

# ***Forebyggende og helsefremmende arbeid, fra forskning til praksis***

**- EN KUNNSKAPSOPPSUMMERING  
MED RÅD OG ANBEFALINGER**



**VEGARD A. SCHANCKE**



Nordnorsk  
kompetansesenter - Rus,  
ved Nordlandsklinikken

**Skrift nr 1/2005**

**Repro og trykk:  
Kristoffersens Trykkeri AS, Narvik**

**ISBN 82-8085-023-6  
2. utgave, 2. opplag**

**Tidligere utgitt: 2003, 2004, 2005.**

# Innhold:

<b>Forord</b> .....	5
<b>Sammendrag</b> .....	7
<b>1. Innledning</b> .....	11
<b>2. Hva er forebygging?</b> .....	13
<b>3. Avklaring av forebyggingsbegrepets mange fasetter</b> .....	19
<b>4. Fra intuisjonsbasert til kunnskapsbasert forebygging</b> .....	27
<b>5. Strategier i det (rus)forebyggende arbeidet</b> .....	35
<b>6. Jakten på virksom forebygging i Norge</b> .....	49
<b>7. Konklusjoner og anbefalinger</b> .....	71



*Vegard A. Schancke er sosiolog med bred arbeidserfaring fra helse- og sosialsektoren samt høgskolesystemet. Han har skrevet utredninger, rapporter, artikler og publisert en håndbok innen forebyggende og helsefremmende arbeid. Vegard A. Schancke har vært høgskolelektor ved Høgskolen i Harstad og undervist i sosiologisk teori, forskningsmetode og temaer innen forebyggende og helsefremmende arbeid. Han arbeider nå som spesialkonsulent ved*

*kompetansesenteret, Nordlandsklinikken, og leder seksjonen for forebyggende arbeid. Han er redaktør for den nasjonale nett-tjenesten forebygging.no finansiert av Sosialdepartementet, Helsedepartementet og Statens institutt for rusmiddelforskning, SIRUS.  
e-post: [post@forebygging.no](mailto:post@forebygging.no)*



*Illustratør:*

*Karl-Gustav Gjertsen  
Født i 1953, Flakstad i Lofoten.  
Utdannet ved Bergens Høgskole for Grafisk Design og har lærerutdanning.  
Debuterte på Høstutstillingen i 1975 og er innkjøpt av de fleste større norske kunstinstitusjoner.  
Han har utsmykket flere statlige og kommunale bygg, og har gitt ut flere bøker.*

*Illustrasjonene er laget som linoleumssnitt, som trykkes for hånd: Atelier i "Fremoverbygget" i Narvik.  
Tlf 76 94 45 52*

## **Førord**

Ulykker og overdosedødsfall.....

narkomisbruk, pillemisbruk og alkoholproblemer.....

røyking.....

mobbing og kriminalitet.....

atferdsproblemer og spilleavhengighet...

- når slike problemtilstander utvikles og oppstår,
- når nyttårstaler skal skrives,
- når stortingsmeldinger skal utformes,
- når handlingsplaner mot all verdens elendighet skal utarbeides,

*da dukker begrepet **forebygging** opp.*

Alle er *for* at problemene bør forebygges, alle er *for* at ressurser bør styrkes.

Men *hvordan?*

Her slutter det meste av enighet. "Forebyggings-landskapet" kan sies å være et ulendt terreng med usedvanlig mye og tett vegetasjon – tro, meninger og overbevisninger har god grobunn. Dokumentasjon, kvalitetssikring og tiltaksforskningen har ikke like god grobunn.

Kan rusmiddelmisbruk og annen problematferd forebygges?

Kan den sosiale kompetansen til våre unge håpefulle styrkes?

Denne rapporten er en kunnskapsoppsummering - basert på internasjonal og norsk forskning – som har som målsetting å:

- ✓ belyse hva forebyggende og helsefremmende arbeid er;
- ✓ skissere hvilke typer tiltak og strategier som faktisk kan redusere problematferd og styrke barn og unges sosiale kompetanse og
- ✓ gi retningslinjer og anbefalinger for konkrete innsatser.

Takk til dr. philos Britt Unni Wilhelmsen, førstelektor Stein Mikkelsen og ”Narvik-miljøet”<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Forebyggingsseksjonen ved Kompetansesenteret, Nordlandsklinikken; Videreutdanning i rusforebyggende arbeid, HiN.

## Sammendrag

Denne rapporten er en kunnskapsoppsummering. Rapporten har som målsetting å bidra til å klargjøre områder mange *praktikere* erfaringsmessig sliter med:

- i) klargjøre forebyggingsbegrepet;
- ii) forstå og begrunne innsats i lys av relevant teori og tiltaksforskning/empiri;
- iii) planlegge, gjennomføre og vurdere/evaluere lovende tiltak;
- iiii) finne konkrete anbefalinger når det gjelder strategier, programmer og tiltak.

Forskning har dokumentert positive effekter av tiltak både mot røyking, mobbing, alkohol- og annen rusmiddelbruk i Norge. I tillegg finnes effektive tiltak for å styrke den sosiale kompetansen.

Rapporten viser at sosiale påvirkningsmodeller/interaksjonsmodeller/sosial-kognitive strategier gjennomgående evalueres positivt. Det er dokumentert at slike tilnærminger har muligheter for å påvirke faktorer som har vist seg å ha stor betydning som *prediktorer* for rusmiddelbruk blant barn og unge. De viktigste prediktorene er verdier, sosiale normer, personlige forpliktelser, mestrings- og resultatforventninger.

Forskningsresultatene knyttet til disse problemstillingene viser at det er *relasjonelle variabler* som bør være i fokus når effektiv forebygging skal planlegges.

Multisentrerte og multisystemiske modeller - basert på sosial-kognitive strategier – er de mest lovende tilnærmingene når det gjelder å oppnå effekter av det forebyggende og helsefremmende arbeidet.

Til forskjell fra intuisjonsbaserte forebyggende og helsefremmende innsatser, bør det satses på kunnskapsbaserte tiltak og prosjekter, dvs. at tiltakene baseres på relevant teori og aktuell empiri om sammenhenger og tiltaksinnretning.

Følgende generelle anbefalinger kan gis:

- ✓ *Skolebaserte tiltaksmodeller, både av primær- og sekundærforebyggende art, har dokumenterte effekter og slike skoleinnsatser vurderes derfor som mest lovende;*
- ✓ *Tiltak bør som hovedregel gis og organiseres innenfor barns og unges normale oppvekst- og læringsmiljøer;*
- ✓ *Det bør tilstrebes å tenke bredde/helhet i iverksettelse av tiltak;*
- ✓ *Tiltak bør utformes og tilpasses målgruppen;*
- ✓ *Tiltak bør nedfelles i planverk;*
- ✓ *Tiltak bør utformes med et kritisk fokus på realistiske rammer;*
- ✓ *Det bør arbeides ut fra et langsiktig perspektiv;*
- ✓ *Tiltak bør rettes mot kontekstuell endring heller enn mot individuell endring;*

- ✓ *Intensive tiltak og personsentrert planlegging av tiltak synes å være sentrale faktorer i effektivt arbeid med høyrisikobarn;*
- ✓ *I et livsløpsperspektiv bør tiltak iverksettes tidlig. Tiltakene har størst potensiell virkning dersom de iverksettes før det observeres problematferd/antisosialt atferdsmønster;*
- ✓ *Kontinuitet i arbeidet er nødvendig;*
- ✓ *Høy tiltaksintegritet og implementeringsgrad bør tillegges stor vekt;*
- ✓ *Det bør unngås å etablere eller foreta radikale "forbedringer" av tiltak, metoder og strategier som er påvist eller som viser seg å ha små, ingen eller skadelige virkninger/effekter;*
- ✓ *Aktiv deltakelse av målgruppen synes å være en forutsetning for gjennomføring av hensiktsmessige tiltak. Mye taler for at interaktive læringsopplegg med ressursorientert tilnærming er den mest lovende innretningen på programmer og tiltak;*
- ✓ *Fokus på korttidseffekter ved bruk av rusmidler, f.eks. tap av kontroll, ulykker, økt risiko for vold og overgrep, synes mer hensiktsmessig enn på langsiktige negative helsekonsekvenser;*
- ✓ *Faktaundervisning alene, "skremselspropaganda" og stoffsentrerte tilnærminger gir liten, ingen eller negativ effekt;*
- ✓ *Det bør etableres klare retningslinjer og sanksjoner knyttet til bruk av rusmidler, mobbing og annen antisosial atferd på skolens område.*



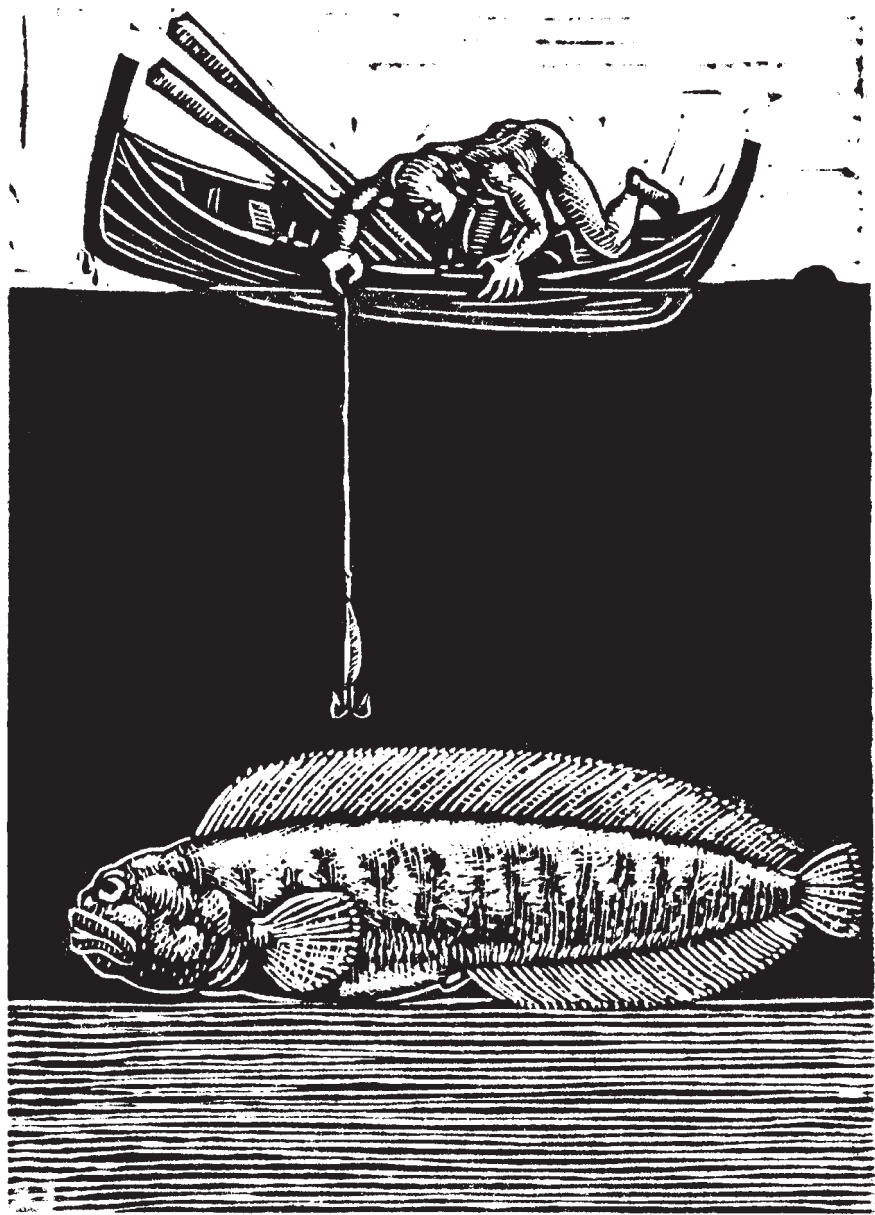
*'Hyrdestund'*

## 1. Innledning

Hensikten med denne rapporten er å gi et bidrag til utfordringen med å bringe forskning og praksis nærmere når det gjelder forebyggende og helsefremmende innsatser. Erfaringer fra drift av den nasjonale nett-tjenesten forebygging.no samt pågående utviklingsarbeid (Andreassen, Schancke, Gravrok & Fauchald, 2002) viser at praktikere sliter med å:

- i) klargjøre forebyggingsbegrepet;
- ii) forstå og begrunne innsats i lys av relevant teori og tiltaksforskning/empiri;
- iii) planlegge, gjennomføre og vurdere/evaluere lovende tiltak;
- iiii) finne konkrete anbefalinger når det gjelder strategier, programmer og tiltak.

En fare med dette er at mye tid og ressurser går til spille i letingen etter hensiktsmessige tiltak. I tillegg står en i fare for å iverksette tiltak med ingen eller negativ effekt. St. meld. 16 (2002-2003) framhever nettopp betydningen av å bygge bro mellom kunnskapsproduksjon og praksisfeltet på dette området.



*'Barndomsminne'*

## 2. Hva er forebygging?

Det finnes ingen entydig definisjon av "forebyggende arbeid".

Innholdet i begrepet vil variere etter hvilken tradisjon og grunntenkning som danner utgangspunkt for arbeidet - enten det er snakk om forsknings- og utviklingsarbeid eller gjennomføring av konkrete program og tiltak i f.eks. skole eller lokalsamfunn.

Forebygging er mao. en mangetydig betegnelse på tenkning og tiltak som spenner vidt fra forsøk på å eliminere eller begrense en uønsket utvikling til tiltak som fremmer livskvalitet og mestring (St. meld. 37; Klepp, Aarø og Rimpela, 1997; Mikkelsen, 1999; Iversen, 1999). "Forebygging" dreier seg altså både om å "vanne roser" og "luke ugress" (Schancke, 2001). Grovt sett står en overfor to tradisjoner/perspektiver når det gjelder forebyggende arbeid: Det sykdomsforebyggende ("luke") og det helsefremmende ("vanne") perspektivet.

Sykdomsforebyggende arbeid er tiltak som har som siktemål å hindre utvikling av sykdommer, redusere risikoen for skade og redusere dødeligheten. Helsefremmende arbeid (eng. health promotion) er definert som "*den prosess som gjør folk i stand til å bedre og bevare sin helse*" (Ottawa-charteret; WHO, 1986 i Helsedirektoratet, 1987). Helsefremmende tiltak har altså til hensikt å fremme livskvalitet, overskudd og trivsel (St. meld. 37; Norges forskningsråd, 2001).

Helsefremmende arbeid er, slik det er nedfelt i sentrale føringsdokumenter i Norge og internasjonalt, en dynamisk prosess

som krever aktiv deltakelse fra målgruppen - hvor målet er å bedre helsen (NOU, 1998:18). Dette handler - kort sagt - om å øke målgruppens kontroll og mestring av forhold som virker inn på deres overskudd av livsglede og energi, samt deres muligheter til å løse de oppgaver de stilles overfor (Klepp, Aarø og Rimpela, 1997; Klepp, Thuen & Wilhelmsen, 1995).

Skillet mellom helsefremming og sykdomsforebygging er ikke av ny opprinnelse. I gresk mytologi var gudene for sunnhet og sykdom atskilt. Hygiea var sunnhetsens gudinne, mens Asklepios var guden for behandling av syke (Fosse, 2000).

De to tradisjonene/paradigmene (Kuhn, 1979) - sykdomsforebyggende og helsefremmende arbeid - har ulik vitenskapsteoretisk forankring, mao. spørsmål som gjelder hva kunnskap er og hvordan kunnskap erverves. "Maler" vi med bred pensel, henter det sykdomsforebyggende perspektivet først og fremst sitt tankegods fra positivismen (dvs. retning som hevder at en kan studere og forstå menneskelig atferd og sosiale systemer etter mønster fra naturvitenskapen, (Garsjø, 1997)). Den helsefremmende tradisjonen harmonerer i større grad med hermeneutikken (dvs. tolkningslære/forståelseskunst - tradisjon der en forsøker å forstå/fortolke handlinger/fenomen ved å knytte dem til en hensikt/intensjon. En fortolkende/*forstående* tilnærming skiller seg vesentlig fra en *forklarende* tilnærming, (op.cit.)). Bakgrunnen for å bringe dette inn her, er at de vitenskapsteoretiske grunnpillarene har

konsekvenser for hva en oppfatter som "sant" og "virksomt" - også når det gjelder strategier og konkrete tiltak, herunder synet på hvordan helse, sykdom og forebygging defineres. En "trang" helsedefinisjon vil for eksempel kunne innebære fokus på svært avgrensede tiltak med dokumenterte kvantitative effekter. En "utvidet" helsedefinisjon, jfr. WHO's definisjon, vil i langt større grad gi plass for tiltak som ikke bare har som formål å hindre sykdom og skade, men også fremme livskvalitet og trivsel (Aarø, 2003).

Her finnes langt på vei svaret på hvorfor forskere kan hevde å finne støtte for tilnærminger og tiltak som i utgangspunktet er svært ulike og ikke støtter seg på det samme kunnskapsgrunnlaget. Bredspektrede lokalsamfunnsinnsatser lar seg vanskelig tallfeste når det gjelder effekter. Dette er da heller ofte ikke noe poeng for forskere og fagfolk som støtter en slik tilnærming. På den annen side kan det hevdes at avgrensede skoleprogrammer med dokumentert forebyggende effekt først fullt ut realiserer sitt potensiale gjennom en mer bredspektret innsats. Det hjelper slik sett lite å oppnå noe positivt innen en skolekontekst, hvis dette ikke følges opp på andre viktige arenaer for den enkelte: venner, familie, fritid, lokalmiljø mv. Dette handler derfor i stor grad om å *bygge sammen hensiktsmessige elementer til en samlet strategi* – uten å stirre seg blind på effektmål på den ene siden og mer kvalitative data om fornøydhet og måloppnåelse på den annen side. Denne drøftingen kan sees som del av "positivismedebatten", en større vitenskapsteoretisk diskusjon med lange historiske røtter (Mjøseth, 1991; 2003).

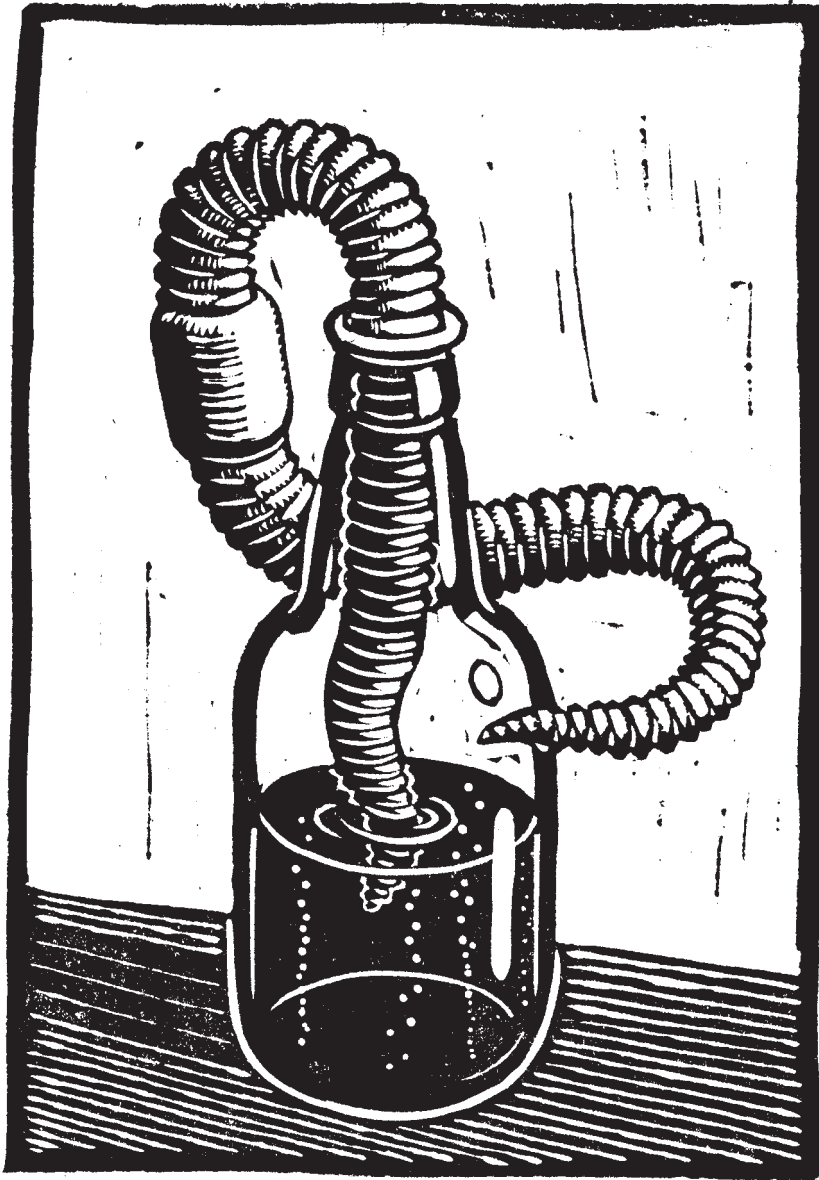
Hva anbefaler så tilhengere av de ulike paradigmene? Tilhengere av det sykdomsforebyggende paradigmat søker i første rekke å "luke uggress". Virksom forebygging forstås som tiltak der en gjennom forskningsmessige eksperiment-/og kontrollgruppedesign (kvasiekperimentelle design) kan **tallfeste en positiv virkning av tiltaket på ett eller flere problemområder**, f.eks. hvor mange færre røykere det ble som følge av tiltaket, hvor mange færre som debuterte med alkohol eller hvor mye debutalderen for alkoholbruk ble hevet i eksperiment- kontra kontrollgruppen.

Innen det helsefremmende paradigmat anvendes også slike forskningsdesign. Perspektivet åpner imidlertid i langt større grad for å beskrive **prosesser** og retter gjerne fokus mot meningssammenhenger og folks fortolkninger av ulike fenomen – f.eks. rusbruk. Tilhengere av det helsefremmende paradigmat avviser på ingen måte tiltak med dokumentert effekt, men vektlegger betydningen av en bredspektret tilnærming, som ikke bare handler om selve tiltakene i for eksempel skole, men som også fokuserer på en helsefremmende politikk der ”empowerment” (en "bottom-up"/nedenfra- opp-strategi) er et nøkkelbegrep. I NOU 1998:18 beskrives empowerment slik (sitat):

*"Empowerment er et mål, en metode som passer så vel for den profesjonelle som den ikke-profesjonelle og en pedagogisk, sosial og helsefremmende strategi. Empowerment handler om makt og*

*maktesløshet sett ut fra at maktesløsheten ikke bare er et individuelt problem, men i høy grad sosialt, økonomisk og kulturelt betinget. Empowerment er å styrke den makt den enkelte eller gruppen måtte være i besittelse av for å endre og påvirke uhensiktsmessige forhold. Målet er at personene mer effektivt kan styre sine liv mot egne mål og behov. Det er en direkte forbindelse mellom empowerment og frigjøring". (NOU 1998:18; Hauge, 1999).*

Den helsefremmende tilnærmingen baseres i større grad på en **relasjon mellom fagfolk og innbyggere/legfolk** hvor egen-mestring vektlegges som bærende prinsipp og som mål. Idealet er at fagfolk og legfolk samarbeider over tid på en slik måte at "folk flest" overtar stadig større del av ansvaret for både ledelse og utvikling av arbeidet (Rønningen, 2002).



*'Makkøl'*

### 3. Avklaring av forebyggingsbegrepets mange fasetter

En åpenbar grunn til forvirring i forebyggingslandskapet, er ikke bare avklaringer mht paradigmer og ”trosretninger”, men også ulik forståelse av begrepsapparatet. Mens overnevnte søkte å klargjøre en del av ”de store linjer” tar følgende framstilling utgangspunkt i de mest anvendte *begrepsknipper* og søker å avklare og sammenstille disse. Det kan være klargjørende å skille mellom tiltak etter:

- ✓ hvilket tidspunkt i en problemutvikling tiltaket settes inn;
- ✓ om tiltaket er rettet mot spesifikke eller generelle målgrupper;
- ✓ og om tiltaket er rettet mot enkeltindivider (individnivå), mot grupper av individer med personlige relasjoner til hverandre (gruppenivå), mot kategorier av mennesker som har en del felles kjennetegn, men ikke personlige relasjoner til hverandre (kategorinivå), eller om tiltaket settes inn mot hele befolkningen (samfunnsnivå).

(Stafseng, 1978; Helland, 1998).

Det mest anvendte begrepsknippet er *primær- sekundær- og tertiærforebygging* (Caplan, 1964). *Primærforebygging* brukes om tiltak, prosjekter og innsats som søker å *forhindre* at et problem, skade eller sykdom oppstår. *Sekundærforebygging* brukes om tiltak, prosjekter og innsats som søker å begrense varighet og omfang av et problem, skade eller sykdom som *er* oppstått. *Tertiærforebygging* brukes om tiltak, prosjekter og innsats som søker å hindre eller begrense følgetilstander av et problem, skade eller sykdom som er oppstått.

Eksempler på primærforebyggende tiltak kan på den ene siden være avgrensede tiltaksprogrammer, f.eks. på skolens arena overfor uselekterte elever – på den annen side mer generelt arbeid for gode oppvekstvilkår og livsbetingelser. Eksempler fra Norge på førstnevnte kan være tiltaksprogrammene ”VÆR røykFRI”, ”Olweus` mobbeprogram” og ”Ungdom og alkohol”. Tiltakene iverksettes overfor alle elever i en klasse eller skole – uavhengig av eventuelle problemer. Lokalsamfunnsprosjekter, trivselsfremmende tiltak, informasjons- og holdningskampanjer er andre eksempler på tiltak som gjerne rubriseres som primærforebyggende.

Eksempler på sekundærforebyggende tiltak kan være utekontaktvirksomhet/oppsøkende arbeid blant (risiko)barn og (risiko)ungdom, reciliensgrupper for traumatiserte, samtalegrupper for barn av rusmisbrukere, hjelpetiltak iverksatt av barnevernet (råd og veiledning, støttekontakt, avlastningsfamilie mv) tiltaksprogrammer for å redusere problematferd som f.eks. PMT (Parent Management Training) og MST (Multi-Systemisk Terapi). Enkelte vil nok rubrisere sistnevnte tiltaksprogrammer som tertiærforebyggende tiltak.

Tertiærforebyggende tiltak kan f.eks. være institusjonsopphold for atferdsvanskelig ungdom, rehabilitering av rusmisbrukere i behandlingsinstitusjon, barne-/ungdoms- og voksenpsykiatriske behandlingsopplegg og legemiddelassistert rehabilitering.

Det er ingen enhetlig bruk av disse begrepene, og de anvendes i dag vesensforskjellig og fra sin opprinnelige mening jfr. Caplan (Iversen, 2002).

Nupponen (1972) og Leiman (1982) delte helserettede innsatser inn i ***konstruktiv, forebyggende (preventiv), og korrigerende virksomhet*** (i Iversen, 2002).

***Konstruktive tiltak*** (konstruktiv verksamhet) brukes hos Nupponen & Leiman om innsats som, basert på vitenskapelig kunnskap, antas å virke positivt på folk ut fra et utviklingssynspunkt. Konstruktiv virksomhet fører til en styrking av mulighetene til å oppnå ønskelige målsettinger som vekst, styrke og positiv utvikling. Slike tiltak vil bidra til at folk i mindre grad utsettes for uheldige miljøpåvirkninger og antas å stå bedre rustet til å møte slike om de likevel oppstår. Målsettingen uttrykkes positivt: man venter ikke på en uheldig utvikling som kan føre til et identifisert problem, man går aktivt inn for å styrke forholdene for å oppnå positiv utvikling.

***Forebyggende tiltak*** (preventiv verksamhet) brukes om innsats som, basert på vitenskapelig kunnskap, antas å virke inn på forhold som er potensielt skadelige for folk. Målsettingen uttrykkes negativt: man søker å unngå uheldig utvikling til et identifisert problem.

**Korrigerende tiltak** (korrigerende verksamhet) brukes hos Nupponen & Leiman om innsats som retter seg mot (korrigerer og reparerer) problemer som allerede er oppstått.

Konstruktive og forebyggende tiltak betraktes som viktige strategier for å unngå utvikling av uønskede (problem)tilstander og er slik sett viktige i det forebyggende helsearbeidet. Korrigerende tiltak er imidlertid å betrakte som behandling og rehabilitering. Nupponen & Leimans begreper konstruktiv og forebyggende virksomhet kommer begge inn under det Caplan vil kalle primærforebygging, mens Caplans sekundær-/tertiærforebyggingsbegrep tilsvarer Nupponen & Leimans beskrivelse av korrigerende virksomhet (Iversen, 2002).

Et tredje begrepsknippe er Blooms (1968) skille mellom strategier etter hvem som er målgruppe for innsatsen: **Befolkningsrettede strategier, milepælsstrategier, og (høy)risikogrupperstrategier.**

**Befolkningsrettede målgruppestrategier** (eng. community-wide) er forebyggende tiltak, prosjekter og innsats som retter seg mot hele befolkningen eller hele undergrupper av befolkningen i et gitt område. Eksempler på dette kan være vaksinerings, fluor i drikkevann, fartsdumper, effektiv næringsmiddelkontroll og lavt elevtall i klasser.

**Høyrisikorettede målgruppestrategier** er forebyggende tiltak, prosjekter og innsats som retter seg mot individer eller grupper som antas å ha høy risiko for å utvikle spesifikke problemer eller lidelser.

Eksempler kan være tiltak rettet mot barn av misbrukende foreldre, utdeling av rene sprøyter til narkomane og hiv-smittede, kriseintervensjoner (eks. debriefing-programmer) for ofre av krig, kriser og katastrofer.

***Milepæls(målgruppe)strategier*** er forebyggende tiltak, prosjekter og innsats som retter seg mot hele eller undergrupper av befolkningen i et gitt område, hvor undergruppen kjennetegnes av at den gjennomgår en spesiell livsfase. Innsatsene er gjerne rettet mot psykososiale overganger som for eksempel skolestart, overgang barne- ungdomstrinn, småbarnsfase for foreldre, pensjonisttilværelse og arbeidsledighet.

Nært knyttet til Blooms skille (op.cit.) kan forebyggende tiltak kategoriseres som ***universelle, selektive og indikative*** (NOU 2003:4). Dette skillet gjøres etter hvilken antatt risiko de gruppene tiltakene retter seg mot har for å utvikle rusproblemer eller annen problematferd.

***Universelle tiltak*** vil gjerne ha hele befolkningen som målgruppe. Eksempler på slike tiltak er alkoholavgifter, alkoholmonopol, informasjonskampanjer, promillelovgivning og ulike tiltak for å redusere tilgjengeligheten av alkohol som bevillingssystemer og åpningstider.

**Selektive tiltak** rettes mot spesifikke grupper – oftest barn og unge i skolealder. Eksempler på slike tiltak er lærings-/undervisningsprogrammer for å styrke sosial kompetanse og hindre problematferd som alkohol-/narkotikabruk og mobbing, lokalsamfunnsprosjekter, informasjonsmateriell og bruk av politi i skolen.

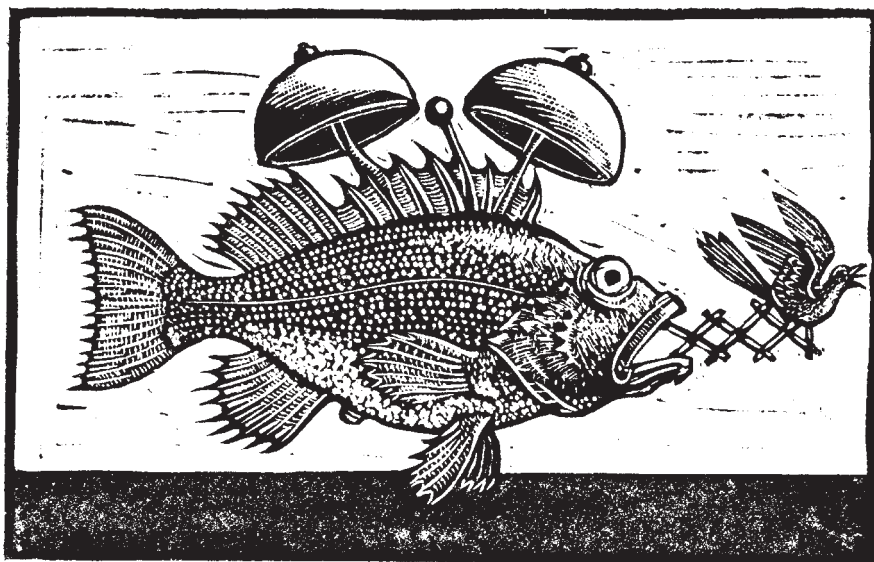
**Indikative tiltak** er oftest ”miniintervensjoner” rettet mot høyrisikogrupper, for eksempel personer med bekymringsfullt alkoholforbruk. Det er utarbeidet spørreskjemaer (for eksempel AUDIT og CAGE) til bruk for allmenleger, sykehusleger og annet helsepersonell (op.cit.). En slik intervensjon kan da være måling av alkoholforbruk og påfølgende råd/veiledning/informasjonsmateriell.

Et femte begreps-knippe er **individuell, situasjonell og sosial forebyggingsstrategi** (Carlsson, 1999 i Iversen, 2002).

**En individuell forebyggingsstrategi** sikter mot å identifisere enkeltindivider med høy risiko for utvikling av problemer og iverksette innsatser i forhold til disse. Forklaringene på utvikling av atferdsavvik er gjerne en blanding av biologiske og psykososiale/sosialiseringsmessige. I en individuell forebyggingsstrategi vil man være opptatt av å identifisere biologiske og psykososiale ”skader” eller svakheter som innebærer økt risiko for utvikling av problemtilstander.

*En situasjonell forebyggingsstrategi* søker å identifisere situasjoner hvor problemer oppstår og gripe inn i den aktuelle situasjonen eller forhindre at den oppstår. Eksempler på dette kan være mer politi i gatene, natteravner, bedre inspeksjon i skolegården, belysning, alkoholtesting og videoovervåking.

*En sosial forebyggingsstrategi* søker å identifisere faktorer som er avgjørende for utvikling av problematferd og påvirke disse. I dette perspektivet forstås gjerne problematferd som for eksempel rusmisbruk, vold, mobbing og kriminalitet som utslag av marginalisering, dårlige leve- og oppvekstvilkår. Dette appellerer til at det føres en politikk som skaper trygge nærmiljø, gode tilbud til barn og unge mht barnehage, skole og fritidstilbud, lav arbeidsledighet og en sosial boligpolitikk.



*'Vekkeruer'*

#### **4. Fra intuisjonsbasert til kunnskapsbasert forebygging**

I forebyggende og helsefremmende arbeid kan vi tenke oss de konkrete tiltakene langs en skala fra intuisjons-/intensjonsbaserte tiltak til teori- og empiribaserte tiltak (se figur 1). Med intuisjons-/intensjonsbaserte tiltak menes tiltak der det foreligger *et ønske* fra iverksetterne eller *en tro på/intensjon om* at tiltaket virker forebyggende/helsefremmende. Det *antas* mao. at tiltaket har virkning/effekt. Fra et faglig ståsted kan slike tiltak ikke anbefales. Dette vil være å ”gamble” med ressurser og innsatser ettersom en ikke vet noe om hvordan innsatsen faktisk vil virke. Likevel finner en ofte ved kritiske gjennomganger at majoriteten av tiltak nettopp er basert på god tro og edle hensikter (Norges forskningsråd, 2001; forebygging.no, 2003; KUF/BFD, 2000).

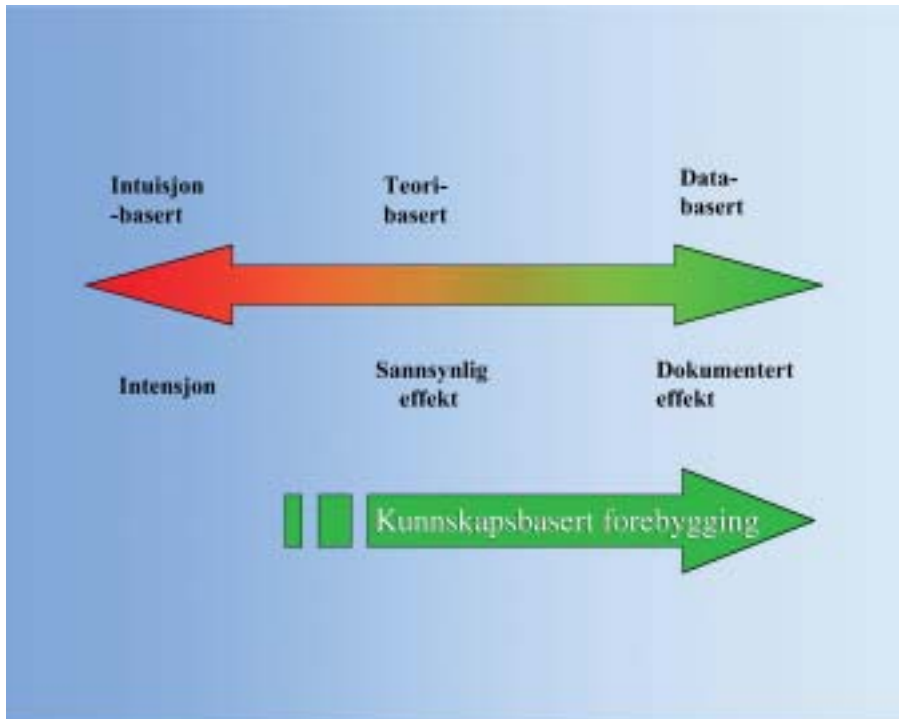
Tiltak med *sannsynliggjort forebyggende virkning* innebærer en faglig begrunnelse, gjerne over et antall resonnementer basert på teori og empiri, men uten direkte erfaring for effekt av gjeldende innsats (Iversen, 2001).

*Påvisbar forebyggende virkning* har en når det foreligger mål for endring av variabler som tjener som kriterier for ønsket effekt av innsatsen (op.cit.).

**”Bevist” forebyggende virkning** innebærer at slike effekter er målt, med statistisk signifikante endringer, og replikert i flere undersøkelser (op.cit.).

Teori- og empiribasert forebyggende innsats kan hevdes å være **kunnskapsbasert forebygging**, dvs en tar utgangspunkt i relevant teori og tiltaksforskning/empiri når tiltak skal iverksettes. Fra et faglig ståsted vil kun kunnskapsbasert forebygging være tilrådelig.

Figur 1: Fra intuisjonsbasert til kunnskapsbasert forebygging



Inndelingen ovenfor peker på at teoretisk refleksjon knyttet til utforming av rusforebyggende og helsefremmende tiltak er svært viktig (Andreassen, Schancke, Gravrok & Fauchald, 2001). Mangel på slik refleksjon bidrar til at mange prosjekter og tiltak bygger på en for enkel eller direkte feilaktig analyse (Henriksen, 1999).

Betrakter en "forebyggingslandskapet", skapes på den ene siden ofte et bilde av det forebyggende arbeidet som noe "ullent" - noe som er "alt og ingenting" og vanskelig lar seg dokumentere og evaluere.

På den annen side kan en få inntrykk av en pågående jakt på en uoppdaget forebyggings*teknologi* , - et skjema eller en manual som gir ”de rette svar”. Mange håndbøker kan lett gi inntrykk av det siste.

Generelt er det grunn til å advare mot ”fasit-løsningenes” vei. Ettersom forebyggende og helsefremmende arbeid nødvendigvis er del av enkeltmenneskers og gruppers sosiale handlinger, finnes knapt muligheter for å utstyre innsats med garantibevis om effekt. Jakten på en forebyggings*teknologi* eller ”rusvaksine” bør derfor avlyses. Dette må imidlertid ikke forstås som et anslag mot kunnskapsbasert forebygging. Tvert imot, men det er viktig å være oppmerksom på de begrensninger som ligger i effektmåling og avgrensede (skole)programmer.

Forebyggende og helsefremmende innsatser kan heller ikke betraktes uavhengig av samfunnsmessige forhold – prosesser, endringer, sosiokulturelle og sosiomaterielle forhold generelt. Det er ikke vanskelig å tenke seg at hensiktsmessig innsats i f.eks en skole, lett kan ”kveles” av en generell liberalisering når det gjelder holdninger til bruk av rusmidler (Schancke, 2001). Dette er del av forebyggingsfeltets paradokser og kompleksitet (Mikkelsen, 1999). I tillegg kommer at de problemområder en ønsker å forebygge, f.eks. mobbing, røyking, kriminalitet, alkohol- og rusmiddelmissbruk, sannsynligvis best kan forstås i lys av en *multifaktoriell modell* (jfr. Bronfenbrenner, 1977;1979). Med dette menes at forklaringer og

fortolkninger på problemområdene (f.eks. rusmisbruk) spenner vidt – fra biologiske/genetiske, via personlighetstrekk og psykopatologi til strukturelle forhold knyttet til hele samfunnskonstruksjonen, innbefattet kulturelle forhold (Pedersen, 2002). Det er rimelig å anta at de ulike problemtilstandene best kan forstås som et samvirke mellom disse faktorene. Endimensjonale fortolkninger/forklaringer synes å tape terreng (Waal, 2000). Mange vil hevde at sistnevnte forklaringer knyttet til samfunn og kultur er de viktigste. Dette er imidlertid ikke entydige (årsaks)forhold, men et spekter av forklarings- og fortolkningsmåter både på mikro- og makronivå, i tillegg til kombinasjonsmodeller som henter sitt tankegods og sin empiri fra et vell av teoretiske perspektiver og studier.

På makronivå kan eksempelvis fortolkning og forklaring være knyttet til teorier om (grad av) sosial integrasjon, økonomi, kjøpekraft, arbeidsmarked og konsum. Durkheims klassiske studie av sammenhengen mellom sosial integrasjon og selvmordsrater kan tjene som eksempel (Durkheim, 1991). Da Gro Harlem Brundtland satte ”nabokjærringa” på dagsorden eller statsminister Bondevik priste ”natteravnene” i sin nyttårstale, er dette uttrykk for noe av det samme – da i en mer folkelig utgave.

Teorien om den såkalt ”kollektive drikkekulturen” er et forsøk på å kople mikro- med makroforståelse. Betydningen av sosial påvirkning og sosiale roller i forståelsen av smågruppers psykososiale og

sosiokulturelle liv er et mye anvendt teoretisk utgangspunkt (Berger og Luckmann, 1966). Teorien om ”majoritetsmisforståelsen” og stadieteorier med vektlegging av debuttidspunkt er andre eksempler på aktuelle forståelsesmåter (Wilhelmsen, 2003).

De siste års bekymringsfulle utvikling i bruken av ”partydop” i enkelte miljøer (f.eks. ecstasy) har gitt antropologisk pregede studier av kultur og identitet økende betydning (eks. Grimshei, 2000; Moshuus, Rossow og Vestel, 2002). Slike studier viser bl.a. hvordan ”partydop” kan spille en rolle i *stilutvikling* og forsøk på egen *identitetskonstruksjon*. Studier av denne typen trekker gjerne på tradisjonell antropologisk kunnskap om overgangsriter og symboler, gjerne i kombinasjon med utviklingspsykologisk kunnskap (Pedersen, 2002).

I tråd med overnevnte vil mange samfunnsforskere hevde at grunnleggende trekk ved samfunnet – levekår i vid forstand, er avgjørende for den generelle rusmiddelbruken og et lands misbrukssituasjon. Slik sett handler godt forebyggende og helsefremmende arbeid om å etablere en fornuftig samfunnspolitikk (i tråd med WHO's anbefalinger om en *helsefremmende politikk*) – lokalt, nasjonalt og internasjonalt (Mittelmark, 1999).

Dette perspektivet bør imidlertid ikke drukne motivasjonen for å gjennomføre konkrete tiltak, både i skolen og i lokalsamfunnet.

Omfattende evalueringsforskning har dokumentert oppsiktsvekkende positive effekter av norske tiltaksprogrammer både mot røyking, alkohol- og annen rusmiddelbruk. Felles for disse programmene er at de i stor grad bygger på den sosiale påvirkningsmodellen.

Internasjonalt framheves nettopp dette som den mest lovende av alle rusmiddelforebyggende modeller (Tobler, 1992; Foxtrot, Lister-Sharp & Lowe, 1995; Paglia og Room, 1998). Hvilke overordnede strategier finnes så innenfor det rusmiddelforebyggende innsatsområdet og hva er lovende?



*'Styrkekvartett'*

## 5. Strategier i det (rus)forebyggende arbeidet

Det er vanlig å skille mellom *tilbudsreducerende* og *etterspørselsreducerende* tiltak/programmer innen rusforebyggende tenkning og arbeid. Tilbudsreducerende tiltak er tiltak som regulerer tilgjengeligheten og betingelsene for bruk. Eksempler er aldersgrenser, avgifter/priser, begrensninger i antall salgssteder/bevillinger, begrensninger i åpningstider, offentlige monopoler og regulering av reklame. Generelt er dette ofte upopulære tiltak, men hevdes å være av de mest virksomme (Babor et al. 2003; NOU 2003:4).

Erfaringer fra USA og Norden viser at større endringer i tilgjengeligheten, har betydelig innvirkning på salget av alkohol. I Norge har Statens institutt for rusmiddelforskning, SIRUS beregnet ulike framtidsscenarioer med tanke på konsekvenser av endret alkoholpolitikk. En sannsynlig antakelse er at reduksjon i alkoholpriser til svensk nivå vil gi om lag 600 flere dødsfall i året, reduksjon til dansk nivå vil gi omlag 1000 flere dødsfall pr. år (Horverak, Nordlund og Rossow, 2001). Selv om slike forskningsresultatene er kontroversielle, er det innen internasjonal rus- og forebyggingsforskning bred enighet om at slike sammenhenger foreligger (Fekjær, 2004).

En vanlig oppfatning er at tilbudsreducerende tiltak ligger utenfor enkeltmenneskets muligheter for påvirkning. Et stykke på vei er det riktig. Hvordan lokal skjenkepolitikk utøves kan være et eksempel på at nettopp diskusjon og argumentasjon på lokalplanet kan gjøre en

merkbar forskjell. Sikring av egne barskap kan også tjene som eksempel på tilbudsreducerende tiltak i eget hjem.

Med ***etterspørselsreducerende tiltak*** menes forebyggende tiltak som har til hensikt å begrense folks etterspørsel (søken) etter rusmidler. En vanlig inndeling av slike tiltak er som følger:

***Informasjonsbaserte tiltak*** setter fokus på kunnskap om og skadevirkninger av rusmidler. Informasjonen skal etter intensjonen forebygge rusmiddelmisbruk. Strategien har også blitt kalt “opplysningsoptimistisk” (Henriksen, 1999). Antakelsen er at “*den som vet det rette, gjør det rette*”. Denne tradisjonen har både preget rusmiddelundervisningen i skolen og en rekke av opplysningskampanjene med hele befolkningen som målgruppe (op. cit).

Informasjonsbaserte tilnærminger er kritisert for kun å fokusere på budskapsinnholdet, og ikke på *hvem* som formidler og *i hvilken kontekst* budskapet formidles i (op. cit).

Omfattende internasjonal tiltaks- og programforskning viser at informasjonsbaserte tilnærminger i liten grad kan dokumentere forebyggende og/eller helsefremmende (kvantifiserbare) effekter (Wilhelmsen, 1996; NOU 2003:4).

**Alternative tiltak** har som mål å redusere rusmiddel(mis)bruk ved å fokusere på alternative positive aktiviteter. Antakelsen er at “*ledig-gang er roten til alt ondt*”. Eksempler på slike tiltak er ungdomsklubb, mc-verksted, skateramper og organiserte aktiviteter som gjerne er fysisk utfordrende, f.eks. fjellklatring, rafting, paragliding osv. Man tenker seg at positive ting å holde på med ”tar plass” i den enkeltes liv og gir mindre rom for problemskapende aktiviteter – som da i sin tur kan gi mindre rusmiddelbruk og påfølgende problematferd.

Forskning viser at heller ikke alternative tilnærminger *alene* kan dokumentere forebyggende og/eller helsefremmende effekter. Forskning knyttet til lokalsamfunnstiltak kan imidlertid dokumentere en rekke positive *prosesser* (Fosse, 2001; Baklien & Carlsson, 2000). Effektmåling av slike tiltak er neppe verken mulig, hensiktsmessig eller ønskelig. Få vil imidlertid benekte at alternative tiltak generelt er et gode mht. å sikre best mulige oppvekstvilkår. I ethvert lokalsamfunn vil opplagt alternative tiltak være viktige elementer i en helsefremmende strategi.

**Affektive strategier** tar utgangspunkt i barn og unges følelser og holdninger, deres modenhet og sosiale kompetanse. Tiltakene består ofte i trening i mellommenneskelige ferdigheter kombinert med informasjon om risiko (Norges forskningsråd, 2001; Swisher, 1979 i Botvin og Dusenbury, 1989). Strategier av denne typen forutsetter at ungdom bruker rusmidler på grunn av lavt selvbilde, manglende evne

til å ta avgjørelser og manglende evne til problemløsning. Affektive strategier kan grovt sorteres i to underkategorier:

**I):** trening i sosiale ferdigheter/problemløsning;

**II):** tiltak for å skape et følelsesengasjement.

I forhold til førstnevnte ønsker man å fremme sosiale ferdigheter og mestringsstrategier. Målgruppen øves i ta “rette valg” samt generell trening i aktivt verdivalg. Tanken er at “tørrtrening” av dette slaget skal føre til “riktige” handlinger når reelle valg-situasjoner oppstår. Effekten av tiltaket tenker en seg da først manifestert som økt bevissthet og refleksjon over egen atferd med påfølgende mindre problematferd. Et av de mest anerkjente tiltakene innen denne genren er Botvins “Life Skills Training” (Botvin, Baker, Dusenbury et al., 1995). Det er dokumentert forebyggende effekt av dette og et lite knippe andre tiltak innen denne kategorien.

Når det gjelder tiltak for å skape følelsesengasjement, og gjennom dette en ønsket atferdsendring, kan eksempler være bruk av “trigger-filmer”, teater, situasjonsspill, beretninger av eks-misbrukere og litterære tilnærminger. Det foreligger liten eller ingen forskningsmessig dokumentasjon for at slike tiltak *alene* virker forebyggende/helsefremmende (Wilhelmsen, 1996). Tvert i mot er det god grunn til å innta en kritisk holdning til anvendelse av slike virkemidler – spesielt når de iverksettes som enkeltstående tiltak uten oppfølging (Hauge, 1998; Sørli, 2002).

Det foreligger positive resultater mht. bruk av situasjonspill/teater mht. å skape engasjement og motivasjon (Hauger 2000; Hauger og Grejs, 2002; Hauger og Grejs, 2003; Nesje og Hauger 2002; Hauger 2002). Den faglige utfordringen ligger her først og fremst i å sikre at engasjement og motivasjon koples til en kunnskapsbasert forebyggende og/eller helsefremmende innsats. De fleste innsatser synes å stanse med det førstnevnte. Dermed er sannsynligheten liten mht. å oppnå forebyggende effekter.

Samlet har den affektive strategien vært kritisert for å være for individorientert og for lite bevisst på sosial og kulturell påvirkning (Rye, 1998; Henriksen, 1999). Det antas at de affektive tiltakene virker dårlig bl.a. fordi det vektlegges klasseromaktiviteter som ikke er effektive nok i forhold til tilegnelse av relevante ferdigheter. I dette ligger at tilnærmingen oftest er for abstrakt og for lite fokusert mot bedring av ferdigheter som er avgjørende for rusmiddelbruk. I tillegg er det usikkert om bedring av elevenes selvfølelse i seg selv er av stor betydning i forhold til rusmiddelbruk. Affektive tiltak kan imidlertid inngå som ett av flere elementer i en samlet strategi.

***Sosial-kognitive*** (sosiale påvirkningsmodeller/interaksjonsmodeller) ***strategier*** forsøker å påvirke det sosiale miljøet i retning av mindre bruk av rusmidler. Dette er en fellesbenevnelse på et knippe tilnærminger som vektlegger fortolkning/forståelse av (problem)atferd som resultat av interaksjon/samvirke mellom faktorer på ulike nivå:

Personfaktorer (inkl. personlighet, kognitive forhold etc.) situasjonsfaktorer (i vid betydning), atferdsfaktorer (tidligere atferd) (Bandura, 1986; Natvig, 2002) og sosiokulturelle faktorer (Bronfenbrenner; 1977; 1979; Henriksen & Sande, 1995; Henriksen, 2000; Berger & Luckmann, 1966; Goffmann, 1959; Pedersen, 1998).

Fokus er flyttet fra å betrakte individet isolert til å vektlegge en mer helhetlig forståelse av atferd som inkluderer familie, skole, lokalsamfunn og kulturelle forhold. Hovedmålsettingen i en sosial-kognitiv strategi er å utvikle målgruppens sosiale og kognitive ferdigheter som et tiltak som virker forebyggende på en eller flere typer helserelatert atferd (Natvig, 2002).

Forskning viser at forventninger til alkoholbruk er en nøkkelfaktor og avgjørende koplet til alkoholdebut og drikkemønster (Smith et al., 1995; Wilhelmsen, 2003). Eksempler på vellykkede tiltak kan derfor være arbeid med barn og unges *mestringsforventninger*, dvs. å styrke troen på å kunne motstå for eksempel drikkepress eller sosialt press til å innta illegale rusmidler. *Resultatforventninger*, dvs. å arbeide med målgruppens oppfatning av hvordan rusmidlet virker, er en annen lovende tilnærming. Dette handler eksempelvis om å redusere målgruppens ofte positive forventninger til alkoholbruk. Et tredje eksempel kan være arbeid med å korrigere/endre unges forestillinger om rusbruk blant ungdom, f.eks. korrigeringsprogrammet “*flertallsmisforståelsen*” (jfr. undervisningsprogrammet “Unge og Rus” – [forebygging.no/alkohol](http://forebygging.no/alkohol)).

Tilnærmingen forutsetter aktiv deltakelse fra målgruppen. I skoleoppleggene aktiviseres elevene gjennom en pedagogisk innretning som oftest er varianter av problembasert læring (PBL). Bruk av gruppeledere, trendsettere og rollespill er sentralt. Arbeidet er gjerne prosjektorganisert.

Gjennom omfattende internasjonal tiltaks- og programforskning evalueres sosiale påvirkningsmodeller gjennomgående positivt (Wilhelmsen, 2000; Ludbrook, Godfrey, Wyness, Parrott, Haw & Napper et al. 2002; Dusenbury, Falco, Lake, Branningan & Bosworth, 1997; Foxcroft, Lister-Sharp & Lowe 1995; Hansen, 1998; Pagila & Room, 1999; Sherman, Gottfredson, MacKenzie, Eck, Reuter & Bushway, 1998; Tobler, 1992; Tobler & Stratton, 1997; Sørli, 2000; Oxman, 2002; White, 1998; Wilhelmsen, 1997; Black, Tobler & Sciacca, 1998; Tobler, Lessard, Marshall, Ochshorn & Roona, 1999; Ennett, Tobler, Ringwalt & Flewelling, 1994; Bangert-Drowns, 1998; Botvin & Botvin, 1992).

Det er dokumentert at en sosial-kognitiv tilnærming til forebyggende opplæring har mulighet for å påvirke faktorer som har vist seg å ha stor betydning som *prediktorer* for rusmiddelbruk blant barn og unge. Disse prediktorene, eller mellomliggende variabler som de gjerne kalles, kan forstås som *“forebyggingsagenter”* som er av største betydning å påvirke om målet er virksom forebygging og effektiv helsefremming. Hansen (1998) har presentert en liste med 12 av de mest sentrale

mellomliggende variablene. De viktigste prediktorene er verdier, sosiale normer, personlige forpliktelser, mestrings- og resultatforventninger. Forskningsresultatene knyttet til disse problemstillingene viser at det er *relasjonelle variabler* som bør være i fokus når effektiv forebygging skal planlegges. Den viser videre at forebyggingstiltak bør være rettet mot å:

- 1) korrigere feilaktige normer for rusmiddelbruk;
- 2) utvikle erkjennelse av at rusmiddelbruk vil hemme/forstyrre ønsket livsstil;
- 3) etablere personlige forpliktelser/avtaler.

*Multisentrerte og multisystemiske modeller* er utvilsomt lovende når det gjelder å oppnå effekter av det forebyggende og helsefremmende arbeidet. Dette gjelder både helsefremmende-/primærforebyggende innsatser, og har i særlig grad dokumenterte effekter mht. forebygging av alvorlige atferdsproblemer (Sørli, 2000; Ogden, 2002). Metoder som MST (Multisystemisk Terapi) PMT(O) (Parent Management Training – Oregon modellen) er eksempler på virksomme metoder som bygger på sosial lærings- og interaksjonsteori.

*Kombinasjon av strategier* er en “nyere” trend i det rusmiddelforebyggende arbeidet (Green & Kreuter, 1999; Rønningen, 2000). Enkelt sagt kan man si at en multifaktoriell forståelse/fortolkning av årsaker til utvikling av problematferd må møtes med en multifaktoriell

tiltaksplan, en *sosial-økologisk tenkning* (Bronfenbrenner, 1977; 1979)/*strategi*. Perspektivet representerer en eklektisk tradisjon som langt på vei kan betraktes som en “smeltedigel” for tenkning og forskning med utgangspunkt i medisin/biologi, psykologi, pedagogikk, sosiologi og sosialantropologi. Tenkningen når det gjelder tiltak tar utgangspunkt i at ulike tilnærminger, gjennomført som delkomponenter i en samlet strategi, styrker arbeidet.

Dette vil kunne få fram *ulike perspektiver* på rusmiddelbruk og dermed ulike inntak til det forebyggende og helsefremmende arbeidet. En slik innretning omtales gjerne som *multisentrerte tiltak*. I dette ligger at elementer både fra informasjonsbaserte, affektive, alternative og sosial-kognitive strategier kan veves sammen i en mer helhetlig, offensiv strategi. Det er da ikke uten betydning *hvilke* elementer som kombineres.

Et eksempel på en hensiktsmessig innretning kan være å ta utgangspunkt i et tiltaksprogram med sosial-kognitiv innretning. I tillegg til å gjennomføre dette tiltaket i klassene, kan det være hensiktsmessig å framskaffe nøktern informasjon om rusmidler og rusmisbruk, arbeide med rollespill/situasjonsspill/for å “sette tema på dagsorden” og skape motivasjon. Enhver kommune eller lokalsamfunn bør i tillegg satse på et bredt spekter av trivsels-/helsefremmende tiltak. Samarbeidet skole – foreldre – nærmiljø er av stor betydning i det rusmiddelforebyggende arbeidet (Henriksen, 2000).

Den forebyggende og helsefremmende innsatsen bør innrettes mot flere arenaer som skole, hjem, fritid, lokalsamfunn, - og slik sett inkludere flere sosiale systemer – *multisystemiske* tiltak/modeller/innsats. Det sentrale med slike innretninger er altså at innsatsen retter seg mot å påvirke flere faktorer og flere kontekster samtidig og/eller som en planlagt opptrapping.

Satsning på forebyggende og helsefremmende tiltak, prosjekter og innsats basert på kunnskap om hva som virker/hva som er lovende, er en nødvendig, men ikke tilstrekkelig betingelse for hensiktsmessig praksis. Tiltak – uansett arena og nivå – ***bør nedfelles i planverk, forankres i aktuell organisasjon og ledelse samt forutsetter motivasjon*** blant iverksetterne. Like viktig og nødvendig som kunnskap om virksom forebygging er ***“virksom implementering”***. Kvalitetssikring av igangsetting og gjennomføring av tiltak er nært knyttet til planarbeid – uavhengig av arena og (forvaltnings)nivå. I hensiktsmessige planprosesser er ***samarbeid, samordning, forankring og motivasjon*** nøkkelfaktorer.

For anbefalte bredspektrede innsatser jfr. overnevnte vil lokalsamfunnet være den sentrale arenaen for arbeidet. Her utgjør kommunen den administrative rammen. Grovt sett kan vi dele kommuneorganisasjonens oppgaver i tre (Amdam og Aarsether, 1992):

- Forvaltning av statlig politikk
- Tjenester til innbyggerne
- Lokalsamfunnsutvikling

Forebyggende og helsefremmende arbeid vil omfatte alle tre punktene (Gravrok, 2003). Mange etater/områder i kommuneorganisasjonen berøres når en skal konkretisere en forebyggende og helsefremmende satsning. I særlig grad vil det være områdene oppvekst/undervisning; helse-/sosial; kultur og tekniske tjenester.

Det er ikke gitt at kommunens etater/områder er organisert slik at de uten videre takler denne typen sektorovergripende samarbeid og samordning på en hensiktsmessig måte. På tvers av ansvarsområdene i kommunene, har alle etater et (felles)ansvar når det gjelder å fremme barns og unges velferd og utvikling (Berlid og Mathiesen, 1993). Et kjent bilde er imidlertid at kommunale etater ofte har lite kunnskap om og innsikt i hverandres tiltak (op.cit.). Det mangler dessuten ofte kunnskaper og ferdigheter til å håndtere sektorovergripende utfordringer.

Få referanser til overordnede mål i den løpende tjenesteproduksjon er en viktig årsak til samarbeidsproblemer i mange kommuner. De ulike sektorene har ofte ikke i tilstrekkelig grad tatt inn over seg implikasjonene av overordnede mål, for eksempel nedfelt i kommuneplanen (op.cit.).

Organisering og planlegging av forebyggende og helsefremmende innsatser handler i stor grad om samhandling og medvirkning. Det blir viktig å legge til rette for samhandling både mellom fagfolk innad i

kommuneorganisasjonen og, ikke minst, med de aktuelle målgruppene i lokalsamfunnet. Medvirkning i planleggingen handler langt på vei om å ”spinne tråder” som knytter politikere, administrasjon og befolkning sammen.

**Forankring** i kommunalt planverk øker sannsynligheten for tilstrekkelige rammebetingelser som er en forutsetning for gjennomføring av forebyggende og helsefremmende arbeid. Forankring i kommunalt planverk kan imidlertid være så mangt. Aktiviteter og tiltak kan godt være forankret i en plan, men dersom denne ikke er koblet til en overordnet sektor-/kommune- og/eller økonomiplan kan det vise seg vanskelig eller umulig å gjennomføre tiltak. Resultatet av manglende forankring kan være at planene blir ”hengende i lufta” – liten overordnet styring, og at forebyggende og helsefremmende arbeid ikke blir sett i sammenheng med andre aktiviteter i kommunen (Gravrok, 2000).

Det finnes mange eksempler på at praktikere er opptatt av manglende forankring av forebyggende og helsefremmende arbeid, men samtidig mener de ikke har makt og mulighet til å gjøre noe med dette (Gravrok, 2002). Fosse (2002) foreslår her å få frem ”integratorer” i kommuneorganisasjonen. Rollen som **”integrator”** innebærer at fokus rettes mot å forankre planarbeidet i organisasjonen. For å oppnå dette, kreves det en person som har tilgang til og kan oppnå tillit hos ledersjiktet - vanligvis vil dette være en person som selv har lederansvar.

Etatsledere kan eksempelvis ha en slik integratorrolle. Gode planprosesser synes også langt på vei å være avhengig av ”ildsjeler” – spesielt motiverte og engasjerte personer – gjerne på ”grasrota”.

Skolen utpekes ofte som en hovedarena for det forebyggende og helsefremmende arbeidet (NOU 2003:4; BFD/KUF, 2000; Sørлие, 2000; Helland & Øya, 2000; St.meld. 37; NOU 1998:18). På tilsvarende måte som for kommuneorganisasjonen, stilles skolene overfor utfordringen mht. prioritering, planlegging og motivasjon når det gjelder gjennomføring av forebyggende og helsefremmende tiltak. Arbeidet må nedfelles i årsplaner og forankres på rektornivå. Uten plan og forankring er risikoen stor for at tilfeldighetsprinsippet gjør seg gjeldende og arbeidets kvalitet blir da deretter. Forankring av tiltak i skolen har vist seg å være en svært kritisk faktor i dette arbeidet (Henriksen, 1999). Skolerte og motiverte lærere som arbeider systematisk og målrettet med kvalitetssikrede tiltak – i samarbeid med øvrige kommunale etater og foreldre – er nøkkelfaktorer for å lykkes med dette arbeidet. Enkelte tiltaksprogrammer, for eksempel ”Olweus-programmet mot mobbing”, forutsetter etablering av ressursgrupper mht. planlegging, gjennomføring og oppfølging av tiltaket (Thyholdt, 2003). Erfaringene med dette er gjennomgående positive, selv om det krever betydelige ressurser. Ressursgrupper som holder fokus på de forebyggende og helsefremmende aspekter ved hverdagslivet til barn og unge, kan tjene som ”motorer” i planlegging og implementering av virksomme tiltak.



*'Jakten på virksom forebygging'*

## 6. Jakten på virksom forebygging i Norge

Denne oppsummeringen har som målsetting å vise et breddeperspektiv med plass til både teori- og empiridrevne tiltak, kvantitativ og kvalitativ forskning. Et slikt perspektiv synes å være en forutsetning for videreutvikling av virksomme forebyggende og helsefremmende tiltak.

Et sentralt spørsmål i jakten på virksom forebygging både i Norge og internasjonalt er hva en ”sikter” på og hvilke ”siktemidler” en benytter. Metodevalg og inklusjons-/eksklusjonskriterier er avgjørende for de konklusjoner som trekkes. De fleste kunnskapsoppsummeringene – både i inn- og utland – har fokus på *kvantifiserbare* mål, f. eks. NOU 2003:4. Dette innebærer at en betydelig del av både forskning og praksis *utdefineres*, for eksempel spørsmål som angår *hvordan få det som virker* (i forskning) *til å virke* (i praksis). Her befinner en seg midt i ”positivismedebatten” og spørsmål som angår mål-middelrasjonalitetens muligheter og begrensninger.

Virksom forebygging handler *både* om valg av tiltak *og* valg av strategier og metoder for gjennomføring/implementering av tiltakene. Kvantitativ forskning kan gi oss noen svar på om tiltak har gitt målbare resultater eller ikke. Tanken om å kunne bryte den sosiale virkeligheten ned til målbare (tall)størrelser er muligens fascinerende, men neppe særlig realistisk eller ønskelig. Kvalitativ forskning kan for eksempel gi utdypende innsikt i hvorfor tiltak virker eller ikke virker, hvordan de virker og hva som er ”snubletråder” og ”suksesskriterier”.

Kvalitativ forskning synes derfor å være en viktig forutsetning for tiltaks- og programutvikling.

Forskning har dokumentert positive effekter av tiltak både mot røyking, alkohol- og annen rusmiddelbruk i Norge. Det samme gjelder forebygging av alvorlige atferdsproblem blant barn og unge.

Røykeforebyggingsprogrammet "**VÆR røykFRI**" er grundig evaluert. Etter 3 år med intervensjon (1994-97), var det 26% færre som hadde begynt å røyke i den beste intervensjonsgruppen sammenliknet med kontrollgruppen. Blant de som røykte var det 37% lavere forbruk av sigaretter i intervensjonsgruppen sammenliknet med kontrollgruppen (Jøsandal, 1999). Evalueringen fra 2002 viser at overgangen fra forsøk til nasjonal implementering i hovedsak har vært vellykket, dette gjelder både opprettholdelse av røykfrihet samt redusert forbruk blant de som allerede er røykere (Lund, Luhr og Jøsandal, 2002).

Undervisningsprogrammet "**Ungdom og alkohol**" er et annet lovende program. Programmet tar utgangspunkt i faktorer som gjennom forskning har vist seg å forklare mye av alkoholforbruket blant 13 - 14 åringer:

- ✓ Holdninger til bruk av alkohol;
- ✓ Sosiale normer for drikking;
- ✓ Oppfatninger om alkohol som sosialiseringskilde;
- ✓ Mestringsforventning til å kunne la være å drikke (Wilhelmsen & Laberg, 1996).

Å påvirke viktige årsaker til alkoholbruk er en viktig forutsetning for å redusere inntak av alkohol blant unge.

Undervisningsprogrammet inneholder aktiviteter som er utviklet for å:

- ✓ Redusere forventninger om positive virkninger av alkohol;
- ✓ Korrigere flertallsmisforståelser om drikking blant jevnaldrende;
- ✓ Styrke sosiale normer for å la være å drikke;
- ✓ Styrke forventninger om å klare å la være å drikke.

Evaluering viser at elevenes oppfatninger om alkohol ble påvirket. Positive forventninger til bruk av alkohol ble redusert. Elevene økte sin tro på å kunne motstå drikkepress og styrket sine normer til å la være å drikke. Blant elever som rapporterte egen drikking av alkohol ved prosjektets start, var det 25% som sluttet i løpet av prosjektperioden. Ingen elever hadde alkoholdebut i løpet av prosjektet. Det var en klar sammenheng mellom å endre oppfatninger om alkohol og å endre alkoholatferd. Elever som sluttet å drikke i prosjektperioden, fikk mindre positive oppfatninger om det å drikke alkohol (Wilhelmsen & Laberg, 1996; Wilhelmsen, 2000).

Programmet "Ungdom og alkohol" finnes i dag i en videreutviklet versjon: "**Ungdom og rusmidler**" (Wilhelmsen, 2003). Programmet er i sin helhet tilgjengelig på [forebygging.no](http://forebygging.no).

I tillegg til nevnte programmer, finnes det i Norge en del andre positivt evaluerte programmer som har som mål å redusere problematferd og utvikle sosial kompetanse (KUF/BFD, 2000). Dette er:

- "Olweus` program mot mobbing"
- "Alternative skoler"
- "Dette er mitt valg"
- "Du og jeg og vi to"
- "Kreativ problemløsning i skolen"
- "Mobbing" (Senter for atferdsforskning)
- "Problematferd - er det noe problem?"
- "Skolemegling"
- "Steg for steg"

*Olweus' program mot mobbing i skolen* synes å være i en særstilling når det gjelder lovende evaluering. Evalueringsforskningen viser at programmet gjennomgående reduserer rapportert mobbing med 50%. I tillegg bidrar programmet til å redusere antisosial atferd som tyveri, skadeverk, slossing og skulking. Programmet viser seg også å bidra til å bedre det sosiale "klimaet" i skolene (Olweus & Limber, 1999). Programmet anbefales brukt i skolene i Norge uten behov for videre evaluering (KUF/BFD, 2000). Olweus' antimobbeprogram har også vakt stor internasjonal interesse og anbefales som ett av 10 virksomme programmer mot vold i USA (Olweus & Limber, 1999).

De øvrige programmene gis ulik grad av anbefaling (KUF/BFD, 2000). Generelt anbefales programmene implementert som del av et mer omfattende opplegg ved skolene.

I internasjonal tiltaksforskning framheves tiltaksprogrammene *PMT (Parent Management Training)* og *MST (Multi-Systemisk Terapi)* når det gjelder (sekundær-/tertiær) forebygging av alvorlige atferdsproblem.

PMT er utviklet gjennom 30 år ved Oregon Social Learning Center, (OSLC), USA av grunnleggeren Gerald Patterson og hans medarbeider Marion Forgatch. Hensikten med tiltaket er å forandre interaksjonsmønstrene mellom foreldre og barn slik at prososial atferd støttes/utvikles og fastlåste negative mønstre brytes/reduseres.

Forskning viser at intervensjonen gir en betydelig reduksjon av atferdsproblemer både hjemme og på skolen (Ogden, 2002; Atferdssenteret, UiO, 2003).

MST-modellen bygger på sosialøkologisk systemteori, empirisk forskning om årsaker til atferdsvansker, systemisk og løsningsfokuset familiebehandling. MST-modellen er utviklet ved Medical University of South Carolina, Charleston, USA av Scott W. Henggeler. Forskning viser til gode resultater for ungdom med alvorlige atferdsvansker: Redusert kriminalitet, reduksjon i aggressiv atferd og positive

resultater ved å endre viktige familiekorrelater for antisosial atferd og i å forhindre tilpasningsproblemer hos de enkelte familiemedlemmene (Atferdssenteret, UiO, 2003).

Felles for programmene med positiv evaluering er at de i stor grad bygger på den sosiale påvirkningsmodellen, eller at slike betraktninger inngår som sentrale elementer.

Det er gjort flere positive erfaringer gjennom *ressursorienterte tilnærminger* med vekt på PLA (Participatory Learning and Action) (Chambers, 1997), teater, situasjonspill og dialogkonferanser. Målsettingene med slike intervensjoner er ofte å bidra til et ”nedenfra- og opp”-engasjement, der bruker-/målgruppene selv definerer utfordringer, problemer og løsningsforslag. En slik strategi er i tråd med sentrale internasjonale (WHO, 1986; UN, 2001) og nasjonale føringer (NOU 1998:18).

I 1999 vedtok Arendal kommune en handlingsplan for forebygging av rusmisbruk. Prosjekt *Cirkusfamilien* inngår som ett av de overgripende tiltakene i denne satsingen. Cirkusfamilien skal bidra med nye metoder i det rusforebyggende arbeidet. Bruk av teater, dialogkonferanser og situasjonspill er noen av elementene som prøves ut. Cirkusfamilien er både navnet på den teaterforestillingen som er utviklet gjennom dette prosjektet (og som nå brukes og vises på fire ungdomsskoler i Arendal) - og det er en samlebetegnelse på

en rekke undervisningstiltak som er utviklet i tilknytning til forestillingen. Prosjektet har klart å utvikle nye samarbeidsmåter mellom ulike kommunale virksomheter og tjenester i det forebyggende arbeidet: Musikkskolen, helsesøstertjenesten, utekontakten og skolene jobber tett sammen i utviklingsarbeidet (Hauger, 2002). Prosjektet har også lyktes i å styrke foreldreengasjementet og elevinvolveringen i utviklingsarbeidet. De fire skolene som er med i prosjektet er nå i ferd med å utvikle helhetlige modeller for sitt forebyggende arbeid.

I Larvik kommune har man i løpet av de siste fire årene jobbet systematisk for å mobilisere innbyggere, lokale lag og foreninger i en felles innsats for å skape trygge lokalsamfunn og gode oppvekstvilkår for barn og ungdom (Larvik kommune sin Handlingsplan for barn og ungdom). I dette arbeidet har kommunen tatt i bruk prinsipper fra dialogkonferanse- og PLA-metodikk i mobiliseringsarbeidet (Hauger, 2000). Blant annet har dette bidratt til at *nærmiljøkonferansene* har blitt en viktig arena for samhandling og dialog mellom kommunen og innbyggerne. Siden arbeidet startet opp i 1999, har det blitt gjennomført 40 nærmiljøkonferanser med til sammen 2000 deltakere i de 16 nærmiljøene i kommunen. I 2001 bidro konferansene til at det ble gjennomført over 90 nye tiltak for barn og ungdom i nærmiljøene. Mange av disse tiltakene er basert på dugnadsarbeid (Hauger og Grejs, 2002; Hauger og Grejs, 2003).

Statens Utdanningsdirektør i Vestfold har satt i gang et prosjekt **LÆRINGSFLEX** for å vinne erfaring med hvordan man kan styrke elevenes muligheter til medvirkning i utforming av skolens arbeids-/lærings- og lokalmiljø. For å engasjere barn og unge, ser Utdanningsdirektøren det som nødvendig at skolen arbeider med metodespørsmål som sikrer at barn og ungdom får vise hva de mener og står for på egne premisser på den ene siden, på den annen side at skolen utvikler nye måter å samvirke på mellom barn og unge og lærere/andre voksne. Elever fra til sammen seks skoler i Vestfold er med i prosjektet: Tre skoler i Larvik og tre skoler i Horten. Dette er både barne-/ungdomsskoler og videregående skoler. Prosjektet gir både elever og skole opplæring i PLA- og konferansemetodikk som sentrale medvirkningsmetoder. Dette har bidratt til økt elevmedvirkning på skolene og en tettere involvering av elevene i skolens utviklingsarbeid (Nesje og Hauger, 2002).

**Lev i lag** – spredningsprosjekt er gjennomført som delprosjekt av aksjonsprogrammet ”Barn og helse” (Neset og Bolle, 1999). Tiltaket tar utgangspunkt i erfaringer gjort på Gotland med ressursorientert tilnærming til barne- og ungdomsarbeid (op.cit.). Målsettingen er, ifølge håndboken, *å bygge opp et sunnere og tryggere ungdomsmiljø hvor handlinger og valg er basert på kunnskap og respekt i stedet for press, uvitenhet og misforståelser*. Midlet er ”kurssamlinger” for barn/ungdom i alderen 14-16 år der tema som verdivalg, vennskap, seksualitet/prevensjon, uteliv/rus og mobbing settes på dagsorden

gjennom PLA-metodikk. Tiltaket gjennomføres i en rekke kommuner i Norge og Sverige.

En positiv erfaring med utgangspunkt i en kunnskapsbasert, helsefremmende strategi, er tiltaket ”*Foreldresamarbeid*” - utviklet, utprøvd og evaluert i regi av Høgskolen i Bodø (Henriksen, 1999;2003). Tiltaket har som målsetting å:

- ✓ Involvere foreldrene i det rusforebyggende arbeidet i skolen;
- ✓ Utsette de unges rusdebut;
- ✓ Senke det gjennomsnittelige alkoholkonsumet hos ungdom;
- ✓ Hindre problemutvikling knyttet til rusbruk;
- ✓ Hindre bruk av illegale rusmidler;

Evalueringen konkluderer med at tiltaket har hatt positiv betydning for:

- ✓ Kontakt og opplevelse av felleskap mellom foreldrene;
- ✓ Tilbøyeligheten til samtaler om rus mellom foreldre og barn;
- ✓ Kvaliteten på samtaler om rus mellom foreldre og barn (basert på foreldrene og barnas subjektive opplevelse).

Evalueringen avdekker også et grunnleggende misforhold mellom de unges utprøving av rusmidler og foreldrene bevissthet om dette. Programmet bidrar til å redusere dette misforholdet. Evalueringen

viser videre at en står overfor et alvorlig problem når det gjelder organisatorisk forankring av forebyggende programmer slik at disse forblir en varig virksomhet. Rusforebyggende programmer har en marginal og usikker forankring i skoleinstitusjonen (op.cit.).

Evalueringen er positiv mht. å anbefale tiltaket gjennomført. En vet imidlertid ikke noe om rusmiddelbrukens faktiske omfang er endret som følge av tiltaket.

**HEFRES**-prosjektet (Helsefremmende skoler) er del av et større internasjonalt prosjekt som kalles European Network of Health Promoting Schools, ENHPS. Ansvarlige instanser i Norge har vært Kirke-, utdannings- og forskningsdepartementet, Sosial- og helsedepartementet, Statens helsetilsyn og HEMIL-senteret ved Universitetet i Bergen. HEFRES har involvert ti norske skoler, og prosjektet har vært gjenstand for meget tett oppfølging. I følge Nordahl-utvalgets vurdering synes nettverksarbeidet rundt prosjektet å ha fungert bra (BFD/KUF, 2000). Det anføres at erfaringene som er gjort og metodene som har vært anvendt, har overføringsverdi med tanke på anbefalinger og råd. Tiltakspakken representerer nok et pionerprosjekt og synes faglig sett å være godt kvalitetssikret (op.cit.).

Som for andre tiltak innen denne genren, er det imidlertid betydelig usikkerhet omkring den faktiske betydningen tiltaket har med hensyn til endret atferd og økt sosial kompetanse. I de evalueringene som er

gjort av HEFRES, foreligger det ikke informasjon om dette. Det er likevel, ifølge Nordahl-utvalgets vurdering, rimelig å anta at et prosjekt som på denne måten fokuserer på helse og trivsel, på sikt vil kunne ha slik betydning.

”**Kultur gir helse**” er en annen nasjonal satsning på kultur som helsefremmende virkemiddel (Baklien & Carlsson, 2000). I den prosessorienterte evalueringen gjennomført av NIBR, understrekes det at spørsmålet ikke er *om* kultur gir helse, men *hvordan*. Hovedmålsettingen var å styrke lokalsamfunnenes og kommunenes innsats i det helsefremmende og forebyggende arbeidet med basis i lokalt og regionalt kulturliv. *Kultur gir helse* har, i tråd med ofte formulerte intensjoner ved helsefremmende innsats, *gitt gjødsel til planter i ulike jordsmonn* (op.cit.). Evalueringen viser at kultur gir helse på to måter: For det første gjennom at aktiviteter og tiltak har gitt økt trivsel og samvær for derigjennom å styrke den sosiale integrasjonen i lokalmiljøene. For det andre ved å gi konkrete opplevelser og livsinnhold. Programmet har i tillegg til dette skapt perspektivendringer og nye samarbeidsrelasjoner mellom kultur- helse- og sosialsektoren i deltakerkommunene (Baklien & Carlsson, 2000).

Ved Stiftelsen Bergensklinikkene har det siden i 1994 vært arbeidet systematisk med modellutvikling-/utprøving med utgangspunkt i anerkjente prinsipper for lokalsamfunnsbasert forebyggende arbeid, **Lokalsamfunnsprosjektet** (Skutle & Iversen, 2000). Prosjekt har

omfattet en rekke kommuner på Vestlandet. Målgruppen var definert som unge "i alderen 16 – 25år". Målsettingen var å påvirke ungdoms og unge voksnes forhold til rusmiddelbruk - med hensyn til forventninger, holdninger og atferd. Målsettingen var i siste instans å redusere rusmiddelskadene. Delmålene var:

- ✓ Å skape økt forståelse for positive konsekvenser av en rusfri livsstil;
- ✓ Å skape økt forståelse for negative konsekvenser knyttet til rusmiddelbruk;
- ✓ Å fremme holdninger og sosiale normer som motvirker drikkepress og som gjør det naturlig å velge alkoholfrie alternativer;
- ✓ Å redusere tilgangen på rusmidler i lokalkommunen, hovedsakelig alkohol, spesielt for ungdom under 18 år;
- ✓ På sikt å bidra til en viss reduksjon av målgruppens rusmiddelbruk og av brukens negative konsekvenser - særlig bruken av alkohol i spesielle situasjoner som medfører økt risiko for ulykke og skade.

På tilsvarende måte som "Foreldresamarbeid", "HEFRES" og "Kultur gir helse" dokumenterer "Lokalsamfunnsprosjektet" en rekke *positive aktiviteter og prosesser*. Prosjekt-/tiltakstdesignet er i dette tilfellet heller ikke innrettet slik at en kan dokumentere effekter av innsatsen mht. den faktiske rusmiddelbruken eller annen problematferd. Dette har da heller ikke vært hensikten.

**”Aksjonsprogrammet barn og helse 1995-1999”** (ABH) var et statlig program som hadde som hovedmålsetting å styrke og formidle helsefremmende og forebyggende aktiviteter for barn og unge (Fosse, 2001). Målsettingen var .... *”å stimulere til organisasjonsutvikling på kommunalt plan for å utvikle gode oppvekstvilkår for barn og unge 0-18 år”* (Rundskriv 1-25/95, s. 4 i Fosse, 2001).

ABH var ”arvtaker” av **”Samlet plan”**, et statlig stimulerings tiltak i perioden 1989-1994. Med en bevilgning på ca. 10 mill. kroner årlig i programperioden, representerer ABH en av de største satsningene på dette området i Norge. ABH var også tett knyttet til **Foreldreveiledningsprogrammet** (FVP). Mens ”Samlet plan” forvaltet tilskuddsordninger til konkrete forebyggende og helsefremmende prosjekter i kommunene, var ABH mer et organisasjonsutviklingsprogram. Selv om det ble satt fokus på tverrsektorielt samarbeid, var helsetjenesten i førersetet når det gjelder konkret gjennomføring av ”Samlet plan”. ”Samlet plan” hadde en fagideologisk forankring først og fremst innenfor det sykdomsforebyggende paradigmet, mens ABH først og fremst fokuserte på den helsefremmende dimensjonen.

### **Forskjeller mellom ABH og Samlet plan (etter Fosse, 2001)**

<b>Samlet plan</b>	<b>Barn og helse</b>
Prosjekter	Formidling
Tidsavgrenset	Varig
Konkrete tiltak	Organisasjonsutvikling
Helsesektor i fokus	Alle sektorer/nivåer i fokus
Statlig helseforvaltning sentral	SHD og andre departement
Sykdomsforebygging	Helsefremming

Som organisasjonsutviklingsprosjekt bidro ABH til å endre prosesser *fra* et ensidig helsetjenestefokus til å vektlegge betydningen av samarbeid mellom alle relevante sektorer, der disse bidro på like vilkår. ABH fremmet samarbeid på departementalt nivå. På fylkesnivå bidro ABH også til betydelig samarbeid mellom ulike faggrupper og utviklet det tverrfaglige og tverrsektorielle samarbeidet. Selv om ABH fungerte som pådriver for tverrsektorielt samarbeid også på kommunenivået, viser evalueringen at ABH bare i beskjedne grad bidro til organisasjonsutvikling i kommunene (Fosse, 2001). Sammenhengen mellom organisasjonsutvikling, jfr. overnevnte, og hensiktsmessig forebyggende og helsefremmende innsats er ikke entydig. Det er imidlertid overveiende sannsynlig at grad og omfang av iverksatt virksom forebygging har sammenheng med hvordan forvaltningsnivåene og sektorene faktisk evner å samarbeide.

***Samspillmetoden "Dialog"*** er et sensitiviseringsprogram som tar utgangspunkt i forskning som viser at barnets psykososiale utvikling synes å ha direkte sammenheng med kvaliteter ved samspillet mellom barnet og dets omsorgsgivere (Carew, 1980 i Hundeide & Hillsestad, 1994). Tiltaket er utviklet gjennom et forsknings-/forsøksprosjekt ved helsestasjoner i Bergen og videreført/videreutviklet gjennom en større satsning på flere arenaer i Norge (Hviding, 2003). Utgangspunktet var en erkjennelse om at helsestasjonene har en særdeles viktig plass når det gjelder forebyggende arbeid. Potensialet når det gjelder å arbeide effektivt med problemstillinger *utover* fysisk helse og ernæring, er

imidlertid på langt nær utnyttet. ”Bergensprosjektet” hadde fokus på de psykososiale aspektene og ønsket å påvirke mødrene slik at de:

1. forbedret sitt samspill med spedbarnet ut fra visse kriterier;
2. forandret sin oppfatning av barnet i positiv retning.

I alt 75 omsorgsgiver/barn-dyader deltok i prosjektet, 45 i eksperimentgruppen og 30 i kontrollgruppen. Forsøkspersonene var valgt fra fire helsestasjoner i Bergensområdet. De ble inndelt i tre like store grupper ut fra en psykososial "risikoscåre" der utdanningsnivå, sivilstatus, mors alder ved barnets fødsel og handikap, sykdom og mistilpasning hos barnet utgjorde de viktige variablene (Hundeide & Hillsestad, 1994).

Konklusjonen er at tiltaket har effekt på mødrenes samspill med barna sine, vurdert ut fra en bestemt skåringsmetode av videoopptak av samspill - før og etter sensitiviseringskurset, eksperiment sammenlignet med kontrollgruppen. Videre synes tiltaket å føre til positive forandringer i mødrenes oppfatninger av barna sine. De fleste mødrene var totalt sett svært positive i sine vurderinger av utbyttet mht. deltakelse i tiltaket, både for seg selv og barna.

”Dialog” som sensitiviseringsprogram er utviklet med bakgrunn i erfaringer og resultater fra Bergensprosjektet, MISC-programmet, Orionmetoden samt forskning innenfor tidlig kommunikasjon og nyere pedagogikk. Det er kjent at virkningen av et

intervensjonsprogram ikke bare er avhengig av selve innholdet i programmet, men kanskje i like stor grad av hvor effektivt og dyptgripende det blir formidlet. En sentral utfordring i Bergensprosjektet var å utvikle formidlings- og sensitiviseringsprosedyrer som *aktiverer deltakerne og personliggjør den kunnskap som formidles*.

Til forskjell fra Foreldreveiledningsprogrammet, som i sin karakter synes å være preget av en "top-down", ekspertstyrt, "helsetjenestevet-best-holdning", søker "Dialog" å stimulere den enkeltes ressurser gjennom å sensitivisere omsorgsgivere i forhold til de aktiviteter og samspill som er positive og utviklingsfremmende. Utgangspunktet ligger i omsorgsgiverens *egen praksis*. Slik sett formidles en følelse av kompetanse til foreldre som omsorgsgivere ved at en bekrefter positive sider ved deres eksisterende forståelse og praksis i forhold til barnet.

Med basis i Bergensprosjektet, forskning på området og erfaringer gjennom å ha utviklet samspillmetoden "Dialog" er det postulert 8 prinsipper som danner en type grunnholdning, enten målgruppen er mødre på helsestasjonen eller lærere som ønsker å "vanne roser":

1. *Vis positive følelser - vis at du er glad i barnet ditt;*
2. *Juster deg til barnet, og følg dets utspill;*
3. *Snakk til barnet ditt om det barnet er opptatt av, og prøv å få i gang en "samtale" gjennom følelsesmessige uttrykk, gester og lyder;*

4. *Gi ros og bekreftelse på det barnet klarer å gjøre;*
5. *Hjelp barnet å samle sin oppmerksomhet slik at dere har en felles opplevelse av ting i omgivelsene;*
6. *Gi mening til barnets opplevelse av omverdenen ved å beskrive (gi navn til) det dere opplever sammen, og ved å vise følelser og entusiasme;*
7. *Utdyp og gi forklaringer når du opplever noe sammen med barnet ditt;*
8. *Hjelp barnet ditt å kontrollere seg selv ved å sette grenser for det på en positiv måte – ved å lede det, vise positive alternativer og ved å planlegge sammen. (fra Hundeide & Hillestad, 1994).*

***Utekontaktene/opsøkende virksomhet*** (eng. outreach work) rettet mot ungdom i risikozonen/misbruksmiljøer er en type forebyggende virksomhet som i arbeidsform spenner vidt – fra (primær)forebyggende profil til råd/veiledning/oppfølging av ungdom med utviklede misbruksproblemer (NOU 2003:4). Kjerneoppgaven til utekontaktene er å motivere de unge til å bryte opp fra risiko- og høyrisikomiljøer og vise mulige veier inn til stabile holdepunkter eller til andre deler av hjelpeapparatet (Klyve, 2003; Klyve og Tvinnereim, 2002). Denne ”drahjelpen” har i mange tilfeller vist seg å være tilstrekkelig til å stoppe begynnende problemkarriere før bånd er slitt i stykker. ”Æren” for slike forbedringer må deles mellom den unge selv, den voksne som savnet datteren hjemme og Utekontakten som bygget broen tilbake (op.cit.). Utekontaktvirksomhetens tette bånd til Selbukollektivet i

Sør-Trøndelag (1981-1997) kan tjene som eksempel på en hensiktsmessig innretning. Utekontakten var samarbeidspartner og medansvarlig for planlegging, rekruttering, utvelgelse, innsøking, avrusning og tett oppfølging av de unge - som var mellom 16 og 21 år ved innsøking. Oppfølgingen gjaldt både under hele kollektivoppholdet og i fortsettelsen. I en undersøkelse som inkluderte 25 av 27 ungdommer som har fått dette tilbudet, viste evalueringen at hele 80 % av ungdommene levde et liv uten problemskapende rusbruk i 1997 (Lie, 1997). Startpunktet for samtlige unge var et rotete liv med store rusproblemer inklusive vansker både hjemme og på skolen, hvor prostitusjon og kriminalitet kom i tillegg for de fleste av dem (Klyve, 2003). Slike resultater er oppsiktsvekkende gode, selv sammenliknet med resultater fra veletablerte behandlingstilbud i inn- og utland.

**Igor**, senter for arbeidskultur har sitt utspring ved Rogalandsforskning, der en har utviklet et verktøy ("*Igor-metodikk*") for bevisstgjøring av ansatte i forhold til rusmiddelbruk. Målsettingen med et systematisk utviklingsarbeid i åtte bedrifter var først og fremst å utvikle en metodikk for kartlegging og kritisk vurdering av de ansattes rusmiddelbruk (Nesvåg, 1999). Målsettingen var videre å skape bevisste holdninger til rusmiddelbruk i tilknytning til arbeid, for derigjennom å legge grunnlaget for en fungerende rusmiddelpolitikk som en integrert del av bedriftens HMS-arbeid (op.cit.). Evalueringen viser at metoden er svært effektiv i forhold til å få fram konkrete

beskrivelser og vurderinger av rusmiddelbruk. Gjennom denne tilnærmingen oppnår en bevisstgjøring av de ansatte og det legges et grunnlag for utforming av en selvstendig rusmiddelpolitikk ved bedriftene (Nesvåg, 1999). Om igor-metoden heter det:

*Gjennom gruppeprosesser, der utvalgte medarbeidere i bedriften deltar, kartlegges den faktiske rusmiddelbruken i ulike situasjoner. Deretter drøftes dilemma, risiko, fordeler og ulemper. Med dette som utgangspunkt formuleres virksomhetens politikk og planer for videre tiltak innenfor de kartlagte risikoområdene. Du lærer også å løse problemer på et tidligst mulig stadium*  
(Igor-partner.no, 2003).

Rusmiddelpolitikk hevdes langt på vei å være en **verdipolitikk**. For å skape endringer, må arbeidstakerne selv - i samarbeid med ledelsen, involveres for å utforme denne politikken selv med utgangspunkt i **egen bedriftskultur**. Erfaringene med metodeutviklingen viser at tilnærmingen er anvendbar både som primærforebyggende innsats (utvikling av en rusmiddelpolitikk) og sekundærforebyggende innsats i forhold til å hjelpe ansatte med rusproblemer (Nesvåg, 1999).

I tillegg til lovende **etterspørselsreducerende** tiltak/tiltaksprogrammer, er det utvilsomt slik at en del tiltak som regulerer tilgjengeligheten og betingelsen for bruk - **tilbudsreducerende tiltak** - er virksomme. Eksempler er aldersgrenser, avgifter, begrensninger i antall

salgssteder, begrensninger i åpningstider, offentlige monopoler, rasjonering samt regulering av reklame og salgsfremmende tiltak. Generelt er dette upopulære tiltak, men hevdes å være av de mest virksomme (NOU 2003:4; Room, 2001). I Norge har en tatt i bruk alle de fire vanligste tiltakene for å redusere tilgjengeligheten av alkohol:

- ✓ *fravær av privatøkonomiske interesser, dvs. statlige alkoholmonopol som står for all omsetning av alkohol eller for bestemte alkoholdrikker;*
- ✓ *lisenssystem som regulerer antall salgs og skjenkesteder;*
- ✓ *bestemmelser som regulerer åpningstider;*
- ✓ *bestemmelser som regulerer salgsform (NOU 2003:4)*

Erfaringer fra USA og Norden viser at større endringer i tilgjengeligheten, har betydelig innvirkning på salget. I et forsøk på å beskrive og analysere mulige konsekvenser av endringer i alkoholpolitikken når det gjelder bruk av prisinstrumentet og restriksjoner på tilgjengeligheten, har Statens institutt for rusmiddelforskning, SIRUS, beregnet ulike framtds-scenarier. En sannsynlig antakelse er at reduksjon i alkoholpriser til svensk nivå vil gi om lag 600 flere dødsfall i året, reduksjon til dansk nivå vil gi omlag 1000 flere dødsfall pr. år (Horverak, Nordlund og Rossow, 2001). Slike forskningsresultater er kontroversielle. Selv om

anslagene er beheftet med betydelig grad av usikkerhet mht. de eksakte konsekvensene, er det innen internasjonal rus- og forebyggingsforskning bred enighet om at slike sammenhenger foreligger.



*'Kveite'*

## 7. Konklusjoner og anbefalinger

Gjennomgang av nyere nasjonal og internasjonal forskningslitteratur viser at det er rimelig grad av enighet blant forskere om at følgende forhold er *særlig* viktige når det gjelder tiltak for å forebygge problematferd og utvikle sosial kompetanse (Helland, 1998; KUF/BFD,2000; Sørli, 2000; Klepp, 1997; Klepp, 2000; Rye, 1998; Dusenbury, Falco, Lake, Branningan & Bosworth, 1997; Foxcroft, Lister-Sharp, & Lowe, 1995; Hansen, 1998; Pagila & Room, 1999; Sherman, Gottfredson, MacKenzie, Eck, Reuter & Bushway, 1998; Tobler, 1992; Tobler & Stratton, 1997; Wilhelmsen, 1997; Hauge, 1999; Bradley, Reinar, & Nordheim, 2003; NOU 2003:4; United Nations, 2002; Svedbom et al., 1999; NIDA, 2003; EMCDDA, 2003; Helland og Øya, 2000):

- ***Forskningsbasert evaluering og systematisk modellutprøving er kritiske innsatsfaktorer i utviklingen av resultat- og kostnadseffektive tiltak.*** Forskning og systematisk utviklingsarbeid er avgjørende for utvikling og iverksetting av kvalitetssikrede tiltak. I dette ligger en sterk anbefaling om å basere innsatsen på kunnskap (teori/empiri) og ikke på intusjon/intuisjon;
- Det bør satses ***mer målbevisst på tiltaksmodeller, metoder og strategier som har påviselige positive og signifikante***

*effekter i forhold til reduksjon av antisosial atferd som eks. vold, rusmisbruk og alvorlig kriminalitet;*

- ***Problematferd som mobbing, vold, kriminalitet og rusmiddel(mis)bruk kan forebygges mer effektivt enn i dag, det samme gjelder tiltak for å utvikle sosial kompetanse.*** Forbedringspotensialet i praksisfeltene (herunder skolen) er mao. stort. Effektive primærforebyggende innsatser og tiltak for å forebygge/moderere alvorlige atferdsproblemer, bør ha en klar empirisk-teoretisk forankring og krever involvering av fagfolk med kompetanse innen atferdsproblematikk/antisosial atferd og systematisk arbeid/planarbeid;
- ***Skolen er en meget sentral arena for forebyggende og helsefremmende innsats.*** Mye taler for at skolen bør ha en langt mer sentral, aktiv og integrerende rolle i det forebyggende arbeidet enn den har i dag. Karakteristika ved trygge, utviklingsfremmende og velordnede skoler er godt definerte og dokumenterte. Dette dreier seg om skoler som investerer mye i sosialt og faglig utbytte både for elever og personalet. Slike skoler kjennetegnes bl.a. av en sterk faglig ledelse, klare regler og konsistent regelhåndhevelse, handlingsplan for forebygging og takling av problematferd, elevorientert og differensiert undervisning,

elevdeltakelse i beslutningstaking, positive klassemiljøer, relasjonsfremmende klasseledelse og stor voksentetthet;

- ***Skolebaserte tiltaksmodeller, både av primær- og sekundærforebyggende art, har dokumenterte effekter og slike skoleinnsatser vurderes derfor som mest lovende.***  
Tiltak bør vurderes helhetlig i sammenheng med kvaliteten på skolens sosiale og faglige tilbud;
- ***Sosiale påvirkningsmodeller evalueres gjennomgående positivt. En sosial-kognitiv strategi vurderes som den mest lovende tilnærmingen og har dokumenterte effekter i forhold til problematferd og utvikling av sosial kompetanse.*** Det er dokumentert at en sosial-kognitiv tilnærming til forebyggende opplæring har muligheter for å påvirke faktorer som har vist seg å ha stor betydning som ***prediktorer*** for rusmiddelbruk blant barn og unge;
- ***Tiltak bør ideelt sett ha et multikomponent design*** (flere elementer, f.eks. informasjon, affektive og sosial-kognitive tiltak/kombinasjon av strategier) -  ***gjerne også et multisystemisk design*** (fokus på flere arenaer og sosiale system, f.eks. skole, familie/foreldre, fritid, lokalmiljø), fordi det ikke er én faktor eller én kontekst som utpeker seg som den ene avgjørende.

**En sosial-økologisk forståelse og tilnærming synes derfor å være å foretrekke;**

**Det bør tilstrebtes å tenke bredde** i iverksettelse av tiltak. "Smale" tiltak som bare fokuserer på en avgrenset del av problemene/utfordringene, har i beste fall små eller ingen effekter - i verste fall negative effekter. Tiltak som reduserer (modererer) flere risikofaktorer både på individ- og kontekstnivå (barn/ungdom, skole, hjem), er de mest virksomme;

- **Tiltak bør utformes og tilpasses målgruppen.** Dette gjelder både alders-/utviklingstrinn og lokal kultur. Tenk **identifisering** – tema som barn og unge ikke kjenner seg igjen i, er nytteløse. Identifisering fører dessuten til **engasjement** og styrker mulighetene til **samhandling (hjem, skole, fritid)**. Dette kan sette problemområdet, f.eks rus på den lokale dagsorden. Informasjon som ikke følges opp med diskusjon og dialog, er sannsynligvis i hovedsak bortkastet;
- **Tiltak bør planlegges.** Før iverksetting av enhver innsats, bør det utarbeides en plan, dette gjelder uansett enhet: klasse, skole, lokalsamfunn, kommune. Forebyggende innsatser bør ideelt sett forankres i det kommunale planverket da dette gir garantier om ressurser og prioritet;

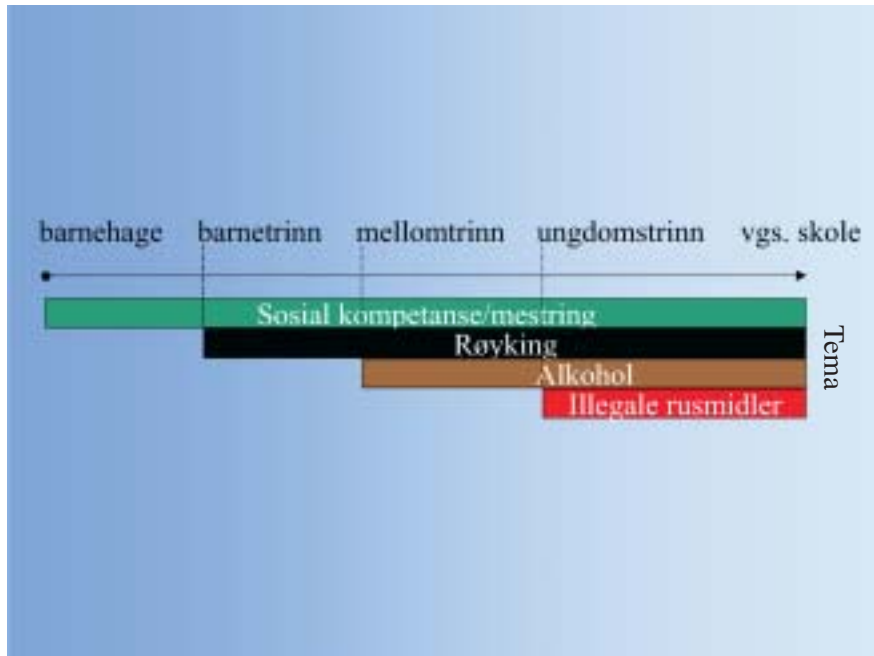
- **Tiltak bør utformes med et kritisk fokus på realistiske rammer** - både når det gjelder innhold og omfang. Det bør videre arbeides ut fra et **langsiktig perspektiv**.

Forebyggende og helsefremmende innsatser har en karakter der en ikke kan forvente ”umiddelbar virkning”, f.eks mindre rusbruk, mobbing eller annen problematferd. Å styrke den sosiale kompetansen gjennom helsefremmende innsatser er heller ikke et kortsiktig prosjekt;

- **Tiltak bør som hovedregel gis og organiseres innenfor barns og unges normale oppvekst- og læringsmiljøer.**

Både primærforebyggende/helsefremmende tiltak og sekundærforebyggende/korrigerende/selektive tiltak bør organiseres og gjennomføres innenfor ”normalarenaene”, dvs. hjem, skole og lokalmiljø. Segregerte tiltak (for eksempel at elever tas ut av klassene, plassering på institusjon) for grupper av sterkt belastede og alvorlig atferdsvanskelige barn og unge bør så langt som mulig unngås, da slike tiltak er påvist å ofte ha problemforsterkende effekter. I tilfeller hvor behovet for skjerming er stort, kan imidlertid segregerte tiltak være påkrevet;

- ***Tiltak bør rettes mot kontekstuell endring heller enn mot individuell endring.*** Dette gjelder både helsefremmende, primær- og sekundærforebyggende/ korrigerende/selektive tiltak. Når det gjelder barn og unge med store atferdsproblem, bør innsats særlig rettes mot forbedring av oppvekstbetingelser i hjemmet. For elever med atferds- og tilkortkommingsproblemer er det svært viktig å styrke normalskolens undervisningstilbud – herunder nettverksbygging med eksterne hjelpetjenester;
- ***Intensive tiltak og personsentrert planlegging*** av tiltak synes å være sentrale faktorer i effektivt arbeid med høyrisikobarn;
- ***I et livsløpsperspektiv bør tiltak iverksettes tidlig, størst potensiell virkning har tiltakene dersom de iverksettes før (eller så tidlig som mulig) det observeres problematferd/ antisosialt atferdsmønster.***



Tiltak for å fremme sosial kompetanse/mestring bør iverksettes i barnehagealder og opprettholdes hele barne- og ungdomstiden. Tiltak for å forebygge rusmiddelbruk/misbruk, anbefales å fokusere tematisk jfr. figur 2, først med fokus på røyking fra barnetrinnet og opprettholdelse av denne innsatsen hele skoleløpet. Dernest bør fokus være på alkohol fra mellomtrinnet og ut hele skoleløpet. Fokus på illegale rusmidler bør komme på ungdomstrinnet og opprettholdes hele resten av skoleløpet.

- Positive effekter har ofte en tendens til å avta etter at tiltaket avsluttes. ***Kontinuitet i arbeidet er derfor viktig;***
- ***Høy tiltaksintegritet og implementeringsgrad bør tillegges stor vekt.*** Dårlig planlagte og bare delvis gjennomførte tiltak har ofte vist seg å føre til økte i stedet for reduserte problemer hos barn og unge;
- Det bør ***unngås å etablere eller foreta radikale ”forbedringer” av tiltak, metoder og strategier som er påvist eller som viser seg å ha små, ingen eller skadelige virkninger/effekter;***

## **Hensiktsmessige prinsipper/framgangsmåter i skolen – konklusjoner og anbefalinger**

Både i Norge og internasjonalt er det gjennomført en rekke studier for å søke avklaring på spørsmålet om hva som er de mest effektive måtene å drive forebyggende og helsefremmende arbeid på i skolen. Det forebyggende og helsefremmende arbeidet bør alltid tilpasses lokale forhold. Likevel er det mulig å oppsummere en del lovende prinsipper/framgangsmåter: (Rønningen & Bergersen, 2000; Norges forskningsråd, 2001; Wilhelmsen, 2003; Wilhelmsen, 2000; Hauger, 1999; Hauge, 1999; Hansen, 1998; KUD/BFD, 2000; Olweus & Limber, 1999; Natvig, 2000; Klepp, 1997; Klepp, 2000; Henriksen, 2000; NIDA, 2003; EMCDDA, 2003; United Nations, 2002, ). En del av anbefalingene er avledet av overnevnte generelle anbefalinger (jfr. tidligere anførte referanser).

### **Tilnærming/organisering/fokus**

- *Aktiv deltakelse av elevene synes å være en forutsetning for gjennomføring av hensiktsmessige tiltak. Mye taler for at interaktive læringsopplegg med ressursorientert tilnærming er den mest lovende innretningen på programmer og tiltak.* Elev-deltakelse viser seg gjennomgående å være et hovedelement ved virksomme tiltak. Problembasert læring (PBL) og Deltakende Læring og Handling (eng: Participatory Learning and Action) (PLA) er anbefalte pedagogisk-/metodiske innretninger;

Elevenes kunnskaper, refleksjoner og kunnskapsinnhenting/bearbeiding bør i særlig grad fokuseres ***Elevene betraktes da som ressurspersoner og "medvirkere" - lærerne og andre voksne bør fungere mer som "tilretteleggere"*** Det viser seg ofte hensiktsmessig å gjennomføre gruppeopplegg der det velges ut gruppeledere - gjerne opinionsledere (såkalte "peer-leaders") i klassen med ansvar for en del av aktivitetene;

- Tradisjonelle rusforebyggende tiltak har gjerne på ulike måter rettet oppmerksomheten direkte mot rusmidlene. ***Fokus på korttidseffekter ved bruk av rusmidler, f.eks. tap av kontroll, ulykker, økt risiko for vold og overgrep, synes mer hensiktsmessig enn på langsiktige negative helsekonsekvenser. Et slikt fokus gjør problemet til noe som angår de unge her og nå.*** En sentral utfordring til barn og ungdom blir da: Hvordan kan jeg unngå å havne i slike situasjoner - i utgangspunktet?
- Overdosedødsfall og "partydop" (f.eks. ecstasy og GHB) preger samfunnsdebatten på rusmiddelfeltet. Det etterspørres erfaringsmessig faktaundervisning om stoffenes virke- og bruksmåte i skolen - gjerne med et ønsket fokus på tyngre narkotiske stoffer. ***Faktaundervisning alene, "skremselspropaganda" og stoffsentrerte***

***tilnærminger gir liten, ingen eller negativ effekt.***

Det er imidlertid registrert positive effekter av fryktvekkende informasjon på røyking, men dette er kontroversielt. Når det gjelder ”skremselstiltak” bør en vurdere ”bivirkningene”, f.eks. kan slike tiltak fremme angst og usikkerhet blant barn av røykere. En slik strategi reiser i tillegg mange (fag)etiske spørsmål;

- ***Det bør etableres klare retningslinjer og sanksjoner knyttet til bruk av rusmidler, mobbing og annen antisosial atferd på skolens område og andre arenaer for forebyggende og helsefremmende innsats.***

### **Eksempler på hensiktsmessig innhold**

Konkret viser det seg hensiktsmessig at:

- ***Elevene selv identifiserer den aktuelle rusmiddelsituasjonen og konsekvensene av rusmiddel(mis)bruk.*** Elevene aktiviseres/utfordres til selv å finne svar og får dessuten gjennom dette også vist hvilke kunnskaper de har på dette området. Læreren bør konsentrere seg om å korrigere misforståelser og gi utfordringer/deloppgaver samt bidra til å kvalitetssikre den informasjon elevene innhenter;

- ***Elevene anslår hvor mange elever som er rusmiddelbrukere, hvilke rusmidler det er snakk om og i hvilke sammenhenger de brukes.*** Det er vanlig at elevene over-estimerer hvor mange som bruker rusmidler, en misforståelse det er viktig å korrigere ved å presentere faktiske data om rusmiddel(mis)bruk blant ungdom. Her finnes det god nasjonal statistikk (SIRUS, 2003). Det er videre vanlig at elever undervurderer alkoholens betydning når det gjelder omfang av (mis)bruk. Oppmerksomheten er gjerne i utgangpunktet rettet mot tyngre illegale rusmidler. Dette er for øvrig et generelt trekk i samfunnet;
- ***Elevene diskuterer hvorfor ungdom bruker rusmidler og hva som kan være (helsefremmende) alternativer til rusmiddelbruk.*** Erfaring viser at barn og ungdom vet mye om årsaker til rusmiddelbruk. Bildet bør imidlertid ofte suppleres/korrigeres/nyanseres av lærere. Det bør rettes kritisk søkelys på hvordan en kan sikre at de trivselsfremmende tiltakene som ofte foreslås kan tilrettelegges/organiseres/fylles med innhold - for å sannsynliggjøre forebyggende og helsefremmende virkning;
- ***Tiltakene bør involvere foreldrene.*** Voksne (foreldre og lærere) bør gi klart uttrykk for hva de mener om unges

bruk av rusmidler. Spesielt yngre elever påvirkes meget sterkt av foreldre og andre voksne i nærmiljøet.

Undersøkelser har vist at ungdom ofte er usikre på hvordan deres foreldre ser på rusmiddelbruk blant ungdom. Det er derfor viktig at foreldre og andre voksne klart kommuniserer hva de mener om dette spørsmålet.

Diskusjoner om rusbruk må baseres på *dialog* mellom ungdom og voksne - ikke på formaninger, instruksjoner og speiding etter tegn på rusmiddelbruk (store pupiller osv.);

- ***Det bør etableres gruppediskusjoner som virkemiddel for å arbeide med elevenes holdninger og normer i forhold til rusmiddelbruk eller annen problematferd. Forskning viser klart at mestrings- og resultatforventinger er avgjørende for faktisk debut og bruk av rusmidler. "Pekerfingerbudskap" fungerer ikke.*** Rollespill kan være egnet for å trene opp sosiale ferdigheter til å motstå sosial påvirkning til å bruke rusmidler. På tilsvarende måte som vaksinasjon kan hjelpe kroppen å bygge opp motstandskraft mot smittsomme sykdommer, kan de unges motstandskraft styrkes mot gruppepress i retning av å gjøre ting de egentlig ikke ønsker å gjøre. Elever som i et "kontrollert" og trygt miljø får praktisere måter å si nei på og til å motstå ulike former for påvirkning, styrker sine muligheter til å praktisere dette ute blant venner;

- ***Det bør etableres diskusjoner/dialog om hvordan man kan øve positiv påvirkning overfor venner som utsettes for rusmiddelpress eller press til å utøve annen problematferd.***  
På tilsvarende måte som nevnt ovenfor, er det mulig å øve seg i situasjoner hvor en venn utsettes for f.eks. ruspress, hvor en selv kan hjelpe vennen ved å støtte henne til å motstå presset, eller foreslå at de gjør noe annet sammen;
- ***Det bør etableres diskusjoner/dialog om hvordan man kan fremme begrensning i/fravær av rusmiddelbruk eller redusere/hindre annen problematferd i sitt eget lokalmiljø*** En slik diskusjon kan f.eks. fokusere på hvordan en kan redusere tilgang på rusmidler (antall sjenkesteder, øl- og vinmonopol, salg av sigaretter samt tilgang på ulovlige rusmidler), skape rusfrie utesteder, fremme trygghet i lokalmiljøet mv.;
- ***Det bør etableres diskusjoner/dialog om hva det betyr at et rusmiddel er ulovlig. Hvilke konsekvenser - helsemessige, sosiale og juridiske - kan det ha det for en selv og andre dersom en bruker ulovlige rusmidler ?***
- ***Det bør etableres diskusjoner/dialog om hvordan en kan unngå å komme i situasjoner hvor det brukes ulovlige rusmidler eller iscenesettes problematferd, f.eks. mobbing, og hvor en selv kan bli utsatt for press.***

De unges verdier, holdninger, normer og rolleutøvelse/atferd - generelt og i forhold til rusmiddelbruk og andre problemområder spesielt - skapes i stor grad gjennom samhandling med viktige andre – foreldre, venner, klassekamerater og familie. Å medvirke til systematiske prosesser der problemstillinger som angår bruk av rusmidler og annen problemadferd løftes fram - der elever, foreldre og lærere er i dialog om dette - er et lovende utgangspunkt for det forebyggende og helsefremmende arbeidet. Jakten på en fasiløsning for hvordan dette mest hensiktsmessig kan gjøres, bør avsluttes. Ved siden av tilbudsreducerende tiltak er den sosial-kognitive tilnæringsmåten den mest lovende rusmiddelforebyggende strategien. Ideelt sett bør det arbeides med utgangspunkt i en multisentrert (mange komponenter) og multisystemisk (flere arenaer) modell. Generelt bør en tilstrebe både å "vanne roser" og "luke ugress", "rosevanning" hele livet og uansett hvor ille problemene er, "ugressluking" i faser jfr. modellen ovenfor.

Kunnskap om virksomme prinsipper og kjennskap til gode eksempler på praksis, bør alltid være del av en forebyggende og helsefremmende innsats. Nett-tjenesten forebygging.no kan være et hensiktsmessig verktøy i denne sammenheng.

Når det gjelder utfordringer for forsknings- og utviklingsarbeid, bør innsatser *både* rettes mot effekt-studier og mot kvalitativ forskning som fokuserer på *hva* som fungerer, *hvordan* det fungerer og *hvorfor* det fungerer.



*'Sentrifuge av Bach'*

## Referanser:

- Amdam, J. I Aarsether, N. (1992). *Samfunnsplanlegging lokalt – nasjonalt – globalt*. Kommuneforlaget.
- Andreassen, M. Schancke, V., Gravrok, Ø. & Fauchald, K. (2002). *Virksom rusforebygging i Nord-Norge*. Grunnlagsdokument for utviklingsarbeid. Rapport: Kompetansesenteret ved Nordlandsklinikken, Forebyggingsseksjonen. ISBN-nr.82-8085-009-0.
- Atferdssenteret, UiO (2003). *PMT (Parent Management Training) og MST (Multi-Systemisk Terapi) – en beskrivelse av tiltakene og tiltaksforskningen*. Nett-versjon.
- Baklien, B. og Carlsson, Y. (2000). *Helse og kultur. Prosessevaluering av en nasjonal satsning på kultur som helsefremmende virkemiddel*. NIBR-rapport 2000:11.
- Bangert-Drowns R. (1998). The effects of school-based substance abuse education - a meta-analysis. *J Drug Education* 1998; 18(3):243-265.
- Barne- og familiedepartementet og Kirke-, utdannings-, og forskningsdepartementet. (2000). *Tiltak for å redusere problematferd og utvikle sosial kompetanse*. Innstilling fra en faggruppe oppnevnt av BFD og KUF.

- Berlid, S. og Mathisen, V. (1993). *Ungdom og rus – evaluering av fem kommunale forsøk på å samordne forebyggende innsats overfor unge rusmiddelmisbrukere*. Østlandsforskning rapport nr.12-1993.
- Black D, Tobler N, Sciacca J. (1998). Peer Helping/Involvement: An efficacious Way to Meet the Challenge of Reducing Alcohol, Tobacco, and Other Drug Use Among Youth. *Journal of School Health* 1998; 68(3):87-93.
- Botvin, G. J. (1995). Principles of prevention. I R. H. Coombs & D. Ziedonis (red.), *Handbook on drug abuse prevention: A comprehensive strategy to prevent the abuse of alcohol and other drugs* (s. 19-44). Boston: Allyn and Bacon.
- Botvin, G. J., Baker, E., Dusenbury, L., Botvin, E. M. & Diaz, T. (1995). Long-term follow-up results of a randomized drug abuse prevention trial in a White middle-class population. *Journal of the American Medical Association*, 273, 1106-1112.
- Botvin, G. J., Baker, E., Dusenbury, L., Tortu, S. & Botvin, E. M. (1990). Preventing adolescent drug abuse through a multi-modal cognitive-behavioral approach: Results of a 3-year study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58, 437-446.
- Botvin, G. J., Batson, H. W., Witts-Vitale, S., Bess, V., Baker, E. & Dusenbury, L. (1989). A psychosocial approach to smoking prevention for urban black youth. *Public Health Reports*, 12, 279-296.

- Botvin, G. J. & Dusenbury, L. (1989). Substance abuse prevention and the promotion of competence. I L. A. Bond og B. E. Compas (red.) *Primary prevention and promotion in the schools*, s. 146-178. Newbury Park, California: Sage Publications.
- Botvin, G. J., Dusenbury, L., James-Ortiz, S. & Kerner, J. (1989). A skills training approach to smoking prevention among Hispanic youth. *Journal of Behavioral Medicine*, 12, 279-296.
- Botvin G, Botvin E. (1992). Adolescent Tobacco, Alcohol, and Drug Abuse: Prevention Strategies, Empirical Findings, and Assessment Issues. *Journal Developmental and Behavioral Pediatrics* 1992; 13(4):290-301.
- Bradley, P. Reinart, Liv M. og Nordheim, L (red.) (2003). *Forebyggende, behandlende og skadereduserende tiltak for alkohol- og narkotikaproblemer*. Avdeling for kunnskapsstøtte, Sosial- og helsedepartementet, i samarbeid med Senter for medisinsk metodevurdering.
- Bronfenbrenner, U. (1977). Toward an experimental ecology of human development. *American Psychologist*, 32, 513-531.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development. Experiments by nature and design*. Cambridge MA: Harvard University Press.
- Caplan, G. (1964) *Principles of Preventive Psychiatry*. New York: Basic Books.

- Chambers, R. (1997). *Whose Reality Counts? Putting the first last*. Intermediate Technology Publications.
- Clark M, Oxman AD, eds. *Cochrane reviewers' Handbook* (updated July 1999). (2002) In: The Cochrane Library, issue 3. Oxford: Update Software.
- Clayton, R. R., Leukefeld, C. G., Grant Harrington, N. & Cattarello, A. (1996). DARE (Drug Abuse Resistance Education): Very popular, but not very effective. I C.B. McCoy, L.R. Metsch & J.A. Inciardi (red.), *Intervening with drug-involved youth* (s. 101-109). Thousand Oaks, California: Sage Publications.
- Durhheim, E. (1991). *Selvmordet*. Gyldendal. Oslo.
- Dusenbury, L., Falco, M., Lake, A., Brannigan, R. & Bosworth, K. (1997). Nine critical elements of promising violence prevention programs. *Journal of School Health*, 409-413.103.
- EMCDDA – European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2003). *The Exchange on Drug Demand Reduction Action (EDDRA) information system*.
- Ennett S, Tobler N, Ringwalt C, Flewelling R. (1994). How Effective Is drug Abuse Resistance Education? A Meta-Analysis of Project DARE Outcome Evaluations. *American Journal of Public Health* 1994; 84(9):1394-1401.
- Fekjær, H. O. (2004). *RUS. Bruk, motiver, skader, behandling, forebygging, historikk*. Gyldendal Akademisk.

- Fosse, E. (2000). *Implementering av helsefremmende og forebyggende arbeid*. Hemil-rapport nr. 73 (2000) UiB.
- Fosse, E. (2001). *Aksjonsprogrammet barn og helse 1995-1999. Sammendrag av evalueringen på fylkes- og kommunenivå*. Hemil-rapport nr. 3 – 2001. UiB.
- Foxcroft, D.R. , Lister-Sharp, D. & Lowe, G. (1995). *Review of effectiveness of health promotion interventions: Young people and alcohol misuse*. Final report. Portsmouth P01, 2 ER, UK: University of Portsmouth.
- Garsjø, O. (1997). *Sosiologisk tenkemåte. En introduksjon for helse- og sosialarbeidere*. Universitetsforlaget.
- Goffmann, E. (1959). *The presentation of Self in Everyday Life*. New York: Anchor, Garden City.
- Coggans, N. & McKellar, S. (1994). Drug use amongst peers: Peer pressure or peer preference. *Drugs: Education, Prevention and Policy, 1*, 15-24.
- Gravrok, Ø. (2000) *Kommuneplanprosessen og forebyggende arbeid*. Artikkel på forebygging.no.
- Gravrok, Ø. (2002) *Planlegging av rusforebyggende tiltak i nord-norske kommuner -erfaringer og utfordringer*. Paper til Sosiallederkonferanse, Tromsø 5. og 6.november 2002.
- Gravrok, Ø. (2003): *Hvordan er helsefremmende og forebyggende arbeid organisert i en kommune?* Svar til spørsmålstenesten på forebygging.no.

- Green L.W. and Kreuter, M.W. (1999). *Health Promotion Planning – An Educational and Ecological Approach*. Third ed. Mountain View, California. Mayfield Publishing Company.
- Grimshei, C. (2000). *Elektronisk ekstase. Housekultur, partydop og nye trender*. Rusmiddeletaten, Oslo kommune.
- Hansen W.B. (1998). *Prevention Programs: What Are the Critical Factors That Spell Success?* National Conference on Drug Abuse Prevention Research.
- Hauge, H.A. (1999): *Litteraturstudie om rusmiddelforebygging. HENÆR-senterets forarbeid til konseptet «Forebyggingshåndboka»*. Høgskolen i Vestfold. Rapport 5/1999. Nettutgave ISBN-nr. 82-7860-036-8.
- Hauger, B. (1999). *Dialogkonferanse som metode i det rusmiddelforebyggende arbeidet*. HENÆR-rapport nr 14/99.
- Hauger, Bjørn (1999b). *Dialogkonferanse som metode i det rusmiddelforebyggende arbeidet*. Skien. Borgestadklinikken.
- Hauger, B. (2002). *Prosjekt Cirkusfamilien. En underveisevaluering av Arendal kommune sitt arbeid med å utvikle det rusforebyggende arbeidet på ungdomsskolene*. Tønsberg. SAREPTAS AS.
- Horverak, Ø., Nordlund, S. og Rossow, I. (2001). *Om sentrale deler av norsk alkoholpolitikk*. Statens institutt for rusmiddelforskning, SIRUS. Oslo.

- Hauger, B. og Grejs O. (2002): *Trygge lokalsamfunn gjennom innbyggermobilisering. Et arbeidsnotat om Larvik kommune sin innsats for å skape Trygge lokalsamfunn*. Tønsberg. SAREPTAS AS
- Hauger, B. og Grejs O. (2003). *Arbeidet med Handlingsplanen barn og ungdom. Et evalueringsnotat av Larvik kommune sitt arbeid med medvirkningsbasert nærmiljøarbeid*. Tønsberg. SAREPTAS AS.
- Helland, H. (1998) : *Forebygging av problematferd blant ungdom - En litteraturstudie*, NOVA Rapport 17/98.
- Helland, H. Og Øya, T. (2000). *Forebyggende ungdomsarbeid*. Fagbokforlaget.
- Henriksen, Ø. Og Sande, A. (1995). *RUS. Fellesskap og regulering*. Kommuneforlaget.
- Henriksen, Ø. (1999). *Forebygging, fellesskap og forandring. En rapport om utforming og utprøving av et rusforebyggende program for ungdomsskolen*. HBO-rapport 2/1999
- Henriksen, Ø. (2000). *"Ikke som jeg gjør, men som jeg sier". Om rus, kommunikasjon og oppdragelse*. Tano Aschehoug.
- Henriksen, Ø. & Kompetansesenteret ved Nordlandsklinikken, Forebyggingsseksjonen. (2002). *Foreldresamarbeid – et forebyggingsprogram til bruk i skolen*. Programhefte.

- Hundeide, K. og Hillestad, Per.O (1994). I Evans, T.D., Frønes, I. og Kjølørød, L.(red.) (1994). *Kan psykologisk omsorg for barn læres?* I Velferdssamfunnets barn. Ad Notam Gyldendal AS.
- Hviding, S. (2003). *Presentasjon av samspillmetoden Dialog. Metode*, [www.forebygging.no](http://www.forebygging.no).
- Iversen, E. (1999) *Helsefremmende arbeid*. [www.forebygging.no](http://www.forebygging.no)
- Iversen, E. og Skutle, A. (2000). *Rusmiddelbruk blant ungdom og unge voksne*. Utprøving og evaluering av en modell for lokalsamfunnsbasert forebyggende arbeid. Prosjektrapport, Stiftelsen Bergensklinikkene.
- Iversen, E. (2001) *Erfaringer med lokalsamfunnsmodellen*. Foredrag på konferansen: Te ka slags nøtte? Narvik, 26. og 27. september, 2001. [Forebygging.no/video](http://Forebygging.no/video).
- Iversen, E. (2002) *Konstruktive tiltak*. [Forebygging.no/ordbok](http://Forebygging.no/ordbok).
- Jøsendal, O. (1999). *VÆR røykFRI*. [www.forebygging.no](http://www.forebygging.no)
- Klepp, K.-I. (1997). Rusmiddelforebyggende arbeid. I K.-I. Klepp & L. E. Aarø (red.). *Ungdom, livsstil og helsefremmende arbeid* (andre utgave) (s. 110-125) . Oslo: Universitetsforlaget.
- Klepp, K.I. (2000). HEMIL-modellen (Senter for forskning om helsefremmende arbeid, miljø og livsstil) - et hjelpemiddel ved planlegging, gjennomføring og evaluering av helsefremmende arbeid. [www.forebygging.no](http://www.forebygging.no).

- Klepp, K.I. (2001). *"Peer-leaders" i det rusmiddelforebyggende arbeidet*. [www.forebygging.no](http://www.forebygging.no)
- Klepp, K.-I. Rusmiddelforebyggende arbeid. I K.-I. Klepp & L. E. Aarø (red.). (1997). *Ungdom, livsstil og helsefremmende arbeid* (andre utgave) (s. 110-125). Oslo: Universitetsforlaget,.
- Klepp, K.I., Thuen, F. & Wilhelmsen, B.U. (red.) (1995). *Ungdom for helse. Fra teori til praksis i helsefremmende arbeid med ungdom*. Kommuneforlaget,
- Klepp, K.I., Aarø, L.E., Rimpela, M. (1997) *Ungdom, samfunn og helse*. I *Ungdom, livsstil og helsefremmende arbeid*. Universitetsforlaget.
- Klyve, A. Tvinnereim R. (red.) (2002): *"Mellom barken og verden"*, Pedcom Forlag.
- Klyve, A. (2003). *Finnes det dokumentasjon for at utekontaktvirksomhet skaper en positiv endring mht rusproblematikk*. Spørsmål med svar – ekspertpanelet [www.forebygging.no](http://www.forebygging.no)
- Kuhn, T. (1979). *The Structure of Scientific Revolutions*. University of Chicago Press.
- Leiman, P. (1982) Det förebyggande mentelhälsoarbetets utveckling i Finland. *Nordisk Psykologi*, 34, 66-78.
- Lie, G. T. (1999): *Selbu-ungdommene før, under og etter hjelpetilørighet til kollektivet*. Hemil-rapport 1/1999.

- Ludbrook A., Godfrey C., Wyness L., Parrott S., Haw S., Napper M. et al. (2002). *Effective and Cost-Effective Measures to Reduce Alcohol Misuse in Scotland*. Edinburgh, Scottish Executive.
- Lund, K., Luhr, E. og Jøsendal, O. (2001). Be smokeFree – a juvenile tobacco education programme from trials to national implementation. *Tidsskrift for den norske legeforening*.
- Lund, K. Luhr, E. og Jøsendal, O. (2002). BE smokeFREE. *Informasjonsområdet "Prosjekter"*. [www.forebygging.no](http://www.forebygging.no).
- Mikkelsen, S. (2000). *Problemer og paradokser i forebyggende arbeid*. Informasjonsområdet "Teori". [www.forebygging.no](http://www.forebygging.no).
- Mikkelsen, S. (1999) *Hva er primærforebygging?*  
[www.forebygging.no](http://www.forebygging.no)
- Mittelmark, M. (1999). Health promotion at the Community-wide level. in Bracht, N: *Health Promotion at the community level*. Sage Publications , 2 nd.Edition , Newbury park.
- Mjøseth, L. (1991). *Kontroverser i norsk sosiologi*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Mjøseth, L. (2003). Sju teser om positivismekritikkens utfordringer ved århundreskiftet. *Sosiologisk tidsskrift*, nr. 1 – 2003.
- Moshuus, G., Rossow, I. og Vestel, V. (2002). *Partydop og ungdomskultur*. Sosial- og helsedirektoratet.
- Natvig, H. (2000). *Psykososial tilnærming/sosial påvirkningsmodell*.  
[www.forebygging.no](http://www.forebygging.no)

- Nesset, A. E. og Bolle, W. (1999). Erfaringshåndbok fra ”Lev i lag i Lofoten”. Fylkeslegen, fylkeshelsesjefen og fylkesutdanningskontoret i Nordland
- Nesje, R. og Hauger, B. (2002): *Rapport om Læringsflex. Hvordan best sikre reell elevmedvirkning og fleksibel læring i PILOT-Vestfold*. Statens utdanningskontor, Vestfold.
- Nesvåg, S. (1999). *Rusmiddelpolitikk i arbeidslivet. Sammendragsrapport*. RF – Rogaland Research. 1999/261.
- NIDA - National Institute on Drug Abuse (2003). *Preventing Drug Abuse Among Children & Adolescents. Selected Resources & References*.
- NOU 2003:4. *Forskning på rusmiddelfeltet*. En oppsummering av kunnskap om effekt av tiltak.
- NOU 1991:10: *Flere gode leveår for alle. Forebyggende strategier*. Oslo. Sosialdepartementet
- NOU 1998:18: *Det er bruk for alle. Styrking av folkehelsearbeidet i kommunene*. Oslo. Statens forvaltningstjeneste.
- Norges forskningsråd (2001). *Til hvilken nytte?* Rapport fra konferanse om ungdom og forebygging av tobakk-, alkohol- og narkotikabruk.
- Nupponen, R. (1972) Mitä on konstruktiiivinen, preventiivinen ja korjaava toiminta. *Psykologiliiton tiedotuslehti*, 6.

- Ogden, T. (2002). Multisystemisk behandling av atferdsproblemer - teori og forskningsgrunnlag.  
*Tidsskrift for ungdomsforskning* Nr. 2-2002.
- Olweus, D. & Limber, S. (1999). *Blueprints for violence prevention: Bullying Prevention Program*. Institute og Behavioral Science, University of Colorado, Boulder, USA.
- Orford, J. (1999). *Community Psychology. Theory and Practice*. University of Exeter, UK.
- Ottawa-charteret; WHO, 1986 i Helsedirektoratet, 1987.
- Paglia, A. & Room, R. (1999). Preventing substance use problems among youth: A literature review and recommendations.  
*The Journal of Primary Prevention*, 20, 3-50.
- Pedersen, W. (1998). *BitterSøtt - Ungdom, sosialisering og rusmidler*. Universitetsforlaget
- Pedersen, W. (2000). *The Challenge*. Foredrag på konferansen: Til hvilken nytte? Norges forskningsråd.
- Pedersen, W. (2002). *Hvorfor ruser ungdom seg?*. Svar – ekspertpanelet [www.forebygging.no](http://www.forebygging.no).
- Pentz, M. A., Trebow, E. A., Hansen, W. B. et al. (1990). Effects of program implementation on adolescent drug use behavior: the Midwestern Prevention Project, *Evaluation Review*, 14, 264-289.
- Perry, C. L. & Kelder, S. H. (1992). Models for effective prevention.  
*Journal of Adolescent Health*, 13, 355-363.

- Regjeringens handlingsplan mot rusmiddelproblemer 2003-2005.*  
Sosialdepartementet.
- Room, R. (2001). *Foredrag på konferansen: Til hvilken nytte?*  
Norges forskningsråd, 2001.
- Rye, H. (1998). *Tidlig hjelp til bedre samspill. Nye metoder og nye muligheter.* Universitetsforlaget.
- Rønningen, G.E. & Bergersen, R. (2000). *Interaktive læringsopplegg og ressursorientert tilnærming.* [www.forebygging.no](http://www.forebygging.no)
- Schancke, V. A. & Wilhelmsen, B.U. (2003). Preventive work – from Theory to Practice. *Substance Use and Misuse*, Volume 38.  
In press.
- Schancke, V. A. (2001). *Forebygging – fra teori til praksis.* Artikkel under informasjonsområdet ”Metode” - [www.forebygging.no](http://www.forebygging.no).
- Schroeder, D. S., Laflin, M. T. & Weis, D. L. (1993). Is there a relationship between self-esteem and drug use?  
Methodological and statistical limitations of the research.  
*Journal of Drug Issues*, 23, 645-665.
- Sherman, L.W., Gottfredson, D., MacKenzie, D., Eck, J., Reuter, P. & Bushway, S (1998). *Preventing crime: What works, what doesn't, what's promising?* A report to the United States Congress prepared for the National Institute of Justice.  
Maryland: departement of Criminology and Criminal Justice.  
University of Maryland.

- Stafseng, O. (1978). *Forebyggende tiltak som sosial prosess. En undersøkelse av kommunale fritidsklubbers sosialpolitiske og sosialpedagogiske forutsetninger*. Oslo: UiO, Magistergradsavhandling, Institutt for sosiologi.
- St.meld. nr. 37 (1992-93): *Utfordringer i helsefremmende og forebyggende arbeid*.
- St. meld. nr. 17 (1999-2000): *Handlingsplan mot barne- og ungdomskriminalitet*.
- St. meld. nr. 23 (1997-98): *Om opplæring av barn, unge og voksne med særskilte behov. Den spesialpedagogiske tiltakskjeda og det statlege støttesystem (opplæringslova)*.
- St. meld. nr. 28 (1998-99): *Mot rikare mål. Om enskapsskolen, det likeverdige opplæringstilbodet og ein nasjonal strategi for vurdering og kvalitetsutvikling i grunnskolen og den vidaregåande opplæringa*.
- St. meld. nr. 54 (1989-1989): *Om opplæring av barn, unge og voksne med særskilte behov*.  
Oslo: Utdannings- og forskningsdepartementet.
- St.meld. nr. 16 (2002–2003) *Resept for et sunnere Norge. Folkehelsepolitikken*. Tilråding fra Helsedepartementet av 10. januar 2003, godkjent i statsråd samme dag. (Regjeringen Bondevik II).

- Svedbom et al. (1999). *Nasjonelle kvalitetsgranskninger 1999. Undervisningen om tobakk, alkohol och andra droger.* Skolverket, Rapport Dnr 99:208.
- Sørli, M.A. (2000). *Alvorlige atferdsproblemer og lovende tiltak i skolen – en forskningsbasert kunnskapsstatus.* Praxis Forelag. Oslo.
- Thyholdt, R. (2003). *Mobbing i skolen.* Videopresentasjon av Olweus-programmet mot mobbing i skolen. Forebygging.no
- Tobler, N. (1992). Drug prevention programs can work: research findings. *Journal of addictive Diseases*, 11 (3) 1-28.
- Tobler, N.S. & Stratton, H.H. (1997). Effectiveness of school-based drug prevention programs: A meta-analysis of research. *The Journal of Primary Prevention*, 18, 71-128.
- Tobler N, Lessard T, Marshall D, Ochshorn P, Roona M. (1999). Effectiveness of School-based Drug Prevention Programs for Marijuana Use. *School Psychology International* 1999; 20(1):105-137.
- United Nations Office for Drug Control and Crime Prevention (2002) *Lessons learned in drug abuse prevention: A global review.* ODCCP Studies on Drugs and Crime.
- White D. & Pitts M. (1998). Educating young people about drugs: a systematic review. *Addiction* 1998; 93(10):1475-1487.

- Wilhelmsen, B.U. (1996). *Rusforebyggende arbeid med ungdom*. I Rusmidler og veivalg, Pedersen, W. Og Waal, H. (red.). Cappelen Akademisk Forelag.
- Wilhelmsen, B.U. (2000). *Undervisningsprogrammet "Ungdom og alkohol"*. [www.forebygging.no](http://www.forebygging.no)
- Wilhelmsen, B.U., Laberg, J.C. & Aas, H. (1996). Alcohol outcome expectancies in adolescence. *Psychology & Health*.
- Wilhelmsen, B.U. (2003). *Utfordringer i helsefremmende arbeid - fokus på alkoholbruk blant unge*. Artikkel [www.forebygging.no](http://www.forebygging.no)
- Wilhelmsen, B.U., Laberg, J.C. & Klepp, K.I (1994). Evaluation of two student and teacher involved alcohol prevention programmes, *Addiction*, 89, 1158-1165.
- Wilhelmsen, B.U. (1997). *Development and evaluation of two educational programmes designed to prevent alcohol use among adolescents*: Hemil-senteret, UiB, Bergen.
- Aarø. L.E. (2003). *Hvordan kan ulike syn på helse innvirke på betraktninger om helsefremmende og forebyggende arbeid?* [www.forebygging.no](http://www.forebygging.no).

Nordnorsk kompetansesenter - Rus, ved Nordlandsklinikken (NNK-Rus) er ett av sju regionale kompetansesentra for rusmiddelspørsmål. De regionale kompetansesentrene arbeider på oppdrag fra Sosial- og helsedirektoratet og har tre definerte hovedoppgaver:

1. Forebyggende tiltak
2. Kompetanseutvikling i kommunene og i spesialisthelsetjenesten
3. Tildelt fagområde med nasjonal spisskompetanse.

NNK-Rus' rolle er definert til å være bindeleddet mellom praksis, forskning og politikk. Hovedmål for NNK-Rus er å

***bidra til at praktikere i Nord-Norge gjør mer av det vi vet er virksomt, og mindre av det som ikke er virksomt innen forebygging og behandling av rusproblem.***

Dette skal skje gjennom systematisering, utvikling og formidling av kompetanse innen rusforebyggende virksomhet og behandling av rusproblemer.

NNK-Rus har seks definerte arbeidsområder:

1. Råd, veiledning og iverksetting av tiltak
2. Kompetanseutvikling og undervisning
3. Forsknings- og utviklingsarbeid (FoU)
4. Plan, utredning og dokumentasjon
5. Drift og utvikling av nasjonal nettjeneste [www.forebygging.no](http://www.forebygging.no) og andre IKT-basert tjenester
6. Profilerings og informasjon.



**HÅLOGALANDSSYKEHUSET**  
HÅLOGALÁNDÐA BUOHCCVEIUSSU  
Narvik

HELSE ● ● ● NORD



Sosial- og helsedirektoratet

ISBN-nr 82-8085-023-6

2. utgave, 2. opplag, april 2006. Tidligere utgitt: 2003, 2004, 2005.