



European Prevention Curriculum

En håndbok for beslutningstakere,
opinionsdannere og policyutformere
i evidensbasert rusmiddelforebygging

European Prevention Curriculum

En håndbok for beslutningstakere,
opinionsdannere og policyutformere
i evidensbasert rusmiddelforebygging

1. utgave

Engelsk utgave publisert som «European Prevention Curriculum»
utgitt av Den europeiske unions narkotikabyrå (EUDA).

© European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (European Union Drugs Agency), 2019.

Norsk oversettelse tilrettelagt av Helsedirektoratet, i samarbeid med KORUS midt.

Oversettelse ved Semantix og KORUS midt ved Renate Kleivhaug Vesterbekkmo og Katrin Øien.

1. utgave på norsk februar 2025.

Publikasjonen «European Prevention Curriculum» fra European Union Drugs Agency (EUDA) er beskyttet av opphavsrett. EUDA påtar seg ikke noe ansvar for følger av bruken av opplysninger i dette dokumentet. Innholdet i denne publikasjonen gjenspeiler ikke nødvendigvis de offisielle holdningene til EUDAs partnere, EUs medlemsstater eller EUs byråer og institusjoner.

Anbefalt kildehenvisning:

«European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2019), European Prevention Curriculum: a handbook for decision-makers, opinion-makers and policy-makers in science-based prevention of substance use, Publications Office of the European Union, Luxembourg».

Innhold

Takk.....	6
Forkortelser.....	7
Forord.....	9
Slik bruker du denne håndboken.....	10
Innledende merknader.....	11
Innledning.....	13
DEL I GENERELLE KONSEPTER BAK EFFEKTIV FOREBYGGING	
Kapittel 1: Epidemiologi – rusmiddelbrukens art og omfang.....	24
Kapittel 2: Grunnlag for forebyggings-vitenskap og evidensbaserte forebyggende intervensjoner	40
Kapittel 3: Evidensbaserte forebyggende intervensjoner og policyer	50
Kapittel 4: Monitorering og evaluering.....	68
DEL II FOREBYGGINGSTILNÆRMINGER I FORSKJELLIGE SETTINGER	
Kapittel 5: Familiebasert forebygging.....	86
Kapittel 6: Skolebasert og arbeidsplassbasert forebygging.....	98
Kapittel 7: Miljørettet forebygging.....	112
Kapittel 8: Mediebasert forebygging.....	124
Kapittel 9: Samfunnsbasert forebygging	134
Kapittel 10: Påvirkningsarbeid for forebygging	144
Sluttbetraktninger	149
Referanser	151
Vedlegg	151

Takk

EUDA og UPC-Adapt vil gjerne takke Peer van der Kreeft, Annemie Coone, Femke Dewulf, Marjolein De Pau (prosjektleder ved HoGent, Hogeschool Gent, Belgia), og følgende bidragsyttere:

- Michal Miovský, Roman Gabrhelík, Michaela Malinová (CUNI, Karlsuniversitetet, Tsjekkia)
- Rachele Donini, Roberto Carrozzino, Daniela Congiu, Marco Piana, Anna Zunino (ASL Savona, lokalt helsebyrå nr. 2 i Savona, Italia)
- Valentina Kranzelic, Martina Feric, Miranda Novak, Josipa Mihic (ERF, fakultetet for utdannings- og rehabiliteringsviteskap ved Universitetet i Zagreb, Kroatia)
- Sanela Talić, Matej Košir (UTRIP, Institute for Research and Development, Slovenia)
- Karin Streimann, Triin Sokk, Katri Abel-Ollo, Tiia Pertel (TAI, National Institute for Health Development, Estland)
- Krzysztof Ostaszewski, Agnieszka Pisarska, Jakub Gren (IPIN, Institute of Psychiatry and Neurology, Polen)
- Carmen Orte, Lluís Ballester, Marga Vives, Maria Antònia Gomila, Joan Amer, Miren Fernández de Álava (UIB, University of the Balearic Islands, Spania)
- Maximilian von Heyden, Henrik Jungaberle, (FINDER Institute for Prevention Research, Tyskland)
- Katarzyna Okulicz-Kozaryn, Piotr Sędek (PARPA, Polens statlige organ for forebygging av alkoholrelaterte problemer)
- Claudia Meroni, Corrado Celata, Giusi Gelmi, Nadia Vimercati (ATS Milano, helsemyndigheten i storbyområdet Milano, Italia)

Denne publikasjonen er utarbeidet i samarbeid med Gregor Burkhart (EUDA), Zili Sloboda (Applied Prevention Science International) og Jeff Lee (International Society of Substance Use Professionals).

I forbindelse med tilrettelegging av norsk utgave vil Helsedirektoratet takke KORUS midt ved Renate Kleivhaug Vesterbekkmo og Katrin Øien for oversetting og tilpasning til norsk.

Forkortelser

APSI	Applied Prevention Science International
COM-B	Evne, mulighet, motivasjon og atferd (capability, opportunity, motivation and behaviour)
CTC	Communities That Care
DSM-V	Diagnostisk og statistisk håndbok for psykiske lidelser (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)
ECDC	Det europeiske smittevernbyrået (European Centre for Disease Prevention and Control)
EDPQS	EUs kvalitetsstandarder for rusmiddelforebygging (European Drug Prevention Quality Standards)
ESPAD	Den europeiske undersøkelsen om skoleelevers rusmiddelvaner (European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs)
EUDA	Den europeiske unions narkotikabyrå (European Union Drugs Agency)
EUPC	European Prevention Curriculum
GBG	Good Behaviour Game
ICD-II	Den internasjonale statistiske klassifikasjonen av sykdommer og beslektede helseproblemer (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems)
ID	Identifikasjon
KORUS	De regionale kompetansesenterne for rusfeltet
NOVA	Velferdsforskningsinstituttet NOVA ved OsloMet
MDMA	3,4-metylendioksy-N-metylamfetamin
NAMLE	National Association for Media Literacy Education
PROSPER	Promoting School-Community-University Partnerships to Enhance Resilience
RBS	Responsible Beverage Service
RCT	Randomisert kontrollert studie (randomised controlled trial)
STAD	Stockholm förebygger alkohol- och drogproblem
TPB	Teorien om planlagt atferd (Theory of Planned Behaviour)
UNODC	FNs kontor for narkotika og kriminalitet (United Nations Office on Drugs and Crime)
UPC	Universal Prevention Curriculum
WHO	Verdens helseorganisasjon

Forord

Forebygging er en investering for fremtiden. Ved å styrke beskyttelsesfaktorer og redusere risikofaktorer, legger vi grunnlaget for et samfunn hvor barn, unge og voksne kan utvikle seg i trygge og støttende omgivelser. Rusmiddelforebygging handler ikke bare om å redusere skadene knyttet til rusbruk, men også om å bidra til bedre psykisk helse, sosial inkludering og like muligheter for alle.

I Norge gjøres det mye godt forebyggingsarbeid på tvers av sektorer. Målrettede tiltak, kombinert med universelle støttetjenester, bidrar til å fremme folkehelsen og styrke individets motstandskraft mot utfordringer. Likevel kan kvaliteten på forebyggingsarbeidet variere, og det er fortsatt behov for å styrke bruken av evidensbaserte tilnærminger.

European Universal Prevention Curriculum (EUPC), utviklet av European Union Drugs Agency (Den europeiske unions narkotikabyrå, EUDA), gir en vitenskapelig og teoretisk plattform for dette arbeidet. Med støtte fra Helsedirektoratet er pensumet nå tilgjengelig på norsk. Målet med denne oversettelsen er å bidra til at forebyggingsarbeid i Norge blir enda mer kunnskapsbasert, og at vi sammen kan utvikle mer effektive og treffsikre tiltak på nasjonalt, regionalt og lokalt nivå.

Ved å øke forståelsen for forebygging blant beslutningstakere, opinionsdannere og policyutformere, kan vi legge til rette for tiltak som har en reell og varig effekt i samfunnet. Med EUPC og kursene som tilbys i tilknytning til dette, håper vi å gi et nyttig verktøy til alle som ønsker å styrke arbeidet med rusmiddelforebygging i Norge. Vi ønsker å rette en stor takk til Renate Kleivhaug Vesterbekkmo og Katrin Øien ved KORUS midt for deres grundige kvalitetsgjennomgang av oversettelsen. Deres innsats har vært viktig i arbeidet med å gjøre pensumet tilgjengelig på norsk.



Linda Granlund
Direktør, divisjon for folkehelse og forebygging
Helsedirektoratet

Slik bruker du denne håndboken

Denne håndboken i European Prevention Curriculum er primært utviklet som referansemateriale for opplæringskursene i EUPC. Den fungerer også som en generell introduksjon til vitenskapen som ligger til grunn for forebygging og ulike tiltak, for den interesserte leser.

Opplæring i EUPC tilbys i mange europeiske land, inkludert Norge, og denne håndboken er ment som referansemateriale for både kursdeltakere og kursledere. Informasjon om hvordan man gjennomfører et EUPC-kurs, er beskrevet på https://www.euda.europa.eu/best-practice/european-prevention-curriculum-eupc_en. På denne siden finnes også en oversikt over sertifiserte kursledere.

I opplæringsøyemed skal denne håndboken kun brukes av kursledere som har fullført obligatorisk sertifisering. Henvendelser og tilbakemeldinger om håndboken kan rettes til EUPC@euda.europa.eu, eller til sertifiserte kursledere.

Innledende merknader

EUPC er et europeisk pensum utarbeidet for bruk i opplæring av beslutningstakere, opinionsdannere og policyutformere innen rusmiddelforebygging. Det primære formålet med opplæringen i EUPC er å redusere helsemessige, sosiale og økonomiske problemer knyttet til rusmiddelbruk ved å utdanne flere fagfolk på forebyggingsområdet i Europa. Når vi i boken snakker om policyutformer, mener vi person som er involvert i å utforme, utvikle og formulere retningslinjer, lover og regler, strategier eller handlingsplaner (policyer) innenfor et bestemt område, ofte i offentlig sektor eller i store organisasjoner.

EUPC ble utviklet og utprøvd av en tverrfaglig koalisjon fra ni EU-land som en del av prosjektet «UPC-adapt», som ble samfinansiert av EU-kommisjonen. Den er basert på sentrale resultater fra internasjonalt anerkjente læreplaner og standarder for forebygging, inkludert Universal Prevention Curriculum (UPC), UNODCs internasjonale standarder for rusmiddelforebygging, og European Drug Prevention Quality Standards (EDPQS)¹. Mer om metodikken og de involverte landene finnes i Vedlegg 1.

¹ https://www.euda.europa.eu/drugs-library/european-drug-prevention-quality-standards-edpqs-toolkit-4-adaptation-and-dissemination_en

Hvem er målgruppen for EUPC?

EUPC er spesifikt utformet for å gi beslutningstakere, opinionsdannere og policyutformere grunnleggende kunnskap om de mest effektive forebyggende intervensjonene og tilnærmingene innen rusmiddelforebygging. Dette inkluderer et bredt spekter av aktører, som politikere, ansatte i kommunal- og fylkeskommunal administrasjon, skoleledelse, prosjektledere, interessegrupper, koordinatore og fagpersoner med ansvar for forebygging. Felles for disse er deres innflytelse på beslutningstaking og faglig utvikling på kommunalt, regionalt og/eller nasjonalt nivå.

EUPC retter seg mot denne gruppen fordi de kan spille en nøkkelrolle i utviklingen av forebyggingsystemer. Gjennom sitt arbeid kan de understreke viktigheten av forebyggende arbeid og påvirke forebyggingskulturer og -aktiviteter i sitt lokalsamfunn og region. Selv om mange allerede kan ha kunnskap om forebygging, er målet med EUPC å styrke og utvide kompetansen, slik at de er bedre rustet til å støtte og lede utviklingen av effektive forebyggingsinitiativer.

Implementering av evidensbaserte metoder krever ofte endringer i etablerte praksiser, finansieringer og prioriteringer, inkluderer å fase ut tiltak som er populære, men ineffektive. Det er økende anerkjennelse av at opplæring av beslutningstakere, opinionsdannere og policyutformere er avgjørende og bør skje før eller parallelt med opplæring av praktikere ute i feltet. Uten en slik tilnærming risikerer man at forsøk på å forbedre forebyggende praksis fra godt kvalifisert førstelinjepersonell blir motarbeidet, da evidensbasert forebygging ofte kan oppfattes som utfordrende eller motstridende til etablert praksis.

EUPC-opplæringen gir en konsis, informativ og praktisk nyttig oversikt over sentrale temaer som etiologi, epidemiologi, skolebasert forebygging, familiebasert forebygging, miljøforebygging og evaluering. Målet er at nåværende og fremtidige beslutningstakere, opinionsdannere og policyutformere skal få tilstrekkelig kunnskap om og forståelse av de vitenskapelige prinsippene for forebygging. Dette skal bidra til å fremme implementering av evidensbaserte tilnærminger, avvikling av ineffektive metoder og skape et miljø som oppmuntrer praktikere til å forbedre sine kunnskaper og ferdigheter.

EUPC gir kun en introduksjon til forebyggingsvitenskapen. For de som ønsker mer inngående kunnskap, finnes det mer omfattende opplæringsmuligheter, som for eksempel et UPC-kurs.

Innledning

Hvorfor er forebygging viktig?

Forbedringer i helse har ikke bare en direkte innvirkning på menneskers velferd, men har også en effekt på nasjonale inntektsnivåer gjennom at barn sikres utdanning, at arbeidstakere blir mer produktive, og at byrden på nasjonale helse- og omsorgstjenester reduseres.

Ifølge Verdens helseorganisasjon (WHO) står ikke-smittsomme sykdommer og tilstander nå for over 70 prosent av alle dødsfall på verdensbasis. Disse dødsfallene skyldes ikke infeksjoner, men miljømessige og sosioøkonomiske forhold, industriell praksis og livsstilsvalg, inkludert rusmiddelbruk. Den økende anerkjennelsen av ikke-smittsomme sykdommer knyttet til industriell praksis og livsstilsvalg har fått land til å etablere og implementere forebyggende strategier og intervensjoner for å adressere rusmiddelbruk, kosthold og fysisk helse.

I denne sammenheng spiller helsefremmende strategier en viktig rolle. De bidrar til å engasjere og styrke både enkeltpersoner og grupper, slik at de tar sunne valg og endrer livsstil. Dette reduserer risikoen for å utvikle slike sykdommer og minsker andre helseutfordringer.

Det er bred enighet om at det må innføres og videreføres evidensbaserte intervensjoner rettet mot foreldre, skoler, virksomheter og medier for å forebygge rusmiddelbruk. Forebyggende aktiviteter komplementerer helsefremming, men skiller seg ut ved at de leverer spesifikke tiltak rettet mot modifiserbare risiko- og beskyttelsesfaktorer som antas å forårsake eller redusere uhelse.

Rusmiddelforebygging har som mål å forhindre eller utsette bruk av psykoaktive stoffer. Det kan også

bidra til at de som har begynt å bruke rusmidler, unngår å utvikle rusmiddellidelser og tilknyttede helse- og sosiale problemer. Forebygging har også et bredere formål: å sikre barn og unge en sunn og trygg oppvekst med gode relasjoner til både familien, skolen, jevnaldrende og samfunnet, slik at de kan utvikle seg og realisere sine talenter og sitt potensial.

European Prevention Curriculum (EUPC)

Dette pensumet har som mål å gjøre hovedfunnene fra UNODCs internasjonale standarder for rusmiddelforebygging og EDPQS, utviklet av EUDA og Prevention Standards Partnership relevante og anvendelig i praksis i Europa. Dette er en viktig del av å implementere konklusjonene om minimumskvalitetsstandarder², vedtatt av Den europeiske unions råd. Selv om EUPC primært fokuserer på forebygging av rusmiddelbruk og relaterte problemer, er innholdet også relevant for andre former for risikoatferd, som vold, antisosial atferd, samt problemer knyttet til pengespill og gaming. Pensumet kan derfor også gi inspirasjon til forebygging av disse atferdene. Økt kunnskap om evidensbasert forebygging gir verdifulle og effektive verktøy som kan gjøre en forskjell når man iverksetter intervensjoner rettet mot ulike grupper og miljøer.

Dette pensumet er primært utformet for beslutningstakere, opinionsdannere og policyutformere som arbeider innen forebyggingsfeltet i Europa. Formålet er å gi deltakerne:

- en introduksjon til grunnprinsippene i forebyggingsvitenskapen
- en oversikt over informasjonen som er nødvendig for å kunne velge ut og implementere forebyggende intervensjoner

² https://www.euda.europa.eu/drugs-library/council-conclusions-implementation-eu-action-plan-drugs-2013-2016-regarding-minimum-quality-standards-drug-demand-reduction-european-union_en

- verktøy for å informere aktører om grunnlaget for evidensbasert rusmiddelforebygging
- verktøyene som trengs for å koordinere implementering og evaluering av evidensbaserte Intervensjoner
- en introduksjon til prinsipper og praksiser for familie-, skole-, arbeidsplass-, samfunns-, miljø- og mediebasert forebygging

Læringsmålene for deltakere som fullfører opplæring basert på dette pensumet er at de vil være i stand til å:

- forstå utviklingen i rusmiddelbruk og hvilken rolle forebygging spiller som svar på dette
- forklare det vitenskapelige grunnlaget for forebyggende Intervensjoner, inkludert:
 - rusmiddelbrukens hvem, hva, når, hvor og hvordan i bestemte settinger
 - hvordan personlige karakteristikk og miljømessige faktorer påvirker sårbarhet og risiko
 - betydningen av atferds- og utviklingsfaktorer, både for målretting av intervensjoner og tilpasning av kommunikasjons- og intervensjonsstrategier
 - hvordan man bruker empirisk baserte teorier om atferdsendring
 - hvor viktig det er med forskning for å forstå hvordan effektive intervensjoner «fungerer»
- beskrive bakgrunnen og prinsippene som ligger til grunn for utviklingen av UNODCs internasjonale standarder og EDPQS
- beskrive viktigheten av modelltrokap («fidelity») i implementeringen og monitorering av gjennomføringen av forebyggende intervensjoner, samt implementeringen av forebyggende strategier
- forstå de sentrale komponentene i evidensbaserte intervensjoner og strategier i forskjellige kontekster, som i familien, på skolen, på arbeidsplassen, i samfunnet, i miljøet og i mediene

Slik bruker du denne håndboken

Håndboken er ment som et referansedokument for både kursdeltakere og kursledere. Den gir en mer utfyllende behandling av temaene som dekkes på EUPC-kurset, og kan brukes som oppslagsverk ved behov når man skal sette det man har lært ut i praksis.

Innledningen beskriver EUPC og gir en generell beskrivelse av rollen til fagfolk innen forebygging i Europa. Ethiske problemstillinger i forebyggende arbeid blir også kort gjennomgått.

Kapittel 1 utdyper sammenhengen mellom epidemiologi og etiologiske teorier og gir en forståelse av hvilken rolle forebygging kan spille i å adressere utvikling av rusmiddellidelser.

Kapittel 2 oppsummerer noen vanlige teorier forebyggingsforskerne bruker når de utvikler og evaluerer effektive forebyggende intervensjoner og strategier. Det er viktig å kjenne til disse teoriene, fordi de gir en forståelse av hvilke elementer som er nødvendige eller nyttige når man skal utvikle og/eller tilpasse forebyggende intervensjoner i ulike kontekster og settinger.

Kapittel 3 utdyper evidensbaserte forebyggende intervensjoner og strategier og fokuserer på UNODCs internasjonale standarder og EUDAs EDPQS. Kapitlet setter også evidensbaserte tilnærminger, der man er opptatt av standardiserte intervensjoner, opp mot skreddersydde tilnærminger, som ofte er basert på faglig erfaring og behov som melder seg. Denne diskusjonen belyser hvordan ulike tilnærminger brukes rundt om i Europa.

Kapittel 4 er viet monitorering og evaluering. Her gis det en oversikt over ulike typer evalueringsforskning som kan brukes til å følge opp eller evaluere effektene av en intervensjon eller policy.

De følgende kapitlene beskriver de viktigste trekkene ved forebyggende intervensjoner basert på familie (kapittel 5), skole og arbeidsplass (kapittel 6), miljø (kapittel 7), medier (kapittel 8) og samfunn (kapittel 9). For hvert tema er det en diskusjon av de spesifikke problemstillingene eller utfordringene som er knyttet til hver type tilnærming (for eksempel vanskene med å involvere familier, motstand mot forebyggende budskap i mediene og barrierer for implementering av forebyggende tiltak rettet mot utelivet). Det er også fokus på evidensbasert praksis i Europa og en mer detaljert diskusjon av intervensjoner.

I EUPC-opplæringen og -materiellet legges det vekt på flere sentrale temaer. Det første er definisjonen av rusmiddelbruk, som omfatter bruk av psykoaktive stoffer som påvirker følelser, oppfatninger, tankeprosesser og/eller atferd når de inntas. Med stoffer menes for eksempel tobakksprodukter, alkohol, inhalasjonsmidler og andre stoffer, som heroin, kokain og cannabis, samt psykoaktive reseptbelagte legemidler når de brukes uten medisinsk indikasjon. Stoffer inkluderer både de som er regulert av FN-konvensjoner, og de som ikke er det – for eksempel nye psykoaktive stoffer – selv om sistnevnte gruppe kan være regulert av nasjonal lovgivning i EUs medlemsland. I EUPC unngår vi bevisst bruken av begrepet «stoffmisbruk», da denne betegnelsen er tvetydig og kan bli sett på som dømmende. I stedet bruker vi begrepet «rusmiddellidelse» når vi ønsker å referere til rusmiddelbruk som er forbundet med betydelig skade. EUPC introduserer også andre begreper som beskriver mønstre for rusmiddelbruk som kanskje ikke nødvendigvis er forbundet med betydelig problemer eller skade. Disse temaene er nærmere omtalt i kapittel 1.

Et annet tema er forebyggingsvitenskap, som gir en forståelse av faktorene som bidrar til at folk begynner å bruke rusmidler, hvordan bruken utvikler seg over tid, og hvordan rusmiddelbruk påvirker enkeltpersoner, familier, skoler, samfunn og land, og hvordan det kan adresseres med effektive strategier,

policyer og intervensjoner. I arbeidet med de internasjonale standardene har UNODC gjennomført en omfattende gjennomgang av forebyggingsaktiviteter for å identifisere de mest effektive tilnærmingene.

Effektive intervensjoner, også kjent som evidensbaserte forebyggende tiltak, praksiser og policyer, er nå tilgjengelige for implementering. EUPC-opplæringen er utformet for å hjelpe fagfolk innen forebygging med å velge de intervensjonene og policyene som best møter behovene til målgruppen, implementere dem på en riktig måte, monitorere kvaliteten på gjennomføringen og evaluere utfallene for deltakerne.

Forebyggingsvitenskapen har også identifisert rusmiddelbruk og lignende atferdsproblemer som utviklingsrelaterte. Med andre ord begynner faktorene som fører til engasjement i risikofylt helseatferd tidlig, og slik atferd materialiserer seg generelt i sen barndom og ungdomsårene. Dette krever en forståelse av hvordan man kan intervensjonere på ulike alderstrinn, fra spedbarnsalder og tidlig barndom, via de sårbare årene som tenåring og ung voksen og videre gjennom voksenlivet.

Et annet tema er at rusmiddelbruk og annen risikoatferd generelt skyldes et samspill mellom miljøfaktorer og individuelle karakteristikk, og muligens også et resultat av mislykket sosialisering. For eksempel kan unge mennesker som er spenningssøkende og som kanskje ikke har fått en positiv oppdragelse, reagere annerledes på miljøer med alkoholvennlig markedsføring enn de som ikke har dette personlighetstrekket, eller som har fått en positiv oppdragelse og hjelp til å kanalisere spenningssøkingen inn i positiv atferd. Evidensbaserte forebyggende intervensjoner er utformet for å positivt gripe inn i disse ulike miljøene – for eksempel familie, skole, arbeidsplass, samfunn og miljø – for å gi en økt følelse av sikkerhet og støtte ved å forbedre spillet mellom barn og foreldre, mellom barn og skole, mellom arbeidstakere og arbeidsplass, og mellom innbyggere og samfunn. Det er derfor vi har

utarbeidet pensum som skal hjelpe fagfolk innen forebygging i alle disse settingene.

Fagfolk innen forebygging trenger kunnskap innen et bredt spekter av disipliner, som epidemiologi, sosiologi og psykologi. Denne håndboken og den medfølgende opplæringen viser hvordan disse ferdighetene kan brukes til å:

- vurdere arten og omfanget av rusmiddelbruk i et område, herunder innsamling og analyse av data
- identifisere befolkningsgruppene som er mest utsatt, og utføre en relevant behovsanalyse
- samle relevante grupper av mennesker for å håndtere problemet
- overbevise interessenter om verdien av evidensbaserte programmer og policyer
- støtte valg og evaluering av forebyggende intervensjoner, samt velge tiltak basert på funnene fra behovsanalysen
- velge intervensjonene som trengs for å skape endring
- implementere og monitorere de evidensbaserte tiltakene, samt evaluere utfallene, ofte i samarbeid med et forskerteam
- fremme modelltroskap og bærekraft i intervensjoner, men samtidig med hensyn til gjennomførbart og tilslutning.

Rollen til fagfolk innen forebygging

Inntil nylig har det vært få tilgjengelige informasjonskilder som har samlet kompetansen og oppgavene beslutningstakere, opinionsdannere og policyutformere på forebyggingsfeltet trenger for å utføre sine roller. Dette inkluderer også prosessene som er involvert i utvelgelsen og implementeringen av passende forebyggende intervensjoner og policyer, skreddersydd for spesifikke samfunnsbehov. Europeiske utdanningsprogrammer innen forebygging er mangfoldige, og dette har ført til en dårlig definert og inkonsekvent forståelse av rollen til fagfolk innen forebygging (Gabrhelik et al., 2015). Med EUPC og opplæringen i dette pensumet tar vi sikte på å standardisere utdanning og opplæring for å styrke

arbeidsstokken innen forebygging rundt om i Europa. Dette er bare ett av trinnene som kreves for å ytterligere formalisere rollen og anerkjennelsen av fagfolk innen forebygging. Begrepet «fagfolk innen forebygging» brukes om beslutningstakere, opinionsdannere og policyutformere som har ansvar for planlegging, implementering og monitorering av forebyggende intervensjoner og/eller policyer innenfor et definert geografisk område. Disse personene kan lede praktikerne som gjennomfører eller følger opp de forebyggende intervensjonene. De kan også være forebyggingsarbeidets ansikt utad.

For tiden har flere nasjonale og internasjonale grupper publisert materiale for å beskrive hvilke ferdigheter som trengs for å gjennomføre forebyggende intervensjoner av høy kvalitet. Blant disse ressursene er UNODCs internasjonale standarder, EUDAs EDPQS og standardene fra International Certification and Reciprocity Consortiums for fagfolk innen avhengighet og forebygging (www.internationalcredentialing.org). Mye av innholdet som presenteres i EUPC, kommer fra disse kildene.

EDPQS-manualen inneholder kvalitetsstandarder for fagfolk innen forebygging. Den beskriver fire kompetanseområder knyttet til gjennomføring av intervensjoner: 1) generelle kompetanser, 2) grunnleggende intervensjonskompetanser, 3) spesifikke intervensjonskompetanser og 4) meta-kompetanser.

- Generelle kompetanser omfatter ferdigheter som er nødvendig for alle som utfører forebyggende aktiviteter, som kommunikasjonsevner, ledelse av intervensjoner, samt sosiale og personlige ferdigheter.
- Grunnleggende intervensjonskompetanser inkluderer den kunnskapen som trengs for å gjennomføre en forebyggende intervensjon, som effektive metoder for rusmiddelforebygging, interaktive undervisningsstrategier og utviklingsmessige problemstillinger.

- Spesifikke intervensjonskompetanser omfatter kunnskap og ferdigheter knyttet til en bestemt intervensjon, som effektive foreldrestrategier og opplæring i beslutningstaking.
- Meta-kompetanser omfatter alle de ovennevnte områdene og inkluderer de ferdighetene som trengs for å tilpasse forebyggende intervensjoner effektivt i møte med målgruppens spesifikke behov, som kulturell sensitivitet. Dette omfatter også organisering av samfunnsarbeid, planlegging og ressursutvikling, og monitorering og evaluering.

Etikk og rusmiddelforebygging

Det er relativt vanlig å diskutere etikken rundt rusbehandling, skadereduksjon og forskning, men det er mindre vanlig å granske etikken i rusmiddelforebygging. Rusmiddelforebyggende aktiviteter krever kanskje ikke fysiske eller kliniske intervensjoner, men de representerer likevel en form for inngripen i folks liv. Alle rusmiddelforebyggende intervensjoner bygger på vurderinger (slik de for eksempel kommer til uttrykk i målene for intervensjon) av hva som er «godt» eller «dårlig» for deltakerne. Rusmiddelforebyggende intervensjoner kan også innføres fordi samfunnet mener at en bestemt atferd ikke er akseptabel, selv om målgruppen kanskje ikke deler denne oppfatningen. I tillegg er forebygging vanligvis rettet mot unge mennesker, og når det gjelder målrettet forebygging, kan disse unge menneskene være blant de mest sårbare i befolkningen, og kanskje har de allerede falt ut av det vanlige samfunnet. Siden alle land har lover som regulerer bruken av enkelte psykoaktive stoffer, er det også et viktig etisk hensyn å sikre at intervensjoner «ikke skader» ved å øke sannsynligheten for bruk.

Etiske spørsmål oppstår derfor på en rekke nivåer, og begynner med selve begrunnelsen for det rusmiddelforebyggende arbeidet. De som arbeider med forebygging, bør ikke anta at aktiviteter som er ment å forebygge rusmiddelbruk, per definisjon er etisk forsvarlige og til fordel for deltakerne.

Prinsippene for etisk forsvarlige rusmiddelforebyggende aktiviteter avledet fra EDPQS og anvendt på EUPC er:

- at man overholder lovkrav
- at man respekterer deltakernes rettigheter og autonomi, slik det blant annet er definert i menneskerettighets- og barnekonvensjoner
- at man gir deltakerne reelle fordeler ved å sikre at intervensjon er nyttig for dem og at den oppleves som akseptabel
- at man ikke forårsaker skade eller betydelige ulemper for deltakerne, inkludert utilsiktede behandlingsrelaterte effekter, uforutsette skadelige virkninger, sykdom eller skade, samt ekskludering og stigma
- at man gir transparent, nøyaktig, nøytral og dekkende informasjon
- at man innhenter samtykke fra deltakerne før oppstart
- at man sikrer at deltakelsen er frivillig
- at man behandler opplysninger om deltakerne konfidensielt
- at man behandler deltakelse i forebyggende aktiviteter konfidensielt når det er nødvendig
- at man tilpasser intervensjoner etter deltakernes behov og preferanser
- at man involverer deltakere som partnere i utvikling, implementering og evaluering av intervensjonen
- at man beskytter deltakernes og personalets helse og sikkerhet.

Ved enkelte intervensjoner kan det være vanskelig eller ikke praktisk mulig å følge alle prinsipper for etisk forsvarlig rusmiddelforebygging. Å innhente informert samtykke og sikre frivillig deltakelse kan være vanskelig i universelle forebyggende intervensjoner eller, for eksempel, i strafferettslige intervensjoner, hvor deltagelse kan være lovpålagt. Når det gjelder prinsippet om ikke å forårsake skade, er det verdt å merke seg at målrettede forebyggende tilnærminger også kan stigmatisere deltakere (EMCDDA, 2009, s. 48).

Ulike prinsipper kan være i konflikt med hverandre. Deltakerne kan for eksempel ønske å engasjere seg i atferd som forårsaker skade, for eksempel rusmiddelbruk, eller de kan, som partnere i utviklingen av intervensjoner, be om tilnærminger som har vist seg å være ineffektive eller til og med skadelige, som for eksempel samtaler med tidligere rusmiddelbrukere eller en jevnaldrende rusmiddelbrukere. Det kan også være vanskelig å vurdere etikken ved intervensjoner før de er implementert, for eksempel å forutsi fordeler og ulemper. Til slutt må alle forebyggende prinsipper til en viss grad tolkes, for eksempel hva som anses som en fordel, og hvem denne fordelene gjelder for? Endringer i lovgivningen i det enkelte land, for eksempel når det gjelder besittelse av cannabis, kan tyde på at noen typer rusmiddelbruk er mer akseptable i samfunnet enn andre.

Det finnes ikke noe entydig svar på alle etiske hensyn eller konflikter som kan oppstå i forebyggende arbeid, men ved å diskutere og reflektere over disse øker vi bevisstheten og legger til rette for en åpen dialog om hvordan de kan påvirke forebyggende arbeid. Det må være en tydelig etisk tilnærming i alle faser av intervensjon. De som gjennomfører intervensjon må vurdere hva som er mulig innenfor rammene av intervensjon, for eksempel om det er mulig å innhente verbalt samtykke dersom skriftlig samtykke ikke er mulig, og være spesielt oppmerksom på spesifikke problemer som oppstår som følge av intervensjon, som sikkerhetsproblemer for familien som må rapporteres til ansvarlige myndigheter. De bør også ta hensyn til at ulike interessenter som medarbeidere, deltakere, allmennheten og myndigheter kan ha ulike synspunkter på hva som er «etisk». Likevel bør deltakerne alltid være i fokus (EMCDDA, 2011).

Del I

Generelle konsepter bak effektiv forebygging

- | | |
|------------|--|
| KAPITTEL 1 | Epidemiologi – rusmiddelbrukens art og omfang |
| KAPITTEL 2 | Grunnlag for forebyggingsvitenskap og evidensbaserte forebyggende intervensjoner |
| KAPITTEL 3 | Evidensbaserte forebyggende intervensjoner og policyer |
| KAPITTEL 4 | Monitorering og evaluering |

Kapittel 1

Epidemiologi – rusmiddelbrukens art og omfang

- 24 Rusmiddelbruk i Europa
- 27 Farmakologi og fysiologi
- 27 Rusmiddellidelser
- 31 Etiologimodellen
- 34 Sårbarhetsmatrisen
- 35 Behovet for omfattende, tverrfaglige støttetjenester gjennom utviklingsfasene

KAPITTEL 1

Epidemiologi – rusmiddelbrukens art og omfang

Effektive forebyggende intervensjoner vil være basert på en god forståelse av rusmiddelbrukens art og omfang i et samfunn. En slik forståelse er det epidemiologien forsøker å gi.

WHO definerer epidemiologi som «studien av hvordan helserelaterte tilstander, hendelser eller sykdommer fordeler seg i befolkningen og hvilke faktorer som påvirker dem. Dette omfatter nye tilfeller (insidens) og eksisterende tilfeller (prevalens) av disse tilstandene, hendelsene eller sykdommene, samt anvendelsen av denne kunnskapen for å bekjempe helseproblemer»³. En god forståelse av rusmiddelbrukens art og omfang er viktig for å kunne gjennomføre evidensbaserte forebyggingsprogrammer og vil være til hjelp i ditt arbeid som fagperson innen forebygging.

I forbindelse med forebyggende arbeid vil epidemiologiske data:

- hjelpe oss å forstå hvordan helserelaterte tilstander er fordelt i en befolkning og hvilke faktorer som påvirker det aktuelle helseproblemet
- identifisere nye tilfeller av et spesifikt helseproblem og vurdere forekomsten av problemet i befolkningen
- involvere bruk av ulike metoder for å samle inn informasjonen, inkludert overvåkingssystemer og spørreundersøkelser

- inkludere analytiske studier for å forstå de underliggende faktorene bak helseproblemet

I dette kapitlet vil vi se på hvilke typer data som er tilgjengelige fra epidemiologiske undersøkelser og analytiske studier. For å belyse noen årsaker til og medvirkende faktorer bak rusmiddelbruk, vil vi se på en etiologisk modell, som viser hvordan miljøpåvirkninger samhandler med individuelle egenskaper og gjør mennesker mer eller mindre utsatt for rusproblemer og andre risikofylte atferder. I den forbindelse vil vi se på sosialiseringprosessen, som bidrar til at barn tilegner seg kulturelt aksepterte holdninger, normer, oppfatninger og atferd som hjelper dem med å lykkes i livet. Selv om vi fokuserer på barn og unge her, må vi huske på at forebygging er relevant gjennom hele livsløpet, og at voksnes atferd også påvirkes av faktorer i miljøet.

Rusmiddelbruk i Europa

Ved forebygging av rusmiddelbruk kan man fokusere på ett eller flere lovlige eller ulovlige psykoaktive stoffer, som:

- alkohol
- tobakksprodukter (inkludert elektroniske nikotinprodukter)
- illegale rusmidler som cannabis, amfetamin og kokain
- stoffer som er lovlig produsert, men som brukes for deres psykoaktive eller ikke-medisinske virkninger (for eksempel reseptbelagte legemidler og nye psykoaktive stoffer).

³ <http://www.who.int/topics/epidemiology/en/>

Alle disse stoffene har negative helsemessige og sosiale konsekvenser som gir grunn til bekymring.

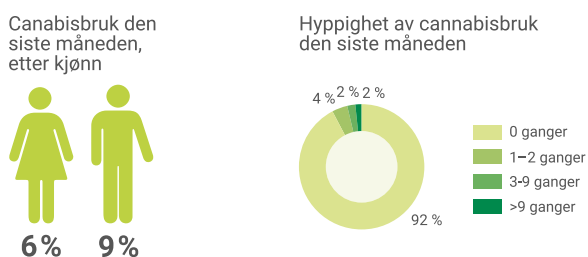
I Den europeiske undersøkelsen om skoleelevers rusmiddelvaner (ESPAD) rapporterer 83 prosent av europeiske skolelever å ha drukket alkohol minst én gang i løpet av livet. Halvparten av elevene rapporterte å ha drukket alkohol minst én gang i løpet av den siste måneden (figur 1). Litt under halvparten (47 prosent) av elevene hadde røykt sigaretter, 23 prosent av elevene rapporterte at de røykte én eller flere sigaretter om dagen, og 3 prosent røykte mer enn 10 om dagen (EMCDDA, 2015). Et annet interessant faktum er at 1 av 10 europeere (ikke bare elever) har prøvd eller brukt e-sigaretter eller lignende enheter (European Commission, 2015).

Profilen for rusmiddelbruk i Europa inkluderer nå et bredere spekter av stoffer enn tidligere. Blant rusmiddelbrukere er blandingsbruk vanlig, og individuelle bruksmønstre spenner fra eksperimentell og kortvarig bruk til mer regelmessig bruk, tung bruk og avhengighet. Bruk av alle stoffer er generelt høyere blant menn enn kvinner, og denne forskjellen blir ofte forsterket av mer intensiv eller regelmessig bruk. Prevalensen av cannabisbruk er rundt fem ganger høyere enn for andre ulovlige rusmidler. Selv om heroin og andre opioider fortsatt er relativt sjeldne i bruk, er dette fortsatt de stoffene som oftest er assosiert med de mer skadelige bruksformene, som injeksjon.

Å se på bruksmønstrene, som rapportert i nasjonale befolkningsundersøkelser, kan også gi nyttig innsikt. Det anslås at mer enn 92 millioner, eller litt over en fjerdedel av alle mellom 15 og 64 år i EU har prøvd ulovlige rusmidler minst én gang i løpet av livet. Erfaring med rusmiddelbruk rapporteres hyppigere av menn (56 millioner) enn av kvinner (36,3 millioner). Det vanligste ulovlige stoffet er cannabis (53,5 millioner menn og 34,3 millioner kvinner), langt færre rapporterer livstidsprevalens (å ha brukt én gang i løpet av livet) av kokain (11,8 millioner menn og 5,2 millioner kvinner), MDMA (9 millioner menn og 4,5 millioner kvinner) og amfetamin (8 millioner menn og 4 millioner kvinner). Hvor stor andel av de voksne som rapporterer å ha brukt cannabis en gang i løpet av livet, varierer betydelig mellom land, fra rundt 41 prosent i Frankrike til mindre enn 5 prosent på Malta (figur 2). Rusmiddelbruk siste år gir et mål på nylig rusmiddelbruk og er i stor grad konsentrert blant unge voksne. Ca. 18,9 millioner unge voksne (15–34 år) i Europa brukte rusmidler det siste året, med dobbelt så mange menn som kvinner.

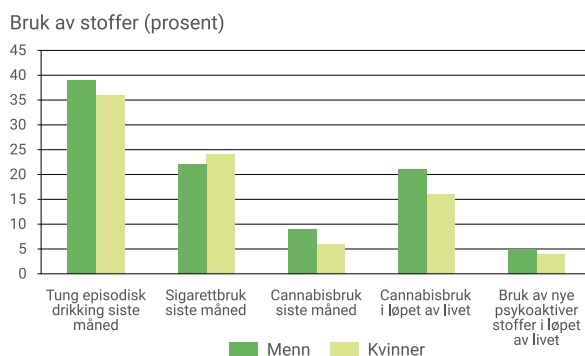
I alle aldersgrupper er cannabis det ulovlige rusmidlet som er mest brukt. Cannabis blir vanligvis røykt, og i Europa blir det ofte blandet med tobakk. Bruksmønstrene for cannabis kan variere fra sporadisk til regelmessig og avhengighetsskapende bruk. Det er anslått at 87,6 millioner voksne europeere i alderen 15–64 år, eller 26,3 prosent av denne aldersgruppen, har brukt cannabis minst én gang i løpet av livet. Av disse er det anslått at 17,2 millioner

FIGUR 1
Prevalens av rusmiddelbruk hos europeiske skoleelever



NB: Basert på data for de 24 landene som deltok i ESPAD-runden i 2015 (23 EU medlemsstater pluss Norge).

Kilde: EMCDDA, 2017a

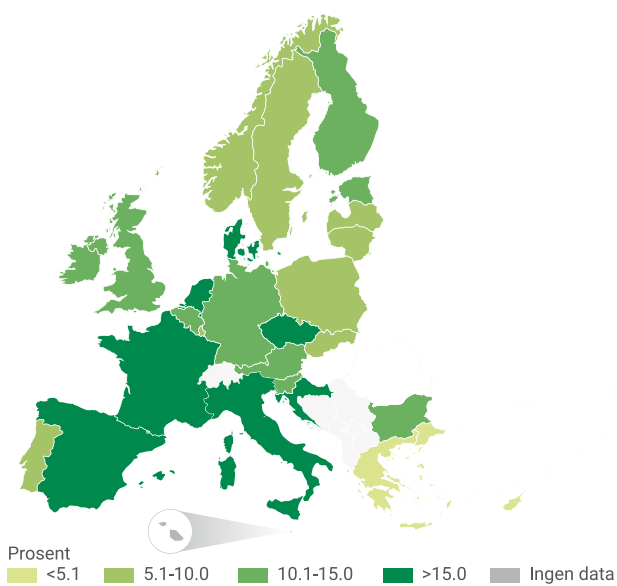


unge europeere i alderen 15–34 år, eller 14,1 prosent av denne aldersgruppen, har brukt cannabis det siste året; av disse er 9,8 millioner i alderen 15–24 år (17,4 prosent av aldersgruppen 15–34 år). Siste års prevalens blant 15–34-åringene ligger mellom 3,5 prosent (i Ungarn) og 21,5 prosent (i Frankrike). Blant unge som har brukt cannabis det siste året, er forholdet mellom menn og kvinner to til én.

Kokain er det mest brukte ulovlige sentralstimulerende rusmiddelet i Europa, og bruken er mest utbredt i sørlige og vestlige land (figur 3). Blant de som bruker kokain regelmessig, kan det gjøres et grovt skille mellom mer sosialt integrerte brukere, som ofte sniffer kokain i pulverform (kokainhydroklorid), og marginaliserte brukere, som injiserer kokain eller røyker crack (kokainbase), noen ganger sammen med bruk av opioider. Det er anslått at 17 millioner voksne europeere i alderen 15–64 år, eller 5,1 prosent av denne aldersgruppen, har eksperimentert med kokain en gang i livet. Blant disse er det ca. 2,3 millioner unge voksne i alderen 15–34 år (1,9 prosent av denne aldersgruppen) som har brukt kokain det siste året (EMCDDA, 2018a).

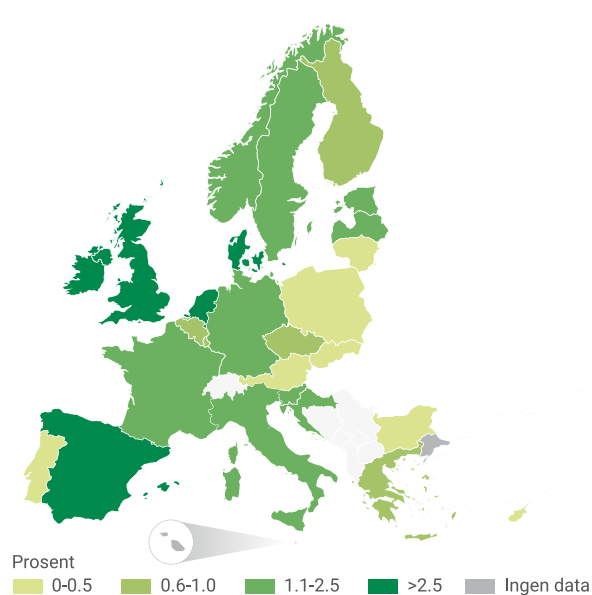
Alle stoffer kan ha skadelige kort- og langtidstoksiske effekter, men siden det ikke er noen kvalitetskontroll i produksjon og salg av illegale rusmidler, er det ytterligere risiko ved bruk av disse. De siste årene har tilgjengeligheten av nye/ukjente, potente, forfalskede og forurensede psykoaktive stoffer og ulovlige rusmidler økt, noe som har økt risikoen for skadelige utfall. Stoffene kan også inneholde forurensning i form av biprodukter fra produksjons-, forsynings- og lagringsprosesser av dårlig kvalitet, herunder mikroorganismer og andre biologiske og smittsomme agenser. Rusmiddelet kan bevisst være tilsatt andre stoffer for å endre virkningene, øke salgsvekten av produktet eller skjule at styrken er redusert (for eksempel tilsetning av lokalbedøvelse for å kompensere for å etterligne kokainets bedøvende effekt). Ikke-psykoaktive (men potensielt giftige) kjemikalier kan også tilsettes for å øke volumet på stoffet og redusere mengden aktive ingredienser for slik å øke lønnsomheten for selgerne. Andre skadevirkninger ved bruk av rusmidler kan imidlertid være uforutsigbare og oppstå som følge av underliggende individuelle biologiske forskjeller eller påvirkes av eksisterende helsetilstander og sosioøkonomiske faktorer. Rusmiddelrelatert atferd

FIGUR 2
Siste års prevalens av cannabisbruk blant unge voksne (15-34 år): nyeste data



Kilde: EMCDDA, 2018a

FIGUR 3
Siste års prevalens av kokainbruk blant unge voksne (15-34 år): nyeste data



Kilde: EMCDDA, 2018a

spiller også en rolle, som hvor rusmiddelet brukes, hvordan middelet tas, og hygiene ved administreringen. For eksempel kan deling av utstyr og andre injeksjonsrisikoer øke faren for skadevirkninger.

EUDA publiserer årlige rapporter om trender og utvikling i rusmiddelbruk i Europa. De publiserer også landrapporter med de nyeste dataene om rusmiddelbruk i EUs medlemsstater, Tyrkia og Norge. Alle publikasjoner er tilgjengelige på www.euda.europa.eu/publications.

Farmakologi og fysiologi

Alle som arbeider med forebygging, vil ha nytte av å forstå hva vitenskapen sier om rusmiddelbruk og de skadelige konsekvensene av det (inkludert rusmiddellidelser). Vitenskapelig kunnskap gjør det lettere å se hvorfor det er viktig å ta tak i rusmiddelbruk og relaterte problemer tidlig gjennom evidensbaserte forebyggende intervensjoner. Denne kunnskapen vil også hjelpe beslutningstakere og policyutformere å forstå behovet for et bredt spekter av sammensatte forebyggende intervensjoner rettet mot familier, unge og arbeidsplasser for å håndtere rusmiddelbruk og konsekvensene av rusmiddelbruk, samt viktigheten av å utvikle forebyggingsprogrammer innenfor et utviklingsmessig rammeverk med intervensjoner rettet mot alle aldersgrupper.

Bruk av rusmidler

Når vi snakker om stoffer eller rusmidler i EUPC, snakker vi generelt om kjemikalier som endrer biologisk struktur eller funksjon når de tilføres og absorberes av kroppen. Vårt fokus er primært på psykoaktive stoffer, spesielt de som påvirker følelser, sanseintrykk, tankeprosesser og/eller atferd. Psykoaktive stoffer gir disse virkningene fordi de påvirker nervesystemets funksjon. De som studerer hvordan stoffer påvirker atferd og psykologiske prosesser, kalles psykofarmakologer. Studiet av stoffers virkningen på levende systemer heter farmakologi.

Ulike stoffer bruker ulik tid på å brytes ned (metaboliseres) og elimineres fra kroppen. Tiden det tar å eliminere halvparten av den opprinnelige dosen av et stoff fra kroppen, kalles halveringstiden. Halveringstiden påvirker hvor lenge stoffets virkning varer, og hvor lang tid det tar før stoffet er helt ute av kroppen. Når en person slutter å bruke et stoff, kan det være viktig å kjenne til stoffets halveringstid for å vite hvor lang tid det vil ta før det er fullstendig ute av kroppen.

Andre faktorer enn et stoffs halveringstid påvirker også hvor lang tid det tar å bryte ned stoffet. Alder, kjønn, bruk av andre stoffer, hvor lenge man har brukt stoffet regelmessig, og mengden som brukes, har betydning for hvordan kroppen absorberer psykoaktive stoffer, samt hvordan den metaboliserer og eliminerer dem. Hvis en person bruker et stoff ofte og i store mengder, kan det metaboliseres og elimineres raskere. Små barn og eldre voksne metaboliserer og eliminerer stoffer saktere enn unge og middelaldrende voksne. Generelt er kvinner mer følsomme for virkninger av rusmidler enn menn på grunn av forskjeller i faktorer som kroppsstørrelse, kroppsfett og leverfunksjon.

Det er gjort forsøk på å klassifisere psykoaktive stoffer basert på deres farmakologi og psykofarmakologiske effekter. Det finnes ikke noe enkelt, universelt akseptert klassifiseringssystem, men rusmidler kan grovt grupperes som følger:

- Sentralstimulerende midler – som amfetamin, kokain, modafinil, nikotin og koffein – øker aktiviteten i sentralnervesystemet. De har en tendens til å øke hjerterefrekvens og pust og gi en følelse av oppstemthet. Noen av stoffene øker følelsen av samhørighet og fellesskap.
- Empatogener (noen ganger kalt entaktogener) – for eksempel MDMA, mefedron og 6-APB – har stimulerende virkninger, men gir også opplevelser av emosjonell tilknytning og empati med andre. Avhengig av stoffet og dosen som tas, kan de også ha psykedeliske effekter

- Psykedelika – for eksempel lyserginsyredietylamid (LSD), dimetyltryptamin (DMT), psilocybin og meskalin – forårsaker markerte endringer i tankegang, sanseintrykk og bevissthetstilstander.
- Dissosiative stoffer – for eksempel ketamin, lystgass, dekstremetorfan (DXM), fensyklidin (PCP) – forårsaker endringer i sanseintrykk og gir en følelse av å være løsrevet (dissosiasjon) fra omgivelsene, andre og seg selv.
- Cannabinoider – for eksempel cannabis – har ønskede effekter som inkluderer en tilstand av avslapning og forbedret humør, med milde sensoriske endringer.
- Sentraldempende midler som alkohol, benzodiazepiner og gammahydroksybutyrat (GHB) demper eller reduserer aktivering og stimulerer nervesystemet som fremkaller søvn, får en til å slappe av og reduserer angst. Alkohol og andre beroligende stoffer fører til bedre humør og gjør det lettere å være sosial.
- Opioider – for eksempel heroin, morfin og tramadol – forårsaker avslapning og noen ganger bedre humør. De brukes klinisk som smertestillende midler, og dette er noen ganger også grunnlaget for ikke-medisinsk bruk.

Med det økende utvalget av nye psykoaktive stoffer, vil lister aldri kunne være fullstendige, og fagfolk innen forebygging kan ha utfordringer med å holde kunnskapen om de ulike stoffene oppdatert. Det finnes imidlertid flere verktøy tilgjengelig på nettet, som for eksempel Drugs Wheel⁴, som gir informasjon om ulike rusmidler i forskjellige klasser.

Det er viktig å huske på at et lovlig stoff ikke nødvendigvis er tryggere enn et ulovlig stoff. Lovligheten til et stoff er generelt mer et resultat av tradisjoner, kultur og politiske eller religiøse faktorer enn av at et stoff er mer eller mindre skadelig enn et annet. Alkohol og tobakk er gode eksempler på dette. Det er anslått at tobakksbruk vil forårsake mer enn åtte millioner dødsfall årlig innen 2030. Ifølge WHO⁵

⁴ <http://www.thedrugswheel.com/>

var ca. 3 millioner dødsfall, eller 5,3 prosent av alle dødsfall i verden, knyttet til alkoholbruk i 2018. Hvordan et stoff tas, kalles administreringsmetode eller -vei. Psykoaktive stoffer kan komme inn i kroppen gjennom ulike administrasjonsveier, inkludert (men ikke begrenset til) oralt inntak (svelging), sniffing (innånding gjennom nesen, også kalt snorting), røyking, inhalering av røyk eller damp, intramuskulær injeksjon (injeksjon i en muskel), subkutan injeksjon (injeksjon like under huden), intravenøs injeksjon (injeksjon av stoffet i en vene), topisk påføring (påføring av stoffet på det øverste laget av huden), og sublingvalt inntak (stoffet plasseres under tungen og absorberes av munnens slimhinne). Administrasjonsveien er viktig fordi den påvirker hvor raskt et stoff når hjernen; jo raskere stoffet når hjernen, desto større og mer forsterkende blir virkningen. Intravenøs administrering er raskere enn inhalering eller røyking, som igjen er raskere enn oral administrering.

Hvor rask overgangen skjer fra første gangs bruk av et stoff til utvikling av problemer som rusmiddellidelser (omtalt i neste avsnitt av dette kapitlet), er et komplekst spørsmål. Denne overgangen påvirkes av faktorer som debutalder, type rusmiddel, erfaringer med bruk, eksponering for forebyggende intervensjoner og miljøer, samt innflytelse fra risiko- og beskyttelsesfaktorer, som blir diskutert senere i dette kapitlet.

Forebyggingsforskere har beskrevet denne overgangen på ulike måter gjennom utvikling av modeller for rusmiddelbrukens utvikling. Selv om ingen av disse modellene stemmer for alle som bruker rusmidler, hjelper de oss med å forstå hvordan rusmiddelbruk kan utvikle seg fra sporadisk og eksperimentell bruk til mer regelmessig og problematisk bruk. Modellen utviklet av Piazza og Deroche-Gamonet (2013) presenteres her som et generelt eksempel. Den kan anvendes på mange ulike atferdsmønstre knyttet til rusmiddelbruk, men er særlig relevant for de som bruker rusmidler i sosiale og rekreasjonelle sammenhenger. For andre trenger

⁵ <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/alcohol>

ikke den opprinnelige årsaken til rusmiddelbruk være rekreasjon; noen bruke for eksempel rusmidler som selvmedisinering mot en ubehandlet psykisk eller fysisk lidelse, eller de kan bruke legemidler på en annen måte enn foreskrevet. Piazza og Deroche-Gamonet beskriver hvordan overgangen til rusmiddellidelser kan skje gjennom tre etterfølgende, men uavhengige faser. Hver fase er en nødvendig for å gå videre til neste, men ikke tilstrekkelig, da spesifikke individuelle sårbarheter også må være til stede.

1. Ved rekreasjonell og sporadisk bruk er inntaket moderat og uregelmessig, og det forblir én av flere rekreasjonsaktiviteter for personen.
2. Ved intensivert, vedvarende og økt bruk blir rusmiddelbruken mer hyppig og fremtredende, og den utvikler seg til å bli personens viktigste rekreasjonsaktivitet. Selv om sosial og personlig funksjon begynner å svekkes, er atferden fortsatt i stort sett organisert, og personen kan fortsatt ivareta de fleste av siner roller og ansvar.
3. Tap av kontroll over rusmiddelbruk og utvikling av en rusmiddellidelse betyr at rusmiddelrelaterte aktiviteter nå er individets hovedfokus.

Rusmiddellidelser

De fleste som bruker psykoaktive stoffer, tar ikke noen alvorlig skade av det. Noen opplever imidlertid problemer som i betydelig grad svekker deres helse, sosiale funksjon og velferd. Disse problemene kalles rusmiddellidelser. Dette uttrykket har erstattet utdaterte begreper som «rusmisbruk» og «rusavhengig», som var vanskelige å definere, og som har blitt diskreditert som følge av at holdningene i samfunnet har endret seg⁶. Måling og diagnostisering av rusmiddellidelser har endret seg over tid, men i dag brukes to store klassifiseringssystemer: ICD-11 (Den

internasjonale statistiske klassifikasjonen av sykdommer og beslektede helseproblemer) fra Verdens helseorganisasjon og DSM-5 (Diagnostisk og statistisk håndbok for psykiske lidelser) fra American Psychiatric Association.

Systemene er forskjellige på en del punkter, men de har også noen felles kriterier, for eksempel at man må ha brukt rusmidler i større mengder eller over lengre tid enn det som var meningen, prioritert av rusmiddelbruk over andre aktiviteter og sosiale roller, samt fortsatt å bruke rusmidlet selv om man vet at det er skadelig (fysisk og/eller psykisk). Tabell 1 viser hva slags kriterier som inngår i de to klassifiseringssystemene. Som vist i tabell 1 har DSM-5 totalt elleve kriterier, hvorav to må være oppfylt for at en person skal kunne sies å ha en mild rusmiddellidelse; hvis ytterligere kriterier er oppfylt, kan rusmiddellidelsen klassifiseres som moderat eller alvorlig.

ICD-11 omtaler rusmiddellidelser, men skiller mellom skadelig bruk og avhengighet. Skadelig bruk refererer til et mønster der rusmiddelbruk forårsaker skade på fysisk eller psykisk helse, også for familiemedlemmer. Avhengighet består av fire hovedkriterier: sterk trang og vanskeligheter med å kontrollere bruk, vedvarende bruk til tross for negative konsekvenser, toleranse og abstinens. Minst to kriterier må være oppfylt for at man skal kunne sies å ha en avhengighetslidelse. For å oppfylle kriteriene for skadelig bruk, må minst ett skadeelement være til stede, og kriteriene for avhengighet skal ikke være oppfylt.

For at problematisk rusmiddelbruk ikke skal utvikle seg til skadelig rusmiddelbruk, er det viktig med forebyggende intervensjoner. Selv om disse to klassifiseringssystemene er nyttige kliniske verktøy, er det viktig å huske at personer fortsatt kan oppleve problemer knyttet til egen rusmiddelbruk uten å nå opp til disse kliniske tersklene. De fleste målgrupper for forebygging står ikke i umiddelbar fare for å

⁶ Vi anerkjenner og respekterer at noen mennesker ønsker å bruke begrepet «rusavhengig» om seg selv, men vi fraråder fagfolk innen forebygging å bruke dette begrepet.

TABELL 1

Sammenligning av kriterier for rusmiddellidelser i ICD-11 og DSM-5

Kriterium	ICD-11	DSM-5
Rusmidlene brukes i større mengder, eller over lengre tid enn planlagt	■	■
Vedvarende ønske om eller mislykkede forsøk for å redusere rusmiddelbruken		■
Trang eller sterkt ønske til å bruke stoffet		■
Bruker mye tid på å bruke rusmiddelet og på komme seg etter rusmiddelbruken	■	■
Toleranse for virkninger av stoffet	■	■
Abstinenssymptomer		■
Sosiale, yrkesmessige og andre aktiviteter påvirkes av rusmiddelbruken		■
Fortsetter å bruke rusmiddelet til tross for gjentatte sosiale problemer		■
Fortsetter å bruke rusmiddelet til tross for fysiske eller psykiske problemer		■
Fortsetter å bruke rusmiddelet til tross for manglende oppfyllelse av viktige forpliktelser	■	■
Gjentatt rusmiddelbruk til tross for juridiske problemer	■	
Gjentatt rusmiddelbruk i farlige situasjoner	■	■
Familien blir skadelidende av personens bruk av rusmidler	■	

utvikle rusmiddellidelser, men de kan oppleve andre negative konsekvenser, som fysiske eller psykiske skader, problemer med politiet, frafall fra skole eller risikoatferd (de kan for eksempel ta seksuell risiko eller sette seg i en bil med en beruset fører). Disse skadene kan være like alvorlige og viktige og kan potensielt oppleves av alle som bruker rusmidler.

Helseproblemer som skyldes rusmiddelbruk

Ifølge WHO's Global Burden of Disease Study kan rundt 10 prosent av de friske leveårene som tapes hvert år på grunn av sykdommer og risiko, tilskrives alkoholbruk (Degenhardt et al., 2013). Dette gjelder både unge og voksne. Disse helseproblemene omfatter tilstandene som er direkte relatert til alkoholbruk (se Rusmiddellidelser ovenfor), samt lidelser som har vist seg å være knyttet til alkoholbruk, slik som føtalt alkoholsyndrom. Imidlertid har flere tiår med forskning vist at alkoholforbruk også kan knyttes til andre sykdommer og skader, både for vedkommende selv og for andre. Disse inkluderer nevropsykiatriske lidelser, gastrointestinale sykdommer, kreft, lidelser knyttet til

selvmord og vold, utilsiktet skade som trafikkulykker, fall, drukning og forgiftning, kardiovaskulære sykdommer, føtalt alkoholsyndrom og for tidlig fødsel, samt diabetes mellitus. Det er en klar sammenheng mellom regelmessig inntak av alkohol og sju forskjellige krefttyper, og det er anslått at i 2016 var 6,2 prosent av alle kreftdødsfall i Europa tilskrevet alkoholbruk (WHO, 2018).

Sammenhengen mellom røyking og uhelse er godt dokumentert. Tobakk dreper opptil halvparten av brukerne, det vil si mer enn 7 millioner mennesker hvert år. Fra 2030 anslås det at det vil dø 8 millioner mennesker i verden hvert år som følge av røyking⁷. Røyking er en faktor bak kardiovaskulære sykdommer, lungesykdommer, vanskeligheter med å bli gravid, for tidlig fødsel, lav fødselsvekt og lav bentetthet. Det er ikke bare røykerne selv som har økt risiko for helseproblemer. Studier har vist at også de som utsettes for passiv røyking, opplever alvorlige helseproblemer, spesielt familiemedlemmer og arbeidskollegaer.

⁷ <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/tobacco>

Bruk av psykoaktive stoffer er en anerkjent bidragsyter til den globale sykdomsbyrden. Estimater fra WHO tyder på at rusmiddelrelaterte globalt er den sjettede viktigste årsaken til tap av friske leveår hos personer under 25 år. Kroniske og akutte helseproblemer er assosiert med bruk av rusmidler, og disse problemene forverres av ulike faktorer, som egenskaper ved stoffene, administrasjonsmåte, individuell sårbarhet og den sosiale konteksten der rusmidlene brukes. Blant de kroniske problemene finner vi både avhengighet og rusmiddelrelaterte infeksjonssykdommer, og av de mange akutte skadene er overdose best dokumentert. Selv om bruk av opioider er relativt sjeldent, står denne bruken fortsatt for en stor andel av sykkeligheten og dødeligheten forbundet med rusmiddelbruk. Risikoen forhøyes når stoffet injiseres. Selv om helseproblemene forbundet med cannabisbruk er klart lavere, kan den høye prevalensen av bruk av dette stoffet ha implikasjoner for folkehelsen. Stoffene brukerne har tilgang til i dag, varierer i innhold og renhet, og dette øker faren for skader og skaper et utfordrende miljø for rusmiddelrelaterte tiltak (EMCDDA, 2017b).

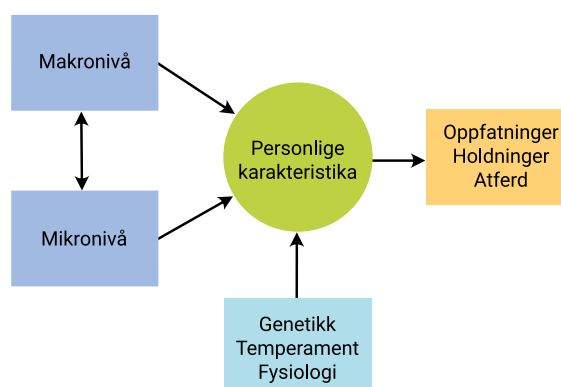
Rusmiddelbruk legger også en byrde på samfunnet. Hvis helse, sikkerhet og velvære for unge ikke blir ivaretatt, kan negative følger av rusmiddelbruk føre til lavere produktivitet i arbeidsstyrken og store kostnader for helse- og sosialtjenestene og strafferettssystemet. I mange tilfeller er de økonomiske kostnadene ved å tilby disse tjenestene større for samfunnet enn kostnadene ved å gjennomføre effektive forebyggings- og behandlingsprogrammer.

Etiologimodellen

Etiologi brukes innen medisin om årsakene eller opprinnelsen til sykdommer eller andre lidelser, samt faktorene som utløser dem eller gjør folk disponert for dem. Etiologi er viktig for forebygging, da denne kunnskapen bidrar til å identifisere faktorene eller mekanismene som gjør at en helsetilstand eller et sosialt problem oppstår, for eksempel et rusmiddelproblem. Forebyggende tiltak kan deretter utformes eller velges ut for å adressere disse bakenforliggende faktorene.

Tanken om risiko- og beskyttelsesfaktorer har fått bred tilslutning blant de som arbeider med rusmiddelforebygging, og har de siste to tiårene vært grunnlaget for mye av forebyggingsarbeidet. Beskyttelsesfaktorer, det vil si faktorer som reduserer en persons sårbarhet, er kjennetegn som veier opp for eller motvirker risikofaktorer som måtte være til stede. Generelt er risikofaktorer definert som mål på atferd eller psykososial funksjon (inkludert holdninger, oppfatninger og personlighet) som er funnet å være assosiert med økt risiko for å bruke rusmidler.

FIGUR 4
Etiologimodellen



Kilde: Basert på UNODC, 2013

Risikofaktorene kan deles inn i:

- **Kontekstuelle faktorer:** lover og normer som fremmer rusmiddelbruk, inkludert faktorer knyttet til markedsføring og tilgjengelighet av rusmidler, økonomisk utfordringer og manglende sosial struktur i lokalmiljøet
- **Individuelle og mellommenneskelige faktorer:** genetisk predisposisjon og andre fysiologiske mål, rusmiddelbruk i familien og holdninger til rusmiddelbruk, dårlig/inkonsekvent familieledelse, familiekonflikt og svak tilknytning i familien (Hawkins et al., 1992)

Mens kontekstuelle faktorer er viktig for om en person begynner å bruke rusmidler eller ikke, har individuelle og mellommenneskelige faktorer, spesielt fysiologiske, nevrologiske og genetiske, vist seg å være viktig for i hvilken grad rusmiddelbruken utvikler seg til mer regelmessig bruk, skadelig bruk og rusmiddellidelser (Glantz og Pickens, 1992).

Nyere forskning har imidlertid begynt å se på risiko- og beskyttelsesfaktorer som indikatorer på andre utviklingsmekanismer som kan øke individuell sårbarhet for rusmiddelbruk. Det er samspill mellom individuell sårbarhet og miljøer på mikronivå, som sosiale og mellommenneskelige interaksjoner, og miljøer på makronivå, som faktorer i lokalområdet og institusjonelle og samfunnsmessige faktorer. Dette samspillet kan enten utsette en person for risiko eller beskytter personen mot rusmiddelbruk og annen risikoatferd.

Rusmiddelbruk begynner vanligvis i sen barndom og ungdomsårene. Det er en prosess som omfatter mange ulike veier og som ikke har én enkelt årsak, men som hovedsakelig drives av beslutninger påvirket av indre biologiske faktorer og ytre, miljømessige og sosiale faktorer. Utviklingsteori er et viktig rammeverk for å forstå disse prosessene. Hver utviklingsfase, fra spedbarnsalder til voksen alder, er forbundet med progresjon i kognitive evner, språkferdigheter og emosjonell og psykologisk

fungering, samt fortsatt tilegnelse av sosial kompetanse og av personlig impuls kontroll (se vedlegg 2). Enhver vesentlig forstyrrelse i denne utviklingen kan, gjennom samspill med andre hendelser eller miljøfaktorer, føre til utvikling av rusmiddelproblemer og andre lidelser.

Studier av bakgrunnen for rusmiddelbruk og annen risikoatferd viser at rusmiddelbruk skyldes et samspill mellom individuelle personlige karakteristika, som genetisk predisposisjon, temperament og personlighetstype, forskjeller i hvordan man faktisk ser, hører og «føler» omgivelsene eller personene rundt en, og erfaringer utenfor individet.

Etiologimodellen (figur 4) viser disse interaksjonene, som er tosidig på både mikro- og makronivå. Denne modellen vil ligge til grunn for diskusjonene om årsakene til rusmiddelbruk i hvert kapittel.

Etter hvert som barn utvikler seg, utvider miljøene deres seg fra involvering på mikronivå, som familiemedlemmer, jevnaldrende og skole, til miljøer på makronivå. Makronivået omfatter både de fysiske og sosiale miljøene – det vil si både nabolaget og samfunnet, dets fysiske tilstand, samt holdninger, oppfatninger og atferd hos naboer og samfunnsmedlemmer.

I løpet av livet opplever individer viktige hendelser, som fødsel, å begynne på skolen, komme i puberteten, ta yrkesvalg, finne seg en partner og bli en forelder. På hvert stadium påvirkes de av familien, skolen, religiøse bånd, idrettsklubber, ungdomsorganisasjoner og jevnaldrende, som utgjør deres miljøer på mikronivå, og av samfunnet de lever i, som utgjør deres miljø på makronivå. Når viktige utviklingsmål ikke nås, risikerer barna å bli hengende etter i senere utviklingsfaser, og sannsynligheten for at de begynner med risikofylt og usunn atferd, øker. I hvilken grad disse utviklingsmålene nås, påvirkes av personens samspill med sine miljøer på mikro- og makronivå etter hvert som de vokser opp. Derfor fokuserer forebyggende tiltak på å håndtere sårbarhetene innenfor disse mikro- og makronivåene.

Sosialisering av barn er en av de viktigste funksjonene til familien, skolen og miljøet. Lærere, foreldre, besteforeldre og andre sosialiseringssagenter spiller en viktig rolle i denne prosessen. Barn trenger å lære hva som er akseptable holdninger, moralske verdier og atferd i deres kultur for å kunne bli ansvarlige voksne.

Disse miljøfaktorene på mikro- og makronivå kan enten beskytte individet mot risiko eller øke risikoen for sårbare individer. Forholdet går begge veier. Et barn kan for eksempel utvikle et vanskelig temperament kort tid etter fødselen og ha problemer med å tilpasse seg verden rundt seg. Barnet kan bli oppfattet som krevende og oppmerksomhetssøkende. Hvis foreldrene har vanskeligheter med å håndtere barnet, kan det senere få problemer med å håndtere nye miljøer, for eksempel på skolen, sammen med jevnaldrende og på arbeidsplassen. Men hvis foreldrene utvikler ferdigheter til å håndtere barnet på en hensiktsmessig og støttende måte, øker sannsynligheten for at barnet vil kunne tilpasse seg slike miljøer bedre.

Det samme gjelder effekten av samspill mellom miljøfaktorer på makronivå og individuelle faktorer. Et barn har for eksempel en nær relasjon til foreldrene sine, men bor i et fattig nabolag med mange forlatte hus. Arbeidsledigheten er høy, og det er en høy tetthet av butikker som selger alkohol og tobakk. På gata på dagtid henger det ungdommer, som av og til bruker rusmidler. Barnet må gå forbi disse ungdommene på vei til skolen. Til tross for sine kjærlige og støttende foreldre kan barnet etter hvert slutte seg til gruppen og bli eksponert for muligheter til å bruke rusmidler.

En annet samspill som kan påvirke sårbare individer, er interaksjon mellom makro- og mikronivået – ved at miljøet på makronivå påvirker miljøet på mikronivå. Studier har antydnet at slik interaksjon kan føre til både økning og reduksjon i rusmiddelbruken, både i befolkningsgrupper og hos enkeltpersoner. Forskning som har blitt gjennomført i Europa, antyder at det

etter den økonomiske krisen i 2008 var en økning på 0,7 prosent i cannabisbruken blant ungdom for hver prosent den regionale arbeidsledigheten økte (Ayllón og Ferreira-Batista, 2018). På individuelt nivå kan folk ha mindre disponibel inntekt som lønn eller lommepenger til å bruke på rusmidler, men når arbeidsledigheten går opp som følge av en økonomisk krise, kan folk ty til selvmedisinering på grunn av den økte sannsynligheten for å bli arbeidsledig eller på grunn av mangelen på muligheter i det lokale arbeidsmarkedet. Dette fører til økt bruk av rusmidler. Når jobbene er få og lønningene lavere, er det mindre sosialt ekskluderende å bruke tid på rusmidler i stedet for å jobbe eller lete etter arbeid enn når det er mange jobber å få og lønningene er høyere. Noen ganger må én eller begge foreldrene jobbe et annet sted enn på hjemstedet, noe som gjør at de ikke er regelmessig tilgjengelige for barna sine. Når barna dermed ikke blir fulgt opp av en ansvarlig og omsorgsfull voksen, kan de finne trøst i grupper som bruker rusmidler.

Det finnes ingen enkeltfaktor som alene kan forklare hvorfor rusmiddelbruk eller mer risikofylte bruksmønstre utvikles. Det er sannsynligvis en kritisk kombinasjon av både antall og type påvirkninger samt erfaringer som får en person til å krysse terskelen for å begynne å bruke rusmidler og utvikle en rusmiddellidelse. Terskelen kan nås gjennom ulike kombinasjoner av disse faktorene, og den kan være unik for hver enkelt person, avhengig av hvilke faktorer som er mest fremtredende i den enkeltes liv.

Sosialiseringssprosessen brukes i evidensbasert forebygging. Spesifikke typer forebyggende tiltak retter seg mot enkeltpersoner direkte eller gjennom miljøene deres. Dette betyr at tiltakene tar sikte på å endre en persons oppfatninger, holdninger og atferd direkte (for eksempel kan et skoleintervensjon ha som formål å motvirke gruppepress), hjelpe sosialiseringssagenter med å forbedre sine ferdigheter (bli en bedre forelder, bli en bedre lærer) eller endre settingen personen er i, slik at det blir vanskeligere for vedkommende å begynne med risikoatferd (man kan

for eksempel kreve legitimasjon ved kjøp av alkohol for å forhindre at mindreårige får tilgang til alkohol). Sosialiseringprosessen kompenserer for negative eksponeringer og fungerer som en primær positiv kraft i evidensbasert forebygging. Forskning har vist at det er mulig å hjelpe unge mennesker med å ta beslutninger om rusmiddelbruk som tar hensyn til vedkommende sin egen helse og velvære.

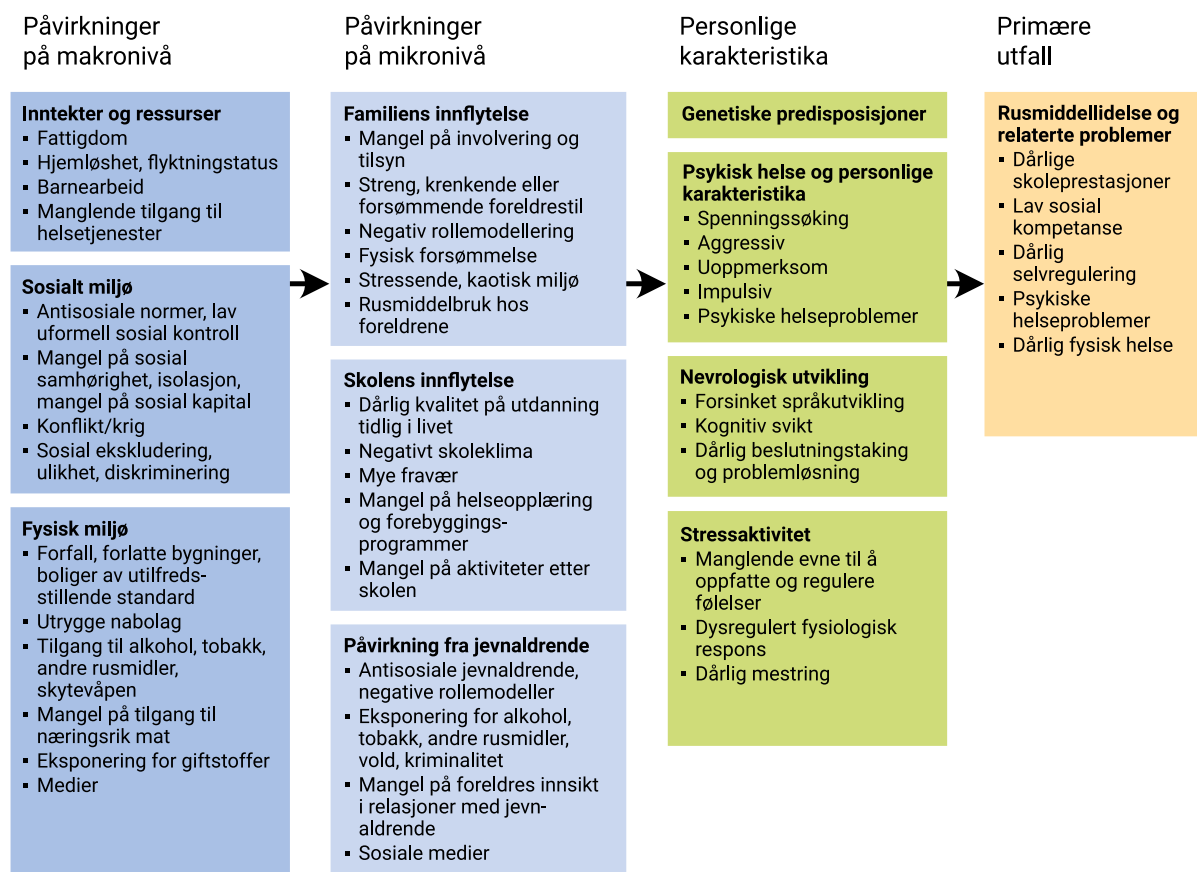
Slike forebyggende intervensjoner er også utformet for å hjelpe de som jobber med forebygging med å bli sosialiseringssagenter selv, ved å arbeide direkte med målgruppene i sosialiseringprosessen eller ved å lære opp foreldre, lærere og andre viktige sosialiseringssagenter. Målet er å forbedre deres sosialiseringferdigheter, som for eksempel oppdragerferdigheter og ferdigheter i klasseledelse.

Sårbarhetsmatrisen

Dette utviklingsrammeverket med flere nivåer fremhever hvordan en persons risikoutsatthet eller risikoene vedkommende eksponeres for, kan skyldes samspillet mellom personlige karakteristika og miljø. Nærmere bestemt definerer det risikofaktorer som er sentrale for rammeverket.

Tidligere i dette kapittelet diskuterte vi sårbarheten til unge mennesker som utsettes for sterke negative påvirkninger. Disse negative påvirkningene er risikofaktorer, det vil si individuelle (nevrobiologiske, psykologiske), miljømessige og sosiale faktorer som øker sannsynligheten for negative utfall. Hvilke risikofaktorer, inkludert rusmiddelbruk, som gjør seg gjeldende, og hvor mye de har å si, kan variere fra aldersgruppe til aldersgruppe. Risikofaktorer kan ha kumulative effekter, men påvirkes også av faktorer på

FIGUR 5
Risikofaktorer som kan tas tak i ved forebyggende intervensjoner



Kilde: Basert på UNODC, 2013

makro- og mikronivå, personlige karakteristika og miljøer knyttet til familie-, skole-, arbeidsplass- og samfunn.

Effektive forebyggende intervensjoner adresserer risikofaktorer før risikofylt atferd oppstår. Figur 5 gir eksempler på risikofaktorer fra hvert av disse miljøene som kan adresseres gjennom forebyggende intervensjoner.

Beskyttelsesfaktorer, det vil si faktorer som reduserer en persons sårbarhet, er karakteristikk som veier opp for eller motvirker eventuelle risikofaktorer som måtte være til stede. De reduserer med andre ord sårbarheten til unge mennesker. Eksempler på beskyttelsesfaktorer på de ulike nivåene er som følger:

- **For individer:** et balansert temperament og evne til selvregulering
- **For familier:** tilknytning til omsorgspersoner
- **For skoler:** utvikling av prososiale ferdigheter, for eksempel beslutningstaking og problemløsning, og engasjement i egen utdanning
- **For samfunn:** utdanningskvalitet og andre skolerelaterte faktorer, samt positive samfunnsnormer

Evidensbaserte intervensjoner som implementeres på ett utviklingsstadium, kan påvirke senere utviklingsstadier på måter som også fører til mer langsiktige effekter, og som gir positive utfall senere i livet. Med andre ord kan et positivt utfall få ringvirkninger til andre områder av livet og gi ekstra beskyttelse mot fremtidige risikofaktorer. For eksempel var effekter fra en av de evidensbaserte intervensjonene i UNODC-standarddokumentet, Good Behavior Game (GBG), at intervensjon ikke bare resulterte i redusert rusmiddelbruk, men også i en langsiktig reduksjon av psykiske helseproblemer over hele livsløpet.

Evidensbaserte intervensjoner som er rettet mot å forebygge rusmiddelbruk hos unge mennesker, har

vist seg å ikke bare redusere sannsynligheten for rusmiddelbruk senere i livet, men også å ha positive effekter på utfall de ikke var rettet mot. Forskning på det amerikanske programmet for foreldre og ungdommer Strengthening Families Program 10–14 viste for eksempel også (gjennom implementeringer i USA) tilleggseffekter i form av reduksjon i kriminell aktivitet, depresjon, angst og seksuell risikoatferd og forbedrede skoleresultater. «Tverrgående effekter» som skoleprestasjoner og reduksjon i atferdsproblemer bidrar til forbedret folkehelse og økonomiske gevinster for samfunnet. For å oppsummere, hjelper epidemiologiske og etiologiske studier de som jobber innen forebygging med å vurdere og beslutte:

- hvilket geografisk område man bør rette forebyggende intervensjoner inn mot
- hvilke rusmidler man bør rette seg inn mot – i noen befolkningsgrupper kan alkohol- og tobakksprodukter være et større problem enn cannabis
- hvem intervensjonene bør rettes mot, og hvilke grupper som synes å være mest utsatt, slik som barn av rusmiddelbrukere
- hvilken fase av livet intervensjonene skal rettes mot – hvis debutalderen er 14 år, bør intervensjonene begynne tidligere, for eksempel ved 12 års alder
- hvilke mål og budskap den forebyggende intervensjon skal ha – for eksempel adressere holdningene til bruk, normative oppfatninger om prevalensen av bruk og oppfatninger om risikoen forbundet med bruk (se kapittel 3)

Behovet for omfattende, tverrfaglige støttetjenester gjennom utviklingsfasene

For personer som jobber innen forebygging er det viktig å forstå at rusmiddelbruk kan starte som atferd med relativt lav risiko, men at bruken kan øke i omfang og hyppighet hvis den vedvarer, slik at sannsynligheten for å oppleve skader øker. Som vi har sett tidligere, kan rusmiddelbruk noen ganger

dominere brukernes liv, slik at de forsømmer andre sosiale aktiviteter og oppgaver, noe som kan føre til utvikling av sosiale problemer og helseproblemer. Ved å bruke risiko- og beskyttelsesfaktorene i etiologimodellen får vi en bedre forståelse av de ulike veiene individer kan ta mot å utvikle rusmiddelrelaterte problemer (figur 6), og vi blir i stand til å utvikle og målrette hensiktsmessige forebyggende (og behandlingsrelaterte og skadereduserende) intervensjoner.

Som vist i figur 6 er miljøfaktorer (på makro- og mikronivå), og i mindre grad personlige karakteristika, viktige determinanter for om noen vil begynne å bruke rusmidler. Dette inkluderer både faktorer som går umiddelbart forut for en episode med rusmiddelbruk, for eksempel tilgjengelighet av rusmidler eller et tilbud om å bruke dem, og muligens tidlige sårbarhets-/risiko- og beskyttelsesfaktorer som påvirker sunn utvikling og øker sannsynligheten for at rusmiddelbruk vil oppstå.

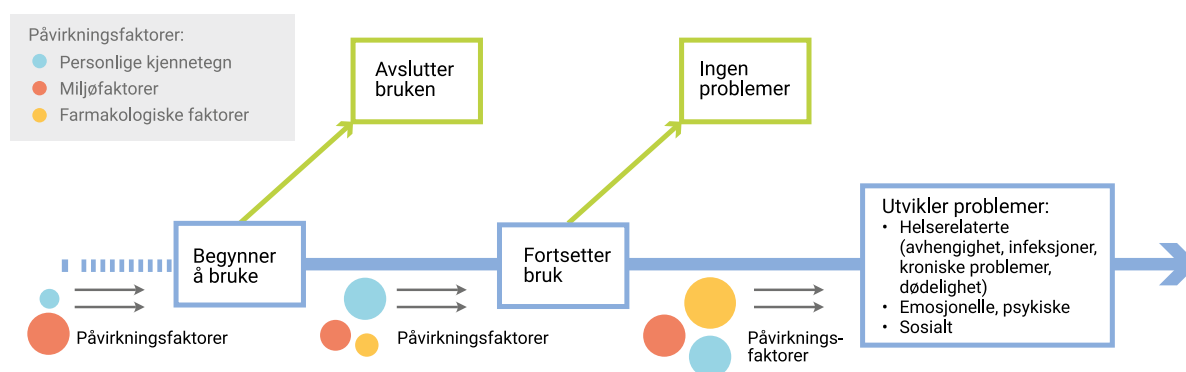
Som prevalensundersøkelser har antydnet, vil de fleste som begynner å bruke illegale rusmidler, ikke fortsette å bruke dem, og eksponeringen vil være begrenset til et lite antall episoder. En rekke tilleggsfaktorer skiller de som fortsetter å bruke rusmidler fra de som ikke gjør det, for eksempel hvordan de reagerer psykofarmakologisk på rusmiddelet, som hvilken subjektiv opplevelse stoffet gir, om de opplever bruken av rusmiddelet som givende og behagelig, og om det tjener et bestemt

formål, som å gjøre det lettere å sosialisere eller for å selvmedisinere et (opplevd) fysisk eller psykisk behov. Personer som fortsetter å bruke rusmidler, vil ikke nødvendigvis oppleve skader, og flertallet slutter å bruke rusmiddelet, selv etter lengre bruksperioder. Noen av de som fortsetter å bruke rusmidler, opplever imidlertid problemer knyttet til helse, emosjonell og psykologisk velvære, og sosial funksjon (inkludert kontakt med strafferettssystemet). Selektive og indikerte forebyggende intervensjoner, samt skadereduserende og behandlingsrelaterte intervensjoner, er spesielt viktige for å forhindre en overgang til mer skadelige bruksmønstre og for å redusere skader som følger av et slikt mønster.

Veiene og overgangene mellom ulike typer atferd knyttet til rusmiddelbruk blir noen ganger kalt «det naturlige forløpet» til rusmiddelbruk og rusmiddellidelser. Hvilke risiko- og beskyttelsesfaktorer som gjør seg gjeldende, og hvilke skader som kan oppstå, varierer mellom de ulike stedene på veien.

De faktorene som fikk en person til å begynne å bruke rusmidler, trenger ikke å være de samme som får vedkommende til å fortsette, og hvilke skader relatert til bruk vil variere tilsvarende. Det er også viktig å huske at de som for tiden ikke bruker rusmidler, ikke er en ensartet gruppe. Gruppen kan inkludere de som har eksperimentert med bruk eller har opplevd problematisk bruk tidligere.

FIGUR 6
Utvikling av rusmiddelbruk

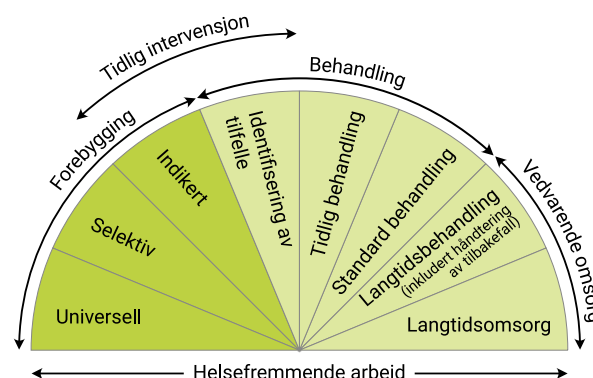


Det er derfor nødvendig med et bredt spekter av helhetlige tjenester – sosiale, emosjonelle, fysiske og yrkesrettede – for å møte behovene til personer som bruker rusmidler, uansett hvor de måtte være i sitt forløp (figur 7). Generelt retter forebyggende intervensjoner seg mot tre grupper.

- **Universell intervensjon og policyer:** Retter seg mot hele befolkningen eller alle medlemmer av en målgruppe, uavhengig av individenes risikonivå for spesifikke problemer, som rusmiddelbruk. Denne kategorien av intervensjoner omfatter de fleste skolebaserte lærerplaner og skolebaserte og miljørettede policyer som vi skal se nærmere på senere.
- **Selektive intervensjoner:** Retter seg mot sårbare grupper, hvor rusmiddelbruk ofte er utbredt. De fokuserer på å forbedre den enkeltes muligheter under vanskelige levekår og sosiale forhold. Denne kategorien inkluderer også skole- og familiebaserte intervensjoner, og policyer som bidrar til at barn fullfører skolegangen.
- **Indikerte intervensjoner:** Retter seg mot enkeltpersoner og hjelper dem med å håndtere sine personlighetstrekk og risikofaktorer som gjør dem mer sårbare for økt rusmiddelbruk.

Mens universelle intervensjoner kan rettes mot målgrupper som enda ikke har begynt å bruke rusmidler, kan selektive og indikerte forebyggende intervensjoner implementeres på alle overgangspunkter.

FIGUR 7
Ulike tilnærminger til håndtering av rusmiddelbruk



Kilde: Tilpasset fra Mrazek og Haggerty, 1994

Korte intervensjoner (eller «tidlig intervensjon») er knyttet til indikert forebygging og er ikke utbredt i europeisk forebyggingspraksis, selv om de er mer vanlig når det gjelder alkoholbruk. Korte intervensjoner har som mål å forebygge eller utsette rusmiddelbruk og hindre at det utvikler seg rusmiddelproblemer. Disse intervensjonene er tidsbegrensede og opererer, som vist i figur 7, i overgangsområdet mellom forebygging og behandling. De retter seg typisk mot unge mennesker eller personer som er i risikosonen (EMCDDA, 2017b).

Kapittel 2

Grunnlag for forebyggingsvitenskap og evidensbaserte forebyggende intervensjoner

- 40 Definisjoner og prinsipper
- 42 Teoretisk grunnlag for forebygging
- 46 Struktur, innhold og gjennomføring

KAPITTEL 2

Grunnlag for forebyggingsvitenskap og evidensbaserte forebyggende intervensjoner

Dette kapitlet presenterer begrepene «evidensbasert praksis» og «beste praksis», da disse bringer med seg viktige forskjeller i tilnærming til forebyggende arbeid. Det gir også en oversikt over viktige teorier, fremhever noen av de populære teoriene, og introduserer atferdsendringshjulet, som er en måte å klassifisere typer forebyggende intervensjoner og policyfunksjoner på. Til slutt introduserer kapitlet konseptet om tilpasning av intervensjoner og viktigheten av metodetroskap ved implementering.

Definisjoner og prinsipper

Rusmiddelforebygging har som mål både å hindre at folk begynner å bruke rusmidler, og å hjelpe de som allerede har begynt, med å unngå å utvikle problemer. Rusmiddelforebygging har imidlertid et bredere formål: å holde folk sunne og trygge, og hjelpe dem med å realisere sine talenter og sitt potensial. Utforming og gjennomføring av effektive evidensbaserte responser på rusmiddelproblemer er

et sentralt element i europeisk rusmiddelpolitikk og omfatter en rekke intervensjoner.

Så hva betyr evidensbasert forebygging? Her er en definisjon fra Evidence Based Practice Institute ved University of Washington (2012): «Evidensbasert praksis er bruk av systematiske beslutningsprosesser eller tjenester som, gjennom tilgjengelig vitenskapelig bevis, konsekvent har vist seg å forbedre målbare utfall på individnivå. I stedet for å basere beslutninger på tradisjon, magefølelse eller enkeltobservasjoner baserer evidensbasert praksis seg på data samlet inn gjennom eksperimentell forskning og beskrivelser av kjennetegn ved individer og klinisk ekspertise.»

Det er to viktige aspekter ved denne definisjonen. Det ene er systematisk beslutningstaking ved hjelp av vitenskapelig evidens som er forbundet med forbedrede eller positive utfall. Det andre er bruk av data samlet inn gjennom rigorøs eksperimentell forskning. Dette er utfordrende spørsmål, men en generell forståelse av kompleksiteten er nødvendig for å forstå hvorfor ekspertene ofte – og helt legitimt – er uenige om hvilke forebyggende programmer og praksiser som kan kalles «evidensbaserte», og hvilke som snarere bør kalles «lovende» eller «beste praksis».

Definisjonen av «beste praksis» som brukes av EUDA på deres hjemmeside er «den beste anvendelsen av tilgjengelig evidens på nåværende aktiviteter i rusmiddelfeltet».

EUDA fortsetter med å si:

- **Relevans:** Evidens for effektivitet bør være relevant for problemene og utfordringene som de som er berørt av rusmiddelbruk står overfor, inkludert fagfolk, policyutformere, rusmiddelbrukere og deres familier.
- **Åpenhet, pålitelighet og overførbarhet:** Alle metoder for å fastslå beste praksis skal oppfylle disse kriteriene.
- **Helhetlig vurdering av evidens:** All relevant evidens bør tas i betraktning.
- **Avveining i beslutningsprosessen:** Både evidens for effektivitet og gjennomførbarhet av implementering bør vurderes.

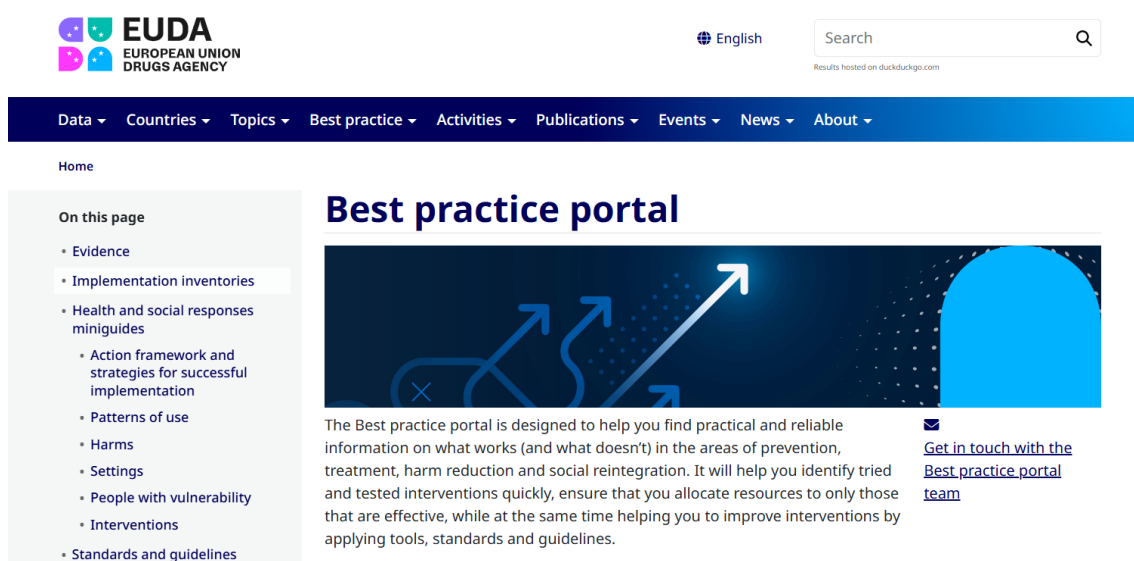
Forebyggingsforskere og -praktikere har samlet en mengde informasjon som har bidratt til utvikling og gjennomføring av effektive forebyggende intervensjoner og policyer for rusmiddelbruk og en rekke andre typer atferd. EUDA har samlet mange av disse intervensjonene på sitt nettsted (figur 8), hvor du kan finne informasjon om beste praksis for ulike settinger, typer rusmidler og behandlinger – se https://www.euda.europa.eu/best-practice_en.

European Society for Prevention Research definerer forebyggingsvitenskap som «en tverrfaglig innsats for å vurdere etiologi, epidemiologi, utforming av intervensjoner, effektivitet og implementering for å forebygge en rekke helsemessige og sosiale problemer»⁸. Slike problemer omfatter, men er ikke begrenset til, rusproblemer, seksuell uhelse og tenåringsgraviditet, HIV/AIDS, vold, ulykker, selvmord, psykiske lidelser, kriminalitet, overvekt, dårlig kosthold/ernæring, mangel på trening og kronisk sykdom. Et fellestrekk er at atferd er en determinant for dårlig helse og helseulikhet.

Atferdsmessige risikofaktorer er viktige årsaker til ikke-smittsomme sykdommer.

Forebyggingsvitenskap omfatter systematiske studier av intervensjoner for å redusere insidensen av maladaptiv atferd og for å fremme adaptiv atferd i populasjoner. Dette krever kompetanse i en rekke teoretiske og metodiske tilnærminger med det formål å drive forskning innen sosiale og samfunnsmessige systemer som familien, helse og utdanning, arbeidsplassen, samfunnet, sosial velferd, miljøplanlegging, bydesign og finanspolitikk.

FIGUR 8
EUDAs portal for beste praksis



⁸ <https://www.euspr.org/prevention-science/>

Det amerikanske Society for Prevention Research har gitt veiledende prinsipper for forebyggingsfeltet. Disse prinsippene danner grunnlaget for EUPC og understreker viktigheten av følgende faktorer for vellykket forebyggingsarbeid:

- **Utviklingsfokus:** Forebygging må ta hensyn til at faktorer som påvirker atferd endrer seg gjennom ulike livsfaser. Barn og unge står overfor utviklingsmessige eller aldersrelaterte oppgaver som må mestres etter hvert som barna vokser opp (se vedlegg 2). Manglende mestring kan på visse utviklingsstadier føre til lidelser eller risikofylt atferd. Dette må tas i betraktning når vi velger forebyggende intervensjoner for våre samfunn.
- **Målgruppens utviklingsepidemiologi:** Det er viktig å anerkjenne hvordan ulike overganger mellom ulike aldersfaser eksponerer barn for ulik risiko, som overgangen fra å tilbringe mesteparten av tiden hjemme til å være på skolen, og senere bli mer selvstendig og flytte hjemmefra. Vi må også anerkjenne at det er ulike faktorer knyttet til rusmiddelbruk innenfor og på tvers av populasjoner, det vil si at de prosessene som fører til at noen begynner å bruke rusmidler og fortsetter å bruke de, varierer mellom individ, grupper og populasjoner.
- **Transaksjonelle og økologiske faktorer:** Miljøet påvirkninger på våre oppfatninger, verdier, holdninger og atferd. Dette inkluderer samspillet mellom personlige karakteristikk, familie, skole, samfunn og det videre sosiopolitiske og fysiske miljøet. Disse interaksjonene er gjensidig avhengige og påvirker hverandre.
- **Menneskelig motivasjon og endringsprosesser:** Forståelsen av hva som motiverer atferdsendring hos enkeltpersoner og i miljøer er sentrale for å designe effektive intervensjoner. Atferd og beslutninger påvirkes av mange faktorer, inkludert valg om bruk av rusmidler eller deltakelse i annen risikofylt atferd.
- **Forebyggingsvitenskapens tverrfaglighet:** Effektiv forebygging krever multidisiplinære team

med ulik ekspertise. Dette gjør det mulig å adressere komplekse utfordringer som forebyggingsvitenskapen søker å løse.

- **Profesjonelle etiske standarder:** Forebygging bygger på verdier, som er grunnleggende oppfatninger en person anser for å være sanne og fungerer som veiledende prinsipper. Verdiene styrer beslutninger i sentrale livsarenaer som familien, skolen og arbeidsplassen. Det involverer også samfunnet, der politikk og lover regulerer ønsket og antisosial/ulovlig atferd.
- **Kontinuerlig tilbakekobling:** Samspillet mellom teori og empiriske undersøkelser er nødvendig for å forstå mekanismer som forklarer atferdsutfall. Epidemiologiske undersøkelser og evalueringer av forebyggende intervensjoner gir grunnlag for å forbedre både teori og praksis.
- **Folkehelse som visjon:** Forebyggingsvitenskapen kan forbedre folkehelsen gjennom samarbeid mellom forebyggingsforskere og praktikere. Dette samarbeidet utnytter kollektive ferdigheter og ekspertise for å skape bedre løsninger.
- **Sosial rettferdighet:** Helse er en menneskerett. Sosial rettferdighet handler om å forstå hvorfor enkelte befolkningsgrupper bærer en uforholdsmessig stor byrde når det gjelder sykdom, funksjonshemming og død. Forebygging må adressere disse ulikhetene gjennom målrettede programmer, systemer og politiske tiltak som går til kjernen av problemet.

Teoretisk grunnlag for forebygging

Flere viktige teorier har bidratt til utviklingen av evidensbaserte forebyggende intervensjoner og forskningsmål. Når forebyggingsforskere og -praktikere snakker om teori, refererer de til et sett med sammenkoblede konsepter som brukes til å beskrive, forklare og forutsi hvordan ulike aspekter av menneskelig atferd er relatert til hverandre. Teorier bygger ofte på empiriske data eller forskningsresultater og finjusteres gjennom kontinuerlig forskning.

TABELL 2

Noen viktige forebyggingsteorier

Teori	Innhold
Generelle teorier	
Banduras Social Learning Theory (1977)	Mennesker lærer atferd ved å observere andre og etterligne og modellere disse atferdene
Jessor og Jessors Problem Behavior Theory (1977)	Flere typer risikoatferd har samme eller felles rot eller base, og disse påvirkes av samspillet mellom individet og miljøet
Bronfenbrenners Ecology of Human Development (1979)	Systemer eller kontekster utenfor individet og hvordan de påvirker individuell atferd
Ajzens Theory of Planned Behavior (1991)	Det er en sammenheng mellom holdninger og atferd, og atferd styres av tre sett oppfatninger/holdninger: <ul style="list-style-type: none"> ■ oppfatninger om utfallet eller konsekvensene av atferden ■ oppfatninger om andres normative forventninger til atferden (eller atferdens sosiale akseptabilitet) ■ oppfatninger om hva som hindrer, og hva som forsterker atferden
Teorier som spesifikt gjelder forebygging	
Flay og Petraitis' Theory of Triadic Influence (2003)	Tre faktorer bidrar til risikoatferd: <ul style="list-style-type: none"> ■ kulturelle faktorer (for eksempel oppfattet toleranse for alkoholbruk hos ungdom) ■ sosiale eller interpersonlige faktorer (for eksempel å ha foreldre som bruker rusmidler) ■ intrapersonlige faktorer (for eksempel dårlig impuls kontroll)
Hawkins et al.s Risk og Protective Factors (1992)	Risiko for rusmiddelbruk avhenger dels av samfunnsmessige og kulturelle faktorer, det vil si de juridiske og normative forventningene til atferd, dels av intra- og interpersonlige faktorer (familie, skole og jevnaldrende).
Catalano et al.s Positive Youth Development (1999)	Det er viktig å styrke positiv utvikling.
Werner og Smiths Resilience Theory (1982)	Noen har spesielle evner til å tilpasse seg stressende situasjoner og hendelser
Biglan og Hinds Nurturing Environments (2009)	Teorien kombinerer mange aspekter av de andre teoriene og fokuserer på risikoreduksjon og fremming av motstandskraft og andre positive egenskaper.

Et viktig skritt i utviklingen av en evidensbasert intervensjon er å velge et teoretisk rammeverk for intervensjonen. Et slikt rammeverk:

- gir en forståelse av miljø- og/eller atferdsmessige faktorene som er knyttet til et spesifikt helseproblem
- tydeliggjør mulige mekanismer for å oppnå ønskede resultater
- bidrar til å velge en intervensjonsstrategi eller -tilnærming som vil kunne oppnå disse målene (Bartholomew og Mullen, 2011)

Innen forebyggingsfeltet finnes det teorier om etiologi (årsaker til rusmiddelbruk), menneskelig utvikling og menneskelig atferd. Teorier om menneskelig atferd som anvendes i forebyggende intervensjoner, inkludert både de som forklarer hvordan mennesker lærer, og de som fokuserer på hvordan atferd kan endres, særlig atferd med helsemessige og sosiale risikoer, som rusmiddelbruk.

Forebyggingsvitenskapen bygger i stor grad på teorier utviklet på andre felt, som atferdsøkonomi, nevropsykologi og atferdsvitenskap.

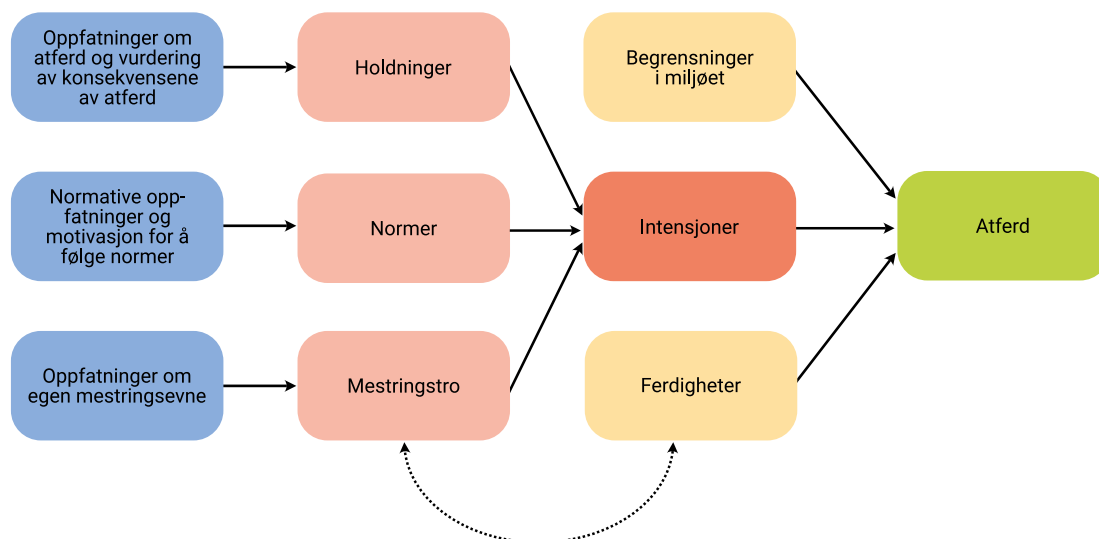
Tabell 2 gir en oversikt over noen av de teoriene som har betydning for forebygging, samt noen teorier som er unike for forebyggingsvitenskapen.

Det er viktig å kjenne til disse teoriene, da de gir en forståelse av hvordan effektive intervensjoner er utviklet basert på empirisk fundert teori. En av de mest brukte teoriene innen forebyggingsvitenskap er teorien om planlagt atferd (theory of planned behaviour, TPB; Figur 9). TPB er tatt med nedenfor som et eksempel på hvordan teori kan legges til grunn for utvikling av og innhold i intervensjoner.

Faktorene som vurderes i TPB inkluderer følgende:

- holdninger til atferden – hvordan man oppfatter de positive eller negative konsekvensene av atferden, og hvilken verdi man tillegger disse konsekvensene. For eksempel kan man spørre seg: «Hva skjer hvis jeg røyker sigaretter? Hva er helsekonsekvensene? Er disse konsekvensene reelle? Hvordan vil det påvirke livet mitt og de rundt meg?»
- oppfatninger om atferdens konsekvenser og subjektive normer, formidlet gjennom innflytelsesrike andre. Man spør seg for eksempel: «Hva vil foreldrene mine si hvis jeg begynner å røyke? Hva vil vennene mine si?»

FIGUR 9
Teorien om planlagt atferd (TPB)

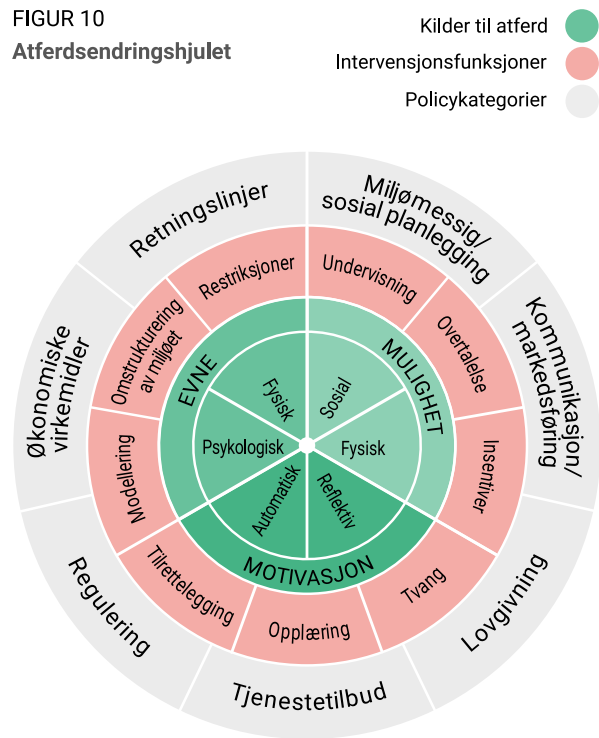


- oppfatninger om hvilke ferdigheter som kan hindre eller legge til rette for atferden, og i hvilken grad man selv kan kontrollere den. For eksempel kan man spør: «Er jeg i stand til å motstå alkohol på festen til vennen min?»

Samspillet mellom disse komponentene påvirker individets intensjon om å utføre en atferd, som for eksempel rusmiddelbruk, og avgjør om individet har nødvendige ferdigheter og ressurser for å gjennomføre handlingen. Neste steg i utviklingen av et teoretisk grunnlag for en intervensjon er å sette konkrete mål.

Utfordringen med å utvikle en teoribasert intervensjon ligger i å omsette teori til praksis. Hvordan går man fra identifiserte mål til å skape effektive intervensjoner og policyer? Et nyttig verktøy i denne prosessen er atferdsendringshjulet (The Behaviour Change Wheel), utviklet av Susan Michie et al. (2011).

FIGUR 10
Atferdsendringshjulet



Kilde: Michie et al., 2011

Eksempel: Program X

La oss bruke dette eksemplet på en skolebasert forebyggende intervensjon for å se hvordan teorien kan informere utviklingen av en intervensjon. Her har vi et hypotetisk program X: et evidensbasert forebyggingsprogram i skolen. Hvilke kjennetegn bør vi forvente at denne intervensjon har?

Det første forebyggingsmålet fra TPB-modellen er holdninger til atferden og dens konsekvenser, samt oppfatninger av konsekvensene av rusmiddelbruk for ungdom i målgruppen og normative oppfatninger (oppfatninger av hvor vanlig rusmiddelbruk er blant jevnaldrende). Disse holdningene og oppfatningene vil hjelpe målgruppen med å ta beslutninger om bruk av rusmidler. Generelt vil målgruppen ha en intensjon om ikke å bruke rusmidler. Når de tar den beslutningen, vil deltakelse i intervensjonen hjelpe dem med å utvikle ferdighetene som støtter denne avgjørelsen. Dette kan omfatte ferdigheter som

kommunikasjon og motstandsevne, og kan også inkludere andre livsferdigheter knyttet til å oppnå prososiale og positive mål.

Intervensjonen hjelper elevene med å oppnå disse målene ved å oppmuntre dem til å innhente informasjon og bruke beslutningstaking og andre ferdigheter til å tolke denne informasjonen og bruke den i sine egne liv. Dette kan gjøres gjennom aktiviteter i små grupper og i diskusjonsgrupper.

Intervensjonen må gjøre mer enn å øke oppfattelsen av egen evne til å motstå rusmiddelbruk. En godt intervensjoner vil oppnå dette ved å lære deltakerne atferdsstrategier gjennom modellering, ferdighetstrening, veiledet praksis med tilbakemelding og forsterkning.

Verktøyet bygger på den overordnede COM-B modellen (capability, opportunity, motivation - behaviour), som fastslår at atferd er et resultat av hva som hindrer eller fremmer individets evne, mulighet og motivasjon. COM-B-modellen reflekterer de mulige kildene til atferd, som er synlige i den innerste sirkelen i atferdsendringshjulet (figur 10).

Den grønne sirkelen i hjulet reflekterer de grunnleggende determinantene for atferd:

- **Motivasjon:** omfatter både automatiske og reflekterende prosesser som påvirker beslutningen om å utføre en handling.
- **Evne:** handler om å være både psykisk og fysisk i stand til å gjennomføre en handling.
- **Mulighet:** refererer til de ytre forholdene i individets sosiale og fysiske miljø som legger til rette for eller begrenser mulighetene til å utføre en handling.

Ved å kartlegge disse determinantene, kan atferdsendringshjulet hjelpe til med å identifisere drivkrefter bak atferd, og dermed legge grunnlaget for å planlegge forebyggende arbeid.

Atferdsendringshjulet kan ikke nødvendigvis peke på hvilke spesifikke intervensjoner som bør implementeres, men det er nyttig verktøy for å vurdere hvilke tilnærminger som kan være hensiktsmessig, og hvordan den kan utformes for å oppnå best mulig effekt.

Den røde sirkelen i hjulet viser hensiktsmessige intervensjonsmetoder som retter seg mot atferdsdeterminantene, mens den grå sirkelen viser hvilke mekanismer på politisk nivå som kan støtte gjennomføringen av disse intervensjonene.

Struktur, innhold og gjennomføring

Det er tre viktige aspekter ved forebyggende intervensjoner: struktur, innhold og gjennomføring. Alle tre aspektene styres av teori.

Den strukturelle komponenten gjenspeiler hvordan den forebyggende intervensjonen eller policyen er organisert og strukturert, som antall og lengde på leksjonene (for eksempel: Skal Program X bestå av 10, 15 eller 20 leksjoner? Hvor lange skal leksjonene være – 30 minutter, 45 minutter? Skal de gjennomføres over en uke eller flere uker?).

Kategorien «innhold» er relatert til målene for intervensjonen og hvilke typer informasjon, ferdigheter og policyer som brukes for å oppnå de ønskede målene. For eksempel så kan intervensjonen bidra til utvikling av sosiale normer, gi ferdigheter i å motstå gruppepress og samtidig inkludere opplæring i familiekommunikasjon.

Kategorien «gjennomføring» fokuserer på hvordan intervensjonen eller policyen skal implementeres, og hvordan den forventes å bli mottatt av målgruppen. Eksempler på dette aspektet av intervensjoner kan være å bruke interaktive instruksjonsmetoder for ungdom og voksne, å tilby foreldreveiledning på tidspunkt som passer for familiene, og å monitorere implementeringen av en intervensjon eller en policy for å sikre troskapen til intervensjonens kjerneelementer.

Målgrupper

Med utgangspunkt i etiologimodellen som er diskutert ovenfor, kan vi identifisere flere nøkkelområder der en intervensjon kan være effektiv med tanke på å forebygge utviklingen av oppfatninger, holdninger og atferd som kan føre til rusmiddelbruk og relatert risikoatferd. Disse intervensjonspunktene retter seg både mot enkeltpersoner direkte og mot deres miljøer på mikro- og makronivå. Gjennom dette pensumet, og i løpet av EUPC-kurset, vil du lære om forebyggende intervensjoner som rettes mot foreldre, lærere, barn og ungdom – og som involverer familie, skole og samfunn.

Når intervensjonen/policyen målrettes, er en rekke faktorer viktige:

- **Alder:** Alder er relatert til utviklingsmessig kompetanse, risikoeksponering og alvorlighetsgraden av rusmiddelbrukens konsekvenser. Alder er også et verktøy for målrettede intervensjoner og bør tas i betraktning ved planlegging av gjennomføring. I skolebasert forebygging har ulike typer aktivitet vist seg å være mer effektive for ulike alders- og utviklingsgrupper. Samfunn og kulturer kan også være forskjellige når det gjelder hvilke typer atferd de anser som akseptable for ulike aldersgrupper. Foruten lover som fastsetter aldersgrenser for kjøp av varer som alkohol, kan for eksempel alkoholbruk under tilsyn ved viktige familieanledninger være akseptabelt for eldre ungdommer, men ikke for yngre barn.
- **Kjønn:** Kjønn kan spille en rolle for om en person anses som «utsatt for risiko», og kan være viktig for settingen der intervensjonen finner sted. Videre kan samfunn og kulturer ha ulike forventninger til kvinner og menn som det må tas hensyn til i intervensjonen. Det er imidlertid viktig at forebyggende intervensjoner ikke forsterker uhensiktsmessige kjønnsstereotyper som tillater visse typer helseskadelig atferd hos menn, men ikke hos kvinner.
- **Geografisk beliggenhet:** Geografisk beliggenhet er viktig, ikke bare når det gjelder hvilke rusmidler som kan være tilgjengelige, men også for hvilke ressurser og støttetjenester som kan være lett tilgjengelige.
- **Rekkevidde:** Med rekkevidde menes i hvilken grad intervensjonen eller policyen er ment å nå ulike grupper.
- **Sårbarhet og risiko:** Fokuset i en intervensjon eller en policy være populasjoner med varierende grad av sårbarhet og risiko.

For å identifisere målgruppen og deres spesifikke behov må vi utføre en behovsanalyse, som vil drøftes i kapittel 3.

Kapittel 3

Evidensbaserte forebyggende intervensjoner og policyer

- 50 De internasjonale standardene for rusmiddelforebygging
- 55 Europeiske kvalitetsstandarder for rusforebygging
- 63 Skreddersydde evidensbaserte programmer

KAPITTEL 3

Evidensbaserte forebyggende intervensjoner og policyer

Dette kapitlet gir en mer inngående oversikt over to viktige dokumenter som utgjør hovedgrunlaget for EUPC.

Det første dokumentet er International Standards on Drug Use Prevention (UNODC, 2013)⁹, som oppsummerer vitenskapen som ligger til grunn for evidensbaserte forebyggende intervensjoner og policyer for å forebygge eller redusere rusmiddelbruk. Standardene ble utviklet av UNODC og Verdens helseorganisasjon i samarbeid med forebyggingsforskere, fagfolk innen forebygging og beslutningstakere fra hele verden. I tillegg gir vi informasjon om registre over evidensbaserte programmer. Disse kan brukes til å finne og velge passende evidensbaserte intervensjoner for din setting, i samsvar med anbefalingene i UNODC-standardene.

Det andre dokumentet er European Drug Prevention Quality Standards (EDPQS) som er publisert av EUDA. EDPQS er et europeisk rammeverk for gjennomføring av rusmiddelforebygging av høy kvalitet. I motsetning til de internasjonale standardene, som fokuserer på innholdet, strukturen og de mest hensiktsmessige instruksstrategiene for intervensjonen, fokuserer EDPQS på hvordan man planlegger, velger og implementerer forebyggende intervensjoner for å sikre kvalitet (EMCDDA, 2013a).

De internasjonale standardene for rusmiddelforebygging

International Standards on Drug Use Prevention ble utviklet for å oppsummere funnene fra forebyggingsforskningen og identifisere de viktigste kjennetegnene ved evidensbaserte intervensjoner og policyer som har vist seg å redusere rusmiddelbruk.

Målet med de internasjonale standardene er å hjelpe beslutningstakere med å fremme intervensjoner eller policyer som har vist seg å være effektive gjennom grundig forskning. Videre gir de opinionsdannere, beslutningstakere, forebyggingsforskere og andre som forstår betydningen av effektiv forebygging, muligheten til å planlegge effektive forebyggingsprogrammer for sitt samfunn.

En ekspertgruppe utnevnt av UNODC gjennomførte en systematisk gjennomgang av litteraturen om rusmiddelforebygging. De valgte ut de mest relevante artiklene og studiene, og kategoriserte dem basert på metodene som ble brukt for å vurdere resultatene av de forebyggende intervensjonene. Det ble utviklet en skala for angivelse av kvalitet på evidens med verdiene «utmerket» (fem stjerner), «svært god» (fire stjerner), «god» (tre stjerner), «tilstrekkelig» (to stjerner) og «begrenset» (én stjerne).

Etter fullførte analyser ble artiklene og studiene kategorisert etter tre dimensjoner som beskriver de gjennomgåtte rusmiddelforebyggende intervensjonene og policyene:

⁹ Andre utgave publisert i mars 2018.

- **Aldersrelaterte utviklingsperioder:** sped- og småbarnsalder, sen barndom, tidlig og sen ungdomstid og voksen alder
- **Setting:** konteksten intervensjonen eller policyen implementeres: familie, skole, arbeidsplass eller samfunn
- **Målgruppe:** universell, selektiv eller indikert

Nedenfor presenteres en kort beskrivelse av funnene for hver aldersrelatert utviklingsperiode. Ved å bruke et rammeverk for menneskelig utvikling, anerkjenner de internasjonale standardene at individer i ulike utviklingsstadier (sped- og småbarnsalder, sen barndom, tidlig og sen ungdomstid og voksen alder) har ulike behov og reagerer på forskjellige typer opplæringsstrategier.

Videre anerkjenner standardene at intervensjoner og policyer kan implementeres i ulike settinger, som familien, skole, arbeidsplassen eller samfunn, og at de kan rettes både mot personer som påvirker livene til individer (foreldre, lærere, arbeidsledere), eller individet selv.

I tillegg anerkjenner standardene at det er viktig å ta hensyn til graden av risiko innenfor ulike målgrupper (universelle, selektive eller indikert) for at intervensjonene skal kunne gjennomføres på en egnet måte.

Sped- og småbarnsalder inkluderer barn opp til 6 år, og som vist i tabell 3, ble det funnet at tre typer intervensjoner hadde en viss effekt på denne aldersgruppen, selv om kvaliteten på evidensen varierte mellom dem.

TABELL 3

Evidensbaserte forebyggende intervensjoner i sped- og småbarnsalder

Intervensjoner	Risikonivået intervensjonen er rettet mot	Indikasjon på effekt
Intervensjoner rettet mot gravide kvinner med rusmiddellidelser	Selektiv Risikogrupper	★ Begrenset
Hjemmebesøk hos gravide og nybakte mødre	Selektiv Risikogrupper	★★ Tilstrekkelig
Førskoleopplæring	Selektiv Risikogrupper	★★★★ Svært god

Intervensjoner rettet mot gravide kvinner med rusmiddellidelser hadde begrenset evidens for effekt. Studiene som hadde gode resultat, gjaldt intervensjoner som ble gjennomført av utdannet helsepersonell. Innholdet i de effektive intervensjonene inkluderte:

- farmakologisk og/eller psykososial terapi tilpasset pasientens behov
- behandling av eventuelle åpenbare komorbide fysiske og/eller psykiske lidelser
- opplæring i mestring av foreldrerollen for å fremme varm tilknytning
- tjenester som ble gitt innenfor et integrert behandlingsmiljø

Intervensjoner som involverer hjemmebesøk hos gravide og nybakte mødre med ulike utfordringer, ble vurdert å ha tilstrekkelig evidens for effekt når de:

- ble gitt av helsepersonell opplært i å tilby disse tjenestene innenfor den anbefalte strukturen, som inkluderte regelmessige besøk til barnet var 2 år, først annenhver uke og deretter én gang i måneden
- tilbød opplæring i grunnleggende foreldreferdigheter
- ga mødrene behovstilpasset støtte når det gjaldt fysisk og psykisk helse, bolig, mat og arbeid

Dette er intervensjonstyper som kan integreres i andre, eksisterende programmer for nybakte mødre eller i helseprogram for nyfødte eller spedbarn.

Selektive førskoleopplæringer som retter seg mot barn i alderen 2 til 5 år som bor i vanskeligstilte miljøer, har vist seg å ha god evidens for effekt. Slike intervensjoner påvirker ikke bare bruken av cannabis i ungdomsårene, men forebygger også annen risikoatferd og fremmer skoleprestasjoner, sosial inkludering og psykisk helse.

Det var flere viktige aspekter ved disse intervensjonene:

- De krever at ansatte og rådgivere gjennomgår opplæring før de kan gjennomføre intervensjonene.
- De legger vekt på utvikling av kognitive, sosiale og språklige ferdigheter, og forbereder barna på skolen, deres rolle som elever og faglige utfordringer.
- De består av daglige økter over lengre perioder.

Med sen barndom menes barn i alderen 6 til 10 år. For denne aldersgruppen ble intervensjonene vist i tabell 4 funnet å ha fra «tilstrekkelig» til «svært god» evidens for effekt. Tre intervensjoner var rettet mot universelle grupper og én mot selektive eller risikoutsatte grupper, selv om tilnærmingene for å holde barn på skolen primært fokuserte på risikoutsatte barn.

Intervensjoner som styrker foreldrerollen, gir støtte til foreldre og forbedrer deres oppdragerstiler og

ferdigheter. Slike intervensjoner har vist seg å være effektive både for den generelle barnepopulasjon og for risikoutsatte barn. Det er sterk evidens for intervensjoner som styrker foreldrerollen i denne utviklingsperioden. Innholdet i intervensjonene som ble funnet å gi positive utfall, fokuserte på å styrke familiebånd og gi foreldre og omsorgspersoner nødvendige ferdigheter til å:

- gi barna en oppdragelse preget av varme
- sette grenser for atferd
- følge med på fritids- og vennskapsmønstre
- utøve en positiv og utviklingsmessig passende disiplin
- engasjere seg i barns læring og skolegang
- bli gode rollemodeller

Intervensjoner for styrking av foreldrerollen med positive utfall inkluderte flere interaktive økter som involverte både foreldre og barn. Igjen hadde alle fagpersonene fått særskilt opplæring.

De intervensjonene som ikke hadde effekt, eller som ga negative utfall, var de som kun fokuserte på barnet, eller som primært ble gjennomført i form av forelesninger og foredrag. Det ble også funnet at intervensjoner som bare ga foreldre eller omsorgspersoner informasjon om rusmidler, eller som undergravde foreldrenes autoritet, resulterte i enten ingen eller negative utfall.

TABELL 4

Evidensbaserte forebyggende intervensjoner i sen barndom

Intervensjoner	Risikonivået intervensjonen er rettet mot	Indikasjon på effekt
Programmer for styrking av foreldrerollen	Universell og selektiv Generell befolkning og risikogrupper	★★★★ Svært god
Opplæring i personlige og sosiale ferdigheter	Universell Generell befolkning	★★★ God
Programmer for forbedring av klasseroms miljø	Universell Generell befolkning	★★★ God
Policyer for å holde barn på skolen	Selektiv Risikogrupper	★★ Tilstrekkelig

Intervensjoner for utvikling av personlige og sosiale ferdigheter gjennomføres vanligvis i en skolesetting. Evidensen for effekt er god. Disse intervensjonene gir barn mulighet til å lære ferdigheter som hjelper dem med å håndtere en rekke situasjoner som oppstår i hverdagen. De støtter utviklingen av generell sosial kompetanse og tar tak i normative oppfatninger og holdninger til rusmidler og rusmiddelrelatert atferd.

Dette er i stor grad intervensjoner som:

- gjennomføres med interaktive metoder av særskilt opplærte lærere
- har hovedfokus på ferdighetsutvikling, spesielt mestringsferdigheter og personlige og sosiale ferdigheter
- vanligvis gjennomføres i løpet av de første skoleårene, og som i høy grad involverer elevene
- består av en serie økter
- styrker lærernes kompetanse innen klasseledelse og bidrar til at elevene sosialiseres inn i elevrollen

Policyer som forbedrer skoleopplevelsen og fremmer positive følelser for skole og utdanning er også viktige. Disse intervensjonene forbedrer både akademisk og sosioemosjonell læring. Skolebasert forebygging vil bli diskutert mer detaljert senere.

Tidlig og sen ungdomstid, definert som alderen 11 til 18 år, er en periode preget av mange utfordringer, ettersom hjernen fortsatt utvikles i samsvar med hormonelle og andre normale biologiske prosesser.

Det er viktig å merke seg at mange hjernefunksjoner fortsetter å utvikle seg etter ungdomsårene, noe som understreker viktigheten av intervensjoner også etter 18-årsalderen.

Det finns flere evalueringsstudier av intervensjoner som retter seg mot ungdomsårene (tabell 5). Intervensjoner som styrker foreldrerollen, som nevnt tidligere, er relevante også for denne aldersgruppen, personlige og sosiale ferdigheter, samt positiv skolepolitikk rettet mot universelle grupper. For risikoutsatte ungdommer har individfokusede intervensjoner som adresserer psykiske sårbarheter og veiledning tilstrekkelig evidens for effekt.

Intervensjoner for styrking av foreldrerollen for denne aldersgruppen fokuserer på effektive opplæringsprogrammer og inkluderer:

- intervensjoner som styrker familieband og foreldreferdigheter, særlig knyttet til grensesetting, å følge med på barnas fritid og vennskapsmønstre, samt å kontinuerlig involvere seg i barnets utdanning
- intervensjoner som inkluderer materiell og formidler relevante situasjoner og tema for eldre barn, med flere gruppeøkter med høy grad av interaktivitet.

Slike intervensjoner krever kvalifiserte fagpersoner eller instruktører og bør tilrettelegges for å sikre at familier har mulighet til å delta.

TABELL 5

Evidensbaserte forebyggende intervensjoner i tidlig og sen ungdomstid

Intervensjoner	Risikonivået intervensjonen er rettet mot	Indikasjon på effekt
Opplæringsprogrammer for utvikling av personlige og sosiale ferdigheter og sosial påvirkning	Universell og selektiv Generell befolkning og risikoutsatte grupper	★★★ God
Skolepolitikk og -kultur	Universell Generell befolkning	★★ Tilstrekkelig
Adressering av individuelle psykiske sårbarheter	Indikert Risikoutsatte enkeltindivid	★★ Tilstrekkelig
Mentorprogram	Selektiv Risikogrupper	★ Begrenset

Intervensjoner for utvikling av personlige og sosiale ferdigheter er også svært relevante for denne aldersgruppen:

- De fremmer ferdigheter i å stå imot sosialt press om rusmiddelbruk og å håndtere utfordrende livssituasjoner på sunne måter.
- Tilleggskomponentene adresserer oppfatninger av risiko eller skade forbundet med rusmiddelbruk, med fokus på konsekvenser som er spesielt relevante for ungdomsårene.
- De adresserer misoppfatning om rusmiddelbruk blant jevnaldrende. Mange ungdommer overvurderer for eksempel utbredelsen av røyking, drikking eller bruk av andre rusmidler i sin aldersgruppe.
- Intervensjonene gir korrekt informasjonen for å hjelpe ungdom å vurdere de oppfattede konsekvensene av rusmiddelbruk opp mot deres oppfatning av forventninger knyttet til rusmiddelbruk.
- Den aktive deltakelse i forebyggende aktiviteter krever at opplærte lærere eller andre fagpersoner fungerer mer som tilretteleggere og veiledere enn forelesere.

Skolepolicies åpner opp for evidensbaserte forebyggende intervensjoner i skolemiljøet, særlig knyttet til rusmiddelbruk og håndtering av regelbrudd. Godt utformede policies kan fremme et positivt miljø der elevene føler seg trygge, trives og opplever mestring. Slike policies har vist seg å være effektive, med tilstrekkelig evidens for at de har en positiv innvirkning på rusmiddelbruk blant både elever og ansatte.

Mentorprogrammer, spesielt for unge mennesker i fare for å utvikle risikofylt atferd, har ikke vist sterk evidens for effekt. Likevel peker forskningslitteraturen på at godt strukturerte programmer med aktiviteter ledet av opplærte mentorer kan gi positive utfall.

Generelt innebærer slike programmer at en ung person matches med en voksen som forplikter seg til regelmessig oppfølging og støtte over en lengre tidsperiode.

Alkohol- og tobakkspolitikk har utmerket vitenskapelig støtte for effektivitet (tabell 6). Ettersom bruk av tobakk og alkohol er mer utbredt enn bruk av illegale rusmidler og gir en større belastning på folkehelsen, kan det å utsette ungdoms bruk av slike produkter ha betydelig samfunnsmessig effekt.

- Evidensbasert tobakk- og alkoholpolitikk er de som reduserer tilgjengeligheten av tobakks- og alkoholprodukter, og tilgangen for mindreårige barn og ungdommer.
- Vellykkede tiltak er de som øker minimumsalder for salg av disse produktene og øker prisene gjennom skatt og avgifter.
- Reklameforbud for tobakks- og alkoholprodukter, rettet både mot unge og befolkningen generelt, har også vist seg å redusere bruken.
- Aktiv og konsekvent håndheving av reguleringer, samt involvering av forhandlere og utsalgssteder gjennom opplæringsprogrammer, er en del av de effektive tilnærmingene for å forebygge tobakks- og alkoholbruk.

TABELL 6

Evidensbaserte forebyggende intervensjoner i sen ungdomstid og voksen alder

Intervensjoner	Risikonivået intervensjonen er rettet mot	Indikasjon på effekt
Alkohol- og tobakkspolitikk	Universell Generell befolkning	★★★★★ Utmerket

TABELL 7

Andre evidensbaserte forebyggende intervensjoner i ulike settinger

Intervensjoner	Risikonivået intervensjonen er rettet mot	Indikasjon på effekt
Samfunnsbaserte intervensjoner med flere komponenter	Universell og selektiv Generell befolkning og risikoutsatte grupper	★★★ God
Mediekampanjer	Universell Generell befolkning	★ Begrenset
På arbeidsplassen	Universell, selektiv og indikert Alle komponenter	★★★ God
I utelivet	Universell Generell befolkning	★ Begrenset
Kortvarige intervensjoner	Indikert Risikoutsatte enkeltindivider	★★★★ Svært god

Individuell psykologisk rådgivning eller kortvarige intervensjoner er egnet for mennesker med psykiske sårbarheter. Dette inkluderer atferd som spenningssøking, impulsivitet, angst og en følelse av håpløshet, som har vist seg å være knyttet til rusmiddelbruk dersom de ikke adresseres. Unge mennesker i denne gruppen kan også ha utfordringer på skolen, med foreldrene eller med jevnaldrende. De som identifiserer seg med disse typene problemer, skal vanligvis:

- screenes av fagpersoner med validerte instrumenter
- motta intervensjoner som gir dem ferdighetene de trenger for å håndtere egne følelser og psykologiske sårbarheter på en positiv måte
- motta intervensjoner som gis av kvalifiserte fagpersoner og består av to til fem korte økter

Effektene av andre intervensjoner som diskuteres i denne håndboken, er oppført i tabell 7.

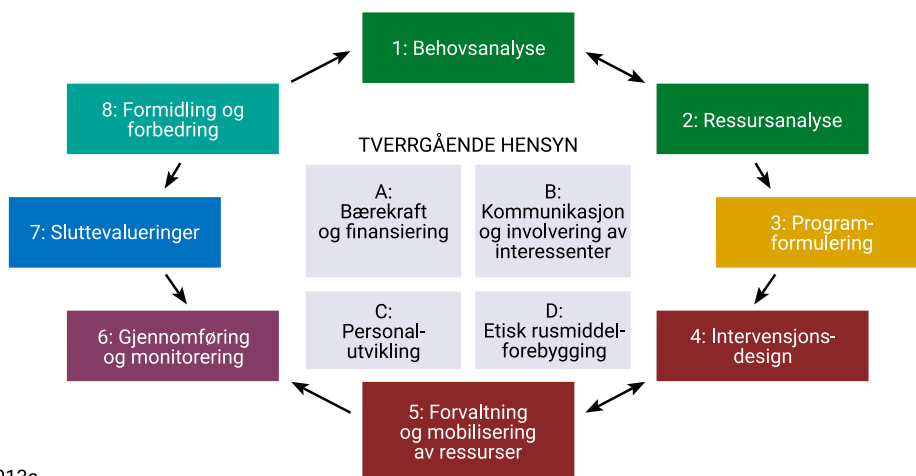
Europeiske kvalitetsstandarder for rusmiddelforebygging

European Drug Prevention Quality Standards (EDPQS) er utformet for å forbedre utvikling og gjennomføring av forebyggende intervensjoner og policyer. Målet er å redusere bruken av ineffektive tilnærminger, og sikre at forebyggende aktiviteter gjennomføres av kompetente aktører tilpasset målgruppe og kontekst. Kvalitetsstandardene tar sikte på en mer systematisk og evidensbasert tilnærming til forebygging i fagmiljøene.

EDPQS viser til en prosjektsyklus med åtte faser (se figur 11). Selv om syklusen foreslår en bestemt rekkefølge på aktivitetene, kan faser i praksis gjennomføres i ulik orden. Dessuten er ikke nødvendigvis alle faser relevante for alle typer forebyggende aktiviteter. EDPQS inkluderer også noen tverrgående hensyn som bør vurderes i hver fase av prosjektet. Følgende beskrivelse av prosjektsyklusen er basert på hurtigveiledningen til EDPQS (EMCDDA, 2013a).

De tverrgående hensynene er gjennomgående temaer som gjelder hele prosjektsyklusen, ikke bare én enkelt fase. Det er fire slike temaer, som beskrives nedenfor: bærekraft og finansiering, kommunikasjon og involvering av interessenter, personalutvikling, og etisk rusmiddelforebygging.

FIGUR 11
Prosjektsyklus for forebygging av rusmiddelbruk



Kilde: EMCDDA, 2013a

A: Bærekraft og finansiering

Intervensjoner bør integreres i et bredere rammeverk av rusmiddelforebyggende aktiviteter, og det bør så langt som det er mulig sikres langsiktig levedyktighet. Ideelt sett bør intervensjoner, der det er hensiktsmessig, fortsette etter den første implementeringen og/eller etter at ekstern finansiering er opphørt. Bærekraft avhenger ikke bare av vedvarende tilgang til finansiering, men også av et vedvarende engasjement fra personale og andre relevante interessenter. Mens noen enkeltintervensjoner kan være tidsbegrensede, kan andre inngå i en langsiktig forebyggingsstrategi der varighet er viktig.

B: Kommunikasjon og involvering av interessenter

Interessenter omfatter enkeltpersoner, grupper og organisasjoner som har interesse i intervensjonens aktiviteter og utfall, eller som blir direkte eller indirekte påvirket av dem, for eksempel målgruppen, samfunnet, finansieringskilder og andre organisasjoner som arbeider innen rusmiddelforebygging. De bør kontaktes og involveres i planlegging og utforming av intervensjoner og/eller policyer, for å koordinere innsats, dele erfaringer og etablere felles planlegging og budsjettering.

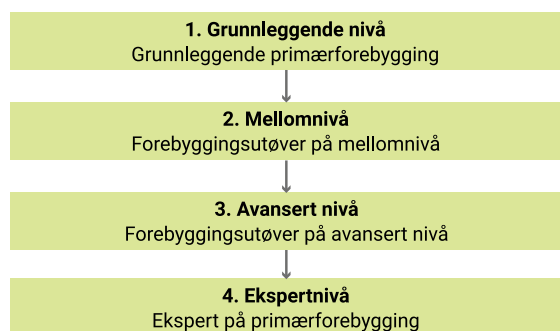
C: Personalutvikling

Denne komponenten består av tre pilarer: opplæring, kontinuerlig utvikling og profesjonell og emosjonell støtte. Opplæringsbehovet bør kartlegges før implementering, og ansatte må få nødvendig opplæring for å sikre at intervensjonen/policyen gjennomføres på et høyt nivå. Kontinuerlig personalutvikling er et virkemiddel for å belønne og beholde ansatte, samt sikre at deres kunnskap og ferdigheter holdes oppdatert. Under implementeringen er det viktig å gi medarbeiderne mulighet til å reflektere over og forbedre eget arbeid.

Kvaliteten på personalet har stor betydning for kvaliteten på intervensjonene og er nært knyttet til opplæringen eller utdanningen som mottas. Dessverre mangler flere europeiske land et enhetlig opplæringssystem for forebyggingsutøvere i utdanningssystemet. Charvat et al. (2012) har, i et forsøk på å standardisere ulike utdanningsnivåer, foreslått et kvalifikasjonssystem for forebyggingskompetanse i skolesystemet (figur 12). Kvalifikasjonssystemet gjenspeiler den spesifikke kunnskapen og ferdighetene som kreves av personalet.

FIGUR 12

Nivåer av opplæring og utdanning



Kilde: Tilpasset fra Charvat et al., 2012

For eksempel vil en lærer som gjennomfører et enkelt utdanningsprogram eller en økt om rusmiddelforebygging måtte ha det grunnleggende kompetansenivået. Derimot vil en spesialist som er ansvarlig for screening av elever og levering av et indikert forebyggingsprogram, forventes å ha avansert kompetanse. EUPC og UPC-Adapt-prosjektet er ytterligere forsøk på å forbedre og standardisere opplæringen i hele Europa.

D: Etisk rusmiddelforebygging

Rusforebyggende aktiviteter påvirker folks liv og er vanligvis rettet mot unge mennesker. Ved selektiv og indikert forebygging kan disse ungdommene være blant de mest sårbare i samfunnet. De som gjennomfører disse aktivitetene, bør ikke anta at de per definisjon er etisk forsvarlige og fordelaktige for deltakerne. Selv om det kanskje ikke alltid er mulig å følge alle prinsipper for etisk rusmiddelforebygging, må det være en tydelig etisk tilnærming i hver prosjektfase. Derfor bør det utvikles protokoller for å beskytte deltakernes rettigheter, og potensielle risikoer bør vurderes og reduseres.

Vi går nå videre til de ulike fasene i prosjektsyklusen.

Fase 1: Behovsanalyse

Før intervensjonen kan planlegges i detalj, er det viktig å utforske omfanget og karakteren av rusmiddelrelaterte behov, samt undersøke mulige

årsaker og medvirkende faktorer bak disse behovene. En slik analyse sikrer at intervensjonen er nødvendig, og at den vil adressere de riktige behovene og målgruppene. Det skilles mellom fire typer behov: policybehov, (generelle) samfunnsbehov, behov definert av hull i eksisterende forebyggingstilbud og (spesifikke) behov i målgruppen.

1.1. Kjennskap til rusmiddelrelaterte policy og lovgivning:

Rusmiddelrelatert policy og lovgivning bør danne grunnlaget for alle rusmiddelforebyggende aktiviteter. Teamet må være kjent med og arbeide i samsvar med rusrelaterte policyer og lovgivning på lokalt, regionalt, nasjonalt og/eller internasjonalt nivå. Selv om en intervensjon adresserer et behov som for øyeblikket ikke er politisk prioritert, bør den fortsatt være i samsvar med den overordnede rusmiddelforebyggende agendaen, slik den er definert i nasjonale eller internasjonale strategier. Andre føringer, som bindende standarder og retningslinjer, bør også vurderes der det er hensiktsmessig.

1.2. Vurdere rusmiddelbruk og samfunnsbehov:

Den andre komponenten i dette prosjektrinnet spesifiserer behovet for å vurdere rusmiddelsituasjonen, både i befolkningen generelt og i spesifikke undergrupper. Det er ikke tilstrekkelig å basere seg på antakelser eller ideologi når man planlegger forebyggende tiltak; forebyggende intervensjoner eller policyer må heller baseres på en empirisk analyse av folks behov. Andre relevante faktorer, som deprivasjon og sosiale ulikheter, bør også vurderes for å ta hensyn til sammenhengen mellom rusmiddelbruk og andre behov.

1.3. Beskrive behovet – begrunne intervensjonen:

Funnene fra behovsanalysen dokumenteres og kontekstualiseres for å begrunne behovet for intervensjoner. Begrunnelsen bør ta hensyn til samfunnets synspunkter for å sikre at intervensjonen er relevant for dem. Et fokus på «behov» i stedet for på «problemer» kan bidra til å engasjere interessenter som ellers kan føle seg stigmatisert. På dette stadiet analyseres også eksisterende forebyggende

intervensjoner og policyer for å få en forståelse av hvordan intervensjonen kan utfylle det nåværende tilbudet.

1.4. Forstå målgruppen: For å spesifisere behovet ytterligere samles det så inn detaljerte data om den potensielle målgruppen. Denne inkluderer informasjon om risiko- og beskyttelsesfaktorer, samt innsikt i målgruppens kultur og hverdag. En god forståelse av målgruppen og dens virkelighet er en forutsetning for virkningsfull, kostnadseffektiv og etisk rusmiddelforebygging. I noen tilfeller kan det være nødvendig å vurdere en intermediær målgruppe, som kan motta intervensjonen selv om de ikke er i risiko for rusmiddelbruk, for eksempel foreldre og lærere, i tillegg til den primære målgruppen, for eksempel unge i risiko for rusmiddelbruk.

Fase 2: Ressursanalyse

En intervensjon defineres ikke bare av målgruppens behov, men også av tilgjengelige ressurser. Mens behovsanalysen (se «Fase 1: Behovsanalyse») indikerer hva intervensjonen eller policyen skal oppnå, gir ressursanalysen viktig informasjon om hvorvidt og hvordan disse målene kan nås.

2.1. Vurdere målgrupper og samfunnets ressurser: Forebyggende intervensjoner eller policyer kan bare lykkes dersom målgruppen, samfunnet og andre relevante interessenter er «klare» til å engasjere seg - det vil si, om de er i stand til og villige til å delta i eller støtte implementeringen. De kan også ha ressurser som kan utnyttes i intervensjonen, for eksempel nettverk og ferdigheter. I denne komponenten beskriver kvalitetsstandardene kravet om å vurdere og ta hensyn til potensielle kilder til både motstand mot og støtte for intervensjonen, samt å kartlegge tilgjengelige ressurser hos relevante interessenter.

2.2. Vurdere intern kapasitet: En analyse av interne ressurser og kapasitet er avgjørende, da intervensjonen kun kan gjennomføres hvis den er i samsvar med tilgjengelig personell, økonomiske og andre nødvendige ressurser. Denne fasen

gjennomføres før utforming av intervensjonen eller policyen for å forstå hvilke typer tiltak som er realistiske. Ettersom formålet med analysen er å støtte planleggingen, trenger det ikke å være en «formell» analyse utført av eksterne eksperter. Den kan for eksempel bestå av en uformell diskusjon mellom ansatte for å identifisere organisatoriske styrker og svakheter i forhold til ressurser.

Fase 3: Programformulering

Formuleringen av intervensjonen eller policyen skisserer innholdet og strukturen og gir det nødvendige grunnlaget for å muliggjøre målrettet, detaljert, sammenhengende og realistisk planlegging. Kjerneelementene i intervensjonen eller policyen defineres klart basert på behovs- og ressursanalysen.

3.1. Definere målgruppen: En god definisjon av målgruppen sikrer at intervensjonen retter seg mot de riktige personene. Målgruppen kan bestå av enkeltpersoner, grupper, husholdninger, organisasjoner, samfunn, settinger og/eller andre enheter, så lenge de er identifiserbare og klart definerte. Definisjonen bør være spesifikk og egnet for omfanget av intervensjonene eller policyene som skal gjennomføres. Et viktig spørsmål er for eksempel om målgruppen kan nås med den planlagte tilnærmingen.

3.2. Bruk av en teoretisk modell: Som nevnt tidligere øker bruken av en teoretisk modell tilpasset intervensjonens kontekst sannsynligheten for å nå målene. Modellen hjelper til med å identifisere relevante påvirkningsfaktorer knyttet til rusmiddelrelatert atferd, som for eksempel intensjoner og oppfatninger som påvirker rusmiddelbruk, og til å fastsette realistiske mål og delmål. Alle intervensjoner bør baseres på solide teoretiske modeller, spesielt hvis de er nyutviklede.

3.3. Definere formål, mål og delmål: Uten klare formål, mål og delmål er det en betydelig risiko for at forebyggingsarbeid utføres for sin egen skyld, i stedet for å tjene målgruppen. EDPQS bruker en tredelt

struktur av sammenkoblede formål, mål og delmål. Formål beskriver intervensjonens langsiktige retning, overordnede idé, hensikt eller intensjon. Disse trenger ikke nødvendigvis å være oppnåelige innenfor det aktuelle intervensjonen, men de gir en strategisk retning for aktivitetene. Mål er klare uttalelser om ønskede utfall for deltakerne, ofte i form av atferdsendring, ved intervensjonens avslutning. Delmål beskriver de umiddelbare eller mellomliggende atferdsendringen hos deltakere som er nødvendig for å oppnå et endelig mål. Operasjonelle delmål beskriver konkrete aktiviteter som må gjennomføres for å oppnå målene og delmålene.

3.4. Definere settingen: Settingen er det sosiale og/eller fysiske miljøet der intervensjonen finner sted, som familien, skolen, arbeidsplassen, i utelivet eller i samfunnet. Behovsanalysen kan vise at én eller flere settinger er relevante, men praktiske hensyn, som tilgjengelighet og nødvendige samarbeid må også tas i betraktning når settingen velges. En tydelig definisjon av settingen er viktig for at andre skal forstå hvor og hvordan intervensjonen ble gjennomført.

3.5. Referere til evidens for effekt:

Ved planlegging av rusmiddelforebyggende arbeid er det viktig å være bevist på og bruke eksisterende kunnskap om «hva som virker». Det er viktig å konsultere eksisterende vitenskapelige kunnskapsgrunnlag om effektiv forebygging og legge særskilt vekt på funn som er relevant for den planlagte intervensjonen eller policyen. Som tidligere nevnt er UNODCs internasjonale standarder og EUDAs portal for beste praksis gode referanser for evidensbaserte intervensjoner eller policyer¹⁰. Ved utforming av en intervensjon som er relevant for den aktuelle konteksten, må vitenskapelig evidens integreres med fagfolkets praktiske erfaringer. I tilfeller der vitenskapelig evidens for effekt ikke er tilgjengelig, kan faglige erfaringer og ekspertise fra relevante aktører brukes. Det er imidlertid viktig å

nøye vurdere begrensningene ved disse kunnskapsformene, for eksempel deres mulig manglende generaliserbarhet, sammenlignet med robust forskningsbasert evidens.

3.6. Bestemme tidslinjen: En realistisk tidslinje er avgjørende for planlegging og implementering av intervensjonen eller policyen slik at ansatte kan målrette og koordinere sine innsatser. Tidslinjen viser planlagte aktiviteter med tilhørende frister og kan oppdateres under implementeringen for å gjenspeile faktisk fremdrift.

Fase 4: Intervensjonsdesign

Disse kvalitetsstandardene hjelper til med utviklingen av nye intervensjoner, samt ved utvelgelse og tilpasning av eksisterende intervensjoner. De oppfordrer også til å ta hensyn til evalueringskrav som en del av intervensjonsdesignet.

4.1. Design med tanke på kvalitet og effektivitet:

Etter at grunnlaget for intervensjonen er skissert, spesifiseres detaljene. Planlegging av evidensbaserte aktiviteter som deltakerne vil finne engasjerende, interessante og meningsfulle, er et viktig aspekt for å oppnå de fastsatte målene. Der det er mulig, bør intervensjonen utformes med aktiviteter i en logisk rekkefølge som gjenspeiler deltakernes utvikling gjennom intervensjonen. Ved å konsultere ulike kilder om tidligere implementerte intervensjoner eller policyer kan man unngå aktiviteter som allerede har vist seg å være ineffektive eller å ha utilsiktede negative effekter. Gode referanser for evidensbaserte intervensjoner eller policyer er UNODCs internasjonale standarder og EUDAs portal for beste praksis.

4.2. Ved valg av eksisterende intervensjoner:

Før man utvikler en ny intervensjon, bør man vurdere om passende intervensjoner allerede eksisterer, enten i praksis eller manualbasert form. Det kan for eksempel vurderes om et eksisterende program er relevant for den konkrete konteksten for

¹⁰ https://www.euda.europa.eu/best-practice_en

intervensjonen, og hvis programmet har en kostnad, om det er økonomisk overkommelig.

4.3. Tilpasse intervensjonen til målgruppen:

Uavhengig av om en ny intervensjon utvikles eller en eksisterende tilpasses, må intervensjonen tilpasses målgruppen i tråd med funnene fra behovsanalysen. En viktig kompetanse i denne sammenhengen er kulturell sensitivitet, det vil si personalets vilje og evne til å forstå betydningen av (ulike typer) kultur, verdsette kulturelt mangfold, reagere effektivt på kulturelt definerte behov og å innlemme kulturelle hensyn i alle aspekter av det forebyggende arbeidet.

4.4. Ved planlegging av sluttevalueringer:

Monitorering og prosess- og resultatevaluering bør også planlegges i denne fasen. Resultatevaluering er et middel til å vurdere om mål og delmål ble oppnådd, mens prosessevaluering kan si noe om hvordan de ble oppnådd, eller hvorfor de ikke ble det. Evalueringsteamet bør velge den mest hensiktsmessige typen evaluering og definere evalueringsindikatorer som samsvarer med intervensjonens eller policyens målsettinger. Ved å ta hensyn til evaluering allerede på dette stadiet sikrer man at de nødvendige dataene for monitorering og sluttevalueringer vil være tilgjengelige i en tilfredsstillende form når de trengs.

Fase 5: Forvaltning og mobilisering av ressurser

En forebyggende intervensjon eller policy består ikke bare av selve intervensjon eller tiltaket, men krever også god prosjektledelse og detaljert planlegging for gjennomførbarhet. Ledelses-, organisasjons- og praktiske aspekter må vurderes sammen med intervensjonsdesign. For å komme i gang med implementeringen må tilgjengelige ressurser aktiveres, og nye ressurser skaffes ved behov.

5.1. Planlegge intervensjon – utarbeide prosjektplan:

En dedikert prosess sikrer at planlegging og implementering gjennomføres systematisk. En skriftlig prosjektplan dokumenterer alle oppgaver og prosedyrer som kreves for å lykkes med implementeringen av intervensjon. Prosjektplanen gir

føringer for implementeringen ved å gi et felles rammeverk som alle medarbeiderne kan jobbe mot. I senere faser bør prosjektplanen brukes for å vurdere om intervensjonen eller policyen er implementert som planlagt, og om det er nødvendig med justeringer.

5.2. Planlegge finansieringsbehov: Intervensjonens finansieringsbehov (kostnader) og kapasitet (budsjett) må fastsettes for å sette nødvendige og tilgjengelige ressurser inn i kontekst. Dersom ressursbehovet overstiger det som er tilgjengelig, vil den økonomiske planen tydeliggjøre hvilken tilleggsfinansiering som kan være nødvendig, eller hvordan prosjektplanen eventuelt må justeres.

5.3. Sette sammen teamet: Teamet består av de som arbeider med ulike aspekter av intervensjonen, for eksempel administrasjon, gjennomføring, evaluering. Medarbeiderne (inkludert frivillige) velges i samsvar med juridiske krav og intervensjonens behov. Roller og ansvarsområder fordeles slik at alle nødvendige oppgaver er tildelt og utføres av personer med egnede kvalifikasjoner og/eller erfaring. Denne komponenten må ses i sammenheng med den tverrgående vurderingen av personalutvikling.

5.4. Rekruttering og opprettholdelse av deltakere:

Rekruttering refererer til prosessen med å velge kvalifiserte individer fra målgruppen, informere dem om intervensjon, invitere dem til å delta og registrere dem, samt sikre at de faktisk deltar, for eksempel at de møter på første økt. Deltakere bør rekrutteres fra den definerte målgruppen på en metodologisk korrekt og etisk forsvarlig måte. Opprettholdelse refererer til prosessen med å sikre at deltakere forblir i intervensjonen til den er avsluttet, eller til målene er nådd (avhengig av hva som er mest hensiktsmessig). Dette er spesielt relevant for intervensjoner som krever deltakelse over lengre perioder. Barrierer for deltakelse bør identifiseres og fjernes for å sikre at deltakerne kan delta og gjennomføre intervensjonen.

5.5. Utarbeide programmaterieil: Materieilet som er nødvendig for å implementere manualbaserte

intervensjoner bør vurderes, inkludert intervensjonsmaterieell (hvis relevant), instrumenter for monitorering og evaluering, teknisk utstyr og fysiske omgivelser, for eksempel lokaler og innretninger. Dette gjør at teamet kan ferdigstille den økonomiske planen og iverksette intervensjoner for å sikre nødvendig materieell.

5.6. Utarbeidelse av intervensjons- og

policybeskrivelse: En skriftlig beskrivelse gir en klar oversikt over intervensjonen eller policyen. Den utarbeides slik at interesserte aktører, for eksempel målgruppen, finansieringskilder, andre relevante fagpersoner kan få informasjon før oppstart og/eller mens intervensjon pågår. Dersom beskrivelsen brukes i rekruttering av deltakere, må det legges særlig vekt på de potensielle risikoene og fordelene for deltakerne. Beskrivelsen av intervensjonen eller policyen skiller seg fra prosjektplanen, som er et internt verktøy som gir føringer for implementeringen av intervensjoner, og fra sluttrapporten, som oppsummerer intervensjonen eller policyen når det/den er avsluttet.

Fase 6: Gjennomføring og monitorering

I denne fasen settes planene som ble utviklet tidligere i prosjektet, ut i praksis. En viktig utfordring på dette punktet er behovet for å opprettholde balanse mellom trofasthet (dvs. å følge prosjektplanen) og fleksibilitet (dvs. å respondere på nye utviklinger som oppstår). Komponentene beskriver hvordan denne balansen kan oppnås ved å stille spørsmål ved kvaliteten og fremdriften i implementeringen og ved å foreta kontrollerte justeringer for å forbedre intervensjonen.

6.1. Hvis det gjennomføres en pilotstudie:

I visse tilfeller, for eksempel hvis en intervensjon er nyutviklet eller skaleres opp fra lokal til nasjonal implementering, bør den først testes i mindre skala. Dette hjelper med å identifisere praktiske problemer og andre svakheter som ikke ble oppdaget under planleggingsfasen, og som kan være svært kostbart å håndtere når implementeringen er i full gang. En pilot, eller en pilotstudie, er en småskala utprøving av

intervensjonen før full implementering, for eksempel med færre deltakere og på bare ett eller to steder. Under piloteringen samles prosess- og utfallsdata (i begrenset omfang) inn, som brukes til å utføre en mindre pre-evaluering. Ved bruk av funnene fra piloten kan de som utvikler intervensjonen foreta endelige og kostnadseffektive justeringer før full implementering.

6.2. Implementere intervensjonen: Når det foreligger tilstrekkelig evidens for at den planlagte rusforebyggende intervensjonen vil være effektiv, gjennomførbar og etisk forsvarlig, implementeres intervensjonen som beskrevet i prosjektplanen. Dette betyr imidlertid ikke at prosjektplanen må følges slavisk dersom det er åpenbare behov for justeringer. For å legge til rette for senere evalueringer og rapportering om intervensjonen, dokumenteres implementeringen i detalj, inkludert uventede hendelser, avvik og feil.

6.3. Monitorering av implementeringen:

Mens intervensjonen gjennomføres, samles og analyseres utfalls- og prosessdata periodisk, for eksempel med hensyn til intervensjonens relevans for deltakerne, lojalitet mot prosjektplanen og effektivitet. Den faktiske implementeringen av intervensjonen og andre aspekter sammenlignes med det som er angitt i prosjektplanen. Monitorering, det vil si regelmessige gjennomganger av fremdriften, bidrar også til å identifisere eventuelle behov for å justere den opprinnelige planen.

6.4. Tilpasning av implementeringen:

Implementeringen må holdes fleksibel slik at man kan respondere på nye problemer, endrede prioriteringer osv. Når det er nødvendig og mulig, bør implementeringen justeres i tråd med funnene fra monitoreringen. Endringer må imidlertid være godt begrunnet, og deres potensielle negative innvirkninger må vurderes. Følgelig må eventuelle justeringer dokumenteres og evalueres for å forstå effekten de hadde på deltakerne og de endelige resultatene.

Fase 7: Sluttevalueringer

Når intervensjonen er ferdig, gjennomføres en sluttevaluering for å vurdere resultatene og/eller prosessen med gjennomføring og implementering. Kort sagt, fokuserer resultatevalueringer på atferdsendringen hos deltakerne, for eksempel redusert rusmiddelbruk, mens prosessevalueringer fokuserer på inputs (innsats) og outputs (utfall), det vil si om intervensjonen ble implementert som planlagt (for eksempel antall gjennomførte økter, antall rekrutterte og beholdte deltakere, osv.).

7.1. Ved gjennomføring av en resultatevaluering:

Som en del av resultatevalueringen samles og analysert utfallsdata systematisk for å vurdere hvor effektiv intervensjonen har vært. Alle resultater bør rapporteres som definert i planleggingsfasen, det vil si i tråd med evalueringsmålene som ble definert. Avhengig av intervensjonens omfang og forskningsdesignet som ble brukt, bør statistiske analyser utføres for å fastslå hvor effektiv intervensjonen har vært i å oppnå de definerte målene. Om mulig bør resultatene oppsummeres med en konklusjon som tydeliggjør årsakssammenhengen mellom intervensjonen og dens effektivitet.

7.2. Ved gjennomføring av en prosessevaluering:

Prosessevalueringen dokumenterer hva som skjedde under implementeringen av intervensjonen. Videre analyserer den kvaliteten og nytteverdien av intervensjonen ved å vurdere dens rekkevidde og dekning, deltakernes aksept av intervensjonen, modelltroskapen i implementeringen og ressursbruken. Funnene fra prosessevalueringen hjelper med å forklare funnene fra resultat-evalueringen og belyser hvordan intervensjonen kan forbedres i fremtiden eller hvorfor det ikke innfridde forventningene. Funnene fra både resultat-evalueringen og prosessevalueringen må vurderes sammen for å få en grundig forståelse av intervensjonens suksess. Denne kunnskapen vil være førende for prosjektets siste fase (Fase 8).

Fase 8: Formidling og forbedring

I prosjektets siste fase er fremtiden til intervensjonen eller policyen et hovedanliggende: Bør den videreføres, og i så fall hvordan? Formidling av informasjon om intervensjonen eller policyen kan bidra til å fremme dens videreføring, men det gir også andre muligheten til å lære av erfaringene med implementeringen.

8.1. Fastslå om intervensjonen eller policyen bør videreføres:

Ideelt sett kan en forebyggende intervensjon eller policy av høy kvalitet fortsette ut over den opprinnelige implementeringen og/eller etter at ekstern finansiering har opphørt. Ved hjelp av empirisk evidens fra monitorering og sluttevalueringer, avhengig av hvilke data som er tilgjengelige, er det mulig å avgjøre om det er verdt å videreføre programmet. Hvis det konkluderes med at intervensjonen bør videreføres, bør passende tiltak og oppfølgingshandlinger spesifiseres og gjennomføres.

8.2. Formidling av informasjon om programmet:

Formidling kan gagne intervensjonen på mange måter, for eksempel ved at man får støtte fra relevante interessenter for dens videreføring eller ved å forbedre intervensjon gjennom tilbakemeldinger. Det bidrar også til evidensgrunnet for rusforebygging og dermed til fremtidig ruspolitikk, -praksis og -forskning. For å gi andre aktører mulighet til å replikere intervensjonen, bør intervensjonsmateriell og annen relevant informasjon, for eksempel kostnadsinformasjon, gjøres tilgjengelig og så detaljert som mulig (avhengig av opphavsrettskrav osv.).

8.3. Ved utarbeidelse av sluttrapport:

Sluttrapporten er et eksempel på et formidlingsprodukt. Den kan utarbeides som en oppsummering av implementeringen, som en del av en finansieringsavtale eller bare for å informere andre om intervensjonen. Sluttrapporten vil ofte oppsummere dokumentasjonen som ble utarbeidet i tidligere prosjektfaser. Den beskriver omfanget og aktivitetene i intervensjonen og eventuelle funn fra

sluttevalueringene. Siden en sluttrapport ikke alltid er påkrevd, og andre formidlingsmetoder, for eksempel muntlige presentasjoner, kan være mer hensiktsmessige, er denne komponenten kun relevant hvis en sluttrapport faktisk produseres.

Skreddersydde evidensbaserte programmer

Som nevnt tidligere fokuserer EDPQS på «hvordan» forebyggingsarbeidet bør gjennomføres (det vil si meningsfull implementering), mens UNODCs internasjonale standarder fokuserer på «hva» (det vil si innholdet i vellykkede intervensjoner eller policyer). I Europa kan evidensbaserte programmer noen ganger bli møtt med skepsis, og de som arbeider med forebygging kan være tilbakeholdende med å ta dem i bruk. De kan oppfatte programmene som for rigide og avvisende overfor faglig erfaring. De kan også foretrekke å jobbe nedenfra og opp, med utgangspunkt i målgruppens behov, fremfor det de ser på som «ovenfra-og-ned»-intervensjoner.

Slike lokalt utviklede tjenester eller intervensjoner er basert på en forståelse av og involvering i lokale forhold, ressurser, aktører og mentaliteter. De er ofte mindre komplekse enn manualbaserte intervensjoner, i den forstand at de i større grad baserer seg informasjonsformidling enn på ferdighetstrening eller

direkte regulering, stimulering eller begrensning av atferd. De krever også et svært motivert og kvalifisert forebyggingspersonell som er bevist på at forebygging er noe mer enn bare å informere individer om risiko og farer, gi råd, bruke skremselspropaganda, organisere informasjonsdager om rusmidler eller tilby eksterne foredrag med politifolk og tidligere rusmiddelbrukere. Kort sagt krever de at fagfolk bruker andre teknikker enn kognitive strategier for å endre atferd. Det kan være en utfordring å løse disse spenningene, og det er derfor EUPC er nødvendig.

Det er mange grunner til å implementere evidensbaserte intervensjoner eller policyer, men det kan også være ideologiske og kontekstuelle barrierer som hemmer bruken av dem. Disse er presentert i tabell 8.

Imidlertid er ikke manualbaserte evidensbaserte intervensjoner og lokal relevant erfaring gjensidig utelukkende. De kan kombineres, slik erfaringene med Communities That Care (CTC) i enkelte europeiske land har vist¹¹. Dette systemet gjør det mulig for (lokal)samfunn å først analysere sine konkrete behov og problemprofil objektivt, for deretter å velge de mest egnede intervensjonene. I denne håndboken diskuterer vi både nedenfra-og-opp-tilnærminger og eksisterende evidensbaserte programmer, fordi vi er overbevist om at disse to tilnærmingene ikke nødvendigvis er motstridende.

TABELL 8

Barrierer mot og fordeler ved å implementere evidensbaserte intervensjoner

Barrierer ved implementering av evidensbaserte intervensjoner	Fordeler ved implementering av evidensbaserte intervensjoner
Bryter ofte med tradisjonelle perspektiver	Gir målgruppene og befolkningen de beste tilgjengelige intervensjonene, teknikkene og policyene
Utfordrer kulturelle og religiøse oppfatninger knyttet til foreldreskap, familiestruktur, kjønnsroller osv.	Gjør det mulig å levere tjenester på en mer effektiv måte
Krever nye ferdigheter og spesialisert opplæring	Gir et mer rasjonelt grunnlag for politiske beslutninger
Utfordrende å opprettholde modelltrokap under implementeringen, samtidig som man tilpasse seg målgruppens spesifikke behov	Gir et felles språk
Begrenset tilgjengelighet av ressurser	Gjør det mulig å utvikle et felles konsept for evaluering av vitenskapelig forskning
Krever monitorering og vurderinger	Danner et nytt grunnlag for utdanning og opplæring, gir mulighet for kontinuitet og mer ensartet tjenesteleveranse, og gir mer klarhet om manglende koblinger og mangler i nåværende vitenskapelig kunnskap

Det kan være mye å vinne på å kombinere dem. EDPQS, som legger til rette for en nedefra-og-opp-tilnærming, sikrer at implementeringsprosessen er av høy kvalitet, mens UNODCs internasjonale standarder, som lister opp evidensbaserte intervensjoner, hjelper deg med å velge forebyggende intervensjoner av høy kvalitet.

Balanse mellom tilpasning og modelltrokap

Når vi utvikler intervensjoner, må vi vurdere å tilpasse intervensjonens budskap for å møte deltakernes behov og karakteristikk. Dette øker sannsynligheten for at deltakerne oppfatter intervensjonen som relevant, engasjerer seg i den og oppnår ønskede utfall. Tilpasning innebærer blant annet å ta hensyn til kulturelle oppfatninger, verdier, språk, sosial kontekst og visuelle elementer, men betyr ikke at man endrer intervensjonens teoretiske grunnlag.

Ettersom de fleste evidensbaserte forebyggende intervensjoner eller policyer er utviklet i vestlige land, kan det være behov for å justere dem til nasjonale, regionale eller lokale kontekster. Det er imidlertid viktig, spesielt for evidensbaserte intervensjoner, å bevare kjerneprinsippene i intervensjonen. Dette

innebærer å finne en balanse mellom modelltrokap – altså å gjennomføre intervensjonen slik det opprinnelig ble designet av utviklerne – og tilpasning, som innebærer å justere innholdet for å imøtekomme behovene til en bestemt bruker- eller målgruppe.

Hvorfor er det viktig å være bevisst på balansen mellom modelltrokap og tilpasning? Noen grunner er åpenbare. For eksempel, hvis intervensjonen er på engelsk og leveres på engelsk til en målgruppe som ikke snakker språket flytende, vil ikke innholdet bli forstått. Andre grunner kan være mindre åpenbare, som når et program er evaluert i en hvit eller vestlig befolkning, men målgruppen har ulike kulturelle oppfatninger, verdier og normer (Castro et al., 2004; Castro et al., 2010). Noen eksempler på hensyn som må tas ved tilpassing av programmer, er vist i tabell 9.

EUDA har publisert et temanummer der man har undersøkt om nordamerikanske forebyggingsprogrammer – nærmere bestemt Good Behavior Game, Strengthening Families-programmet og Communities That Care – kan implementeres i europeiske kulturer og kontekster (EMCDDA, 2013b).

TABELL 9

Eksempler på problemer som kan påvirke tilpasningen av forebyggingsprogrammer negativt

	Opprinnelig program	Ny målgruppe	Konsekvenser
Språk	Engelsk	Annet	Den nye målgruppen vil ikke kunne forstå innholdet i programmet
Etnisitet	Hvit	Annet	Motstridende oppfatninger, verdier og/eller normer
Urban/rural	Urban	Rural	Logistiske og miljømessige barrierer som påvirker deltakelse
Antall risikofaktorer og alvorlighetsgrad	Få faktorer / moderat alvorlighetsgrad	Flere faktorer / høy alvorlighetsgrad	Utilstrekkelig effekt på flere eller de alvorligste risikofaktorene
Familiestabilitet	Stabile familiesystemer	Ustabile familiesystemer	Begrenset etterlevelse
Konsulering av samfunnet	Samfunnet er konsulert med hensyn til utforming og/eller administrasjon av program	Ikke konsulert	Ingen oppslutning fra samfunnet, motstand, lave deltakelsesrater
Samfunnets ressurser	Moderat	Lav	Mangel på infrastruktur og organisasjoner som kan håndtere rusmiddelproblemer og implementere programmer

Kilde: Castro et. Al., 2004

Noen råd er skissert i EDPQS Toolkit 4 (Brotherhood et al., 2015) og i en artikkel av Van der Kreeft et al. (2014):

- **Endre kapasitet før du endrer intervensjonen.**
Det kan være enklere å tilpasse selve programmet, men det er tryggere å først endre den lokale kapasiteten slik at programmet kan gjennomføres slik det opprinnelig ble designet.
- **Konsulter med utviklerne av intervensjonen.**
Spør utviklerne om deres erfaring og/eller hvilke råd om hvordan intervensjonen kan tilpasses en bestemt setting eller omstendighet.
- **Behold kjernekomponentene.** Det er større sannsynlighet for effekt når intervensjon beholder kjernekomponenten(e) fra den originalen. Kjernekomponenter er identifisert som de elementene som utløser atferdsendringsmekanismer, og er dermed årsaken til at intervensjonen virker. En kjernekomponent i EU-Daps Unplugged-program¹² var «å reagere på gruppepress». Denne kjernekomponenten kunne ikke utelates i tilpasningsprosessen.

- **Vær konsekvent med evidensbaserte prinsipper.**
Det er større sannsynlighet for å lykkes dersom tilpasningen ikke bryter med et etablert evidensbasert forebyggingsprinsipp.
- **Legg til i stedet for å trekk fra.** Det er tryggere å legge til elementer i en intervensjon enn å modifisere eller trekke det fra.

Din rolle som fagperson innen forebygging er å finne ut hvordan evidensbasert intervensjoner kan tilpasses uten at de mister sin effekt (se tabell 10). Diskusjoner med kollegaer under EUPC-opplæringen eller på arbeidsplassen vil bidra til å klargjøre hvordan man best kan gjøre nødvendige tilpasninger tilpasset din kontekst.

TABELL 10

Tilpasning vs. tilpasning med modelltroskap

Tilpasning	Tilpasning med modelltroskap
For å være akseptable for målgruppen må evidensbaserte intervensjoner være kulturelt passende og ta hensyn til språk, skikker, forventninger og normer	Kjerneelementer i evidensbaserte intervensjoner må opprettholdes for å sikre effektivitet, samtidig som samfunnets behov ivaretas.

¹² Begrepet «program» brukes når vi snakker om spesifikke manualbaserte intervensjoner. Begrepet «intervensjoner» er mer generelt.

Kapittel 4

Monitorering og evaluering

- 69 Evaluering og forskning
- 70 Evalueringssystem og forskningsdesign
- 72 Komponenter i forsknings- eller evalueringsdesign
- 73 Typer forskningsdesign
- 76 Utvalg og måling
- 77 Datainnsamling, analyse og statistikk
- 77 Samarbeide med en evalueringsforsker – samarbeidsmodellen
- 78 Bruke registre for forebyggingsprogrammer
- 79 Ex ante-evalueringer

KAPITTEL 4

Monitorering og evaluering

Evaluering er en forskningsmetode som systematisk vurderer de kortsiktige og langsiktige resultatene av en forebyggende intervensjon, samt faktorene som er knyttet til disse resultatene. Evalueringer kan gjennomføres i alle faser av utviklingsprosessen, fra planlegging og tidlig utforming til implementering og oppfølging etter intervensjonen er avsluttet. Ideelt sett bør alle faser av en forebyggende intervensjon evalueres, fordi dette kan gi verdifull informasjon som forbedrer intervensjonen og bidrar til å avgjøre om den bør videreføres.

I dette kapitlet vil du lære om de primære formålene med en evaluering: å måle effekt og utfall, identifisere hvilke populasjonsgrupper og -segmenter som responderte og hvilke som ikke gjorde det, sammenligne kostnader med fordeler, samt vurdere effektiviteten av én intervensjon mot en annen. Monitorering og evaluering er viktige faser i prosjektforløpet i EDPQS, noe som vil bli nærmere belyst i dette kapitlet.

Formålet med kapitlet er ikke å gi deg de ferdighetene som kreves for å gjennomføre din egen evaluering eller forskningsprosjekt. I stedet

introduseres noen sentrale konsepter som kan gi deg en bedre forståelse av forskningsartikler og -rapporter innen forebygging. Dette kan hjelpe deg å reflektere over hvordan du kan tilnærme deg evaluering av ditt eget arbeid, eller hvilke hensyn du bør ta dersom du ønsker å engasjere eksterne forskere til å gjennomføre en evaluering på dine vegne.

Det finnes flere robuste forskningsdesign som benyttes i evalueringer. Vi skal gjennomgå definisjonene, samt fordeler og ulemper, ved noen av de mest utbredte metodene: randomisert kontrollert studie (RCT), avbrutt tidsserie-design og pre-post-test-design med én gruppe (se «Eksempler på vanlige evalueringsdesign» nedenfor).

Kapitlet vil også kort berøre andre evalueringskomponenter, som utvalg og utfallsmålinger. Målet er å vise hvordan populasjon defineres og velges, samt hvordan målverktøy utvikles for å vurdere holdninger, oppfatninger, intensjoner og atferd relatert til rusmiddelbruk. Videre vil det i enhver evaluering sannsynligvis være behov for både kvantitative og kvalitative målinger. De kvantitative målingene omhandler primært objektive tall, som bruksmengde, mens kvalitative målinger tar for seg de subjektive aspektene og besvarer spørsmålene «hvorfor» og «hva betyr det?» Til slutt vil vi se på metoder for datainnsamling og -analyse og understreke hvilken betydning disse har i evalueringsrapporteringen.

Selv om vi ikke forventer at leserne av denne håndboken skal gjennomføre evalueringer, inneholder dette kapitlet også en kort beskrivelse av ex ante-evalueringer. Disse evalueringene utføres før programstart og vurderer hvilke resultater som er sannsynlige å oppnå. Formålet er å øke forståelsen av hvilke ressurser som trengs for å implementere et

forebyggingsprogram, samt hvilke analyser som er nødvendige for å avgjøre om et program har vært vellykket eller ikke.

For interesserte lesere anbefales en rekke ekstra evalueringssressurser. EUDA har publisert Prevention and Evaluation Resources Kit (PERK)¹³ samt Guidelines for the evaluation of drug prevention: a manual for programme planners and evaluators¹⁴. I tillegg har UNODC utarbeidet en veiledning i evaluering av målrettede forebyggingsprogrammer for rusmiddelbruk blant ungdom¹⁵. For de som ønsker mer avansert lesestoff, har Society for Prevention Research publisert Standards of efficacy, effectiveness, and scale-up research in prevention science¹⁶. Til slutt gir RE-AIM-rammeverket (Reach, Effectiveness, Adoption, Implementation and Maintenance) gir en tilnærming til evaluering som utvider vurderingen av intervensjoner til flere kriterier ut over effekt, og som bedre kan identifisere intervensjons overførbarhet og gjennomslagskraft¹⁷. Dette anbefales imidlertid bare hvis du allerede er godt kjent med evalueringforskning og har nære forbindelser til forskningsmiljøer.

Evaluering og forskning

Studier av menneskelig atferd omfatter et bredt spekter av forskningsspørsmål og tilnærminger, inkludert etiologisk forskning innen genetik og nevrovitenskap, samt tilhørende holdninger, oppfatninger og atferdsmønstre som bidrar til sykdomsutvikling. Forskning er definert som «en systematisk undersøkelse (...) designet for å utvikle eller bidra til generaliserbar kunnskap». Som nevnt i begynnelsen av dette kapitlet, er evaluering en type forskning, definert som en systematisk eller strukturert metode for å vurdere de kortsiktige og langsiktige ønskede resultatene av en forebyggende intervensjon og faktorene som er relatert til disse resultatene.

Det er flere grunner til å gjennomføre en evaluering, inkludert forståelsen av følgende:

- **Påvirkning eller utfall:** Oppnådde intervensjon de ønskede utfallene, og var de signifikant større enn hvis intervensjon ikke hadde blitt gjennomført?
- **Utsiktede konsekvenser:** Et grunnleggende etisk prinsipp er at forebyggende intervensjoner ikke skal skade mottakerne.
- **Rekkevidde:** Inkluderte intervensjon alle som deltok, eller bare bestemte grupper? Ga intervensjon de samme utfallene for alle, eller var det forskjeller mellom grupper, som for eksempel mellom gutter og jenter?
- **Kostnader:** I hvilken grad oppveide fordelene ved intervensjon kostnadene?
- **Sammenligning:** Var intervensjonen mer effektiv enn andre med tanke på resultat, når kostnadene tas i betraktning?

Evalueringer kan gjennomføres i løpet av en intervensjons livssyklus, fra planleggingsfasen og tidlig utvikling til gjennomføring, refleksjon og vurdering av effekt (figur 13). De er nyttige verktøy for å bedre forståelsen av både nye forebyggende intervensjoner og tiltak med lengre implementeringshistorikk, som for eksempel intervensjoner levert av ordinære tjenester som anses som stabile og etablerte. Evalueringer kan også være verdifullt selv etter en intervensjon er avsluttet, da de kan vurdere langsiktige effekter. Ideelt sett bør derfor alle faser av en forebyggende intervensjon evalueres.

For eksempel vil evaluering av en ny forebyggende intervensjon kreve at man først sørger for intervensjonens komponenter – innhold, struktur og gjennomføringsmetode – er knyttet til ønsket effekt. For eksempel, forbedrer undervisning i beslutningstaking faktisk deltakernes ferdigheter i beslutningstaking? Er det mulig å gjennomføre denne undervisning innen en skoletime på 40 minutter? Er gjennomføringsformatene, slik som interaktive

¹³ https://www.euda.europa.eu/publications/perk_en

¹⁴ https://www.euda.europa.eu/publications/manuals/prevention_update_en

¹⁵ https://www.unodc.org/pdf/youthnet/action/planning/m&e_E.pdf

¹⁶ <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4579256/>

¹⁷ <http://www.re-aim.org/>

teknikker brukt for å formidle undervisningen effektive, eller finnes det andre tilnærminger som et mer hensiktsmessige? Slike evalueringer, kalt effektevalueringer (efficacy evaluations), effektstudier (efficacy studies) eller effektforsøk (efficacy trials), stiller spørsmålet: Oppnår intervensjon sine mål under kontrollerte forhold?

Evaluering på dette stadiet bidrar til revisjoner og forbedringer som kan videreutvikle intervensjon før fullskala implementering (figur 14).

En evaluering av en stabil og veletablert forebyggende intervensjon som gjennomføres i nærhet av eller under «reelle» forhold, kalles en effektivitetsevaluering (effectiveness evaluation) eller effektivitetsstudie (effectiveness trial). Funnene fra slike studier kan brukes til å monitorere intervensjonen og gi tilbakemeldinger om kortsiktige utfall rett eller innen få måneder etter implementeringen. Evaluering kan fremheve vellykkede gjennomføringer og belyse forbedringsområder. Mer langsiktige utfall vurderes også, med oppfølgingsperioder på alt fra 6 måneder til flere år etter intervensjonen. For rusmiddelbruk strekke oppfølgingen seg ofte til midten eller slutten av ungdomsårene.

Ved avslutningen av intervensjonen bidrar evaluering til å vurdere dens verdi og dokumenterer lærdom for fremtiden. I denne fasen kan evalueringen også

vurdere intervensjons implementering, bærekraft og eventuelle uventede utfall.

For fagfolk innen forebygging er effektivitetsstudier under «reelle» forhold særlig interessant. Slike studier gir innsikt i intervensjonens utfall og besvarer spørsmål som: Hvem var den mest effektiv for, og under hvilke vilkår ble den gjennomført?

Evalueringssystem og forskningsdesign

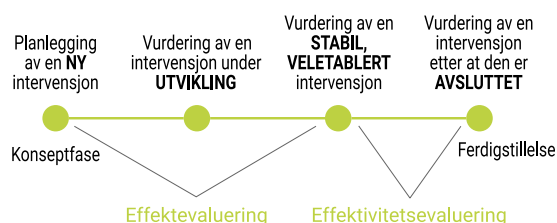
Det overordnede formålet med en evaluering er ikke bare å forstå hva som ble gjort under intervensjonen, men også å fastslå om intervensjonen oppnådde det den var ment å gjøre. Disse evalueringene adresserer ulike spørsmål som:

- Oppnådde den forebyggende intervensjonen/policyen sine kortsiktige utfall? Beveger for eksempel barns oppfatninger av risiko seg i riktig retning? Holder foreldre hensiktsmessig oppsyn med barna sine? Er nybakte mødre lydhøre overfor sine nyfødtes behov?
- Oppnådde intervensjonen/policyen sin tiltenkte effekt for målgruppen? Var det forskjeller i respons fra hver undergruppe – som kjønn, etnisitet, rusmiddelbruk eller sosioøkonomisk status? Reduserte eller forsterket intervensjonen ulikheter i utfallene mellom noen grupper sammenlignet med andre?

FIGUR 13
Tidspunkter for evaluering



FIGUR 14
Forskjellige typer evaluering



- Hvilke kjennetegn ved intervensjonen/policyen var forbundet med utfallene som ble oppnådd? Skyldtes de endrede holdninger og oppfatninger? Var de et resultat av en kombinasjon av endrede holdninger og kompetanseferdigheter?
- I hvilken grad var modelltroskap i gjennomføringen forbundet med positive/negative utfall?

Før man utfører en evaluering, er det viktig å avklare visse faktorer:

- Hva er forskningsspørsmålene? Hva er formålet med evalueringen? Er det å undersøke hvorfor et program er effektivt? Er det for å avgjøre om evalueringen skal opprettholdes eller ikke? Er det for å tilfredsstille en finansør?
- Hva skal evalueres? Hva er utfallene?
- Hvem ville være interessert i evalueringstutfallene, og hvorfor? Er dette noe lokale myndigheter ønsker å vite? Er det interesse for å implementere programmet i resten av regionen eller i resten av landet?
- Hva er tidsplanen? Er den realistisk, og har man nok finansiering og andre ressurser? Hvis man undersøker rusmiddelbruk som et utfall av en skolebasert intervensjon rettet mot 12-åringer, men vet at den typiske debutalderen for de fleste deltakere er 16 år, må en evaluering følge disse barna over 4 til 5 år for å kunne vurdere om ønsket utfall (hindre eller utsatte debut) oppnås. Det må også vurderes om det er mulig å følge opp deltakere over så lang tid. Hvis deltakerne har sluttet på skolen innen oppfølgingen, hvordan vil man kontakte dem for å gjennomføre evalueringen?
- Hvordan vil resultatene bli oppsummert og rapportert? Hvem vil ha tilgang til resultatene? Hvilken type informasjon og på hvilket detaljnivå deles med deltakere og andre interessenter? Hvordan sikrer man at evalueringens resultater ikke brukes på en måte som får negative konsekvenser for deltakerne?

- Hvilke ressurser er tilgjengelige for evalueringen? Hvilket nivå av erfaring og kompetanse er tilgjengelig? Hva vil evalueringen koste, og hvor lang tid vil den ta?

En grundig tilnærming som dette kan hjelpe med å sikre at evalueringen gir verdifull innsikt både for fremtidig implementering og forbedring av intervensjonen.

Formålet med en prosessevaluering er å beskrive de prosessene som ligger til grunn for implementeringen av en intervensjon eller en policy. Den fokuserer på innsatsfaktorer (inputs) og resultater (outputs), inkludert måling av omfang, implementeringstrokap og intervensjonens evne til å skape endring.

Viktigst av alt er det en måte å overvåke hva som skjer, for å sikre at intervensjon eller policyen blir implementert etter intensjonen, ikke bare i henhold til en håndbok eller retningslinjer, men også i tråd med den strategiske forebyggingsplanen. Som en monitoringsmetode er dette et svært viktig administrativt verktøy for enhver tjenesteleverandør.

Under en prosessevaluering eller monitorering stilles det flere spørsmål:

- Hva gjorde vi?
- Hvor mye gjorde vi?
- Hvem deltok?
- Hvem implementerte komponentene i intervensjonen/policyen?
- Ble intervensjonen/policyen implementert etter intensjonen, hvis ikke, hvorfor?

Som en fagperson innen forebygging har du en viktig rolle å spille når det gjelder å understreke betydningen av evaluering. Det er lurt å samarbeide med en forskningsinstitusjon under utforming og utviklingen av evalueringsdesignet. Forskningsinstitusjonen kan gi råd om et godt forskningsoppsett og veilede deg gjennom statistikken. Hovedkomponentene i designet er

forskningsspørsmål, hvilken type forskningsdesign som trengs, målgruppe, utvalgsriterier, relevante målinger knyttet til evalueringsspørsmålene, samt metoder for datainnsamling og analyse.

Formålet med en resultatevaluering er å vurdere i hvilken grad kunnskap, holdninger, atferd og praksis (ofte tenkt på som kortsiktige og mellomlange resultater) har endret seg blant de som mottok intervensjon eller var i målgruppen for policyen, sammenlignet med de som ikke mottok intervensjon eller var mål for policyen. Langsiktige resultater er knyttet til den ønskede målsettingen, for eksempel en reduksjon eller opphøring av rusmiddelbruk.

Et helhetlig system for monitorering og evaluering bør inkludere komponenter av både prosess- og resultatevaluering for å dokumentere implementeringen og innsatsfaktoren (input), samt resultater (output) og utfall (outcome) på kort, mellomlang og lang sikt. Det er viktig å merke seg at en prosessevaluering eller monitorering er svært viktig, selv når det ikke er planlagt noen resultatevaluering, ettersom den gir viktig informasjon om gjennomføringen av intervensjonen. Alle nye forebyggende intervensjoner bør monitoreres for å fastslå hva som skjer under intervensjonen, hvem som blir nådd, og hvor mye av intervensjonen som faktisk gjennomføres.

Komponenter i forsknings- eller evalueringdesign

Et forskningsdesign er en plan som beskriver hvordan en studie skal gjennomføres for å besvare et spesifikt spørsmål eller en hypotese. Designet omfatter valg av studietype, populasjon, utvalg, samt metoder for datainnsamling og analyse. Det sikrer at studien er systematisk og at de forskningsmessige målene er tydelig definert.

- **Forskningsspørsmål:** Et av de viktigste stegene i utviklingen av et forskningsdesign er å formulere klare forskningsspørsmål. Som fagperson innen forebygging kan du være opptatt av å vite og

dokumentere om det forebyggende tiltaket som organisasjonen din implementerer, faktisk når målgruppen og oppnår de ønskede effektene. I tillegg kan du ønske å undersøke om tiltaket kan tilpasses ulike målgrupper og gi de samme effektene i hver av dem. Spørsmålene om rekkevidde og utfallseffekter vil være avgjørende for planleggingen av en evaluering.

- **Studietype:** Når forskningsspørsmålet er avklart, er neste steg i designet å bestemme hvilken type studie det skal være. Skal studien for eksempel være deskriptiv, eksperimentell eller kvasiekperimentell? Skal den være en tverrsnittstudie, en longitudinell studie eller en casestudie?
- **Studiepopulasjon:** Hvem skal inkluderes i studiepopulasjonen? Hvilke kjønn og aldersgrupper skal være med? Skal kun personer som lever i husholdninger inkluderes, eller skal personer uten fast bosted og de som oppholder seg trygge omgivelser eller på sykehus også inkluderes? Disse retningslinjene kalles inklusjonskriterier. Det er også viktig å avklare hvem som ikke skal inkluderes. Noen ganger begrenses studien til personer med høy leseferdighet eller personer som kan forstå forskningsspørsmålene som stilles. Disse kravene kalles eksklusjonskriterier.
- **Utvalgsriterier og sampling:** Når studiepopulasjonen er bestemt, må det avgjøres hvordan deltakerne skal velges ut. Skal alle som oppfyller inklusjons- og eksklusjonskriteriene inkluderes i studien, eller vil det være nødvendig å ta et mindre utvalg? Dette utvalget kalles sample, og må være representativt for populasjon som helhet. Det finnes flere metoder for sampling (utvalg) som er utviklet for å sikre representativitet.
- **Målinger:** Det er viktig å omsette forskningsspørsmålene til målbare egenskaper, det vil si variabler eller teoretiske begreper som kan måles. For eksempel kan sivilstand måles som en dikotom variabel: gift eller ugift, eller vi kan velge en mer detaljert klassifisering som

inkluderer separert, enke/enkemann eller samboer. Validitet er et viktig aspekt når man velger målinger: Representerer disse målene virkelig det vi ønsker å undersøke?

- **Datainnsamling:** Når målene er fastsatt, må det bestemmes hvordan dataene skal samles inn. I noen tilfeller foreligger dataene allerede i skriftlig form, for eksempel gjennom registrerings skjemaer fra sykehus eller politi. I andre tilfeller kan data samles inn ved hjelp av spørreskjema som fylles ut av respondentene selv eller gjennom intervjuer, for eksempel telefonundersøkelser. Spørreskjemaene kan sendes inn på papir eller digitalt, og i økende grad gjennom apper på smarttelefoner og nettbrett. Når slike metoder benyttes, er det viktig å vurdere anonymitet og konfidensialitet, samt påliteligheten av svarene.
- **Dataanalyse:** Til slutt må forskningsdesignet inkludere en plan for hvordan de innsamlede dataene skal analyseres. Det er viktig å ha en klar strategi for hvordan dataene brukes for å besvare forskningsspørsmålene.

Typer forskningsdesign

Forskningslitteraturen beskriver en rekke ulike design, men kun et fåtall av disse brukes hyppigst i evalueringer av forebyggende intervensjoner. Det er viktig å merke seg at ingen design er perfekte, ikke engang den såkalte «gullstandarden», det klassiske eksperimentelle designet – randomisert kontrollert studie (RCT). Alle designene har sine fordeler og ulemper, og noen er mer hensiktsmessige i visse situasjoner enn andre.

Kvalitetsvurderinger av evalueringsfunn

Når man skal vurdere hvor pålitelig funnene fra en evaluering er, og hvilke konklusjoner som kan trekkes fra dem, er det en rekke faktorer som må tas i betraktning, uavhengig av forskningsdesignet. Disse faktorene må også nøye vurderes i planleggingsfasen av evalueringen.

Validitet

I alle evalueringer er validitet et sentralt spørsmål. I evalueringssammenheng innebærer validitet at de observerte effektene faktisk kan tilskrives intervensjonen. Det er to typer validitet som må tas i betraktning: intern og ekstern validitet.

- **Intern validitet:** Er funnene virkelig et resultat av deltakelse i eller eksponering for intervensjonen, eller kan de tilskrives andre faktorer.
- **Ekstern validitet:** Er funnene overførbar til andre situasjoner eller andre populasjoner? For eksempel, hvis en intervensjon viser seg å være effektiv blant nordamerikanske barn, kan man da anta at den vil ha tilsvarende effekt på europeiske barn?

Disse validitetsspørsmålene er svært viktige. En intervensjon som viser seg å være effektiv for ungdom fra middelklassen, er nødvendigvis ikke like virkningsfull for ungdom som lever i fattigdom.

Intern validitet

Det er flere faktorer som kan true den interne validiteten i en forskningsevaluering:

- **Modning:** Effekten skyldes tiden gang, snarere enn selve intervensjonen.
- **Historikk:** Effekten kan være et resultat av hendelser som har skjedd før eller under studieperioden.
- **Utvalg:** Dersom intervensjonen ikke kan tilbys til alle i en populasjon, må forskeren, som nevnt, velge et mindre utvalg. Dette utvalget må gjenspeile de primære kjennetegnene til hele populasjon, slik at funnene kan anvendes på den.
- **Frafall:** Deltakere som faller av i løpet av studieperioden, eller som ikke kan nås for oppfølging.
- **Måleinstrumenter:** Det finnes visse indikasjoner på at deltakere kan lære bare av å svare på evalueringsspørsmålene.

Ekstern validitet

Med ekstern validitet menes i hvilken grad funnene fra evalueringen av den forebyggende intervensjonen kan generaliseres til eller anvendes på andre situasjoner og populasjoner.

- **Generaliserbarhet:** I hvilken grad er funnene relevante for populasjonen som utvalget ble tatt fra?
- **Overførbarhet:** I hvilken grad er det sannsynlig at funnene kan reproduseres av andre som ønsker å gjennomføre intervensjonen?
- **Settingen for eller gjennomføringen av intervensjonen:** Resultatene kan være påvirket av forhold rundt intervensjonen, for eksempel tidspunkt på dagen eller året, sted, belysning og støy osv.
- **Effekter av pre- eller post-tester:** Deltakelse i pre- eller –post-test kan føre til læringseffekter.
- **Reaktivitet til forskningen eller intervensjonen:** Dette skjer når en deltaker endrer atferden sin fordi de er klar over at de deltar i en forskningsstudie. For eksempel kan de bevisst forsøke å «lykkes» eller «mislykkes» i intervensjon. Dette kan også påvirke hvordan de svarer på spørreskjemaer. Beslektet begreper er:
 - Placeboeffekt: Når en positiv effekt på utfallet tilskrives intervensjonen, utelukkende fordi mottakeren tror den virker.
 - Nyhetseffekter: Når personer reagerer bedre på en intervensjon første gang den gjennomføres, fordi den er ny og annerledes enn det som vanligvis tilbys, ikke nødvendigvis fordi den er mer effektiv.
 - Hawthorne-effekter: Når deltakere endrer sin vanlige atferd fordi de vet at de er en del av en forskningsstudie, eller blir overvåket av et forskerteam.

Kontroll- eller sammenligningsgruppe

I enhver evaluering ønsker vi å påvise en sterk sammenheng mellom deltakelse i intervensjonen og det utfallet vi undersøker – i dette tilfelle rusmiddelbruk. For å sikre at det er intervensjonen

som er «årsaken» til det observerte utfallet, er det nødvendig å utelukke andre potensielle påvirkningsfaktorer. Slike faktorer kan inkludere modning, historiske hendelser og andre kontekstuelle elementer. For å oppnå denne sikkerheten inkluderer studien en gruppe individer som ikke mottar intervensjonen, men som ellers er sammenlignbar med intervensjonsgruppen. Denne gruppen kalles kontroll- eller sammenligningsgruppen. Kontrollgruppen representerer det som ville skjedd med intervensjonsgruppen dersom den ikke hadde mottatt intervensjonen, eller kun hadde mottatt standard behandling eller praksis. Et eksempel på dette er når en ny skolebasert forebyggende lærerplan evalueres ved å sammenligne dens effekt med den vanlige helse- og sosialundervisning som elevene får. Denne tilnærmingen er kjernen i et sterkt forskningsdesign og gir oss muligheten til å isolere effekten av intervensjon.

Eksempler på vanlige evalueringsdesign

Det finnes flere gode forskningsdesign som brukes til å evaluere effektiviteten av forebyggende intervensjoner. Hvert design har sine styrker og svakheter.

Det klassiske eksperimentelle designet, bedre kjent som randomisert kontrollert studie (RCT) (figur 15), regnes som det mest rigide forskningsdesignet og er mye brukt både i klinisk forskning, og i forebyggingsforskning av høy kvalitet.

Hovedelementene i dette designet er:

- Egnede utfallsmål
- Valg av kontrollgruppe som ikke utsettes for intervensjonen, men som består av personer som ligner på de som deltar i intervensjonen
- Tilfeldig fordeling av deltakerne til henholdsvis intervensjons- og kontrollgruppen
- Innsamling av data før og etter intervensjonen, både fra intervensjons- og kontrollgruppen
- Klar forståelse av deltakernes eksponering for, eller deltakelse i intervensjonen

- Nok tid etter intervensjonen til måling av utfall, for eksempel med tanke på debut av rusmiddelbruk ved 16 års alder

Styrker og svakheter med RCT:

- En RCT hjelper til å påvise årsakssammenhenger mellom et forebyggingsprogram og utfall.
- Forskerteamet kan velge om en person eller gruppe skal få intervensjonen eller ikke.
- Tilfeldig fordeling av deltakere i intervensjons- og kontrollgruppen reduserer noen typer skjevheter.
- Krever ofte at man følger et stort utvalg over lang tid, noe som kan være svært kostbart og tidskrevende.
- Resultatene er ikke nødvendigvis de samme som de man får under reelle betingelser i daglig praksis.
- Det kan fortsatt være skjulte forskjeller mellom gruppene som ikke fanges opp av randomiseringsprosessen.
- Besvarer ikke alltid viktige spørsmål som: «Hva fungerer?», «Hvem fungerer det for?» og «Under hvilke omstendigheter fungerer det?». Andre studiedesign, for eksempel kvalitative studier, er nødvendige for å svare på slike spørsmål.

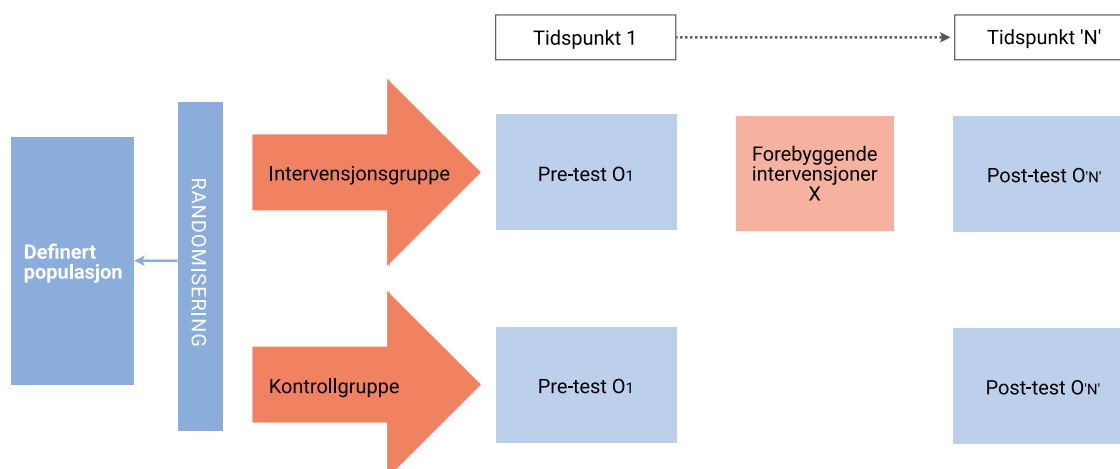
Avbrutt tidsserie-design

Når det er vanskelig å etablere en sammenlignings- eller kontrollgruppe kan, avbrutt tidsserie-design være et alternativ (figur 16). I dette designet gjøres det opptil 100 målinger før og etter intervensjonen for målgruppen. Denne metoden har vist seg særlig nyttig ved evaluering av miljørettede forebyggende intervensjoner. For eksempel kan myndighetene innføre en ny avgift på alkohol. Da er det ikke mulig å fordele befolkningen i en intervensjons- eller kontrollgruppe, slik man gjør i en RCT. Med en avbrutt tidsserie-studie kan forskeren imidlertid analysere trender for relevante utfall før og etter innføringen av avgiften, og dermed vurdere intervensjons effekt.

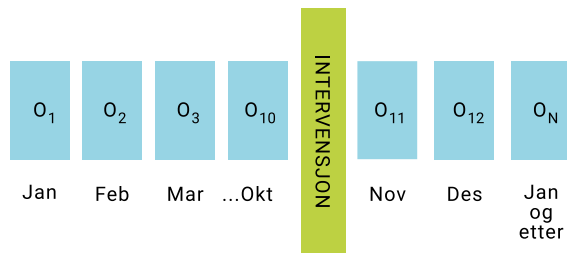
Styrker og svakheter med avbrutt tidsserie-design:

- De er relativt enkle å utføre når data allerede samles inn rutinemessig, for eksempel gjennom kriminalitets- og sykehusstatistikk.
- Godt gjennomførte analyser kan utelukke sesongmessige trender, som økt alkoholbruk i skoleferier, eller endringer i befolkningen generelt, som langsiktig trend med redusert alkoholinntak.
- De kan imidlertid verken redegjøre for eller helt utelukke muligheten for at andre faktorer, som

FIGUR 15
Klassisk eksperimentelt design eller RCT



FIGUR 16
Avbrutt tidsserie



kan ha oppstått samtidig med intervensjonen, har påvirket resultatene.

- Det kan ta lang tid å samle nok data til å utføre en grundig analyse.
- Resultatene kan være vanskelige å tolke dersom utfallet man undersøker sjeldent forekommer før implementeringen av intervensjon.

Pre-post test-design med én gruppe

Pre-post test-design med én gruppe (noen ganger kalt «Within groups»-design) er det vanligste designet i evalueringsforskningen (figur 17). I slike studier samles det inn data fra målgruppen både før og etter intervensjonen. Datainnsamlingen etter intervensjonen kan finne sted umiddelbart eller opptil ett år etterpå.

Styrker og svakheter med pre-post test-design med én gruppe:

- Det er raskt, praktisk kostnadseffektiv og det kan integreres i rutinemessige monitorering i en forebyggingsorganisasjon.
- Enkle verktøy, som spørreundersøkelser, kan brukes til å samle inn all nødvendig data.

FIGUR 17
Pre-post test-design med én gruppe



¹⁸ https://www.euda.europa.eu/best-practice/evaluation-instruments-bank-eib_en

- Designet kan brukes til å beskrive hva som skjer med en bestemt gruppe når de mottar en intervensjon.
- Det kan ikke benyttes til å påvise årsakssammenhenger.
- Det kan kun avdekke kortsiktige endringer.
- Det utelukker ikke alternative forklaringer på eventuelle observerte endringer.

Utvalg og måling

Utvalg er en vanlig prosedyre innen forskning som muliggjør generalisering av funn fra en mindre, representativ undergruppe til den større populasjon den er hentet fra. Forskere bruker utvalg når ressurser som tid, penger og personale er begrenset. Utvalgsprosessen består av flere viktige trinn.

- **Definisjon og beskrivelse av populasjonen.** Hvilke kjennetegn har populasjonen? Hvordan er kjønnsfordelingen? Hvor mange er menn? Hvor mange er kvinner? Bor de i små eller store byer, eller på landet?
- **Tilgang til populasjonen.** Tilgang til populasjonen er ofte begrenset, og det er sjeldent mulig å nå alle i målgruppen. Derfor må man vurdere hvilken del av populasjon som faktisk er tilgjengelig.
- **Inklusjons- og eksklusjonskriterier.** Inklusjons- og eksklusjonskriteriene må være klart definerte. Disse spesifiserer hvem som skal være med i studien og hvem som skal utelukkes.

Når vi snakker om måling, er vi opptatt av reliabilitet (pålitelighet) og validitet (gyldighet). Reliabilitet handler om hvor konsistente målingene er over tid, mens validitet dreier seg om hvorvidt vi faktisk måler det vi ønsker å måle. Heldigvis har feltet innen rusmiddelforebygging utviklet en rekke validerte instrumenter for å vurdere effektiviteten av forebyggingsintervensjoner. Disse har blitt brukt i mange ulike situasjoner og blant forskjellige befolkningsgrupper. EUDA har publisert detaljer om flere av disse i sin Evaluation Instruments Bank¹⁸.

Som nevnt tidligere finnes det to typer data du kan samle inn: kvantitative og kvalitative. Det finnes flere definisjoner på disse datatypene, og noen eksempler er gitt nedenfor.

Kvantitative data kjennetegnes generelt av:

- at de sier noe om mengde, for eksempel «hvor mange personer i alderen 12 til 17 som har brukt cannabis de siste 30 dagene?» eller «hvor mange ganger har de som røyker jevnlig brukt cannabis de siste 30 dagene?»
- at de måler atferdsnivåer og -trender over tid
- at de er objektive og standardiserte, og at de analyseres ved hjelp av spesialiserte statistiske teknikker. Siden dataene er standardiserte, kan det samles inn på tvers av samfunn og grupper

Kvalitative målinger kjennetegnes generelt av:

- at de er subjektive og svarer på spørsmål av typen «hvorfor» og «hva betyr det?»
- at de gir innsikt i atferd, trender og oppfatninger
- at de er mer forklarende og bidrar til å tolke kvantitative data

Datainnsamling, analyse og statistikk

Når dataene er samlet inn, må de omdannes til en form som gjør det mulig å undersøke og analyse dem videre. Dataanalyse gjør det mulig for evaluatoren å systematisk beskrive studiepopulasjonen og begynne å besvare forskningsspørsmålene som ligger til grunn for evalueringen. Denne prosessen med beskrivelse og videre analyse understøttes av statistiske metoder.

Deskriptiv statistikk brukes til å beskrive, visualisere og oppsummere innsamlede data på en meningsfull måte. Dette kan inkludere mål som gjennomsnittsalder eller kjønnsfordeling. Data presenteres ofte ved hjelp av en kombinasjon av

tabeller, grafiske fremstillinger og statistiske kommentarer, for eksempel en diskusjon av hva resultatene kan bety. Deskriptiv statistikk brukes også til å oppsummere rusmiddelbruk i populasjoner av interesse. I europeisk sammenheng er ESPAD-rapporten et godt eksempel på informativ og meningsfull deskriptiv statistikk¹⁹. Andre eksempler fra Norge inkluderer Ungdata²⁰, Elevundersøkelsen²¹ og Oppvekst- og Folkehelseprofilene²².

Inferensstatistikk, eller slutningsstatistikk, er mer komplekst enn deskriptiv statistikk og bruker data samlet fra et lite utvalg for å trekke slutninger om hele populasjonen. Denne metoden er nyttig når det ikke er mulig – eller praktisk gjennomførbart – å undersøke alle medlemmer av en populasjon. Denne typen statistikk gjør det mulig å forutsi sannsynligheten for observerte utfall eller avgjøre om forskjeller i og mellom populasjoner skyldes tilfeldigheter eller ikke. Inferensstatistiske tilnærminger er svært viktige i enhver evaluering av forebyggingstiltak. På grunn av kompleksiteten i arbeidet, anbefales det å samarbeide med en statistiker fra en forskningsinstitusjon, når du skal gjennomføre slike analyser. Her følger noen råd om hvordan du kan samarbeide med dem.

Samarbeide med en evalueringsforsker – samarbeidsmodellen

I den tradisjonelle tilnærmingen er den eksterne evaluatoren uavhengig av intervensjonen, og tar beslutninger om alle aspekter av evalueringen, bortsett fra de som gjelder teamet som gjennomfører intervensjonen. Samhandlingen mellom intervensjonsteamet og evalueringsteamet holdes generelt på et minimum for å unngå systematiske skjevheter (bias).

En samarbeidsevaluering skiller seg ut ved at intervensjonspersonalet involveres aktivt gjennom

¹⁹ <https://www.espad.org>

²⁰ <https://www.ungdata.no/>

²¹ <https://www.udir.no/tall-og-forskning/brugerundersokelser/elevundersokelsen/>

²² <https://www.fhi.no/he/folkehelse/folkehelseprofil/>

hele evalueringsprosessen. I denne modellen danner evaluatoren og intervensjonspersonalet et team, som også kan inkludere andre relevante interessenter. For å sikre effektivitet er det viktig å definere klare roller, aktiviteter og ansvarsområder for alle medlemmene. Spesielt er det viktig å etablere regelmessige møter med sentrale aktører for å gjennomgå fremgangen og løse problemer etter hvert som de oppstår.

Kontinuerlig kommunikasjon er avgjørende for å unngå at evaluatoren og intervensjonspersonalet driver fra hverandre. Tabell 11 viser hvordan begge parter kan bruke sin ekspertise til å fylle prosjektets ulike roller.

Den eksterne evaluatoren må levere tjenester som gir god valuta for pengene, og må ha relevant erfaring og de ferdighetene som trengs for å gjennomføre evalueringen. I tillegg bør evaluatoren ha en forståelse for utviklings- og organisasjonsmessige spørsmål, erfaring med evaluering av prosjekter, intervensjoner eller organisasjoner, kunne vise til gode resultater fra tidligere samarbeid og publikasjoner av evalueringsresultater.

En ekstern evaluator bør også være forpliktet til høye standarder for forskning og praksis, samt være i stand til å overholde stramme tidsfrister. Evaluatoren må også kunne kommunisere godt med intervensjonspersonalet og aktører, og omfavne leveranseorganisasjonens verdier og etiske standarder.

Bruke registre over forebyggingsprogrammer

I de fleste tilfeller er det ikke nødvendig å finne opp et nytt forebyggingsprogram. I stedet bør man utnytte eksisterende programmer som har vist seg å være effektive. Hvordan finner man intervensjoner for rusmiddelbruk som fungerer? Det finnes flere registre som samler evidensbaserte forebyggende intervensjoner. Disse registrene inneholder intervensjoner med sterkt empirisk eller vitenskapelig grunnlag, og de beste av dem har en søkbar database hvor man kan skrive inn nøkkelord for å finne intervensjoner som er relevante for din kontekst.

TABELL 11

Roller for intervensjonspersonalet og ekstern evaluator

Evalueringsfase	Intervensjonspersonalet	Ekstern evaluator
1. Involvere interessenter	Ledende rolle Kjenne dine interessenter godt og vite hvem som bør involveres i evalueringen	Støtterolle Vise interesse for, og involvere interessenter på en effektiv måte
2. Beskrive forebyggingsintervensjonen	Delt rolle Dele kunnskap om forebyggingsintervensjonen	Delt rolle Få programpersonalet til å beskrive forebyggingsintervensjonen. Ta en ledende rolle når det gjelder å beskrive intervensjonen
3. Spiss evalueringen	Delt rolle Identifisere de viktigste evalueringsspørsmålene	Delt rolle Spiss evalueringen og bidra til å utvikle gode evalueringsspørsmål, samt utforme evalueringssdesignet
4. Samle troverdig evidens	Støtterolle Bistå med å få tilgang til eksisterende data eller tilrettelegge for deltakelse i ny datainnsamling	Ledende rolle Ta en ledende rolle i alle datainnsamlingsaktiviteter, men samarbeid med intervensjonspersonalet
5. Begrunn konklusjoner	Delt rolle Bistå evaluatoren med å tolke funn og utvikle anbefalinger	Delt rolle Ta en ledende rolle i alle dataanalysen, i samarbeid med intervensjonspersonalet
6. Sikre bruk og dele lærdom	Ledende rolle Sørge for at resultatene brukes til å videreutvikle programmet	Støtterolle Presentere evalueringsresultater som fremmer bruk

Kilde: Centers for Disease Control and Prevention, 2010

Registre har imidlertid sine begrensninger, og man bør være kritisk når man vurderer intervensjonene som presenteres. Kriteriene for å inkludere tiltak i et register oppfyller ikke nødvendigvis kvalitetskravene i UNODCs internasjonale standarder. Registerne kan basere seg på effektdokumentasjon som er sendt inn av den personen eller organisasjonen som har bedt om vurderingen. Dette kan føre til at den gjennomgåtte dokumentasjon utelater resultater fra evalueringer som ikke har påvist effektivitet, og at de publiserte evalueringene ikke tar hensyn til nyere tilgjengelig dokumentasjon. I tillegg varierer registerne i hvordan de presenterer evidens. Til tross for disse utfordringene er registerne en viktig kilde til informasjon, da de lister opp mange evaluerte forebyggende tiltak med beskrivelser av både innhold og gjennomføring.

Flere registre kan brukes for å finne det mest egnede forebyggings tiltaket for målgruppen og deres rusmiddelrelaterte problem. I Norge er NUBU²³ og Ungsinn²⁴ eksempler på slike registre. På europeisk nivå finnes flere registre som, Xchange²⁵, det tyske registeret Green List²⁶, det spanske registeret²⁷ og Mentor UKs register²⁸. På amerikansk side kan Blueprints for Healthy Child Development²⁹ og Preventing Drug Use among Children and Adolescents³⁰ være nyttige ressurser.

Xchange er et europeisk nettbasert register for evidensbaserte forebyggingsprogrammer, hvor alle programmene fokuserer på rusmiddelrelaterte problemer. Xchange tar hensyn til både europeiske evalueringstudier som viser positive utfall relatert til rusmiddelbruk, samt Blueprint-vurderinger for programmer av amerikansk opprinnelse. Dette registret gir informasjon om effektiviteten til forebyggingsprogrammer i Europa, samt detaljer om lokale tilpasninger på nasjonale språk, og gir et solid grunnlag for å ta informerte beslutninger.

²³ <https://www.nubu.no/metoder/category111.html>

²⁴ <https://ungsinn.no/tiltak/>

²⁵ https://www.euda.europa.eu/best-practice/xchange_en

²⁶ <http://www.gruene-liste-praevention.de/nano.cms/datenbank/information>

²⁷ <http://prevencionbasadaenlaevidencia.net>

Kriteriene for at et program skal inkluderes i dette registeret er:

- Programmet må være aktivt (i bruk i minst ett EU-land)
- Programmet må vurderes som gunstig i Europa av minst én europeisk evalueringstudie

En annen måte å få kjennskap til forskning på forebyggende arbeid er å lese vitenskapelige tidsskrifter, som for eksempel Prevention Science³¹. Publisering av forskning er et sentralt aspekt ved moderne forebygging, og vitenskapelige tidsskrifter kan være nyttig for å finne nyere publikasjoner. Dette er viktig, da det kan ta tid før registerne inkluderer informasjon fra de nyere studiene.

Ex ante-evalueringer

I motsetning til forskningsbaserte intervensjoner, som vurderes under og etter implementeringen, gjennomføres en ex ante-evaluering før prosjektet settes i gang. Resultatene fra en ex ante-evaluering brukes ofte til å optimalisere prosjektplanen og vurdere relevansen av de foreslåtte intervensjonene i forhold til rusmiddelrelaterte behov, sammenlignet med alternative tilnærminger. Denne typen evaluering gir et viktig grunnlag for monitorering og evaluering, og hjelper med å definere mål, identifisere relevante utfall, forutsi den forventede effekten av intervensjonen, og bestemme hvilken informasjon som er nødvendig for å vurdere prosjektets suksess. Beslutningstakere og finansieringsinstanser bruker noen gang funn fra ex ante-evalueringer til å vurdere verdien av forslag fra eksterne leverandører av forebygging. Arbeidet kan utføres internt, eller som ved andre typer evaluering, kan ekspertise hentes fra en ekstern evaluator.

²⁸ <http://cayt.mentor-adepis.org/cayt-database/>

²⁹ <https://www.blueprintsprograms.org>

³⁰ https://www.drugabuse.gov/sites/default/files/preventingdruguse_2.pdf

³¹ <http://www.preventionresearch.org/prevention-science-journal/>

EU-kommisjonen har gitt generelle prinsipper og nyttig veiledning for å forstå og gjennomføre denne typen arbeid, selv om veiledningen ikke direkte gjelder ex ante-evalueringer av forebyggingsprogrammer³². De viktigste opplysningene som trengs ved slik evaluering, er listet opp i boksen nedenfor.

Informasjon som trengs ved en ex ante-evaluering

Problemanalyse og behovsvurdering

- Hva er problemet som skal løses, hvilke faktorer er de viktigste, og hvem er de involverte interessentene?
- Hvem er målgruppen, og hva er deres rusmiddelrelaterte behov?

Målsetting

- Er de generelle, spesifikke og operative målene for forebyggingsintervensjonen definert i forhold til forventede resultater?
- Hvilke evalueringsindikatorer er planlagt for å måle innsatsfaktorer (input), resultater (outputs), utfall (outcome) og påvirkning (impact)?

Alternative gjennomføringsmekanismer og risikovurdering

- Hvilke alternative forebyggende tiltak ble vurdert (inkludert å ikke gjøre noe), og hvorfor ble det foreslåtte tiltaket valgt?
- Hvilke risikoer (for eksempel mulige kostnader, potensielle negative utfall) er involvert i implementeringen av intervensjonen, og hvilke mottiltak er iverksatt?

Merverdi for intervensjonen

- Er den foreslåtte intervensjonen komplementær til og i samsvar med andre tilknyttede tiltak?
- Gir den noen synergieffekter med disse?

Lærdommer fra tidligere

- Hvilke bevis og informasjon fra tidligere evalueringer, revisjoner eller studieresultater/erfaringer fra lignende tiltak er tilgjengelige?
- Hvordan kan disse brukes til å forbedre utformingen av tiltaket?

Planlegging av fremtidig monitorering og evaluering

- Er de foreslåtte metodene for innsamling, lagring og analyse av data fra monitoreringssystemet/evalueringen robuste?
- Er monitoreringssystemet/evalueringen fullt operativ fra starten av implementeringen av tiltaket?
- Hvilke evalueringer er nødvendig, når bør de utføres, og hvem skal utføre dem?

Hjelp til å oppnå kostnadseffektivitet

- Hva er de ulike kostnadmessige implikasjonene av den foreslåtte tiltaksløsningen?
- Kan de samme resultatene oppnås til en lavere kostnad, eller kan bedre resultater oppnås med samme kostnad ved å gjøre noe annet?

³² https://ec.europa.eu/smart-regulation/docs/com_2013_686_en.pdf

Del II

Forebyggings- tilnærminger i forskjellige settinger

- | | |
|-------------|---|
| KAPITTEL 5 | Familiebasert forebygging |
| KAPITTEL 6 | Skolebasert og arbeidsplassbasert forebygging |
| KAPITTEL 7 | Miljørettet forebygging |
| KAPITTEL 8 | Mediebasert forebygging |
| KAPITTEL 9 | Samfunnsbasert forebygging |
| KAPITTEL 10 | Påvirkningsarbeid for forebygging |

Kapittel 5

Familiebasert forebygging

- 86 Definisjoner
- 87 Typer familiebaserte intervensjoner
- 89 Generelt innhold i familiebaserte intervensjoner
- 91 Evidensbaserte programmer
- 93 Utfordringer

KAPITTEL 5

Familiebasert forebygging

Familien er bare én av settingene, på mikronivå, for forebygging. Fokuset i dette kapitlet er på ulike typer familiebaserte intervensjoner, samt deres innhold og særegenheter.

Vi presenterer ulike evidensbaserte programmer, som EFFEKT, Functional Family Therapy og Triple P – Positive Parenting Program, som eksempler på familiebasert forebygging. Avslutningsvis diskuterer vi utfordringer ved arbeidet med familier og hvordan disse kan overkommes.

Definisjoner

Begrepet «familie» kan ha ulik betydning for ulike mennesker og derfor defineres på forskjellige måter. Forskere fra ulike disipliner, som antropologer, sosiologer, psykologer og økonomer, har forskjellige tilnærminger til hvordan de definerer og studerer familier. Kultur og geografi spiller også en rolle i hvordan familien oppfattes. I USA, Canada og mange europeiske land er «kjernefamilien» – bestående av to partnere og deres barn, enslige forelder eller såkalte «blandede» familier (familier der en av foreldrene har barn fra et tidligere forhold) – den dominerende familiedefinisjonen. I andre deler av verden inkluderer definisjon av familie også «utvidet familie», som besteforeldre, tanter, onkler og søskenbarn. Det høye nivået av skilsmisser og gjengiftinger i Europa de

siste tiårene har bidratt til en økning i antall «blandede» familier og familier med én forelder.

Familier som systemer

En måte forskere betrakter familiestruktur på, er ved å tenke på familier som systemer. Dette innebærer at en familie er noe annet enn bare en gruppe mennesker som kan bo sammen. Familier er på mange måter unike enheter og skiller seg fra vennegrupper eller andre sosiale grupper. I motsetning til de fleste sosiale grupper består familier vanligvis av biologisk relaterte individer med sterke sosiale bånd. På grunn av de nære relasjonene og de spesifikke oppgavene familien har, skaper de distinkte interaksjonsmønstre som definerer dem.

Selv om det finnes generelle likheter, er det stor variasjon i hvordan familier samhandler. På samme måte som individer er unike, finnes det heller ikke to familier som har samme måte å forholde seg til hverandre på. Familier vil utvikle sin egen identitet og sine egne måter å oppføre seg på, overfor hverandre og overfor mennesker som ikke er en del av familien. Familiemedlemmer uttrykker ofte tanker og utfører handlinger overfor hverandre som de aldri ville gjort eller delt med personer utenfor familien.

Familier kan bidra med sosial støtte til medlemmene og en følelse av tilhørighet. Denne tilhørighetsfølelsen er viktig for vår utvikling som mennesker og bidrar til å gjøre oss mer robuste, med lavere sannsynlighet for å utvikle atferdsproblemer. Måten familier strukturerer seg på – dens holdninger, oppfatninger og verdier – definerer deres identitet og påvirker hvordan familiemedlemmene samhandler med andre og forventer at andre skal samhandle med dem.

Sosialisering av barn er en svært viktig familiefunksjon. Familien er vanligvis konteksten der barn lærer sin gruppes normer, verdier, holdninger og atferd. Familien utgjør vanligvis den primære konteksten for sosialisering, ettersom det er innenfor familien at barn lærer viktige ting, som hvordan å snakke, passende måter å samhandle med andre på og hvordan man deler og håndtere frustrasjoner. Foreldre formidler disse reglene gjennom ulike former for opplæring, omsorg og disiplin.

Typer familiebaserte intervensjoner

I likhet med andre forebyggende intervensjoner kan familiebaserte intervensjoner defineres som universelle, selektive eller indikerte. De kan også karakteriseres ut fra hvem i familien som deltar, og hvilke deler av familien intervensjonen er designet for å påvirke.

Foreldrebaserte intervensjoner fokuserer bare på å endre spesifikke foreldreferdigheter, som disiplin og effektiv kommunikasjon, og kan involvere kun foreldrene. Barna kan delta, men det er ikke alltid nødvendig.

Intervensjoner for å styrke familieferdigheter har generelt et bredere omfang og involverer opplæring av foreldre for å forbedre og styrke deres foreldreferdigheter, samt trening av barn i personlige og sosiale ferdigheter. De inkluderer også direkte opplæring og ferdighetstrening for familien som helhet. Fokuset strekker seg ut over foreldrerollen til å omfatte hvordan familiemedlemmene påvirker hverandre og fungerer sammen som en familie.

Intervensjoner for å styrke familieferdigheter gjennomføres noen ganger i kombinasjon med andre intervensjoner (for eksempel skolebaserte intervensjoner), som en del av en bredere og mer helhetlig forebyggingsstrategi. Denne strategien implementeres ofte på samfunnsnivå, ettersom det er mange makro- og mikrofaktorer som påvirker unges rusmiddelbruk.

Enkelte studier viser at en kombinasjon av tilnærminger kan være effektivt for å redusere rusmiddelbruk i befolkningen.

Noen intervensjoner er utformet som intensive familierapeutiske tiltak, med mål om å adressere tidlige problematiske atferdsmønstre. Hensikten er å hindre at disse eskalerer til rusmiddelbruk og mer alvorlig problematferd. Det kan være flere indikasjoner på at en familie kan ha nytte av intervensjonen. Noen ganger kan dette komme til uttrykk i problemer innen familien, for eksempel vold, mens andre ganger kan det reflekteres i ungdommens atferd utenfor familien, som på skolen eller i lokalsamfunnet. Intensive familiebaserte intervensjoner, som familierapeutiske tiltak for unge som allerede har vist tegn til problemer, kan også ha stor effekt i barne- og ungdomsårene.

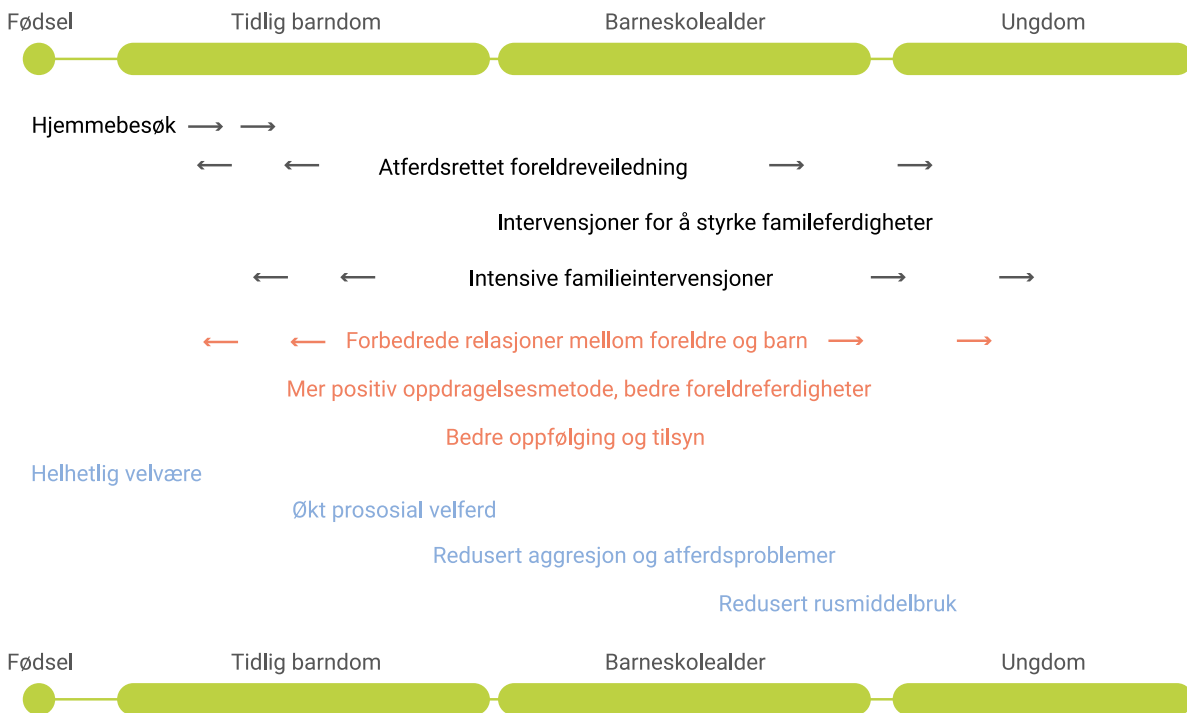
Foreldrestrategier og samspillsmønstre endrer seg i takt med barnas alder. Derfor må familierettede intervensjoner for familier med barn i forskjellige aldre inkludere opplæring om ulike foreldreroller og familieprosesser. Utfallene av familieprogrammer er også knyttet til barnets utviklingsfase. Tidlig i livsløpet vil resultatene primært være relatert til helse, velferd og prososial atferd. I sen barndom og ungdomsårene kan tilleggseffekter inkludere reduksjon eller forebygging av problematferd, som for eksempel rusmiddelbruk.

Figur 18 viser effektive strategier (svart), mål for endring (rødt) og positive utfall (blått) for intervensjoner som gis fra fødsel til ungdomstid.

Teorien bak familiebaserte intervensjoner er at ved å påvirke familieprosesser som foreldrerollen, vil intervensjoner fremme sunn atferd hos unge og forebygge utvikling av problematferd. Familien er en av de viktigste påvirkningsfaktorene på mikronivå når det gjelder personlige karakteristikk som kan føre til rusmiddelbruk.

FIGUR 18

Familiebaserte forebyggende intervensjoner i henhold til utviklingsstadier



Familien er en viktig kontekst for utvikling, og når en familie fungerer dårlig, er det større sannsynlighet for at barna utvikler problemer. Når familien fungerer godt, kan den imidlertid redusere sannsynligheten for problemer. Familieorienterte intervensjonsstrategier kan settes inn allerede før fødselen, for eksempel i form av hjemmebesøk til økonomisk vanskeligstilte førstegangsmødre. Denne typen intervensjoner fokuserer på å endre foreldre-atferd, forbedre mødres velferd, styrke mor-barn-relasjon og forbedre langsiktige utviklingsutfall for unge mennesker. I Norge inkluderer helsestasjonsprogrammet tilbud om hjemmebesøk til alle nyfødte. Målet er å gi foreldrene individuell informasjon, støtte og veiledning basert på deres behov, samt å etablere tidlig kontakt, helst med begge foreldrene til stede. Dette legger grunnlaget for videre oppfølging av barnet og et godt samarbeid med familien.

Noen av de viktigste familie-faktorene som påvirker barns og unge, er:

- **Gode foreldre og barn-relasjoner:** Kvaliteten på forholdet mellom foreldre og barn starter i spedbarnsalderen. I denne perioden knytter omsorgsgivere og spedbarnet et sterkt tilknytningsbånd, og det forblir en viktig påvirkningsfaktor gjennom hele barne- og ungdomstiden. Selv om enkelte aspekter ved forholdet endrer seg over tid, vil en relasjon preget av varm og positiv emosjonell støtte ha en tendens til å beskytte mot problematferd. Foreldre som tilbringer tid sammen med barnet og er aktivt og positivt involvert i barnets liv, bidrar til å bygge denne typen relasjoner. Atferdsorienterte intervensjoner som trener på foreldre-barn-relasjon kan føre til bedre foreldrepraksis, sunnere relasjoner, mer positiv og mindre negativ atferd hos barn og ungdom. I tillegg kan disse intervensjonene gi langsiktige gevinster, som redusert rusmiddelbruk i ungdomsårene og ung voksen alder.

- **Effektive strategier for atferdshåndtering:**
Å fremme positiv ungdomsatferd og håndtere risikofylt ungdomsatferd på en hensiktsmessig måte, er viktige deler av forelders rolle. Hensikten med å bruke effektive strategier er at foreldre kan hjelpe unge mennesker med å følge og internalisere passende atferdsstandarder. Det finnes flere strategier som benyttes for å støtte denne prosessen, men bruk av effektiv disiplin – en tilnærming som er tydelig og bestemt, men ikke hard (en «autorativ, snarere enn «autoritær» tilnærming) – å kommunisere tydelige regler og forventninger, samt bruk av teknikker for å holde oppsyn med hvor og med hvem barnet tilbringer tid, kan også beskytte unge mennesker mot negative påvirkninger på makronivå.
- **Formidle familievennlige verdier:** Familier som har familievennlige verdier og prøver å formidle disse tydelig til barna sine, bidrar til å fremme positiv atferd og redusere risikofylt atferd. Dette kan motvirke sterke negative verdier som kan være til stede i enkelte sosiale miljøer.
- **Være involvert i barnets liv:** Å være aktivt involvert i barnas liv og tilbringe tid sammen i positive og morsomme aktiviteter, bygger et positivt forhold mellom foreldre og barn. Slike aktiviteter kommuniserer til barnet at foreldrene bryr seg om barnets sosiale, emosjonelle og personlige velvære, og at forholdet deres ikke bare dreier seg om atferdshåndtering, som å følge regler.
- **Styrke familiens støttefunksjon:** Foreldre som er følelsesmessig, kognitivt og økonomisk støttende, gir barnet gode forutsetninger for en sunn utvikling. Hvis vi kan styrke noen av disse kritiske familiefaktorene ved å implementere ulike tiltak, kan vi kanskje redusere omfanget av rusmiddelbruk og annen uønsket atferd.

En utfordring med enkelte familiefokuserte intervensjoner er at de settes inn på et tidspunkt hvor svært få familier utøver den atferden intervensjonene prøver å forebygge. En intervensjon kan for eksempel ha som mål å endre foreldrenes oppdragerstil på kort

sikt, men å forhindre rusmiddelbruk på lang sikt. Igjen er rasjonale at endring av familie- og foreldreprosesser vil påvirke hvordan ungdommen utvikler seg.

Spørsmålet som stilles er: «Hva er de viktigste kjennetegnene ved en intervensjon som fungerer?». En studie har identifisert flere viktige kjennetegn ved effektive foreldretiltak for foreldre med barn i alderen 0 til 7 år. Den fant at tiltakene ga bedre resultat når de:

- fokuserte på positivt samspill mellom foreldre og barn – det vil si når de lærte foreldrene om å tilbringe tid med barna sine i ikke-disiplinerende situasjoner (for eksempel å leke med dem), vise entusiasme og gi positiv oppmerksomhet, og fokusere på aktiviteter som fremmer kreativitet
- lærte foreldrene om følelser og hvordan kommunisere om følelser, for eksempel hvordan man lytter aktivt og gir bekreftelse på det barnet sier, hjelpe foreldrene med å lære barn å gjenkjenne, sette ord på og uttrykke følelser på en egnet måte, samt lære foreldrene å redusere negativ kommunikasjon som sarkasme.
- lærte foreldrene effektiv atferdshåndtering i form av bruk av «time-out» og konsekvent respons
- var strukturert slik at foreldrene kunne øve på de nevnte ferdighetene med egne barn både i øktene og hjemme. Dette var ikke rollespill, men reelle interaksjoner mellom foreldre og barn.

Generelt innhold i familiebaserte intervensjoner

Familiebaserte forebyggende intervensjoner innebærer mer enn det som er beskrevet ovenfor. Vi vil se nærmere på hvordan du kan utforme innholdet i en intervensjon spesifikt for foreldre, barn og familien generelt.

Innhold for foreldre

Ulike familiestyrkende intervensjoner har forskjellige typer aktiviteter, men UNODCs ekspertpanel fant at de mest effektive intervensjonene har noen spesifikke elementer til felles.

Effektive intervensjoner lærer foreldrene å være lydhøre for barnas ønsker og behov – og hvordan de kan respondere på disse på en hensiktsmessig måte. Foreldre bør læres å vise hengivenhet og empati for hverandre, deres barn og andre mennesker. De bør:

- bruke positiv oppmerksomhet og la barn få vite når de oppfører seg bra – ikke bare når de bryter reglene
- snakke om både sine egne følelser og barnas følelser for å hjelpe barna med å gjenkjenne og uttrykke følelser
- forstå viktigheten av å være gode forbilder – hvis foreldrene ikke ønsker at barna skal begynne å bruke rusmidler, bør de selv utvise denne atferden
- lære nye mestringsstrategier og ferdigheter for å håndtere sinne, stress og endring i familien og i det bredere sosiale miljøet sitt
- lære å leke på en responsiv måte – det vil si, å la barnet ha noe kontroll og styre leken mens foreldrene følger med
- ha forventninger som passer til barnas alder og utviklingsnivå (se vedlegg 2)

Ytterligere innhold og aktiviteter skal lære foreldrene å sørge for struktur. Struktur betyr mange ting, men kan inkludere:

- Lære foreldre å bruke alderstilpassede disiplinstrategier for å lære barna om konsekvensene av deres atferd
- Etablere og kommunisere klare regler for hjemmet og hjelpe barna med å forstå disse reglene og samfunnets verdier
- Identifisere hvordan man kan beskytte barn mot mulige problemsituasjoner i familien og i samfunnet (som kan inkludere nabolaget eller medier)
- Forsøke å oppnå enighet om sentrale spørsmål rundt barneoppdragelse (i familier med mer enn én forelder) og sette det man har blitt enige om ut i praksis
- At foreldre vet hvordan de effektivt kan holde oversikt over hvor barna er, hvem de er sammen med, og hva de gjør
- Håndtere konflikter, løse uenigheter og praktisere tilgivelse – dette skaper en varm og åpen følelsesmessig atmosfære i familien og bidrar til å holde barna utenfor konflikter mellom foreldrene
- Innføre spesifikke rutiner, som felles måltider og leggetidsrutiner, som kan gjøres til hyggelige stunder og skape muligheter til å snakke med barna om viktige verdier, uten å være belærende

Gode tiltak kan også lære foreldre å være involvert i barnets skolehverdag. Ved siden av familien er skolen en av de viktigste sosialiseringsarenaene for et barn. Noen foreldre kvier seg for å samarbeide med skolen, men forskning viser at når foreldrene hjelper barna med å danne sterke bånd på skolen, får barna bedre skoleopplevelser. Dette kan blant annet oppnås ved:

- Å følge med på, og hjelpe barna med skolearbeid når det er mulig
- Å holde kontakten med barnets skole og vite hva som skjer der

Innhold ovenfor barna

Det er mange viktige livsferdigheter som barn og unge trenger å lære, og foreldre kan læres opp til å viderefremme disse ferdighetene til barna sine. En av de ferdighetene intervensjoner kan hjelpe barn å utvikle, er emosjonelle evner. Intervensjoner bidrar også til at foreldrene kan styrke disse ferdighetene ved å:

- gjenkjenne egne og andres følelser
- uttrykke følelser på en passende måte
- håndtere vanskelige følelser
- føle og vise empati for andre når de har det vondt
- være i stand til å motta tilbakemeldinger om seg selv uten å gå i forsvar - dette er en god måte for dem å lære om seg selv og sine relasjoner på.

En annen ferdighet som er nyttig for unge å utvikle, er en orientering mot fremtiden. Barn, spesielt ungdommer, som er i stand til å reflektere over fremtiden, har ofte et positivt syn på den. De kan sette realistiske mål og forstå hvordan enkelte typer atferd, for eksempel rusmiddelbruk, kan hindre dem i å nå disse målene.

Barn og unge kan utvikle effektive problemløsningsferdigheter som vil hjelpe dem i utfordrende sosiale situasjoner med jevnaldrende, slik at de finner de beste løsningene på problemene. De kan også lære om hvordan de kan ta vare på seg selv og sin egen helse. Dette inkluderer ernæring, fysisk helse og hvordan bruk av rusmidler påvirker hjernen, fysisk utvikling, atferd, følelser, kognitiv utvikling, sosialt liv med venner og familie, skoleprestasjoner og fremtidsmuligheter.

Effektive intervensjoner bør lære barn og unge hvordan de kan samhandle positivt med andre, som å vente på tur og samarbeide. Dette hjelper dem til å forstå hvordan de plasser inn i den store sammenhengen, hvordan relasjoner kan være bra for dem, og hvordan de kan unngå dårlige relasjoner. Intervensjoner kan også styrke verdier, som respekt – både for individuelle forskjeller og for grupper som

har viktige roller i samfunnet, for eksempel eldre og myndigheter.

Barn og unge kan lære å kommunisere effektivt gjennom aktiv lytting og ved å gi tydelig uttrykk for egne behov. Å bruke disse ferdighetene effektivt kan bidra til å dempe konflikter.

Mange effektive intervensjoner fokuserer på å lære unge ferdigheter for å håndtere gruppepress, slik at de kan motstå påvirkning fra jevnaldrende som forsøker å få dem til å bruke rusmidler.

Innhold for familien

I familierettede intervensjoner er det viktig at familien kan øve sammen på ferdigheter som hjelper dem å lære å respondere, ta hensyn og oppmuntre hverandre på en positiv og sensitiv måte ved hjelp av ros og belønninger.

For å kommunisere effektivt kan familier lære seg å bli gode til å lytte, kommunisere tydelig om roller og ansvar, og rolig diskutere tema som ofte er vanskelige for foreldre og barn å snakke om, som for eksempel rusmiddelbruk og seksualitet.

Familier kan også organisere og strukturere familielivet sammen, være tydelige, konsekvente og rettfærdige når det gjelder disiplin, og løse uunngåelige familiekonflikter gjennom åpen diskusjon og bruke andre metoder som anbefales av intervensjonen.

Evidensbaserte programmer

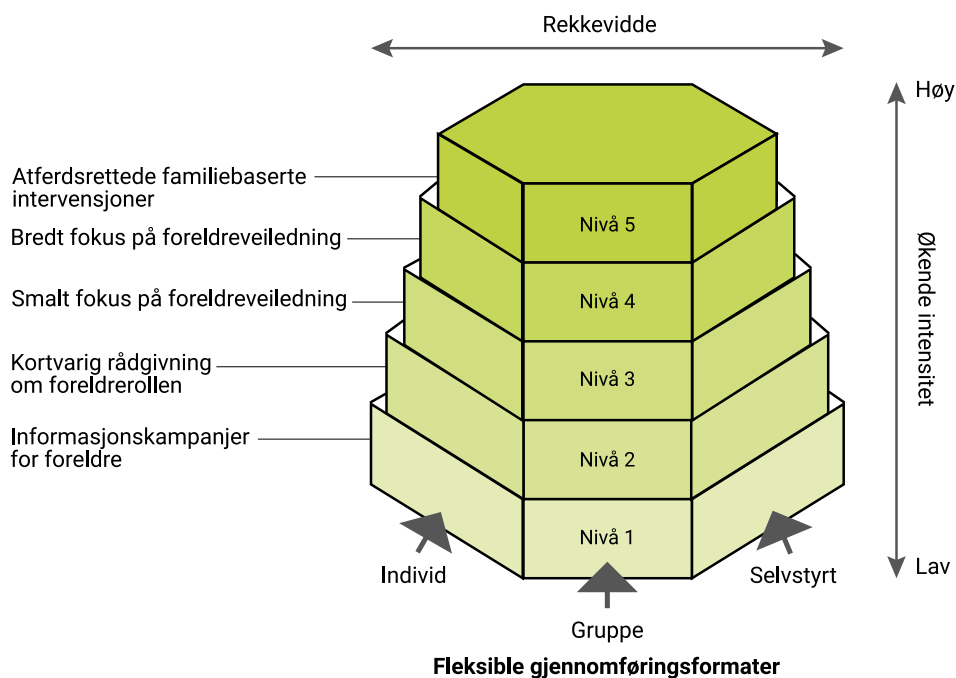
Vi skal her kort omtale noen intervensjoner – EFFEKT, Functional Family Therapy og Triple P – som ifølge europeiske evalueringer har vist lovende resultater. Utvalget er basert på rangeringene i EUDAs Xchange-register. Disse inkluderer vi som eksempler som kan være til hjelp for deg når du skal finne en egnet intervensjon for din kontekst.

EFFEKT er vurdert som «fordelaktig» i Xchange-registeret. Det er en universelt forebyggende intervensjoner for unge mellom 13 og 16 år, med formål om å forebygge alkoholbruk blant tenåringer ved å endre foreldrene holdninger. Foreldrene oppfordres til å kommunisere nulltoleranse om alkoholbruk til barna sine. Foreldrene får informasjon på foreldremøter ved starten av hvert semester og gjennom regelmessige brev sendt hjem gjennom skoleåret. De får også tilsendt kataloger som beskriver lokale organiserte aktiviteter som gir barna muligheter for å bruke tiden sin på en konstruktiv måte.

Programmet Functional Family Therapy er en indikert forebyggende intervensjon for risikoutsatte unge mellom 11 og 18 år. Programmet er vurdert som «sannsynligvis fordelaktig» i Xchange-registeret. Målet er å motvirke at ungdom trekkes mot kriminalitet eller kriminell atferd, forebygge rusmiddelbruk og opprettholde gode relasjoner mellom deltakere og foreldre. Programmet tar sikte på å endre foreldrenes oppdragerstil, ungdommenes evne og vilje til å følge normer, samt hele spekteret av kognitive, emosjonelle og atferdsmessige domener. For å oppnå slike endringer tas det utgangspunkt i hver families spesifikke profil av risiko- og beskyttelsesfaktorer.

Triple P – Positive Parenting Program³³ er en forebyggingsorientert strategi for foreldreskap og familiestøtte. Det er utviklet for å forhindre alvorlige atferds-, emosjonelle og utviklingsmessige problemer hos barn ved å styrke foreldrenes kunnskap, ferdigheter og selvtillit (figur 19). Triple P er ennå ikke inkludert i Xchange, men et annet register, Blueprints, vurderer det som «lovende». Selv om det finnes flere

FIGUR 19
Triple P



³³ For mer informasjon se <http://www.triplep.net/glo-en/home/>

versjoner av programmet utgjør fem grunnleggende prinsipper for positivt foreldreskap fundamentet. Disse prinsippene adresserer spesifikke risiko- og beskyttelsesfaktorer som er kjent for å forutsi positive utviklingsmessige og psykiske helseutfall hos barn. Disse kjerneprinsippene er 1) å sørge for et trygt og engasjerende miljø, 2) å skape et positivt læringsmiljø, 3) å utøve «selvsikker oppdragelse» («assertive discipline»), 4) å ha realistiske forventninger, og 5) å ta vare på seg selv som forelder.

Et annet program som ofte benyttes er Strengthening Families Programme 10–14. Dette programmet har svært god evidens for effekt i USA, og Blueprints vurderer det som «lovende», men foreløpig finnes det ikke god evidens for effekt i Europa. Derfor vurderer Xchange det ikke som et effektivt program.

Utfordringer

Det er flere utfordringer og barrierer for både organisasjoner og familier når det gjelder å ta i bruk slike intervensjoner. Noen av disse utfordringene dreier seg om selve gjennomføringen, mens andre handler om å implementere bredt nok til å oppnå en betydelig effekt. Vi vil her beskrive noen av viktigste utfordringene og gi råd om hvordan disse kan løses.

De største barrierene for effektiv implementering av familierettede forebyggende intervensjoner, spesielt universelle og selektive, er rekruttering og opprettholdelse av deltakelse. Forskning viser at

FIGUR 20
Barrierer for familier 1



familiebaserte intervensjoner ofte har lav deltakelse. Når man rekrutterer til universelle tiltak, deltar vanligvis bare 10 til 30 prosent av de kvalifiserte familiene. Målrettede intervensjoner, som de som er rettet mot familier med unge som allerede utviser problematferd, har høyere deltagelse, vanligvis mellom 40 og 60 prosent. Imidlertid er deltakelsen ofte lavere blant vanskeligstilte familier. Den lave deltakelsen kan bety at intervensjonen ikke har tilstrekkelig rekkevidde til å påvirke folkehelsen.

Forskning har identifisert noen av de vanligste barrierene for deltakelse i typiske gruppebaserte familieintervensjoner:

- Foreldrene kjenner ikke til intervensjonen. Informasjonen om intervensjonen når kanskje ikke frem til familier som trenger det.
- Familiens tanker og følelser rundt programmet påvirker om de ønsker å delta eller ikke.
- Familier er ofte pressede på tid. Å delta på en 2 eller 3 timer langt økt én kveld i uken kan være vanskelig for noen med travle timeplaner.
- Noen ganger blir intervensjoner gjennomført på steder som gjør det vanskelig for familier å delta. Familiene har kanskje ikke tilgang til transport, eller må kanskje reise langt.

Det kan utvikles strategier for å overvinne disse utfordringene (se figur 20–22).

Generelt finnes det gode måter å informere om intervensjonen på, selv om strategien vil måtte tilpasses ressursene som er tilgjengelige i det aktuelle samfunnet.

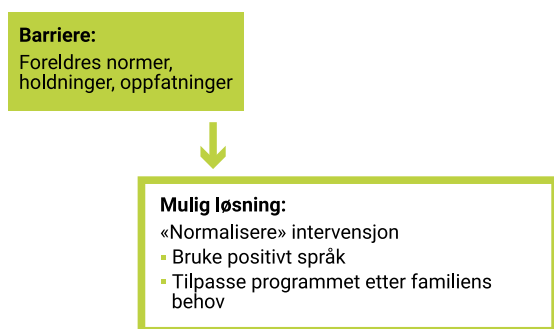
En svært god måte er å involvere media. Når det er mulig, kan organisasjoner jobbe for å få omtale i avisen eller på radio. Sosiale medier har også vist seg effektive i å spre informasjon enkelte steder. Triple P har brukt sosiale medier effektivt for å øke kjennskapen til programmet. En studie fant at når disse mediestrategiene ble brukt, hadde opptil 80 prosent av foreldrene i området hørt om intervensjonen.

Å bruke sitt personlige og profesjonelle nettverk for å spre informasjon er også en god strategi. Det er også nyttig å bygge på forbindelsene dine med andre organisasjoner som arbeider med unge mennesker og familier. Familier føler seg mer komfortable hvis informasjon kommer fra en kilde de stoler på.

Noen ganger kan foreldre ha inntrykk av at intervensjonen bare er for «dårlige» foreldre, eller de kan mene at deres familie ikke vil ha nytte av, eller behov for, intervensjonen. De kan også ha hatt tidligere negative erfaringer som gjør det mindre sannsynlig at de ønsker å delta på noe nytt. Det er viktig å bruke et positivt språk og å «normalisere» hva intervensjonen innebærer i kommunikasjonen med familiene. Hvordan man beskriver intervensjonen i brosjyrer og i medier kan påvirke i hvilken grad familiene ser på intervensjonen som relevant for dem eller ikke.

Noen ganger ser kanskje ikke foreldrene behovet for en intervensjon og tror det ikke vil være særlig nyttig for dem. Å kunne formidle hvordan intervensjonen adresserer deres spesifikke behov kan øke aksepten for den. Dette kan gjøres med velskrevne annonser som fremhever spesifikke fordeler ved intervensjonen. Andre ganger kan det være mer nyttig å diskutere intervensjonen med familier direkte, enten ved å besøke dem hjemme eller ved å tilby et gruppeopplegg der de kan lære mer om hva tiltaket kan bidra med.

FIGUR 21
Barrierer for familier 2



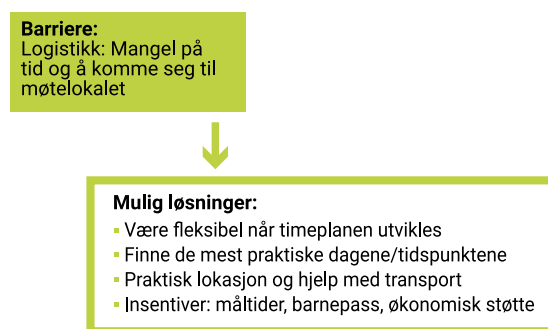
Noen av de vanligste barrierene familiene gir uttrykk for, handler om de logistiske utfordringene med å få plass til en 2-timers lang økt i en travel hverdag. Ved å legge møtene til tider som passer best for flest mulige familier, kan man få flere til delta. Det er viktig å være fleksibel når man fastsetter tidspunkt, slik at foreldrene kan tilpasse øktene til sin kalender. Å bruke naturlige møtetidspunkt, som foreldremøter, slik man gjør i det ovennevnte EFFEKT-programmet, kan hjelpe med å imøtekomme travle timeplaner.

Det er imidlertid viktig å respektere familietid, som tross alt er en av tingene disse intervensjonene prøver å fremme.

Å finne et praktisk sted og hjelpe til med transport kan også bedre oppmøte. Det beste er å velge et sted som folk allerede besøker regelmessig. Helst bør dette være i nærheten av der familiene bor, men i store byer og på mer landlige områder kan det være vanskelig. For noen kan transport være et problem, og av og til kan det være aktuelt å tilby støtte til dette.

Insentiver for deltakelse kan bidra til å motivere familier til å delta, og kan også bidra til å overvinne andre logistiske barrierer. Eksempler på dette kan være å tilby kveldsmat og barnepass, som kan gjøre det lettere for foreldre å delta. Det er nyttig å konsultere lokal ekspertise for å finne ut hva slags insentiver som kan være mest effektive.

FIGUR 22
Barrierer for familier 3



Når man skal rekruttere familier er det ikke bare å kunngjøre intervensjonen og deretter vente på at familiene skal komme. Man trenger en konkret plan for hvordan man skal rekruttere og sikre deltakelse. Når man lager en slik plan, er det viktig å tenke nøye gjennom hvordan familiene er, hva de trenger, og hvordan de er knyttet til hverandre og til andre sosiale miljøer, for eksempel skoler, nabolag og ulike tjenester. For familier med lav sosioøkonomisk status kan økonomiske insentiver være nyttige. Å bygge sterke, respektfulle relasjoner med familier som kan være interessert i intervensjonen, opprettholde kontakt selv om de ikke deltar med en gang, og holde løfter kan bidra til å bygge tillit og forbedre intervensjonens omdømme, noe som igjen vil gjøre det lettere å rekruttere familier.

Det vil også være mer effektivt å bruke flere forskjellige strategier i stedet for bare én.

For å fange mottakernes oppmerksomhet kan det være lurt å bruke flere budskap, levert på forskjellige måter og på flere tidspunkt. Intervensjoner anbefaler ofte at budskapet blir formidlet til familier på minst tre forskjellige måter, da det kan ta flere forsøk før man fanger deres oppmerksomhet.

Kapittel 6

Skolebasert og arbeidsplassbasert forebygging

98 Skolebasert forebygging

104 Arbeidsplass og forebygging

KAPITTEL 6

Skolebasert og arbeidsplassbasert forebygging

Intervensjoner kan også gjennomføres i andre settinger på mikronivå, som skolen og arbeidsplassen. Vi begynner med å se på hva som kjennetegner skolebaserte forebyggende intervensjoner, hvilke mål slike intervensjoner har, og hvordan teori kan anvendes i praksis. I arbeidet med skolebaserte forebyggende intervensjoner legges det særlig vekt på bruk av data fra ulike elevundersøkelser. Unplugged, GBG og KiVa er evidensbaserte programmer og presenteres her som effektive intervensjoner for skolebasert forebygging.

Dessverre finnes det få arbeidsplassbaserte forebyggende intervensjoner i Europa, og enda færre av disse er evidensbaserte. Forhåpentligvis kan dette kapittelet gi noe inspirasjon til de som arbeider med forebygging på arbeidsplassen. Vi vil skissere kjennetegnene ved slike intervensjoner og diskutere potensielle barrierer som kan oppstå.

Skolebasert forebygging

For barn og ungdom er de to viktigste arenaene for rusmiddelforebygging familien og skolen. Faktisk er det mange barn som sannsynligvis vil tilbringe mer tid på skolen enn med begge foreldrene, eller til og med én forelder. En fordel med skoler (tabell 12) er at intervensjoner kan leveres til alle barn (en universell populasjon), og ikke bare de som er i en høyrisikogruppe (en selektiv populasjon) eller enkeltindivider i sårbare posisjoner (en indikert populasjon). Alle barn kan potensielt dra nytte av universelle intervensjoner i skolene, siden alle står overfor en viss grad av risiko. I tillegg kan budskap som formidles til alle elever på skolen, formidles uten å stigmatisere mottakerne. Dette fordi intervensjonene ikke baserer seg på å identifisere og

TABELL 12

Typer og effekt av skolebaserte forebyggende intervensjoner

Intervensjoner	Risikonivået intervensjonen er rettet mot	Indikasjon på effekt
Forebyggende opplæring basert på personlige og sosiale ferdigheter og sosial påvirkning	Universell og selektiv	★★★ God
Skolepolitikk og -kultur	Generell befolkning og risikogrupper	★★ Tilstrekkelig
Adressering av individuelle psykiske sårbarheter	Universell	★★ Tilstrekkelig

potensielt isolere unge som allerede har begynt å bruke rusmidler. Faktisk har forskning vist at det å plassere høyrisikobarn sammen i én gruppe kan økte deres risikofylte atferd. (Poulin og Dishion, 2001).

Skoler kommer i mange former, størrelser og konfigurasjoner, men i nesten alle land bidrar skolene til å forberede unge mennesker til å bli fullt integrerte medlemmer av familien, arbeidsplassen og samfunnet som helhet. Imidlertid oppnår skoler og utdanning mye mer enn dette. En policyrapport fra Verdensbanken fra 2007 (Hanushek og Wößmann, 2007) viste gjennom analyser av utdanningsdata og nasjonale økonomier at «det er sterk evidens for at befolkningens kognitive ferdigheter – snarere enn bare skolerresultater – er sterkt knyttet til individuelle inntekter, inntektsfordeling og økonomisk vekst». Med kognitive ferdigheter menes elevenes evne til å:

- Tenke selvstendig og løse problemer på en fornuftig og gjennomtenkt måte, både alene og i samarbeid med andre
- Resonnere, begrepsfeste og løse problemer ved hjelp av ukjent informasjon eller nye prosedyrer
- Trekke konklusjoner og komme opp med løsninger ved å analysere forholdet mellom gitte problemer, saker eller forhold

Skolen er, i likhet med familien, et av mikronivåmiljøene som i størst grad former barns utvikling og prososiale holdninger og atferd. Det er mange komplekse interaksjoner mellom de biologiske, personlige, sosiale og miljømessige faktorer som påvirker menneskelig atferd. Disse interaksjonene former barn og unges verdier, oppfatninger, holdninger og atferd og er spesielt viktige for den fysiske, emosjonelle og sosiale utviklingen fra barndom til ungdom og videre til voksen alder. Skolen kan påvirke hvordan barn og unge oppfatter hvilke positive og negative atferder som er akseptable. Derfor kan skoleintervensjoner påvirke den enkeltes sårbarhet og risiko for spesifikke atferder, og rusmiddelbruk i særdeleshett.

Skolebasert forebygging kan være relevant for universiteter og høyskoler. Studenter er ofte spesielt utsatt for rusmiddelbruk fordi de har flyttet fra familien til et miljø der de har større selvstendighet og forventes å ha kontroll over en rekke ulike sosiale og helse relatert atferder. I tillegg kan visse rusmidler være tilgjengelige i skolemiljøet, og det kan eksistere en kultur for bruk av rusmidler på arrangementer og i studentorganisasjoner.

Selv om det er spesielt viktig å skape og opprettholde et positivt skolemiljø, spiller skolene også en viktig rolle i rusmiddelforebygging på minst tre andre områder:

- **Atferdsorienterte tilnærminger:** forhindre eller utsette unges rusmiddelbruk ved å fremme verdier, normer, oppfatninger og holdninger mot rusmiddelbruk, og gi dem ferdigheter til å effektivt motstå press fra jevnaldrende om å bruke rusmidler
- **Miljøforebygging:** utvikle en rimelig, tydelig og konsekvent håndhevet policy om bruk og salg av rusmidler, inkludert alkohol og tobakk, på og i nærheten av skolens områder og på alle arrangementer i regi av skolen
- **Redusere de negative konsekvensene forbundet med bruk:** behandle elever som bruker rusmidler med respekt og empati, samt motivere og hjelpe dem med å oppsøke egnede rådgivnings- og støttetjenester (inkludert behandling, om nødvendig), og støtte dem i å redusere eller slutte å bruke rusmidler.

Forskning innen forebyggingsvitenskap har vist at skolebaserte intervensjoner ikke bare kan redusere risikoen for rusmiddelbruk, men også forbedre elevens akademiske prestasjoner og forebygge frafall (Gasper, 2011). Dette gir et viktig argument for at det er i både skolens og elevenes interesse å sette av tid til rusmiddelforebygging.

Skolens beredskap

Før man implementerer rusmiddelforebyggende programmer og policyer bør skolens kapasitet og ressurser til å gjennomføre intervensjonene vurderes (Greenberg et al., 2005). Spesielt bør følgende faktorer tas i betraktning:

- Støtter skolens ledelse at elever og lærere bruker tid på rusmiddelforebyggende programmer?
- Finnes det personal med den nødvendige kompetansen for å implementere programmene?
- Er det ressurser tilgjengelig til å dekke kostnader for materiell, opplæring av lærere, vikarer til å dekke opp under opplæringen og teknisk støtte i etterkant?
- Er det tilgang til opplæring av høy kvalitet og teknisk støtte som kan veilede skolepersonell med å implementere forebyggende programmer effektivt og håndtere de utfordringene som måtte oppstå?

For å sikre en vellykket implementering av forebyggingsprogrammer i skolen, er det avgjørende at både skoleledelsen og relevante utdanningsmyndigheter gir tydelig støtte og utøver aktivt lederskap (Sloboda et al., 2014; Wandersman et al., 2008). Skolen bør ha en klar visjon for det læringsmiljøet den ønsker å skape for å fremme elevenes pedagogiske og sosiale utvikling. Denne visjonen må konkretiseres gjennom relaterte mål, hvorav ett bør være å sikre at skolemiljøet er fritt for alkohol, tobakksprodukter og andre rusmidler.

Videre er det nødvendig å utvikle planer som tydelig definerer ansvarsfordelingen for implementering av forebyggingspolicyer og intervensjoner, samt hvordan resultater skal evalueres og knyttes til faglig utvikling. Planene bør også inkludere en vurdering av skolens evne til å gjennomføre intervensjonen på en effektiv måte.

Mål for skolebasert forebygging

Effektive rusmiddelforebyggende strategier må være skreddersydd med hensyn på utviklingsstadiene til

barn, ungdom og studenter (Ginsburg, 1982; UNODC, 2013). UNODCs internasjonale standarder understreker at skolebaserte forebyggende aktiviteter og programmer ikke nødvendigvis er like effektive for hele elevpopulasjon. Det er derfor avgjørende at intervensjoner kun implementeres for aldersgrupper der det finnes evidens for at de er effektive.

For eksempel bør rusmiddelforebyggende strategier for barn i barneskolealder være relativt enkle, med fokus på et tydelig og forståelig budskap. For eksempel: Leger gir deg medisin når du er syk for å gjøre deg frisk; medisin kan være skadelig for deg hvis du tar den uten at en lege sier at du skal gjøre det; å gi medisin til andre er farlig, selv om de ber om det. Lærere kan også implementere strategier som belønner prososial atferd og slår ned på impulsiv eller upassende atferd.

Med veiledning kan elever i tidlig ungdomsalder utvikle positive verdier og holdninger som ikke fremmer rusmiddelbruk, og som de kan legge til grunn når de skal bestemme om de vil bruke rusmidler eller ikke.

Elevene kan gjøre seg kjent med skolens policy for bruk av rusmidler og konsekvensene av brudd på disse. De kan lære seg å forstå hvordan reklame forsøker å påvirke dem til å bruke alkohol og andre rusmidler, og de kan lære om de negative konsekvensene bruk av alkohol, tobakk og andre rusmidler har på følelser, persepsjon, psykisk helse og hjernens utvikling. I tillegg bør de fortsette å utvikle og øve på aldersrelaterte personlige og sosiale ferdigheter.

I senere ungdomsalder skal elevene kunne bruke sine egne verdier, beslutningsevne og livsferdigheter – spesielt evnen til å stå imot press – i situasjoner hvor rusmidler brukes, eller hvor de kan bli tilbudt å bruke det. De bør også lære om de sosiale sanksjonene knyttet til ulovlig rusmiddelbruk. Til slutt bør de lære seg en rekke strategier for å redusere de negative effektene av rusmiddelbruk (Marlatt et al., 2011).

Dette kan for eksempel inkludere farene ved å kjøre i beruset tilstand, eller ved å sitte på med en sjåfør som har drukket alkohol eller brukt andre rusmidler.

Evidensbaserte forebyggende intervensjoner må tilpasses barnas utviklingsstadium for å være effektive. Forebyggingsvitenskap bygger dermed på forståelsen av barns utvikling og hvordan man best kan nå barn i de ulike fasene av utviklingen.

Kartlegging av elevers bruk av rusmidler

Å kartlegge elevers rusmiddelbruk er nyttig for å forstå omfang, mønster og karakteristikk ved bruken. Slike undersøkelser gir innsikt i hvilke psykoaktive stoffer elevene bruker. Tidligere kapitler i denne håndboken har omtalt behovsanalyser, det vil si innsamling og/eller analyse av eksisterende data for å beskrive problemet med rusmiddelbruk. Behovsanalyser for å beskrive elevers rusmiddelbruk inkluderer data om hvilke typer rusmidler som benyttes, hyppigheten av bruken, hvor rusmidlet skaffes, administreringsmåte, samt hva som kjennetegner brukerne, inkludert kjønn, alder, etnisitet, nabolag, skolefravær, og fysisk og emosjonell helse. Dette, i tillegg til data om debutalder og det første rusmiddel som ble brukt.

Elevundersøkelser gjennomført i skolen anses generelt for å være den beste metoden for å samle inn data om elevers rusmiddelbruk. Disse dataene utgjør kjernen i datainnsamlingsarbeidet, som kan inkludere både kvalitative og kvantitative data. Selv om elevundersøkelser er relativt billige å gjennomføre, samt gir verdifull informasjonen om nåværende mønstre for rusmiddelbruk og tilknyttede oppfatninger, kan de være utfordrende å utvikle og administrere. Resultatene kan også være vanskelige å analysere og tolke.

Skoler kan også velge å benytte resultater fra undersøkelser som er utført av andre organisasjoner. I denne sammenheng anbefaler vi spesielt ESPAD³⁴

³⁴ <http://www.espad.org/>

³⁵ <http://www.hbsc.org/>

(se figur 23) og HEVAS som er WHO's tverrnasjonale undersøkelse om helseatferd blant skoleelever³⁵. Selv om noen av disse undersøkelsene (og dermed resultatene) kan være gamle, kan resultatene være nyttig som sammenligningsgrunnlag når man skal vurdere resultatene av en lokalt gjennomført undersøkelse. Lokale data er nesten alltid mer nyttig for lokalpolitikere og beslutningstakere enn data fra regionale eller nasjonale undersøkelser. Det er enkelt å avfeie urovekkende resultater fra en rusmiddelundersøkelse utført på nasjonalt nivå ved å si at de ikke representerer barna i «vårt» lokalsamfunn.

I Norge gir Ungdataundersøkelsen³⁶ et omfattende bilde av ungdoms levekår, trivsel, helse og livsstil. Denne nasjonale undersøkelsen, som gjennomføres i samarbeid med NOVA, KORUS, kommuner og fylkeskommuner, er en viktig kilde til informasjon om blant annet rusmiddelbruk blant ungdom. Resultater gis på både nasjonalt, regionalt og kommunalt nivå, og brukes ofte til å informere politikere, beslutningstakere og skoler om lokale og nasjonale trender.

FIGUR 23
ESPAD-rapport 2019



Kilde: <http://www.espad.org/>

³⁶ <http://www.ungdata.no>

Å anvende teori

Teorier om kognisjon og læring, samt TPB (Theory of Planned Behavior), kan brukes i skolebaserte rusmiddelforebyggende intervensjoner. En skole er ikke bare et sted for læring; den inkluderer mennesker – elever og ansatte – som samhandler gjennom store deler av dagen. I likhet med hjemmet, hvor foreldre samhandler med barna sine i familiebaserte forebyggende intervensjoner, samhandler ansatte i skolen med elevene for å gjennomføre effektive rusmiddelforebyggende tiltak. Disse intervensjonene omfatter rusmiddelforebyggende lærerplaner, skolens retningslinjer/policyer og skolemiljøet. Læreplaner har vist seg å være det mest effektive for å skape langsiktige forebyggende resultater. Disse vil bli diskutert nærmere i dette kapitlet. Skolepolicyer og skolemiljø vil bli utdypet i kapittel 7.

Med rusmiddelforebyggende lærerplaner menes en klasseromsbasert intervensjon med et manualbasert sett av aktiviteter som skal oppfylle spesifikke læringsmål. Med skolepolicy for rusmiddelforebygging menes et sett med skriftlige regler eller bestemmelser om rusmiddelbruk på skolen og på skolens område. Disse reglene fastsetter hva som skal skjer når noen bryter reglene, samt konsekvensene av overtredelser. Skolemiljø refererer til den generelle trivselen og livskvaliteten blant elever og ansatte på skolen. Skolemiljø er basert på mønstrene av elevers, foreldres og skolepersonells opplevelse av skolehverdagen og gjenspeiler normer, mål, verdier, mellommenneskelige relasjoner, undervisnings- og læringspraksis samt organisatoriske strukturer.

To tiår med forskning og evaluering i skolesammenheng har vist hvilke intervensjoner som virker, og hvilke som ikke er støttet av evidens (tabell 13).

TABELL 13

Hva som fungerer og ikke fungerer i skolebasert forebygging

Fungerer	Fungerer ikke
Gjennomføring og struktur	
Interaktive metoder	Didaktiske metoder som forelesning
Høyt strukturerte leksjoner og gruppearbeid	
Følger en læreplan	
Gjennomføres av kvalifiserte tilretteleggere/lærere	Ustrukturerte, spontane diskusjoner
Implementeres via 10–15 ukentlige økter	Avhengig av lærernes personlige meninger, dømmekraft og intuisjon
Programmer med flere komponenter	Svak evidens for forebyggingsprogrammer ledet av jevnaldrende istedet for voksne
	Alle former for frittstående enkeltaktiviteter
Innhold	
Ferdigheter i beslutningstaking, kommunikasjon og problemløsning	Øke elevenes faktakunnskap om spesifikke rusmidler, noe som kan gjøre dem til mer informerte forbrukere
Relasjoner med jevnaldrende og personlige og sosiale ferdigheter	Tidligere brukere som deler sine erfaringer kan ende opp med å glorifisere rusmiddelbruk eller skape sensasjon rundt det
Mestringstro og selvhverdelse	Kun fokus på bygging av selvtillit
Ferdigheter i å stå imot press og ta beslutninger om ikke å bruke rusmidler	Tilfeldig rusmiddeltesting
Forsterkning av holdninger og normer mot rusmidler	Skremselstaktikk og skremmende historier som overdriver og feilaktig fremstiller farene ved rusmiddelbruk, stemmer ikke alltid overens med elevenes og deres jevnaldrende erfaringer
Støtte for studievaner og skoleprestasjoner	

Mange forebyggende intervensjoner viser positive effekter umiddelbart etter implementering, men færre opprettholder disse effekter ved langtidsoppfølging, for eksempel etter ett år. Hvor stort er dette problemet? Det er åpenbart at vi ønsker at effektene skal vare i flere år, heller enn bare måneder eller uker. Ved vurdering av intervensjoner bør de med langvarige effekter prioriteres, forutsatt at alle andre forhold (som kulturell kontekst, målgruppe, tilgjengelighet osv.) er like. Imidlertid kan intervensjoner som bare har kortsiktige effekter også betraktes som vellykkede dersom de utsetter rusmiddeldebuten på sentrale utviklingsstadier. Målgrupper kan også dra nytte av gjentatt eksponering for ulike typer forebyggende aktiviteter på ulike utviklingsstadier.

Det kan være urealistisk å forvente langvarige effekter fra forebyggende programmer, gitt at elevene ofte utsettes for fristelser i sine sosiale miljøer. Dette inkluderer påvirkning fra populærkulturen, reklame og observasjoner av voksne som bruker og nyter rusmidler som alkohol og tobakksprodukter, uten synlige negative konsekvenser. Det kan derfor være urimelig å forvente at en enkelt intervensjon rettet mot rusmiddelbruk vil være tilstrekkelig. I argumentasjon for forebygging bør man derfor legge vekt på at forebyggende aktiviteter, i samsvar med EDPQS (kapittel 3), bør være en del av en mer langsiktig strategi. Det er mer sannsynlig at slike aktiviteter lykkes når de implementeres sammen med miljørettede forebyggende policyer (se kapittel 7).

Alders- og utviklingsmessige passende intervensjoner for forebygging av rusmiddelbruk må integreres i hele skolekonteksten, fra barnehage til ut videregående skole, både i og utenfor klasserommet.

Evidensbaserte programmer

Følgende intervensjoner har vist lovende resultater ifølge flere evalueringer i ulike europeiske land. Programmene er valgt ut på grunnlag av rangeringene i EUDAs Xchange-register og kan inspirere deg i søken etter passende intervensjoner i din kontekst.

Unplugged er et skolebasert program som fokuserer på kritisk tenkning, beslutningstaking, problemløsning, kreativ tenkning, effektiv kommunikasjon, mellommenneskelige ferdigheter, selvbevissthet, empati, mestring av følelser og stress, samt normative oppfatninger og kunnskap om rusmidlenes helseskadelige effekter. Programmet består av tolv undervisningsøkter à la én time, gjennomført ukentlig av lærere som har deltatt i et 2,5 dager langt opplæringskurs. Xchange rangerer Unplugged som «fordelaktig», noe som tyder på at programmet sannsynligvis er effektivt i ulike kontekster.

Good Behavior Game (GBG) er en klasseromsbasert strategi for atferdshåndtering i grunnskolen. Programmet brukes sammen med skolens ordinære undervisningsplan og vurderes som «fordelaktig» i Xchange. Forskning har vist at intervensjonen er effektiv. GBG er lagt opp som et spill for hele klassen, der lag belønnes for god atferd. Programmet har vist seg å redusere aggressiv og forstyrrende atferd i klasserommet, noe som er risikofaktorer for rusmiddelbruk i ungdomsårene og voksen alder, samt for utvikling av antisosial personlighetsforstyrrelse og voldelig og kriminell atferd.

I GBG deles elever inn i balanserte lag basert på kjønn og nivåer av aggressiv og forstyrrende atferd, samt sosial isolasjon. Klassens atferdsregler henges opp og gjennomgås regelmessig. Under spillet belønnes hvert lag dersom medlemmene til sammen begår fire eller færre regelbrudd i løpet av en spilleperiode. I løpet av de første ukene spilles GBG tre ganger i uken, i 10 minutter per økt, under mindre strukturerte deler av skoledagen. Lengden og frekvensen av spilløktene økes gradvis, slik at spillet kan gjennomføres daglig mot midten av skoleåret. Belønninger gis umiddelbart etter hver spilleperiode i starten, men utsettes gradvis til slutten av skoledagen eller -uken. Over tid spilles GBG på ulike tider av dagen, under forskjellige aktiviteter og på forskjellige steder. Spillet utvikler seg dermed fra å være svært forutsigbart med umiddelbar forsterkning til å bli uforutsigbart med forsinket

forsterkning. Dette lærer barna at god oppførsel forventes til enhver tid.

KiVa er et antimobbeprogram som har fått lovende vurderinger i Finland, og også er tatt i bruk i Estland. Programmet retter seg mot skolebarn i alderen 5-11 år og benytter både universelle og indikerte strategier. Formålet er å fremme prososial atferd og emosjonell velvære. KiVa er foreløpig ikke vurdert i Xchange, men er klassifisert som «lovende» i Blueprints-registeret, noe som indikerer at forskning av høy kvalitet har bekreftet programmets effektivitet.

Arbeidsplass og forebygging

I samfunnet refererer «arbeidsplassen» eller «arbeidssettingen» til det fysiske stedet der folk jobber. Dette kan inkludere hjem, gårder, skoler, organisasjoner, fabrikker, butikker, helseinstitusjoner, militæret eller store selskaper.

For noen, som de som jobber i handelsnæringer, transport eller frakt, kan det være vanskelig å definere én enkelt fysisk arbeidsplass. I industrialiserte land er arbeidsplassen en av samfunnets viktigste institusjoner. En betydelig andel voksne er ansatt og deltar i en eller annen form for arbeidssetting. I tillegg driver arbeid og arbeidssettinger økonomien og fremmer økonomiske vekst. Problemer med rusmiddelbruk er særlig relevante i bransjer der sikkerhet er et viktig hensyn, eller der menneskelig svikt kan få store konsekvenser. Eksempler på slike bransjer er bygg og anlegg, landbruk, transport, kraftproduksjon, IT og finanstjenester (EMCDDA, 2017b, s. 143).

Arbeidsplassen kan være en arena for videreopplæring og -utdanning i voksen alder. Den kan også introdusere nye opplevelser, normer og atferdsmønstre som kan skiller seg fra det man har lært i familien eller på skolen.

Voksne tilbringer vanligvis mye tiden på arbeidsplassen, og kvaliteten på arbeidsoppgavene – om de er gavende og tilfredsstillende eller stressende

og belastende – kan ha stor innvirkning på arbeidstakerens helse og velvære. Dette kan igjen påvirke sårbarheten for problemer knyttet til rusmiddelbruk.

Frone (2013) skiller mellom rusmiddelbruk og dens negative konsekvenser på arbeidsplassen og i arbeidsstyrken:

- **På arbeidsplassen:** Situasjoner der rusmiddelbruk og dens negative effekter skjer på jobben eller i arbeidstiden. Dette kan innebære bruk av rusmidler på arbeidsplassen eller rett før arbeid, noe som resulterer i at man er påvirket i arbeidstiden – enten man befinner seg på selve arbeidsstedet eller ikke.
- **I arbeidsstyrken:** Rusmiddelbruk og negative konsekvenser som finner sted utenfor arbeidstiden og utenfor arbeidsrelaterede situasjoner.

Forhold på arbeidsplassen kan skape et klima som fremmer rusmiddelbruk på jobben. Det er tre hovedfaktorer som bidrar til dette:

- **Tilgjengelighet av rusmidler på arbeidsplassen:** Alkoholsalg i kantinen, tilbud om alkohol ved feiringer på arbeidsplassen, eller ansatte med lett tilgangen til ulovlige rusmidler.
- **Deskriptive normer:** Andel av en persons sosiale nettverk på arbeidsplassen som bruker rusmidler eller arbeider i påvirket tilstand.
- **Normative normer:** Hva som anses som akseptabel eller uakseptabel atferd knyttet til rusmiddelbruk og påvirkning på arbeidsplassen, basert på holdninger fra kollegaer og ens sosiale nettverk.

Denne siste faktoren inkluderer også arbeidsplasskulturer som fremmer bruk av rusmidler for å forbedre ytelsen og håndtere belastninger og stramme tidsplaner, eller der bruk av rusmidler anses som en viktig del av relasjonsbygging med kolleger og (potensielle) kunder.

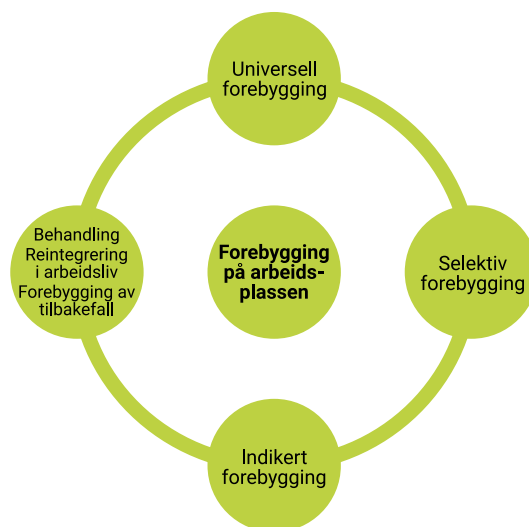
I tillegg til generelle risikofaktorer for rusmiddelbruk som påvirker hele befolkningen, kan arbeidsrelaterte stressfaktorer som høye krav, mangel på kontroll over eget arbeid og jobbusikkerhet øke sannsynligheten for at ansatte begynner å bruke rusmidler. Rusmidler kan brukes som en måte å redusere spenning og stress på, og som en strategi for å håndtere arbeidssituasjonen. Hyppigere eksponering for, og forventning om, arbeidspres og stress antas å føre til hyppigere og mer omfattende bruk av rusmidler, ofte rett før, under eller rett etter arbeidsdag. De fleste problemer er knyttet til rusmiddelbruk utenfor arbeidstid, selv om slik atferd fortsatt kan påvirke arbeidsprestasjoner negativt. Negative konsekvenser av rusmiddelbruk blant ansatte kan inkludere fravær, forsentkomming, tap av arbeid, sykdom og høyere medisinske kostnader. Rusmiddelbruk på arbeidsplassen kan også føre til redusert opplevelse av trygghet, økt arbeidsrelatert stress og lavere moral blant ansatte som ikke bruker rusmidler på jobben.

Det finnes ingen estimater på EU-nivå for hvordan rusmiddelbruk påvirker arbeidsstyrken, og ingen nasjonale estimater basert på samme metode. EUDA samler heller ikke inn data om omfanget av arbeidsplassbasert forebygging i EU. Illustrerende studier fra medlemslandene er imidlertid nyttige. For eksempel har det i Storbritannia blitt estimert at alkoholbruk resulterer i 11–17 millioner tapte arbeidsdager per år, med en kostnad på 1,8 milliarder GBP (Plant Work, 2006).

Rusmiddelbruk blant ansatte er spesielt bekymringsverdig i sikkerhetskritiske yrker, der ansatte har ansvar for andres helse og velvære, for eksempel piloter, leger, sikkerhetsteknikere, og hvor nedsatt arbeidsevne forårsaket av rusmidler eller andre forhold kan få alvorlige konsekvenser. I Frankrike har 15–20 prosent av arbeidsulykkene i det franske jernbanesystemet vært direkte knyttet til skadelig bruk av alkohol eller andre rusmidler (Ricordel og Wenzek, 2008).

FIGUR 24

Typer arbeidsplassbasert forebygging



Organisatoriske beredskap

Et element i behovsanalysen er å forstå hvor arbeidsplassen befinner seg i forhold til organisatorisk endring eller vilje til å ta i bruk en bestemt helsefremmende praksis – i dette tilfellet forebygging av rusmiddelbruk. Det er utviklet flere teorier for å forstå organisatorisk endring. I Stage Theory er det for eksempel viktig å vite hvor langt en organisasjon har kommet i prosessen med organisatorisk endring, før man implementerer forebyggende policyer og intervensjoner.

Stage Theory (Kaluzny og Hernandez, 1988) beskriver fire stadier organisasjoner går gjennom før en endring eller innovasjon tas i bruk og institusjonaliseres:

1. **Bevisstgjøring:** Det første stadiet handler om å erkjenne at man har et problem, og at det finnes mulige løsninger. Målet på dette stadiet er å gjøre organisasjonen oppmerksom på problemet som må løses.
2. **Adopsjon:** I det andre stadiet begynner organisasjonen å utarbeide og vedta policyer og intervensjoner for å løse problemet som ble identifisert i først stadium. Dette kan innebære å kartlegge ressursbehov og tilpasse intervensjoner til organisasjonens kontekst før implementering.

3. **Implementering:** Det tredje stadiet omfatter alle de praktiske aspektene ved gjennomføringen av policyer og intervensjonen.
4. **Institusjonalisering:** Til slutt, i det fjerde stadiet blir den nye policyen eller praksisen en standarddel av arbeidsplassens aktiviteter.

Forebyggingsformer på arbeidsplassen

Det er fire aspekter man må vurdere når det gjelder forebygging på arbeidsplassen (figur 24):

Universell forebygging

- **Virksomhetens policy:** En policy er en universell forebyggingsstrategi fordi den vanligvis adresserer rusmiddelrelaterte problemer blant alle ansatte.
- **Rusmiddelforebyggende opplæring:** Opplæringen gis til både ansatte og ledere, og bør inkludere kunnskap om psykoaktive stoffer og hvordan deres bruk kan påvirke arbeidstakernes helse og velvære negativt.
- **Styrking av sosial støtte:** Ved å fremme samhold og støtte blant de ansatte kan man styrke de sosiale normene mot rusmiddelbruk på arbeidsplassen.

Selektiv forebygging

- **Konfidensiell screening:** Screening som vanligvis omfatter ansatte i risikogruppen for rusmiddelbruk og som kan utvise problematferd på arbeidsplassen.
- **Hjelpeprogrammer for ansatte:** Programmer utformet for å identifisere og løse produktivetsproblemer som påvirker ansatte med personlige utfordringer.

Indikert forebygging

- **Konfidensielle rusmiddelvurderinger:** Målet er å identifisere ansatte som trenger henvisning til kortvarige intervensjoner eller langvarig behandling. Vurderingene utføres av spesialister innen psykisk helse eller avhengighet.
- **Kortvarige intervensjoner:** Systematiske, fokuserte prosesser som tar sikte på å undersøke potensielle rusproblemer og motivere enkeltpersoner til å endre atferd.

Når man snakker om forebygging på arbeidsplassen, er det viktig å inkludere policyer og intervensjoner som fokuserer på arbeidstakere som trenger behandling, fullfører behandling, vende tilbake til jobb og reintegreres i arbeidsstyrken. Selv om det teknisk sett ikke er forebygging, inkluderer denne håndboken behandling, retur til arbeid og forebygging av tilbakefall som en viktig del av en helhetlig tilnærming til rusmiddelbruk på arbeidsplassen. Målet er ikke å straffe, men å hindre at rusmiddelbruk oppstår og eskalerer, og om nødvendig identifisere arbeidstakere som bruker rusmidler, og sørge for en tydelig vei til behandling og reintegrering i arbeidslivet.

Når de har kommet tilbake i arbeid, vil disse arbeidstakerne ha behov for kontinuerlig støtte for å forhindre tilbakefall til rusmiddelbruk.

EUDA-portalen for beste praksis har en oversikt over anbefalte tilnærminger for forebygging på arbeidsplassen³⁷. EUDA har også publisert en veiledning for sosial reintegrering for å forbedre arbeidsrelaterte utfall for personer som gjennomgår rusmiddelbehandling, som inkluderer aktiviteter på arbeidsplassen³⁸. Selv om veiledningen er utviklet som svar på nasjonal lovgivning, har USA publisert et verktøysett for en rusfri arbeidsplass, herunder en veiledning om hvordan man utvikler en policy, kurser ansatte, lærer opp ledere, organiserer

³⁷ https://www.euda.europa.eu/publications/mini-guides/workplaces-and-drugs-health-and-social-responses_en

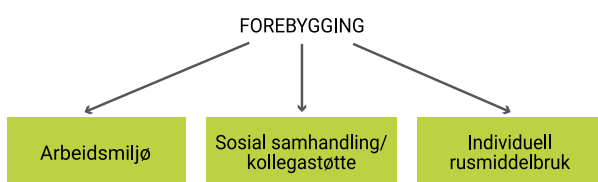
³⁸ https://www.euda.europa.eu/publications/insights/social-reintegration_en

hjelpeprogrammer for ansatte med mer alvorlige problemer og gjennomfører rusmiddeltesting (se Rusmiddeltesting nedenfor for viktige EU-diskusjoner om dette emnet)³⁹.

Helhetlige policyer for forebygging på arbeidsplassen fokuserer vanligvis på tre primære mål:

1) arbeidsmiljøet, 2) sosial samhandling og kollegastøtte, og 3) individuell rusmiddelbruk (figur 25). Det vil si at policyer og intervensjoner på arbeidsplassen kan fokusere på å endre personlige, sosiale og miljømessige faktorer som påvirker sannsynligheten for rusmiddelbruk.

FIGUR 25
Helhetlig forebygging på arbeidsplassen



Komponentene i en helhetlig forebyggende tilnærming bør adressere alle tre målområdene.

Arbeidsmiljø:

- Etablere skriftlige policyer for rusmiddelbruk på arbeidsplassen.
- Endre arbeidsmiljøet for å forbedre livskvaliteten i arbeidshverdagen og redusere tilgangen til alkohol og andre rusmidler.
- Implementere opplæring for tilsyns- og ledelsespersonell.
- Rette intervensjonene mot hele arbeidsmiljøet.
- Være i samsvar med organisasjonskulturen.

Sosiale interaksjoner / kollegastøtte:

- Utvikle programmer for kollegastøtte.
- Lage klare policyer for sosial kontroll angående rusmiddelbruk på arbeidsplassen, og etablere normer for alkoholbruk.

Individuell rusmiddelbruk:

- Gjøre hjelpeprogrammer for ansatte tilgjengelige.
- Behandle rusmiddelbruk som et helse- og sikkerhetsproblem.
- Inkludere rusmiddelbruk i generelle velvære.
- Gjennomføre konfidensiell screening og identifisering av rusmiddelbrukere, slik at disse eventuelt kan henvises til behandling og reintegreres til arbeidslivet.
- Inkludere konfidensiell rusmiddeltesting kun som en del av en omfattende intervensjon med flere komponenter.

Barrierer

Til tross for de overbevisende argumenter for at arbeidsplasser bør implementere policyer og intervensjoner for forebygging av rusmiddelbruk, er mange organisasjoner fortsatt motvillige til å iverksette slike tiltak. Mens forebygging av andre helse- og sikkerhetsproblemer blir aktivt omfavnet, fortsetter rusmiddelbruk å bli ignorert. Den viktigste årsaken til denne motviljen – og den største barrieren mot implementering – er stigmaet knyttet til problemet.

Arbeidsplasser er også motvillige til å vurdere behovet for å undersøke omfanget av rusmiddelbruk blant de ansatte og iverksette intervensjoner for å adressere eller forebygge problemet. I mange kulturer anses alkohol- og rusmiddelbruk som en moralsk svikt eller primært juridiske problemer, ikke helse- og sikkerhetsproblemer.

Andre barrierer mot implementering inkluderer:

- En uttalt toleranse blant arbeidsledere og andre for visse former for rusmiddelatferd.
- Kostnadene forbundet med å implementere forebyggende intervensjoner.
- At rusmiddelbruk ofte anses som et personlig snarere enn et arbeidsrelatert problem, og at arbeidsplassene helst ikke vil diktere hva ansatte kan og ikke kan gjøre i sitt privatliv.

³⁹ <https://www.samhsa.gov/workplace/toolkit>

Rusmiddeltesting

Selv om rusmiddeltesting har vært brukt i flere tiår, betraktes det fortsatt kontroversielt mange steder. I Europa velges ofte en forholdsmessig respons, slik at rusmiddeltesting kan forsvares i sikkerhetskritiske roller (se ovenfor), men ikke i roller der de fysiske eller mentale kravene som rusmiddeltesting forutsetter (det vil si at man er rusmiddelfri) ikke er relevante for jobben. For mange organisasjoner, og også land, er et hovedspørsmål hvordan man kan balansere hensynet til arbeidstakernes sikkerhet med tanke på personvern og diskrimineringsspørsmål. Et annet betydelig problem er at metabolitter av et stoff kan være til stede i en biologisk prøve lenge etter at stoffet ble brukt (i prøver av hår kan metabolitter være til stede i flere måneder etter bruk), noe som faktisk

gjør at rusmiddeltesting ikke nødvendigvis sier noe om hvorvidt en ansatt er i stand til å utføre sine arbeidsoppgaver eller ikke. En organisasjon som vurderer å implementere et testingsprogram bør også undersøke relevant nasjonal lovgivning, da denne varierer fra land til land.

Uansett hvilken tilnærming en arbeidsgiver velger, utgjør rusmiddeltesting alene ikke forebygging. Forskning har vist noen positive effekter av rusmiddeltesting på ansattes rusmiddelbruk, men testing i seg selv er ikke et forebyggende tiltak, da det ikke adresserer årsakene til atferden eller andre behov knyttet til rusmiddelbruken. Rusmiddeltesting bør derfor kun implementeres som en del av en helhetlig forebyggende strategi og tilnærming.

Kapittel 7

Miljørettet forebygging

112 Miljøet og dets påvirkning

113 Definisjoner

114 Miljørettede forebyggende tilnærminger i skoler
og på arbeidsplasser

117 Miljø-/befolkningsstrategier for tobakk og alkohol

118 Strategier i utelivsbransjen

Miljørettet forebygging

Dette kapitlet gir en definisjon av miljørettet forebygging, beskriver relevante tilnærminger og presenterer retningslinjer for hvordan man utvikler miljørettede forebyggende strategier for skoler og arbeidsplasser. Karakteristikk og evidens for effekten av strategier for både tobakk og alkohol diskuteres for å utforske beste praksis i strategiutforming. Siden utelivet er en viktig, men ofte oversett, arena for miljørettet forebyggende arbeid, vil også forebyggende tiltak i uteliv diskuteres.

EUDA har publisert en rapport om miljørettede tilnærminger innen forebygging, som finnes på deres nettside⁴⁰.

Miljøet og dets påvirkning

Hvilken innflytelse har det sosiale miljøet på individuelle oppfatninger, holdninger og atferd? Det sosiale miljøet former sosiale normer og påvirker oppfatninger om risiko og konsekvenser av atferd, som rusmiddelbruk og hvordan man håndterer

stressende situasjoner. Observert atferd, som rusmiddelbruk blant venner eller rollemodeller, kan oppfattes som normen. I tillegg vil samfunnets håndhevelse av lover eller forskrifter påvirke hvordan innbyggerne vurderer graden av aksept og toleranse for rusmiddelbruk og annen atferd.

Miljørettede forebyggende tiltak har som mål å redusere mulighetene for usunn og risikofylt atferd, samtidig som de fremmer tilgjengeligheten av sunnere muligheter. Dette er spesielt viktig i de miljøene som inneholder triggere for risikofylt atferd. Kort sagt handler dette om å endre konteksten der atferden finner sted, enten det gjelder det bredere samfunnet eller spesifikke arenaer som alkoholutsalg, offentlige rom eller på underholdningssteder. I motsetning til intervensjoner som fokuserer på å styrke individet eller gruppens ferdigheter og kunnskap, retter miljørettede tiltak seg mot etablerte vaner og atferdsmønstre, slik at folk automatisk velger sunnere alternativer uten nødvendigvis å ta bevisste valg. Målet er å gjøre det sunne valget til det enkleste alternativet. For eksempel kan et samfunn øke avgiftene på tobakk for å gjøre sigaretter dyrere, etablere lover om aldersgrenser og krav om legitimasjon for å hindre mindreårige i å kjøpe rusmidler, senke prisen på alkoholfrie drikkevarer på utesteder, eller begrense plasseringen av alkoholutsalg i nærheten av skoler.

Disse typer intervensjoner bruker miljøet til å indirekte påvirke en bestemt målgruppe. I motsetning til undervisningsplaner i skolen eller familiebaserte intervensjoner har de ikke direkte kontakt med målgruppen. Fordelen med miljørettede

⁴⁰ https://www.euda.europa.eu/publications/technical-reports/environmental-substance-use-prevention-interventions-in-europe_en

intervensjoner er at de, hvis de implementeres riktig, kan ha en bredere rekkevidde enn atferdsrettede tiltak alene.

For å maksimere den positiv effekt på rusmiddelbruk i samfunnet, bør imidlertid både atferdsrettede og miljørettede intervensjoner gjennomføres på en koordinert og gjensidig utfyllende måte. Eksempelene under «Definisjoner» antyder at en «integret» tilnærming er nødvendig for å lykkes med miljørettet forebygging. Fagpersoner fra ulike sektorer, inkludert de som vanligvis ikke betrakter rusforebygging som en del av sitt ansvarsområde, må overbevises om at de spiller en viktig rolle i forebyggingen. Beslutningene de tar, kan påvirke miljøet i en positiv og sunn retning.

Definisjoner

Miljørettede intervensjoner kan deles inn i tre hovedkategorier – regulatoriske, fysiske og økonomiske – selv om det er et nært samspill mellom disse tre typene (EMCDDA, 2018b).

Regulatoriske virkemidler: innebærer endringer i regler som angir hva som er tillatt og hva som ikke er det. Slike regler (eller lover) kan for eksempel begrense tilgangen til rusmidler gjennom aldersgrenser, legemiddelreguleringer eller restriksjoner på ulovlige rusmidler. De kan også omfatte atferdsreguleringer, som forbud mot å kjøre i ruspåvirket tilstand eller forbud mot servering av alkohol til åpenbart berusede personer.

Regulatoriske virkemidler inkluderer også praksis som regulerer produksjon og salg av potensielt skadelige varer, samt markedsføring av varer for å beskytte (sårbare) forbrukere mot villedende reklame eller reklame som oppmuntrer rusmiddelbruk. Eksempler inkluderer aldersgrenser, skjenketider, standardisert emballasje for tobakksprodukter og forbud mot alkoholreklame i idretten. Noen land har for eksempel vedtatt at utesteder må tilby gratis drikkevann for å kunne drive underholdningsvirksomhet med alkoholservering.

For de fleste ulovlige rusmidler finnes det ingen reguleringer for produksjon, distribusjon eller salg; tiltakene er begrenset til lover som reduserer tilgjengelighet, og formidler sterke budskap om samfunnets normer mot bruken. Siden produksjon av slike stoffer ikke er regulert, kan de også være blandet med andre helsefarlige substanser. Naturlige produkter som brukes til å fremstille slike rusmidler, som cannabis, opiumvalmuer og kokaplanter, kan ødelegges når de oppdages, eller bønder som dyrker dem, kan kompenseres for å slutte med denne dyrkingen.

Fysiske virkemidler: retter seg mot endringer i det fysiske miljøet der valg tas, og atferd utspiller seg. Tiltakene kan implementeres både i mikro- og makromiljøet. I mikromiljø kan dette innebære utforming av barer og nattklubber med sikt på å redusere raskt og overdrevent alkoholkonsum. På makronivå kan det omfatte byplanlegging og landskapsdesign, som å tilby gratis transport om natten, utvikle en helhetlig kollektivtransportpolitikk eller ruste opp nabolag i underprivilegerede områder. Fysiske intervensjoner kan også omfatte gjenstander og strukturer i miljøet. Et interessant eksempel er utforming av drikkeglass, der høyere og tynnere glass med mindre volum kan bidra til at folk drikker mindre enn de tror.

Økonomiske virkemidler: oppmuntrer brukere og potensielle brukere til å ta sunnere valg gjennom mekanismer som skatter, prispolitikk og subsidier. For eksempel har de fleste europeiske land innført høye avgifter på tobakksprodukter for å gjøre skadelige produkter mindre tilgjengelige, mens enkelte har innført en minstepris per alkoholenhet. På samme måte kan sunnere valg oppmuntres ved å senke prisen på vann og andre alkoholfrie drikker i puber, barer, restauranter og andre utsalgsteder for alkohol.

En av bakgrunnsrapportene til Health and social responses to drug problems: a European guide (EMCDDA, 2017b) gir en grundig oversikt over

kunnskap om atferd⁴¹ som miljørettet forebygging bygger på.

Sosialisering og miljørettede intervensjoner

I arbeidet med å forebygge rusmiddelbruk vektlegges positiv sosialisering av barn. Sosialiseringprosessen begynner i familien, der foreldrene fungerer som rollemodeller, og fortsetter i skolen og andre sosiale miljøer som påvirker atferd gjennom normer, regler og håndheving. Disse atferdsrettede intervensjonene kombinerer sosialisering med forebyggingstiltak. Målet er å hjelpe individer med å tolke informasjon og signaler i en sosial og emosjonell kontekst for å forstå hva som forventes av dem, og hva som er hensiktsmessig atferd. De bidrar også til å utvikle ferdigheter som å ta gjennomtenkte beslutninger om konsekvensene av egne handlinger, samt å lære nye ferdigheter som for eksempel støttende foreldreferdigheter eller motstand mot rusmiddelbruk.

Hvordan fungerer dette for miljørettede intervensjoner? Identifisering av trusler og muligheter i miljøet, samt implementering av tiltak som påvirker eller eksponerte, er kjernen i miljørettet forebygging. Sunne miljøer maksimerer samfunnets styrker og minimerer negative påvirkninger. Disse intervensjonene er utformet for å endre konteksten der mennesker tar beslutninger:

- **Fysisk miljø:** Begrense tilgangen til og tilgjengeligheten av alkohol, tobakksprodukter og andre rusmidler.
- **Sosialt miljø:** Styrke normer og holdninger mot bruk av rusmidler.

I tillegg til fysiske begrensninger finnes det lover og retningslinjer som regulerer tilgangen til alkohol. Internasjonalt har de fleste land en minstealder for kjøp av alkohol på 18 eller 19 år. Noen land har ingen aldersgrense, mens andre har totalforbud, hovedsakelig av religiøse årsaker.

Selv om reguleringer finnes, kan enkeltpersoner likevel søke tilgang til alkohol utenom kontrollerte kanaler, eller de kan produsere alkoholholdige drikkevarer selv. Derfor er det viktig å supplere miljøtiltak med atferdsrettede forebyggingstiltak som oppmuntrer til ansvarlig alkoholkonsum.

For å påvirke atferd i sosiale miljø er det ofte nødvendig å fremme politiske initiativer, kampanjer og andre utadrettede tiltak som fokuserer på å styrke normer mot rusmiddelbruk. Disse kampanjene og politiske initiativene tar sikte på å øke samfunnets bevissthet og endre holdninger til rusmiddelbruk, samtidig som de fremmer handlinger og lover som reduserer bruk eller dens konsekvenser. Slike tiltak kan også endre atferdsnormen i målgruppene.

For eksempel kan forebyggingskampanjer som oppmuntrer foreldre til å følge bedre med på barna sine, skape en «ny norm» for målgruppen. Tilsvarende ble folkehelsekampanjene mot passiv røyking, som ofte ble gjennomført gjennom lover og regler, styrket av nye sosiale normer som forsterket budskapet: «Her kan du ikke røyke».

Miljørettede forebyggende tilnærminger i skoler og på arbeidsplasser

Denne delen fokuserer på miljørettede intervensjoner som omfatter policyer i mikronivåmiljøer – primært på skoler og på arbeidsplasser – og undersøker hvordan disse kan bidra til trygge, sunne og produktive settinger for læring og arbeid. Virkningene av policyer i mikronivåsettinger er lettere å måle, og derfor finnes det mer forskning som underbygger forebyggende tilnærminger på dette nivået enn på samfunnsnivå og i andre makromiljøer.

Som tidligere nevnt, er disse to miljønivåene ikke uavhengige av hverandre. Tvert imot samhandler de og påvirke verdier, oppfatninger, holdninger og atferd,

⁴¹ https://www.euda.europa.eu/document-library/applying-behavioural-insights-drug-policy-and-practice-opportunities-and-challenges_en

inkludert rusmiddelbruk. Miljørettede intervensjoner muliggjør dessuten en konsekvent politikk på tvers av settinger. En policy mot rusmiddelbruk som gjelder i hjemmet, på skolen, på arbeidsplassen og i samfunnet, kan forsterke samfunnsnormer mot rusmiddelbruk blant unge mennesker.

Policyer for rusmiddelbruk i skolen

Policyer for rusmiddelbruk i skolen er en integrert og sentral del av en helhetlig tilnærming til forebyggende intervensjoner. Dessverre blir slike intervensjoner ofte utviklet på en uformell og usystematisk måte, og de blir ofte betraktet som en ren «avkryssingsøvelse» – noe som fører til at de lett glemmes i overordnede policydokumenter. Det er derfor avgjørende at skolens policyer inkluderer tiltak som relativt enkelt kan implementeres på hele skolen, og som reflekterer en koordinert og helhetlig respons på rusmiddelbruk innenfor rammen av det helse- og velferdsfremmende arbeidet.

Helhetlige policyer er viktige av flere grunner og bør inkludere sentrale prioriteringer som ikke bare fokuserer på rusmiddelbruk, men som også fremmer et sunt og støttende skolemiljø:

- **Etablering av sosiale normer:** Policyer som begrenser rusmiddelbruk bidrar til å etablere en sosial norm mot slik atferd. Når elevene ser at røyking eller alkoholbruk ikke aksepteres på skolens område eller under skolearrangementer, reduseres deres eksponering for negative rollemodeller. Dette styrker elevenes oppfatning av at rusmiddelbruk er uakseptabelt.
- **Miljømessige restriksjoner:** Policyer kan innføre restriksjoner som reduserer tilgangen til rusmidler, noe som er en effektiv form for miljørettet forebygging.
- **Fokus på elevers velvære:** Policyer bør styrke elevenes oppfatning av at skolen bryr seg om deres velvære. Dette innebærer en helhetlig tilnærming til å støtte elevens emosjonelle og sosiale utvikling, både i relasjon til jevnaldrende og voksne på skolen.

- **Elevmedvirkning:** Policyer kan også inkludere tiltak som gir elevene mulighet til å bidra med innspill til skolens organisering og drift. Dette kan fremme en følelse av fellesskap og økt samhørighet mellom ansatte og elever.
- **Balansert tilnærming til sanksjoner:** Sanksjoner ved rusmiddelrelaterte hendelser bør være en del av skolens rusmiddelpolitikk, men de må være forholdsmessige og konsekvent anvendt. Det er viktig å balansere sanksjoner med forebyggende tiltak for å unngå at de overskygger andre viktige aspekter av skolens arbeid.
- **Individualisert støtte:** Hendelser med rusmiddelbruk bør ses på som en mulighet til å gi individualisert støtte til elever eller til å introdusere eller styrke forebyggende arbeid i klasserommet.

Policyer for rusmiddelbruk i skolen inneholder ofte en formåls erklæring som beskriver behovet for å etablere og opprettholde et trygt, sunt og rusfritt miljø for å støtte elevenes sunne utvikling og gi dem mulighet til å oppnå sitt akademiske potensial. Mange policyer forplikter også skolen til å implementere intervensjoner og policytiltak som bygger på kjente prinsipper for effektivitet, og som, der det er mulig, er basert på forskning og evidens. Et av de viktigste målene med en skolepolicy er å sikre at den blir tydelig kommunisert til alle medlemmer av skolefellesskapet som vil bli berørt. Hvem er omfattet av policyen – elever, ansatte, besøkende? Gjelder den bare på skolens område, eller også ved arrangementer i regi av skolen? Alle disse spørsmålene må vurderes nøye og formidles bredt.

Når man utvikler en policy for rusmiddelbruk i skolen, er det viktig å spesifisere hvilke stoffer som omfattes. Hvordan skal skolen for eksempel forholde seg til den økende bruken av vaping og e-sigaretter? Policyen bør også gjelde både bruk og besittelse av rusmidler, ikke bare på skoleområdet, men også ved aktiviteter som arrangeres av skolen utenfor skolens område, og omfatte både lærere og elever.

Policyen bør også klargjøre hvilke typer rusmiddelrelaterte hendelser som kan føre til sanksjoner, for eksempel besittelse eller salg av ulike typer rusmidler, eller dersom en elev mistenkes for å møte opp på skolen i påvirket tilstand. Det bør også fremgå hvordan reaksjoner kan håndheves på en støttende måte.

Policyen bør tydeliggjøre hvem som vil bli varslet – familier eller politimyndigheter – i tilfeller som involverer bruk, besittelse eller salg av rusmidler, samt når i prosessen dette vil skje. Det bør også defineres klare og konsekvente håndhevende følger for overtredelser fra elevers side. Målet med policyene bør imidlertid ikke være å straffe, men snarere å støtte elevene slik at de får mulighet til å forbli på skolen, selv om de har brukt rusmidler.

Elever som bruker rusmidler, kan trenge rådgivning eller behandling. Dersom en elev er involvert i risikofylt atferd, kan screening og kortvarige intervensjon være nødvendig. De fleste skoler har ikke kompetanse til å tilby slike tjenester, så det kan være hensiktsmessig å involvere eksterne leverandører som arbeider på en evidensbasert måte, og som deler skolens verdier. Generelt sett bør elever som bruker rusmidler få muligheten til å slutte å bruke dem i et støttende miljø der atferden deres – inkludert oppmøte, lekser og faglige prestasjoner – blir nøye monitorert.

En skolepolicy kan inkludere (men bør ikke nødvendigvis være begrenset til) følgende innhold:

- **Formålserklæring:** en Policy begynner ofte med en formålserklæring som beskriver behovet for et trygt, sunt og rusmiddelfritt miljø.
- **Hvem den gjelder for:** Policyen spesifiserer hvilke målgrupper den omfatter.
- **Støtte til evidensbaserte forebyggende tiltak:** Mange policyer forplikter skolen til å implementere forskningsbaserte programmer. Dette er i tråd med fokuset i denne håndboken.

- **Hvilke rusmidler som omfattes:** Policyen bør spesifisere hvilke rusmidler den omfatter, samt spesielle omstendigheter som idrettsarrangementer, skoleturer og ansattes atferd.
- **Spesifiserte sanksjoner:** Policyen bør også spesifisere hvilke typer rusmiddelrelaterte hendelser som kan straffes og under hvilke omstendigheter.
- **Kommunikasjon:** Policyen må formidles til alle som berøres av den.

Å informere foreldre om at barnet deres er involvert med rusmidler, kan være spesielt utfordrende. En måte å redusere potensielle misforståelser og negativ reaksjoner fra foreldre på, er å vise til en policy som tydelig beskriver hvilke skritt skolen vil ta og i hvilken rekkefølge.

Slike policyer for regelbrudd er avgjørende for å opprettholde en skolekultur der elevene føler seg trygge og får støtte til å søke hjelp når de trenger det.

Policyer for rusmiddelbruk på arbeidsplassen

Det er mange likheter mellom policyer i en arbeidsetting og i en skolesetting. I begge tilfeller er målet det samme – å skape et sunt, trygt og rusfritt miljø. Forskjellen ligger i målgruppen: På arbeidsplassen retter man seg mot voksne, ikke barn og voksne som jobber med barn.

Som tidligere nevnt er miljørettede intervensjoner universelle fordi de retter seg mot et bredest mulig publikum, inkluderer både rusmiddelbrukere og ikke-brukere. En rusmiddelpolicy for arbeidsplassen omfatter derfor alle ansatte. En slik policy bør være helhetlig og inkludere opplysningsarbeid, forebygging, identifisering, behandling, rehabilitering og reintegrering av ansatte med rusproblemer. Det er også viktig at alle sentrale aktører i organisasjonen deltar i utviklingen av policyen.

Som navnet tilsier, kan arbeidsmiljørettede intervensjoner fokusere på spesifikke egenskaper ved arbeidsplassen som kan påvirke sannsynligheten for rusmiddelbruk blant ansatte. Dette inkluderer tilgjengelighet av alkohol eller andre rusmidler, dårlige arbeidsforhold og en arbeidskultur som forsterker rusmiddelbruk.

Effektive intervensjoner på arbeidsplassen behandler rusmiddelbruk som et helse- og sikkerhetsproblem. På denne måten kan de sikre at enkeltpersoner og deres familie får tilgang til hjelpetjenester, samtidig som de bidrar til en trygg og produktiv arbeidsplass. De reduserer også stigmaet forbundet med å søke hjelp.

En helhetlig tilnærming til forebygging av rusmiddelbruk på arbeidsplassen begynner med en skriftlig policy. Denne beskriver selskaps standpunkt til bruk av rusmidler. Den er ikke ment som straff, men anerkjenner at rusmisbruk er et helseproblem, der brukeren ofte trenger behandling for å løse problemet og unngå ytterligere negative konsekvenser. Policyen bør gjelde for alle ansatte, uavhengig av posisjon i selskapet.

Som i alle miljøer er det viktig at policyen formidles grundig til alle ansatte og andre relevante aktører. Det er også nødvendig med en tydelig kommunikasjon om hvilke sanksjoner som gjelder ved overtredelse av policyene. Det å fokusere på hvordan den nye policyen bidrar til å styrke de ansattes helse og sikkerhet, er en viktig del av formidlingsstrategien.

Miljø- /befolkningsstrategier for tobakk og alkohol

I arbeidet med de internasjonale standarder fra UNODC ble forskningen på tobakk- og alkoholpolicy gjennomgått. Det ble fastslått at flere typer intervensjoner er effektive for å utsette oppstart og redusere bruken av rusmidler, primært blant unge. Disse intervensjonene fokuserer på å begrense ungdoms tilgang til tobakk og alkohol, samt på å motvirke oppstart og progresjon til regelmessig bruk.

Med denne kunnskapen kan man begynne å identifisere komponentene som kan brukes til å utvikle effektive miljørettede intervensjoner.

Ifølge de internasjonale standardene fører økte priser på alkohol og tobakk til redusert forbruk i befolkningen generelt. Å øke prisen på disse produktene gjennom skattelegging er derfor en viktig evidensbasert intervensjon for å redusere rusmiddelbruk.

Andre strategier som har vist seg å redusere bruken, inkluderer økt minstealder for kjøp av tobakk og alkohol, samt håndheving av denne aldersgrensen. Begrensning og forbud mot reklame og andre former for markedsføring, spesielt rettet mot unge, har også vist seg å være virkningsfullt.

Som med mange forebyggende tiltak kan kombinasjon av miljørettede intervensjoner gi en sterkere effekt enn enkeltstående tiltak. Derfor innebærer omfattende forebyggende intervensjoner for å hindre mindreårige i å kjøpe tobakk og alkohol:

- Aktiv og pågående håndheving av lover.
- Opplæring av forhandlere gjennom ulike strategier (personlig kontakt, medier og informasjonsmateriell).
- Medie- og skolebaserte forebyggende intervensjoner for å forsterke budskapene

Gjennomgangen av forskning på miljørettede intervensjoner mot rusmiddelbruk, som ble gjennomført under utarbeidelsen av de internasjonale standardene, fant at økte alkoholpriser hadde flere positive effekter. Prisøkningen påvirket både moderate og høykonsumerende drikkere, inkludert ungdom i videregående skole som drakk mye. Forskning viste at en 10 prosent økning i alkoholprisene førte til en 7,7 prosent reduksjon i alkoholforbruket i befolkningen generelt. Prisøkningen var også forbundet med nedgang i vold.

Videre viste forskningen at intervensjoner med flere komponenter var mest effektive når de inkluderte ulike tiltak, slike som:

- Begrensning av distribusjon av tobakksprodukter.
- Regulering av salgsmekanismer.
- Håndheving av loven om aldersgrenser for kjøp.
- Opplæring og trening av forhandlere, i samarbeid med mobilisering i samfunnet.

En analyse av holdninger til alkoholpolicyer i Norge og Finland har ført til en dypere forståelse av hva som kreves for å sikre støtte til miljørettede intervensjoner som er utformet for å redusere alkoholforbruk og tilhørende skader. I den første studien undersøkte et forskerteam resultatene fra en serie nasjonale undersøkelser som ble gjennomført i Norge og Finland mellom 2005 og 2009. Forskerne fant at støtten til restriktive alkoholpolicyer økte i begge landene i løpet av denne perioden. De sammenlignet funnene med lignende undersøkelser utført i Nord-Amerika og Australia, hvor støtten til slike tiltak avtok i samme periode. Forskerne så videre på hvilke faktorer som var relatert til den økte støtten i Norge og Finland (Stovall et al., 2014), og fant at økt støtte til restriktive policyer delvis skyldtes endringer i oppfatninger om både intervensjonenes effektivitet og skadene som drikking kan medføre.

Med andre ord var økt oppfatning av tiltakets effektivitet assosiert med større tro på sammenheng mellom alkoholbruk og skadelige utfall. På bakgrunn av dette foreslo forskerne at styrking av folks tro på restriktive tiltak, samt på skadene ved drikking, kan øke offentlig støtte til slike politisk inngrep. Dette kan være en avgjørende del av en agendasetting som trengs for å skape støtte for effektive tiltak.

Et annet eksempel på vellykket policyutforming er forbudet mot røyking på offentlig sted i Frankrike. Røykeforbudet ble innført i februar 2007 på arbeidsplasser, kjøpesentre, flyplasser, togstasjoner, sykehus og skoler. I januar 2008 ble det utvidet til offentlige møteplasser, som barer, restauranter,

hoteller, kasinoer og nattklubber. En kohort bestående av 1 500 røykere og 500 ikke-røykere ble fulgt før forbudet ble innført – fra desember 2006 til februar 2007 - og deretter to ganger i 2008 og 2012. Andelen røyking i disse settingene falt betydelig mellom første og tredje måling:

- Restauranter: 64,7 % (før forbud) til 2,3 % (2008) til 1,4 % (2012)
- Arbeidsplasser: 42,6 % (for forbud) til 19,3 % (2008) til 12,8 % (2012)
- Barer: 95,9 % (før forbud) til 3,7 % (2008) til 6,6 % (2012)

Funnene viser at policyer om røykfrihet kan føre til betydelige og vedvarende reduksjoner i røyking på offentlige steder samtidig som de også fører til høy støtte fra publikum (Fong et al., 2013). Fem år etter at røykeforbudet tredde i kraft støttet 88 % av ikke-røykerne og 78 % av røykerne forbudet.

Strategier i utelivsbransjen

Forskere har undersøkt forebygging av rusmiddelbruk rettet mot utesteder som barer, klubber, restauranter og større utendørsarrangementer. Disse miljøene gir mulighet for sosiale sammenkomster og støtter den lokale økonomien, men fungerer også som arenaer for høyrisikoatferd, som skadelig alkoholbruk, bruk av illegale rusmidler, kjøring i ruspåvirket tilstand og vold. For mer informasjon om utfordringer knyttet til uteliv og rusmiddelbruk, se EUDAs veiledning for intervensjoner mot rusmiddelproblemer (2017b, s. 136)

Effektive lokale intervensjoner bygger på fire nøkkelprinsipper:

- 1) God kunnskap om utfordringer i det lokale utelivet
- 2) Forpliktelse til å skape et trygt og sunt uteliv
- 3) Samarbeid mellom sentrale lokale aktører
- 4) Evidensbaserte tiltak

Dersom du ikke er kjent med spesifikke evidensbaserte intervensjoner i utelivssettinger, kan du konsultere Healthy Nightlife Toolbox (figur 26)⁴². Denne verktøykassen består av tre databaser: én for intervensjoner, én for litteratur om disse intervensjonene og én for generell litteratur om forebygging i utelivet.

Generelt sett består de fleste forebyggende intervensjoner i disse miljøene av flere komponenter. Disse inkludert opplæring av ansatte⁴³, håndtering av berusede kunder, samt endringer i lover og retningslinjer relatert til servering av alkohol til mindreårige eller berusede personer, samt forebygging av kjøring i ruspåvirket tilstand.

Miller et al. (2009) har foreslått en miljørettet strategi for å håndtere rusmiddelbruk på elektroniske dansemusikkarrangementer (EDM), der rusmiddelbruken ofte er mer utbredt enn på andre typer arrangementer. Disse arrangementene tiltrekker seg unge voksne og er ofte forbundet med alkohol og andre rusmidler. Strategien består av tre komponenter og er basert på lignende intervensjoner for alkoholforebygging i barer:

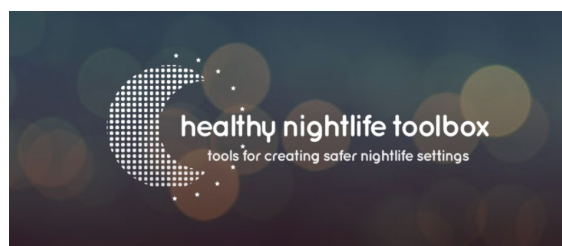
- Mobilisering av sentrale aktører
- Strategier for ytre miljø
- Strategier for indre miljøet

For å sikre deltakelse og handling er det viktig å mobilisere sentrale aktører, inkludert klubbeiere og -ledere, politi og skjenkebevillingsmyndigheter, folkehelserepresentanter og politisk ledelse. Selv om dette kan være utfordrende, finnes det noen felles motivasjonsfaktorer som kan bidra til å skape en følelse av felles mål, slike som:

- Opprettholde et trygt og lovlydig miljø for utesteder og for kunder som ikke bruker rusmidler
- Opprettholde god forretningspraksis og overholdelse av alkoholloven

⁴² <http://www.hntinfo.eu/>

FIGUR 26
Healthy Nightlife Toolbox



Kilde: <http://www.hntinfo.eu/>

- Huske at rusmiddelbruk kan redusere fortjenesten på mat og alkoholfrie drikkevarer

Den andre komponenten, som fokuserer på det ytre fysiske miljøet til utestedet, inkludert belysning og parkering, refererer til sikkerhet og trygghet. Tiltak utenfor utestedets lokaler omfatter følgende:

- Sikkerhets- eller dørvakter som kontrollerer og holder øye med områder rundt utestedet
- Sikkerhetsvakter som kontrollerer gjester før de kommer inn
- Identifisering av personer som er påvirket av rusmidler
- Skriftlige policyer som begrenser adgangen til utestedet

Den tredje komponenten, som gjelder det indre miljøet, refererer også til sikkerhet og trygghet. Opplæring i ansvarlig alkoholhåndtering gir ansatte ferdigheter for å redusere alkoholrelaterte skader, og inkluderer:

- Sjekke legitimasjon for å sikre overholdelse av aldersgrense for alkohol og andre regler
- Opprette rutiner som reduserer risiko for overskjenking
- Identifisere tidlige tegn på overdreven, og raskt konsum hos gjester
- Identifisere berusede gjester og nekte dem servering
- Gripe inn for å hindre berusede gjester fra å kjøre

⁴³ Se for eksempel Mendes og Mendes (2011).

Andre nødvendige tiltak inkluderer:

- **Skriftlig policyer:** Utesteder bør fremstå som et hyggelig og trygt miljø samtidig som det har nulltoleranse for bruk og salg av illegale rusmidler. Denne tilnærmingen bør komme tydelig frem i skriftlige interne retningslinjer som støtter de ansattes handlinger med å oppdage og håndtere problemsituasjoner.
- **Fokus på fysisk innelima:** Flaskehalser, skjulte områder samt for høye temperatur bør unngås. Forbedring av fysiske forhold bidrar til bedre helseforhold for både besøkende og ansatte.
- **Ledelse og personaltiltak:** Både ledelse og ansatte bør være i stand til å håndheve utestedets policyer. Dette inkluderer opplæring av ansatte i gjenkjenning av rusmidler og hensiktsmessige intervensjonsstrategier. Både dørvakter og utestedets øvrige ansatte bør få denne opplæringen.

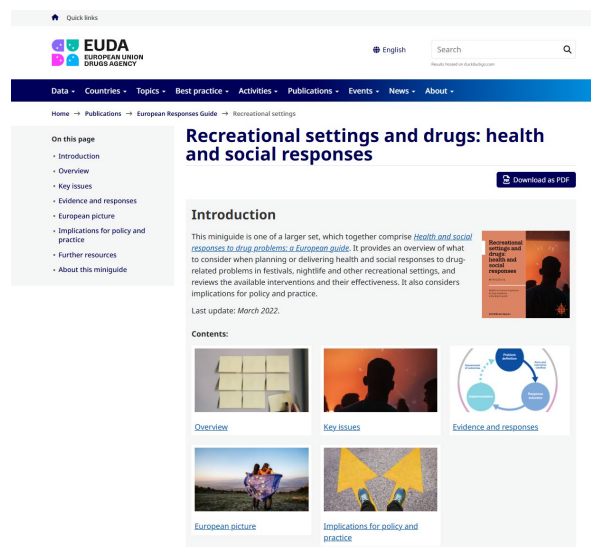
Organisasjonen Club Health har utviklet et sett med standarder for utesteder, ledere og arrangører, som også fungerer som en veileder for bevilgnings- og kontrollmyndigheter. Standardene fremhever viktige prioriteringer i utelivsøkonomien for å stoppe uansvarlig markedsføring og promotering av alkohol, sørge for sikkerheten både til gjester og ansatte, og for å redusere forstyrrelser i nærområdet.

TABELL 14

Barrierer og hjelpemidler for implementering av forebyggende tiltak i utelivet

Barrierer	Hjelpemidler
Bransjerelaterte og økonomiske interesser motarbeider forebyggende policyer – for eksempel lokalt næringsliv, produsenter og distributører.	Bruk data og forskning for å argumentere for nytten av forebygging.
Talsmenn og pådrivere ignorerer ofte evidensbaserte intervensjoner;	Bruk evidensbaserte intervensjoner og/eller tilpasse vellykkede modeller fra tobakks- eller alkoholforebygging slik at de kan anvendes til din kontekst.
tobakksavgifter ble nylig omtalt som «underutnyttet» av WHO.	Bygge støtte for evidensbasert forebygging ved å <ul style="list-style-type: none"> ■ øke troen på effektiviteten av din foreslåtte strategi ■ dokumentere skade og kostnader for andre som er berørt av rusmiddelbruk – for eksempel passiv røyking
Å få nye lover og ny politikk vedtatt krever politisk kunnskap og evne til å få folk til å tale din sak – svært utfordrende!	Utdyp det faktum at rusmiddelbruk er et folkehelseproblem, og påvirker ikke bare enkeltpersoner, men hele befolkningen direkte eller indirekte.

FIGUR 27
Uteliv, festivaler og andre rekreasjonssettinger



Kilde: Best practice portal, EUDA

Til tross for det vitenskapelige grunnlaget som underbygger effekten av miljørettet forebygging (figur 27), finnes det fortsatt hindringer for å gjennomføre dem. Det er imidlertid også faktorer som fremhever fordelene med miljørettede intervensjoner (tabell 14).

Kapittel 8

Mediebasert forebygging

124 Hvorfor bruke medier i rusmiddelforebygging?

125 Teorier om hvordan mediene påvirker publikum

127 Evidens

129 Hvordan bruke medier i forebyggende arbeid

Mediebasert forebygging

Gjennomføring av en medie-kampanje kan ofte virke som den mest opplagte metoden for å møte en ny og utfordrende rusmiddel-relatert krise. Kampanjer oppfattes ofte som enkle og umiddelbare løsninger, og i motsetning til tiltak i skole, familie eller arbeidsliv, er de svært synlige og sender et klart signal om at «noe blir gjort». Likevel kan det være krevende å gjennomføre effektive kampanjer, da utvikling av slike tilnærminger krever både tid og nøye planlegging.

I dette kapitlet utforsker vi forskningsbasert kunnskap for planlegging av effektive kampanjer. Vi vil se nærmere på mediekarakteristikker som kan støtte rusmiddelforebygging, og nyttig evidens fra vellykkede strategier, inkludert hva man bør gjøre og hva som bør unngås. Vi diskuterer også teorier fra kommunikasjonsforskning som kan veilede utviklingen av budskap, samt hvordan noen av disse prinsippene kan anvendes i utformingen av forebyggingsstrategier. Til slutt diskuterer vi mediekompetanse, som inkluderer ferdigheter til å kritisk analysere, evaluere, få tilgang til, og skape medieinnhold. Videre gir vi praktiske råd om hvordan man kan samarbeide med mediene for å fremme evidensbasert forebygging og bygge støtte i samfunnet.

Hvorfor bruke mediene i forebygging av rusmiddelbruk?

Mediene har mange roller. De kan være med på å sette den sosiale og politiske agendaen, for eksempel ved å fremheve betydningen av evidensbasert forebygging, behov for investeringer i forebyggende tjenester eller å varsle om sikkerhetsutfordringer og trusler mot folkehelsen. De kan også fungere som et koordinerende verktøy i forebyggingsarbeid som spenner over flere nivåer i et samfunn. Slike sammensatte tiltak kan være mer effektivt enn enkeltstående forebyggingsintervensjoner.

Massemedier har mange egenskaper som gjør dem attraktive for forebyggende arbeid:

- **Økonomi og rekkevidde:** En effektiv mediekampanje kan nå et bredt publikum med relativt lav kostnad per person, sammenlignet med skole- eller samfunnsbaserte tiltak.
- **Målretting:** Kampanjer kan times og distribueres slik at gruppen som har mest behov for forebyggende tiltak (for eksempel ungdommer, studenter eller personer i utelivet) kan nås så effektivt som mulig.
- **Rask respons:** Medier kan raskt formidle forebyggende budskap ved akutte behov, for eksempel når et nytt rusmiddel forårsaker skade i samfunnet.
- **Underholdningsverdi:** Hvis det gjøres riktig, kan medier underholde samtidig som de formidler det sentrale forebyggende budskapet.
- **Påvirkning av opinionsledere:** Media kan bidra til den politiske og offentlige debatten, og spille en rolle når det gjelder å opplyse og påvirke opinionsledere om hva som er de mest egnede og effektive tiltakene mot rusmiddelbruk.

- **Forme forebyggingsagendaen:** Medier kan bidra til å forme både individuelle og samfunnsmessige holdninger, oppmuntre til støtte for evidensbasert forebygging, redusere stigmatiseringen av rusmiddelbrukere og motivere både brukere og fagfolk til å engasjere seg i forebygging og behandling.
- **Koordinerende rolle:** Mediene er mest effektive når de kombineres med andre forebyggende tilnærminger, og brukes til å koordinere ulike grupper, for eksempel skoler, arbeidsgivere, ledere, bak en samlet kampanjestrategi. Det er da mediebaserte forebyggingskampanjer kan ha størst innvirkning.
- **Kostnadseffektivitet:** Bruk av media i rusforebyggende kampanjer trenger ikke å være dyrt. Sosiale medier kan gi stor rekkevidde til en lav kostnad, og enkle plakater eller brosjyrer på offentlige steder kan, i kombinasjon med andre forebyggende tiltak, starte nyttige samtaler om forebygging.

Teorier om hvordan mediene påvirker publikum

Vellykkede kampanjer og andre intervensjoner, for eksempel i skolesammenheng, bygger på teorier om hva som påvirker den enkeltes holdninger, oppfatninger og atferd, særlig knyttet til rusmiddelbruk. Disse teoriene danner grunnlaget for utforming av budskap som kan forsterke avholdenhet, motvirke fortsatt bruk for de som har startet, eller oppmuntre til å søke rådgiving og behandling.

Theory of planned behaviour (TPB) (Fishbein, 2011) og andre teorier innen kommunikasjon og overtalelse hevder at alle holdninger er tillært. For å endre en holdning må kampanjeutviklere tilby informasjon som erstatter den kunnskapen den gamle holdningen er basert på. Denne «budskap–læringsteorien» beskriver hvilke faktorer som må være til stede for at et budskap skal være overbevisende, og hvordan disse faktorene sammen kan føre til holdningsendring.

Carl Hovlands budskap–læringsteori har, i likhet med TPB, vært sentral i forståelsen av budskapsutvikling. Teorien hevder at mennesker lærer sine holdninger – de er ikke født med dem. For å endre folkes holdninger foreslår Hovland at man må introdusere en alternativ overbevisning som kan erstatte den eksisterende (Hovland og Weiss, 1951; Hovland et al., 1953).

Forsterkningsprinsippet, som har vært en grunnleggende del av psykologien, innebærer at når en person knytter et nøytralt objekt til positive følelser eller et utfall, vil dette forsterke atferden deres. Det vil si at det tidligere nøytrale objektet blir en kilde til glede for personen, også i fravær av den forsterkende faktoren.

Når det gjelder bruk av psykoaktive stoffer, er «målgruppen» ofte godt kjent med produktet. Forsterkningsmodellen tilsier at en intervensjon i utgangspunktet vil mislykkes, men en nærmere analyse er nødvendig. Rusmiddelbruk, særlig blant unge, er ofte knyttet til ønskede resultater som popularitet, eller til bestemte grupper, som ledere eller de mest populære elevene på skolen. Hvis disse bruker rusmidler som cannabis, kokain eller alkohol, og samtidig oppfattes positivt, er det sannsynlig at rusmiddelet blir assosiert med de positive egenskaper disse personene har.

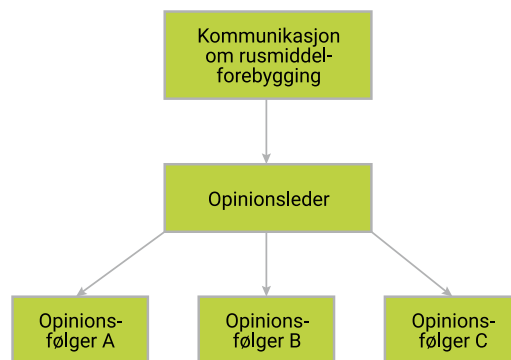
Det er ofte utfordrende å omsette teori til praksis. Fagfolk innen forebygging har imidlertid et ansvar for å bruke evidensbasert praksis i sitt forebyggende arbeid, noe som kan omfatte medier. De fleste evidensbaserte intervensjoner som involverer medier bygger på overtalelsteori og følger en rekke retningslinjer og komponenter som forskning har vist er effektive for å påvirke atferd.

Den klassiske «formelen» for overtalelse (Lasswell, 1949) lister opp alle komponentene som bør tas i betraktning når man utarbeider eller vurderer egnetheten av en kampanje:

- «HVEM» er budskapet fra. Avsenders troverdighet er viktig for hvor effektivt budskapet blir mottatt. Troverdighet avhenger hovedsakelig av to faktorer: ekspertise og pålitelighet. Ekspertise handler om hvorvidt kilden har gyldig informasjon og kan komme med gode påstander.
- «HVA» refererer til innholdet, inkludert bruken av bestemte ord og bilder for å formidle budskapet. Kvaliteten på informasjonen er viktig: Er den evidensbasert? Er den relevant for tema? Og er språket forståelig for den aktuelle målgruppen?
- «HVEM» refererer til målgruppen. De som utformer kampanjer må være klar over publikumsvariasjoner og hvilke deler av publikum som er av spesiell interesse. Det hender at de som står bak en kampanje ønsker å nå alle som ser budskapet. I andre tilfeller kan målgruppen være spesifikke undergrupper, som ungdommer, gravide kvinner eller eldre.
- «HVORDAN» handler om budskapet, konteksten og nyansene i innholdet som brukes for å nå målgruppen gjennom bestemte medier. Medier refererer til måten budskapet formidles til målgruppen på. For eksempel kan sosiale medier eller andre nettbaserte plattformer være mer effektive for enkelte målgrupper, mens mer tradisjonelle medier som radio, TV og aviser kan være bedre egnet for andre.
- «EFFEKT» refererer til hvordan man evaluerer virkningen av rusmiddelforebyggende budskap. Uten en grundig effektvurdering er det vanskelig å fastslå om intervensjonene har oppnådd sine mål.

Modellen for tottrinns kommunikasjon viser hvordan medier kan påvirke mennesker (figur 28). Denne modellen beskriver både hvordan medier fungerer og hvordan effekt bør evalueres. Når det gjelder ungdommer og rusmiddelbruk, foreslår modellen at foreldre kan være effektive formidlere av informasjon fra mediekampanjer om rusmiddelforebygging. Mediene virker, med andre ord, gjennom foreldrene, som tolker budskapet og viderefremidler det til sine barn.

FIGUR 28
Totrinnsmodellen for kommunikasjon



Folk kan ofte ha urealistiske forventninger om hva mediebasert rusforebygging kan oppnå. Det er derfor viktig å forstå både hva medier kan bidra med i rusmiddelforebygging, og hva de ikke kan gjøre. Totrinnsmodellen bidrar til å gi denne forståelsen.

Teorien, utviklet av Paul Lazarsfeld et al. (1944), viser at massemedier i seg selv ikke er spesielt gode til å overtale enkeltpersoner direkte. Kommunikasjon ansikt til ansikt er langt mer effektivt. Så hvordan påvirker mediene? De gjør det ved å overbevise såkalte opinionsledere, de menneskene som andre lytter til. Disse opinionsledere viderefremidler mediens budskap til de som er mottakelig for deres innflytelse. Forskning viser at kommunikasjon ansikt til ansikt ofte kan være mer effektiv enn tradisjonelle massemedier som TV og radio, spesielt når det gjelder ungdom.

For barn kan foreldrene (eller jevnaldrende) være de ideelle opinionsledere. Foreldrene bør imidlertid ha tilstrekkelig kunnskap om rusmidler og være trygg nok til å snakke med barna om tema. Mediene må derfor både motivere og informere foreldre, slik at de kan viderefremidle informasjonen til sine barn. Dette gir et ideelt grunnlag for overtalelse, forutsatt at mediens budskap er tydelig, informativt, og motiverer foreldrene til å påta seg denne viktige oppgaven.

Det finnes betydelig dokumentasjon på at foreldre kan være ideelle samarbeidspartnere i arbeidet med å forebygge rusmiddelbruk. Selv om mange tror at ungdom trekker seg bort fra foreldrene og heller lytter til sine jevnaldrende, viser forskning at foreldres innflytelse fortsetter langt inn i ung voksen alder (Elkins et al., 2014; Scull et al., 2014; Wang et al., 2013).

Evidens

Forskerne bak UNODCs internasjonale standarder fant flere vitenskapelige oversiktsartikler om effekten av mediekampanjer. De sterkeste funnene stammer fra studier av tobakksbruk, mens det var ingen tilsvarende funn for alkohol eller andre rusmidler.

Mangelen på evidens skyldes hovedsakelig utfordringene med å gjennomføre omfattende og robuste evalueringer av mediekampanjer. Det er likevel verdt å merke seg at forskning på overtalelse og påvirkning av atferd har pågått i mer enn 50 år. Denne forskningen har gitt empirisk basert kunnskap om hvordan man utformer overbevisende budskap som påvirker holdninger og atferd på en effektiv måte.

Dessverre benytter ikke alle mediekampanjer denne kunnskapen. I stedet baserer de seg ofte på ideer som intuitivt fremstår som gode, men som mangler et solid grunnlag i teori eller evidens.

UNODCs internasjonale standarder lister opp følgende kjennetegn ved mediekampanjer som har positive resultater:

- **Presis identifisering av målgruppen:** Kommunikasjonsforskning har vist at det ikke finnes én universell metode som passer til alle.
- **Solid teoretisk grunnlag:** Kampanjen bygger på en gjennomarbeidet teoretisk forståelse
- **Formativ forskning:** Budskap, materiell og mediekkanaler testes før kampanjen lanseres.

- **Integrering med andre forebyggende intervensjoner:** Hvis mulig kobles kampanjen til eksisterende forebyggende tiltak i familien, på skolen og i samfunnet. Kombinasjoner av flere komponenter er ofte mer effektive.
- **Tilstrekkelig eksponering:** Målgruppen eksponeres for budskapet over en tilstrekkelig lang periode.
- **Systematisk evaluering:** Vellykkede mediekampanjer blir systematisk evaluert.
- **Fokus på foreldre:** Forebyggingskampanjer retter mot barn har foreldre som primær målgruppe.
- **Norm- og kunnskapsendring:** Kampanjen tar sikte på å endre kulturelle normer knyttet til rusmiddelbruk, informere om konsekvensene eller foreslå strategier for å motstå bruk.

Det finnes også forskning og evidens som forklarer hvorfor enkelte mediekampanjer mislykkes:

- **Mangel på fokus på relevante atferdsdeterminanter:** Kampanjer med forenklete appeller, som 'bare si nei', eller bruk av skremselspropaganda fungerer sjelden. Selv om rusmiddelbruk innebærer risiko, er ekstreme utfall som død, invaliditet eller overdose sjeldne. Hvis målgruppen kjenner personer som har brukt rusmidler uten å oppleve alvorlige konsekvenser, svekkes kampanjens troverdighet. Dette kan også påvirke troverdigheten i fremtidige forsøk på å påvirke atferd.
- **Overdrevne fremstillinger:** Mange unge finner skremmebilder av personer med alvorlige rusmiddelproblemer lite troverdige, da slike utfall er sjeldne. Kampanjer som ensidig vektlegger ekstreme negative konsekvenser, uten å gi råd om hvordan disse kan unngås, risikerer å virke mot sin hensikt. Når budskapet oppfattes som overdrevet eller sensasjonalistisk, kan det føre til at mottakerne avviser informasjon og ignorerer mer relevante og nyttige råd. Det er derfor viktig å utvise forsiktighet med bruk av skremselsbudskap og sikre at presentasjon av risikoene er balansert og troverdig.

- **Feil bruk av frykt:** Kommunikasjonsforskning viser at når målgrupper utsattes for budskap som forårsaker frykt, blir de mer opptatt av å håndtere frykten enn av å endre atferden det advares mot. Resultatet kan bli at mottakerne ignorerer budskapet og fortsetter med den risikofylte atferden for å bevise, både for seg selv og avsenderen, at de har «kontroll», og ikke vil oppleve skade. Frykt kan være effektiv, men bare når det brukes med måte og kombineres med praktisk og relevant informasjon. Dette inkluderer å styrke mottakers tro på egne evner til å handle i tråd med anbefalingene (selveffektivitet) og tillit til at handlingene gir ønskede resultater (responseeffektivitet).

Hvis de ineffektive kampanjestrategiene som beskrives ovenfor har noen virkning, er det som regel en kortvarig effekt hos personer som allerede var fast bestemt på å unngå rusmidler. Men selv disse kan reagere negativt på budskapet, slik at det i noen tilfeller ville vært bedre å la vær å gjennomføre kampanjen enn å «gjøre noe» (Barden og Tormala, 2014; Clarkson et al., 2008; Clarkson et al., 2013; Green og Witte, 2006). God utforming av kampanjer og budskap er derfor avgjørende i mediebasert forebygging, og alle budskap bør forhåndstestes på målgruppen for å sikre at de gir ønsket effekt.

Sosiale medier og strømmetjenester har endret måten folk bruker medier på. Publikum er ikke lenger en passiv part i en enveisprosess, og det individuelle ansvaret for valg av medieinnhold hviler nå i større grad på den enkeltes mediekompetanse og etiske vurderinger. (O'Neill, 2008, s. 13). Bergsma og Carney (2008) fremhever at opplæring i mediekompetanse («media literacy») har vokst frem de siste 20 årene som et lovende alternativ til sensur og andre metoder for å regulere mediebruk (s. 523). I debatten om medienes påvirkning på holdninger og atferd er det bred enighet om behovet for medieopplæring og utvikling av mediekompetanse, selv om det fortsatt er uenighet om hvordan opplæringen bør utformes og hvilke tema den skal omfatte.

Bergsma og Carney (2008) definerer mediekompetanse (media literacy) som «evnen til å skaffe seg tilgang til, analysere, evaluere og skape medieinnhold i en rekke former» (s. 523). I USA har National Association for Media Literacy Education (NAMLE, 2010) utarbeidet noen kjerneprinsipper for opplæring i mediekompetanse:

- Opplæring i mediekompetanse krever at vi stiller aktive spørsmål og tenker kritisk om budskapene vi mottar og skaper.
- Mediekompetanse utvider konseptet om lese- og skriveferdigheter til å omfatte alle former for medier.
- Mediekompetanse har som mål å utvikle ferdigheter hos deltakere i alle aldre. På samme måte som leseferdigheter, krever tilegnelsen av mediekompetanse integrert, interaktiv og gjentatt øvelse.
- Mediekompetanse bidrar til å sikre opplyste, reflekterte og engasjerte borgere, som er avgjørende for et demokratisk samfunn.
- Mediekompetanse er en del av kulturen og spiller en viktig rolle som sosialiseringssagenter.
- Opplæring i mediekompetanse bekrefter at mennesker bruker sine individuelle ferdigheter, oppfatninger og erfaringer for å skape sin egen mening ut fra mediebudskap.

Det er utarbeidet beste praksis angående innholdet, konseptene og ferdighetene som undervises. I USA har NAMLE utviklet noen nyttige konsepter og ferdigheter for utvikling av tiltak og opplæring i mediekompetanse. Disse er også relevante for Europa:

- Alle mediebudskap er «konstruerte». Tiltakene viser målgruppen hvordan media skiller seg fra virkeligheten, ved å evaluere det som vises i forhold til faktiske opplevelser, og ved å vurdere bakgrunnen til produsenten/produksjonen av mediebudskap.

- Mediebudskap skapes ved hjelp av et kreativt språk med sine egne regler. Tiltakene lærer målgruppen å gjenkjenne reklame- og promoteringsteknikker eller å utvikle og produsere egne mediebudskap.
- Ulike mennesker opplever det samme budskapet forskjellig. Tiltakene utforsker hvordan media påvirker folk, hva folk kan gjøre for å unngå negative effekter av medier, og/eller hvordan folk kan handle for å endre mediene.
- Mediene har innebygde verdier og synspunkter. Tiltakene lærer målgruppen hvordan man kan identifisere stereotypier, myter, fordommer, verdier, livsstiler og/eller synspunkter som er representert i, eller utelatt fra mediebudskap.
- De fleste mediebudskap er konstruert for å oppnå profitt og/eller makt. Tiltakene lærer målgruppen om formålet med reklame- eller markedsføringsstrategier og oppmuntrer til skepsis mot reklame eller å skape et kontra-budskap.

Som vi har sett med de andre forebyggende tilnærmingene drøftet i denne håndboken, er opplæring i mediekompetanse relevant for alle aldersgrupper og på tvers av ulike settinger. For eksempel har unge ofte større kompetanse på nye medier enn eldre generasjoner, men de har ikke nødvendigvis utviklet den mediekompetansen som trengs for å navigere, vurdere og forstå rusmiddelrelaterte fremstillinger. På samme måte kan eldre generasjoner gi viktige bidrag til å øke unges nettsikkerhet, men de kan føle seg ekskludert fra ungdomsorienterte teknologier og plattformer. Å bidra til å utvikle digitale forbindelser mellom generasjoner kan være en måte å dele denne kompetansen på.

Hvordan bruke medier i forebyggende arbeid

Når vi bruker medier i forebyggende arbeid, er det viktig å følge noen grunnleggende prinsipper. Et

⁴⁴ http://newip.safenightlife.org/pdfs/digital_library/Media_influence_guidelines.pdf

eksempel på dette er Media Guidelines On Nightlife For Public Health Workers, publisert av Club Health-nettverket⁴⁴. Retningslinjene belyser sentrale hensyn ved bruk av massemedier, blant annet hvordan man effektivt kan engasjere seg i kommunikasjon rettet mot målgrupper i utelivet. De inneholder også praktiske råd, eksempler og ressurser som kan være en kilde til inspirasjon og støtte for videre utforskning av mediebruk i det forebyggende arbeidet.

Club Health gir følgende råd til fagfolk innen forebygging som ønsker å bruke massemedier:

- Sett opp målene dine i prioritert rekkefølge, og skill mellom stedlige (lokal) medieaktiviteter og bredere offentlig debatt.
- Forutse, og inkluder andre perspektiver i kommunikasjon. Disse er ofte avgjørende for å påvirke om et politisk tiltak vedtas eller forkastes.
- Frem alltid folkehelseperspektivet, selv om sikkerhet og juridiske hensyn i utelivet er viktig.
- Lag en effektiv pressemelding:
 - Den skal være kort og saklig (én side) med et tydelig budskap. Om nødvendig, slipp flere enn én pressemelding.
 - Hold den enkel – unngå overdreven bruk av adjektiver, sjargong eller tekniske termer. Hold det til et enkelt layout.
 - Svar på minst tre av de fem klassiske spørsmålene «hvem», «hva», «når», «hvor» og «hvorfor» i overskriften.
 - Bruk sitater og statistikk hvis mulig.
 - Gi viktig informasjon om organisasjonen, og legg ved kontaktopplysninger.
 - Inkluder lenker til ytterligere verktøy og ressurser.
 - Ha en oversikt over tilgjengelig ekspertise og eventuelt en kort biografi.
 - Publiser pressemeldingen på nettet, og følg opp hvordan den spres. Tradisjonelle medier henter stadig flere saker fra nettet og sprer dem i større skala.

For mer informasjon se nettstedet til Club Health: www.club-health.eu

- Utppek en talsperson som er tilgjengelig for media og som er troverdig blant målgruppen.
- Hold alle internettekster korte og forståelige.
- Hold deg oppdatert på trender i utelivsbransjen, slik at budskapet ditt er aktuelle og ikke virker utdatert.
- Forutse at journalister på jakt etter en god historie, kan gjøre all informasjon som publiseres dramatisk og oppsiktsvekkende. Dette kan få negative konsekvenser for aktører i utelivsbransjen.
- Respekter journalistisk integritet, men be om å få gjennomgå artikler før publisering. Kontroller at du ikke har blitt feilsitert, eller at ord eller pressemeldingen har blitt tatt ut av kontekst.

Med disse rådene i tankene kan man effektivt påvirke den offentlige debatten og/eller opinionen om forebygging eller bruk av rusmidler. På denne måten kan du oppnå bred spredning uten å måtte sette i gang en fullskala mediekampanje for rusmiddelforebygging.

Kapittel 9

Samfunnsbasert forebygging

134 Definisjoner

135 Evidensbaserte programmer

138 Bygge et effektivt samfunnsteam

KAPITTEL 9

Samfunnsbasert forebygging

For å nå flest mulig og ha en betydelig innvirkning på folkehelsen, bør forebyggende intervensjoner rettes mot store deler av befolkningen, inkludert vanskelig tilgjengelige og ofte sårbare grupper. En slik tilnærming krever at flere ulike forebyggende intervensjoner settes i verk.

Uavhengig av antall intervensjoner som implementeres, er det nødvendig å etablere robuste implementeringssystem eller infrastruktur. Dette er essensielt for å oppnå støtte i befolkningen, opprettholde forebyggingsinnsatsen og sikre kvaliteten på implementeringen over tid, og dermed oppnå optimal innvirkning på hele befolkningen.

Evidensbaserte intervensjoner som Stockholm förebygger alkohol- och drogproblem (STAD), Project Northland, Promoting School-Community-University Partnerships to Enhance Resilience (PROSPER) og CTC presenteres som eksempler.

Definisjoner

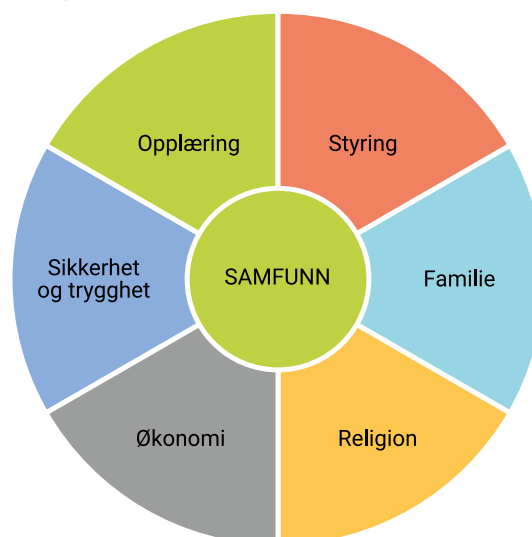
I denne håndboken ser vi på «samfunn» som et sted hvor effektive forebyggingssystemer kan utvikles og implementeres. De fleste som arbeider med forebygging, jobber på ulike nivåer i samfunnet. Dette inkluderer makronivået, som omfatter bredere samfunnsintervensjoner – for eksempel regionale selektive tiltak rettet mot personer med lav sosioøkonomisk status – samt en rekke

mikronivåsettinger, som lokale fritidsordninger og ungdomsklubber.

Small og Supple (1998) skiller mellom nabolag (neighbourhood) og samfunn (community). Ifølge dem er et nabolag et fysisk sted, som ofte defineres av sosialt delte grenser. Disse grensene kan være relatert til sosioøkonomisk status eller fysisk nærhet. Et samfunn bygger mer på en følelse av tilhørighet, identitet og tillit fremfor fysiske grenser. Dette kan omfatte formelle institusjoner som skoler og barnehager, og uformelle møteplasser som lokale butikker, kafeer samt religiøse eller frivillige organisasjoner.

Initiativer med flere komponenter kombinerer ulike evidensbaserte tiltak og policyer for å påvirke befolkningen i hele samfunnet (figur 29). Noen av komponentene kan inkludere forebyggende intervensjoner og policyer som implementeres på skolen og i utelivsmiljøer, samt tiltak som retter seg

FIGUR 29
Flerkomponentinitiativer for et samfunn



mot foreldres og familiers behov. De kan også omfatte bruk av media, som kan benyttes til effektiv formidling av forebyggende budskap, enten som forebyggende meldinger eller for å støtte implementering av et forebyggende tiltak i et samfunn. Det sentrale poenget her er å fokusere på de intervensjonene og policyene som har vist seg å være effektive. Når disse kombineres for å nå ulike befolkningsgrupper i flere settinger, utgjør de et kraftig verktøy for forebygging.

I tråd med vår tilnærming må de som jobber med forebygging rette innsatsen mot målgruppene gjennom alle deres mikro- og makromiljøer når de planlegger tiltak. I de fleste tilfeller implementeres bare én eller to forebyggende intervensjoner eller policyer, enten på mikro- eller makronivå. Kraften i disse sammensatte intervensjonene og policyene, som adresserer påvirkninger relatert til familie, skole, arbeidsplass og samfunn, kan i stor grad påvirke hvor mange ungdommer og voksne som begynner å bruke rusmidler eller engasjerer seg i annen atferd som påvirker deres sosiale og fysiske helse. Generelt er det mer sannsynlig at intervensjoner eller strategier som retter seg mot flere domener av risiko- og beskyttelsesfaktorer (individ og jevnaldrende, familie, skole og lokalsamfunn) er effektive.

Unplugged, som er et skolebasert rusforebyggende tiltak, er for eksempel utviklet for å redusere rusmiddelbruk blant ungdom i alderen 11–14 år. Det er sannsynlig at det har en positiv effekt når det gjennomføres på et tidspunkt hvor det er sannsynlig at ungdom begynner å bruke rusmidler. Dette evidensbaserte programmet gjennomføres på skolen, så det retter seg mot to faktorer på mikronivå: skole og jevnaldrende. I kombinasjon med en godt timet familierettet evidensbasert intervensjon som retter seg mot samme aldersgruppe, for eksempel EFFEKT, kan de positive utfallene styrkes ytterligere. Sammen adresserer disse programmene et bredere spekter av mikronivåfaktorer og sosialiseringssagenter (jevnaldrende og familie) på utviklingsmessig passende tidspunkter.

Begge programmene kan forbedres ytterligere gjennom bruk av relaterte politiske endringer og miljøstrategier (se kapittel 7). Ved å implementere disse intervensjonene samtidig på både mikro- og makronivå, kan et team forsterke effekten på utfallene som begge intervensjonene tar sikte på.

For eksempel kan effekten av evidensbaserte intervensjoner som fokuserer på påvirkning fra jevnaldrende, forsterkes gjennom miljøstrategier, som skolepolicyer eller lokale kommunale strategier som styrker normer mot rusmiddelbruk, eller som endrer unge menneskers oppfatninger og reduserer risikoen for bruk av rusmidler.

Evidensbaserte programmer

Følgende tiltak – Project Northland, STAD, CTC og PROSPER – har vist lovende resultater ifølge flere evalueringer i USA og i ulike europeiske land. Disse kan være til inspirasjon for dine egne søk etter en passende intervensjon for din kontekst.

Project Northland er et universelt forebyggingsprogram for unge i alderen 12–18 år. Det retter seg mot flere settinger og har blitt tilpasset og evaluert i Kroatia. Ved å intervensjonere på flere nivåer, har Project Northland som mål å lære ungdom ferdigheter som hjelper dem med å effektivt motstå sosialt drikkepress, samtidig som det direkte modifierer de unges sosiale miljø (det vil si jevnaldrende, foreldre, skole og samfunn). Hovedkomponentene i tiltaket inkluderer undervisningsopplegg, «peer leadership», ungdomsdrevne fritidsaktiviteter, programmer for foreldreinvolvering, og samfunnsaktivisme. Project Northland har blitt vurdert som «muligens fordelaktig» i Xchange, noe som betyr at selv om det er god evidens for at det er effektivt i USA, anbefales det å være noe forsiktig, da det er behov for mer forskning for å vise at det også er effektivt i europeiske kontekster.

STAD er en flerkomponent samfunnsbasert tilnærming for utelivsmiljøer. Metodene ble opprinnelig implementert og evaluert i Sverige,

men har siden blitt tilpasset seks andre europeiske land⁴⁵ basert på deres utelivsforhold, for eksempel store festivaler, ofte i Sør-Europa.

Den opprinnelige versjonen av STAD består av tre strategiske nøkkeltiltak, som er beskrevet nedenfor.

- **Samfunnsmobilisering:** Opprettelse av en referansegruppe for å øke bevisstheten og kunnskapen om alkoholrelaterte skader i samfunnet. Referansegruppen består av viktige interessenter, som lokalpoliti, kommunens salg- og skjenkebevillingsgruppe, virksomheter med skjenkebevilling, helsetjenester og fagforeninger for ansatte på for eksempel utesteder. Gruppen fungerer som et rådgivende organ som møtes regelmessig for å diskutere alkoholrelaterte spørsmål og identifisere muligheter for å forbedre og utvikle policyer.
- **Ansvarsfull alkoholserving (RBS):** Implementering av RBS-programmer.
- **Håndhevelse:** Samarbeid mellom kommunens salgs- og bevilgningsgruppe og lokalt politi for å finne arbeidsmåter basert på lovgivning og opplæring i RBS. Som en del av STAD-prosjektet sender salg- og skjenkebevillingsgruppen brev til bedrifter med skjenkebevilling for å informere dem om eventuelle rapporterte (primært politiregistrerte) tilfeller av overskjenking av deres kunder.

En annen tilnærming for å skape hele forebyggings-systemer i et samfunn er forebyggingspakken CTC. Pakken er kort beskrevet nedenfor, men det anbefales å gå inn på nettsiden til CTC for mer informasjon⁴⁶, dette da hvert samfunn, region og land må implementere programmet basert på sin kontekst.

CTC er et datadrevet rammeverk som, med utgangspunkt i lokale undersøkelser og arkivdata, hjelper samfunn med å identifisere og prioritere behov basert på risiko- og beskyttelsesfaktorer. Når behovene er prioritert og målgruppen definert,

FIGUR 30
Communities That Care



etableres det en koalisjon av samfunnsinteressenter for å velge og implementere evidensbaserte intervensjoner som effektive adressere de spesifikke behovene. CTC er ennå ikke inkludert i Xchange, men Blueprints vurderer det som «lovene», noe som betyr at det har god evidens for effekt.

CTC består av fem kjernekomponenter (figur 30):

- Komme i gang – gjennomføre en vurdering av samfunnets modenhet
- Organisere seg – engasjere viktige interessenter og danne en koalisjon som overvåker CTC-aktivitetene
- Utvikle en samfunnsprofil – identifisere risiko- og beskyttelsesfaktorer ved hjelp av epidemiologiske data
- Lage en plan – bruke data for å gjennomgå evidensbaserte intervensjoner utformet for å redusere de identifiserte risikofaktorene, styrke beskyttelsesfaktorene og velge det beste alternativet fra en meny med effektive tiltak for mennesker, deres familier, skoler og samfunn
- Implementere intervensjoner med høy programtroskap og regelmessig evaluere implementeringen – bruke data til å gjøre forbedringer

Forskere fant at når samfunn i USA jobbet seg gjennom disse trinnene, ble det oppnådd positive endringer blant ungdom. Dette inkluderte en betydelig

⁴⁵ <http://stadineurope.eu/for-who/european-level/>

⁴⁶ <http://www.communitiesthatcare.net/>

reduksjon i antallet som begynte å bruke alkohol og tobakk, som begikk lovbrudd, og som utøvet vold, samt betydelige forbedringer i beskyttelsesfaktorer for unge i CTC-samfunnene, sammenlignet med kontrollsamfunn. I den opprinnelige studien ble disse reduksjonene opprettholdt i fire år, og den betydelige forskjellen i antallet som begynte med kriminell atferd, vedvarte til 19-års alderen.

Modellen antyder at CTC-koalisjoner, med solid opplæring og teknisk assistanse, kan utvikle og bygge kapasitet for planlegging basert på forebyggingsvitenskap, noe som kan føre til systemtransformasjon.

Vanligvis tar det samfunn mellom 12 og 18 måneder å utvikle sin plan. Når planleggingen er fullført, er samfunnet i stand til å implementere effektive forebyggende programmer og policyer for å adressere sine prioriterte risiko- og beskyttelsesfaktorer. Dette resulterer i en målbar reduksjon av risikofaktorer og en økning i beskyttelsesfaktorer innen 2–4 år.

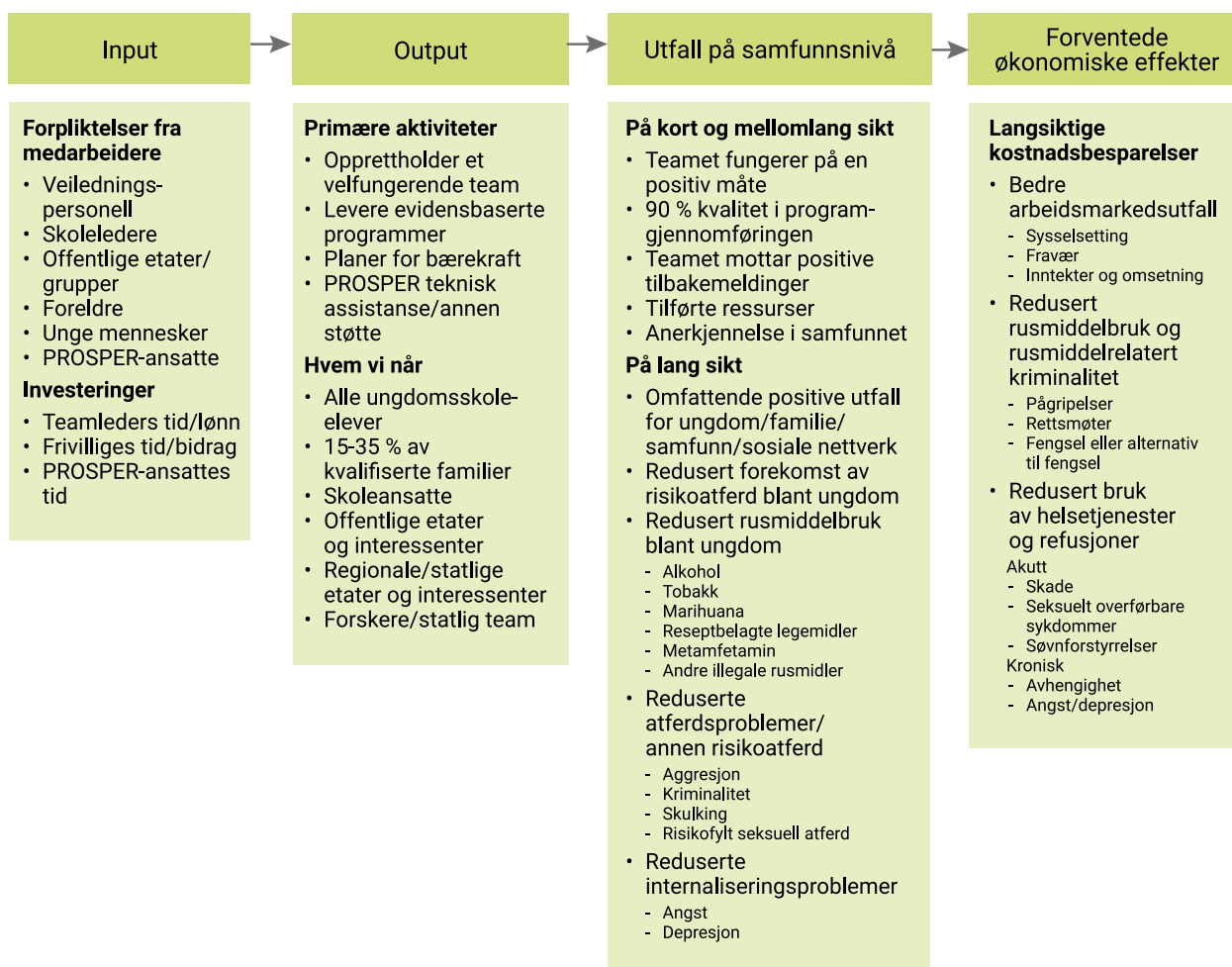
PROSPER er en annen samfunnsbasert intervensjon som har blitt vurdert som «lovende» av Blueprints. Den primære oppgaven til leveringsteamet er vedvarende implementering av evidensbaserte familie- og skoleintervensjoner av høy kvalitet, valgt fra en meny med programmer som er godkjent av PROSPER-forskerne.

Forskerne bidrar med sin ekspertise for å innsnevre utvalget av evidensbaserte intervensjoner og anbefaler kun programmer av høyeste kvalitet. Forskerne gjennomgår litteraturen kontinuerlig for å sikre at påfølgende forskning fortsetter å støtte disse programmene som beste alternativene for de målrettede gruppene. Logikkmodellen nedenfor gir et eksempel på hvordan PROSPER kan planlegges og leveres, og hvilke effekter et samfunn kan forvente (figur 31).

En bærekraftsmodell med åtte strategier ble utformet for å oppnå teamets mål og oppfylle delmålene relatert til disse. En generell beskrivelse av de åtte strategiene følger.

- **Generering av ressurser til programmet:** Målet med denne strategien er å sikre økonomisk, materiell og frivillig støtte for å opprettholde både familie- og skolebaserte programmer, samt utvide programtilbudene over tid.
- **Posisjonering i samfunnet/skolen:** Denne strategien handler om å sikre at PROSPER-teamet og programmene oppfattes positivt i lokalsamfunnet, og at skolen og samfunnet som helhet anerkjenner teamets bidrag til å styrke unge og deres familier.
- **Styring/planlegging av programkvalitet:** Omfatter alle nødvendige trinn for å monitorere kvaliteten på implementeringen, inkludert å rekruttere observatører, planlegge observasjoner, datainnsamling, gi tilbakemeldinger og lignende tiltak.
- **Styrking av partnerskapet med skoler/andre organisasjoner:** Strategien innebærer aktiviteter som skaper et gjensidig forpliktende samarbeid mellom teamet, skolen og samfunnsgrupper, slik at PROSPER-aktiviteter og -programmer bidrar til å oppnå felles mål.
- **Strategisk kommunikasjonsplanlegging:** Fokus på utvikling av kommunikasjonsplaner som involverer medier og andre tiltak for å øke bevissthet om PROSPER-aktiviteter, økonomisk støtte til programmer og oppmuntre til deltakelse i det familiebaserte programmet.
- **Planlegging for anerkjennelse og belønninger:** Dette er en viktig strategi for å opprettholde interesse og støtte for PROSPER-teamets aktiviteter og programmer. Dette kan inkludere å anerkjenne og belønne teammedlemmer, programdeltakere og støttespillere fra skolen og lokalsamfunnet.

FIGUR 31
Logikkmodell PROSPER



- **Monitorering av teamstruktur, roller og deltakelse:** For å sikre at teamet fortsetter å arbeide effektivt og at medlemmene opprettholder entusiasmen for PROSPER-innsatsen, vurderer teamledere og forebyggingskoordinatorer muligheter for å forbedre teamets arbeid. Sammen med teamet utvikler de en plan for kontinuerlig forbedring som omfatter alle strategiene i bærekraftsmodellen etter behov.
- **Gjennomføring av effektive, regelmessige møter:** Et velfungerende team er avgjørende for bærekraften til programmene. PROSPER legger derfor vekt på regelmessige og velorganiserte møter. Effekten av disse møtene diskuteres som en del av en plan for kontinuerlig forbedring.

Å bygge et effektivt samfunnsteam

Dette kapitlet har vist verdien av å bruke samfunnsteam for å støtte forebyggende innsats. Effektive samfunnsteam bidrar til suksess ved å samle mange enkeltpersoner med ulike ferdigheter, erfaringer, og nettverk – både personlige og profesjonelle – for å fokusere på felles mål. Effektive samfunnsteam sikrer også bærekraft, da innsatsen ikke lenger er «personavhengig», men har støtte fra flere aktører.

Konseptet teamarbeid er ikke noe nytt, men å utvikle et effektivt team der medlemmene er engasjerte og fungerer godt sammen, er lettere sagt enn gjort.

Flere faktorer kan hindre at man lykkes, som mangel på klare mål eller fokus, uklare forventninger, dårlig ledelse, uregelmessige møter med liten eller ingen tilbakemelding på teamets innsats, underrepresentasjon av målgrupper og konflikter mellom medlemmer med ulike agendaer.

I tillegg til utfordringer på lokalt- eller teamnivå, kan samfunnsmiljøer, policyer og andre faktorer skape barrierer for effektiv planlegging og gjennomføring av evidensbaserte programmer. Selv om nasjonale og internasjonale organisasjoner kan støtte bruken av slike intervensjoner, er de ofte lite brukt. Dette skyldes delvis utfordringer som beslutningstakere og lokale samfunnsmiljøer møter. Finansieringsbeslutninger og policyer og kan ofte være tidsbegrensede (utløst av høyprofilerte rusmiddelrelaterte dødsfall, og har derfor kortsiktige perspektiver).

Velmenende samfunnsteam kan også bli utfordret av mangel på infrastruktur eller støttesystemer. Prioriteringer kan skifte før intervensjoner blir etablert, eller ressurser kan være kortsiktige eller uforutsigbare. For å opprettholde intervensjoner på lang sikt kreves en finansieringsstrategi som inkluderer markedsføring, promotering og oppbygging av en mangfoldig ressursportefølje – både økonomiske og ikke-økonomisk – som er bærekraftig over tid. De fleste evidensbaserte intervensjoner inkluderer ikke opplæring i slike strategier, og de som er ansvarlig for implementeringen mangler ofte denne kompetansen.

Effektive team kan redusere eller overvinne slike barrierer ved å fokusere på nøkkelkomponenter som tydelig definerte roller og ansvar, lederskap, teamstruktur og langsiktig engasjement blant medlemmene.

Når et team etableres, er det viktig å tenke helhetlig på gruppen. Nøkkelorganisasjoner i samfunnet bør være representert, særlig de som har tilgang til ungdom og familier som er potensielle deltakere i intervensjoner. Det er også verdifullt å inkludere

personer som representerer målgruppene teamet ønsker å nå, slik at lokale behov blir godt forstått.

Effektive team består av medlemmer med ulike ferdigheter, kunnskaper og erfaringer som bidrar til innsatsen. Gruppen bør ha brede sosiale og profesjonelle nettverk som representerer ulike perspektiver i samfunnet. Samtidig bør teamet være lite nok til at alle medlemmer kan delta aktivt.

Effektive team har klart definerte roller for hvert medlem, slik at deres styrker og personlige ferdigheter kommer til sin rett.

Mobilisere ressurser og øke kapasitet

EDPQS bidrar til å identifisere styrker og ressurser i samfunnet. Når disse er kartlagt, vil det ta tid å etablere kontakt med enkeltpersoner og grupper lokalt. Hvilke kontakter som bør opprettes, avhenger av formålet. Er målet å koble seg til eksisterende planer fra andre aktører for å styrke det lokale forebyggingsarbeidet? Eller er det å rekruttere programdeltakere? Kanskje handler det om å øke bevisstheten rundt behovet for evidensbaserte intervensjoner? Er målet å bygge partnerskap eller å engasjere personer med ferdigheter og talenter til å samle inn midler?

Formålet eller målet med samarbeidet vil være avgjørende for hvilken type kontakt som bør opprettes. Uansett må disse kontaktene oppfattes som positive for å opprettholde et godt omdømme for teamet og dets arbeid.

For å knytte positive kontakter med enkeltpersoner og grupper lokalt må teamets innsats oppnå følgende mål:

- **Identifisere samfunnets knutepunkter:** Dette er steder hvor folk naturlig samles, for eksempel i sentrum, et samfunnshus eller på kontorer til forebyggingsorganisasjoner som ligger lett tilgjengelig.

- **Engasjere mennesker på kreative måter:** Tilby en rekke muligheter for enkeltpersoner til å engasjere seg. Disse mulighetene bør være praktiske for den enkelte og ta hensyn til deres interesser og ferdigheter.
- **Støtte lokale ildsjeler:** I alle samfunn er det folk som brenner for en sak, og som inspirerer andre til å delta.
- **Tilby kortvarige eller spesifikke oppgaver:** Noen har ikke mulighet eller ønske om å forplikte seg til langsiktig forebyggingsarbeid. Disse personene kan være begrenset av tilgjengelighet, arbeidstider eller personlige forpliktelser. Det er viktig å utforske hvordan man kan engasjere denne ressursen gjennom spesifikke oppgaver som kan gjennomføres innenfor en definert tidsramme.

Når ressursene er begrenset, er det viktig å vurdere hvordan disse kan utnyttes så effektivt som mulig. For det første kan et samfunnsteam knytte sin innsats til eksisterende arbeid i samfunnet. Vurder hvordan teamets innsats kan kobles til denne eksisterende innsatsen, og identifiser felles interesser som gjør samarbeid naturlig.

For det andre kan det oppstå spesifikke muligheter som reflekterer lokale bekymringer eller utfordringer, for eksempel økt turisme, endringer i utelivet eller kriminalitetsforebygging i lokalsamfunnet. Slike problemstillinger, som av og til kan være presserende, kan fungere som en drivkraft for å motivere folk og skape muligheter for bredere utnyttelse av ferdigheter og ressurser i samfunnet.



Kapittel 10

Påvirkningsarbeid for forebygging

Påvirkningsarbeid for forebygging

Det er ikke enkelt å påvirke beslutningstakere til å prioritere forebygging eller å få dem til å støtte implementering av en intervensjon. Som regel kreves det en stor, koordinert innsats – i form av det som på engelsk kalles *advocacy*, eller påvirkningsarbeid på norsk.

Triangle Research Group (Silvestre et al., 2014) er et forskningskonsortium innen alkoholpolitikk i Slovenia. De beskriver påvirkningsarbeid som «en politisk prosess som utføres av en person eller en gruppe, og som har som mål å påvirke beslutninger om offentlig politikk og ressursfordeling innen politiske og sosiale systemer og institusjoner» (s. 14). Det europeiske senteret for forebygging og kontroll av sykdommer (ECDC, 2014) identifiserer påvirkningsarbeid som en «nøkkelstrategi for helsefremmende arbeid og folkehelse» (s. 1).

Påvirkningsarbeid som bygger på vitenskapsbasert informasjon, bør være en del av enhver intervensjon. Selv om arbeidet ofte dreier seg om å overtale beslutningstakere til å innføre nye helsefremmende policyer, lover og forskrifter, er påvirkningsarbeid også nødvendig for å opprettholde støtten til slike tiltak etter de har blitt implementert. Generelt kan man dokumentere hvordan rusmiddelbruk skader individer, deres omgivelser og samfunnet, og diskutere hvordan forebyggende programmer og policyer kan redusere noen av disse konsekvensene (tabell 15). Slike innsatser kan bidra til å endre oppfatninger, holdninger og normer knyttet til rusmiddelbruk, og

hjelpe beslutningstakere til å forstå hvilke tiltak som er mest effektive.

ECDC (2014) beskriver hvordan påvirkningsarbeid foregår samtidig på flere nivåer (lokalt, regionalt, nasjonalt), mens VeneKlasen og Miller (2002) legger til et flerdimensjonalt perspektiv der ulike strategier brukes for å oppnå de samme målene. Strategier for påvirkningsarbeid bør også gjennomføres i samarbeid med representanter for berørte grupper, beslutningstakere og andre interessenter (Peloza, 2014). Relevante handlinger kan være mangfoldige og kan inkludere aktiviteter som overtalelse, demonstrasjonstog, eller rettslige skritt (for eksempel en mye omtalt rettssak), men også folkeopplysning og bruk av media for å påvirke offentlig opinion (se også kapittel 8). Mens påvirkningsarbeid kan være en frittstående aktivitet, kan det også være en komponent i en kompleks forebyggende intervensjon (ECDC, 2014).

TABELL 15

Hvordan legge frem en sak

Slik legger du frem saken

1. Definer problemet
2. Beskriv påvirkningen på rusmiddelbrukeren
3. Beskriv påvirkningen på resten av befolkningen eller på ikke-brukere, spesielt unge mennesker
4. Inkluder tilgjengelige evidensbaserte intervensjoner og policyer som har vist seg å være effektive

For å lykkes med å påvirkingsarbeidet, foreslår Mercer et al. (2010) følgende viktige tiltak:

- Tydelig skissere sammenhengen mellom helseproblemer, intervensjoner og utfall.
- Systematisk vurdere og sammenfatte evidensen.
- Bruke en troverdig gruppe og en grundig prosess for å vurdere evidensen.
- Engasjere viktige partnere og interessenter i utarbeidelsen og formidling av evidens og anbefalinger.
- Gjennomføre tilpasset, målrettet og overbevisende kommunikasjon av evidens og anbefalinger.
- Involvere flere interessenter i arbeidet med å oppmuntre til bruk og etterlevelse av policyanbefalinger.
- Ta hensyn til bærekraft.

Imidlertid antyder funnene fra policystudier at det ikke alltid er en klar sammenheng mellom å gjennomføre de aktiviteter som Mercer beskriver, og endringer i politikk eller prioritering av forebyggingsprogrammer. Det er viktig å være realistisk om hva som er mulig å oppnå gjennom påvirkingsarbeid, samt å lære av innsikt i den politiske beslutningsprosessen. Cairney (2016) beskriver for eksempel hvordan prosessen ofte kan virke irrasjonell og kompleks sett utenfra. Når beslutningstakere skal ta avgjørelser, har de ofte et annet syn på hva som utgjør relevant og nyttig kunnskap. Fagfolk innen forebygging og forkjempere for evidensbasert forebygging kan se på evidens som et rasjonelt grunnlag for beslutningstaking. Beslutningstakerne vurderer imidlertid dette sammen med andre kunnskapskilder og hensyn. Det kan være høringssvar, offentlig opinion, råd fra betrodde kolleger, politiske programmer og politiske forpliktelser, samt egen profesjonell bakgrunn og erfaring. Mens noen beslutningstakere kan ha en god forståelse for forebygging og betydningen av evidensbasert praksis innen rusmiddelfeltet, har andre ikke videre kunnskap eller interesse for slike spørsmål. Beslutningstakere på høyere nivå må også handle gjennom konsensus, og dette innebærer ofte å

balansere krav og forventninger fra flere konkurrerende interesser. Dette gjelder særlig områder som kan være kontroversielle, som håndtering av rusmiddelbruk. Behovet for konsensus gjenspeiles også i avveininger som må gjøres innad i styrende organer, hvor det ofte er konkurranse om begrensede ressurser, samt makt og innflytelse i nasjonale strategier.

Diskusjonen om disse utfordringene er ikke ment å fraråde påvirkingsarbeid, men ved å forstå realitetene i beslutningsprosessen er det mulig å optimalisere utfall, identifisere viktige fokuspunkter og redusere frustrasjonen over at beslutningstakere «rett og slett ikke lytter». For eksempel foreslår Cairney (2016) at det er mer effektivt å øke beslutningstakernes bevissthet om samfunnsproblemer og presentere grunner for å prioritere dem, i stedet for bare å presentere løsninger, som implementering av forebyggingsprogrammer.

Fagfolk innen forebygging bør også kunne presentere ferdige, evidensbaserte responser på disse problemene når oppmerksomheten er fanget, og disse må være både spesifikke, samt teknisk og politisk gjennomførbare. Når oppmerksomheten er vekket og beslutningstakerne er motivert for å handle, må man handle raskt, da «mulighetsvindue» – i form av et gunstig politisk miljø – ofte er sjeldne og kortvarige.

Hvis lokale myndigheter for eksempel blir motivert til å handle må fagfolk innen forebygging være forberedt på å handle raskt for å fremme bruken av evidensbaserte programmer som en del av en langsiktig strategi, før mulighetsvinduet lukkes eller før andre, ikke-evidensbaserte tilnærminger blir prioritert. Forslag til nye måter å gjøre ting på – særlig slike som utfordrer status quo – møtes ofte med kritikk. Derfor må man på forhånd ha tenkt gjennom hvilke svakheter ved forslaget som eventuelle kritikere vil kunne peke på. Vellykkede tilnærminger til påvirkingsarbeid

kombinerer ofte relevant vitenskapelig evidens med emosjonelle appeller som gir en «menneskelig side» til historien, eller man beskriver foreslåtte tiltak på en måte som er i samsvar med beslutningstakernes politiske og personlige overbevisning, samt det man vet de er opptatt av. Man vil neppe lykkes hvis man bombarderer interessenter med vitenskapelig evidens og håper det alene vil endre deres meninger og skape støtte. Det er avgjørende å påvirke hvordan de oppfatter et politisk problem og gi dem den mest relevante og konsise evidensen som støtter denne forståelsen.

Videre er det viktig å være oppmerksom på at selv om fagfolk innen forebygging eller andre eksperter kan ha utmerket teknisk kunnskap om hvordan man kan redusere de helsemessige eller sosiale konsekvensene av rusmiddelbruk, betyr ikke dette nødvendigvis at de har ferdighetene som kreves for å overbevise beslutningstakere om å støtte spesifikke tiltak. Derfor vil effektivt påvirkningsarbeid ofte avhenge av utvikling av et bredt sett med ferdigheter i samarbeid med ulike interessenter og organisasjoner.

Også påvirkningsarbeid bør evalueres. ECDC (2014) anbefaler å bruke en tilnærming basert på endringsteori for å støtte denne prosessen, da den tilnærmingen forklarer hvordan og hvorfor aktiviteter forventes å gi ønskede resultater.

De generelle prinsippene for å evaluere forebyggende intervensjoner og policyer kan også brukes på påvirkningsarbeid. Slike evalueringer er databaserte og systematiske, og de benytter kjente metoder som intervjuer eller spørreundersøkelser. På samme måte som prosess- eller resultatevalueringer kan påvirkningsarbeid evalueres for å forbedre strategier, analysere resultater og bygge kompetanse blant aktører. Utfordringene med å evaluere påvirkningsarbeid ligger i de raskt skiftende aktivitetene og utfallene i en påvirkningsstrategi. Arbeidet kan også bli sterkt påvirket av uforutsigbare kontekstuelle faktorer. Coffman (2007) anbefaler derfor å rapportere mer regelmessig og i «sanntid», særlig etter enhver betydelig hendelse eller handling.

Sluttbetraktninger

Denne håndboken har gitt en introduksjon til hva forebyggingsvitenskap og evidensbasert forebyggingsarbeid innebærer, og hvorfor dette er viktig.

Epidemiologien for rusmiddelbruk i Europa har blitt gjennomgått for å forstå omfanget av arbeidet vårt.

Videre har vi fått en innføring i forebyggingsteorier og atferdsteknikker for å forstå mekanismene bak atferdsendring.

Vi har pekt på EDPQS og UNODCs internasjonale standarder som sentrale verktøy i forebyggingsarbeidet og for å velge og implementere de beste tilgjengelige evidensbaserte intervensjonene og/eller policyene. Vi har også vist hvordan intervensjoner og policyer kan evalueres.

Ulike arenaer – som familie, skole, arbeidsplass, samfunn, medier og det større miljøet – har blitt presentert med tanke på deres særegenheter i forebyggingsarbeid. Dette skal kunne hjelpe oss med å utvikle eller velge effektive forebyggende intervensjoner og/eller policyer som er tilpasset vår målgruppe, samtidig som vi tar hensyn til eksisterende utfordringer og barrierer.

Det er vårt håp og mål at du med denne kunnskapen og opplæringen vil være en ressurs i det forebyggende arbeidet i din region og kontekst – og i det europeiske forebyggingslandskapet.

Kompetente fagfolk innen forebygging er avgjørende for å omsette tilgjengelig kunnskap til daglig forebyggingspraksis rundt om i Europa. Formålet med EUDAs responsveiledning (EMCDDA, 2017b) og EUDAs strategi for praksisstøtte er derfor å gi beslutningstakere og praktikere verktøy, ressurser og strategier for en vellykket implementering av evidensbasert forebygging i Europa. Dette fokuset på implementering vil gi beslutningstakerne gjennomførbare alternativer som er mer effektive enn enkelte populære tilnærminger, men har mindre potensial for skade

Referanser

- Ajzen, I. (1991), «The theory of planned behavior», *Organizational Behavior and Human Decision Processes* 50, 179-211.
- Ayllón, S. og Ferreira-Batista, N. N. (2018), «Unemployment, drugs and attitudes among European youth», *Journal of Health Economics* 57, 236-248.
- Bandura, A. (1977), «Social learning theory», General Learning Press, New York.
- Barden, J. og Tormala, Z. L. (2014), «Elaboration and attitude strength: the new metacognitive perspective», *Social and Personality Psychology Compass* 8(1), 17-29.
- Bartholomew, L. K. og Mullen, P. D. (2011), «Five roles for using theory and evidence in the design and testing of behaviour change interventions», *Journal of Public Health Dentistry* 71(1), 20-33.
- Bergsma, L. J. og Carney, M. E. (2008), «Effectiveness of health-promoting media literacy education: a systematic review», *Health Education Research* 23(3), 522-542.
- Biglan, A. og Hinds, E. (2009), «Evolving prosocial and sustainable neighborhoods and communities», *Annual Review of Clinical Psychology* 5, 169-196.
- Bronfenbrenner, U. (1979), «The ecology of human development: experiments by nature and design», Harvard University Press, Cambridge, MA.
- Brotherhood, A., Sumnall, H. R. og European Prevention Standards Partnership (2015), «EDPQS Toolkit 4: Promoting quality standards in different contexts» («Adaptation and Dissemination Toolkit»). Step 3: Undertaking the adaptation, Centre for Public Health, Liverpool.
- Cairney, P. (2016), «The politics of evidence-based policy making», Springer Berlin, New York.
- Castro, F. G., Barrera, Jr., M. og Martinez, Jr., C. R. (2004), «The cultural adaptation of prevention interventions: resolving tensions between fidelity and fit», *Prevention Science* 5, 41-45.
- Castro, F. G., Kellison, J. G., Boyd, S. og Kopak, A. (2010), «A methodology for conducting integrative mixed-methods research and data analyses», *Journal of Mixed Methods Research* 4, 342-360.
- Catalano, R. F., Berglund, M. L., Ryan J. A. M., Lonczak, H. S. og Hawkins, J. D. (1999), «Positive youth development in the United States: research findings on evaluations of positive youth development programs», DHHS and NICHD, Washington, DC.
- Centers for Disease Control and Prevention (2010), «Learning and growing through evaluation: state asthma program evaluation guide», Center for Disease Control and Prevention, National Center for Environmental Health, Division of Environmental Hazards and Health Effects, Air Pollution and Respiratory Health Branch, Atlanta, GA.
- Charvat, M., Jurystova, L. og Miovsky, M. (2012), «Four-level model qualifications for the practitioners of the primary prevention of risk behaviour in the school system», *Adiktologie* 12(3), 190-211.
- Clarkson, J. J., Tormala, Z. L. og Rucker, D. D. (2008), «A new look at the consequences of attitude certainty: the amplification hypothesis», *Journal of Personality and Social Psychology* 95(4), 810-825.
- Clarkson, J. J., Tormala, Z. L., Rucker, D. D. og Dugan, R. G. (2013), «The malleable influence of social consensus on attitude certainty», *Journal of Experimental Social Psychology* 49(6), 1019-1022.

Coffman, J. (2007), «What's different about evaluating advocacy and policy change?», Evaluation Exchange 13, 2-4.

Degenhardt, L., Whiteford, H. A., Ferrari, A. J., Baxter, A. J., Charlson, F. J., Hall, W. D., Freedman, G. og Burstein, R. (2013), «Global burden of disease attributable to illicit drug use and dependence: findings from the Global Burden of Disease Study 2010», Lancet 382, 1564-1574.

Elkins, S. R., Fite, P. J., Moore, T. M., Lochman, J. E. og Wells, K. C. (2014), «Bidirectional effects of parenting and youth substance use during the transition to middle and high school», Psychology of Addictive Behaviors 28(2), 475-486.

ECDC (European Centre for Disease Prevention and Control) (2014), «A rapid evidence review of health advocacy for communicable diseases», ECDC, Stockholm.

EMCDDA (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction) (2009), «Preventing later substance use disorders in at-risk children and adolescents: a review of the theory and evidence base of indicated prevention», Thematic Papers, Publications Office of the European Union, Luxembourg.

EMCDDA (2011), «European drug prevention quality standards: a manual for prevention professionals», EMCDDA Manuals, Publications Office of the European Union, Luxembourg.

EMCDDA (2013a), «European drug prevention quality standards: a quick guide», Publications Office of the European Union, Luxembourg.

EMCDDA (2013b), «North American drug prevention programmes: are they feasible in European cultures and contexts?», Publications Office of the European Union, Luxembourg.

EMCDDA (2015), «New psychoactive substances in Europe: an update from the EU early warning system», EMCDDA Rapid Communication, Publications Office of the European Union, Luxembourg.

EMCDDA (2017a), «European Drug Report 2017: Trends and Developments», Publications Office of the European Union, Luxembourg.

EMCDDA (2017b), «Health and social responses to drug problems: a European guide», Publications Office of the European Union, Luxembourg.

EMCDDA (2018a), «European Drug Report 2018: Trends and Developments», Publications Office of the European Union, Luxembourg.

EMCDDA (2018b), «Environmental substance use prevention interventions in Europe, Technical Report», Publications Office of the European Union, Luxembourg.

European Commission (2015), «Special Eurobarometer 429: attitudes of Europeans towards tobacco and electronic cigarettes», Publications Office of the European Union, Luxembourg.

Evidence Based Practice Institute (2012), <https://www.ebp.institute/>

Federal Office of Public Health (2006), «Lessons learned – vulnerable young people and prevention», Federal Office of Public Health, Bern (tilgjengelig på https://www.infodrog.ch/files/content/refbases/03.00-049_vulnerabilitaet_xen_bag_2006.pdf).

Fishbein, M. (2011), «Predicting and changing behavior: a reasoned action approach» i: Prediction and change of health behavior: applying the reasoned action approach, Psychology Press, 3-21.

- Flay, B. R. og Petraitis, J. (2003), «Bridging the gap between substance use prevention theory and practice», i Sloboda, Z. og Bukoski, W. J. (red.), Handbook on drug abuse prevention: theory, science, and practice, Kluwer Academic/Plenum Publishers, New York, 239-306.
- Fong, G. T., Graig, L. V., Guignard, R., Nagelhout, G. E., Tait, M. K., Driezen, P., Kennedy, R. D. et al. (2013), «Evaluation of the smoking ban in public places in France one year and five years after its implementation: findings from the ITC France survey», Bulletin Epidemiologique Hebdomadaire 20, 217-223.
- Frone, M. R. (2013), «Alcohol and illicit drug use in the workforce and workplace», American Psychological Association, Washington, DC.
- Gabrhelik, R., Foxcroft, D., Mifsud, J., Dimech, A. M., Pischke, C., Steenbock, B., Bulotaité, L. et al. (2015), «Quality plan for prevention science education and training in Europe», Science for Prevention Academic Network (SPAN), Oxford.
- Gaspar, J. (2011), «Revisiting the relationship between adolescent drug use and high school dropout», Journal of Drug Issues 41(4), 587-618.
- Ginsburg, I. (1982), «Jean Piaget and Rudolf Steiner: stages of child development and implications for pedagogy», Teachers College Record 84(2), 327-337.
- Glantz, M. D. og Pickens, R. W. (1992), «Vulnerability to drug abuse: introduction and overview», i Glantz, M. D. og Pickens, R. W. (red.), Vulnerability to drug abuse, American Psychological Association, Washington, DC 1-14.
- Green, E. C. og Witte, K. (2006), «Can fear arousal in public health campaigns contribute to the decline of HIV prevalence?», Journal of Health Communication 11, 245-259.
- Greenberg, M. T., Domitrovich, C. E., Graczyk, P. A. og Zins, J. E. (2005), «The study of implementation in school-based preventive interventions: theory, research, and practice», Centre for Mental Health Services, Substance Abuse and Mental Health Administration, US Department of Health and Human Services, Washington, DC.
- Hanushek, E. A. og Wößmann, L. (2007), «The role of education quality in economic growth», World Bank Policy Research Working Paper 4122, <https://openknowledge.worldbank.org/bitstream/handle/10986/7154/wps4122.pdf?sequence=1>.
- Hawkins, J. D., Catalano, R. F. og Miller, J. Y. (1992), «Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: implications for substance abuse prevention», Psychological Bulletin 112, 64-105.
- Hovland, C. I. og Weiss, W. (1951), «The influence of source credibility on communication effectiveness», Public Opinion Quarterly 15, 635-650.
- Hovland, C. I., Janis, I. og Kelley, H. H. (1953), «Communication and persuasion», Yale University Press, New Haven, CT.
- Jessor, R. og Jessor, S. L. (1977), «Problem behavior and psychosocial development: a longitudinal study of youth», Academic Press, New York.
- Kaluzny, A. P. og Hernandez, S. R. (1988), «Organizational change and innovation», i Shortell, S. og Kaluzny, A. (red.), Health care management: a text in organizational theory and behavior, 2nd edition, John Wiley and Sons, New York, 379-417.
- Lasswell, H. D. (1949), «The structure and function of communication in society», in Bryson, L. (red.), The communication of ideas, Harper, New York, 37-51.

- Lazarsfeld, P. F., Berelson, B. og Gaudet, H. (1944), «The people's choice: how the voter makes up his mind in a presidential campaign», Columbia University Press, New York.
- Marlatt, G. A., Larimer, M. E. og Witkiewitz, K. (red.), (2011), «Harm reduction: pragmatic policies for managing high-risk behaviors», Guilford Press, New York.
- Mendes, F. J. F. og Mendes, M. R. (2011), «Healthy and safer nightlife of youth project: staff training for nightlife premises», Club Health, https://www.club-health.eu/docs/EN/Club_Health_training_of_staff_manual_EN.pdf.
- Mercer, S. L., Sleet, D. A., Elder, R. W., Cole, K. H., Shults, R. A. og Nichols, J. L. (2010), «Translating evidence into policy: lessons learned from the case of lowering the legal blood alcohol limit for drivers», *Annals of Epidemiology* 20, 412-420.
- Michie, S., Van Stralen, M. M. og West, R. (2011), «The behaviour change wheel: a new method for characterising and designing behaviour change interventions», *Implementation Science*, doi:10.1186/2F1748-5908-6-42.
- Miller, B. A., Holder, H. D. og Voas, R. B. (2009), «Environmental policies for prevention of drug use and risks in clubs», *Journal of Substance Use* 14(1), 19-38.
- Mrazek, P. J. og Haggerty, R. J. (1994), «Reducing risks for mental disorders: frontiers for preventive intervention research», National Academy Press, Washington, DC.
- NAMLE (National Association for Media Literacy Education) (2010), «The core principles of media literacy education», <http://namle.net/publications/core-principles/>
- O'Neill, B. (2008), «Media literacy and the public sphere: contexts for public media literacy promotion in Ireland», presentasjon ved Media@lse Fifth Anniversary Conference, 21.-23. september, London, [http://eprints.lse.ac.uk/21578/1/LSE_Paper_ONeill\(LSEROverversion\).PDF](http://eprints.lse.ac.uk/21578/1/LSE_Paper_ONeill(LSEROverversion).PDF).
- Peloza, J. (2014), «Triangle: how youth organizations can build and sustain a national coalition that works on alcohol policy», Infokart, Ljubljana.
- Piazza, P. V. og Deroche-Gamonet, V. (2013), «A multistep general theory of transition to addiction», *Psychopharmacology* 229(3), 387-413.
- Plant Work (2006), «Coming clean: drug and alcohol testing in the workplace», *World of Work: The Magazine of the ILO* 57, 33-36.
- Poulin, F. og Dishion, T. (2001), «3-year iatrogenic effects associated with aggregating high-risk adolescents in cognitive-behavioral preventive interventions», *Applied Developmental Science* 5(4), 214-224.
- Ricordel, I. og Wenzek, M. (2008), «Cannabis and safety of work: evolution of its detection within the controls of narcotics since 2004 to the SNCF», *Annales Pharmaceutiques Françaises* 66, 255-260.
- Scull, T. M., Kupersmidt, J. B. og Erausquin, J. T. (2014), «The impact of media-related cognitions on children's substance use outcomes in the context of parental and peer substance use», *Journal of Youth and Adolescence* 43(5), 717-728.
- Silvestre, S., Liutkutė, V., Peloza, J., Talić, S., Kokole, D., Ribeiro, S., Galkus, L. et al. (2014), «Triangle: how youth organizations can build and sustain a national coalition that works on alcohol policy», Alcohol Policy Youth Network (APYN) og No Excuse Slovenia, Ljubljana.

Sloboda, Z., Dusenbury, L. og Petras, H. (2014), «Implementation science and the effective delivery of evidence-based prevention», i Sloboda, Z. og Petras, H. (red.), *Advances in prevention science: defining prevention science*, Springer Publishing, New York, 293-314.

Small, S. og Supple, A. (1998), «Communities as systems: is a community more than the sum of its parts?», presentasjon til nasjonalt forum «A community effects on children, adolescents and families», Penn State University, State College, PA.

Stovall, E. E., Rossow, I. og Rise, J. (2014), «Changes in attitudes towards restrictive alcohol policy measures: the mediating role of changes in beliefs», *Journal of Substance Use* 19, 38-43.

UNODC (United Nations Office on Drugs and Crime) (2013), *International standards on drug use prevention*, UNODC, Vienna, <http://www.unodc.org/unodc/en/prevention/prevention-standards.html>.

Van der Kreeft, P., Jongbloet, J. og Van Havere, T. (2014), «Factors affecting implementation: cultural adaptation and training», i Sloboda, Z. og Petras, H. (red.), *Advances in prevention science: defining prevention science*, Springer Publishing, New York, 315-334.

VeneKlasen, L. og Miller, V. (2002, rev 2007), «Planning moment #5: Mapping advocacy policies», in «A new weave of power, people & politics: the action guide for advocacy and citizen participation», Practical Action Publishing, 185-208.

Wandersman, A., Duffy, J., Flaspohler, P., Noonan, R., Lubell, K., Stillman, L. og Saul, J. (2008), «Bridging the gap between prevention research and practice: the interactive systems framework for dissemination and implementation», *American Journal of Community Psychology* 41(3-4), 171-181.

Wang, B., Stanton, B., Li, X., Cottrell, L., Deveaux, L. og Kaljee, L. (2013), «The influence of parental monitoring and parent-adolescent communication on Bahamian adolescent risk involvement: a three-year longitudinal examination», *Social Science and Medicine* 97, 161- 169.

Werner, E. E. og Smith, R. S. (1982), «Vulnerable but invincible: a longitudinal study of resilient children and youth», McGraw-Hill Book Co., New York.

WHO (World Health Organization) (2018), «Global status report on alcohol and health», WHO, Geneva.

WHO (n.d.), «Substance abuse», http://www.who.int/topics/substance_abuse/en/ (hentet 30. september 2017).

| Vedlegg

159 Vedlegg 1 Oversikt over metoder

161 Vedlegg 2 Utviklingsstadier mellom 3 og 16 år

163 Vedlegg 3 Ordliste

169 Vedlegg 4 Infoark

Oversikt over metoder

Metodene våre baserte seg på retningslinjene til European Prevention Standards Partnership for tilpasning og formidling av kvalitetsstandarder i ulike kontekster (EDPQS Toolkit 4)⁴⁷. Disse retningslinjene beskriver hvordan man gjennomfører en tilpasning, og hva man bør tenke på i en slik prosess.

HoGent-teamet, som holder til ved instituttet for forebyggingsforskning ved Hogeschool Gent i Belgia, ble definert som arbeidsgruppen. «Kjernegruppen» besto av eksperter innen rusmiddelforebygging: Zili Sloboda (Applied APSI), Michael Miovsky (Karlsuniversitetet, Praha), Gregor Burkhart (EUDA) og Jeff Lee (International Society of Substance Use Professionals). Hovedmålet til kjernegruppen var å unngå endringer i kjernekomponentene i det opprinnelige UPC, men samtidig gjøre viktige tilpasninger til europeiske kontekst. En siste prosjektgruppe, «referansegruppen», besto av alle de elleve partnerne i UPC-Adapt-prosjektet. Dette inkluderte representanter fra Belgia, Tyskland, Estland, Spania, Kroatia, Italia, Polen og Slovenia

Tilpasningsprosessen startet med en grundig gjennomgang av APSIs UPC Trainer Manual. Etter at arbeidsgruppen hadde lest pensum 1, det vil si den generelle introduksjonsdelen av EUPC, ble det

utarbeidet et arbeidsdokument.

Dette dokumentet beskrev det tilpassede produktet og den foreløpige kategoriseringen av mulige tilpasninger. Denne kategoriseringen skilte mellom «dyptgående» og «overfladiske» tilpasninger, sammen med en begrunnelse for de endringene som ble foreslått. Overfladiske tilpasninger er for eksempel tilpasninger når det gjelder steder, eksempler, data og språklige uttrykk. Dyptgående tilpasninger inkluderte justeringer relatert til kontekst (som sosial og politisk organisering), kultur (normer og verdier), tekniske aspekter (grafikk eller illustrasjoner) og innhold (fjerning, endringer eller tillegg uten å endre kjerneelementene). Dette forarbeidet ble først diskutert i arbeidsgruppen. Etter at man hadde oppnådd konsensus, ble denne foreløpige kategoriseringen og arbeidsdokumentet gjennomgått av kjernegruppen.

En lignende prosess ble fulgt ved tilpassing av de andre pensumene: farmakologi og fysiologi (pensum 2), monitorering og evaluering (pensum 3), familiebasert forebygging (pensum 4), skolebasert forebygging (pensum 5), arbeidsplassbasert forebygging (pensum 6), miljørettet forebygging (pensum 7), mediebasert forebygging (pensum 8) og samfunnsbasert forebygging (pensum 9). Først ble det oppnådd konsensus innad i arbeidsgruppen, og deretter ble forslag til tilpasninger diskutert med kjernegruppen. Kjernegruppen hadde regelmessige konsultasjoner via videokonferanse og e-post.

Et foreløpig utkast til pensum ble fullført i juni 2017, og referanse- og kjernegruppen oppnådde konsensus om det første utkastet i oktober 2017.

⁴⁷ https://www.euda.europa.eu/drugs-library/european-drug-prevention-quality-standards-edpqs-toolkit-4-adaptation-and-dissemination_en

VEDLEGG 2

Utviklingsstadier mellom 3 og 16 år

	Sosialt	Språk	Fysisk	Intellektuelt	Følelsesmessig	Atferdsmessig
3-4 år	Deler, leker godt med andre, leker alene, bruker skje/ gaffel til å spise, personlig hygiene	Ramser opp tall (kan telle til 3), fører samtaler, gjengir rim og sanger, har en favorithistorie	Trer perler på en snor, går på tå, kan trække på pedal og styre, balanserer, har romforståelse	Kan bygge tårn, maler, kan tegne et hode til en person, holder en blyant riktig	Kan vente på å få behov oppfylt, har humoristisk sans, forstår fortid og nåtid	Har evne til å forhandle, men ikke resonnere, bruker fantasien, er redd for mørket og å bli forlatt, liker humor
5-7 år	Deler, bruker fantasi i lek, kler av og på seg selv	Liker historier og bruker dem i lek, forstår doble betydninger av ord	Bygger med konstruksjons- leker, farge- legger, spiller ballspill, danser, hopper, hinke- hopper	Kan kopiere bokstaver, teller på fingrene, legger til detaljer i tegninger, har tidsforståelse	Viser omsorg for venner og babyer, har bedre kontroll over oppførsel og atferd	Uttrykker sinne og frustrasjon, mindre med handling og mer med ord, er mer selvstendig
8-12 år	Er uavhengig av foreldrene, har rettferdighets- sans, har fremtids- perspektiv	Kan lese og skrive, er mer artikulert, fører samtaler, kan debattere, gjenforteller hendelser	Variasjon i fysisk utseende mer merkbart, tidlig pubertet hos jenter, forbedret hånd- øye- koordinasjon	Snakker om tanker og følelser, tenker mer logisk, har utviklet matematikk- og leseferdigheter	Lærer av observasjon og samtale, gir støtte i stressende situasjoner, kan legge vekt på det som er viktig	Deltar i ulike fritidsaktiviteter og omgås mer med jevn- aldrende, ønsker aksept fra jevnaldrende
13-16 år	Bruker mer tid med jevn- aldrende, utvikler identitet, tester grenser, får flere mer voksne rolle- modeller	Klarhet i tenkning, uttrykker egne meninger og oppfatninger	Pubertet for begge kjønn, økning i muskel- og skjelettvekst, økt utholdenhet	Viser mer omsorg for andre og samfunnet, stiller spørsmål ved og utfordrer regler, utforsker nye ideer	Opplever hormonelle endringer, forbereder seg på å bli mer uavhengighet av familien, utagerer	Økende behov for privatliv, bruker mer tid sammen med jevn- aldrende

VEDLEGG 3

Ordliste

Atferdsrettede intervensjoner	Intervensjoner som direkte retter seg mot individet for å endre holdninger og atferd knyttet til rusmiddelbruk, eller indirekte gjennom andre som foreldre, lærere og arbeidsgivere. Dette skiller seg fra miljørettede intervensjoner, som primært fokuserer på konteksten der rusmidler skaffes eller brukes
Beskyttelsesfaktorer	Egenskaper som reduserer sannsynligheten for rusmiddelbruk.
Beste praksis	Den beste anvendelsen av tilgjengelig evidens på nåværende aktiviteter i rusmiddelfeltet.
Bruk av rusmidler	Rusmidler kan defineres som tobakksprodukter, alkohol, inhalasjonsmidler og andre stoffer, som heroin, kokain og cannabis, samt psykoaktive reseptbelagte medisiner (når disse brukes ikke-medisinsk).
Bærekraft	I hvilken grad evidensbaserte intervensjoner og deres implementeringssystemer kan opprettholdes med høy kvalitet over tid.
Effekt	I hvilken grad en intervensjon (en teknologi, en behandling, en prosedyre, en tjeneste eller et program) gjør mer gagn enn skade når det gjennomføres under optimale forhold.
Effektivitetsstudie	Undersøkelse av om intervensjoner er effektive under «virkelige» forhold eller i «naturlige» settinger. Effektivitetsstudier kan også slå fast hvem intervensjonen er effektivt for, og under hvilke gjennomføringsbetingelser.
Eksposering	Medienes rekkevidde – i hvilken grad budskapet når publikum.
Ekstern validitet	I hvilken grad utfallene av et forebyggende intervensjoner kan overføres til en annen populasjon eller tilstand.
Empirisk	Basert på observasjon og eksperimenter.
Empirisk validert forskning	Forskning basert på observasjon og eksperimenter som har blitt systematisk bekreftet.
Epidemiologi	Studiet av fordelingen av og determinanter bak helserelaterte tilstander eller hendelser (inkludert sykdom), nye tilfeller (insidens) av den helserelaterte tilstanden/hendelsen/sykdommen og eksisterende tilfeller (prevalens) av den helserelaterte tilstanden/hendelsen/sykdommen, og anvendelse av denne kunnskapen for å bekjempe sykdommer og andre helseproblemer.
Etiologimodell	Denne modellen inkluderer mikro- og makromiljøene som påvirker mennesker fra barndom til voksen alder. Disse miljøene interagerer med individers personlige karakteristikk som gjør dem mer eller mindre utsatt for rusmiddelbruk og annen problematferd. <ul style="list-style-type: none">■ Makronivået: Det større miljøet som nabolaget, samfunnet, regionen eller landet■ Mikronivået: Nærmere miljøer som familie, jevnaldrende, skole, organisasjoner og arbeidsplassen.
Evaluering	En grundig og uavhengig vurdering av enten fullførte eller pågående aktiviteter.

Evaluering på samfunnsnivå	Evaluering der man måler generelle eller gjennomsnittlige oppfatninger, holdninger eller verdier i en stor gruppe (for eksempel et samfunn, en skole og en nasjon), i motsetning til evalueringer på individnivå.
Evidensbasert praksis	Systematiske beslutningstakingsprosesser, eller levering av tjenester, som gjennom tilgjengelig vitenskapelig kunnskap har blitt vist konsekvent å forbedre målbare utfall på individnivå. I stedet for å basere beslutninger på tradisjon, magesfølelse eller enkeltobservasjoner baserer evidensbasert praksis seg på data samlet inn gjennom eksperimentell forskning og beskrivelser av kjennetegn ved individer, samt klinisk ekspertise (Evidence Based Practice Institute, 2012).
Evidensbaserte forebyggende intervensjoner og policyer	Forebyggende intervensjoner og policyer som gjennom forskning har vist seg å være effektive for å forhindre oppstart av rusmiddelbruk.
Familie	Enkle definisjoner av begrepet familie tar utgangspunkt i struktur: hvem som anses å være en del av en familie, hvilken funksjon familien har, hva som er familiens formål, og hva en familie gjør. Hvem som utgjør en «familie», kan variere fra land til land. I USA, Canada og mange europeiske land blir «familie» for eksempel som oftest definert som kjernefamilien, det vil si foreldre/partnere og barn. I andre land kan «familie» inkludere besteforeldre, tanter, onkler, søskenbarn og andre medlemmer av den utvidede familien.
Forebygging	Det å hindre at noe skjer, eller å hindre noen i å gjøre noe (Cambridge Dictionary, 2017).
Forskning	En systematisk undersøkelse, inkludert utvikling, testing og evaluering, utformet for å utvikle eller bidra til generaliserbar kunnskap.
Forsterkning	I overtalelse: en tilskyndelse til å akseptere informasjonen som blir gitt.
Gjennomføring av intervensjoner	Hvordan intervensjonen eller policyen skal implementeres, og hvordan intervensjonen eller policyen forventes å bli mottatt av målgruppen, for eksempel ved hjelp av interaktive instruksjonspolicyer for ungdom og voksne, tilbud om intervensjoner til støtte for foreldre i mestring av foreldrerollen til tider som passer for familier, og oppfølging av implementeringen av en intervensjon eller en policy for å forbedre troskapen til intervensjonens kjerneelementer.
Ikke-smittsomme sykdommer	En sykdom som ikke kan overføres fra en person til en annen.
Implementering	Gjennomføring av forebyggende intervensjoner og policyer – eller helst av sammensatte intervensjoner og policyer, som forskning har vist kan ha større effekt på populasjoner.
Implementeringssystemer	Flere komponenter av intervensjoner som er forbundet med hverandre for å oppnå et bestemt utfall. For å være effektive krever slike systemer ofte at komponentene gjennomføres i en bestemt rekkefølge.
Infrastruktur	De grunnleggende fysiske og organisatoriske strukturene og fasilitetene som trengs for at et samfunn skal fungere. I denne håndboken brukes begrepet infrastruktur blant annet om de samfunnssteamene, den opplæringen og tekniske assistansen, og de økonomiske og menneskelige ressursene som trengs for å implementere evidensbaserte forebyggende intervensjoner og policyer.
Interessent eller aktør	En person, gruppe eller organisasjon som har interesse i eller blir berørt av en intervensjon.
Intern validitet	I hvilken grad utfallene av et forebyggende intervensjoner kan tilskrives intervensjonen selv.
Intervensjoner	En handling som fokuserer på å påvirke rusmiddelbruk ved å fremme positiv utvikling og redusere risikoatferd og negative utfall.

Intervensjoners innhold	Målene for intervensjonen og informasjonen, ferdighetene og policyene som brukes til å oppnå de ønskede målene. For eksempel kan intervensjoner gi ferdigheter i å motstå gruppepress, utvikle sosiale normer og gi opplæring i familiekommunikasjon.
Intervensjonsfaktorer	Faktorene man har tenkt å manipulere med intervensjonen, og som er direkte knyttet til de ønskede utfallene.
Intervensjonsstruktur	Hvordan en forebyggende intervensjoner eller policy er organisert og bygget opp, for eksempel hvor mange økter eller oppfriskninger som trengs, eller hvordan øktene er organisert.
Kilde	Den eller de som står bak en mediekampanje.
Kognitive ferdigheter	Menneskers evne til å tenke selv og adressere problemer på en fornuftig måte, konseptualisere og løse problemer, trekke konklusjoner og komme frem til løsninger gjennom analyse.
Kommunikasjon	Budskap som formidles gjennom mediene. Kan bestå av bare ord, bare bilder eller en kombinasjon. Hvis et mediebudskap er riktig utformet, er budskapet som sendes ut, identisk med budskapet publikum mottar.
Kortvarige intervensjoner	Systematiske, fokuserte prosesser som undersøker potensiell rusmiddelbruk og motivere individer til å endre atferd. Målet er å redusere bruken før personen opplever skade eller utvikler en mer risikabel bruksatferd eller rusmiddellidelser.
Kostnadseffektiv	Økonomisk lønnsomt.
Massemedier	Medier som tv, radio, kringkasting og aviser, som når et stort antall mennesker.
Mediebasert forebygging	Bruk av massemediene, vanligvis gjennom koordinerte kampanjer, for å forhindre at folk begynner å bruke et bestemt rusmiddel, eller for å oppmuntre dem til å slutte å bruke det.
Mediekampanje	En rekke planlagte aktiviteter eller en kombinasjon av aktiviteter som er utformet for å påvirke enkeltpersoner og grupper.
Medier	Ethvert middel til å spre et budskap, herunder for eksempel tv, radio, blader, nettsteder, aviser, plakater, reklameskilt og sosiale medier som Facebook, Twitter og YouTube.
Mikronivå	Eksempler er det sosiale og fysiske miljøet / nabolaget, økonomien, det politiske miljøet og sosiale katastrofer og naturkatastrofer.
Mikronivå	Eksempler er familie, jevnaldrende, skoleledelse, religiøse ledere, ledelsen på arbeidsplassen og kolleger.
Miljørettede intervensjoner	Policyer, forskrifter og lover som begrenser tilgang til og tilgjengelighet av rusmidler, spesielt for unge mennesker. Lover og håndheving av lover påvirker også normene om bruk av rusmidler. Mesteparten av forskningen gjelder intervensjoner knyttet til alkohol- og tobakk. Miljørettede intervensjoner tar ofte tak i konteksten der atferden – i vårt tilfelle rusmiddelbruk – finner sted, det være seg lokalsamfunnet eller på bestemte steder som hos alkoholforhandlere, i parker eller på underholdningssteder.
Modelltroskap	Et mål på i hvilken grad en intervensjon blir gjennomført slik det opprinnelig ble utformet. Implementeringskvaliteten måles ofte gjennom modelltroskap, dose, gjennomføringskvalitet og elementer som legges til intervensjonsprotokollen.
Monitorering	En systematisk og kontinuerlig prosess for å samle inn, analysere og vurdere data eller informasjon for å følge med på hvordan en aktivitet, et tiltak eller en prosess utvikler seg over tid. Formålet med monitorering er å sikre at planlagte

	mål nås, identifisere avvik, og tilrettelegge for justeringer dersom det er nødvendig.
Mottaker	En person eller gruppe som et budskap er rettet mot.
Mål på individnivå	Resultater av målinger som foretas på individnivå snarere enn på gruppenivå.
Målgruppe	Gruppen mennesker man ønsker å påvirke med forebyggende intervensjoner.
Målingsreliabilitet	Hvor stabile resultater er over tid når en måling gjentas. Også kalt «konsistens».
Opinionsdannere	En person, gruppe eller institusjon som har innflytelse på andres meninger, holdninger eller oppfatninger om ulike temaer. Opinionsdannere spiller en viktig rolle i samfunnsdebatten og kan bidra til å forme både offentlig opinion og politiske beslutninger. I norsk sammenheng kan dette inkludere: Politiske aktører, forskere og fagfolk, organisasjoner og interessegrupper, religiøse eller ideologiske ledere, kjente personligheter, medieprofiler og journalister
Oppfølging (foreldres oppfølging av barna)	Å vite hvor barna er, og hva de gjør.
Oppfølging (i forbindelse med evaluering av prosesser)	Den løpende prosessen der aktører får regelmessig tilbakemelding på fremdriften i arbeidet med å oppnå målene deres.
Overtalelse	Det å påvirke andre til å endre oppfatning, syn eller atferd.
Overtaler	Den eller de som prøver å endre noens meninger, holdninger, overbevisninger eller atferd.
Policy	En formell retningslinje eller plan som styrer beslutningstaking og handlinger innenfor et spesifikt område, ofte utviklet av myndigheter eller organisasjoner. Policyer brukes for å håndtere utfordringer og oppnå bestemte mål. Kan omfatte lover, regler, strategier eller prinsipper.
Policyutformer	Personer eller aktører som er ansvarlig for å utvikle og implementere politikk eller strategier på ulike nivåer i samfunnet
Program	Et spesifikt manualbaser og navngitt intervensjoner.
Psykoaktive stoffer	Stoffer som påvirker sentralnervesystemet og dermed kognitive funksjoner og følelser. «Psykoaktive stoffer» og synonymet «psykotropiske stoffer» er de mest nøytrale og beskrivende betegnelse for alle stoffer, lovlige som ulovlige, som er av interesse for rusmiddelpolitikken. «Psykoaktiv» betyr ikke nødvendigvis avhengighetsskapende, og i dagligtale er begrepet ofte underforstått, som «rusmiddelbruk» (WHO, u.å.).
Publikum	Mottaker av budskap; de som meldingen er rettet mot.
Påvirkningsarbeid	En politisk prosess initiert av en enkeltperson eller gruppe som har som mål å påvirke offentlig politikk og ressursallokering innenfor politiske og sosiale systemer og institusjoner (Pelozo, 2014).
Reduksjon av etterspørsel	Forhindre eller i det minste forsinke bruk av et rusmiddel i målgruppen ved å forsøke å fremme verdier, normer, oppfatninger og holdninger som motvirker rusmiddelbruk, og å styrke evnen til å motstå press.
Rekkevidde	Hvor mange som blir eksponert for et budskap.
Risikofaktorer	Kjennetegn som samvirker med personlige sårbarheter og øker sannsynligheten for rusmiddelbruk.
Rusmiddellidelse	Begrepet rusmiddellidelser dekker et bredt spekter av problemer som skyldes rusmiddelbruk. Disse problemene kan være avhengighet og fysisk skade, men de

	kan også være negative sosiale konsekvenser, for eksempel manglende oppfyllelse av forpliktelser overfor samfunnet, familien, skolen eller arbeidsplassen. Vedkommende fortsetter å bruke rusmidler til tross for å ha opplevd tilbakevendende psykiske og fysiske skader. De mest kjente beskrivelsene av ruslidelser finnes i DSM-5, som er utgitt av American Psychiatric Association, og ICD-11, som er utgitt av Verdens helseorganisasjon.
Rusmiddeltesting	Kjemisk analyse av biologiske prøver (for eksempel blod, urin, hår og svette) for å påvise tilstedeværelse av rusmidler eller metabolitter av disse (NB: Ikke det samme som kjemisk analyse av rusmidler til produktkontrollformål).
Samarbeidsevaluering	En samarbeidsmetode der forebyggingsprogram- og evalueringspersonell jobber sammen i et team. Andre medlemmer kan inkludere aktører med en interesse for utfallene og intervensjonen. Det er viktig at teamroller, aktiviteter, ansvarsområder og interaksjoner er klart definert, og det er også nødvendig med en tydelig rolledifferensiering.
Samfunn (community)	En geografisk definert enhet hvor effektive forebyggingsystemer kan utvikles og implementeres. De fleste forebyggingskoordinatorer jobber på ulike nivåer i samfunnet, som kan være både makronivå og mange settinger på mikronivå.
Samfunnsbaserte flerkomponentintervensjoner	Disse involverer generelt et bredt spekter av evidensbaserte intervensjoner og policyer som kan ha innvirkning på mange aldersgrupper innenfor ulike settinger. Typisk innsats inkluderer støtte til håndheving av tobakks- og alkoholpolitikk, intervensjoner og policyer i skoler og familietjenester.
Skole	Et sted hvor barn går for å få utdanning (Cambridge Dictionary, 2017).
Sosialisering	En livslang prosess der kulturelt passende og akseptable holdninger, normer, oppfatninger og atferd overføres og internaliseres.
Stigma	Et sett med negative og ofte urettferdige oppfatninger som et samfunn eller en gruppe mennesker har om noe; misbilligelse av personlige karakteristikk eller oppfatninger som strider mot kulturelle normer. Stigma fører ofte til tap av status, diskriminering og utelukkelse fra meningsfylt deltakelse i samfunnet.
Sårbarhet	En individuell disposisjon, bestemt av genetiske, psykiske og sosiale faktorer, som gjør det mer sannsynlig at en person vil utvikle risikoatferd og psykiske lidelser. Den motsatte kalles ofte for motstandskraft (eng. resilience) (Federal Office of Public Health, 2006).
Tilpasning	En endring av programinnhold for å imøtekomme behovene til en spesifikk målgruppe.
UPC-Adapt	Prosjektet som tilpasset UPC til en europeisk kontekst. Prosjektet ble finansiert av EU-kommisjonen. Elleve partnere fra ni europeiske land samarbeidet i dette prosjektet.
Utfallsevaluering	En prosess for å vurdere i hvilken grad kunnskap, holdninger, atferd og praksis har endret seg for individene eller enhetene som mottok intervensjonen, eller som politikken er rettet mot, sammenlignet med for individer og enheter som ikke har mottatt intervensjonen (ses ofte på som utfall på kort og mellomlang sikt). Langsiktige utfall er knyttet til ønsket sluttprodukt av intervensjonen, som i vårt tilfelle er reduksjon i eller bortfall av rusmiddelbruk. Ofte slutter evalueringer med de langsiktige utfallene.
Utvikling av budskap	Prosessen med å utvikle et budskap med de komponentene som skal til for å påvirke folks oppfatninger og handlinger.

Infoark

Retningslinjer

- EUDAs kvalitetsstandarder
EDPQS inneholder et sett med prinsipper som er nyttige når man skal utvikle og vurdere kvaliteten på forebygging av rusmiddelbruk. Dokumentet er en omfattende ressurs som beskriver alle elementene i rusforebyggende aktiviteter. EDPQS ble utviklet av European Prevention Standards Partnership i forbindelse med et forskningsprosjekt som ble delfinansiert av EU. Partnerskapet foretok en gjennomgang og syntese av eksisterende internasjonale og nasjonale standarder og snakket med mer enn 400 fagfolk i seks europeiske land for å finne ut hvilke kvalitetsstandarder som bør gjelde for rusforebyggende aktiviteter⁴⁸.
- Rådet for Den europeiske union (2015), Council conclusions on the implementation of the EU action plan on drugs 2013-2016 regarding minimum quality standards in drug demand reduction in the European Union.
- UNODC/WHO – International Standards on Drug Use Prevention (andre oppdaterte utgave)
Disse globale internasjonale standardene oppsummerer dagens vitenskapelige kunnskapsgrunnlag og beskriver intervensjoner og policyer som har vist seg å resultere i positive forebyggingsutfall. Samtidig identifiserer de globale internasjonale standardene de viktigste komponentene i og kjennetegnene ved et effektivt nasjonalt rusforebyggende system⁴⁹.
- EMCDDAs portal for beste praksis – standarder og retningslinjer:
<http://www.emcdda.europa.eu/best-practice/guidelines>
- Health and social responses to drug problems: a European guide:
<http://www.emcdda.europa.eu/responses-guide>

⁴⁸ https://www.euda.europa.eu/publications/manuals/prevention-standards_en

⁴⁹ http://www.unodc.org/documents/prevention/standards_180412.pdf

Registre

Navn	Land/region	Nettsted
Xchange	Europa	https://www.euda.europa.eu/best-practice/xchange_en
Best practice portal	Europa	https://www.euda.europa.eu/best-practice_en
Green List	Tyskland	http://www.gruene-liste-praevention.de/nano.cms/datenbank/information
Evidence-based prevention	Spania	http://prevencionbasadaenlaevidencia.net
Centre for Analysis of Youth Transitions database	Storbritannia	http://cayt.mentor-adepis.org/cayt-database/
Blueprints	USA	https://www.blueprintsprograms.org
National Registry of Evidence-Based Programs og Practices	USA	https://www.samhsa.gov/nrepp
Preventing Drug Use among Children og Adolescents	USA	https://www.drugabuse.gov/sites/default/files/preventingdruguse_2.pdf
Ungsinn	Norge	https://ungsinn.no/tiltak
NUBU	Norge	https://nubu.no/metoder/category111.html

En håndbok for beslutningstakere, opinionsdannere og policyutformere i evidensbasert rusmiddelforebygging

Om denne publikasjonen

Håndboken er primært utarbeidet som referansemateriale til kurs i det europeiske forebyggingspensumet EUPC. Men den er også ment som en mer generell introduksjon til forebyggingsvitenskap og vitenskapsbaserte intervensjoner. Opplæringspensumet er utviklet av det europeiske prosjektet UPC-Adapt, som har mottatt midler fra EU-kommisjonen.

Om EUDA

Den europeiske unions narkotikabyrå, EUDA (tidligere EMCDDA), er den sentrale kilden og en bekreftet autoritet når det gjelder rusmiddelrelaterte spørsmål i Europa. I over 20 år har EUDA samlet inn, analysert og formidlet vitenskapelig basert informasjon om rusmidler og rusmiddelavhengighet og konsekvensene av dette og gitt et evidensbasert bilde av rusmiddelsituasjonen på europeisk plan.

EUDAs publikasjoner er en svært viktig kilde til informasjon for et bredt publikum, fra beslutningstakere og deres rådgivere, fagmiljøer og forskere som arbeider innen rusfeltet, til mediene og allmennheten. EUDA holder til i Lisboa og er et av Den europeiske unions desentraliserte byråer.