" för riskfri konsumtion

handlar det snarare om knappt 10 procent av flickorna respektive 20 procent av pojkarna.

Dessa siffror gäller dock enbart elever i årskurs 9, dvs. 16-åringar. Vi har stor anledning att tro att siffrorna är större under senare delen av tonåren.

## 8.6 Utvecklingen av alkoholberoende

När det gäller frågan om relationen mellan alkoholkonsumtion under tonåren och senare som vuxen föreligger delvis motsägelsefulla resultat. De långtidsundersökningar som finns på området visar förvisso på samband mellan tonårskonsumtion och vuxenkonsumtion (Ghodisian m.fl., 1987; Janlert, 1991; Wilde, 1988). Sambanden är dock förvånansvärt svaga. En svensk undersökning (Andersson, 1988) av en urvalsgrupp på 1 200 ungdomar som följts från 14–16 års ålder till 26 års ålder visar inga säkra samband mellan hög alkoholkonsumtion vid dessa båda tillfällen. En mycket omfattande svensk värnpliktsstudie (Andréasson m.fl., 1993) visar dock på en stark association mellan alkoholmönster vid mönstringstillfället och senare alkoholismutveckling. Detta gällde särskilt om man vid mönstringstillfället dessutom uppvisade tecken på bristande emotionell kontroll eller andra psykiska störningar.

Svensk-amerikansk forskning (Cloninger m.fl., 1985 och 1988) har identifierat två typer av alkoholism. En typ är associerad med frekventa impulsiva-aggressiva beteenden och hänger samman med tidig alkoholdebut och alkoholproblem redan under ungdomsåren. En annan typ av alkoholism utvecklas senare med debut efter 25 års ålder. Den tidiga typen har biologiska markörer som pekar mot en särskild genetisk sårbarhet med dålig prognos vad gäller missbruksutveckling. Fokus för ett riktat arbete på alkoholområdet i skolan måste utifrån dessa kunskaper vara att identifiera den första typen av alkoholproblem.

Vi kan dock inte utifrån nuvarande kunskapsläge säkert ange riskerna för utveckling av alkoholberoende i vuxen ålder enbart utifrån alkoholkonsumtionsmönstret i ungdomsåren. Att det föreligger ett visst samband tycks klarlagt men andra komponenter betyder mycket för hur den långsiktiga utvecklingen kommer att se ut. Detta gäller särskilt vad avser de yngre ungdomsåren medan det förefaller som om konsumtionsmönstren stabiliseras kring 18–19-årsåldern (Temple m.fl., 1985–86).

## 8.7 Riskfaktorer

Om riktade insatser skall kunna förväntas ha någon effekt måste de preciseras i förhållande till kända och förebyggbara riskfaktorer. Alkoholkonsumtionsnivåer och -mönster är exempel på sådana väsentliga faktorer men alkoholberoendeutveckling är en komplex process med en mängd samvarierande faktorer. Många av de kända riskfaktorerna för alkoholproblem har dessutom också giltighet för andra psykosociala problem i ungdomsåren såsom kriminalitet, skolmisslyckanden osv.

Det föreligger dock en avsevärd kunskapsmassa omkring olika typer av riskfaktorer för utveckling av alkoholproblem. Dessvärre är de svenska bidragen till denna forskning av mycket blygsam volym. Betydande forskningsinsatser krävs därför för att närmare kartlägga eventuella specifika svenska förhållanden.

Flertalet riskstudier omfattar endast en eller ett fåtal faktorer i taget. Detta är ofta nödvändigt av metodologiska skäl men utgör naturligtvis ett slags våld på verkligheten. Vad vi behöver veta mera om är vilka kombinationer av riskfaktorer som kan vara särskilt betydelsefulla samt vilka som är påverkbara. Dagens kunskapsläge möjliggör inte att ställa upp en formel för utveckling av alkoholberoende men vi kan dock peka ut areor som teoretiskt är möjliga att påverka genom förebyggande arbete.

Följande riskfaktorer har identifierats (Hawkins m.fl., 1992).

### 8.7.1 Generella sociala faktorer

1 *Lagar och förordningar på alkoholområdet*

Det förefaller som om juridiska åtgärder av tre slag har en bevisad effekt på alkoholkonsumtionen bland ungdomar.

a Prispolitik och beskattning (Saffer m.fl., 1987)
b Inköpsålder för alkohol (Cook m.fl., 1982)
c Utskänkningsregler (Holder m.fl., 1987)

Två olika förklaringsmodeller till hur lagar och normer kan påverka alkoholbruket har lanserats. Enligt den ena är lagar att betrakta som utslag av sociala normbildningar och alkoholbruk till stor del som en funktion av gruppnormer (Watts m.fl., 1983). Alkoholkonsumtionen varierar därför avsevärt mellan olika etniska grupper. Enligt den andra förklaringsmodellen påverkar lagstiftningsåtgärder tillgången på alkohol vilket i sig har betydelse på konsumtionen. Denna teori bildar sedan bas för totalkonsumtionsmodellen.

2 *Tillgänglighet*

Många studier har på ett övertygande sätt visat att konsumtionsnivån i ett samhälle är direkt beroende av graden av tillgänglighet (Gorsuch m.fl.,

1976). Detta gäller även ungdomar (Dembo m.fl., 1979). I en amerikansk studie över skolor med varierande alkoholtillgänglighet varierade också ungdomarnas alkoholvanor betydligt då man höll kontroll över andra individuella och sociala faktorer (Gottfredson, 1988).

3 *Socioekonomiska förhållanden*

Ungdomars alkoholvanor har inget särskilt starkt samband med socialgruppstillhörighet, åtminstone inte vid en jämförelse med exempelvis kriminalitet, där sambandet förefaller väldigt starkt. Någon aktuell svensk undersökning över storkonsumentgruppens sociala karakteristika finns tyvärr inte. I USA har man (Robins m.fl., 1979) dock visat att extrem fattigdom är kopplad till alkoholproblem i ungdomsåren, särskilt om man därtill har andra problem såsom beteendestörningar.

## 8.7.2 Individuella och interpersonella faktorer

1 *Fysiologiska faktorer*

Vissa karakteristika av biokemisk eller fysiologisk karaktär förefaller vara kopplade till utveckling av den tidiga formen av alkoholism.

Vi vet exempelvis att sensationssökande beteende och lågt skadeundvikande (brukar ibland sammanfattas under termen risktagandebeteende) har ett starkt samband med den typ av alkoholism som debuterar tidigt (Cloninger m.fl., 1988). Detsamma gäller dålig impulskontroll (Shedler m.fl., 1990). Viss forskning (Zuckerman, 1987) talar för att sensationssökande beteende är biokemiskt kopplat till låg aktivitet av monoaminoxidas (MAO) i blodplättarna. Denna biologiska markör har också återfunnits hos människor med tidigt debuterande alkoholism (von Knorring m.fl., 1987).

Forskare har också funnit avvikelser i genetiskt medierade biologiska svar på alkohol hos barn till alkoholiserade föräldrar. Schuckit m.fl. (1983) fann således distinkta skillnader i serum-prolaktinnivåer efter alkoholexposition hos missbrukarbarn jämfört med kontroller. Pollock m.fl. (1983) fann mera långsamma vågor på EEG hos barn till missbrukande föräldrar. Det finns ytterligare sådana resultat vilka talar för att det kan finnas en genetiskt betingad sårbarhet för utveckling av alkoholberoende.

Adoptionsstudier, framför allt från Sverige och Danmark (Bohman, 1978), har givit konsistenta bevis för en genetisk transmission av vissa typer av alkoholberoende hos män. Sålunda fann man en frekvens av alkoholism på 18–27 procent hos adopterade söner till missbrukande män jämfört med 5–6 procent hos adopterade söner till icke missbrukande män. Någon motsvarande genetisk komponent har ej återfunnits hos kvinnor (Murray m.fl., 1982). Vid en tolkning av dessa studier bör man samtidigt notera att endast mindre än 30 procent av alkoholistsönerna själva blir alkoholister. Dock kan man dra den slutsatsen att tidigt debuterande alkoholism associerad med aggressivitet och

impulsivitet kan ha en partiell förklaringsgrund i individuella fysiologiska karakteristika.

2 *Familjeattityder till alkohol*

Familjen påverkar ungdomens alkoholbeteenden på många olika sätt. Familjens modell för hanterandet av alkohol och andra droger har en starkt signifikant effekt på ungdomens konsumtionsmönster. Ahmed m.fl. (1984) fann att familjemedlemmarnas dryckesvanor och den grad i vilken barnen var delaktiga i föräldrarnas drickande, särskilt om den inkluderade berusning, var den bästa prediktorn för både attityder till alkohol som faktisk alkoholanvändning hos barnen. McDermott (1984) fann att föräldrarnas tillåtandegrad till alkoholanvändning var av lika stor eller större betydelse för barnens alkoholvanor än deras egen faktiska användning. Detta stämmer väl med andra erfarenheter av att föräldrarnas acceptans av barnens alkoholbruk är en mycket stark prediktor för högkonsumtion under tonåren (Barnes m.fl., 1986).

3 *Familjefaktorer*

När det gäller familjedynamiska faktorer är bilden inte lika klar. Här föreligger inte någon bra sammanhängande forskning. Några signifikanta faktorer framträder dock samstämmigt i flera undersökningar. Inkonsekventa eller motstridiga uppfostringsprinciper, höga konfliktnivåer i familjen och låg anknytningsgrad mellan barn och föräldrar är alla kopplade till hög alkoholkonsumtion (Brook mfl., 1990). Det är dock oklart om detta är direkta effekter eller om det mer handlar om ospecifika riskfaktorer.

När det gäller uppfostringsprinciper har man visat (Kandel m.fl., 1987) att bristande intresse i barnens aktiviteter, inkonsekvent regelbildning och låga ambitioner för sina barn predicerar tidig alkoholdebut. Baumrind (1983) delade in föräldrarnas principer i auktoritativa, auktoritära och tillåtande. Tidig alkoholdebut och hög alkoholkonsumtion var vanligare i både de tillåtande och de auktoritära familjetyperna jämfört med de auktoritativa familjerna.

Graden av konflikter i familjen är allra tydligast kopplad till kriminalitetsutveckling men det tycks också finnas samband med alkoholkonsumtion, särskilt då den aggressiva-impulsiva typen som beskrivits tidigare.

Föräldra-barnrelationer som präglas av distans och ointresse för varandra har i upprepade studier visats ha starka samband med alkoholkonsumtion (Brook m.fl., 1980). Positiva familjerelationer med engagemang och anknytning, har å andra sidan visat sig ha skyddande effekt mot alkoholmissbruk även under i övrigt ogynnsamma förhållanden (Gorsuch m.fl., 1976). En bidragande faktor som kan förklara dessa samband kan vara att vid låg anknytningsgrad är också graden av internalisering låg, dvs. föräldrarnas attityder och normer införlivas dåligt hos barnet.

4 *Tidiga beteendeproblem*

Ju högre grad av tidiga beteendestörningar hos barn, desto större risk för utveckling av alkoholberoende som vuxen. I en långtidsstudie av 5-åringar som följdes in i vuxen ålder (Lerner m.fl., 1984) konstaterades att ett "komplicerat och svårt temperament" inkluderande ofta förekommande aggressivitet och negativa beteenden samt tillbakadragande i sociala kontakter, var bidragande till missbruksutveckling. Barn som karakteriserades av tillbakadragande, negativa beteenden vid nya stimuli, biologisk oregelbundenhet, låg anpassningsförmåga till nya situationer samt ofta förekommande humörväxlingar blev signifikant oftare droganvändare än "lätta barn" med hög anpassningsförmåga.

Aggressivitet hos pojkar är ofta en signal till utveckling av antisocialt beteende vilket ofta inkluderar missbruk. Flertalet pojkar växer dock ur detta beteende men om det debuterat tidigt och kvarstår upp i tonåren så är det en relativt stark riskfaktor för utveckling av såväl kriminalitet som drogmissbruk (Loeber, 1988; McCord, 1981). En särskild riskgrupp härvidlag utgör pojkar med MBD/DAMP-problem, särskilt om dessa har uttalad hyperaktivitet och aggressivitet (Gittelman m.fl., 1985).

5 *Skolproblem*

På detta område har vi sannolikt att göra med s.k. confounding-effekter, dvs. gemensamma bakomliggande faktorer som kan ge flera olika typer av problem. Det förefaller dock som att skolans allmänna sätt att fungera samt det specifika bemötandet av elever med problemfylld psykosocial bakgrund kan ha en mycket viktig funktion att fylla i positiv eller negativ riktning för dessa elever. I bästa fall kan skolans bemötande utgöra ett "läkeinstitut" för sargade barn och ungdomar men i andra fall kan skolan bli ytterligare en riskfaktor för dessa elever vilka vanligen har stora problem med att fungera i skolan, såväl inlärningsmässigt som socialt. Frågan om skolan som eventuell riskfaktor är därmed tveeggad. Detta resonemang utgör samtidigt en utmaning när det gäller insatser som riktar sig till elever med problemfylld alkoholsituation.

6 *Kamratrelationer*

Ungdomar med alkoholproblem har som regel dåligt fungerande kamratrelationer. Att detta skulle ha ett direkt kausalt samband saknar vi vetenskapligt stöd för. Snarare förklaras kamratproblem utifrån gemensamma bakomliggande drag.

Alkoholmönster hos kamrater utgör i många studier en av de absolut starkaste prediktorerna för alkoholanvändningen hos ungdomar (Barnes m.fl., 1986; Elliott m.fl., 1985; Kandel m.fl., 1987).Vanligen har denna faktor starkare betydelse än till och med föräldrarnas alkoholvanor.

7 *Alkoholdebut*

Tidig alkoholdebut är en mycket stark prediktor för senare missbruk (Rachal m.fl., 1982). Ju tidigare debutålder för alkohol, desto större risk för annat drogmissbruk (Kandel, 1982) och desto högre alkoholkonsumtion under ungdomsåren (Fleming m.fl., 1982). Robins m.fl. (1985) fann att debut efter 15 års ålder mycket sällan kunde kopplas till hög alkoholkonsumtion eller kontinuitet av högkonsumtion upp i vuxen ålder.

## 8.8 Skyddande faktorer

Under senare år har forskningen omkring positiva, skyddande faktorer hos barn och ungdomar fått ett ökande intresse. Fortfarande är dock relevant forskning på alkoholområdet sparsam. Ibland har det sagts (Labouvie m.fl., 1986) att skyddande faktorer bara är motsatsen till riskfaktorer, men detta konstaterande är knappast tillräckligt, inte heller särskilt användbart i praktisk mening.

Tidigare har skolans potentiella möjlighet som skyddande faktor nämnts. Andra sådana troliga faktorer, som åtminstone klart kunnat visas i förhållande till vissa andra hälsorisker, är:

- viktiga vuxna i ungdomens närhet förutom föräldrarna,
- engagerande fritidsaktiviteter,
- känsla av sammanhang och meningsfullhet i tillvaron,
- upplevelse av kontroll över sitt liv och sin situation (locus of control).

Tyvärr medger inte kunskapsläget ytterligare slutsatser på detta område men erfarenheter från andra områden (kroniska sjukdomar, separationer m.m.) ger övertygande bevis för att det är framgångsrikt att söka kunskap utifrån detta synsätt.

## 8.9 Preventionsmöjligheter i teori och praktik

En riskbaserad prevention förutsätter att riskfaktorerna är klarlagda och identifierade. Tyvärr är, som tidigare nämnts, inte kunskapsläget så heltäckande att vi omedelbart kan välja de mest lovande riskfaktorerna i preventionssammanhang. Detta hänger främst samman med att flertalet studier endast studerat en eller ett fåtal tänkbara faktorer i taget. Vi vet därför väldigt lite om kombinationseffekter. Därtill kan vi sällan med någon större säkerhet säga vilka samband som är kausala, dvs. har ett klart orsakssamband, och

vilka som är tillfälliga eller förklaras av någon gemensam bakomliggande faktor som vi inte kommer åt.

Med dessa reservationer i åtanke, kan vi ändock tillåta oss en granskning av vilka av de nämnda riskfaktorerna som det finns en rimlig möjlighet att påverka i preventionssammanhang. I den mån empiriska studier finns på respektive område, kommer dessa att nämnas.

En första analys bör göras angående vilka riskfaktorer som är direkt påverkningsbara, vilka som är indirekt påverkningsbara genom modererande eller dämpande insatser och vilka som inte alls är påverkningsbara. En familjär förekomst av alkoholism går naturligtvis inte direkt att påverka. Vi kan däremot tänka oss insatser som har till syfte att lindra effekterna av att växa upp i en sådan miljö.

Teoretiskt borde kopplingen mellan riskfaktor och prevention gå till på följande sätt:

1 Identifiera en riskfaktor för alkoholmissbruk.
2 Förklara de mekanismer genom vilken riskfaktorn verkar.
3 Identifiera faktorer som kan påverka dessa mekanismer.
4 Predicera punkter där dessa mekanismer kan brytas.
5 Specificera de interventioner som kan användas vid dessa punkter.

Det är inte särskilt lätt att i praktiken identifiera dessa steg noggrant. Man är därför vanligen hänvisad till att på ett enklare sätt testa hypoteser om dessa samband. Det är dock, komplexiteten till trots, nödvändigt att göra dessa överväganden innan ett framgångsrikt preventionsprogram kan förväntas. Målet måste göras klart och medlen vara sådana att de på ett rimligt sätt kan tänkas föra mot målet.

I denna framställning kommer endast de faktorer som är rimliga att påverka inom skolans ram att diskuteras. Övriga får behandlas i annat sammanhang. Om framställningen dessutom begränsas till faktorer potentiellt påverkningsbara genom sekundärprevention så återstår tyvärr inte särskilt många faktorer.

A *Tillgängligheten* av alkohol och de lagar som styr utbudet regleras helt utanför skolans ram. De åtgärder som möjligen kan vara påkallade från skolans sida är att till föräldrar inskärpa vikten av att inte langa eller på annat sätt tillhandahålla alkohol till ungdomar. Detta är en typisk primärpreventiv (generell) insats som dock kan ha särskild betydelse för de högkonsumerande ungdomarna i de fall man lokalt finner att detta är ett uttalat problem.

B *Föräldrarnas* attityder till alkohol och deras direkta alkoholbeteende, särskilt då med ungdomarna närvarande, kan skolan ta upp till diskussion i föräldramötessammanhang. Även detta är huvudsakligen en generell åtgärd som dock kan förväntas ha särskild vikt för de ungdomar som debuterat tidigt

och/eller dricker mycket. En mycket väsentlig fråga är då vilket mål som skolan har för dessa aktiviteter. Är det ett tillräckligt mål att skapa tillfällen och tid till diskussioner föräldrar emellan omkring dessa frågor eller skall/-kan skolan stå för en åsikt i dessa frågor och i så fall vilken? Det har tidigare nämnts att riksdagen ställt sig bakom uttalandet "Ingen alkohol under uppväxttiden". Det stämmer till eftertanke hur detta uttalande förts vidare i samhället, t.ex. till föräldrarna. Varje skola bör analysera sin egen policy i detta avseende.

Att åtgärder av detta slag kan ha betydelse är visat i andra sammanhang, särskilt då omkring rökning och annat tobaksbruk, där föräldrarnas åsikter och attityder också är av synnerligen stor betydelse. Breda samhällsprogram riktade mot tobaksbruk har visat sig ha god framgång om föräldrarna kan engageras (Johnson m.fl., 1983).

C De *genetiska* faktorerna är i sig inte åtgärdbara, men innebär att särskild uppmärksamhet bör riktas på barn till alkoholiserade föräldrar. Ibland finns denna kunskap i skolan tillgänglig, men långt ifrån alltid. Detta innebär att skolan bör ha denna riskfaktor i åtanke vid bedömningen av en individs alkoholvanor, och i den mån tidigt alkoholmissbruk kan spåras hos dessa måste adekvata åtgärder vidtas. Oftast torde detta innebära kontakt med socialtjänsten eller barn- och ungdomspsykiatrin.

D Samma förhållande råder när det gäller *familjefaktorer*. Skolan har varken kompetens eller resurser att påverka faktorer av detta slag genom familjeintervention av något slag, exempelvis familjeterapi, stödsamtal eller sociala åtgärder. Detta hindrar inte att skolan bör ha en god kunskap, och då särskilt elevvården, om dessa faktorers betydelse i alkoholsammanhang och kunna ta detta i beaktande vid bedömningen av en elevs eventuella alkoholproblem.

E *Kamrater* har, som tidigare nämnts, en uttalad betydelse i detta sammanhang. Det gäller såväl attityderna till alkohol och andra droger som faktiskt beteende. Denna faktor kan skolan ha en viss betydelse för, i samarbete med fritidssektorn. I de fall man i skolan upptäcker eller misstänker hög alkoholkonsumtion hos en elev bör därför kamratsituationen noga penetreras, dels i allmänhet, dels specifikt vad det gäller alkoholmönster och -attityder.

Detta område är det som kan visa flest empiriska erfarenheter. Här finns en rad försök att med social inlärningsterori som grund söka påverka förmågan att motstå kamrattryck. De allra bästa effekterna finns redovisade i förhållande till tobaksbruk, men även på alkoholområdet finns positiva erfarenheter (Bangert-Drowns, 1988; Dielman m.fl., 1989). Tyvärr har detta arbetssätt inte prövats på något systematiskt sätt i svenska skolor. Utvecklingsarbete i denna riktning är därför synnerligen påkallat.

Tydligast visad effekt har klassrumsbaserade program avsedda att träna förmågan att säga nej till olika drogerbjudanden från kamrater eller vuxna. Ett

sådant (Botvin, 1986) som också innehöll träning i att inte bara säga nej utan också att på ett positivt sätt kunna hantera de konsekvenser ett nej kan innebära i kamratkretsen, har använts främst i årskurserna 6–7, med framgångsgångsrikt resultat. Ett särskilt angeläget mål, som strategier av detta slag visat sig kunna påverka, är åldern för alkoholdebut (Ellickson, m.fl., 1990; Hansen m.fl., 1988; McAlister m.fl., 1980; Pentz m.fl., 1989).

Kamratledda interventioner, av äldre eller jämnåriga ungdomar, som fått viss specialträning, har visat sig vara överlägsna lärarledda projekt (Botvin m.fl., 1990; Klepp m.fl., 1986; McAlister m.fl., 1983; Murray m.fl. 1984). En förutsättning har då varit att ungdomarna har varit speciellt utvalda, främst med avseende på deras sociala position. För att bli framgångsrika krävs att de är respekterade och uppskattade av den subgrupp man främst vill påverka men samtidigt utan det problem som står i fokus. De bör dock ha en viss erfarenhet av problemet ifråga, här alkohol, för att bli trovärdiga.

Dessvärre finns det ännu ingen studie tillgänglig som visar eventuella långtidseffekter på alkoholanvändning utifrån denna typ av intervention.

F Bevisen för att *aggressivitet* och andra ***beteendestörningar*** i tidiga år är associerade med ökande risk för senare alkoholproblem har stimulerat försök att med pedagogiska strategier förbättra dessa barns sociala kompetens. Olika metoder har använts på detta område. Ladd m.fl. (1985) har visat att träning av social kompetens i avsikt att förbättra kamratrelationer hos socialt utstötta barn kan ha framgång. Självförtroendeträning hos tonåringar har visat sig ha betydelse för deras önskan om att pröva olika typer av droger eller alkohol vid problemsituationer i jämförelse med en kontrollgrupp.

Även program specifikt riktade mot hantering av aggressivitet hos skolbarn har visat sig framgångsrika (Lochman, 1988). Dessa program har innehållit rollspel, målbildsträning, problemlösningsträning och videobaserade träningar av alternativa reaktionssätt vid frustration. När gruppen jämfördes med en kontrollgrupp hade inte bara aggressiviteten minskat utan även alkohol- och drogkonsumtionen mätt vid 14 års ålder, 3 år efter interventionen. Om skolbaserad kompetensträning kan reducera såväl beteendeproblem av typen aggressivitet som droganvändning så öppnar det lovande möjligheter för framgångsrik prevention.

G Skolans egen *organisation* och *psykosociala* miljö har sannolikt viss betydelse för alkoholkonsumtionen. Som tidigare nämnts, kan skolan ha en positiv betydelse för barn med tung belastning, men den kan också innebära ytterligare en negativ belastning. Skolans "ethos" har visat sig ha stor betydelse för allehanda psykosociala faktorer, men också specifikt för drogfaktorn (Comer, 1988; Gottfredson, 1986, 1988). I en skola med mycket alkoholproblem lyckades man genom ett program innehållande omstrukturering av schema, ökade möjligheter för elevmedverkan, tydligare drog-

och ordningspolicy samt bättre samverkan med andra samhällsinstanser, främst socialtjänsten, kraftigt reducera problemen (Gottfredson m.fl., 1986). I en annan studie inkluderades även riktade insatser till en högriskgrupp med alkoholproblem innehållande speciella pedagogiska insatser för att förbättra deras individuella skolsvårigheter samt beteendeträning. Dessa insatser hade direkt betydelse för drogkonsumtionen trots att åtgärderna egentligen var ospecifika till sin natur.

Dessa, och andra, resultat indikerar att förändringar i skolans organisation, arbetssätt och hållning kan reducera såväl riskfaktorer för alkoholanvändning som själva alkoholanvändningen i sig. Organisationsförändringar i skolmiljön borde prövas i svensk miljö med alkoholmålet i fokus.

H Eftersom alkoholmissbruk är ett fenomen som påverkas av *multipla riskfaktorer*, kan det teroretiskt bäst påverkas genom interventioner som avser att påverka flera faktorer på en gång. Sådana program finns på många psykosociala områden och även på tobaksområdet, men är sparsamt förekommande i alkoholhänseende. Ett omfattande sådant (Pentz m.fl., 1989) avsett för elever i årskurs 6 och 7 finns dock redovisat. Detta innehöll (a) läxträning tillsammans med förälder, (b) social träning i att avstå med återkommande repetitionsövningar, (c) familjeträning i avsikt att förbättra kommunikationen mellan föräldrar och barn och (d) aktivering i meningsfulla fritidsaktiviteter. Resultaten bestod vid en uppföljning två år senare.

Resultaten antyder att program som inkluderar såväl ungdomarna själva som skolan, föräldrarna och omgivningen, kan reducera sociala problem, inklusive alkoholproblem.

Slutsatsen av denna genomgång är att skolan har vissa möjligheter att påverka faktorer som står i samband med riskabelt hög alkoholkonsumtion. Dessa faktorer är dock oftast av indirekt karaktär och mera sällan av direkt kausal typ. Icke desto mindre har vi nu, inte bara teoretiska, utan även empiriska, belägg för att sådana åtgärder kan ha effekt på alkoholproblematiken.

## 8.10 Skolans praktiska möjligheter

Efter denna genomgång av litteraturen inställer sig två grundläggande frågor:

1 Kan skolan på ett praktiskt och realistiskt sätt identifiera ungdomar med en alkoholkonsumtion som kan anses som riskabel för såväl nutid som framtid?
2 Kan skolan påverka dessa ungdomars alkoholvanor i positiv riktning, antingen själv eller genom samverkan med andra samhällsinstanser?

För att kunna besvara dessa frågor behöver vi konstatera ytterligare några saker rörande förutsättningarna i skolan.

Skolan möter ungdomar på flera olika sätt. Den mest frekventa kontakten har givetvis läraren. Det måste i första hand anses ligga inom klassföreståndarskapet att bevaka frågor omkring elevernas hälsovanor och beteende. Frågan är dock om klassföreståndarna i normalfallet har den kompetens och den tid som krävs för att identifiera riskgruppen av elever. Lärarna har naturligtvis som första uppgift att meddela undervisning, men om en elev har alkoholvanor som är frekventa och allvarliga så påverkar det utan tvekan skol- och inlärningssituationen. Om detta dessutom är kopplat till aggressivt eller impulsivt beteende så ger det som regel såväl kamratsvårigheter som skolproblem av pedagogisk art.

Detta resonemang betyder därför att klassföreståndaren inte har något val om han/hon vill lyckas i sin pedagogiska roll. En förutsättning för framgångsrik inlärning är att eleven mår något så när bra.

Många klassföreståndare har en personlig och nära relation till sina elever. Att man regelmässigt tar upp frågor om alkoholbruk med eleverna i klassen är mera ovanligt. En klassföreståndare med god relation till klassen har dock synnerligen goda förutsättningar att fånga elever med en riskabelt hög alkoholkonsumtion. Erfarenhetsmässigt är dagens ungdomar sällan generade att tala om sina alkoholvanor, åtminstone inte inom gymnasieskolan. I en sådan situation är det ytterst väsentligt att den vuxna lärarpersonalen markerar sin egen ståndpunkt tydligt och klart vilket i sig förutsätter att frågan är ordentligt genomdiskuterad i lärarkollegiet och utformad i en klar skolpolicy. Klassföreståndaren behöver dessutom stöd i sin roll genom handledning från elevvårdsteamet. Han/hon måste också veta vart man kan vända sig med de ungdomar som har alkoholproblem. Vanligtvis är det då elevvårdspersonalen som det bör bli frågan om.

Som tidigare framgått kan dock allmänna insatser av pedagogisk-psykologisk art ha stor betydelse för elever med psykosociala problem. Det är därför ytterst viktigt att slå fast att problem av denna art, inklusive alkoholproblem, inte kan hanteras enbart genom elevvården, utan samtlig personal på en skola måste delta såväl i identifikation som i utformande av program och åtgärder.

### 8.10.1 Elevvårdens möjligheter

På flertalet skolor (högstadium och gymnasium) finns en psykosocial funktion, vanligen i form av skolkurator. Till denna person kommer elever med problem av olika slag, både skolrelaterade och andra. Många gånger kommer elever spontant till kuratorn, i andra fall aktualiseras eleven av lärare eller föräldrar.

I de fall elever kommer spontant så hör det dock till undantagen att man söker för alkoholproblem i sig. Snarare kan det i sådana fall handla om en komplex problembild med symptom av såväl psykologisk som social art. Först i ett senare skede kan det stå klart att alkoholvanorna utgör en betydande del av problematiken.

Även i dessa fall har det hittills inte varit fullständigt naturligt att inkludera en diskussion om alkoholvanor i ett sådant samtal. En förklaring till detta kan vara osäkerhet om vad som är "acceptabel" nivå på alkoholkonsumtion i ungdomsåren, en annan förklaring kan vara osäkerhet i metodiken omkring handläggandet av sådana situationer.

När det gäller den andra kategorin, dvs. elever hänvisade till kuratorn från lärare, uppstår en annan problematik. Eleven har då inte begärt att få samtal och är kanske inte så motiverad härför. Det är då av avgörande vikt att kuratorn agerar på ett sådant sätt att samtalet upplevs meningsfullt från elevens sida. Om kurator konstaterar att eleven har ett betydande alkoholproblem behövs ofta insatser från andra, exempelvis socialtjänsten. I de allra flesta fall kan detta inte bli en första åtgärd. Först när kuratorn fått en klar bild av elevens situation och en förtroendefull relation etablerats kan kontakt med socialtjänsten bli positiv.

Att ärendet förs till elevvårdens kännedom innebär dock inte att ansvaret för elevens totala situation förändrats. Det bör fortfarande vara klassföreståndaren som med sin regelbundna och täta kontakt med eleven har detta ansvar. Elevvården kan dock genom sin kompetens och sitt externa nätverk göra betydande insatser, dels direkt i förhållande till eleven och dels indirekt genom handledning till lärarna.

En särskilt väsentlig åtgärd är kontakter med föräldrar. I de allra flesta fall i grund- och gymnasieskolan är eleven omyndig. Det är då självklart att föräldrar ska engageras i de fall skolan bedömer att en elev har en alltför hög alkoholkonsumtion. Det kan till och med ifrågasättas om aktiviteter inom skolans ram kan ha någon som helst effekt om inte föräldarna är delaktiga.

Den fråga som då uppstår är var gränsen då föräldrarna bör kopplas in går. Det går självfallet inte att ange någon exakt volymgräns utan det måste bli en totalbedömning av elevens situation, beteende och symptom inklusive alkoholvanorna. Det behöver dock inte röra sig om den allra högsta alkoholkonsumtionen för att en kontakt med hemmen skall vara motiverad. Enbart oron från skolans sida kan vara tillräcklig för en kontakt. Vilka åtgärder som kan bli aktuella i fortsättningen bör därefter avgöras i samarbete med hemmen.

Det finns dock situationer där ett sådant samarbete inte går att etablera på ett meningsfullt sätt. Ofta handlar det om familjer där någon eller båda föräldrarna själva är missbrukare. Dessa situationer måste hanteras med stor noggrannhet och med stora insatser. Oftast ligger arbetet då utanför skolans möjligheter och bör hanteras från socialtjänsten.

## 8.10.2 Skolhälsovårdens möjligheter

Skolhälsovården har i Sverige en tämligen stark ställning, även om den har försvagats på senare år. Skollagen 14 kap. 2 § stadgar att samtliga elever i det allmänna skolväsendet har rätt till kostnadsfri skolhälsovård. Inom denna skall det finnas skolläkare och skolsköterska. Skolhälsovården har enligt skollagen till uppgift att "...bevara och förbättra deras själsliga och kroppsliga hälsa och verka för sunda levnadsvanor hos dem. Skolhälsovården skall främst vara förebyggande."

Det kan i sammanhanget nämnas att friskolor inte är skyldiga att tillhandahålla skolhälsovård.

Skolsköterskan har som regel en stark ställning i skolan. Hon har en från lärarna avskild arbetsroll men kan likväl skolan som miljö, hälsofaktor och kultur. Till skolsköterskan går samtliga elever varför det är legitimt att gå dit. Det är lätt att "hitta på" en anledning att besöka skolsköterskan. I detta avseende har skolhälsovården ett visst försprång i förhållande till övrig elevvård.

*Hälsokontroll*

Samtliga elever skall enligt skollagen erbjudas hälsokontroll minst en gång på varje stadium samt i gymnasieskolan. Detta erbjudande accepteras av så gott som samtliga elever. Detta betyder att skolsköterskan har möjlighet att personligt samtala med varje enskild elev omkring hälsovanor och problem. Skolläkarens medverkan varierar beroende på resurstillgång och inriktning men vanligen träffar skolläkaren samtliga elever på högstadiet.

Utformningen av hälsokontrollen är av avgörande betydelse för dess påverkansmöjlighet. Det är synnerligen angeläget att hälsokontrollen speglar människan som hel varelse, dvs. både biologiska/medicinska, psykologiska och sociala problem bör kunna rymmas. Det är också mycket viktigt att eleven upplever att hälsokontrollen är inbjudande till sin natur och att det är godkänt att ta upp vad som helst till diskussion i detta sammanhang.

Vanligen föregås hälsosamtalet inom skolhälsovården av ett frågeformulär (hälsodeklaration) som utgångspunkt. Detta utformas lokalt men brukar i allmänhet innehålla frågor om sjukdomssymptom, kost, motion, trivsel i skolan, kamratrelationer m.m. Vanligen finns också frågor omkring alkohol, tobak och andra droger representerade på formuläret. Det finns dock ingen enhetlighet över landet när det gäller dessa frågors utformning. Det saknas också studier över vilka diskriminerande frågor som lämpligen bör användas i ett sådant sammanhang. Detta är i sin tur beroende av frågans syfte. Det kan endera avse att så bra som möjligt fånga in riskgruppen eller också kan dess syfte huvudsakligen vara att på ett icke-provokativt sätt möjliggöra att under hälsosamtalet fortsätta samtalet omkring alkoholen.

Eftersom samliga elever passerar dessa hälsokontroller så kan detta sägas utgöra en slags screeningverksamhet. Det finns dock ingen tradition i Sverige att utforma hälsokontrollen på ett sådant sätt att screeningförfarandets kriterier (Wilson m.fl., 1968) uppfylls. Frågor av denna typ har i stället till uppgift att täcka av ett brett område och föra in hälsosamtalet på relevanta frågor.

Vanligast är att man inom skolhälsovården tar upp frågor om alkoholen på ett allmänt sätt. Det behövs dock fördjupade kunskaper i hur man tar upp en mer fullständig alkoholanamnes och hur man kan bedöma graden av eventuella alkoholproblem.

Hälsokontrollen eller hälsosamtalet är således en utmärkt utgångspunkt för identifikation av riskgrupper. Situationen finns tillgänglig. De problem som behöver lösas är av två slag. För det första behövs förbättrade kunskaper om diagnostik av alkoholvanor och för det andra behövs förbättrade handläggningsrutiner omkring identifierade grupper.

*Spontanbesök*

En annan situation i vilken alkoholproblem kan identifieras är bland skolhälsovårdens "stamkunder". Som tidigare nämnts ska skolhälsovården fungera så att den är lättillgänglig för eleverna och att tröskeln för spontanbesök är låg. Det är sällan dessa besök specifikt avser droger utan här gäller det snarare att personalen har denna hälsofaktor klar för sig och vågar att vid lämplig tidpunkt ta upp frågan.

Även här gäller att personalen behöver en klar strategi för hur informationen sedan ska hanteras. Det gäller dels hur kontakter med föräldrarna ska se ut, dels hur samarbetet med andra, inom eller utom skolan, ska se ut.

Kan man då förvänta sig att samtal om alkohol kan ha någon betydelse och påverkansmöjlighet på ungdomar? Inom primärvården har strategier där alkoholfrågan tas upp till öppen diskussion i all enkelhet, visat sig framgångsrik när det gäller vuxna. Om en patient söker sjukvården för ett hälsoproblem som hänger samman med hans alkoholbruk, och läkaren tar upp detta till samtal så ändrar av detta en stor del av patienterna sitt alkoholbruk (Romelsjö m.fl., 1989; Wallace m.fl., 1988). Det finns inga motsvarande studier vad det gäller ungdomar men liknande möjligheter inom skolans ram, och då särskilt inom skolhälsovården, borde föreligga. Forsknings- och utvecklingsarbete på detta område är mycket angeläget.

## 8.11 Samverkan

En viktig förutsättning för ett framgångsrikt arbete är att skolan arbetar fram fungerande samverkanskanaler med omvärlden. Här har många projekt bedrivits i avsikt att förbättra samverkan över sektorsgränser. Decentraliserad

kommunal organisation av typen kommundelsnämnder eller liknande har i många kommuner blivit en väg att förbättra förutsättningarna för sådan samverkan. Det har dock blivit uppenbart att det finns andra problem som kvarstår även i en sådan organisation. Det handlar då oftast om bristande kännedom om varandras kompetens och förutsättningar. Skola och socialtjänst har ofta orealistiska bilder av varandras arbetssituation och kultur beroende på dålig kunskap och brist på kontinuerliga personliga kontakter.

Om sekundärpreventivt arbete på alkoholområdet ska kunna bli framgångsrikt förutsätter detta goda upparbetade kanaler mellan framför allt skola, fritid och socialtjänst baserad på kontinuerliga, personliga kontakter.

## 8.12 Svenska försöksprojekt

Som tidigare nämnts finns det i Sverige en lång och rik tradition av att inom skolans ram arbeta med generellt förebyggande omkring alkohol och andra droger. Även om flertalet av dessa insatser sker utan utvärdering så finns det otvivelaktigt rikhaltiga erfarenheter på området som förtjänar uppmärksamhet och spridning.

När det gäller riktade insatser är bilden annorlunda. Det har rått stor tveksamhet om huruvida detta område hör hemma inom skolans ram. Man har hänvisat till att skolan inte är eller skall vara en behandlingsinstitution. Vidare har man varit tveksam om möjligheten av att kunna identifiera gruppen med riskabelt hög alkoholkonsumtion.

När Folkhälsoinstitutet år 1992 tillkännagav att det fanns möjligheter att erhålla forskningsanslag för drogprojekt väckte detta ett mycket stort intresse i landet. Sammanlagt cirka 1 200 ansökningar inkom, en stor del av dessa från skolan eller med skolan delaktig. Vid en genomgång av samtliga dessa projektansökningar (Ulla Marklund) finns dock inte ett enda projekt som riktade in sig på ungdomar med riskabla alkoholvanor.

Athenagruppen anslog under åren 1989-1991 över fem miljoner i projektstöd för att stimulera utveckling av nya idéer i det drogförebyggande arbetet. En tredjedel av medlen gick till vissa försökskommuner för att utveckla samverkansformer. Vid en genomgång av dessa projekt återfinns inte heller där några individuellt inriktade projekt. I utvärderingen av projekten står följande: "Trots en uttalad önskan om att de metodprojekt Athena stödde skulle utvärderas noga, har det varit svårt att få fram konkreta mått på hur man lyckats i de olika projekten. Ofta är utvärderingen endast mer eller mindre underbyggda tyckanden från dem som genomfört verksamheten. En god vetenskaplig metodik saknas i de flesta fall." (Athena, 1991). Inte heller i detta sammanhang fanns det således idéer om sekundärpreventiv verksamhet i skolan.

Vår kännedom om projekt av denna typ inskränker sig till ett projekt på gymnasienivå (Sundsvall) som är i vardande. Detta projekt bygger på att några elever sökt skolkurator på grund av oro för sin alkoholkonsumtion. De remitterades till kommunens rådgivningsbyrå för alkohol- och narkotikafrågor. Man ansåg dock på denna byrå att ungdomar inte borde få hjälp och stöd där eftersom risken för stigmatisering som alkoholister ansågs alltför stor. Ur detta föddes tankar på ett projekt omkring gruppbehandling av gymnasieelever med hög alkoholkonsumtion. Projektet har ännu ej startat men faller mycket väl inom ramen för ett försök med riktade insatser.

## 8.13 Hinder för utveckling

Mot bakgrund av det som redovisats finns det goda skäl att tro att ett framgångsrikt förebyggande arbete som utgår från riskabla alkoholvanor hos enskilda elever är möjligt inom skolans ram. Utländska erfarenheter av praktiska försök har på ett vetenskapligt tillfredsställande sätt visat positiva resultat.

Ett grundläggande hinder för en liknande utveckling i Sverige ligger i synen på skolans funktion i samhället. Skolan skall naturligtvis i första hand ha en pedagogisk och kunskapsuppbyggande funktion. Dess möjligheter att påverka ungdomars hälsa är dock potentiellt stora. Det krävs dock att skolan ges ett tydligare mandat från centrala organ för att påräkna engagemang i frågan. Generella insatser har en lång tradition i skolan och en fortsatt stark ställning även om senare års utveckling varit negativ. Riktade insatser har inte motsvarande tradition och det behövs därför betydande centrala insatser och mandatgivning för att stimulera sådana.

Ett annat problem i sammanhanget är vem eller vilka i skolan som har en rimlig möjlighet att göra ett dylikt arbete. Klassföreståndare och övriga lärare har en nyckelposition i att kontinuerligt "bevaka" ungdomarnas hälsa, inklusive deras alkoholkonsumtion. Förutsättningen för att detta ska ske är dock att rimlig tid avsätts för sådana aktiviteter. Den ökande genomsnittliga klasstorleken försvårar också detta arbete.

Ett ännu större problem är den nedrustning som för närvarande sker i många kommuner när det gäller elevvårdspersonalen. Detta har på ett särskilt allvarligt sätt drabbat skolläkare och skolkuratorer. Även skolsköterskor har på vissa håll fått vidkännas nedskärningar. Om skolan ska ta sig an alkoholproblem på det skisserade sättet så förutsätter det resurser som i genomsnitt överstiger de nuvarande.

## 8.14 Kommissionens överväganden och förslag

Skolan har potentiella möjligheter att minska alkoholskador bland unga under vissa förutsättningar. Generella insatser har en lång tradition i skolan. Erfarenheterna av riktat arbete är däremot betydligt mera begränsade.

En grundläggande förutsättning för riktade insatser är att skolan ges mandat för sådana insatser. Skolan kan användas i ett brett folkhälsoarbete. Detta måste då framgå tydligare av centrala styrdokument. Målen för skolans alkoholarbete har tidigare varit pregnanta men blivit mer diffusa under senare år. En glidning i vuxenvärldens inställning till alkoholbruk i allmänhet, och hos ungdomar i synnerhet, kan förväntas försvåra arbetet bland ungdomar när det gäller att förespråka en restriktiv hållning eller alkoholfri uppväxtperiod.

Utgångspunkten för förebyggande arbete riktat till ungdomar i riskzon bör vara de kortsiktiga riskerna som finns hos ungdomar. Risken för skador som kan uppträda på längre sikt är sällan möjliga som utgångspunkt, speciellt inte vad avser ungdomar. Alkohol är dock en känd riskfaktor för olyckor, självmord och våld redan under ungdomen vilket är tillräckligt motiv för insatser.

Av de alkoholvaneundersökningar som föreligger kan det konstateras att totalkonsumtionen av alkohol bland ungdomar minskat betydligt under de senaste 25 åren. Denna positiva trend har dock under den senaste 5–10-årsperioden vänt i negativ riktning.

Andelen storkonsumenter bland ungdomar är beroende av avgränsningsnivåer. Om berusning varje vecka tas som utgångspunkt handlar det om minst fem procent av pojkarna och minst en procent av flickorna. Gruppen med en total årskonsumtion över fem liter ren alkohol/år omfattar dock betydligt fler, cirka 20 procent av pojkarna respektive cirka 10 procent av flickorna.

Vi vet inte säkert hur relationen mellan hög alkoholkonsumtion under ungdomsåren respektive vuxenlivet ser ut. Det förefaller som om alkoholvanorna stabiliseras först under senare delen av tonåren. Å andra sidan kan vi urskilja en undergrupp bland alkoholmissbrukare som debuterat mycket tidigt med hög alkoholkonsumtion och som dessutom har en personlighet med starka inslag av aggressivitet och impulsivitet. Denna grupp är en mycket klar riskgrupp som behöver identifieras tidigt.

Kunskaperna om riskfaktorer för utveckling av alkoholproblem är fortfarande inte heltäckande men ger ändå indikationer på möjliga interventionsprinciper. Omfattande forskning omkring interventionseffekter finns internationellt, men är däremot mycket sällsynt i Sverige.

Följande angreppssätt från skolans sida kan förväntas ha effekt på alkoholområdet:

1 Bearbetning av sociala strategier – kunna säga nej, stå emot kamrattryck m.m.

2 Bearbetning av attityder, främst genom kamratförebilder.
3 Aggressionsträning.
4 Självförtroendeträning.
5 Bearbetning av föräldraattityder och ansvarstagande.
6 Förändringar i skolans arbetssätt.

Ett betydande behov av utvecklings- och utvärderingsinsatser på dessa områden är påkallade. Teoretiska bevis finns när det gäller möjligheten att påverka ungdomars alkoholvanor med dylika åtgärder. Empiriska bevis finns i relativt stor mängd från den nordamerikanska kulturkretsen. Dessa kan dock inte automatiskt överföras till vår kultur men sannolikheten för att det skulle vara möjligt även här i Sverige är tämligen hög.

Lärare, och då framför allt klassföreståndare, har en central plats i ett arbete av detta slag. Egentligen ingår det på ett naturligt sätt i dennes uppgifter att hålla sig underrättad om elevernas hälsosituation, inklusive deras alkoholvanor. Uppmärksamheten på detta problem behöver dock öka och förenas med metodutveckling när det gäller hur man på ett bra sätt kan få fram relevant information och även vilka vägar som är lämpliga att använda i de fall man finner att en ung människa behöver hjälp att bryta ett destruktivt dryckesmönster

Elevvårdspersonal behövs som komplement, dels för direkta behandlingsinsatser, dels som handledning och stöd för lärarpersonalen. Det är i detta sammanhang oroande att resurserna för dessa skärs ned så kraftigt på många håll idag.

Skolhälsovården har särskilt stora möjligheter att arbeta med alkoholfrågan. Hälsokontrollerna når samtliga elever vid upprepade tillfällen. Om dessa utformas som ett hälsosamtal finns goda möjligheter att ta upp även alkoholfrågan. Fortfarande sker dock detta ofta på ett ganska allmänt sätt och metodutveckling behövs i framför allt två avseenden. För det första behöver kunskapen öka om hur en alkoholanamnes lämpligen tas upp från ungdomar samt hur den skall bedömas. För det andra behöver ett klart åtgärdsprogram arbetas fram för de elever där konsumtionen är oacceptabelt hög.

Vad som är "oacceptabelt" hög konsumtion finns det idag ingen konsensus omkring. En tydligare diskussion på denna punkt behövs i samhället i stort.

Det saknas i stort sett helt erfarenheter på detta område i Sverige. Inga projekt har anmälts till Folkhälsoinstitutet eller under Athenakampanjen. Detta kan tolkas som att skolan inte anser sig kompetent eller resursstark nog att vidta åtgärder mot riskabla alkoholvanor hos enskilda elever. Det kan också tolkas som osäkerhet i metodik och handläggning.

Skolan behöver därför ha en klart uttalad strategi i alkoholfrågan där syfte och metoder för arbetet kring alkoholfrågan tydligt preciseras. Skolan kan inte själv åstadkomma särskilt mycket, men kan genom att samtliga ungdomar befinner sig där dagligen utgöra den area där problemen fångas upp. En

viss effekt kan förväntas genom enkla direkta behandlingsinsatser inom skolhälsovård eller elevvård. Allvarligare problem kan skolan förmedla till socialtjänsten om detta sker inom ramen för ett välfungerande och tydligt samarbete.

Sammanfattningsvis är detta område närmast att betrakta som okänt i Sverige men teori och internationella erfarenheter gör det angeläget att utveckla metoder och arbetssätt för att minska alkoholskadorna bland dagens unga och morgondagens vuxna. Skolverket bör därför få i uppdrag att stimulera och initiera forsknings- och utvecklingsarbete angående insatser bland ungdomar med alkoholproblem.

**Kommissionen föreslår**:

- *Det bör tydliggöras i de centrala styrdokumenten för skolan eller i anvisningar till dessa att i skolans ökade engagemang för att förebygga alkoholmissbruk bör ingå individuella insatser avseende elever i riskzon.*
- *Skolverket bör få i uppdrag att stimulera och initiera forsknings- och utvecklingsarbete angående insatser från skolans sida bland ungdomar med alkoholproblem.*
- *Kommunerna bör kunna få projektstöd till att starta och bedriva försöksverksamhet på skolans område, där utgångspunkten är den som angivits tidigare i detta kapitel. Av särskilt intresse är enligt kommissionens bedömning metodutveckling och praktiska försök inom skolhälsovårdsområdet.*

# Reservation och särskilt yttrande

## Reservation av ledamoten Owe Larsson (v)

*Insatser i arbetslivet*

Jag anser att Alkoholpolitiska kommissionen i konsekvens med sina skrivningar om insatser i arbetslivet skulle ha lämnat förslag till en lag som ger alla anställda rätt till företagshälsovård.

Redan i maj 1993 avrustade riksdagen företagshälsovården genom att kraftigt skära ned statsbidraget. Man ansåg att arbetsgivarna redan hade ett i lag fastställt ansvar både för arbetsmiljön och för rehabiliteringen. Det skulle komma an på arbetsmarknadens parter att göra upp om hur arbetsmiljön, rehabiliteringen m.m. skulle utformas. Någon sådan överenskommelse har parterna på arbetsmarknaden inte träffat.

Efter det att statsbidraget slopades har företagshälsovården skurits ned med totalt 30 procent. Nu kommer det dagligen oroande rapporter om nya nedläggningar och hot om nedläggningar. Jag ställer mig därför undrande till hur stor den organisation kan komma att bli som ska ta sig an de uppgifter som kommissionen vill att företagshälsovården ska utföra.

Ett större antal människor måste få tillgång till förebyggande hälsovård på arbetsplatsen. Företagshälsovården når i dag ca 80 procent av alla anställda och den andelen minskar. Med en lag om obligatorisk företagshälsovård kommer de flesta att ha tillgång till hälsovård på sin arbetsplats. I detta ser jag en stor möjlighet att nå de 10 procent av befolkningen som svarar för hälften av den totala alkoholkonsumtionen. Här finns de stora vinsterna att hämta. Jag kan tänka mig att vi i ett slag skulle kunna klara av världshälsoorganisationens (WHO) mål om en sänkning av den totala alkoholkonsumtionen med 25 procent fram till år 2000. Detta är ingen omöjlighet om vi kunde stimulera företagshälsovården att prioritera arbetet med alkoholproblematiken ute på företagen. På samma sätt som de utfört arbetet med att undvika onda ryggar och andra fysiologiska arbetsplatsproblem.

Jag har uppfattat det så att kommissionen är positiv till en utveckling av en kvalificerad företagshälsovård där den förebyggande verksamheten fortsättningsvis högprioriteras. Det är i det förebyggande arbetet som företagshälsan haft svårt att skapa sig en identitet och på många håll har verksamheten fått en prägel av primärvård. Att sjukvården fått dominera har varit ett krav som kommit från företagens sida och företagshälsan har i allt för hög grad blivit direkt sjukvårdande. Denna inriktning har tärt på de resurser som funnits och medlen har inte räckt till för att vara aktiv i att kartlägga och förebygga alkoholrelaterade problem på arbetsplatsen.

Genom husläkarreformens dispensmöjligheter ökar oredan på detta område eftersom läkarna som är verksamma inom företagshälsovården finns med bland de specialister som kan få dispens att praktisera som husläkare. Jag anser att detta kommer att bidra till ytterligare olycklig symbios mellan sjukvård och företagsläkeri när samma läkare kan finnas i båda verksamheterna.

I dag är det ofta företagens skyddskommittéer som har ansvaret för den förebyggande verksamheten. Arbetsgivaren har på detta sätt delegerat ansvaret och det har uppstått oklarheter i verksamhetsinriktningen. Jag anser därför att företagshälsovården måste få en klarare organisation och med en klarare inriktning. Detta kan regleras i en rättighetslag. Detta innebär i sin tur att vi solidariskt måste stödja små företag som kan ha svårt att klara ekonomin för sin företagshälsovård. För detta ändamål måste en del statliga bidrag utgå.

Småföretag är på intet sätt undantagna från att ha anställda med alkoholproblem. Ofta uppstår särskilda vanor (alkoholkulturer). En obligatorisk knytning av dessa företag till företagshälsovården skulle kunna minska alkoholkonsumtionen och därmed de alkoholrelaterade skadorna.

Jag antar också att mina föreslagna förändringar medför att landstingen måste överta huvudmannaskapet för verksamheten.

Den huvudsakliga finansieringen av verksamheten anser jag ska ligga på arbetsgivaren. Här vore det på sin plats med en differentiering av avgifterna som samordnas så att företag som har en god förebyggande verksamhet som minskar alkoholproblem får en rabatt på avgiften. Detta kunde hänga samman med bedömningen av företagets arbetsmiljö.

En annan komplettering som skulle gagna företagshälsovården är en uttalad och tydlig skrivning om sekretess vid arbetet med hälso- och miljöskyddet inom företagen. Vad jag kan förstå finns det vissa oklarheter och brister när det gäller sekretessen på detta område. Detta kan även klargöras i den tänkta lagen.

Slutligen. Jag är helt enig med Alkoholkommissionen om att företagshälsovården har stora möjligheter att tidigt nå människor med begynnande alkoholproblem. Jag skulle dock vilja ha en verksamhet med fastare organisation. Varför inte i initiera

ett landsomfattande projekt för att nå de 10 procent högkonsumenter som står för hälften av den totala alkoholkonsumtionen.

*Arbetslivet och ungdomarna*

Alkoholkommissionen har, mest på grund av tidsbrist, inte behandlat frågan om hur den höga arbetslösheten påverkar ungdomarna. Kommissionen har därför inte kommit med några konkreta förslag till verksamheter eller projekt som Arbetsmarknadsstyrelsen kan arbeta med.

Det finns en gedigen kunskap om sambandet mellan arbetslöshet och ohälsa som grundligt dokumenteras i Arbete åt alla (SOU 1979:24). Det behandlas specifikt i ett av utredningens delbetänkanden. Den kunskap som finns där kan knappast anses som föråldrad utan är lika aktuell i dag som på 1970-talet. Tvärtom så är den kanhända mer aktuell eftersom arbetslösheten har ökat kraftigt de senaste åren.

Droganvändandet och då främst ett ökat bruk och missbruk av alkohol har också dokumenterat samband med arbetslöshet. Jag befarar därför att vi om några år kommer att kunna avläsa effekterna av arbetslösheten i siffror över en ökning av antalet alkoholrelaterade problem; medicinska såväl som psykosociala.

Runt om i landet arbetar de fackliga organisationerna med att ge arbetslösa alternativ till arbete och på många håll har det visats prov på stor kreativitet. Man skapar centra för arbetslösa, ofta kaféer. Dessa samlingspunkter har för många blivit en räddning och fungerat som en länk till arbetsmarknaden och för fortsatt kontakt med arbetskamrater. Genom denna fackligt sociala verksamhet hindras många från att bli utslagna och kan även efter en längre tids arbetslöshet lättare komma in på arbetsmarknaden. För detta finns ringa samhälleligt stöd. Jag anser att kommissionen borde ha uppmärksammat detta och övervägt förslag om hur denna verksamhet skulle kunna stödjas.

När det gäller arbetslösa ungdomar är problematiken något annorlunda. Det är många unga arbetslösa som inte hunnit etablera sig i arbetslivet och därför inte knutit an till en facklig organisation. Då vi vet att sysslolösheten ofta resulterar i apati, risk för överkonsumtion av droger, personliga kriser etc så borde insatser göras för att stödja alternativa sysselsättningar för unga.

Det är här jag menar att Arbetsmarknadsverket ska få en särskild uppgift att skapa projekt med ungdomacentra/kaféer som ska vara ett stöd för ungdomar så att de lättare kan komma in på arbetsmarknaden och som också kan fungera drogförebyggande.

Detta kan göras i samråd med ortens föreningsliv och i samarbete med de samarbetsgrupper som finns i kommunen.

## Särskilt yttrande av sakkunniga Karin Berensson (Landstingsförbundet)

Kommisionen har bedömt att alkoholkonsumtionen kommer att öka i framtiden och därmed alkoholskadorna. Detta kommer att få en negativ inverkan på sjukvårdskostnaderna. Hälso- och sjukvården tillmäts stor betydelse av kommissionen i det alkoholpreventiva arbetet och föreslås göra omfattande insatser inom området utan att kommissionen gör någon kostnadsredovisning. Kommissionen föreslår att en del av de särskilda statsbidragen till hälso och sjukvården ska omprioteras och användas till hälsoundersökningar avseende alkohol, fortbildning av personal och försöksverksamhet inom området. Jag avvisar detta då dessa statsbidrag är avsedda för andra ändamål och kan komma att ges en annan utformning i framtiden. Mot bakgrund av ovanstående samt den redan nu ansträngda ekonomin i landstingen anser jag att särskilda medel måste anvisas om hälso- och sjukvårdshuvudmännen ska kunna genomföra de insatser som kommissionen föreslår.

Vidare konstateras att ytterligare kostnader kommer att drabba hälso och sjukvårdshuvudmännen om företagsläkarna kommer att omfattas av den nya lagen om läkarvårdsersättning som trädde i kraft den 1 januari 1994.

Kommissionen anser att det finns mycket som talar för att hälsoundersökningar avseende alkohol bör ske regelmässigt i vissa åldersgrupper. Hälso- och sjukvården åtnjuter stort förtroende hos allmänheten. Hälsoundersökningarna avseende alkohol måste genomföras med stor respekt för människors integritet om inte detta förtroende ska skadas. Kostnadseffektiviteten för dessa hälsoundersökningar bör undersökas ytterligare och kostnaderna bör ställas i relation till övriga angelägna insatser inom hälso- och sjukvården. Hälsoundersökningar avseende alkohol är en fråga som den enskilde hälso- och sjukvårdshuvudmannen bör ta ställning till.

# *Referenser*

## Referenser, kapitel 2

Arborelius, E., m.fl. Med all respekt. En handbok om alkoholrådgivning, Bonniers utvecklingsförlag. 1993.

Berglund, M., m.fl. Behandling av alkoholproblem - en kunskapsöversikt, Centrum för utvärdering av socialt arbete. 1994.

Holder, H., Blose, J. Alcoholism treatment and total health care utilization and costs, Journal of the American Medical Association, 256. 1986.

Kristenson, H. Methods of intervention to modify drinking patterns in heavy drinkers, Recent developments in alcoholism, Vol. 5 (ed. M. Galanter) pp. 403-23. Plenum Press, New York. 1987.

Kreitman, N. Alcohol consumption and the preventive paradox, British Journal of Addiction, 81. 1986.

Kühlhorn, E. Svensk alkoholpolitik - fakta och myter. I: Hur mycket tål svensken? Forskningsrådsnämnden, källa 36. 1991.

Kühlhorn, H. Riskgrupper för storkonsumtion av alkohol enligt självrapporterade uppgifter och enligt beräkningar med hänsyn till brister i mätmetoder (arbetspapper), Rapport till Alkoholpolitiska kommissionen. 1992.

Rydberg, U., Skerfving, A. Alkoholens giftighet: Ett försök till riskvärdering, Läkartidningen, vol 71. 1974.

Rydberg, U. Hur mycket kan man dricka utan att ta skada? I: Ingvar, D (red.). Att dricka, Bonniers förlag. 1977.

## *Referenser kapitel 3*

Aasland, O.G. Metoder för tidig intervention, Socialmedicinsk tidskrift, häfte 8. 1992.

Alling, C. Markörer vid alkoholism, Läkartidningen 1992;89:3261-44.

Anderson, P. Management of drinking problems, WHO Regional Publications, European series, no 32. 1990

Anderson, P., Scott, E. The effect of general practitioners' advice to heavy drinking men, British Journal of Addiction. 1992;87:891-900

Arborelius, E., m.fl. Med all respekt. En handbok om alkoholrådgivning, Bonniers utvecklingsförlag. 1993.

Bernardt, m.fl. Can accurate drinking histories be obtained from psychiatric patients by a nurse conducting screening interviews? British Journal of Addiction, 79, 1984.

Bien, T., Miller, W., Tonigan, S. Brief interventions for alcohol problems: a review, Addiction. 1993;88:315-36.

Chick, J., Lloyd, G., Crombie, E. Counselling problem drinkers in medical wards, British Medical Journal. 1985;290:965-7.

Elvy, G., m.fl. Attempted referral as intervention for problem drinking in the general hospital. British Journal of Addiction, 83. 1988.

Ewing, J. Detecting alcoholism. The CAGE questionnaire, Journal of the American Medical Association, 252. 1984.

Holder, H., m.fl. The cost effectiveness of treatment for alcohol, a first approximation, J Stud Alcohol. 1991;52:517-540.

Jacobsson, K., m.fl. GT-analys och andra metoder att upptäcka och följa behandlingen av alkoholbetingad sjukdom, Stockholm, Socialstyrelsen (PM 6/82). 1982.

Kristenson, H. Studies on alcohol-related disabilities in a medical intervention programme in middle-aged males, (Doktorsavhandling) Lunds universitet och Malmö allmänna sjukhus. 1982.

Kristenson, H., Trell, E. Indicators of alcohol consumption: comparisons between a questionnaire (Mm-MAST), interviews and serum gammaglutamyl transferase (GGT) in health survey of middle-aged males, British Journal of Addiction, 77. 1982.

Kristenson, H., m.fl. Identification and intervention of heavy drinking in middle-aged men: results and follow-up of 24 - 60 months of long-term study with randomized controls, Alcoholism: clinical and experimental research, 7. 1983.

Kristenson, H. Methods of intervention to modify drinking patterns in heavy drinkers, Recent developments in alcoholism, Vol. 5 (ed. M. Galanter) pp. 403-23. Plenum Press, New York. 1987.

Larsson, ML., Upmark, M. Dolt missbruk - finns det? Stockholm: Försäkringskassan i Stockholms län. 1993.

Ludwig, R., Nyman, L., Sehlin, J. Alkoholmottagning vid vårdcentral, Läkartidningen. 1979;79:4000-2.

Mayfield, D., McLeod, G., Hall, P. The CAGE questionnaire: validation of a new alcoholism screening instrument, American Journal of Psychiatry.

1974;131:1121-3.

Miller, W. Motivational interviewing with problem drinkers, Behavioral Psychotherapy, no. 11. 1983.

Miller, W., m.fl. Motivational interviewing with problem drinkers; 2. The Drinkers Check-up as a preventive intervention, Behavioural Psychoteraphy, 16. 1988.

Persson, J. Early intervention in patients with excessive consumption of alcohol: a controlled study, Alcohol. 1989;6:403-408.

Pokorny, AD:, m.fl. The brief MAST: a shortened version of the Michigan Alcoholism Screening Test, American Journal of Psychiatry. 1972;129:342-5.

Richmond, R., Anderson, P. Research in general practice for smokers and excessive drinkers in Australia and the UK - III, Addiction. 1994;89:35-62.

Romelsjö, A. Sekundär prevention av alkoholmissbruk i primärvården. En kontrollerad studie från fyra vårdcentraler i Stockholms län, Landstingets hälsovård, vårdcentralen Kronan. Grön rapport 162. 1988.

Romelsjö, A., m.fl. A randomized study of secondary prevention of early stage problem drinkers in primary health care, British Journal of Addiction, 84. 1989.

Romelsjö, A. De positiva erfarenheterna av sekundär prevention av i primärvården, Sundbyberg: Karolinska Institutet, Institutionen för socialmedicin, vårdcentralen Kronan, Grön rapport nr. 260. 1991.

Sandberg, P., Romelsjö, A. Inställningen till alkoholmissbrukare inom primärvården i Stockholms län, Landstingets hälsovård, vårdcentralen Kronan, Grön rapport nr. 111. 1985.

Saunders, J., Aasland, OG. WHO collaborative project on identification and treatment of persons with harmful alcohol consumption, The development of a screening instrument, WHO. 1987.

Saunders, J., m.fl. Development of the Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT): WHO collaborative project on early detection of persons with harmful alcohol consumption - II, Addiction 1993;88:791-804.

Scott, E. , Andersson, P. Randomized controlled trial of general practioner intervention in women with excessive alcohol consumption, Drug and Alcohol Review 1991;10:313-22.

Selzer, M. The Michigan Alcoholism Screening Test. The quest for a new diagnostic instrument, American Journal of Psychiatry, 127. 1971.

Socialstyrelsen. Alkohol och sjukvård, Stockholm: Socialstyrelsen, Socialstyrelsen redovisar 1987:5. 1987.

Socialstyrelsen. Social medverkan i primärvården, Socialstyrelserapport nr 17, 1991.

Stibler, H., m.fl. Micro anion exchange chromatography of carbohydrate-deficient transferrin in serum in relation to alcohol consumption alcoholism, Clinical and Experimantal Research. 1986;10:535-44.

Tibblin, G. Riskfaktorn alkohol - en studie om primärvården och drogbehandling, Socialt perspektiv, nr, 2. 1992.

Wallace, P., m.fl. A randomized controlled trial of general practitioner intervention in patients with excessive alcohol consumption, British Medical Journal, 297. 1988.

### *Referenser kapitel 4*

Aasland, OG. Metoder för tidig intervention, Socialmedicinsk tidskrift, häfte 8. 1992.

Arborelius, E., m.fl. Med all respekt. En handbok om alkoholrådgivning, Bonniers utvecklingsförlag. 1993.

Berglund, M., m.fl. Behandling av alkoholproblem - en kunskapsöversikt, Centrum för utvärdering av socialt arbete. 1994.

Holmberg, R., Malmström, U. Anmäld för fylla - vad händer sedan? Stockholms socialförvaltning, metodbyrå 2, rapport 42. 1982.

Institute of Medicine. Broadening the base of treatment for alcohol problems, National Academy Press. 1990.

Petterson, U. Socialtjänsten i praktiken. Från mål till verklighet, Skeab förlag. 1986.

Rönnberg, S., Sandahl, C: Sju steg till minskat alkoholberoende, Studentlitteratur. 1988.

Socialstyrelsen. Socialtjänsten och omsorgerna i Sverige 1993. Fritzes, 1993.

### *Referenser kapitel 5*

Arbetarskyddsnämnden; Arbetsmiljölagen, 1991

Bjerven B. Lenz, W. Chefens vånda, Sober förlag, 1990

Eriksson, B. Karlsson P-G, Svalna - dokumentation och utvärdering 1983-1991, Skoghall 1991

Fauske; Why the workplace?; ILO 1993

Gulberg, H., Rundquist, J, Starland, H. Arbetsmiljölagen - kommentarer och författningar. Föreningen för arbetarskydd. 1992

Gärdegård; Med arbetslivet som policyskapare - erfarenheter och möjligheter utifrån den s.k. Sundsvallsmodellen, Sundsvall 1991

Johnson A., 100 miljarder kostar supen, Sober förlag 1991

Lenz W, Vem bryr sig? - Alkohol i arbetslivet, 1985

Socialstyrelsen, Med all respekt En handbok om alkoholrådgivning, 1993

Socialstyrelsens nämnd för alkoholfrågor, Omtanke på jobbet - Arbete, alkohol, kamratstöd.

Sv. Arbetsgivarföreningen, Sv. Kommunförbundet, Landstingsförbundet. Tala i tid! Alkoholen och chefens ansvar, Stockholm, 1990

Sv. Arbetsgivareföreningen; Missbruk i arbetslivet, 1991

Väst alna; Rätt kurs - fakta om alkohol 1992

Propositioner

Regeringens proposition 1990/91:140 om arbetsmiljö och rahabilitering

Regeringens proposition 1990/91:141 om rehabilitering och rehabiliteringsersättning

Statens offentliga utredningar

Arbete och hälsa 1990:49

### *Referenslista, kapitel 6*

Eriksson, U., Sarnecki, J. Samhället och de unga lagöverträdarna. Rapport från ett utvecklingsprojekt, BRÅ-rapport, 1979:2.

Hammarström, A. Ungdomsarbetslöshet och ohälsa. 1989.

Hibell, B. Om utvecklingen av den svenska ungdomens alkoholvanor från 1947 till 1976, Lund, Doxa. 1977.

Lindberg, O. Omhändertagen ungdom: Missbrukshistoria och mötet med socialtjänsten. Alkohol och narkotika nr 1, sid. 3-7, CAN, 1986.

Maria ungdomsenhet. Akut omhändertagande - en preventiv metod, Stencil.

1993.

Marklund, U. 1983. Droger och påverkan. Elevanalys som utgångspunkt för drogundervisning, Göteborg studies in educational sciences, 42, Göteborgs universitet. 1983.

Rikspolisstyrelsen. Manifest, Rakt på ungdomsbrotten. 1991.

Rönnberg, S., Svensson-Tredup, M. Sekundärprevention av alkoholproblem inom socialtjänsten, Stockholm, Institutionen för socialt arbete, Socialhögskolan, Stockholms universitet. 1991.

Sahlin, I. Ungdomsprojekt, retorik och praktik, BRÅ-PM. 1992:1.

SOU 1974:91. Alkoholpolitik 2, åtgärder, Stockholm, Liber. 1974.

SOU 1993:35. Ungdomsbrotts kommittens betänkande, Stockholm, Liber. 1993.

### *Referenser kapitel 7*

Andersson, Hibell: Rapport-serie nr 24: Skolelevers drogvanor 1992. CAN. Stockholm1992.

Arborelius: Du bestämmer - en annorlunda hälsovägledning. Socialmedicinska institutionen, Linköpings universitet 1988.

Arneman. Jönsson: Segregation och svensk skola. En studie av utbildning, klass och boende. Arkiv Avhandlingsserier, Lund 1985.

Bjerrum-Nielsen, Rudberg: Jenters vei till rusmidler - et socialisationsperspektiv. NORAS. Oslo 1990.

Bremberg: School health service - some critical issues. Medical dissertations nr 257. Linköping University 1987

Bremberg: Elevhälsans teori och praktik. Studentlitteratur. Lund 1990

Bremberg i Bremberg (red): Socialmedicinsk tidskrift 1/93. Stockholm 1993.

Bruun-Jensen(red): The Action Perspective in School Health Education. The Royal Danish School of Educational Studies. Köpenhamn 1992

Cernerud: Growth and social conditions. Height and weight of Stockholm schoolchildren in a Public Health Concept. NHV-rapport 1991:5. Nordiska Hälsovårdshögskolan, Göteborg 1991

Due, Holstein: Health Behavior in School Children 1991. Institut for Social Medicin. Köpenhamns universitet 1991.

Goldinger: Vad gör psykologer och kuratorer i skolan. Tidskrift för psykisk hälsa nr 2, 1991.

Hancok: Efter Lalonde. Bilaga till tidskriften Vigör 8/87. Socialstyrelsen. Stockholm 1978.

Hopkins et.al.: Comprehensive Evaluation of a Model Alcohol Education Curriculum. Journal of Studies on Alcohol, nr 49.

King, Coles: The Health of Canadas Youth. Minister of National Health and Welfare. Ottawa 1992

Lenke: Alcohol and Criminal Violence. Almqvist &Wiksell. Stockholm 1990

Marklund: Droger och påverkan. Göteborg Studies in Educational Sciences 42. Acta Universitatis Gothoburgensis 1983

Marklund, Wernersson: Flickor på högstadiet - en diskussion om tonårsflickors alkoholvanor. Ped. inst. Göteborgs universitet 1984:06. Göteborg 1984.

Marklund - Strandell: Europeiska ungdomars hälsovanor. R 89/26, Skolöverstyrelsen. Stockholm 1989

McDermott: The relationship of parental drug use and parent's attitude concerning adolescent drug use to adolescent drug use. Adolescence 19/1984

Nilsson: Meningsfull ANT-undervisning. Skolöverstyrelsen, Stockholm 1986.

Otterland: På väg mot en rök- och snusfri skola. R88:43, Skolöverstyrelsen. Stockholm 1988.

Roe: Mass Media and Adolescent Schooling: Conflict or Co-existence? Stockholm 1983.

Sanningen om allt och lite till. Folkhälsoinstitutet. Stockholm 1992

Steinberg: Aktiva värderingar. Askild & Kärnekull. Stockholm 1978

Svedbom i Bremberg (red). Socialmedicinsk tidskrift nr 1/93. Stockholm 1993.

Thorsen: Upplysning och information - begränsar det alkokol och narkotikaproblemen? Preliminär rapport, CAN. Stockholm 1993

Ungdom och Rusmiddler. Statens Institutt for Alkohol- og Narkotikaforskning(SIFA). Oslo 1992

Vad skall Systemet vara bra för? Systemaktiebolaget. Stockholm 1992

Ziehe: Ny ungdom - ovanliga läroprocesser. Norstedts. Stockholm 1986

### *Referenser kapitel* 8

Adams, E.H., Blanken, A.J., Ferguson, L.D., Kopstein, A. Overview of selected drug trends. Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse, 1990.

Ahmed, S.W., Bush, P.J., Davidson, F.R., Iannotti, R.J. Prediciting children's use and intentions to use abusable substances. Paper presented at the Annual Meeting of the American Public Health Association, Anaheim, CA, 1984.

Andersson, B., Hibell, B. Skolelevers drogvanor 1992. Stockholm: CAN Rapport nr 24, 1992.

Andersson, T. Alkoholvanor i ett utvecklingsperspektiv. Stockholm: Psykologiska institutionen, Stockholms Universitet, 1988.

Andréasson, S., Allebeck, P., Brandt, L. Predictors of alcoholism in young Swedish men. American Journal of Public Health, 1993;83:845-850.

Athena. Aktion mot alkohol och narkotika 1989-1991. Sammanfattande slutrapport. Stockholm: Folkhälsoinstitutet, 1991.

Bangert-Drowns, R.B. The effects of school-based substance abuse education - a meta-analysis. Journal of Drug Education, 1988;18:243-265.

Barnes, G.M., Welte, J.W. Patterns and predictors of alcohol use among 7-12th grade students in New York State. Journal of Studies on Alcohol, 1986;47:53-62.

Baumrind, D. Why adolescents take chances - and why they don't. Paper presented at the National Institute for Child Health and Human Development, Bethesda, MD, 1983.

Berg-Kelly, K., Ehrvider, M., Erneholm, T., Gundevall, C., Wennerberg, I., Wettergren, L. Self-reported health status and use of medical care by 3,500 adolescents in western Sweden. I. Acta Paediatrica Scandinavica, 1991;80:837-843.

Bohman, M. Some genetic aspects of alcoholism and criminality. Archives of General Psychiatry, 1978;33:269-276.

Botvin, G.J., Baker, E., Filazzola, A.D., Botvin, E.M. A cognitive-behavioral approach to substance abuse prevention. Addictive Behaviors, 1990;15:47-63.

Bremberg, S. Kan skolan minska alkoholproblem bland unga? Socialmedicinsk tidskrift, 1993;70:12-18.

Brook, J.S., Luboff, I.F., Whiteman, M. Initiation into adolescnet marijuana use. Journal of Genetic Psychology, 1980;137:133-142.

Brook, J.S., Brook, D.W., Gordon, A.S., Whiteman, M., Cohen, P. The psychosocial etiology of adolescent drug use: A family interactional approach. Genetic, Social and General Psychology Monographs, 1990, 116 (Whole No. 2).

Cloninger, C.R., Bohman, M., Sigvardsson, S., von Knorring A.L. Psychopathology in adopted-out children of alcoholics: The Stockholm Adoption Study. Recent Developments in Alcoholism, 1985;3:37-51

Cloninger, C.R., Sigvardsson, S., Bohman, M. Childhood personality predicts alcohol abuse in young adults. Alcoholism, 1988:12:494-503.

Comer, J.P. Educating poor minority children. Scientific American, 1988;259:42-48.

Cook, P.J., Tauchen, G. The effect of minimum drinking age legislation on youthful auto fatalities. Journal of Legal Studies, 1984;13:169-190.

Dembo, R., Farrow, D., Schmeidler, J., Burgos, W. Testing a causal model of environmental influences on early drug involvement of inner city junior high school youths. American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 1979;6:313-336.

Dielman, T. Shope, J., Leech, S., Byutchart, A. Differential effectiveness of an elementary school-based alcohol misuse prevention program. Journal of School Health, 1989;59:255-263.

Ellickson, P.L., Hays, R.D. Antecedents of drinking among youth adolescents with different alcohol use histories. Journal of Studies on Alcohol,

1991;52:398-408.

Elliott, D.S., Huizinga, D., Ageton, S.S. Explaining delinquency and drug use. Beverly Hills, CA: Sage, 1985.

Fleming, J.P., Kellam, S.G., Brown, C.H. Early predictors of age at first ude of alcohol, marijuana and cigarettes. Drug and Alcohol Dependence, 1982;9:285-303.

Ghodisian, M., Power C. Alcohol consumption between the ages of 16 and 23 in Britain; a longitudinal study. British Journal of Addiction, 1987;82:175-180.

Gittelman, R.S., Mannuzza, R.S., Bonagura, N. Hyperactive boys almost grown up: I. Psychiatric status. Archives of General Psychiatry, 1985;42:937-947.

Gorsuch, R.L., Butler, M.C. Initial drug abuse: A review of predisposing social psychological factors. Psychological Bulletin, 1976; 83:120-137.

Gottfredson, D.C. An empirical test of school-based environmental and individual interventions to reduce the risk of delinquent behavior. Evaluation Review, 1988; 11:739-763.

Gottfredson, D.C. An evaluation of an organization approach to reducing school disorder. Evaluation Review, 1988;11:739-763.

Gorsuch, R.L., Butler, M.C. Initial drug abuse: A review of predisposing social psychological factors. Psychological Bulletin, 1976;83:120-137.

Hansen, W., Anderson-Johnson, C., Flay, B., Graham, J., Sobel, J. Affective and social influences approaches to the prevention of multiple substance abuse among seventh grade students: result from project SMART. Preventive Medicine, 1988; 17:135-154.

Hawkins, J.D., Catalano, R.F., Miller J.Y. Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: Implications for substance abuse prevention. Psychological Bulletin, 1992;112:64-105.

Holder, H.D., Blose, J.O. Impact of changes in distilled spirits availability on apparent consumption. British Journal of Addiction, 1987;82:623-631.

Janlert, U. Work deprivation and health. Sundbyberg och Luleå: Karolinska Institutet, 1991.

Johnson, C.A., Solis, J. Comprehensive community programs for drug abuse prevention. National Institute on Drug Abuse Monograph Series, 1983;47:76-114.

Kandel, D.B. Epidemiological and psychosocial perspectives on adolescent drug use. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 1982;21:328-347.

Kandel, D.B., Andrews, K. Processes of adolescent socialization by parents and peers. International Journal of the Addictions, 1987;22:319-342.

Klepp, K., Halper, A., Perry, C.L. The efficacy of peer leaders in drug abuse prevention. Journal of School Health, 1986;56:407-411.

Labouvie, E.W., McGee, C.R. Relation of personality to alcohol and drug use in adolescents. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 1986;54:289-293.

Ladd, G.W., Asher, S.R. Social skill training and children's peer relations: Current issues in research and practice. In: Abate, L.L., Milan, M.A. Handbook of social skills training and research, pp. 219-244. New York: Wiley, 1985.

Lerner, J.V., Vicary, J.R. Difficult temperament and drug use: Analysis from the New York longitudinal study. Journal of Drug Education, 1984;14:1-8.

Lochman, J.L. Cognitive-behavioral intervention with aggressive boys: Three year follow-up effects. Paper presented at the 96th Annual Convention of the American Psychological Association, Atlanta, GA, 1988.

Loeber, R. Natural histories of conduct problems, delinquency, and associated substance use. Evidences for developmental progressions. In: Lahey, B.B., Kazdin, A.E. (Eds.) Advances in clinical child psychology, Vol. 11, pp. 73-124. New York: Plenum Press, 1988.

McAlister, A.L., Perry, C.L., Killen, J., Slinkard, L.A., Maccoby, N. Pilot study of smoking, alcohol, and drug abuse prevention. American Journal of Public Health, 1980;70:719-721.

McAlister, A.L. Social-psychological approaches. In: Glynn, T.J., Leukefeld, C.G., Ludford, J.P. (Eds.) Preventing adolescent drug abuse: Intervention Strategies. Washington, DC: US Government Printing Office, 1983.

McCord, J. Alcoholism and criminality. Journal of Studies on Alcohol, 1981; 42:739-748.

McDermott, D. The relationship of parental drug use and parent's attitude concerning adolescent drug use to adolescent drug use. Adolescence, 1984;19:89-97.

Murray, R.M., Stabenau, J.R. Genetic factors in alcoholism predisposition. In: Encyclopedic handbook of alcoholism, pp. 135-144. New York: Gardner Press, 1982.

Murray, D.M., Johnson, C.A., Luepker, R.V., Mittelmark, M.B. The prevention of cigarette smoking in children: A comparison of four strategies. Journal of Applied Social Psychology, 1984;14:274-288.

Pentz, M.A., Dwyer, J.H., MAcKinnon, D.P., Flay, B.R., Hansen, W.B., Wang, E.Y.I., Johnson, C.A. A multi-community trial for primary prevention of adolescent drug abuse. Journal of the American Medical Association, 1989;261:3259-3266.

Pollock, V.E., Volavka, J., Goodwin, D.W. The EEG after alcohol administration in men at risk for alcoholism. Archives of General Psychiatry, 1983;40:857-861.

Rachal, J.V., Guess, L.L., Hubbard, R.L., Maisto, S.A., Cavanaugh, E.R., Waddel, R., Benrud, C.H. Facts for planning: Alcohol misuse by adolescents. Alcohol Health and Research World, 1982;6:61-68.

Ringwalt, C, Palmer, J. Student alcohol use and perceived problems with peers and adults. Journal of School Health, 1989;59:31-34.

Robins, L.N., Ratcliff, K.S. Continuatrion of antisocial behavior into adulthood. International Journal of Mental Health, 1979;7:96-116.

Robins, L.N., Przybeck, T.R. Age of onset of drug use as a factor in drug and other disorders. In: Jones, C.L., Battjes, R.J. (Eds.) Etiology of Drug Abuse: Implications for Drug Prevention. Washinton, DC: US Government Printing Office, 1985.

Romelsjö, A., Andersson, L., Barrner, H. A randomized study of secondary prevention of early stage problem drinkers in primary health care. British Journal of Addiction, 1989;84:1319-1327.

Saffer, H., Grossman, M. Beer taxes, the legal drinking age and youth motor vehicle facilities. Journal of Legal Studies, 1987;16:351-374.

Schuckit, M.A., Parker, D.C., Rossman, L.R. Ethanol-related prolactin responses and risk for alcoholism. Biological Psychiatry, 1983;18:1153-1159.

Shedler, J., Block, J. Adolescent drug us and psychological health: A longitudinal inquiry. American Psychologist, 1990;45:612-630.

Temple, M.T., Filmore, K.M. The variability of drinking pattern and problems among young men, age 16-31: a longitudinal study. International Journal of Addiction, 1985-86;20:1595-1586.

von Knorring, L., Oreland, L., von Knorring, A.L. Personality traits and platetlet MAO activity in alcohol and drug abusing teenage boys. Acta Psychiatrica Scandinavica, 1987;75:307-314.

Wallace, P., Cutler, S., Haines, A. Randomised controlled trial of general practitioner intervention in patients with excessive alcohol consumption. British Medical Journal, 1988;297:663-668.

Watts, R.K., Rabow, J. Alcohol availability and alcohol-related problems in 213 Californian cities. Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 1983;7:47-58.

Wilde, M. Are those adolescents to early adulthood drinking patterns so discontinous? International Journal of Addiction, 1988;23:907-912.

Zuckerman, M. Biological connection between sensation seeking and drug abuse. In Engel, J. and Oreland, L. (Eds.), Brain reward systems and drug abuse, pp. 165-176. New York: Raven Press, 1987.

# Kommittédirektiv

## Alkoholpolitisk kommission

Dir. 1991:124

Beslut vid regeringssammanträde 1991-12-19

Chefen för socialdepartementet, statsrådet B. Westerberg anför.

### Mitt förslag

Jag föreslår att en parlamentarisk kommission med bred sammansättning tillkallas med uppgift att utvärdera den hittillsvarande alkoholpolitiken och lägga fram förslag till en strategi för framtiden – bl.a.i ett EG-perspektiv. Kommissionen skall även kartlägga alkoholmissbrukets familjesociala konsekvenser och göra en översyn av vården av alkoholmissbrukare.

### Bakgrund

En alltför hög konsumtion av alkohol för med sig omfattande sociala och medicinska problem. Missbruk medverkar till social utslagning, problem på arbetsmarknaden och familjeproblem. Missbruket har en stark koppling till våld och andra former av brott, det ligger bakom en lång rad olyckor och sjukdomar och orsakar för tidig död. Missbruket av alkohol fungerar också ofta som en inkörsport till andra slag av missbruk. Samhällets kostnader för t.ex. socialtjänst och sjukvård, produktionsbortfall och arbetsrehabilitering är mycket höga. Härtill kommer det psykiska, sociala och ekonomiska lidande som drabbar enskilda missbrukare och deras anhöriga.

Genom 1977 års alkoholpolitiska beslut lade riksdagen under stor enighet fast grunderna för den alkoholpolitik som i det väsentliga alltjämt tillämpas (prop.1976/77:108, SkU 40, rskr. 231). Det innebär att hanteringen av alkoholdrycker omgärdas med ett regelsystem vars syfte är att begränsa alkoholens skadeverkningar. Det sker bl.a. genom prispolitiken och genom att Systembolaget har monopol på huvuddelen av detaljhandeln med alkoholdrycker. Dessutom regleras restaurangserveringen av alkoholdrycker i syfte att den skall ske återhållsamt, under kontrollerade former och med socialt ansvar. Social hänsyn skall tas framför allt för att skydda ungdomar. Samhället satsar dessutom avsevärda medel för att genom information och opinionsbildning begränsa konsumtionen och alkoholskadorna.

Hösten 1989 uttalade riksdagen i enlighet med socialutskottets betänkande (SoU 1989/90:2) En aktiv alkoholpolitik m.m. att alkoholfrågan måste sättas i blickpunkten. En större medvetenhet om alkoholens skadeverkningar och en

större förståelse för behovet av alkoholpolitiska åtgärder måste enligt utskottet skapas. Vidare ansåg utskottet att åtgärderna borde utgå från 1977 års alkoholpolitiska beslut. Dock borde insatserna i vissa avseenden anpassas till samhällsförändringar och ny kunskap inom alkoholforskningen.

*Alkoholkonsumtion och alkoholskador*

Vid en internationell jämförelse är den genomsnittliga alkoholkonsumtionen i Sverige relativt låg. De alkoholbetingade medicinska skadorna är också av betydligt mindre omfattning än i länder med högre genomsnittlig alkoholkonsumtion.

Ändå ger alkoholen upphov till avsevärda sociala, samhällsekonomiska och medicinska problem även i vårt samhälle. Enligt en vanlig uppskattning dricker 300 000 svenskar så mycket alkohol att det har en negativ inverkan på deras hälsa, familjeliv och arbete.

De senaste decenniernas internationella alkoholforskning har gett en i huvudsak entydig bild av ett samband mellan den totala alkoholkonsumtionen i ett samhälle och dödligheten i alkoholbetingade sjukdomar. Inte minst högkonsumenterna, den grupp om ca 10 procent av befolkningen som konsumerar 50 procent av alkoholen, utgör ett stort problem. En stegrad total alkoholkonsumtion åtföljs med stor sannolikhet av en ökning också av antalet högkonsumenter, vilket i sin tur som regel leder till att den alkoholrelaterade sjukligheten och dödligheten stiger. Omvänt gäller att en minskning av den totala alkoholkonsumtionen i ett samhälle leder till färre alkoholskador och lägre dödlighet.

Från andra världskriget och framåt har den genomsnittliga alkoholkonsumtionen i Sverige, som den framgår av den officiella försäljningsstatistiken, ökat påtagligt. Under de tre första efterkrigsdecennierna praktiskt taget fördubblades konsumtionen per invånare. Under perioden 1976—1984 minskade alkoholförsäljningen med drygt 20 %. Därefter kom en ny period av relativt kraftig konsumtionsökning. Under de två senaste åren har återigen en viss mindre tillbakagång kunnat registreras. Fortfarande ligger emellertid alkoholkonsumtionen per invånare (15 år och äldre) ca 60 % över 1946 års nivå (4,0 liter ren alkohol per invånare 15 år och äldre år 1946, jämfört med 6,4 liter år 1990).

Härtill kommer den konsumtion som inte registreras i officiell försäljningsstatistik, det s.k. mörkertalet. Hit räknas bl.a. hemtillverkat vin, privat införsel av alkohol, olovlig tillverkning av spritdrycker och konsumtion under utlandsvistelser.

*Alkoholfrågan i Sverige och i Europa*

Våra dryckestraditioner är en del av den svenska kulturtraditionen och livsstilen. Sverige tillhör av tradition de s.k. spritländerna. Det typiska för spritländerna är att drickandet i stor utsträckning är koncentrerat till veckosluten och vissa högtider. Man dricker sig ofta berusad. Våldsbrottslighet och olyckshändelser har starka samband med denna typ av drickande.

I vinländer som t.ex. Frankrike, Italien, Portugal och Spanien dricks vin i stor utsträckning som vardaglig måltidsdryck och det är inte kulturellt accepterat att dricka sig redlöst berusad. Att alkoholbruket är en integrerad del av vardagslivet leder till höga konsumtionsnivåer, vilket i sin tur för med sig utbredda medicinska skador och alkoholrelaterad dödlighet.

Under efterkrigstiden har vi kunnat se en tydlig tendens till att dryckesmönstren internationaliseras, särskilt inom EG-länderna. Men även i Sverige har det skett en långsiktig förändring av dryckesvanorna, bl.a. mot minskad spritkonsumtion och ökad vin- och ölkonsumtion.

Under det senaste årtiondet har man i bl.a. en rad europeiska länder blivit alltmer medveten om att alkoholskadorna utgör ett av de stora folkhälsoproblemen. Som en del av den s.k. Hälsa för alla-strategin har det inom Världshälsoorganisationen (WHO) framförts som ett mål att alkoholkonsumtionen skall pressas tillbaka med minst 25 % under perioden 1980–2000, vilket Sverige ställt sig bakom. I flera europeiska länder förs nu diskussioner om möjligheterna att reducera alkoholkonsumtion och -skador genom både utökade informationsinsatser och åtgärder för att begränsa utbudet av alkohol, t.ex. genom förbud mot eller inskränkningar i rätten att sprida reklam för alkoholdrycker. Även dryckesskatternas betydelse för folkhälsan har uppmärksammats.

*EG och alkoholpolitiken*

Riksdagen har vid flera tillfällen slagit fast att det europeiska integrationsarbetet från svensk sida inte får bedrivas så att en effektiv svensk alkoholpolitik försvåras.

Den svenska alkoholpolitikens mål att pressa tillbaka alkoholkonsumtion och alkoholskador ligger fast. Medlen för att nå detta mål måste även i fortsättningen vara dels en kombination av insatser för att förbättra kunskaper om alkoholbruket och påverka attityder till det, dels åtgärder för att begränsa alkoholens tillgänglighet.

På längre sikt är det emellertid sannolikt att den europeiska integrationsprocessen får återverkningar även inom detta område. Det gäller främst prispolitiken. Sverige hör sedan länge till de länder som har en relativt sett hög, alkoholpolitiskt motiverad, beskattning av alkoholdrycker. Det finns i och för sig inga planer inom EG att genom bindande direktiv åstadkomma att skatten på

alkohol ligger på samma nivå i alla medlemsländer. Å andra sidan är det troligt att harmoniseringen på sikt kommer att påverka medlemsländernas alkoholpriser i utjämnande riktning. En friare handel och minskade gränskontroller kan under alla förhållanden leda till att det blir svårare att använda priset som alkoholpolitiskt instrument.

Vad gäller den svenska alkohollagstiftningen i övrigt, finns det för närvarande ingen anledning att förmoda att den i något avgörande hänseende skulle vara oförenlig med EG:s regelsystem. Hittills har det emellertid inte utförts någon samlad genomgång av de olika alkohollagarna och av ev. behov av revideringar med hänsyn till kravet på anpassning till EG:s regelsystem. Det framstår som angeläget att en sådan genomlysning nu kommer till stånd.

*Onödiga regler bör utmönstras*

Även om det för närvarande inte finns anledning att göra någon total översyn av alkohollagstiftningen, kan det finnas skäl att granska bestämmelserna också från en annan synvinkel. Riksdagen har vid flera tillfällen uttalat att de restriktioner som finns på alkoholområdet måste begränsas till sådana som allmänheten uppfattar som meningsfulla för att inte förtroendet för alkoholpolitikens grunder skall minska. Samtidigt som vi bör slå vakt om de delar av regelverket som har alkoholpolitisk betydelse, bör sådana bestämmelser som inte längre fyller någon alkoholpolitisk funktion kunna utmönstras. Härigenom kan lagstiftningen vinna i trovärdighet. Av samma skäl bör man ta vara på de möjligheter som kan finnas att åstadkomma en förenklad och förtydligad lagstiftning.

I detta sammanhang bör kommissionen särskilt uppmärksamma reglerna om tillstånd till servering av alkoholdrycker enligt lagen (1977:293) om handel med drycker (LHD), liksom bestämmelserna om serveringens bedrivande och andra frågor som gäller alkoholserveringen. Kommissionen bör även analysera hur denna lagstiftning tillämpas i praktiken.

*Att påverka efterfrågan*

Om åtgärder för att begränsa alkoholens tillgänglighet kan sägas utgöra alkoholpolitikens ena grundsten, så är insatser för att påverka människornas efterfrågan på alkoholdrycker den andra. Härmed avses såväl förebyggande insatser, t.ex. att skapa drogfria fritidsmiljöer för ungdomar, som informations- och opinionsbildande verksamhet för att påverka människors alkoholvanor. Hit hör även positiv information om de olika alkoholfria festdrycker som finns som alternativ.

Stora insatser har gjorts och görs inom detta område. I ett läge där det till följd av internationaliseringen och den europeiska integrationen kan bli svåra-

re att begränsa alkoholens tillgänglighet genom prispolitiken, finns det emellertid skäl att lägga ännu större vikt vid detta attityd- och opinionsbildande arbete.

Alkohol- och drogområdet kommer att bli det mest omfattande verksamhetsområdet i det folkhälsoinstitut som inrättas den 1 juli 1992. I den proposition som låg till grund för riksdagens beslut underströks starkt att information, opinionsbildning och andra förebyggande åtgärder bör ges en mer framträdande roll i den svenska alkoholpolitiken. Det rör sig både om insatser som riktar sig till befolkningen i stort och om mer selektiva satsningar riktade till t.ex. ungdomar eller gravida kvinnor. Det handlar vidare om såväl allmänt förebyggande insatser som åtgärder riktade till människor vilka befinner sig i riskzonen för att utveckla ett skadligt bruk av alkohol. Institutets verksamhet skall bygga på vetenskapligt väl förankrat underlag.

*Vården av alkoholmissbrukare*

Socialberedningen konstaterade i sitt betänkande (SOU 1987:22) Missbrukarna, Socialtjänsten, Tvånget att de tunga alkoholmissbrukarnas sociala och medicinska situation har försämrats påtagligt under de senaste decennierna. Överdödligheten bland dessa alkoholmissbrukare har ökat dramatiskt, särskilt bland de yngre.

De missbrukare som har kontakt med socialtjänsten har det ofta under långa tidsperioder, men kontakterna är som regel sporadiska och oplanerade. Det saknas en kontinuitet i behandlingen, något som också gäller för de institutionsvårdade missbrukarna. Den öppna socialtjänstens uppföljning efter institutionsvård fungerar sällan på det sätt som förutsattes när socialtjänstlagen infördes. Samarbetet mellan socialtjänsten, sjukvården och andra samhällsinstitutioner är ibland dåligt utvecklat. Ofta vet man inom det ena av dessa områden inte att klienten respektive patienten är aktuell inom det andra.

Även socialstyrelsen har i olika rapporter redovisat att missbrukarvården i dag står inför stora problem. Det finns en brist på institutionsplatser för tunga missbrukare och det finns ett stort behov av att utveckla vårdens innehåll.

I många kommuner saknas det effektiva metoder för att klara vården av klienter med sammansatta problem, t.ex. psykiskt störda missbrukare och missbrukare med invandrarbakgrund. Det behövs bättre kunskap och kompetens för att arbeta med dessa grupper och bättre samarbete med landstingens psykiatriska vård.

Tvångsvården av vuxna missbrukare enligt lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall (LVM) dras vidare med såväl kvantitativa som kvalitativa brister.

Utredningen (S 1991:09) Institutioner inom ungdomsvården och missbrukarvården har bl.a. som uppgift att belysa missbrukarvårdens innehåll och orga-

nisation vad avser tvångsvårdens institutioner. Utredningen skall enligt direktiven vara slutförd den 15 januari 1992.

Kvinnors missbruk är ytterligare ett problemområde som kräver särskild belysning. Dryckesmönstret för kvinnor och män har blivit alltmer likartat. Missbruket bland kvinnor har ökat. Mycket tyder på att kvinnor som missbrukar snabbare blir utslagna och att de också fortare får såväl medicinska som sociala skador av sitt missbruk. Att nå dem med stöd eller vårdinsatser på ett tidigt stadium är därför särskilt viktigt.

Missbrukarvården har traditionellt utformats med utgångspunkt från männens behov. Under senare år har man blivit mer medveten om de problem som kvinnor möter i en manlig behandlingsmiljö. Fortfarande är dock kunskapen otillräcklig, framför allt kunskapen om de särskilda behov som kvinnliga missbrukare har och som kan kräva speciella behandlingsinsatser. En utveckling inom detta område skulle underlätta för kvinnor att själva söka vård.

En fråga som måste uppmärksammas särskilt i detta sammanhang är gravida kvinnors alkoholvanor. Varje år föds det alltjämt ett hundratal barn med grava och bestående skador till följd av moderns missbruk. Det finns undersökningar som visar att missbrukande kvinnor föder fler barn än genomsnittet. Det förhållandet att alkoholkonsumtionen ökar bland unga kvinnor kan innebära risker för att även antalet skadade barn ökar.

*Missbrukets familjesociala konsekvenser*

Alkoholmissbrukets ekonomiska, sociala och psykologiska följder för missbrukarens familj har bara i mycket begränsad utsträckning varit föremål för forskningens intresse. Det gäller inte minst frågan om vad det innebär för barn att leva med vuxna som har alkoholproblem.

De vuxnas alkoholmissbruk finns med som en av de vanligaste orsakerna till beslut om placering av barn i samhällsvård. Alkoholen spelar emellertid en destruktiv roll i långt fler fall än så. Det är rimligt att anta att det finns ett stort antal barn och ungdomar som far illa i det tysta på grund av föräldrarnas missbruk. Olika studier visar också att alkoholen ofta finns med i bilden vid såväl kvinnomisshandel som barnmisshandel och andra övergrepp mot barn.

En av de allvarligaste konsekvenserna för barn av vuxnas alkoholproblem är att barnen i stor utsträckning tvingas ta ett vuxenansvar som de inte är mogna för. Ett omfattande och okontrollerat drickande skapar en otrygg och labil miljö, vilket kan leda till störningar i barnets identitetsutveckling. Såväl svenska som utländska undersökningar visar också att psykosomatiska besvär, kamratproblem och skolsvårigheter är betydligt vanligare hos barn till alkoholmissbrukare än hos barn med i övrigt jämförbar bakgrund.

Olika metoder för att stödja missbrukares anhöriga har under senare år börjat utvecklas i flera länder. I Sverige har det t.ex. under 1980-talet skett en utbyggnad av familjebehandling inom institutionsvården. Även inom öppenvården har det familjeinriktade arbetet börjat utvecklas framför allt inom ramen för olika försöks- och utvecklingsprojekt. Det är angeläget att dessa nya vårdformer utvärderas kontinuerligt och att man därvid särskilt beaktar i vilken mån barnens behov tillgodoses.

**Kommissionens uppdrag**

Sett i ett längre tidsperspektiv har alkoholkonsumtionen och alkoholskadorna i Sverige ökat påtagligt. Konsumtionsutvecklingen under senare delen av 1980-talet innebar vidare att vi då år från år avlägsnade oss från det mål om en minskning av alkoholkonsumtionen med minst 25 procent under perioden 1980- 2000, som Sveriges regering och riksdag har ställt sig bakom.

Redan detta utgör skäl för att nu se över alkoholpolitiken, i syfte att finna mer effektiva vägar att förverkliga de alkoholpolitiska målen. Härtill kommer den europeiska integrationsprocessen. Den innebär i detta sammanhang bl.a. att utbytet kommer att öka dramatiskt på alla plan - ekonomiska, sociala, kulturella - mellan Sverige och länder som av tradition för en mindre restriktiv alkoholpolitik än den hos oss etablerade och som också har en avsevärt högre alkoholkonsumtion och fler alkoholskador.

Jag vill mot denna bakgrund föreslå att en parlamentarisk kommission med bred sammansättning tillkallas med främsta uppgift att formulera en strategi för att nå målet att minska den totala alkoholkonsumtionen och att begränsa alkoholens skadeverkningar.

Till grund för kommissionens överväganden bör bl.a. ligga en utvärdering av den hittills förda alkoholpolitikens effekter. Kommissionen bör därvid också jämföra den svenska alkoholpolitikens mål och medel med den politik som andra jämförbara länder för på detta område. Kommissionen bör även beskriva skillnader i konsumtions- och skadenivåer mellan länderna och i möjligaste mån analysera effekterna av den förda politiken i olika länder. Kommissionen bör ha möjlighet att anlita såväl svensk som utländsk expertis i detta kartläggnings- och analysarbete.

I den mån kommissionen finner att delar av det svenska regelsystemet inom detta område behöver förändras med hänsyn till EG:s regelverk, bör kommissionen lägga fram förslag till sådan reviderad lagstiftning. Kommissionen kan även av andra skäl föreslå förändringar i lagstiftningen, om den t.ex. finner att vissa bestämmelser kan förenklas eller helt utmönstras för att de inte längre fyller någon alkoholpolitisk funktion. I andra fall kan reglerna behöva förtydligas eller skärpas för att bättre fylla ett alkoholpolitiskt syfte.

Kommissionen bör även lämna förslag till metoder att löpande följa även den icke registrerade alkoholkonsumtionen, för att ge regering och riksdag ett bättre underlag för alkoholpolitiska ställningstaganden.

Kommissionen bör vidare kartlägga och redovisa de ökade svårigheter att uppfylla de alkoholpolitiska målen som en svensk anpassning till EG kan inrymma. Kommissionen skall presentera förslag till insatser som medför att de alkoholpolitiska målen kan uppnås, även inom ramen för EG-integrationen. Kommissionen bör överväga hur det opinionsbildande och attitydpåverkande arbetet inom detta område kan förstärkas.

Kommissionen bör bedöma hur såväl de primär- som de sekundärpreventiva insatserna kan utvecklas ytterligare. Kommissionen bör i dessa delar samråda med organisationskommittén för det blivande folkhälsoinstitutet och med institutet, sedan detta bildats den 1 juli 1992. Kommissionen bör lägga fram förslag till långsiktig inriktning av folkhälsoinstitutets arbete med alkoholfrågorna.

Kommissionen skall vidare genomlysa de problem som föreligger inom vården av alkoholmissbrukare och bedöma behoven av förändringar av vårdformer och vårdinnehåll. De kvinnliga missbrukarnas vårdbehov skall därvid uppmärksammas särskilt.

Kommissionen skall också kartlägga och analysera missbrukets konsekvenser för missbrukarnas familjer och bedöma vilka insatser som behöver göras för att möta de anhörigas, särskilt barnens, behov av stöd.

Kommissionen bör avsluta sitt arbete före utgången av år 1993.

För utredningen gäller direktiven (dir. 1984:5) till samtliga kommittéer och särskilda utredare angående utredningsförslagens inriktning samt direktiven (dir. 1988:43) om beaktande av EG-aspekten.

**Hemställan**

Med hänvisning till vad jag nu har anfört hemställer jag att regeringen bemyndigar chefen för socialdepartementet

- att tillkalla en kommission - omfattad av kommittéförordningen (1976:119) - med högst 11 ledamöter, med uppdrag att utvärdera alkoholpolitiken och utforma en ny alkoholpolitisk strategi, att göra en översyn av vården av alkoholmissbrukare och att genomföra en analys av alkoholmissbrukets familjesociala konsekvenser,
- att utse en av ledamöterna att vara ordförande, samt
- att besluta om sakkunniga, experter, sekreterare och annat biträde åt kommissionen.

Vidare hemställer jag att regeringen beslutar att kostnaderna skall belasta femte huvudtitelns anslag A 2. Utredningar m.m.

**Beslut**

Regeringen ansluter sig till föredragandens överväganden och bifaller hans hemställan.

(Socialdepartementet)

# Alkoholpolitiska kommissionens sammansättning

*Ordförande*

| | | |
|---|---|---|
| Ingemar Mundebo, generaldirektör | förordnad | 1992-02-13 |

*Ledamöter*

| | | |
|---|---|---|
| - Ingrid Andersson, riksdagsledamot (s) | förordnad | 1992-02-13 |
| | entledigad | 1993-06-15 |
| - Karin Israelsson, riksdagsledamot (c) | förordnad | 1992-02-13 |
| - Bert-Inge Karlsson, socionom (kds) | förordnad | 1992-02-13 |
| - Peter Kling, riksdagsledamot (nyd) | förordnad | 1992-02-13 |
| - Owe Larsson, politisk sekreterare (v) | förordnad | 1992-02-13 |
| - Ulla Orring, riksdagsledamot (fp) | förordnad | 1992-02-13 |
| - Sverre Palm, riksdagsledamot (s) | förordnad | 1992-02-13 |
| - Anita Persson, riksdagsledamot (s) | förordnad | 1993-06-15 |
| - Gabriel Romanus, verkställande direktör i Systembolaget AB | förordnad | 1992-02-13 |
| - Sten Svensson, riksdagsledamot (m) | förordnad | 1992-02-13 |
| - Claes Örtendahl, generaldirektör vid Socialstyrelsen | förordnad | 1992-02-13 |

*Sakkunniga:*

| | | |
|---|---|---|
| - Karin Berensson, utredare vid Landstingsförbundet | förordnad | 1993-09-15 |
| - Dag Juhlin-Dannfelt, departementssekr. vid Utrikesdepartementet | förordnad | 1993-05-01 |
| - Johan Enegren, departementssekr. vid Utrikesdepartementet | förordnad | 1992-05-12 |
| | entledigad | 1993-05-01 |
| - Christina Gynnå-Oguz, departementsråd vid Socialdepartementet | förordnad | 1992-11-01 |
| - Jakob Lindberg, överdirektör vid Folkhälsoinstitutet | förordnad | 1992-03-20 |
| - Bo Netz, departementssekr. vid Finansdepartementet | förordnad | 1993-07-01 |
| - Anita Sundin, sekr. vid Svenska Kommunförbundet | förordnad | 1992-03-20 |

| | | |
|---|---|---|
| - Gunilla Wallgrund, utredare vid Landstingsförbundet | förordnad | 1992-03-20 |
| | entledigad | 1993-09-15 |

*Experter:*

| | | |
|---|---|---|
| - Björn Hibell, direktör vid Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning (CAN) | förordnad | 1992-03-20 |
| - Leif Lindgren, chefsjurist vid Datainspektionen | förordnad | 1992-03-20 |
| - Anders Romelsjö, docent vid Karolinska Institutets avd. för socialmedicin | förordnad | 1992-05-12 |

*Sekretariat:*

| | | |
|---|---|---|
| - Hans Noaksson, revisionsdir., huvudsekr. | förordnad | 1992-03-01 |
| - Peter Carlsten, utredningssekr. | förordnad | 1992-08-10 |
| | entledigad | 1993-06-24 |
| - Peter Gerdman, avdelningsdirektör | förordnad | 1993-05-01 |
| - Margareta Gustafsson, socionom | förordnad | 1993-03-01 |
| - Johan Hellstrand, byrådirektör | förordnad | 1992-06-01 |
| - Rolf Larsson, advokat | förordnad | 1992-05-01 |
| - Orvar Olsson, forskare | förordnad | 1993-10-01 |
| - Lillian Rydgren, assistent | (anställd vid Socialdepartementet) | |

Kommissionen har låtit ett antal forskare och experter utanför sekretariatet utarbeta rapporter i skilda ämnen av betydelse för kommissionens ställningstaganden.

## Försök till belysning av de möjliga effekterna av individuella insatser från primärvårdens sida för att förebygga alkoholmissbruk

Docent Sven Andréasson vid S:t Görans sjukhus i Stockholm har försökt belysa de möjliga effekterna på nationell nivå av att göra konsekventa individpreventiva insatser med avseende på alkohol från primärvårdens sida. Han har därvid huvudsakligen baserat sina beräkningar på Malmöstudierna av Hans Kristenson m.fl. (vårddagar på sjukhus och sjukskrivningsdagar) men också på Jesper Perssons studier i Värmland (läkarbesök i öppen vård). Resultaten av beräkningarna framgår av figur 1.

| **KOSTNADER** | Per person | Per husläkare | Sverige |
|---|---|---|---|
| 12 besök + lab/5 år (Malmö-modellen) | 5 000 kr | 60 000 kr | 260 Mkr |
| Kostnad för hälsounder-sökning | | 15 000 kr | 65 Mkr |
| **EFFEKTER** (beräknat på 5 år) | | | |
| Minskad sluten vård | 10 000 kr | 120 000 kr | 510 Mkr |
| Minskad öppen vård | 7 000 kr | 84 000 kr | 360 Mkr |
| Minskad sjukskrivning | 40 000 kr | 480 000 kr | 2 060 Mkr |
| **TOTALT** | **57 000 kr** | **684 000 kr** | **2 930 Mkr** |

Beräkningarna är gjorda på följande sätt:

- I hela landet förutsätts finnas 4 300 husläkare. Varje husläkare beräknas ha 2 000 listade patienter.
- Av de 2 000 listade patienterna är 1 000 i åldersgruppen 20 - 50 år, vilken utgör målgrupp för hälsoundersökning med avseende på alkoholvanor.
- Vid en erfarenhetsmässigt bedömd besöksfrekvens av 24 procent hos männen och 31 procent hos kvinnorna kommer 120 män och 155 kvinnor på läkarbesök under ett år. Samtliga blir föremål för hälsoundersökning till en särkostnad av högst 50 kr per patient. Årskostnaden för verksamheten blir då 275 x 50 kr = 13 750 kr per husläkare.
- Låt oss anta att 15 procent av männen och 4 procent av kvinnorna visar sig vara högkonsumenter och att hälften medverkar i någon form av intervention. 9 män + 3 kvinnor = 12 patienter kommer då att bli föremål för motiverande rådgivning m.m. från läkarens sida.
- Var och en av dessa patienter bedöms under fem år behöva göra 12 besök hos läkare och/eller sjuksköterska. I den beräknade femårskostnaden per patient, 5 000 kr ingår laboratoriekostnader. Den totala kostnaden för dessa insatser blir 12 x 5 000 kr = 60 000 kr per husläkare.
- Överfört till nationell nivå: 4 300 husläkare som i genomsnitt under ett år börjar behandla (= ger motiverande rådgivning m.m.) 12 patienter var, kommer totalt att behandla 51 600 patienter. Kostnaden för detta blir under de fem år behandling beräknats pågå 51 600 x 5 000 kr = 258,0 Mkr. Därtill kommer kostnaden för hälsoundersökning som görs i samband med besök som ändå skulle göras: 4 300 x ca 15 000 kr = 64,5 Mkr.
  Den totala kostnaden för de tidiga insatserna uppgår således till 260 Mkr + 65 Mkr = 325 Mkr.

Nyttoeffekterna (kostnadsbesparingarna) är beräknade utifrån de resultat som redovisats i Kristensons och Perssons studier:

- *Sjukhusvård*: I Malmöstudien hade personer i "interventionsgruppen" i genomsnitt fem vårddagar färre än personer i kontrollgruppen under den femåriga uppföljningen. Med en vårddygnskostnad på 2 000 kr erhålles en kostnadsminskning på 10 000 kr per patient.
- *Öppenvård*: I Karlstad hade patienterna i interventionsgruppen i genomsnitt två färre besök per år under fem år. Vid en kostnad om 700 kr per besök uppnås en kostnadsminskning om 7 000 kr per patient.
- *Sjukskrivning*: Patienter i "interventionsgruppen" i Malmö hade i genomsnitt 16 sjukdagar färre per år än patienter i kontrollgruppen. Det innebär 80 dagar för en femårsperiod. Med en kostnad om 500 kr per sjukskrivningsdag (lågt räknat) erhålles en kostadsminskning om i genomsnitt 40 000 kr per patient.

De beräknade nyttoeffekterna/kostnadsbesparingarna per husläkare resp för hela landet uppgår till 12 gånger resp 51 600 (12 x 4 300) gånger nyssnämnda belopp.

Totalt sett uppgår nyttoeffekterna för hälso- och sjukvården till 870 Mkr och för sjukförsäkringen till 2 060 Mkr, vilket skalll ställas i relation till den totala insatsen, 325 Mkr.

## Exempel på verksamhet som bedrivs inom arbetslivet

### Insatser inom landstingsvärlden

Från Landstingsförbundets sida har nyligen ett utbildnings- och diskussionsmaterial om alkohol- och drogmissbruk bland sjukvårdspersonal utarbetats. Materialet, som är benämnt "Den svåra vägen tillbaka", skall enligt planerna användas vid kurser, konferenser och interna diskussioner om missbruksproblem.

Olika åtgärder har vidtagits och vidtas fortfarande av landstingen för att förebygga missbruk bland personalen samt hjälpa och stödja de anställda som drabbats av detta problem. I sin roll som arbetsgivare har landstingen utarbetat alkoholpolitiska program, genomfört utbildningar för bl.a. chefer och arbetsledare och satt in behandlings- och rehabiliteringsåtgärder för personal med missbruksproblem.

Landstinget Västernorrland har t.ex. i personalstrategierna för 1990-talet tagit fram ett handlingsprogram för hur alkohol- och drogfrågor på arbetsplatsen skall hanteras. Här anges landstingets policy i dessa frågor och den ansvarsfördelning som skall gälla mellan chefer, arbetsledare, arbetskamrater och individer. På alla arbetsplatser skall finnas detaljerade och tydliga regler för hur alkohol- och drogfrågor skall hanteras, dvs. vilka åtgärder som skall vidtas dels för att förebygga, dels för att stödja och rehabilitera anställda som befinner sig i en missbrukssituation.

## Sundsvallsmodellen

Vid flera stora arbetsplatser i Sundsvall pågår sedan några år tillbaka ett samarbete i policyfrågor rörande droger i arbetslivet. Sundsvall har fram till 1997 som referensort knutits till det av FN-organet UNDCP (United Nation Drug Control Program) finansierade WHO/ILO-projektet "Model Programmes of Drug and Alcohol Abuse Prevention among Workers and their Families". Arbetet är inriktat på såväl allmänt och individuellt förebyggande åtgärder som på behandling.

Ett samarbete med Folkhälsoinstitutet har nyligen inletts. Avsikten är att modellen under en treårsperiod skall utvecklas och närmare utvärderas.

Man har konstaterat att processen från idé till självklar personalpolitik tar ca tre år. Vid AB Sundsvalls verkstäder, har efter två års arbete följande effekter iakttagits:

* Kunskapen och medvetenheten om alkohol och andra droger har ökat väsentligt inom hela organisationen (med familjer/anhöriga ca 2000 personer).
* Varje medarbetare har själv fått göra en bedömning av sina alkoholvanor. Detta kommer fortsättningsvis att ske vid regelbundna hälsokontroller och vid misstanke om överkonsumtion/missbruk.
* Ett bättre psykosocialt arbetsklimat har skapats. "Spritromantiken" tycks ha dämpats.
* Frånvaron har i enskilda fall minskat från 40 procent till 2 - 3 procent.
* Arbetskamrater har på arbetstid besökt anställda under vistelse på behandlingshem. Medarbetare till anställda som gått igenom behandling har tenderat att minska sin alkoholkonsumtion.
* Några anställda, som inte fullföljt behandling, har sagts upp. Samtidigt har samarbete inletts med socialtjänsten och möjligheter till "vilande" anställning diskuterats.
* Ett konstruktivt samspel mellan företag, socialtjänst, anhöriga, och behandlingshem har etablerats.
* En utveckling mot minskad vin- och spritförtäring i samband med representation har vuxit fram "inifrån", genom de nya kunskaper som tillförts.
* Några chefer med personalansvar riskerar att omplaceras då de inte arbetat efter policyn gentemot sina medarbetare.
* Anställda har utifrån arbetsplatsens inställning, initierat insatser i sin närmiljö/familj.
* Koppling har skett till annat "miljöarbete" inom företaget.
* En större öppenhet inför andra folkhälsofrågor och psykosociala problem har iakttagits.

## Skoghallsverken (SVALNA)

**SVALNA**, Skoghallsverkens egen modell för hur man kan motverka missbruk, utgår från den inbyggda företagshälsovården. Verksamheten startade 1983.

SVALNA verkar vid tre företag i Skoghall, som tillsammans har ca 1 700 anställda. Verksamhetens inriktning och målsättning är:

* arbete och droger hör inte ihop,
* ansvaret ligger såväl inom organisationen som mellan arbetskamrater,
* en drogfri arbetsplats är en viktig del av en god arbetsmiljö och
* att motverka alkohol och andra droger är en gemensam angelägenhet för företag och fackliga organisationer.

En särskild grupp, SVALNA-gruppen, underställd skyddskommittén, leder och samordnar arbetet. Till verksamheten är ett behandlingsprogram knutet. Behandlingen sköts av företagshälsovården som arbetar med:

* information om vad behandlingen går ut på och om vad konsekvenserna kan bli vid fortsatt missbruk,
* att bilda ett nätverk där arbetsledning, arbetskamrater, företagshälsovård och eventuell familj engageras. (Detta sker under förutsättning att den det gäller samtycker,)
* regelbunden och stödjande kontakt med personal som har missbruksproblem,
* hembesök som kan göras om personen uteblir från arbetet,
* en stödperson (denne väljs av missbrukaren),
* information om olika frivilligorganisationer för missbrukare,
* att missbrukaren, stödpersonen och en representant från företagshälsovården träffas regelbundet och
* att efter sex månader träffas för att göra en utvärdering. Då får missbrukaren ta ställning till om kontakten skall fortgå.

År 1991 gjordes en utvärdering av SVALNA-verksamheten av forskare vid institutionen för socialt arbete vid Göteborgs universitet. Man undersökte bl.a. verksamhetens ekonomiska konsekvenser genom en beräkning av vilka kostnader som kunnat undvikas med hjälp av SVALNA, ställt i relation till kostnaderna för verksamheten. Resultatet blev som följer:

* *Uteblivna kostnader för frånvaro*
  Drygt 90 personer har tagit del av SVALNA:s behandlingsprogram. Av dessa är 50 personer fortfarande anställda vid företaget och sköter sitt arbete. Undersökningen visar att personer med aktivt alkoholmissbruk/-beroende slutat på eget initiativ eller blivit uppsagda efter i genomsnitt 5 års anställning. En person i aktivt missbruk/beroende har varit korttidsfrånvarande i genomsnitt 8 timmar per vecka. Merkostnaden för korttidsfrånvaro har beräknats till 85 kr per timme. (kvarvarande lönebikostnader samt merkostnader i produktion). Med detta sätt att räkna kommer man fram till att kostnader för utebliven frånvaro för 50 "rehabiliterade" personer blir 75 kr á 8 timmar x 47 veckor x 5 år. Totalt: 7 050 000 kr (Observera att då utvärderingen gjordes betalade arbetsgivaren inte sjuklön de första 15 dagarna - i dagsläget skall beräkningen kompletteras, vilket torde innebära en dubblering av utebliven kostnad vid korttidsfrånvaro).

* *Uteblivna kostnader för uppsägning och nyrekrytering*
  Beloppet beräknas i genomsnitt till 2 000 kr per uppsägning (inberäknat bl.a. kostnader för förhandling). Till detta läggs en genomsnittlig kostnad för nyrekrytering, dvs kostnader för annonsering, intervjuer, introduktion m.m. på 15 000 kr per nyanställd. Den sammanlagda kostnaden blir med detta beräkningsunderlag 50 personer x ( 2 000 kr + 15 000 kr). Totalt: 850 000 kr.
  De uteblivna kostnaderna för rehabilitering via SVALNA har ställts i relation till kostnaderna för SVALNA-verksamheten och beräknas:
* *Kostnader för företagshälsovården*
  Lönekostnader för läkare (5 procent av heltid) och sköterska (60 procent av heltid) under sammanlagt 8 år - totalt 1 423 000 kr.
* *Kostnader för SVALNA-gruppens sammanträden*
  35 sammanträden med fyra deltagare i 2 timmar (FHV:s lönekostnader inberäknade) á i genomsnitt 150 kr. Totalt 42 000 kr.
* *Kostnader för utbildningar*
  Alna-kontaktutbildning 4 dagar med medverkan av externa kursledare. Sex sådana kurser har hållits. Till detta har lagts deltagarnas lönekostnader som uppskattats till i genomsnitt 1 200 kr per dag. Den sammanlagda kostnaden har på detta sätt beräknats till 204 000 kr.
* *Kostnader för seminarier* uppskattas till 50 000 kr.
* *Övriga utbildningsinsatser* "Alnagrund" - som pågår i en dag uppskattas kosta sammanlagt 129 000 kr.
* *Övriga kostnader.*
  Kostnader för informationsmaterial, studieresor m.m. har uppskattats till sammanlagt 50 000 kr.

De sammanlagda kostnaderna för SVALNA-verksamheten blir därmed 1 423 000 kr (löner FHV) + 42 000 kr (sammanträden) + 303 000 kr (utbildning) + 50 000 kr (informationsmaterial) Totalt: 1 818 000 kr.

Med detta beräkningssätt har företagen i SVALNA-verksamheten sparat ca 750 000 kr per år. Sammanlagt har man sparat 6 082 000 kr (uteblivna kostnader – kostnader för verksamheten) under en tidsperiod av drygt 8 år.

## Projekt Ringen

I Borlänge pågår sedan några år *projektet Ringen*. I projektet bedrivs dels arbetslivsinriktad rehabilitering, dels rehabilitering av missbrukare. Målet för den arbetslivsinriktade rehabiliteringen är att människor som är långtidssjukskrivna eller håller på att slås ut från arbetslivet skall ges möjlighet att komma tillbaka. Målet för missbruksrehabiliteringen är att människor med drogproblem skall få behandling.

Ringenprojektet innebär att de av Borlänges arbetsgivare som är anslutna till projektet får hjälp att klara av sitt rehabiliteringsansvar. Delar av rehabiliteringskostnaderna täcks av bidrag från försäkringskassan. Projektet arbetar med information, utbildning och rådgivning, men tyngdpunkten är lagd på praktisk handling och uppsökande verksamhet.

Ringen är ett unikt samarbete mellan Borlänge kommun, landstinget, försäkringskassan och de ingående företagen. Projektet har en budget på 10 miljoner kronor. Det finansieras av de tre samarbetspartnerna och de ingående företagen. Från arbetslivsfonden har projektet fått ett bidrag på 3 miljoner kronor.

## Exempel på stödorganisationer

### Alna-verksamheter

*Alna-rådet* (Alna = kortform för alkohol och narkotika) bildades år 1961 av LO- och TCO-distrikten samt SAF i Stockholms län. Dess verksamhet är fortfarande begränsad till Stockholms län men har, som framgår av det följande, fått flera systerverksamheter i andra regioner. Alna-rådets verksamhet drivs utan vinstsyfte.

Verksamheten vilade under de första åren på en fackligt social grund med aktivt kamratstöd. Parollen var "missbrukaren kvar - men missbruket bort".

Alna-rådet har idag drygt 600 medlemsföretag. Rådets kansli arbetar med allmänt och individuellt förebyggande insatser. Medlemmar i Alna-rådet, dvs. företag och organisationer, företagshälsovårdscentraler m.fl., erbjuds handledning att organisera och genomföra medlemsföretagets egna insatser för att förebygga missbruk. Vidare erbjuds vid behov vård i öppna former eller på institution. Verksamheten går ut på att stödja medlemsföretagen så att de själva kan förebygga och reducera alkoholproblem på arbetsplatsen och hjälpa anställda som befinner sig i ett missbruk. Syftet är att arbetsplatsen själv skall ha en klar "linje" i sitt arbete med en tydlig policy och handlingsberedskap mot missbruk eller beroendeproblem. Fortfarande gäller att arbetsplatsen skall vara fri från missbruk, men att den anställde med missbruks-/beroendeproblem skall kunna vara kvar - om han/hon tar ansvar för sin situation och gör något åt problemet, gärna med aktivt stöd från arbetsplatsen.

Rådet tillhandahåller utbildning i såväl öppna kurser och föreläsningar som skräddarsydda företagsinsatser. Utbildningen gäller oftast både allmän drogkunskap och frågor kring arbetsmiljö och ledarskap. Ett viktigt inslag är att sprida kunskaper om arbetsplatsens/chefens möjligheter att tidigt upptäcka missbruks-/beroendeproblem och om arbetsplatsens betydelse som motivationsfaktor och medresurs i framgångsrikt rehabiliteringsarbete. En annan uppgift är att uppmärksamma riskfaktorer i arbetslivet, att rikta särskilda insatser till "riskmiljöer" och att finna samarbetsformer för företag/organisation och ge professionellt stöd. Alna-rådet tar del av och sprider kunskaper om viktiga erfarenheter från forskning, andra länder och medlemsföretag.

Med individinriktade insatser har det visat sig att kopplingen arbetsliv - rehabilitering kräver "skräddarsydd" behandling utifrån arbetsplatsens behov. Därför startade Alna-rådet år 1983 behandlingshemmet Lindormsnäs, för människor med beroendeproblem inom arbetslivet. Verksamheten vid Lindormsnäs bedrivs idag i såväl öppen som sluten form, med ett behandlingsprogram baserat på Anonyma alkoholisters tolv steg, den s.k. Minnesotamo-

dellen. Det som särskiljer Lindormsnäs från liknande institutioner är att det är medlemsföretag i Alna-rådet som utgör "rekryteringsunderlag". Den enskilda individen som rehabiliteras vid Lindormsnäs får särskilt stöd, vilket bl.a. består i ett två dagars arbetsplatsprogram som direkt vänder sig till närmaste chef och en arbetskamrat. Grundprogrammet omfattar fem veckors vård på institution samt 35 veckors eftervård, men möjligheter finns att fortsätta i en förlängd behandling. Grundprogrammet erbjuds även i en öppen behandlingsform via Lindormsnäs servicecenter. Motivationsprogram utvecklas även för närvarande.

Alna-gården Lindormsnäs arbetar med behandling av den beroende individen och erbjuder dessutom rehabilitering samt utbildning för s.k. medberoende, dvs. de närmaste anhöriga samt representanter för arbetsplatsen i form av närmaste chef samt en arbetskamrat.

År 1992 bildades föreningen *Väst alna*. Den drivs av SAF, LO och TCO i Göteborg samt Bohus läns landsting, Göteborgs stad, Bohusläns allmänna försäkringskassa och Göteborgs allmänna försäkringskassa. Liksom Alna-rådet i Stockholm bedriver man verksamhet i medlemsföretag som anslutit sig. Ett 40-tal företag är idag medlemmar. Väst alna har valt att inte driva egen behandlingsverksamhet. I stället erbjuder Väst alna sina medlemmar vårdhänvisning för att hjälpa till med s.k. matchning av behandlingsform och missbrukare.

Verksamheten i Väst alna har sin tyngd i primärpreventiva insatser och man behandlar då alkohol som en kostfråga. Nya medlemmar erbjuds hjälp med att utarbeta en policy och att följa ett handlingsprogram. Förankring i ett företags ledningsgrupp är central, men verksamheten bygger liksom Alna-rådets på en samverkan mellan fack och arbetsgivare. Samtliga anställda får en faktabok om alkohol hemsänd tillsammans med ett brev från ledningen, som visar att frågan är viktig för företaget.

Utbildningen tar upp chefers och fackliga företrädares roller och ansvar, företagets policy, tidiga tecken på missbruk och konkreta råd inför samtal med missbrukare. Arbetsledarna åläggs att genomföra arbetsplatsträffar med alla anställda då de skall presentera policyn, informera om hälsoriskerna vid olika konsumtionsmängder m.m. Alla chefer får en pärm med aktuell information och tips på hur de kan agera i olika situationer. Varje arbetsledare får också tillgång till videofilmer, som kan användas på arbetsplatsträffarna.

*Ups-Alna* bildades år 1990 av LO, TCO, SACO och SAF i Uppsala med hjälp av landstinget och Uppsala kommun. F.n. har Ups-Alna ett 20-tal medlemsföretag.

Verksamhetens tyngd ligger i att utarbeta arbetsplatsprogram med målet att, så tidigt som möjligt, upptäcka missbruk och att försöka motivera missbrukaren att välja rehabilitering och på detta sätt kunna vara kvar i arbetet. En stor

del av verksamheten är inriktad på handledning och utbildning av chefer och arbetsledare.

Under år 1993 har en interimistisk rikstäckande organisation, *Riks-alna*, skapats med initialt stöd från Folkhälsoinstitutet. Målet är att Riks-alna skall fungera som "inspiratör" för bildande av regionala Alna-organisationer där arbetsmarknadens parter, hälso- och sjukvården, kommuner och försäkringskassor samverkar. De regionala organisationerna skall erbjuda konkret hjälp och service åt arbetsplatsernas eget alna-arbete. Riks-alna avses vara de regionala verksamheterna behjälpliga med informationsmaterial, utbildning etc.

## Stiftelsen Soberkonsult

Nykterhetsrörelsen har under många år arbetat för att få igång insatser i arbetslivet. Ett sådant exempel med knytning till nykterhetsrörelsen är *Stiftelsen Soberkonsult*, som bl.a.

* erbjuder hjälp att organisera och genomföra temadagar och informationstillfällen,
* stöd vid utarbetande av policy och handlingsprogram,
* material kring alkohol och arbetsliv producerat i samråd med ett expertråd,
* kurser och konferenser,
* studiecirklar på arbetsplatsen med ledare som man utbildar tillsammans med studieförbundet NBV
* kontakt med behandlingshemmet Dagöholm och dess vårdkedja,
* några gånger varje år genomför veckolånga chefskurser.

Nykterhetsrörelsen har ett eget förlag, Sober förlag, som ger ut skrifter om alkohol och arbetslivsfrågor.

Nykterhetsrörelsens Landsförbund (NLF) har under många år arbetat för nykterhet i arbetslivet på flera orter i Sverige.

## Provita

Konsultföretaget *Provita* har ett särskilt arbetsplatsprogram, som erbjuder:

* identifiering av företagets behov,
* upprättande av alkoholpolicy och konkret handlingsprogram i samråd mellan företagsledning, fackliga representanter, personalansvariga och skyddsombud,
* utbildning av alla chefer/arbetsledare och undervisning för samtlig personal om drogberoende, symptom och beteende etc.,
* information till alla anställdas familjer om företaget och dess inställning/möjligheter till hjälp,

* vidareutbildning av särskilda resurspersoner inom företaget som skall kunna kopplas in i konkreta fall, fungera som rådgivare och hänvisa till behandling. De skall också stödja den enskilde då han/hon återgår i tjänst,
* utvärdera förändringar och förbättringar som gjorts på företaget och kontroll av att handlingsprogrammet följs,
* deltagande som experter på kemiskt beroende i s.k. rehabiliteringsgrupper tillsammans med företag, försäkringskassa och arbetsförmedling och
* rehabilitering enligt den s.k. Minnesotamodellen.

## Alfa-gruppen

*ALFA-gruppen* bedriver sedan 80-talets mitt s.k. Minnesotabehandling på olika håll i Sverige. Erfarenheter från ALFA visar att det bästa behandlingsresultatet nås när patienten har ett positivt stöd från omgivningen. Vid utskrivningen bjuds personer som är viktiga för patienten in för information om behandlingen. Då finns tid för samtal med patienten om uppföljning, eftervård och återkomsten till arbetet.

ALFA-gruppen har sedan starten samarbetat med Ericsson Radio Systems. En uppföljning av rehabiliteringsgraden, två till fem år efter vistelsen på behandlingshem, visade att av de Ericssonanställda var 77 procent "lyckade fall" att jämföra med 29 procent bland dem som saknade anställning vid rehabiliteringstillfället.

## Aura

Det finns många exempel på framgångsrika insatser via företagshälsovården. Ett sådant exempel är *Aura* i Stockholm.

Aura är en egen resultatenhet inom Previa-Rikshälsan (fd Aurora/Statshälsan). Verksamheten baseras på erfarenheter, publicerade i vetenskapliga rapporter som visar att alla med alkoholproblem inte kan hänvisas till en och samma behandlingsmetod.

Aura börjar alltid med en noggrann individuell utredning för att kunna föreslå rätt behandlingsinsats. Motivationssamtal ges stort utrymme och utredningstiden tar upp till fyra veckor. Avgiftning erbjuds vid behov.

De som inte går till Auras egen rehabilitering slussas vidare till andra rehabiliteringsalternativ.

Auras egen behandling sker i öppen vård och är helt individuell. Behandlingen sker i huvudsak på fritid och detta innebär att personen arbetar i samma utsträckning som tidigare. Behandlingstiden är 12 månader och kan förlängas med ytterligare högst sex månader. Kontakter sker regelbundet med involverade på arbetsplatsen, socialtjänsten och försäkringskassan. Även anhöriga erbjuds samtal.

Utöver utredningar och behandling erbjuder Aura också utbildning och anordnar seminarier och temadagar. Aura medverkar också vid upprättandet av alkohol-/drogpolicy, handlingsprogram etc.

# Exempel på ANT-verksamhet

## 1 Regional nivå

### 1.1 Drogförebyggarna i Stockholms län

Den regionala samverkansgruppen för drogfrågor i Stockholms län kallas "Drogförebyggarna". I den ingår representanter från olika organ på länsnivå. Gruppens uppgift är bl.a. att stödja och uppmuntra engagerade människor i deras arbete för barns och ungdomars hälsa genom att sprida fördjupade kunskaper om droger och prevention, utveckla material som kan användas i undervisningen och anordna tillfällen till idéutbyte och samverkan mellan länets kommuner och skolor.

Efter insamling av synpunkter och önskemål om ANT-undervisningen från kommuner och skolor, har Drogförebyggarna sammanställt "ABC om ANT", en idébok för undervisningen om ANT.

Idéboken följdes upp av en enkät till alla länets skolor om vilka behov och möjligheter de hade i ANT-undervisningen. Genom enkäten fick man ett omfattande underlag för bedömning av skolornas behov av stöd och service i ANT-arbetet.

Enkäten gav också tillfälle till att bygga upp ett regionalt nätverk för ANT-undervisningen. En stor del av länets skolor anmälde kontaktpersoner till detta nätverk. Många olika personalkategorier finns representerade - lärare, kuratorer, skolsköterskor, skolledare m.fl.

Skolorna och kontaktpersonerna har anmält ett stort behov av regionala konferenser för erfarenhetsutbyte och kunskapsfördjupning. Drogförebyggarna planerar därför en omfattande konferensverksamhet för kontaktpersonerna enligt de önskemål som framställdes i enkäten.

Drogförebyggarnas verksamhet finansieras genom tillskott av medel från de medverkande organisationerna. En stor del av anslagen kommer dock från Stockholms läns landsting. Man har också fått anslag av Folkhälsoinstitutet.

**Kontaktpersoner**:

Gunnar Åberg
Stockholms läns landsting
tel. 08 - 98 94 81

Siv Harriman
Kommunförbundet i Stockholms län
tel. 08 - 616 94 04

## 1.2 Regional verksamhet i Västernorrlands och Västerbottens län

I Västernorrlands och Västerbottens län finns fortfarande "ANT-konsulenterna" kvar. Landstingen har övertagit ansvaret för verksamheten och står för en del av kostnaderna. I Västernorrland är ANT-konsulenten placerad på landstingets socialmedicinska avdelning och i Västerbotten på kommunförbundets länsavdelning.

ANT-konsulenterna stöder, stimulerar och utvecklar ANT-undervisningen genom att anordna seminarier och konferenser för idé/erfarenhetsutbyte och kunskapsfördjupning, fördela medel till lokala projekt, utbilda hälsolag, besöka skolor, informera skolledare, medverka vid utformningen av lokala arbetsplaner m.m.

I *Västerbottens län* samverkar Kommunförbundet och Landstinget med elever och föräldrar i årskurs 6 i ett drogförebygande samarbetsprojekt. Skolorna erbjuds utbildning för projektansvariga i varje klass. Under år 1993 utbildas 110 personer. Varje hushåll med barn i årskurs 6, i klasser som medverkar i projektet får en bok, antingen *Gränslandet* eller *Att upptäcka sitt barn.*

Projektansvariga organiserar sedan och leder studiecirklar för föräldrar till barnen i årskurs 6. De inbjuder skriftligen alla föräldrar till tre träffar under vårterminen. De två första träffarna sker klassvis och innehåller värderingsövningar och samtal samt diskussioner om alkohol vid fester, ansvar för varandras barn och om att skapa drogfria miljöer. Slutligen upprättas ett kontrakt. Sista träffen har en mera lättsam karaktär med bl.a. disco och fika. Förutom de mera festliga inslagen inbjuds också någon föreläsare. Många skolor bjuder in någon från polisen och/eller socialförvaltningen. Upplägginen kan variera från skola till skola. En utvärdering i Lycksele visar att föräldrar som deltagit i projektet har minskat sin egen alkoholkonsumtion jämfört med dem som ej deltagit.

I ett aktuellt projekt i *Västernorrlands län* erbjuds kommuner utbildning för klassföreståndare i årskurs 7 samt hälsolag vid högstadieskolorna. Fem kommuner är engagerade i projektet som administreras av landstinget. Projektet har som syfte att att engagera föräldrar i drogförebyggande arbete samt att få igång verksamhet som stärker föräldrarollen och utvecklar skyddsnätet kring tonåringarna. Förutom klassföreståndare i årskurs 7 samt skolornas hälsolag, finns resurspersoner från polisen, socialförvaltningen, landstinget, Hem & Skola och nykterhetsrörelsen med under två dagars utbildning på internat. Skolorna genomför sedan undervisning och klassmöten tillsammans med föräldrar och elever.

För utbildningsinsatserna har producerats två olika arbetsmaterial, *Lathund om alkohol,* i första hand riktad till föräldrarna samt *Hjärtans Hjärna* som är

tänkt som ett underlag för samtal om tonårstiden mellan föräldrar och deras barn.

De lokala insatserna utvärderas av Landstingets samhällsmedicinska avdelning.

**Kontaktpersoner**:

Kerstin Jacobsson
Kommunförbundet Västerbotten
tel. 090 - 16 37 15
fax 090 - 16 37 18

Ulla Norén
Landstinget Västernorrland
tel. 0611 - 800 73
fax 0611 - 206 17

## 2 Kommunal nivå

I flera kommuner finns samverkan på ANT-området mellan olika kommunala organ. Ofta handlar det om att identifiera, ta hand om och hjälpa ungdomar med ett redan omfattande drogbruk. Mera sällan samverkar man kring rent primärpreventiva projekt.

I de flesta kommunala skolplaner är ANT-undervisningen relativt översiktligt och diffust behandlad. Några kommuner har dock mera detaljerade skrivningar med konkreta målsättningar. En sådan kommun är Gislaved i Småland.

### 2.1 Kommunal skolplan i Gislaveds kommun

I Gislaveds kommunala skolplan finns inskrivet att skolan skall bidra till att uppnå WHO-målet om en 25-procentig sänkning av alkoholkonsumtionen fram till år 2000.

Barn- och utbildningsnämnden har därför utarbetat riktlinjer för alkoholundervisningen så att den kan bidra till denna konsumtionsminskning. Nedan följer ett utdrag ur dessa riktlinjer:

*Bakgrund.*
På grund av en restriktiv alkoholpolitik, aktiv upplysningsverksamhet och en väl fungerande undervisning om alkohol, har Sverige en internationellt sett låg alkoholkonsumtion, också bland ungdom. I den integreringsprocess som nu pågår i Europa, kan det bli svårare för Sverige att behålla även välmotiverade restriktioner på alkoholområdet. Samtidigt har Sveriges riksdag ställt sig bakom WHO:s rekommendation om att sänka alkoholkonsumtionen med 25% fram till år 2000. För att detta mål skall kunna uppnås, krävs ännu effektivare insatser i upplysning och undervisning.

Barn- och utbildningsnämnden i Gislaveds kommun har därför tagit initiativ till utarbetande av riktlinjer för alkoholundervisningen vid kommunens grund-

skolor. Den övergripande målsättningen för dessa riktlinjer är att de skall bidra till den 25-procentiga sänkning av alkoholkonsumtionen som Sveriges riksdag ställt sig bakom.

Samtidigt genomgår den svenska skolan stora förändringar. Läroplanskommittén och betygsutredningen arbetar efter nya direktiv. Vilka effekter detta kommer att få på undervisningens innehåll och utformning, är ännu oklart.

Ansvaret för stöd, stimulans och utveckling av skolan har, liksom det ekonomiska ansvaret, i stor utsträckning lagts över på kommunerna. I Gislaveds kommun medför detta att skolan indelas i ett antal relativt självständiga resultatenheter med eget ekonomiskt ansvar.

Eftersom olika resultatenheter kommer att ha olika behov och förutsättningar för alkoholundervisningen, är det svårt och olämpligt att utarbeta alltför detaljerade anvisningar för denna undervisning. Det är bättre att föreslå gemensamma mål, ge exempel på olika vägar att nå målen samt upplysa om olika typer av läromedel och resurser som kan användas. På så sätt kan varje skola eller arbetsenhet planera och genomföra den alkoholundervisning som deras speciella villkor och förutsättningar kräver.

*Allmänt*

Det övergripande målet att påverka och minska elevernas alkoholkonsumtion är ett beteendemål. För att uppfylla ett sådant mål gäller det att välja metoder och arbetsformer som fungerar på den nivån. En ofta använd modell i undervisningen är den s.k. KAB-modellen (Kunskap ----> Attityder ----> Beteende) som utgår från att kunskaper ger upphov till förändrade attityder som i sin tur påverkar beteendet.

Forskning inom området visar emellertid att de attityder och värderingar som eleverna redan har, fungerar som ett "filter" och släpper igenom sådan information som stämmer överens med de egna attityderna medan annan information sorteras bort. Eleverna "väljer" alltså i stor utsträckning att höra sådant som befäster deras tidigare uppfattningar och beteenden. Chansen att åstadkomma beteendeförändringar ökar emellertid om kunskapsförmedlingen kompletteras med arbete för att klargöra och bearbeta elevernas egna attityder och värderingar.

Forskningsresultat inom området visar allt tydligare att den bild man har av sig själv och självtillit är mycket betydelsefulla faktorer för att bevara hälsan och bl.a. våga säga nej till droger.

Om det övergripande målet för grundskolans alkoholundervisning är att bidra till att minska elevernas alkoholkonsumtion, bör alltså medlen vara att:

* Ge kunskaper om alkohol
* Stärka elevernas självförtroende
* Öka elevernas förmåga att klargöra sina värderingar
* Öka elevernas förmåga att fatta beslut.

Dessa medel måste omsättas i metoder och arbetssätt som anpassas till undervisningen på respektive stadium. Därför bör varje skola och eventuellt varje arbetsenhet, med dessa riktlinjer som underlag, utarbeta en arbetsplan för alkoholundervisningen som är anpassad till respektive skolas/arbetsenhets förutsättningar, behov och resurser.

Så långt utdraget ur riktlinjerna. Därefter följer en genomgång av metoder för grundskolans alla stadier samt en förteckning över olika resurser (material, personer, föreningar, behandlingshem m.m.) som skolan kan använda sig av i ANT-undervisningen.

Under läsåret 1993/94 omsätts anvisningarna till lokala arbetsplaner för ANT-undervisningen ute i de olika skolenheterna. Från och med läsåret 1994/95, skall skolornas ANT-undervisning bedrivas i enlighet med den kommunala skolplanen.

**Kontaktperson**:

Skolchef Bengt Aronsson
Barn- och utbildningskontoret, Gislaved
tel. 0371 - 810 00

# 3 Lokal nivå

Ute i landets skolor bedrivs ANT-projekt av många olika slag. Nedan följer några exempel från både grundskola, gymnasieskola och högskola.

## 3.1. Grundskolan

### 3.1.1 Dalboskolan, Frändefors

Sedan år 1980 pågår ett långsiktigt ANT-arbete vid Dalboskolan i Frändefors, Dalsland. Målsättningen för arbetet är att "*göra ungdomarna medvetna om sitt förhållande till droger, ge dem argument, stärka deras självförtroende och därigenom förhindra eller senarelägga en drogdebut*". Vad gäller de elever som redan debuterat, är målet att få dem att avstå eller hålla sin konsumtion på en låg nivå.

ANT-arbetet är uppbyggt kring en stomme bestående av sex temadagar. En dag om tobak i sjuan, en om alkohol i åttan och fyra temadagar i rad om tobak, alkohol och narkotika i årskurs 9. Fakta ingår naturligtvis i temadagarna, liksom ibland filmer och olika föreläsare, t.ex före detta missbrukare. Eleverna får också arbeta mycket med värderings-, kontakt- och samarbetsövningar. Syftet med dessa övningar är att hjälpa eleverna att våga uttrycka sina åsikter och att överhuvudtaget bli mer självständiga.

Ofta inleds temadagarna med mer eller mindre "barnsliga" övningar. Dessa skall leda till att spänningarna lossnar så att det blir lättare att vara ärlig och avslappnad i de värderings- och dramaövningar som följer. Eleverna får vara aktiva och tvingas tänka själva huvuddelen av tiden. De har då lättare för att ta till sig temadagarnas budskap.

ANT-modellen har blivit något av ett lokomotiv för hela skolan när det gäller arbetsformer. Eleverna får arbeta självständigt i många ämnen och skolans allmänna mål har blivit att få självständiga elever som både kan och vågar söka kunskap och ta ställning på egen hand.

Utöver temadagarna anordnar skolan danskurser på skoltid, en form av "kontaktövningar" som ligger i linje med skolans målsättning. Ett par drogfria skoldanser arrangeras varje termin. Då är man mycket noga med kontrollen. Om någon kommer till skoldansen påverkad, tar skolan genast kontakt med föräldrarna.

Föräldrarna spelar överhuvudtaget en mycket viktig roll i Dalboskolans hälsofostrande arbete. Föräldrar och elever i årskurs 7 erbjuds att delta i studiecirkeln "Växa tillsammans" som bl.a. handlar om droger. I årskurs 8 bjuder man in till föräldra/elevmöte om alkohol. På liknande sätt som under temadagarna arbetar man med lekar, värderingsövningar och diskussioner.

En undersökning som gjorts på högstadieskolorna i Vänersborgs kommun presenteras också. Den visar bl.a. att föräldrars bjudvanor har ett klart samband med elevernas alkoholkonsumtion. Kvällen avslutas med att en blankett delas ut. På den kan elever och föräldrar skriva under ett kontrakt där de förbinder sig att avhålla sig från att dricka under en viss tidsperiod. Hur många som skriver under kontraktet vet man inte eftersom det är ett privat beslut som familjen fattar och som inte behöver annonseras offentligt.

Föräldramötena har blivit mycket uppskattade av såväl föräldrar som elever. Överhuvudtaget har personalen på Dalboskolan fått ett mycket positivt gensvar på sitt ANT-arbete.

Verksamheten kostar ca 25 000 kr varje år. Några gånger har skolan fått anslag från Landstinget, men i stort sett avsätter Dalboskolan själv de medel som behövs. Tyvärr har pengarna inte räckt till för att slutföra en påbörjad utvärdering av projektet. Därför kan man inte i siffror bevisa om verksamheten har någon effekt på elevernas drogvanor. Men den allmänna känslan bland de berörda är att skolan nått en bra bit på väg mot sin målsättning. Man kommer därför att fortsätta sitt ihärdiga arbete för att nå ännu längre.

**Kontaktpersoner**:

Dennis Carlsson eller Stefan Kärvling
Dalboskolan, Frändefors
tel. 0521 - 402 90

### 3.1.2 Involvera eleverna. Ljustadalens skola, Sundsvall

Vid Ljustadalens skola i Sundsvall utbildas elever i årskurs 9, som anmält sig frivilligt, för att genomföra temadagar om ANT för årskurserna 7 och 8. Elevrådet har ansvar för att samla intresserade elever som kan tänka sig att vara gruppledare och ansvara för något tema. Allteftersom projektet fortgått i skolan, har allt fler elever i årskurs 9 blivit intresserade av att genomföra temadagar för sina yngre kamrater, troligen på grund av att de varit roade av uppläggningen och arbetssättet.

Elevvårdsteamet/hälsolaget svarar för utbildningen som sker i skolan. Inslagen under en temadag är: Att vara tonåring, Alkohol samt Sex- och samlevnad. De elever, oftast i grupper om 3–4 st, som fungerar som ledare, utgår från sina egna erfarenheter och frågeställningar i arbetet med sina yngre kamrater.

**Kontaktperson**:

Birgitta Granér-Svedin
Ljustadalens skola
tel. 060 - 53 61 91
fax. 060 - 53 61 89

## 3.2 Gymnasieskolan

### 3.2.1 "Sandaprojektet". Sandagymnasiet, Huskvarna

Projektet startade efter en idékonferens om ANT-undervisningen som länsskolnämnden anordnade. Deltagande elever från en klass på Sandagymnasiets sociala linje framförde idén att gymnasieelever skulle informera högstadieelever om ANT och samtidigt påverka deras attityder till droger och deras beteende i drogsituationer.

Klassens lärare i socialkunskap, svenska, naturkunskap och samhällskunskap visade stort intresse för elevernas idéer och så småningom började projektet ta form. Huvuddelen av arbetet genomförs inom ramen för socialkunskapen.

Varje år specialstuderas drogproblematiken av eleverna i en klass som går andra året på gymnasiets sociala linje. Under hösten läser eleverna om ANT-frågor i flera olika ämnen såsom social-, samhälls- och naturkunskap. I svenska läses skönlitteratur som anknyter till drogfrågorna. Eleverna gör dessutom studiebesök på olika institutioner och lyssnar till inbjudna experter. Eleverna får själva ta ett stort ansvar för arbetet.

Under vårterminen anordnas två - tre koncentrationsdagar. En av dessa ägnas åt faktafördjupning. De andra dagarna tränar gymnasieeleverna in det program som skall genomföras i grundskolorna. Bl.a. utarbetar och repeterar eleverna värderingsövningar, sång- och musikinslag och en liten teaterföres-

tällning på temat droger. Teaterföreställningen skall utgöra underlag för diskussioner om droger.

I slutet av vårterminen genomför gymnasieklassen det inövade programmet vid temadagar i årskurs 9 på två - tre högstadieskolor. Programmet är följande:

*Förmiddagen* inleds med sång och/eller musik. Därefter följer information till högstadieeleverna. Gymnasieklassen är indelad i nio grupper om två - tre personer, tre narkotikagrupper, tre alkoholgrupper och tre tobaksgrupper. Varje grupp informerar 15 - 20 högstadieelever.

*Eftermiddagen* inleds med att en teaterföreställning eller film om ANT visas. Därefter leder gymnasieeleverna diskussioner och värderingsövningar kring innehållet i filmen/teaterpjäsen. Gruppsamansättningen är densamma som på förmiddagen.

De utvärderingar som gjorts, visar att både gymnasie- och högstadieelever upplever projektet mycket positivt. Gymnasieeleverna har fått ta mycket ansvar och använda sig av att stimulerande och självständigt arbetssätt. Högstadieeleverna tycker det är positivt att "undervisas" av gymnasieelever. Dessutom har några av de många gånger "vattentäta skotten" mellan grundskola och gymnasieskola raserats.

För närvarande ligger projektet nere p.g.a. den stora arbetsinsats som den pågående omorganisationen av gymnasieskolan kräver. De ansvariga är osäkra på om projektet går att ta upp igen i den programutformade gymnasieskola som nu håller på att organiseras. Däremot är man helt säker på att projektet inte går att genomföra i en kursutformad gymnasieskola av den typ som nu diskuteras i Utbildningsdepartementet.

**Kontaktperson**:

Adjunkt Bo Jerdmyr,
Sandagymnasiet
tel. 036 - 10 50 00

### 3.2.2 Katrinelunds gymnasieskola, Sundsvall

ANT-undervisningen vid Katrinelunds gymnasieskola i Sundsvall är unik i två avseenden. Dels därför att ANT-undervisningen läggs in i lärarnas tjänsteunderlag och dels för att alla elever i samtliga program får tio lektioner fördelade på sex undervisningstillfällen. Ett lärarlag på fyra personer svarar för denna undervisning. Elevernas önskemål styr i stor utsträckning uppläggningen. Vanliga inslag är enkät om de egna drogvanorna, medicinska och sociala aspekter på alkohol, hur mår barn i missbrukarfamiljer, anabola stereoider, värderingsövningar, gruppsamtal och diskussioner m.m.

*Projekt Nej tack!*
Två grupper ungdomar i yrkesförberedande nationella program deltar i projektet som är inriktat på självförtroendeträning och rollspel. Det skall ge eleverna handlingsberedskap för att kunna tacka nej i olika situationer, bl.a. drogsituationer, som de kan hamna i. Skolpersonalen har deltagit i utbildning i forumspel för att kunna driva projektet.

**Kontaktperson**:

Sig-Britt Ericsson
Katrinelunds skola, Sundsvall
tel. 060 - 15 20 97
fax. 060 - 12 17 10

## 3.3 Lärarutbildningen

Det finns många olika typer av lärarutbildningar i Sverige. Innehållet och omfattningen av ANT-verksamhet i dessa varierar kraftigt, också mellan samma slags utbildning på olika orter.

### 3.3.1 Droger och påverkan, Högskolan för lärarutbildning, Jönköping

Vid Högskolan i Jönköping utbildas grundskollärare för årskurserna 1 - 7.
ANT-inslagen i de blivande lärarnas utbildning ligger dels i ämnesteorin som tar upp fakta kring olika droger och deras verkningar, dels i metodiken. ANT-metodiken ingår i en kurs om två poäng som heter "Påverkan och påverkanseffekter".

Kursen börjar med en tvådagars internatvistelse där de lärarstuderande får träna olika metoder för att arbeta med värdeladdade och kanske tabubelagda ämnesområden, exempelvis ANT, Mobbning, Miljö, Sex- och samlevnad. Alla studerande går igenom minst ett pass med ANT-metodik. Samtliga studerande läser också någon skönlitterär bok som behandlar drogproblematiken. Boken redovisas och diskuteras vid seminarier under internatdagarna. Överhuvudtaget ger internatdagarna upphov till många diskussioner som leder till att de lärarstuderande klargör och bearbetar sina egna värderingar kring de studerade frågorna. Detta är också ett av syftena med dagarna.

De studerande arbetar sedan med ett projekt där de planerar och genomför ett undervisningsavsnitt om något av de ämnesområden som ingår i kursen. I genomförandet skall någon eller några av de metoder som använts och övats vid internatkursen ingå. I detta projekt kan de studerande välja område. Alla arbetar således inte med ANT. Men alla projekten redovisas för samtliga studerande. På så sätt får alla ta del av ANT-projekten.

Kurserna, som i mer eller mindre modifierad form förekommit i ca 10 år, utvärderas varje år och får nästan genomgående mycket positiv kritik av de studerande. I mitten av 80-talet gjordes en mera ambitiös utvärdering som också försökte mäta om utbildningen påverkat de studerandes attityder, värderingar och beteenden på ANT-området. Denna utvärdering visade att en stor del ändrat sina attityder, främst när det gällde inställningen till bjudvanor och helnykterhet. Ett mindre antal studerande uppgav också att de minskat sin alkoholkonsumtion, eller avstår från alkohol, som en följd av innehållet i den kurs de deltagit i.

**Kontaktperson**:

Christer Morheden
Utbildningsledare för G-programmet
Högskolan i Jönköping
tel. 036 - 15 77 00

KUNGL BIBLIOTEKET STOCKHOLM

# Statens offentliga utredningar 1994

# Kronologisk förteckning

1. Ändrad ansvarsfördelning för den statliga statistiken. Fi.
2. Kommunerna, Landstingen och Europa + Bilagedel. C.
3. Mäns föreställningar om kvinnor och chefskap. S.
4. Vapenlagen och EG. Ju.
5. Kriminalvård och psykiatri. Ju.
6. Sverige och Europa. En samhällsekonomisk konsekvensanalys. Fi.
7. EU, EES och miljön. M.
8. Historiskt vägval – Följderna för Sverige i utrikes- och säkerhetspolitiskt hänseende av att bli, respektive inte bli medlem i Europeiska unionen. UD.
9. Förnyelse och kontinuitet – om konst och kultur i framtiden. Ku.
10. Anslutning till EU – Förslag till övergripande lagstiftning. UD.
11. Om kriget kommit... Förberedelser för mottagande av militärt bistånd 1949-1969 + Bilagedel. SB.
12. Suveränitet och demokrati + bilagedel med expertuppsatser. UD.
13. JIK-metoden, m.m. Fi.
14. Konsumentpolitik i en ny tid. C.
15. På väg. K.
16. Skoterkörning på jordbruks- och skogsmark. Kartläggning och åtgärdsförslag. M.
17. Års- och koncernredovisning enligt EG-direktiv. Del I och II. Ju.
18. Kvalitet i kommunal verksamhet – nationell uppföljning och utvärdering. C.
19. Rena roller i biståndet – styrning och arbetsfördelning i en effektiv biståndsförvaltning. UD.
20. Reformerat pensionssystem. S.
21. Reformerat pensionssystem. Bilaga A. Kostnader och individeffekter. S.
22. Reformerat pensionssystem. Bilaga B. Kvinnors ATP och avtalspensioner. S.
23. Förvalta bostäder. Ju.
24. Svensk alkoholpolitik – en strategi för framtiden. S.
25. Svensk alkoholpolitik – bakgrund och nuläge. S.
26. Att förebygga alkoholproblem. S.
27. Vård av alkoholmissbrukare. S.
28. Kvinnor och alkohol. S.
29. Barn – Föräldrar – Alkohol. S.

# Statens offentliga utredningar 1994

# Systematisk förteckning

## Statsrådsberedningen

Om kriget kommit... Förberedelser för mottagande av militärt bistånd 1949-1969 + Bilagedel. [11]

## Justitiedepartementet

Vapenlagen och EG [4]
Kriminalvård och psykiatri. [5]
Års- och koncernredovisning enligt EG-direktiv. Del I och II. Ju. [17]
Förvalta bostäder. [23]

## Utrikesdepartementet

Historiskt vägval – Följderna för Sverige i utrikes- och säkerhetspolitiskt hänseende av att bli, respektive inte bli medlem i Europeiska unionen. [8]
Anslutning till EU – Förslag till övergripande lagstiftning. [10]
Suveränitet och demokrati
+ bilagedel med expertuppsatser. [12]
Rena roller i biståndet – styrning och arbetsfördelning i en effektiv biståndsförvaltning. [19]

## Socialdepartementet

Mäns föreställningar om kvinnor och chefsskap. [3]
Reformerat pensionssystem. [20]
Reformerat pensionssystem. Bilaga A.
Kostnader och individeffekter. [21]
Reformerat pensionssystem. Bilaga B.
Kvinnors ATP och avtalspensioner. [22]
Svensk alkoholpolitik – en strategi för framtiden. [24]
Svensk alkoholpolitik – bakgrund och nuläge. [25]
Att förebygga alkoholproblem. [26]
Vård av alkoholmissbrukare. [27]
Kvinnor och alkohol. [28]
Barn – Föräldrar – Alkohol. [29]

## Kommunikationsdepartementet

På väg. [15]

## Finansdepartementet

Ändrad ansvarsfördelning för den statliga statistiken. [1]
Sverige och Europa. En samhällsekonomisk konsekvensanalys. [6]
JIK-metoden, m.m. [13]

## Kulturdepartementet

Förnyelse och kontinuitet – om konst och kultur i framtiden. [9]

## Civildepartementet

Kommunerna, Landstingen och Europa.
+ Bilagedel. [2]
Konsumentpolitik i en ny tid. [14]
Kvalitet i kommunal verksamhet – nationell uppföljning och utvärdering. [18]

## Miljö- och naturresursdepartementet

EU, EES och miljön. [7]
Skoterkörning på jordbruks- och skogsmark. Kartläggning och åtgärdsförslag. [16]