

Folkhälsomyndigheten

En guide för yrkesverk- samma om vetenskapligt baserad ANDTS-prevention

En svensk version av European Prevention Curriculum (EUPC)

En guide för yrkesverksamma
om vetenskapligt baserad
ANDTS-prevention

En svensk version av European Prevention Curriculum (EUPC)

First published in English as European Prevention Curriculum
by the European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2019
Translation into Swedish made by Semantix and verified by
Public Health Agency of Sweden.

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

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

© Folkhälsomyndigheten, 2023.
Artikelnummer: Z1020

Illustration omslag: Södra tornet
Grafisk produktion: Le Bureau



Europeiska centrumet för kontroll
av narkotika och narkotikamissbruk



Finansierat av
Europeiska unionen

Om publikationen

Folkhälsomyndigheten har översatt European Prevention Curriculum, EUPC, framtagen av Europeiska narkotikabyrån EMCDDA. Syftet med guiden/publikationen är att tillgängliggöra en vetenskaplig och teoretisk grund om prevention inom alkohol, narkotika, dopning, tobaks- och nikotinprodukter och spel om pengar (ANDTS). Målgruppen är främst yrkesverksamma som arbetar inom dessa områden.

Den här guiden är ett komplement till arbetsmodellen European Drug Prevention Quality Standards, EDPQS, och ger en grundläggande och bredare kunskap om prevention.

Åsa Domeij, utredare vid enheten för drogprevention, har varit projektledare för publikationen.

Folkhälsomyndigheten

Josefin Jonsson

Avdelningschef, Avdelningen för livsvillkor och levnadsvanor

Innehåll

Bakgrund	6
DEL I	8
KAPITEL 1. Epidemiologi – att förstå substansanvändningens karaktär och omfattning	10
KAPITEL 2. Grunder för preventionsvetenskap och evidensbaserade förebyggande insatser	24
KAPITEL 3. Evidensbaserade preventionsinsatser och policyer	31
KAPITEL 4. Uppföljning och utvärdering	48
DEL 2	60
KAPITEL 5. Familjebaserad prevention.....	62
KAPITEL 6. Skolbaserad och arbetsplatsbaserad prevention.....	70
KAPITEL 7. Universell prevention.....	81
KAPITEL 8. Mediebaserad prevention	89
KAPITEL 9. Samhällsbaserad prevention.....	96
KAPITEL 10. Opinionsbildning för prevention.....	102
Referenser	104
Bilagor	109

Bakgrund

Utgångspunkten för förebyggande arbete, prevention, är att förbättra människors livsvillkor och levnadsvanor. Det handlar om att vidta åtgärder som främjar hälsa, förebygger ohälsa, skapar en jämlik hälsa och ger alla likvärdiga villkor och förutsättningar att må bra.

För att lyckas med prevention är det viktigt att känna till och ta hänsyn till olika risk- och skyddsfaktorer. Sådana faktorer beskriver vad som kan bidra till, respektive skydda, människor från att utveckla problem med till exempel alkohol, narkotika, dopning, tobaks- och nikotinprodukter och spel om pengar (ANDTS). Preventionsarbetet behöver utgå från de faktorer som går att påverka. Det kräver också långsiktighet och olika typer av insatser, policyer och strategier på flera arenor och nivåer i samhället.

Att skydda barn och unga mot eget eller andras skadliga bruk av ANDTS är särskilt viktigt. Barn och unga som växer upp i familjer med ett problematiskt bruk av ANDTS har högre risk att själva utveckla ohälsa. Barn och ungas hälsa och framtida välbefinnande är beroende av många faktorer såsom familjerelationer, ekonomiska förutsättningar, utbildning och boendesituation.

Generella insatser för att skapa goda uppväxtvillkor kan bidra till att förebygga framtida ANDTS-problematik. Ett exempel på en sådan insats är stöd till föräldrar i föräldraskapet. På en strukturell nivå är prispolitik, åldersgränser och andra tillgänglighetsbegränsande åtgärder effektiva för att minska barn och ungas tillgång till ANDTS. Lagkravet om rökfria miljöer är ett exempel på åtgärd för att skydda barn mot passiv rökning och att göra rökbeteendet mindre synligt.

Den här guiden är en svensk översättning av handboken European Prevention Curriculum (EUPC). Handboken är framtagen av European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, EMCDDA och European Prevention Standards Partnership, ISSUP i syfte att kvalitetssäkra det förebyggande arbetet i Europa. Den svenska guiden innehåller kunskap och internationella riktlinjer från United Nations Office on Drugs and Crime, UNODC och European Drug Prevention Quality Standards, EDPQS om hur man arbetar evidensbaserat och etiskt med substansanvändning i praktiken.

Att arbeta kunskapsbaserat gör skillnad.

Läs mer om EUPC i bilaga 1.

Introduktion

Varför är prevention viktig?

En bättre hälsa påverkar inte bara människors direkta välfärd. Den påverkar också ökningen av nationella inkomstnivåer via barns utbildning och arbetstagares produktivitet. Den reducerar också belastningen på nationell vård och omsorg.

Enligt Världshälsoorganisationen (WHO) står icke-smittsamma sjukdomar och tillstånd nu för 60 procent av samtliga dödsfall i hela världen. Dödsfallen beror inte på infektioner utan på miljörelaterade och socioekonomiska förhållanden, förhållanden på arbetsmarknaden och levnadsvanor.

Medvetenheten om icke-smittsamma sjukdomar relaterat till förhållanden på arbetsmarknaden och levnadsvanor har ökat. Det har lett till att fler länder har etablerat och implementerat preventionspolicyer och insatser inom områden som substansanvändning, matvanor och fysisk hälsa.

Hälsofrämjande strategier engagerar och stärker människor och samhällen att göra hälsosamma val och förändra sina levnadsvanor. Det bidrar till minskad risk för att utveckla sjukdom och andra hälsoutmaningar.

Det är viktigt att införa och upprätthålla evidensbaserade insatser riktade till föräldrar/vårdnadshavare, skolor och arbetsplatser för att förebygga substansanvändning.

Preventionsinsatser kompletterar hälsofrämjande åtgärder. Skillnaden är att preventionsinsatser levererar specifika åtgärder med fokus att påverka risk- och skyddsfaktorer som anses orsaka eller minska ohälsa.

Preventionsinsatser syftar till att förhindra eller senarelägga användning av substanser. Insatserna kan också hjälpa dem som använder substanser att sluta eller undvika hälsorelaterade och sociala problem. Ett bredare syfte är att stödja en sund och trygg uppväxt för barn och ungdomar och därigenom hjälpa dem till en positiv anknytning och kontakt till sin förälder/vårdnadshavare, skolan, jämnåriga, arbetsplatsen och samhället.

Även om fokus ligger på att förebygga problem som rör substansanvändning kan innehållet i denna guide även tillämpas och fungera som inspiration för andra riskfyllda beteenden. Exempel på riskfyllda beteenden är våld, antisocialt beteende, kriminalitet, spel om pengar och överdrivet spelande. Ökad kunskap om evidensbaserad prevention ger värdefulla och effektiva verktyg som kan göra skillnad vid insatser riktade till olika målgrupper och miljöer.

DEL I

Teorier som ligger till grund för effektiv prevention

KAPITEL 1

Epidemiologi – att förstå substansanvändningens karaktär och omfattning

KAPITEL 2

Grunder för preventionsvetenskap och evidensbaserade förebyggande insatser

KAPITEL 3

Evidensbaserade preventionsinsatser och policyer

KAPITEL 4

Uppföljning och utvärdering

Innehåll kapitel 1

Substansanvändning i Europa.....	10
Farmakologi och fysiologi.....	12
Substansbrukssyndrom.....	15
Etiologimodellen.....	17
Utveckling på flera nivåer.....	19
Behovet av tvärprofessionellt stöd genom utvecklingsfaserna.....	21

KAPITEL 1. Epidemiologi – att förstå substansanvändningens karaktär och omfattning

Effektiva preventionsinsatser baseras på en god förståelse för substansanvändningens karaktär och omfattning i ett samhälle. Detta är generellt epidemiologins roll. WHO definierar epidemiologi som ”undersökning av fördelningen och bestämningsfaktorerna av hälsorelaterade tillstånd eller händelser (inklusive sjukdom), nya fall av det hälsorelaterade tillståndet/händelsen/sjukdomen (incidens), de befintliga fallen av hälsorelaterade tillstånd/händelse/sjukdom (prevalens), och tillämpningen av denna undersökning för bekämpning av sjukdomar och andra hälsoproblem”. Att förstå substansanvändningens karaktär och omfattning är nyckeln till att använda evidensbaserade preventionsprogram. Förståelsen kommer att hjälpa dig i ditt arbete som yrkesverksam inom prevention.

I relation till preventionsinsatser hjälper epidemiologiska data till att:

- förstå hur hälsorelaterade tillstånd är fördelade i en befolkning och vilka de avgörande faktorerna är för den aktuella hälsofrågan
- identifiera nya fall av ett specifikt hälsoproblem (incidens) och användningsnivåerna bland befolkningen (prevalens)
- använda en rad olika metoder för att samla in information, inklusive system för uppföljning och undersökningar
- inkludera analytiska studier för att förstå bestämningsfaktorerna för hälsa.

I detta kapitel kommer vi att titta på olika typer av data som är tillgängliga från epidemiologiska undersökningar och analytiska studier. Vi vill klargöra några av orsakerna och de bidragande faktorerna för substansanvändning. Därför kommer vi att titta på en modell för orsakssamband (etiologi)

som visar hur den sociala miljön samverkar med individuella egenskaper och leder till mer eller mindre risk för problem med substansanvändning och andra riskbeteenden.

Genom socialiseringsprocessen förvärvar barn de kulturellt accepterade attityder, normer och beteenden som hjälper dem att klara sig bra i livet. Även om vi här fokuserar på barn och ungdomar är prevention relevant under hela livet och även vuxnas beteende påverkas i olika sammanhang och miljöer.

Substansanvändning i Europa

Insatser för att förebygga substansanvändning kan inriktas på en eller ett antal lagliga eller olagliga psykoaktiva substanser såsom:

- alkohol
- tobaks- och nikotinprodukter (inklusive elektroniska nikotinprodukter)
- narkotika, inklusive amfetaminer, cannabis och kokain
- substanser som produceras lagligt men enbart används för sina psykoaktiva eller icke-medicinska effekter (exempelvis receptbelagda läkemedel och nya psykoaktiva substanser).

Särskilt oroande är de negativa hälsorelaterade och sociala konsekvenserna av användningen på samhället.

Enligt The European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs (ESPAD) har 83 procent av europeiska skolelever rapporterat att de konsumerat alkohol minst en gång under sin livstid. Hälften av eleverna har rapporterat att de

druckit alkohol minst en gång den senaste månaden. Knappt hälften, 47 procent, har rapporterat att de rökt cigaretter. 23 procent av dessa har rökt en eller fler cigaretter per dag och 3 procent mer än tio cigaretter per dag (1). Ett annat intressant faktum är att en av tio européer (inte bara skolelever) har provat eller använt e-cigaretter eller liknande preparat/produkter (2).

Data för cannabisanvändning visar att 6 procent av flickorna och 9 procent av pojkarna har använt cannabis under de senaste 30 dagarna (3).

Användning av substanser i Europa omfattar nu ett bredare spektrum av substanser än tidigare. Bland användarna är bruk av flera substanser vanligt. På individnivå sträcker sig användningen från experimentellt och tillfälligt till mer regelbundet bruk och beroende.

Substansanvändning är generellt högre bland män än kvinnor och skillnaden förstärks ofta av mer intensiv eller regelbunden användning bland män. Förekomsten av cannabisanvändning är ungefär fem gånger högre än för andra olagliga substanser. Användningen av heroin och andra opioider är fortfarande relativt sällsynt. Det är dock fortsatt dessa substanser som oftast förknippas med skadliga användningsformer såsom injektion av narkotika.

Att titta på användningsmönster som rapporterats via nationella befolkningsundersökningar är också användbart. Data från 2018 visar att mer än 92 miljoner individer, eller drygt en fjärdedel av 15–64-åringarna i EU, hade provat olagliga substanser minst en gång under sin livstid. Erfarenhet av substansanvändning rapporteras oftare av män (56 miljoner) än av kvinnor (36,3 miljoner).

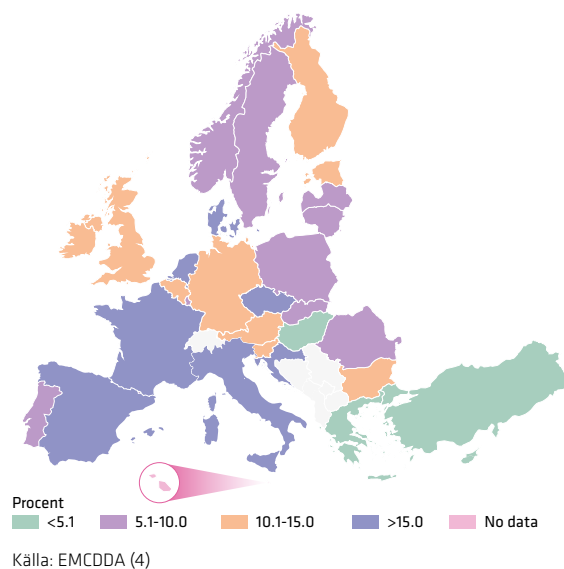
Den vanligaste olagliga narkotikan är cannabis. 53,5 miljoner män och 34,3 miljoner kvinnor rapporterar användning av cannabis någon gång i livet. 11,8 miljoner män och 5,2 miljoner kvinnor rapporterar användning av kokain någon gång i livet. 9 miljoner män och 4,5 miljoner kvinnor rapporterar användning av MDMA

(3,4-metylendioxi-N-metylamfetamin) någon gång i livet och 8 miljoner män och 4 miljoner kvinnor användning av amfetaminer någon gång i livet.

Nivåerna när det gäller vuxnas användning av cannabis någon gång i livet skiljer sig avsevärt åt mellan olika länder, från cirka 41 procent i Frankrike till mindre än 5 procent i Malta (figur 1).

Uppskattningsvis använde 18,9 miljoner unga vuxna (15–34 år) i Europa olagliga substanser förra året. Dubbelt så många män som kvinnor.

Figur 1. Användning av cannabis senaste året bland unga vuxna (15–34 år)



I alla åldersgrupper är cannabis den olagliga substansen med högst sannolikhet att användas. Vanligast är att röka cannabis och i Europa blandas den ofta med tobak. Användningsmönstren för cannabis kan variera från enstaka gånger, regelbunden användning till beroende. Uppskattningsvis har 87,6 miljoner europeiska vuxna i åldern 15–64 år, eller 26,3 procent, använt cannabis minst en gång under sitt liv. Av dessa använde uppskattningsvis 17,2 miljoner unga européer i åldern 15–34 år (14,1 procent) cannabis under de senaste 12 månaderna. 9,8 miljoner av dessa var i åldern 15–24 år (17,4 procent av åldersgruppen 15–34 år). Bland de ungdomar som använt cannabis under de

senaste 12 månaderna var andelen män dubbelt så hög som andelen kvinnor.

Kokain är den olagliga stimulantia som används mest i Europa och användningen är vanligast i syd- och västeuropa. Bland dem som använder kokain regelbundet kan två grupper urskiljas: Socialt integrerade användare som ofta sniffar kokain i pulverform (kokainhydroklorid) samt marginaliserade användare som injicerar kokain eller röker crack (kokainbas), ibland vid sidan av opioidanvändning. Uppskattningsvis har 17 miljoner vuxna européer i åldern 15–64 år (5,1 procent) experimenterat med kokain någon gång i livet. Bland dessa har 2,3 miljoner unga vuxna i åldern 15–34 år (1,9 procent) använt substansen under de senaste 12 månaderna (4).

Alla substanser kan vara skadliga på grund av kortsiktiga och långsiktiga toxiska effekter. Avsaknaden av kvalitetskontroll vid tillverkning och försäljning av olagliga substanser ger ytterligare risker vid användning. Under de senaste åren har tillgången på nya och/eller potenta, uppblandade och förorenade psykoaktiva substanser och olagliga substanser ökat. Detta har ökat risken för att drabbas av skador. Föroreningar i form av mikroorganismer och andra biologiska och smittsamma ämnen kan uppstå som biprodukter vid tillverkning av substanser/narkotika med låg kvalitet och i lagerprocesser.

Avsiktlig tillsättning av exempelvis medel för lokalbedövning för att efterlikna kokainets bedövande effekter kan ändra ett preparats effekter, öka vikten på produkten eller dölja en minskning av styrkan. Icke-psykoaktiva men potentiellt toxiska kemikalier kan också användas för att späda ut substansen och minska mängden aktiva ingredienser. På så sätt ökar lönsamheten för säljare. Skadliga effekter vid användning av substanser/narkotika kan vara oförutsägbara och uppstå till följd av underliggande individuella biologiska skillnader. Effekterna kan också påverkas av samexisterande hälsotillstånd, socioekonomiska faktorer eller substansrelaterat beteende beroende på var substansen används, hur substansen intas och hygien vid exempelvis delning av utrustning.

Aktuell statistik

EMCDDA publicerar årliga rapporter om narkotikasituationen i Europa. De ger också ut Country Drug Report som tillhandahåller de senaste uppgifterna om narkotikaanvändning i EU:s medlemsländer, Turkiet och Norge. Samtliga publikationer finns på www.emcdda.europa.eu/publications.

Farmakologi och fysiologi

Vårt fokus i denna guide är på psykoaktiva substanser – särskilt sådana som påverkar känslor, uppfattningsförmåga, tankeprocesser och/eller beteenden. Psykoaktiva substanser uppnår dessa effekter eftersom de förändrar nervsystemets funktion. De som studerar hur substanser påverkar beteenden och psykologiska processer kallas psykofarmakologer. Farmakologi är studien av substansers effekter på levande system.

Olika substanser tar olika lång tid att brytas ner (metaboliseras) och elimineras från kroppen. Den tid det tar att eliminera hälften av den ursprungliga dosen av en substans från kroppen kallas halveringstid. Halveringstiden av en substans påverkar hur länge dess effekter varar och hur lång tid det tar innan den helt har gått ur kroppen. När en person slutar använda en substans kan det vara viktigt att veta substansens halveringstid. Detta för att veta hur lång tid det kommer ta innan substansen inte längre finns kvar i personens kropp.

Även andra faktorer än halveringstid påverkar hur lång tid det tar att bryta ner en substans, exempelvis en persons ålder, kön och användningen av andra substanser. Hur lång tid en person har använt en substans regelbundet och den mängd som intas påverkar hur kroppen absorberar och bryter ned psykoaktiva ämnen. Om en person använder en substans ofta och i stor mängd, kan den komma att brytas ned och elimineras snabbare. Små barn och äldre vuxna bryter ned och eliminerar substanser långsammare än unga och medelålders vuxna. I allmänhet är kvinnor känsligare för effekter än män på grund av skillnader i faktorer som kroppsstorlek, kroppsfett och leverfunktion.

Man har gjort försök att klassificera psykoaktiva substanser på grundval av deras farmakologiska och psykofarmakologiska effekter. Det finns inget enskilt, universellt och accepterat klassifikations-system. Generellt kan substanser grupperas på följande sätt:

- Substanser som stimulerar centrala nervsystemet (CNS) – exempelvis amfetaminer, kokain, modafinil, nikotin och koffein – ökar det centrala nervsystemets aktivitet. De tenderar att öka hjärtfrekvens och andning och ger en känsla av exalterad eufori. Vissa av substanserna ökar känslan av samhörighet och gemenskap.
- Empatogener (ibland kända som entaktogener). Exempel är MDMA, mefedron och 6-APB. De har stimulerande effekter men ger även upplevelser av känslomässig samhörighet och empati med andra. Beroende på vilken drog och dos som tas kan de också ha psykedeliska effekter.
- Psykedelika, exempelvis lysergsyradietylamid (LSD), dimetyltryptamin (DMT), psilocybin och meskalin. De orsakar markanta förändringar i tankeverksamhet, sensoriska perceptioner och medvetandetillstånd.
- Dissociativa substanser, exempelvis ketamin, lustgas, dextrometorfan (DXM) och fencyklidin (PCP). De orsakar förändringar i sensorisk uppfattning och framkallar känslor av likgiltighet (dissociation) inför miljön, andra människor och sig själv.
- Cannabinoider, exempelvis cannabis, har effekter som resulterar i ett tillstånd av avslappning. De ger milda sensoriska förändringar.
- CNS-dämpande substanser, exempelvis alkohol (etanol), bensodiazepiner och gammahydroxybutyrat (GHB). De dämpar eller minskar stimulering av nervsystemet för att framkalla sömn och avslappning samt minska ångest. CNS-dämpande medel, som alkohol, orsakar förändringar i humör.
- Opioider, exempelvis heroin, morfin och tramadol, ger avslappning och kan orsaka

förändrat humör. De används kliniskt som smärtstillande medel och används även i icke-medicinska syften.

På grund av det ökande utbudet av nya psykoaktiva substanser kommer listor som den ovan aldrig att bli kompletta. Yrkesverksamma inom prevention behöver hålla sina kunskaper uppdaterade om de olika substanserna. Det finns dock en rad verktyg tillgängliga online såsom ”The Drugs Wheel”. Verktiget ger information om substanser i olika klasser.

Det är viktigt att framhålla att en laglig substans inte behöver vara säkrare än en olaglig substans. Alkohol och tobak är goda exempel på detta. Det har förutspåtts att tobaksanvändning kommer att orsaka mer än 8 miljoner dödsfall globalt årligen fram till år 2030. Enligt WHO kunde cirka 3 miljoner dödsfall, eller 5,3 procent av samtliga dödsfall globalt, härledas till alkoholkonsumtion år 2018.

Hur en substans tas kallas för administreringsmetod eller administreringsväg. Psykoaktiva ämnen kan komma in i kroppen på många olika sätt, exempelvis oralt/sväljning, snortning/sniffning (inandning genom näsan), rökning, inandning av ångor eller ånga, intramuskulär injektion (injektion i en muskel), subkutan injektion (injicering av substansen precis under huden), intravenös injektion (injicering av ämnet i en ven), topisk (applicering av ämnet på hudens övre lager) eller sublingual (löser upp ämnet under tungan och absorberar det genom munvävnaden). Det finns ännu fler administreringsätt än dem ovan nämnda.

Administreringsvägen har betydelse eftersom det påverkar hur snabbt en substans kommer ut i blodet och når hjärnan. Ju snabbare substansen når hjärnan, desto större och starkare effekt har den. Intravenös administrering är snabbare än inandning eller rökning som i sin tur är snabbare än oral administrering.

Hur snabbt övergången är från den första användningen av en substans till dess att det uppstår problem som substansbrukssyndrom är komplext. Det bestäms av faktorer som debutålder (när

substansen tas för första gången), vilken substans som används, erfarenheter av användning, exponering av förebyggande insatser och sammanhang/miljö samt påverkan av risk- och skyddsfaktorer vilka diskuteras senare i detta kapitel.

Preventionsforskare har utvecklat övergångsmodeller för substansanvändning. Ingen enskild modell är tillämplig på alla substansanvändare. De hjälper oss dock att tänka på hur substansanvändning kan utvecklas från enstaka eller experimentell användning till ett mer regelbundet och problematiskt bruk. Ett allmänt exempel är en modell utvecklad av Piazza et al. (5).

Modellen går att tillämpa på många olika beteendemönster vid användning av substanser, även om den är inriktad på sociala och rekreationella anledningar till substansanvändning. För andra människor kanske de ursprungliga skälen för substansanvändning inte är att ha kul. Vissa personer kan exempelvis använda en substans i syfte att självmedicinera för obehandlad psykisk eller fysisk problematik eller användning av substanser som inte är i enlighet med läkares förskrivning.

Piazza et al. (5) beskriver hur substansbrukssyndrom kan utvecklas via tre faser. De tre faserna följer på, men är oberoende av varandra. Att gå in i en fas är nödvändigt men inte tillräckligt för att gå vidare till nästa fas eftersom det då krävs särskilda enskilda sårbarheter.

1. Vid rekreativ och sporadisk användning är intaget måttligt och oregelbundet och användningen utgör endast ett av flera fokusområden i individens liv.
2. Vid en intensivare, ihållande och eskalerad användning intensifieras substansanvändningen. Den blir mer ihållande och frekvent och blir individens huvudsakliga fokus. Även om de sociala och personliga förmågorna börjar försämrats, fungerar beteendet i stort och personen kan uppfylla de flesta av sina åtaganden och ansvarsområden.
3. Förlorad kontroll över användning och utveckling av substansbrukssyndrom innebär att substansrelaterade aktiviteter nu är individens huvudsakliga fokus.

Tabell 1. Jämförelse av ICD-11 och DSM-V-kriterier för substansbrukssyndrom

Kriterium	ICD-11	DSM-V
Substanser används i större mängder eller längre än avsett	Ja	Ja
Ihållande önskan eller misslyckade försök att minska användning	Nej	Ja
Begär eller stark lust att använda substanser	Nej	Ja
Mycket tid ägnas åt användning och återhämtning från substansens effekter	Ja	Ja
Tolerans för substansers effekter	Ja	Ja
Abstinenssymptom	Nej	Ja
Sociala, yrkesmässiga och andra aktiviteter påverkas av substansanvändning	Nej	Ja
Fortsatt användning trots återkommande sociala problem orsakade av substansanvändning	Nej	Ja
Fortsatt användning trots fysiska eller psykiska problem relaterade till substansanvändning	Nej	Ja
Fortsatt användning av substanser som leder till oförmågenhet att klara viktiga åtaganden	Ja	Ja
Återkommande substansanvändning trots rättsliga problem	Ja	Nej
Återkommande substansanvändning i riskabla situationer	Ja	Ja
Familjen tar skada av personens substansanvändning	Ja	Nej

Substansbrukssyndrom

De flesta som använder psykoaktiva substanser gör det utan att uppleva några allvarliga skador av användningen. Vissa personer som använder substanser upplever problem relaterade till användningen som avsevärt försämrar deras hälsa, sociala funktion och välbefinnande. Dessa benämns ha substansbrukssyndrom (substance use disorder). Begreppet har ersatt otidsenliga termer som ”missbruk”. Missbruk var svårt att definiera och har fallit bort i och med ändrande attityder i samhället. Vi accepterar och respekterar att vissa människor anser det vara meningsfullt att använda termen ”missbrukare” när de beskriver sig själva. Vi avråder dock yrkesverksamma inom prevention från att använda uttrycket.

Mätningen och diagnosen på substansbrukssyndrom har förändrats över tid. För närvarande används två stora klassificeringssystem. Dessa publiceras av WHO (the International Classification of Disease, ICD-11) och American Psychiatric Association (the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-V). Det finns vissa skillnader mellan de två systemen. De innehåller dock gemensamma kriterier såsom användning av substanser i stora mängder eller

längre än avsett, prioritering av substansanvändning över andra aktiviteter och sociala roller samt fortsatt substansanvändning trots bevis för att det skadar personen fysiskt eller psykiskt. Tabell 1 visar de typer av kriterier som ingår i de två klassificeringssystemen.

Som framgår av tabellen omfattar DSM-V totalt elva kriterier. En person måste uppfylla två kriterier för att klassificeras som att ha ett mildt substansbrukssymptom. Uppfyllandet av ytterligare kriterier innebär att problematiken klassificeras som måttlig eller svår.

ICD-11 beskriver substansbrukssyndrom men skiljer mellan skadlig användning (ett mönster av substansanvändning som orsakar skada, fysiskt eller psykiskt, även hos familjemedlemmar) och beroende. Beroende består av fyra huvudkriterier: begär och svårigheter att kontrollera användning, ihållande användning trots negativa konsekvenser, tolerans samt abstinens. Enskilda individer måste uppfylla minst två kriterier för att klassificeras som beroende. För att uppfylla kriterierna för skadlig användning måste minst en punkt för skada uppfyllas samtidigt som kriterierna för beroende inte uppfylls.

Preventionsinsatser spelar en betydande roll när det gäller att minska riskerna för att utveckla substansbrukssyndrom. De två klassificeringssystemen är användbara kliniska verktyg. Det är dock viktigt att komma ihåg att människor fortfarande kan uppleva problem relaterade till sin substansanvändning utan att uppfylla de kliniska kriterierna. De flesta målgrupper för preventionsåtgärder löper ingen direkt risk att drabbas av substansbrukssyndrom. De riskerar dock andra, potentiellt allvarliga skador såsom hälsorelaterade och psykiska problem, problem med polisen, avhopp från skolan eller riskbeteenden såsom sexuellt risktagande eller att åka bil med en berusad förare i samband med substansanvändning.

Hälsofrågor relaterade till substansanvändning

Enligt WHO:s studie ”Global Burden of Disease Study” står alkoholens skadeverkningar varje år för cirka 10 procent av förlorade friska år på grund av sjukdomar och risker hos både ungdomar och vuxna (6).

Denna problematik omfattar de tillstånd som är direkt relaterade till alkoholkonsumtion (se ”substansbrukssyndrom” ovan) samt problem som har konstaterats vara kopplade till alkoholanvändning såsom fetalt alkoholsyndrom.

Årtionden av forskning har visat att det finns andra sjukdomar och skador som har konstaterats vara kopplade till alkoholkonsumtion för både användaren och andra. Dessa omfattar neuropsykiatriska störningar, gastrointestinala sjukdomar, cancer, psykisk ohälsa kopplat till suicid och våld, oavsiktlig skada såsom trafikolyckor, fallolyckor, drunkning och förgiftning, hjärt- och kärlsjukdomar, fetalt alkoholsyndrom och för tidig födsel samt diabetes. Att dricka alkohol regelbundet har starkt förknippats med sju olika typer av cancer och 2016 härleddes 6,2 procent av samtliga dödsfall i cancer i Europa till alkoholanvändning (7).

Sambandet mellan rökning och ohälsa är väldokumenterat. Tobak dödar upp till hälften av användarna vilket är mer än 7 miljoner människor varje år.

Fram till 2030 uppskattas att 8 miljoner dödsfall kommer att inträffa globalt på grund av rökning. Rökning är en påverkande faktor för hjärt- och kärlsjukdomar, lungsjukdomar, svårigheter att bli gravid, för tidig födsel, låg födelsevikt och låg bentäthet.

Det är inte bara rökare som löper ökad risk för hälsoproblem. Studier har visat att även passiva rökare, särskilt familjemedlemmar och arbetskamrater till rökare, upplever allvarliga hälsoproblem.

Användningen av psykoaktiva substanser är en bekräftad bidragande orsak till den globala sjukdomsördan. Uppskattningar från WHO tyder på att substansbrukssyndrom globalt är den sjätte vanligaste orsaken till förlorade friska levnadsår hos människor under 25 år. Kroniska och akuta hälsoproblem är förknippade med användning av substanser. Dessa förvärras av olika faktorer såsom substansernas egenskaper, administreringsätt, individuell sårbarhet och det sociala sammanhang där substansen konsumeras. Kroniska problem omfattar beroende och substansrelaterade infektionssjukdomar. Det finns också en rad akuta skador, exempelvis överdos av narkotika.

Även om användning av opioider är relativt sällsynt står opioider fortfarande för en stor andel av sjuklighet och dödlighet som förknippas med substansanvändning. Riskerna ökar vid injicering av narkotika. Som jämförelse är hälsoriskerna som förknippas med cannabisanvändning klart lägre men den höga prevalensen av cannabisanvändning kan få konsekvenser för folkhälsan. Variation i innehåll och renhet bland tillgängliga substanser ökar risken för skador och skapar en utmanande miljö för substansrelaterade åtgärder (8).

Substansanvändning blir även en börda för samhället. Om man inte tar itu med ungdomars hälsa, trygghet och välmående, kan negativa konsekvenser av substansanvändning leda till lägre produktivitet. Det kan även bli kostsamt för sjukvården och för sociala och straffrättsliga samhällsverksamheter. I många fall är de ekonomiska kostnaderna för att tillhandahålla dessa tjänster högre för samhället än kostnaderna för att tillhandahålla effektiv prevention och behandling.

Etiologimodellen

Etiologi är en medicinsk term. Den beskriver orsaker eller ursprunget till sjukdomar eller andra problem samt faktorer som orsakar eller gör människor mottagliga för dem. Etiologi är viktigt för prevention eftersom det hjälper till att identifiera faktorer eller mekanismer som är förknippade med utvecklingen av ett hälsotillstånd eller sociala problem såsom problem relaterade till substansanvändning. Preventionsprogram kan därefter utformas eller anpassas för att ta itu med dessa faktorer.

Begreppet risk- och skyddsfaktorer för substansanvändning har under de senaste två årtiondena präglat området för preventionsinsatser. Skyddsfaktorer, eller faktorer som minskar individens sårbarhet, är egenskaper som väger upp eller motverkar inverkan av befintliga riskfaktorer. Generellt definieras riskfaktorer som mått på beteende eller psykosocial funktion (inklusive attityder, föreställningar och personlighet) som har visat sig vara förknippade med ökad risk för att använda substanser. Dessa omfattar:

- kontextuella faktorer – exempelvis lagar och normer som är tillåtande för beteenden relaterade till substansanvändning, inkluderat sådana som rör marknadsföring och tillgänglighet, ekonomisk utsatthet och otrygghet i lokalområdet
- individuella och interpersonella faktorer – exempelvis genetisk predisposition och andra fysiologiska skäl, familjehistoria relaterad till substansanvändning och attityder till substansanvändning, dåligt/inkonsekvent familjeledarskap, konflikter i familjen och svag familjesammanhållning (9).

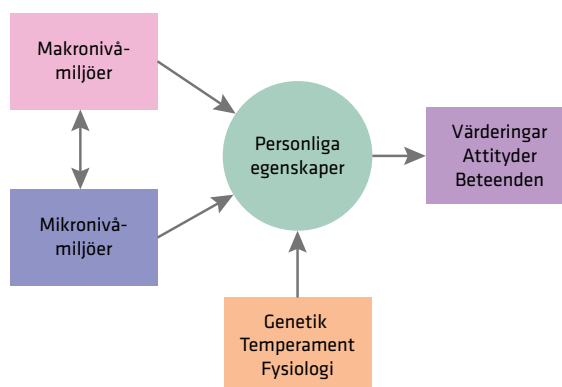
Kontextuella faktorer, exempelvis lagar och normer, tillgänglighet och jämna åren, spelar en betydande roll för att börja använda substanser. Individuella och mellanmännsliga faktorer, särskilt psykologiska, neurologiska och genetiska sådana, har en viktig påverkan för utvecklingen av en mer regelbunden substansanvändning, skadlig substansanvändning och substansbrukssyndrom (10).

Nyare forskning har dock kommit att se risk- och skyddsfaktorer som indikatorer för andra utvecklingsmekanismer som kan öka den individuella sårbarheten för substansanvändning. Det är också gränssnittet mellan individuell sårbarhet på mikronivå (exempelvis sociala och mellanmännsliga interaktioner) och makronivå (exempelvis faktorer i lokalområdet samt institutionella och samhällsrelaterade faktorer), som antingen utsätter en person för risk eller skyddar dem från riskfyllda beteenden som substansanvändning.

Substansanvändning börjar vanligtvis i sen barndom och under tonåren. Det är en process som omfattar många olika faktorer, inte en enskild orsak. Processen drivs till största delen av beslut som påverkas av interna biologiska faktorer och yttre sociala faktorer.

Utvecklingsteori är ett viktigt ramverk för att förstå dessa processer. Varje utvecklingsstadium – från spädbarnsålder upp till vuxen ålder – förknippas med utveckling av intellektuell förmåga, språkfärdigheter, kognitiv, emotionell och psykologisk funktion, sociala kompetensförmågor och personlig impuls kontroll (se bilaga 4). Samtliga allvarliga avbrott under utvecklingen kan leda till problem, såsom substansanvändning, i samspel med yttre faktorer.

Figur 2. Etiologimodellen



Källa: UNODC/WHO (11)

Studier av bakgrunden till riskbeteenden såsom substansanvändning är ett samspel mellan individuella personliga egenskaper. Dessa omfattar genetisk predisposition, temperament, personlighetstyp och skillnader i hur man faktiskt interagerar med personer och den omgivande miljön. Etiologimodellen (figur 2) visar hur dessa interagerar på både mikro- och makronivåer. Modellen ligger till grund för diskussionerna om orsakerna till substansanvändning i varje kapitel.

När barn utvecklas utvidgas deras miljöer från mikronivå – exempelvis från familjemedlemmar, jämnåriga och skola – till makronivå. Miljöfaktorer på makronivå omfattar både fysiska och sociala miljöer, det vill säga de fysiska tillstånden i lokalområdet och samhället liksom invånarnas attityder och beteenden.

Under en individs livslängd upplever individen stora livshändelser som födelse, att börja skolan, gå igenom puberteten, göra yrkesval, ingå ett partnerskap och föräldraskap. I varje skede styrs eller påverkas individen av miljöfaktorer på mikronivå, det vill säga sin familj, skolan, eventuella religiösa band, idrottsklubbar, ungdomsorganisationer och jämnåriga. Individen påverkas även av miljöfaktorer på makronivå, det vill säga det omgivande samhället. När viktiga utvecklingsmål inte uppfylls blir barn sårbara för att komma efter i kommande utvecklingsfas. De blir då mer benägna att hamna i riskfyllda och ohälsosamma beteenden. Utvecklingen påverkas av individernas interaktioner i den sociala miljö de växer upp i på både mikro- och makronivå. Preventionsinsatser fokuserar därför på att hantera sårbarheterna inom dessa miljöer.

Barns socialisering är en av de viktigaste funktionerna som utvecklas i samspel med familjen, skolan och den sociala miljön. Även andra personer, såsom lärare och mor- och farföräldrar, spelar en viktig roll. Barn behöver lära sig attityder, värderingar och beteenden för att hantera utmaningar i vuxenlivet.

Dessa miljöfaktorer på mikro- och makronivå kan antingen skydda individer från risk eller öka risken för utsatta individer. Förhållandet fungerar åt båda hållen. Ett exempel: Ett barn utvecklar ett

problemiskt temperament strax efter födseln och har svårt att anpassa sig till världen omkring sig. Barnet kan betraktas som ”besvärligt” och kräver uppmärksamhet. Om föräldrarna har svårt att hantera barnet finns det risk för att barnet får problem med att hantera nya situationer när det blir äldre. Om föräldrarna däremot utvecklar färdigheter i att bemöta barnet på ett lämpligt och stödjande sätt, förbättras barnets potential för anpassning i sådana miljöer.

Ett annat exempel är när miljöfaktorer på makronivå och individuella faktorer påverkar varandra: Ett barn har en nära relation till sina föräldrar men bor i ett ekonomiskt utsatt område med många bostäder som har ett eftersatt underhåll, hög arbetslöshet och där ungdomar ses använda någon typ av substans. Trots sina kärleksfulla och stödjande föräldrar riskerar barnet att så småningom komma i kontakt med ungdomar som använder substanser och utsätts för påtryckningar att själv använda substanser.

En annan interaktion som kan påverka utsatta individer är när miljöfaktorer på makronivån påverkar mikronivån. Studier har visat att detta kan leda till antingen en ökning eller minskning av substansanvändningen hos befolkningar eller individer. Forskning som har gjorts i Europa tyder på att det efter den ekonomiska krisen 2008 fanns en 0,7-procentig ökning av cannabisanvändning hos ungdomar för varje 1-procentig ökning av regionala arbetslöshetssiffror (12). På individnivå kan en låg lön innebära att man har mindre pengar att spendera på substanser. Men när arbetslöshetssiffrorna går upp till följd av en ekonomisk kris kan det orsaka en ökning av substansanvändning. Dessutom kanske en eller båda föräldrarna har arbetstider som innebär att de inte har möjlighet att regelbundet finnas tillgängliga för sina barn. Om barn inte får tillsyn och stöd av en ansvarsfull och omtänksam vuxen kan dessa barn finna tillhörighet i grupper där man använder substanser.

Det finns ingen enskild faktor till substansanvändning eller utveckling av riskfyllda användningsmönster. Det finns förmodligen en viss

avgörande kombination av antal och typ av påverkansfaktorer och erfarenheter som påverkar en individ att passera tröskeln för att börja använda substanser och utveckla substansrelaterade problem och substansbrukssyndrom. Denna tröskel kan nås genom ett antal kombinationer av dessa faktorer och kan vara unik för varje individ.

Socialiseringsprocessen används i evidensbaserad prevention. Särskilda typer av preventionsinsatser riktar sig direkt till individer eller via deras miljöer. Detta innebär att insatserna verkar för att direkt förändra en individs attityder och beteenden. Exempel kan vara skolinsatser som lär ut färdigheter att stå emot grupstryck, stöd till vuxna att förbättra sina färdigheter i föräldraskap eller undervisning och anpassningar i individens miljö för att försvåra möjligheten till riskfyllda beteenden genom exempelvis legitimering i samband med alkoholförsäljning. Socialiseringsprocessens positiva inflytande är den primära kraften och målet i evidensbaserad prevention. Forskning har visat att det är möjligt att hjälpa ungdomar att fatta lämpliga beslut för sin hälsa och välmående vad gäller substansanvändning.

Sådana preventionsinsatser är också utformade för att hjälpa yrkesverksamma att själva interagera med målgrupperna i socialiseringsprocessen. Ett annat sätt är att utbilda viktiga personer, såsom föräldrar/vårdnadshavare och lärare, i att förbättra sina socialiseringsfärdigheter i exempelvis sitt föräldraskap och i klassrumshantering.

Utveckling på flera nivåer

Tidigare i detta kapitel har vi diskuterat ungdomars sårbarhet för starka negativa influenser. Dessa negativa influenser är individuella (psykologiska), miljömässiga eller sociala faktorer som ökar sannolikheten för negativa utfall. Riskfaktorer, inklusive substansanvändning, kan variera mellan olika åldersgrupper. Riskfaktorer kan ha kumulativa effekter. De påverkas också av influenser på makro- och mikronivå såsom personliga egenskaper, den omgivande miljön, familjen, skolan, arbetsplatsen och samhället.

Risikfaktorer som kan åtgärdas med preventiva insatser

PÅ MAKRONIVÅ

Inkomst och resurser

- Fattigdom
- Hemlöshet
- Flyktningstatus
- Barnarbete
- Brist på tillgång till sjukvård

Social miljö

- Antisociala normer, låg informell social kontroll
- Brist på social sammanhållning, isolering, brist på socialt kapital
- Konflikt/krig
- Social exkludering, ojämlikhet, diskriminering

Fysisk miljö

- Förfall, övergivna byggnader, undermåliga bostäder
- Otryggt bostadsområde
- Tillgång till alkohol, tobak, andra substanser, skjutvapen
- Brist på tillgång till näringsrika livsmedel
- Exponering för gifter
- Media

PÅ MIKRONIVÅ

Familjepåverkan

- Bristande engagemang och vägledning
- Sträng, kränkande eller försumligt föräldraskap
- Negativa förebilder
- Försummad fysisk kondition
- Stressig, kaotisk miljö
- Föräldrars substansanvändning

Skolans påverkan

- Låg kvalitet på utbildning tidigt i livet
- Negativt skolklimat
- Låg skolnärvaro
- Brist på utbildning inom hälsa och preventionsprogram
- Brist på fritidsaktiviteter

Påverkan från jämnåriga

- Negativa förebilder
- Exponering för alkohol, tobak, andra substanser, våld, brottslighet
- Brist på föräldrarnas insyn i relationer med jämnåriga
- Sociala medier

PERSONLIGA EGENSKAPER

Genetisk sårbarhet

Psykisk hälsa och personlighetsdrag

- Sensationssökande
- Aggressivitet
- Uppmärksamhet
- Impulsivitet
- Psykiska problem

Neurologisk utveckling

- Språkförseningar
- Kognitiva brister
- Svårigheter i beslutsfattande och problemlösning

Stressreaktivitet

- Brister i emotionell reglering och perception
- Dysreglerad fysiologisk respons
- Låg förmåga att hantera svårigheter

PRIMÄRA UTFALL

Substansanvändning och relaterade problem

- Dåliga skolprestationer
- Låg social kompetens och färdigheter
- Låg självreglering
- Psykisk ohälsa
- Fysisk ohälsa

Källa: Baserad på UNDOC/WHO (11)

Effektiva preventionsinsatser påverkar riskfaktorer innan riskbeteenden uppstår. Faktarutan ovan ger exempel på riskfaktorer.

Skyddsfaktorer, eller faktorer som minskar individens sårbarhet, är sådana som väger upp eller motverkar påverkan av befintliga riskfaktorer. Med andra ord minskar skyddsfaktorerna ungdomars sårbarhet. Exempel på skyddsfaktorer på varje nivå:

- individer, ett balanserat temperament och förmåga att hantera känslor
- familjer, anknytning till familj/vårdnadshavare
- skolor, social kompetens, utveckling (exempelvis beslutsfattande och problemlösning) och pedagogiskt engagemang
- samhällen, kvalitet på utbildning och andra skolrelaterade faktorer samt positiva samhällsnormer

Evidensbaserade insatser som genomförs i ett utvecklingsstadium kan påverka senare utvecklingsstadier på sätt som leder till ännu mer långsiktiga effekter och bidrar till positiva utfall i livet. Med andra ord kan en insats påverka andra områden i livet och ge ytterligare skydd mot framtida riskfaktorer. Till exempel visade effekter från en av de evidensbaserade insatserna i UNODC:s standarddokument, the Good Behaviour Game (GBG), att insatsen inte bara resulterade i minskad substansanvändning utan även i en långsiktig minskning av psykiska hälsoproblem under en livstid.

Riktade evidensbaserade insatser för att förebygga substansanvändning hos ungdomar har visat sig minska sannolikheten för substansanvändning senare i livet. De har också bidragit till positiva effekter på icke-riktade utfall. Forskning om det amerikanska Strengthening Families Program 10–14 (SFP 10–14) visade effekter såsom minskning

av kriminell aktivitet, depression, ångest, sexuella riskbeteenden och förbättrade skolresultat. De tvärgående effekterna, såsom skolprestationer och minskade beteendeproblem, bidrar till förbättrad allmän hälsa och ekonomiska fördelar för samhället.

Sammanfattningsvis hjälper epidemiologiska och etiologiska studier yrkesverksamma inom prevention att överväga och besluta:

- Var man ska rikta preventionsinsatser: Preventionsinsatser kan behövas inom ett särskilt geografiskt område.
- Vilka substanser man ska rikta in sig på: För vissa grupper kan alkohol och tobak vara ett större problem än cannabis.
- Vem insatserna bör riktas till och vilka grupper som verkar mest utsatta eller mer mottagliga: Det kan exempelvis vara barn till personer som använder substanser.
- När insatserna ska genomföras: Om åldern för debut är 14 år bör insatserna börja tidigare, exempelvis vid 12 års ålder.
- Vad som ska förmedlas i preventionsinsatsen: Att anpassa mål och budskap för att exempelvis bemöta attityder mot användning, normativa uppfattningar om prevalens av användning samt uppfattning om riskerna som förknippas med dessa (se kapitel 3).

Behovet av tvärprofessionellt stöd genom utvecklingsfaserna

För yrkesverksamma inom prevention är det viktigt att förstå att substansanvändning kan börja som ett relativt lågriskbeteende. Fortsätter beteendet kan det leda till såväl ökad omfattning och frekvens som ökad sannolikhet att drabbas av skador. Ibland kan substansanvändning dominera användarnas liv och få dem att försumma andra sociala aktiviteter och ansvarsområden. Detta kan orsaka ytterligare sociala och hälsorelaterade problem.

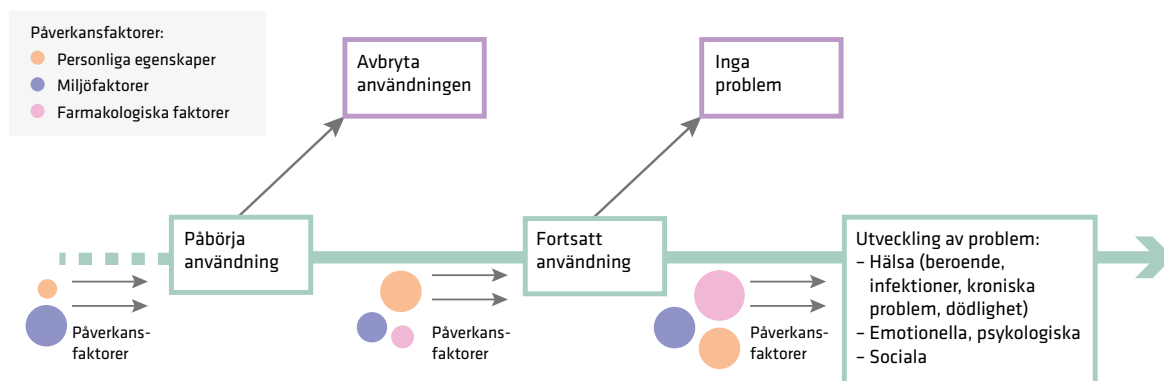
Att känna till risk- och skyddsfaktorer inom etiologimodellen (figur 2) gör det möjligt för oss att förstå de vägar som människor kan ta för att utveckla substansrelaterade problem (figur 3). Kunskapen hjälper till att utveckla och rikta lämpliga preventions-, behandlings- och skademinimerande insatser.

Som framgår av figur 3 är miljöfaktorer på makro- och mikronivå, i lägre grad även personliga egenskaper, viktiga bestämningsfaktorer för huruvida någon kommer att påbörja substansanvändning eller inte. Dessa omfattar de faktorer som påverkar fortsatt progression av substansanvändning såsom tillgång till substanser eller ett erbjudande att använda substanser och möjligen en tidig sårbarhet. Miljöfaktorerna omfattar också risk- och skyddsfaktorer som är bakomliggande orsaker och som kan påverka en hälsosam utveckling och öka risken att substansanvändningen utvecklas.

Prevalensundersökningar visar att bland dem som börjar använda substanser fortsätter de flesta inte sin användning och användningen är begränsad till ett mindre antal användningstillfällen.

En rad olika faktorer skiljer dessa personer från dem som fortsätter använda substanser. Det kan handla om hur individerna svarar rent psykofamakologiskt på substansanvändning (exempelvis den subjektiva upplevelse som substansen skapar) oavsett om upplevelsen är positiv eller inte. Det kan också handla om huruvida substansanvändningen fyller en viss funktion för användaren eller inte (exempelvis om den hjälper användaren att socialisera eller självmedicinera för ett upplevt fysiologiskt eller psykologiskt behov). De personer som fortsätter använda substanser och upplever problem, anger att problemen är relaterade till hälsan och till emotionellt och psykologiskt välmående och att personerna fungerar socialt.

Figur 3. Utveckling av substansanvändning



Selektiva och indikerade förebyggande åtgärder, liksom skademinimering och behandlingsinsatser, är särskilt viktiga när man försöker förhindra en övergång till mer skadliga användningsmönster och minska de skador som följer.

De faktorer som påverkar varför man börjar skiljer sig från faktorerna som avgör fortsatt användning. De skador som är relaterade till användning skiljer sig därför åt. Det är också viktigt att komma ihåg att personer som använder substanser inte är en enhetlig grupp. Det finns därför behov av ett brett spektrum av insatser och behandlingsalternativ för att tillgodose behoven hos personer som använder substanser (figur 4).

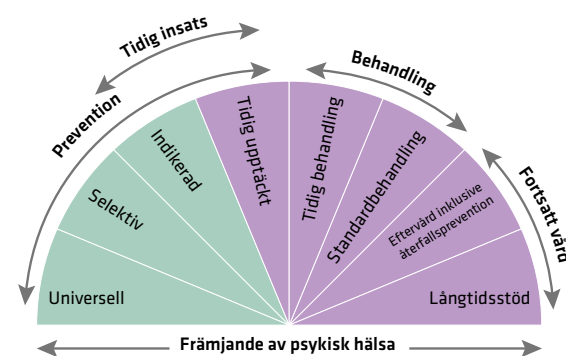
I allmänhet riktar sig preventionsåtgärder mot tre grupper:

- Universella insatser och policyer riktar sig till alla individer i en målgrupp, oavsett deras individuella risk för substansanvändning eller tidigare historik. De flesta är dock sannolikt icke-användare. Denna kategori av insatser omfattar de flesta läroplaner i skolan liksom policyer både i skolan och i samhället.
- Selektiva insatser riktar sig till utsatta grupper där substansanvändning ofta förekommer. Insatserna fokuserar på att förbättra individernas möjligheter under svåra levnadsvillkor och sociala villkor. Denna kategori omfattar också skol- och familjeinsatser samt policyer som bidrar till att individerna fortsätter sin skolgång.

- Indikerade insatser riktar sig till individer och hjälper dem att hantera individuella personlighetsdrag och riskfaktorer som gör dem mer sårbara för fortsatt substansanvändning.

Universella insatser riktar sig vanligtvis, men inte uteslutande, till målgrupper före påbörjad substansanvändning. Indikerade och selektiva preventionsinsatser kan genomföras på alla nivåer.

Figur 4. Åtgärder vid substansanvändning



Källa: Anpassad från Mrazek et al. (13)

Tidiga (eller korta) insatser är kopplade till indikerad prevention och genomförs inte i någon större utsträckning i europeisk förebyggande praxis, även om det är vanligare vid prevention av alkoholanvändning. Tidiga insatser syftar till att förebygga eller fördröja substansanvändning och förhindra en ökning av problem relaterade till detta. Dessa insatser är tidsbegränsade och fungerar i övergången mellan förebyggande insatser och behandling, se i figur 7. De riktar sig vanligtvis till ungdomar eller personer i riskzonen (8).

Innehåll kapitel 2

Definitioner och principer.....	24
Teoretiskt stöd för prevention.....	26
Struktur, innehåll och genomförande	29

KAPITEL 2. Grunder för preventionsvetenskap och evidensbaserade förebyggande insatser

I kapitlet presenteras begreppen evidensbaserad praktik och best practice eftersom begreppen medför viktiga skillnader i tillvägagångsätt för det förebyggande arbetet. Kapitlet ger en översikt över viktiga teorier och belyser vanligt förekommande teorier. Det introducerar också beteendeförändringshjulet som är ett sätt att klassificera olika typer av preventionsinsatser och policyfunktioner. Slutligen introducerar kapitlet begreppet anpassning av insatser och vikten av metodtrohet vid implementering.

Definitioner och principer

Förebyggande av substansanvändning syftar till att dels hindra människor från att påbörja användning av substanser, dels hjälpa dem som redan har börjat att utveckla problem. Att förebygga substansanvändning har dock det bredare syftet att bidra till god hälsa, välbefinnande och trygghet bland befolkningen. Utformningen och tillhandahållandet av effektiva evidensbaserade insatser mot problematisk substansanvändning har ett centralt fokus i den europeiska politiken. Det innefattar en rad åtgärder.

Så vad innebär evidensbaserad praktik?

Här är en definition från Evidence Based Practice Institute på the University of Washington (2012): ”Evidensbaserad praktik är användningen av systematiska beslutsprocesser, eller tillhandahållande av tjänster, som genom tillgängliga vetenskapliga bevis visat sig konsekvent förbättra mätbara resultat på individnivå. I stället för att basera beslut på tradition, magkänsla eller enstaka observationer, förlitar sig evidensbaserad praxis på data som samlats in genom experimentell forskning och beskrivningar av individegenskaper och klinisk expertis”.

Det finns två avgörande aspekter för denna definition. Den ena är ett systematiskt beslutsfattande med hjälp av vetenskapliga bevis som är förknippade med förbättrade eller positiva resultat. Den andra är tillit till data som samlats in via noggrant utförd experimentell forskning. Definitionen av evidensbaserad prevention är en utmanande fråga. En allmän förståelse för definitionens komplexitet krävs dock för att förstå varför experterna ofta – och helt legitimt – är oense om vilka preventionsprogram och metoder som kan kallas ”evidensbaserade”, i motsats till ”lovande” eller ”bästa praxis”.

Definitionen av bästa praxis som EMCDDA använder på sin webbplats är ”den bästa tillämpningen av tillgänglig evidens för verksamhet inom substansområdet”. EMCDDA förklarar detta med att:

- Evidensen för effekt bör vara relevant för de problem och frågor som upplevs av dem som påverkats av substansanvändning, inbegripet yrkesverksamma, beslutsfattare, substansanvändare och deras familjer.
- Alla metoder för att fastställa bästa praxis bör vara transparenta, tillförlitliga och överförbara.
- Både evidens för effekt och genomförbarhet när det gäller genomförandet bör övervägas i beslutsprocessen.

Preventionsforskare och praktiker har samlat en stor mängd information. Den har bidragit till utvecklingen och tillhandahållandet av effektiva förebyggande insatser och policyer för en rad olika beteenden, inklusive substansanvändning.

EMCDDA har samlat många av dessa insatser på sin webbplats där du kan hitta information om best practice för olika miljöer, typer av substanser och behandlingar <http://www.emcdda.europa.eu/best-practice>.

The European Society for Prevention Research definierar preventionsvetenskap som en ”mångdisciplinär strävan att utgå ifrån etiologi, epidemiologi, insatsdesign, effektivitet vid genomförande av prevention avseende en rad olika hälsorelaterade och sociala problem”. Sådana problem omfattar exempelvis substansanvändning, sexuell hälsa och tonårsgravitet, hiv/aids, våld, olyckor, suicid, psykisk ohälsa, brottslighet, fetma, ohälsosamma matvanor, brist på fysisk aktivitet och kronisk sjukdom.

För alla dessa problem är beteendet en avgörande faktor för ohälsa och ojämlikhet i hälsa.

Beteendemässiga riskfaktorer är viktiga bidragande orsaker till icke-smittsamma sjukdomar. Preventionsvetenskap omfattar systematiska studier av insatser för att främja konstruktiva beteenden hos populationer. Detta kräver ett tvärvetenskapligt angreppssätt, från olika forskningsfält om sociala och samhälleliga förutsättningar för familjer, hälsa och utbildning, arbetsplatser, närsamhälle, social välfärd, miljöplanering, stadsplanering och skattepolitik.

The US Society for Prevention Research har tillhandahållit den vägledning inom preventionsområdet som ligger till grund för denna guide. Dessa principer framhåller betydelsen av följande faktorer för framgångsrik prevention:

- Utvecklingsfokus: Det innebär att yrkesverksamma inom prevention behöver förstå att de faktorer som påverkar beteenden varierar i olika åldrar under hela livet. Det innebär också att det finns utvecklings- eller åldersrelaterade utvecklingsstadier som behöver understödjas när barnen växer upp (se bilaga 4). Brister i detta kan det leda till uppkomst av negativa eller riskfyllda beteenden i vissa utvecklingsstadier. Allt detta måste beaktas när vi väljer ut förebyggande insatser som vi vill använda och genomföra i en kommun.
- Epidemiologisk utveckling hos målgrupperna spelar en avgörande roll inom prevention. Vi inser hur övergångar mellan olika åldrar exponerar barn för olika risker – exempelvis

ett barns övergång från att tillbringa större delen av sin tid hemma till att tillbringa större delen av tiden i skolan och därpå bli självständig och flytta ut från hemmet. Vi måste också uppmärksamma att det finns olika faktorer som har samband med substansanvändning inom och mellan målgrupper. Det innebär att de faktorer eller processer som leder till debut av substansanvändning och fortsatt användning varierar mellan individer, grupper och populationer.

- Sociala sammanhang som värderingar, attityder och beteenden. Dessa omfattar samspelet mellan en individs egenskaper, individens familj, skola, lokalsamhälle och faktorer på samhällsnivå.
- Att förstå mänsklig motivation och förändringsprocesser bidrar till att utforma effektiva insatser. Dessa syftar till att förändra individer och miljöer för att förebygga eller behandla substansanvändning. Många faktorer spelar in som påverkar beteenden och beslutsfattande. Faktorerna inkluderar valet att använda psykoaktiva substanser eller ägna sig åt andra högriskbeteenden.
- Använda tvärvetenskapliga team med olika expertis för att hantera de komplexa frågor som preventionsvetenskapen omfattar.
- Professionella etiska normer bygger på värderingar. Värderingar är de grundläggande föreställningar som en individ anser vara sanna. Det är vägledande principer i livet och den grund som man fattar beslut ifrån. Prevention inbegriper vägval som påverkar andra i de viktigaste sammanhangen i en individs liv, det vill säga familjen, skolan och arbetsplatsen. Men prevention omfattar också samhället där politik och lagar reglerar oönskat och antisocialt/olagligt beteende.
- Kontinuerlig återkoppling mellan teoretiska och empiriska undersökningar försöker förklara mekanismer som visar på beteendeförändringar som upptäckts i epidemiologiska undersökningar eller via utvärderingar av preventionsinsatser.

- Att förbättra folkhälsan är en vision som preventionsvetenskapen kan uppnå i det förebyggande arbetet. Arbetet utförs gemensamt av preventionsforskare och praktiker som använder sina gemensamma färdigheter och specifika kunskap.
- Social rättvisa har ett samband med mänsklig rättviserörelsen och vård och stöd är en mänsklig rättighet. Social rättvisa är det etiska och moraliska imperativet för att förstå varför vissa befolkningsgrupper utsätts för oproportionerligt stor sjukdomsburda, funktionshinder och dödsfall. Det är viktigt att utforma och implementera preventionsprogram, system och policyförändringar för att angripa de bakomliggande orsakerna till orättvisor.

Teoretiskt stöd för prevention

Flera viktiga teorier beskriver utvecklingen av evidensbaserade preventionsinsatser och forskningsmål. När preventionsforskare och praktiker talar om teori hänvisar de till en uppsättning relaterade begrepp. Dessa används för att beskriva, förklara och förutsäga hur olika aspekter av mänskligt beteende kan sammankopplas med varandra. I de flesta fall grundar sig teorier på evidens från empiri eller forskning och förfinas ytterligare genom fortsatt forskning och praktiska lärdomar.

Ett viktigt steg i uppbyggnaden av en evidensbaserad insats är att välja ut ett teoretiskt ramverk för insatsen. Ett sådant ramverk:

- ger en förståelse för den kontext och/eller beteendemässiga bestämningsfaktorer som har samband med ett specifikt hälsoproblem
- klargör potentiella mekanismer för att producera det önskade resultatet
- fungerar som stöd vid val av den insatsstrategi eller tillvägagångssätt som kommer att bidra till att resultaten uppnås (14).

Inom preventionsfältet finns teorier om etiologi, det vill säga substansanvändningens orsakssamband och människans utveckling och beteenden. Teorier om mänskligt beteende som tillämpas i preventionsinsatser fokuserar på hur människor lär sig och hur de kan ändra sina beteenden. Det gäller särskilt beteenden som har riskfyllda hälsorelaterade och sociala utfall, såsom substansanvändning.

Preventionsvetenskap bygger till stor del på teorier från exempelvis beteendekonometri, neuropsykologi och beteendevetenskap. Dessa har sedan anpassats till preventionsarbete. Tabell 2 belyser några av teorierna som har en viktig påverkan på prevention och några som är unika för preventionsvetenskap.

Det är viktigt att känna till dessa teorier då de ger en grundläggande förståelse för att utformningen av effektiva insatser bygger på empiriskt understödd teori. En av de mest tillämpade teorierna för preventionsvetenskap är teorin om planerat beteende, TPB (se tabell 2A och figur 5). Faktorer som beaktas i TPB inkluderar följande:

- Attityder till beteendet, det vill säga individens föreställningar om de positiva eller negativa konsekvenserna av beteendet och betydelsen av dessa konsekvenser. Exempelvis: ”Vad skulle hända om jag röker cigaretter? Vilka är hälsokonsekvenserna? Är de verkliga? Kommer de att påverka mitt liv och livet för dem omkring mig?”
- Individens uppfattningar om konsekvenserna av beteendet och beteendets normativa karaktär via betydelsefulla personer i omgivningen. Exempelvis: ”Vad skulle mina föräldrar säga om jag började röka? Vad skulle mina vänner säga?”
- Individens föreställningar om de färdigheter som skulle hindra eller underlätta beteendet och uppfattningarna om den egna förmågan att kontrollera beteendet. Exempelvis: ”Har jag förmågan att motstå alkohol på min väns fest?”

Samspelet mellan dessa faktorer ger en bild av en individs avsikt att utföra ett beteende i form av exempelvis substansanvändning. Det indikerar också huruvida individen har eller saknar förmågan och

resurserna som krävs för att motverka beteendet. Nästa steg i antagandet av en teoretisk grund för en insats är att utveckla insatsmål.

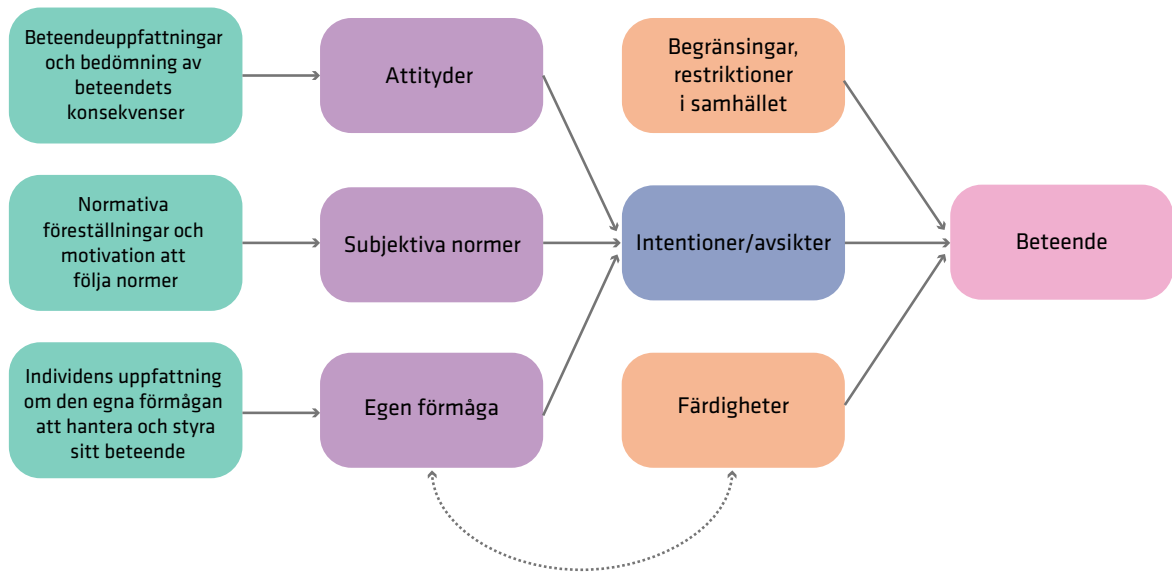
Tabell 2A. Översikt över några viktiga allmänna teorier

Teori - Allmänna teorier	Innehåll
Bandura's "Social Learning Theory" (15)	Människor lär sig beteenden genom att observera andra, imitera och ta efter dessa beteenden
Jessor and Jessors "Problem Behavior Theory" (16)	Flera riskfyllda beteenden har samma/gemensamma rötter och grund - dessa påverkas av individens samspel med sin miljö
Bronfenbrenner's "Ecology of Human Development" (17)	System eller sammanhang utanför individen, och hur de påverkar det individuella beteendet
Ajzens "Theory of Planned Behaviour" (18)	Det finns ett samband mellan attityder och beteenden. Individens beteende styrs av uppfattningen om: <ul style="list-style-type: none"> • konsekvenserna och utfallet av beteendet • omgivningens normativa uppfattningar om beteendet • vad som hindrar respektive triggar beteendet.

Tabell 2B. Översikt över några viktiga preventionsspecifika teorier

Teori - Preventionsspecifika teorier	Innehåll
Flay and Petraitis "Theory of Triadic Influence" (19)	Tre influenser bidrar till riskbeteende: <ul style="list-style-type: none"> • kulturella faktorer (t.ex. den upplevda toleransen för ungdomars alkoholanvändning) • sociala eller mellanmännsliga faktorer (t.ex. att ha föräldrar som använder substanser) • mellanmännsliga faktorer (t.ex. dålig impuls kontroll)
Hawkins and colleagues "Risk and Protective Factors" (9)	Riskerna med substansanvändning beror dels på samhälleliga och kulturella faktorer, det vill säga uppfattningen om de rättsliga och normativa konsekvenserna av beteendet. Dels på intraindividella och interpersonella faktorer, det vill säga uppfattningen om omgivningens uppfattning om beteendet
Catalano and colleagues "Positive Youth Development" (20)	Det är viktigt att förstärka och uppmuntra positiv utveckling
Werner and Smith's "Resilience Theory" (21)	Vissa individer har en särskild förmåga att anpassa sig till stressiga situationer och händelser
Biglan and Hinds' "Nurturing Environments" (22)	Teorin kombinerar flera av de andra teoriernas aspekter men fokuserar på riskreducering och främjande av bland annat individens motståndskraft

Figur 5. Teorin om planerat beteende (TPB)



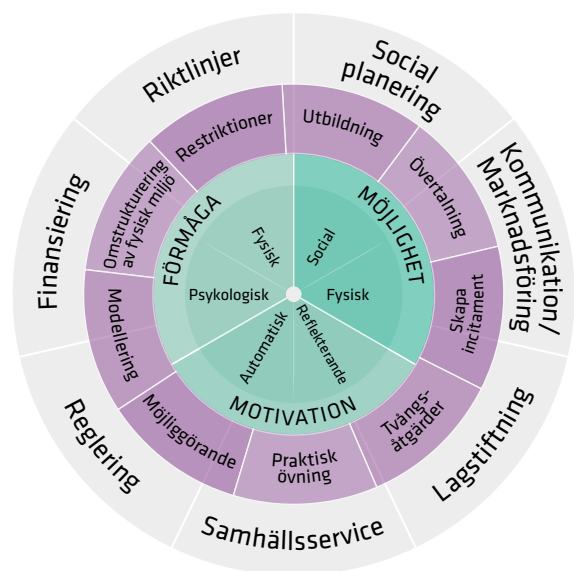
Svårigheten med att utforma en teoribaserad insats är omsättningen från teori till praktik. Hur övergår man från identifierade mål till bra insatser och policyer? Beteendeförändringshjulet, The behaviour change wheel, är ett användbart verktyg för att vägleda dig genom denna process (figur 6). Det är utvecklat av Susan Michie et al. (23). Verktöget bygger på den övergripande COM-B-modellen som fastslår att ett beteende är ett samlat resultat av vad som hindrar respektive främjar individens förmåga (fysiska och psykologiska), möjlighet (fysiska och sociala) och motivation (reflekterande och automatiska). Den hjälper till att identifiera avgörande drivkrafter och underlättar planeringen av det förebyggande arbetet.

Beteendeförändringshjulet gör det inte möjligt att identifiera vilka specifika aktiviteter som ska genomföras. Det är däremot användbart för att förstå vilken typ av insats som är lämplig och hur insatsen kan designas för att ge bäst effekt.

Beteendeförändringshjulets gröna cirkel visar orsaker till beteendet. Hjulets lila cirkel visar lämpliga insatser för att främja respektive hindra beteendet. Den grå yttre cirkeln visar vilka mekanismer på policynivå som kan stötta genomförandet av insatserna.

Figur 6. Beteendeförändringshjulet (The behaviour change wheel)

- Orsaker till beteendet
- Insatser som hindrar/främjar beteendet
- Mekanismer på policynivå



Den svenska översättningen av Beteendeförändringshjulet kan komma att uppdateras som ett led av Folkhälsomyndighetens pågående uppdrag från WHO att sprida kunskap om beteendeinsatser.

Struktur, innehåll och genomförande

Det finns tre viktiga perspektiv på preventionsinsatser: struktur, innehåll och genomförande. Alla tre perspektiv styrs av teori.

Det strukturella perspektivet återspeglar hur preventionsinsatsen eller policyn är organiserad. Exempel är antal och längd på insatslektionerna: Kommer program X bestå av 10, 15 eller 20 lektioner? Hur lång tid tar lektionerna – 30 minuter, 45 minuter? Kommer de att spridas ut över en vecka eller flera veckor?

Perspektivet ”innehåll” är relaterad till insatsernas mål och har att göra med vilken information, kompetens och vilka strategier som används för att uppnå de önskade målen. Dessa kan utöver utbildning i familjekommunikation exempelvis omfatta färdigheter i motstånd mot grupstryck och utveckling av sociala normer i insatsen.

Perspektivet ”genomförande” tittar på hur insatsen eller policyn ska genomföras och hur den förväntas tas emot av målgruppen. Exempel på insatser är att använda interaktiva strategier för ungdomar och vuxna, erbjuda insatser för föräldraskapsstöd under tider som passar familjer och att följa upp genomförandet av en insats eller policy för att förstärka efterlevnad av dess huvudsakliga delar.

Målgrupper

Med hjälp av den etiologimodell som diskuterats ovan kan vi identifiera flera nyckelområden där en insats kan vara effektiv. Insatsen kan motverka föreställningar, attityder och beteenden, som kan leda till substansanvändning och relaterade riskbeteenden på såväl individnivå som på miljöfaktorer på mikro- och makronivå. I denna guide får du kunskap om preventionsinsatser som ges till föräldrar, lärare, barn, ungdomar, familjen/vårdnadshavare, i skolan och på samhällsnivå.

När man riktar in sig på insatsen/policyn är det ett antal utmärkande faktorer som är viktiga:

- Ålder är relaterad till utvecklingsmässig kompetens, till att vara ”i riskzonen” och till omfattning och konsekvenser av substansanvändning. Ålder är också vägledande för riktade insatser och bör beaktas vid planering av genomförandet. Inom skolbaserad prevention har exempelvis olika typer av aktiviteter visat sig vara effektiva för olika åldersgrupper. Samhällen/kulturer kan också skilja sig åt vad gäller vilka typer av beteenden som anses godtagbara för olika åldersgrupper. Förutom exempelvis lagar, som innebär åldersbegränsningar för inköp av varor som alkohol, kan alkohol användning under tillsyn vid viktiga familjehögtider vara godtagbart för äldre ungdomar, men inte för yngre barn.
- Kön kan påverka om en person befinner sig i ”riskzonen” och kan vara viktigt för den miljö där insatsen äger rum. Dessutom kan samhällen/kulturer ha olika förväntningar på kvinnor och män, vilket man behöver ta hänsyn till i insatsen. Det är dock viktigt att preventionsinsatser inte förstärker olämpliga könsstereotyper som tillåter vissa typer av hälsovådliga beteenden för män, men inte för kvinnor.
- Geografiskt läge är viktigt. Inte bara när det gäller vilka substanser som finns i området, utan också för vilka resurser och stöd som finns lättillgängliga.
- Räckvidd innebär i vilken utsträckning insatsen eller policyn är avsedd att nå olika grupper.
- Slutligen kan fokus för en insats eller policy vara populationer med varierande grad av sårbarhet och risk.

För att identifiera målgruppen och dess särskilda behov behöver vi genomföra en behovsbedömning. Tillvägagångssättet diskuteras i kapitel 3.

Innehåll kapitel 3

Internationella standarder för prevention	31
Europeiska kvalitetsstandarder för prevention.....	36
Skräddarsydda evidensbaserade program.....	43

KAPITEL 3. Evidensbaserade preventionsinsatser och policyer

Kapitlet ger en ingående översikt över två viktiga publikationer som utgör den huvudsakliga grunden för denna guide.

Den första publikationen är International Standards on Drug Use Prevention (11). Den sammanfattar den vetenskapliga utgångspunkten för evidensbaserade preventionsinsatser och policyer som syftar till att förhindra eller reducera substansanvändning. Dessa standarder har utvecklats av UNODC och WHO i samarbete med preventionsforskare, preventionsspecialister och yrkesverkssamma från hela världen.

Den andra publikationen är European Drug Prevention Quality Standards, EDPQS, som är publicerad av EMCDDA. Den tillhandahåller ett europeiskt ramverk för att bedriva högkvalitativ prevention av substansanvändning. International Standards on Drug Use Prevention fokuserar på insatsernas innehåll, struktur och mest lämpliga instruktionsstrategi. EDPQS fokuserar på hur man planerar, väljer och genomför förebyggande insatser för att säkerställa kvalitet (24).

Internationella standarder för prevention

International Standards on Drug Use Prevention har utformats för att sammanfatta preventionsforskningens resultat och underlätta beslut om insatser eller policyer för minskad substansanvändning. Vidare erbjuder standarderna en möjlighet för yrkesverkssamma, preventionsforskare och andra som förstår vikten av effektiv prevention, att planera effektiva program för förebyggande arbete i samhället.

En grupp utsedd av UNODC granskade systematiskt artiklar och studier om substansanvändning. De

valde därefter ut de mest relevanta och kategoriserade dem utifrån fem kategorier av evidens: utmärkt (fem stjärnor), mycket bra (fyra stjärnor), bra (tre stjärnor), tillräcklig (två stjärnor) och begränsad (en stjärna).

När analyserna var avslutade kategoriserades artiklarna och studierna utifrån tre aspekter. Aspekterna beskriver de granskade insatserna och policyerna för prevention av substansanvändning:

- Åldersrelaterade utvecklingsperioder – spädbarnsålder och tidig barndom upp till sex år, sen barndom, tidiga och sena tonår samt vuxen ålder.
- Miljön där insatsen eller policyn genomförs – familjen, skolan, arbetsplatsen eller lokalsamhället.
- Målpopulation – universell, selektiv eller indikerad.

En kort beskrivning av fynden presenteras nedan enligt varje åldersrelaterad utvecklingsperiod.

Standarderna bekräftar att individer i olika åldersrelaterade utvecklingsstadier har olika behov och svarar på olika typer av instruerande strategier. De bekräftar också att insatser och policyer kan genomföras i olika miljöer och att de antingen kan rikta in sig på de personer som påverkar individernas liv (exempelvis föräldrar/vårdnadshavare, lärare eller arbetshandledare) eller på individerna själva. Standarderna identifierar också att graden av risk inom olika målgrupper är viktig att ta hänsyn till för att insatserna ska kunna genomföras på ett lämpligt sätt.

Som framgår av tabell 3 fann man att tre typer av insatser hade viss effekt på spädbarnsålder och tidig barndom upp till sex år, även om kvaliteten på insatserna varierade.

Insatser som riktade sig till gravida med substanssyndrom hade begränsad evidens. De studier som hade goda resultat gällde insatser som gavs av utbildad sjukvårdspersonal. Innehållet i de effektiva insatserna omfattade:

- farmakologisk och/eller psykosocial behandling som är anpassad till patientens behov
- behandling av samsjuklighet, det vill säga andra fysiska och/eller psykiska hälsoproblem
- tillhandahållande av färdigheter i föräldraskap för att förstärka en varm anknytning
- insatser som tillhandahölls inom en integrerad behandlingsmiljö.

Insatser som inbegriper hälsobesök för nyblivna mödrar med problem kopplade till substansanvändning eller andra relaterade problem bedömdes ha tillräcklig effektivitet:

- när insatserna gavs av sjukvårdspersonal som hade utbildats för att tillhandahålla dessa tjänster inom den rekommenderade strukturen och när insatserna omfattade regelbundna besök hos barnet upp till två års ålder, initialt varannan vecka och sedan månadsvis
- när insatserna tillhandahöll grundläggande färdigheter i föräldraskap
- när insatserna gav behovsanpassat stöd till mödrarna vad gäller deras fysiska och psykiska hälsa, boende, mat och sysselsättning.

Tabell 3 och 4 visar de typer av insatser som kan integreras i andra befintliga program för nyblivna mödrar eller till och med i hälsoprogram för nyfödda eller spädbarn.

Tabell 3. Evidensbaserade preventionsinsatser under spädbarnsålder och tidig barndom, upp till sex år

Insats	Riktad risknivå	Indikation på effektivitet (efficacy)
Insatsen riktas mot gravida kvinnor med substanssyndrom	Selektiv Grupper i riskzonen	* Begränsad
Hembesök hos blivande och nyblivna föräldrar	Selektiv Grupper i riskzonen	** Tillräcklig
Förskoleverksamhet	Selektiv Grupper i riskzonen	**** Mycket bra

Tabell 4. Evidensbaserade preventionsinsatser för mellanstora barn, mellan sex och tio år

Insats	Riktad risknivå	Indikation på effektivitet (efficacy)
Program för färdigheter i föräldraskap	Universell och selektiv Allmän population och grupper i riskzonen	**** Mycket bra
Personlig och social kompetensutbildning	Universell Allmän population	*** Bra
Program för förbättring av klassrumsmiljö	Universell Allmän population	*** Bra
Policyer för skolnärvaro	Selektiv Grupper i riskzonen	** Tillräcklig

Selektiva insatser inom förskoleverksamhet riktade till barn mellan två och fem år som lever i utsatta miljöer har visat sig ha ”mycket bra” evidens.

Sådana insatser påverkar inte bara användningen av cannabis i tonåren. De förhindrar också andra riskfyllda beteenden och främjar akademiska prestationer, social integration och psykisk hälsa. Det finns flera viktiga aspekter av dessa insatser:

- De kräver att lärare och kuratorer har utbildning för att genomföra insatserna.
- De betonar lämpliga kognitiva, sociala och språkliga färdigheter för barn och förbereder dem för skolmiljön, deras roll som elever och för akademiska utmaningar.
- De består av dagliga sessioner under längre tidsperioder.

För barn mellan sex och tio år har insatserna i tabell 4 haft ”tillräckliga” till ”mycket bra” evidens. Tre insatser var inriktade på universella grupper och en på selektiva grupper eller riskgrupper. Detta trots att metoderna för att hålla barn i skolan/skolnärvaro främst är fokuserade på barn i riskzonen.

Färdigheter i föräldraskap ger stöd till föräldrar och förbättrar deras kunskap. Insatserna har visat sig ha evidens för såväl den breda populationen av barn som för barn i riskzonen. Innehållet i de insatser som visade positiva resultat var inriktade på att förbättra familjeanknytning och ge föräldrar/vårdnadshavare färdigheter för:

- en varm anknytning och stödjande barnuppfostran
- att sätta regler för acceptabelt beteende
- att engagera sig i barns fritidsaktiviteter och vänskapsrelationer
- att ha en positiv och utvecklingsmässigt lämplig fostran
- att engagera sig i barns lärande och utbildning
- att vara förebilder.

Föräldraskapsinsatser som visade positiva resultat inkluderade flera interaktiva sessioner med både föräldrar och barn. Alla handledare hade fått specialiserad utbildning.

De föräldraskapsinsatser som inte hade någon effekt, eller gav negativa resultat, fokuserade enbart på barnet eller bestod i huvudsak av föreläsningar. Föräldraskapsinsatser som bara gav information till föräldrar eller vårdnadshavare om substanser eller som försvagade föräldrars auktoritet gav inga positiva resultat eller negativa resultat.

Personliga och sociala kompetensutvecklingsinsatser genomförs vanligtvis inom skolmiljöer och evidensen är god. Insatserna ger barn möjlighet att lära sig färdigheter att hantera en mängd olika situationer i det dagliga livet och främjar utvecklingen av allmänna sociala kompetenser. Insatserna tar också upp normativa föreställningar och attityder till substanser och substansrelaterade beteenden. De personliga och sociala kompetensutvecklingsåtgärderna:

- ges av utbildade lärare som använder interaktiva metoder för att leverera innehållet
- har primärt fokus på kompetensutveckling, särskilt copingstrategier liksom personliga och sociala färdigheter
- lärs i allmänhet ut under de första skolåren och engagerar eleverna aktivt
- består av en serie sessioner
- stärker lärarnas ledarskapskompetens i klassrummet och deras förmåga att stödja elevernas socialisering på ett positivt sätt.

Strategier som förbättrar skolupplevelsen och förstärker positiva känslor för skola och utbildning är också viktiga. De förbättrar både akademisk och socioemotionell inlärning. Mer om skolbaserat förebyggande arbete kan du läsa senare i denna guide.

Ungdomstiden omfattar åldern 11–18 år. Det är en period med många utmaningar eftersom hjärnan fortsätter att utvecklas tillsammans med hormonella och andra normala biologiska processer. Att viktiga hjärnfunktioner fortsätter att utvecklas efter ungdomstiden belyser vikten av insatser även efter 18 års ålder.

Det finns många utvärderingsstudier av insatser som riktar sig till ungdomsåren (tabell 5). Föräldrakompetensinsatser/föräldrastöd är relevanta för denna åldersgrupp liksom insatser för

personliga och sociala färdigheter och skolpolicyer för den breda målgruppen. För målgrupper i riskzonen har de insatser som riktar sig till individen, exempelvis insatser för att hantera psykologiska sårbarheter och mentorskap, tillräcklig evidens.

Föräldrakompetensinsatser/föräldrastöd fokuserar på effektiva program för ungdomar. De kräver utbildade instruktörer och bör organiseras för att underlätta deltagande.

De omfattar:

- insatser som stärker tillhörigheten till familjen och kompetens inom föräldraskapet, särskilt när det gäller att sätta gränser, engagera sig i barnets fritid och vänskapsmönster och delta i barnets utbildning
- insatser som presenterar material, situationer och frågor som är relevanta för äldre barn, inklusive flera gruppssessioner som är mycket interaktiva.

Tabell 5. Evidensbaserade preventionsinsatser under ungdomen

Insats	Riktad risknivå	Indikation på effektivitet (efficacy)
Preventionsutbildning som bygger på interpersonell och social kompetens	Universell och selektiv Allmän population och grupper i riskzonen	*** Bra
Skolpolicy och kultur	Universell Allmän population	** Tillräcklig
Hantering av individuella psykologiska sårbarheter	Universell Indikerad/Individ i riskzonen	*** Tillräcklig

Insatser för personlig och social kompetens är också mycket relevanta för denna åldersgrupp. Insatserna:

- främjar kompetens att stå emot sociala påtryckningar om substansanvändning och att klara utmanande livssituationer på ett positivt sätt
- behandlar uppfattningar om risker eller skador förknippade med substansanvändning, med fokus på konsekvenser som är särskilt relevanta för ungdomar
- hanterar vanliga missuppfattningar som ungdomar har angående normer kring substanser där många överskattar antalet kamrater som de tror röker, dricker eller använder andra substanser
- ger korrekt information för att hjälpa ungdomar att väga upplevda konsekvenser av substansanvändning mot deras uppfattade förväntningar i samband med substansanvändning

- uppmuntrar ett aktivt deltagande i preventionsaktiviteterna och kräver därför att utbildade lärare eller utövare mer fungerar som facilitatorer och coacher än som föreläsare.

Skolpolicyer erbjuder andra möjligheter för evidensbaserade preventionsinsatser inom skolmiljön. Det gäller särskilt dem som rör användningen av substanser och som tar upp hur man hanterar överträdelse av sådana policyer. Väl utformade policyer kan också skapa en mer positiv miljö där eleverna känner sig trygga, bekväma och framgångsrika. De har tillräcklig evidens och har visat sig ge en positiv inverkan gällande substansanvändning bland både elever och skolpersonal.

Individuell psykologisk rådgivning eller ”Brief intervention” (kort insats) lämpar sig för barn med psykiska sårbarheter. Det kan handla om sensationssökande, impulsivitet, ångestkänslighet eller känslor av hopplöshet som har visat sig vara associerade med substansanvändning om de inte behandlas. Psykisk sårbarhet kan orsaka problem

i skolan och problem med föräldrar eller jämnåriga. De som identifierar sig med dessa typer av problem ska i allmänhet:

- screenas av professionella yrkesutövare som använder validerade instrument
- erhålla insatser som ger dem färdigheter att på ett positivt sätt hantera sina känslor och psykologiska sårbarheter
- erhålla insatser som ges av utbildade yrkesverksamma och består av två till fem korta sessioner.

Mentorprogram, särskilt för ungdomar i riskzonen för riskfyllda beteenden, har inte visat någon stark evidens. Forskningslitteraturen visar dock att utbildade mentorer som förmedlar ett mycket strukturerat program med aktiviteter kan ge positiva resultat. I allmänhet matchar dessa typer av program en ung person med en vuxen som har åtagit sig att regelbundet och under en längre tid stödja den unga personen.

Tabell 6. Evidensbaserade preventionsinsatser under sen ungdom och vuxna från 18 års ålder och uppåt

Insats	Riktad risknivå	Indikation på effektivitet (efficacy)
Alkohol- och tobakspolicyer	Universell Allmän population	**** Utmärkt

Policy inom alkohol och tobaksområdet har utmärkt vetenskapligt stöd (tabell 6). Användning av tobak och alkohol är vanligare än användning av narkotika. Då hälsobördan för populationen är tyngre kan uppskjuten användning av tobak och alkohol bland unga människor få betydande samhällseffekter. Effektiva insatser för att minska användningen av tobak och alkohol är:

- evidensbaserade tobaks- och alkoholpolicyer som minskar tillgången till tobak och alkohol för minderåriga och tonåringar

- framgångsrika policyer som höjer minimiåldern för försäljning av dessa produkter och höjer priserna genom beskattning
- förbud för tobaksreklam och begränsad reklam för alkohol som riktar sig till ungdomar
- aktiv och konsekvent tillämpning av policyer och detaljhandelns inblandning via utbildningsprogram.

Tabell 7 visar effekter av andra insatser som kommer att diskuteras i denna guide.

Tabell 7. Evidensbaserade preventionsinsatser i olika miljöer

Insats	Riktad risknivå	Indikation på effektivitet
Samhällsbaserad multikomponent insats	Universell och selektiv Allmän population och grupper i riskzonen	*** Bra
Mediekampanjer	Universell Allmän population	* Begränsad
Preventionsinsatser på arbetsplatsen	Universell, selektiv och indikerad Alla komponenter	*** Bra
Nöjesställen	Universell Allmän population	* Begränsad
Kort insats (Brief intervention)	Indikerad Individ i riskzonen	**** Mycket bra

Europeiska kvalitetsstandarder för prevention

European drug prevention quality standards (EDPQS) är en manual utgiven av EU:s narkotikabyrå (25). EDPQS togs fram av ett stort antal experter i en systematisk process och har sedan utvecklats genom praktisk användning.

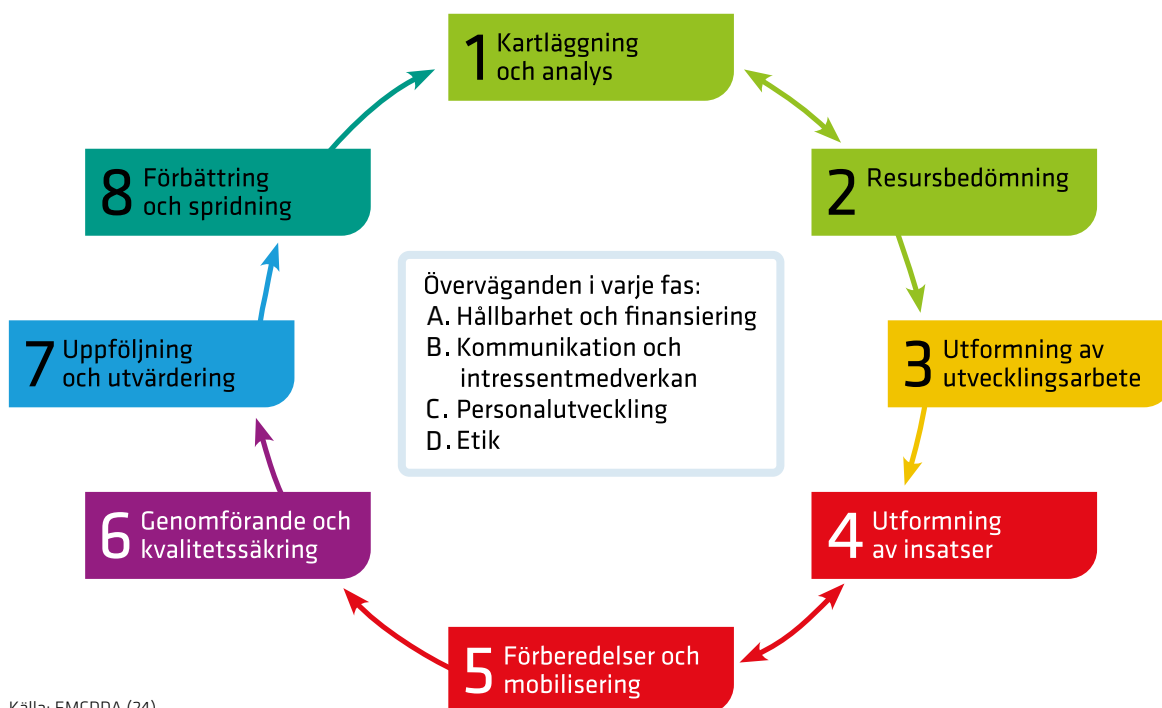
För att kvalitetssäkra och underlätta arbetet på regional och lokal nivå har Folkhälsomyndigheten tagit fram guiden ”Att lyckas med ANDTS-preven-

tion. En snabbguide för lokalt hälsofrämjande och förebyggande arbete baserad på European drug prevention quality standards (EDPQS)”.

Den är anpassad till svenska förhållanden och riktar sig framför allt till samordnare men även till andra yrkesverksamma inom det hälsofrämjande och ANDTS-förebyggande området.

EDPQS beskriver en arbetscykel med de åtta faser som ett förebyggande arbete vanligen omfattar (figur 7).

Figur 7. Arbetscykeln för ANDTS-prevention



Källa: EMCDDA (24)
Svensk version Folkhälsomyndigheten 2021

Även om arbetscykeln föreslår en viss turordning av aktiviteter kan i praktiken vissa faser avslutas i en annan ordning. Alla faser behöver inte heller vara relevanta för alla typer av preventionsverksamhet. EDPQS ger övergripande överväganden som bör beaktas i varje steg av utvecklingsarbetet.

De övergripande övervägandena är fyra återkommande teman som berör hela arbetscykeln, inte bara en fas. Här beskriver vi de återkommande temana närmare.

A: Hållbarhet och finansiering

Det behöver finnas en bredd av aktiviteter och insatser för att förebygga substansanvändning och det förebyggande arbetets långsiktighet bör i möjligaste mån säkerställas. För att vara hållbara bör insatserna fortsätta även efter den första implementeringen och efter det att den eventuella externa finansieringen har upphört. Hållbara insatser bygger också på ett varaktigt engagemang hos personal, ledning och andra intressenter. Vissa enskilda insatser kan vara tillfälliga och andra kan vara en del av en långsiktig preventionsstrategi där kontinuitet är viktig.

B: Kommunikation och intressenters engagemang

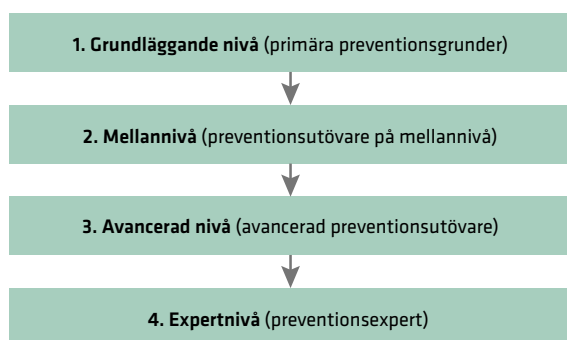
Intressenter är individer, grupper och organisationer som har ett egenintresse i aktiviteterna och resultaten av insatserna och/eller är direkt eller indirekt påverkade av dem. Intressenterna kan vara målgruppen, samhället, finansärer och andra organisationer som arbetar med prevention av substansanvändning. De bör kontaktas och delta i planeringen och utformningen av insatser och/eller policyer för att samordna insatserna, dela lärdomarna som dragits och fastställa gemensam planering och budgetering.

C: Personalutveckling

Denna komponent består av tre delar. Dessa är personalutbildning, kontinuerlig vidareutbildning och professionell handledning. Utbildningsbehoven bör bedömas före genomförandet och personalen bör utbildas för att säkerställa att insatsen/policyn ges med en hög standard. En kontinuerlig vidareutbildning är ett sätt att såväl belöna och behålla personal som att se till att deras kunskaper och färdigheter är aktuella.

Under genomförandet av insatserna och/eller policyerna är det viktigt att ge personalen möjlighet att reflektera över och förbättra sitt arbete. Kunskap om prevention bland personal har en viktig påverkan på kvaliteten på insatserna, och är nära kopplad till den utbildning som erhålls.

Figur 8. Utbildningsnivåer



Källa: Anpassat från Charvat et al., 2012

Tyvärr saknas ett enhetligt utbildningssystem för prevention i många europeiska länder. Charvat

et al. (26) har i ett försök att standardisera olika utbildningsnivåer föreslagit ett kvalifikationssystem för preventionskunskap bland personal i skolsystemet (figur 8). Kvalifikationssystemet återspeglar den kunskap och de färdigheter som krävs av personalen. En lärare som förmedlar ett enkelt utbildningsprogram eller en lektion om narkotika skulle därför endast behöva uppnå den grundläggande kompetensnivån. En specialist som är ansvarig för screening av studenter och tillhandahållandet av ett indikerat preventionsprogram skulle däremot förväntas uppvisa en avancerad kompetens. EUPC och UPC-Adapt-projektet är ytterligare ett försök att förbättra och standardisera utbildningar i hela Europa.

D: Etisk prevention av substansanvändning

Verksamhet för att förebygga substansanvändning inverkar på människors liv och är vanligtvis inriktad på ungdomar. När det gäller selektivt och indikerat förebyggande arbete kan dessa ungdomar vara bland de mest utsatta i samhället. Yrkesverksamma bör inte utgå från att preventionsaktiviteter per definition är etiska och gynnsamma för deltagarna.

Även om det kanske inte alltid är möjligt att följa alla principer för etisk prevention av substansanvändning måste ett etiskt synsätt vara tydligt i varje fas av projektet. För att skydda deltagarnas rättigheter och potentiella risker bör skriftlig information tas fram till alla som arbetar med insatsen. Informationen ska gärna vara utformad som en överenskommelse om dess etiska principer och deltagarnas rättigheter.

Nu går vi vidare till faserna i arbetscykeln.

Fas 1: Kartlägga och analysera

1.1 STÄMMA AV MED LAGSTIFTNING OCH STYRDOKUMENT

Alla förebyggande åtgärder ska stämma överens med relevanta policyer och styrande dokument som påverkar arbetet på lokal och regional nivå. Man behöver också beakta lagstiftning och att även exempelvis dataskyddsförordningen (GDPR)

och reglerna om offentlig upphandling (LOU) följs samt nationella strategier, andra vägledningar och riktlinjer från exempelvis statliga myndigheter.

1.2 KARTLÄGGA DEN LOKALA SITUATIONEN

Kunskap om den lokala kontexten är en förutsättning för att bedriva ett effektivt hälsofrämjande och förebyggande arbete. I fasens andra moment gäller det därför att kartlägga sociodemografisk situation och analysera hur den regionala och lokala ANDTS-användningen ser ut samt undersöka möjliga orsaker och bidragande faktorer till denna situation. Kartläggningen ger underlag till valet av målgrupper, insatser och arenor men skapar också en bild av arbetets utgångsläge, vilket behövs som jämförelse vid uppföljningen lite längre fram.

Vid kartläggningen används både kvantitativa och kvalitativa metoder och man bör så långt som möjligt använda lokala data från exempelvis enkätundersökningar, fokusgrupper, folkhälsostatistik och polisrapporter. Källor för data på nationell, regional och lokal nivå finns på www.folkhalsomyndigheten.se/snabbguiden.

1.3 KARTLÄGGA BEFINTLIG VERKSAMHET

Om det aktuella problemet är känt kanske någon aktör, inklusive det civila samhällets organisationer, redan gör insatser inom området. Det är därför mycket viktigt att kartlägga vad som görs, vilka aktörer som är involverade och vilka resultat dessa insatser har fått.

Resultaten från kartläggningarna samlas i en verksamhets eller projektplan som då innehåller data som behövs för att motivera behovet av insatsen.

1.4 KARTLÄGGA ÖVRIGA FÖRUTSÄTTNINGAR

Det finns andra förutsättningar som också är viktiga att undersöka, exempelvis intresset för frågan hos kommunens nyckelpersoner och ledning, de ekonomiska ramarna och andra intressenter som kan tänkas engagera sig. Graden av engagemang och intresse avgör hur arbetet ska bedrivas för att kunna bli framgångsrikt.

1.5 ANALYSERA MÅLGRUPP

Kartläggningen kompletteras sedan med detaljerade data om den tilltänkta målgruppen för insatsen, till exempel demografisk information om språk och storlek på gruppen samt andra närliggande problemområden såsom brottslighet. Man behöver definiera det sammanhang där insatsen ska genomföras, exempelvis familj, skola, arbetsplats, restaurangmiljö eller samhälle, för att kunna klargöra var och hur insatsen ska genomföras.

De olika aktörerna behöver också ha kunskap om målgruppen och dess förutsättningar för att delta eller medverka i en insats. Syftet är att få ett kostnadsmissigt effektivt och etiskt hållbart hälsofrämjande och förebyggande arbete som också stärker jämlikhet.

Det är även relevant att veta om målgruppen har varit föremål för några tidigare projekt och program och vilka resultat och erfarenheter det ledde till. Efter att man sammanställt fakta är det viktigt att analysera och dra slutsatser av informationen.

1.6 GÖRA EN SAMMANFATTANDE ANALYS OCH MOTIVERA INSATSEN

Ovanstående moment summeras i en sammanfattande analys som visar hur den lokala lägesbilden ser ut och motiverar vad som bör göras och varför. Vilka utfall ska prioriteras? Hur svarar befintliga insatser mot verksamheten, förutsättningarna och behoven? Har vi upptäckt helt nya förhållanden, tidigare ”blinda fläckar”, som måste uppmärksammas nu? Denna sammanfattande analys blir en grund för den kommande verksamhets- eller projektplanen. Den sammanfattande analysen stäms av med den ansvariga chefen eller styrgruppen.

Fas 2: Resursbedömning

2.1 KARTLÄGGA OCH BEDÖMA TILLGÄNGLIGA RESURSER

En insats har bättre förutsättningar att lyckas om målgruppen, lokalsamhället och andra relevanta aktörer är redo att engagera sig, genom att delta i eller stödja insatsens genomförande. Dessa aktörer

kan också bidra med resurser som behövs för insatsen. Det här momentet handlar om att beskriva intressenternas stöd och tillgängliga resurser, men också potentiellt motstånd.

2.2 KARTLÄGGA OCH BEDÖMA INTERNA FÖRUTSÄTTNINGAR

Det är viktigt att undersöka interna resurser och förutsättningar eftersom insatsen endast kan genomföras om det finns personal, finansiering och andra resurser tillgängliga. Den egna organisationen, som ska driva utvecklingsarbetet, måste alltså ha förutsättningar för att kunna göra det. Tanken med detta steg är att förstå vilka typer av insatser som skulle kunna vara rimliga, bland annat beroende på kommunens nyckelpersoner och ledningens inställning till dessa frågor.

2.3 KARTLÄGGA OCH BEDÖMA EXTERNA FÖRUTSÄTTNINGAR

Om arbetsgruppen bedömer att vissa resurser för arbetet saknas inom den egna organisationen behöver den undersöka möjligheterna att hitta dessa förutsättningar externt. Det kan handla om att söka bidrag hos myndigheter eller ta hjälp av arbetsplatser och civilsamhälle för att nå målgruppen.

2.4 SAMMANFATTA BEHOV OCH FÖRUTSÄTTNINGAR

Det är nu dags att göra en sammanfattande analys av faserna 1 och 2 för att identifiera behov och förutsättningar inför ett fortsatt arbete. Resultatet stäms av med en chef eller ledningsgruppen så att det tydligt finns förutsättningar för ett fortsatt utvecklingsarbete. Underlaget tas med till fas 3 och moment 4.4 (se nedan).

Fas 3: Utformning av utvecklingsarbete

3.1 VÄLJA EN TEORETISK MODELL

En teoretisk modell är en uppsättning sammanhängande antaganden som förklarar hur och varför en intervention sannolikt kommer att ge resultat i målgruppen. Det är viktigt att använda en teoretisk modell som är lämplig för den aktuella insatsen. Då ökar sannolikheten för att den ska

uppnå sitt mål. Annars är det lätt att man gissar sig fram eller gör ”som vi alltid har gjort”. Med en teoretisk modell blir det lättare att identifiera risk och skyddsfaktorer för exempelvis narkotika-relaterade beteenden och att fastställa lämpliga mål och syften. Om en teoretisk modell saknas kan man utgå från välgjorda studier, beprövad erfarenhet eller från de risk och skyddsfaktorer som identifierades under kartläggningen. Ta reda på så mycket som möjligt om olika interventioner som kan användas för att lösa de problem som identifierades under kartläggningen, och undersök vilka kompetenser som behövs för att genomföra den.

Om möjligt, ta hjälp av forskare tidigt i processen för att söka den teoretiska bakgrunden.

Behöver du baskunskaper om teoretisk prevention? Läs mer på www.folkhalsomyndigheten.se/snabbguiden.

3.2 HÄNVISA TILL VETENSKAPLIGT STÖD

Vetenskapligt stöd handlar om vad som faktiskt fungerar när det gäller prevention. Sådana vetenskapliga rön integreras med de professionellas erfarenheter och målgruppens förutsättningar för att man ska kunna utforma en insats som passar det specifika sammanhanget. Detta brukar benämnas evidensbaserad praktik. Ibland behöver en metod anpassas till målgruppen, och då bör man ta hjälp av forskare för att avgöra vad som kan justeras, och hur, utan att tappa det forskningsmässiga stödet för metoden.

3.3 DEFINIERA MÅL PÅ LÅNG, MEDELLÅNG OCH KORT SIKT

Tydliga målsättningar skapar fokus och riktning i arbetet. Genom att formulera specifika, mätbara, realistiska och tidsbundna mål ökar möjligheten att insatsen uppnår önskad effekt. Mål sätts lämpligen på tre nivåer:

- Långsiktiga mål benämns effektmål och beskriver vad insatsen ska uppnå på flera års sikt, till exempel under en nationell strategiperiod. Det kan exempelvis handla om minskat tobaksbruk.

- Mål på medellång sikt kallas resultatmål och ger tydliga kriterier för vad som ska uppnås under ett verksamhetsår eller under en projektperiod, exempelvis att samtliga kommuner har antagit en tobakspolicy.
- Mål på kort sikt kallas för aktivitetsmål och beskriver vad insatsen ska uppnå som en direkt följd av en aktivitet, till exempel efter ett föräldramöte. Ett sådant mål kan vara att alla föräldrar i en klass har kommit överens om att prata med sina barn om att inte använda tobak.

De olika målen kan ses som länkar i en kedja. Genom att uppnå aktivitetsmålen stöds resultatmålen, som i sin tur är några steg på vägen mot det övergripande effektmålet.

3.4 SE ÖVER FINANSIERINGEN

I fas 3 är det dags att beräkna ekonomin för arbetet mer i detalj. Ska den initiativtagande organisationen stå för hela finansieringen eller ska andra aktörer också bidra? Vilka i så fall, och med hur stor del? En budget behöver också omfatta kostnader för uppföljning och vid behov utvärdering. Om medel inte avsatts i årets budget behöver en chef eller ledningen godkänna kostnaderna.

3.5 INRÄTTA ARBETSGRUPPEN

Ett moment är att inrätta arbetsgruppen, det vill säga avgöra hur många och vilka som ska arbeta med utvecklingsuppgiften eller projektet samt ansvars- och arbetsfördelning. Man bestämmer vem som blir ansvarig eller projektledare och vilka uppgifter de övriga ska ha. Behöver externa personer engageras? Ibland behövs olika grupper (styr-, arbets-, referens- och samverkansgrupper) och ibland är det aktuellt att engagera externa experter och forskare eller kompetens inom den egna organisationen.

3.6 FASTSTÄLLA TIDPLANEN

Arbetet eller projektet får en tidplan för sitt genomförande. Det är dock lätt att vara tidsoptimist. Se

därför till att det finns marginaler och tillräckligt med tid för exempelvis planering, förankring, kommunikation, uppföljning och slutrapportering.

Tidplanen kan behöva justeras under genomförandet utifrån den faktiska utvecklingen.

3.7 BESLUTA OM RAMARNA

När faserna 1–3 finns sammanställda i arbets- eller projektplanen (läs mer under moment 4.4) fattar en chef eller ledningsgrupp beslut om ramarna, det vill säga resurserna för utvecklingsarbetet.

Fas 4: Utformning av insatser

4.1 VÄLJA INSATS

Insatsen bör ha någon form av forskningsstöd. Den måste också vara relevant för målgruppen, möjlig att genomföra utifrån lokala förutsättningar och tillgodose de identifierade behoven.

4.2 ANPASSA INSATSEN EFTER MÅLGRUPPEN

Om insatsen inte redan är väl anpassad till den aktuella målgruppen kan den skraddarsys under arbetets gång. Det bör finnas en viss flexibilitet så att de som arbetar praktiskt med insatsen kan justera den under genomförandet utan att behöva avvika från den ursprungliga planen. Det är dock viktigt att bevara insatsens kärnkomponenter. Alla ändringar innebär större risk för att resultatet inte blir det förväntade.

4.3 PLANERA UPPFÖLJNING OCH UTVÄRDERING

Förutom regelbundna avstämningar behöver arbetsgruppen systematiskt följa upp sitt arbete. Vid uppföljning av arbets- eller projektplanen kan den kompetens och det stöd som finns exempelvis inom den egna organisationen användas. Läs mer om uppföljning i moment 7.1.

Förutom uppföljning går det att göra mer vetenskapliga process- och resultatutvärderingar, och i så fall behöver man planera för detta och avsätta medel till ett utvärderingsuppdrag. Det är viktigt att arbetet planeras i nära samarbete mellan arbets-

gruppen och utvärderaren. En forskare eller utvärderare med kunskaper om prevention kan avgöra vad som är en lämplig utvärderingstyp och definiera indikatorer som visar om arbetet bidrar till målen på medellång och kort sikt. Sammanfattningsvis är det alltså viktigt att tidigt ta fram en plan för hur man ska följa upp och utvärdera projektet.

4.4 SAMMANSTÄLLA ARBETS- ELLER PROJEKTPLAN

All ovanstående information sammanställs i ett dokument som ofta kallas för en arbets- eller projektplan. Den är grunden för det fortsatta arbetet och ska vara beslutad av en chef eller ledningsgruppen. Planen kan sedan behöva uppdateras om nya fakta eller förhållanden framkommer. Alla uppdateringar ska godkännas av en chef eller ledningsgruppen.

Fas 5: Förberedelser och mobilisering

5.1 BJUDA IN OCH BEHÅLL DELTAGARE

För att bjuda in deltagare till indikerade och selektiva insatser behöver man välja lämpliga personer från målgruppen, informera dem om insatsen, erbjuda dem att medverka och se till att de påbörjar arbetet. Att behålla deltagare innefattar att alla stannar kvar tills aktiviteten är avslutad och målen har uppnåtts. Hinder för deltagande bör identifieras och undanröjas så att deltagarna kan slutföra insatsen. För universella insatser kan det vara aktuellt att rekrytera deltagare till en intermediär målgrupp, exempelvis lärare som ska genomföra en praktisk insats i sin skola. Det är viktigt att de blir kvar i verksamheten under hela arbetet eller projektet och man kan exempelvis ge kontinuerlig återkoppling så att de berörda känner sig delaktiga och ser hur arbetet utvecklar sig.

5.2 FÖRBEREDA MATERIAL

Förberedelserna omfattar också att gå igenom det material som krävs, till exempel foldrar, en webbsida, teknisk utrustning och verktyg för uppföljning och utvärdering. Efter en sådan genomgång går det att beräkna och uppdatera budgeten. Om handböcker, filmer eller webbplatser används i

insatsen ska de vara av hög kvalitet (pedagogiskt genomarbetade) och lämpade för målgruppen.

5.3 BESKRIVA INSATSEN FÖR INTRESSENTERNA

Samverkande aktörer behöver skriftlig information om insatsen och dess aktiviteter. Informationen ska vara tydlig och anpassad utifrån mottagarnas specifika behov. Olika aktörer kan till exempel behöva olika mängd information vid olika tider. Om beskrivningen används för att rekrytera deltagare är det särskilt viktigt att förklara syftet med insatsen och vilka fördelar det innebär för deltagarna att delta.

5.4 STÄMMA AV PRAKTISKA SAMVERKANSFRÅGOR

Praktiska frågor om samverkan kring projektet eller utvecklingsarbetet bör stämmas av löpande, men i det här momentet stämmer man av det praktiska arbetet med att genomföra den planerade insatsen. Arbetsfördelningen med alla inblandade aktörer finslipas så att alla vet vem som gör vad och när.

Fas 6: Genomförande och kvalitetssäkring

6.1 GÖRA EN PILOTINSATS

Om möjligt är det bra att göra en mindre pilotinsats för att identifiera praktiska svårigheter och andra svagheter som inte förutsågs under planeringsfasen. De som utvecklar insatsen får då chansen att göra nödvändiga justeringar innan den genomförs i större skala.

6.2 GENOMFÖRA ARBETET

Att genomföra en insats eller ett utvecklingsarbete handlar om implementering, vilket är ett eget kompetensområde som inte i detalj avhandlas här. Snabbguidens åtta faser liknar dock vedertagna modeller för implementering. Genom att noggrant följa faserna ökar chanserna att arbetet genomförs enligt planering, blir kvalitetssäkrat och får långsiktig effekt. Långsiktigheten kräver förankring och ständig fördjupning, vilket i sin tur tar tid och resurser.

En hälsofrämjande eller förebyggande insats kan genomföras när det finns stöd för att den är effektiv, genomförbar och etiskt hållbar. För att underlätta senare utvärderingar och rapporter om insatsen är det viktigt att från början noggrant dokumentera genomförandet, inklusive oväntade händelser och framgångar, avvikelser och tillkortakommanden.

6.3 KVALITETSSÄKRA ARBETET

Det är viktigt att följa upp arbetet regelbundet för att kontrollera att det går enligt plan och se om det behövs några modifieringar. I ett projekt kan även resultat och processdata samlas in och analyseras med jämna mellanrum, som en del av kvalitetssäkringen. Det kan gälla data som visar om insatsen är effektiv och relevant för deltagarna och om man följer projektplanen.

6.4 JUSTERA GENOMFÖRANDET

Det behövs en viss flexibilitet för att hantera problem som dyker upp, nya prioriteringar etc. Om det behövs ska utfallet från uppföljningar av arbetet användas för att justera genomförandet. Alla justeringar ska vara så små som möjligt och välmotiverade och man måste fundera på om de kan ha någon negativ inverkan på den aktuella insatsen. Eventuella justeringar ska dokumenteras och utvärderas för att se hur de påverkar deltagarna och insatsens resultat.

Fas 7: Uppföljning och utvärdering

7.1 FÖLJA UPP ARBETET

En uppföljning bygger på en löpande dokumentation av utvecklingsarbetet och en sammanfattande analys av arbetsprocessen och resultatet. Ofta görs uppföljningen av den arbetsgrupp som också genomfört arbetet. Nackdelen med detta upplägg är att det är lätt att bli ”hemmablind” och att delar som inte gick enligt plan riskerar att utelämnas. Fördelen är att arbetsprocessens svårigheter och framgångar – aspekter som indikatorerna inte fångar – beskrivs av dem som är verkligen insatta i arbetet. Dessutom får arbetsgruppens medlemmar värdefull kompetensutveckling.

Med indikatorer är det lättare att göra en objektiv värdering och komplettera den med en processbeskrivning. En enkel modell för uppföljning kan bygga på följande rubriker:

- Förväntade positiva effekter
- Förväntade negativa effekter
- Oväntade positiva effekter
- Oväntade negativa effekter

En sammanfattande analys, där det framgår om man uppfyllt målen, hjälper läsaren inför eventuella liknande arbeten i framtiden.

7.2 LÅTA GÖRA EN RESULTATUTVÄRDERING

Det är bra att låta en professionell utvärderare eller forskare utvärdera resultatet av insatsen. Grunden för resultatutvärderingen är att redovisa alla resultat enligt de indikatorer för utvärdering som togs fram i planeringsfasen. Beroende på åtgärdens omfattning och forskningsdesignen kan statistiska analyser visa hur effektivt åtgärden når de uppsatta målen. Orsakssamband ska om möjligt förklaras i en effektutvärdering.

7.3 LÅTA GÖRA EN PROCESSUTVÄRDERING

Processutvärderingar görs av en professionell utvärderare eller forskare. Processen kan följas på olika sätt, exempelvis genom dokument, genom aktiviteter inom projektet och genom intervjuer eller fokusgrupper med olika aktörer. Processutvärderingen kan beskrivas som en analys av vad som gör att ett projekt eller utvecklingsarbete blir framgångsrikt eller inte. Den innehåller en analys av insatsens kvalitet och användbarhet, vilken spridning insatsen fått och hur många som nåtts av den, vad deltagarna tycker om insatsen, hur resurserna har använts och om insatsen genomförts enligt projektplanen. Processutvärderingen bidrar till att förklara iakttagelserna från resultatutvärderingen och gör det lättare att förstå hur insatsen kan förbättras i framtiden.

För att veta om insatsen har genomförts på ett framgångsrikt sätt måste man analysera och tolka

resultaten från resultatutvärderingen och processutvärderingen tillsammans. Denna kunskap ligger sedan till grund för fas 8 Förbättring och spridning.

Fas 8: Förbättring och spridning

8.1 SAMMANSTÄLLA EN SLUTRAPPORT

En slutredovisning kan göras på många sätt, ofta genom en rapport som sammanfattar den dokumentation som sammanställts under arbetets faser. Den beskriver insatsens omfattning och aktiviteter samt resultaten från de slutliga utvärderingarna om det är lämpligt. Slutrapporten kan behöva tas fram i olika format eftersom olika intressenter kan önska mer eller mindre fördjupad information beroende på sin roll i arbetet. Använd gärna grafer, bilder, filmer och andra illustrationer som ökar läsbarheten och gör redovisningen lättare att förstå.

Slutrapporten bidrar med erfarenheter inför framtida insatser.

8.2 FASTSTÄLLA OM ARBETET BÖR FORTSÄTTA

Ibland kan en framgångsrik hälsofrämjande eller förebyggande insats fortsätta även när det initiala genomförandet är klart eller ett externt finansiellt stöd har upphört. En förutsättning är dock att chefen eller ledningen har varit delaktig i arbetet, ser fördelarna med det och kan ta med detta i kommande verksamhetsplanering och budget. Uppföljningar och slutliga utvärderingar visar om det är värt att fortsätta med insatsen. I så fall blir det aktuellt att specificera och utföra lämpliga steg och uppföljningsåtgärder. Detta beslutas av en chef eller ledningsgruppen.

8.3 SPRIDA INFORMATION OM INSATSEN

Alla som har varit delaktiga i arbetet behöver få återkoppling på resultatet – på sin del och på arbetet i stort. Då ökar också chansen att de olika aktörerna fortsätter att stödja insatsen. För att ge andra möjlighet att upprepa insatsen bör material och annan relevant information (exempelvis information om kostnader) också göras tillgängligt. Information om arbetet kan gärna spridas

via media för att ge deltagarna välförtjänt uppmärksamhet och inspirera fler att aktivt arbeta förebyggande.

Skräddarsydda evidensbaserade program

Som nämnts tidigare fokuserar EDPQS på begreppet ”hur” i preventionsarbetet, det vill säga implementeringen. UNODC:s International Standards on Drug Use Prevention fokuserar i stället på ”vad”, det vill säga innehållet i framgångsrika insatser eller policyer.

I Europa kan evidensbaserade program ibland betraktas med misstänksamhet. Detta eftersom de kan uppfattas som för normativa och att de avvisar yrkeserfarenhet. Yrkesverksamma kanske föredrar att arbeta med insatser utifrån målgruppens behov nerifrån-och-upp i stället för vad de ser som uppifrån-och-ner.

Lokalt framtagna och utvecklade arbetssätt eller insatser bygger på en förståelse för de lokala behoven, engagemanget, resurserna, aktörerna och uppfattningarna. De tenderar att vara mindre komplexa än manualbaserade insatser och förlitar sig mer på informationsgivning än på färdighetsutbildning och beteendeförändringar. De kräver också motiverad och välutbildad personal som är medveten om att prevention är något annat än att bara utbilda individer om risker, informera dem om faror, ge råd, använda skrämseltaktik, organisera temadagar eller externa föreläsningar av poliser och före detta användare. Kort sagt, lokalt framtagna och utvecklade arbetssätt eller insatser kräver att yrkesverksamma använder andra strategier än kognitiva för att ändra beteenden. Detta kan vara en utmaning att genomföra och det är därför som denna guide behövs.

Det finns många skäl att genomföra en evidensbaserad insats eller policy. Det kan också finnas ideologiska och kontextuella hinder som hämmar användningen av dem. Dessa presenteras i tabell 8.

De två begreppen – manualbaserade/evidensbaserade insatser och lokal relevant erfarenhet – behöver inte utesluta varandra. De kan i stället kombineras vilket erfarenheten med Communities That Care (CTC) i vissa europeiska länder har

visat. Kombinationen gör det möjligt för lokalområdet eller lokalsamhället att först analysera sina specifika behov och problembild objektivt och därefter välja de insatser som bäst motsvarar den specifika situationen.

Tabell 8. Hinder och fördelar med genomförande av evidensbaserade insatser

Hinder för att genomföra evidensbaserade insatser	Fördelar med att genomföra evidensbaserade insatser
Verkar ofta gå emot konventionell erfarenhet	Ger målgrupper och populationer de bästa insatserna, teknikerna och policyerna som finns tillgängliga
Utmanar kulturella och religiösa övertygelser gällande föräldraskap, familjestruktur, könsroller, etc.	Erbjuder möjligheten att leverera tjänster på ett mer effektivt och ändamålsenligt sätt
Kräver ny kompetens och specialiserad utbildning	Ger en mer rationell grund för att utföra/genomföra policybeslut
Utmaning vid genomförande för att upprätthålla exakthet vid implementering, samtidigt som man ska anpassa sig till målgruppens och befolkningens specifika behov	Ger ett gemensamt språk
Begränsad tillgång till resurser	Ger möjlighet att utveckla ett gemensamt koncept för utvärdering av vetenskaplig forskning
Kräver uppföljning och utvärdering	Bildar en ny grund för utbildning, erbjuder möjligheten att uppnå kontinuitet och ett mer enhetligt genomförande av insatser samt förtydligande om brister i vår nuvarande vetenskapliga kunskap

I denna guide diskuteras både nerifrån-och-upp-metoder och befintliga evidensbaserade program. Detta eftersom tillvägagångssätten inte nödvändigtvis motsäger varandra. Kombinationen av båda metoderna kan i stället ge en vinna-vinna-situation.

EDPQS möjliggör en nerifrån-och-upp-strategi och försäkrar att implementeringsprocessen är av hög kvalitet. UNODC International Standards listar evidensbaserade insatser och hjälper dig att välja en högkvalitativ förebyggande insats att genomföra.

Balans mellan kulturell anpassning och programtrohet

När insatsen tas fram måste vi överväga att skraddarsy insatsens budskap i syfte att matcha deltagarnas behov och egenskaper. Anpassningen ökar sannolikheten för att deltagarna ser insatsen som relevant, blir engagerade i den och uppnår de önskade resultaten. Att skraddarsy innebär att bemöta kulturella värderingar, språk, socialt sammanhang och visuella bilder. Det betyder dock inte att den teoretiska grunden för insatsen ska förändras.

De flesta evidensbaserade förebyggande insatserna eller policyerna har utvecklats i olika västländer. Därför kan det finnas behov av att anpassa insatsen eller policyn till det nationella, regionala eller lokala sammanhanget. Det är dock viktigt att upprätthålla programmets syfte genom att bibehålla insatsens kärnkomponenter. Det gäller särskilt

för evidensbaserade insatser. Det innebär att hitta en balans mellan programtrohet – att genomföra en preventionsinsats såsom den har föreskrivits eller utformats av den eller dem som har utvecklat insatsen – samt anpassning av insatsens innehåll i syfte att tillgodose behoven hos en specifik individ eller målgrupp.

Varför är det viktigt att vara noggrann med balansen mellan programtrohet och kulturell anpassning? Vissa skäl är uppenbara. Om till exempel insatsen ges på svenska men målgruppen inte har svenska som modersmål kommer innehållet inte att förstås.

Andra skäl är inte lika uppenbara. Om till exempel programmet har utvärderats bland en vit eller västerländsk befolkning och målgruppen varken är vit eller västerländsk finns det risk för konflikter i värderingar och eventuellt normer (27, 28).

Exempel på några av de frågor som måste övervägas vid anpassning av program illustreras i tabell 9.

Tabell 9. Exempel på faktorer som kan ha inverkan på anpassningen av preventionsprogram

Faktor	Ursprungligt programupplägg	Ny målgrupp	Konsekvenser
Språk	Svenska	Annat språk	Oförmåga att förstå programinnehåll
Etnisk tillhörighet	Svensk nationalitet	Annan nationalitet	Konflikter i värderingar och/eller normer
Stad/landsbygd	Stad	Landsbygd	Logistiska och miljörelaterade hinder som påverkar deltagande
Antal riskfaktorer och allvarlighetsgrad	Få riskfaktorer/måttlig svårighetsgrad	Flera riskfaktorer/hög allvarlighetsgrad	Otillräcklig effekt på flera eller de allvarligaste riskfaktorerna
Familjens stabilitet	Stabila familjesystem	Instabila familjesystem	Begränsad efterlevnad
Samråd med lokalsamhället	Konsulterat med lokalsamhället om programutformning och/eller administration	Inte konsulterat	Ingen "buy-in" i lokalsamhället, motstånd, lågt deltagande
Beredskap i lokalsamhället	Måttlig	Låg	Avsaknad av infrastruktur och organisationer för att hantera problem relaterade till substansanvändning och genomföra program

EMCDDA publicerade en rapport som undersökte huruvida nordamerikanska preventionsprogram kan genomföras i europeiska kulturer och sammanhang (29). Rapporten beskriver detaljer för GBG, ”Strengthening Families programme” och CTC.

Följande punkter beskrivs i EDPQS Toolkit 4 (30) och beskrivs i en artikel av Van der Kreeft et al. (31):

- Förändra förutsättningarna före interventionen. I stället för att ändra insatsen kan det vara säkrare att ändra lokala förutsättningar.
- Rådgör med den som utvecklat insatsen eller med en forskare. Detta för att få deras erfarenhet av att anpassa insatsen till en viss miljö eller situation.
- Behåll kärnkomponenter. Det finns en större sannolikhet för effektivitet när en insats behåller kärnkomponenterna i den ursprungliga insatsen.
- Identifiera huvudsakliga kärnkomponenter i insatsen som föranleder en beteendeförändring. Kärnkomponenterna är orsaken till att en insats fungerar. En kärnkomponent i European Drug Addiction Prevention (EU-Dap) Unplugged programme var ”att reagera på gruppsyck”. Denna kärnkomponent kunde inte utelämnas i anpassningsprocessen.
- Följ evidensbaserade principer. Det finns en större sannolikhet för framgång om en anpassning inte bryter mot en etablerad evidensbaserad preventionsprincip.
- Lägg till snarare än ta bort. Det är säkrare att lägga till något i en insats än att ändra eller ta bort något från den.

Din roll som yrkesverksam inom prevention är att bedöma hur man anpassar en evidensbaserad insats utan att förlora dess påverkan (se tabell 10). Diskussioner med dina kollegor under utbildning eller på din arbetsplats kan klargöra hur insatsen kan anpassas till målgrupper i lokalsamhället.

Tabell 10. Kulturell anpassning kontra programtrogenhet

Kulturell anpassning	Programtrohet
För att accepteras av målgruppen måste evidensbaserade insatser vara kulturellt lämpliga, och bemöta språk, seder, förväntningar och normer	Huvudkomponenter i den evidensbaserade insatsen måste säkerställas, samtidigt som man bemöter lokalsamhällets behov

Innehåll kapitel 4

Utvärdering och forskning	49
Utvärderingsformer och forskningsdesign	50
Forsknings- eller utvärderingsdesign	51
Typer av forskningsdesign	52
Urval och mätning	55
Datainsamling och analys	56
Att samarbeta med en utvärderingsforskare	56
Att använda databaser	57
Förhandsbedömning	58

KAPITEL 4. Uppföljning och utvärdering

Utvärdering är inom forskning ett sätt att systematiskt bedöma kortsiktiga och långsiktiga resultat av en preventionsinsats och de faktorer som är kopplade till dessa resultat. Utvärderingar kan genomföras under hela insatsens utveckling – från planeringsfasen till genomförande och uppföljning efter att insatsen är slutförd. I själva verket bör alla faser i en preventionsinsats utvärderas. Detta eftersom du kan få värdefull information som kommer att förbättra ditt arbete och hjälpa dig att bestämma om du vill fortsätta insatsen eller inte.

I det här kapitlet får du lära dig om de primära syftena med en utvärdering. I en utvärdering mäter du effekt och utfall, ser vilka populationer och populationssegment som svarade och vilka som inte gjorde det, jämför kostnader med fördelar och en insats effektivitet med en annan. Uppföljning och utvärdering är viktiga steg i EDPQS-arbetscykel.

Syftet med kapitlet är inte att ge dig de färdigheter som krävs för att genomföra din egen utvärdering. I stället introducerar vi några relevanta nyckelbegrepp som kan öka din förståelse för innehållet i forskningsartiklar och rapporter inom preventionsområdet. Kapitlet kan också ge kunskap om vad du bör tänka på när du ska utvärdera ditt eget arbete eller kontakta externa forskare/forskarteam för att genomföra en utvärdering för din räkning.

Det finns olika forskningsdesigner för utvärderingar. Vi kommer att titta på definitionerna liksom för- och nackdelarna med några av de mest populära. En av dessa är randomiserade kontrollerade studier (RCT).

Vi kommer kort att titta på andra delar av utvärderingen såsom att mäta urval och resultat. Detta för att se hur populationen definieras och väljs ut och de mått som har utvecklats för att bedöma attityder, värderingar, avsikter och beteenden relaterade till substansanvändning. Det kommer sannolikt att

behövas både kvantitativa och kvalitativa mätningar i alla utvärderingar. Kvantitativa mått är objektiva och mäter i första hand saker såsom användningsnivåer. Kvalitativa mått behandlar subjektiva aspekter och frågor som ”varför” och ”vad betyder det”. Slutligen kommer vi att titta på datainsamlingsmetoder och dataanalys i syfte att ge dig en bättre uppfattning om deras betydelse i utvärderingsrapporteringen.

Även om vi inte förväntar oss att läsarna av denna guide ska åta sig att genomföra utvärderingar, innehåller kapitlet en kort beskrivning av förhandsutvärderingar (latin: *ex ante*). Förhandsutvärderingar överväger vilka resultat som sannolikt kommer att uppnås innan ett program startar. Syftet är att öka förståelsen för vilka resurser som behövs för att genomföra ett preventionsprogram och vilka typer av analyser som behövs för att generera information om huruvida ett program varit framgångsrikt eller inte.

För den intresserade läsaren rekommenderas ytterligare ett antal kunskapsstöd om utvärdering. EMCDDA har publicerat ”Prevention and Evaluation Resources Kit (PERK)” och ”Guidelines for the evaluation of drug prevention: a manual for programme planners and evaluators”. Dessutom har UNODC tagit fram en guide för att utvärdera riktade preventionsprogram för att förebygga substansanvändning bland ungdomar. För mer fördjupad läsning har Society for Prevention Research publicerat sina standarder för forskning inom preventionsvetenskap. RE-AIM är ett annat ramverk för mer avancerad planering, genomförande och utvärdering av folkhälsoinsatser av olika slag.

Utvärdering och forskning

Studier av mänskligt beteende innefattar en rad forskningsfrågor och tillvägångssätt. De omfattar etiologisk forskning med genetik och neurovetenskap samt tillhörande attityder, värderingar och beteenden som bidrar till problemen/sjukdomen.

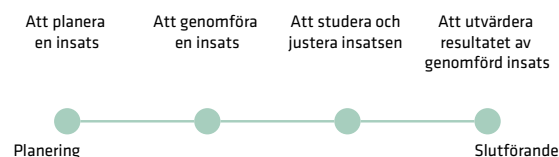
Forskning definieras som ”en systematisk undersökning som är utformad för att utveckla eller bidra till generaliserbar kunskap”. Utvärdering av prevention är en typ av forskning som definieras som ett systematiskt eller strukturerat sätt att bedöma de kortsiktiga och långsiktiga önskade resultaten av en preventionsinsats samt de faktorer som är kopplade till dessa utfall.

Det finns ett antal skäl till att genomföra en utvärdering eftersom de ger kunskap och förståelse för:

- Påverkan eller utfall. Uppnådde insatsen de avsedda resultaten? Var de större än om ingen insats hade gjorts alls?
- Oavsiktliga konsekvenser av insatsen. Att se till att preventionsinsatser inte skadar motagarna är en grundläggande etisk prioritering.
- Räckvidd. Nådde insatsen alla som deltog eller nådde den bara vissa grupper? Gav insatsen samma resultat för alla som deltog eller bara vissa grupper? Liknade de resultat som uppnåddes för pojkar dem som uppnåddes för flickor?
- Kostnader. I vilken utsträckning uppvägs de fördelar som uppkommit på grund av insatsen själva kostnaden för insatsen?
- Jämförelse. Var insatsen mer effektiv än andra när det gäller utfall med hänsyn till kostnaderna?

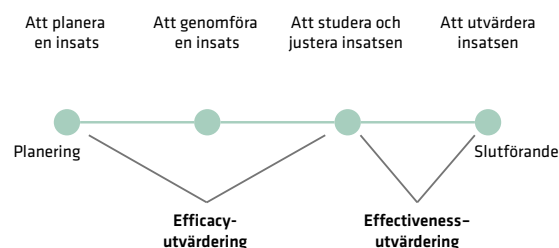
Utvärderingar av insatser kan genomföras under ett projekts livscykel – från planering till genomförande, reflektion och bedömning av påverkan (figur 9). Det finns användbara tekniker för att bättre förstå inte bara nya preventionsinsatser utan också etablerade som anses vara stabila och robusta.

Figur 9. Utvärderingsprocess



Utvärderingar kan vara värdefulla även när insatsen avslutats för att bedöma några av de långsiktiga effekterna av insatsen. Helst bör alltså samtliga faser av en preventionsinsats utvärderas. Exempelvis skulle utvärderingen av en ny preventionsinsats först behöva se till att komponenterna i insatsen – innehåll, struktur och genomförande – är förknippade med insatsens avsedda effekt. Förbättrar till exempel lektioner om beslutsfattande verkligen deltagarnas beslutsförmåga? Är det möjligt att lära ut om beslutsfattande inom en lektionstid på 40 minuter? Är formatet för genomförande effektivt (exempelvis interaktiva tekniker som används för att lära ut om beslutsfattande) eller finns det andra mer lämpliga sätt? Dessa typer av utvärderingar – så kallade efficacyutvärderingar – besvarar frågan om insatsen uppnår sin verkan under kontrollerade förhållanden. Att utvärdera insatsen i denna fas leder till revideringar och förbättringar som kan vidareutveckla insatsen före ett fullskaligt genomförande (figur 10).

Figur 10. Olika typer av utvärdering



En utvärdering av en stabil och robust preventionsinsats som ges under verkliga förhållanden, kallas en effectivenessutvärdering och undersöker i vilken utsträckning insatsen är ändamålsenlig. Utvärderingsresultaten kan användas för att följa

upp insatsen och ge återkoppling på kortsiktiga resultat direkt eller inom några månader efter insatsen. En utvärdering kan belysa ett framgångsrikt genomförande och områden som motiverar till förbättring. Långsiktiga resultat kan också bedömas med uppföljningsperioder som varar allt från sex månader till flera år efter insatsen. För substansanvändning skulle en uppföljning i allmänhet sträcka sig till mellan och sena tonår.

I slutet av den förebyggande insatsen bidrar utvärderingen till att bedöma värdet av insatsen och dokumentera lärdomar för framtiden. I denna fas kan man i en utvärdering bedöma antagandet och hållbarheten av insatsen. Detta är en tid då oväntade resultat också kan bedömas.

För yrkesverksamma inom förebyggande arbete är effektivitetsstudier av interventioner i en verklig kontext av primärt intresse. De genererar data om interventionens effekt och adresserar frågor som rör för vem interventionen var mest effektiv och under vilka villkor insatsen genomfördes.

Utvärderingsformer och forskningsdesign

Den övergripande avsikten med en utvärdering är att förstå vad som gjordes under insatsen och avgöra om insatsen uppnådde det som var avsikten med den. Frågor som en utvärdering kan besvara är:

- Uppnådde preventionsinsatsen/policyn sitt kortsiktiga resultat? Går exempelvis barns uppfattningar om risker i rätt riktning? Har föräldrar lämpliga färdigheter att stödja sina barn? Är nyblivna mödrar lyhörda för sina nyföddas behov?
- Uppnådde insatsen/policyn avsedd effekt för den målpopulationen som fick den? Skilde sig effekten mellan olika grupper exempelvis utifrån kön, etnisk grupp, substansanvändning eller socioekonomisk status? Har insatsen påverkat ojämlikheter mer för vissa grupper jämfört med andra?
- Vilka kännetecken för insatsen/policyn var associerade med de resultat som uppnåddes? Berodde de på förändrade attityder och övertygelser? Var de en kombination av förändrade attityder och kompetensfärdigheter?
- I vilken utsträckning var programtrohet vid genomförandet associerat med positiva/negativa resultat?

Det är viktigt att klargöra vissa faktorer innan en utvärdering görs:

- Vilka är forskningsfrågorna? Vad är syftet med utvärderingen? Är det för att se varför ett program är effektivt? Är det för att avgöra om man ska upprätthålla utvärderingen eller inte? Är det för att tillfredsställa en finansiär?
- Vad ska utvärderas? Vilka är resultaten?
- Vem är intresserad av utvärderingsresultaten och varför? Är det exempelvis något som en styrgrupp i kommunen skulle vilja veta? Finns det intresse av att även implementera programmet i andra kommuner eller regioner?
- Hur ser tidsplanen ut? Är den realistisk och finns det finansiering och andra resurser för att klara detta? Säg att du är intresserad av substansanvändning som ett resultat av en skolbaserad insats som ges till tolvåringar och du vet att debutåldern för att börja använda en substans är 16 år. Då måste en utvärdering följa deltagarna i fyra till fem år i syfte att se om det önskade resultatet (förhindra eller senarelägga debut) uppnås. Du behöver också fundera på om du enkelt kan följa deltagare under en så lång tid. Tänk ut hur ska du kontakta dem för att genomföra bedömningen om din deltagargrupp har avslutat sin skolgång/utbildning vid tidpunkten för uppföljningen.
- Hur kommer resultaten att sammanfattas och rapporteras? Vem kommer att ha tillgång till resultaten? Vilken typ av information och vilken detaljnivå kommer att återkopplas till deltagare och andra intressenter? Hur kommer du se till att utvärderingsresultaten inte används för att missgynna någon av deltagarna?

- Vilka resurser finns tillgängliga för utvärderingen? Vilken nivå av erfarenhet och expertis finns tillgänglig? Hur mycket kommer det att kosta? Hur mycket tid kommer utvärderingen att ta?

En utvärdering bör ses som ett integrerat system som omfattar två större komponenter – processutvärdering (uppföljning) och utvärdering av utfall (resultat).

Syftet med en processutvärdering är att beskriva de processer genom vilka en insats eller en policy genomförs. Den fokuserar på input och output från insatsen, i vilken mängd insatsen ges, programtrohet vid implementering och dess förmåga att påverka förändring.

I en processutvärdering följer man upp att insatsen eller policyn har genomförts på rätt sätt och enligt den strategiska preventionsplanen. Som en uppföljningsmetod är den ett mycket viktigt administrativt verktyg för alla genomförare av insatser.

En processutvärdering eller uppföljning ställer flera frågor:

- Vad gjorde vi?
- Hur mycket gjorde vi?
- Vem deltog?
- Vem genomförde insatsen/policykomponenterna?
- Genomfördes insatsen/policyn som avsett och i så fall varför?

Som yrkesverksam inom preventionsområdet har du en viktig roll när det gäller att betona betydelsen av en utvärdering. Det är klokt att samarbeta med en forskningsinstitution om utformning och utveckling av utvärderingsdesignen. Detta för att få råd om tillvägagångssätt och hantering av data. De primära komponenterna i utformningen är vilka forskningsfrågor du ska ställa, vilken typ av forskningsdesign du ska välja, val av målgrupp, urvalskriterier för populationen, åtgärder som avser utvärderingsfrågorna, datainsamlingsmetoder och analys.

Syftet med en utvärdering av de kortsiktiga och medellånga utfallen är att jämföra i vilken utsträckning deltagarna i insatsen förändrade sin kunskap, sina attityder, beteenden och praxis jämfört med dem som inte fick insatsen.

Syftet med en utvärdering av de långsiktiga utfallen är att få svar på om insatsen bidrog till en minskad eller avslutad substansanvändning.

Ett uppföljnings- och utvärderingssystem bör innehålla komponenter för såväl process- som resultatutvärdering. Syftet är att dokumentera insatsens input och output såväl som de kort-, mellan- och långsiktiga resultaten. Det är viktigt att göra en processutvärdering eller uppföljning för att dokumentera genomförandet av preventionsinsatsen även när en utvärdering av resultatet inte är planerad. Varje förebyggande insats bör följas upp för att avgöra vad som pågick under insatsen, vem som nåddes av den och hur mycket av den förebyggande insatsen som nådde målgruppen.

Forsknings- eller utvärderingsdesign

Vad menar vi med forskningsdesign? I allmänhet är forskningsdesign en vägledning, riktlinje eller plan för att undersöka en forskningsfråga eller hypotes. Utformningen av en studie definieras av de forskningsfrågor eller hypoteser som studeras. Studietyp, den typ av populationen som studeras, är beroende av mycket tydliga forskningsfrågor eller hypoteser.

- **Forskningsfrågor.** När man planerar en forskningsdesign är det viktigt att formulera tydliga forskningsfrågor. Som yrkesverksam inom prevention är du intresserad av att veta om preventionsinsatsen faktiskt når målgruppen och får avsedda effekter. Dessutom kanske du vill avgöra om insatsen kan ges till olika målgrupper och generera samma effekter. Frågorna om insatsens mättnad och resultat/effekt kommer att vara vägledande för planeringen av en utvärdering.

- Studietyp. När man enats om forskningsfrågorna är nästa komponent i designen att bestämma studietyp. Kommer studien att vara beskrivande, experimentell eller kvasi-experimentell? Ska den vara tvärvetenskaplig, longitudinell eller en fallstudie?
- Studiepopulation. Vem/vilka kommer att ingå i studiepopulationen? Vilka åldersgrupper kommer att ingå? Vilket kön? Kommer det endast vara människor som bor i hushåll eller ska människor som inte har fast bostad eller är i en trygg miljö eller på sjukhus också ingå? Dessa riktlinjer kallas inkluderingskriterier. Vi måste också överväga vem som inte kommer att ingå i studien. Ibland är studien begränsad till personer med hög läs- och skrivkunnsighet eller personer som kan förstå de forskningsfrågor som ställs. Dessa krav kallas för exkluderingskriterier.
- Urvalskriterier och urval. När studiepopulationen är definierad är det dags att bestämma hur människor ska väljas ut till studien. Kommer alla personer som uppfyller inkluderings- och exkluderingskriterierna att ingå i studien eller kommer det bli nödvändigt att studera en mindre grupp (delmängd) av den större populationen? Delmängden kallas för ett urval och måste vara representativt för den större gruppen. Det finns flera metoder för urval som har utvecklats för att säkerställa representativitet.
- Mått. Det är viktigt att göra forskningsfrågorna mätbara, att översätta dem till variabler eller utmärkande egenskaper (även benämnda attribut). Att omvandla attribut till en mätbar variabel kan till exempel vara att bryta ner civilstånd till ”gift” eller ”ogift”, eller ett mer detaljerat mått. Frågor som validitet och relevans måste övervägas när man beslutar om måtten: Visar dessa mätbara variabler verkligen vad vi vill veta?
- Datainsamling. När måtten har fastställts måste vi ta ställning till hur dessa data eller uppgifter ska samlas in. Ibland har dessa uppgifter redan samlats in i skriftlig form. Exempel på detta är det formulär som vi alla fyller i för att få körkort. Det kan också vara

formulär som kan fyllas i av andra, exempelvis av vårdpersonal på en akutmottagning eller av poliser. Det finns ett antal metoder för att samla in data från den studerade populationen direkt. Vi kan be enskilda personer om uppgifter genom att använda ett standardformat såsom ett frågeformulär eller en enkät. Dessa datainsamlingsformulär kan personen besvara via telefon, post eller digitalt. Noggranna överväganden behöver göras när det gäller såväl anonymitet och sekretess som sanningsenlighet och tillförlitlighet i svaren.

- Dataanalys. Slutligen innehåller forskningsdesignen en plan för att analysera insamlad data. Hur kan vi samla ihop alla data för att börja svara på de ursprungliga forskningsfrågorna?

Typer av forskningsdesign

Det finns många typer av forskningsdesign men oftast används endast ett fåtal i utvärderingar av preventionsinsatser. Ingen design är perfekt. Inte ens ”guldstandarden” i klassisk experimentell design, RCT:s (randomiserad kontrollerad studie). Samtliga har för- och nackdelar. Några är mer tillämpliga i vissa situationer än i andra.

Kvalitetsfrågor att beakta vid bedömning av utvärderingsresultat

När man undersöker resultaten av en utvärdering och vilka typer av slutsatser som kan dras av dem, finns det ett antal faktorer som måste beaktas. Detta oberoende av forskningsdesign. Dessa faktorer måste också beaktas när man designar en utvärdering.

VALIDITET

I alla utvärderingar är de största betänkligheterna relaterade till resultatens validitet. Vid en utvärdering innebär validitet att konstaterade effekter var ett resultat av insatsen. Det finns två typer av validitet som måste beaktas:

- Intern validitet: Är undersökningsresultaten verkligen ett resultat av deltagande eller exponering för insatsen eller ett resultat av något annat?
- Extern validitet: Är resultaten av utvärderingen av preventionsinsatsen tillämpliga på andra situationer och för andra populationer? Med andra ord, kan en preventionsinsats som visade sig vara effektiv med nordamerikanska barn även vara tillämpbar på europeiska barn?
- Överförbarhet: Är det sannolikt att resultaten kommer att upprepas av andra människor som är intresserade av att genomföra insatsen?
- Insatsmiljö eller genomförande: Dessa faktorer kan omfatta insatsens villkor, tid på dagen eller året och plats och störningar (belysning och buller) i samband med insatsen.
- Effekter före/efter test: Det finns ett lärande som uppstår bara genom att ta del av för- eller eftertestet.
- Ett annat hot mot den externa validiteten är det som kallas ”reaktivitet på forskningen” eller ”reaktivitet på insatsen”. Det är när deltagare medvetet försöker att ”lyckas” eller ”misslyckas” när man exempelvis besvarar frågeformulär. Relaterade termer inkluderar placeboeffekt (när en insats har en positiv effekt på resultaten bara för att mottagarna tror att den har det), nyhetseffekter (när människor tenderar att svara bättre på en ny insats eftersom den är ny och annorlunda från vad som vanligtvis ges, inte för att den är mer effektiv) samt Hawthorne-effekter (när människor ändrar sitt vanliga beteende eftersom de vet att de är en del av en forskningsstudie eller följs upp av personal som ger insatsen).

Det är en sak att se att insatsen var effektiv för tonåringar ur medelklassen. Det betyder dock inte att den kommer att vara effektiv för tonåringar som lever i fattigdom.

INTERN VALIDITET

Det finns ett antal hot mot den interna validiteten av en forskningsutvärdering:

- Tid: Att tiden har påverkat resultaten (i stället för insatsen).
- Historik: Vad som har hänt innan och efter insatsen (en annan aspekt av tid).
- Urval: Om insatsen inte kan ges till alla i en population måste en mindre grupp, ett urval, väljas ut som representerar den större gruppen. Urvalet måste återspegla de primära egenskaperna hos den större gruppen så att resultaten kan tillämpas på den.
- Avhopp (eller bortfall): Att deltagare i studien avbryter eller inte kan nås för uppföljning.
- Mätinstrument: Det finns vissa belegg för att deltagare kan lära bara av att besvara utvärderingsfrågorna.

EXTERN VALIDITET

Extern validitet innebär att resultaten från utvärderingen av preventionsinsatsen kan generaliseras (eller tillämpas) på andra situationer och populationer. Hot mot den externa validiteten är faktorer som:

- Generaliserbarhet: Är resultaten från en utvärdering av ett mindre urval applicerbara på en större population?

KONTROLL- ELLER JÄMFÖRELSEGRUPP

Vad vi vill se i en utvärdering är att insatsen kan konstateras ha ett starkt samband mellan deltagande i insatsen och resultatet, i vårt fall påverkan på substansanvändning. För att avgöra om det är insatsen som är orsaken till resultatet är det viktigt att utesluta att andra faktorer inte påverkade. Sådana faktorer inkluderar ovan nämnda såsom tid, historik med mera.

Genom att inkludera en grupp individer som inte får insatsen, men som överensstämmer med den grupp som deltog i insatsen, kan vi avgöra om det är insatsen som gett de visade effekterna. En sådan grupp kallas kontroll- eller jämförelsegrupp.

Kontrollgruppen representerar med andra ord vad som skulle hända med insatsgruppen om den inte fick insatsen. Ett exempel på detta är när en ny skolbaserad insats jämförs med de allmänna hälso-relaterade och sociala lektioner som eleverna brukar få. Detta är kärnan i en stark forskningsdesign.

Exempel på vanliga utvärderingsdesigner

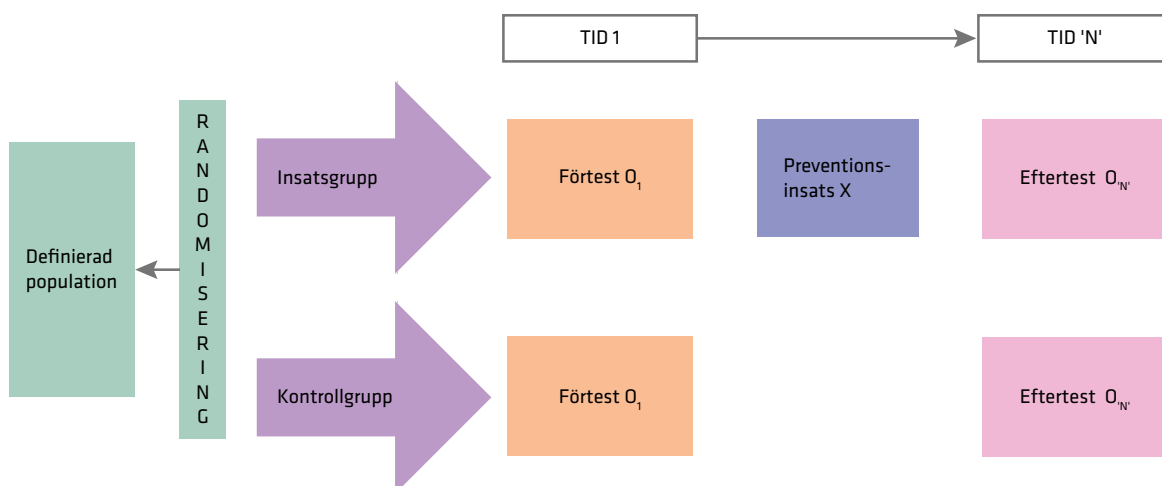
Det finns flera bra forskningsdesigner som används för att utvärdera effektiviteten av preventionsinsatser. Var och en har sina egna för- och nackdelar.

Den klassiska experimentella designen är mer allmänt känd som RCT (randomiserad kontrollerad studie, figur 11). RCT anses vara den mest omfattande av forskningsdesigner och används ofta i klinisk forskning samt i högkvalitativ preventionsforskning.

De viktigaste delarna i denna design är:

- lämpliga utfallsmått för att bedöma effekten av insatsen
- urval av kontrollgrupp som har samma egenskaper som de som deltar i insatsen
- slumpmässig fördelning av deltagare till insatsgruppen och kontrollgruppen
- uppgifter samlas in innan insatsen och sedan vid flera tidpunkter efter insatsens genomförande, både från dem som får och inte får insatsen
- tydlig förståelse för varför man deltar i insatsen
- tillräcklig och lämplig tid efter insatsen för att mäta utfallet, exempelvis för debut av substansanvändning vid 16 års ålder.

Figur 11. Den klassiska experimentella ansatsen eller RCT



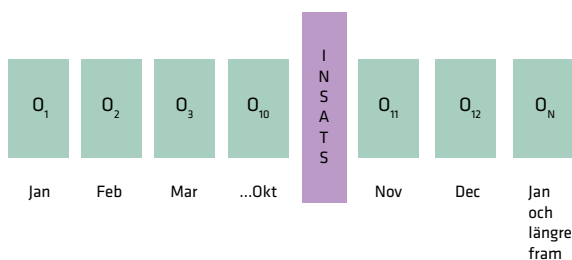
En RCT har styrkor och svagheter:

- Den bidrar till att påvisa förhållanden för orsak och verkan mellan genomförande av ett preventionsprogram och utfall.
- Forskargruppen kan genomföra en insats på ett exakt sätt.
- Den minskar vissa typer av partiskhet genom slumpmässig fördelning av deltagare som tar del av insatsen och kontrollgrupper.
- Den kräver ofta ett stort urval som studerats under lång tid vilket gör att det kan bli mycket dyrt och ta lång tid att generera resultat.
- Resultaten kanske inte efterliknar de verkliga villkoren för genomförande i praktiken.
- Det kan fortfarande finnas vissa dolda skillnader mellan de undersökta grupperna som inte redovisas av randomiseringsprocessen.
- Den besvarar inte alltid viktiga frågor som "vad fungerar?", "för vem?" och "under vilka omständigheter?". Du kommer behöva andra typer av studiedesigner såsom kvalitativa studier för att få denna typ av insikter.

AVBRUTEN TIDSSERIE

En alternativ design som används när det är svårt att utveckla en jämförelse- eller kontrollgrupp är en avbruten tidsserie (figur 12). I denna design görs upp till 100 mätningar före och efter insatsen för målgruppen. Designen har använts med framgång vid introduktion av generella förebyggande insatser i vissa miljöer. Till exempel kan en regering besluta om att införa en ny skatt på alkohol. I detta fall är det inte möjligt att tilldela en målgrupp att få insatsen eller inte, vilket skulle ha varit fallet med en RCT, eftersom samtliga alkoholprodukter påverkas. Den avbrutna tidsseriedesignen gör det dock möjligt för forskaren att studera vad som hände före och efter att den nya skatten infördes.

Figur 12. Avbruten tidsserie



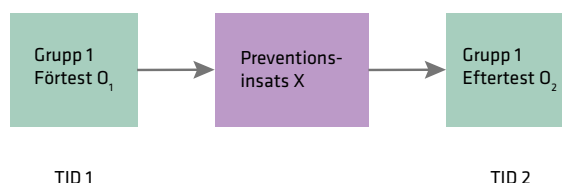
Avbrutna tidsserier har styrkor och svagheter:

- De är relativt lätta att göra där uppgifter redan rutinmässigt samlats in, exempelvis i samband med brottsrapporter och sjukhusvistelser.
- Välgjorda analyser kan utesluta existerande och säsongsmässiga trender eller förändringar i den större befolkningen innan insatsen genomfördes. Exempel kan vara ökad alkohol-användning under skolloven och en långsiktig tendens till minskat alkoholintag bland befolkningen i stort.
- De kan inte redogöra för, eller helt utesluta, möjligheten att andra faktorer som inträffade samtidigt som insatsen påverkade resultaten.
- Det kan ta lång tid att få fram tillräckligt med data för att genomföra analysen.
- Resultaten är ibland svåra att tolka eftersom utfallet sällan inträffar innan en insats är implementerad.

FÖRE- OCH EFTERTEST

Figur 13 visar den vanligaste designen för utvärderingar. Data samlas in från målgruppen innan och efter preventionsinsatsen. Datainsamlingen kan omfatta tiden direkt efter insatsen till upp till ett år efteråt.

Figur 13. Före- och eftertest



En före- och eftertest har styrkor och svagheter:

- Den går att slutföra snabbt och enkelt, kostar inte mycket och kan integreras i rutinmässiga uppföljningar inom en organisation.
- Enkla verktyg som enkäter kan användas för att samla in alla data.
- Den kan inte användas för att påvisa samband mellan orsak och verkan.
- Den kan bara visa förändringar på kort sikt.
- Den utesluter inte några alternativa förklaringar till eventuella förändringar som har observerats.

Urval och mätning

Urval är ett vanligt förfarande inom forskning när resurserna begränsas i form av tid, pengar eller personal. Urval kan användas för att dra slutsatser av en större population.

Processen omfattar flera steg:

- Definition och beskrivning av målgrupp: Vilka är målgruppens egenskaper? Hur ser könsfördelningen ut? Bor de i städer, förorter eller på landsbygden.
- Tillgång till målgruppen: Är det realistiskt att nå alla i målgruppen? Om man genomför en nationell undersökning kan den vara begränsad till personer som bor i hushåll eller till personer med tillgång till internet.

- Inkluderings-/exkluderingskriterier: Definiera vem som ska vara med och inte i din studie och provtagning.

Det är viktigt att beakta mätningens tillförlitlighet och validitet. Hur stabila är mätningarna när de upprepas över tid? Mäter vi det vi egentligen vill mäta? Som tur är har man utvecklat instrument för att bedöma effekterna av preventionsinsatserna. Instrumenten har använts i många olika situationer och för många olika målgrupper. EMCDDA har publicerat många av dessa i sin Evaluation Instruments Bank.

Som vi tidigare har nämnt finns det två typer av data att samla in – kvantitativa och kvalitativa.

Exempel på vad som utmärker kvantitativa uppgifter:

- De tillhandahåller mått på kvantitet såsom hur många personer 12–17 år som har använt cannabis under de senaste 30 dagarna och hur många gånger de använt cannabis i genomsnitt.
- De mäter beteenden och trender över tid.
- De är objektiva och standardiserade.

Exempel på vad som utmärker kvalitativa uppgifter:

- De är subjektiva och svarar på frågor som ”varför” och ”vad betyder det”.
- De ger insikter i beteenden, trender och uppfattningar.
- De är mer förklarande och bidrar till att tolka kvantitativa data.

Datainsamling och analys

När uppgifterna samlas in måste de omvandlas till data och till en form som möjliggör ytterligare undersökning eller analys. Dataanalys gör det möjligt för utvärderaren att systematiskt beskriva studiepopulationen och besvara forskningsfrågorna som låg till grund för utvärderingen. Statistiska metoder kan användas för att fördjupa analysen.

Deskriptiv statistik används för att beskriva, visa och sammanfatta insamlade data som exempelvis genomsnittlig ålder eller könsfördelning. Data presenteras ofta med tabeller, diagram eller annan grafik och statistiska kommentarer som förklarar innehållet i data. Deskriptiv statistik används också för att sammanfatta substansanvändning i olika målgrupper. ESPAD-rapporten är ett bra exempel på statistik som är informativ och meningsfullt beskriven.

Inferentiell statistik är mer komplex än deskriptiv statistik. Statistiken använder insamlade data från ett litet urval för att dra slutsatser om den större population som urvalet togs från. Inferentiell statistik är värdefull när en granskning av alla individer i en hel population inte är möjlig. Statistiken gör det möjligt att förutsäga sannolikheten för observerade resultat eller avgöra om skillnader inom och mellan populationer inträffade av en slump eller inte. Inferentiella statistiska tillvägagångssätt är mycket viktiga i alla studier av preventionsutvärdering. På grund av arbetets komplexitet råder vi dig att arbeta med statistiker från en forskningsinstitution, till exempel ett universitet, när du genomför dessa analyser.

Att samarbeta med en utvärderingsforskare

Enligt det traditionella tillvägagångssättet arbetar utvärderaren utanför organisationen som genomför insatsen. För att undvika partiskhet ska samverkan mellan genomförarna av insatsen och utvärderaren fokusera på det väsentliga och minimeras.

Enligt det samarbetsinriktade tillvägagångssättet arbetar den externa utvärderaren tillsammans med organisationen under hela utvärderingen. Det innebär att genomförarna och utvärderaren bildar ett team. Ytterligare medlemmar i teamet kan vara intressenter med intresse för preventionsinsatsens resultat. Det är dock viktigt att teamets roller, aktiviteter, ansvarsområden och samspel/samverkan är väl definierade. Detta för att undvika konflikter på grund av olika förväntningar. Det är också viktigt

att hålla regelbundna möten med viktiga intressenter för att granska framstegen och ta itu med problem när de uppstår. Tabell 11 visar de olika rollernas funktion i utvärderingsprocessen.

Den externa utvärderaren behöver ha relevant kompetens för att genomföra en utvärdering. Dessutom bör utvärderaren ha förståelse för utvecklingsrelaterade och organisatoriska frågor och god erfarenhet från tidigare uppdrag och publicering av utvärderingsresultat.

En extern utvärderare bör vara införstådd med att det ställs höga krav på forskning och praktik och kunna arbeta med strikta tidsfrister. Utvärderaren måste också kommunicera väl med genomförarna och intressenterna och ha förmågan att ta till sig de värderingar och etiska normer som råder i den verksamhet som ska genomföra insatsen.

Tabell 11. Roller för praktiker och den externa utvärderaren

Utvärderingssteg	Praktiker	Extern utvärderare
1. Engagera intressenter	Ledande roll Känna till dina intressenter väl och vem som bör vara engagerad i utvärderingen	Stödroll Visa intresse för att engagera intressenter på ett effektivt sätt
2. Beskriva preventionsinsatsen	Delad roll Dela kunskap om preventionsinsatsen	Delad roll Engagera praktiker för att beskriva preventionsinsatsen. Ta en ledande roll i att beskriva insatsen
3. Tydliggöra fokus i utvärderingen	Delad roll Identifiera de viktigaste utvärderingsfrågorna	Delad roll Tydliggöra fokus i utvärderingen och utveckla såväl bra utvärderingsfrågor som utvärderingsdesign
4. Samla relevant data	Stödroll Hjälpa till med att få tillgång till befintliga data, eller att begära deltagande i nya datainsamlingsaktiviteter	Ledande roll Ta en ledande roll i alla datasamlingsaktiviteter tillsammans med praktikerna
5. Motivera slutsatser	Delad roll Hjälpa utvärderaren att tolka resultat och ta fram rapport	Delad roll Ta en ledande roll i att analysera data
6. Säkerställa användning och spridning av resultat	Ledande roll Se till att resultaten används	Stödroll Presentera utvärderingsresultat som främjar användning

Källa: Center for Disease Control and Prevention (32)

Att använda databaser

För det mesta behöver vi inte uppfinna något nytt preventionsprogram. I stället försöker vi arbeta med befintliga effektiva program. Det finns flera sammanställningar som har samlat in evidensbaserade insatser för prevention av substansanvändning. Sammanställningarna visar insatser med ett starkt empiriskt eller vetenskapligt stöd. De bästa

har en sökbar databas så att du kan ange nyckel-termer som rör både insatserna och de önskade preventionsområdena.

Det finns dock problem i sammanställningarna som gör att man bör vidta försiktighet när man går igenom presenterade insatser. De kriterier som används för att inkludera en insats kanske inte uppfyller kvaliteten på UNODC:s internationella

standarder. Databaserna kan innehålla studier som visar på evidens trots att granskningen saknar fullständiga utvärderingsresultat. Det finns också en variation i hur bevisen på evidens presenteras.

Trots problemen ger sammanställningarna viktiga informationskällor. De innehåller en förteckning över många utvärderade preventionsinsatser och en beskrivning av innehåll och genomförande. Exempel på europeiska databaser kopplade till substansanvändning är: "Xchange", Green List i Tyskland, det spanska registret och registret hos Mentor UK. Några amerikanska exempel är: Blueprints för för Healthy Child Development och Preventing Drug Use among Children and Adolescents.

Xchange är ett webbaserat europeiskt register med evidensbaserade preventionsprogram som tar upp problem kopplade till substansanvändning. Registret tar hänsyn till både europeiska utvärderingsstudier och Blueprint-rankningen för program av amerikanskt ursprung. Xchange ger information om de europeiska preventionsprogrammets effekt och ger detaljer om lokala anpassningar på nationella språk. Registret ger ett välgrundat underlag för att fatta beslut om vilken insats som ska användas.

Kriterierna för att ett program ska få ingå i Xchange är att:

- det måste vara aktivt (för närvarande användas i minst ett EU-land)
- det måste bedömas lovande i Europa av minst en europeisk utvärderingsstudie.

Ett annat sätt att ta del av forskning om preventionsarbete är genom vetenskapliga tidskrifter såsom Prevention Science.

Publicerad forskning är en viktig grund för det moderna preventionsarbetet. Vetenskapliga tidskrifter kan hjälpa dig att hitta nyttinga studier som databasen inte hunnit med att publicera.

Förhandsbedömning

Till skillnad från forskningsbaserade utvärderingar, som sker under och efter en preventionsinsats, genomförs en förhandsbedömning före insatsen. Resultatet av förhandsbedömningar används för att optimera projektplanen och bestämma relevansen av de avsedda åtgärderna.

Förhandsbedömningar ger också en grund för uppföljning och utvärdering. Verktyget hjälper dig att definiera mål och identifiera vilka resultat som är viktiga, vilken inverkan programgenomförandet förväntas ha och vilken typ av information som behövs för att bedöma om projektet varit framgångsrikt eller inte.

Beslutsfattare och finansörer använder ibland resultaten av förhandsbedömningar för att bedöma inkomna förslag från externa genomförare av preventiva insatser. Arbetet kan utföras internt eller vid behov av ytterligare sakkunskap i samarbete med en extern utvärderare.

Europeiska kommissionen har tillhandahållit allmänna principer och vägledning för att kunna förstå och genomföra förhandsbedömningar, dock inte specifikt för preventionsprogram. De centrala informationskraven för denna typ av utvärderingsinsats sammanfattas i rutan på nästan sida.

VIKTIG INFORMATION FÖR FÖRHANDBEDÖMNING

Problemanalys och behovsbedömning:

- Vad är problemet som ska lösas? Vilka är de viktigaste faktorerna? Vilka är de berörda aktörerna?
- Vem är målgruppen och vilka är deras behov?

Målsättning:

- Har det övergripande målet, effektmålen och resultatmålen för preventionsinsatsen definierats utifrån förväntade resultat?
- Vilka utvärderingsindikatorer planeras för mätning av input, output, resultat och påverkan?

Alternativa handlingsvägar och riskbedömning:

- Vilka alternativa preventionsåtgärder övervägs (inklusive att inte göra någonting) och varför välja den föreslagna?
- Vilka risker såsom merkostnader och potentiella negativa resultat påverkar genomförandet av insatsen? Hur kan riskerna hanteras?

Insatsens mervärde:

- Kompletterar den föreslagna insatsen andra liknande åtgärder och fungerar den i linje med dessa?
- Skapar den synergier med dem?

Lärdomar från tidigare:

- Vilken information från tidigare utvärderingar, granskningar eller studieresultat/erfarenheter av liknande åtgärder finns?
- Hur kan dessa tillämpas för att förbättra utformningen av insatsen?

Planering av framtida uppföljning och utvärdering:

- Är de föreslagna metoderna för insamling, lagring och analys av uppföljningssystem/utvärderingsdata stabila?
- Är uppföljningssystemet/utvärderingen fullt fungerande från början av insatsens genomförande?
- Vilka typer av utvärderingar behövs? När ska de genomföras och av vem?

Att uppnå kostnadseffektivitet:

- Vilka olika kostnader är förenade med det föreslagna insatsalternativet?
- Skulle samma resultat kunna uppnås till en lägre kostnad? Eller skulle bättre resultat kunna uppnås till samma kostnad genom att göra något annat?

DEL 2

Preventiva tillvägagångssätt i olika miljöer

KAPITEL 5

Familjebaserad prevention

KAPITEL 6

Skolbaserad och arbetsplatsbaserad prevention

KAPITEL 7

Universell prevention

KAPITEL 8

Mediebaserad prevention

KAPITEL 9

Samhällsbaserad prevention

KAPITEL 10

Opinionsbildning för prevention

Innehåll kapitel 5

Definitioner.....	62
Typer av familjebaserade insatser.....	63
Allmänt innehåll i familjebaserade insatser.....	65
Evidensbaserade program.....	66
Utmaningar.....	67

KAPITEL 5. Familjebaserad prevention

Familjen är viktig för prevention på mikronivå. I det här kapitlet ger vi exempel på olika evidensbaserade program för familjebaserad prevention såsom EFFEKT, the Functional Family Therapy programme och Triple P, Positive Parenting Program. Vi avslutar med en diskussion om utmaningarna vid familjestödande insatser och hur vi kan hantera dessa.

Definitioner

Begreppet familj betyder olika saker för olika människor. Forskare inom olika studieinriktning, exempelvis antropologer, sociologer, psykologer och ekonomer, definierar och studerar familjer på olika sätt. Likaså definierar människor från olika länder och kulturer begreppet annorlunda. I exempelvis USA, Kanada och många europeiska länder definieras familjen oftast som kärnfamiljen, det vill säga två partners och deras barn, ensamstående föräldrar eller bonusfamiljer. I andra delar av världen definieras familj ofta som en storfamilj som omfattar mor- och farföräldrar, mostrar, fastrar, mor- och farbröder, kusiner och andra släktingar. I Sverige används även begreppet vårdnadshavare, det vill säga den eller de personer som har den rättsliga vårdnaden för ett barn.

Det höga antalet skilsmässor och omgiften i Europa de senaste decennierna har bidragit till ett ökat antal bonusfamiljer och familjer som består av en ensamstående förälder och barn.

Familjer som system

Forskare definierar familjer som system. Det innebär att en familj är något annat än bara en grupp människor som lever tillsammans. Familjer är på många sätt unika grupper av individer.

De skiljer sig därför från grupper av jämnåriga eller andra sociala grupper. Till skillnad från de flesta sociala grupper omfattar familjer vanligtvis medlemmar som är släkt via blodsband och starka sociala band. På grund av de nära relationerna och familjernas specifika uppgifter skapar de distinkta mönster av interaktioner som definierar dem.

Det finns både likheter och skillnader i hur familjer interagerar. Precis som det faktum att två individer inte är exakt likadana så finns det inga familjer som relaterar till varandra på exakt samma sätt. Familjer utvecklar sin egen identitet och sitt eget sätt att agera, såväl inom som utom familjens gränser. Familjemedlemmar säger ofta saker till varandra och gör saker tillsammans som de aldrig skulle säga eller göra med människor utanför familjen.

Familjemedlemmar kan ge varandra socialt stöd och en känsla av tillhörighet som påverkar vår utveckling liksom vår motståndskraft mot beteendeproblem.

Familjernas strukturer – deras normer attityder, värderingar och beteenden – definierar familjemedlemmarnas identitet och påverkar hur de interagerar. Strukturen påverkar också familjemedlemmarnas förväntningar på hur andra ska interagera med dem.

Barnets socialisering är en mycket viktig familjefunktion. Familjen är i allmänhet det sammanhang där barnet lär sig sin grupps normer, värderingar, attityder och beteenden. Familjen utgör i allmänhet det primära sammanhanget för socialisering. Det är i familjen som barnet lär sig viktiga saker om hur man pratar, interagerar med andra och hanterar motgångar. Föräldrar ingjuter dessa regler via olika former av inläring, omvårdnad och förhållningssätt.

Typer av familjebaserade insatser

Liksom andra preventionsinsatser kan familjebaserade insatser definieras som universella, selektiva eller indikerade. Familjebaserade preventionsinsatser kan också karakteriseras utifrån vem i familjen som deltar och för vilka delar av familjen insatsen är utformad att påverka.

Föräldrastöd syftar till att stärka föräldraskapet, exempelvis när det gäller gränssättning och kommunikation. Barnen kan antingen närvara eller inte närvara vid insatsen.

Utbildning för familjer handlar om att dels träna barn i personliga eller sociala färdigheter, dels träna familjen som helhet. Tyngdpunkten ligger på hur föräldrarna och barnen påverkar varandra och fungerar tillsammans som familj.

Insatser för att stärka familjen ges ibland i kombination med andra insatser, till exempel skolbaserade insatser. Denna bredare och mer omfattande förebyggande strategi genomförs ofta på universell nivå. Orsaken är att många olika makro- och mikrofaktorer påverkar ungdomarnas substansanvändning.

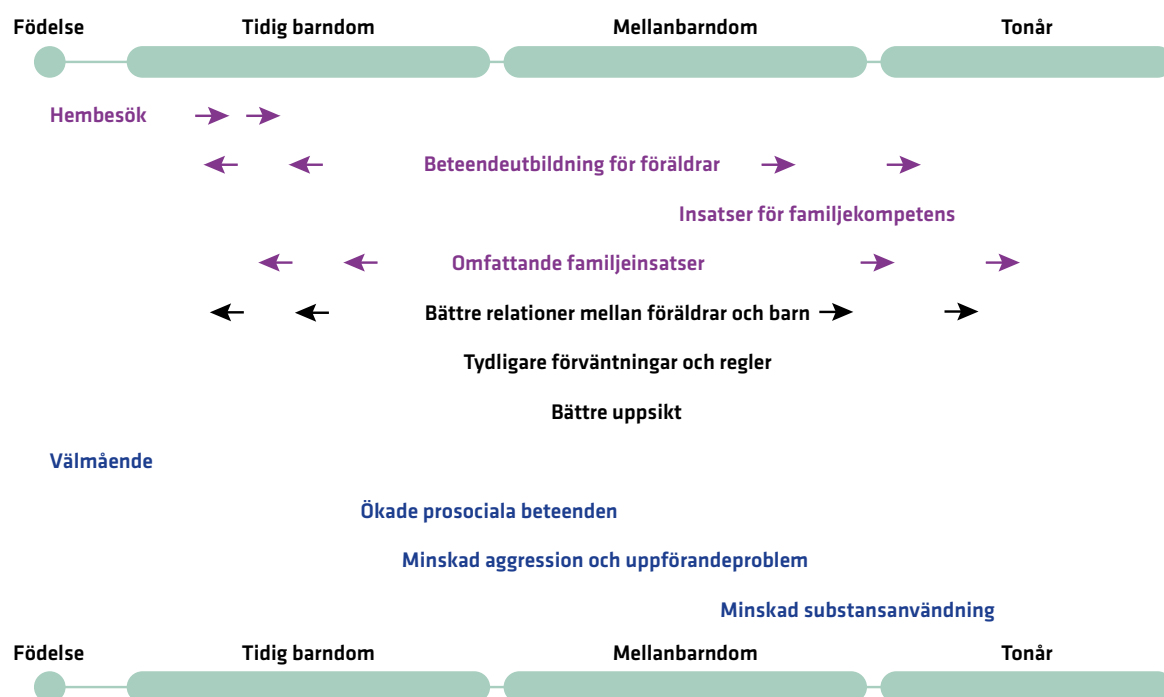
Vissa belägg tyder på att en kombination av preventiva metoder kan vara effektiv när det gäller att minska substansanvändning i populationen.

Vissa insatser är mer intensiva, med syfte att förhindra att tidiga problembeteenden leder vidare till substansanvändning och allvarigare beteenden. Det kan finnas olika skäl till att en familj kan behöva en insats, exempelvis på grund av våld eller ungdomars beteende utanför familjemiljön, i skolan eller i samhället. Familjeinsatser kan ge betydande effekter i barndomen och tonåren.

Föräldrars strategier och mönster behöver se annorlunda ut i olika åldrar. Effekterna av familjeprogram är relaterade till barnens olika utvecklingsfaser. Insatser tidigt i livet ger effekter på hälsa, välbefinnande och prosociala beteenden. Senare i barndomen och under ungdomsåren kan effekterna inkludera minskat problembeteende eller minskad substansanvändning.

Figur 14 visar effektiva strategier (lila), mål för förändring (svart) och positiva resultat (blått) för insatser som ges från födseln fram till tonåren.

Figur 14. Familjebaserade preventionsinsatser utifrån utvecklingsstadier



Den teori som ligger till grund för familjebaserade insatser bygger på att främja ett sunt ungdomsbeteende och förebygga beteendeproblem genom att påverka familjprocesser som föräldraskap.

Familjen är en av faktorerna på mikronivån som har störst inverkan på huruvida individen inleder ett substansanvändande eller inte.

När familjer fungerar bra minskar risken för problem. Familjestöd kan sättas in redan före födseln, exempelvis via hembesök för ekonomiskt utsatta och förstagångsgravida mödrar. Denna typ av insatser fokuserar på att ge stöd i föräldraskapet, förbättra mödrars hälsa, förbättra förhållandet mellan föräldrar och barn och ge förutsättningar för barns och ungdomars långsiktiga utveckling.

Några av de viktigaste faktorerna inom familjen som påverkar barns och ungdomars utveckling är följande:

- Goda relationer mellan föräldrar och barn. Kvaliteten på relationen mellan föräldrar och barn börjar i den tidiga anknytningsfasen och förblir en viktig påverkande faktor för utveckling genom tonåren. Även om relationen förändras över tid tenderar en relation som kännetecknas av värme och positivt känslomässigt stöd att skydda ungdomar från beteendeproblem. Föräldrar som tillbringar tid och är aktivt och positivt involverade i sitt barns liv bygger goda relationer. Beteendearikade föräldrautbildningsinsatser kan stärka relationen mellan föräldrar och barn. Insatserna kan öka positiva såväl som minska negativa beteenden hos barn eller ungdomar. De kan också ge långsiktiga resultat som minskad substansanvändning i tonåren och i ung vuxen ålder.
- Effektiva strategier för beteendehantering. Att socialisera för att uppnå ett positivt beteende hos ungdomar, och reagera på ett lämpligt sätt på riskfyllda ungdomsbeteenden, är en viktig del i en förälders arbete. Syftet med att använda effektiva strategier är att föräldrar ska kunna hjälpa ungdomar att följa och ta till sig lämpliga normer för beteende.
- Att kommunicera tydliga gränser och förväntningar och hålla uppsikt över var och med vem barnet tillbringar sin tid kan skydda ungdomar från negativa påverkansfaktorer på makronivå.
- Att kommunicera det positiva med familjen. Familjer som har positiva värderingar av familjen och försöker kommunicera dessa tydligt till sina barn bidrar till att främja positivt beteende och minska riskbeteenden.
- Att vara närvarande i ett barns liv. Föräldrar som umgås med och är aktivt närvarande i sina barns liv möjliggör en nära relation mellan förälder och barn. Genom att vara närvarande kommunicerar föräldrarna att de bryr sig om barnets sociala, känslomässiga och personliga välbefinnande och att relationen inte enbart handlar om att följa regler.
- Föräldrar som kan vägleda och stötta sitt barn känslomässigt, kognitivt och ekonomiskt ger sitt barn bättre förutsättningar att utvecklas hälsosamt.

Genom föräldrastödjande insatser kan vi stärka några av dessa kritiska familjefaktorer och minska beteenden som substansanvändning.

En av utmaningarna med vissa familjebaserade insatser är att motivera föräldrar som har mindre barn att delta i insatser som också syftar till att förhindra substansanvändning längre fram i tiden. Återigen är logiken att en förändring av processer inom familj- och föräldraskap på sikt kommer att förändra ungdomars utveckling.

Vilka är kärnkomponenterna i en insats som fungerar? I en utbildning för föräldrar till barn i åldern 0–7 år identifierades flera viktiga faktorer. Forskarna fann att insatserna hade bättre effekt när de:

- fokuserade på positiva interaktioner mellan föräldrar och barn – det vill säga när de lärde föräldrar att tillbringa tid med sina barn i icke-styrda situationer som kreativa och fria lekar och genom dem visa hur man entusiasmerar och ger positiv uppmärksamhet

- lärde föräldrar om känslor och hur man kommunicerar känslor, hur man använder aktivt lyssnande för att spegla vad barnet säger, hur man lär sina barn att känna igen och på lämpligt sätt uttrycka känslor och hur man minskar negativ kommunikation såsom sarkasm
- var uppbyggda så att föräldrarna kunde öva på de ovan nämnda färdigheterna med sina egna barn under sessionerna och hemma, inte via rollspel.

Allmänt innehåll i familjebaserade insatser

Familjebaserade preventionsinsatser ger mer än vad som beskrivs ovan. Vi kommer här att ge fördjupade kunskaper om hur du kan utforma insatser för föräldrar, barn och familjer.

Föräldrar

Olika insatser för familjekompetens omfattar olika slags aktiviteter. UNODC:s granskningspanel fann dock att de mest effektiva insatserna omfattar ett antal specifika saker som att lära föräldrar att visa tillgivenhet och empati för varandra, sina barn och andra människor liksom att vara lyhörda för barnens behov och önskemål.

Effektiva insatser lär föräldrar att:

- använda positiv bekräftelse och låta barnen veta när de betar sig väl – inte bara när de bryter mot reglerna
- tala om både sina egna och barnens känslor och hjälpa barnen att känna igen och uttrycka sina känslor
- vara förebild för ett lämpligt beteende, exempelvis att inte själva använda substanser
- hantera ilska för att bemästra stress och förändringar både i familjen och utanför
- leka responsivt – det vill säga tillåta barnen att ta lite kontroll och styra leken medan föräldrarna följer med
- anpassa sina förväntningar utifrån barnens ålders- och utvecklingsnivå (se bilaga 4).

Effektiva insatser lär också föräldrar att skapa struktur. Struktur betyder många saker men kan omfatta att:

- använda åldersanpassade strategier för att lära barnen om konsekvenserna av deras beteende
- ha och förmedla tydliga regler i hemmet, hjälpa sina barn att förstå samhällets regler och värderingar och skydda dem från eventuella problemsituationer i exempelvis familjen, lokalområdet eller på sociala medier
- vårdnadshavare är överens om centrala frågor om barnuppfostran och att omsätta dessa i praktiken
- ha uppsikt var deras barn är, vem de är med och vad de gör
- hantera konflikter, lösa bråk och be om förlåtelse eftersom det bidrar till en varm och öppen stämning i familjen
- ha särskilda rutiner som kan göras roliga och ge möjligheter att prata med sitt barn om viktiga ämnen, exempelvis vid måltider och sänggående.

Effektiva insatser lär också föräldrar att vara delaktiga i barnens skolliv som vid sidan av familjen är viktigast för barnets socialisering. Vissa föräldrar är ovilliga att interagera med skolan men forskning visar att föräldrar som hjälper sina barn att fungera väl bidrar till bättre skolerfarenheter genom att:

- följa upp och hjälpa sina barn med skolarbete när det är möjligt
- hålla kontakten med skolan och ta reda på vad som händer på barnens skola.

Barn

Det finns många viktiga färdigheter i livet som barn och ungdomar behöver lära sig och som föräldrar kan lära ut till sina barn. En typ av färdigheter att utveckla är den emotionella förmågan. Genom insatser kan man hjälpa föräldrar att förstärka denna förmåga genom att:

- uppfatta och erkänna både egna och andras känslor

- uttrycka sina känslor på ett lämpligt sätt
- hantera svåra känslor
- känna och visa empati för andra när de lider
- kunna ta emot feedback om sig själv utan att bli defensiv.

En annan användbar färdighet för barn, särskilt ungdomar, att utveckla är att tänka på framtiden. Att till exempel ha en positiv syn på framtiden, sätta upp realistiska mål och förstå hur vissa typer av beteenden såsom substansanvändning kan hindra dem från att nå sina mål.

Barn och ungdomar kan utveckla effektiva problemlösningsfärdigheter som hjälper dem när de hamnar i utmanande sociala situationer med kamrater.

Barn och ungdomar kan också lära sig hur man tar hand om sig själv på ett hälsosamt sätt. Det innebär att öka kunskapen om hur sund kost och hälsa liksom substansanvändning påverkar hjärnan, den fysiska och kognitiva utvecklingen, beteenden och känslor, det sociala livet med vänner och familj, skolprestationerna och framtida möjligheter.

Effektiva insatser bör lära ungdomar hur de på ett positivt sätt kan interagera med andra människor, genom exempelvis samarbete. Det kan hjälpa dem att börja förstå hur de passar in i samhället, vilka relationer som är bra för dem och vilka de ska hålla sig borta från.

Insatserna kan också förstärka värderingar i form av respekt för individuella skillnader och för andra människor i samhället. De kan lära ungdomarna att kommunicera effektivt genom aktivt lyssnande och genom att tydligt uttrycka sina egna behov och på så sätt avhjälpa konfliktsituationer.

Många effektiva insatser fokuserar på att lära ungdomar färdigheter i att stå emot gruppträck från jämnåriga som försöker påverka deras beslut och involvera dem i substansanvändning.

Familjen

I insatser som syftar till att stärka familjens förmågor är det viktigt att öva på återkoppling och

på att ta hand om och uppmuntra varandra på ett respektfullt sätt. De kan behöva hjälp att planera sitt familjeliv tillsammans och vara tydliga, konsekventa och rättvisa när det gäller att sätta regler och lösa konflikter. För att kommunicera effektivt kan familjer behöva lära sig att lyssna noga, tydliggöra roller och ansvar och lugnt diskutera potentiellt svåra ämnen som substansanvändning och sexualitet.

Evidensbaserade program

EFFEKT, Functional Family Therapy och Triple P är tre exempel på insatser som har visat sig ge lovande resultat.

EFFEKT är en universell preventionsinsats för ungdomar mellan 13 och 16 år. Den har rankats som gynnsam i EMCDDA:s Xchange-databas. Syftet med insatsen är att förhindra alkohol-användning bland tonåringar genom att ändra attityder hos föräldrar. I EFFEKT uppmanas föräldrar att kommunicera en nolltoleranspolicy om alkoholanvändning till sina barn. Informationen om insatsen sprids till föräldrar vid skolmöten i början av varje termin och i regelbundna brev som skickas hem under hela högstadiet. Föräldrarna får också information om organiserade aktiviteter som anordnas för att ge barnen en meningsfull fritid.

Functional Family Therapy är en riktad preventionsinsats för ungdomar mellan 11 och 18 år i riskzon. Den är rankad som sannolikt gynnsam i EMCDDA:s Xchange-databas. Syftet med insatsen är att minska ungdomarnas inblandning i brottslighet, förhindra användning av substanser och upprätthålla goda relationer mellan ungdomar och föräldrar. Insatsen syftar till att förbättra föräldrarnas färdigheter och ungdomarnas hörsamhet samt tar upp både kognitiva, känslomässiga och beteendemässiga teman. Insatsen baseras på varje familjs profil för specifika risk- och skyddsfaktorer.

Triple P (Positive Parenting Program) är ett program med fem olika nivåer av stöd till föräldrar med barn i åldrarna 0–16 år. Syftet är att stärka föräldrarnas kunskaper, färdigheter och självförtroende

och att skapa en positiv relation mellan barn och föräldrar. Genom att förebygga och upptäcka svårigheter tidigt minskar man risken för att barnen utvecklar allvarligare problem på längre sikt. De fem nivåerna tar hänsyn till specifika risk- och skyddsfaktorer som påverkar utvecklingsmässiga och psykiska hälsoutfall hos barn. Nivåerna går ut på att (1) säkerställa goda uppväxtvillkor, (2) skapa en positiv inlärningsmiljö, (3) använda tydliga regler, (4) ha realistiska förväntningar och (5) ta hand om sig själv som förälder. Triple P klassificeras i databasen Blueprints som lovande.

En annan vanlig insats är Strengthening Families Programme 10–14 (SFP). Det är ett universellt preventionsprogram för föräldrar och tonåringar som syftar till att främja ett gott föräldraskap och positiva familjerelationer. Syftet är minskat aggressivt beteende, förbättrade familjerelationer och minskad droganvändning under tonårstiden. SFP är inriktat mot att stärka familjens skyddsfaktorer och motståndskraft och därigenom förebygga och hantera risker i relation till ungdomars droganvändning och andra problembeteenden. Enligt SBU (Statens beredning för medicinsk och social utvärdering) är det vetenskapliga underlaget om metodens effekter motstridigt och det är oklart i vilken grad SFP påverkar substansanvändning. Xchange-databasen listar inte programmet som effektivt.

Utmaningar

Det finns många utmaningar och hinder för att nå organisationer och familjer med denna typ av insatser. En utmaning är att nå tillräckligt stor spridning av insatsen för att den ska få betydande effekt. Vi beskriver här några av utmaningarna och ger några råd om hur de kan övervinnas.

De största hindren för att effektivt genomföra familjeinriktade förebyggande insatser, särskilt universella och selektiva familjeinsatser, är att nå och behålla deltagande familjer. Forskning visar att familjebaserade insatser vanligtvis har ett lågt deltagande. Vid rekrytering till universella insatser når man ofta bara 10–30 procent av familjerna som man skulle behöva nå.

Vid insatser som är riktade, såsom indikerade insatser för familjer med unga som redan uppvisar vissa beteendeproblem, når man mellan 40 och 60 procent av familjerna. Vi vet också att deltagandet kan vara lägre bland utsatta familjer och att lågt deltagande kan innebära att insatsen inte får tillräcklig spridning för att påverka folkhälsan.

Forskning har identifierat några av de vanligaste hindren för deltagande i familjeinsatser som organiseras i grupp:

- Föräldrarna känner inte till insatsen. Information om insatsen kanske inte når familjer som kan behöva den.
- Hur familjer tänker och känner för programmet påverkar om de kommer att delta i insatsen eller inte.
- Familjer är mycket upptagna och har massor av krav på sin tid. Att delta i en två till tre timmars insats en kväll i veckan kan vara svårt för familjer som är uppbokade.
- Ibland ges insatser på platser som gör det svårt för familjer att delta. De kanske inte har tillgång till transport eller behöver resa långt.

Det finns strategier för att övervinna dessa utmaningar. De behöver anpassas beroende på tillgängliga resurser men rent allmänt finns det bra sätt att informera om insatsen. Ett mycket bra sätt är att intressera media för insatsen, bland annat genom artiklar eller inslag på radio.

Triple P har använt sig av sociala medier för att effektivt öka kännedomen om insatsen. En studie fann att upp till 80 procent av föräldrarna i samhället hade hört talas om insatsen via sociala medier.

Att nå ut till målgrupper genom att använda sitt personliga och professionella nätverk är en bra strategi för att sprida information om insatsen. Likaså att bygga vidare på andra familje- och ungdomsinriktade organisationers kontakter. För att familjer ska ta till sig insatsen behöver avsändaren vara trovärdig.

Ibland har föräldrar uppfattningen att insatsen bara riktar sig till ”dåliga föräldrar” och att deras familj inte skulle ha nytta av den eftersom de inte ser behovet. De kan också ha negativa erfarenheter vilket minskar sannolikheten att de vill delta igen i en annan insats. Det är viktigt att använda ett positivt språk och att normalisera vad insatsen bidrar till. Hur du beskriver insatsen formar familjernas syn på om insatsen är rätt för dem eller inte.

Ibland kanske föräldrar inte ser behovet av en insats för egen del. Att kommunicera hur insatsen kan bemöta deras specifika behov kan öka acceptansen, exempelvis genom att lyfta specifika delar av insatsen. Ibland kan det dock vara mer effektivt att diskutera insatsen med familjerna direkt via exempelvis hembesök eller gruppsammankomster.

Ett vanligt hinder är att få in ett möte på cirka två timmar i ett redan hektiskt familjeschema. Att lägga familjeträffar i anslutning till exempelvis redan planerade skolevenemang och anpassa dem till deltagarna bidrar till att hålla deltagandet uppe.

Det är viktigt att respektera familjetid. Det är ju trots allt en av de saker som insatserna försöker främja. Det mest fördelaktiga är att välja en plats som folk redan besöker ofta, helst nära familjens

bostad. Lyssna på målgruppen och identifiera vad som hindrar respektive främjar deras deltagande. Använd underlaget för att ta fram en plan för hur du kan rekrytera och behålla deltagarna.

Det är viktigt att skapa goda och respektfulla relationer även med de föräldrar som först inte kommer. Att hålla kontakten förbättrar insatsens rykte och hjälper till i rekryteringen av nya familjer.

Möjliga lösningar för att öka deltagande i familjeinsatser som organiseras i grupp:

- Öka kännedomen genom att sprida information om programmet i flera kanaler. Exempel på kanaler är media, sociala medier och mun-till-mun-metoden (personer berättar för andra om programmet).
- Påverka normer, attityder och värderingar genom att normalisera programmet. Exempel på tillvägagångssätt är att använda ett positivt språk och göra programmet personligt utifrån familjernas behov.
- Underlätta familjelogistiken genom att exempelvis vara flexibel i schemalagningen, välja en lättillgänglig plats och erbjuda hjälp med utlägg för transport, måltider och barnpassning.

Innehåll kapitel 6

Skolbaserad prevention	70
Arbetsplatsbaserad prevention.....	75

KAPITEL 6. Skolbaserad och arbetsplatsbaserad prevention

Ytterligare miljöer på mikronivå för förebyggande arbete är skolan och arbetsplatsen. Vi börjar med att titta på de skolbaserade förebyggande insatserna, deras mål och hur man tillämpar teorin om dem i praktiken. När det gäller skolbaserad prevention betonar vi vikten av att använda elevdata i samband med en insats. Unplugged, GBG (Good Behaviour Game) och KiVa är evidensbaserade program för skolbaserad prevention.

Tyvärr finns det inte så många befintliga insatser för arbetsplatsprevention i Europa och få är evidensbaserade. Förhoppningsvis kan kapitlet ge viss inspiration till den som arbetar med arbetsplatsbaserad prevention. Vi beskriver vad som utmärker arbetsplatsprevention och går igenom de hinder som du kan stöta på.

Skolbaserad prevention

För barn och ungdomar är familjen och skolan de två främsta arenorna för att förebygga användning av substanser. Faktum är att många barn sannolikt tillbringar mer tid i skolan än med föräldrarna. En fördel med skolbaserad prevention (tabell 12) är att insatserna ges till alla barn (en universell population) och inte bara till dem i en högriskgrupp (en selektiv population) eller till särskilt sårbara individer (en indikerad population). Alla barn kan potentiellt dra nytta av universella insatser i skolorna eftersom alla står inför en viss risk.

En skolbaserad insats är inte beroende av att identifiera och potentiellt peka ut ungdomar som redan har börjat använda substanser. Budskap kan därför ges till alla barn utan risk för stigmatisering. Att placera högriskbarn tillsammans i en egen grupp har dessutom visat sig öka deras riskbeteende (33).

Tabell 12. Typer och effekter av skolbaserade preventionsinsatser

Insats	Riktad risknivå	Indikation på effektivitet (efficacy)
Prevention som utvecklar personlig och social kompetens och socialt inflytande	Universell och selektiv Allmän population och grupper i riskzonen	*** God
Skolpolicy och kultur	Universell Allmän population	** Tillräcklig
Hantering av individuella psykologiska sårbarheter	Indikerad Individ i riskzonen	** Tillräcklig

Skolor finns i alla former, storlekar och konstellationer. I nästan alla länder bidrar de till att förbereda ungdomarna för att bli helt integrerade medlemmar av familjer, arbetsplatser och i samhället som helhet.

Skolor och utbildning åstadkommer dock mycket mer än detta. I en policyrapport från Världsbanken redovisades analyser av utbildningsdata och nationalekonomi (34). Resultaten visade stark evidens för att befolkningens kognitiva färdigheter – snarare än enbart skolresultat – har ett starkt samband med individuella inkomster, inkomstfördelning och ekonomisk tillväxt. Kognitiva färdigheter innefattar elevernas förmåga att:

- tänka självständigt och lösa problem på ett förnuftigt och noga övervägt sätt, både ensamma och i samarbete med andra
- resonera, begripliggöra och lösa problem genom att använda ny och tidigare okänd information eller nya metoder
- dra slutsatser och finna lösningar genom att analysera sambanden i givna problem, frågor eller villkor.

Skolan är, liksom familjen, en av de miljöer på mikronivå som formar barns utveckling liksom deras prosociala attityder och beteende. Det finns många komplexa interaktioner bland de biologiska och personliga egenskaperna och den sociala miljön som påverkar människans beteende. Dessa interaktioner formar barns och ungdomars värderingar och beteenden. De är också särskilt viktiga för den fysiska, känslomässiga och sociala utvecklingen från barndomen till tonåren och från tonåren till vuxen ålder. Skolan kan påverka hur barn och ungdomar betraktar olika positiva och negativa beteenden.

Således kan skolinsatser påverka en individs sårbarhet och risk för särskilda beteenden, i synnerhet kopplade till substansanvändning.

Skolbaserad prevention kan även vara av intresse för ett universitet eller andra miljöer för högre utbildning. Högskoleelever löper ofta särskilt stor risk att använda substanser. Det beror på att de

har flyttat från familjen till en miljö där de har större självständighet och förväntas ha kontroll över en rad sociala och hälsorelaterade beteenden. I skolmiljön kan dessutom vissa substanser blir mer tillgängliga och substansanvändning kan förekomma i elevorganisationer och på evenemang.

Det är särskilt viktigt att skapa och upprätthålla ett positivt skolklimat, samtidigt som skolorna också har en viktig roll när det gäller att förebygga substansanvändning inom minst tre ytterligare områden:

- Påverka beteende. Förebygga – eller åtminstone fördröja – ungdomars användning av substanser. Dels genom att förmedla värderingar, normer och attityder mot substansanvändning, dels att stärka färdigheter att effektivt stå emot gruppträck från jämnåriga som kan påverka dem till att använda substanser.
- Universell prevention. Utveckla rimliga, tydliga och konsekvent genomförda policier mot användning och försäljning av samtliga substanser, inklusive alkohol och tobak, på och nära skolområdet och vid alla skolans sponsrade evenemang.
- Minska de negativa konsekvenserna i samband med användning. Genom att behandla substansanvändande elever respektfullt och med empati och genom att hänvisa dem till lämpliga rådgivnings- och stödtjänster, inklusive behandling om så behövs, samt att hjälpa dem minska eller avsluta sitt substansbruk.

Forskning visar att skolbaserade preventionsinsatser kan förbättra skolresultat och förhindra avhopp från utbildningen (35). Därför ligger substansprevention både i skolornas och elevernas intresse.

Skolans resurser

Innan en preventionsinsats väljs och genomförs behöver man bedöma skolans resurser att införa och implementera program och strategier (36). Här är några viktiga frågor att tänka på innan man väljer ut en förebyggande metod:

- Finns det administrativt stöd att planera preventionsinsatser under skoltid?
- Finns det personal med den kompetens som behövs för att genomföra programmen?
- Finns det resurser för att betala för material som rör programplanering, lärarutbildning, lärarvikarier och tillgång till metodstöd?
- Finns det tillgång till högkvalitativ utbildning och tekniskt stöd för att vägleda skolpersonalen i genomförandet av preventionsprogrammet och när det uppstår utmaningar?

Det är viktigt att det finns både administrativt stöd och ledarskapsstöd för att säkerställa att insatsen införs och genomförs effektivt (37, 38). Flera andra faktorer bör också vara på plats.

Skolan bör ha formulerat en vision om vilken typ av skolmiljö den eftersträvar för att främja elevernas pedagogiska och sociala utveckling. Visionen bör åtföljas av relaterade mål varav ett bör vara att se till att skolmiljön är fri från alkohol, tobaksprodukter och andra substanser.

Det behövs en plan som tydliggör roller och ansvar liksom hur insatsen ska genomföras, utvärderas och utvecklas. Planen bör innehålla en bedömning av skolans kapacitet att genomföra insatsen.

Mål för skolprevention

Effektiva strategier för prevention av substansanvändning är utformade för att hantera de olika utvecklingsstadierna hos barn, ungdomar och andra elever (39, 11). UNODC:s internationella standarder beskriver att alla skolbaserade förebyggande aktiviteter och program inte kommer att vara effektiva för alla i skolåldern. Insatserna bör endast genomföras i de åldersgrupper för vilka det finns evidens.

För barn i mellanåldern ska strategier för förebyggande av substansanvändning vara relativt enkla. De ska fokusera på enkla, okomplicerade instruktioner som att bara ta medicin om en läkare ordinerar dig att göra det och att inte ge någon annan din ordinerade medicin även om de ber om det. Lärare kan också genomföra strategier

som är utformade för att bekräfta och uppmuntra prosocialt beteende och korrigerar impulsivt, eller på annat sätt, olämpligt beteende.

Med vägledning kan unga tonåringar utveckla positiva värderingar och attityder som förhindrar substansanvändning. Eleverna behöver känna till skolans policy när det gäller olika substanser och konsekvenserna av överträdelser. De kan lära sig att förstå hur reklam försöker påverka dem att använda alkohol och andra substanser. De kan också lära sig om de negativa konsekvenserna som alkohol, tobak och annan substansanvändning kan ha på känslor, uppfattningar och psykisk hälsa liksom på hjärnans utveckling. De bör också fortsätta att utveckla och praktisera en rad sociala färdigheter.

Under senare ungdomsår bör eleverna kunna använda sina värderingar för att fatta beslut i situationer där substanser används eller där de kan påverkas att använda substanser. De bör också lära sig om juridiska och sociala konsekvenser till följd av olaglig substansanvändning. Slutligen kan de få undervisning i en mängd olika strategier för att minska de negativa effekterna av substansanvändning (40). Som vi har sett kan undervisningen betona faran med att dricka och köra bil eller att åka med en förare som har druckit.

Det är uppenbart att evidensbaserade preventionsinsatser noggrant måste matchas med barnens utvecklingsstadier om de ska vara effektiva. Preventionsvetenskap bygger alltså på barns utveckling och hur man bäst når barn i varje utvecklingsstadium.

Uppgifter om elevers substansanvändning

Uppgifter om elevers substansanvändning används för att förstå omfattningen av bruket, vad som karaktäriserar användningen och vilka typer av substanser som eleverna använder.

Tidigare diskuterade vi behovsbedömningar, det vill säga insamling och/eller analys av befintliga data för att beskriva substansanvändning. Behovsbedömningarna omfattar data om vilka typer av

substanser som används, hur ofta de används och administreringssättet. De omfattar även data om hur elever får tag i substanser och vad som utmärker substansanvändarna utifrån kön, ålder, etnicitet, lokalområde, skolk, fysisk och psykisk hälsa, debutålder och typ av substans.

Elevundersökningar som genomförs i skolmiljö anses i allmänhet vara den bästa metoden för att samla in uppgifter om elevers substansanvändning. De kan omfatta olika typer av kvalitativa och kvantitativa data. De är relativt billiga att genomföra och ger den bästa informationen om aktuella mönster för substansanvändning liksom om attityder. Samtidigt kan dessa undersökningar vara krävande att ta fram, administrera och värdera. Uppgifterna kan också vara svåra att analysera och tolka.

Skolor kan även välja att använda resultaten från undersökningar som har genomförts av andra organisationer. Här rekommenderar vi särskilt ESPAD:s och WHO:s undersökning ”Health Behaviour in School-aged Children”. Man kan också förlita sig på nationella undersökningar. Även om vissa av dessa nationella undersökningar (och därmed deras resultat) inte är uppdaterade kan resultaten ändå vara användbara för att jämföra med lokalt genomförda undersökningar. Nationella undersökningar kan också användas som substitut för en skolas egen undersökning, särskilt om resultaten är uppdelade efter region eller befolkningstäthet.

För att kunna fatta lokala beslut är lokala data nästan alltid mer användbara än uppgifter från regionala eller nationella undersökningar. Det är lätt att avfärda oroande resultat från en undersökning om substansanvändning som har genomförts på nationell eller regional nivå med att resultaten inte representerar situationen i ”vårt” lokalsamhälle.

Att tillämpa teori

Teorier om kognition och lärande och The Theory of Planned Behavior (TPB) kan tillämpas på skolbaserade insatser för prevention av substansanvändning. En skola är inte bara en plats för

lärande. Den omfattar elever och skolpersonal som samverkar under stora delar av dagen. Precis som i hemmet, där föräldrar interagerar med sina barn i familjeförebyggande insatser, så interagerar personalen i skolan med eleverna för att genomföra effektiva preventionsåtgärder. Åtgärderna omfattar insatser, skolpolicyer och skolmiljö.

Preventionsinsatser i skolan har visat sig vara de mest effektiva när det gäller att producera långsiktiga förebyggande resultat.

Ett program eller en insats för prevention av substansanvändning avser en manualbaserad insats i klassrumsmiljö med aktiviteter som syftar till att uppfylla specifika inlärningsmål. Skolpolicyer för prevention av substansanvändning hänvisar till skriftliga regler eller föreskrifter angående substansanvändning i skolan och på skolans område. Reglerna omfattar vad som händer när någon bryter mot dem och konsekvenserna av att göra det. Slutligen definieras skolklimat som kvaliteten på och karaktären av livet på skolan. Skolklimat byggs på mönster av elevers, föräldrars och skolpersonalens erfarenheter av skollivet. Det speglar normer, mål, värderingar, mellanmänskliga relationer, undervisnings- och inlärningsrutiner samt organisationsstrukturer.

Två decenniers forskning och utvärdering i skolor visar vilka insatser som fungerar och vilka som inte har vetenskapligt stöd (tabell 13). Många preventionsinsatser uppvisar positiva effekter direkt när de börjar användas. Det är dock färre insatser som visar effekt vid uppföljning på längre sikt, exempelvis efter ett år.

Det är alltid bäst att välja insatser som har visat långsiktiga effekter. Även insatser som ger begränsade till kortsiktiga effekter kan dock anses framgångsrika om de fördröjer användning och debut av substanser i viktiga utvecklingsstadier. Målgrupper kan också dra nytta av upprepad exponering för olika typer av förebyggande verksamhet i olika utvecklingsstadier.

Dessutom har det hävdats att det kan vara orealistiskt att förvänta sig långvariga effekter av preventionsprogram när elever regelbundet lockas att använda substanser i sina sociala miljöer, exempelvis via populärkultur, reklam och andra

marknadsföringsmetoder. Elever ser också vuxna använda och få positiva upplevelser av substanser, såsom alkohol och tobaksprodukter, ofta utan några synliga negativa effekter.

Tabell 13a. Vad som fungerar och inte fungerar i skolbaserad prevention

Genomförande och struktur – vad fungerar	Genomförande och struktur – vad fungerar inte
Interaktiva metoder. Mycket strukturerade lektioner och grupparbete. Följer en kursplan	Didaktiska metoder som föreläsningar. Ostrukturerade spontana diskussioner. Tillit till lärares omdöme och intuition
Ges av en utbildad facilitator/lärare	Svag evidens för preventionsprogram som leds av jämnåriga istället för vuxna
Genomförs via 10–15 veckovisa sessioner	Eventuella fristående enstaka evenemangsaktiviteter
Program med flera komponenter	Svag evidens för värdet av ”booster-sessioner” under påföljande år
	Affischer och pamfletter

Tabell 13b. Vad som fungerar och inte fungerar i skolbaserad prevention

Innehåll – vad fungerar	Innehåll – vad fungerar inte
Att stärka förmågan att fatta egna beslut, kommunicera och lösa problem	Öka elevernas kunskaper genom att ge dem fakta om specifika substanser. Det kan ge motsatt effekt och göra eleverna till mer informerade konsumenter
Utveckla kamratrelationer, personliga och sociala färdigheter	F.d. narkotikaanvändare som ger vittnesmål kan resultera i ett förskönande av narkotikaanvändning
Utveckla självkänsla och självförtroende	Att fokusera enbart på att bygga upp självkänsla
Utveckla förmågan att ta beslut mot och stå emot substansanvändning	Slumpmässiga drogtester
Stärka attityder och normer mot substanser	Skrämseltaktik och skrämmande berättelser som överdriver och förvränger farorna med droganvändning, som ofta motsäger både elevernas och kamraters erfarenheter
Utveckla god studieteknik och skolresultat	

Det kan därför vara orimligt att förvänta sig att en enda insats kommer att vara tillräcklig. Förespråkare för prevention bör försöka tala för att förebyggande aktiviteter, i enlighet med EDPQS, ska vara en del av en långsiktig strategi. De kan vara mer benägna att lyckas när policyer för olika sociala miljöer samtidigt har genomförts för att främja hälsosamma levnadsvanor.

Ålders- och utvecklingsmässigt lämpliga insatser för att förebygga substansanvändning måste integreras under hela skoltiden, från förskola till slutet av gymnasiet liksom både i och utanför klassrummet.

Evidensbaserade program

Här presenterar vi insatser som har visat lovande resultat enligt flera utvärderingar i olika europeiska länder som inspiration om du söker efter en passande insats. Urvalet av dessa baseras på graderingen i EMCDDA:s databas Xchange.

Unplugged är ett skolbaserat program som innehåller komponenter som fokuserar på kritiskt tänkande, beslutsfattande, problemlösning, kreativt tänkande, effektiv kommunikation, interpersonella relationer, självmedvetenhet, empati, hantering av känslor och stress samt normativ tro och kunskap om de skadliga hälsoeffekterna av substanser. Programmet består av tolv undervisningstillfällen á en timme per vecka. Undervisningen sker av lärare som har genomgått en 2,5-dagarsutbildning. Xchange rankar Unplugged som gynnsam vilket betyder att den sannolikt är effektiv i olika länder och kontexter.

Good Behavior Game, GBG, är en klassrumsbaserad beteendehanteringsmetod för grundskolor som lärare använder tillsammans med den vanliga undervisningsplanen. GBG är klassad som sannolikt gynnsam i Xchange. Det innebär att det finns studier som visat på effekt men att det behövs mer forskning. Det pågår ett arbete vid Lunds universitet sedan 2021 för att kulturpassa GBG till svenska förhållanden. GBG är upplagt som ett spel där hela klassen belönas för gott beteende. Det har visat sig minska aggressivt och störande beteende. Beteendeproblem är en riskfaktor för ungdomars och vuxnas substansanvändning liksom för antisocial personlighetsstörning och våldsamt och kriminellt beteende. I GBG-klassrum delar läraren upp alla barnen i lag med lika fördelning vad gäller kön, aggressivt beteende, blyghet och socialt beteende. Man sätter grundläggande klassrumsregler för elevernas beteende som även granskas. Alla lag som följer reglerna belönas.

Under insatsens första veckor spelas GBG tre gånger i veckan á tio minuter under perioder på dagen då klassrumsmiljön är mindre strukturerad och eleverna arbetar självständigt. Speltiderna ökar i längd och frekvens med jämna mellanrum.

I mitten av året kan spelet spelas varje dag. Inledningsvis meddelar läraren början på en spelperiod och ger vinster när spelet är avslutat. Senare ställer läraren fram belöningar vid slutet av skoldagen eller veckan.

Över tid spelas GBG vid olika tider på dygnet, under olika aktiviteter och på olika platser. Spelet utvecklas från att vara mycket förutsägbart i tidpunkt och förekomst, med omedelbar förstärkning, till att vara oförutsägbart, med försenad förstärkning. Barnen lär sig då att gott uppförande förväntas hela tiden och överallt.

KiVa är ett antimobbingsprogram som vid utvärderingar i Finland har visat på lovande resultat. Det används även i Estland. Programmet riktar sig till skolbarn mellan fem och elva år och använder universella och selektiva metoder. Syftet är att förstärka prosocialt beteende och emotionellt välbefinnande. KiVa finns ännu inte i Xchange men det rankas som lovande i databasen Blueprints. Det innebär att forskning av hög kvalitet har visat att det är effektivt.

Arbetsplatsbaserad prevention

I samhället är arbetsplatsen den fysiska plats där människor arbetar. För vissa människor, som arbetar inom exempelvis handel och transport, kanske det inte finns en enskild fysisk arbetsplats.

Arbetsplatsen är en av de viktigaste institutionerna i samhället eftersom en betydande andel vuxna är anställda och befinner sig i någon typ av arbetsmiljö under arbetstid. Dessutom driver arbete och arbetsmiljöer ekonomin och den ekonomiska tillväxten.

Problem med substansanvändning är mycket allvarligt i branscher där det finns säkerhetsföreskrifter eller där brister i individuella prestationer kan få en betydande inverkan. Det kan till exempel vara byggverksamhet, jordbruk, transport, myndigheter, information och kommunikation samt finansiella tjänster (8, s.143).

Arbetslivet kan både erbjuda möjligheter till lärande och vidareutbildning och samtidigt vara en plats för nya upplevelser, normer och beteenden som kan skilja sig från dem som man lärt sig i familjen eller i skolan. Det är på arbetsplatsen som vuxna vanligtvis tillbringar en stor del av sin tid. Därför kan en positiv arbetsmiljö bidra till hälsa och välbefinnande och minska risken att utveckla substanssyndrom.

Frone (41) gör en distinktion mellan substansanvändning på arbetet och på fritiden. Substansanvändning kan ge negativa konsekvenser oavsett om det sker under arbetstid, i anslutning till arbetet eller på fritiden.

Det finns framför allt tre faktorer på arbetsplatsen som kan påverka substansanvändning:

- tillgången till substanser i arbetet, exempelvis servering av alkohol i arbetsplatsens matsal eller som en del av firanden på arbetsplatsen och anställda som underlättar tillgången av olagliga substanser
- normer som tillåter att en stor andel av en individs sociala nätverk på arbetsplatsen använder eller arbetar med nedsatt förmåga på grund av substanspåverkan
- tydliga regler mot substansanvändning på arbetsplatsen eftersom det ger konsekvenser på medlemmars arbetsförmåga och deltagande i arbetsplatsens sociala nätverk.

Den sista faktorn omfattar också arbetsplatskulturer som främjar användningen av substanser i syfte att förbättra prestanda och hantera hög arbetsbelastning och oregelbundna scheman. Det kan också vara kulturer där substanser anses vara en del av att bygga upp sociala relationer med kollegor och potentiella kunder.

Förutom allmänna riskfaktorer för substansanvändning kan arbetsrelaterade stressfaktorer, såsom en hög nivå av krav, brist på kontroll och otrygghet på arbetsmarknaden öka sannolikheten för att en anställd kommer att använda substanser. Enligt detta perspektiv används substanser som

spännings- och stressreducering för att hjälpa den anställda att klara av sin anställningssituation. Mer frekvent exponering och förekomst av stressfaktorer i arbetet anses leda till mer frekvent och tyngre användning av substanser – ofta strax före, under, eller omedelbart efter en arbetsdag.

Även om majoriteten av substansanvändningen sker utanför arbetet kan det påverka arbetsprestationen negativt. Negativa effekter av personalens substansanvändning kan vara frånvaro, sen ankomst, förlust av kompetens och sjukersättningskostnader.

Användning av substanser på arbetsplatsen kan också leda till lägre nivå av upplevd trygghet på arbetsplatsen, hög arbetsrelaterad stress och lägre arbetsmoral bland anställda som inte använder substanser i arbetet.

Det finns varken europeiska eller nationella beräkningar för hur substansanvändning påverkar personal. EMCDDA samlar inte heller in uppgifter om omfattningen av arbetsplatsbaserat preventionsarbete i Europa.

Illustrativa studier från medlemsländerna är dock användbara. I exempelvis Storbritannien uppskattar man att alkoholanvändning resulterar i 11–17 miljoner förlorade arbetsdagar till en kostnad om 1,8 miljarder GBP per år (42).

Användning av substanser i arbetslivet är ett särskilt problem i säkerhetskritiska roller där anställda har ansvar för andras hälsa och välbefinnande, exempelvis piloter, läkare och säkerhetstekniker. I Frankrike har 15–20 procent av de arbetsrelaterade olyckorna i det franska järnvägssystemet varit direkt kopplade till användning av alkohol eller andra substanser (43).

Organisatorisk beredskap

En del i behovsbedömningen är förståelse för arbetsplatsens inställning till organisatorisk förändring eller vilja att anta en viss hälsofrämjande praxis – i detta fall förebyggande av substansanvändning. Det finns ett antal teorier som har utvecklats för att förstå organisatorisk förändring.

I Stage Theory (44) är det viktigt att veta var en organisation är på väg gällande organisatoriska förändringar, innan man genomför förebyggande policyer och insatser.

Stage Theory beskriver fyra steg som organisationer går igenom innan en förändring eller åtgärd väljs och implementeras:

1. Medvetenhet om att det finns ett problem och att det finns möjliga lösningar för att ta itu med problemet.
2. Antagande av policyer och insatser som är avsedda att hantera identifierade problem. Det kan vara att identifiera resurser och anpassningar för att genomföra insatser.
3. Genomförande, som innebär alla praktiska aspekter vid implementering av en policy och genomförandet.
4. Implementering, under vilken en ny policy eller praxis blir en standardiserad del av arbetsplatsens verksamhet.

Innehåll i arbetsplatsbaserad prevention

Det finns fyra aspekter att beakta när det gäller arbetsplatsbaserad prevention (figur 15):

UNIVERSELL PREVENTION

- Arbetsplatspolicy är en allmän förebyggande strategi eftersom policyer i allmänhet tar upp frågor om användning av substanser för alla anställda.
- Utbildning i prevention av substansanvändning. Utbildningen ges till alla anställda och till ledningen och bör innehålla information om substanser och hur användningen av dem kan påverka arbetstagarnas hälsa och välbefinnande negativt.
- Stärkande av socialt stöd. Genom att främja sammanhållning i arbetsgruppen och stöd bland arbetstagare kan du öka arbetsplatsens sociala normer mot substansanvändning.

SELEKTIV PREVENTION

- Konfidentiell screening. Det omfattar vanligtvis screening av arbetstagare som löper risk för substansanvändning eller som kan uppvisa beteendeproblem på arbetsplatsen.
- Program för hjälp till anställda. De är utformade för att identifiera och lösa produktivhetsproblem som påverkar arbetstagare med nedsatt förmåga på grund av personliga problem.

INDIKERAD PREVENTION

- Konfidentiella bedömningar av substansanvändning. Målet är att identifiera arbetstagare som behöver remiss till korta insatser eller långsiktig behandling. Bedömningarna utförs av utbildade specialister på psykisk hälsa eller beroende.
- Korta insatser (brief intervention). Korta insatser är systematiska fokuserade processer som syftar till att undersöka potentiella problem med substansanvändning och motivera individer att ändra sitt beteende.

När man talar om preventionsarbete på arbetsplatsen är det viktigt att inkludera policyer och insatser som fokuserar på arbetstagare i behov av såväl kortsiktig som mer omfattande hjälp för återgång till arbetet. Även om det rent tekniskt inte är prevention så omfattar denna guide återgång till arbete och förebyggande av återfall som en viktig del av den övergripande arbetsplatsstrategin för substansanvändning.

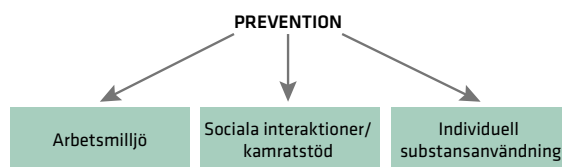
Figur 15. Typer av arbetsplatsbaserad prevention



Målet är inte att vara bestraffande utan att förhindra att substansanvändningen eskalerar. Vid behov är målet att identifiera arbetstagare som använder substanser och ge en tydlig vägledning till behandling och återgång till arbetslivet. När dessa arbetstagare är tillbaka på arbetsplatserna kommer de att behöva kontinuerligt stöd för att förhindra återfall. EMCDDA:s portal för bästa praxis omfattar ett avsnitt om förebyggande arbete på arbetsplatsen. Den ger en översikt över rekommenderade tillvägagångssätt. USA har tagit fram en verktygslåda för en drogfri arbetsplats. Den innehåller vägledning om hur man utvecklar policyer på arbetsplatsen, utbildning för anställda, utbildning i ledarskap, hjälpprogram för dem som upplever allvarliga problem liksom drogtester (45).

Heltäckande policyer för arbetsplatsprevention fokuserar vanligtvis på tre primära mål: 1) arbetsmiljön, 2) social interaktion och kamratstöd och 3) individuell substansanvändning (figur 16). Det innebär att policyer och insatser på arbetsplatsen kan fokusera på att ändra personliga, sociala och miljömässiga faktorer som påverkar sannolikheten för substansanvändning. Komponenterna i en övergripande preventionsstrategi bör beakta följande målsättningar:

Figur 16. Heltäckande preventionsarbete på arbetsplatsen



ARBETSMILLJÖ:

- Fastställa skriftliga policyer om substansanvändning på arbetsplatsen.
- Genomföra förändringar för en bättre arbetsmiljö och hantera tillgång till alkohol och andra substanser.
- Genomföra tillsyns- och ledarskapsutbildning.
- Rikta in sig på hela arbetsmiljön.
- Vara förenlig med organisationskulturen.

SOCIALA INTERAKTIONER/KAMRATSTÖD:

- Utveckla program för kamratstöd.
- Skapa tydliga sociala styrande policyer gällande användning på arbetsplatsen och fastställa arbetsplatsnormer för alkoholintag.

INDIVIDUELL SUBSTANSANVÄNDNING:

- Tillgängliggöra program till hjälp för anställda.
- Ta itu med substansanvändning som en hälso- och säkerhetsfråga.
- Adressera substansanvändning som säkerhetsrelaterad och en fråga om hälsa.
- Genomföra konfidentiell screening och identifiera substansanvändare där också remiss till behandling erbjuds, samt återgång till arbetslivet.
- Inkludera konfidentiella drogtester endast som en del av en heltäckande multikomponentsinsats.

Hinder

Trots att arbetsplatser ska genomföra policyer och insatser för att förebygga substansanvändning är det många organisationer som fortsatt är ovilliga att göra det. Medan förebyggandet av andra hälso- och säkerhetsrelaterade frågor välkomnas, fortsätter man att bortse från substansanvändning. Den främsta orsaken till denna motvilja, och det främsta hindret för genomförandet, är det stigma som är kopplat till frågan.

Arbetsplatserna är lika ovilliga att överväga behovet av att undersöka omfattningen av substansanvändning bland sin personal, som att införa insatser för att hantera eller förebygga problemet. I många kulturer ses substansanvändning som moraliska eller juridiska brister, inte som hälso- och säkerhetsfrågor.

Andra hinder för genomförandet är:

- en outtalad tolerans bland arbetsledare och andra på arbetsplatsen gällande vissa beteenden relaterade till substansanvändning
- de kostnader som är förknippade med att genomföra en förebyggande insats
- det faktum att substansanvändning ofta anses vara en personlig snarare än en arbetsrelaterad fråga. Arbetsplatser är ovilliga att tala om för människor vad de får och inte får göra i sitt privatliv.

Drogtester

Även om drogtester har funnits i årtionden anses de fortfarande kontroversiella på många platser. I Europa görs ofta en åtskillnad mellan drogtester för säkerhetskritiska arbetsroller (se ovan) och yrken där drogtester inte ses som relevanta. För många organisationer, och faktiskt länder, är det en primär fråga att försöka balansera arbetstagarnas trygghet mot oro för integritet och diskriminering. Eftersom substansmetaboliter kan finnas kvar i ett biologiskt prov långt efter det att substansen har använts ger drogtester verkligen låga bevis för påverkan/konsekvenser av nedsättning. Innan organisationerna beslutar sig för att genomföra ett program för drogtester bör de orientera sig i relevant nationell lagstiftning eftersom detta varierar mellan olika länder.

Oavsett vilken strategi arbetsgivarna har, är drogtester i sig inte förebyggande. Forskning har visat vissa positiva effekter av drogtester på anställdas substansanvändning. Det är dock inte i sig en förebyggande insats eftersom den inte tar itu med orsaker eller andra behov relaterade till substansanvändning. Drogtester bör därför genomföras endast som en del av en övergripande policy och metod för prevention av substansanvändning.

Innehåll kapitel 7

Omgivningen och dess påverkan.....	81
Begrepp.....	81
Universell prevention i skolor och på arbetsplatser	83
Universell prevention för alkohol, tobak och andra nikotinprodukter.....	85
Strategier inom nöjeslivet	86

KAPITEL 7. Universell prevention

I det här kapitlet presenterar vi olika begrepp inom området universell prevention och hur man kan utveckla preventionen på skolor och arbetsplatser. Vi diskuterar utformning, evidens och praxis inom både tobaks- och alkoholpolitiken. Eftersom nöjeslivet är en viktig men ofta förbisedd miljö för preventionsinsatser tar vi även upp frågor kopplade till det.

EMCDDA har publicerat en rapport om preventionsåtgärder i olika miljöer på sin webbplats.

Omgivningen och dess påverkan

Den sociala miljön påverkar föreställningar, attityder och beteenden och formar sociala normer. Den påverkar också föreställningar om risker och konsekvenser av beteenden såsom substansanvändning och hur man hanterar stressiga situationer. Substansanvändning bland kamrater och/eller tongivande grupper kan uppfattas som norm. Hur samhället upprätthåller lagar påverkar invånarnas uppfattning om substansanvändning.

Insatser i omgivningen syftar till att dels begränsa exponeringen för ohälsosamma och riskfyllda beteenden, dels främja hälsosammare val.

Genom att påverka omgivningen där ett beteende sker, exempelvis substansanvändning, kan man göra det hälsosamma valet till det enklaste alternativet. Exempelvis kan staten höja skatterna på tobak för att göra det dyrare att köpa cigaretter, fastställa lagar om åldersgränser och krav på ID-kontroll för att förhindra att minderåriga köper substanser, sänka priset på alkoholfria drycker på uteställen eller helt enkelt förhindra att butiker nära skolor säljer folköl och tobak.

Insatserna använder den omgivande miljön för att indirekt rikta sig till en specifik målgrupp. Till skillnad från skolbaserade insatser eller familje-

insatser sker ingen direktkontakt med målgruppen. Fördelen med insatser i omgivningen är att de korrekt använda kan få större räckvidd än vid användning av beteendearterade insatser. Bäst effekter på substansanvändningen uppnår man om man kombinerar universella och mer riktade insatser på ett samordnat och kompletterande sätt. Även yrkesverksamma som inte primärt arbetar med prevention av substansanvändning spelar en viktig roll när det gäller att förändra en miljö på ett positivt sätt.

Begrepp

Universella insatser kan delas in i tre sammanbundna huvudkategorier – reglerande, fysiska och ekonomiska (46).

Reglerande åtgärder styr vad som är tillåtet rent juridiskt. Det kan handla om lagar som reglerar tillgången till substanser, exempelvis åldersgränser, läkemedelsbestämmelser och reglering av olaglig narkotika. Det kan även vara åtgärder som riktas mot beteendet till följd av konsumtion av substanser, exempelvis lagar mot rattfylleri eller förbud mot servering av alkohol till synbart berusade personer.

Reglerande åtgärder omfattar även tillverkning och handel med potentiellt skadliga varor samt marknadsföring av varor på ett sätt som inte utsätter konsumenter för vilseledande reklam eller reklam som uppmuntrar bruk av alkohol-, tobaks- eller nikotinprodukter. Åldersgränser, reglerade öppettider, krav på storlek och märkning av tobaksvarornas förpackningar liksom förbud mot alkoholsponsring inom idrotten är goda exempel på detta. Vissa länder kräver att anläggningar tillhandahåller gratis dricksvatten för att få tillåtelse att bedriva underhållningsverksamhet och få alkoholtillstånd. Lagstiftning reglerar tillgänglighet och signalerar samtidigt tydligt samhällets syn på

substansanvändning. Eftersom tillverkningen av substanser inte är kontrollerad kan inblandning av andra farliga ämnen som i sig är hälsofarliga förekomma. Naturliga produkter som utgör basen för vissa substanser som cannabis, opiumvallmo och cocaväxter, kan förstöras när de hittas eller så kan jordbrukare som odlar produkterna få pengar för att inte odla dem.

Fysiska åtgärder syftar till att förändra den fysiska miljön som påverkar människors beteenden. Åtgärderna kan ske på mikronivå, exempelvis vid utformning av barer och nattklubbar för att motverka berusningsdrickande. De kan också ske i makronivåmiljön vid stadsplanering och landskapsplanering, exempelvis genom att erbjuda nattbussar, utöka kollektivtrafiken och upprusta eftersatta områden. Fysiska åtgärder kan också vara relevanta för objekt och strukturer i omgivningen. Det finns ett stort intresse för hur exempelvis dryckesglas kan utformas för att människor ska konsumera mindre alkohol än vad de tror att de gör. Ett exempel är att göra glasen höga och tunna, men med en lägre total volym.

Ekonomiska åtgärder är inriktade på både konsumenter och potentiella konsumenter. Skatter, prispolitik och subventioner används för att uppmuntra hälsosamma val. De flesta europeiska länder har exempelvis infört höga skatter på tobaksvaror. Vissa har även infört ett minimipris per alkoholenhet. På samma sätt kan pubar och restauranger sänka priser på alkoholfria drycker för att främja hälsosammare val.

Socialisering och prevention

Professionella som arbetar med förebyggande insatser bland barn och föräldrar bidrar till en positiv social utveckling i skolan och andra miljöer. Insatserna hjälper till att vägleda lämpliga beteenden och efterleva normer, bestämmelser och lagar. Dessa beteendemässiga insatser kombinerar en socialisering och en förebyggande strategi. Syftet är att hjälpa individer att tolka information eller signaler om vad som förväntas av dem och vad som är lämpligt i sociala sammanhang. De får hjälp att fatta beslut och inse konsekvenserna av

sina beteenden. De lär sig också nya färdigheter eller beteenden som exempelvis att motstå användning av substanser.

Att identifiera risker och möjligheter i omgivningen och genomföra insatser för att hantera dessa är en viktig del av det förebyggande arbetet. Hälsosamma miljöer främjar ett hälsosamt beteende och förebygger ett ohälsosamt beteende. Preventionsinsatserna är utformade för att förändra det sammanhang där människor fattar beslut.

Det sker i den:

- fysiska miljön genom begränsning av tillgången och tillgängligheten till alkohol, tobaksvaror och andra substanser
- sociala miljön genom förstärkande av normer och attityder för icke-användning.

Utöver att påverka den fysiska miljön kan lagar och politiska beslut användas för att kontrollera tillgången till alkohol. Internationellt har de flesta länder en lägsta ålder på inköp av alkohol på mellan 18 och 19 år. Vissa länder har ingen åldersgräns medan andra har förbjudit inköp helt, främst av religiösa skäl.

En del använder alkohol i sammanhang där reglering eller kontroll saknas. Därför behöver preventionsinsatser vara lättillgängliga så att fler tar del av dem.

För att påverka beteenden i den sociala miljön är det ofta nödvändigt att främja politiska initiativ, kampanjer och andra utåtriktade insatser. Insatserna bör fokusera på att förstärka normer som förespråkar icke-användning av substanser och de bör utformas för att påverka allmänhetens medvetenhet och attityder när det gäller substansanvändning. De bör också främja åtgärder och lagar som förhindrar användning av substanser.

Ofta bidrar initiativen till att ändra normerna för beteenden i utsatta grupper. Förebyggande kampanjer som främjar föräldrars engagemang kan skapa en ”ny norm” för kampanjens målgrupp, det vill säga deras barn. Insatser mot passiv rökning kan skapa nya normer som förstärker budskapet ”du kan inte röka här”.

Universell prevention i skolor och på arbetsplatser

I det här avsnittet tittar vi på universell prevention på mikronivå – huvudsakligen i skolor och på arbetsplatser – för att se hur preventionsinsatserna bidrar till att säkerställa trygga och hälsosamma miljöer för lärande och arbete. Eftersom det är lättare att mäta politikens inverkan på åtgärder genomförda på en mikronivå finns det mer forskning om metoder för att förebygga substansanvändning på den nivån än på en makronivå.

Som vi såg tidigare är dessa två nivåer inte oberoende av varandra. Tvärtom samverkar de för att påverka värderingar, attityder och beteenden. Universell prevention bidrar till möjligheten att skapa konsekventa preventionsinsatser i olika sammanhang. Universella preventionsinsatser mot substansanvändning i hemmet, skolan, samhället och på arbetsplatsen förstärker en samhällelig norm mot substansanvändning hos ungdomar.

Universell prevention på skolor

Universell prevention på skolor som rör substansanvändning är en integrerad och viktig del av den övergripande strategin för förebyggande insatser. Tyvärr utvecklas dessa universella preventionsinsatser ofta på ett tillfälligt och osystematiskt sätt.

Det är viktigt att universell prevention på skolor som rör substansanvändning omfattar åtgärder som kan genomföras inom hela skolan med relativ lätthet. De behöver vara samordnade och heltäckande och hanteras inom ramen för det hälsofrämjande arbetet.

Heltäckande universella preventionsåtgärder är viktiga av flera skäl och bör innefatta ramar för substansanvändning och omfatta nyckelåtgärder och prioriteringar som skapar en hälsosam och stödjande skolmiljö.

- Universell prevention som begränsar användningen av substanser hjälper till att fastställa den sociala normen att substans-

användning inte tolereras. En icke-tolerans mot rökning eller drickande på skolområdet eller på skolsponsrade evenemang minskar elevernas exponering för potentiella förebilder som röker eller dricker. Resultatet blir att elevernas normativa föreställningar om att substansanvändning är olämpligt stärks.

- Universella preventionsåtgärder kan också bidra till att minska tillgången till substanser i skolmiljö.
- Universell prevention bör utformas på ett sätt som stärker elevernas uppfattning om att skolan bryr sig om deras välbefinnande liksom deras emotionella och sociala utveckling. Universell prevention kan också omfatta åtgärder som underlättar elevernas integrering i skolan i syfte att främja en känsla av gemenskap och större samhörighet mellan personal och elever.
- Konsekvenser i samband med substansanvändning kan ha en roll i skolans universella prevention. De måste dock vara proportionerliga och genomföras konsekvent. Upptäcks substansanvändning behöver individanpassat stöd ges.

Universell prevention på skolor som rör substansanvändning innefattar ofta en förklaring av syftet. Syftet kan vara att stödja en sund utveckling hos alla elever och ge dem möjligheter att uppnå sina utbildningsmål. Detta genom att fastställa och upprätthålla en säker, hälsosam och substansfri miljö. Universell prevention anger också vilka insatser som ska genomföras. Ett av de viktigaste målen med universell prevention som rör skolan är att alla som berörs av den känner till innehållet i den.

I universell prevention bör man klargöra vilka som omfattas av den, vilka typer av substanser det gäller, i vilka miljöer och situationer liksom vilka typer av substansrelaterade händelser som kommer att få konsekvenser och hur detta kommer att hanteras på ett stödjande sätt. Exempel på händelser kan vara innehav eller försäljning av olika typer av substanser eller en misstanke om att en elev kommer påverkad till skolan.

Universell prevention bör också tydliggöra vem – familjer och brottsbekämpande myndigheter – som kommer att meddelas vid en händelse som rör användning, innehav eller försäljning och vid vilken tidpunkt. De bör också ange tydliga och konsekvent verkställda konsekvenser för elevers överträdelse. Universell prevention bör syfta till att hålla eleverna i skolan även om de har använt substanser i stället för att vara bestraffande.

Eleverna kan vara i behov av rådgivning eller behandling. Om en elev har utvecklat ett riskbeteende kan det behövas utredning och stödjande insatser. De flesta skolor har inte intern expertis för att bedriva denna typ av verksamhet utan behöver ta hjälp av experter som arbetar på ett evidensbaserat sätt och som delar skolans grundsyn och värderingar. Elever som använder substanser bör ges stöd för att sluta använda dem. Elevernas beteenden bör noggrant följas upp vad gäller närvaro, slutförande av hemuppgifter och utbildning.

Universell prevention kan omfatta (men bör inte nödvändigtvis begränsas till) följande innehåll:

- Mål, syfte och omfattning. Syftet är vanligtvis att skapa en trygg och hälsosam miljö fri från substansanvändning. Det är viktigt att göra preventionen känd hos alla arbetstagare och säkerställa att alla känner till vad som händer vid regelbrott mot den.
- Vilka målgrupper eller grupper som är berörda.
- Vilka insatser som har ett evidensbaserat stöd. Universell prevention förbinder ofta skolan att genomföra program som är evidensbaserade i linje med denna guide och de internationella standarderna för vägledning.
- Urvalet och typer av substanser, särskilda tillfällen såsom idrottsevenemang och skolresor samt hur personalen ska agera.
- Vilka typer av substansrelaterade händelser som kommer innebära att någon åtgärd vidtas och under vilka omständigheter.
- Hur den kommuniceras till alla som är berörda.

Att kommunicera med en elevs föräldrar om att deras son eller dotter är involverad i något som har med substanser att göra kan vara särskilt svårt. Ett sätt att minska potentiella missförstånd och negativa reaktioner från föräldrarna är att hänvisa till universell prevention som anger tydliga åtgärder och i vilken ordning dessa åtgärder kommer att vidtas.

Universell prevention gällande överträdelse är avgörande för att bevara en skolmiljö där eleverna känner sig trygga och får stöd och hjälp när de behöver det.

Universell prevention på arbetsplatser

Det finns många likheter mellan universell prevention på arbetsplatser och i skolans miljö. Syftet är detsamma – att skapa en hälsosam, trygg miljö, fri från substansanvändning. På arbetsplatsen är målgruppen vuxna. Universella insatser på arbetsplatsen fokuserar på bredast möjliga målgrupp och inkluderar både de som använder substanser och de som inte använder dem.

Universell prevention om substansanvändning på arbetsplatsen riktar till alla anställda. Den bör vara heltäckande och ta upp utbildning och förebyggande åtgärder liksom identifiering, behandling, rehabilitering och återgång till arbete för arbetstagare med substansanvändningsproblem. Utvecklingen av universell prevention bör involvera samtliga viktiga intressenter i organisationen.

Insatser som riktar sig mot arbetsmiljön kan påverka i vilken utsträckning substanser används på en arbetsplats. Dåliga arbetsvillkor eller en tillåtande arbetsplatskultur kan öka risken för substansanvändning.

Effektiva insatser på arbetsplatser behandlar substansanvändning som en fråga om hälsa och säkerhet.

En heltäckande strategi för förebyggande av substansanvändning på arbetsplatsen börjar med en skriftlig universell prevention som beskriver verksamhetens ståndpunkt gällande användning

av substanser. Den är inte utformad för att vara bestraffande utan för att bekräfta att substansanvändning är ett hälsoproblem och att det krävs behandling för att hjälpa substansanvändare att bli återställda och förhindra ytterligare negativa konsekvenser. Universell prevention bör riktas mot alla arbetstagare oavsett ansvarsområde.

Fokus på hur universell prevention ska främja alla arbetstagares allmänna hälsa och trygghet är en viktig komponent i spridningsstrategin.

Universell prevention för alkohol, tobak och andra nikotinprodukter

Standardiseringsorganisationen The International Standards har granskat forskning om universell prevention för alkohol och tobak. De har fastställt flera typer av effektiva insatser för att senarelägga debut och användning av substanser, i första hand hos ungdomar.

Universell prevention är inriktad på att förhindra ungdomars tillgång till tobak och alkohol, fördröja debut och förhindra regelbunden användning. Med denna kunskap kan vi identifiera de komponenter som kan användas för att skapa miljöinsatser som fungerar.

Enligt International Standards minskar en höjning av priset på alkohol och tobak konsumtionen i hela befolkningen. Att höja priset på tobak och alkohol genom beskattning är därför en viktig evidensbaserad insats för substansanvändning.

En annan strategi som har visat sig minska användningen är att höja minimiåldern för inköp av tobaks- och alkoholprodukter och att upprätthålla denna regel. Att begränsa och förbjuda reklam och andra typer av marknadsföring av tobak och alkohol riktat till ungdomar har också visat sig vara effektivt.

Som med många förebyggande insatser kan en kombination av insatser få en kraftfullare inverkan än enskilda insatser. Omfattande preventions-

insatser för att förhindra att minderåriga ungdomar köper tobak och alkohol omfattar:

- aktiv och pågående brottsbekämpning
- utbildning för detaljhandlare med stöd av en rad olika strategier (personlig kontakt, media och informationsmaterial)
- media- och skolbaserade preventionsinsatser för att förstärka dessa budskap.

Forskning kring universella insatser visar att en höjning av priset på alkohol har flera positiva effekter. Prishöjningen inverkar både på måttlig och hög alkoholkonsumtion bland ungdomar i gymnasieåldern. En ökning av priset på alkohol med endast 10 procent ledde till en 7,7-procentig minskning av alkoholkonsumtionen i hela befolkningen. Forskningen visar också att prisökningar på alkohol leder till minskat våld.

Insatser som består av flera komponenter är effektiva när de omfattar flera strategier såsom:

- begränsad distribution av tobaksprodukter
- reglering av försäljning
- regler och lagar om åldersgränser för minderåriga
- utbildning för återförsäljare när den bedrivs i samband med samhällsmobilisering.

En analys av attityderna till universell prevention för alkohol har gjorts i Norge och Finland. Analysen har lett till en ökad förståelse och stöd för nödvändiga åtgärder för att minska alkoholkonsumtionen och dess skadeverkningar. I den första studien undersökte en forskargrupp resultaten av en rad nationella undersökningar som genomfördes i Norge och Finland 2005–2009.

Forskarna fann att det under de fyra åren fanns ett ökat stöd i Norge och Finland för restriktiva alkoholpolitiska åtgärder. Resultaten jämfördes med resultaten från liknande nationella undersökningar i Nordamerika och Australien under samma tidsperiod, men i dessa länder minskade stödet för restriktiva alkoholpolitiska åtgärder (47).

Forskarna fann en ökad tilltro i Norge och Finland till de mer restriktiva alkoholpolitiska åtgärdernas effektivitet, vilket kunde kopplas till en större övertygelse om samband mellan alkoholkonsumtion och skadeverkningar.

Ett exempel på ett framgångsrikt politiskt beslut är det offentliga rökförbudet i Frankrike. Det infördes på arbetsplatser, köpcentrum, flygplatser, tågstationer, sjukhus och skolor i februari 2007. I januari 2008 utökades det till mötesplatser (barer, restauranger, hotell, kasinon, nattklubbar).

En population av 1 500 rökare och 500 icke-rökare följdes upp strax före förbudets genomförande (2006/2007) samt två gånger efter att förbudet infördes (2008 och 2012). Mängden rökning i dessa miljöer (barer, restauranger och arbetsplatser) minskade avsevärt mellan den första och tredje mätningen:

- minskning i restauranger – 1:a) 64,7 procent, 2:a) 2,3 procent, 3:e) 1,4 procent
- minskning på arbetsplatser – 1:a) 42,6 procent, 2:a) 19,3 procent, 3:e) 12,8 procent
- minskning i barer – 1:a) 95,9 procent, 2:a) 3,7 procent, 3:e) 6,6 procent.

Resultaten visar att bestämmelser om rökfria miljöer kan leda till betydande och varaktiga minskningar av tobaksrökning på offentliga platser. De får också ett stort stöd från allmänheten (48).

Fem år efter att rökförbudet infördes stöttade 88 procent av icke-rökarna och 78 procent av rökarna förbudet.

Strategier inom nöjeslivet

Forskare har studerat prevention av substansanvändning med inriktning på barer, klubbar, restauranger liksom utomhusmiljöer eller särskilda miljöer där storskaliga evenemang äger rum.

Dessa miljöer möjliggör sociala sammankomster och ger stöd till den lokala ekonomin. Samtidigt ger de också upphov till högriskbeteenden såsom

skadlig alkoholanvändning, narkotikaanvändning, bilkörning under påverkan och våld. För mer information och resurser som rör frågor kopplade till nöjesliv, se EMCDDA:s svarsguide (8, s. 136).

Effektiva lokala åtgärder bygger på fyra viktiga principer: 1) god kunskap om problem i det lokala nöjeslivet, 2) engagemang för att skapa ett tryggt nöjesliv, 3) samverkan mellan viktiga lokala myndigheter och 4) evidensbaserade insatser. Om du inte är bekant med specifika evidensbaserade insatser för nöjeslivet som arena kan du alltid ta del av Healthy Nightlife Toolbox. Verktygslådan består av tre databaser – en för insatser, en för dokumentation om dessa insatser och en för allmän kunskap om prevention.

De flesta förebyggande insatser i dessa miljöer innehåller flera komponenter. Bland annat utbildning av personal, exempelvis när det gäller hantering av berusade kunder, förändringar i lagar och riktlinjer som rör servering av alkohol till minderåriga, berusade personer eller rattfylleri.

Miller et al. (48) har föreslagit en universell strategi för hantering av substansanvändning vid technoevent där användningsnivåerna tenderar att vara högre än vid andra typer av evenemang.

Technoevent lockar unga vuxna och förknippas ofta med användning av alkohol och andra substanser. Strategin består av tre komponenter och bygger på liknande insatser för alkoholprevention avsedda för användning i barer:

- mobilisering av viktiga intressenter
- strategier för den yttre miljön
- strategier för den inre miljön.

Mobilisering av viktiga intressenter, det vill säga att motivera deltagande och åtgärder från olika sektorer i samhället, är viktigt även om det ofta är en utmaning. Viktiga intressenter är klubbägarna och cheferna själva, polisen, myndigheter som ger tillstånd för alkoholserving, yrkesverksamma inom preventionsområdet och politiska företrädare. Några gemensamma motiv som kan bidra till fokus på målet är att:

- upprätthålla lagstiftning och en trygg miljö för klubbar och kunder som inte använder substanser
- upprätthålla god affärssed och efterlevnad av alkohollagen
- upprätthålla konsumtionen av mat och alkoholfria drycker som minskar i samband med substansanvändning.

Den andra komponenten i strategin har fokus på klubblokals yttre fysiska miljö, inklusive belysning och parkering, för att upprätthålla säkerhet och trygghet. Åtgärder omfattar:

- säkerhets- eller dörrpersonal som övervakar utrymmena runt klubben, exempelvis parkeringen
- säkerhet vid ingångar för att kontrollera kunderna när de kommer in
- identifiering av narkotika- eller alkoholpåverkade individer
- skriftliga bestämmelser som begränsar vilka som får komma in.

Även den inre miljön – den tredje komponenten i strategin – fokuserar på trygghet och säkerhet. Utbildning i ansvarsfull alkoholservering ger personalen verktyg att minska alkoholrelaterade skador genom att till exempel:

- kontrollera id-kort för att säkerställa att åldersgräns och andra bestämmelser följs
- upprätta rutiner för att minska berusning

- identifiera och reagera på tidiga tecken på hög och ovanligt snabb konsumtion hos kunder
- identifiera berusade kunder och neka servering
- ingripa för att förhindra påverkade kunder från att köra bil.

Andra åtgärder är:

- skriftliga bestämmelser som främjar en trevlig och trygg miljö och en nolltolerans för olaglig användning och hantering av substanser
- övervakning av den fysiska inre miljön såsom att undvika dolda områden, för att främja trygghet för besökare och personal
- utbildning av ledning och personal, både dörrpersonal och inomhuspersonal, i hur man implementerar klubbens bestämmelser.

Organisationen Club Health har utvecklat riktlinjer för licensierade lokaler, chefer och initiativtagare. Riktlinjerna fungerar också som en referensguide för myndigheter som ansvarar för tillståndsgivning och polisåtgärder inom nöjeslivet. Syftet är både att garantera säkerheten för både konsumenter och personal och minska mängden olägenheter i närområdet runt nöjeslokalen.

Trots den vetenskapliga grund som stödjer universella preventionsinsatser (Best practice portal, EMCDDA) kvarstår hinder för att genomföra dem. Det finns dock faktorer som förstärker fördelarna med universell prevention (tabell 14).

Tabell 14. Hinder och förstärkande faktorer för att genomföra preventionsstrategier för nöjesliv

Hinder	Förstärkande faktorer
Branschrelaterade och ekonomiska intressen är mot preventionspolicier – t.ex. tobaksodlare, serviceindustrin, farmakologiska bolag	Använd data och forskning för att visa på nyttan med en preventionsinsats
Förespråkarna ignorerar ofta evidensbaserade insatser	Använd evidensbaserade insatser och/eller anpassade framgångsrika modeller från tobaks- och alkoholprevention som kan tillämpas på aktuella problemområden
Att få igenom lagar och nya policier innebär politisk kunskap, och en förmåga att engagera förespråkare som ska stå på din sida – vilket är extremt krävande!	Bygg upp stöd för evidensbaserad prevention genom: <ul style="list-style-type: none"> • att öka tilltron till att den föreslagna strategin är effektiv • dokumentera skador och kostnader för andra som påverkas av substansanvändning på grund av exempelvis passiv rökning
Industrin formulerar ofta frågan som ett individuellt beteendeproblem – om en person vill använda alkohol är det personens eget beslut	Formulera frågan som ett folkhälsoproblem. Det betyder att substansanvändningen påverkar fler än bara substansanvändaren

Innehåll kapitel 8

Varför ska man använda media vid prevention av substansanvändning?	89
Teorier om hur massmedia påverkar mottagare	89
Evidens	91
Hur man använder media i preventionsarbete	93

KAPITEL 8. Mediebaserad prevention

Att genomföra en mediekampanj är ofta det första folk tänker på när de ställs inför ett problem kopplat till substansanvändning. Det beror ofta på att kampanjer uppfattas som en snabb och enkel lösning. Till skillnad från förebyggande insatser i skolan, familjen eller på arbetsplatsen, syns mediala inslag och ger intryck av att något görs. Men att genomföra effektiva kampanjer inom preventionsområdet kan vara både krävande och svårt. Tid och planering är viktigt i utformandet av preventionsinsatser.

I det här kapitlet tittar vi närmare på vad forskningen säger om mediebaserad prevention och vilka färdigheter som krävs för att genomföra, kritiskt analysera och utvärdera massmediala insatser. Vi ger också råd om vad man som yrkesverksam inom prevention bör tänka på i kontakten med journalister.

Varför ska man använda media vid prevention av substansanvändning?

Massmedia fyller många funktioner. Att få upp en fråga på den massmediala dagordningen bidrar till att frågan även lyfts upp på den sociala och politiska agendan.

Massmedia fyller också en funktion som kunskaps-spridare i frågor som rör prevention av substansanvändning på såväl mikro- som makronivå.

Massmedia har flera egenskaper som gör dem lämpliga för preventionskampanjer då de är:

- **Kostnadseffektiva:** Det går att nå en stor publik med relativt små utgifter. Exempelvis kan enkla affischer på offentliga platser starta nyttiga förebyggande samtal och bidra till substansprevention.

- **Möjliga att rikta:** Kampanjer har oftast ett tydligt formulerat mål, är tidsbegränsade och riktade till specifika målgrupper såsom unga tonåringar, universitetsstudenter eller nöjeslivsbesökare.
- **Snabba:** Det går snabbt att sprida ett preventionsbudskap om exempelvis en ny substans som orsakar skada i samhället.
- **Underhålla:** Massmedia kan rätt använd samtidigt underhålla och förmedla det huvudsakliga förebyggande budskapet.
- **Verka opinionsbildande:** Massmedia kan påverka den politiska och offentliga debatten och spela en roll när det gäller att utbilda och påverka opinionsledare om de lämpligaste och mest effektiva åtgärderna mot substansanvändning.
- **Påverka preventionsagendan:** En kampanj kan bidra till att uppmärksamma substansrelaterade frågor och indirekt påverka människors attityder till substansanvändning. Den kan också bidra till att uppmuntra investeringar i evidensbaserad prevention och få användare att söka vård och behandling liksom yrkesverkamma att söka sig till preventionsområdet.
- **Effektiva i kombination med andra åtgärder:** Kampanjer är som mest effektiva när de kombineras med andra preventionsorienterade åtgärder.

Teorier om hur massmedia påverkar mottagare

Framgångsrika preventionskampanjer utgår från teorier om hur man påverkar individers attityder, uppfattningar och beteenden kopplade till substansanvändning. Det handlar om att formulera budskap som främjar icke-användning, avskräcker mot fortsatt användning och uppmuntrar och vägleder till rådgivning och behandling.

Theory of planned behaviour, TPB (50) och andra teorier om kommunikation hävdar att alla attityder är inlärd. För att ändra en attityd behöver därför kampanjen ge information som ersätter den kunskap som den gamla attityden bygger på. TPB specificerar vilka faktorer som måste finnas för att kommunikation ska övertyga och hur faktorerna samverkar för att skapa en attitydförändring.

TPB och Carl Hovlands teori om att människors attityder är inlärd och inte medfödda har bidragit till ökad förståelse om hur budskap behöver presentera alternativa vägval för att människor ska vara beredda att förändra sina attityder (51, 52).

Förstärkningsprincipen är enkel och har varit ett viktigt inslag i psykologin nästan från dess början. Den säger att om du förknippar ett neutralt objekt med en trevlig stämning, känsla eller resultat så kommer förhållningssättet till det neutrala objektet att förstärka ditt beteende. Det tidigare neutrala objektet kommer således att bli en källa till njutning även i avsaknad av det som förstärker.

När det gäller användningen av psykoaktiva substanser kan målgruppen i många fall vara bekant med substansen. Målgruppen känner till substansen varför förstärkningsmodellen skulle kunna förutsäga ett misslyckande i detta fall. Men innan vi antar den tolkningen måste vi analysera den närmare.

I unga målgrupper förknippas substansanvändning ofta med ett mycket önskvärt resultat (popularitet) eller en grupp (ledarna eller de mest populära personerna). Om ledarna använder en substans, exempelvis cannabis, kokain eller alkohol, och ledarna värderas positivt, kommer troligtvis substansen att "absorbiera" en del av denna positiva känsla. Det som sker är alltså att substansen associeras med egenskaper som ledarna har.

Att tillämpa teori i praktisk handling är ofta utmanande. De yrkesverksamma inom prevention har dock till uppgift att använda evidensbaserade metoder för preventionsarbete i sitt närsamhälle, och dessa kan omfatta medieinsatser. De flesta evidensbaserade medieinsatser innebär tillämpning

av teorier om förmåga att övertyga/påverka (persuasion theory). De följer en rad riktlinjer och komponenter som visat sig vara viktiga i tidigare empirisk forskning om beteendepåverkan.

Komponenter att beakta när man kommunicerar budskap som syftar till att påverka attityder och beteenden är (53):

- "VEM" är avsändare av budskapet? För att nå fram med ett budskap behöver mottagaren uppfatta avsändaren som trovärdig. Avsändaren behöver besitta relevant kunskap för att betraktas som expert.
- "VAD" förmedlar budskapet? Informationens kvalitet är viktig och budskapet behöver därför utgå från evidensbaserad kunskap som mottagaren uppfattar som relevant och begriplig.
- "TILL VEM" vänder sig budskapet? Budskapet behöver formuleras på ett sätt som fångar den specifika målgruppens eller undermålgruppens intresse.
- "HUR" ska budskapet förmedlas? Förmedla budskapet i de format och kanaler som den specifika målgruppen använder. Vissa målgrupper nås bäst via sociala medier. För andra passar mer traditionella medier, såsom radio, tv, tidningar, affischer och skyltar bättre.
- "VILKEN EFFEKT" ska budskapet generera? Utan en bra uppföljning kommer det inte att finnas någon klar uppfattning i vilken utsträckning insatserna har lyckats.

Figur 17 visar kommunikationsmodellens tvåstegsflöde över hur media skapar inflytande och hur medieeffekter ska utvärderas. Modellen visar att föräldrar kan vara effektiva förmedlare av information eftersom de tolkar informationen och överför den till sina barn.

Det är viktigt att förstå vad man kan och inte kan åstadkomma med hjälp av massmedia. Tvåstegsflödesmodellen bidrar till att skapa denna förståelse.

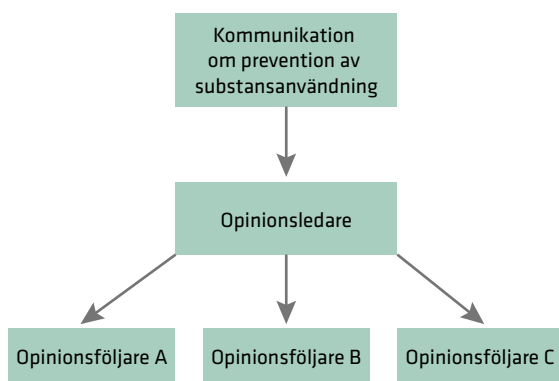
Teorin har utvecklats av Paul Lazarsfeld et al. (54). Den antyder att direktkommunikation mellan människor är ett mycket mer effektivt sätt att på-

verka människor än via massmedia. Forskning visar att kommunikation som förmedlas ansikte-mot-ansikte ofta kan vara mer effektiv än traditionell massmedia såsom tv och radio. Det gäller i synnerhet kommunikation riktad till ungdomar.

Föräldrar eller vänner kan vara de mest idealiska opinionsbildarna. De bör dock ha viss kunskap om substanser och bruk och tillräckligt stort självförtroende att prata om frågorna med sina barn. Budskap som sprids via massmedia behöver motivera och stärka föräldrarna att prata med sina barn.

Det finns betydande stöd för att föräldrar kan spela en viktig roll i förebyggande insatser. Det är lätt att tro att ungdomar växer ifrån sina föräldrar och förlitar sig mer på sina vänner. Föräldrarnas inflytande fortsätter dock långt upp i ung vuxen ålder (55, 56, 57).

Figur 17. Kommunikationsmodellens tvåstegsflöde



Evidens

Forskarna bakom UNODC:s internationella standarder har funnit flera vetenskapliga granskningar av forskningslitteratur om mediekampanjers effektivitet. De starkaste fynden kommer från studier av tobaksanvändning medan det saknas studier av alkoholanvändning eller användning av andra substanser.

Orsakerna till bristen på evidens är främst svårigheten att genomföra omfattande utvärderingar av mediekampanjer. Forskning om hur man kan påverka olika typer av beteenden har pågått under de senaste femtio åren. Det finns alltså empiriskt baserad kunskap som kan ha en effektiv inverkan på hur man effektivt påverkar attityder och beteenden.

Tyvärr baseras inte alla mediekampanjer på denna kunskap. I stället förlitar man sig på idéer som intuitivt kan verka bra men som saknar grund i teori eller evidens.

UNODC:s internationella standarder presenterar följande egenskaper för framgångsrika kampanjer:

- De är anpassade till målgruppen. Kommunikationsforskning visar att det inte finns ett sätt som passar alla.
- Kampanjerna bygger på en solid teoretisk grund.
- Budskap, material och medieplattformar testas på målgruppen innan kampanjen lanseras.
- Om möjligt kombinerar man mediekampanjer med andra befintliga insatser som syftar till att förebygga substansanvändning i hemmet, skolan och lokalsamhället. Preventionsinsatser med flera komponenter kan bli mer effektiva.
- Exponeringen av kampanjen måste pågå tillräckligt länge för att budskapet ska nå fram.
- Framgångsrika mediekampanjer utvärderas systematiskt.
- Kampanjer för att påverka barns beteende riktas till deras föräldrar.
- Kampanjerna syftar till att förändra kulturella normer om substansanvändning, utbilda målgruppen om konsekvenserna av normerna och/eller föreslå strategier för att motstå dem.

Det finns också forskning och evidens kring varför vissa mediekampanjer misslyckas:

- Kampanjerna fokuserar inte på de mest relevanta faktorerna som påverkar beteendet. Kampanjer som syftar till att människor ska säga nej eller som använder skrämstaktik fungerar sällan. Även om substansanvändning är ett riskfyllt beteende och alla användare riskerar att skadas leder användningen sällan till extrema utfall såsom dödsfall, funktionshinder och överdosering. Om målgruppen känner människor som har använt psykoaktiva substanser utan att drabbas av de allvarliga effekter som skildras i mediekampanjer så uppfattas inte kampanjen som trovärdig. Det är då lägre sannolikhet att nästa försök att påverka lyckas.
- De uppfattas som överdrivna. Till exempel tror de flesta ungdomar inte på skrämmande exempel från personer med svåra substanssyndrom eftersom sådana händelser upplevs som sällsynta. Extrema budskap kan därför göra mer skada än nytta. Sådana budskap fokuserar generellt på negativa konsekvenser utan att ge några råd om hur man bör bete sig för att undvika dem. Det kan leda till att målgrupperna ignorerar mer användbara och relevanta råd. Att skrämmas bör därför undvikas.
- De får motsatt effekt. Resultat från kommunikationsforskning visar att budskap som orsakar mycket rädsla får människor att fokusera på hur de ska hantera sin rädsla snarare än på hur de ska ändra sitt riskfyllda beteende. Det kan leda till att mottagarna ignorerar budskapet och ägnar sig åt det beteende som de varnas för i syfte att bevisa för sig själva att de har kontroll över beteendet och att de inte kommer att skadas. Det är fortfarande bra att försöka göra målgrupperna medvetna om skaderisken och motivera dem att ändra sitt beteende och söka hjälp. Forskning visar att framgångsrika kampanjer innehåller strategier för hur man kan hantera olika situationer och stärka tilltron till den egna förmågan.

Om kampanjstrategierna som beskrivs ovan har något inflytande alls så är effekten oftast kortsiktig och når endast dem som redan är motiverade att inte använda substanser. Men även de kan reagera på ett oavsiktligt sätt på budskapen (58, 59, 60, 61). Hur man designar kampanjer är viktigt i medieprevention. Det är också viktigt att i förväg testa alla budskap på företrädare för målgruppen i syfte att försäkra sig om att de kommer ge önskad effekt.

Den ökade användningen av sociala medier och streamingtjänster har förändrat hur människor konsumerar media. Mottagaren är inte längre en passiv part i en enkelriktad relation. Ansvar för de etiska dimensionerna flyttas till den enskilde medborgaren och konsumenten (62, s. 13). Bergsma et al. (63) tillägger att ”Mediekunskapsutbildning har vuxit fram under de senaste 20 åren som ett alternativ till regleringar, såsom reglering av ”ohälsosamma” program eller andra metoder för att begränsa medieanvändningen” (s. 523). I debatten om mediernas påverkan på attityder och beteenden verkar nästan alla källor vara överens om behovet av mediekunskap eller medieutbildning. De enda betydande meningsskiljaktigheterna finns gällande medieutbildningens form och innehåll.

Bergsma et al. (63) definierar mediekompetens som ”förmågan att få tillgång till, analysera, utvärdera och skapa medier i en mängd olika former” (s. 523). I USA anger National Association for Media Literacy Education (NAMLE)(64) några grundläggande kriterier för mediekunskapsutbildningar:

- De lär ut ett aktivt och kritiskt tänkande om de budskap vi tar emot och skapar.
- De omfattar alla former av media.
- De bygger upp och förstärker färdigheter för elever i alla åldrar. För att lära sig denna färdighet behövs integrerade interaktiva och upprepade metoder.
- De bidrar till att eleverna blir informerade, reflekterande och engagerade deltagare vilket är av stor vikt för ett demokratiskt samhälle.
- De lär ut att media är en del av kulturen och att den fungerar som normsättare.

- De bekräftar att människor använder sina individuella färdigheter, värderingar och erfarenheter för att konstruera sin egen tolkning av mediebudskap.

I USA har NAMLE tagit fram några användbara koncept och färdigheter för utveckling av insatser och utbildning i mediekompetens. Dessa är också relevanta för Europa:

- Alla mediebudskap är konstruerade och under lektionerna lär sig eleverna hur medierna kan skilja sig från verkligheten. De utvärderar vad som visas jämfört med verkliga erfarenheter eller bedömer bakgrunden till framtagande av mediebudskap.
- Mediebudskapen skapas med hjälp av ett kreativt språk. Eleverna får lära sig att känna igen reklam/produktionstekniker och att skapa mediebudskap.
- Olika personer upplever samma budskap på olika sätt. Eleverna får undersöka hur media påverkar människor, vad människor kan göra för att undvika de negativa effekterna av media och/eller hur människor kan vidta åtgärder för att påverka media.
- Media har dolda värderingar och perspektiv. Eleverna får lära sig hur man identifierar stereotyper, myter, fördomar, värderingar, levnadsvanor och/eller synpunkter som finns eller är utelämnade i mediebudskap.
- De flesta mediebudskap konstrueras för att ge vinst och/eller effekt. Eleverna får lära sig om syftet med reklam och marknadsföringsstrategier. Det uppmuntrar både skepsis mot reklam och skapande av motreklam.

Mediekunskapsutbildning är således relevant för alla åldersgrupper och olika sammanhang. Exempelvis har ungdomar ofta mer kunskap om medieteknik på nätet än personer i äldre generationer. De har inte nödvändigtvis utvecklat färdigheter i mediekunskap som hjälper dem att navigera, bedöma och förstå utbudet av substanser som de stöter på. På samma sätt skulle personer i äldre generationer kunna bidra till att ungdomarna känner sig trygga på nätet om de inte kände sig exkluderade från ungdomsinriktade tekniker och

plattformar. Att hjälpa till att utveckla digitalt samarbete och kontakt mellan generationer kan vara ett sätt att dela denna kunskap.

Hur man använder media i preventionsarbete

Nätverket Club Health har en rad olika förslag för yrkesverksamma inom prevention gällande kontakter med massmedia:

- Fastställ tydliga prioriteringar bland uppsatta mål och skilj mellan sociala medier och en bredare offentlig debatt och publicitet.
- Förutse andra perspektiv i kommunikationen. De olika perspektiven är viktiga för att en politisk åtgärd ska kunna vidtas.
- Säkerhet och rättsliga överväganden i nöjeslivet är viktiga men folkhälsoperspektiv bör alltid presenteras och främjas.
- Formulera ett bra pressmeddelande:
 - Det ska vara kort och sakligt (en sida) med ett tydligt budskap. Om det behövs, släpp fler än ett pressmeddelande.
 - Det ska vara enkelt – ingen överdriven användning av adjektiv, jargong eller specialiserade tekniska termer. Håll dig till en enkel layout.
 - Svara på minst tre av de klassiska frågorna: Vem, vad, när, var och varför i rubriken.
 - Använd citat och statistik om möjligt.
 - Ge väsentlig information om organisationen och lägg till kontaktuppgifter.
 - Inkludera länkar för ytterligare verktyg och resurser.
 - Ha en sammanställning med sakkunskap till hands och kanske en kort presentation av dem.
 - Publicera pressmeddelandet på webbplatsen och följ upp spridningseffekten. Traditionella medier tar allt oftare upp artiklar från webben och sprider dem i en större skala.

- Utse en talesperson som är tillgänglig för media och som är trovärdig bland målgruppen.
- Håll alla texter för internet korta och begripliga.
- Håll dig uppdaterad om trender i nöjeslivet så att dina budskap är aktuella och inte verkar föråldrade.
- Förutse att journalister som letar efter en bra story kan göra all information som publiceras dramatisk och uppseendeväckande. Det kan påverka aktörer i nöjesbranschen negativt.
- Respektera journalistisk integritet men fråga om det är möjligt att faktagranska artiklar före publicering. Du kommer behöva kontrollera citat och att dina ord eller pressmeddelanden inte tas ur sitt sammanhang.

Om man har dessa råd i åtanke är det möjligt att på ett effektivt sätt påverka den offentliga debatten och/eller opinionen om preventionsåtgärder och användningen av substanser.

Innehåll kapitel 9

Begrepp.....	96
Evidensbaserade program	97
Att bygga effektiva team i lokalsamhället	100

KAPITEL 9. Samhällsbaserad prevention

Oavsett om man genomför en eller flera preventionsinsatser bör processen för genomförandet och organisationen vara på plats. Det är viktigt för att upprätthålla en långsiktig kvalitet och få en optimal effekt på hela befolkningen. För att få en stor spridning av evidensbaserade metoder behövs en plan för implementering och tillgång till tidiga behandlingsinsatser för olika befolkningsgrupper, sårbara grupper och individer. Kunskapsbaserade insatser kräver också att viktiga intressenter i samhället värdesätter evidensbaserade metoder och är villiga att genomföra omfattande och integrerade preventionsåtgärder.

I det här kapitlet definierar vi centrala begrepp i syfte att öka förståelsen för hur man bygger evidensbaserade insatser och policyer som involverar flera aktörer, intressenter och tillgängliga resurser.

Som exempel på evidensbaserade insatser presenterar vi organisationen Stockholm förebygger alkohol- och drogproblem (STAD), Project Northland, PROMoting School-Community-University Partnerships to Enhance Resilience (PROSPER) och Communities That Care (CTC).

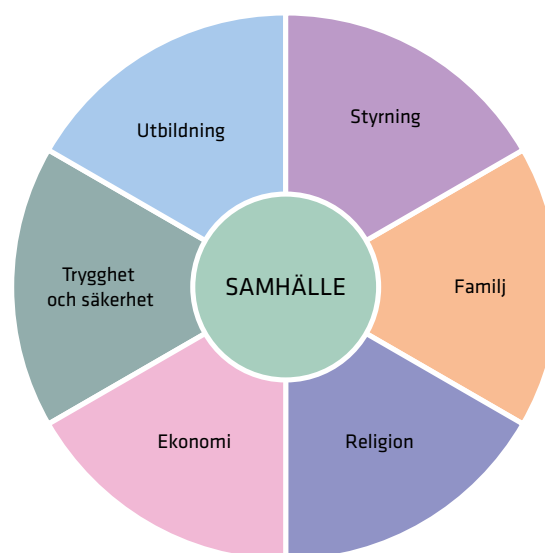
Begrepp

I den här guiden avser vi med ”samhället” en plats där effektiva preventionssystem kan utvecklas och genomföras. De flesta yrkesverksamma arbetar med olika insatser på olika nivåer och med olika målgrupper. Det kan till exempel vara riktade insatser eller föreningsverksamhet för unga.

Small et al. (65) skiljer på grannskap (neighbourhood) och samhälle (community). De anser att ett grannskap är en fysisk plats som ofta definieras av socialt delade gränser. Dessa gränser kan relateras till socioekonomisk status eller fysisk närhet. Ett samhälle bygger mer på en känsla av gemenskap, identitet och tillit framför fysiska gränser.

Preventiva insatser som bygger på flera komponenter kombinerar flera evidensbaserade insatser och policyer i syfte att påverka olika målgrupper (figur 18). Vissa av komponenterna omfattar preventionsinsatser och policyer som exempelvis genomförs i skolan eller i krogmiljöer eller som tillgodoser behoven hos föräldrar och familjer.

Figur 18. Multikomponentinsatser för ett samhälle



Yrkesverksamma inom prevention behöver rikta insatserna till målgrupperna via alla deras mikro- och makromiljöer.

I de flesta situationer implementeras bara en eller två preventionsinsatser eller policyer på antingen mikro- eller makronivå. Insatser som kombinerar flera komponenter och hanterar flera risk- och skyddsfaktorer (individen, jämnåriga, familjen, skolan och samhället) har generellt större sannolikhet att ge önskad effekt.

Programmet Unplugged är en skolbaserad insats för prevention av substansanvändning hos ungdomar i åldern 11–14 år. Denna evidensbaserade insats har bedömts som lovande i Xchange och syftar till att påverka två faktorer på mikronivå: skolan och jämnåriga. I kombination med en annan evidensbaserad insats som riktar sig till samma åldersgrupp, exempelvis EFFEKT, kan resultaten förbättras ytterligare. Båda programmen påverkar bland annat vänner och föräldrar och kan få ännu bättre effekt om de kombineras med skolpolicyer eller strategier för att påverka samhället.

Insatser med multikomponenter stärker normer för icke-användning av substanser samtidigt som de förändrar ungdomars uppfattningar och minskar risken för att använda substanser.

Evidensbaserade program

Följande exempel på insatser har visat sig ha lovande resultat enligt flera utvärderingar i USA och olika europeiska länder.

Project Northland är ett universellt preventionsprogram för ungdomar i åldern 12–18 år. Programmet riktar sig mot flera miljöer och har anpassats och utvärderats i Kroatien. Genom att ingripa på flera nivåer strävar Project Northland efter att lära eleverna färdigheter som hjälper dem att effektivt hantera sociala påtryckningar i ungdomarnas sociala miljö, från kamrater, skola och lokalsamhälle. Programmets viktigaste insatskomponenter omfattar klassrumsundervisning, kamratledarskap, ungdomsdrivna fritidsaktiviteter, program för föräldraengagemang och samhällsengagemang. Project Northland har klassats som möjligen lovande i Xchange. Det innebär att även om det finns god evidens för programmet i USA, behövs det ytterligare forskning för att visa att det också påvisar effekt i europeiska sammanhang.

STAD är ett kompetenscentrum med flera metoder för att förebygga alkohol- och drogrelaterade problem. Metoderna är ursprungligen genomförda och utvärderade i Sverige och håller nu på att

anpassas för ytterligare sex europeiska länder utifrån olika förhållanden vad gäller nöjesliv.

Ursprungligen utgick STAD från tre centrala strategier:

- Samhällsmobilisering i form av en referensgrupp i syfte att öka medvetenheten och kunskapen om alkoholrelaterade skador i samhället. Referensgruppen består av viktiga intressenter från lokalpolis, kommunens tillstånds/tillsynsenhet, aktörer med alkoholtillstånd, hälso- och sjukvård och fackföreningar för personal på exempelvis krogar. Den fungerar som en rådgivande grupp som träffas regelbundet för att diskutera alkoholrelaterade frågor och identifiera möjligheter att förbättra och utveckla policyer.
- Utbildning i programmet Ansvarsfull alkoholserving.
- Samarbete mellan tillståndsenheten och den lokala polisen för att identifiera arbetsätt med utgångspunkt i lagstiftning och utbildning i programmet Ansvarsfull alkoholserving. En del i strategin är att informera serveringsställen om eventuella rapporterade (främst polisanmälda) förekomster av överservering av alkohol till kunder.

CTC (Communities That Care) är ett lokalt samhällsbaserat preventionspaket. Närmare information om CTC finns på www.malmö.se/ctc.

CTC tar utgångspunkt i lokala undersökningar som används för att identifiera och prioritera behov baserat på kunskap om risk- och skyddsfaktorer. Utifrån resultaten väljer man evidensbaserade insatser som kan påverka risk- och skyddsfaktorerna. Arbetet leds av ett tvärsektoriellt områdesteam (se avsnittet om effektiva team, s. 100). CTC är ännu inte inkluderat i Xchange men Blueprints databas graderar det som lovande vilket innebär att enstaka studier har visat ge god effekt.

Preventionspaketet i CTC består av fem faser (figur 19):

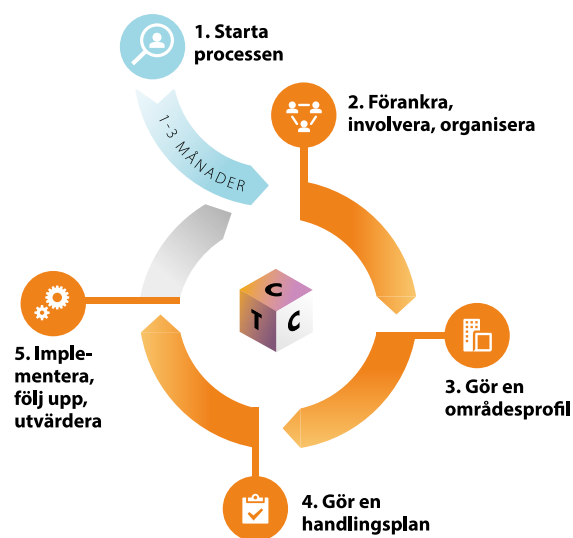
- Att komma i gång – att genomföra en bedömning av samhällets beredskap.
- Att organisera sig – att engagera viktiga intressenter och bilda ett områdesteam av samhällets aktörer för översyn av aktiviteter.
- Att utveckla en samhällsprofil – att med hjälp av epidemiologiska data identifiera risk- och skyddsfaktorer.
- Att skapa en handlingsplan – att använda data för att granska evidensbaserade insatser som syftar till att minska lokalsamhällets identifierade riskfaktorer, stärka skyddsfaktorer och välja effektiva preventionsinsatser riktade till familjer, skolor och lokalområden.
- Att genomföra insatser – att vara programtrogen och använda data för att regelbundet utvärdera genomförandet och göra förbättringar.

Forskarna fann att samhällen i USA som arbetade sig igenom dessa steg fick positiva förändringar bland ungdomar. Resultatet var en betydande sänkning av debutåldern för alkohol- och tobaksbruk och minskad brottslighet och våld. Stärkta skyddsfaktorer för ungdomar i CTC-samhällen i jämförelser med kontrollsamhällen var också ett resultat.

I den ursprungliga studien kvarstod effekterna under fyra år. Den betydande skillnaden i debut av brottsligt beteende kvarstod till 19 års ålder.

Med ordentlig utbildning och metodstöd kan samarbete inom CTC sannolikt utveckla och påverka förutsättningar för preventionsarbete. Vanligtvis tar det cirka 12–18 månader att utveckla en plan för arbetet. När planeringen är slutförd kan teamet implementera preventionsprogram och policyer för att ta itu med prioriterade risk- och skyddsfaktorer.

Figur 19. Community that cares (CTC)



Källa: Malmö stad

PROSPER är ytterligare en samhällsbaserad insats som har klassats som lovande i Blueprints. Den primära uppgiften för teamet som genomför arbetet är att kvalitetssäkra leveransen av de evidensbaserade insatser som PROSPER-forskarna har valt ut för skolan och föräldrarna. Forskarna följer arbetet och granskar kontinuerligt vetenskaplig litteratur för att säkerställa att insatserna fortsätter vara de bästa alternativen för de målgrupper insatserna ska nå.

Modellen nedan ger exempel på åtta olika strategier för planering och genomförande av PROSPER-insatser:

- Att avsätta resurser för arbetet: Fokus för denna strategi är att tillsätta ekonomiska resurser för att upprätthålla och fortsätta sprida både de familj- och skolbaserade insatserna.
- Att stärka stödet för arbetet: Strategin garanterar att PROSPER-teamet och insatserna betraktas som något positivt i samhället som bidrar till förbättringar för ungdomar och familjer.

- Att planera för uppföljning: Strategin omfattar alla steg som krävs för att följa upp implementeringen av insatsen såsom att samla in data, ge återkoppling och så vidare.
- Att stärka samverkan: Strategin omfattar insatser för att skapa en ömsesidig relation mellan teamet, skolan och samhällsaktörerna för att säkerställa att PROSPER-aktiviteter och program leder mot gemensamma mål.
- Att planera kommunikation: Strategin är inriktad på att ta fram kommunikationsplaner för att skapa ökad kunskap om PROSPER och för att få ekonomiskt stöd till insatser och deltagande i det familjebaserade programmet.
- Att planera för att ge uppmuntran: Detta är en viktig strategi för att upprätthålla intresse och stöd för PROSPER och valda insatser. Uppmuntran kan omfatta gruppmedlemmar, programdeltagare och supportrar från skola och lokalsamhälle.
- Att följa upp teamstruktur, roller och deltagande: För att se till att teamet fortsätter att prestera effektivt och att teammedlemmarna förblir engagerade i PROSPER-insatserna behöver gruppleddare och preventions-samordnare ha olika sätt att hantera och förbättra teamets arbete. Tillsammans med teamet utvecklar teamledaren och preventions-samordnaren en utvecklingsplan som tar upp alla strategier i modellen på ett lämpligt sätt.
- Att genomföra effektiva och regelbundna möten: Eftersom ett välfungerande team är en avgörande del av PROSPER behövs regelbundna möten. Effektiviteten i dessa möten diskuteras som en del av en kontinuerlig förbättringsplan.

PROSPER logic model

INPUT Medverkande

- Utförare
- Skolledare
- Lokal verksamhet och grupper
- Föräldrar
- Ungdomar
- PROSPER-personal

Investeringar

- Teamledares tid/lön
- Samhällsvolontärers tid/bidrag
- PROSPER-personalens tid

OUTPUT Primära aktiviteter

- Upprätthålla ett välfungerande team
- Erbjuda evidensbaserade program
- Ta fram förbättringsplan
- Erbjuda stöd av PROSPER

Målgrupp

- Samtliga mellanstadieelever
- 15–35 procent av de berättigade familjerna
- Skolpersonal
- Lokala verksamheter och intressenter
- Regionalt/statlig verksamhet och intressenter
- Forskare

RESULTAT PÅ SAMHÄLLSNIVÅ

På kort- och mellanlång sikt

- Teamet har fungerat bra och får positiv feedback
- 90 procent av programmet har implementerats
- Ökade resurser
- Erkännande från lokal verksamhet

På lång sikt

- Storskaliga positiva ungdoms-/familj-/gemenskaps-/sociala nätverksresultat
- Minskad prevalens av riskbeteenden hos ungdomar
- Minskad substansanvändning
- Minskade problem med uppförande och andra riskbeteenden
- Minskade internaliseringsproblem, ångest och depression

FÖRVÄNTADE EKONOMISKA EFFEKTER

På lång sikt

- Förbättrad arbetsmarknad sysselsättning, närvaro, inkomster
- Minskad substansanvändning och narkotikarelaterad brottslighet
- Minskad användning av hälso- och sjukvårds tjänster och bidrag för akuta och kroniska tillstånd

Att bygga effektiva team i lokalsamhället

Effektiva team i lokalsamhället bidrar till framgång när man för samman många individer och nyttjar deras färdigheter, erfarenheter och personliga och professionella nätverk för att fokusera på insatsen. Effektiva team säkerställer också långsiktighet eftersom insatsen inte längre är personberoende.

Konceptet med lagarbete/teamwork är inget nytt. Men att utveckla ett effektivt team och se till att medlemmarna är engagerade och fungerar bra som helhet är en utmaning. Det finns flera faktorer som kan hindra framgångsrika team. Hindrande faktorer är brist på gemensamma mål, otydliga förväntningar, dåligt ledarskap, oregelbundna möten, liten eller ingen feedback vid interventioner och insatser utförda av teamet, underrepresentation i teamet av berörda målgrupper och konflikter mellan medlemmar på grund av motstridiga agendor.

Förutom hinder på lokal- eller teamnivå kan det finnas andra hinder som påverkar planering och genomförande av evidensbaserade insatser såsom politiska beslut och kortsiktig finansiering.

För att långsiktigt upprätthålla insatser krävs en strategi som omfattar marknadsföring inklusive att säkerställa finansiella och icke-finansiella resurser. De flesta evidensbaserade insatser berör inte detta i sin utbildning och de som genomför/implementerar insatsen kanske därför saknar denna kompetens.

Effektiva team kan mildra eller övervinna hinder om de tar itu med viktiga faktorer som roller, ansvar och kvaliteter hos gruppleddare och gruppmedlemmar, teamstrukturer och hållbart teamengagemang.

När man bildar ett team är det viktigt att ta in nyckelpersoner som representerar viktiga intressenter i samhället, särskilt personer som når de flesta av de potentiellt deltagande ungdomarna och familjerna för en insats och personer från insatsens tänkta målgrupp.

Effektiva team inkluderar medlemmar med olika färdigheter, kunskaper och erfarenheter. Gruppmedlemmarna bör ha breda sociala och professionella nätverk som representerar olika perspektiv i samhället.

För att få ett effektivt arbetsteam bör gruppstorleken begränsas så att alla medlemmar kan vara aktivt engagerade. Effektiva team har tydligt identifierade roller för varje medlem och en struktur som tillåter medlemmarna att använda sina styrkor och personliga färdigheter.

Mobilisera resurser och öka kapacitet

Arbetsmodellen EDPQS (European Drug Prevention Quality Standards) hjälper till att identifiera styrkor och resurser i samhället. När dessa väl är identifierade är det dags att kontakta lokala individer och grupper i samhället.

Syftet med samarbetet avgör vilken typ av kontakt som ska tas. Syftet kan till exempel vara att rekrytera programdeltagare, sprida kunskap om behovet av evidensbaserade insatser, samverka eller hitta finansiellt stöd. Oavsett syfte bör kontakterna ses som en möjlighet att upprätthålla teamets goda rykte och arbete. Det görs genom att:

- Identifiera platser i samhället där människor samlas naturligt, exempelvis ett lokalt centrum eller en preventionsorganisations lokaler på en tillgänglig plats.
- Engagera människor på olika sätt. Erbjud en mängd olika möjligheter för individer att vara delaktiga. Dessa möjligheter bör vara givande för individen och ta hänsyn till intressen och kompetenser.
- Stötta människor som brinner för samhällsarbete. I varje samhälle finns det individer som är drivande för en sakfråga.
- Erbjud korta eller specifika uppgifter. Vissa individer kan eller vill åta sig ett långsiktigt arbete.

- Människor kan begränsas av brist på tid, arbetsscheman och/eller personliga åtaganden. Se över vad som krävs för att möjliggöra ett engagemang. Erbjud exempelvis en specifik uppgift som kan slutföras inom en begränsad tidsram.

När resurserna är begränsade är det viktigt att tänka på hur de kan utnyttjas på bästa och mest effektiva sätt. För det första kan ett team koppla sin insats till en befintlig insats som redan pågår i lokalsamhället i regi av någon annan aktör. Fundera över hur insatsen kan kopplas till teamets arbete och identifiera ömsesidigt fördelaktiga möjligheter att samarbeta.

Det kan också dyka upp lokala problem och frågor i samhället som kan användas som motivation för att mobilisera resurser för preventionsarbete.

KAPITEL 10. Opinionsbildning för prevention

Det är svårt och komplicerat att påverka beslutsfattare att prioritera förebyggande åtgärder eller få dem att stödja genomförandet av preventionsinsatser. För att lyckas krävs samordning, förankring och opinionsbildning. The Triangle Research Group (66) är ett forskningskonsortium om alkoholpolitik i Slovenien. Gruppen beskriver opinionsbildning som en ”politisk process som syftar till att påverka beslut om offentlig politik och resursfördelning inom politiska och sociala system och institut” (s. 14). EU:s smittskyddsmyndighet (67) identifierar opinionsbildning som en ”nyckelstrategi för hälsofrämjande arbete och folkhälsa” (s. 1).

Opinionsbildande arbete syftar ofta till att övertyga beslutsfattande organ om vikten av att införa nya hälsofrämjande policyer och lagar. Arbetet är också nödvändigt för att upprätthålla stödet även efter genomförandet.

Generellt kan ett ärende som presenteras för beslutsfattare innehålla fakta om direkta och indirekta skador orsakade av substansanvändning (på individen, andra människor och samhället). Underlaget kan användas som utgångspunkt för att diskutera hur förebyggande program och policyer kan minska vissa av dessa konsekvenser.

Hur man presenterar ett folkhälsoproblem:

1. Beskriv problemet.
2. Beskriv påverkan på substansanvändaren.
3. Beskriv påverkan på resten av allmänheten eller icke-användare, särskilt ungdomar.
4. Inkludera tillgängliga evidensbaserade insatser och policyer som har visat effekt.

Dialogen kan bidra till att ändra uppfattningar, attityder och normer om substansanvändning och hjälpa beslutsfattare att bättre förstå vinsten av effektiva preventionsinsatser.

ECDC (67) beskriver hur opinionsbildning förekommer på flera nivåer samtidigt (regional, lokal, nationell) medan VeneKlasen et al. (68) lägger till ett flerdimensionellt perspektiv. De menar att olika strategier används för att uppnå samma mål. Strategier för opinionsbildning bör också fortsätta i samarbete med representanter för berörda grupper, beslutsfattare och andra intressenter (69). Relevanta insatser kan omfatta exempelvis utbildning och användning av media för att påverka den allmänna opinionen (se även kapitel 8). Även om opinionsbildning kan vara en fristående verksamhet kan den också vara en del av en preventionsinsats (67).

För effektiv politisk opinionsbildning lyfter Mercer et al. (70) värdet av att:

- tydligt redogöra för sambanden mellan hälso-
problem, insatser och utfall
- systematiskt bedöma och sammanfatta
evidens
- använda en trovärdig grupp och en noggrann
process för att bedöma evidensen
- engagera viktiga partners och intressenter
under hela framtagandet och spridningen av
den evidensbaserade insatsen och tillhörande
rekommendationer
- genomföra personlig, målinriktad och över-
tygande spridning av den evidensbaserade
insatsen och rekommendationerna
- involvera flera berörda parter i syfte att upp-
muntra förståelse och efterlevnad av policy-
rekommendationer
- ha en plan för långsiktig hållbarhet.

Resultaten från studier av policyforskning tyder dock på att det inte alltid finns ett tydligt samband mellan de typer av verksamheter som Mercer beskriver och prioriteringen av förebyggande

program. Det är viktigt att vara realistisk kring vad som är möjligt att uppnå enbart med hjälp av opinionsbildning liksom att dra lärdom av insikter i den politiska beslutsprocessen. Cairney (71) beskriver exempelvis hur den beslutsfattande processen utifrån ofta kan verka irrationell och komplex.

När beslut fattas har beslutsfattarna ofta en annan syn på vad som utgör relevant och användbar kunskap. Yrkesverksamma inom prevention och förespråkare av evidensbaserad prevention kan se evidens som en rationell grund för beslutsfattande. Beslutsfattare utgår även från andra källor för kunskap och beslut. Det kan handla om feedback från befolkningen, opinionen, råd från betrodda kollegor, politiska manifest och åtaganden liksom egna professionella nätverk. Vissa beslutsfattare kan ha en god förståelse för prevention och vikten av evidensbaserade metoder medan andra inte har något intresse för sådana frågor. Beslutsfattare behöver agera genom samförstånd och samtidigt balansera krav och förväntningar hos flera konkurrerande intressen. Det gäller särskilt inom verksamhetsområden som kan vara kontroversiella såsom hantering av substansanvändning. Det kan finnas konkurrens mellan begränsade resurser och vilket värde som tillskrivs nationella strategier.

Insikt i beslutsprocessen gör det möjligt att nå bättre resultat, identifiera viktiga fokuspunkter och minska frustrationen över att beslutsfattarna ”helt enkelt inte lyssnar”. Cairney (71) föreslår att det är bättre att öka beslutsfattarnas kunskap om samhällsproblem och presentera skäl till att prioritera dem i stället för att bara presentera lösningar i form av exempelvis preventionsprogram.

Yrkesverksamma inom preventionsområdet bör också kunna presentera färdiga evidensbaserade lösningar. Det är svårt att få stöd för insatser genom att bara överösa beslutsfattare med vetenskapliga fakta.

Yrkesverksamma inom prevention eller andra experter kan ha utmärkt praktisk kunskap om hur man kan minska hälsorelaterade eller sociala effekter av substansanvändning i samhället. Det betyder dock inte nödvändigtvis att de har de färdigheter som krävs för att övertyga beslutsfattare om en särskild åtgärd. För att bedriva opinionsarbete är det därför nödvändigt att i samverkan med olika intressenter och organisationer utveckla en bred kompetens.

Det är viktigt att följa upp opinionsbildande arbete. ECDC (67) rekommenderar att man använder en förändringsteori för denna process som förklarar hur och varför föreslagna aktiviteter förväntas leda till önskade resultat.

De allmänna principerna för utvärdering av preventionsinsatser/policier kan tillämpas på opinionsbildning. Dessa utvärderingar är databaserade och systematiska och baseras på kända metoder för intervjuer eller undersökningar. Liksom processutvärdering eller resultatutvärdering kan även opinionsbildning utvärderas för att förbättra strategier, analysera resultat eller bygga upp kunskap hos dem som arbetar med frågan. Det kan finnas många faktorer som kan påverka opinionsbildande insatser. Coffman (72) föreslår därför att rapporteringen sker mer regelbundet och omedelbart efter en viktig händelse eller åtgärd.

Referenser

1. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. New psychoactive substances in Europe: An update from the EU early warning system. EMCDDA Rapid Communication. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2015.
2. European Commission. Attitudes of Europeans towards tobacco and electronic cigarettes. Special Eurobarometer 429. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2015.
3. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. European Drug Report 2017: Trends and Developments. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2017a.
4. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. European Drug Report 2018: Trends and Developments. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2018a.
5. Piazza PV, Deroche-Gamonet V. A multistep general theory of transition to addiction. *Psychopharmacology*. 2013; 229(3): 387–413. DOI: 10.1007/s00213-013-3224-4.
6. Degenhardt L, Whiteford HA, Ferrari AJ, Baxter AJ, Charlson FJ, Hall WD, et al. Global burden of disease attributable to illicit drug use and dependence: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*. 2013; 382: 1564–1574. DOI: 10.1016/S0140-6736(13)61530-5.
7. World Health Organization. Global status report on alcohol and health 2018. Geneva: WHO; 2018
8. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Health and social responses to drug problems: A European guide. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2017b.
9. Hawkins JD, Catalano RF, Miller JY. Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: Implications for substance abuse prevention. *Psychol Bull*. 1992; 112: 64–105. DOI: 10.1037/0033-2909.112.1.64.
10. Glantz MD, Pickens RW. Vulnerability to drug abuse. Washington (DC): American Psychological Association; 1992. Vulnerability to drug abuse: Introduction and overview; 1–14. DOI: 10.1037/10107-000.
11. UNODC/WHO. International Standards on Drug Use Prevention. Vienna; 2013.
12. Ayllón S, Ferreira-Batista NN. Unemployment, drugs and attitudes among European youth. *J Health Econ*. 2018; 57: 236–248. DOI: 10.1016/j.jhealeco.2017.08.005.
13. Mrazek PJ, Haggerty RJ. Reducing risks for mental disorders: Frontiers for preventive intervention research. Washington (DC): National Academies Press (US); 1994. DOI: 10.17226/2139.
14. Bartholomew LK, Mullen PD. Five roles for using theory and evidence in the design and testing of behavior change interventions. *Journal of Public Health Dentistry*. 2011; 71(1): 20–33. DOI: 10.1111/j.1752-7325.2011.00223.x.
15. Bandura A. Social Learning Theory. New York: General Learning Press; 1977.

16. Jessor R, Jessor SL. Problem behavior and psychosocial development: A longitudinal study of youth. *Academic Press*. 1978; 135(9): 1129–1130. DOI: 10.1176/ajp.135.9.1129
17. Bronfenbrenner U. *The Ecology of Human Development: Experiments by Nature and Design*. Cambridge (MA): Harvard University Press; 1979.
18. Ajzen I. The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*. 1991; 50(2): 179–211. DOI: 10.1016/0749-5978(91)90020-T.
19. Flay BR, Petraitis J. *Handbook on drug abuse prevention: Theory, science, and practice*. New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers; 2003. Bridging the gap between substance use prevention theory and practice; 239–306.
20. Catalano RF, Berglund ML, Ryan JAM, Lonczak HS, Hawkins JD. *Positive youth development in the United States: Research findings on evaluations of positive youth development programs*. Washington (DC): DHHS and NICHD; 1999.
21. Werner EE, Smith RS. *Vulnerable but invincible: a longitudinal study of resilient children and youth*. New York: McGraw-Hill Book Co; 1982.
22. Biglan A, Hinds E. Evolving Prosocial and Sustainable Neighborhoods and Communities. *Annual Review of Clinical Psychology*. 2009; 5: 169–196. DOI: 10.1146/annurev.clinpsy.032408.153526.
23. Michie S, Van Stralen MM, West R. The behaviour change wheel: A new method for characterising and designing behaviour change interventions. *Implement Sci*. 2011; 6 (42). 10.1186/1748-5908-6-42.
24. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. *European drug prevention quality standards: a quick guide*. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2013a.
25. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. *European drug prevention quality standards: a manual for prevention professionals (EMCDDA Manuals)*. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2011.
26. Charvat M, Jurystova L, Miovsy M. Four-level model qualifications for the practitioners of the primary prevention of risk behaviour in the school system. 2012; *Adiktologie* 12(3): 190–211.
27. Castro FG, Barrera M, Martinez CR. The Cultural Adaptation of Prevention Interventions: Resolving Tensions Between Fidelity and Fit. *Prev Sci*. 2004; 5: 41–45. DOI: 10.1023/B:PREV.0000013980.12412.cd.
28. Castro FG, Kellison JG, Boyd SJ, Kopak A. A Methodology for Conducting Integrative Mixed Methods Research and Data Analyses. *J Mix Methods Res*. 2010; 4(4): 342–360. DOI: 10.1177/1558689810382916.
29. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. *North American drug prevention programmes: Are they feasible in European cultures and contexts?*. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2013b.
30. Brotherhood A, Sumnall HR. *European drug prevention quality standards. EDPQS Toolkit 4: Promoting quality standards in different contexts (Adaptation & Dissemination Toolkit). Step 3: Undertaking the adaptation*. Liverpool: Centre for Public Health; 2015.
31. Van der Kreeft P, Jongbloet J, Van Havere T. *Advances in Prevention Science*. Boston (MA): Springer Publishing; 2014. Factors affecting implementation: cultural adaptation and training. *Defining Prevention Science*; 315–334.
32. National Center for Environmental Health (U.S.), Division of Environmental Hazards and Health Effects, Air Pollution and

- Respiratory Health Branch; Centers for Disease Control and Prevention (U.S.). Learning and growing through evaluation; state asthma program evaluation guide. Atlanta GA; 2010.
33. Poulin F, Dishion T. 3-Year Iatrogenic Effects Associated With Aggregating High-Risk Adolescents in Cognitive-Behavioral Preventive Interventions. *Applied Developmental Science*. 2010; 5(4): 214–224. DOI: 10.1207/S1532480XADS0504_03.
 34. Hanushek EA, Woessmann L. The Role of Education Quality for Economic Growth. Policy Research Working Paper. 2007; No 4122.
 35. Gasper, J. Revisiting the relationship between adolescent drug use and high school dropout. *Journal of Drug Issues*. 2011; 41(4): 587–618. DOI: 10.1177/002204261104100407.
 36. Greenberg MT, Domitrovich CE, Graczyk PA, Zins JE. The study of implementation in school-based preventive interventions: Theory, research, and practice. 2005; 3.
 37. Sloboda Z, Dusenbury L, Petras H. *Advances in Prevention Science*. Boston (MA): Springer Publishing; 2014. Implementation Science and the Effective Delivery of Evidence-Based Prevention. *Defining Prevention Science*; 293–314.
 38. Wandersman A, Duffy J, Flaspohler P, Noonan R, Lubell K, Stillman L, et al. Bridging the gap between prevention research and practice: the interactive systems framework for dissemination and implementation. *Am J Community Psychol*. 2008 Jun; 41(3-4): 171–81. DOI: 10.1007/s10464-008-9174-z.
 39. Ginsburg I. Jean Piaget and Rudolf Steiner: Stages of child development and implications for pedagogy. *Teachers College Record*. 1982; 84(2): 327–337. DOI: 10.1177/016146818208400204.
 40. Marlatt GA, Larimer ME, Witkiewitz K. *Harm reduction: Pragmatic strategies for managing high-risk behaviors* New York: Guilford Press; 2011.
 41. Frone MR. *Alcohol and illicit drug use in the workforce and workplace*. Washington (DC): American Psychological Association; 2013.
 42. Plant Work. Coming clean: Drug and alcohol testing in the workplace. *World of Work Magazine*. 2006; 57: 33–36.
 43. Ricordel I, Wenzek M. Cannabis et sécurité du travail. Photographie de l'évolution de sa détection au sein des contrôles de stupéfiants depuis 2004 à la SNCF [Cannabis and safety of work. Evolution of its detection within the controls of narcotics since 2004 to the SNCF]. *Ann Pharm Fr*. 2008 Aug; 66(4): 255–60. DOI: 10.1016/j.pharma.2008.07.007.
 44. Kaluzny AD, Hernandez SR. *Health care management: A text in organizational theory and behavior*. 2nd ed. New York: John Wiley and Sons; 1988. Organizational change and innovation; 379–417.
 45. The Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). *Employer Resources* [Internet]. Rockville: U.S. Department of Health and Human Services (HHS). Hämtad från: <https://www.samhsa.gov/workplace/employer-resources>
 46. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. *Environmental substance use prevention interventions in Europe*. Technical Report. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2018b.
 47. Storvoll EE, Rossow I, Rise J. Changes in attitudes towards restrictive alcohol policy measures: the mediating role of changes in beliefs. *J Subst Use*. 2014 Mar; 19(1-2): 38–43. DOI: 10.3109/14659891.2012.728671.

48. Fong GT, Graig LV, Guignard R, Nagelhout G E, Tait MK, Driezen P, et al. Evaluation of the smoking ban in public places in France one year and five years after its implementation: Findings from the ITC France survey. *Bull Epidemiol Hebd.* 2013, 20: 217–223.
49. Miller BA, Holder HD, Voas RB. Environmental Strategies for Prevention of Drug Use and Risks in Clubs. *J Subst Use.* 2009;14(1):19-38. DOI: 10.1080/14659890802305887.
50. Fishbein M. Prediction and change of health behavior: Applying the reasoned action approach. Psychology Press; 2011. Predicting and changing behavior: A reasoned action approach; 3–21.
51. Hovland CI, Weiss W. The influence of source credibility on communication effectiveness. *Public Opinion Quarterly.* 1951; 15: 635–650.
52. Hovland CI, Janis I, Kelley HH. Communication and persuasion; psychological studies of opinion change. Yale University Press. 1953.
53. Lasswell HD. The communication of ideas. New York: Harper; 1948. The structure and function of communication in society; 37–51.
54. Lazarsfeld P, Berelson B, Gaudet H. The People's Choice: How the Voter Makes Up His Mind in a Presidential Campaign. New York Chichester, West Sussex: Columbia University Press; 1968.
55. Elkins SR, Fite PJ, Moore TM, Lochman JE, Wells KC. Bidirectional effects of parenting and youth substance use during the transition to middle and high school. *Psychol Addict Behav.* 2014; 28(2): 475–486. DOI: 10.1037/a0036824.
56. Scull TM, Kupersmidt JB, Erausquin JT. The impact of media-related cognitions on children's substance use outcomes in the context of parental and peer substance use. *J Youth Adolesc.* 2014 May; 43(5): 717–28. DOI: 10.1007/s10964-013-0012-8.
57. Wang B, Stanton B, Li X, Cottrell L, Deveaux L, Kaljee L. The influence of parental monitoring and parent-adolescent communication on Bahamian adolescent risk involvement: a three-year longitudinal examination. *Soc Sci Med.* 2013 Nov; 97: 161–9. DOI: 10.1016/j.socscimed.2013.08.013.
58. Barden J, Tormala, ZL. Elaboration and attitude strength: the new metacognitive perspective. *Social and Personality Psychology Compass.* 2014; 8(1): 17-29.
59. Clarkson JJ, Tormala ZL, Rucker DD. A new look at the consequences of attitude certainty: the amplification hypothesis. *Journal of Personality and Social Psychology.* 2008; 95(4): 810–825. DOI: 10.1037/a0013192
60. Clarkson, JJ, Tormala ZL, Rucker DD, Dugan RG. The malleable influence of social consensus on attitude certainty. *Journal of Experimental Social Psychology.* 2013; 49(6): 1019–1022. DOI: 10.1016/j.jesp.2013.07.001
61. Green EC, Witte K. Can fear arousal in public health campaigns contribute to the decline of HIV prevalence?. *J Health Commun.* 2006; 11: 245–259. DOI: 10.1080/10810730600613807
62. O'Neill, B. Media Literacy and the Public Sphere: Contexts for Public Media Literacy Promotion in Ireland. Presented at Media@lse Fifth Anniversary Conference. London School of Economics and Political Science. September 21-23; 2008.
63. Bergsma L J, Carney M E. Effectiveness of health-promoting media literacy education: a systematic review. *Health Educ Res.* 2008; 23(3): 522–542. DOI: 10.1093/her/cym084
64. National Association for Media Literacy Education. The core principles of media literacy education [Internet]. 2010. Hämtad från: <http://namle.net/publications/coreprinciples/>.

65. Small S, Supple A. Communities as systems: Is a community more than the sum of its parts? [6th Annual Symposium] Does It Take a Village? Community Effects on Children, Adolescents, and Families. Penn State University; 1998.
66. Silvestre S, Liutkutė V, Peloza J, Talić S, Kokole D, Ribeiro, et al. Triangle: How youth organizations can build and sustain a national coalition that works on alcohol policy. Alcohol Policy Youth Network (APYN) and No Excuse Slovenia. Ljubljana; 2014.
67. European Centre for Disease Prevention and Control. A rapid evidence review of health advocacy for communicable diseases. Stockholm: ECDC; 2014.
68. VeneKlasen, L. and Miller, V. A New Weave of Power, People and Politics: The Action Guide for Advocacy and Citizen Participation. Practical Action Publishing; 2007. Planning moment #5: Mapping advocacy strategies; 185–208.
69. Peloza J. Triangle: How youth organizations can build and sustain a national coalition that works on alcohol policy. Ljubljana: Infokart; 2014.
70. Mercer SL, Sleet DA, Elder RW, Cole KH, Shults RA, Nichols JL. Translating evidence into policy: Lessons learned from the case of lowering the legal blood alcohol limit for drivers. *Ann Epidemiol.* 2010; 20: 412–420. DOI: 10.1016/j.annepidem.2010.03.005
71. Cairney P. The Politics of Evidence-Based Policy Making. New York: Springer Berlin; 2016.
72. Coffman J. What's different about evaluating advocacy and policy change?. *Evaluation Exchange.* 2007; 13: 2–4.
73. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Preventing later substance use disorders in at-risk children and adolescents: a review of the theory and evidence base of indicated prevention (EMCDDA thematic papers). Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2009.

Bilagor

Bilaga 1 Om EUPC	110
Bilaga 2 Etik och prevention av substansanvändning	111
Bilaga 3 Översikt över metodik.....	113
Bilaga 4 Utvecklingsstadier mellan 3 och 16 års ålder	114
Bilaga 5 Databaser	116
Bilaga 6 Förkortningar	117
Bilaga 7 Medverkande	118

Bilaga 1. Om EUPC

Syftet med European prevention curriculum (EUPC) är att ge yrkesverksamma kunskaper om vetenskapligt baserad prevention om hälsorelaterade, sociala och ekonomiska problem kopplade till substansanvändning i Europa. Den kan användas som kursplan eller referensmaterial vid utbildning och vänder sig bland annat till samordnare, praktiker, beslutsfattare och verksamma i ideella organisationer. Dessa fyller en viktig funktion när det gäller att påverka utvecklingen av prevention och förebyggande verksamhet på nationell, regional och lokal nivå.

Ökad kunskap om evidensbaserad prevention leder till ett mer professionellt förhållningsätt vid planering av förebyggande insatser som i förlängningen bidrar till ett mer effektivt förebyggande arbete.

Fokus är att förebygga problem som rör substansanvändning. Innehållet i EUPC kan dock tillämpas och fungera som inspiration även för andra riskfyllda beteenden såsom våld, antisocialt beteende, kriminalitet, spel om pengar och överdrivet spelande.

Utbildning om prevention behöver omfatta ett brett spektrum av discipliner som epidemiologi, sociologi och psykologi.

EUPC ger vägledning för att:

- bedöma substansanvändningens art och omfattning, inklusive datainsamling och analys
- identifiera de målgrupper som är mest utsatta och göra behovsbedömning
- identifiera och sammankalla lämpliga personer för att ta itu med problemet
- förmedla värdet av evidensbaserade program och policyer till intressenter
- stödja urvalet och utvärderingen av förebyggande insatser och välja lämpliga insatser

som tar itu med resultaten från behovsbedömningen

- välja de insatser som behövs för att förändra situationen och kan göra skillnad
- genomföra och följa upp de evidensbaserade insatserna och vid behov utvärdera i samarbete med en forskargrupp
- främja insatsernas programtrohet (fidelity) och hållbarhet (sustainability) liksom deras genomförbarhet (feasability) och godtagbarhet (acceptability).

EUPC tillämpar de viktigaste resultaten i de internationella riktlinjer som har utarbetats av UNODC, EDPQS, EMCDDA och Prevention Standards Partnership för praktisk verksamhet i Europa.

EUPC togs fram inom ramen för det europeiska projektet UPC-Adapt (Universal Prevention Curriculum) som medfinansierades av Europeiska kommissionen. Ursprungsversionen baserar sig på ett mer omfattande utbildningsmaterial som producerats av Applied Prevention Science International (APSI) med finansiering från amerikanska utrikesdepartementet till The Colombo Plan Drug Advisory Programme. Den europeiska versionen är mindre omfattande.

Elva partners från nio europeiska länder har tillsammans anpassat det amerikanska materialet till de sammanhang och riktlinjer för kvalitetssäkring som gäller inom Europa. Mer om vald metodik och medverkade länder i EUPC-arbetet finns att läsa i bilaga 3.

Mer information om EUPC-kurser och utbildningssamordnare finns på <http://www.emcdda.europa.eu/best-practice/europeanprevention-curriculum>

Bilaga 2. Etik och prevention av substansanvändning

I all förebyggande verksamhet görs en rad etiska överväganden. Den viktigaste principen för det förebyggande arbetet handlar om att göra gott och att inte skada någon. De etiska aspekter som behöver övervägas inkluderar mänskliga rättigheter, barns rättigheter och diskrimineringsgrunderna kön, könsöverskridande identitet eller uttryck, etnisk tillhörighet, religion eller annan trosuppfattning, funktionsnedsättning, sexuell läggning och ålder. Här gäller det att tydliggöra att den förebyggande insatsen görs med respekt för deltagarnas lika värde, autonomi och integritet. Det gäller också att informera om att deltagandet är frivilligt och att hämta in deltagarnas samtycke, speciellt när det handlar om barn och ungdomar eller andra som är särskilt utsatta. Vid universella insatser tenderar mer gynnade grupper att nå i högre utsträckning. Arbetsgruppen behöver därför tänka på hantering av risken för insatsen förstärker skillnader mellan grupper.

Även om det är relativt vanligt att diskutera etik inom skademinskning, forskning och behandling vid substansanvändning, är det mindre vanligt att granska etiken inom själva preventionsarbetet. Aktiviteter för att förebygga substansanvändning kanske inte kräver någon fysisk eller klinisk insats, men de utgör ändå en form av ingripande i människors liv. Preventionsinsatsen behöver utgå från kunskap om vad som passar målgruppen. I vissa fall kan målgruppen bestå av utsatta personer som kanske redan är exkluderade från samhället. Samtliga länder har lagar som kontrollerar användningen av vissa substanser. Därför är det viktigt att etiskt överväga och säkerställa att insatserna inte ökar sannolikheten för (fortsatt) substansanvändning.

Etiska frågor uppstår på en rad olika nivåer beroende på syftet med preventionsinsatsen. Yrkesverksamma bör därför:

- hålla sig till rättsliga krav
- respektera deltagarnas rättigheter och autonomi (till exempel enligt definitionen av internationella ramverk om mänskliga rättigheter och barns rättigheter)
- ge deltagarna verkliga motiv att delta (till exempel se till att insatsen är användbar för deltagarna och accepterad av dem)
- inte orsaka någon skada eller väsentliga nackdelar för deltagarna (till exempel oavsiktliga och oförutsedda skadliga effekter, sjukdom eller skada, exkludering eller stigmatisering)
- tillhandahålla transparent, korrekt, objektiv och fullständig information
- erhålla deltagarnas samtycke före deltagandet
- informera om att deltagandet är frivilligt
- behandla deltagardata konfidentiellt
- behandla deltagande i preventionsverksamhet konfidentiellt vid behov
- anpassa insatsen efter deltagarnas behov och preferenser
- involvera deltagarna som delaktiga parter i utvecklingen, genomförandet och utvärderingen av insatsen
- skydda deltagarnas och personalens hälsa och säkerhet.

Beroende på typen av insats kan det vara svårt, eller inte genomförbart, att följa alla principer för ett etiskt förebyggande arbete. Att inhämta informerat samtycke och säkerställa frivilligt deltagande kan vara en utmaning. Bland annat vid universella förebyggande insatser eller vid straffrättsliga insatser där deltagarna kan vara juridiskt skyldiga att delta. I förhållande till principen om att inte orsaka någon skada, är det värt att notera att riktade

förebyggande insatser också kan stigmatisera deltagarna (73).

Olika principer kan stå i konflikt med varandra. Deltagarna kan exempelvis vilja ägna sig åt beteenden som orsakar dem skada, exempelvis substansanvändning. De kan också efterfråga insatser som visat sig vara potentiellt ineffektiva eller till och med skadliga såsom att prata med en jämnårig som använder eller har använt substanser. Att bedöma etiken i insatsen innan den har genomförts kan vara svårt, exempelvis huruvida den kommer att ge positiva eller negativa effekter. Slutligen är alla preventionsprinciper i viss utsträckning föremål för tolkning (vad är bra och för vem?). Även förändringar i lagstiftning i vissa länder (exempelvis innehav av cannabis) kan antyda att vissa substanser är mer acceptabla i samhället än andra.

Det finns inget tydligt svar på alla de etiska överväganden eller konflikter som kan uppstå inom preventionsarbetet. Att diskutera och reflektera ökar medvetenhet och underlättar en öppen dialog om hur de kan påverka det förebyggande arbetet. Ett etiskt förhållningssätt måste tydligt framgå i varje skede av insatsen. Utförarna måste överväga vad som är möjligt inom insatsen (exempelvis att möjliggöra ett muntligt samtycke om det inte är möjligt att få ett skriftligt). De måste också vara särskilt uppmärksamma på frågor som kan uppkomma vid insatsen (exempelvis frågor och oro som rör familjer/vårdnadshavare som måste rapporteras till en behörig myndighet). De bör också beakta att olika intressenter (exempelvis anställda, deltagare, allmänhet och beslutsfattare) kan ha olika syn på vad som är etiskt riktigt. Deltagarnas bästa bör dock alltid stå i fokus (25).

Bilaga 3. Översikt över metodik

Guidens metodik bygger på riktlinjerna från European Prevention Standards Partnership för anpassning och spridning av kvalitetsnormer i olika sammanhang (EDPQS Toolkit 4). Riktlinjerna beskriver hur man går vidare med en anpassning och vad man ska tänka på under denna process.

HoGent-teamet, som är baserat på Department for Prevention Research på University College of Ghent definierades som en arbetsgrupp. Kärngruppen bestod av arbetsgruppen och Zili Sloboda (Applied APSI), Michael Miovsy (Charles University Prague), Gregor Burkhart (EMCDDA) och Jeff Lee (International Society of Substance Use Professionals). Samtliga är experter inom området prevention av substansanvändning.

Kärngruppens huvudsyfte var att i största möjliga mån undvika ändringar av kärnkomponenterna i den ursprungliga UPC:n. Samtidigt skulle de göra viktiga ytliga anpassningar till ett europeiskt sammanhang. En slutlig projektgrupp, ”referensgruppen”, bestod av samtliga elva parter som deltog i UPC-Adapt-projektet. Dessa omfattade representanter från Belgien, Tyskland, Estland, Spanien, Kroatien, Italien, Polen och Slovenien.

Anpassningsprocessen inleddes genom att noga läsa UPC Trainer Manual som utvecklades av APSI. Efter att arbetsgruppen läst kursplan 1, det vill säga den allmänna EUPC-introduktionskursplanen, skapade de ett arbetsdokument som beskrev den anpassade produkten och den preliminära kategoriseringen av möjliga anpassningar.

I kategoriseringen gjordes distinktioner mellan anpassningar av ”djupa” och ”ytliga” anpassningar, tillsammans med motiven för eventuella föreslagna ändringar. Ytliga anpassningar är exempelvis anpassningar till platser, exempel, data, uttryck och idiom. Djupa anpassningar kategoriseras som anpassningar till kontext (såsom social och politisk organisation), kultur, (normer och värderingar), tekniska aspekter (grafik eller illustrationer) och innehåll (borttagningar, ändringar eller tillägg utan att ändra kärnelement). Detta förarbete diskuterades först av arbetsgruppen. Efter att konsensus uppnåtts granskades denna preliminära kategorisering och arbetsdokumentet av kärngruppen.

En liknande process genomfördes för att anpassa de olika kapitlen. Först nåddes konsensus i arbetsgruppen och sedan diskuterades föreslagna anpassningar med kärngruppen. Regelbundna samråd ägde rum i kärngruppen via videokonferens och e-post.

Bilaga 4. Utvecklingsstadier mellan 3 och 16 års ålder

3–4 år

Socialt

Är bra på att dela och leka med andra, leker ensam, använder sked/gaffel för att äta, personlig hygien.

Språkligt

Reciterar siffror men kan bara räkna till tre, samtalar, reciterar rim och visor, har en favoritsaga.

Fysiskt

Kan trä pärlor på tråd, använder sax, går på tå, kan trampa och styra, kan balansera, har rumslig medvetenhet.

Intellektuellt

Kan bygga ett torn, målar, kan rita ett huvud av en människa, håller en penna ordentligt.

Emotionellt

Kan vänta på att behov ska uppfyllas, har sinne för humor, förstår dåtid och nutid.

Beteendemässigt

Har förmåga att förhandla men inte resonera, använder fantasin, är rädd för mörker och övergivenhet, gillar humor.

5–7 år

Socialt

Delar, använder fantasin i lek, klär av och på sig själv.

Språkligt

Tycker om sagor och tillämpar dem på lek, förstår dubbel innebörd av ord.

Fysiskt

Byggleksaker, måla, spel, leker bollekar, dansar, hoppar, skuttar.

Intellektuellt

Kan kopiera bokstäver, räknar på fingrarna, lägger till detaljer i bilder, är medveten om tid.

Emotionellt

Bryr sig om vänner och spädbarn, har bättre kontroll över uppförande och beteende.

Beteendemässigt

Uttrycker ilska och frustration mindre med handling och mer med ord, är mer självständig.

8–12 år

Socialt

Är självständig från föräldrar, har känsla för rätt och fel, har känsla för framtid.

Språkligt

Kan läsa och skriva, är mer artikulerad, har samtal, kan debattera, relaterar händelser.

Fysiskt

Variation i utseende är mer märkbart, tidig pubertet hos flickor, förbättrad öga-hand-koordination.

Intellektuellt

Samtal om tankar och känslor, tänker mer logiskt, har utvecklat matematikfärdigheter samt läs- och skrivkunnighet.

Emotionellt

Lär sig genom observation och tal, ger stöd i stressiga tider, kan betona/uttrycka något som är viktigt.

Beteendemässigt

Går med i olika nätverk och umgås mer med jämnåriga, vill ha acceptans av jämnåriga.

13–16 år

Socialt

Tillbringar mer tid med jämnåriga, skapar identitet, testar gränser, fler vuxna förebilder.

Språkligt

Klarhet i tänkande, uttryck för egna övertygelser.

Fysiskt

Pubertet hos båda könen, snabb tillväxt av muskuloskeletala systemet, ökad uthållighet.

Intellektuellt

Mer omsorg om andra och om samhället, ifrågasätter och utmanar regler, utforskar nya idéer.

Emotionellt

Upplever hormonella förändringar, förbereder sig för självständighet från familjen, agerar ut.

Beteendemässigt

Ökande behov av privatliv, tillbringar mer tid med kamrater.

Bilaga 5. Databaser

Xchange, Europa

<http://www.emcdda.europa.eu/best-practice/xchange>

Portal för Best practise portal, Europa

http://www.emcdda.europa.eu/best-practice_en

Green list, Tyskland

<http://www.gruene-liste-praevention.de/nano.cms/datenbank/information>

Evidence-based prevention, Spanien

<http://prevencionbasadaenlaevidencia.net>

Centre for Analysis of Youth Transitions database, Storbritannien

<http://cayt.mentor-adepis.org/cayt-database>

Blueprints, USA

<https://www.blueprintsprograms.org>

National Registry of Evidence-Based Programs and Practices, USA

<https://www.samhsa.gov/nrepp>

Preventing Drug Use among Children and Adolescents, USA

https://www.drugabuse.gov/sites/default/files/preventingdruguse_2.pdf

Bilaga 6. Förkortningar

APSI	Applied Prevention Science International
CNS	Central nervous system
COM-B	Capability, opportunity, motivation and behaviour
CTC	Communities That Care
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
ECDC	European Centre for Disease Prevention and Control
EDPQS	European Drug Prevention Quality Standards
EMCDDA	European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction
ESPAD	European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs
EUPC	European prevention curriculum
GBG	Good Behaviour Game
ICD	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems
MDMA	3,4-metylendioxi-N-metylamfetamin
NAMLE	National Association for Media Literacy Education
PROSPER	Promoting School-Community-University Partnerships to Enhance Resilience
RBS	Responsible beverage service
RCT	Randomised controlled trial
STAD	Stockholm förebygger alkohol- och drogproblem
TPB	Theory of planned behaviour
UNODC	United Nations Office on Drugs and Crime
UPC	Universal Prevention Curriculum
WHO	World Health Organization

Bilaga 7. Medverkande

Europeiska centrumet för kontroll av narkotika och narkotikamissbruk (EMCDDA) och UPC-Adapt vill tacka Peer van der Kreeft, Annemie Coone, Femke Dewulf, Marjolein De Pau (projektet som leddes på HoGent, University College Ghent, Belgien), samt följande samarbetspartners:

- Michal Miovský, Roman Gabrhelík, Michaela Malinová (CUNI, Charles University, Tjeckien).
- Rachele Donini, Roberto Carrozzino, Daniela Congiu, Marco Piana, Anna Zunino (ASL Savona, Local Health Agency n. 2 Savonese, Italien).
- Valentina Kranzelic, Martina Feric, Miranda Novak, Josipa Mihic (ERF, Faculty of Education and Rehabilitation Sciences, University of Zagreb, Kroatien).
- Sanela Talić, Matej Košir (UTRIP, Institute for Research and Development, Slovenien).
- Karin Streimann, Triin Sokk, Katri Abel-Ollo, Tiia Pertel (TAI, National Institute for Health Development, Estland).
- Krzysztof Ostaszewski, Agnieszka Pisarska, Jakub Gren (IPIN, Institute of Psychiatry and Neurology, Polen).
- Carmen Orte, Lluís Ballester, Marga Vives, Maria Antònia Gomila, Joan Amer, Miren Fernández de Álava (UIB, University of the Balearic Islands, Spanien).
- Maximilian von Heyden, Henrik Jungaberle, (FINDER Institute for Prevention Research, Tyskland).
- Katarzyna Okulicz-Kozaryn, Piotr Sędek (PARPA, The State Agency for Prevention of Alcohol-Related Problems, Polen).
- Claudia Meroni, Corrado Celata, Giusi Gelmi, Nadia Vimercati (ATS Milano, Milano Health Protection Agency, Italien).

Denna publikation har framställts i samarbete med Gregor Burkhart (EMCDDA), Zili Sloboda (Applied Prevention Science International) och Jeff Lee (International Society of Substance Use Professionals).

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

The Public Health Agency of Sweden is an expert authority with responsibility for public health issues at a national level. The Agency develops and supports activities to promote health, prevent illness and improve preparedness for health threats. Our vision statement: a public health that strengthens the positive development of society.



Folkhälsomyndigheten

Solna Nobels väg 18, 171 82 Solna Östersund Campusvägen 20, Box 505, 831 26 Östersund
www.folkhalsomyndigheten.se