



PRIME For Life, rapport II

Uppföljning av gymnasieelevers och värnpliktigas alkoholvanor
fem månader efter genomgången kurs.

Torbjörn Sjölund
Sven Andréasson

mars 2004

RAPPORT NR 25

Innehållsförteckning sid.nr.

Förord	
Sammanfattning	
Inledning	01
Prime for Life	01
Syfte	02
Vetenskapliga frågeställningar	02
Metod	02
Design	02
Procedur	03
Material	04
Etiska frågeställningar	04
Statistisk bearbetning	04
Resultat	05
Deltagare och bortfall	05
Resultat för gymnasiestudien	06
Resultat för värnpliktsstudien	18
Diskussion	30
Referenser	33
Bilagor	
Förteckning över tidigare utgivna rapporter från STAD – projektet	

Förord

STAD-projektet (Stockholm förebygger alkohol- och drogproblem) är ett tioårigt projekt vars uppdrag är att identifiera, tillämpa och utvärdera lovande metoder för prevention inom alkohol- och narkotikaområdet. Projektet tillkom 1995 efter en översyn av missbruksvården i Stockholms län, där Landstinget och Stockholms kommun gemensamt beslöt att göra en mer långsiktig satsning på metodutveckling. Projektområdet består av Stockholms kommun.

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 tillgänglighetsbegränsande politik. Samtidigt talar allt mer av den internationella forskningen för att det är just på tillgänglighetsområdet som de största framgångarna uppnåtts. Detta understryker behovet av att i lokalsamhället utveckla nya metoder där insatser för att påverka såväl efterfrågan som tillgänglighet vävs samman i nya former för samhällsbaserad prevention.

STAD-projektet arbetar inom tre områden: tidig upptäckt av alkoholproblem och rådgivning inom sjukvården, ansvarsfull alkoholservice på restauranger och förebyggande insatser på ungdomsområdet. Som gemensam nämnare för projektet betonas lokal mobilisering, men också lokalt policyarbete.

Även för utvärderingen av samhällsbaserad prevention krävs metodutveckling. Såväl kvantitativa som kvalitativa metoder behövs, där både processer och effekter följs. Några intressanta frågeställningar är: Hur ser konsumtionsmönstren ut i olika delar av befolkningen? När de preventiva insatserna fram till målgrupperna? Var får tonåringar tag i alkohol och narkotika? Vad tycker läkare och sjuksköterskor om screening för alkoholproblem? Hur mäter man förändringar i våld på restauranger? Kunskapsluckorna är många. I en serie av rapporter kommer vi från STAD-projektet belysa dessa och en rad andra frågor.

I den här rapporten ställs frågan:

Påverkas gymnasieungdomars och värnpliktigas alkoholvanor av riskreduktionsprogrammet Prime for Life, jämfört med en kontrollgrupp, vid 5-månaders uppföljning?

Prime for Life utvärderas av STAD-projektet i samarbete med Preventions Centrum Stockholm (PreCenS) och Försvarmakten. Uppdragsgivare och finansiär för projektet är Socialdepartementet. Medarbetare vid utvärderingen i Försvaret har varit Lotta Rehnman och Katarina Graffman.

Sammanfattning

Riskreduktionsprogrammet Prime For Life utvärderas av STAD-projektet i två kontrollerade delstudier, dels i gymnasieskolan årskurs tre och dels bland värnpliktiga i försvaret. Föreliggande rapport beskriver skillnader mellan interventionsgruppen och kontrollgruppen vid uppföljning fem månader efter programmets genomförande. I gymnasiestudien deltar 690 elever vid för- och uppföljningsmätning, efter ett bortfall på 25 %, mestadels från interventionsgruppen. I värnpliktsstudien var bortfallet 40 % och där deltar 805 manliga värnpliktiga med data från båda mättillfällena.

Resultaten i båda delstudierna visar på endast små differenser mellan interventions- och kontrollgrupperna och få relevanta signifikanta skillnader då hela grupperna jämförs. De gymnasieelever som gått Prime For Life tenderar att dricka något oftare men något mindre intensivt, med signifikans för intensitet i undergrupperna *män*, de som *inte nyttjar tobak* och de som *inte har alkoholproblem i släkten*. De värnpliktiga som genomgått Prime For Life visar sig i stället dricka signifikant mer sällan jämfört med kontrollgruppen medan intensiteten inte påverkas. Värnpliktiga som *inte har alkoholproblem i släkten* dricker sig dock berusade mer sällan om de genomgått Prime For Life. Frågan om vilken risk man personligen tror man har för att få alkoholproblem är den som skiljer grupperna mest åt, där interventionsgrupperna både bland elever och värnpliktiga uppvisar signifikant högre riskmedvetenhet vid uppföljningen. Även kunskaper om riskerna med alkohol är högre bland interventionseleverna vid uppföljning och för gymnasieeleverna är även attityderna till alkohol mer restriktiva. Andra frågor som ställts om programmet redovisas och innebörden av resultaten diskuteras till sist.

Slutsats: Denna studie visar att Prime For Life ger effekter på kunskaper och riskuppfattning i de studerade grupperna. Däremot ses inga signifikanta effekter på alkoholvanor vid korttidsuppföljning.

Inledning

Skolan är en populär arena för alkohol- och drogprevention, mycket för att den fångar upp de allra flesta ungdomarna och att lokaler och personal ofta finns till hands. Av liknande skäl har det svenska värnpliktssystemet setts som en potentiell arena för prevention. Försvarsmakten har uppmärksammat alkohol som en betydande riskfaktor för verksamheten och beslutade 1998 att alla anställda skall genomgå Prime For Life. Som ett led i det förebyggande arbetet är Försvarsmakten med i detta utvärderingsprojekt genom att erbjuda värnpliktiga samma utbildning.

Eftersom mycket av det förebyggande arbetet inte utvärderas har en kunskapslucka bildats mellan de program och metoder som används och vad vi vet om deras effektivitet. STAD-projektet har av socialdepartementet getts i uppdrag att utvärdera programmet Prime For Life, dels bland gymnasieungdomar i årskurs 3, dels bland värnpliktiga i försvarsmakten. Den här rapporten beskriver resultat av korttidsuppföljningen, 5 månader efter programmets genomförande.

I en tidigare STAD-rapport (Sjölund & Andréasson, 2002), redovisas de omedelbara effekterna av programmet bland gymnasieelever. Här framgår bl.a. elevernas uppfattning om programmet, samt kunskaper, attityder och riskuppfattning om alkohol. I rapporten finns även en översikt av skolbaserad alkoholprevention i Sverige och utomlands.

Prime For Life

Prime For Life är utvecklat i USA av Prevention Research Institute (PRI) i Lexington, Kentucky (<http://www.askpri.org>) och har där funnits i drygt 20 år. Det är översatt och anpassat till svenska förhållanden och prövades första gången i Sverige 1998. Programmet bygger på en riskreduktionsfilosofi och är utformat så att man som deltagare skall lära sig vilka faktorer som ökar respektive minskar riskerna med alkohol. Dels situationsrelaterade risker med att vara alkoholpåverkad, t.ex. att skada sig själv eller andra, dels långtidsrelaterade risker, t.ex. risken att utveckla alkoholism och att skada kroppen p.g.a. hög konsumtion (Daugherty & Leukefeld, 1998). Programmet utger sig för att inte förmedla värderingar utan skall låta deltagarna själva ta ställning till hur man vill välja, utifrån att man som enskild har identifierat vad som är viktigt för en själv och blivit medveten om vilka riskerna är och hur de ser ut. Exempel på bärande begrepp i kursen är biologisk risk (alkoholproblem i slakten), toleransnivå (egen påverkansbenägenhet) och triggernivå (den punkt där man utvecklar beroende). Prime For Life finns i olika målgruppsanpassade versioner och används i USA som konsekvensprogram för rattfylleridömda, och dömda underåriga men även för collegestudenter och vuxen allmänhet. Prime For Life utvärderas av PRI i USA men bara två utvärderingar har publicerats, en nyare med universitetsstudenter från fem olika campus (Harrington, Brigham, & Clayton, 1999) och en äldre bland tandläkarstudenter vid två campus (Sammon, Smith, Cooper & Furnish, 1991).

Prime For Life för gymnasiet ges över två dagar och för de värnpliktiga under en dag och alla deltagare får under kursen en studiebok att behålla. Undervisningen baseras på en blandning av teoretiska moment och praktiska övningar. För att få använda programmet ska instruktörerna genomgå minst en veckas instruktörsutbildning.

Syfte

Syftet med studien är att undersöka om preventionsprogrammet Prime For Life har någon effekt på gymnasieungdomars, respektive värnpliktigas, alkoholbeteende jämfört med kontrollgrupper där ingen särskild intervention görs.

Syftet med denna delrapport är att undersöka om det finns skillnader i alkoholbeteende, och om det finns skillnader mellan hur olika grupper av elever och värnpliktiga påverkas av programmet, efter 5 månaders uppföljning. I en kommande huvudrapport presenteras resultaten efter 20 månaders uppföljning.

Vetenskapliga frågeställningar:

1. Skiljer sig interventionsgruppen från kontrollgruppen med avseende på
 - a. Hur ofta man dricker alkohol
 - b. Hur mycket man dricker vid ett typiskt alkoholtillfälle
 - c. Hur ofta man dricker sig berusad

2. Påverkas resultaten i frågeställning 1 a – c när hänsyn tas till
 - a. tidigare alkoholvanor
 - b. förekomst av alkoholproblem i släkten
 - c. kön
 - d. tobaksbruk

3. Förändras interventionsgruppen jämfört med kontrollgruppen med avseende på
 - a. kunskaper om alkohol
 - b. attityder till alkohol
 - c. intentioner till alkohol
 - d. uppfattning av risk för alkoholproblem

Metod

Rapporten redovisar två delstudier parallellt, dels gymnasiestudien, dels värnpliktsstudien. De båda studierna har likartade upplägg men skiljer sig något åt i design och genomförande.

Design

Gymnasiestudien är en randomiserad och kontrollerad interventionsstudie. De deltagande skolorna är stratifierade på variablerna teoretisk inriktning (teoretisk – icketeoretisk) och geografiskt läge (innerstad – förort) samt alkoholkonsumtion i tidigare mätning. Stratifieringen genomfördes för att förhindra att det begränsade antalet skolor skulle fördelas skevt över potentiellt viktiga bakgrundsvariabler.

Värnpliktsstudien är en kontrollerad interventionsstudie med begränsad randomisering.

Gemensamt för de båda studierna är att endast de elever som *faktiskt* deltagit i undervisningen och båda mätningarna tas med i analyserna. Denna metod har valts för att tydliggöra programmets eventuella påverkan.

Ett alternativ är så kallad "intention to treat" analys där alla som ingick i respektive grupp tas med i analyserna och bortfallsdata ersätts.

Procedur

Uppdraget att utvärdera Prime For Life har fördelats så att interventionen i gymnasiet genomförs av instruktörer från Preventionscentrum Stockholm (PreCenS) och bland de värnpliktiga av instruktörer från Försvaret. Utvärderingen i de båda organisationerna sköts av STAD-projektet. Instruktörerna från PreCenS har med två undantag varit de samma genom hela gymnasiestudien medan flera olika instruktörer undervisat de värnpliktiga. Pilotstudier genomfördes åren 2000 och 2001 i både gymnasiet och försvaret. Syftet var att prova interventionen och utvärderingsinstrumenten i de aktuella populationerna. Pilotstudierna utvärderades med enkäter och i gymnasiet även med 2 fokusgruppintervjuer. Efter pilotstudierna genomfördes smärre ändringar i kursmaterialet och enkäterna omarbetades.

Urval och randomisering, gymnasiet

Deltagande i studien innebar randomisering av skolor till intervention eller kontroll. Före randomisering stratifierades skolorna dels efter geografiskt läge, dels efter huvudsaklig inriktning, vilket kategoriserades som teoretisk eller praktisk, dels efter alkoholkonsumtionsnivån, hög eller låg. Randomiseringen skedde genom att skolor i grupper om två eller fyra tilldelades nummer. Ur dessa nummer drogs sedan hälften (en eller två stycken) med hjälp av datorprogrammet Excel. Därefter slumpades, med samma tillvägagångssätt, om de dragna skolorna skulle vara intervention eller kontroll.

Urval och randomisering, värnpliktsstudien

En inbjudan att delta i studien skickades ut till 17 regementen, varav 10 accepterade. En fullständig randomisering begränsades av praktiska skäl vilket ledde till att tre regementen bidrog med deltagare till både intervention och kontroll. Av de resterande regementena randomiserades fyra till intervention och tre till kontroll.

Undersökningsprocedur, gymnasiestudien

Prime For Life kursen gavs med ett undantag¹ under två dagar. Före kursen presenterades studien för eleverna och förmättningsenkäterna delades då ut. Kursvärderingen administrerades efter interventionen. I kontrollskolorna besökte utvärderaren de aktuella klasserna och administrerade förmättningsenkäter till eleverna. Enkätinsamlingen i kontrollskolorna följde tidsrytmen för interventionsskolorna så att båda grupperna bidrog med enkäter vid ungefär samma tidpunkt på året.

Vid tid för uppföljning besökte utvärderaren alla deltagande skolor och administrerade där uppföljningsenkäterna. Frånvarande elever fick uppföljningsenkäterna hemskickade till sig och i två klasser som var på praktik administrerades alla enkäter per post.

¹ Vid två klasser i en skola genomfördes kursen på skolans begäran under en dag med en instruktör i vardera klassen.

Undersökningsprocedur, värnpliktsstudien

Under hösten 2001 besökte utvärderaren från STAD alla deltagande regementen och administrerade där förmätningenkäter till de värnpliktiga som skulle delta i studien.. Utbildningarna hölls av Prime For Life-instruktörer, anställda av försvaret. Vid tiden för uppföljning administrerades enkäterna av kontaktpersoner på respektive regemente, alternativt med post från STAD-projektet i de fall deltagarna hade hunnit avsluta sin värnplikt.

Material

Likartade enkäter har använts som instrument vid både för- och uppföljningsmätningarna och har varit identiska för de båda delstudierna, med undantag för några specifika frågor om gymnasiet respektive värnplikten. Förmätningenkäten var något mer omfattande än uppföljningenkäten men de återkommande frågorna var formulerade likadant.

Mätinstrument och definitioner

Förmätningsformuläret bestod av 72 flervalsfrågor med övervägande fasta svarsalternativ, uppföljningsformuläret hade 46 frågor. Den svenska versionen av AUDIT² (Alcohol Use Disorder Identification Test) har använts som huvudsakligt instrument för att mäta alkoholkonsumtion och konsekvenser av alkoholbruk. Ett antal alkohol- och drogrelaterade frågor har tillsammans med bakgrundsfrågor kompletterat AUDIT-formuläret, bl.a. frågor om alkoholproblem i släkten, om man blivit erbjuden och/eller använt narkotiska preparat, vilka kunskaper man har om alkohol och vilken inställning man har i alkoholfrågor.

Förändringsvärdet från deltagarnas svar i förmätningen till deras svar i uppföljningen räknades ut och sammanfogades till index över förändrade kunskaper, attityder och intentioner³. Som tobakskonsument (dikotom variabel) definieras de deltagare som i förmätningen svarat att de i någon omfattning röker eller snusar. De som har svarat att någon förälder och/eller far/morförälder har alkoholproblem har kategoriserats till gruppen med ”alkoholproblem i familjen”.

Etiska frågeställningar

Deltagarna informerades om formerna för studien och valde därefter om de ville delta eller ej. Allt material avidentifierades och kodades. Som ersättning för sitt deltagande utgick vid uppföljningstillfället en biobiljett. Studien har godkänts av Karolinska Institutets forskningsetiska kommitté, dnr. 01-333.

Statistisk bearbetning

De flesta variabler har transformerats till att ha gemensam nämnare, vissa har kategoriserats, andra har sammanvägts till index. Vad som gäller för var och en av frågorna anges under *Resultat*. Auditfrågorna 1 och 2 och frågorna som rör kunskaper, attityder och intentioner har beräknats med variansanalys (ANOVA med upprepad mätning). Auditfråga 3 har beräknats med icke-parametriskt test, Mann – Whitney, andra kategorivariabler har beräknats med Chi₂-test alternativt Wilcoxon.

² Svarsalternativen för fråga 3 utökades från 5 till 8 för att bli tydligare. Poängberäkningen är dock gjord enl. ursprungsmodellen.

³ Intentioner med alkohol räknades bara ut för de elever som uppgav att de drack alkohol.

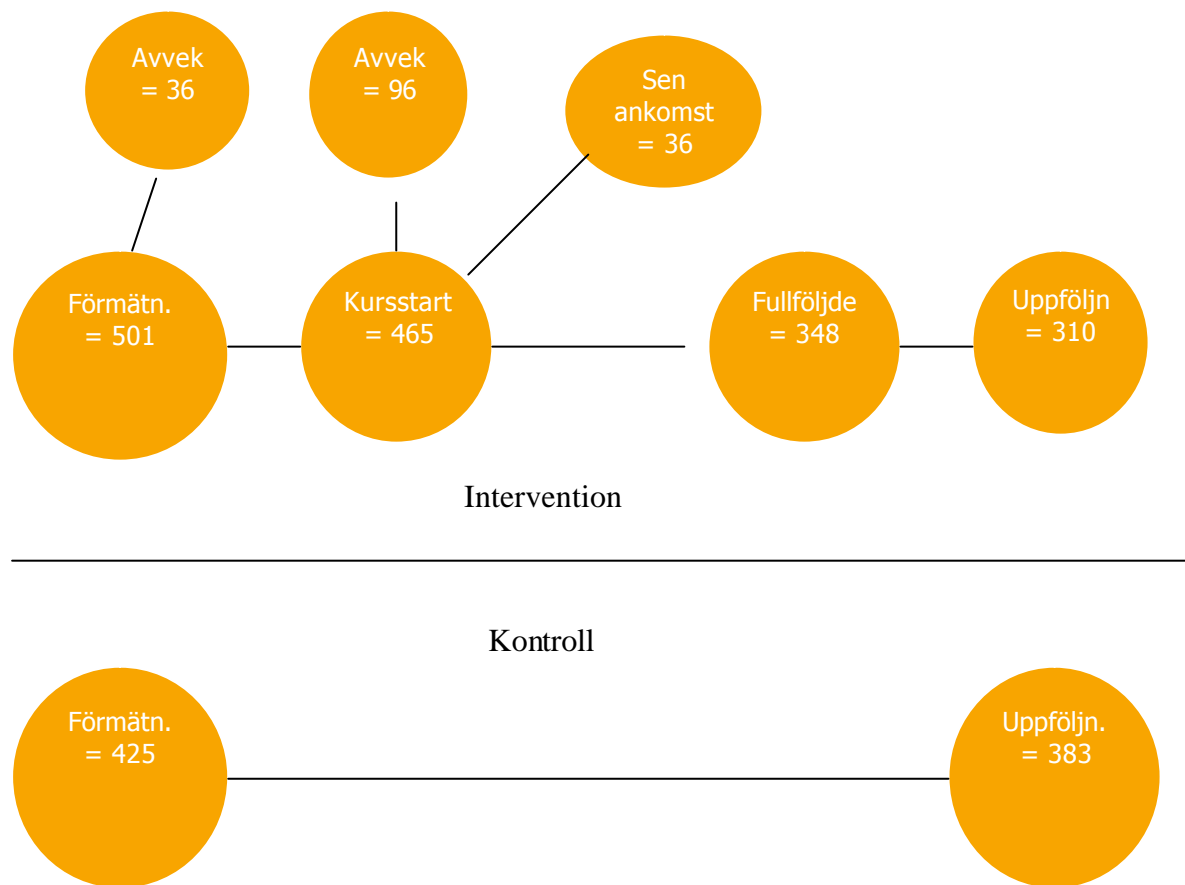
Resultat

Resultaten för de båda delstudierna redovisas under separata rubriker.

Deltagare och bortfall

Gymnasiestudien

I studien deltar 23 skolor i Stockholms stad, varav 12 har slumpats till intervention och 11 till kontroll. Varje skola bidrog med två grupper⁴ och totalt deltog 926 elever i förmätningen, figur 1 visar hur bortfallet är fördelat över tid och betingelser.



Figur 1. Deltagande elever över tid och betingelser.

I interventionsgruppen fyllde 501 deltagare i förmätningen och 348 fullföljde kursen, ett bortfall på 153 personer. Till dessa kommer 38 personer som inte var tillgängliga vid uppföljningen. I kontrollgruppen minskade deltagarantalet med 42 personer från förmätning till uppföljning. Totalt består bortfallet således av 233 personer⁵, vilket utgör 25 % av förmätningsgruppen. Interventionsgruppen står för 82.0 % av bortfallet.

⁴ I flera fall var utbildningsgrupperna de samma som befintliga klasser på skolan. Då många klasser är löst sammansatta och läser ämnen åtskilt i mindre grupper så varierar det i vilken utsträckning gruppen faktiskt motsvarar klassen. Därför har vi behållit formuleringen ”grupp” framför ”klass”.

⁵ Bortfallet i figur 1 baseras på instruktörernas uppgifter och är inte identiskt med enkätuppgifterna. Detta beror på att vissa elever utan förmätning deltog, och även avvek från, kursen.

Män är signifikant överrepresenterade i bortfallsgruppen, även teoretiska elever har i proportionellt högre grad fallit ifrån. Även innerstadselever tenderar att falla i från i högre utsträckning men skillnaden är bara nästan signifikant.

I bortfallet finns ingen skillnad mellan elever med svensk eller annan härkomst. I den fortsatta framställningen redovisas data för de elever som varit med i studien hela tiden, totalt 693 st. Antalet kan variera något för de olika analyserna, beroende på enstaka ofullständiga svar.

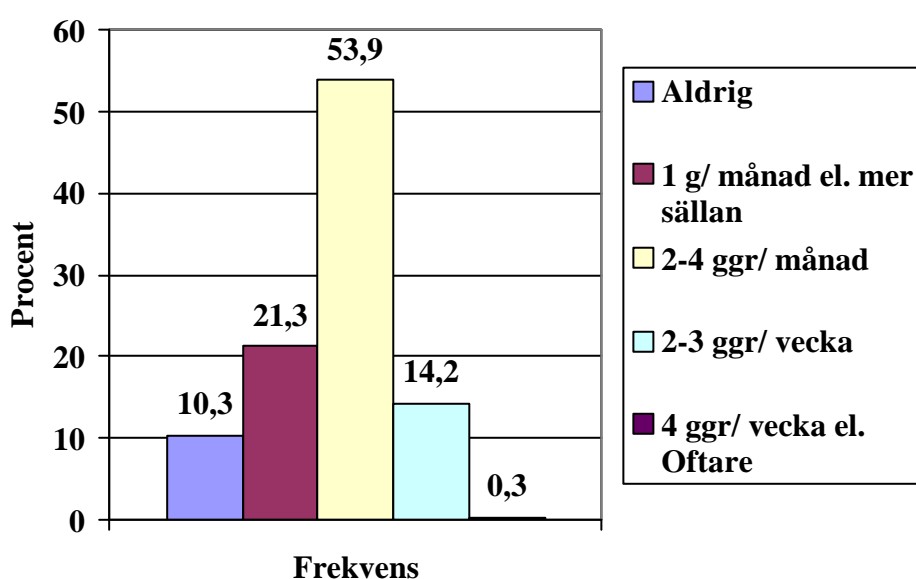
Värnpliktsstudien

Vid förmätningen deltog 1363 värnpliktiga och svarsfrekvensen vid uppföljningen (efter 2 påminnelser) var 60 %. Något bortfall under kursen registrerades inte bland de värnpliktiga. De få (nio stycken) kvinnor som var med i studien togs bort, vilket resulterade i 805 stycken deltagare med både för- och eftermätning, 415 i interventionsgruppen och 390 i kontrollgruppen.

Resultat för gymnasiestudien

”Hur ofta alkohol?” vid förmätning (AUDIT-fråga 1)

I förmätningen uppger 10.3 % att de aldrig dricker alkohol. De flesta elever uppger att de dricker alkohol 2-4 ggr per månad, dvs. någon gång i veckan. I figur 2 visas fördelningen över de olika svarsalternativen för hur ofta respondenterna dricker alkohol.



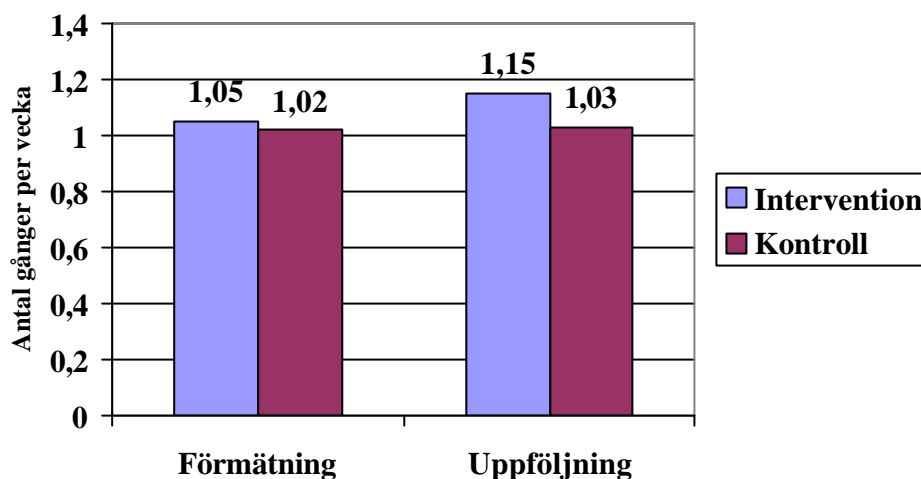
Figur 2. Fördelning av svar på frågan ”Hur ofta dricker Du alkohol?” vid förmätning. Alla elever, N = 690.

”Hur ofta alkohol?” vid uppföljning

I interventionsgruppen uppger 19.3 % (59 st.) en ökning i frekvens, 11.5 % (35 st.) uppger en minskning i frekvens och 69.2 % (211 elever) uppger samma frekvens vid uppföljning som vid förmätning. Skillnaden mellan förmätning och eftermätning är statistiskt signifikant, $Z = -2.726$, $p = .006$ (Wilcoxon).

I kontrollgruppen uppger 14.2 % (54 st.) en ökning av frekvensen alkoholanvändning. Lika många, 14.2 % (54 st.), uppger en minskning och 71.5 % (271 st.) uppger samma frekvens. Det är således ingen skillnad i kontrollgruppen från förmätning till uppföljning, $Z = 0$, $p = 1.0$ (Wilcoxon).

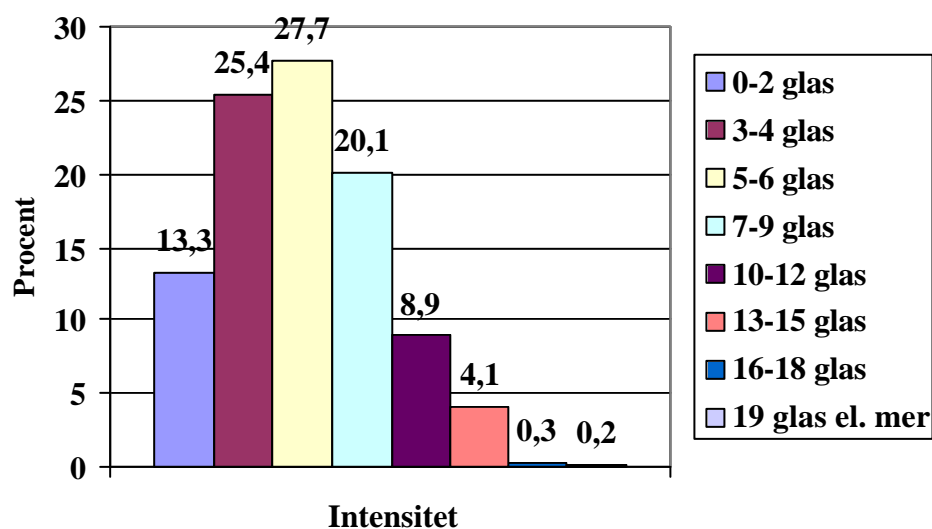
Efter det att svarskategorierna transformerats till en enhetlig skala, antal gånger per vecka, kan variansanalys (ANOVA med upprepad mätning) användas för beräkning. Skillnaderna mellan grupperna blir då ej signifikanta, $F_{(1, 682)} = 2.48$ $p = .116$, se figur 3.



Figur 3. Hur ofta elever dricker alkohol, antal gånger per vecka uppdelat på interventions- och kontrollgrupp vid förmätning och uppföljning. $N = 684$.

”Hur många glas typisk dag?” (AUDIT-fråga 2)

Vid förmätningen var den vanligaste mängden alkohol vid ett tillfälle 5-6 glas. 13.5 % uppger att den vanligaste mängden är 10 glas eller mer. Figur 4 visar fördelningen av alla svarsalternativ.

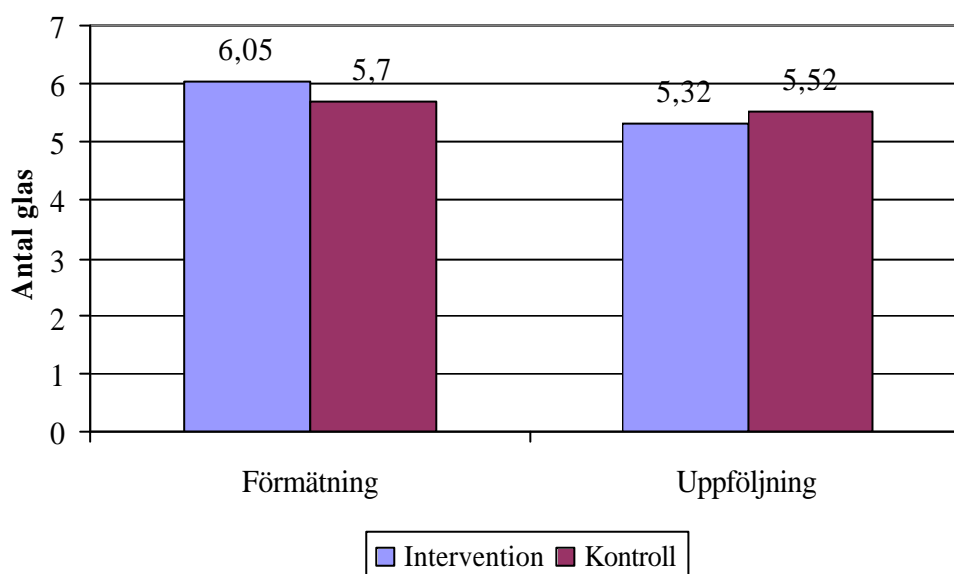


Figur 4. Fördelning av svar på frågan ”Hur många glas dricker Du en typisk dag då Du dricker alkohol?” vid förmätningen. $N = 607$.

Både interventionsgruppen och kontrollgruppen minskar generellt intensiteten i sitt alkoholdrickande. I interventionsgruppen uppger 40.2 % (108 st.) en minskning i antal glas man dricker en typisk dag, 17.8 % (48 st.) uppger en ökning och 42.0 % (113 st.) uppger ingen förändring. Minskningen är signifikant, $Z = -4.287$, $p = .000$.

Motsvarande siffror för kontrollgruppen är 34.2 % (108 st.) som minskar sin typiska konsumtion, 21.2 % (67 st.) uppger en ökning och 44.6 % (141 st.) uppger samma intensitet. Även i kontrollgruppen är minskningen signifikant men av svagare styrka, $Z = -2.029$, $p = .042$.

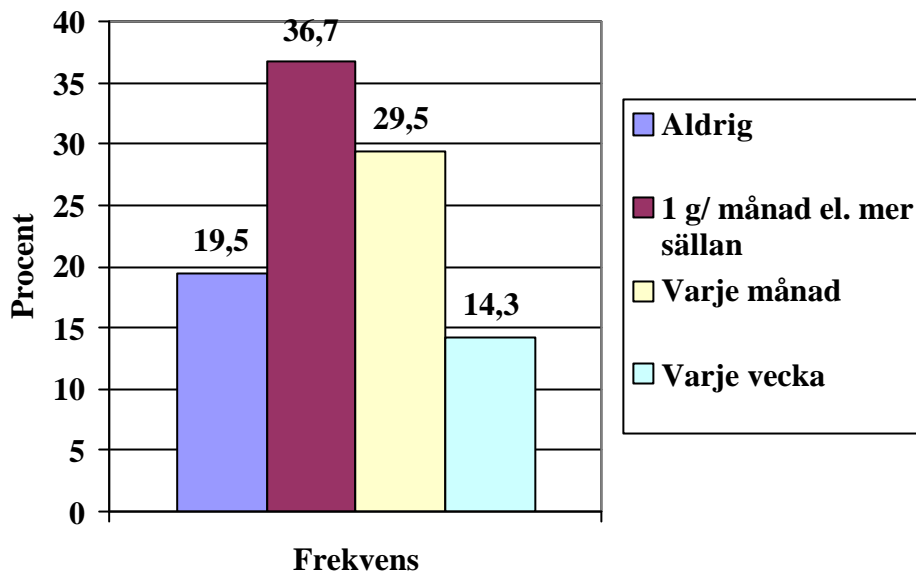
För att kunna använda parametrisk statistik har även dessa kategorier räknats om till "antal glas per typiskt dryckestillfälle". Skillnaden mellan grupperna är signifikant, $F_{(1,584)} = 5.53$, $p = .019$, i interventionsgruppen minskar mängden alkohol vid ett typiskt dryckestillfälle mer än vad den gör i kontrollgruppen. Effektstorleken på skillnaden är 0.19 standardavvikelser. Ett annat sätt att uttrycka skillnaden mellan de båda grupperna är 0.55 standardglas, se figur 5.



Figur 5. Skillnad i antal glas per typisk dryckesdag mellan interventionsgrupp och kontrollgrupp, mätt vid förmätning och uppföljning.

”Berusningsdrinkande” (AUDIT-fråga 3)

Berusningsdrinkande är ett annat sätt att mäta skadlig alkoholkonsumtion. Här betyder berusningsdrinkande hur ofta man dricker motsvarande 6 glas eller mer och svarskategorierna är: Aldrig, 1 gång/ månad eller mer sällan, Varje månad, Varje vecka, 4 gånger / vecka eller oftare. Knappt var femte elev, 19.5 %, av de som dricker alkohol uppger att de aldrig dricker sådana mängder alkohol och lite fler än var tredje gör det 1 gång per månad eller mer sällan. Figur 6 visar fördelningen av alla svarsalternativ på frågan.



Figur 6. Fördelning av svar på frågan "Hur ofta dricker Du sex glas eller mer vid ett och samma tillfälle?", $N = 616$.

I interventionsgruppen uppger 28.5 % (79 st.) en minskning i frekvensen av "dryckestillfällen med 6 standardglas eller mer", 21.7 % (60 st.) uppger en ökning och 49.8 % (138 st.) uppger ingen förändring. I kontrollgruppen uppger 29.0 % (93 st.) en minskning, 20.0 % (64 st.) en ökning och 51.0 % (164 st.) oförändrad frekvens av dryckestillfällen med 6 standardglas eller mer. De båda grupperna skiljer sig inte åt mer än vad som kan förväntas med slumpvariation, $Z = -.379$, $p = .705$ (Mann Whitney).

Konsumtionsmått - Indelning i undergrupper

En persons dryckesvanor kan ha betydelse för hur mottaglig man är för ett preventionsprogram. För att utröna om skillnader i effekt kan bero på personers tidigare dryckesmönster har deltagarna kategoriserats i konsumtionskategorier. Indelningen är en kategorisering av svaren på frågan "Hur många glas dricker Du på en typisk dryckesdag?" från förmätningen.

- Grupp 1 representerar individer som uppgett att de vanligtvis dricker färre än 5 glas per gång,
- Grupp 2 representerar individer som uppgett att de vanligtvis dricker 5 t.o.m. 9 glas per gång
- Grupp 3 representerar individer som uppgett att de vanligtvis dricker 10 glas eller mer.

Även *tobakskonsumtion*, *kön* och om man *har alkoholproblem i familjen* är intressanta faktorer att ta i beaktande. I tabell 1, 2 och 3 redovisas resultaten för dessa undergrupper nedan. Varje konsumtionsmått visas i en separat tabell med värden för i) förmätning, ii) eftermätning, iii) standardavvikelse (för medelvärdet), iv) F-värde, v) Signifikansnivå, vi) Antal (N), och vii) Effektstorlek (ES).

För den första variabeln, frågan om hur ofta man dricker alkohol, ses inga signifikanta skillnader mellan interventionselever och kontrollelever i någon av undergrupperna. Tendens till skillnader finns i *konsumtionsgrupp 2*, bland dem som *ej har alkoholproblem i släkten* och dem som *inte använder tobak* och de små skillnader som finns är till förmån för kontrollgruppen.

Tabell 1. *Audit-fråga 1, "Hur ofta dricker du alkohol?" Ursprungliga värden omräknade till antal gånger per vecka.*

		Förm	Uppf	Stdavv	F	Sign	N	ES
Grupp 1	Interv	0,90	0,92	0,80	0,259	,611	233	-
	Kontroll	0,90	0,86	0,74				
Grupp 2	Interv	1,19	1,39	0,91	2,21	,138	290	-
	Kontroll	1,23	1,26	,91				
Grupp 3	Interv	1,55	1,57	0,95	0,18	,672	79	-
	Kontroll	1,91	1,83	1,12				
Alkoholproblem i släkten	Interv	1.19	1.15	1.01	0.038	.845	211	-
	Kontroll	1.02	0.96	0.903				
Ej alk.problem i släkten	Interv	0.985	1.16	0.868	3.07	.080	473	-
	Kontroll	1.03	1.06	0.960				
Män	Interv	1.04	1.20	0.907	1.28	.259	266	-
	Kontroll	1.27	1.30	1.08				
Kvinnor	Interv	1.05	1.12	0.925	1.09	.296	418	-
	Kontroll	0.88	0.87	0.820				
Tobaksanv.	Interv	1.47	1.58	1.03	0.451	.502	272	-
	Kontroll	1.39	1.41	1.05				
Ej tobaksanv.	Interv	0.757	0.871	0.686	2.86	.091	402	-
	Kontroll	0.758	0.781	0.764				

För den andra variabeln, hur mycket deltagarna dricker vid ett typiskt dryckestillfälle, blir skillnaderna mellan interventions- och kontrolleleverna signifikanta i tre undergrupper, de som *ej har alkoholproblem i familjen*, de som är *män* samt de som *ej använder tobak*. I dessa tre grupper sänker interventionseleverna den typiska intensiteten i sin alkoholkonsumtion mer än vad eleverna i kontrollgruppen gör. Störst signifikant skillnad mellan interventions och kontrollgruppen ses bland männen, där skillnaden är 0.92 glas, till förmån för de elever som gått Prime For Life. Bland de som *ej har alkoholproblem i familjen* är skillnaden 0.72 glas och bland de som *ej använder tobak* 0.53 glas. I konsumtionsgrupp 3 är skillnaden störst, 1.38 glas men mycket pga. den stora spridningen är skillnaden mellan grupperna inte signifikant.

Tabell 2. *Audit-fråga 2, antal glas vid ett typiskt dryckestillfälle*

		Förm	Uppf	Stdavv	F	Sign	N	ES
Grupp 1	Interv	2.62	2.89	1.54	1.26	.264	222	-
	Kontroll	2.75	3.31	1.66				
Grupp 2	Interv	6.69	5.95	2.49	0.965	.327	283	-
	Kontroll	6.45	6.05	2.24				
Grupp 3	Interv	12.19	9.13	2.70	3.04	.085	80	-
	Kontroll	12.18	10.50	3.05				
Alkoholprobl. i släkten	Interv	5.72	4.81	3.28	0.325	.569	188	-
	Kontroll	5.64	4.95	3.30				
Ej alkoholprobl i släkten	Interv	6.20	5.55	3.53	6.17	.013	397	.20
	Kontroll	5.73	5.80	3.58				
Män	Interv	7.75	6.84	3.83	4.272	.040	232	.24
	Kontroll	7.34	7.35	3.99				
Kvinnor	Interv	4.84	4.24	2.63	1.431	.232	353	-
	Kontroll	4.69	4.39	2.65				
Tobaksanv.	Interv	7.46	6.74	3.52	2.436	.120	259	-
	Kontroll	6.75	6.66	3.83				
Ej tobaksanv.	Interv	4.85	4.10	2.89	3.85	.051	322	.21
	Kontroll	4.88	4.66	2.99				

För den tredje variabeln, frekvens av berusningsdrickande, ses inga skillnader mellan interventions- och kontrolleleverna i någon av undergrupperna.

Tabell 3. *Audit-fråga 3, förändring i frekvens av berusningsdrickande (Mann – Whitney).*

		Minskning (%)	Oförändrad (%)	Ökning (%)	Z	Sign	N	ES
Grupp 1	Interv	20.0	54.0	26	-0.265	.791	223	-
	Kontr	23.6	49.6	26.9				
Grupp 2	Interv	34.6	43.1	22.3	-0.353	.724	282	-
	Kontr	32.9	49.3	17.8				
Grupp 3	Interv	26.2	64.3	9.6	-0.429	.668	81	-
	Kontr	28.2	66.7	5.1				
Alkoholprobl. i släkten	Interv	26.4	56.3	17.2	-0.104	.917	195	-
	Kontr	27.8	51.9	20.4				
Ej alkoholprobl i släkten	Interv	29.4	46.8	23.7	-0.513	.608	403	-
	Kontr	29.6	50.7	19.7				
Män	Interv	31.4	46.1	22.6	-0.314	.754	238	-
	Kontr	26.8	54.5	18.7				
Kvinnor	Interv	26.5	52.5	21.0	-0.753	.451	360	-
	Kontr	30.4	49.0	20.7				
Tobaksanv.	Interv	24.2	54.0	21.8	-0.478	.633	262	-
	Kontr	29.0	47.8	23.2				
Ej tobaksanv.	Interv	32.0	46.4	21.6	-0.031	.975	332	-
	Kontr	28.5	54.2	17.3				

Förändring i status – Alkoholkonsument eller inte

Beräkningarna ovan tar inte hänsyn till att vissa individer vid förmätningen drack alkohol men hade slutat med det vid uppföljningen, liksom det omvända, att de började dricka mellan förmätningen och uppföljningen. Det är bara små, icke-signifikanta, skillnader mellan grupperna, vilket visas i tabell 4 nedan.

Tabell 4. Förändringar i alkoholstatus från förmätning till uppföljning för interventions- och kontrollgruppen, antal deltagare, $Chi_2 = .898$, $p = .638$

	Slutat dricka alkohol	Oförändrad status	Börjat dricka alkohol
Interventionsgruppen	5	298	7
Kontrollgruppen	9	366	6
Total	14	664	13

Vid förmätningen var det 72 elever som uppgav att de inte drack alkohol, dessa var jämt fördelade över betingelserna, $Chi_2 = 2.416$, $p = .12$.

Resultat för övriga variabler

Summapoäng på AUDIT (10 frågor)

Medelvärdet på AUDIT-formuläret för alla elever sjunker med 1.01 poäng från förmätning (7.91) till eftermätning (6.90), denna skillnad är tydligt signifikant ($p = .000$). Någon skillnad mellan interventionsgruppen och kontrollgruppen framstår däremot inte ($p = .984$). Båda grupperna sänker alltså det genomsnittliga värdet lika mycket.

Kunskaper, attityder och intentioner

Kunskaper, attityder och intentioner till alkohol mäts med flera frågor och summeras i tre olika index. Förändringen i dessa index visar om eleverna har ökat sina kunskaper om alkohol, ändrat sina attityder till alkohol och förändrat sin inställning till alkohol. I och med att det är den relativa skillnaden från förmätning till uppföljning som studeras finns det inga absoluta mått, utan det är i stället jämförelsen mellan interventionsgruppen och kontrollgruppen som är intressant.

I tabell 5 visas i) medelvärdesförändring, ii) standardavvikelse, iii) Antal (N), iv) signifikansnivå och v) Effektstorlek (ES) för de tre utfallsmåtten över respektive grupp. Positiva medelvärdesskillnader betyder att uppföljningsvärdet är högre än förmätningens värde, dvs. en förändring i önskad riktning.

Deltagarna i Prime For Life-gruppen ökar signifikant sin kunskap i alkoholrelaterade frågor från förmätningen till uppföljningen. Skillnaden är nästan en standardavvikelse.

Även frågorna om attityder till alkohol visar på en signifikant skillnad till förmån för interventionsgruppen, men den här skillnaden är bara 0,15 standardavvikelser.

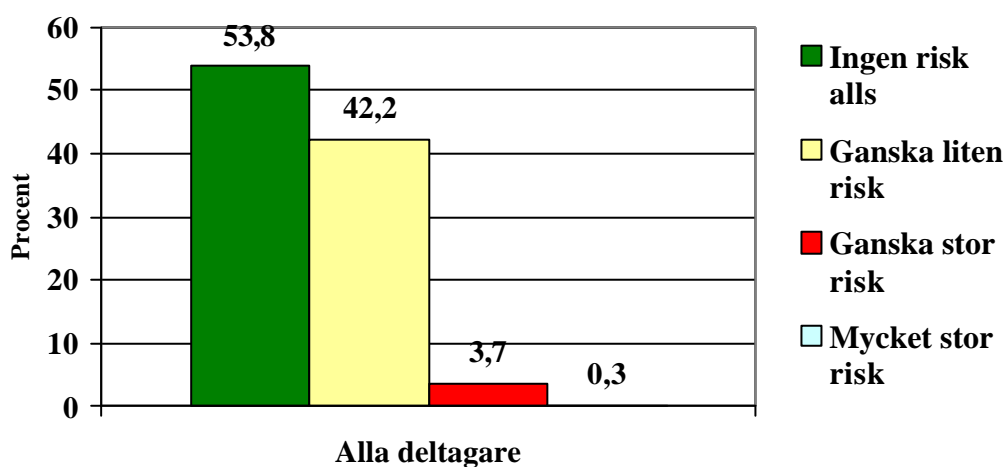
Intentioner gällande alkohol ger bara nästan signifikans, och skillnaderna mellan grupperna är även här små.

Tabell 5. Skillnader mellan interventionsgruppen och kontrollgruppen för de tre utfallsmåtten Kunskaper, Attityder och Intentioner.

		Skillnad i medelvärde	Stdavv	t-värde	df	Sign	ES
Kunskaper	Interv	0.476	0.551	11.41	688	.000	.90
	Kontr	0.040	0.426				
Attityder	Interv	0.086	0.485	2.08	689	.038	.16
	Kontr	0.011	0.463				
Intentioner	Interv	0.150	0.782	1.76	599	.079	-
	Kontr	0.041	0.730				

Uppfattning av risk för alkoholproblem

Deltagarna bedömer generellt sett sin egen risk för att utveckla alkoholproblem som låg, se figur 7, och den skiljer sig inte åt mellan grupperna vid förmätningen, $p = .384$ ($Z = -.87$, $N = 680$).



Figur 7. Fördelning av svar på frågan "Vilken risk bedömer du dig ha att utveckla alkoholproblem?"

Deltagarna i Prime For Life ökar sin riskuppfattning signifikant mer än eleverna i kontrollgruppen, $p = .000$ ($Z = -4.464$, $N = 677$). Eftersom riskuppfattning mäts med en fyrgradig skala, från "Ingen risk alls" till "Mycket stor risk" kan endast icke-parametrisk statistik användas. Skillnaden mellan grupperna, uttryckt som effektstorlek, blir då $r = 0.17$. Ett annat sätt att uttrycka skillnaden är att 18.6 % fler elever i interventionsgruppen ökar sin riskuppfattning, jämfört med kontrollgruppen. Tabell 6 visar hur stor andel av eleverna i interventions- och kontrollgruppen som ökar, bibehåller, respektive minskar sin riskuppfattning vid uppföljningstillfället.

Tabell 6. Förändring av riskuppfattning vid uppföljning för interventions- och kontrollgruppen.

Förändring i riskuppfattning, %				
	Minskning	Oförändrad	Ökning	Total
Intervention	6,3 %	64,0 %	29,7 %	100 %
Kontroll	11,9 %	71,4 %	16,7 %	100 %

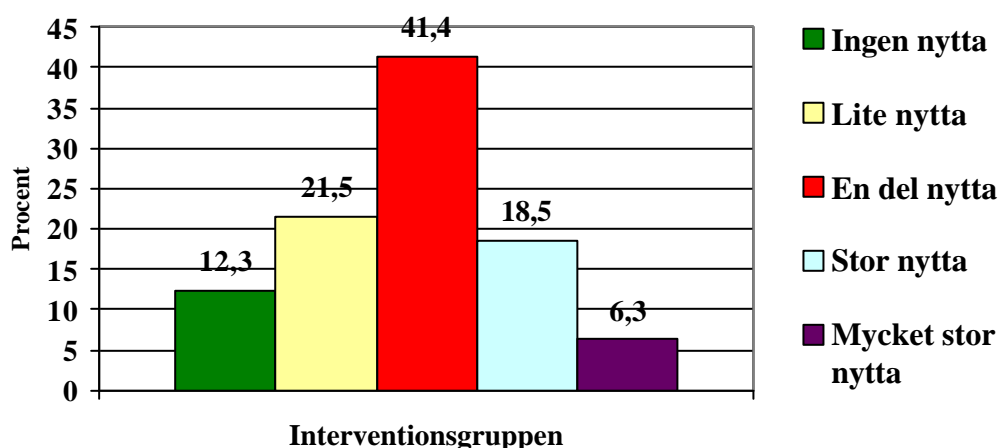
Interventionsgruppens svar på frågor om utbildningen

Alla elever fick frågor om de hade deltagit i utbildning om alkohol under gymnasiet, vilket 97 % i interventionsgruppen och 39 % i kontrollgruppen uppgav. De som svarade jakande fick även svara på frågor om den/de aktuella utbildningen/-arna. Bland de 35 % av kontrolleleverna som uppgav *vilken typ av utbildning* de hade gått dominerade allmänna beskrivningar som ANT, information men även Polisen och AA uppgavs. Det var inte ovanligt att utbildning i högstadiet uppgavs.

Bland interventionseleverna kunde ca 70 % ge namnet på utbildningen och ytterligare 20 – 25 % syftade uppenbart på Prime For Life. Ca 20 % uppgav ”allmän information”, ANT eller liknande ensamt eller tillsammans med Prime For Life.

Följande resultat rör enbart interventionsgruppen, dvs. de som gått Prime For Life.

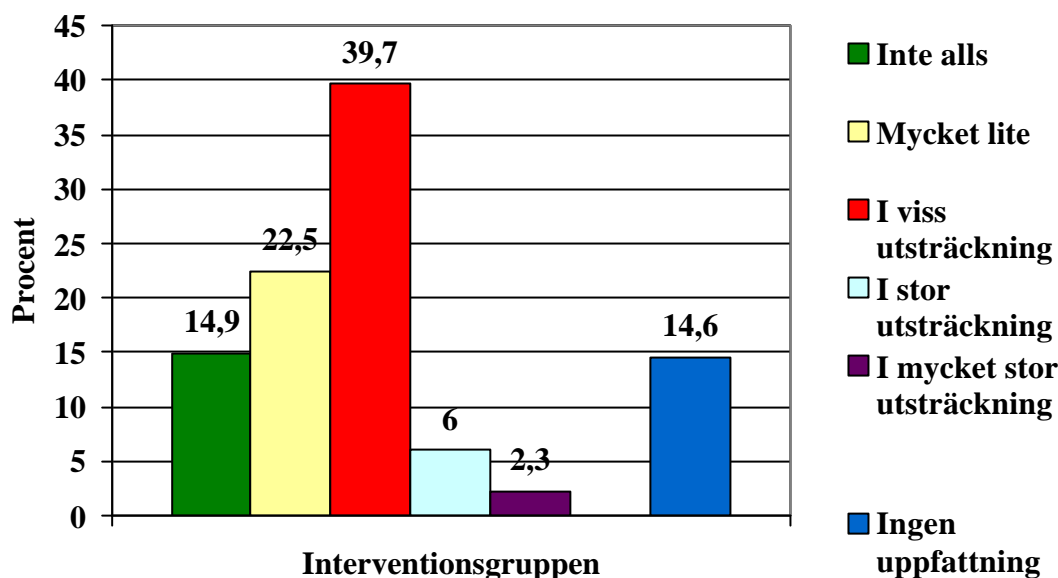
På frågan *Vilken nytta tycker Du att Du har haft av utbildningen?* svarade 12,3 % att de inte hade haft någon nytta medan 87,7 menade att de haft nytta av kursen. Spridningen av svaren visas i figur 8 nedan.



Figur 8. Svarsfrekvens för frågan ”Vilken nytta tycker du att du har haft av utbildningen?” Procentuell fördelning över svarskategorierna, N = 302 st.

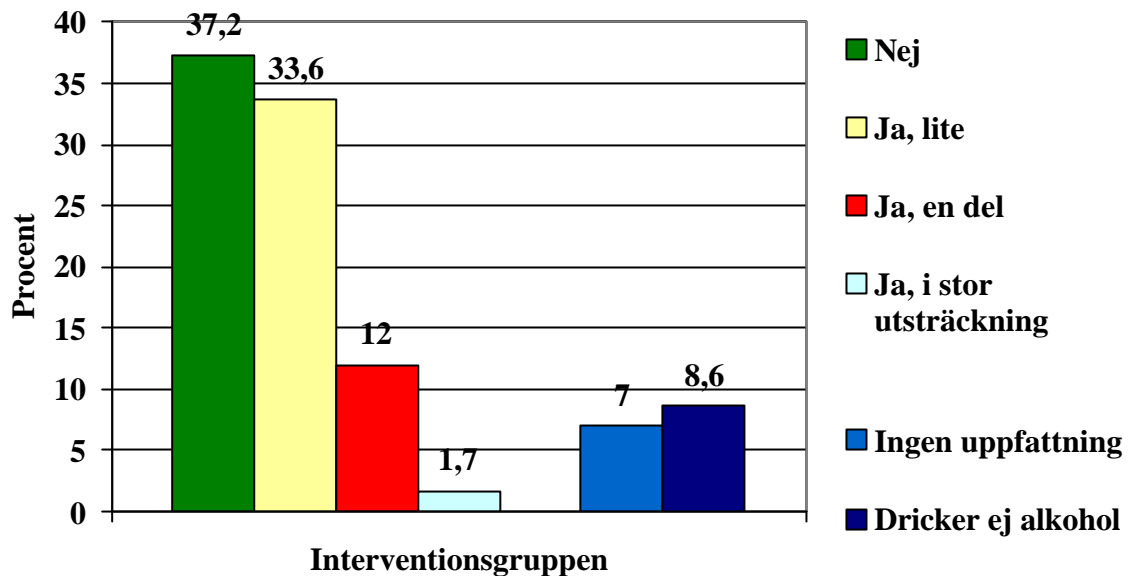
På frågan *Finns det saker i utbildningen Du är kritisk till eller tycker illa om?* svarade 75,8 % Nej medan 16,8 % svarade Ja, några få saker, 5,7 % Ja, en del saker och 1,3 % Ja, många saker, samt endast 0,3 % Ja, väldigt många saker.

En annan fråga som hörde till kursen var *I vilken utsträckning har utbildningen gett dig verktyg för att hantera situationer där alkohol förekommer (oavsett om Du själv dricker)?*, där svarsalternativen varierade från *Inte alls* till *I mycket stor utsträckning*. Alternativet *Ingen uppfattning* fanns också med. 70.5 % av de elever som har haft utbildning i gymnasiet tycker att utbildningen, i varierande grad, har gett dem verktyg för att hantera situationer där alkohol förekommer. Figur 9 visar fördelningen av svar.



Figur 9. Svansfrekvens för frågan "I vilken utsträckning har utbildningen gett dig verktyg för att hantera situationer där alkohol förekommer (oavsett om Du själv dricker)". Procentuell fördelning över svarskategorierna, $N = 302$ st.

En annan fråga inom samma domän som den just redovisade var *Har du tillämpat kunskaper du fick genom utbildningen i situationer då Du druckit alkohol de senaste 3 månaderna?* Där svarar 37.2 % att de inte har gjort det medan 47.3 % uppger att man, i varierande grad, har gjort det. Svarsbilden kompliceras något av att vissa inte dricker alkohol och att alternativet *Ingen uppfattning* fanns med. Figur 10 visar fördelningen av svar på frågan.



Figur 10. Svansfrekvens för frågan *Har du tillämpat kunskaper du fick genom utbildningen i situationer då Du druckit alkohol de senaste 3 månaderna?* Procentuell fördelning över svarskategorierna, $N = 301$ st.

Utbildningen Prime For Life lär ut hur mycket alkohol man utifrån sin personliga situation kan dricka utan att utsätta sig för ökad risk för skador. En fråga i den uppföljande enkäten var *Har Du i utbildningen lärt dig hur mycket alkohol just Du kan dricka under en kväll utan att utsätta dig för ökad risk för skador?* Där svarade 38.1 % *Nej*, 41.1 % *Ja* och 20.9 % svarade *Ingen uppfattning*. De 124 elever som svarade jakande på den frågan fick även svara på följdfrågan *Hur mycket alkohol var det?* utan fasta svarsalternativ. Bland de 106 elever som valde att svara på den mängdfrågan gav 82.1 % ett svar mellan 0 och 3 standardglas, vilket är de enda svar som varit möjliga att de fått genom utbildningen Prime For Life. De resterande 17.9 % (19 stycken) svarade mellan 3.5 glas och 11 glas.

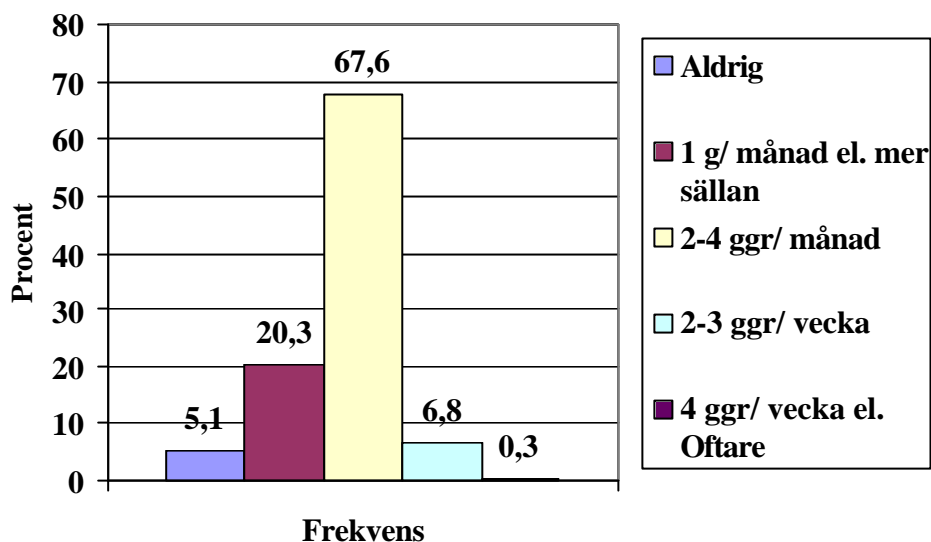
Alla deltagare i kursen Prime For Life får behålla sin studiebook. På frågan *Hur många gånger har Du använt material från utbildningen (t.ex. studiebook eller anteckningar) efter kursen?* svarar 76 % *Ingen gång*, medan 24 % i varierande grad har använt material från kursen.

Slutligen kan vi konstatera att 84.1 % av de deltagande eleverna har diskuterat utbildningen med andra än sina kurskamrater, medan 15.9 % uppger att de inte har gjort detta.

Resultat för värnpliktsstudien

”Hur ofta alkohol?” vid förmätning (AUDIT-fråga 1)

Vid förmätningen uppger 5.1 % att de aldrig dricker alkohol. De flesta värnpliktiga, 67.6 %, uppger att de dricker alkohol 2-4 ggr per månad, dvs. någon gång i veckan. I figur 11 visas fördelningen över de olika svarsalternativen för hur ofta respondenterna dricker alkohol.

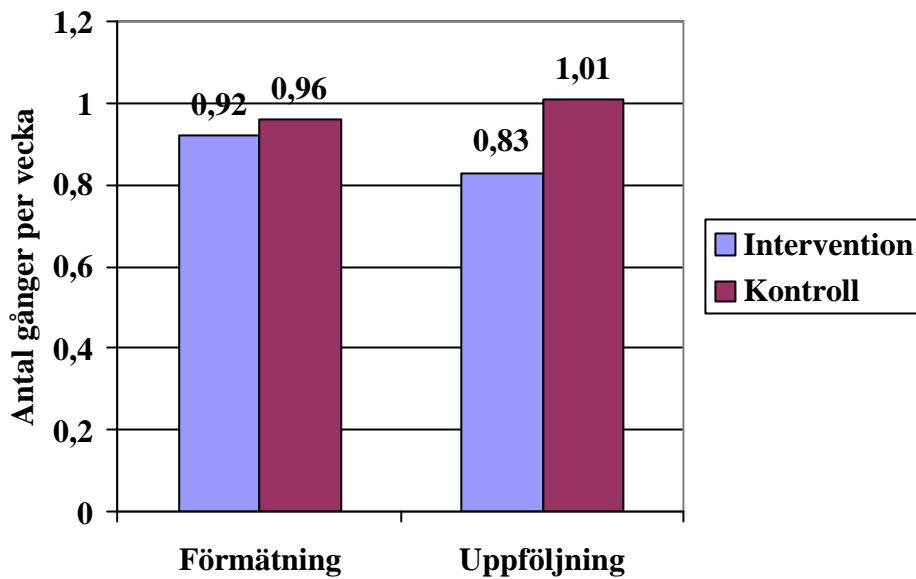


Figur 11. Fördelning av svar på frågan ”Hur ofta dricker Du alkohol?” vid förmätning.. Alla deltagare, $N = 800$

”Hur ofta alkohol?” vid uppföljning

I interventionsgruppen uppger 9.5 % (39 st.) en ökning i frekvens, 19.0 % (78 st.) uppger en minskning i frekvens och 71.5 % (293 st.) uppger samma frekvens vid uppföljning som vid förmätning. Skillnaden mellan förmätning och eftermätning är statistiskt signifikant, $Z = -3.52$, $p = .000$ (Wilcoxon). I kontrollgruppen uppger 13.9 % (53 st.) en ökning av frekvensen alkoholanvändning, 12.1 % (46 st.), uppger en minskning och 74.0 % (282 st.) uppger samma frekvens. Denna skillnad är dock för liten för att vara signifikant, $Z = -.167$, $p = .867$ (Wilcoxon).

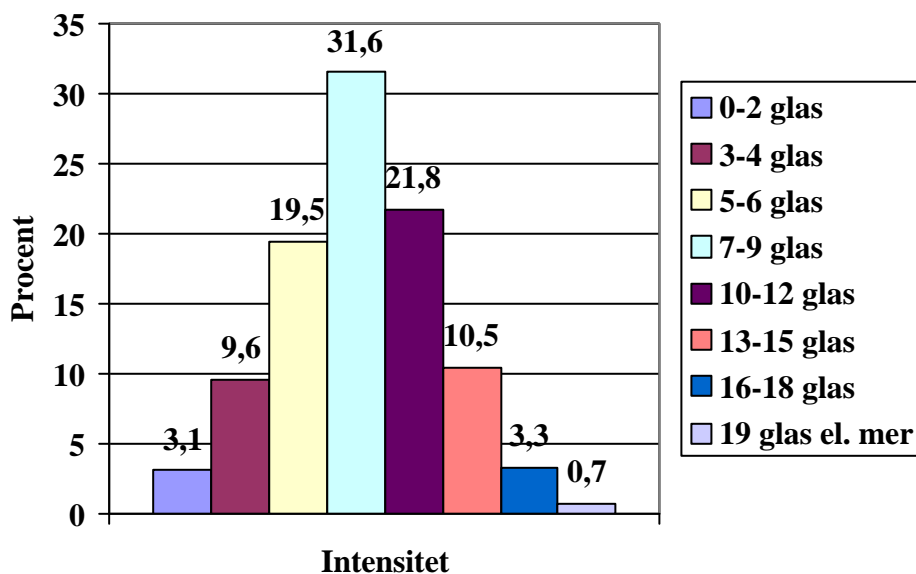
Även för de värnpliktiga transformeras svarskategorierna till en enhetlig skala, ”antal gånger per vecka”. Med variansanalys (ANOVA med upprepad mätning) blir skillnaderna mellan grupperna signifikanta, $F_{(1, 789)} = 9.22$ $p = .002$. Skillnaden i förändring mellan grupperna är 0.14 gånger per vecka (0.2 standardavvikelser), se figur 12.



Figur 12. Hur ofta värnpliktiga dricker alkohol, antal gånger per vecka uppdelat på interventions- och kontrollgrupp vid förmätning och uppföljning, N = 791.

”Hur många glas typisk dag?” (AUDIT-fråga 2)

Vid förmätningen var den vanligaste mängden alkohol vid ett och samma tillfälle 7 - 9 glas och 37.2 % uppger att den vanligaste mängden är 10 glas eller mer. Figur 13 visar fördelningen av alla svarsalternativ.



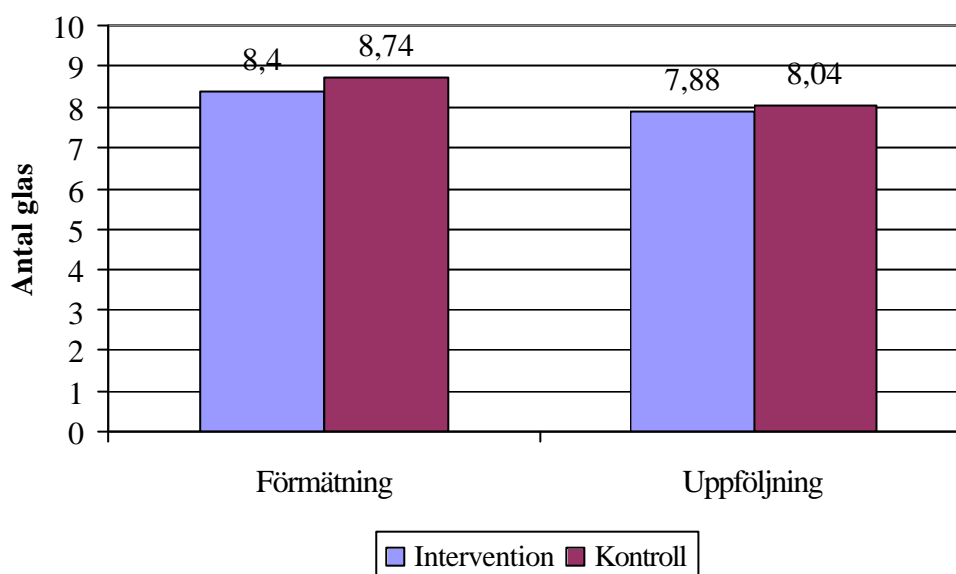
Figur 13. Fördelning av svar på frågan ”Hur många glas dricker Du en typisk dag då Du dricker alkohol?” vid förmätningen. N = 763.

Även bland de värnpliktiga minskar både interventionsgruppen och kontrollgruppen generellt intensiteten i alkoholdrickandet från förmätning till uppföljning. I interventionsgruppen uppger 35.2 % (133 st.) en minskning i antal glas man dricker

en typisk dag, 22.3 % (84 st.) uppger en ökning och 42.4 % (160 st.) uppger ingen förändring. Minskningen är signifikant, $Z = -3.05$, $p = .002$.

Motsvarande siffror för kontrollgruppen är 38.6 % (140 st.) som minskar sin typiska konsumtion, 22.3 % (81 st.) uppger en ökning och 39.1 % (142 st.) uppger samma intensitet. Även i kontrollgruppen är minskningen signifikant, $Z = -4.19$, $p = .000$.

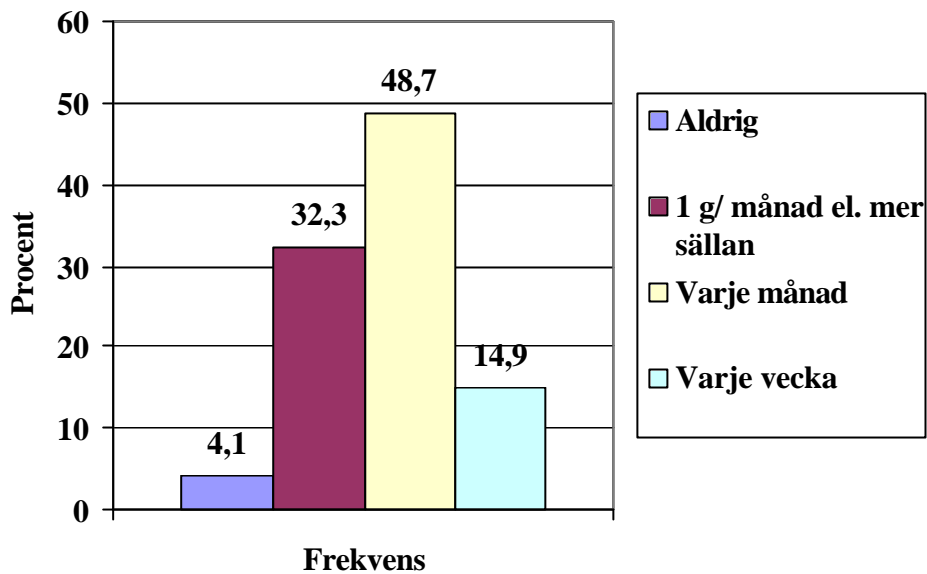
Liksom för gymnasieeleverna har kategorierna räknats om till antal glas. Skillnaderna mellan grupperna blir inte signifikant då parametrisk statistik används, $F_{(1, 738)} = .691$, $p = .406$, vilket illustreras i figur 14.



Figur 14. Skillnad i antal glas per typisk dryckesdag mellan interventionsgrupp och kontrollgrupp, mätt vid förmätning och uppföljning.

”Berusningsdrickande” (AUDIT-fråga 3)

Även för de värnpliktiga räknas berusningsdrickande som hur ofta man dricker motsvarande 6 glas eller mer och svarskategorierna är de samma som tidigare: Aldrig, 1 gång / månad eller mer sällan, Varje månad, Varje vecka, 4 gånger / vecka eller oftare. Endast 4.1 % av dem som dricker alkohol uppger att de aldrig dricker sådana mängder och liksom bland gymnasieeleverna uppger ca var tredje alkoholkonsument att de gör det 1 gång per månad eller mer sällan. Figur 15 visar fördelningen av alla svarsalternativ på frågan.



Figur 15. *Fördelning av svar på frågan "Hur ofta dricker Du sex glas eller mer vid ett och samma tillfälle?", N = 756.*

I interventionsgruppen uppger 22.6 % (85 st.) en minskning i frekvensen av "dryckestillfällen med 6 standardglas eller mer". 13.8 % (52 st.) uppger en ökning och 63.6 % (239 st.) uppger ingen förändring. I kontrollgruppen uppger 18.5 % (67 st.) en minskning, 17.2 % (62 st.) en ökning och 64.3 % (232 st.) oförändrad frekvens av dryckestillfällen med 6 standardglas eller mer. Interventionsgruppen förändrar sig alltså mer än vad kontrollgruppen gör men skillnaden blir bara nästan signifikant, $Z = -1.71$, $p = .087$ (Mann Whitney).

Konsumtionsmått - indelning i undergrupper

Liksom för gymnasieeleverna har alla deltagare delats in i undergrupper. Dels en gruppering utifrån konsumtionsmönster, svaren på frågan "Hur många glas dricker Du på en typisk dryckesdag?" från förmätningen, dels en gruppering i de som har uppgett alkoholproblem i familjen respektive tobaksanvändare. Eftersom värnpliktsstudien enbart innehåller män är ingen uppdelning på kön gjord.

”Hur ofta alkohol” (AUDIT-fråga 1)

Skillnaderna mellan interventions- och kontrollgrupperna består i flera fall då materialet delas upp i undergrupper. Det är bara i *konsumtionsgrupp 1* och *bland icke-tobaksanvändare* (dock en stark tendens i den gruppen) som signifikanta skillnader uteblir, och riktningen på förändringarna är likadana i alla undergrupper, med s.k. ”programeffekt”, se tabell 7.

Tabell 7. *Audit 1, ”Hur ofta dricker du alkohol?” Ursprungliga värden omräknade till Antal gånger per vecka.*

		Förmätn	Uppfölj	St.avv.	F	Sign	N	Effektstorlek
Grupp 1	Intervent	0.780	0.672	0.654	0.098	.754	95	-
	Kontroll	1.08	0.932	0.929				
Grupp 2	Interv	0.898	0.855	0.582	7.55	.006	386	.29
	Kontroll	0.867	0.992	0.576				
Grupp 3	Intervent	1.21	1.02	0.702	4.15	.043	270	.26
	Kontroll	1.15	1.15	0.776				
Ej alkohoprobl. i släkten	Intervent	0.897	0.824	0.674	4.74	.030	554	.19
	Kontroll	0.964	1.02	0.718				
Alkoholproblem i släkten	Interv	0.996	0.835	0.636	5.06	.027	111	.39
	Kontroll	0.932	1.02	0.651				
Ej tobaksanv	Intervent	0.773	0.709	0.584	3.15	.077	472	-
	Kontroll	0.880	0.911	0.652				
Tobaksanv	Intervent	1.16	1.02	0.746	6.31	.013	315	.27
	Kontroll	1.08	1.15	0.789				

”Antal glas typisk dag” (AUDIT-fråga 2)

För variabeln som avser fånga intensitet i alkoholkonsumtionen framgår inga signifikanta skillnader men tendenser i *konsumtionsgrupp 1* och bland *tobaksanvändare*, dock går de i olika riktning.

Tabell 8. *Audit 2, Antal glas vid ett typiskt dryckestillfälle*

		Förmätn	Uppfölj	St.avv.	F	Sign	N	ES
Grupp 1	Interv	2,91	3,95	1,46	2,71	,104	89	-
	Kontroll	3,21	5,02	1,73				
Grupp 2	Interv	7,15	7,19	1,95	0,249	,618	383	-
	Kontroll	6,96	6,87	1,81				
Grupp 3	Interv	12,5	10,6	2,73	0,258	,612	268	-
	Kontroll	12,6	10,4	2,62				
Ej alkohoprobl i släkten	Interv	8,33	7,69	3,65	0,032	,858	514	-
	Kontroll	8,53	7,84	3,31				
Alkoholproblem i släkten	Interv	8,88	8,40	3,87	0,465	,497	107	-
	Kontroll	9,58	8,73	3,62				
Ej tobaksanv	Interv	7,74	7,03	3,48	0,078	,780	424	-
	Kontroll	8,10	7,47	3,23				
Tobaksanv	Interv	9,32	9,07	3,66	2,18	,141	313	-
	Kontroll	9,59	8,80	3,55				

”Berusningsdrickande” (AUDIT-fråga 3)

Endast i gruppen *ej alkoholproblem i släkten* blir skillnaderna mellan interventions- och kontrolleleverna signifikanta, med en programeffekt motsvarande 11.4 % fler i interventionsgruppen som minskar frekvensen av berusningsdrickande. I gruppen *tobaksanvändare* och *konsumtionskategorierna 1 och 3* är det tendenser till programeffekt.

Tabell 9. *Audit 3, Förändring i frekvens av berusningsdrickande (Mann – Whitney).*

		Minskning (%)	Oförändrad (%)	Ökning (%)	Z	Sign	N	ES
Grupp 1	Intervent	16.3	78.2	5.5	-1.59	.111	89	-
	Kontroll	17.6	55.9	26.4				
Grupp 2	Interv	20.4	61.8	17.8	-0.551	.582	382	-
	Kontroll	15.7	68.1	16.2				
Grupp 3	Intervent	28.4	60.0	11.5	-1.37	.171	266	-
	Kontroll	22.8	61.0	16.2				
Ej alkoholprobl. i släkten	Interv	24.0	63.8	12.2	-2.37	.018	511	.10
	Kontroll	16.7	66.3	17.1				
Alkoholproblem i släkten	Interv	20.4	63.0	16.7	-0.300	.764	107	-
	Kontroll	20.8	58.5	20.8				
Ej tobaksanvändare	Interv	20.1	65.3	14.7	-0.921	.357	423	-
	Kontroll	19.6	60.8	19.6				
Tobaksanvändare	Interv	26.4	61.3	12.3	-1.75	.08	311	-
	Kontroll	17.3	68.6	14.1				

Förändring i status – Alkoholkonsument eller inte

Den enda märkbara skillnaden mellan grupperna är att några fler deltagare i interventionsgruppen börjat dricka alkohol jämfört med kontrollgruppen men den skillnaden är inte signifikant, $\chi^2 = .327$, $p = .195$, vilket visas i tabell 10 nedan.

Vid förmätningen bestod hela studiegruppen av 41 personer som svarat att de inte dricker alkohol. En övervikt av dessa, 71 %, återfinns i interventionsgruppen och denna skillnad är signifikant, $\chi^2 = 6.40$, $p = .011$.

Tabell 10. Förändringar i alkoholstatus från förmätning till uppföljning för interventions- och kontrollgruppen, antal deltagare.

	Slutat dricka alkohol	Oförändrad status	Börjat dricka alkohol
Interventionsgruppen	8	396	6
Kontrollgruppen	7	373	1
Total	15	769	7

Resultat för övriga variabler

Summapoäng på AUDIT (10 frågor)

Liksom för gymnasieeleverna sänker de värnpliktiga medelvärdet på AUDIT-formuläret från förmätningen till uppföljningen men inte heller bland de värnpliktiga skiljer sig interventionsgruppen och kontrollgruppen åt. Den genomsnittliga sänkningen är 1.05 poäng ($p = .000$) och hela studiegruppen går från 9.22 poäng vid förmätningen till 8.17 poäng vid uppföljningen.

Interventionsgruppens medelvärde går från 9.25 till 8.08 (skillnad -1.17 poäng) och kontrollgruppens från 9.19 till 8.27 (skillnad -0.92 poäng). Interventionsgruppens poängssumma sjunker alltså något mer än kontrollgruppens men skillnaden mellan grupperna är inte signifikant, $F_{(1, 706)} = 1.01$, $p = .315$.

Kunskaper, attityder och intentioner

Kunskaper, attityder och intentioner till alkohol mäts med samma frågor som för gymnasieelever och summeras till liknande index. Här redovisas dock för- och eftermätningens värden, vilket gör att de inte är direkt jämförbara med gymnasiegruppens redovisade värden. Värdena för effektstorlek kan dock jämföras

En ökning av indexvärdet betyder även här högre kunskaper, mer alkoholrestriktiva attityder respektive mer alkoholrestriktiva intentioner.

Förändring efter kursen

Till att börja med så kan vi konstatera att interventionsgruppen under kursen tar till sig kunskaper om alkohol samt förändrar sina attityder och intentioner⁶. Alla tre måtten förändras signifikant men skillnaden i kunskaper är störst, se tabell 11.

⁶ Intentioner beräknas endast för alkoholkonsumenter.

Tabell 11. *Förändringar i kunskaper, attityder och intentioner för interventionsgruppen från förmätning till kursutvärdering.*

	Förmätn.	Kursutv.	Förändring	Stdavv.	t-värde	Sign	df	ES
Kunskaper	32.20	39.23	-7.04	4.19	-26.47	.000	372	1.68
Attityder	26.93	28.15	-1.23	5.30	-5.68	.000	383	0.23
Intentioner	6.28	6.59	-0.31	2.13	-2.93	.004	362	0.15

Förändring jämfört med kontrollgruppen

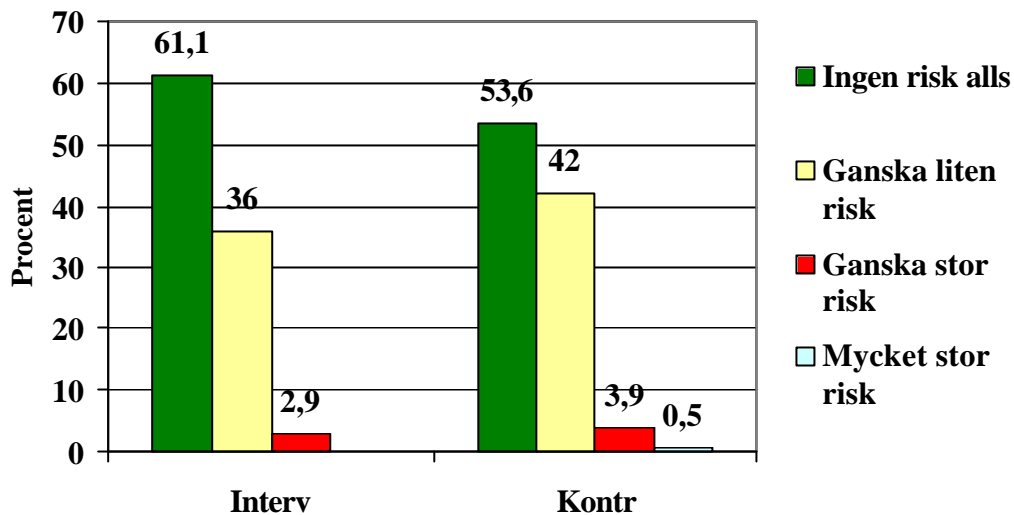
Vid uppföljningen har interventionsgruppen fortfarande ett högre kunskapsläge än vid förmätningen och det är även signifikant högre än kontrollgruppens, som inte förändrats nämnvärt från förmätningen. Däremot skiljer sig inte interventionsgruppens attityder och intentioner till alkohol från kontrollgruppens, som tabell 12 visar.

Tabell 12. *Förändringar i kunskaper, attityder och intentioner för interventions och kontrollgruppen från förmätning till uppföljning.*

		Förmätn	Uppfölj	Stdavv.	F	Sign	N	ES
Kunskaper	Interv	32.22	35.14	3.56	70.29	.000	752	.70
	Kontroll	32.66	32.86	4.22				
Attityder	Interv	26.89	27.45	5.35	0.179	.672	780	-
	Kontroll	27.81	28.49	4.82				
Intentioner	Interv	6.34	6.39	2.13	0.163	.687	746	-
	Kontroll	6.46	6.57	1.96				

Uppfattning av risk

Vid förmätningen är riskuppfattningen högre i kontrollgruppen än i interventionsgruppen, $Z = -2,23$, $p = .026$, se figur 16. Från förmätning till uppföljning ökar riskuppfattningen i interventionsgruppen medan den sjunker i kontrollgruppen. Denna skillnad i förändring är signifikant, $Z = -3.73$, $p = .000$. Effektstorleken på denna skillnad är $r = .13$, eller annorlunda uttryckt så är andelen som ökar sin riskuppfattning 14.0 % större i interventionsgruppen. Tabell 13 visar de procentuella förändringarna inom respektive grupp.



Figur 16. Fördelning av svar på frågan "Hur stor risk bedömer du dig ha att utveckla alkoholproblem" vid förmätningen.

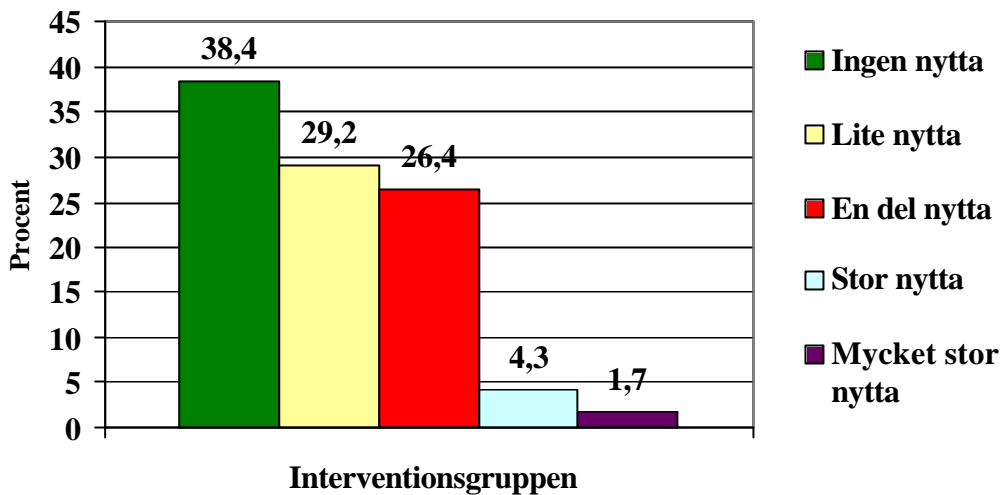
Tabell 13. Förändring av riskuppfattning från förmätning till uppföljning.

Förändring i riskuppfattning, % (N = 791)				
	Minskning	Oförändrad	Ökning	Total
Intervention	10,5 %	70,1 %	19,4 %	100 %
Kontroll	14,9 %	75,7 %	9,8 %	100 %

Interventionsgruppens svar på frågor om utbildningen

Alla deltagare i värnpliktsstudien fick likartade frågor om de har deltagit i utbildning om alkohol, och här redovisas bara svaren från de elever som gått Prime For Life. Ca 35 % av interventionsgruppens deltagare uppger att de gått Prime For Life, vissa kallar den "STAD-utbildningen", "er utbildning" eller annat. Endast enstaka av de svarande nämner en annan alkoholutbildning ("Care", "Noll-Noll",) men ett tiotal nämner "Alkohol och trafik".

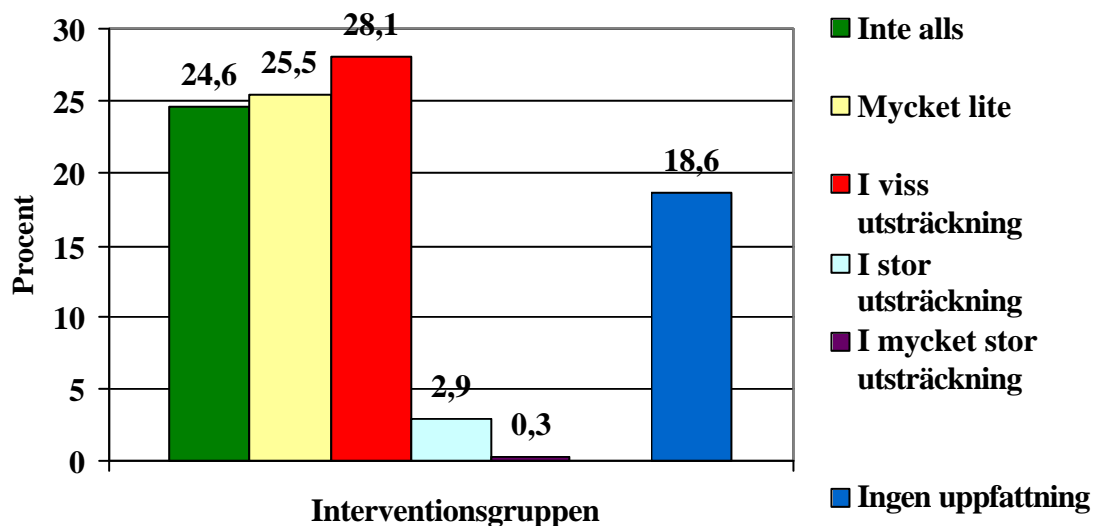
På frågan *Vilken nytta tycker Du att Du har haft av utbildningen?* uppgav 38,4 % av de som svarade att de inte hade haft någon nytta medan 61,6 % menade att de i varierande grad haft nytta av kursen. Spridningen av svaren visas i figur 17 nedan.



Figur 17. Svansfrekvens för frågan Vilken nytta tycker du att du har haft av utbildningen? Procentuell fördelning över svarskategorierna, N = 349 st.

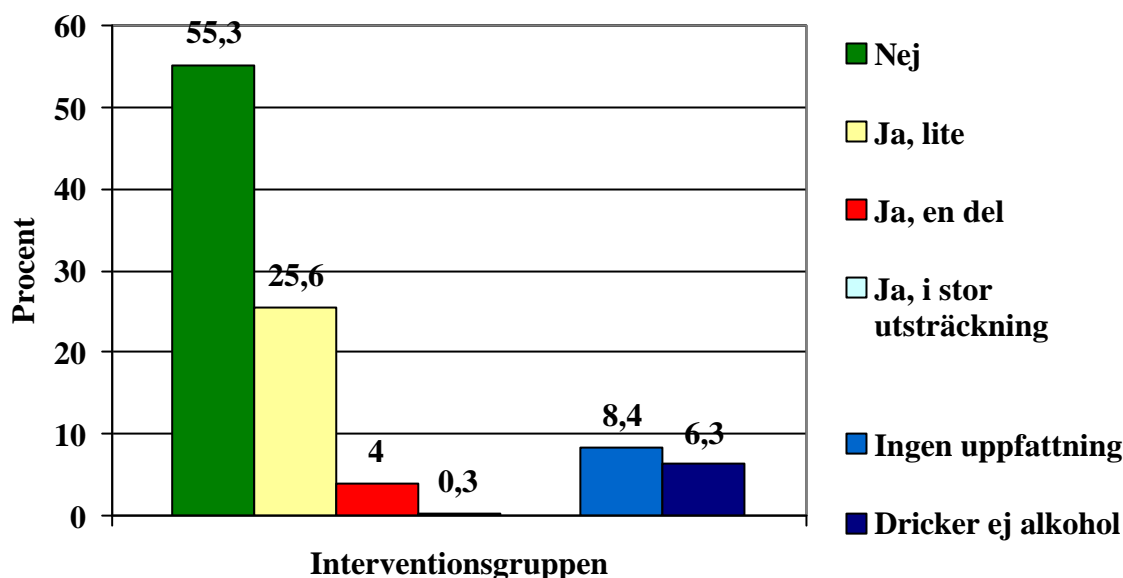
På frågan Finns det saker i utbildningen Du är kritisk till eller tycker illa om? svarade 72.3 % Nej medan 11.3 % svarade Ja, några få saker, 9.2 % Ja, en del saker och 3.2 % Ja, många saker, samt endast 4.0 % Ja, väldigt många saker.

En fråga som hörde till kursen var I vilken utsträckning har utbildningen gett dig verktyg för att hantera situationer där alkohol förekommer (oavsett om Du själv dricker)?, där svarsalternativen varierade från Inte alls till I mycket stor utsträckning. Alternativet Ingen uppfattning fanns också med. Av dem som svarade uppgav 56.8 % att utbildningen, i varierande grad, har gett dem verktyg för att hantera situationer där alkohol förekommer. Figur 18 visar fördelningen av svar.



Figur 18. Svansfrekvens för frågan I vilken utsträckning har utbildningen gett dig verktyg för att hantera situationer där alkohol förekommer (oavsett om Du själv dricker)?. Procentuell fördelning över svarskategorierna, N = 345 st.

En annan fråga inom samma område var *Har du tillämpat kunskaper du fick genom utbildningen i situationer då Du druckit alkohol de senaste 3 månaderna?* Där svarar 55.3 % att de inte har gjort det medan 29.9 % uppger att man, i varierande grad, har gjort det. Svartsbilden kompliceras även här av att vissa inte dricker alkohol och att alternativet *Ingen uppfattning* fanns med. Figur 19 visar fördelningen av svar på frågan.



Figur 19. Svartsfrekvens för frågan *Har du tillämpat kunskaper du fick genom utbildningen i situationer då Du druckit alkohol de senaste 3 månaderna?*. Procentuell fördelning över svarskategorierna, $N = 347$ st.

Utbildningen Prime For Life lär ut hur mycket alkohol man utifrån sin personliga situation kan dricka utan att utsätta sig för ökad risk för skador. En fråga i den uppföljande enkäten var *Har Du i utbildningen lärt dig hur mycket alkohol just Du kan dricka under en kväll utan att utsätta dig för ökad risk för skador?* Där svarade 51.3 % *Nej*, 28.1 % *Ja* och 20.6 % svarade *Ingen uppfattning*. De 98 elever som svarade jakande på den frågan fick även svara på följdfrågan *Hur mycket alkohol var det?* utan fasta svarsalternativ. Bland de 91 elever som valde att svara på den mängdfrågan gav 80.2 % ett svar mellan 0 och 3 standardglas. De resterande 19.8 % (18 stycken) svarade mellan 4 glas och 10 glas.

Även bland de värnpliktiga fick alla deltagare i Prime For Life behålla sin studiebok. och på frågan *Hur många gånger har Du använt material från utbildningen (t.ex. studiebok eller anteckningar) efter kursen?* svarar 90.5 % *Ingen gång*, medan 9.5 % i varierande grad har använt material från kursen (totalt antal svarande var 346).

Slutligen kan vi konstatera att 56.2 % av de deltagande eleverna har diskuterat utbildningen med andra än sina kurskamrater, medan 43.8 % uppger att de inte har gjort detta (totalt antal svarande var 349).

Diskussion

Prime For Life-programmet förefaller inte förändra elevers och värnpliktigas alkoholvanor efter fem månader. Denna övergripande konklusion hindrar inte att men i vissa undergrupper finner resultat som talar för en programeffekt, mest tydligt bland mäns typiska konsumtion i gymnasiegruppen. Den mängd som skiljer grupperna åt, knappt ett standardglas, är dock en ganska liten skillnad med tanke på att medelkonsumtionen var mer än sju glas per tillfälle. Bland de värnpliktiga är trenden delvis annorlunda då interventionsgruppen konsistent dricker mer sällan men någon effekt på intensitet inte framträder. De som inte har alkoholproblem i familjen verkar dricka sig berusade mer sällan bland de värnpliktiga men tyvärr inte bland gymnasieeleverna.

Det är endast de signifikanta skillnaderna som vi kan betrakta som programeffekt men tendensen i gymnasimaterialet är tydlig, interventionseleverna dricker något oftare men med lägre intensitet. I och med att skillnaderna är små ska man vara försiktig med tolkningen men betoningen på intensitet framför frekvens ligger i linje med vad som lärs ut i Prime For Life. Dock backas den trenden inte upp av någon förändring i berusningsdrickande.

Denna uteblivna effekt beror inte på att budskapet i kursen inte skulle ha gått fram. Som förväntat ses ökade kunskaper i interventionsgrupperna jämfört med kontrollgrupperna. Därtill ses en förhöjd riskuppfattning i interventionsgrupperna. Effektstorleken för riskuppfattning, liksom för attitydförändring, är visserligen liten om den jämförs med de övriga effektmåtten men skillnader i beräkningsätt gör att effektstorleken vid ickeparametriska mått gärna blir låg. Utan att ha jämförelsedata är vår bedömning ändå att riskmedvetenheten påverkades ganska avsevärt genom programmet.

Effektstorlek är över huvud taget ett omdebatterat begrepp, här redovisas bara effektstorlek för de signifikanta skillnaderna och de blir generellt sett låga. I behandlingsforskning betraktas effektstorlekar under 0.2 som små och över 0.6 som stora, däremellan skulle en ”mediumeffekt” ligga (Cohen, 1988). I förebyggande arbete kan dock även små effekter ge stort genomslag när det genomförs på gruppnivå. I vårt exempel så är en minskning med 0.55 standardglas inte så mycket men om hundratals elever som vanligtvis dricker alkohol några gånger per månad sänker sin genomsnittliga konsumtion med ett halvt glas så blir det sammantaget ganska stora mängder.

Det man uppnår med en förebyggande insats skall förstås även bedömas i proportion till hur omfattande insatsen varit, vad den kostat i tid och pengar och eventuella risker för dem inblandade. Gymnasieutbildningen genomfördes under två dagar vilket på många håll var ett resultat av förhandlingar och anpassningar. Även tiden för de värnpliktiga bedömdes som värdefull och det är viktigt att notera att det krävdes ett stort arbete för att ta sig fram till målgrupperna i de berörda organisationerna. Detta beror dock i vårt fall inte på en ovilja eller ett motstånd mot den här typen av utbildning utan på en skarp konkurrens där många särintressen vill använda en begränsad tid.

Med tanke på Prime For Life-programmets betoning på den ärftliga delen av risk för alkoholproblem hade det varit tillfredsställande, utifrån målsättningen med det

förebyggande arbetet, om de med alkoholproblem i familjen visat större tendenser till beteendeförändring. Att så inte är fallet kan bero på många olika orsaker, varav den som verkar mest naturlig helt enkelt är att de unga inte har påverkats av programmet. Andra tänkbara orsaker kan vara mätproblem av typ att vi inte lyckats fånga de med alkoholproblem i familjen med våra frågor, att de varit ovilliga att uppge de rätta sakförhållandena eller att de inte känt till dessa. Mer avancerade förklaringar kan vara att detaljerade studier av dryckesmönstret krävs för att upptäcka små men konsistenta beteendeförändringar mellan undergrupper.

Bland de av gymnasiedeltagarna som dricker mest uppstår en betydande skillnad som dock inte når signifikans, knappt 1.5 glas i "mängd en typisk dryckesdag". Hade den gruppen varit något större så skulle vi kunnat redovisa en programeffekt. Det är otillfredsställande att behöva bortse från detta men det är i sammanhanget värt att påpeka att vi inom statistiken av ren slump får signifikanta skillnader var 20:e gång vi gör en hypotesprövning med .05 som signifikansnivå.

Det relativt stora bortfallet i gymnasiet under kursens gång är något som är viktigt att ta i beaktande då man planerar interventioner i skolmiljö. Att i vissa klasser halva målgruppen försvinner under pågående kurs är givetvis problematiskt oavsett vilken verksamhet som bedrivs och måste tas i beaktande då man diskuterar samhällsnyttan av ett förebyggande program. I värnpliktsgrupperna var närvaron inget problem, men där drabbades studien i stället av risken för selektion, då endast 10 av 17 tillfrågade regementen deltog. Att tre av de deltagande regementena dessutom hade både interventions- och kontrolldeltagare innebär en risk för sk. "kontamination", dvs. att kontrolldeltagare utsätts för interventionen genom sina deltagande kamrater.

Gymnasiedeltagarna verkar generellt sett mer nöjda med kursen, vilket kan bero på att instruktörerna där var färre, bara två stycken, och väl tränade för sin uppgift. I värnpliktsgruppen varierade kvaliteten på instruktörer och det framgick tydligt i kursutvärderingarna att dugliga och vana instruktörer är nödvändigt för att kursen ska uppskattas av deltagarna. Deltagarnas begränsade tillämpningar av kursen är svår att tolka då vi inte har något att jämföra med, men det är en fråga vi kommer att återkomma till vid den längre uppföljningen.

Att kursen gavs under en dag för de värnpliktiga men under två dagar för gymnasieeleverna är något som kan bidra till att förklara varför tydligare tendenser till programeffekt ses i gymnasiet men det är samtidigt viktigt att inte övertolka tendenser.

Att det är möjligt att öka elevers kunskaper med pedagogiska insatser har visats tidigare liksom att riskuppfattningen kan påverkas. Värde av att höja riskmedvetenheten hos unga är inte självklart. Förhoppningsvis lägger en ökad riskuppfattning grunden för en senare beteendeförändring, men kunskapsläget på denna punkt ger inte något entydigt stöd för denna förhoppning. Den planerade 20-månadersuppföljningen av deltagarna i denna studie kommer möjligen bidra till att besvara frågan om långtidseffekter, och om de individer som har högst riskmedvetande också är de som förändrar sitt drickande mest.

Referenser

Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences* (2nd Edn.). Hillsdale: New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.

Daugherty, R.P. & Leukefeld, C. (1998). *Reducing the Risks for Substance Abuse, A lifespan Approach*. New York: Plenum Press.

Harrington, N.G., Brigham, N.L. & Clayton, R.R. (1999). Alcohol risk reduction for fraternity and sorority members. *Journal of Studies on Alcohol*, 60, 521 – 527.

Sammon, P., Smith, T., Cooper, T. & Furnish, G. (1991). Teaching an alcohol prevention course in the dental school chemical dependency curriculum – a preliminary report. *Journal of Dental Education*, 55 (1).

Sjölund, T. & Andréasson, S. (2002). *Förändringar i alkoholrelaterade frågor bland elever som deltagit i utbildningen Prime For Life. STAD-rapport 23*. Stockholm: STAD-projektet.

Förteckning över tidigare utgivna rapporter från STAD-projektet

Rapport 1

Rehnman Charlotta, Lindewald Birgitta, Andréasson Sven. En stor stark tack! En studie av legitimationskontroll på restauranger under våren och hösten 1996. STAD-projektet 1996.

Rapport 2

Rehnman Charlotta, Lindewald Birgitta, Andréasson Sven. Servering av alkohol till berusade på Stockholms restauranger. En studie av överservering på restauranger i Stockholm december 1996 - februari 1997. STAD-projektet 1997.

Rapport 3

Wallin Eva, Rehnman Charlotta, Larsson Jörgen. Vad tycker ungdomar om Vägska? En fokusgruppsintervjustudie med högstadiel elever om ett alkohol- och drogmaterial för skolan. STAD-projektet 1997.

Rapport 4

Lönnqvist Unda, Rehnman Charlotta, Larsson Jörgen, Wallin Eva, Andréasson Sven. Några folköl är väl inte så farligt.... En studie av legitimationskontroll vid inköpsförsök i livsmedelsaffärer i Stockholm under januari 1998. STAD-projektet 1998.

Rapport 5

Wallin Eva, Rehnman Charlotta. Vykort till tonårsföräldrar. Metod för alkoholförebyggande arbete? STAD-projektet 1998.

Rapport 6

Wallin Eva, Rehnman Charlotta. Konflikter i tonårsfamiljer. En målgruppsanalys med tonårsföräldrar och tonåringar. STAD-projektet 1998.

Rapport 7

Rehnman Charlotta, Wallin Eva, Andréasson Sven. En stor stark II. En studie av legitimationskontroll på restauranger i Stockholm höst/vinter 1998-99. STAD-projektet 1999.

Rapport 8

Wallin Eva, Hjalmarsson Kerstin, Brenemark Thomas, Danielsson Johan. Attityder och uppfattningar om narkotikasituationen på restauranger i Stockholms city. En intervjustudie med dörrvakter, restaurangpersonal och polis. STAD-projektet 1999.

Rapport 9

Wallin Eva, Hjalmarsson Kerstin, Lindewald Birgitta. Serveringsrutiner och policyfrågor. En fokusgruppsintervjustudie med restaurangpersonal. STAD-projektet 1999.

Rapport 10

Hägglund Elisabet. Idéer om lokala förebyggande insatser mot ungdomsmisshandlingar i Kista. En intervjuundersökning bland personer verksamma i området. STAD-projektet 2000.

Rapport 11

Rehnman Charlotta, Larsson Jörgen. Folkölskampanjen i Vasastan. En intervention riktad till livsmedelshandlare och föräldrar med syfte att begränsa tillgängligheten till folköl för ungdomar. STAD-projektet 2000.

Rapport 12

Rehnman Charlotta, Jörgen Larsson. Unga vuxna – dricker mest, langar mest. En fokusgruppsintervjustudie med unga vuxna i åldern 18-25 år. STAD-projektet 2000.

Rapport 13

Wallin Eva. Fem års samverkan – möjligheter och hinder. En intervjustudie med nyckelpersoner från myndigheter och restaurangbransch i Stockholm. STAD-projektet 2001.

Rapport 14

Gripenberg Johanna, Wallin Eva. För full för en öl. En uppföljande studie av servering till berusade gäster på Stockholms restauranger. STAD-projektet 2001.

Rapport 15

Wallin Eva. Befolkningens attityder till alkoholservering på restauranger. STAD-projektet 2001.

Rapport 16

Wallin Eva. En stor stark III. En studie av ungdomars möjligheter att bli serverade starköl på restauranger i Stockholm våren 2001. STAD-projektet 2001.

Rapport 17

Ahnquist Johanna. Hur lätt är det för ungdomar i Åkersberga att få tag i alkohol? STAD-projektet 2001.

Rapport 18

Graffman Katarina, Andréasson Sven. Alkoholprevention i primärvården: En studie om patienters alkoholvanor och inställning till frågor om levnadsvanor i en Stockholmsförort. STAD-projektet 2002.

Rapport 19

Graffman Katarina, Andréasson Sven. Alkoholprevention i primärvården: En studie om patienters alkoholvanor och inställning till frågor om levnadsvanor i Jämtland. STAD-projektet 2002.

Rapport 20

Gripenberg Johanna. Droger på krogen. En kartläggning av narkotikasituationen på Stockholms krogar. STAD-projektet 2002.

Rapport 21

Wallin Eva, Gripenberg Johanna. Dags att gå hem? En uppföljande studie av servering till berusade kroggäster i Stockholm, 2001. STAD-projektet 2002.

Rapport 22

Gripenberg Johanna. Partydroger på Stockholms krogar. En djupintervjustudie med polis, krögare och ordningsvakter. STAD-projektet 2002.

Rapport 23

Sjölund Torbjörn. Förändringar i alkoholrelaterade frågor bland elever som deltagit i kursen *Prime for Life*. STAD-projektet, 2002.

Rapport 24

Wallin Eva. Åldersgränskampanj i Stockholms kommun april 2003. En studie av effekter på alkoholservice på krogen till ungdomar i Skärholmens polisdistrikt. STAD-projektet, 2003.