

Kirsebergsprojektet — ett folkhälsoprojekt i en stadsdel i Malmö

Bertil S Hanson

Stig Larsson

Kirsebergsprojektet är ett folkhälsoprojekt i en stadsdel i Malmö. Projektet bygger dels på den svenska folkrörelsetraditionen och dels på den anglosaxiska traditionen "Community organization". Ett av delprojekten är inriktat på alkohol och det övergripande målet är att reducera den genomsnittliga alkoholkonsumtionen i befolkningen med 25 % fram till år 2000 för att förebygga uppkomsten av olika alkoholskador och alkoholberoende. Artikeln redovisar bakgrund, uppläggning och erfarenheter från de första 1,5 årens arbete.

Bertil S Hanson är med. dr. och överläkare vid Socialmedicinska avdelningen i Malmö. Stig Larsson är fil. dr. i sociologi och högskolelektor i socialt arbete vid Institutet för socialt arbete i Göteborg och projektanställd vid Socialmedicinska avdelningen i Malmö.

I december 1987 beslutade det Samhälls- och miljömedicinska rådet i Malmö om genomförandet av ett alkohol- och tobaksförebyggande arbete samt hälsokontroller i primärvården med syftet att upptäcka och ta hand om personer med förhöjda blodfetter (kolesterol). Det tobaksförebyggande arbetet har som mål att skapa "en rökfri sjukvård", "en rökfri generation" och "ett rökfritt samhälle". Kolesterolprojektet syftar till att utveckla metoder för hur man kan upptäcka hyperkolesterolemi på en vårdcentral. Som grund för det alkoholförebyggande arbetet finns ett alkoholpolitiskt program med det övergripande målet att reduce-

ra den genomsnittliga alkoholkonsumtionen i befolkningen med 25 % fram till år 2000, för att därmed förebygga uppkomsten av olika alkoholrelaterade problem och alkoholberoende (1). En del av det förebyggande arbetet föreslogs inledas i stadsdelen Kirseberg i Malmö. Ett särskilt folkhälsoprojekt har därför initierats här.

Projektets teoretiska utgångspunkt

Kirsebergsprojektet är ett befolkningsinriktat förebyggande projekt som dels grundar sig på den svenska folkrörelsetraditionen och dels på den anglosaxiska traditionen "community organization" inom socialt arbete och samhällsmedicin. Detta arbetssätt har bl.a. använts i olika befolkningsinriktade och förebyggande projekt när det gäller hjärtkärlsjukomar (2–8).

Begreppet "community organization" kan definieras som:

"... a planned process to help a community use its own social structures and any available resources (internal or external) to accomplish community goals, decided primarily by community representatives and consistent with local values. Purposive social change interventions are organized by individuals, groups or organizations from within the community to attain and then sustain community improvements and/or new opportunities" (2).

Arbetssättet innebär ett strukturerat och stegvis arbete, som kan beskrivas i fem olika faser. De första faserna är analys-, initierings- och implementeringsfaserna. Den fjärde fasen har som syfte att få de olika förebyggande programmen att fortleva, som integrerade delar i olika förvaltningars och föreningars ordinarie verksamheter, även efter projektets slut (vid-

Analysfasen ska lägga grunden för det förebyggande arbetet. Syftet är att ge en bild av ett lokalsamhälles historia, kultur, geografi, demografi, sjukdoms- och hälsoriskpanorama, men också dess resurser.

makthållandet). Den sista fasen är utvärderingen och spridningen av resultat och erfarenheter.

Den här modellen har visat sig mycket användbar i olika förebyggande program, men får inte betraktas alltför mekaniskt. De olika faserna är inte klart avgränsbara, utan flyter in i varandra.

Analysfasen

Analysfasen ska lägga grunden för det förebyggande arbetet. Syftet är att ge en bild av ett lokalsamhälles historia, kultur, geografi, demografi, sjukdoms- och hälsoriskpanorama, men också dess resurser. Det är viktigt att lägga tid på analysfasen för att därigenom underlätta det förebyggande arbetets planering och genomförande. Under hösten 1988 och under våren 1989 har olika källor och metoder använts för att få en samlad bild av Kirsebergsområdet.

Kirsebergsområdet ligger i nordöstra delen av Malmö och anses av många som en bra stadsdel att bo i. Här bor cirka 10000 invånare. Demografiskt skiljer sig området inte mycket från Malmös genomsnitt. Området är geografiskt relativt välavgränsat och består av flera delområden, varav de som har störst befolkning är Segevång och Kirsebergsstaden med vardera knappt 4000 invånare. Kirsebergsstaden började byggas kring två stora backar för cirka 150 år sedan. Området har en speciell historia, som illustreras av det här citatet:

”På 1800-talet hade Backarna dåligt rykte. Malmöborna vågade sig inte dit. Gatubelysningen var dålig och polisen kom sällan. Här bodde pack, tjuvafolk, tjuvgömmare, bråkmakarna och farligt folk. Prostitution förekom. I Tattardalen bodde tattare och zigenare. På Kirseberg brändes häxorna på 1500-talet. Här låg soldat- och tjuvarkyrkogården samt galgbacken. Här ligger fortfarande fängelset och mentalsjukhuset.

Trots fattigdom och dåligt rykte fanns här också glädje och gemenskap. Livet var friare på backarna” (9).

Kirsebergsstaden domineras exteriört av låghusbebyggelsen från mitten av 1800-talet. Merparten av befolkningen bor dock i flerfamiljshus. Segevång är ett ganska typiskt 60-talsområde. Det består nästan uteslutande av flerfamiljshus med både hyres- och bostadsrätter.

I Kirsebergsområdet finns en överdödlighet speciellt hos män, som delvis kan hänföras till våldsam död och till dödsfall på grund av levercirrhos, alkoholism, alkoholpsykos och alkoholförgiftning (10). Vid analyser av vårdtillfällen vid alkoholkliniken i Malmö, visade det sig att Kirsebergsområdet hade det högsta slutenvårdsutnyttjandet i Malmö, nästan dubbelt så högt som Malmös genomsnitt (11). Resultat från en postenkätundersökning 1986 visade att Kirsebergsområdet också hade en högre andel storkonsumenter av alkohol (11).

Samhällsanalysen syftar också till att ge en bild av ett områdes resurser. Kirsebergsområdet har ett brett utbud av offentlig service. Här finns vårdcentral, apotek, skolor, fritidsgård, daghem, bibliotek, servicecentrum för pensionärer, kyrka, men också affärer och många arbetsplatser.

I området finns ett 60-tal föreningar och organisationer, alltifrån idrottsföreningar, lokala politiska partier, hyresgästföreningar, bostadsrättsföreningar, friluftsföreningar och motionsföreningar och pensionärsföreningar till kulturföreningen ”Vi på Backarna” och den lokala stadsdelsteatern Teater 23.

Genom intervjuerna med representanterna från de olika förvaltningarna och föreningarna kartlades inte bara vilka resurser som finns inom området, utan också vilka hinder och möjligheter som kan finnas för genomförandet av ett långsiktigt förebyggande arbete. Syftet var bl.a. att få en god bild av lokalsamhällets olika nätverk och identifiera lokala opinionsbildare.

Intervjuerna med representanterna för områdets förvaltningar och föreningar syftade också till att få deras syn på vilka som var områdets största hälsorisker. Fyra problemområden kunde definieras: ensamhet (speciellt hos äldre), barns skolmiljö och skolvägar, trafiksituationen med buller, luftföroreningar och olycksfallsrisker och slutligen alkoholproblemet.

Sammanfattningsvis kan man konstatera att Kirsebergsområdet demografiskt inte skiljer sig så mycket från Malmö, men att området har en överdödlighet delvis beroende på olika alkoholrelaterade sjukdomstillstånd. Trafiksituationen är besvärlig, många äldre är ensamma och barnen har en dålig skolmiljö. Området är rikt på olika resurser (det mesta av offentlig service, ett rikt föreningsliv, en blomstrande stadsdelskultur) och intervjuerna visade att intresset var stort för ett långsiktigt folkhälsoarbete. Möjligheterna att genomföra ett sådant projekt bedömdes också som goda.

Initieringsfasen

Under initieringsfasen är det enligt erfarenheterna från olika community organisationprojekt viktigt att få representanter från lokalsamhället att engagera sig och ta ansvar för projektet genom att tidigt involvera enskilda och olika representanter från föreningar och förvaltningar i verksamheterna. Projektledningens uppgift är att vara inspirerande, stödjande och fånga upp och samordna lokala initiativ och verksamheter. Det gäller att kombinera en "uppiifrån och ned" och "nedifrån och upp" strategi.

Inom projektet har därför en referensgrupp skapats med cirka 25 medlemmar. Hälften av medlemmarna har utsetts av områdets olika förvaltningar och hälften av områdets föreningar. Föreningsrepresentanterna valdes på ett möte dit Kirsebergsområdets 60 föreningar inbjöds. Referensgruppen har en mycket bred sammansättning. Här finns representanter från biblioteket, fritidsgården, kyrkan, skolan, socialförvaltningens missbruksgrupp, socialbyrån, barnomsorgen, social hemtjänst, vårdcentralen, barnavårdscentralen, apoteket, polisen, kulturföreningen "Vi på Backarna", friluftsförbundet, SJ fritidsförening, Malmö Budokwai, brevdueföreningen Spurt, Socialdemokraterna, Moderata Samlingspartiet, PRO Kirseberg, hyresgästföreningen – Revingehedsgatan, bostadsrättsföreningarna Östergård, Viadukten och Kanten, Teater 23, RIA (Rådgivning i alkoholfrågor), Psykiatriska teamet i området samt Kirsebergs IF.

Under initieringsfasen är det också viktigt att projektledningen väver in expertkunskap i projektet genom att utveckla referensgruppens kunskaper och

.....
Det är också viktigt att tidigt knyta forskningsinsatser till verksamheterna för att dokumentera kunskapsutvecklingen och kontinuerligt stimulera projektets utveckling.
.....

färdigheter i folkhälsofrågor, dock utan att ta över initiativ och ansvar. Därför har en veckoslutsutbildning i internatsform genomförts. Utbildningen syftade till att ge en grundläggande kunskap i folkhälsofrågor med speciell inriktning på alkohol.

Det är också viktigt att tidigt knyta *forskningsinsatser* till verksamheterna för att dokumentera kunskapsutvecklingen och kontinuerligt stimulera projektets utveckling. I synnerhet gäller detta för en verksamhet, som försöker initiera nya metoder i bla det alkoholförebyggande arbetet, såsom i detta projekt.

Exempelvis kommer samhällsanalysen succesivt att fördjupas. Genom processtudier ska hinder och möjligheter för ett lokalt förebyggande arbete analyseras. Betydelsen av områdets sociala nätverk och sociala stöd kommer speciellt att studeras. Etiska och moraliska aspekter i ett lokalt förebyggande arbete kommer också att tas upp (12). Projektets effekter på befolkningens levnadsvanor och förändringar av områdets sjukdomspanorama kommer att följas kontinuerligt. Hittills har Forskningsrådsnämnden och Delegationen för social forskning finansierat forskningsinsatserna.

Olika delprojekt

I samband med intervjuerna med representanterna från förvaltningarna och föreningarna kunde olika problemområden definieras. Alkohol var ett av fyra problemområden. De andra var trafikmiljön med bullerproblem och luftföroreningar, barns miljö, speciellt skolmiljön och skolvägarna och slutligen ensamhetsproblem speciellt hos äldre. Kirsebergsprojektets referensgrupp har utsett arbetsgrupper, som arbetar med de olika problemområdena.

Kulturföreningen "Vi på Backarna" hade redan tidigare startat ett arbete för att förbättra områdets trafikmiljö. Kirsebergsprojektet har därför endast stött detta arbete genom att ta fram mätresultat när

det gäller bullernivåer och luftföroreningar längs olika gator. Statistik har även tagits fram för att belysa problemet med barnolyckor och trafikolyckor.

Ett äldrehälsovårdsprojekt kommer att genomföras av vårdcentralen. Syftet är att erbjuda alla äldre över 75 år hembesök av distriktssköterskor. Delprojektets arbetsgrupp försöker skapa en "väntjänst" inom området i samverkan med olika föreningar och förvaltningar för att bryta ensamhet och isolering.

Arbetsgruppen med ansvar för barns miljö genomför en inventering av arbetsmiljön för elever och lärare, som utgångspunkt för en diskussion av vad som bör göras.

Alkoholprojektet

Det alkoholförebyggande arbetet grundar sig för det första på ett folkhälsooperspektiv. Det innebär att alkoholvanorna bara kan förstås i ett brett socialt perspektiv. Vårt sätt att leva är en del av vår kultur och påverkas av vårt umgänge med andra människor. Alkohol är en av flera riskfaktorer för folkhälsan. Detta är en viktig utgångspunkt om alkoholvanorna skall kunna påverkas och det illustreras också av det här WHO-citatet.

"Programs focused only on modifying drinking habits may give very limited results. Experience is now accumulating on the value of incorporating information and education on alcohol problems into broader programmes for health and socio-cultural development, involving community participation where possible. General health education is thus seen as a suitable framework within which to develop education programmes on alcohol problems." (13)

För det andra, när det gäller alkoholsynen, grundar sig Kirsebergsprojektet på den sk totalkonsumtionsmodellen, vilket bl.a. innebär att det antas finnas ett samband mellan totalkonsumtionen av alkohol i en befolkning och andelen storkonsumenter och därmed mängden alkoholrelaterade problem i befolkningen

I samband med intervjuerna med representanterna från förvaltningarna och föreningarna kunde olika problemområden definieras.

Under initieringsfasen har mål i dialog med områdets representanter definierats på tre alkoholförebyggade nivåer.

(14). Modellen innebär också, att en minskning av totalkonsumtionen anses leda till en minskning av antalet alkoholrelaterade problem. Det finns ingen entydig gräns mellan alkoholmissbruk och måttlighetskonsumtion. Ju mer en individ dricker, desto större är sannolikheten att han utvecklar olika typer av alkoholskador både medicinska och sociala. En stor del av alkoholskadorna uppkommer i den relativt stora delen av befolkningen som är högkonsumenter. Den mindre gruppen alkoholberoende individer står för en relativt sett mindre del av alkoholskadorna, även om den individuella risken för alkoholskador är störst hos de alkoholberoende. Alkohol skall således ses som en riskfaktor för hälsan.

Under initieringsfasen har mål på tre alkoholförebyggande nivåer i dialog med områdets representanter definierats.

Det primärpreventiva syftet är att förebygga uppkomsten av alkoholskador och alkoholberoende, genom en befolkningsstrategi med målet att minska alkoholkonsumtionen med 25 % fram till år 2000. Speciell uppmärksamhet måste dock riktas mot grupper som nu tenderar att öka sin alkoholkonsumtion (kvinnor, ungdomar och lågutbildade).

Det sekundärpreventiva målet är att förbättra tidig diagnostiken av alkoholskador och tidigt alkoholberoende inom i första hand sjukvården och socialtjänsten.

Det tertierpreventiva målet är att bättre samordna och effektivisera behandling och rehabilitering inom Kirsebergsområdet, genom att bl.a. söka nya samverkansformer mellan sjukvård, socialtjänst och frivilligorganisationer.

Implementeringsfasen

Under hösten 1989 har projektet successivt glidit in i implementeringsfasen. Ett opinions- och folkbildningsarbete har inletts baserat på principerna för social inlärning (15) och på de erfarenheter som finns från

:::::::::::
Ett opinions- och folkbildningsarbete har inletts baserat på principerna för social inlärning och på de erfarenheter som finns från olika befolkningsinriktade hjärtkärlsjukdomsförebyggande projekt.
:::::::::::

olika befolkningsinriktade hjärtkärlsjukdomsförebyggande projekt (3–8).

Informationsinsatser till alla hushåll genomförs regelbundet. En informationsbroschyr om Kirsebergsprojektet har tagits fram, liksom broschyrer med alkoholfakta och praktiska råd hur man kan minska sin konsumtion av alkohol. Ett nyhetsblad som beskriver projektets utveckling skickas ut till alla hushåll cirka fyra gånger per år. Artiklar i den lokala tidningen "Backabladet" planeras, liksom program i lokal- och närradio. Föreläsningsserier för allmänheten genomförs varje vår och höst. Likaså genomförs studiecirklar om folkhälsa. En utställning om alkohol har tagits fram, som kan visas tex på biblioteket och i väntrum. En "folkhälsodag" genomförs varje höst, då lokala aktiviteter som tipspromenader på temat hälsa och motionsaktiviteter kombineras med att olika förvaltningar har "öppet hus" och att olika föreningar visar upp sina aktiviteter. Tillsammans med skolan pågår ett arbete att successivt utveckla utbildningen kring hälsa och kring alkohol, tobak, narkotika på både låg-mellanstadiet och högstadiet. Olika drog-förebyggande aktiviteter riktade till olika ungdomsgrupper är på gång tillsammans med fritidsgården, skolan och Teater 23. I samarbete med LO:s folkhäl-sosatsning planeras inventeringar av hälsorisker på arbetsplatser i Kirsebergsområdet och studiecirklar om folkhälsa. I samverkan med föreningar planeras studiecirklar och olika gruppverksamheter för att utveckla föreningarnas sociala och drog-förebyggande funktioner. Tillsammans med kulturföreningen "Vi på Backarna" genomförs aktiviteter i anslutning till olika kulturella aktiviteter som den årliga "Backakar-nevalen".

Vårdcentralen kommer under våren 1990 att starta individuella hälsokontroller med målet att succesivt undersöka hela befolkningen mellan 20–49 år under en femårsperiod. Syftet är att erbjuda hälsokontroller

kombinerade med rådgivning utifrån en individuell hälsoprofil. Screening av hyperkolesterolemi kommer att ingå och bygger på de tidigare erfarenheterna från "kolesterolprojektet" i Malmö.

Det tobaksförebyggande arbetet är koncentrerat till barn- och ungdomsgrupperna. Barnavårdscentralen arbetar sedan sex månader med nyblivna föräldrars rökvanor. Under barnets första levnadshalvår informeras föräldrarna om tobaksrökens effekter för barnet. En speciell utställning har tagits fram till vänt-rummet tillsammans med en informationspärm. Syf-tet är att förmå föräldrarna att sluta röka genom att informera och genom att följa rökvanorna.

Från och med våren 1990 kommer Tandvårdsklini-ken på Kirsebergs skolan att informera alla elever i årskurs 7 om tobak med syftet att förebygga rökdebut. Rökvanorna kartlägges och de barn som redan röker kommer att uppmanas att sluta. Alla 18-åringar kallas också för tandkontroll. Samma tobaksprogram ge-nomföres med denna grupp. Ett år senare göres en uppföljning och förnyad kartläggning av rökvanorna.

När det gäller den sekundära preventionen av alko-holrelaterade sjukdomar, har vårdcentralen och so-cialtjänsten på Kirseberg en central betydelse. Ett lo-kalt vårdprogram har introducerats på vårdcentralen. Utbildningsinsatser kommer också att genomföras för olika personalgrupper inom socialförvaltningen.

Den tertiärpreventiva målsättningen är att bättre samordna behandling och rehabilitering av alkohol-missbrukare inom området, genom att mera effektivt utnyttja befintliga resurser. En arbetsgrupp har bil-dats med representanter från alkoholkliniken, vård-centralen, socialtjänsten och projektledningen. För-söksverksamheter med nya samverkansformer mellan sjukvård, socialtjänst och olika frivilligorganisationer pågår utifrån en lokal inventering av alla kända alko-holmissbrukare inom sjukvård och socialtjänst. Indi-

:::::::::::
Erfarenheterna från andra befolkningsinriktade projekt inom socialt arbete och samhällsmedicin visar att invånarna i ett bostadsområde ofta är rädda att få sitt område stämplat som ett "problemområde".
:::::::::::

Den största svårigheten som vi dock har stött på är de som gör gällande att alkoholen är ett problem för alkoholisterna och inga andra, möjligen med undantag av alkoholisternas anhöriga.

viduella vårdprogram för olika missbrukare tas därefter fram.

Slutsatser efter Kirsebergsprojektets första två år

Kirsebergsprojektet var initialt ett alkoholprojekt ensidigt inriktat på hög alkoholkonsumtion som en riskfaktor för hälsan i befolkningen. I intervjuerna med olika representanter från områdets förvaltningar och föreningar blev vi tidigt varse nödvändigheten av att sätta in målsättningen att minska alkoholkonsumtionen i befolkningen i ett brett folkhälsoperspektiv. Internationella erfarenheter talade också för detta (13).

Erfarenheterna från andra befolkningsinriktade projekt inom socialt arbete och samhällsmedicin visar att invånarna i ett bostadsområde ofta är rädda att få sitt område stämplat som ett "problemområde". Vi var därför medvetet försiktiga när det gällde att presentera uppgifterna om sjukligheten och dödligheten i Kirsebergsområdet, för att undvika att göra en "eländesbeskrivning" av området. Vi var också försiktiga med att introducera alkohol i det förebyggande arbetet. Trots beslutet att låta det alkoholpreventiva arbetet ingå i ett brett upplagt folkhälsoprojekt fann vi det både oetiskt och ur engagemangsynpunkt föga önskvärt att skynda på eller "uppifrån" introducera ett alkoholförebyggande projekt i Kirsebergsområdet. Det var först när när områdets representanter själva definierat alkoholproblemet som ett av fyra problemområden för folkhälsan i Kirsebergsområdet, som vi ansåg att vi hade legitimitet och mandat att börja arbeta i enlighet med projektets uttalade målsättning, att försöka minska alkoholkonsumtionen med 25 % fram till år 2000.

Alkoholfrågan, liksom andra liknande ämnen som rör våra gemensamma seder med moraliska implikationer, reser motstridiga känslor inom en befolkning. Å ena sidan finns det personer, som kanske själva vill legitimera en hög alkoholkonsumtion, i termer av tex

att alkoholen är "var mans rättighet och ensak". Å andra sidan finns det de som av religiösa eller andra skäl (t. ex. ideologiska helnykterister) ser alkoholen som något per se av ondo. Den största svårigheten som vi dock har stött på är de som gör gällande att alkoholen är ett problem för alkoholisterna och inga andra, möjligen med undantag av alkoholisternas anhöriga.

Bland de många positiva drag som finns i Kirsebergsområdet är den utvecklade vardagssolidariteten människor emellan. Vi har under de första åren fått en rad bekräftelser på att folk i synnerhet i Kirsebergsstaden är beredda att göra gemensamma insatser för att komma till rätta med gemensamma problem. Därför har vi, särskilt efter den veckoslutskurs som vi genomförde med referensgruppen, fått en förståelse för totalkonsumtionsmodellen och det allmänt inriktade budskapet att vi alla skall sänka vår alkoholkonsumtion bl a på grund av solidariteten med dem som kan utveckla allvarliga alkoholproblem.

Ett stående tema, då vi diskuterat alkoholbudskapet i referensgruppen, har varit rädslan för att ställa sig bakom ett moraliserande budskap. Det är möjligt, att i den mån lokalsamhället Kirseberg har några slags idémässiga rötter, är det just vardagssolidariteten och rädslan för en moraliserande hållning som är de mest framträdande dragen. Att så kan vara fallet i Kirseberg är begripligt med dess historiska tradition.

En förutsättning för ett framgångsrikt alkoholförebyggande arbete är en riktig utformning av alkoholbudskapet. Budskapet måste vara konsistent, positivt och anpassat till den lokala alkoholkulturen. Preliminärt vill vi på basen av våra hittills gjorda erfarenheter påstå att budskapet skall utformas:

1. utan moralism och pekpinningar
2. utan att peka ut alkoholberoende personer som dåliga exempel

En förutsättning för ett framgångsrikt alkoholförebyggande arbete är en riktig utformning av alkoholbudskapet. Budskapet måste vara konsistent, positivt och anpassat till den lokala alkoholkulturen.

3. betona att vi alla kan drabbas av alkoholrelaterade problem
4. framhålla att en hög alkoholkonsumtion är en hälsofara tillsammans med andra livsstilsfrågor
5. poängtera solidaritetsaspekten i att sänka sin egen alkoholkonsumtion
6. framhålla betydelsen av "alkoholfria zoner", både i tid och rum
7. inte skygga för humorn i alkoholsituationer
8. framhålla att inte bara personer med alkoholproblem skadas, utan också i hög grad hans eller hennes anhöriga
9. betona att omsorgen om de uppväxande barnen kräver att vi som vuxna måste föregå med gott exempel
10. påpeka att ingen är för gammal att kunna ändra sina vanor

De lärdomar vi fått kring alkoholbudskapet har framkomit i en frekvent och tät kommunikation med representanter för föreningsliv och med företrädare för de olika kommunala förvaltningarna. Inför kommande år gäller det att se till att dessa lärdomar omsätts i praktiken. Det blir inte lätt, men det är en spännande utmaning.

REFERENSER

1. *Hanson BS, Kristensson H*: Förslag till alkoholpolitiskt program för Malmö kommun. Malmö: Institutionen för klinisk samhällsmedicin, 1987. (rapport nr 22).
2. *Bracht N* (ed): Organizing for community health promotion: A handbook. Sage Press, (in press).
3. *Puska P, Nissinen A, Tuomilehto J* et al: The community-based strategy to prevent coronary heart disease: Conclusions from the ten years of the North Karelia Project. *Ann Rev Public Health* 1985;6: 147–93.
4. *Mittelmark MB, Luepker RV, Jacobs DR* et al: Community-wide prevention of cardiovascular disease: Educational strategies of the Minnesota Heart Health Program. *Prev Med* 1986; 15: 1–17.
5. *Lefebvre RC, Lasater TM, Carleton RA* et al: Theory and delivery of programming in the community: The Pawtucket Heart Health Program. *Prev Med* 1987; 16:80–95.
6. *Farquhar JW, Fortmann SP, Maccohy N* et al: The Stanford five city project: Design and methods. *Am J Epidemiol* 1985; 122:323–34.
7. Welsh Head Programme Directorate. Welsh Heart Health Survey 1985. Heartbeat Report no. 3, 1986.
8. Spri. Folkhälsoarbete i Norsjö kommun. Stockholm: Spri, 1987.
9. *Thagaard A-M*: Livet på backarna. Malmö: A Jönssons tryckeri, 1985.
10. *Dahl G, Woldt T*: Analys av dödligheten i Malmö. Malmö: Institutionen för klinisk samhällsmedicin, 1987. (Rapport nr 18).
11. *Hanson BS, Romelsjö A*: Epidemiological methods for the identification of alcoholrelated problems and evaluation of integrated alcohol programs on a community level. Working paper to "the WHO working group on implementation and evaluation of programmes for problem drinking" in Malmö, Sweden, sept 1987. Malmö: Institutionen för klinisk samhällsmedicin, 1987. (Rapport nr 23).
12. *Larsson S, Hanson BS*: Ethical and political issues encountered in conducting community action programs: Experiences from the Kirseberg project in Sweden. In: Giesbrecht N, ed. Experiences with community action projects. Osap, 1989. (In press).
13. WHO. Problems related to alcohol consumption. Geneva: World Health Organisation, 1980. (Technical Report Series 650).
14. *Lederman S*: Alcool, alcoolisme, alcoolisation. Données scientifiques de caractère physiologique, économique et social. Paris: Presses Universitaires de France, 1956.
15. *Matarazzo JD, Weiss SM, Herd JA, Miller NE, Weiss SM*: Behavioral Health: A handbook of health enhancement and disease prevention. New York: John Wiley and Sons Inc, 1984.

CAN — en kunskapsbank i drogfrågor

CAN (Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning) är ett folkrörelsebaserat informations- och serviceorgan med anknytning till staten. Verksamheten bedrivs huvudsakligen med statsbidrag och staten utser vissa representanter i styrelsen (bla ordföranden). En majoritet av styrelsen utses dock av de organisationer som är medlemmar i CAN.

En viktig uppgift för CAN är att vara en brygga från forskningen till olika grupper i samhället, som söker kunskaper i alkohol- och narkotikafrågor. CAN tillhandahåller saklig information och sedan är det upp till organisationer och enskilda personer att eventuellt sätta in den i ett ideologiskt perspektiv. Denna sakliga informationsspridning kallas ibland, med ett byråkratiskt ord, för basfaktaförmedling. Den är en av CANs tre huvudarbetsuppgifter. De båda andra är servicen till medlemsorganisationerna och det sk drogutvecklingsuppdraget.

Sedan 1985 har CAN det samlade uppdraget (av riksdagen) att följa förändringarna i bruket och missbruket av alkohol, narkotika och andra beroendeframkallande medel. Vi gör detta dels genom att samla in statistik och andra uppgifter som produceras av olika myndigheter och forskare och dels genom att göra egna undersökningar. Bland de egna undersökningarna märks de årliga studierna av alkohol- och narkotikavanorna bland skolelever och värnpliktsinskrivna.

Ytterligare ett exempel är det sk regionala rapporteringssystemet. I ett 20-tal "strategiskt" valda kommuner har CAN ca 140 uppgiftslämnare från verksamhetsområden i respektive kommuner som arbetar eller kommer i kontakt med drogfrågor (socialtjänst, sjukvård, kriminalvård, polis, fritid och skola). Två gånger om året svarar de på en enkel enkät med frågor om läget under de senaste sex månaderna.

Tillgängliga data sammanställs en gång om året i en rapport (senast Rapport 89) om den aktuella drogsituationen i Sverige. Vart annat år översätts vissa delar av rapporten till engelska och nyligen har Report 89 kommit från tryckeriet.

Huvudarbetsuppgiften att ge service till medlemsorganisationerna är naturligt med tanke på att CAN

har över 40 folkrörelseorganisationer som medlemmar. Bland dessa finns såväl nykterhetsrörelsen som flera "narkotikaorganisationer". En stor del av medlemmarna är emellertid organisationer som inte har alkohol- och narkotikafrågorna som sin huvudfråga. Hit hör bla Riksidrottsförbundet, Hem och Skola, TCO och flera bildningsförbund. Servicen till medlemsorganisationerna omfattar bla kurs- och konferensverksamhet samt olika typer av samarbetsprojekt.

CANs huvudmålgrupp är de vi i brist på ett bättre ord brukar kalla "mellankategorierna", dvs de som behöver kunskap i drogfrågor för sin verksamhet. Hit hör bla utbildare och informatörer av olika slag, anställda inom hälso- och socialsektorn, forskare och studenter.

CANs verksamhet är mycket mångfasetterad. En hörnsten utgörs av biblioteket som är ett av världens största specialbibliotek inom alkohol- och narkotikaområdet. Det är ett offentligt bibliotek och man lånar antingen via besök direkt på biblioteket eller via närmaste bibliotek på hemorten. Målsättningen är att tillhandahålla all nordisk litteratur samt ett urval av det internationella beståndet. I CANs bibliotek finns ca 146 000 böcker, rapporter, avhandlingar och tidskrifter. De senaste årens bestånd är inmatat i databasen ALCONARC, vilket gör det enkelt att genomföra olika typer av sökningar.

En integrerad del av biblioteket utgörs av IoD-centralen. Där sammanställs en datoriserad databas med sammanfattningar av vetenskapliga artiklar (NORDRUG). Den kan lätt avsökas från egen persondator (efter viss utbildning) eller med hjälp av bibliotekspersonalen. En tredje databas är DALC-TRAF som är en specialdatabas med referenser om alkohol, droger och trafik.

NORDRUG, ALCONARC och DALC-TRAF kan avsökas vid DAFA. Under samlingsnamnet ALCONLINE (med sammanlagt ca 8 800 poster) är de också tillgängliga med MEDLINE-språk vid Medicinska informationscentralen (MIC), Karolinska institutet. De som har identifikationskod för MEDLINE kan automatiskt avsöka filen ALCONLINE.

CAN producerar olika typer av informationsmaterial. De omfattar såväl enkla faktablad som forskningsöversikter, rapporter och affischer. I serien "Forskning & Fakta" ingår forskningsöversikter inom väl avgränsade områden. Målgruppen är opinionsbildare, informatörer, forskare, hälsovårdspersonal, socialarbetare och andra som besitter vissa baskunskaper inom drogområdet. De senaste har bl.a. berört läkemedelsmissbruk samt alkohol och våld. De närmaste numren beräknas handla om alkohol och ensamhet, ärftliga faktors betydelse för bruk och missbruk av alkohol samt tillgänglighetens betydelse för alkoholkonsumtionen.

I CANs "Rapportserie" ingår rapporter av mer allmänt intresse som knyter an till drogutvecklingsuppdraget. De senaste har handlat om narkotikasituationen i Norden och 1989 års undersökning av skolelevs drogvanor. De närmaste kommer att handla om totalkonsumtionsmodellen samt olika dödsorsakers användbarhet för att belysa utvecklingen på missbruksområdet.

I den lite "smalare" PM-serien har det bl.a. utkommit en rapport om dödligheten bland narkotikamissbrukare i de nordiska länderna.

Bland övriga publikationer finns den populärvetenskapliga tidskriften "Alkohol och narkotika" med åtta nummer per år. Varje år utkommer ett temanummer och de senaste har handlat om läkemedelsmissbruk, kvinnor och alkohol samt alkohol och arbetsliv. Vårens temanummer kommer att beröra anhöriga till missbrukare.

Beställ gärna CANs materialkatalog för prisuppgifter och kompletterande information.

Kurs- och konferensverksamheten omfattar bl.a. en seminariserie i Stockholm (ca 10 seminarier per år), en informationsteknikkurs, en veckolång fördjupningskurs i drogfrågor, organisationsanpassade (skraddarsydda) kurser samt regionala aktiviteter. De inkluderar bl.a. seminarier och länskonferensserier.

CANs kansli finns i Stockholm. Vi hjälper gärna till att svara på frågor eller ge råd och tips på material, litteratur, föreläsare eller annat. Slå gärna en signal.

Telefon 08/667 97 20

Postadress Box 27302, 102 54 Stockholm

Besöksadress Karlavägen 117, Stockholm

Björn Hibell