

Ansvarsfull alkoholservering -effekter på våldsbrottsligheten i landets kommuner

Björn Trolldal
Lars Brännström
Mallie J. Paschall
Pia Kvillemo
Håkan Leifman

STAD-rapport 50

STAD:s rapportserie, 2012
Rapport nummer 50
ISSN: 1654-7497
ISBN: 978-91-85997-19-0

www.stad.org

Förord

STAD (Stockholm förebygger alkohol- och drogproblem) startade som ett tioårigt projekt med uppdraget att identifiera, tillämpa och utvärdera lovande metoder för prevention inom alkohol- och narkotikaområdet. Projektet startades 1995 efter en översyn av missbruksvården i Stockholms län, där Landstinget och Stockholms kommun gemensamt beslöt att göra en mer långsiktig satsning på metodutveckling. Sedan januari 2005 är STAD en ordinarie verksamhet och sedan 2010 ett målområde inom Centrum för psykiatriforskning, Stockholm.

Den alkohol- och drogpolitiska situationen i Sverige på 2000-talet kräver att nya metoder för prevention utvecklas. Den tilltagande globaliseringen och Sveriges EU-medlemskap begränsar på en rad viktiga punkter statens möjligheter att föra en traditionell svensk restriktiv tillgänglighetsbegränsande politik; en politik som i ett europeiskt perspektiv måste bedömas som framgångsrik. Detta understryker behovet av att i lokalsamhället utveckla nya metoder där insatser för att påverka såväl efterfrågan som tillgänglighet av alkohol och droger vävs samman i nya former för samhällsbaserad prevention.

STAD:s arbete kännetecknas av ett tätt samspel mellan praktik och forskning där kunskaperna från utvärderingar omsätts till praktik och de praktiska metoderna utsätts för kritisk och konstruktiv granskning. Kunskapen om vad som kännetecknar effektiva preventiva metoder har också ökat under de senaste tio åren. Det finns dock fortfarande ett stort behov av att utveckla och testa nya samhällsbaserade preventiva metoder, dels genom det aktionsinriktade arbetssätt som i stor utsträckning kännetecknat STAD, dels genom att studera hur metoder fungerar när de verkar i den vardag de är avsedda för.

I en serie av rapporter redovisar STAD resultat och erfarenheter från det arbete som vi bedriver. I den här rapporten (Nr 50) redovisas resultatet från en utvärdering av arbetet enligt Ansvarsfull alkoholservering eller en liknande metod på våldsbrottsligheten i landets kommuner.

Innehållsförteckning

Förord	3
Innehållsförteckning	4
Sammanfattning	5
Inledning	7
Bakgrund	7
Spridningen av metoden Ansvarsfull alkoholservering	8
Metodens olika delar	9
Alkohollagen	10
Syfte och frågeställningar	11
Material och metod	12
Metodefterlevnad	12
Anmälda våldsbrott	13
Inklusionskriterier	14
Statistisk metod	14
Etiska överväganden	15
Resultat	15
Inledning.....	15
Metodefterlevnad i landets samtliga 290 kommuner	15
Metodefterlevnad bland de 237 kommuner som ingick i denna studie.....	16
Effekter av arbetet enligt AAS på den polisanmälda våldsbrottsligheten i kommunerna ...	17
Alternativa indikatorer och mått för utvärdering av preventiva insatser på alkoholområdet – en sammanfattning av bilaga 1.....	19
Sammanfattning och diskussion	20
Bilaga 1	22
Alternativa mått för utvärdering av preventiva insatser på alkoholområdet	22
Bilaga 2	43
Metodefterlevnad i landets samtliga kommuner	43
Bilaga 3	44
Detaljerad beskrivning av variablerna i analyserna samt av resultaten	44

Sammanfattning

Inledning

Ansvarsfull alkoholserving (AAS) är en metod som syftar till att minska våld och skador relaterade till alkoholkonsumtion på restauranger, barer och nattklubbar och till att utveckla en restaurangkultur som motverkar servering till underåriga och till märkbart berusade personer. I Sverige utarbetades AAS av STAD (Stockholm förebygger Alkohol- och Droget) vid Stockholms läns landsting under andra hälften av 1990-talet.

Under 2003 började AAS spridas till flera kommuner i Stockholms län och metoden började även spridas till andra kommuner i landet. År 2004 fick Statens folkhälsoinstitut ett regeringsuppdrag att sprida metoden till alla kommuner i landet och från år 2006 medverkar även länsstyrelserna i detta arbete. Spridningen kulminerade åren 2006 och 2007 då 84 respektive 59 kommuner påbörjade ett arbete enligt AAS.

Syfte

STAD har av Statens folkhälsoinstitut fått i uppdrag att utvärdera effekterna av arbetet enligt AAS på våldsbrottsligheten i landets kommuner. Syftet med den här studien är att studera effekterna av arbetet enligt AAS efter det att metoden spridits i landets kommuner under perioden 1996-2009. Hypotesen är att effekten på våldsbrottsligheten är större bland kommuner som har implementerat metoden i större utsträckning jämfört med de kommuner som implementerat den i mindre utsträckning.

Material och metod

Studien består av två delar. Den första delen gäller i vilken utsträckning kommunerna har implementerat metodens olika delar. Fokus i den här studien har varit på metodens tre huvuddelar: utbildning i Ansvarsfull alkoholserving, samverkan i en samverkansgrupp samt tillsyn. Den andra delen avser metodens effekt på våldsbrottsligheten i kommunerna.

För att mäta graden av implementering av AAS i kommunerna har flera enkätundersökningar genomförts. Svarefrekvensen har varit mellan 94 och 98 procent. Som mått på våldsbrottsligheten i kommunerna användes polisanmälda våldsbrott uppdelat i olika kategorier. De anmälda våldsbrott som studerats har begåtts mellan klockan 22.00 och 06.00 under nätter mot lördagar och söndagar och offren har varit 15 år eller äldre.

För att en kommun skulle inkluderas i studien skulle man börjat arbeta enligt metoden senast under 2008. Dessutom skulle det finnas kvällsöppna restauranger med serveringstillstånd. Av landets 290 kommuner uppfyllde 237 dessa två kriterier. I analyserna studeras samtliga dessa kommuner, men de har även delats upp i "stora" och "små" kommuner med avseende på hur många serveringstillstånd till allmänheten de hade år 2009.

Effekten av AAS på våldsbrottsligheten skattas med hjälp av en linjär paneldatamodell.

Resultat

Resultatet från vår regressionsanalys visade att metoden har haft en positiv effekt på den polisanmälda våldsbrottsligheten i kommunerna under den studerade perioden. För varje metoddel som har använts minskade denna våldsbrottslighet med ungefär 3 procent. Den totala effekten av AAS, när alla tre huvuddelarna har använts, har varit ungefär 9 procent.

Undergruppsanalyser visade att den positiva effekten framförallt gällde i små kommuner, det vill säga de kommuner med 20 eller färre serveringstillstånd till allmänheten.

Separata analyser av varje metoddel visade att varje del minskade antalet polisanmälda våldsbrott. Samverkan i en samverkansgrupp hade en signifikant positiv effekt på den polisanmälda våldsbrottsligheten medan effekterna av utbildningsdelen och tillsynsdelen (som de definierats i den här studien) inte var signifikanta.

Studien av alternativa mått på effekter av preventiva insatser på alkoholområdet visar att det finns stora möjligheter att i framtiden använda även andra mått än polisanmälda våldsbrott med hög kvalitet, bland annat uppgifter från öppenvården.

Inledning

Bakgrund

Tidigare forskning har visat att det finns ett samband mellan alkoholkonsumtion och våldsbrottslighet. Den andel av våldsbrotten i Sverige som direkt beror på att alkohol har konsumerats beräknas vara mellan 40 och 50 procent (1-3).

Kopplingen mellan alkohol och våld är starkare i länder med en hög andel berusningsdrickande än i länder där konsumtionen är mer utspridd över tid (1, 3-4).

Sambandet har även visat sig vara tydligt vid så kallade naturliga experiment såsom vid strejker inom alkoholindustrin eller vid olika typer av ransoneringar. Exempel på detta är den kraftiga minskningen av våldsbrottsligheten i Sverige under första världskriget (1) och den alkoholpolitik som bedrevs i Ryssland på 1980-talet (5).

Det har dock visat sig svårt att påvisa det kausala sambandet mellan alkohol och våld och det krävs ytterligare faktorer för att förklara sambandet (6). En sådan faktor som visat sig ha stor betydelse är hur mycket alkohol som har konsumerats under en viss tidsperiod och graden av berusning (3, 7-9)

Många studier har visat på ett starkt samband mellan alkoholkonsumtion specifikt på restauranger och olika typer av alkoholrelaterade problem (10-12). Det har till exempel visat sig att både enskilda individers berusningsgrad och den genomsnittliga berusningsnivån på ett serveringsställe har ett samband med våld (11). Det är framförallt konsumtion av spritdrycker och starköl på restauranger som har samband med våldsbrottsligheten (2). Dessutom har det visat sig att det finns ett samband mellan antal restauranger och våldsbrottslighet (13).

Under andra hälften av 1990-talet introducerades STAD-metoden i Stockholm. Metoden fick senare namnet Ansvarsfull alkoholserving (AAS). Syftet med AAS är att minska våld och skador relaterade till alkoholkonsumtionen på restauranger, barer och nattklubbar och till att utveckla en restaurangkultur som motverkar servering till underåriga och överservering (14). År 2001 genomfördes en utvärdering av metoden med avseende på dess effekt på våldsbrottsligheten (anmälda våldsbrott) i Stockholms stad. Utvärderingen visade att våldsbrotten minskat med 29 procent i försöksområdet (Stockholms City) i jämförelse med utvecklingen i kontrollområdet (Södermalm) (15). Detta visade sig vara jämförbart med en minskning med 77 våldsbrott i månaden, vilket motsvarar en besparing på 291 miljoner kronor. Det är 39 gånger mer än de beräknade kostnaderna för projektet under den aktuella perioden (16).

År 2011 publicerades en genomgång av studier som utvärderat program som syftar till att påverka alkoholkonsumtionen och alkoholrelaterade problem i samband med alkoholkonsumtion på restauranger med serveringstillstånd. Slutsatsen var att program som innehåller flera olika delar kan ha effekt på alkoholkonsumtion och relaterade problem. Däremot så är effekterna begränsade när det gäller andra typer av metoder som till exempel enbart går ut på att utbilda restaurangpersonal (17) Jones_2011.

Två exempel på effektiva program som innehållit flera olika delkomponenter är "Safety Action" projekten i Queensland, Australien, där man fann signifikanta effekter på observerad aggressivitet (6, 18), samt "Community Trial" projektet i USA där antalet misshandelsskador och alkoholrelaterade trafikolyckor påverkades signifikant (17, 19).

Effekter av utbildning av serveringspersonal på alkoholrelaterade skador har varit låga. Holder och Wagenaar fann dock signifikanta effekter av obligatoriska utbildningsinsatser av serveringspersonal på singelolyckor i trafiken under nattetid i Oregon, USA (20). I "Safer

Bar"-projektet i Ontario i Canada fann man en signifikant, men liten, effekt på våld (21). Effekterna av ökade tillsynsinsatser hos polisen gentemot restauranger med serveringstillstånd har visat sig vara blandade (6, 17, 22-23). Effekter av samverkansgrupper har inte studerats separat i tidigare forskning.

Det finns dock forskningsresultat som pekar på att program som visat sig ha effekt i samband med att de introduceras inte har samma effekt när de sedan sprids till flera användare som arbetar enligt metoden på en mer vardaglig basis (24-26). En orsak till detta kan vara att man efter spridningen inte arbetar med programmets olika delar i samma utsträckning som man gjorde när programmet introducerades första gången (27).

Spridningen av metoden Ansvarsfull alkoholserving

AAS är en så kallad systemmodell, vilket innebär att den består av flera olika delar. Metoden bygger på en teori om att alkoholkonsumtion och alkoholrelaterade problem i ett samhälle påverkas av flera olika så kallade sub-system, som till exempel sociala normer, lagefterlevnad, tillgänglighet på alkohol, det juridiska systemet, med mera. Tanken är att ju fler av dessa sub-system som kan påverkas av en preventiv insats, desto större är sannolikheten att metoden får önskade effekter (28).

År 2001 integrerades AAS i den ordinarie verksamheten i Stockholms stad och under 2003 började STAD sprida AAS till flera kommuner i Stockholms län och metoden började även spridas till andra kommuner i landet. År 2004 fick Statens folkhälsoinstitut ett regeringsuppdrag att sprida metoden till alla kommuner i landet och från år 2006 medverkar även länsstyrelserna i detta arbete. I varje län tillsattes en projektledare med ansvar för spridningen av AAS i kommunerna inom respektive län. Dessa projektledare har för det mesta varit stationerade på respektive länsstyrelse. Spridningen kulminerade åren 2006 och 2007 då 84 respektive 59 kommuner påbörjade ett arbete enligt AAS (29).

Vid årsskiftet 2010/2011 avslutades spridningsprojektet vid Statens folkhälsoinstitut. I regeringens senaste strategi för ANDT-området lyfter man dock fram AAS som ett viktigt verktyg för att bedriva ett effektivt arbete på detta område. Statens folkhälsoinstitut och länsstyrelserna har i uppdrag att verka för att metoden fortsätter att spridas och användas i kommunerna (30).

I vissa län och kommuner har man arbetat enligt metoder som är mycket lika Ansvarsfull alkoholserving. Det rör sig oftast om en namnändring men ibland även om mindre anpassningar av metoden till lokala förhållanden. I föreliggande rapport benämns dessa varianter av metoden Ansvarsfull alkoholserving som "liknande metoder". I den löpande texten förkortas dock både Ansvarsfull alkoholserving och liknande metoder med "AAS".

I samband med spridningen av metoden i landets kommuner har det förts en diskussion om i vilken utsträckning den är anpassad till mindre kommuner. En uppfattning som har framförts är att metoden, som alltså arbetades fram i Stockholm, framförallt är anpassad till större städer. I den här studien har därför kommunerna delats upp i två kategorier med avseende på hur många serveringstillstånd de har. Syftet har varit att studera om effekterna av arbetet enligt metoden har varit olika i större och mindre kommuner.

Metodens olika delar

AAS innehåller flera olika metoddelar som alla syftar till att påverka förutsättningarna för att servering av alkohol på restauranger ska kunna ske på ett ansvarsfullt sätt. Metoddelarna kan grupperas i två kategorier. Den första kategorin består av metodens tre huvuddelar: utbildning av restauranganställda, effektiv tillsyn av alkoholservering i restaurangmiljö och samverkan mellan berörda parter i en samverkansgrupp, framför allt kommunen, polisen och restaurangbranschen. Den andra kategorin består av de fyra övriga delarna kartläggning, uppföljning, informationsspridning och alkoholpolicyer på restauranger (29, 31). I den här utvärderingen har metodens tre huvuddelar studerats.

Begreppet Ansvarsfull alkoholservering har två betydelser. För det första är Ansvarsfull alkoholservering samlingsnamnet på hela metoden och dess olika delar. För det andra kallas den utbildningsdel som ingår i metoden också för Ansvarsfull alkoholservering. Denna utbildning syftar till att öka restaurangpersonalens medvetenhet när det gäller sambandet mellan alkohol och våld (14). Här följer en beskrivning av metodens olika delar.

Utbildning

Utbildningen Ansvarsfull alkoholservering riktar sig i första hand till serveringspersonal, men också till restaurangägare, vakter och övrig personal. Målet med utbildningen är att göra deltagarna medvetna om sambandet mellan berusning och våld och betydelsen av ett professionellt förhållningssätt, och därmed leda till att alkohol inte serveras till underåriga eller märkbart berusade gäster. Utbildningen består av följande komponenter: alkoholens medicinska effekter, alkohollagen, alkoholrelaterat våld, gruppdiskussioner, narkotikaproblem på krogen, konflikthantering samt ett skriftligt prov (14).

Samverkan i en samverkansgrupp

AAS bygger till stora delar på samverkan mellan berörda aktörer på området, framförallt kommunen, polisen och restaurangbranschen. När det gäller själva metoddelen samverkan avses bildandet av en samverkansgrupp för det konkreta arbetet enligt metoden. Syftet är att bygga ett väl fungerande team kring arbetet. Kärnan i gruppen ska bestå av nyckelpersoner från de båda tillsynsmyndigheterna kommunen och polisen samt från restaurangnäringen. För att bredda kompetensen i gruppen kan även representanter från andra myndigheter eller organisationer ingå (14).

Tillsyn

Tillsyn enligt AAS ska bedrivas av de båda tillsynsmyndigheterna kommunen och polisen, dels tillsammans och dels var för sig. Dessutom ska tillsyn ske när alkoholserveringen är som mest intensiv, alltså under sen kväll och natt. De båda myndigheterna ska ha regelbundna möten där man kommer överens om vad som gäller vid tillsynen. Man betonar vikten av att tillsynsbesöken är strukturerade, att de dokumenteras i förtryckta tillsynsprotokoll och att feedback ges till restaurangägare eller den serveringsansvarige på plats i samband med besöket (14, 32).

Metodens fyra övriga delar

AAS omfattar också de fyra övriga delarna kartläggning, uppföljning, informationsspridning och alkoholpolicyer på restauranger (14, 29).

För att kartlägga alkoholsituationen i kommunen och följa upp insatser har man inom ramen för AAS framförallt använt fyra typer av undersökningar: så kallade ungdomsstudier och berusningsstudier samt sammanställningar av våldsbrottsstatistik och intervjuer med krögare. De så kallade ungdoms- och berusningsstudierna handlar om att kartlägga i vilken utsträckning restauranger serverar alkohol till ungdomar som ser ut att vara under 18 år utan att begära legitimation, samt till skådespelare som agerar kraftigt berusade gäster.

Enligt AAS ska såväl beslutsfattare som allmänheten kontinuerligt informeras om hur arbetet fortskrider och vilka resultat man har uppnått. I det här sammanhanget kan media användas på olika sätt (14).

Slutligen ingår arbetet med interna alkoholpolicyer på restauranger som en övrig metoddel i AAS. Restaurangägaren ska tillsammans med sin personal utarbeta skriftliga regler för hanteringen av alkohol. Dessa regler ska gälla såväl för personalens eget förhållningssätt till alkohol på arbetsplatsen som för servering av alkohol till gästerna (14).

Alkohollagen

Här följer en kort redogörelse för några av Alkohollagens bestämmelser för servering av alkohol. Uppgifterna är hämtade från Alkohollagen (2011:102) (33) samt Handbok Alkohollagen (32).

Servering av alkoholdrycker får, med några undantag, endast ske med så kallat serveringstillstånd. Ett sådant tillstånd kan ges för servering till allmänheten eller till slutna sällskap. Olika typer av villkor kan vara knutna till tillståndet, som till exempel krav på ordningsvakter. Tillståndet kan gälla tillsvidare eller för en kortare period. Ett exempel på det senare är tillstånd för säsongsbetonad servering på turistorter.

Tillståndsmyndighet

Det är kommunen som prövar ansökningar om och beviljar serveringstillstånd. Polismyndigheten är obligatorisk remissinstans. Ett sådant tillstånd kan ges efter en prövning där bland annat lämpligheten hos den sökande prövas. Det finns även krav på restaurangens kök och på matutbudet. Om serveringen ”på grund av serveringsställets belägenhet eller av andra skäl kan befaras medföra olägenheter i fråga om ordning och nykterhet eller särskild risk för människors hälsa får serveringstillstånd vägras”.

Allmänna bestämmelser om servering av alkoholdrycker

All försäljning av alkohol, inklusive den som sker på restauranger, ska skötas på ett sådant sätt att skador i möjligaste mån förhindras. Vid servering av alkoholdrycker ska ansvarig personal se till att måttfullhet iakttas och att störningar på grund av oordning och onykterhet undviks.

För att få bli serverad alkohol på restaurang ska gästen vara 18 år eller äldre. Alkohol får inte säljas till den som är märkbart påverkad av alkohol eller annat berusningsmedel. Den som serverar alkoholdrycker på restauranger ska förvissa sig om att mottagaren har uppnått rätt

ålder. Den som säljer till en underårig eller berusad gäst kan dömas för olovlig dryckeshantering till böter eller fängelse i högst sex månader. Alkohol får inte heller säljas om det finns anledning att anta att den ska langas vidare till någon som inte har rätt att köpa. Berusade eller störande gäster ska avvisas från lokalen.

Tillsyn

Tillsyn av restauranger med serveringstillstånd utövas av kommunen och polismyndigheten. Polismyndigheten ska underrätta kommunen om man upptäcker brister som är av betydelse för kommunens tillsyn. På restaurangen ska tillståndshavaren eller en av honom/henne utsedd serveringsansvarig person utöva tillsyn över serveringen.

Sanktioner

En innehavare av serveringstillstånd kan få en erinran, eller i allvarigare fall en varning, om man inte följer de bestämmelser som gäller för servering eller de villkor och föreskrifter som meddelats. Ett serveringstillstånd kan återkallas om tillståndshavaren har brutit mot Alkoholagen på ett sådant sätt att en varning inte är en tillräckligt ingripande åtgärd.

Syfte och frågeställningar

STAD har av Statens folkhälsoinstitut fått i uppdrag att utvärdera effekterna av arbetet enligt metoden Ansvarsfull alkoholserving på våldsbrottsligheten i landets kommuner. Syftet med den här studien är att studera effekterna av arbetet enligt AAS efter det att metoden spridits i landets kommuner. Hypotesen är att effekten på våldsbrottsligheten är större bland kommuner som har implementerat metoden i större utsträckning jämfört med de kommuner som implementerat den i mindre utsträckning.

I rapporten redovisas även resultat från en genomgång av alternativa mått till polisanmälda våldsbrott, framförallt sjukvårdsstatistik, för att studera effekter av preventiva insatser på alkoholområdet (se bilaga 1).

Frågeställningar:

- Har arbetet enligt metoden i sin helhet haft någon effekt på våldsbrottsligheten i landets kommuner?
- Har arbetet enligt metoden haft någon effekt på våldsbrottsligheten i olika utsträckning bland större och mindre kommuner i landet?
- Har någon eller några av metodens tre huvuddelar, utbildning, samverkan i en samverkansgrupp och tillsyn, haft någon effekt på våldsbrottsligheten i landets kommuner?
- Vilka möjligheter och svårigheter kan finnas med att använda alternativa indikatorer och mått för utvärdering av preventiva insatser på alkoholområdet?

Material och metod

Inledning

Studien består av två delar. Den första delen gäller i vilken utsträckning kommunerna har implementerat metodens olika delar. I den här utvärderingen studeras de tre huvuddelarna av metoden, det vill säga utbildning i Ansvarsfull alkoholserving, samverkan i en samverkansgrupp samt tillsyn. Den andra delen avser metodens effekt på våldsbrottsligheten i kommunerna.

För att mäta graden av implementering av metoden har flera enkätundersökningar genomförts. Tre undersökningar genomfördes för att studera metodefterlevnaden under åren 2007-2009. Svarefrekvensen var mellan 94 och 98 procent. Dessutom genomfördes en enkätundersökning för att retrospektivt studera arbetet enligt metoden bland de kommuner som uppgivit att de arbetade enligt AAS under hela eller delar av perioden 1996-2006. Uppgifter om antalet anmälda våldsbrott i kommunerna uppdelat i flera olika kategorier under perioden har erhållits från Brottsförebyggande rådet (BRÅ).

I syfte att studera alternativa mått för uppföljning av preventiva insatser på alkoholområdet än polisanmälda våldsbrott, genomfördes under 2011 en mindre kartläggning av tänkbara variabler och datakällor. Kartläggningens fokus var arenor där akuta skador tenderar att uppstå på grund av exempelvis berusningsdrickande eller rattfylleri, med särskild inriktning på det restaurangrelaterade våldet. Den huvudsakliga källan för information som undersöktes var hälso- och sjukvårdens dokumentation av akuta skador som inte föranlett slutenvård.

Metodefterlevnad

För att studera metodefterlevnaden i kommunerna utarbetades en kravspecifikation för respektive metoddel av AAS och frågorna i enkäten utformades mot bakgrund av dessa specifikationer. Det har inte funnits någon manual för hur arbetet enligt AAS ska bedrivas. Kravspecifikationerna baserades därför på litteratur med översiktlig information om AAS. I första hand har Folkhälsoinstitutets skrift "Ansvarsfull alkoholserving - en metod som förebygger alkoholrelaterade skador i restaurangmiljö" använts (14). I föreliggande studie har förenklade kravspecifikationer använts jämfört med dem som använts i en studie av själva implementeringen av AAS i kommunerna (34). Anledningen till detta är svårigheterna att retrospektivt erhålla detaljerade uppgifter om kommunernas och polismyndigheternas insatser på detta område. Här följer en beskrivning av kravspecifikationerna för metodens tre huvuddelar; utbildning, samverkan i en samverkansgrupp och tillsyn.

Utbildning

Utbildning i Ansvarsfull alkoholserving för restaurangpersonal från kommunen ska ha genomförts under året (själva utbildningen kan dock ha ägt rum i någon annan kommun). Har man genomfört en utbildningsinsats under ett år gäller detta även för året därpå.

Samverkan i samverkansgrupp

Det ska ha funnits en samverkansgrupp för det konkreta arbetet enligt metoden, med representanter från kommunen, polisen och restaurangbranschen.

Tillsyn

Tre kategorier av tillsynsbesök har inkluderats i den här studien:

- A) Tillsynsbesök som genomförts efter klockan 23.00 (av kommunen själv eller tillsammans med polisen).
- B) Tillsynsbesök som genomförts gemensamt av kommunen och polisen.
- C) Tillsynsbesök som polisen genomfört utan medverkan av kommunen.

För att uppfylla kraven i kravspecifikationen för metodens tillsynsdel respektive år under studie perioden krävs följande:

1. Två av de ovanstående tre kategorierna av tillsyn ska ha genomförts i kommunen.
2. Antalet tillsynsbesök i varje kategori ska ha uppgått till minst 20 % av antalet stadigvarande tillstånd för servering till allmänheten.¹
3. Tillsynens omfattning i kommunen ska ha varit oförändrad eller ökat sedan arbetet enligt metoden påbörjades.

Anmälda våldsbrott

Målsättningen har varit att studera våldsutvecklingen i nära anslutning till restauranger med serveringstillstånd. De anmälda våldsbrott som studerats har begåtts mellan klockan 22.00 och 06.00 under nätter mot lördagar och söndagar och offren har varit 15 år eller äldre. Storhelger har korrigerats så att till exempel nyårsafton normalt sett har definierats som en fredag och nyårsdagen som en söndag oavsett vilka veckodagar storhelgerna infallit på. Uppgifterna är hämtade från Brottsförebyggande rådet. De kategorier av anmälda misshandelsbrott som studerats är följande:

- Misshandel mellan obekanta, utomhus. (Brottskoder: 355, 357, 375, 377, 9317, 9319, 9341, 9343)
- Misshandel mellan bekanta, utomhus. (Brottskoder: 356, 358, 376, 378, 9318, 9320, 9342, 9344)
- Misshandel mellan obekanta, inomhus. (Brottskoder: 365, 367, 385, 387, 9321, 9323, 9345, 9347)
- Våld mot tjänsteman. (Brottskoder: 1701, 1702, 1703, 1704, 1705, 1706)

Kategorin misshandel mellan bekanta inomhus används inte i den här studien. Det beror på att en ny brottskategori introducerades under studieperioden som har inneburit att tidsserien över dessa brott inte är användbar. Den nya kategorin heter kvinnofridskränkning och ett brott i den kategorin kan bestå av flera brott som tidigare hade definierats som misshandel mellan bekanta inomhus.

¹ För polisens tillsyn utan kommunens medverkan krävs från år 2007 istället att polisen informerat kommunen om man under tillsynen upptäckt brister enligt Alkohollagens bestämmelser.

Inklusionskriterier

För att en kommun skulle inkluderas i studien skulle man ha börjat arbeta enligt metoden senast under 2008, enligt de svar representanterna i kommunerna uppgivit i enkätundersökningarna. Dessutom skulle det finnas kvällsöppna restauranger med serveringstillstånd. Uppgifter om detta erhöles från projektledarna på respektive länsstyrelse. Av landets 290 kommuner uppfyllde 237 dessa två kriterier.

Statistisk metod

Effekten av AAS på våldsbrottsligheten skattas med hjälp av en linjär paneldatamodell (35). En potentiell felkälla i dessa sammanhang är förekomsten av icke observerade skillnader mellan de studerade kommunerna som är relaterade till både vår beroende variabel och våra oberoende variabler. En annan potentiell felkälla är relaterad till förekomsten av tidstrender. För att reducera dessa felkällor inkluderade vi kommun- och årsspecifika dummyvariabler (så kallade fixa effekter för kommun och år). För att korrigera för att våra observationer är klustrade på kommuner använde vi klusterrobusta standardfel. Alla paneldatana analyser genomfördes i det statistiska programpaketet Stata 12. Eftersom fördelningen av antalet polisanmälda våldsbrott per 100 000 invånare 15 år och äldre inte är normalfördelade används logaritmen av den variabeln i analyserna.

Fyra variabler har använts för att mäta i vilken utsträckning kommunerna har arbetat i enlighet med AAS under studieperioden. Tre av dem mäter i vilken utsträckning kommunerna har arbetat enligt huvuddelarna av metoden, en för varje metoddel. Dessa variabler var dikotomiserade till värdet 1 om kraven i respektive kravspekifikation var uppfyllda och 0 annars.

För att mäta i vilken utsträckning man i en kommun arbetat enligt metoden i sin helhet ett visst år har varje kommuns poäng för respektive metoddel summerats. En kommun kan således ha mellan 0 och 3 poäng varje år på det måttet, där värdet 3 innebär att man arbetat med metodens samtliga huvuddelar det aktuella året.

Bakgrundsvariabler

Tre bakgrundsvariabler har använts för att kontrollera för andra aspekter hos kommunerna som kan ha påverkat våldsutvecklingen. Dessa variabler är andelen män i den mest våldsbenägna åldersgruppen 15-24 år, antalet invånare 15 år och äldre samt antal serveringstillstånd per 10 000 invånare.

Stora och små kommuner

I analyserna studeras samtliga kommuner, men de har även delats upp i två kategorier med avseende på hur många serveringstillstånd till allmänheten de hade år 2009. Medianvärdet för antalet serveringstillstånd bland de 237 kommunerna i studien var 21. De med 21 eller fler serveringstillstånd definierades som *stora* kommuner (n=115) och de med 20 eller färre serveringstillstånd definierades som *små* kommuner (n=122).

Etiska överväganden

Data som samlats in inom ramen för detta projekt utgörs av information om kommunala insatser på det alkoholpreventiva området samt av aggregerade uppgifter om våldsbrottsligheten i kommunerna under studieperioden. Studien har godkänts av den regionala etikprövningsnämnden i Stockholm, dnr 2008/5:8.

Resultat

Inledning

Det här avsnittet inleds med en redovisning av hur många av landets kommuner som år 2009 uppgav att de arbetade enligt AAS. Därefter följer en redovisning av i vilken utsträckning de 237 kommunerna i den här studien arbetat enligt metodens tre huvuddelar utbildning, samverkan i en samverkansgrupp samt tillsyn, såsom dessa metoddelar har definierats i kravspecifikationerna. Motsvarande uppgifter för samtliga kommuner i landet återfinns i bilaga 2. Därefter redovisas resultaten från analyserna av effekterna av arbetet enligt AAS på den polisanmälda våldsbrottsligheten i kommunerna. En detaljerad beskrivning av variablerna i analyserna samt av resultaten finns i bilaga 3.

Avsnittet avslutas med en sammanfattning av den genomgång av de alternativa mått som kan användas för att mäta preventiva insatser på alkoholområdet, som återfinns i sin helhet i bilaga 1.

Metodefterlevnad i landets samtliga 290 kommuner

Malmö och Stockholm började arbeta enligt AAS under andra hälften av 1990-talet. Antalet kommuner som arbetade enligt AAS började öka under 2002 och 2003 för att kulminera under åren 2006 och 2007 då 84 respektive 60 kommuner uppgav att de började arbeta enligt AAS (29).

År 2009 uppgav 260 av landets kommuner att man arbetade helt eller delvis enligt AAS, vilket motsvarar 90 % av kommunerna, se tabell 1. Nitton kommuner uppgav att de inte arbetade enligt någon metod av den typen, vilket motsvarar knappt 7 %.

Tabell 1. Kommuner som uppgav att de arbetade enligt AAS, eller en liknande metod, och som uppgav att de inte arbetade enligt någon sådan metod.

Kommuner som uppgav att de...	2009	
	Antal	Procent
...arbetade enligt AAS	246	84,8 %
...arbetade enligt en liknande metod	14	4,8 %
...inte arbetade enligt någon metod	19	6,6 %
Bortfall	11	3,8 %
Summa	290	100 %

Metodefterlevnad bland de 237 kommuner som ingick i denna studie.

I tabell 2 redovisas hur många av de 237 kommunerna som ingår i den här studien som arbetade med metoddelarna utbildning, samverkan i en samverkansgrupp samt tillsyn under 2009 enligt kraven för metodefterlevnad. Av dessa kommuner hade nästan alla, 98,7 %, genomfört utbildning i Ansvarsfull alkoholserving under åren 2008 och/eller 2009. Samverkansdelen hade 29,5 % uppfyllt kraven för, och motsvarande andel för tillsynsdelen var 39,2 %. Motsvarande uppgifter för landets samtliga kommuner återfinns i bilaga 2, tabell 1.

Tabell 2. Antal och andel kommuner bland de kommuner som ingår i studien som arbetade enligt metodens huvuddelar: utbildning, samverkan i en samverkansgrupp samt tillsyn under 2009.

	Antal	Procent
Utbildning	234	98,7%
Samverkan i en samverkansgrupp	70	29,5%
Tillsyn	93	39,2 %

När det gäller utbildningsdelen av metoden redovisas således de kommuner som haft utbildning under 2008 och/eller 2009. Det antal kommuner som hade utbildning endast år 2009 uppgick till 197, vilket motsvarar 82,1 % av kommunerna i studien.

I tabell 3 redovisas motsvarande uppgifter för de kommuner som i den här studien definierats som stora respektive små, det vill säga de som hade 21 eller fler serveringstillstånd till allmänheten respektive de som hade 20 eller färre sådana tillstånd. De stora kommunerna arbetade i större utsträckning enligt metodens olika delar än vad man gjorde bland de mindre kommunerna under 2009. I samtliga stora kommuner hade man haft utbildning för serveringspersonal från kommunen under åren 2008 och/eller 2009. Motsvarande uppgift för de små kommunerna var 97,6 %. Motsvarande andelar för samverkansdelen var 36,2 % respektive 23,0 % och för tillsynsdelen 43,5 % respektive 35,2 %.

Tabell 3. Antal och andel stora respektive små kommuner som arbetade enligt metodens huvuddelar: utbildning, samverkan i en samverkansgrupp samt tillsyn under 2009.

	Antal	Procent
Stora kommuner (n=115)		
Utbildning	115	100,0 %
Samverkan i en samverkansgrupp	42	36,2 %
Tillsyn	50	43,5 %
Små kommuner (n=122)		
Utbildning	119	97,5 %
Samverkan i en samverkansgrupp	28	23,0 %
Tillsyn	43	35,2 %

I tabell 4 redovisas hur många av de tre metoddelarna av AAS man arbetade med under 2009 i de kommuner som ingår i studien. Det visade sig att man i 28 kommuner arbetade enligt metodens alla tre huvuddelar, vilket motsvarar 11,8 % av kommunerna. I 45,1 % av dem arbetade man enligt två metoddelar. I 41,8 % av kommunerna arbetade man enligt en metoddel medan man i 1,3 procent av dem inte arbetade enligt någon del. Det genomsnittliga antalet

metoddelar man arbetade med i kommunerna var 1,68. Motsvarande uppgifter för landets samtliga kommuner återfinns i bilaga 2, tabell 2.

Tabell 4: Antal metoddelar man arbetade med bland de kommuner som ingick i studien under 2009.

Antal metoddelar	Antal kommuner	Procent
3	28	11,8 %
2	107	45,1 %
1	99	41,8 %
0	3	1,3 %
Summa	237	100 %

I tabell 5 redovisas hur många av de tre metoddelarna av AAS man arbetade med bland de kommuner som definierats som stora respektive små. Det genomsnittliga antalet metoddelar man arbetade med i de stora kommunerna var 1,80 och bland de små 1,56.

Tabell 5: Antal metoddelar man arbetade med bland stora respektive små kommuner under 2009.

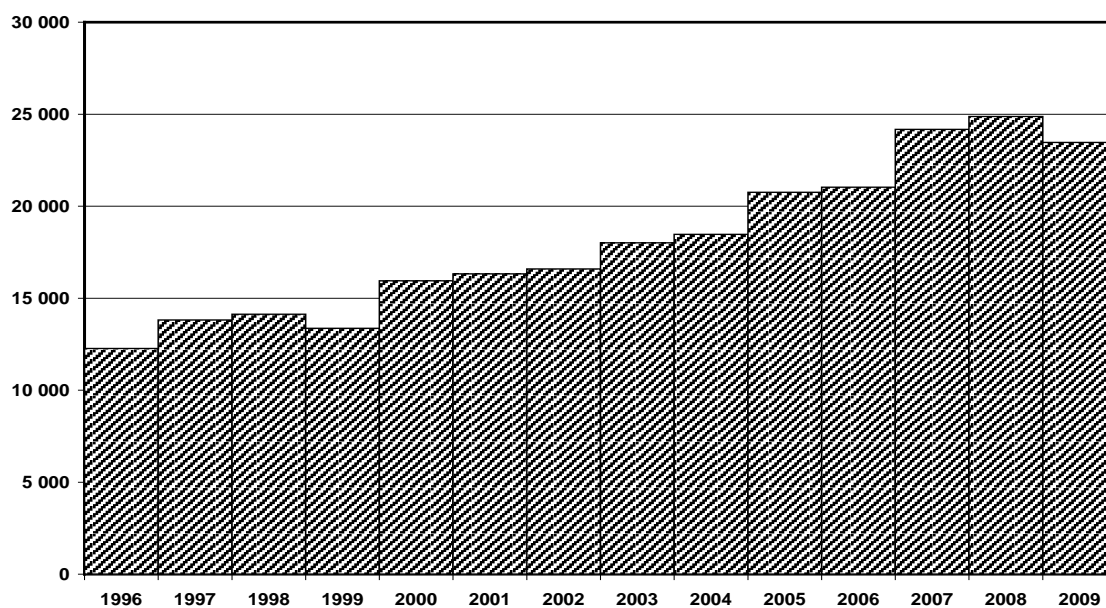
	Antal kommuner	Procent
Stora kommuner (n=115)		
3	20	17,4 %
2	52	45,2 %
1	43	37,4 %
0	0	0,0 %
		100,0 %
Små kommuner (n=122)		
3	8	6,6 %
2	55	45,1 %
1	56	45,9 %
0	3	2,5 %
		100,0 %

Effekter av arbetet enligt AAS på den polisanmälda våldsbrottsligheten i kommunerna

Utvecklingen av antalet anmälda våldsbrott

I figur 1 visas utvecklingen av den polisanmälda våldsbrottsligheten under fredags- och lördagskvällar och nätter under den studerade perioden i landets kommuner. Antalet polisanmälda våldsbrott i de kategorier som används i den här studien har mer än fördubblats under perioden. Antalet anmälda fall ökade från 12 270 år 1996 till 23 462 under 2009. Antalet anmälningar per 100 000 invånare 15 år och äldre ökade från 139 till 267.

Figur 1. Polisanmälda våldsbrott under fredags- och lördagskvällar och nätter under perioden 1996-2009 i landets kommuner.



Effekter på våldsbrottsligheten

Resultatet från vår regressionsanalys visar att AAS har haft en signifikant positiv effekt på den polisanmälda våldsbrottsligheten i kategorin alla kommuner. Estimatet är -0,031, se tabell 6. För att beräkna den procentuella effekten används formeln $[\exp(b)-1]*100$. Resultatet innebär att för varje ytterligare införd metoddel minskar våldsbrottsligheten med ungefär 3 procent

Om vi beaktar det genomsnittliga antalet våldsbrott (208,2 per 100 000 invånare) innebär det i absoluta tal en minskning av våldsbrottsligheten med ungefär 6,5 fall per 100 000 invånare för varje extra införd metoddel.

För att beräkna den totala effekten av metoden, det vill säga när samtliga tre huvuddelar av metoden har använts i kommunerna, används formeln $[\exp(3*b)-1]*100$. Den totala effekten av arbetet enligt AAS på den polisanmälda våldsbrottsligheten beräknas då till ungefär 9 procent.

Tabell 6. Effekt av Ansvarsfull alkoholserving (AAS) på den polisanmälda våldsbrottsligheten, kontrollerat för andelen unga män (15-24 år) i kommunen, antalet kommuninvånare 15 år och äldre samt antalet serveringstillstånd per 10 000 kommuninvånare. Resultat från regressionsanalys med kommun- och årsspecifika dummyvariabler.

	Estimat	Klusterrobusta standardfel	P-värde	95% KI
Alla kommuner (n=237)				
AAS	-0,031	0,014	0,025	-0,058 till -0,004
Små kommuner (n=122)				
AAS	-0,084	0,026	0,001	-0,135 till -0,033
Stora kommuner (n=115)				
AAS	-0,002	0,014	0,874	-0,030 till 0,026

När vi analyserade små respektive stora kommuner var för sig såg vi att den positiva effekten på den polisanmälda våldsbrottsligheten skiljde sig åt, se tabell 6. En statistiskt säkerställd effekt kunde ses i små kommuner (-0,084). I stora kommuner var dock inte den negativa effekten statistiskt säkerställd (-0,002).

Separata analyser av varje metoddel visar att varje del hade en positiv effekt på antalet polisanmälda våldsbrott, se tabell 7. Samverkan i en samverkansgrupp hade en signifikant positiv effekt på våldsbrottsligheten medan effekterna av utbildnings- respektive tillsynsdelarna inte var signifikanta.

Tabell 7. Effekt av de olika huvuddelarna av AAS på den polisanmälda våldsbrottsligheten, kontrollerat för andelen unga män (15-24 år) i kommunen, antalet kommuninvånare 15 år och äldre samt antalet serveringstillstånd per 10 000 kommuninvånare. Resultat från regressionsanalys med kommun- och årsspecifika dummyvariabler.

	Estimat	Klusterrobusta standardfel	P-värde	95% KI
Alla kommuner (n=237)				
Utbildning	-0,043	0,033	0,193	-0,109 till 0,022
Samverkansgrupp	-0,093	0,031	0,003	-0,153 till -0,032
Tillsyn	-0,006	0,030	0,832	-0,066 till 0,053

Alternativa indikatorer och mått för utvärdering av preventiva insatser på alkoholområdet – en sammanfattning av bilaga 1.

I syfte att hitta andra mått för uppföljning av restaurangrelaterat alkoholskadeförebyggande arbete än anmälda våldsbrott, gjordes under 2011 en mindre kartläggning av tänkbara variabler och datakällor, se bilaga 1. Kartläggningens fokus var arenor där akuta skador tenderar att uppstå på grund av exempelvis berusningsdrickande eller rattfylleri, med särskild inriktning på det restaurangrelaterade våldet. Den huvudsakliga källan för information som undersöktes var hälso- och sjukvårdens dokumentation av akuta skador som inte föranlett slutenvård. Uppgifter om slutenvård, liksom dödsfall, finns idag väl dokumenterade i Socialstyrelsens register. Eftersom skador av den typ som uppstår vid restaurangrelaterat våld och berusningsdrickande i andra sammanhang inte alltid leder till att personer läggs in på sjukhus, är det av värde att försöka ta till vara även öppenvårdsdata.

En genomgång av relevant dokumentation och ett antal intervjuer med nyckelpersoner genomfördes i syfte att belysa vilka för- och nackdelar olika datakällor och variabler har, och i vilken mån utvecklingsarbeten kan leda till större möjligheter att använda olika typer av information för uppföljning och utvärdering av alkoholskadeförebyggande arbete.

När det gäller hälso- och sjukvårdens uppgifter visar kartläggningen att det finns en ambition från nationell nivå, det vill säga Regeringen och Socialstyrelsen, att få en likvärdig dokumentation av patientrelaterade uppgifter och att arbete pågår för att möjliggöra detta. Både inom den sjukhusbaserade öppenvården och inom primärvården pågår utvecklingsarbeten och Socialstyrelsen har dessutom en nationell databas där detaljerade uppgifter om skadehändelser dokumenteras (IDB).

Slutsatsen är att det återstår en del utvecklingsarbete gällande skadedokumentation inom öppenvården för att den ska kunna användas på mer reguljär bas i uppföljning och utvärdering. Vidare är det troligt att kopplingen till alkoholkonsumtion i de flesta skadefall både i dagsläget och i framtiden kommer att bygga på antaganden om samband mellan vissa omständigheter kring skadehändelser och alkoholkonsumtion. När det gäller andra datakällor som kan tjäna som instrument för uppföljning och utvärdering så finns en rad både lokala och nationella undersökningar som borde kunna användas åtminstone som komplement till varandra. En kombination av nationellt sammanställda och geografiskt likvärdiga data och lokala uppgifter från sjukvård eller enkätundersökningar ger förmodligen det bästa underlaget för uppföljning av alkoholskadeförebyggande arbete inklusive restaurangrelaterade insatser.

Sammanfattning och diskussion

I den här studien har effekterna av arbetet enligt metoden Ansvarsfull alkoholservering på den polisanmälda våldsbrottsligheten i landets kommuner studerats. Det visade sig att metoden har haft en signifikant negativ effekt på den polisanmälda våldsbrottsligheten under den studerade perioden. För varje metoddel som har använts var den genomsnittliga negativa effekten på våldsbrottsligheten i kommunerna ungefär 3 procent. Den totala effekten av AAS, när alla tre huvuddelarna har använts, var ungefär 9 procent.

Effekten är lägre än den som uppmättes i Stockholm där metoden först introducerades i landet. Designen på de två utvärderingarna är dock inte jämförbara, vilket innebär att resultaten inte heller är jämförbara. Det har dock visat sig att när metoder av den här typen sprids till många användare som bedriver arbetet på en mer vardaglig nivå så minskar effekterna. Detta kan bero på flera olika saker. En sådan faktor är att metodens olika delar inte implementeras fullt ut, vilket har varit fallet vid spridningen av AAS i landets kommuner (34, 36). En annan förklaring kan vara att kvalitén på det arbete som bedrivs enligt metodens olika delar kan ha varit låg även om de kvantitativa kraven som ställs i kravspecifikationerna uppfyllts.

Enligt analyserna i den här studien hade AAS signifikant positiv effekt på den polisanmälda våldsbrottsligheten framförallt i de mindre kommunerna. Varför metoden inte hade någon signifikant effekt i gruppen stora kommuner, det vill säga de med 21 eller fler serveringstillstånd, kan bero på flera saker.

Antalet faktorer som påverkar våldsbrottsligheten, men som inte påverkas av arbetet enligt AAS, är större i större kommuner. Antalet anställda på restauranger med serveringstillstånd är högre i större kommuner, vilket innebär att det är fler personer att utbilda samtidigt som personalomsättningen med all säkerhet också är större. Det är dessutom troligen svårare att nå många restaurangägare för arbetet i samverkansgrupper i de större kommunerna.

De separata analyserna av varje enskild metoddel visade att varje del hade en negativ effekt på antalet polisanmälda våldsbrott. Samverkan i en samverkansgrupp hade en signifikant effekt medan effekterna av utbildnings- och tillsynsdelarna, som de definierats i den här studien, inte var signifikanta.

Att utbildning av serveringspersonal inte hade något signifikant samband med våldsbrottsligheten är i linje med flera tidigare studier. Tillsyn, som den definierats i den här studien, hade inte heller en signifikant effekt när den studerades separat, vilket kan ha flera förklaringar. För det första har tillsynsdelens inte varit en separat metoddel eftersom både kommuner och polis har ansvar för restaurangtillsynen oavsett om man arbetar enligt någon metod eller inte. Det

har därför varit svårt att avgränsa den tillsyn som bedrivs i enlighet med AAS från den ordinarie tillsynen, vilket kan ha påverkat resultatet.

För det andra har metoddelen tillsyn varit mycket vagt definierad under den studerade perioden och det har därför varit svårt att operationalisera tillsynen för den här studien. För det tredje finns det flera studier som har visat att en ökad närvaro av poliser i restaurangtåta områden kan öka benägenheten att anmäla misshandel även om den faktiska misshandeln kan ha minskat (37-39). Statistiska uppgifter om polisanmälda våldsbrott kan således ge en felaktig bild av effekterna av en polisinsats med ett ökat antal tillsynsbesök på restauranger med serveringstillstånd. Slutligen har det i den här studien inte gjorts några skillnader på vilka typer av restauranger som har tillsynats. Tidigare studier har visat att tillsyn av vissa typer av serveringsställen kan ha effekt (6). Eventuella signifikanta effekter på dessa ställen kan i den här studien ha blandats med icke-signifikanta effekter på andra ställen, vilket inneburit att tillsynen totalt sett inte har haft någon signifikant effekt när den studerats separat.

Det är intressant att samverkan i en samverkansgrupp har en signifikant effekt på våldsbrottsligheten. Samverkan genomsyrar hela metoden och samverkansgruppen är antagligen knutpunkten i denna samverkan. Att representanter för restaurangnäringen har ingått i dessa grupper har troligen bidragit till denna effekt.

Den här studien har vissa brister. För det första är det möjligt att de som besvarade de enkätundersökningar som genomfördes för att mäta metodefterlevnaden kan ha påverkats av social önskvärdhet, vilket innebär att de kan ha givit en bild av mer aktiva kommuner än vad som faktiskt har varit fallet. För det andra är det framförallt kvantitativa aspekter av metodefterlevnaden som har mätts i enkätundersökningarna. De har använts för att mäta om en viss företeelse har förekommit eller inte, till exempel om restaurangbranschen eller polisen har varit representerad i samverkansgrupperna. De mäter följaktligen framförallt de mer grundläggande komponenterna i de olika metoddelarna och inte i någon större utsträckning mer kvalitativa aspekter. Exempel på det senare är kontinuiteten i samverkansgruppernas arbete och i vilken utsträckning personerna i dessa grupper har beslutsmandat eller inte. Andra aspekter som dessa specifikationer inte mäter är kvalitén på utbildningen i Ansvarsfull alkoholservering eller på den tillsyn av restauranger som bedrivs.

För det tredje begränsar den kvasi-experimentella designen på studien möjligheten att med bestämdhet hävda att den uppmätta effekten på de polisanmälda misshandelsfallen verkligen beror på AAS och inget annat även om flera bakgrundsvariabler som mäter olika aspekter av kommunerna också ingick i de statistiska analyserna.

Det skulle behövas ytterligare forskning på detta område för att kunna besvara frågor om vilka delar av metoden som har påverkat de polisanmälda våldsbrotten, och på vilket sätt. Det skulle även behövas mer forskning om tillsynens faktiska betydelse för våldsbrottsligheten samt hur arbetet enligt metoden kan förbättras bland de större kommunerna.

Sammanfattningsvis är den här studien en av de första som genomförts där effekterna av en preventiv metod med flera olika delar har studerats i ett stort antal kommuner. Resultaten visar att metoden har signifikanta effekter på våldsbrottsligheten även efter en spridning av metoden till många kommuner. Det är även möjligt att metoden har haft effekter på andra alkoholrelaterade problem eller på andra kategorier av polisanmälda våldsbrott.

Studien av alternativa mått på effekter av preventiva insatser på alkoholområdet visar att det finns stora möjligheter att i framtiden använda även andra mått än polisanmälda våldsbrott med hög kvalitet, bland annat uppgifter från öppenvården.

Bilaga 1

Alternativa mått för utvärdering av preventiva insatser på alkoholområdet

Inledning

Uppföljning och utvärdering av alkoholskadeförebyggande arbete sker på nationell, regional och lokal nivå och även i ännu mer avgränsade sammanhang. På nationell nivå är statistik från centrala myndigheter som Brottsförebyggande rådet, Socialstyrelsen, Statens folkhälsoinstitut och Trafikverket viktiga källor för att följa utvecklingen av utfallsvariabler som exempelvis alkoholrelaterade skador.

Hos Socialstyrelsen finns en rad register som redan idag används för uppföljning och utvärdering av förebyggande arbete av olika slag, ett exempel är patientregistret. I patientregistret lagras framför allt data om slutenvård, det vill säga när patienter läggs in på vårdavdelning. Dessa uppgifter används för uppföljning och utvärdering av förebyggande insatser inklusive alkoholskadeförebyggande arbete. Både kroniska sjukdomar såsom levercirros och bukspottkörtelinflammation, och akuta tillstånd som alkoholförgiftning och andra skador bokförs i patientregistret. Alla som bedriver hälso- och sjukvård är skyldiga att årligen rapportera till registret om vårdtillfällen i slutenvård samt läkarbesök i specialiserad öppenvård. Detta gäller både landsting och privata vårdföretag.²

Socialstyrelsen konstaterar att rapporteringen från öppenvården inte fungerar så väl som den borde, varför den officiella statistiken bara omfattar slutenvården.³ Eftersom en stor del av de alkoholrelaterade skadorna kan förmodas omhändertas utan att patienten läggs in på sjukhus, undersöks här möjligheten att ta till vara uppgifter från öppenvård, framför allt vid sjukhusens akutmottagningar.

Ibland är den nationella statistiken hos centrala myndigheter nedbrytbar till regional och lokal nivå, men i många fall blir det statistiska underlaget för litet för att slutsatser om utvecklingen ska kunna dras. Eftersom det alkoholskadeförebyggande arbetet till stor del utförs på regional eller lokal nivå är det viktigt att instrument för att följa upp och utvärdera dessa insatser utvecklas. Uppgifter från sjukvård, polis, lokala trygghetsundersökningar eller andra typer av frågeundersökningar kan utgöra värdefulla komplement till centralt sammanställd statistik.

För att följa upp och utvärdera alkoholskadeförebyggande insatser riktade mot berusningsdrickande, exempelvis i restaurangmiljö, är statistik i form av anmälda misshandelsfall ett viktigt instrument. Att använda förändringar i antalet anmälda misshandelsfall är dock förenat med vissa problem, exempelvis är statistiken beroende av de utsatta personernas benägenhet att anmäla brott. I syfte att undersöka möjligheten att utveckla andra verktyg för att följa upp och utvärdera restaurangrelaterade insatser, men även alkoholrelaterade insatser i ett bredare perspektiv, har en genomgång av relevant dokumentation och ett antal intervjuer med nyckelpersoner genomförts. Resultatet av kartläggningen presenteras i denna bilaga. Huvudsakligt fokus är uppgifter från sjukhusens akutmottagningar om kroppsskador och omständigheter kring uppkomsten av dem, men även andra möjliga källor och effektvariabler tas upp. Aktuella frågeställningar är:

² Socialstyrelsen. Ny statistik från patientregistret. 2011-09-01. Nedladdad 2011-11-18 från: <http://www.socialstyrelsen.se/nyheter/2011september/nystatistikfranpatientregistret>

³ Socialstyrelsen. Ny statistik från patientregistret. 2011-09-01. Nedladdad 2011-11-18 från: <http://www.socialstyrelsen.se/nyheter/2011september/nystatistikfranpatientregistret>

- Vilka möjligheter finns att använda uppgifter om skador från sjukhusens akutmottagningar och annan öppenvård för att följa upp och utvärdera alkoholskadeförebyggande insatser på restauranger och andra arenor?
- Vilka andra alternativ än sjukvårdsdata och anmälda misshandelsfall skulle kunna användas för att följa upp och utvärdera alkoholskadeförebyggande insatser på restauranger och andra arenor, med fokus på akuta skador (berusningsdrickande, trafikolycksfall med mera)?

Skadedokumentation vid akutsjukhus

Landsting och sjukhus genomför datainsamlingar via de system för dokumentation som omgärdar vården av patienter. En del av uppgifterna vidarebefordras till centrala myndigheter och utgör så småningom en delmängd av den nationella statistiken om sjukdomar och skador. Andra uppgifter lagras och sammanställs för lokala och regionala syften och kan variera till innehåll och form.

Som ett led i att utveckla indikatorer och statistik för att följa alkoholkonsumtionens och alkoholskadornas utveckling över tid genomförde Statens folkhälsoinstitut år 2003 en kartläggning⁴ av personskador som har ett vedertaget samband med alkohol, och som registrerats vid ett antal sjukhus i Sverige. Skadekategorierna omfattade alkoholförgiftning, våld, fall, brand, kvävning, suicid, trafikrelaterade skador (singelolyckor bland bilförare, cykelolyckor och gångtrafikanter) samt oklara fall (när det råder tveksamhet om skadan uppkommit genom olycksfall eller uppsåt). Sjukhusen varifrån data samlades in var Universitetssjukhusen i Umeå, Linköping och Malmö, Södersjukhuset i Stockholm samt Skaraborgs sjukhus bestående av sjukhusen i Skövde, Lidköping, Falköping och Mariestad.

I rapporten konstaterades att det år 2003 inte fanns någon heltäckande nationell skaderegistrering som inkluderade öppenvårdsbesök, det vill säga när patienter inte läggs in på avdelning. Varje landsting/sjukhus utformade i stället sin egen registrering utifrån lokala behov. Däremot pågick en uppbyggnad av skaderegistrering som skulle inkludera läkarbesök såväl inom öppen- som slutenvård i syfte att bland annat underlätta och möjliggöra säkerhetsfrämjande och skadeförebyggande arbete.⁵ I sammanhanget beskrevs Socialstyrelsens så kallade EHLASS-registrering (European Home and Leisure Accident Surveillance System) som så småningom fick sin fortsättning i den så kallade Injury Data Base (IDB).⁶

Frånvaron av en nationell heltäckande skaderegistrering försvårar jämförelser mellan geografiska upptagningsområden och möjligheten att förstå vad skillnader i skadeutveckling beror på. För analys av lokala och regionala förhållanden fyller de lokala datainsamlingarna dock en viktig funktion och kan utgöra en grund för utvecklingen av alkoholskadeförebyggande arbete i landsting och kommuner.

⁴ FHI (2003) Registrering av skadefall vid akutmottagningar. Kartläggning av personskador som finns registrerade på vissa akutsjukhus i Sverige. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut.

⁵ FHI (2003) Registrering av skadefall vid akutmottagningar. Kartläggning av personskador som finns registrerade på vissa akutsjukhus i Sverige. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut.

⁶ Socialstyrelsen. IDB – Skaderegistrering. Hämtad 2011-05-03 från: <http://www.socialstyrelsen.se/register/halsodataregister/patientregistret/Sidor/idb-skaderegistrering.aspx>

Faktorer som indikerar samband mellan alkoholkonsumtion och restaurangrelaterat våld

Misshandel, det vill säga att tillfoga annan person kroppsskada, sjukdom eller smärta,⁷ har ett vedertaget samband med alkoholkonsumtion. All misshandel är emellertid inte förknippad med alkoholkonsumtion och vid utvärdering av avgränsade förebyggande insatser kan det vara av värde att skilja ut olika omständigheter kring misshandelstillfället för att en bedömning av insatsens effekt ska kunna göras.

Intag av alkohol ökar kraftigt risken för att begå ett våldsbrott och i Sverige konsumeras alkohol i stor utsträckning vid veckohelger.⁸ I ovan nämnda kartlägningsrapport från Folkhälsoinstitutet konstateras dessutom att alkoholpåverkade personer tenderar att söka sjukvård på kvällar och nätter och då främst under fredag och lördag. *Tidpunkten* för en misshandel, det vill säga helgkväll/natt, är således en omständighet som kan vara vägledande vid bedömningen av om det finns en koppling till alkoholkonsumtion hos gärningsmannen (gärningsmannen har så att säga befunnit sig i samma miljö och vid samma tidpunkt som det alkoholpåverkade offret som söker vård). För att skilja restaurangrelaterad misshandel från andra fall är förstås uppgifter om *plats* för händelsen av betydelse. Om skadan tillfogats på eller i närheten av en restaurang torde sannolikheten öka för att serverad alkohol kan ha haft betydelse för händelsen.

En annan faktor som visat sig ha betydelse i sammanhanget är *gärningsmannens relation till offret*. En för offret okänd gärningsman är vanligare än en person som är bekant när det gäller våld i offentlig miljö till skillnad från misshandel i exempelvis hemmet. Enligt brottsförebyggande rådet (BRÅ)⁹ utgörs en fjärdedel av de anmälda våldsbrotten av så kallat gatuvåld, där gärningsmannen är obekant med offret. Enligt myndigheten visar undersökningar vidare att en fjärdedel av det polisanmälda gatuvåldet sker inne på en restaurang eller krog.

Resultat

I det följande presenteras olika datakällor och variabler, som redan används eller skulle kunna användas för att följa upp och utvärdera alkoholskadeförebyggande arbete i allmänhet och restaurangrelaterade insatser i synnerhet.

Socialstyrelsens skaderegistrering i Injury Data Base

Socialstyrelsen samlar sedan flera år tillbaka in uppgifter om skadehändelser från ett antal sjukhus i Sverige och lagrar dem i den så kallade Injury Data Base (IDB). Nedanstående beskrivning av IDB och arbetet kring den bygger på telefon- och mailkontakt med kontaktpersoner för verksamheten i april-juli 2011.

Allmänt om IDB

IDB är en sameuropeisk databas (benämns internationellt EURO-IDB) som tillkommit för att förbättra statistiken kring skadehändelser, dels inom Europa, dels inom respektive medlemsland. EURO-IDB är den enda datakällan som innehåller jämförbar statistik kring skadehän-

⁷ 5 § Den som tillfogar annan person kroppsskada, sjukdom eller smärta döms för misshandel till fängelse i högst två år, om brottet är ringa, till böter eller fängelse i högst sex månader. Ur 3 kap. brottsbalken

⁸ Ramstedt R. (2001) Alcohol and suicide in 14 European countries. *Addiction*, Suppl 1; 96: S59–S75.

⁹ BRÅ (2004) Brottsförebyggande arbete i praktiken – 19 lokala projekt. BRÅ-rapport 2004:6.

delser inom hem- och fritidssektorn. I Sverige utgör IDB en delmängd av patientregistret hos Socialstyrelsen.

IDB innehåller detaljerad information om skadehändelser bland patienter som sökt vård vid ett urval av akutmottagningar och jourcentraler¹⁰ vid sjukhus i Sverige. Dessa är Norrlands Universitetssjukhus i Umeå, Skaraborgs sjukhus med enheterna i Skövde, Lidköping, Falköping och Mariestad samt de tre sjukhusen inom Landstinget i Värmland – Karlstad, Arvika och Torsby. Sedan 2009 ingår även Akademiska sjukhuset, men där rapporteras än så länge bara skador som drabbat vuxna personer. Tillsammans omfattar upptagningsområdena för dessa sjukhus (exklusive Akademiska sjukhuset) 35 kommuner med en befolkning som motsvarar sju procent av rikets. Inberäknas också Akademiska sjukhuset uppgår befolkningstäckningen till ca nio procent av landets vuxna befolkning. Den nuvarande ambitionen med IDB är *inte* att inkludera samtliga sjukhus i Sverige utan främst att få med något eller några storstadssjukhus samt att nå en täckningsgrad om ca 15 procent av befolkningen, som underlag för nationella skattningar. Registreringen på lokal nivå kräver en del resurser och i dagsläget betalar Socialstyrelsen 15 procent av landstingens registreringskostnader.

Insamling, kodning, datainmatning och rapportering till IDB görs vid speciella kodningscentra i respektive landsting. Dessa är bemannade av särskilt utbildad personal, i regel sjuksköterskor och läkarsekreterare, som enligt uppgiftslämnarna är mycket kunniga inom området och lägger stor vikt vid god kvalitet. När data inkommer till Socialstyrelsen görs ytterligare kvalitetsgenomgångar innan ett nytt årsbestånd av registret tas i bruk. Samtliga lokala register är uppbyggda med hjälp av ett inmatningssystem som tagits fram av Socialstyrelsen.

Data om alkoholrelaterade skador i IDB

För närvarande går det inte att i IDB regelmässigt utläsa om personer som varit involverade i en skadehändelse varit alkoholpåverkade. Skador med ett vedertaget samband med alkohol såsom dem som uppkommit till följd av våld, fall, brand, kvävning, suicid och vissa av de trafikrelaterade skadorna (även olika typer av förgiftningar) registreras dock.

När det gäller skador som uppkommit till följd av våld av annan person finns ingen systematisk information om förövaren men i framtiden, kommer information om offrets relation till förövaren att anges. Däremot kommer man inte att systematiskt (med fasta svarsalternativ) samla in information om huruvida förövaren varit påverkad av alkohol eller någon annan drog. När det gäller olycksfall, exempelvis trafikolyckor, finns inget krav på utandnings- och/eller blodprov och eventuell rapportering om alkohol grundas på patientens uppgifter eller personalens subjektiva bedömning. Enligt uppgiftslämnarna kommer det inte heller i framtiden att ställas krav på alkoholtest, eftersom alkoholrelaterade händelser inte är huvudsyftet med IDB och IDB dessutom är en delmängd av patientregistret som följer detta registers förordning och föreskrift.

Vad som idag systematiskt registreras i IDB är bland annat:

- Skadetidpunkt – exempelvis sena kvällar och nätter
- Kontaktorsak – exempelvis våldsrelaterad skada
- Skadeplats – exempelvis i närheten av (utomhus) eller på en restaurang

Socialstyrelsen har ingen avsikt att bygga upp ett standardiserat register med uppgifter om personer som sökt akutvård på grund av skador med specifik koppling till alkoholkonsumtion

¹⁰ Primärvårdens jourcentraler som ligger i anslutning till det aktuella sjukhuset.

såvida det inte finns ett regeringsbeslut till grund. För att utröna möjligheter och svårigheter kring sekretess, kostnader, fördelar, nackdelar och nödvändiga åtgärder för att ett sådant register skulle kunna skapas skulle enligt uppgiftslämnarna en större utredning behöva göras.

Våldsskador med möjlig koppling till alkohol i IDB

I avsaknad av möjlighet att få systematisk information om alkoholpåverkan hos gärningsmannen vid skador som uppkommit genom våld av annan person, eller gärningsmannens relation till offret, har en testkörning av IDB-materialet genomförts utifrån följande tänkta mått eller variabel:

Våldsskador¹¹ som uppkommit i nöjes-/kultur-/parkområde (oavsett om det är utomhus eller inomhus) mellan 22.00 och 06.00

Testet visade att 15 procent av de skador som uppkommit till följd av övergrepp hade skett i nöjes-, kultur- och parkområde (ca 2500-3000). Av dessa hade 67 procent inträffat 22-06 (men 27 procent hade bortfall på tidsvariabeln). Eftersom man i IDB-materialet för 2009 inte har med något storstadssjukhus och basen som ligger till grund för skattningarna dessutom är liten, är det dock svårt att veta hur representativa siffrorna är i ett nationellt perspektiv.

IDB:s användbarhet i uppföljning av alkoholskadeförebyggande arbete

IDB innehåller detaljerad och kvalitetssäkrad information som borde kunna utgöra källa för att studera variabler av relevans för alkoholskadeförebyggande arbete med fokus på berusningsdrickande (akuta skador), både restaurangrelaterade och andra skador. För att skattningarna som representerar nationell nivå ska kunna användas för att bedöma utvecklingen av olika skadetyper över tid måste en avvägning mellan detaljeringsgrad i variablerna och antal skadehändelser göras. Samma sak gäller om IDB-data ska användas i lokala uppföljningar och utvärderingar i de områden varifrån data rapporteras in. Fördelen med att använda uppgifterna för uppföljning av lokalt förebyggande arbete är att tolkningen av skadeutvecklingen underlättas av lokal kännedom och insikt om vad som kan påverka statistiken både metodologiskt och i termer av händelser i lokalsamhället. I vilken mån IDB-data är användbara för uppföljning och utvärdering i de kommuner/områden varifrån uppgifterna hämtas beror förstås på befolkningsunderlaget i upptagningsområdet och frekvensen av den aktuella typen av skador. Detta berörs även nedan vid beskrivningen av lokal/regional skaderegistrering.

Registrering av trafikskador i STRADA

I mitten av 1990-talet fick Vägverket i uppdrag av regeringen att utreda hur trafikskadestatistiken skulle utvecklas i syfte att bland annat effektivisera det förebyggande trafiksäkerhetsarbetet, och år 2007 publicerades en slutrapport.¹² Utredningen bedrevs i samarbete med Rikspolisstyrelsen, Socialstyrelsen, Statistiska centralbyrån, Landstingsförbundet, Svenska kommunförbundet och SIKA och resulterade i ett förslag på att införa ett nytt informationssystem för skadade och olyckor i vägtrafiken – STRADA (Swedish Traffic Accident Data Acquisition).

¹¹ I detta fall skador till följd av övergrepp.

¹² Vägverket (2007) Nytt nationellt informationssystem för skador och olyckor inom hela vägtransportssystemet. STRADA slutrapport. Publikation 2007:147. Vägverket.

STRADA hämtar uppgifter från både polisen och sjukvården. År 2011 var uppgifterna från polisen nationellt heltäckande¹³ och över 90 procent av akutsjukhusen var anslutna.¹⁴ För varje skadejournal som rapporteras in utgår en ersättning om 150-250 kr, beroende på hur många rapporter sjukhusen registrerar per år, vilken kvalitet de har samt huruvida de inkommer inom 45 dagar eller ej. Varje deltagande sjukhus får dessutom ett engångsbelopp på 30 000 kronor per år.¹⁵ Åttio procent av informationen till STRADA kommer in inom två månader,¹⁶ vilket ger en fördel jämfört med exempelvis IDB där färdigställandet kan ta ca 1,5 år.¹⁷

I STRADA bygger registreringen av uppgifter från hälso- och sjukvården på så kallat informerat samtycke,¹⁸ vilket innebär att de som kan komma att registreras underrättas om alla omständigheter som kan påverka deras ställningstagande till registreringen och därefter frivilligt samtycker till den.¹⁹ Det informerade samtycket innebär ett visst problem då ca en procent av patienterna säger nej, och då alkoholpåverkade förare sannolikt är överrepresenterade i denna grupp.²⁰ Inga frågor om alkoholpåverkan hos patienten eller hos andra som eventuellt varit inblandade i olyckan ställs heller i den trafikskadejournal som används för registreringen. När det gäller polisens rapportering om alkoholpåverkan så registreras endast misstanke om detta, vilket innebär att det inte följs upp från STRADA:s sida om personen verkligen var påverkad eller inte och om den i så fall var straffbar.²¹

I avsaknad av systematiskt insamlade uppgifter om alkoholpåverkan kan nattliga singelolyckor utgöra en indikator när det gäller utvecklingen av rattonykterhet.²²

Den officiella statistiken från STRADA om nattliga singelolyckor bygger än så länge på polisens rapportering om olycksplatsen,²³ vilket alltså exkluderar de fall av skadade i denna olyckstyp som vårdas i sjukvården utan polisens kännedom. På de sjukhus som är anslutna till STRADA registreras dock personer som är inblandade i olika olyckstyper, bland dem singelolyckor, samt tidpunkt. I den mån olycksfallet inte uppmärksammas och rapporterats in av polisen finns alltså ytterligare en kompletterande (dock inte heltäckande) källa för statistik om

¹³ Trafikverket. Om den nationella statistiken. 2011-01-15. Hämtad 2011-05-04 från:

<http://www.trafikverket.se/Privat/Trafiksakerhet/Barn-i-trafiken/Barn-och-ungdom-vag/Fakta-om-barn-och-trafik/Nationell-statistik-over-omkomna-barn/Om-den-nationella-statistiken/>

¹⁴ Mailkontakt med Magnus Carlsson, Regional samordnare och projektledare STRADA, november 2011.

¹⁵ Mailkontakt med Magnus Carlsson, Regional samordnare och projektledare STRADA, november 2011.

¹⁶ Mailkontakt med Magnus Carlsson, Regional samordnare och projektledare STRADA, november 2011.

¹⁷ Tel.samtal med Bengt Sjö, enhetschef vid Transportstyrelsen, april 2011.

¹⁸ Transportstyrelsen. Sekretess. 2010-12-21. Hämtad 2011-05-04 från:

<http://www.transportstyrelsen.se/sv/Vag/STRADA-informationssystem-for-olyckor-skador/Sekretess/>

¹⁹ I förhållande till polismyndigheterna är viss uppgiftsskyldighet reglerad genom kungörelsen (1965:561) om statistiska uppgifter angående vägtrafikolyckor, och förutsätter således inget samtycke.

²⁰ Tel.samtal med Bengt Sjö, enhetschef vid Transportstyrelsen, april 2011.

²¹ Mailkontakt med Magnus Carlsson, Regional samordnare och projektledare STRADA, november 2011

²² Forskning visar att förare vid singelolyckor i högre utsträckning än förare som krockar med annat fordon tenderar att vara alkoholpåverkade (CAN (2002) Drogutvecklingen i Sverige. Rapport 2002, nr 68. Stockholm: Centraförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning, Socialstyrelsen (1988) Socialstyrelsen redovisar 1988:4, Alkohol och olycksfall. Stockholm:

Allmänna förlaget). Utvecklingen av singelolyckor, i synnerhet med dödlig utgång, brukar därför användas som en indikator på utvecklingen av rattonykterhet (FHI (2003) Registrering av skadefall vid akutmottagningar. Kartläggning av personskador som finns registrerade på vissa akutsjukhus i Sverige. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut.). En svensk studie från 1993 visade att mer än varannan person som omkom i singelolyckor var alkoholpåverkad. (Se Andreasson S. red. (2002) Den svenska supen i det nya Europa. Nya villkor för alkoholprevention: En kunskapsöversikt. Stockholm: Förlagshuset Gothia).

²³ Transportstyrelsen. STRADA – informationssystem för olyckor och skador. 2011-09-14. Hämtad 2011-11-21 från: <http://www.transportstyrelsen.se/sv/Vag/STRADA-informationssystem-for-olyckor-skador/>

singelolyckor. Ett utdrag från den sjukhusbaserade statistiken²⁴ från de sjukhus som är anslutna till STRADA visar dock på ett relativt litet antal nattliga singelolyckor som inte inkluderas i den officiella statistiken. Under 2010 registrerade sjukhusen ca 650 singelolyckor med motorfordon mellan klockan 21:59 och 04:59. I ca 120 av dessa fall hade polisen inte varit på olycksplatsen. Det är alltså inte särskilt många fall som endast registreras i STRADA:s sjukvårdsbaserade del.

Annorlunda är det med cykel- och fotgängare, som också är inkluderade i STRADA och som i många fall uppsöker vården utan att polisen varit på plats vid skadetillfället. Personer som vält med sin cykel och fotgängare som ramlat på gatan är exempel på fall som registreras. En del av dessa skulle kunna vara berusade personer som ramlat i restaurangtåta områden. Ett uttag av data från STRADA gällande fotgängare och cyklister som skadats mellan 22.00 och 06.00 på fritiden i Stockholms innerstad visar på 92 skadade individer under 2010. Drygt en tredjedel av fallen hänförs till att vederbörande halkat, ofta på is, vilket gör det svårare att koppla olycksfallen och skadorna till just alkoholkonsumtion, även om tidpunkt och plats ger viss indikation på det.

Vid de sjukhus som arbetar med STRADA får de patienter som varit med om en trafikolycka fylla i en skadejournal.²⁵

I skadejournalen inhämtas uppgifter om bland annat:

- Skadetidpunkt – datum och klockslag
- Skadeplats – ort, väg/gata
- Om olyckan inträffade på fritid, arbetet med mera
- Om det var en singelolycka eller om andra fordon, djur med mera var inblandade
- Olycksbeskrivning (öppen fråga)

Ett problem i STRADA, liksom i andra registreringssystem, är externt och internt databortfall. För att undvika att svårkontaktbara patienter inte registreras på ett tillfredsställande sätt kan dessa få en blankett hemskickad efter sjukhusvistelsen.²⁶ Exempel på enskilda variabler som kan vara svåra att registrera är platsen för olyckan, men enligt en av STRADA:s regionala samordnare har hälso- och sjukvården blivit bra på att registrera detta också.²⁷

STRADA:s användbarhet i uppföljning av alkoholskadeförebyggande arbete

STRADA är ett system som är nationellt heltäckande för polisens rapportering om trafikolycksfall i Sverige, och täcker dessutom in nästan alla akutmottagningar i anslutning till landets sjukhus. Systemet har dessutom en snabb inrapportering av uppgifter. De data som samlas in gäller endast trafikskador, som utgör en begränsad grupp av de akuta skador som kan uppkomma till följd av alkoholpåverkan. Alkoholpåverkan kan registreras av polisen vid olycksplatsen, men som en misstanke som inte följs upp av STRADA. Hälso- och sjukvårdens bidrag till trafikonykterhetsstatistiken i STRADA är inte så omfattande, dels eftersom den inte fokuserar direkt på alkoholpåverkan, dels för att det endast är få nattliga singel-

²⁴ Uppgifter om nattliga singelolyckor från STRADA:s sjukvårdsbaserade del erhållna från Transportstyrelsen 2011-11-21.

²⁵ Trafikskadejournal STRADA, erhållen från Transportstyrelsen, juli 2011.

²⁶ Telefonsamtal med Marie Skyving, samordnare för Gotlands, Södermanlands, Uppsala och Östergötlands län vid Transportstyrelsen, juni 2011.

²⁷ Telefonsamtal med Marie Skyving, samordnare för Gotlands, Södermanlands, Uppsala och Östergötlands län vid Transportstyrelsen, juni 2011.

olyckor med motorfordon (där alkoholpåverkade förare i regel är överrepresenterade) som bara registreras inom sjukvården och inte av polisen.

Som en indikation på hur trafikonykterhet och alkohol- och trafikrelaterade skador bland fordonsförare utvecklas på nationell, regional och lokal nivå torde den officiella statistiken om anmälda rattfylleribrott respektive nattliga singelolyckor som registreras i STRADA utifrån polisrapportering fungera. Båda typerna av data finns att hämta i exempelvis Statens folkhälsoinstituts databas ”Alkohol- och narkotikautvecklingen i siffror”²⁸ (se vidare under ”Andra datakällor”).

En fördel med STRADA, utöver att inrapporteringen är snabb, är att det finns uppgifter om gång- och cykeltrafikanter som förolyckats. En genomgång av data med fokus på restaurangnära händelser visar emellertid på svårigheter att avgöra vad som är alkoholrelaterade olycksfall och skador och vilka som främst kan hänföras till vägunderlagets beskaffenhet. Sammanfattningsvis ter sig STRADA i nuläget som ett värdefullt instrument för *skadeförebyggande arbete* i trafiken, men kanske inte just för *alkoholskadeförebyggande arbete*, förutom den officiella olycksstatistiken som bygger på polisens rapportering.

Skadedokumentation vid sjukhus och akutmottagningar

När en patient kommer in till en akutmottagning dokumenteras besöket på olika sätt. I journalen noteras bland annat patientens hälsotillstånd och vilka åtgärder som vidtas. Diagnos ställs och kodas med hjälp av sjukdomsklassifikationen ICD -10- SE som innehåller koder både för sjukdomar, skador och orsaker till dem.²⁹ I vilken utsträckning orsaken dokumenteras vid *öppenvårdsbesök* varierar dock.

Vid sidan av ordinarie journalföring bedrivs vid många sjukhus (och ibland inom primärvården) så kallad *skaderegistrering*. Skaderegistreringen innehåller i regel fler uppgifter om omständigheter kring skadetillfället än de som anges i läkares dokumentation i patientjournalen. Skaderegistreringen bedrivs i de flesta fall parallellt med patientjournalföringen, med särskilda blanketter och utsedd personal. Nedan beskrivs lokal skaderegistrering utifrån dels en kartläggning som gjordes 2009-2010 av Nätverket hälsofrämjande sjukhus och vårdorganisationer (HFS), dels en rundringning till tio landsting på försommaren 2011, inkluderande korta semistrukturerade intervjuer med företrädare för sjukvårdsverksamheter. Skaderegistreringen, som även inkluderar IDB- respektive STRADA-registrering på lokal nivå, diskuteras i det följande även i relation till övrig dokumentation i exempelvis patientjournal. Dokumentationen i patientjournalen ligger till grund för det nationella patientregistret som också tas upp.

I takt med att informationstekniken gjort sitt intåg i hälso- och sjukvården har förutsättningarna för dokumentation kring patienterna ändrats väsentligt. För att underlätta förståelsen av framställningen nedan definieras här några begrepp som rör dokumentation av patientrelaterade uppgifter. Definitionerna görs med utgångspunkt i dels en rapport om medicinska informationssystem som Läkemedelsverket tagit fram i samarbete med bland andra Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och Landsting,³⁰ dels en studie om elektronisk patientjournalshantering från Göteborgs universitet.³¹

²⁸ www.fhi.se

²⁹ Den internationella sjukdomsklassifikationen ICD är en statistisk klassifikation med diagnoskoder för att gruppera sjukdomar och dödsorsaker för att kunna göra översiktliga statistiska sammanställningar och analyser. Den svenska versionen heter ICD-10-SE.

³⁰ Läkemedelsverket (2009) Läkemedelsverkets arbetsgrupp om Medicinska informationssystem.

Projektrelevans. Förslag till vägledning för klassificering av vårdens mjukvarubaserade informationssystem,

Definitioner

I Läkemedelsverkets rapport beskrivs en patientjournal som bestående av en eller flera journalhandlingar som rör samma patient. Journalhandling i sin tur definieras, med hänvisning till i 1 kap. 3 § patientdatalagen, som framställning i skrift eller bild samt upptagning som kan läsas, avlyssnas eller på annat sätt uppfattas endast med tekniska hjälpmedel och som upprättas eller inkommer i samband med vården av en patient och som innehåller uppgifter om patientens hälsotillstånd eller om andra personliga förhållanden eller om vidtagna eller planerade vårdåtgärder. Patientjournalen består således av de uppgifter om patienten som behövs i och för vården av honom eller henne. I rapporten konstateras vidare att så kallade elektroniska *journalssystem* inte enbart är avsedda att användas för passiv dokumentation, utan också för sammanställning och överföring av information. Vidare påpekas att det blir alltmer vanligt att journalssystem kopplas ihop med andra system.

Så kallade patientadministrativa system (PAS) är en term som ofta återkommer vid beskrivningen av informationshantering kring patienter inom hälso- och sjukvården. I Läkemedelsverkets rapport beskrivs PAS som ett system där beslut om att boka in en patient på en mottagning, inläggning eller uppsättning på en väntelista hanteras, och att moderna system också kan ha många komplexa tilläggsfunktioner. En tydlig trend enligt rapporten är att allt fler medicintekniska produkter kan integreras i det patientadministrativa systemet, exempelvis kan en EKG-apparat eller en digital röntgenkamera överföra data direkt till patientövervakningssystem eller andra patientadministrativa system och gränserna mellan informationsteknologi (IT) och medicinteknik suddas ut. De patientadministrativa systemen kan därför inte anses vara ”rent administrativa”.

Gränsen mellan patientjournal och övrig dokumentation ter sig flytande och vilka begrepp som bäst beskriver vad är inte helt tydligt. I en studie från Göteborgs universitet framgår med hänvisning till Vårdförbundet, att patientadministrativa system kan beskrivas som en samlingsterm för en mängd olika IT-stöd och att dess användningsområden bland annat är bokning, remiss- och provsvar, patientregistrering och vårdplanering. Vidare, med hänvisning till samma källa, beskrivs uppfattningen att det elektroniska journalsystemet ingår i de patientadministrativa systemen.

För nedanstående framställning bedöms ovan beskrivna definitioner vara användbara och tillräckliga även om begreppen inte är helt glasklara. Huruvida patientjournalen ingår i det patientadministrativa systemet är inte helt klarlagt här, men bör inte ha någon större betydelse för kartläggningens syfte.

Skaderegistrering 2009

Nätverket hälsofrämjande sjukhus och vårdorganisationer (HFS) bedriver med stöd från Socialdepartementet en verksamhet för att utveckla hälsofrämjande arbete. Som en del av verksamheten genomfördes 2009-2010 en kartläggning av skaderegistrering vid olika sjukhus för att se hur registreringen används som ett verktyg i det skadeförebyggande arbetet.³² Kartlägg-

juni 2009. Nedladdad 2011-11-14 från: http://www.lakemedelsverket.se/upload/nyheter/2009/Slutrapport-medicinska-informationssystem_2009-06-12.pdf

³¹ Abeer Hanna, Forough Aginjouneghani & Ladan Rooeen (2009) Elektronisk patientjournalshantering – En studie av dokumenthanteringsrutiner kring patientjournalen vid Mölndals sjukhus. Handelshögskolan vid Göteborgs universitet.

³² Malmsjö J. (2010) Skaderegistrering. Vem skaderegistrerar och varför – en kartläggning över akutmottagningarnas skaderegistreringsarbete. Nätverket hälsofrämjande sjukhus och vårdorganisationer (HFS).

ningen genomfördes som en enkätundersökning riktad till alla akutmottagningar vid akutsjukhus i Sverige. Uppgifter om ett 70-tal akutmottagningar erhöles från Transportstyrelsen, som till följd av sitt arbete med STRADA hade den mest omfattande listan av akutsjukhus som undersökaren kände till. Resultaten som presenteras kortfattat nedan baseras på svar från 59 akutmottagningar varav 22 bedrev skaderegistrering när kartläggningsrapporten skrevs. Utöver dessa ingår 27 akutmottagningar som endast bedrev trafikskaderegistrering i STRADA och tio som inte bedrev någon skaderegistrering alls.

Hur och vad registreras?

Formerna för skaderegistrering och vilken information som registreras varierar runt om i landet. Vanligast är att information om skadan och skadehändelsen dokumenteras av vårdpersonal, eller av både vårdpersonal och patienten. Vid de flesta av de aktuella akutmottagningarna registreras skadan på en pappersblankett varifrån uppgifterna sedan matas in i någon form av elektroniskt verktyg, men tio mottagningar dokumenterar direkt i en så kallad elektronisk skadejournal.³³ Vid fem av dessa uppges registrering ske i både en elektronisk skadejournal och på en pappersblankett. Vid sex sjukhus sker skaderegistreringen direkt i ett patientadministrativt system för vårddokumentation, exempelvis Melior, medan tolv sjukhus använder något annat databaserat skaderegistreringssystem. Vid tre av dessa mottagningar registreras skador både i det patientadministrativa systemet och i annat databaserat skaderegistreringssystem. Utöver detta kompletteras skadedata vid flera sjukhus med information från exempelvis narkosjournaler, operationsjournaler, röntgensvar och slutenvårdsregistret. (Patienter som läggs in på avdelning registreras i slutenvårdsregistret som administreras av Socialstyrelsen.)

Vid nästan alla sjukhus registreras personnummer och kön. Datum och tidpunkt inkluderas vidare nästan alltid i skaderegistreringen. Vid flertalet sjukhus registreras även veckodag. Uppgifter om patientens hemkommun eller i vilken kommun skadan uppkommit är däremot inte lika vanligt. Vid elva sjukhus registreras adress där skadan inträffade och vid tre sjukhus används GIS (Geografiskt informationssystem) för att definiera skadeplatsen. Vid de flesta sjukhus registreras omständigheter kring skadehändelsen, exempelvis aktivitet i samband med händelsen, skademekanism och om våld förekommit.

Möjligheter och svårigheter för användning av aktuella data i det skadeförebyggande arbetet

De omständigheter som i kartläggningen framför allt lyfts fram som framgångsfaktorer i skaderegistreringsarbetet är att all personal hjälps åt, är intresserad av arbetet och att ansvaret inte ligger på en enskild individ. Att skaderegistreringen dokumenteras på en blankett som är gemensam för flera register underlättar också och vikten av att kunna få stöd av det administrativa systemet lyfts fram. Ett gemensamt journalsystem beskrivs vidare som positivt. I kartläggningen ges också exempel på program som underlättar skaderegistreringsarbetet. I kartläggningsrapporten understryks vikten av att data verkligen kommer till användning i det skadeförebyggande arbetet. Vid flertalet av akutmottagningarna sammanställs också data och resultatet sprids bland annat till kommunerna. Sex akutmottagningar uppges ha ett etablerat samarbete med kommunen kring skadedata.

³³ I Räddningsverkets och Socialstyrelsens publikation ”Att registrera personskador” från 2008 finns exempel på hur skadejournaler och registreringsblanketter kan se ut (Ekman R, Berg L och Svensson S (2008): Att registrera personskador, Räddningsverket och Socialstyrelsen, NCO 2007:11, ISBN 978-91-7253-355-4).

I rapporten konstateras att det inte finns någon enhetlig eller samordnad skaderegistrering som är lämpad för lokalt/regionalt skadeförebyggande arbete. En stor brist som påpekas är att det i stor utsträckning saknas information om skador som tas omhand inom den öppna vården (som inkluderar primärvården). Vid sidan av det finns även svårigheter i det registreringsarbete som pågår vid de undersökta akutmottagningarna. Ett återkommande hinder är svårigheten att få skadejournalen/blanketten ifylld av patienterna. Orsakerna till detta är flera, exempelvis att det är lätt för personalen att glömma bort att registrera samtidigt som det är svårt att fånga upp alla patienter som ska inkluderas. Ett av registreringssystemen beskrivs som dåligt och omodernt och från ett sjukhus påpekas att skadejournalen måste kunna kompletteras med uppgifter från det aktuella patientadministrativa systemet (varför detta inte skulle vara möjligt framgår inte, men antagligen varierar svårigheterna med detta beroende på kompatibilitet och kommunikation mellan olika system och är kanske även en policyfråga). Andra hinder i arbetet är tids- och personalbrist eftersom skaderegistrering tar personal från övrig verksamhet och medicinska aspekter prioriteras. Skaderegistreringen beskrivs av någon som ett tidsödande arbete särskilt då information måste sökas från andra sjukhus för att summera hela vårdinsatsen. Bristande motivation nämns också som ett hinder. I rapporten diskuteras anledningen till att så många sjukhus ändå registrerar i STRADA,³⁴ och den ekonomiska ersättning som Transportstyrelsen erbjuder anges som en tänkbar orsak.

Framtidsplaner

Registreringen av skador liksom övriga diagnoser inom akutsjukvården är under utveckling både tekniskt och innehållsmässigt. Åtta av de tio sjukhus som vid kartläggningen inte registrerade skador planerar att införa det de kommande tre åren. Fem av de övriga tillfrågade akutmottagningarna planerar att införa ytterligare någon form av skaderegistrering under samma tid. Till viss del handlar det om riktad skaderegistrering med fokus på en viss typ av olyckor eller skador, exempelvis till följd av trötta bilförare, våldsskador och arbetsplatsolyckor. Någon akutmottagning planerar att införa STRADA och ytterligare någon ett generellt system för skaderegistrering. Ytterligare en representant för en akutmottagning svarar att man planerar att utöka skaderegistreringen genom att involvera alla mottagningar som tar emot skadade.

Skaderegistrering 2011

För att få en uppdaterad bild av hur skaderegistreringen ser ut runt om i landet, genomfördes i juni 2011 en rundringning till tio landsting³⁵ samt ett företag som saluför patientadministrativa system. I de flesta fall hänvisade landstingets växel direkt till akutmottagningarna vid olika sjukhus för information om huruvida, och i så fall hur, skador i allmänhet samt våldsskador i synnerhet registreras. När relevant kontaktperson anträffats genomfördes en kortare semistrukturerad intervju. Bilden som framkom vid intervjuerna liknar den som Nätverket för Hälsofrämjande sjukhus erhöll två år tidigare³⁶ och som beskrivits ovan.

³⁴ Hösten 2010 var cirka 84 % av landets akutmottagningar vid akutsjukhus anslutna till STRADA och i 15 län är inrapportering till STRADA heltäckande (Ibid.).

³⁵ Blekinge, Dalarna, Jönköping, Kalmar, Kronoberg, Norrbotten, Uppsala, Västerbotten, Västernorrland och Örebro.

³⁶ Malmsjö J. (2010) Skaderegistrering. Vem skaderegistrerar och varför – en kartläggning över akutmottagningarnas skaderegistreringsarbete. Nätverket hälsofrämjande sjukhus och vårdorganisationer (HFS).

Hur och vad registreras?

På de flesta av de sjukhus som intervjuerna kom att beröra används olika patientadministrativa- och/eller journalsystem för att registrera patienter och orsaker till besök. Det finns flera typer av system, exempelvis Cosmic, Cross, Infomedix och Take Care. I Blekinge används Cross, men man har även utvecklat ett särskilt system för akutmottagningen (Babas). I Västernorrland (Sundsvalls sjukhus) ska man införa Cross som ett gemensamt system för alla enheter, men än så länge har akutmottagningen ett eget system där endast journalanteckningar görs.

Vid de sjukhus som gör någon form av skaderegistrering, det vill säga lokal/regional, STRADA eller IDB, verkar det i de flesta fall vara en parallell process i förhållande till ordinarie journalföring på så sätt att särskilda blanketter används och särskilda personer registrerar data. Men man hämtar i många fall uppgifter från det patientadministrativa- och/eller journalsystemet för att komplettera skaderegistreringen.

Enligt en representant för det företag som saluför systemet Cosmic, är detta flexibelt så att man skulle kunna mata in exempelvis omständigheter kring ett skadetillfälle. Hur mycket som matas in i det reguljära patientadministrativa- och/eller journalsystemet beror dock enligt flera intervjupersoner på vilken läkare som tar emot patienten. Traditionen kring dokumentation kan variera mellan olika medicinska specialiteter och en av de intervjuade menar också att en fördjupad anamnestagning inte är tradition när det gäller öppenvårdsbesök.

Möjligheter och hinder för användning av patientdata i uppföljning och utvärdering av restaurangrelaterade insatser

Vid sidan av den särskilda skaderegistrering som sker på många håll finns alltså det reguljära patientadministrativa-/journalsystemet att tillgå för information om patienters skador. Beträffande hur mycket information om skadetillfället som kan fås genom att titta på de ICD-10 – SE – koder³⁷ som läkare anger för patienterna i den medicinska journalen så förefaller det, i enlighet med beskrivningen av vilka diagnoskoder som brukar förekomma, svårt att kunna få den precisionsgrad som skulle behövas för att följa exempelvis restaurangrelaterad våldsbrottslighet över tid. Exempel på en kod som ligger nära till hands är den så kallade yttre orsakskoden (Y-kod): ”Y07.91 Misshandel utövad av icke specificerad person-lek-fritid”. Enligt en av de intervjuade är det dock sällan som Y-koderna används, speciellt inte med den precisionsgrad som ges i Y07.91. Mer specifika koder anges enligt en annan intervjuad om patienten läggs in på avdelning och uppgifterna därmed hamnar i slutenvårdsregistret.

Flera av de intervjuade tar upp kostnadsaspekten i samband med skaderegistrering som en orsak till att det kan vara svårt att få verksamheten att fungera optimalt. Ersättningssystemet för STRADA nämns även denna gång som en tänkbar orsak till varför denna registrering fungerar relativt väl. En annan av de intervjuade menar att det inte är troligt att man kan få vårdpersonal att regelmässigt ställa alltför många frågor till patienter kring skadetillfället, exempelvis om den som misshandlade honom/henne var alkoholpåverkad eller inte. Akutsjukvårdens prioritering ligger på att vårda patienten och redan idag är dokumentationen kring vårdtillfället ganska omfattande. En av de intervjuade framför att man skulle kunna ta vara på ambulansjournalernas information för att få uppgifter kring misshandelsfall. Denna typ av information torde dock inte röra våld där endast lindriga skador uppkommer.

³⁷ Den internationella sjukdomsklassifikationen ICD är en statistisk klassifikation med diagnoskoder för att gruppera sjukdomar och dödsorsaker för att kunna göra översiktliga statistiska sammanställningar och analyser. Den svenska versionen heter ICD-10-SE.

Södersjukhusets antivåldsarbete – lokalt ”case”

Vid Södersjukhusets akutmottagning i Stockholm har man under flera år regelbundet samlat in uppgifter om patienter som sökt vård på grund av gatuvåld (här definierat som misshandel av en person som offret inte har eller har haft en parrelation med). Arbetet togs över från Sab-batsbergs sjukhus 1993 och fördjupningsstudier genomförs vart 5:e år, enligt vårdchef Sören Carlsson Sanz.³⁸

Ett syfte med studierna är att undersöka hur många personer som besöker akutmottagningen efter att ha utsatts för gatuvåld. Vidare syftar undersökningarna till att utröna omständigheterna kring misshandelssituationen, vilken typ av skador den gett upphov till och i vilken utsträckning brotten polisanmäls. Studierna visar till viss del även vilken typ av personer som vanligen utsätts för våldsbrott och våldsskador samt gemensamma nämnare gällande själva våldsskadan och hur den bäst behandlas.

Undersökningarna består av två delar där den ena bygger på registerdata från akutmottagningens patientdatasystem AKUSYS (Akutensystemet) över misshandelsoffer som inkommit. Den andra delen utgörs av en fördjupad enkätstudie med ett urval av dessa misshandelsoffer. I den enkät som använts vid de särskilda studieperioderna ställs inte frågor om gärningsmannens eventuella alkoholpåverkan, men däremot andra frågor som kan indikera om det är sannolikt att han/hon var alkoholpåverkad:

- Tidpunkt för misshandeln – datum, veckodag och klockslag
- Plats – inom/utom tullarna, inomhus/utomhus/färdmedel (t-bana, buss, tåg eller taxi) samt offentlig/privat plats
- Offrets relation till gärningsmannen – helt obekant/igenkänd/bekant

Ett bekymmer med den fördjupade enkätstudien är att den genomförs relativt sällan, det vill säga vart femte år, och att det därmed kan ta lång tid innan effekterna av alkoholskade-förebyggande insatser kan studeras.

Skadedokumentation i patientjournal och patientregistret

I ICD-10 – SE - systemet som används vid diagnosdokumentation i patientjournaler finns (som redan nämnts ovan) så kallade yttre orsakskoder som säger något om omständigheterna kring skadetillfället och som ska åtfölja den kod som berättar om vad det är för typ av skada, exempelvis sårskada på näsan (S01.2).³⁹ Koder som skulle kunna vara relevanta för att studera misshandel är sådana som handlar om övergrepp av annan person, det vill säga X85-Y09. Koder inom dessa som är särskilt relevanta vid misshandel i krogmiljö är exempelvis: Y04 (övergrepp genom obehäpnat våld) och Y07.9 (misshandel utövad av icke specificerad person).

Socialstyrelsen konstaterar att uppgifterna från den öppna vården ännu inte fått en sådan kvalitet att de kan ligga till grund för en generell statistik.⁴⁰ Typen av kvalitetsbrister varierar både mellan typer av medicinsk verksamhet och geografiskt område, dock är de allra flesta

³⁸ Carlsson Sanz S. (2008) Storstadsvåld 2. Stockholm: Södersjukhuset.

³⁹ Internationell statistisk klassifikation av sjukdomar och relaterade hälsoproblem. Systematisk förteckning. Svensk version 2011 (ICD- 10 -SE) (2010). Stockholm: Socialstyrelsen. Nedladdad 2011-11-29 från: <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18172/2010-11-13.pdf>

⁴⁰ Socialstyrelsen. Patientregistret. Nedladdad 2011-11-29 från: <http://www.socialstyrelsen.se/register/halsodataregister/patientregistret>

skador idag försedda med någon form av yttre orsakskod och endast cirka 5 procent av dem beräknas sakna en sådan.⁴¹ Det pågår också ett arbete med att förbättra kvaliteten i data från specialiserad öppenvård.⁴²

Vid närmare studie av ett utdrag av data om vårdkontakter från fyra sjukhus⁴³ framkommer ett relativt litet statistiskt underlag med avseende på våld som kan kopplas till restaurangmiljö. En avgränsning beträffande yttre orsakskod (X85-Y09), ålder på offret (18-35 år)⁴⁴ samt veckodag gjordes för att ge en rimlig koppling till just restaurangrelaterat våld. Ett försök att titta på så kallade lokalisationskoder som exempelvis "offentlig lokal" gjordes också, men dessa koder bedömdes inte ha tillräcklig kvalitet (utelämnade eller otydliga) för att kunna användas. I utdraget inkluderades både öppenvårdsfall och fall som inneburit inläggning på sjukhus, men 87 procent av de aktuella fallen visade sig vara öppenvårdade personer. Antalet fall under år 2010 med orsakskoder som rörde övergrepp av annan person, det vill säga X85-Y09, och där offret haft åldern 18-35 år, var för Sahlgrenska sjukhuset 752 stycken. När avgränsning till helg⁴⁵ gjordes, i enlighet med teorier om när det restaurangrelaterade våldet utövas⁴⁶, blev antalet 439. För Universitetssjukhuset i Örebro var motsvarande antal 101 respektive 62 fall.

För att ytterligare stärka kopplingen till restaurangrelaterat våld skulle gärningsmannens förhållande till offret, det vill säga "misshandel utövad av icke specificerad person" el. dyl., liksom typ av miljö för misshandeln, exempelvis "offentlig lokal", behöva fastställas, vilket antagligen skulle generera betydligt färre fall. Som nämnts är lokalisationskoderna dock svåra att använda och det är enligt Socialstyrelsen dessutom ovanligt att fler än en yttre orsakskod anges, vilket innebär att man i regel antingen beskriver gärningsmannen eller tillhygget.⁴⁷

Skadedokumentationens användbarhet i uppföljning av alkoholskadeförebyggande arbete

På många akutmottagningar i anslutning till sjukhus samlas och sammanställs data över våldrelaterade skador för lokala behov, och alltså även i STRADA och på vissa sjukhus i IDB. Egna system för skaderegistrering förekommer också. Kopplingen till alkoholkonsumtion i form av regelmässiga frågor eller alkoholtester vid skaderegistrering och anamnestagning till grund för diagnosättning sker i regel inte med en sådan systematik att uppgifterna skulle kunna användas för uppföljning av alkoholskadeförebyggande arbete. Däremot dokumenteras andra uppgifter såsom tidpunkt och plats för händelsen, åtminstone på vissa håll, som kan ge vägledning vid bedömning av skadeorsaken. Fördjupningsstudier kring skador genomförs vidare på exempelvis Södersjukhuset, vilket genererar intressanta data kring orsaken till våldshändelser, men studierna görs i detta fall bara vart femte år.

Redan idag är den administrativa bördan relativt hög i sjukvården, vilket talar för att en väldigt mycket högre detaljeringsgrad kring skadedokumentation än den som finns idag kanske inte kan förväntas. I arbetet kring IDB pågår dock utveckling av dokumentationen på så sätt

⁴¹ Telefonsamtal med Anders Jacobsson, Socialstyrelsen, dec. 2011.

⁴² Mailväxling med Anders Jacobsson, Socialstyrelsen, dec. 2011.

⁴³ Universitetssjukhuset i Örebro, Akademiska sjukhuset i Uppsala, Sahlgrenska sjukhuset i Göteborg, Skånes universitetssjukhus (UMAS) i Malmö och Norrköpings lasarett.

⁴⁴ I materialet finns i vissa geografiska områden ganska höga tal för misshandlade kvinnor i 40-50-årsåldern, vilkas skador sannolikt inte har koppling till restaurangrelaterat våld, varför en åldersavgränsning gjordes.

⁴⁵ I detta fall inkluderades fredag t o m måndag, alltså fyra dygn, eftersom en del fall som kommer in på söndagar registreras först på måndagar, samt därför att vissa patienter som skadas på helgen kan tänkas söka vård på måndagen.

⁴⁶ För de fyra sjukhusen tillsammans är genomsnittet av antal fall av nämnda karaktär 300 per "helgdygn" och 232 per "vardagsdygn".

⁴⁷ Telefonsamtal med Anders Jacobsson, Socialstyrelsen, dec. 2011.

att uppgifter om relationen mellan gärningsman och våldsoffer ska samlas in, men IDB-registreringen gäller som nämnts endast ett fåtal sjukhus. För att uppgifter som samlas in i skaderegistreringsarbetet vid sjukhusens akutmottagningar ska kunna användas för att bedöma utvecklingen av olika skadetyper över tid måste, i likhet med vad som nämndes om IDB-data ovan, en avvägning mellan detaljeringsgrad i variablerna och antal skadehändelser göras.

När det gäller den reguljära dokumentationen i patientjournalen finns idag möjlighet att ta ut data som har en ganska svag koppling till restaurangrelaterat våld och som dessutom genererar relativt få fall per år. För att följa upp alkoholförebyggande arbete i ett bredare perspektiv används redan idag statistik om olika diagnoser såsom alkoholförgiftning, alkoholrelaterade leversjukdomar, alkoholberoende med flera.⁴⁸ Om man antar att antalet övergrepp av annan person (X85-Y09), utan andra avgränsningar, kan utgöra en indikator för hur berusningsdrickande generellt utvecklas, så borde uppgifterna kunna vara användbara som ett komplement till kriminalstatistik om misshandel från BRÅ, åtminstone på nationell nivå. I vilken mån det går att använda data på regional eller lokal nivå sammanhänger förstås med kvaliteten på dokumentationen på det aktuella sjukhuset, samt befolkningsunderlag och därmed antal skadefall.

Primärvården

Drygt hälften av öppenvårdsbesöken inom hälso- och sjukvården sker inom primärvården⁴⁹ och primärvårdsdata skulle därmed kunna vara intressanta för uppföljning av alkoholförebyggande arbete inklusive restaurangrelaterade insatser. Det förekommer skaderegistrering inom primärvården i vissa landsting,⁵⁰ men i likhet med den registrering som sker vid sjukhus så finns inget nationellt heltäckande system. Det finns inget lagstöd för Socialstyrelsen för att samla in och förvalta uppgifter om primärvård till patientregistret, vilket finns för slutenvård och specialiserad öppenvård, som inkluderar öppenvårdsbesök vid sjukhusens akutmottagningar.⁵¹ Socialstyrelsen har fram till slutet av mars 2012 haft ett regeringsuppdrag att presentera ett förslag till nationell lösning för en lagreglerad insamling av uppgifter från primärvården.⁵² I uppdragets slutrapport⁵³ föreslås följande:

- Förordning (2001:707) om patientregister hos Socialstyrelsen bör ändras till att omfatta även primärvård.
- Det befintliga patientregistret för sluten vård och öppen specialiserad vård utökas med personnummerbaserade uppgifter avseende läkarbesök i primärvården. Rapporteringen ska även omfatta privata vårdgivare.
- Rapporteringen till patientregistret begränsas initialt till läkarbesök i primärvården. De variabler som förslås överensstämmer med de uppgifter som idag rapporteras om den specialiserade öppenvården; personnummer, kön, födelseår, folkbokföringsort, besöksdatum, vårdenhet, form av öppenvårdskontakt, diagnoser, yttre orsak till sjukdom och död samt åtgärder.

⁴⁸ Se exempelvis Socialstyrelsens alkoholindex (<http://www.socialstyrelsen.se/oppnamforeelser/halsodata>) och Folkhälsoinstitutets databas "Alkohol- och narkotikautvecklingen i siffror" (http://app.fhi.se/PXweb2007_astat/database/Alkohol_och_Narkotikautvecklingen/Alkohol_och_Narkotikautvecklingen.asp)

⁴⁹ Mailkontakt med Inger Lundkvist, utredare för primärvårdsuppdraget vid Socialstyrelsen, november 2011.

⁵⁰ Ader M. (2007) Skadeboken. Folkhälsokommittén, Västra Götalandsregionen.

⁵¹ Socialstyrelsen (2010) Projekt för att utveckla beskrivningssystem inom hälso- och sjukvården. Stockholm: Socialstyrelsen.

⁵² Tel.samtal med Inger Lundkvist, utredare för primärvårdsuppdraget vid Socialstyrelsen, november 2011.

⁵³ Socialstyrelsen (2012) Nationell datainsamling i primärvården. Stockholm: Socialstyrelsen.

- Socialstyrelsen påbörjar utvecklingsarbetet avseende enhetliga begrepp och termer, klassifikationer och kodverk så snart lagstöd finns för att samla uppgifter om primärvården.
- Socialstyrelsen ges i uppdrag att genomföra föreslagna utvecklingsinsatser för att åstadkomma förutsättningar för en effektiv rapportering.
- Regeringen ger Socialstyrelsen uppdraget att utreda om patientregistret även kan omfatta uppgifter om vårdinsatser som utförs av andra yrkeskategorier än läkare.

I Stockholms landsting finns redan idag den så kallade VAL-databasen som innehåller information om 16 miljoner öppenvårdskontakter (det vill säga vårdcentraler, akutmottagningar och sjukhusbesök där patienten inte är inlagd) per år. Dessutom finns uppgifter om ca 310 000 slutenvårdstillfällen per år. De inrapporterande vårdproducenterna består av fem akutsjukhus i offentlig regi, ett akutsjukhus i privat regi, två privata sjukhus, cirka 350 privata specialister som har avtal med landstinget, cirka 500 privata specialister som använder nationell taxa, samt cirka 800 vårdgivare i närsvården.⁵⁴ Här finns alltså vissa möjligheter att komma åt uppgifter som rör primärvården, men en undersökning av datakvalitet, enhetlighet, bortfall med mera behöver göras för att avgöra i vilken mån data härifrån skulle kunna användas för uppföljning av alkoholskadeförebyggande arbete.

Primärvårdsuppgifters användbarhet i uppföljning av alkoholskadeförebyggande arbete

Primärvårdens reguljära patientuppgifter kan eventuellt på sikt vara ett verktyg för uppföljning av alkoholskadeförebyggande arbete. I vilken mån just restaurangrelaterad verksamhet kommer att kunna följas upp beror på med vilken systematik som omständigheter kring skadehändelser kommer att registreras, det vill säga tid, plats, gärningsmannens relation till offret med mera. Redan idag pågår lokal skaderegistrering inom primärvården på vissa håll, och i exempelvis Stockholm finns redan en omfattande strukturerad dokumentation kring patienterna. Användbarheten för dessa uppgifter bör avgöras från fall till fall.

Andra datakällor

Trafiken

Insatser för trafiknykterhet är viktiga för att minska alkoholkonsumtion och alkoholberoende över huvud taget och inte bara i trafiken. Många av förarna som kör rattfulla har en större problematik än att de kör rattnyktra vid ett visst tillfälle och inte sällan ett begynnande eller manifest alkoholberoende. För att följa upp trafikrelaterade alkoholförebyggande insatser finns olika alternativ, bland annat statistik om anmälda rattfylleribrott respektive singelolyckor. Statistiken bygger på polisens alkoholtester i trafiken och sammanställs och tillhandahålls av Brottsförebyggande rådet (BRÅ). Ett problem med anmälda rattfylleribrott är att man i stor utsträckning mäter polisens insatser snarare än förekomsten av rattfulla trafikanter. Med nationell regional och lokal kännedom om polisens aktivitet och andra förhållanden kan statistiken ha ett värde för analys av utvecklingen.

Ett mer oberoende mått på förekomsten av alkoholpåverkade förare i trafiken är att studera olycksfall. Statistik om nattliga singelolyckor bygger på polisens rapportering om olycksplatser som vidarebefordras till Transportstyrelsen och STRADA (se ovan). Ett problem vid upp-

⁵⁴ SLL. Möjlighet att följa en individ genom hela vårdförloppet, avidentifierad. Hämtat 2011-06-27 <http://www.sas.com/offices/europe/sweden/kundreferenser/sasinstitute-stockholms-lans-landsting-har-en-varddatabas-i-varldsklass.html>

följning och utvärdering på lokal nivå är att det är relativt få olyckor av denna typ och att det statistiska underlaget därför kan bli tunt. År 2010 registrerades 1,1 nattlig singelolycka med motorfordon per 10 000 invånare.⁵⁵

Uppgifter om både nattliga singelolyckor och anmälda rattfylleribrott kan hämtas från Statens folkhälsoinstituts databas ”Alkohol- och narkotikautvecklingen i siffror”⁵⁶ som presenterar statistik på både nationell, regional och lokal nivå. Data om rattfylleribrott per 10 000 invånare går att få på stadsdelsnivå i Stockholm, Göteborg och Malmö. Den minsta geografiska presentationsenheten för nattliga singelolyckor är kommun. Anmälda rattfylleribrott bokförs under *Brott* och Nattliga singelolyckor som *Olyckor*.

Trafikrelaterade variablers användbarhet i uppföljning av alkoholskadeförebyggande arbete

Med beaktande av fördelar och nackdelar med anmälda rattfylleribrott och nattliga singelolyckor kan dessa mått vara värdefulla för uppföljning och utvärdering av alkoholskadeförebyggande arbete, framför allt på nationell nivå, och för anmälda rattfylleribrott även på regional nivå där länspolismyndigheterna finns. För restaurangrelaterade insatser specifikt bör dock andra uppföljningsmått användas.

Trygghetsundersökningar

BRÅ genomför årligen sedan 2006 nationella trygghetsundersökningar (NTU) i vilka man ställer frågor till ett befolkningsurval om bland annat utsatthet för våld.⁵⁷ Undersökningen bygger på ett slumpmässigt urval av personer i åldern 16 till 79 år och genomförs huvudsakligen genom telefonintervjuer. Urvalet är 20 000 personer och av dessa väljer mellan 70 och 78 procent att svara. När det gäller uppgifter kring misshandel går det i undersökningsmaterialet att utläsa om denna inträffat på allmän plats, på arbete/skola, i bostaden eller på annan plats. Vidare finns uppgifter om gärningsmannens relation till offret, det vill säga helt okänd, bekant eller närstående. I NTU efterfrågas även offrets intryck gällande gärningspersonens påverkan av *alkohol eller droger*. En möjlig indikator att följa över tid för att följa upp det restaurangrelaterade förebyggande arbetet skulle kunna vara ”*självrapporterad utsatthet för misshandel på allmän plats med (helt okänd) gärningsman som av offret upplevdes som påverkad av alkohol eller droger*”. En nackdel med en sådan indikator är dock att underlaget blir litet på lokal nivå och osäkerheten därmed större kring huruvida utvecklingen som noteras beror på slump eller på förändring av beteende. På nationell nivå bör den dock kunna användas som ett komplement till andra mått. Detta gäller även annan typ av misshandel, såsom misshandel i hemmet av känd gärningsman, som även den har ett samband med alkohol enligt vad som anförts inledningsvis.

Många kommuner gör egna trygghetsundersökningar, exempelvis genomför Stockholms stad vart tredje år en sådan.⁵⁸ År 2008 deltog drygt 20 500 personer och materialet kan brytas ned på stadsdelsnivå. I undersökningen ställs bland annat frågor om den svarande varit utsatt för att: ”någon med avsikt slog, sparkade eller utsatte Dig för någon annan form av *fysiskt våld* som ledde till synliga märken, skador eller smärta?”⁵⁹ Vidare ställs en följdfråga om platsen

⁵⁵ Statens folkhälsoinstitut. Olyckor efter region, indikator och år. Hämtad 2011-11-19 från: http://app.fhi.se/PXweb2007_astat/Dialog/Saveshow.asp

⁵⁶ www.fhi.se/Statistik

⁵⁷ Brottsförebyggande rådet (2010) Utsatthet för brott år 2009. Resultat från nationella trygghetsundersökningen (NTU) 2010. Stockholm: BRÅ.

⁵⁸ Niklas Roth, Stockholms stad.

⁵⁹ Trygghet i din stadsdel. Stockholms stad, frågeformulär för trygghetsundersökning.

för angreppet, det vill säga inomhus i bostad, inomhus i offentlig lokal, utomhus i den svarandes bostadsområde eller utomhus på annan plats. En möjlig indikator att följa över tid för att följa upp det restaurangrelaterade förebyggande arbetet skulle kunna vara ”*självrapporterad utsatthet för fysiskt våld inomhus i offentlig lokal*”. Ett problem med en sådan indikator är den relativt svaga kopplingen till alkohol hos gärningsmannen samt att restaurang/alkohol-relaterad misshandel som skett utomhus exkluderas. Fördelen med indikatorn och materialet är att det är ett relativt stort antal personer som deltar i undersökningen och att det därmed är lättare att dra slutsatser om utvecklingen på grundval av uppgifterna.

Trygghetsundersökningars användbarhet i uppföljning av alkoholskadeförebyggande arbete

Trygghetsundersökningar är en möjlig källa för data om alkoholrelaterade våldshändelser. Beroende på vilken typ av undersökningar som görs i den egna kommunen, hur ofta och med vilket statistiskt underlag, kan data från trygghetsundersökningar eventuellt användas för att följa upp alkoholskadeförebyggande arbete inklusive restaurangrelaterade insatser. Brottsförebyggande rådet gör årligen nationella trygghetsundersökningar, men det är sannolikt svårt att använda data på lokal nivå beroende på för litet statistiskt underlag. På nationell nivå borde data från undersökningen emellertid kunna användas för att exempelvis följa utvecklingen av det restaurangrelaterade våldet.

Lokalt distribuerad enkäter

En undersökningsmetod som kan användas i mycket avgränsade sammanhang/arenor för att undersöka olika aspekter av tillgänglighet till alkohol, alkoholkonsumtion samt konsekvenser i form av exempelvis våld, är en form av lokalt distribuerad enkät.

I Stockholms gymnasieskolor undersöktes 2009 elevernas alkoholvanor, anskaffningssätt med mera genom att enkäter delades ut i korridoren med hjälp av alkohol- och drogsamordnarna eller annan personal från kommunerna. Instruktionen till dem som delade ut enkäten var att ställa sig på platser i skolan där många elever passerar och fråga dem om de ville svara på en kort, anonym enkät om alkohol. Enkäten skulle delas ut till ungefär var tionde förbipasserande och fick inte delas ut till samtliga personer i samma kompisgäng. Den ”vetenskapliga kvaliteten” i denna typ av studie är förstås svår att säkerställa, men den kan peka på problem som kan finnas.

Lokala enkätens användbarhet i uppföljning av alkoholskadeförebyggande arbete

En enkel form av lokalt distribuerad enkät som ges till exempelvis skolungdomar eller studenter skulle kunna användas för att få ett visst grepp om hur exempelvis restaurangrelaterade insatser fungerar i ett visst område. Detta genom att ställa frågor kring legitimationskontroll på restauranger som målgrupperna besökt.

Sammanfattning, diskussion och slutsatser

Nedan sammanfattas kartläggningen och några reflektioner kring dokumentation och skadeförebyggande arbete görs.

- Vilka möjligheter finns att använda uppgifter om skador från sjukhusens akutmottagningar och annan öppenvård för att följa upp och utvärdera alkoholskadeförebyggande insatser på restauranger och andra arenor?

På nationell nivå pågår ett omfattande arbete med att sammanställa och utveckla patientrelaterad statistik i syfte att bland annat förbättra skadeförebyggande arbete. IDB-databasen utgör en datakälla som på nationell nivå kan användas för uppföljning av insatser mot akuta alkoholskador inklusive våld på restaurang, men utan en *direkt* koppling till alkohol.

Det arbete som pågår för att förbättra den reguljära öppenvårdsdokumentationen både inom specialiserad öppenvård och inom primärvården torde ge nya möjligheter att använda relevanta diagnosbeteckningar för uppföljning och utvärdering av alkoholskadeförebyggande arbete. Patientregistrets öppenvårdsdata borde på sikt kunna användas för uppföljning av alkoholskadeförebyggande arbete, på samma sätt som de slutenvårdsdata som det inkluderar redan gör. I dagsläget är kvaliteten på uppgifterna från den specialiserade öppenvården i patientregistret otillfredsställande ur ett nationellt perspektiv, men kvaliteten varierar mellan olika geografiska områden och uppgifterna skulle eventuellt kunna användas i de områden där kvaliteten är bättre. Det är inte osannolikt att man på sikt också kommer till rätta med de kvalitetsbrister som finns idag. Att från patientjournalens ICD-10 – SE - koder dra slutsatser om misshandelsfall med specifik koppling till restaurangmiljö är dock svårt.

På lokal och regional nivå kan lokal skaderegistrering vid sjukhusen användas i den mån den förekommer, för att följa upp och utvärdera alkoholskadeförebyggande arbete, så småningom kanske även med en förstärkt koppling till restaurang (t.ex. gärningsmannauppgifter).

- Vilka andra alternativ än sjukvårdsdata och anmälda misshandelsfall skulle kunna användas för att följa upp och utvärdera alkoholskadeförebyggande insatser på restauranger och andra arenor, med fokus på akuta skador (till följd av berusningsdrickande, trafikonykterhet med mera)?

Utöver sjukvårdsdata finns andra typer av information och undersökningar som eventuellt kan användas för att utveckla utvärderingsverktyg för uppföljning och utvärdering av alkoholskadeförebyggande arbete inklusive restaurangrelaterade insatser. Dessa rör kriminal- och olycksstatistik från polisen, men även trygghetsundersökningar nationellt och regionalt/lokalt samt enklare former av lokala enkäter.

I nedanstående tabell sammanfattas de mått/källor som studerats i denna kartläggning och i vilket sammanhang de skulle kunna användas.

	<i>Nationellt</i>	<i>Regionalt/Lokalt</i>
<i>Alkoholskadeförebyggande arbete i bredare perspektiv med fokus på akuta skador</i>	<p>- IDB</p> <p>- STRADA:s polisrapporterade trafikolycksfall</p> <p>- BRÅ:s statistik om anmälda rattfylleribrott samt trygghetsundersökningar</p> <p>(På sikt: Socialstyrelsens nationella registrering av öppenvård.)</p>	<p>- Sjukhusens lokala skaderegistrering, inklusive IDB (vissa sjukhus)</p> <p>- Landstingens öppenvårdsuppgifter från patientjournaler i specialiserad öppenvård (i den mån kvaliteten medger)</p> <p>- Anmälda rattfylleribrott</p> <p>- Lokala trygghetsundersökningar</p> <p>- Lokal enkäter</p> <p>(På sikt ev. uppgifter från primärvården om lokaliseringskoder och yttre orsakskoder ger ett adekvat material.)</p>
<i>Restaurangrelaterade förebyggande insatser</i>	<p>- IDB</p> <p>- BRÅ:s trygghetsundersökningar</p> <p>(På sikt ev. Socialstyrelsens nationella registrering av öppenvård om lokaliseringskoder och yttre orsakskoder ger ett adekvat material.)</p>	<p>- Sjukhusens lokala skaderegistrering inklusive IDB</p> <p>- Lokala trygghetsundersökningar</p> <p>- Lokal enkät</p> <p>(På sikt ev. landstingens öppenvårdsuppgifter i patientjournaler om lokaliseringskoder och yttre orsakskoder ger ett adekvat material.)</p>

Slutkommentar

Kostnader för skaderegistrering är en central faktor när det gäller möjligheten att utveckla sjukhusens datainsamling och statistik. Den stora täckningsgraden i STRADA talar för att ersättningsnivån har stor betydelse för möjligheten och motivationen att systematiskt dokumentera skaderelaterad information. Med införande av elektroniska dokumentationssystem och samordning mellan olika databaser borde tidsvinster kunna göras så småningom och arbetet med registrering och annan dokumentation underlättas. Möjligen kan man fundera

över om det finns organisatoriska förbättringar att göra också. Sjukvårdens fokus är naturligtvis att ge en så god vård som möjligt till de personer som söker upp den. På senare år har man emellertid talat allt mer om sjukvårdens möjligheter att förebygga ohälsa och inom folkhälspolitiken ses en hälsofrämjande hälso- och sjukvård som en av förutsättningarna för att uppnå samhällseliga förutsättningar för en god hälsa på lika villkor för hela befolkningen.

Uppgifter om skadehändelser sammanställs och sprids till vissa kommuner och landsting redan idag och samlas även in centralt. Det finns vidare en önskan hos företrädare för akut-mottagningar om att dessa data ska komma till användning i det skadeförebyggande arbetet. De samhällsekonomiska vinster som kan göras genom att analysera skadedata och utforma förebyggande insatser utifrån dem överstiger troligen kostnaden för insamlingsförfarandet. Kostnader från 2001 omräknade i dagens värde indikerar att direkta kostnader samt produktionsbortfall till följd av olycksfall uppgår till nära 40 miljarder kronor, vilket kan jämföras med en uppskattad kostnad för patientskaderegistrering om 150 kronor per skaderapport.⁶⁰

⁶⁰ Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (2009) Olycksstatistik för konsumentprodukter – behov av samordning av och tillgång till skadedata för förebyggande säkerhetsarbete, diariennr 2009-3887.

Bilaga 2

Metodefterlevnad i landets samtliga kommuner

Arbete enligt metodens tre huvuddelar: utbildning, samverkan i en samverkansgrupp och tillsyn i samtliga 290 kommuner i landet.

I tabell 1 redovisas hur många av landets 290 kommuner som arbetade med metodens tre huvuddelar utbildning, samverkan i en samverkansgrupp och tillsyn enligt kraven för metodefterlevnad. Av alla kommuner i landet hade 90,6 % genomfört utbildning i Ansvarsfull alkoholservering under åren 2008 och/eller 2009. Kraven för metodens samverkansdel uppfylldes av 28,1 % av landets kommuner och tillsynsdelen uppfylldes av 36,5 %.

Tabell 1. Antal och andel som arbetade enligt metodens huvuddelar: utbildning, samverkan i en samverkansgrupp och tillsyn i landets 290 kommuner under 2009.

	Antal	Procent
Utbildning	261	90,6 %
Samverkan i en samverkansgrupp	81	28,1 %
Tillsyn	105	36,5 %

I tabell 2 redovisas hur många metoddelar av AAS man i landets samtliga kommuner arbetade med under 2009. Det visade sig att man i 31 kommuner arbetade enligt metodens alla tre huvuddelar, vilket motsvarar 10,7 % av kommunerna. I 40,7 % av kommunerna arbetade man enligt två metoddelar och i en lika stor andel kommuner arbetade man enligt en metoddel. I 5,5 % av kommunerna arbetade man inte enligt någon av de tre metoddelarna. Det genomsnittliga antalet metoddelar man arbetade med i kommunerna var 1,58.

Tabell 2: Antal metoddelar man arbetade med i landets 290 kommuner under 2009.

Antal metoddelar	Antal kommuner	Procent
3	31	10,7 %
2	118	40,7 %
1	118	40,7 %
0	16	5,5 %
Bortfall*	(7)	2,4 %
Summa	290	100 %

* Några kommuner som genomförde en utbildningsinsats något av åren 2008 och 2009 tillhörde enkätbortfallet det andra året. Det är de besvarade enkäten fick de en poäng för utbildningsinsatsen. Därför är bortfallet lägre i denna sammanställning än för de båda enkätundersökningarna separat.

Bilaga 3

Detaljerad beskrivning av variablerna i analyserna samt av resultaten

Tabell 1. Detaljerad beskrivning av variablerna i analyserna.

Variabler		Medelvärde (min-max)	Std. avvikelse.	Observationer
Antal polisanmälda våldsbrott per 100 000 invånare	Alla kommuner	208,16 (1-724,88)	116,63	N=3 318
	Mellan kommuner		87,95	n=237
	Inom kommuner		76,80	T=14
AAS	Alla kommuner	0,46 (0-3)	0,87	N=3 318
	Mellan kommuner		0,30	n=237
	Inom kommuner		0,82	T=14
Utbildning	Alla kommuner	0,24 (0-1)	0,43	N=3 318
	Mellan kommuner		0,11	n=237
	Inom kommuner		0,41	T=14
Samverkansgrupp	Alla kommuner	0,12 (0-1)	0,32	N=3 318
	Mellan kommuner		0,14	n=237
	Inom kommuner		0,29	T=14
Tillsyn	Alla kommuner	0,10 (0-1)	0,30	N=3 318
	Mellan kommuner		0,11	n=237
	Inom kommuner		0,27	T=14
Proportionen män (ålder 15-24)	Alla kommuner	7,38 (5,4-11)	0,75	N=3 318
	Mellan kommuner		0,63	n=237
	Inom kommuner		0,41	T=14
Antal serveringstillstånd per 10 000 invånare	Alla kommuner	14,55 (0-128)	10,92	N=3 318
	Mellan kommuner		10,63	n=237
	Inom kommuner		2,55	T=14
Antal invånare 15 år och äldre	Alla kommuner	28 196 (2 367-681 638)	53,353	N=3 318
	Mellan kommuner		53,412	n=237
	Inom kommuner		2,213	T=14

Tabell 2. Effekt av Ansvarsfull alkoholservering (AAS) på våldsbrottslighet, kontrollerat för andelen unga män (15-24 år) i kommunen, antalet kommuninvånare 15 år och äldre samt antalet serveringstillstånd per 10 000 kommuninvånare. Resultat från regressionsanalys med kommun- och årsspecifika dummyvariabler.

	Estimat	Kluster-robust SF	T-värde	P-värde	95% KI
Modell 1: Alla (n=237), F(17, 236)=29,94					
AAS	-0,031	0,014	-2,26	0,025	-0,058 till -0,004
Proportionen män i åldern 15-24 år	0,064	0,050	1,37	0,171	-0,028 till 0,157
Antal invånare 15 år och äldre, log	-1,507	0,472	-3,19	0,002	-2,438 till -0,577
Antal serveringstillstånd per 10 000 invånare	0,006	0,006	1,09	0,279	-0,005 till 0,018
FE Kommun	ja				
FE År	ja				
Modell 2: Små (n=122), F(17, 121)= 13,65					
AAS	-0,084	0,026	-3,26	0,001	-0,135 till -0,033
Proportionen män i åldern 15-24 år	0,085	0,073	1,17	0,245	-0,059 till 0,229
Antal invånare 15 år och äldre, log	-1,132	0,838	-1,35	0,179	-2,791 till 0,527
Antal serveringstillstånd per 10 000 invånare	0,006	0,010	0,57	0,572	-0,014 till 0,025
FE Kommun	ja				
FE År	ja				
Modell 3: Stora (n=115), F(17, 114) =28,04					
AAS	-0,002	0,014	-0,16	0,874	-0,030 till 0,026
Proportionen män i åldern 15-24 år	0,073	0,049	1,49	0,139	-0,024 till 0,170
Antal invånare 15 år och äldre, log	-2,005	0,541	-3,71	0,000	-3,077 till -0,934
Antal serveringstillstånd per 10 000 invånare	0,007	0,006	1,02	0,308	-0,006 till 0,019
FE Kommun	ja				
FE År	ja				

SF: Standardfel; KI: Konfidensintervall; FE: fixa effekter.

Tabell 3. Effekt av Ansvarsfull alkoholservering (AAS) på våldsbrottslighet, kontrollerat för andelen unga män (15-24 år) i kommunen, antalet kommuninvånare 15 år och äldre samt antalet serveringstillstånd per 10 000 kommuninvånare. Resultat från regressionsanalys med kommun- och årsspecifika dummyvariabler.

	Estimat	Kluster-robust SF	T-värde	P-värde	95% KI
Modell 1, F(17, 236)=29,17					
Utbildning	-0,043	0,033	-1,31	0,193	-0,109 till 0,022
Proportionen män i åldern 15-24 år	0,065	0,047	1,39	0,166	-0,027 till 0,158
Antal invånare 15 år och äldre, log	-1,520	0,472	-3,22	0,001	-2,450 till -0,590
Antal serveringstillstånd per 10 000 invånare	0,006	0,006	1,11	0,268	-0,005 till 0,018
FE Kommun	ja				
FE År	ja				
Modell 2, F(17, 236)=29,20					
Samverkansgrupp	-0,093	0,031	-3,02	0,003	-0,153 till -0,032
Proportionen män i åldern 15-24 år	0,062	0,047	1,32	0,189	-0,031 till 0,155
Antal invånare 15 år och äldre, log	-1,482	0,474	-3,12	0,002	-2,416 till -0,547
Antal serveringstillstånd per 10 000 invånare	0,007	0,006	1,14	0,257	-0,005 till 0,018
FE Kommun	ja				
FE År	ja				
Modell 3, F(17,236)=30,49					
Tillsyn	-0,006	0,030	-0,21	0,832	-0,066 till 0,053
Proportionen män i åldern 15-24 år	0,065	0,047	1,38	0,168	-0,003 till 0,158
Antal invånare 15 år och äldre, log	-1,533	0,474	-3,23	0,001	-2,466 till -0,599
Antal serveringstillstånd per 10 000 invånare	0,007	0,006	1,11	0,266	-0,005 till 0,018
FE Kommun	ja				
FE År	ja				

SF: Standardfel; KI: Konfidensintervall; FE: fixa effekter.

Referenser

1. Lenke L. Alcohol and criminal violence: Time series analyses in a comparative perspective. Stockholm: Almqvist and Wiksell International.; 1990.
2. Norström T. Effects on criminal violence of different beverage types and private and public drinking. *Addiction*. 1998;93(5):689-99.
3. Room R, Rossow I. The share of violence attributable to drinking. *J Subst Use*. 2001;6(4):218-28.
4. Parker RN, Cartmill RS. Alcohol and homicide in the United States 1934-1995 or one reason why US rates of violence may be going down. *J Crim Law Criminol*. 1998;88:1369-98.
5. Shkolnikov VM, Nemtsov A. The anti-alcohol campaign and variations in Russian mortality. Bobadilla JL, Costello CA, Mitchell F, editors. Washington, DC: National Academy Press; 1997.
6. Graham K, Homel R. Raising the bar: Preventing aggression in and around bars, pubs and clubs. Cullompton, UK: Willan Publishing; 2008.
7. Bushman BJ. Effects of alcohol on human aggression. Validity of proposed explanations. *Recent Dev Alcohol*. 1997;13:227-43.
8. Graham K, West P. Alcohol and crime, examining the link. In: Heather N, Stockwell TR, Peters T, editors. *Handbook of alcohol dependence and related problems*. Sussex, UK: John Wiley and Sons, Ltd; 2001.
9. Homel R, Tomsen S, Thommeny J. Public drinking and violence: not just an alcohol problem. *Journal of Drug Issues*. 1992;22(3):679-97.
10. Demers A, Kairouz S, Adlaf EM, Gliksman L, Newton-Taylor B, Marchand A. Multilevel analysis of situational drinking among Canadian undergraduates. *Soc Sci Med*. 2002;55(3):415-24.
11. Graham K, Osgood DW, Wells S, Stockwell T. To what extent is intoxication associated with aggression in bars? A multilevel analysis. *J Stud Alcohol*. 2006;67:382-90.
12. Leonard KE, Quigley BM, Collins RL. Physical aggression in the lives of young adults: Prevalence, location and severity among college and community samples. *J Interpers Violence*. 2002;17:533-50.
13. Norström T. Outlet density and criminal violence in Norway, 1960-1995. *J Stud Alcohol*. 2000;61(6):907-11.
14. Statens folkhälsoinstitut. Ansvarsfull alkoholserving: en metod som förebygger alkoholrelaterade skador i restaurangmiljö. Solna: Intellecta Tryckindustri; 2006.
15. Wallin E, Norström T, Andréasson S. Alcohol prevention targeting licenced premises: a study of effects of violence. *J Stud Alcohol*. 2003;64:270-7.
16. Månsdotter A, Rydberg M, Wallin E, Lindholm L, Andréasson S. Ansvarsfull alkoholserving i krogmiljö kostnader, besparingar och hälsovinster. Stockholm: Statens Folkhälsoinstitut; 2007.
17. Jones L, Hughes K, Atkinson AM, Bellis MA. Reducing harm in drinking environments: a systematic review of effective approaches. *Health Place*. 2011;17(2):508-18.
18. Homel R, Carvolth R, Hauritz M, McIlwain G, Teague R. Making licensed venues safer for patrons: what environmental factors should be the focus of interventions? *Drug Alcohol Rev*. 2004;23(1):19-29.

19. Holder HD, Gruenewald PJ, Ponicki WR, Treno AJ, Grube JW, Saltz RF, et al. Effect of community-based interventions on high-risk drinking and alcohol-related injuries. *JAMA*. 2000;284(18):2341-7.
20. Holder HD, Wagenaar AC. Mandated server training and reduced alcohol-involved traffic crashes: a time series analysis of the Oregon experience. *Accid Anal Prev*. 1994;26(1):89-97.
21. Graham K, Osgood DW, Zibrowski E, Purcell J, Gliksman L, Leonard K, et al. The effect of the Safer Bars programme on physical aggression in bars: results of a randomized controlled trial. *Drug Alcohol Rev*. 2004;23(1):31-41.
22. Sim M, Morgan E, Batchelor J. The impact of enforcement on intoxication and alcohol related harm. Wellington, New Zealand: Accident Compensation Corporation; 2005.
23. Stewart L. Police enforcement of liquor licensing laws: The UK experience. Auckland, New Zealand: Alcohol and Public Health Research Unit; 1993.
24. Hallfors D, Cho H, Sanchez V, Khatapoush S, Kim HM, Bauer D. Efficacy vs effectiveness trial results of an indicated "model" substance abuse program: implications for public health. *Am J Public Health*. 2006;96(12):2254-9.
25. Ringwalt CL, Clark HK, Hanley S, Shamblen SR, Flewelling RL. Project ALERT: a cluster randomized trial. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2009;163(7):625-32.
26. St Pierre TL, Osgood DW, Mincemoyer CC, Kaltreider DL, Kauh TJ. Results of an independent evaluation of Project ALERT delivered in schools by Cooperative Extension. *Prev Sci*. 2005;6(4):305-17.
27. Flay BR, Biglan A, Boruch RF, Castro FG, Gottfredson D, Kellam S, et al. Standards of evidence: criteria for efficacy, effectiveness and dissemination. *Prev Sci*. 2005;6(3):151-75.
28. Holder H. Alcohol and the community: a systems approach to prevention: Cambridge University Press; 1998.
29. Trolldal B. Ansvarsfull alkoholserving och liknande metoder - utbredning och metodefterlevnad 2007 och 2008. Stockholm: Stockholm förebygger Alkohol- och Droget (STAD)2009. Report No.: Rapport nr 41.
30. Regeringen. Regeringens proposition 2010/11:47. En samlad strategi för alkohol-, narkotika-, dopnings- och tobakspolitiken. In: Socialdepartementet, editor. Stockholm 2010.
31. Statens folkhälsoinstitut. Ansvarsfull alkoholserving. Östersund: Statens folkhälsoinstitut; 2008 [cited 2008 December, 29]; Available from: <http://www.fhi.se/Metoder/Halsoframjande-och-forebyggande-metoder/Ansvarsfull-alkoholserving/>.
32. Statens Folkhälsoinstitut. Handbok Alkohollagen. Östersund: Statens Folkhälsoinstitut; 2009.
33. Lag om ändring i alkohollagen (2010:1622), 102 (2011).
34. Trolldal B, Haggård U, Guldbrandsson K. Spridning och implementering av Ansvarsfull alkoholserving i landets kommuner– resultat från två enkätundersökningar. STAD-rapport 48.
35. Wooldridge J. Econometric analysis of cross section and panel data. 2 ed. Cambridge: MIT Press; 2000.
36. Trolldal B, Haggård U, Kvillemo P, Guldbrandsson K. Implementeringen av Ansvarsfull alkoholserving i sex kommuner – en kvalitativ studie. Stockholm: Stockholm förebygger Alkohol- och Droget (STAD) 2012. Report No.: 49.
37. Burns L, Flaherty B, Ireland S, Frances M. Policing pubs: what happens to crime? *Drug Alcohol Rev*. 1995;14(4):369-75.

38. Putnam SL, Rockett IR, Campbell MK. Methodological issues in community based alcohol-related injury prevention projects: attribution of programme effects. Greenfield TK, Zimmerman R, editors. Rockville, Maryland: US Department of Health and Human Services; 1993.
39. Stockwell T. Responsible alcohol service: lessons from evaluations of server training and policing initiatives. *Drug Alcohol Rev.* 2001;20(3):257-65.