



UNODC

United Nations Office on Drugs and Crime



Gjennomgang av nasjonale forebyggingssystemer basert på UNODC/WHO's internasjonale standarder for forebygging av rusmiddelbruk

Sluttrapport om pilotprosjektet i Norge
Uoffisiell norsk oversettelse

FNS KONTOR FOR NARKOTIKA OG KRIMINALITET

Gjennomgang av nasjonale forebyggingssystemer basert på UNODC/WHO's internasjonale standarder for forebygging av rusmiddelbruk

SLUTTRAPPORT OM PILOTPROSJEKTET I NORGE
Uoffisiell norsk oversettelse



FORENTE NASJONER
Wien, 2024

© United Nations, 2024. Alle rettigheter er forbeholdt.

Innholdet i denne publikasjonen gjenspeiler ikke nødvendigvis synspunktene eller retningslinjene til FNs kontor for narkotika og kriminalitet (UNODC) eller bidragsorganisasjoner, og det innebærer heller ingen støtte. All informasjon som kan finnes i denne publikasjonen som utgår fra handlinger som er gjennomført og beslutninger som er tatt av stater, innebærer ikke at FN anerkjenner validiteten til de aktuelle handlingene og beslutningene, og er tatt med uten at det berører standpunktet til noen medlemsstat i FN.

Informasjon om URL-er og lenker til nettsteder i den foreliggende publikasjonen er oppgitt for å gjøre det enklere for leseren, og er korrekte på utgivelsestidspunktet. FN tar ikke ansvar for at denne informasjonen fortsatt vil være korrekt eller for innholdet på eksterne nettsteder.

Denne publikasjonen har ikke blitt formelt redigert.

Produksjon:
Engelsk utgave ved Publishing and Library Section, FNs kontor i Wien.

Uoffisiell norsk oversettelse utarbeidet av Helsedirektoratet.
Oversettelse ved Semantix, med bistand fra KORUS Oslo.
Grafisk tilrettelagt av Helsedirektoratet.

Utarbeidet i samarbeid med KORUS.



Innhold

Innledning	7
Kapittel I: Prosess og metode	8
A. Lansering og datainnsamling	8
B. Screening	10
C. Kategorisering	12
D. Analyse	14
Kapittel II: Generell informasjon	17
A. Regioner	17
B. Sektorene til respondentene	18
C. Alder	19
D. Risikonivåer	24
E. Implementeringssetting	29
Kapittel III: Kvaliteten på tiltakene	34
A. Samlet vurdering av kvaliteten	34
B. Vurdering av kvalitet etter alder	36
C. Vurdering av kvalitet etter risikonivå	41
D. Vurdering av kvalitet etter implementeringssetting	44
E. Vurdering av kvalitet etter region	47
Kapittel IV: Kvaliteten på systemet	61
A. Omfattende og evidensbaserte tiltak	61
B. Støttende retningslinjer og bestemmelser	63
C. Gjennomføring og bruk av forskning	64
D. Koordinering og koherens	65
E. Kompetent leveransestruktur	66
F. Bærekraft	67
Kapittel V: Konklusjoner	68
Oversikt over figurer	70

Takk

FNs kontor for narkotika og kriminalitet (UNODC) ønsker å anerkjenne og takke følgende for deres bidrag til å gjøre realiseringen og publiseringen av denne rapporten mulig:

- Norges regjering, spesielt Helse- og omsorgsdepartementet, for deres økonomiske bidrag, samt viljen til å bruke landets nasjonale narkotikaforebyggende system som fokus for det første pilotprosjektet.
- Kollegaene i Helse- og omsorgsdepartementet, særlig Torbjørn K. Brekke, samt Hege Christina Bredesen og Herdis Dugstad, for deres visjon, tålmodighet og usvikelige støtte.
- Ekspertene som kom med innspill til utviklingen av verktøyet: Gregor Burkhart, EUDA¹; Amy Goldstein, National Institute on Drug Abuse, USA; Fernando Salazar Silva, Cayetano Heredia University, Peru; Goodman Sibeko, University of Cape Town, Sør-Afrika; Harry Sumnall, Liverpool John Moore University, Storbritannia; Dijana Jerkovic, FENIQS-prosjektet; Kimberly Johnson, ICUDDR og Roman Koposov, Norges arktiske universitet.
- Alle aktører som er involvert i rusmiddelforebygging i Norge, og som bidro med sin tid og kunnskap for å komme med informasjon om tiltakene som er implementert i landet, samt systemet de inngår i. Håpet er at de vil finne resultatene av denne prosessen interessante, og at de kan bruke dem til å utvikle arbeidet sitt for helse og velvære for barn, ungdom, familier og lokalsamfunn i landet.
- Alle KORUS-ene, spesielt Katrin Øien, Kristian Hartveit, Sven Gustafsson og Pål Domben, for å støtte den foreløpige piloteringen av verktøyene, for å motivere dem som jobber med forebygging, til å bidra med informasjon gjennom spørreskjemaet og gi ytterligere informasjon.
- Yvonne Larsen, Skule Wigenstad og Alexander Sollie Hvaring fra KORUS Oslo, for å lede prosessen med datainnsamling og innsatsen i komiteen for å støtte analysen av informasjonen, utfylle, oversette og kontekstualisere og som denne prosessen ikke ville ha vært mulig uten.
- José Antunez, Asli Ertem, Wadih Maalouf og William Wagner fra UNODCs seksjon for forebygging, behandling og rehabilitering for å støtte prosessen, spesielt håndteringen av dataene for produksjonen av rapporten.
- Giovanna Campello for å konseptualisere og lede prosessen, analysere dataene og skrive denne rapporten.

¹ Tidligere EMCDDA

Innledning

Evidensbasert forebygging av rusmiddelbruk fremmer velvære og helse for barn, ungdom, voksne, familier og lokalsamfunn, som beskrevet i *International Standards on Drug Use Prevention, andre oppdaterte utgave*, publisert av FNs kontor for narkotika og kriminalitet (UNODC) og Verdens helseorganisasjon (WHO).²

*Review of Prevention System (RePS)*³ er et verktøy som UNODC har utarbeidet, og som gjør det mulig å vurdere i hvilken grad systemet for rusmiddelforebygging i et land eller en subnasjonal enhet (f.eks. en kommune) følger *standardene*, med sikte på å identifisere styrker og forbedringsområder.

Denne rapporten presenterer resultatene av vurderingen av det nasjonale forebyggingssystemet i Norge. Den er gjennomført på grunnlag av *RePS* og fungerer som det første pilotprosjektet med dette verktøyet. Etter denne pilotvurderingen vil UNODC lede en tilpasningsprosess på globalt nivå for å gjøre verktøyet tilgjengelig for alle medlemsstatene.

Etter denne introduksjonen presenterer rapporten datainnsamlingsprosessen, samt et sammendrag av analysemetoden (kapittel I). Kapittel II gir et sammendrag av den samlede informasjonen som innhentes om tiltakene som er implementert i landet, mens kapittel III beskriver resultatene av analysen av den første komponenten i gjennomgangen, nemlig kvaliteten på implementerte tiltak etter alder, risikonivå, implementeringssetting og region. Til slutt beskriver kapittel IV resultatene av den andre komponenten i evalueringen, samt kvaliteten på systemene som helhet, noe som fører frem til konklusjonene, og oppsummerer viktige styrker samt forbedringsmuligheter, og indikerer noen mulige handlingspunkter.

² UNODC/WHO (2018), *International Standards on Drug Use Prevention*, United Nations Office on Drugs and Crime, Vienna, Austria.

³ UNODC (2023, tilgjengelig på forespørsel), *Review of Prevention Systems (RePS), verktøy som brukes under pilotprosjektet i Norge*, FNs kontor for narkotika og kriminalitet, Wien, Østerrike.

KAPITTEL I

Prosess og metode

RePS-verktøyet ble utviklet av UNODC i 2022 på grunnlag av standardene og med uformelle innspill fra en global ekspertgruppe, som nevnt ovenfor. Gjennomføringen av pilotvurderingen fulgte prosessen og metoden som er beskrevet i verktøyet, og det vil her bli gitt en kort beskrivelse av denne prosessen og metoden, med vekt på det som er relevant for piloten i Norge.

A. Lansering og datainnsamling

Piloten ble offisielt lansert i september 2022 gjennom en presentasjon fra UNODC under en konferanse om alkohol- og rusforebygging i de nordiske landene, organisert av Helse- og omsorgsdepartementet og finansiert av Nordisk ministerråd. I tilknytning til konferansen presenterte UNODC metoden for nasjonale aktører. Dette omfattet representanter for KORUS-ene, som er et nettverk av regionale kompetansesentre under Helsedirektoratet som arbeider for å ivareta, styrke, bygge opp og spre faglig kompetanse på rusfeltet, blant annet når det gjelder forebygging av rusmiddelbruk og ruslidelser. KORUS-representanter fra ulike regioner i Norge støttet datainnsamlingen.

RePS inkluderer to fundamentale komponenter som følger strukturen i *standardene*. Den første komponenten vurderer i hvilken grad eksisterende tiltak⁴ er evidensbaserte, og bygger på kapittel 1 og 2 i *standardene*. Den andre vurderer kvaliteten og sammenhengen i systemet som helhet, og bygger på kapittel 3.

1. Datainnsamling til den første komponenten (tiltak)

Datainnsamlingen under den første komponenten ble gjennomført ved hjelp av et spørreskjema (vedlegg 2 til RePS) som skulle fylles ut av så mange av dem som jobber med forebygging som mulig, for å gi grunnleggende informasjon om de forebyggende tiltakene de implementerer (inkludert:

⁴ Selv om *standardene* bruker begrepet «strategi» når den refererer til selvstendige programmer eller policyer, ble det i tilfellet med piloten i Norge besluttet å benytte begrepet «tiltak», da det ble vurdert som mer presist av de nasjonale aktørene.

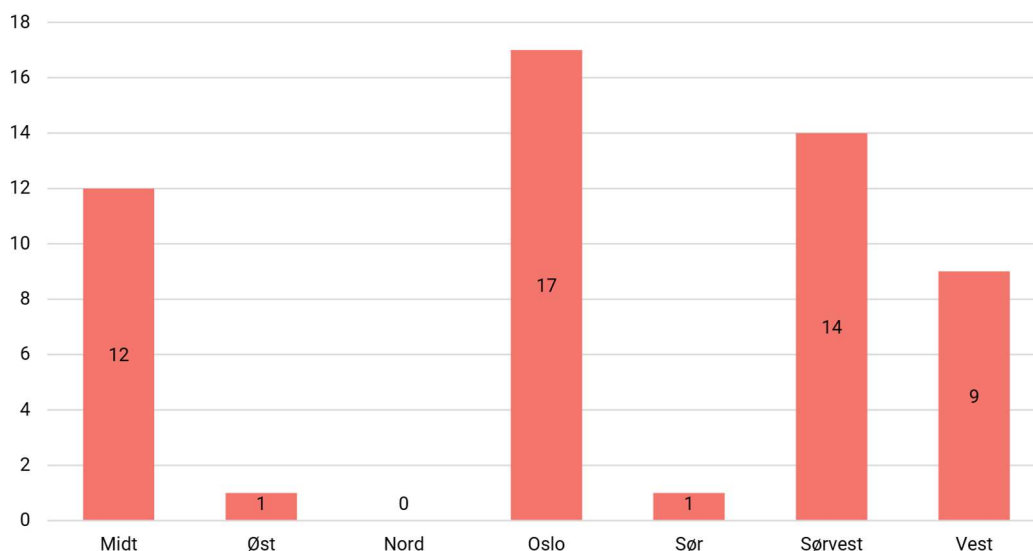
alderen på målgruppen, implementeringssetting, risikonivået man rettet seg mot, en kort beskrivelse av tiltakene, om, og hvordan, tiltakene hadde blitt evaluert, samt støttende dokumentasjon).

I det norske pilotprosjektet lente datainnsamlingen under den første komponenten seg tungt på støtten fra KORUS Oslo, samt fra alle de andre KORUS-ene i landet. Det var KORUS Oslo som informerte og mobiliserte alle de andre KORUS-ene etter lanseringen og presentasjonen, og som avklarte prosessen og økte bevisstheten om og interessen for pilotprosjektet ytterligere. Det var også de som oversatte spørreskjemaet til norsk, laget en nettversjon og testet det ut i praksis blant noen kolleger. Da spørreskjemaet på nett var klart, ble alle KORUS-ene bedt om å ta kontakt med flest mulig av dem som implementerer forebyggende tiltak av forskjellige slag.

Hver av disse fagfolkene fikk tildelt en «nøkkel», som identifiserte én enkelt respondent og gjorde det mulig å komme med detaljer for opptil tre tiltak. Respondentene kunne be om mer enn én nøkkel, noe enkelte også gjorde. Totalt ble det fordelt 99 nøkler, og 87 (81 prosent) ble benyttet, noe som ga detaljer om 187 tiltak.

Figur 1 viser hvor respondentene er fra, med utgangspunkt i de geografiske regionene som brukes av KORUS-ene. Slik det kan måles, var flertallet av respondentene fra Oslo (17), etterfulgt av regionene sørvest (14), midt (12) og vest (9). Det var bare én respondent fra region øst og sør og ingen fra region nord. Dette avviket kan antas å gjenspeile graden av støtte som de forskjellige KORUS-ene var i stand til å bidra med i prosessen. I tillegg ble det gjennomført en særskilt oppfølging med hensyn til gjennomføring av forebyggende tiltak i region nord, særlig blant samer, som bekreftet gjennomføringen av policyer og tiltak som er tilgjengelig nasjonalt.

Figur 1. Respondenter fordelt etter geografisk region



2. Datainnsamling for den andre komponenten (system)

Datainnsamlingen under den andre komponenten bygger på et annet spørreskjema (vedlegg 4 til RePS) som skulle fylles ut av enheter med mandat til å koordinere og administrere forebygging på nasjonalt nivå. Spørreskjemaet ber om informasjon om følgende seks elementer i et forebyggingssystem, hovedsakelig basert på kjennetegnene til et effektivt forebyggingssystem som beskrevet i kapittel 3 i standardene:

1. En rekke tiltak og retningslinjer basert på kunnskap
2. Støttende policy og lovgivende rammeverk
3. Evidensbasert planlegging og bruk av forskning
4. Koordinering mellom ulike sektorer og nivåer
5. Sterkt leveransesystem
6. Bærekraft

Dette spørreskjemaet var på engelsk og ble ikke oversatt. Det ble distribuert som en elektronisk fil av Helse- og omsorgsdepartementet til følgende departementer: Helse- og omsorgsdepartementet, Kunnskapsdepartementet, Kultur- og likestillingsdepartementet, Justis- og beredskapsdepartementet, Arbeids- og inkluderingsdepartementet, Kommunal- og regionaldepartementet og Barne- og familiedepartementet. Følgende departementer fylte ut og returnerte spørreskjemaet: Helse- og omsorgsdepartementet og Barne- og familiedepartementet. I tillegg har Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet kommet med innspill.

B. Screening

Informasjonen fra dem som jobber med forebygging, om forebyggende tiltak implementert i landet (første komponent), ble undersøkt av en komité bestående av to ansatte fra KORUS Oslo og én fra UNODC.

I den første fasen undersøkte komiteen hver av rapporteringene for å vurdere om det var mulig å vurdere dem som unike forebyggende tiltak. Dette førte til at en rekke rapporteringer ble forkastet:

- Fem rapporteringer ga en beskrivelse av et tiltak som var en del av behandling og omsorg (inkludert skadereduksjon) og ikke forebygging av rusmiddelbruk som definert i standardene (dvs. med sikte på å unngå eller utsette rusmiddelbruk og/eller progresjon til ruslidelser).
- Seks rapporteringer hadde så lite informasjon at det ikke var mulig å vurdere dem (f.eks. bare en overskrift).
- Tre rapporteringer beskrev planlagte, ikke pågående, tiltak.

Det skal bemerkes at selv om komiteen inkluderte personer med omfattende kunnskap om forebygging i Norge, samt et bredt kontaktnettverk, var det ikke alltid mulig å be om ytterligere informasjon, og det hendte at ytterligere informasjon uteble. Enkelte tiltak fikk derfor lavere vurdering grunnet mangelfull beskrivelse og/eller mangel på støttende dokumentasjon.

I tillegg ble en rekke rapporteringer slått sammen, da de beskrev forskjellige innsatser innenfor ett enkelt tiltak (to rapporteringer ble slått sammen til ett tre ganger, og tre rapporteringer ble slått sammen til ett én gang). Det gikk også motsatt vei, ved at en rekke rapporteringer ble delt, da de

beskrev klart forskjellige tiltak under én enkelt rapportering (sju rapporteringer ble delt i to, mens én ble delt i fem).

I fase to ble det klart at enkelte av rapporteringene beskrev den lokale implementeringen i en bestemt kommune/region av en policy / en tjeneste / et tiltak som er implementert nasjonalt. Disse 21 tiltakene ble ikke vurdert separat. De ble isteden erstattet av ett enkelt tiltak, og kvaliteten på dette ble vurdert som implementert i alle regioner.

Valget mellom hvilke tiltak som faktisk ble implementert nasjonalt, ofte med et rettslig pålegg, og hvilke tiltak som bare ble «tilbudt» nasjonalt og faktisk implementert bare på bestemte steder, var basert på kunnskapen til KORUS, triangulert med informasjon tilgjengelig på nett der det var mulig og relevant.

Noen eksempler på tiltak som ble erstattet på denne måten, inkluderer rapporteringene om lokal implementering av: AKAN-modellen på arbeidsplassen, alkoholloven på skjenkesteder og de nasjonale retningslinjene for skoler og for psykisk helsehjelp til barn.

Som en tredje fase av undersøkelsen ble det klart at mange av de beskrevne tiltakene ikke var tiltak i seg selv, men snarere en del av all den innsats som er nødvendig for å opprettholde en implementeringsstruktur som faktisk leverer tiltak (for eksempel: opplæring av rådgivere).

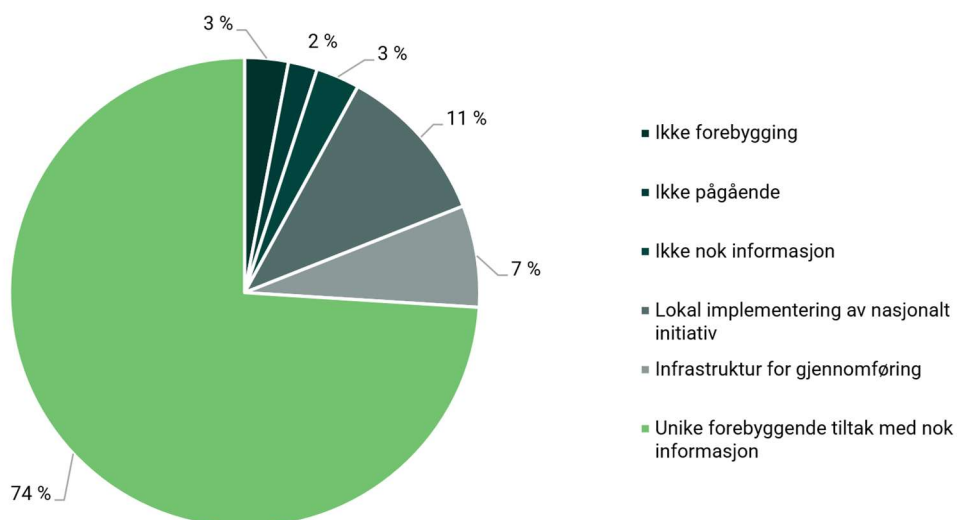
Disse 14 tiltakene ble ikke vurdert, men informasjonen ble matet inn i vurderingen av implementeringsstrukturen til det nasjonale forebyggingssystemet, som gjennomføres under den andre grunnleggende komponenten i RePS. Eksempler på denne typen omfatter: opplæring og lokal koordinering av AKAN-aktører; veiledning, nettverksbygging, opplæring i hasjavvenningsprogrammet HAP; koordineringsmøter for SLT eller andre tverretatlige samarbeidsmodeller; opplæring i ledelse av ungdomsgrupper av typen Sisterhood/Brotherhood og HKH-modellen.

I tillegg bidro komiteen med 17 ytterligere tiltak, herunder

- modeller/retningslinjer som er implementert på nasjonalt nivå
- retningslinjer eller tiltak som hadde blitt identifisert som effektive i standardene, men som respondentene ikke hadde oppgitt informasjon om i spørreskjemaet (f.eks. svangerskapstjenester for gravide)
- andre tiltak knyttet til, men ikke beskrevet av, respondentene i spørreskjemaet

Av totalt 187 rapporteringer (inkludert de som ble slått sammen og delt opp), sto man igjen med 130 rapporteringer (74 prosent) som beskrev tiltak med spesielt fokus på forebygging og med nok informasjon til at det var mulig å vurdere i hvilken grad de var evidensbaserte. Figur 2 viser en oversikt over andelen rapporteringer som ble forkastet i de ulike fasene av undersøkelsen.

Figur 2. Andelen rapporteringer som ble forkastet i de ulike fasene av undersøkelsen



C. Kategorisering

Under undersøkelsen kategoriserte også komiteen hvert tiltak i henhold til alder, risikonivå og implementeringssetting.

1. Alder

Hvert tiltak ble kategorisert i henhold til alderen til gruppen tiltaket ble rettet mot, som i tråd med UNODC/WHO's internasjonale standarder for forebygging av rusmiddelbruk, og i forbindelse med denne studien og dokumentet, ble definert som følger: graviditet, spedbarnsalder (0 til 2/3 år), tidlig barndom (2/3 til 5/6 år), barneskolealder (6 til 9/10 år), tidlig ungdom (10/11 til 13/14 år), eldre ungdom (14/15 til 18/19 år), ungdom (19/20 til 25 år), voksen alder (25 til 65 år) og eldre (over 65 år).

Hvis et tiltak var rettet mot mer enn én aldersgruppe, ble det gjort rede for i hver av aldersgruppene det ble rettet mot. Som en konsekvens av dette ser det i alle grafene etter alder ut til å være flere tiltak enn totalen. Selv om tiltakene rettet mot voksne for det meste kunne tas for å implisitt være rettet mot eldre, ble bare policyer (for eksempel alkoholpolitikk) og tiltak som eksplisitt nevner personer over 65 år som målgruppe, kategorisert som sådan.

2. Risikonivå

Hvert tiltak ble kategorisert i henhold til risikonivået til målgruppen, som i tråd med standardene, og for formålene med denne studien og dette dokumentet, ble definert som følger: universelle: tiltak rettet mot en populasjon som helhet (f.eks. alle elever); selektive: tiltak rettet mot en gruppe som har en risiko som er betydelig over gjennomsnittet (f.eks. elever i sosialt marginaliserte samfunn); og indikative: tiltak rettet mot utsatte enkeltpersoner, herunder personer som kan ha begynt å eksperimentere og derfor har særlig risiko for å utvikle lidelser. Flerkomponenttiltak rettet mot grupper på ulike risikonivåer ble kategorisert som «multinivå»-tiltak.

3. Settinger

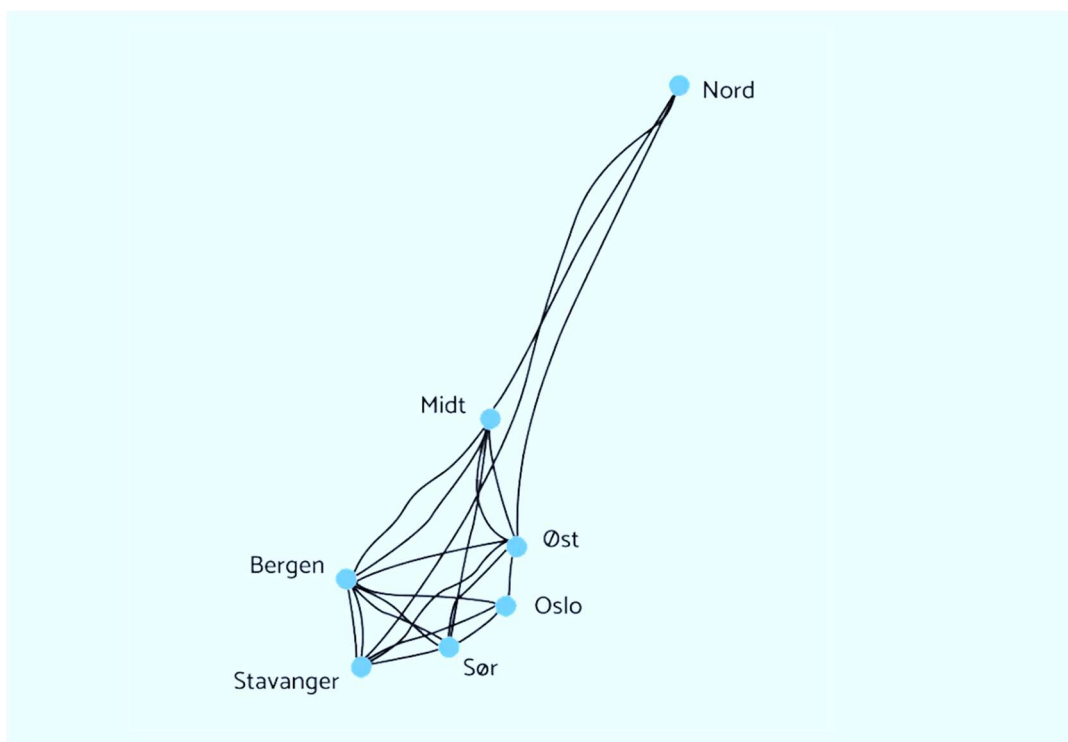
Hvert tiltak ble kategorisert i henhold til settingen der det ble rapportert å være implementert: familie, skole, arbeidsplass, helsesetting eller lokalsamfunn

I tråd med UNODC/WHOs internasjonale standarder for forebygging av rusmiddelbruk, og i forbindelse med denne studien og dette dokumentet, ble settingen «lokalsamfunn» brukt til å omfatte arenaer som ungdomssentre, gater, skjenkesteder, medier osv. Det skal bemerkes at foreldre/omsorgspersoner/familier kan nås i forskjellige settinger. Men hvis et tiltak ble implementert med foreldre i en helsesetting, eller i skoler, ble det fortsatt kategorisert som å ha blitt implementert i settingen «familie». Til slutt ble flerkomponenttiltak implementert i forskjellige settinger kategorisert som «multisetting»-tiltak.

4. Geografisk implementeringsregion

Hvert tiltak ble kategorisert etter hvilken region det var implementert i. I den forbindelse benyttet man KORUS-regionene: midt, øst, nord, Oslo, sør, sørvest og vest. Se figur 3. Tiltak som ble rapportert å være implementert i alle regioner eller nasjonalt, ble kategorisert som «nasjonale» og redegjort for i hver av regionene.

Figur 3. KORUS-regioner



D. Analyse

1. Analyse av den første komponenten (tiltak)

I denne delen av analysen ble hvert tiltak som var undersøkt, og funnet å være et unikt pågående forebyggende tiltak med tilstrekkelig informasjon, vurdert med hensyn til i hvilken grad det var evidensbasert på grunnlag av standardene og i henhold til metoden beskrevet i vedlegg 3 til RePS og illustrert i figur 4.

Tiltak som ble vurdert som «evidensbaserte», var de som ble evaluert til å være effektive, også muligens i lokal/nasjonal kontekst, på grunnlag av dokumentert sterk vitenskapelig metode (kasuskontroll eller sterkere) og som rapporterte positive resultater med tanke på reduksjon av debut, bruk eller progresjon. Tiltak rettet mot barn under 10 år kunne rapportere positive resultater når det gjelder intermedieære variabler, i henhold til vedlegg 6 i RePS. Tiltak som gir dokumentasjon på en planlagt eller pågående evaluering, med en sterk metode som studerer relevante utfall som beskrevet ovenfor, ble vurdert som «innovative».

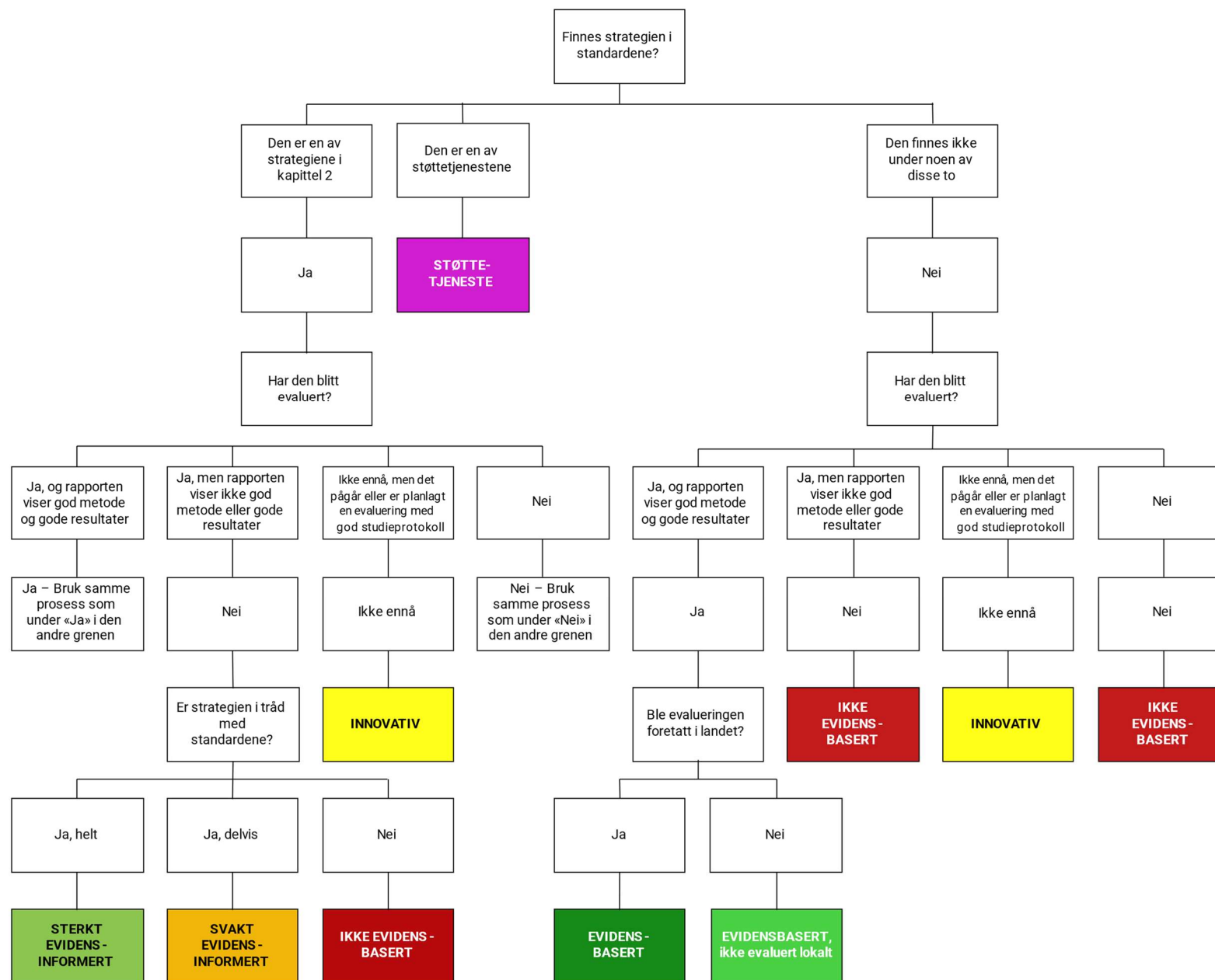
Tiltak som ble vurdert å være «støttetjenester», i henhold til vedlegg 1 i RePS, ble kodet som sådan og ikke ytterligere analysert.

Et tiltak uten evaluering ble videre vurdert avhengig av om det var et tiltak inkludert i kapittel 2 av standardene som et av de som hadde vist seg å være effektive. Hvis dette ikke var tilfellet, ble tiltaket kodet som «ikke-evidensbasert». Hvis dette var tilfellet, ble tiltaket sammenlignet med listen over kjennetegn inkludert i standardene som er assosiert med positive, ingen eller negative utfall. Avhengig av hvilke kjennetegn som fremgikk av dokumentasjonen, ble tiltaket vurdert som «sterkt evidensinformert», «svakt evidensinformert» eller «ikke-evidensbasert».

Tiltakene ble deretter analysert etter alder, risikonivå og implementeringssetting, både nasjonalt og etter region. Resultatene av analysen presenteres i kapittel III nedenfor og ble matet inn i analysen av den andre komponenten i vurderingen.

En viktig begrensning i metoden fremgår av det faktum at enkelte tiltaks vurdering kan ha blitt dårligere fordi det er «enkeltiltak» som er enheten i analysen. For eksempel vil et rusforebyggende undervisningstiltak som gir «kun informasjon», ikke anses som evidensbasert i henhold til standardene. Men hvis et annet tiltak skulle gjennomført en komponent med «interaktiv trening av personlige og sosiale ferdigheter» til samme målgruppe, kan de to være en del av en evidensinformert pakke. Der det har vært dokumentert at to tiltak når ut til samme målgruppe, er dette blitt tatt i betraktning (f.eks. opplæring av ansatte på skjenkesteder), også gjennom sammenslåing. Som nevnt ovenfor var dette imidlertid ikke alltid mulig på grunnlag av informasjonen som ble gitt, og oppfølgingen ikke tilførte tilstrekkelig dokumentasjon.

Figur 4. Oversikt over vurderingsprosessen



2. Analyse av den andre komponenten (systemet)

Denne delen av analysen benyttet metodikken beskrevet i vedlegg 5 av RePS, som beskriver et sett med seks elementer og 17 tilhørende kriterier. Disse er hovedsakelig basert på kapittel 3 i standardene, som må oppfylles for at et nasjonalt forebyggingssystem skal anses å støtte opp om evidensbasert forebyggingspraksis og dermed være i tråd med standardene.

Analysen av tiltak i første del (beskrevet i kapittel III) og tilhørende kriterier utgjorde grunnlaget for analysen av det første av seks elementer i gjennomgangen av kvalitet på systemet (beskrevet i kapittel IV).

Analysen av de andre fem elementene og tilhørende sett med kriterier ble foretatt på grunnlag av informasjonen som er gitt i spørreskjemaene for systemet (vedlegg 4 i RePS), og sammenholdt med informasjon fra svarene fra spørreskjemaene om tiltakene (vedlegg 2 i RePS).

En positiv lærdom fra denne prosessen er at informasjonen i de såkalte «vedlegg 2-spørreskjemaene» bidro til analysen av denne andre komponenten i mye større grad enn forutsett i den opprinnelige metoden.

Et førsteutkast av analysen ble diskutert av komiteen for å sikre at informasjonen ikke hadde blitt feiltolket eller uriktig fremstilt.

KAPITTEL II

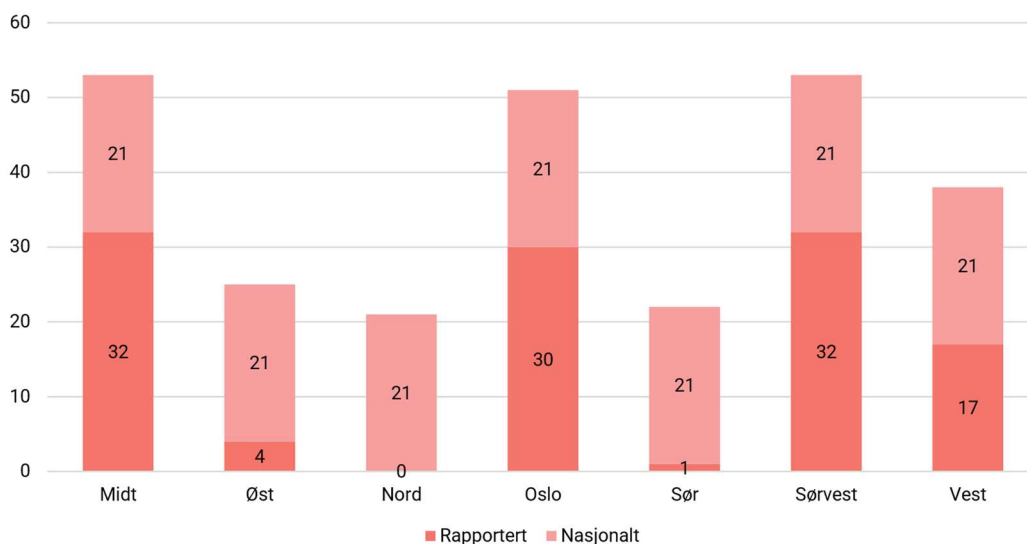
Generell informasjon

Undersøkelses- og kategoriseringsprosessen ga, sammen med respondentenes regioner, en oversikt over dekningen av ulike aktivitetstyper i landet.

A. Regioner

Regionene med flest rapporterte tiltak var midt og sørvest (32 tiltak hver), Oslo (30) og vest (17). Regionene øst, sør og nord rapporterer henholdsvis 4, 1 og 0 tiltak. Tjueen (21) tiltak ble rapportert å være implementert nasjonalt i alle regionene. Figur 5 oppsummerer dataene.

Figur 5. Tiltak etter implementeringsregion



Det lavere antallet tiltak som ble rapportert i visse regioner, kan ikke ses på som en indikasjon på et lavere volum av forebyggingsimplementering, da det er klart knyttet til antall respondenter som rapportert ovenfor. I tillegg ble alle regioner dekket av nasjonale retningslinjer og tiltak.

Som nevnt ovenfor ble det gjennomført en særskilt oppfølging med hensyn til gjennomføring av forebyggende tiltak blant samene i region nord. Selv om det ikke ble mottatt rapporter om spesifikke tiltak, bekreftet oppfølgingen implementering av retningslinjer og tiltak som er tilgjengelige nasjonalt.

Respondentene rapporterte spesifikke tiltak implementert i følgende 30 kommuner (i alfabetisk rekkefølge): Årdal; Askøy; Bjerkreim; Bjørnafjorden; Frøya og Hitra; Giske; Gjesdal; Hå; Hareid; Hjelmeland; Kvam; Lierne; Melhus; Midtre Gauldal; Oppdal; Ørland; Oslo; Øygarden; Rindal; Sandnes; Sokndal; Sola; Stavanger; Stjørdal; Stord; Suldal; Ullensvang; Verdal og Voss.

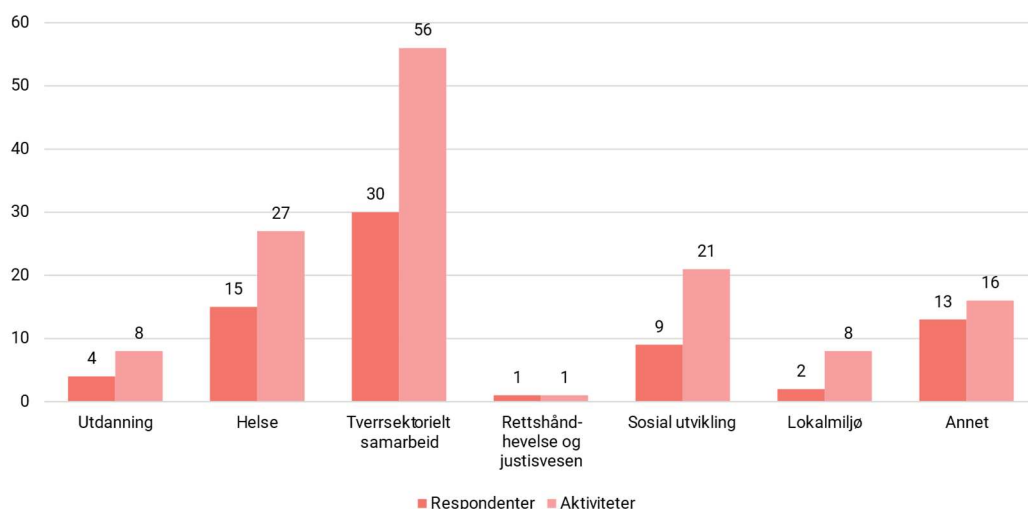
En begrensning av studien som bør bemerkes, er at det ikke var mulig å analysere dekningen av tiltakene med tanke på populasjon. Respondentene ble bedt om å oppgi informasjon om antall personer som ble nådd av hvert tiltak det siste året. På grunn av heterogeniteten i alder og kjennetegnene til målgruppene, samt det faktum at mer enn en tredjedel av tiltakene (47 tiltak, 34 prosent) ikke rapporterte noe estimat, var denne analysen imidlertid ikke mulig. Selv om vedlegg 2 etterspurte informasjon om to grunnleggende dimensjoner ved kvaliteten på tiltakene (kravet om opplæring og at det må finnes en mekanisme for å sikre metodetrofasthet i implementeringen), var det heller ikke mulig å inkludere analysen av disse to dimensjonene på dette stadiet.

B. Sektorene til respondentene

I spørreskjemaet ble respondentene bedt om å angi sektortilhørighet. De kunne velge mellom utdanning, helse, rettshåndhevelse og justisvesen, sosial utvikling, lokalsamfunn og annet. Ifølge figur 6 tilhørte de fleste respondentene helsesektoren (15 respondenter, som rapporterte om implementering av 17 tiltak), sosial utvikling (9 respondenter, som rapporterte om implementering av 21 tiltak) og utdanning (4 respondenter, som rapporterte om implementering av 8 tiltak). I tillegg har 1 respondent fra rettshåndhevende organ, 2 respondenter fra lokalsamfunnet og 13 andre respondenter rapportert om totalt 25 ytterligere tiltak.

De fleste av tiltakene (56) ble rapportert av de 30 respondentene som tilhørte SLT – Samordning av Lokale rus- og kriminalitetsforebyggende Tiltak, en modell for tverrsektorielt samarbeid som forbinder alle etatene fra alle sektorer som er engasjert i rusforebygging på lokalt nivå. Det ble derfor opprettet en ny kategori – «intersektorielt samarbeid» – for å anerkjenne denne spesifikke leveransemodaliteten i Norge, som også ble benyttet av andre tverrsektorielle samarbeid.

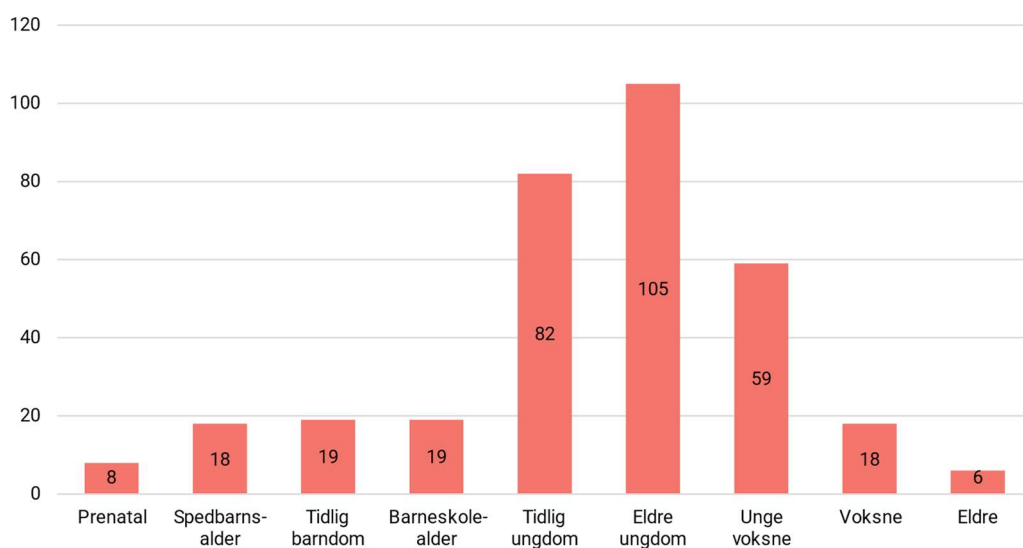
Figur 6. Respondenter og antall tiltak som er implementert per sektor



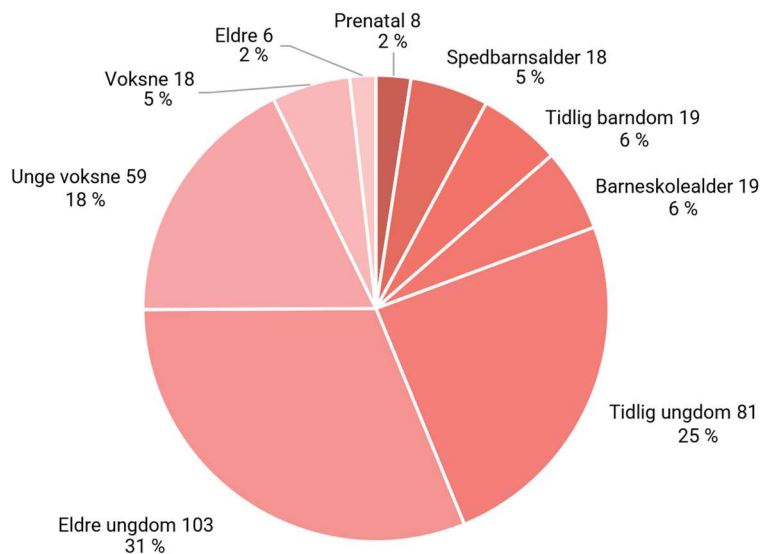
C. Alder

Figur 7 til 15 oppsummerer alderen som tiltakene er rettet mot, nasjonalt og i hver region. De fleste tiltakene rettes mot tidlig ungdom (86), eldre ungdom (113) og unge voksne (60). Disse etterfølges av et betydelig antall tiltak rettet mot prenatal (19), spedbarnsalder (23), tidlig barndom (24), barneskolealder (25) og voksen alder (25). Endelig ble det rapportert 10 tiltak rettet mot eldre. Denne generelle andelen ble opprettholdt i alle regioner, selv i region nord, der tiltakene bare omfattet dem som ble implementert nasjonalt. Det er imidlertid også implementering av tiltak rettet mot de ulike delene av barndommen, samt voksen alder og til og med eldre.

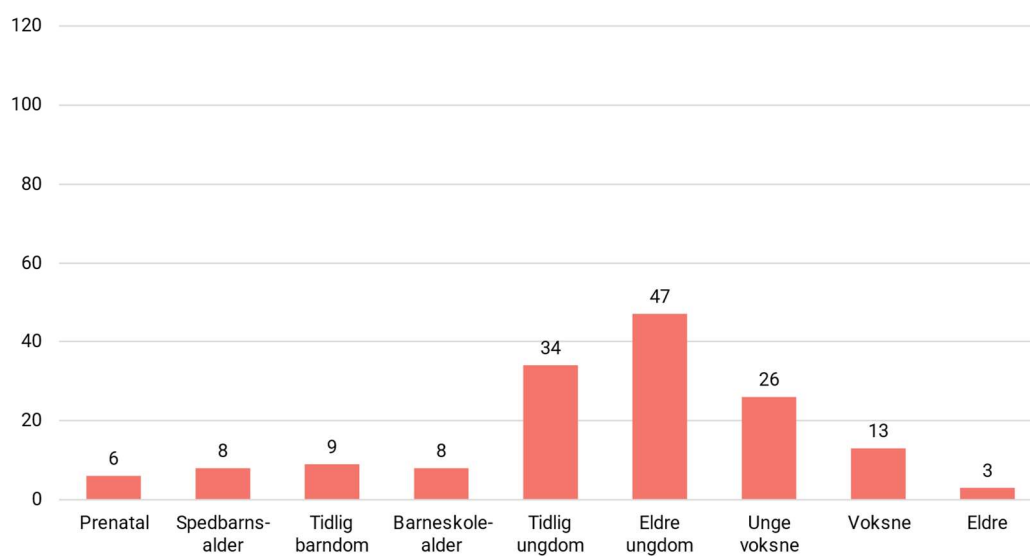
Figur 7. Antall implementerte tiltak etter alder – hele Norge



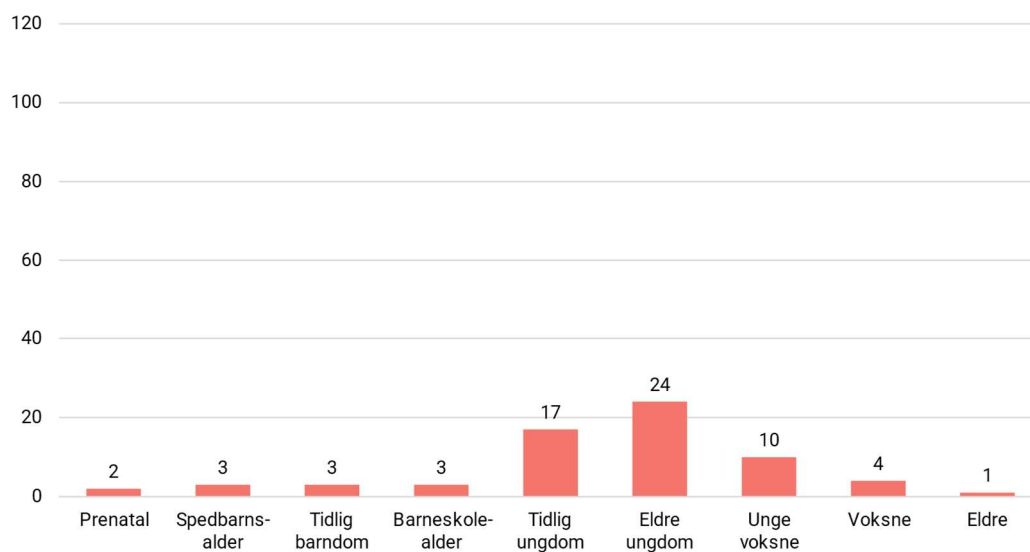
Figur 8. Antall og prosentandel implementerte tiltak etter alder – hele Norge



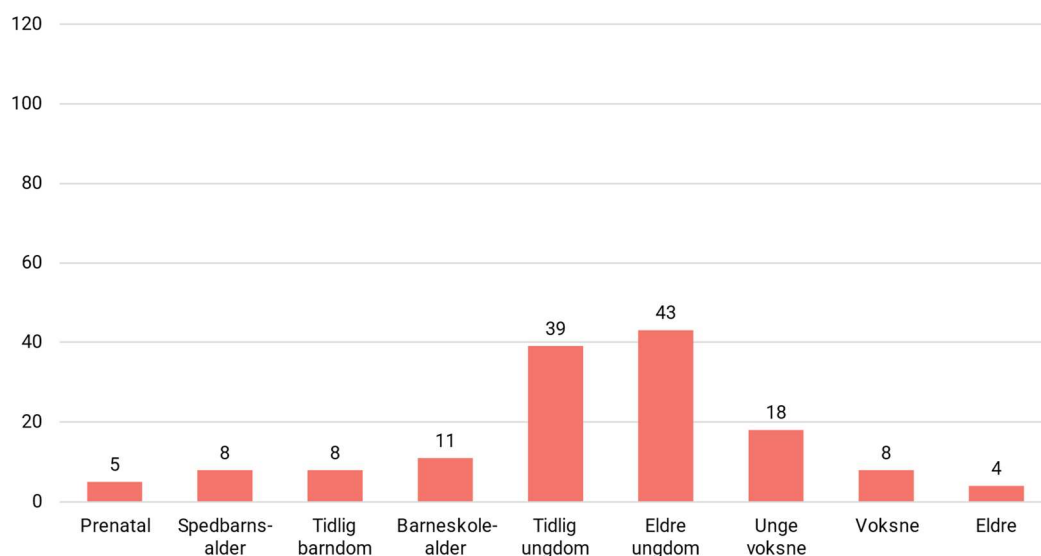
Figur 9. Antall implementerte tiltak etter alder – Region midt



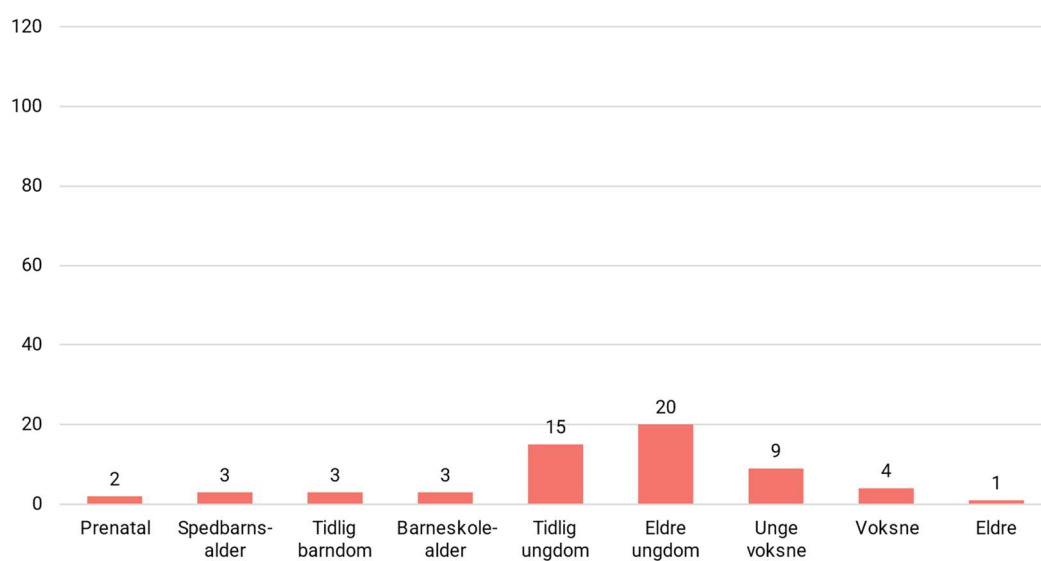
Figur 10. Antall implementerte tiltak etter alder – Region øst



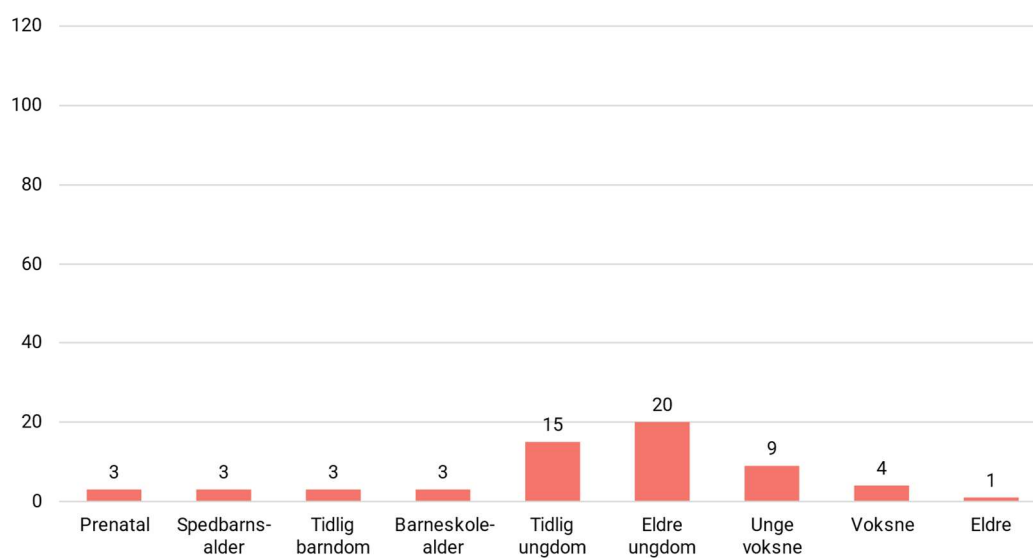
Figur 11. Antall implementerte tiltak etter alder – Region Oslo



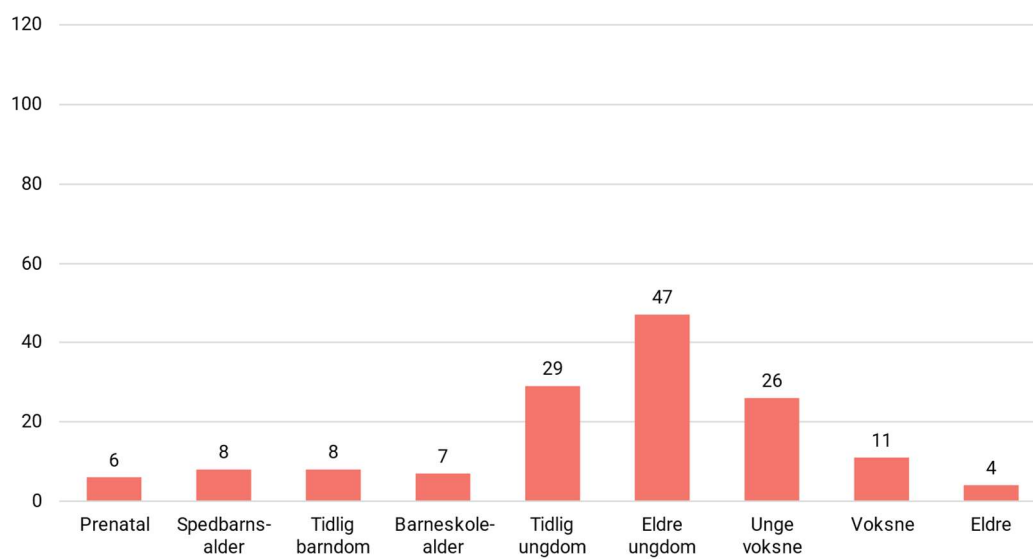
Figur 12. Antall implementerte tiltak etter alder – Region nord



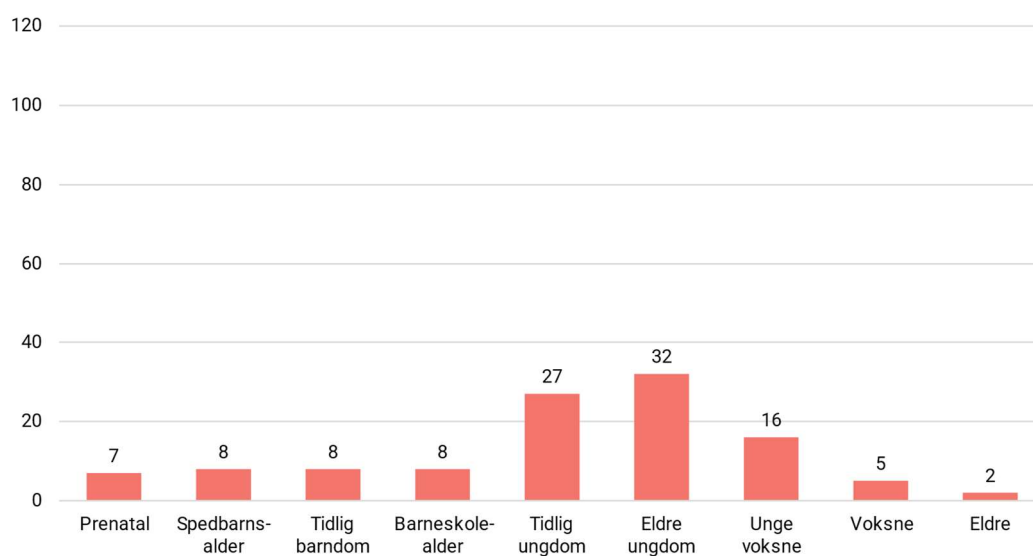
Figur 13. Antall implementerte tiltak etter alder – Region sør



Figur 14. Antall implementerte tiltak etter alder – Region sørvest



Figur 15. Antall implementerte tiltak etter alder – Region vest



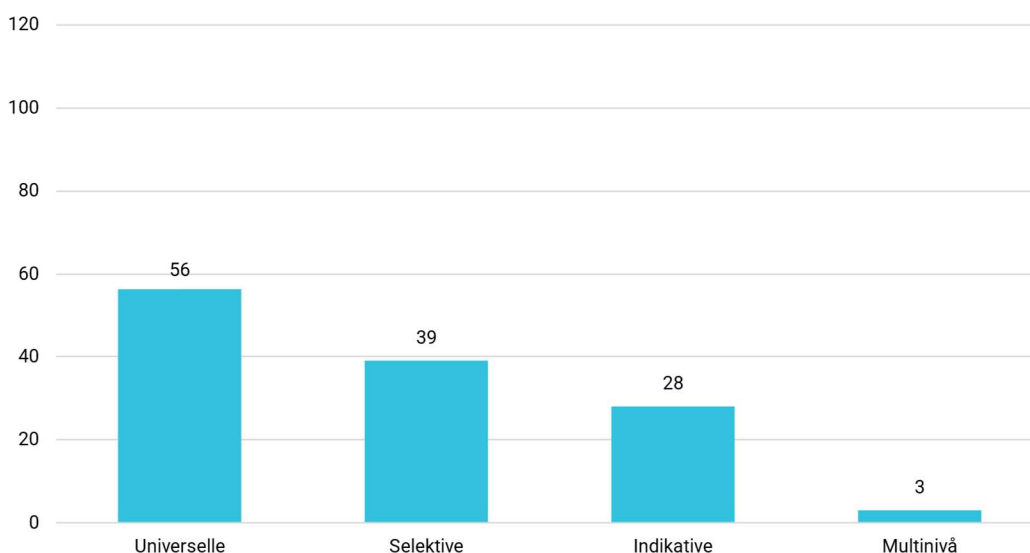
D. Risikonivåer

Figur 16 til 24 oppsummerer fordelingen av implementerte tiltak etter risikonivå, både nasjonalt og etter region. Samlet sett var de fleste tiltakene (56 tiltak, 45 prosent) implementert på universelt nivå, etterfulgt av selektive tiltak (39 tiltak, 31 prosent), indikative tiltak (28 tiltak, 22 prosent) og multinivåtiltak (3 tiltak, 2 prosent).

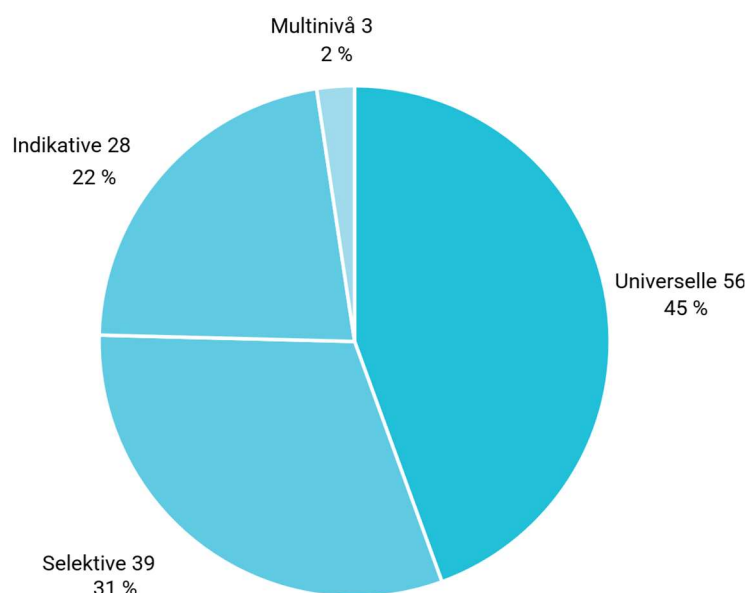
En oversikt over rapporteringene indikerte at universelle tiltak for det meste var utført av de som jobbet med barn i skolen og med foresatte, mens selektive tiltak var de som jobbet i lokalsamfunnet med ungdom i faresonen og noen med foresatte. Indikative tiltak besto for det meste av ulike måter å tilby screeninger på, kortvarige tiltak og henvisning til behandling i ulike settinger (lokalsamfunn, skole, helsetjenester). Til slutt gjensto det noen få tiltak med aktiviteter på ulike nivåer som var integrert på en slik måte at de ikke kunne deles opp i grupper. Disse inkluderte AKAN-modellen, som tilbyr tjenester på arbeidsplassen. Denne er i tråd med beskrivelsen av arbeidsplassprogrammer som er knyttet til positive resultater. I tillegg ble to andre tiltak kategorisert som «multinivå»-tiltak: oppsøkende tjenester i en bestemt kommune og et program for å tilby tjenester til eldre.

Interessant nok er fordelingen i de enkelte regionene forskjellig, med en overvekt av universelle og indikative tiltak, og færre selektive. Dette skyldes fordelingen av nasjonale tiltak som det er gjort rede for i hver region, i tillegg til de som er spesifikt rapportert å ha blitt implementert i regionen. Fordelingen av tiltak som gjennomføres på nasjonalt nivå, fremkommer tydelig i figur 20, som viser til region nord. Som nevnt ovenfor var det ingen respondent fra region nord som ga informasjon om tiltak implementert i regionen, og regionen er derfor kun representert ved tiltak implementert på nasjonalt nivå. Interessant nok var det blant disse ingen rapporterte tiltak på selektivt nivå.

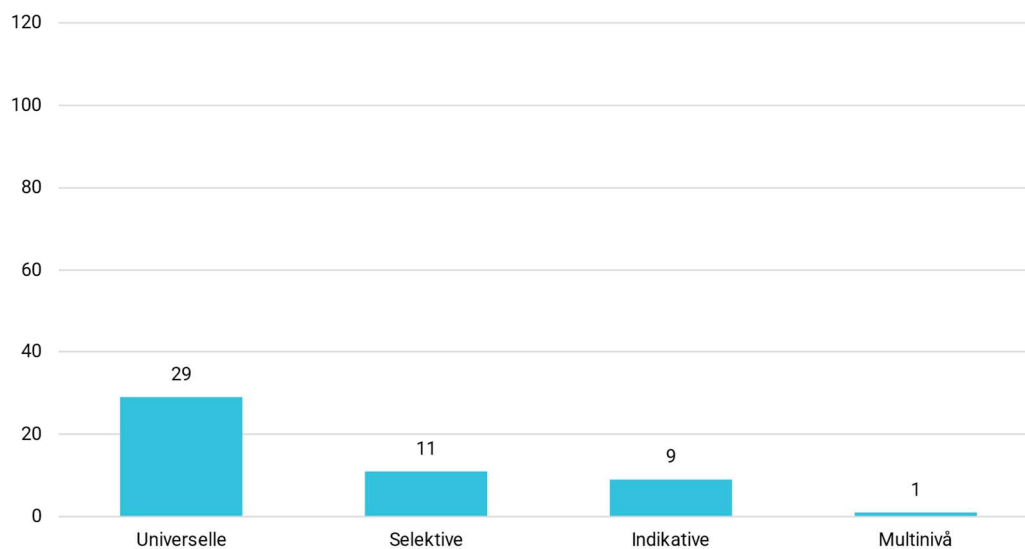
Figur 16. Antall implementerte tiltak etter risikonivå – hele Norge



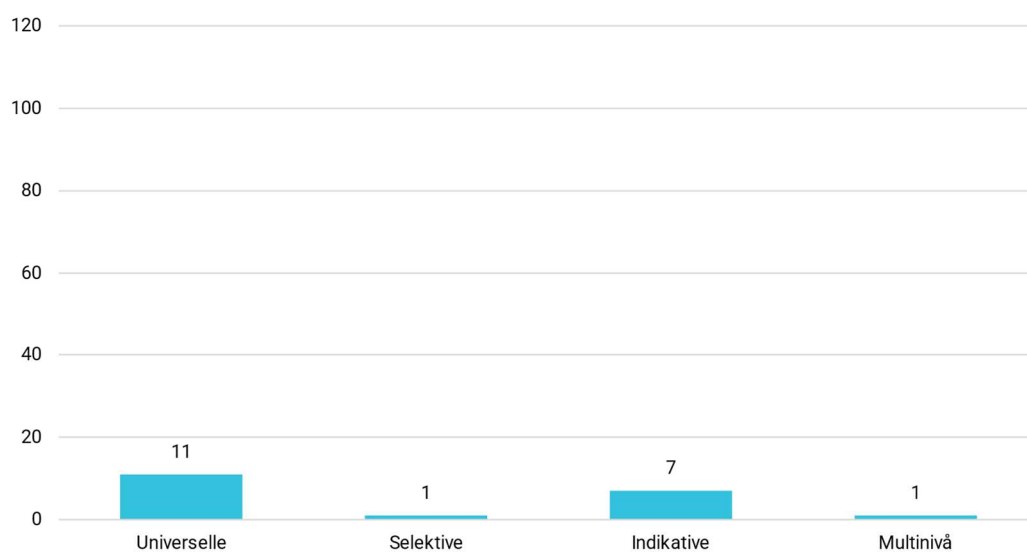
Figur 17. Antall og prosentandel implementerte tiltak etter risikonivå – hele Norge



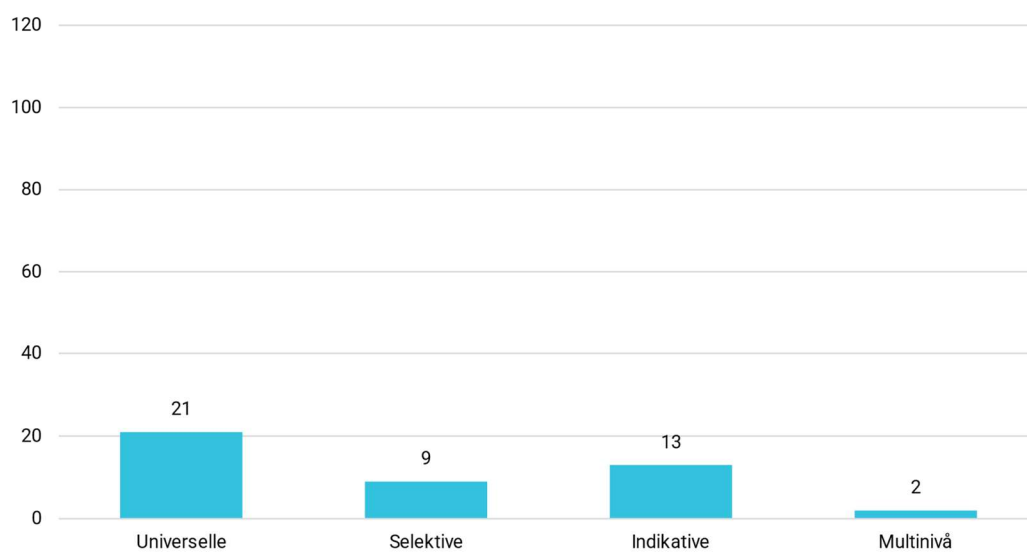
Figur 18. Antall implementerte tiltak etter risikonivå – Region midt



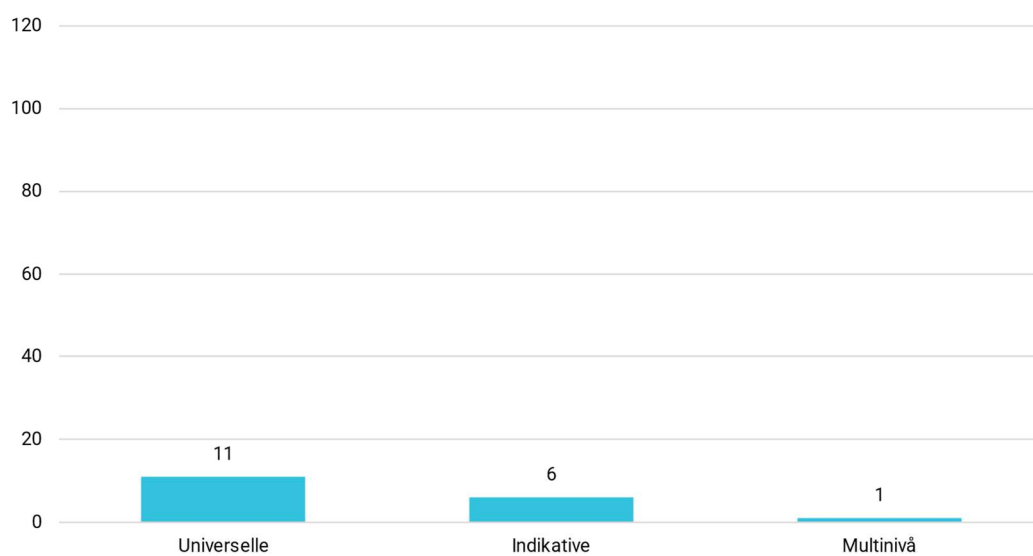
Figur 19. Antall implementerte tiltak etter risikonivå – Region øst



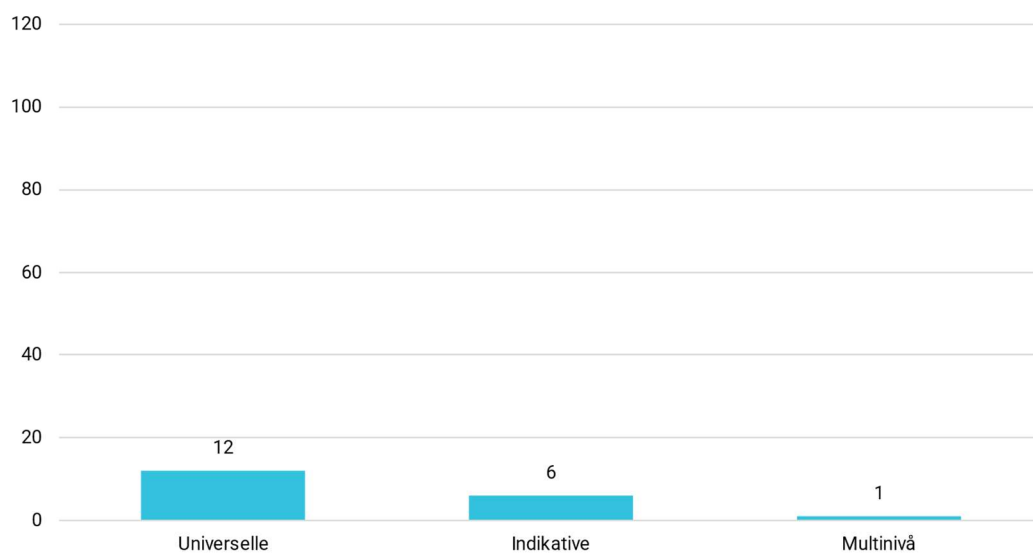
Figur 20. Antall implementerte tiltak etter risikonivå – Region Oslo



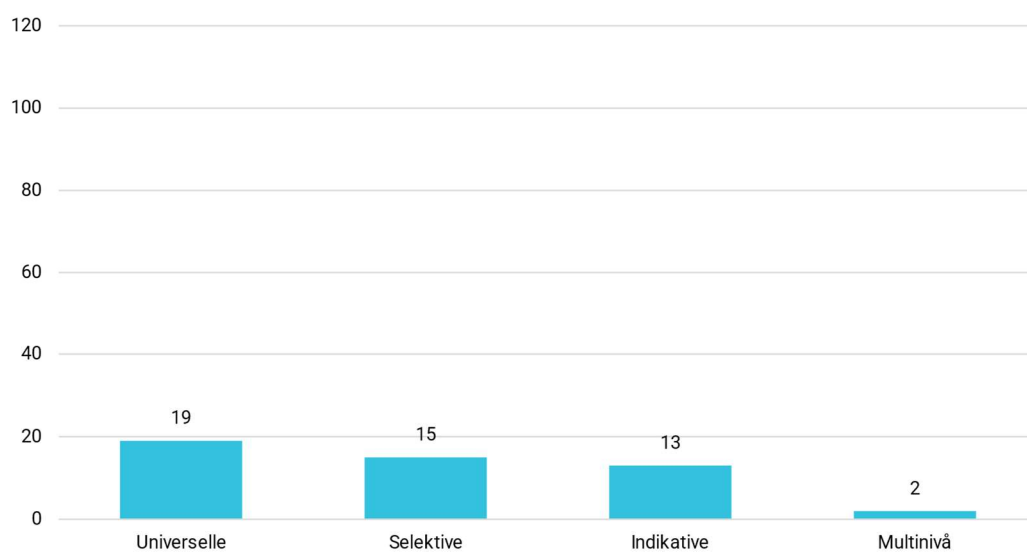
Figur 21. Antall implementerte tiltak etter risikonivå – Region nord (nasjonalt)



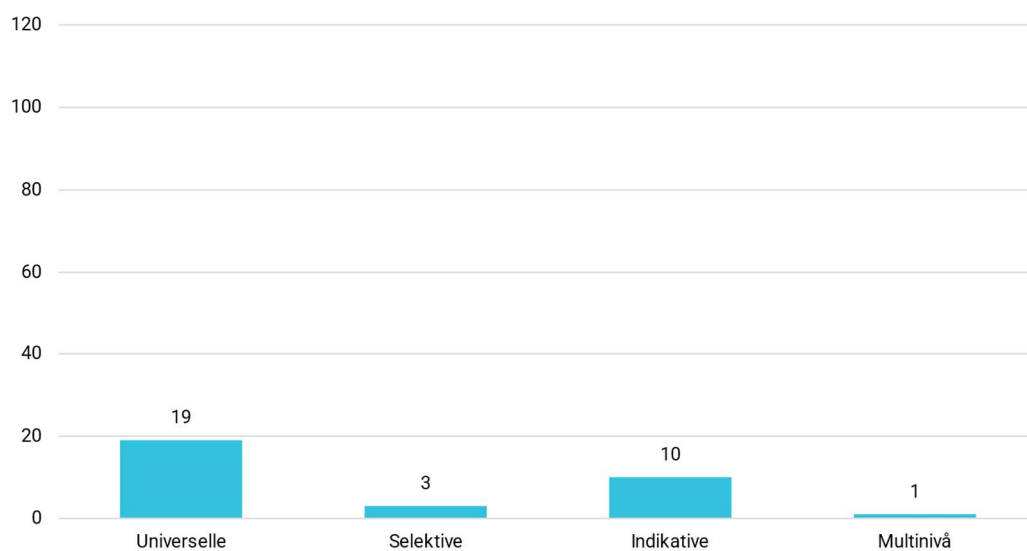
Figur 22. Antall implementerte tiltak etter risikonivå – Region sør



Figur 23. Antall implementerte tiltak etter risikonivå – Region sørvest



Figur 24. Antall implementerte tiltak etter risikonivå – Region vest



E. Implementeringssetting

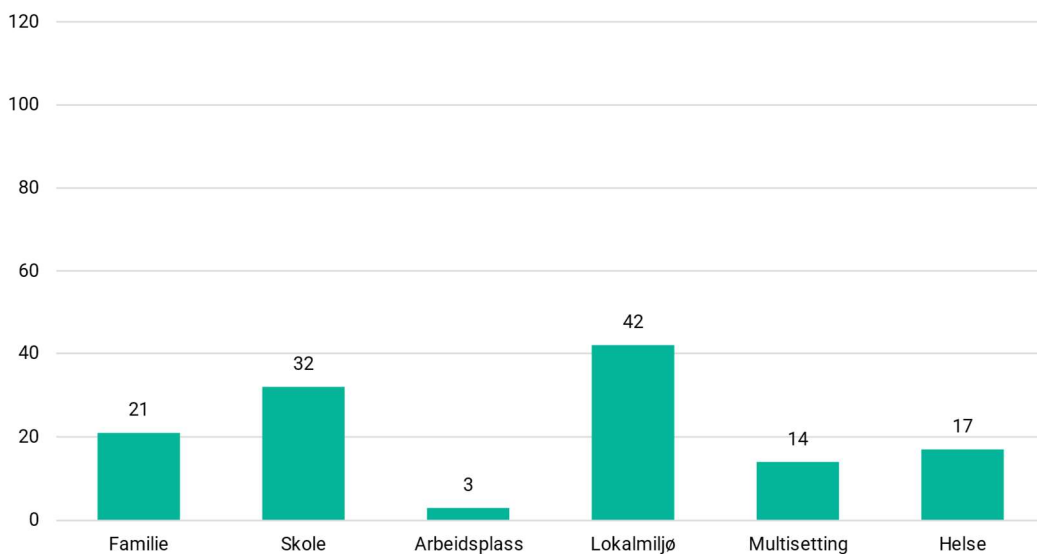
Figur 25 til 33 oppsummerer fordelingen av implementerte tiltak etter implementeringssetting, både nasjonalt og etter region.

Nasjonalt ble de fleste tiltakene rapportert å være implementert i lokalsamfunnet (42 tiltak, 33 prosent) og i skoler (32 tiltak, 25 prosent). Dette ble etterfulgt av et betydelig antall tiltak implementert i familier (21 tiltak, 16 prosent) og i helsesettinger (17 tiltak, 13 prosent). Det var bare et fåtall som var multisetting-tiltak (14 tiltak, 11 prosent), eller som ble implementert på arbeidsplassen (3 tiltak, 2 prosent).

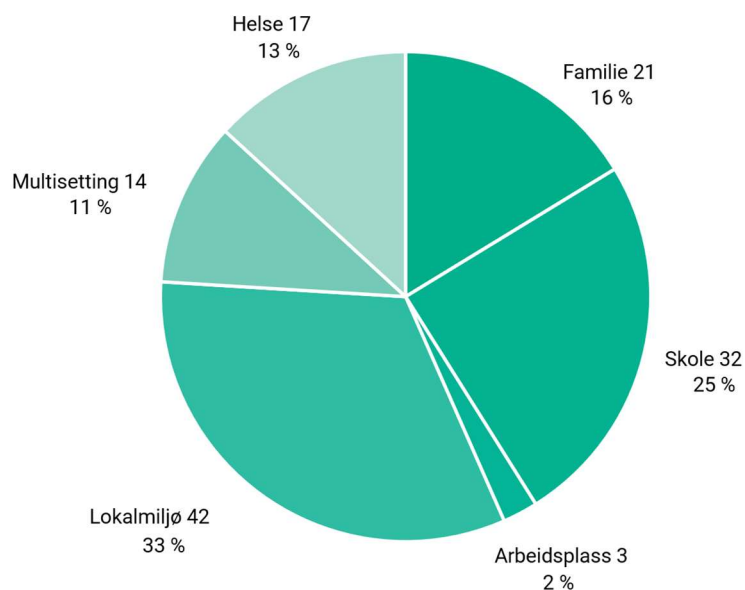
Dette nasjonale mønsteret gjentok seg i regionene som rapporterte flere tiltak (Oslo, sørvest), mens regioner som rapporterte færre tiltak, som midt, øst, nord (nasjonalt) og sør rapporterte en jevnere spredning, noe som gjenspeiler spredningen av tiltak implementert nasjonalt.

Både nasjonalt og i alle regionene ble det rapportert tiltak i alle settinger. Det skal også bemerkes at et lavt antall tiltak ikke nødvendigvis betyr lavere dekning: For eksempel er AKAN-modellen, nevnt ovenfor med tiltak på arbeidsplassen, implementert nasjonalt på utallige steder, selv om det regnes som ett enkelt tiltak.

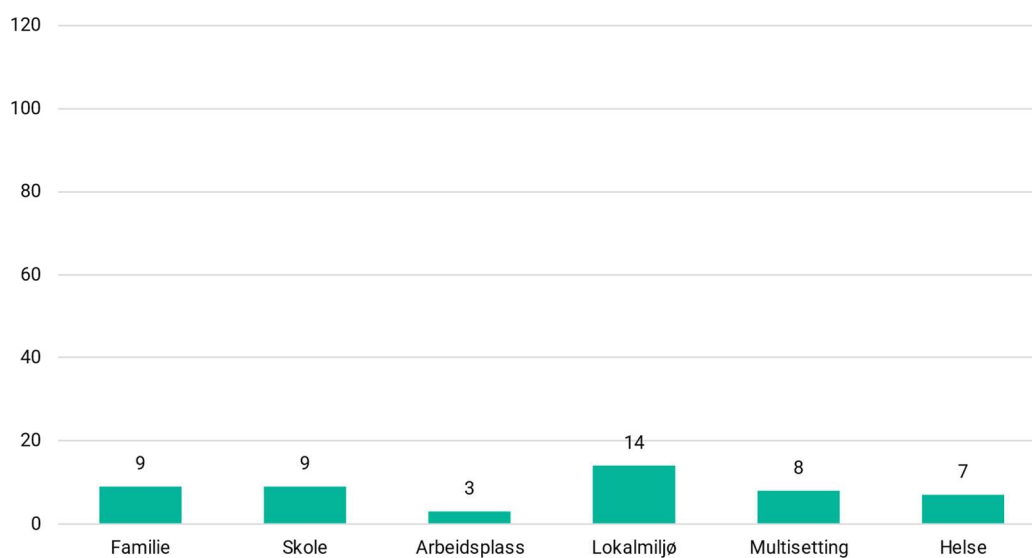
Figur 25. Antall implementerte tiltak etter setting – hele Norge



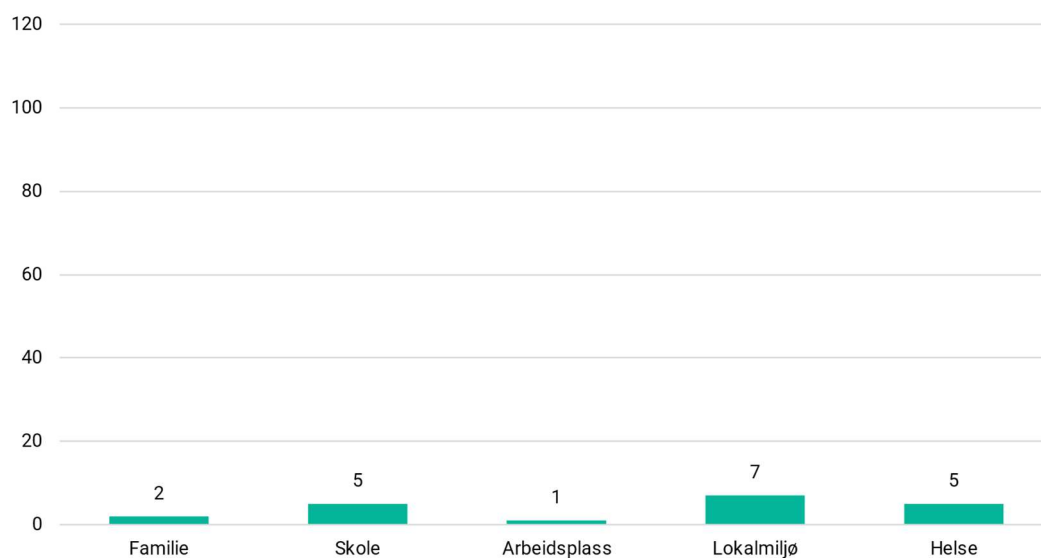
Figur 26. Antall og prosentandel implementerte tiltak etter implementeringssetting – hele Norge



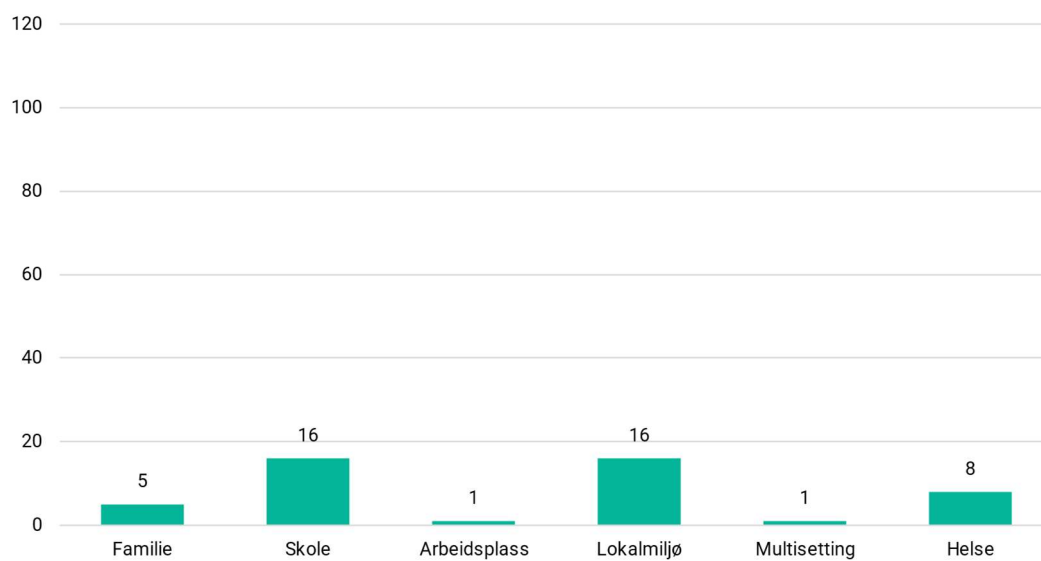
Figur 27. Antall implementerte tiltak etter implementeringssetting – Region midt



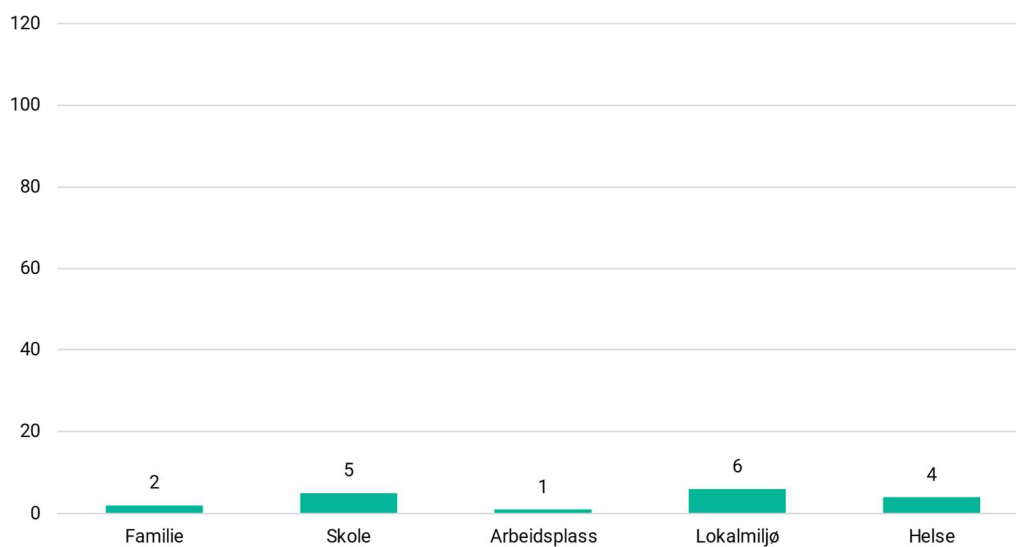
Figur 28. Antall implementerte tiltak etter implementeringssetting – Region øst



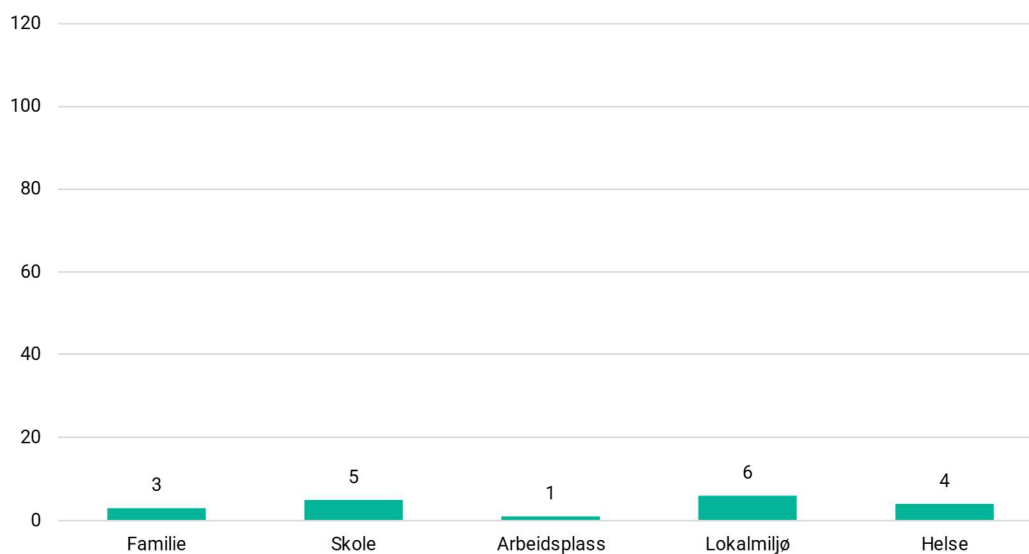
Figur 29. Antall implementerte tiltak etter implementeringssetting – Region Oslo



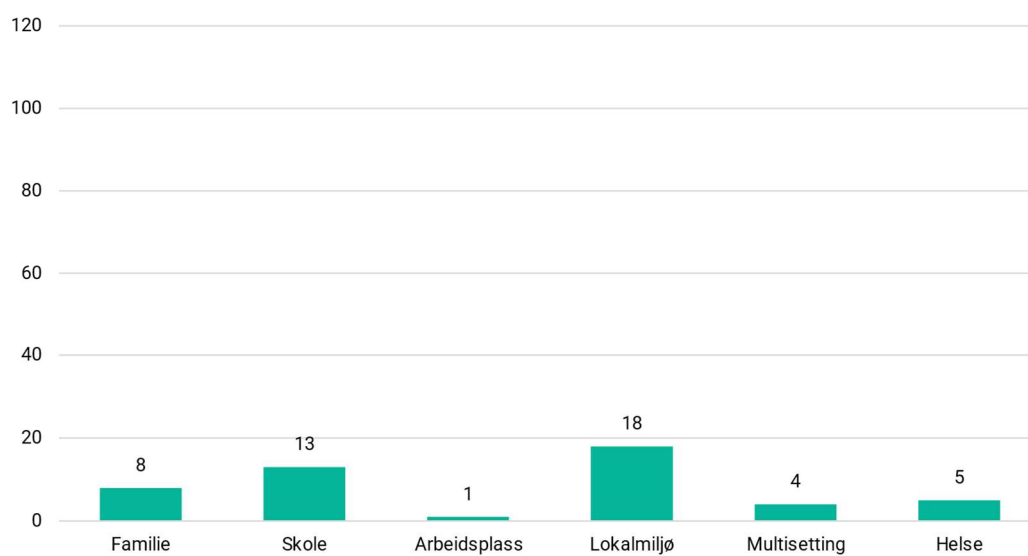
Figur 30. Antall implementerte tiltak etter implementeringssetting – Region nord (nasjonalt)



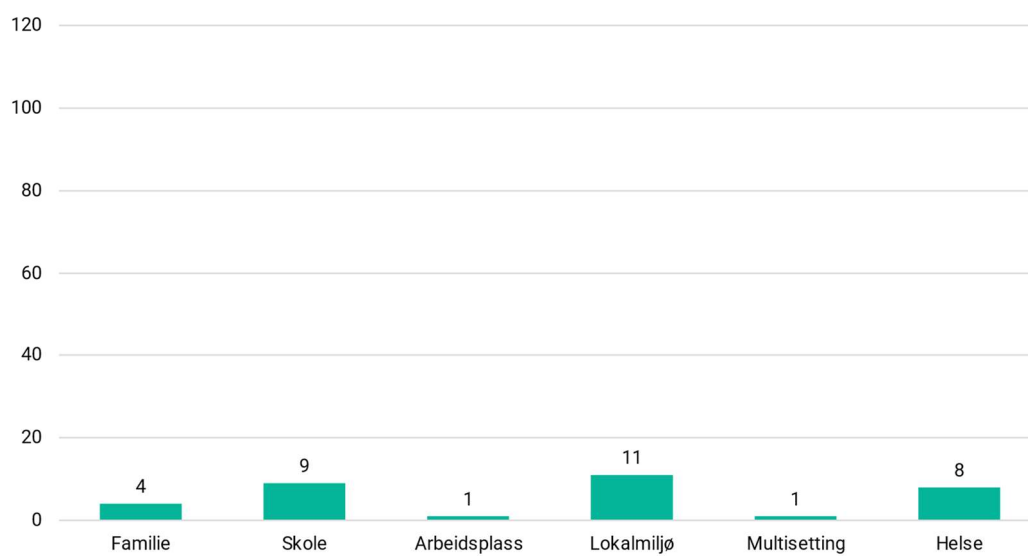
Figur 31. Antall implementerte tiltak etter setting – Region sør



Figur 32. Antall implementerte tiltak etter setting – Region sørvest



Figur 33. Antall implementerte tiltak etter setting – Region vest



KAPITTEL III

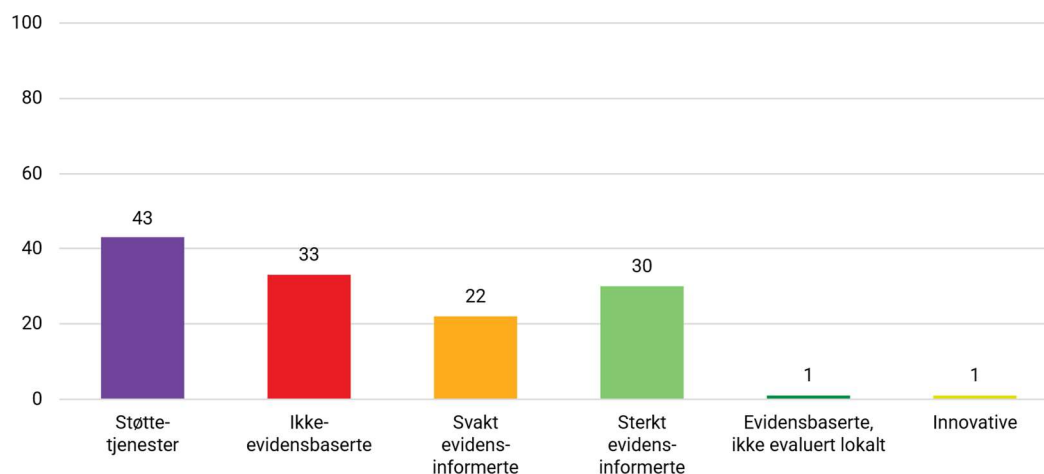
Kvaliteten på tiltakene

Dette avsnittet beskriver resultatene av vurderingsprosessen for den første komponenten av gjennomgangen utført med metoden beskrevet i kapittel I ovenfor. Antallet og prosentandelene av tiltakene presenteres etter kvalitet, først samlet, og deretter brutt ned etter alderen i gruppen tiltaket rettes mot, deretter etter risikonivået til gruppen og så implementeringssettingen og regionen.

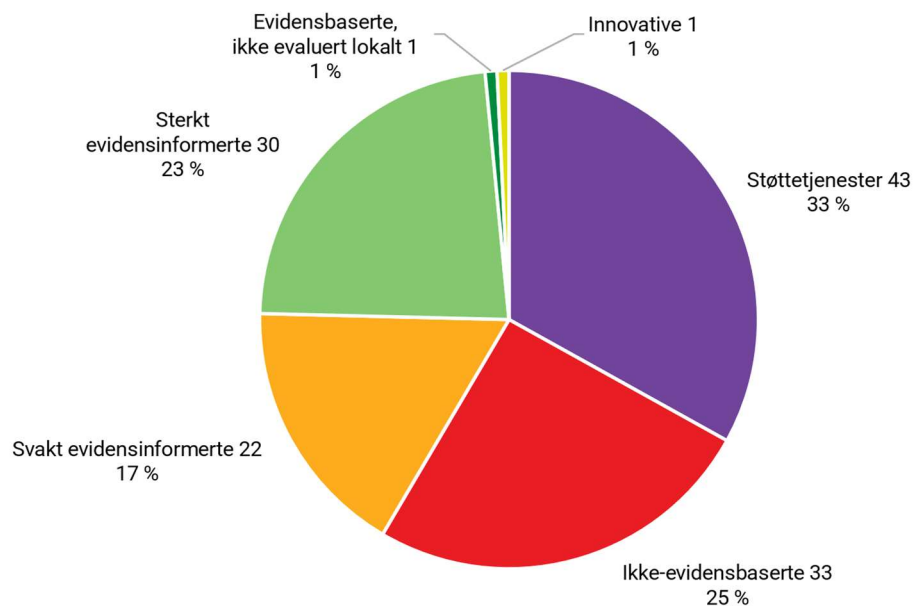
A. Samlet vurdering av kvaliteten

Figur 34 og 35 beskriver den samlede kvaliteten på tiltakene nasjonalt, både i absolutte tall og som prosent. Omtrent en fjerdedel av tiltakene ble vurdert til å være evidensbaserte, inkludert: 1 tiltak (1 prosent) som var evidensbasert, men som ikke hadde blitt evaluert lokalt, 1 tiltak (1 prosent) som var innovativt (inkludert en planlagt/pågående evaluering med sterk metode), og 30 tiltak (23 prosent) som var sterkt evidensinformerte, ved at de hadde inkludert alle kjennetegn knyttet til effektive programmer. 22 tiltak (17 prosent) ble vurdert å være svakt evidensinformerte, ved at de bare hadde inkludert noen av kjennetegnene knyttet til effektive programmer, og 33 tiltak (25 prosent) ble vurdert å være ikke-evidensbaserte, ved at de var nye og ikke-evaluerte eller hadde inkludert kjennetegn knyttet til ikke-effektive programmer. Til slutt ble 43 tiltak (33 prosent) vurdert å være støttetjenester, dvs. tjenester som, selv om de ikke var inkludert i standardene som effektive tiltak, hadde blitt identifisert i vedlegg 2 til RePS som tiltak som bidrar til den generelle helsen og motstandskraften til barn, ungdom og voksne. De følgende avsnittene i dette kapittelet vil analysere kvaliteten på tiltakene videre etter alder, risikonivå for målgruppen og implementeringssetting. Dette omfatter også et beskrivende sammendrag av tiltakene, og korte beskrivelser av spesifikke tiltak som beskriver begrunnelsen bak vurderingen, er inkludert under avsnitt B (Vurdering av kvalitet etter alder) nedenfor. I lys av den store mengden elementer som skal beskrives, er spesifikke tiltak bare navngitt hvis de ble rapportert å være implementert av mer enn én respondent eller hadde nasjonal betydning.

Figur 34. Antall implementerte tiltak etter kvalitet – hele Norge



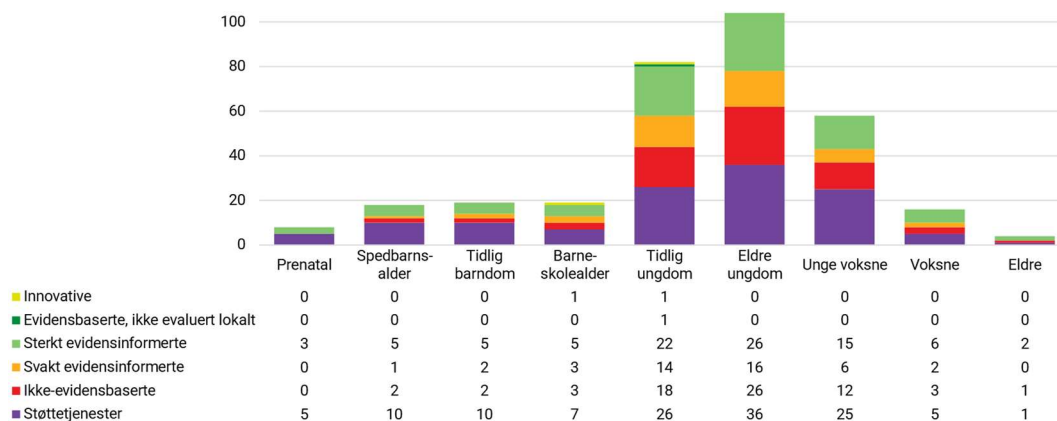
Figur 35. Antall og prosentandel implementerte tiltak etter kvalitet – hele Norge



B. Vurdering av kvalitet etter alder

Figur 36 illustrerer og presenterer dataene for implementerte tiltak etter kvalitet og aldersgruppen de ble rettet mot. Alle aldre rapporterer en relativt lik andel støttetjenester, tiltak med rom for forbedring og/eller evaluering (svakt evidensinformerte og ikke-evidensbaserte tiltak) og sterkere tiltak (vurdert til å være sterkt evidensinformerte, evidensbaserte, ikke lokalt evaluerte og innovative tiltak).

Figur 36. Antall implementerte tiltak etter kvalitet – hele Norge



Følgende underavsnitt gir et beskrivende sammendrag av tiltakene for hver av aldre, gruppert etter kvalitet.

1. Prenatal

Denne gruppen inkluderer tiltak rettet mot gravide kvinner med en forebyggende effekt på livet til barna deres, f.eks. fem tiltak kategorisert som **støttetjenester**, for det meste BTI (Bedre Tverrfaglig Innsats), som er en struktur og en modell for tidlig identifisering og tverrfaglig samarbeid mellom aktører involvert med en gravid kvinne, barn eller ungdom i faresonen og rapportert av mange respondenter. De tre tiltakene kategorisert som **sterkt evidensinformerte**, i tråd med kjennetegnene assosiert med positive resultater, inkluderte nasjonal tobakks- og alkoholpolitikk, kategorisert som gjeldende for alle aldre, samt de nasjonale retningslinjene om å tilby screening, kortvarige tiltak og henvisning til behandling for gravide kvinner.

2. Spedbarnsalder

I tillegg til tiltakene som ble funnet å være **støttetjenester** i «prenatal» alder, og som fortsatte i barndommen, inkluderer de 10 tiltakene som er vurdert som «støttetjenester» i denne alderen, barnehageplass til barn i alderen 1-5 nasjonalt, som dekker 93,4 prosent av barna. De inkluderer også screening og henvisning av nybakte foreldre ved psykiske helseproblemer som en del av barnehelsetjenesten som en del av de nasjonale retningslinjene for helsefremmende og forebyggende arbeid for barn, samt et subsidiekort for tiltak i fritidssektoren på ett sted, samt gratis, lavterskel foreldreinitiert rådgivning for sårbare og utsatte familier.

Blant tiltakene med rom for forbedring og/eller evaluering, besto de to **ikke-evidensbaserte** tiltakene av økter for foreldre som er for fokusert på informasjon og for lite på ferdigheter til å være i tråd med kjennetegnene assosiert med effektive programmer i standardene, og av et program som involverer opplæring av alle kommunalt ansatte ved hjelp av en modifisert versjon av det internasjonale

programmet for foreldreveiledning (ICDP). Selv om foreldreprogrammet ICDP ble vurdert å være sterkt evidensinformert (se nedenfor), er implementeringen rettet mot kommunalt ansatte som jobber med barn, ut fra begrunnelsen at de er omsorgspersoner, helt ny, og dette vil være verdt å evaluere for å dokumentere effektiviteten. Det ene **svakt evidensinformerte** programmet jobber med barn fra 1 til 16 i samtalegrupper som møtes gjennom hele skoleåret med fokus på å bli kjent med seg selv og håndtere egne tanker og følelser. Programmet gir også informasjon om ulike problemer, herunder rusmidler. Disse komponentene er bare delvis i tråd med dem som er assosiert med effektive programmer i standardene.

Sterkere tiltak omfatter de fem **sterkt evidensinformerte** tiltakene som utgjør tobakks- og alkoholpolitikk beskrevet under «prenatal» alder, samt tjenestene som tilbys til barn under retningslinjene for helsefremmende og forebyggende arbeid for barn, herunder screening for tidlig debut av psykiske lidelser hos barn og henvisning til tjenester, samt selve tjenesteytingen. I tillegg, gjennom ICDP, møtes grupper med foreldre/foresatte ledet av to sertifiserte instruktører til åtte interaktive kveldsseminarer om foreldrerollen, utfordringer for dagens barn/ungdom, bedre forståelse av barna og mer sensitiv barneoppdragelse, selvrefleksjon, inkludert «hjemmelekser» de skal gjennomføre med barna hjemme. Dette er kjennetegn i tråd med dem som er identifisert som assosiert med effektive programmer i standardene, og dette er et program som det vil være verdt å evaluere.

3. Tidlig barndom

Tiltakene rettet mot denne alderen er de samme som dem som retter seg mot spedbarnsalder (se ovenfor), med ett unntak, UNODCs «Lytt først»-kampanje⁵ (oversatt til norsk), som handler om kunnskap om omsorg og barns styrker og ferdigheter, rettet mot foreldre og omsorgspersoner. Det ble vurdert til å bare omfatte noen få av kjennetegnene assosiert med effektive programmer i standardene, og dermed **svakt evidensinformert**.

4. Barneskolealder

Når det gjelder **støttetjenester**, ble de samme tiltakene rettet mot denne aldersgruppen som mot «tidlig barndom». Det samme gjaldt for **ikke-evidensbaserte** og **svakt evidensinformerte** tiltak, i tillegg til ett ikke-evidensbasert tiltak som gjennomfører opplæring i skolen, og som ikke inkluderer kjennetegn som er assosiert med effektive programmer i standardene. I tillegg ble «Overordna del – verdier og prinsipper for grunnopplæringa» fra Utdanningsdirektoratet vurdert å være svakt evidensinformert, da det inkluderte noen, men ikke alle kjennetegnene assosiert med effektive programmer (dvs. interaktivitet, håndtering av normative overbevisninger, vekt på personlige og sosiale ferdigheter og klare angivelser om på hvilket alderstrinn det er nyttig å begynne å diskutere rusmidler per se).

I tillegg til tiltakene som ble funnet å være **sterkt evidensinformerte** i «tidlig barndom», rapporterte én respondent tilbudet om psykisk helsehjelp i skolen. Videre rapporterte en annen et tiltak (iLAG) som skapte attraktive møteplasser med tiltak for femte til sjuende trinn for å fremme samhold og forhindre ensomhet og depressive symptomer. Tiltaket ble vurdert som innovativt på grunn av det tydelige teoretiske grunnlaget og den planlagte/pågående studien som omfatter kontroll og vurdering av intermediære variabler.

⁵ «Listen first» campaign

5. Tidlig ungdom

I tillegg til de sju tiltakene som ble vurdert til å være **støttetjenester** i barneskolealder, rapporterte 17 respondenter at de utførte ulike typer oppsøkende arbeid til sårbare barn og/eller hadde tilbud om sunne fritidsaktiviteter og/eller yrkesferdigheter og jobbmuligheter. Ett tiltak ga informasjon om tjenester til foreldre. En modell som ble rapportert, var implementeringen av BAPP (Barn av foreldre med rus- og psykiske problemer). Dette er en modell som retter seg mot barn av foreldre med avhengighet og/eller psykiske helseproblemer, og som tilbyr motiverende samtaler med barn/familier, gruppeprogrammer for barn/ungdom/familier og forebyggende tiltak i familien. Det bygger på et nederlandsk program kalt KOPP, som rapporterte positive effekter på intermediaære variabler, og ble rettet mot en risikogruppe som det ikke finnes noen evidensbasert modell for, og dermed ville det være verdt en egen evaluering.

Når det gjelder **ikke-evidensbaserte tiltak**, omfatter disse, i tillegg til to tiltak som vurderes å være ikke-evidensbaserte i barneskolealder, et betydelig antall utdanningsprogrammer (12) for elever og/eller foreldre som er vurdert å være ikke-evidensbaserte på grunn av ulike kombinasjoner av kjennetegn knyttet til ikke-effektive programmer i standardene, herunder: overvekt av informasjon og ikke-interaktive teknikker, i stedet for interaktiv praktisering av ferdigheter, og en begrenset struktur som «dialoger» eller «samtaler» og/eller enkeltstående økter.

To respondenter rapporterte at de brukte «Sisterhood» og/eller «Brotherhood»-modellen til gruppevirksomhet. Denne typen tiltak er ikke inkludert i standardene per se, og i fravær av en evaluering av effekten når det gjelder forebygging av rusmiddelbruk, ble den vurdert som «ikke-evidensbasert». Modellen ser imidlertid ut til å ha vært tuftet på en omhyggelig utviklingsprosess og vil være verdt å evaluere.

HAP-appen ble rapportert å bli brukt av én respondent, og ble også vurdert som ikke-evidensbasert, grunnet manglende evaluering. Standardene identifiserer noen tiltak som ble funnet å være effektive, og som også ble gjennomført digitalt. De inkluderer imidlertid ikke gjennomføring av motiverende intervju / kortvarige tiltak med sikte på å stanse bruk og forebygge overgang til en lidelse gjennom en app. Som sådan pløyer dette tiltaket ny mark, og i fravær av en evaluering er effektiviteten ikke kjent. Appen har imidlertid blitt omhyggelig utviklet som en digital løsning, og hvis den evalueres og blir funnet å være effektiv, vil den potensielt fylle et viktig tomrom med hensyn til evidensbasert bruk av digitale løsninger for å forhindre rusmiddelbruk og overgang til ruslidelser.

Til slutt inkluderer denne gruppen én respondent som bruker den såkalte «oppfølgingen av ruskontrakter». Dette er en praksis der ungdom inngår en kontrakt med politiet, og lover å ikke bruke rusmidler. Denne praksisen er utviklet i mange deler av Norge fordi den anses å mangle rettslig grunnlag og dessuten reiser etiske spørsmål om hvor «frivillig» disse kontraktene er. I tillegg mangler praksisen basis i forskning, og den er ikke inkludert i standardene, verken som et frittstående tiltak eller som del av et flerkomponentprogram. I fravær av en evaluering som vurderer effektiviteten med tanke på forebygging av rusmiddelbruk, ble dette tiltaket vurdert som «ikke-evidensbasert».

Svakt evidensbaserte tiltak rapporterer noen, men ikke alle kjennetegnene som har blitt funnet å være assosiert med effektive programmer i standardene. I tillegg til tre tiltak som også retter seg mot barn i barneskolealder (samtalegrupper, «Lytt først» og kjernepensumet), støttet mange tiltak (seks) i denne gruppen foreldrene med mestring av foreldrerollen, og inkluderte ofte en komponent med informasjon (Tuning into Teens (TINT) og andre). Områder med svakheter skyldtes vanligvis innholdet (f.eks. bare ett område med foreldrerollen) eller begrensninger med hensyn til antallet og/eller øktenes interaktivitet.

To programmer tok for seg psykiske sårbarheter hos den enkelte (rePULSE og FLYT): Én respondent beskrev deres rusforebyggende opplæring i ungdomsskoler, som inkluderte en begrenset komponent med personlige og sosiale ferdigheter. En annen rapporterte om et trygt mentorprogram med begrenset fokus på opplæring i veiledning, og én på rusmiddelfrie arrangementer, som ble kategorisert som svakt evidensinformert, siden de bare inkluderte noen få positive kjennetegn i programmer på skjenkesteder.

I tillegg til nasjonale policyer og tjenester og rådgivning om psykisk helse i skolen, som vurderes å være **sterkt evidensinformert**, er det et betydelig antall tiltak (åtte) rettet mot barn i barneskolealder med kartlegging og motivasjonssamtaler (SBIRT – Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment), som gjennomføres i en rekke settinger (skole, lokalsamfunnet, helsetjenester, arbeidsplass, rettshåndhevende organ). Disse inkluderer bruk av hasj avvenningsprogrammet HAP (seks respondenter), samt de nasjonale retningslinjene for helsefremmende arbeid og forebyggende arbeid for barn.

Tre tiltak gjennomført i skoler og med kjennetegn som er vist å være assosiert med effektive programmer i standardene, var et forebyggingsprogram som tilbys i ungdomsskoler og videregående skoler, og som går på beslutningstaking, alkohol, rusmidler osv. med interaktive teknikker og relevant informasjon og struktur, samt to tiltak om gjennomføring av konstruktive policyer for rusbruk i skolene. «Kjentmann» er en modell som er implementert i alle regioner for å sikre tidlig identifisering av rusbruk blant elever i en kontekst preget av omsorg og basert på dialog og støtte, i henhold til standardene, mens «Rusforebyggende arbeid»⁶ er retningslinjer og praktiske verktøy for rusforebygging for skolene i Oslo-regionen. De har ikke bare referanse til utvikling av policyer i skoler og bruk av Kjentmann-modellen, men også til rusopplysning og arbeid med foreldre (anbefaler bruk av det sterkt evidensinformerte programmet Utsett! (se nedenfor)), samt tilknytning til helse- og sosialtjenester.

Det var også to tilleggsmodeller med kjennetegn som ble funnet å være assosiert med effektive programmer i standardene, men rettet mot foreldre, ICDP-modellen for tidlig ungdom og Utsett!, som både omfatter diskusjoner om ulike sider av foreldrerollen og rusinformasjon.

I gruppen av tiltak som ble vurdert til å være «sterkt evidensinformert», er FACT Ung en modell for integrerte tjenester til unge i alderen 12–18 år med alvorlige psykiske lidelser, med sikte på å gi mulighet til å leve og delta i nærmiljøet – en evaluering med sterk metodikk som bare er rapportert på intermediære variabler.

Blant tiltak rettet mot denne aldersgruppen finner vi til sist lokal tilpasning (uten lokal evaluering) av et evidensbasert program for foreldre «Strengthening Families Programme», som dermed ble vurdert å være **evidensbasert, ikke lokalt evaluert**, samt det **innovative** tiltaket som også retter seg mot barn i barneskolealder, og som er beskrevet under den aldersgruppen.

⁶ Veileder rusforebyggende arbeid

6. Eldre ungdom

Et betydelig antall **støttetjenester** som allerede er diskutert under tidlig ungdom (26), retter seg også mot eldre ungdom, og mange flere respondenter (11) rapporterte at de gjennomførte ulike typer oppsøkende arbeid overfor sårbar ungdom, som for eksempel ungdomsklubber og tilbud om sunne fritidsaktiviteter, herunder Glidelås, en modell for tverrsektorielt samarbeid for å forhindre frafall blant identifisert utsatt ungdom som er på vei over fra ungdomsskole til videregående skole. I tillegg skapte en modell foreldrenettverk for foreldrene til ungdom i risikozonen, mens en annen gjennomførte terapi og rådgivning til unge mennesker som har vokst opp i familier med rusproblemer.

I tillegg til 13 **ikke-evidensbaserte** tiltak som allerede er diskutert under tidlig ungdom, og som også retter seg mot eldre ungdom, inkludert HAP-appen, Sisterhood og Brotherhood, og pedagogiske tiltak rettet mot ungdom og/eller foreldrene deres, omfatter denne gruppen en rekke andre tiltak som gir opplæring til elever og/eller foreldre (9). Disse er vurdert å være ikke-evidensbaserte på grunn av ulike kombinasjoner av kjennetegn assosiert med ikke-effektive programmer i standardene, herunder: overvekt av informasjon og ikke-interaktive teknikker, i stedet for interaktiv praktisering av ferdigheter, en begrenset struktur som for eksempel «dialoger» eller «samtaler» og/eller enkeltstående økter, og bruk av personer under rehabilitering som forteller om egne erfaringer.

Tre respondenter rapporterte om arbeid med å følge opp barn som bruker rusmidler, inkludert gjennom rustesting. Som diskutert ovenfor er ikke rustesting identifisert i standardene som en effektiv komponent i arbeidet med ungdom, verken for å forhindre at de begynner med rusmidler, eller at de utvikler rusavhengighet. En respondent rapporterte om fritt tilgjengelige informasjonsfilmer om rusmidler, med faktainformasjon om kortsiktige og langsiktige effekter, prevalens og skadeforebygging, uten å rapportere om noen formativ vurdering av effektivitet med tanke på å forhindre at unge begynner med rusmidler, eller at de utvikler rusavhengighet.

I tillegg til de 10 **svakt evidensinformerte** tiltakene som allerede er diskutert under tidlig ungdom, og som også retter seg mot eldre ungdom gjennom forebyggende opplæring for ungdom og/eller foreldre, og som håndterer psykiske sårbarheter hos den enkelte eller tilbyr rusfrie arrangementer, rapporterte ytterligere fem respondenter lignende tiltak. I tillegg rapporterte ett program som gikk på tilknytning til skolen, at de hadde implementert en samordnet innsats (begrenset til de første ukene på skolen) for å skape et trygt og inkluderende miljø og bygge relasjoner både mellom elevene og mellom elever og ansatte.

Mange **sterkt evidensinformerte** tiltak (17) rettet mot eldre ungdom har allerede blitt diskutert under tidlig ungdom.

I tillegg til de 17 **sterkt evidensinformerte** tiltakene som allerede er diskutert under tidlig ungdom, og som også retter seg mot eldre ungdom, inkludert nasjonal tobakks- og alkoholpolitikk, helsetjenester, policyer på skoler og oppsøkende tiltak som tilbyr SBIRT og annen støtte i en rekke settinger, også gjennom HAP-modellen, omfattet denne gruppen fem ytterligere tiltak som implementerer lignende aktiviteter. Ettersom det er på dette tidspunktet folk har lov til å begynne å jobbe, er det nå AKAN-modellen for forebygging på arbeidsplassen kan dukke opp og vurderes. Modellen er sterkt evidensinformert, og har alle komponentene som har vist seg å være assosiert med effektive programmer i standardene. I tillegg støttes den av en sterk leveransestruktur, som det fremgår av de mange respondentene som rapporterte om tilbud om regelmessig opplæring, veiledning, kommunikasjon, informasjon på nettstedet osv.

7. Tidlig voksen alder

De fleste **støttetjenester** rettet mot unge voksne (27) har allerede blitt diskutert under eldre ungdom, og gjennomfører ulike typer støtte til ungdom i faresonen. I tillegg rapporterte én respondent om et nettverk av HR-ledere i kommunen som skal sikre at unge voksne nykommere raskt blir ansatt og inkludert i nærmiljøet.

Alle **ikke-evidensbaserte** tiltak er allerede diskutert under eldre ungdom (inkludert ulike tiltak basert bare på informasjon, rustesting og HAP-appen). Når det gjelder **svakt evidensinformerte** tiltak, har fire allerede blitt diskutert ovenfor (med hensyn til skolestart, håndtering av individuelle psykologiske sårbarheter og underholdningsarrangementer). I tillegg rapporterte to respondenter om to informasjonskampanjer som inkluderte noen elementer som har blitt funnet å være assosiert med effektive programmer i standardene.

Også med hensyn til **sterkt evidensinformerte** tiltak har de fleste (14) tiltakene allerede blitt analysert under eldre ungdom (tobakks- og alkoholpolitikk, SBIRT i en rekke settinger, inkludert HAP-modellen og AKAN på arbeidsplassen). I tillegg rapporterte én respondent om opplæring av utelivsansatte, som er obligatorisk for alle virksomheter som serverer alkohol etter kl. 01 i kommunen. Innenfor rammen av en streng nasjonal alkoholpolitikk kompletterer tiltaket komponentene som har blitt funnet å være assosiert med effektive programmer for skjenkesteder i standardene.

8. Voksne

Alle tiltak som ble rapportert å være rettet mot voksne, var også rettet mot unge voksne og er derfor allerede vurdert i de tidligere beskrivelsene. Disse inkluderte: fem **støttetjenester**, som oppsøkende tjenester og/eller hjelpetjenester, særlig psykisk helsevern, for utsatte personer, inkludert gravide kvinner; tre **ikke-evidensbaserte** tiltak (HAP-appen og filmene om rusmidler); to **svakt evidensinformerte** tiltak (informasjonskampanjer og rusfrie arrangementer); samt seks **sterkt evidensinformerte** tiltak (tobakks- og alkoholpolitikk, SBIRT i en rekke settinger, inkludert HAP-modellen, AKAN på arbeidsplassen, og opplæring av ansatte på skjenkesteder).

9. Eldre

Blant tiltakene som var rettet mot voksne og yngre, var en **støttetjeneste** for mental helse også eksplisitt rettet mot eldre, og den **sterkt evidensinformerte** tobakks- og alkoholpolitikken ble også vurdert til å være rettet mot eldre. Utover disse rapporterte bare én respondent om et program som spesifikt retter seg mot eldre. Et flerkomponentprogram rettet mot ulike risikonivåer ble omhyggelig utviklet på grunnlag av en formativ vurdering sammen med målgruppen og har utviklet en tydelig håndbok som dekker screening, rådgivning og behandling. Selv om det ikke er noen klar ekvivalent i standardene, og mangelen på evaluering betyr at effektiviteten ikke er kjent, er det klart at det er et veldig lovende program som ville fortjent en evaluering, og som fyller et udekket behov for denne delen av befolkningen.

C. Vurdering av kvalitet etter risikonivå

Figur 37 rapporterer antall tiltak som ble implementert i alle regioner, etter risikonivået til målgruppen. Det ble rapportert å være implementert tiltak på alle risikonivåer, og disse omfattet støttetjenester, tiltak med rom for forbedring (ikke-evidensbasert og svakt evidensinformert), samt

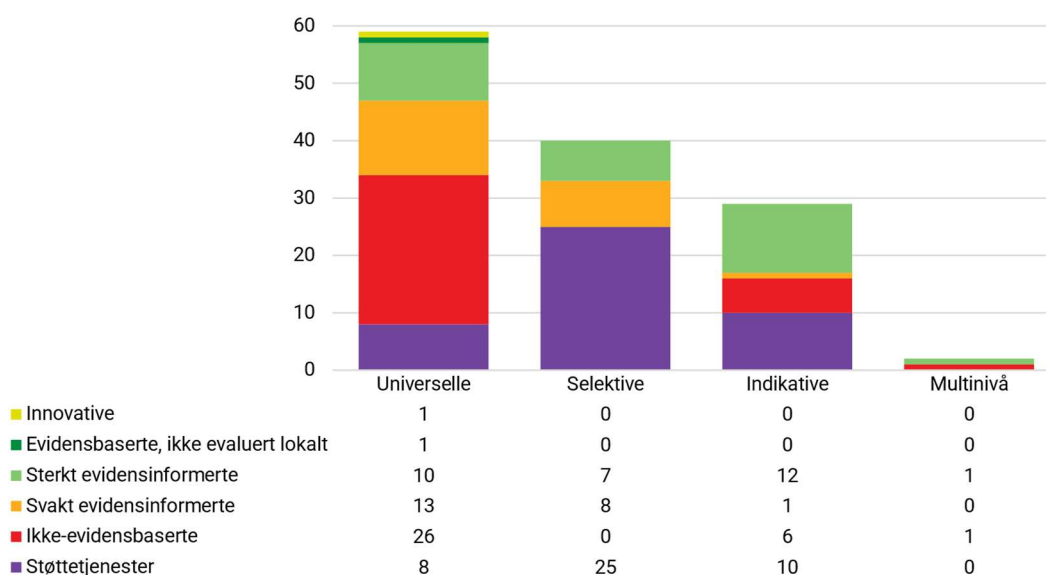
sterkere tiltak (sterkt evidensinformert og evidensbasert, ikke lokalt evaluert) med ett innovativt tiltak implementert på universelt nivå.

Det er imidlertid en klar ubalanse i måten tiltak av forskjellig kvalitet er fordelt mellom risikonivåer på. Støttetjenester utgjør flertallet (24 av 40, eller 60 prosent) av selektive tiltak og en betydelig del av indikative tiltak (10 av 28, eller 36 prosent), men mange færre blant universelle tiltak (8 av 59, eller 13 prosent).

Ikke-evidensbaserte tiltak syntes derimot å være overrepresentert blant universelle tiltak (26 av 59, eller 44 prosent), sammenlignet med indikative tiltak (5 av 28, eller 18 prosent) og selektive tiltak, der ingen tiltak var ikke-evidensbaserte. Svakt evidensinformerte tiltak var mer likt fordelt mellom universelle tiltak (13 av 29, eller 22 prosent) og selektive tiltak (8 av 40, eller 20 prosent), mens bare ett tiltak av 28 eller 3 prosent var svakt evidensinformert på indikativt nivå.

Til slutt ble det rapportert at sterkt evidensinformerte tiltak ble implementert i betydelig større grad på indikativt nivå (12 av 28, eller 43 prosent), enn på selektivt (7 av 40, eller 18 prosent) eller universelt (10 av 59, eller 17 prosent) nivå. De eneste to evidensbaserte og innovative tiltakene ble gjennomført på universelt nivå.

Figur 37. Antall og prosentandel implementerte aktiviteter etter kvalitet – hele Norge



Følgende underavsnitt gir et beskrivende sammendrag av tiltakene på hvert av risikonivåene, gruppert etter kvalitet. Leseren minnes på at korte beskrivelser av spesifikke tiltak som beskriver begrunnelsen bak vurderingen, er inkludert under avsnitt B (Vurdering av kvalitet etter alder) tidligere i dette kapittelet.

1. Universelt nivå

De åtte tiltakene som vurderes å være **støttetjenester** på universelt nivå, er barnehagetilbud til barn i alderen 1–5 nasjonalt, som dekker 93,4 prosent av barna, ungdomsklubber og fritidstilbud som ikke spesifikt er rettet mot spesielt utsatte grupper (seks tiltak), og et tiltak med grunnleggende støtte og informasjon til foreldre (én respondent).

De aller fleste universelle tiltak som ble vurdert å være **ikke-evidensbaserte** (17 av 26), var forebyggende opplæring eller tilnærminger for barn og ungdom. Dette foregikk mest i skolen, men

også gjennom mediene, og inkluderte ulike kombinasjoner av kjennetegn assosiert med ikke-effektive programmer i standardene, som: informasjon og ikke-interaktive teknikker i stedet for interaktiv praktisering av ferdigheter; informasjon som i for stor grad er basert på skremselstaktikk, i stedet for en realistisk diskusjon om risiko, spesielt på kort sikt, og brukens normative karakter; en begrenset struktur som «dialoger» eller «samtaler» og/eller enkeltstående økter; og bruk av personer under rehabilitering som forteller om egne erfaringer. Det var også tre tiltak rettet mot foreldre med innhold basert utelukkende eller nesten utelukkende på rusmiddelinformasjon, og det er et kjennetegn som ikke har vist seg å være knyttet til effektivitet i standardene. Til slutt ble to tiltak (ICDP til alle kommunalt ansatte som jobbet med barn, og Sisterhood og Brotherhood) vurdert å være ikke-evidensbaserte på grunn av manglende evaluering av en type tiltak som ikke allerede er oppført i standardene som å ha en forebyggende effekt.

Når det gjelder **svakt evidensinformerte** tiltak, besto de fleste av disse av forebyggende opplæring enten til barn i skolen (fem) eller til foreldre (fire) med minst noen (men ikke alle) kjennetegnene som er angitt i standardene som knyttet til effektivitet, spesielt en rekke strukturerte (ikke frittflytende) økter og et sterkt fokus på ferdigheter (personlige og sosiale ferdigheter og mestring av foreldrerollen), inkludert kjernepensumet for grunnskolen og videregående skole. I tillegg var det svakt evidensinformerte tiltak på universelt nivå: rusfrie arrangementer (to respondenter organiserte slike) (vurdert som svakt evidensinformert ettersom de bare omfatter noen få positive kjennetegn ved programmer på skjenkesteder), ett program om tilknytning til skolen som implementerer en samordnet innsats (begrenset til de første ukene i skoleåret) for å skape et trygt og inkluderende miljø og bygge elevrelasjoner og elev-skoleansatt-relasjoner. UNODCs «Lytt først»-kampanje, (oversatt til norsk) med ressursene *Science of Care* og *Science of Skills* rettet mot foreldre og omsorgspersoner for å styrke kunnskapen om omsorg og ferdigheter hos barna, ble vurdert å bare ha noen få av kjennetegnene som er assosiert med effektive programmer i standardene.

De **sterkt evidensinformerte** tiltakene omfattet en rekke policyer på nasjonalt nivå: tobakks- og alkoholpolitikk, nasjonale retningslinjer for svangerskapsoppfølging (inkludert screening, kortvarige tiltak og henvisning til behandling for gravide), nasjonale retningslinjer for helsefremmende arbeid og forebyggende arbeid for barn (inkludert screening og henvisning ved tidlig debut av psykiske lidelser hos barn), skolepolicyer, inkludert Kjennetegn-modellen, og Oslos veileder for rusforebyggende arbeid i skolen («Rusforebyggende arbeid»), alt beskrevet ovenfor. I tillegg inkluderte dette et program for forebyggende opplæring blant barn og ett for foreldre, som er sterkt forankret i utvikling av ferdigheter («Utsett!»).

Til slutt omfatter tiltak på universelt nivå lokal tilpasning (uten lokal evaluering) av et evidensbasert program for foreldre «Strengthening Families Programme», som dermed ble vurdert å være **evidensbasert, ikke lokalt evaluert**, samt **innovative** tiltak (iLAG), med sikte på attraktive møteplasser med tiltak for elever fra femte til sjuende trinn for å fremme samhold og inkludere en planlagt/pågående evaluering som beskrevet ovenfor.

2. Selektivt nivå

Flertallet (15) av **støttetjenestene** som ble implementert på selektivt nivå, ga flere typer støtte og muligheter for ungdom i faresonen: trygge områder å tilbringe tiden, fritidstilbud eller jobbmuligheter, samt rådgivning og andre helsetjenester. Noen tiltak var spesifikt rettet mot etniske minoriteter eller barn med særlig risiko for misbruk. Ett bestemt tiltak (BTI – «Bedre tverrfaglig innsats») fokuserte på tidlig identifisering og tverrfaglig samarbeid mellom aktører, med gravide, barn og risikoutsatt ungdom som målgruppe.. To ytterligere tiltak tilbød rådgivning til foreldre, og ett skapte et nettverk

av HR-ledere i kommunen for å sikre at unge voksne nykommere raskt blir sysselsatt og inkludert i nærmiljøet.

Blant de **svakt evidensinformerte** tiltakene var tre rettet mot psykiske sårbarheter hos den enkelte, to fokuserte på mestring av foreldrerollen for foreldre til utsatt ungdom, to ga opplæring knyttet til russetiden, og ett bestod av rådgivning til utsatt ungdom.

De **sterkt evidensinformerte** tiltakene omfattet fem tiltak med SBIRT i ulike settinger (oppsøkende eller på skoler), pluss et forebyggingsprogram, gjennomføring av økter i ungdomsskolen og den videregående skolen om beslutningstaking, alkohol, rusmidler osv. med interaktive teknikker og relevant informasjon og struktur. Et tiltak som gir opplæring av ansatte i utelivet, som innenfor rammen av en restriktiv nasjonal alkoholpolitikk utfyller komponentene som er assosiert med effektive programmer på skjenkesteder i standardene.

3. Indikativt nivå

Støttetjenester rettet mot utsatte personer (indikativt nivå) inkluderte støtte til barn som er identifisert som å være i risiko, herunder barn som dropper ut av skolen, og barn av foreldre med ruslidelser (seks), ulike former for psykiske helsetjenester rettet mot eldre ungdom og voksne (fire), inkludert identifisering av og henvisning ved psykiske problemer blant nybakte foreldre, herunder foreldre til barn i farsonen.

Av de ikke-evidensbaserte tiltakene på indikativt nivå involverte fire bruk av ruskontrakter og/eller rusmiddeltesting, og to viste ingen dokumentert effektivitet vurdert ut fra standardene. Til tross for at den har blitt systematisk utviklet, er HAP-appen også inkludert i denne kategorien fordi den ikke har blitt evaluert.

Et **svakt evidensinformert** tiltak som tar sikte på å håndtere psykiske sårbarheter hos den enkelte (rePULSE), ble supplert med 12 **sterkt evidensinformerte** tiltak: ni tiltak som tilbød SBIRT og annen støtte i en rekke settinger (skole og oppsøkende), inkludert gjennom HAP-modellen, og tre som tilbød psykiske tjenester til barn opp til tidlig ungdom i henhold til standardene.

4. Multinivå

De to multinivåtiltakene var: programmet rettet mot eldre som på grunn av den manglende evalueringen hadde blitt vurdert å være **ikke-evidensbaserte**, og AKAN-modellen på arbeidsplassen, som i henhold til standardene inkluderer en pakke med aktiviteter rettet mot ansatte på ulike risikonivåer. Som beskrevet ovenfor har dette tiltaket blitt vurdert å være **sterkt evidensinformert**.

D. Vurdering av kvalitet etter implementeringssetting

Figur 38 rapporterer antall tiltak som er implementert i alle regioner, etter implementeringssetting. Det ble rapportert implementerte tiltak i alle implementeringssettinger, og alle settinger omfattet støttetjenester, tiltak med rom for forbedring (ikke-evidensbasert og svakt evidensinformert), samt sterkere tiltak (sterkt evidensinformert og evidensbasert, ikke lokalt evaluert) med ett innovativt tiltak implementert i lokalsamfunnet.

Tabellen viser at tjenestene ikke fordeler seg jevnt på de ulike settingene: **Støttetjenester** gjennomføres i uforholdsmessig stor grad i helsesettinger (8 av 17, eller 47 prosent) og i

lokalsamfunnet (19 av 42, eller 45 prosent). Færre gjennomføres i multisetting (5 av 14, eller 36 prosent), på arbeidsplass (1 av 3, eller 33 prosent) og i familie (6 av 21, eller 29 prosent). Færrest gjennomføres i skolen (4 av 33, eller 12 prosent).

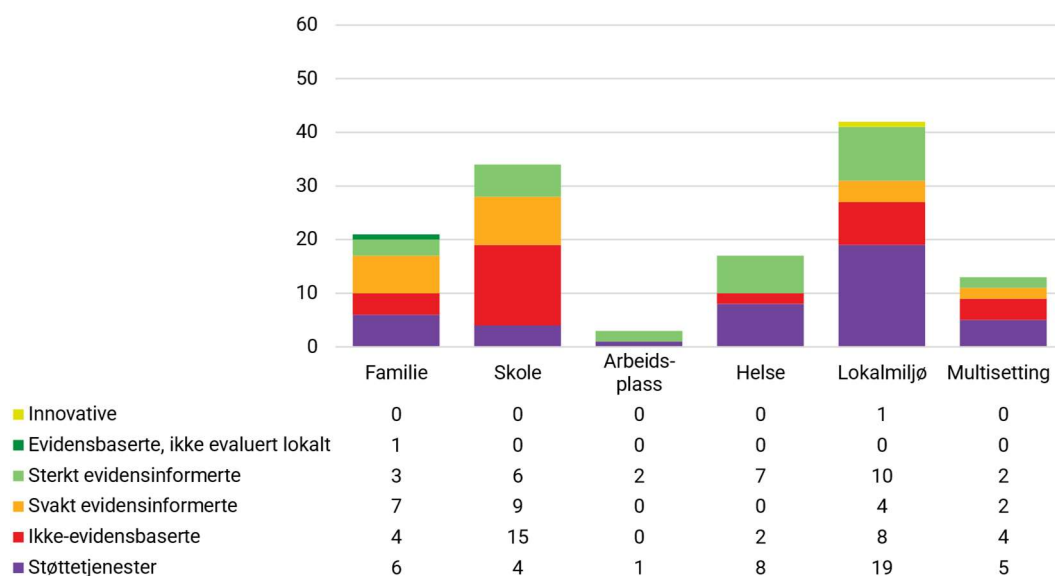
Ikke-evidensbaserte tiltak ble rapportert å være implementert mest i skoler (15 av 33, eller 36 prosent). Det var færre slike tiltak i multisetting (4 av 14, eller 29 prosent), familier (4 av 21, eller 19 prosent) og lokalsamfunnet (8 av 42, eller 19 prosent), og det var ingen på arbeidsplassen.

Når det gjelder **svakt evidensinformerte** tiltak, var fordelingen mer homogen blant de som ble implementert i familier (7 av 21, eller 33 prosent), i skoler (8 av 33, eller 24 prosent), i multisetting (3 av 14, eller 21 prosent), og i lokalsamfunnet (4 av 42, eller 10 prosent), mens det ikke ble rapportert om noen som var implementert på arbeidsplassen eller i helsesettinger.

Sterkt evidensinformerte tiltak hadde sterk implementering på arbeidsplassen (2 av 3, eller 66 prosent) og i helsesettinger (7 av 17, eller 41 prosent), mens det ble implementert færre slike tiltak i lokalsamfunnet (10 av 42, eller 24 prosent), i multisetting, i skoler (6 av 33, eller 18 prosent), i familier (3 av 21, eller 14 prosent) og i mange settinger (2 av 14, eller 14 prosent).

Ett **evidensbasert tiltak, ikke evaluert lokalt**, ble rapportert å være implementert i familier, og ett innovativt tiltak ble rapportert å være implementert i lokalsamfunnet.

Figur 38. Antall implementerte tiltak etter implementeringssetting og kvalitet



Følgende underavsnitt gir et beskrivende sammendrag av tiltakene i hver av settingene, gruppert etter kvalitet; leseren minnes på at korte beskrivelser av spesifikke tiltak som beskriver begrunnelsen bak vurderingen, er inkludert under avsnitt B (Vurdering av kvalitet etter alder) tidligere i dette kapittelet.

1. Familie

De seks **støttetjenestene** rettet mot familier omfatter to rapporteringer som gir rådgivning til foreldre (inkludert spesifikt foreldreinitiert), gjennomføring av BTI (Bedre Tverrfaglig Innsats), som er en struktur og en modell for tidlig identifisering og tverrfaglig samarbeid mellom aktører som er involvert med gravide kvinner i faresonen (tre rapporteringer), og screening av nybakte foreldre og

henvisning ved psykiske problemer innenfor rammen av de nasjonale retningslinjene for helsefremmende arbeid og forebyggende arbeid for barn. To **ikke-evidensbaserte** tiltak fokuserte bare på å gi rusinformasjon til foreldre, mens de sju **svakt evidensinformerte** tiltakene omfattet minst én av dimensjonene ved mestring av foreldrerollen som er identifisert i standardene som knyttet til effektiv praksis, men kunne hatt nytte av mer uttømmende innhold eller en sterkere gjennomføringsmodell (flere eller mer interaktive økter). De tre **sterkt evidensinformerte** tiltakene implementerte to modeller (Utsett! og ICDP) som omfattet alle kjennetegnene som standardene knytter til effektivitet, herunder en rekke strukturerte og interaktive økter med fokus på å etablere tilknytning, samt ferdigheter i tilsyn og det å være involvert i barns liv og sette sunne grenser på en effektiv måte. Til sist ble den lokale tilpasningen (uten lokal evaluering) av et evidensbasert program for foreldre «Strengthening Families Programme» vurdert å være **evidensbasert, ikke lokalt evaluert**.

2. Skole

Det ble rapportert implementering av fire **støttetjenester** i skoler, inkludert barnehage tilbud til barn fra 0 til 5 år, samt et tiltak spesielt rettet mot å forhindre frafall (to rapporteringer) og samtalegrupper. Alle de 15 **ikke-evidensbaserte** tiltakene i skolene gikk ut på forebyggende opplæring, og rapporterte ulike kombinasjoner av kjennetegn assosiert med ikke-effektive programmer i standardene: overvekt av informasjon og ikke-interaktive teknikker, i stedet for interaktiv praktisering av ferdigheter; en begrenset struktur som «dialoger» eller «samtaler» og/eller enkeltstående økter; og bruk av personer under rehabilitering som forteller om egne erfaringer. Fem **svakt evidensinformerte** tiltak, inkludert læreplanen for grunnskole og videregående opplæring, besto derimot av minst noen av (men ikke alle) kjennetegnene som er angitt i standardene som assosiert med effektivitet, og da spesielt en rekke strukturerte (ikke frittflytende) økter, et sterkt fokus på ferdigheter (personlige og sosiale ferdigheter) og, hvis aldersrelevant, en realistisk diskusjon av risikoen og brukens normative karakter. I tillegg fokuserte ett tiltak på å bygge tilknytning til skolen gjennom aktiviteter begrenset til skolestart, et annet på å gi opplæring knyttet til russetiden, og et tredje på å ta tak i psykiske sårbarheter hos den enkelte. Av de seks **sterkt evidensinformerte** tiltakene fokuserte fire på å gi SBIRT og rådgivning i denne sammenhengen, mens to var knyttet til konstruktive retningslinjer for rusmiddelbruk i skoler («Kjentmann» og «Veileder rusforebyggende arbeid») som beskrevet ovenfor.

3. Arbeidsplass

Blant de tre tiltakene som ble implementert på arbeidsplasser, var en **støttetjeneste** som sikrer at unge voksne nykommere raskt blir sysselsatt og inkludert i et nærmiljø, og to **sterkt evidensinformerte** tiltak – ett som gjennomfører SBIRT på skoler og arbeidsplasser i en bestemt region, og AKAN-modellen, som er beskrevet ovenfor og implementert nasjonalt.

4. Helsesettinger

Av de fem **støttetjenestene** som ble implementert i helsesettinger, var fire knyttet til leveranse av psykiske helsetjenester til barn og ungdom, og én var spesifikk for barn og unge av psykisk syke og rusmiddelavhengige foreldre (BAPP, som beskrevet ovenfor). De to **ikke-evidensbaserte** tiltakene var bruk av ruskontrakter, som ikke er tiltak som er funnet å være effektive for å forhindre overgang til rusmiddelbruk, og programmet for eldre, på grunn av manglende evaluering til tross for omhyggelig utvikling, som beskrevet ovenfor. Av de sju **sterkt evidensinformerte** tiltakene besto fire av SBIRT, med spesielt fokus på utvikling av lidelser, og to gikk på leveranse av psykiske helsetjenester til barn, et spesifikt tiltak på ett sted og de nasjonale retningslinjene for helsefremmende og forebyggende

arbeid for barn, inkludert screening av barn og henvisning ved tidlig debut av psykiske lidelser. Til sist omfattet denne gruppen retningslinjene for svangerskapsoppfølgingen som påla SBIRT for gravide kvinner.

5. Lokalsamfunn

Tiltak implementert i lokalsamfunnet omfatter dem som brukes i ungdomsklubber, på gaten, på skjenkesteder, i medier osv., og omfattet 19 **støttetjenester**. De fleste av dem (18) omfatter ulike typer oppsøkende arbeid overfor sårbare barn, rådgivning, tilbud om sunne fritidsaktiviteter og yrkesferdigheter/jobbmuligheter, også for barn og ungdom med spesiell risiko for skadelige seksuelle overgrep eller for etniske minoriteter, mens ett gir støtte til foreldre til ungdom i faresonen. Åtte **ikke-evidensbaserte** tiltak inkluderte bruk av HAP-appen, bruk av Sisterhood/Brotherhood -metodikken, samt leveranse av forebyggende informasjon gjennom ulike medier, inkludert filmer (det er en beskrivelse av alle disse ovenfor). De fire **svakt evidensinformerte** tiltakene inkluderte ett som var rettet mot psykiske sårbarheter hos den enkelte, og to som organiserte rusfrie underholdningsarrangementer. Det siste var lokal implementering av en nasjonal informasjonskampanje. De 10 **sterkt evidensinformerte** tiltakene omfattet den nasjonale tobakks- og alkoholpolitikken, supplert med opplæring av ansatte på skjenkesteder, SBIRT i lokale settinger, herunder gjennom HAP-modellen, samt en modell for forebyggende opplæring for ungdom som er sterkt basert på personlige og sosiale ferdigheter. Det **innovative** (på grunn av den planlagte/pågående evalueringen) tiltaket iLAG (skape attraktive møteplasser med tiltak for barn fra femte til sjuende trinn for å fremme samhold og motvirke ensomhet og depressive symptomer) er også implementert i lokale settinger.

6. Multisetting

Fem **støttetjenester** inkluderte bruk av BTI-modellen (Bedre Tverrfaglig Innsats), som skal støtte gravide, barn og ungdom i faresonen, samt andre tiltak for å støtte ungdom i faresonen i ulike settinger. De fire **ikke-evidensbaserte** tiltakene omfattet tre oppfølginger av ungdom med ruskontrakter og/eller rusmiddeltesting, samt bruk av en modifisert versjon av foreldreprogrammet ICDP for alle kommunalt ansatte, alt beskrevet ovenfor. De to **svakt evidensinformerte** tiltakene omfattet FLYT, et program som tar for seg psykiske sårbarheter hos den enkelte og gir opplæring knyttet til russetiden, mens de to **sterkt evidensinformerte** tiltakene gjennomførte SBIRT, inkludert gjennom HAP-modellen.

E. Vurdering av kvalitet etter region

Figur 39 til 56 illustrerer antallet og prosentandelene av tiltak som er implementert i hver av regionene. Det generelle kvalitetsmønsteret er stort sett det samme i alle regioner, med minimale variasjoner. Dette er viktig fordi det betyr at evidensbaserte og ikke-evidensbaserte tiltak ikke er konsentrert i én eller få regioner. Følgende underavsnitt gir et kort sammendrag av tiltakene etter kvalitet i hver region. Leseren minnes på at korte beskrivelser av spesifikke tiltak som beskriver begrunnelsen bak vurderingen, finnes i avsnitt 2 (Vurdering av kvalitet etter alder) tidligere i dette kapittelet.

1. Region midt

Tolv tiltak (24 prosent, under landsgjennomsnittet på 33 prosent) ble vurdert som **støttetjenester**, inkludert barnehage tilbud til barn i alderen 1–5 nasjonalt; ulike typer oppsøkende arbeidsrådgivning;

tilbud om sunne fritidsaktiviteter og yrkesferdigheter/jobbmuligheter for sårbare unge, herunder et nettverk av HR-ledere i kommunen for å sikre at unge voksne nykommere raskt blir sysselsatt og inkludert i nærmiljøet; leveranse av psykiske helsetjenester til barn, blant annet gjennom BAPP – en modell for barn av foreldre med rusmiddelbruk eller psykiske problemer; samt psykiske helsetjenester og annen støtte til foreldre, inkludert som en del av helsetjenestene til barn som tilbys under de nasjonale retningslinjene for helsefremmende arbeid og forebyggende arbeid for barn.

Tolv tiltak (24 prosent, bare litt under landsgjennomsnittet på 25 prosent) ble vurdert som **ikke-evidensbaserte**. Blant disse var det sju opplærings-/informasjonsprogrammer for elever og/eller foreldre som har blitt vurdert som ikke-evidensbaserte på grunn av ulike kombinasjoner av kjennetegn knyttet til ikke-effektive programmer i standardene, herunder overvekt av informasjon og ikke-interaktive teknikker, i stedet for interaktiv praktisering av ferdigheter, og en begrenset struktur som «dialoger» eller «samtaler» og/eller enkeltstående økter. I tillegg rapporterte to respondenter bruk av såkalt oppfølging av «ruskontrakter», et tiltak uten dokumentert effektivitet i standardene, som beskrevet ovenfor. Den «ikke-evidensbaserte» gruppen består av to tiltak som ble vurdert som ikke-evidensbasert grunnet manglende evaluering, til tross for den omhyggelige utviklingen av tiltakene, som også er beskrevet ovenfor: HAP-appen og opplæringen av alle kommunalt ansatte ved hjelp av ICDP-foreldreprogrammet.

De ni (18 prosent, bare litt over landsgjennomsnittet på 17 prosent) **svakt evidensinformerte** tiltakene omfatter tiltak som bare omfatter noen av kjennetegnene assosiert med positive resultater, som diskutert ovenfor: pedagogiske tiltak for barn og ungdom basert i hvert fall til dels på personlige og sosiale ferdigheter, herunder læreplanen for grunnskole og videregående opplæring; pedagogiske aktiviteter rettet mot foreldre med noe fokus på mestring av foreldrerollen, inkludert UNODCs Lytt først-kampanje; pedagogiske aktiviteter i russetiden; organisering av rusfrie arrangementer; samt FLYT-programmet, som tar for seg psykiske sårbarheter hos den enkelte.

Når det gjelder **sterkt evidensinformerte** tiltak (16 tiltak, eller 32 prosent, over landsgjennomsnittet på 23 prosent), var noen implementering av nasjonale policyer og initiativer, som følgende: tobakks- og alkoholpolitikk; SBIRT for gravide som fastsatt i retningslinjene for svangerskapsoppfølgingen; screening av og henvisning ved tidlig debut av psykiske lidelser hos barn (som fastsatt i de nasjonale retningslinjene for helsefremmende arbeid og forebyggende arbeid for barn) og relaterte tjenester; SBIRT for ungdom i skolen og gjennom ungdomsklubber som fastsatt i de nasjonale retningslinjene for helsefremmende arbeid og forebyggende arbeid for barn; Kjentmann-modellen, som skal støtte skolens rusmiddelpolicy; og AKAN-modellen. I tillegg rapporterte denne regionen implementering av følgende tiltak: SBIRT gjennom skoler og oppsøkende arbeid rettet mot ungdom, inkludert gjennom HAP-modellen; et forebyggende opplæringsprogram; og to foreldreprogrammer (Utsett! og ICDP) med innhold og struktur som er i tråd med standardene.

I denne regionen ble det også rapportert at man hadde implementert det **innovative** (på grunn av den planlagte/pågående evalueringen) tiltaket iLAG (skape attraktive møteplasser med tiltak for barn fra femte til sjuende trinn for å fremme samhold og forhindre ensomhet og depressive symptomer).

2. Region øst

Denne regionen rapporterte implementering av fire **støttetjenester** (20 prosent, under landsgjennomsnittet på 33 prosent), herunder tre som ble implementert nasjonalt: barnehage tilbud til barn i alderen 1–5; screening av nybakte foreldre og henvisning ved psykiske problemer som fastsatt i de nasjonale retningslinjene for helsefremmende og forebyggende arbeid for barn; og rådgivning for barn i familier med ruslidelser. I tillegg ble det rapportert implementering av en

oppsøkende og rådgivende tjeneste for barn som særlig står i fare for å oppleve skadelige seksuelle overgrep.

Alle de tre **ikke-evidensbaserte** (15 prosent, under landsgjennomsnittet på 25 prosent) og de fire **svakt evidensinformerte** tiltakene (20 prosent, over landsgjennomsnittet på 17 prosent) ble også implementert nasjonalt. Det førstnevnte omfattet bruk av HAP-appen, samt de fritt tilgjengelige informasjonsfilmene om rusmidler, mens sistnevnte inkluderte pedagogiske tiltak for barn og ungdom basert i hvert fall delvis på personlige og sosiale ferdigheter, inkludert kjernepensumet for grunnskole og videregående opplæring, samt UNODCs Lytt først-kampanje.

I tillegg til de ni **sterkt evidensinformerte** (45 prosent, over det nasjonale gjennomsnittet på 23 prosent) tiltakene som ble implementert nasjonalt (tobakks- og alkoholpolitikk; SBIRT for gravide som fastsatt i retningslinjene for svangerskapsoppfølgingen; screening av og henvisning ved tidlig debut av psykiske lidelser hos barn (som fastsatt i de nasjonale retningslinjene for helsefremmende arbeid og forebyggende arbeid for barn) og relaterte tjenester; SBIRT for ungdom i skolen og gjennom ungdomsklubber som fastsatt i de nasjonale retningslinjene for helsefremmende arbeid og forebyggende arbeid for barn; Kjentmann-modellen, som skal støtte skolens rusmiddelpolicy; og AKAN-modellen), rapporterte region øst også implementering av FACT Ung.

3. Region Oslo

Region Oslo rapporterte implementering av åtte (17 prosent, under landsgjennomsnittet på 33 prosent) **støttetjenester**. I tillegg til de tre tiltakene som er implementert nasjonalt (barnehagetilbud til barn i alderen 1–5; screening av nybakte foreldre og henvisning ved psykiske helseproblemer som fastsatt i de nasjonale retningslinjene for helsefremmende og forebyggende arbeid for barn; og rådgivning for barn i familier med ruslidelser), tilbyr regionen rådgivning og møteplasser for ungdom, samt foreldreinitiert rådgivning for foreldre.

De 13 **ikke-evidensbaserte** tiltakene (27 prosent, over landsgjennomsnittet på 25 prosent) som ble rapportert implementert i denne regionen, omfattet dem som ble implementert nasjonalt (bruk av HAP-appen, samt de fritt tilgjengelige informasjonsfilmene om rusmidler), samt seks forebyggende opplæringstiltak for barn og ungdom, hovedsakelig i skoler, herunder ulike kombinasjoner av kjennetegn knyttet til ikke-effektive programmer i standardene. Det ble også rapportert et tiltak rettet spesifikt mot eldre, og to respondenter bruker Sisterhood/Brotherhood-metodikken – begge er ikke-evidensbaserte grunnet manglende evaluering.

Når det gjelder de ni **svakt evidensinformerte** tiltakene (19 prosent, over landsgjennomsnittet på 17 prosent), rapporterte regionen, i tillegg til de fire tiltakene som er implementert nasjonalt (opplæringstiltak for barn og ungdom basert i hvert fall delvis på personlige og sosiale ferdigheter, inkludert kjernepensumet for grunnskole og videregående opplæring, samt UNODCs Lytt først-kampanje), implementering av ulike forebyggende opplæringstiltak (to), et trygt mentorprogram, et program for å styrke tilknytningen til skolen ved skolestart og et foreldreprogram (TINT – Tuning into Teens).

Det ble rapportert at det er implementert atten (37 prosent, over landsgjennomsnittet på 23 prosent) **sterkt evidensinformerte** tiltak i denne regionen, herunder dem som er implementert nasjonalt (tobakks- og alkoholpolitikk; SBIRT for gravide som fastsatt i retningslinjene for svangerskapsoppfølging; screening av barn og henvisning ved tidlig debut av psykiske lidelser (som fastsatt i de nasjonale retningslinjene for helsefremmende arbeid og forebyggende arbeid for barn) og relaterte tjenester; SBIRT for ungdom i skolen og gjennom ungdomsklubber som fastsatt i de

nasjonale retningslinjene for helsefremmende arbeid og forebyggende arbeid for barn; Kjentmann-modellen, som skal støtte skolens rusmiddelpolicy; samt AKAN-modellen).

I tillegg ble oppsøkende arbeid, rådgivning og oppfølging av barn og ungdom med solid basis i SBIRT og bruk av HAP-modellen, rapportert av sju respondenter, og det ble rapportert om retningslinjene «Rusforebyggende arbeid», opplæring av ansatte på skjenkesteder og leveranse av psykiske helsetjenester i skoler.

4. Region nord (nasjonalt)

Som nevnt ovenfor kom det ingen rapporteringer fra region nord. Det ble imidlertid foretatt en konkret oppfølging med hensyn til implementeringen av forebyggende tiltak, særlig blant samene, som bekreftet gjennomføringen av policyer og tiltak som er tilgjengelige nasjonalt. For denne regionen er beskrivelsen derfor kun basert på de nasjonalt implementerte tiltakene. Disse omfatter tre **støttetjenester** (17 prosent): barnehage tilbud til barn i alderen 1–5; screening av nybakte foreldre og henvisning ved psykiske problemer som fastsatt i de nasjonale retningslinjene for helsefremmende og forebyggende arbeid for barn; samt rådgivning for barn i familier med rusmisbruk. Når det gjelder de tre **ikke-evidensbaserte** tiltakene (17 prosent), omfatter disse bruk av HAP-appen, samt fritt tilgjengelige informasjonsfilmer om rusmidler, mens de fire **svakt evidensinformerte** tiltakene (22 prosent) refererer til pedagogiske tiltak for barn og ungdom basert i hvert fall delvis på personlige og sosiale ferdigheter, inkludert kjernepensumet for grunnskole og videregående opplæring, samt UNODCs Lytt først-kampanje. I tillegg var det åtte **sterkt evidensinformerte** tiltak (44 prosent) som var implementert nasjonalt: tobakks- og alkoholpolitikk; SBIRT for gravide som fastsatt i retningslinjene for svangerskapsoppfølgingen; screening av barn og henvisning ved tidlig debut av psykiske lidelser (som fastsatt i de nasjonale retningslinjene for helsefremmende arbeid og forebyggende arbeid for barn) og relaterte tjenester; SBIRT for ungdom i skolen og gjennom ungdomsklubber som fastsatt i de nasjonale retningslinjene for helsefremmende arbeid og forebyggende arbeid for barn; Kjentmann-modellen, som skal støtte skolens rusmiddelpolicy; samt AKAN-modellen på arbeidsplassen.

5. Region sør

Det var kun ett tiltak som ble rapportert implementert i region sør i tillegg til de nasjonalt implementerte tiltakene. Blant de nasjonalt implementerte tiltakene var det tre **støttetjenester** (barnehage tilbud til barn i alderen 1–5 år; screening av nybakte foreldre og henvisning ved psykiske problemer som fastsatt i de nasjonale retningslinjene for helsefremmende arbeid og forebyggende arbeid for barn; samt rådgivning for barn i familier med ruslidelser); tre **ikke-evidensbaserte** tiltak (bruk av HAP-appen, samt de fritt tilgjengelige informasjonsfilmene om rusmidler); fire **svakt evidensinformerte** tiltak (opplæringstiltak for barn og ungdom basert i hvert fall delvis på personlige og sosiale ferdigheter, inkludert kjernepensumet for grunnskole og videregående opplæring, i tillegg til UNODCs Lytt først-kampanje) og åtte **sterkt evidensinformerte** tiltak (tobakks- og alkoholpolitikk; SBIRT for gravide som fastsatt i retningslinjene for svangerskapsoppfølgingen; screening av barn og henvisning ved tidlig debut av psykiske lidelser (som fastsatt i de nasjonale retningslinjene for helsefremmende arbeid og forebyggende arbeid for barn) og relaterte tjenester; SBIRT for ungdom i skolen og gjennom ungdomsklubber som fastsatt i de nasjonale retningslinjene for helsefremmende arbeid og forebyggende arbeid for barn; Kjentmann-modellen, som skal støtte skolens rusmiddelpolicy; og AKAN-modellen på arbeidsplassen). I tillegg rapporterte denne regionen lokal tilpasning (uten lokal evaluering) av et evidensbasert program for foreldre («Strengthening Families Programme»), som dermed ble vurdert å være **evidensbasert, ikke lokalt evaluert**.

6. Region sørvest

Region sørvest rapporterte om implementering av 22 **støttetjenester** (45 prosent, over landsgjennomsnittet på 33 prosent). Disse omfatter tre nasjonalt implementerte tiltak: barnehagetilbud til barn i alderen 1–5; screening av nybakte foreldre og henvisning ved psykiske problemer som fastsatt i de nasjonale retningslinjene for helsefremmende og forebyggende arbeid for barn; og rådgivning for barn i familier med rusmisbruk. I tillegg til et tiltak som skaper nettverk av foreldrene til unge i faresonen, ble det gjennomført 18 tiltak i form av forskjellige typer oppsøkende arbeid, rådgivning, tilbud om sunne fritidsaktiviteter og yrkesferdigheter/jobbmuligheter for sårbare unge, inkludert bruk av BTI-modellen (Bedre tverrfaglig innsats) som støtter gravide, barn og ungdom i faresonen.

Åtte⁷ tiltak (16 prosent, under landsgjennomsnittet på 25 prosent) implementert i denne regionen ble vurdert å være **ikke-evidensbaserte**, inkludert de som var implementert nasjonalt (HAP-appen og de fritt tilgjengelige informasjonsfilmene om rusmidler), samt forebyggende opplæringstiltak (fire) for barn og ungdom eller for foreldre (inkludert ulike kombinasjoner av kjennetegn knyttet til ikke-effektive programmer i standardene) samt rusmiddeltesting.

De ni⁷ tiltakene (18 prosent, litt over landsgjennomsnittet på 17 prosent) som ble vurdert som **svakt evidensinformerte**, omfattet fire nasjonalt implementerte tiltak (pedagogiske tiltak for barn og ungdom basert i hvert fall delvis på personlige og sosiale ferdigheter, inkludert kernepensumet for grunnskole og videregående opplæring, i tillegg til UNODCs Lytt først-kampanje), samt to programmer som retter seg mot psykiske sårbarheter hos den enkelte (FLYT og rePULSE), og et program for foreldre (TINT – Tuning into Teens).

I tillegg til de nasjonalt implementerte **sterkt evidensinformerte** tiltakene (tobakks- og alkoholpolitikk; SBIRT for gravide som fastsatt i retningslinjene for svangerskapsoppfølgingen; screening av barn og henvisning ved tidlig debut av psykiske lidelser (som fastsatt i de nasjonale retningslinjene for helsefremmende arbeid og forebyggende arbeid for barn) og relaterte tjenester; SBIRT for ungdom i skolen og gjennom ungdomsklubber som fastsatt i de nasjonale retningslinjene for helsefremmende arbeid og forebyggende arbeid for barn; Kjentmann-modellen, som skal støtte skolens rusmiddelpolicy; og AKAN-modellen på arbeidsplassen) ble det også rapportert et forebyggende opplæringstiltak i tråd med kjennetegnene knyttet til effektivitet i standardene samt bruk av HAP (ti⁷ tiltak eller 20 prosent, under landsgjennomsnittet på 23 prosent).

7. Region vest

Det ble rapportert å være implementert ni (27 prosent, nesten like mye som det nasjonale gjennomsnittet på 33 prosent) **støttetjenester** i denne regionen, inkludert dem som er implementert nasjonalt (barnehagetilbud til barn i alderen 1–5 år; screening av nybakte foreldre og henvisning ved psykiske problemer som fastsatt i de nasjonale retningslinjene for helsefremmende arbeid og forebyggende arbeid for barn; og rådgivning for barn i familier med ruslidelser), samt seks tiltak som består av ulike typer støtte og muligheter for ungdom i faresonen, som trygge og sunne områder å tilbringe tiden, oppsøkende virksomhet og rådgivning.

Ikke-evidensbaserte tiltak (9 tiltak eller 26 prosent, bare litt over landsgjennomsnittet på 25 prosent) hadde form av forebyggende opplæring for elever og/eller foreldre (sju) som ble vurdert som ikke-

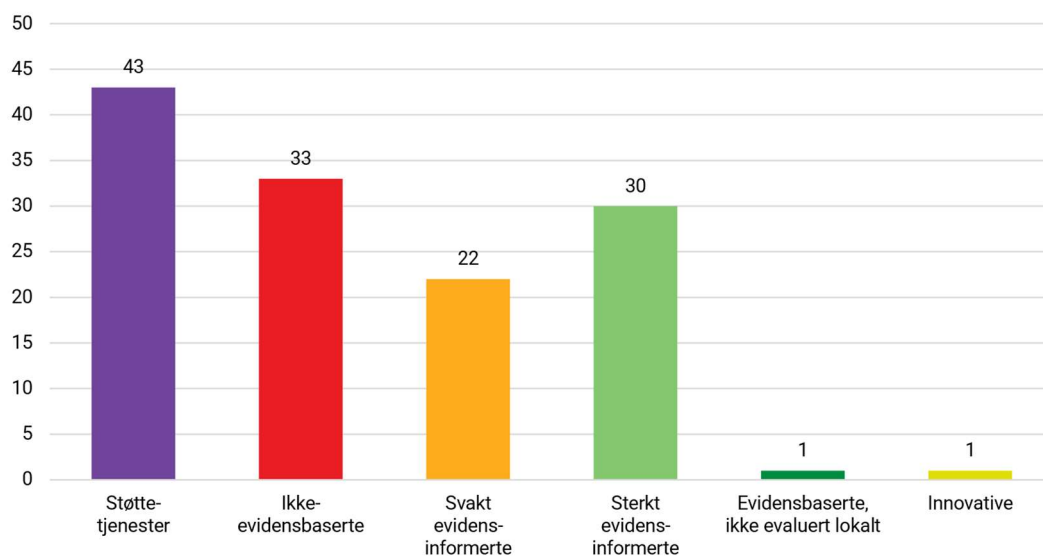
⁷ Merknad til den uoffisielle norske oversettelsen: I den engelske utgaven brukes tall på tiltak fra region vest i omtalen av region sørvest. Dette er korrigert i norsk oversettelse.

evidensbasert ut ifra ulike kombinasjoner av kjennetegn knyttet til ikke-effektive programmer, i tillegg til tiltak implementert nasjonalt (HAP-appen og fritt tilgjengelige informasjonsfilmer om rusmidler).

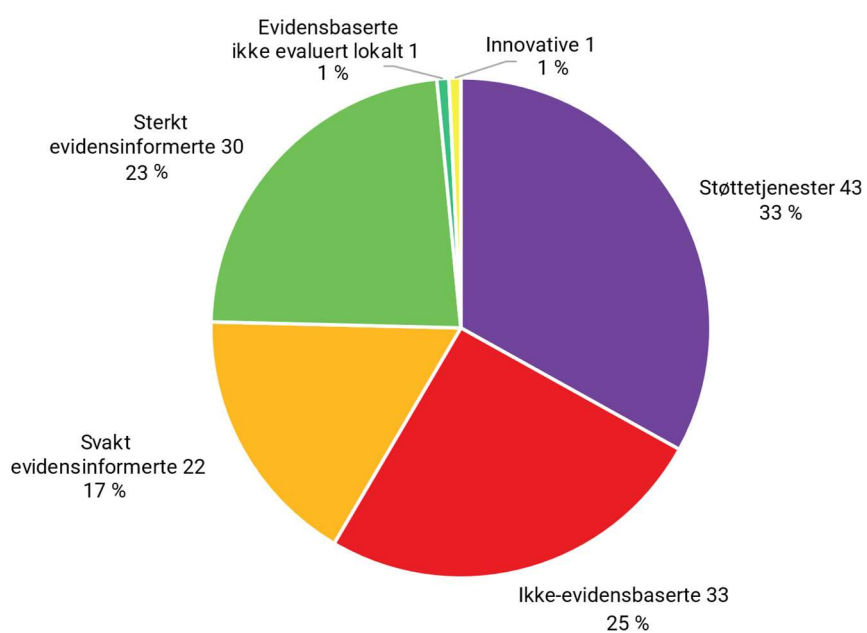
Når det gjelder de sju **svakt evidensinformerte** tiltakene (21 prosent, over landsgjennomsnittet på 17 prosent), ble det, i tillegg til dem som ble implementert nasjonalt (opplæringstiltak for barn og ungdom basert i hvert fall delvis på personlige og sosiale ferdigheter, inkludert kjernepensumet for grunnskole og videregående opplæring, i tillegg til UNODCs Lytt først-kampanje), rapportert følgende i regionen: opplæring knyttet til russetiden), organisering av rusfrie arrangementer, noe støtte til foreldre med tiltak for mestring av foreldrerollen, herunder en informasjonskomponent.

Til slutt var det ni **sterkt evidensinformerte** tiltak (26 prosent, over det nasjonale gjennomsnittet på 23 prosent), som omfattet tiltakene som ble implementert nasjonalt (tobakks- og alkoholpolitikk; SBIRT for gravide som fastsatt i retningslinjene for svangerskapsoppfølgingen; screening av barn og henvisning ved tidlig debut av psykiske lidelser (som fastsatt i de nasjonale retningslinjene for helsefremmende arbeid og forebyggende arbeid for barn) og relaterte tjenester; SBIRT for ungdom i skolen og gjennom ungdomsklubber som fastsatt i de nasjonale retningslinjene for helsefremmende arbeid og forebyggende arbeid for barn; Kjentmann-modellen, som skal støtte skolens rusmiddelpolicy; og AKAN-modellen på arbeidsplassen), samt implementering av FACT Ung.

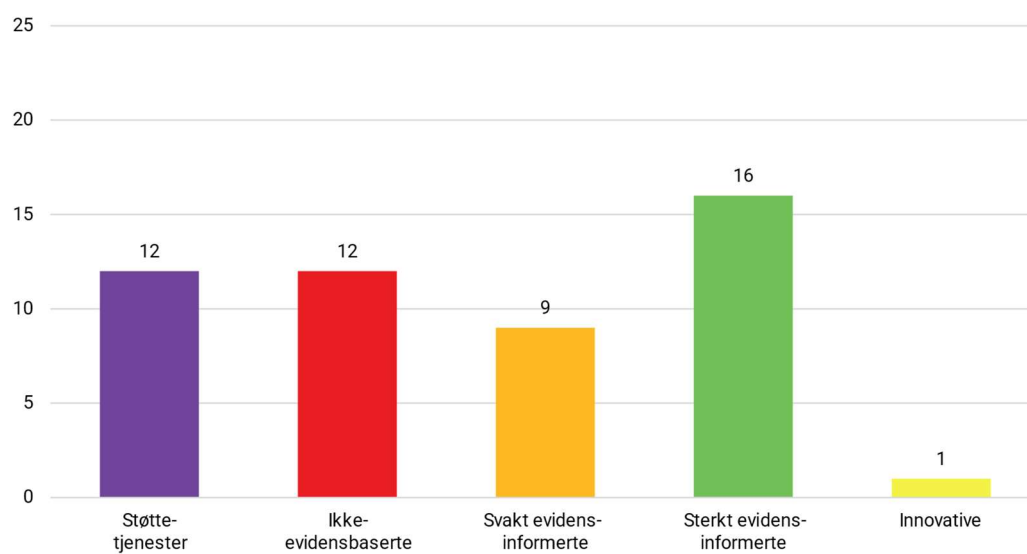
Figur 39. Antall implementerte aktiviteter etter kvalitet – hele Norge



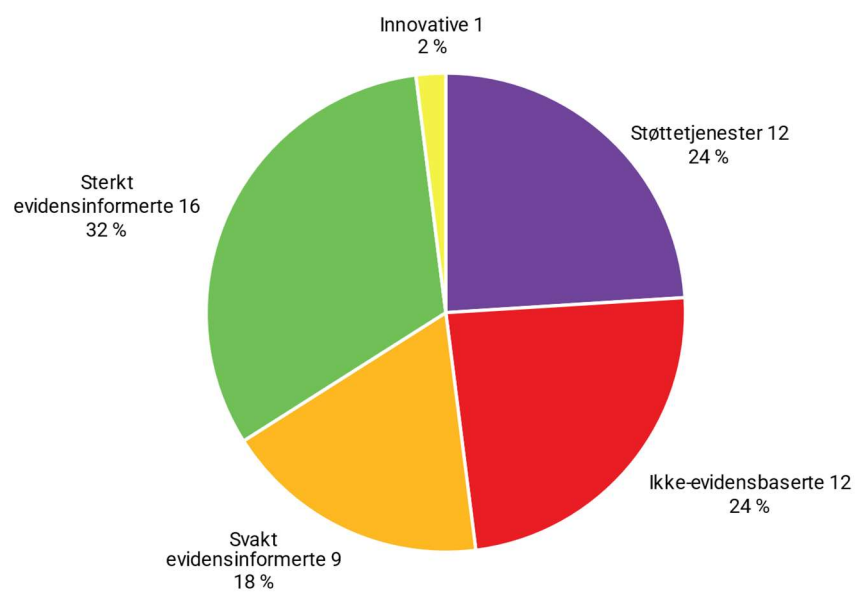
Figur 40. Prosentandel implementerte aktiviteter etter kvalitet – hele Norge



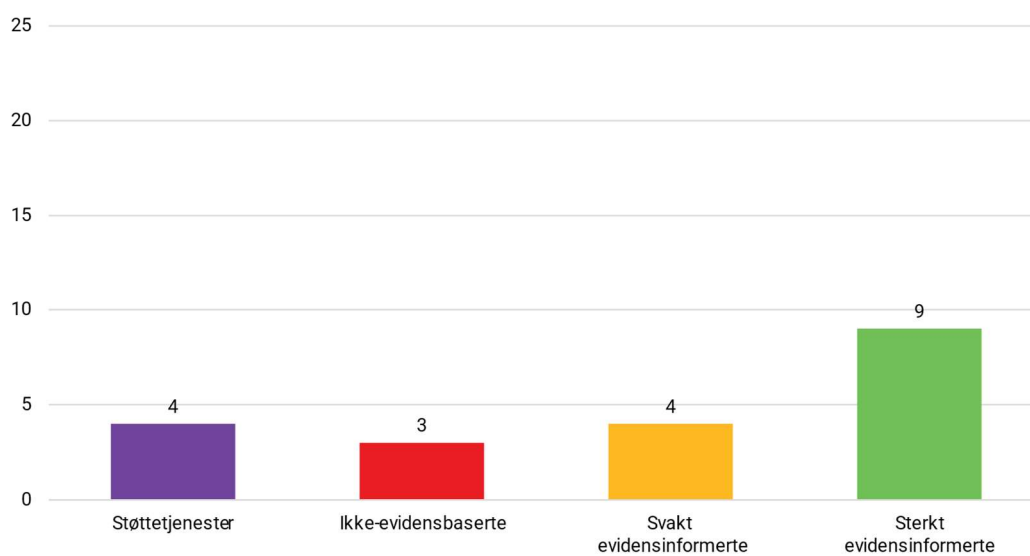
Figur 41. Antall implementerte aktiviteter etter kvalitet – Region midt



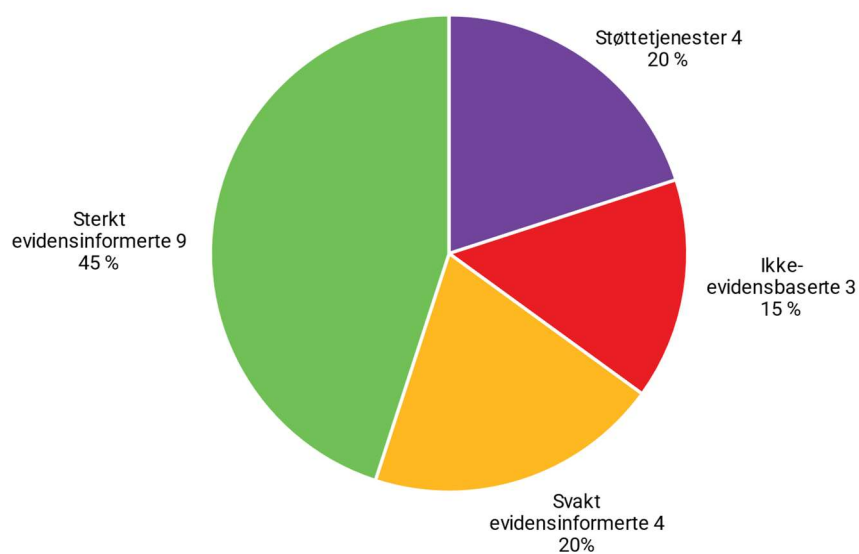
Figur 42. Prosentandel implementerte aktiviteter etter kvalitet – Region midt



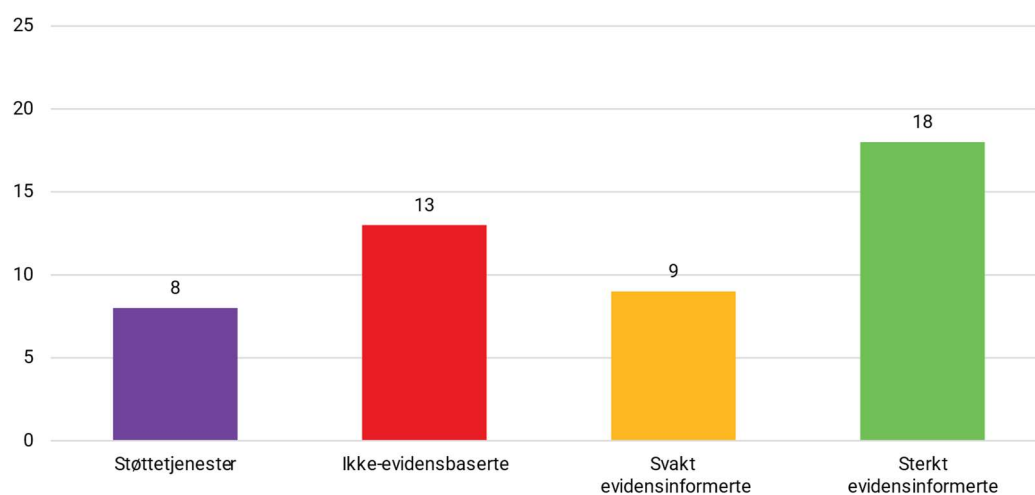
Figur 43. Antall implementerte aktiviteter etter kvalitet – Region øst



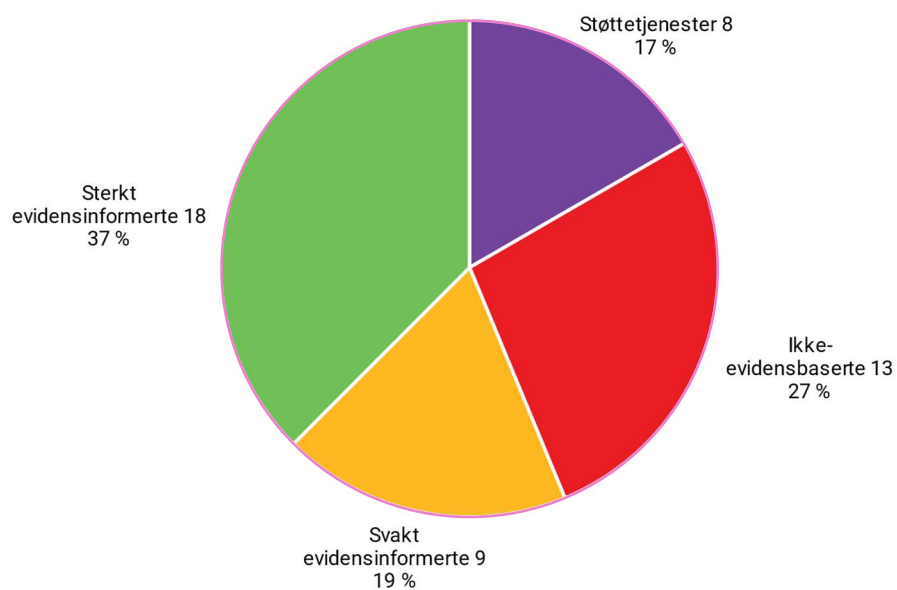
Figur 44. Prosentandel implementerte aktiviteter etter kvalitet – Region øst



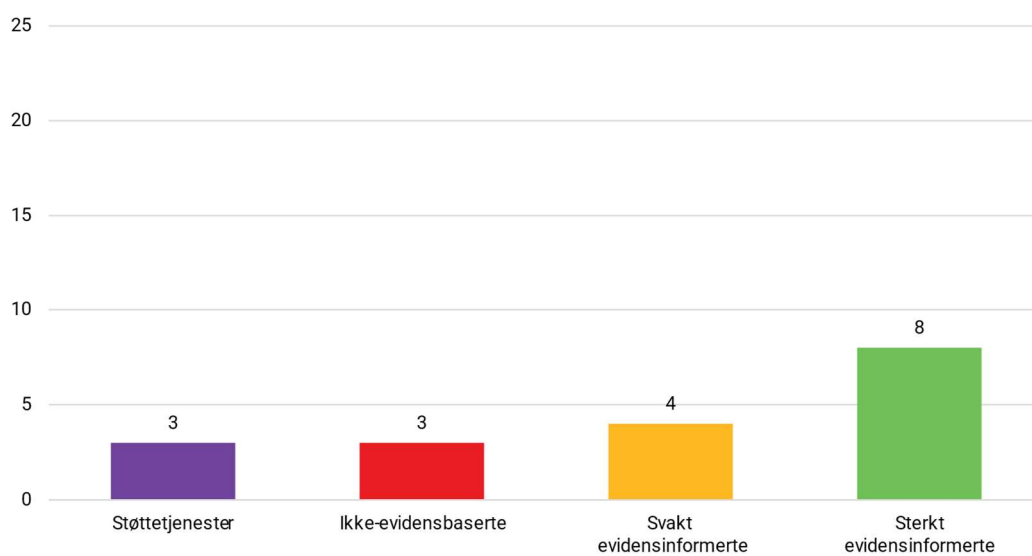
Figur 45. Antall implementerte aktiviteter etter kvalitet – Region Oslo



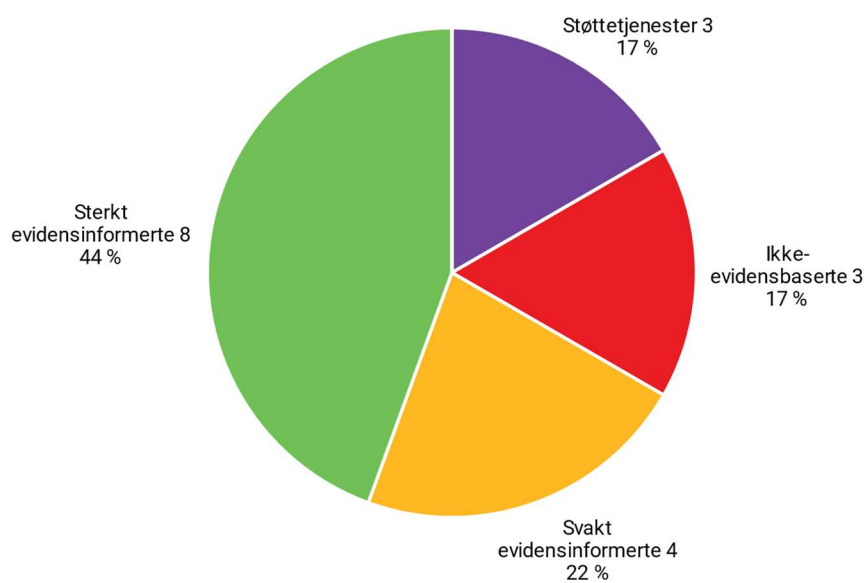
Figur 46. Prosentandel implementerte aktiviteter etter kvalitet – Region Oslo



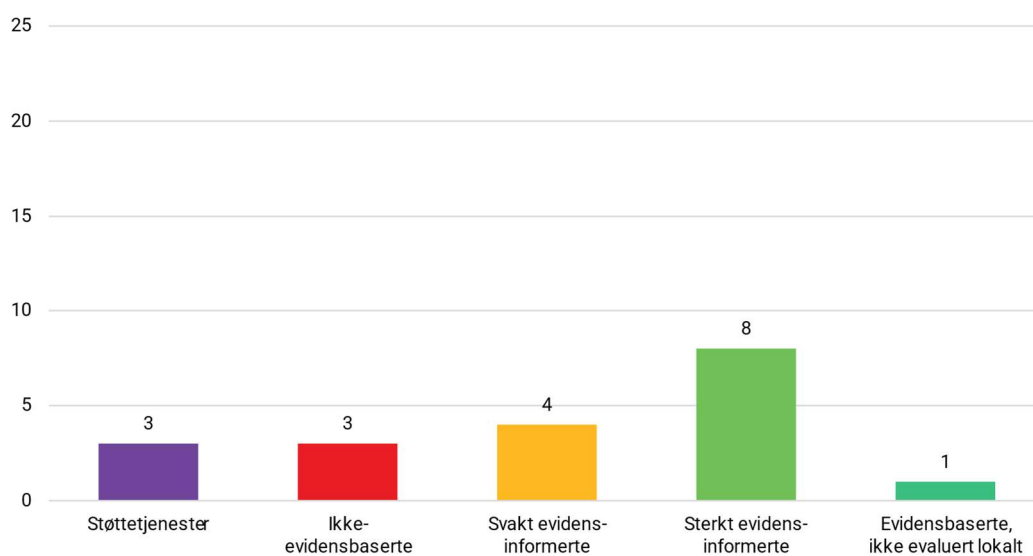
Figur 47. Antall implementerte aktiviteter etter kvalitet – Region nord (nasjonalt)



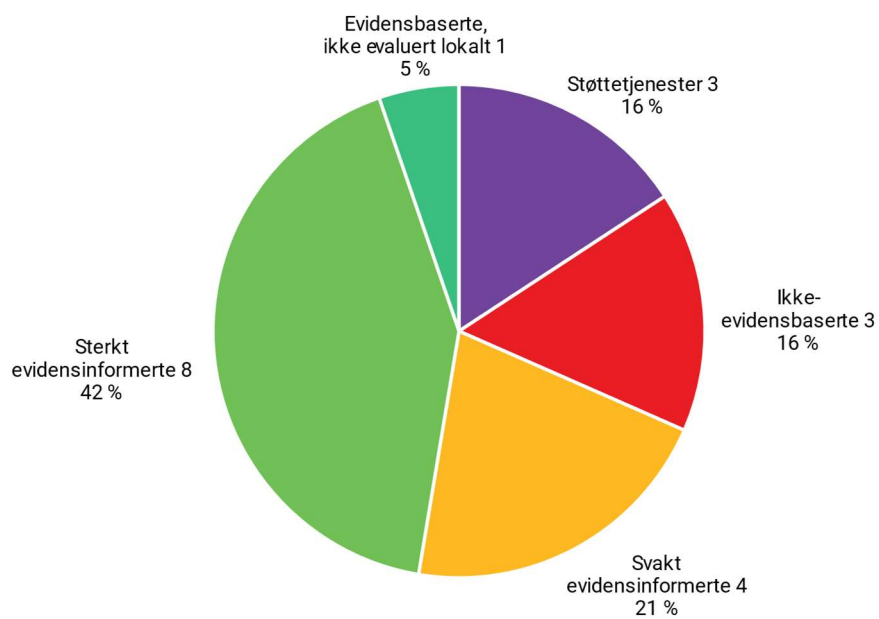
Figur 48. Prosentandel implementerte aktiviteter etter kvalitet – Region nord (nasjonalt)



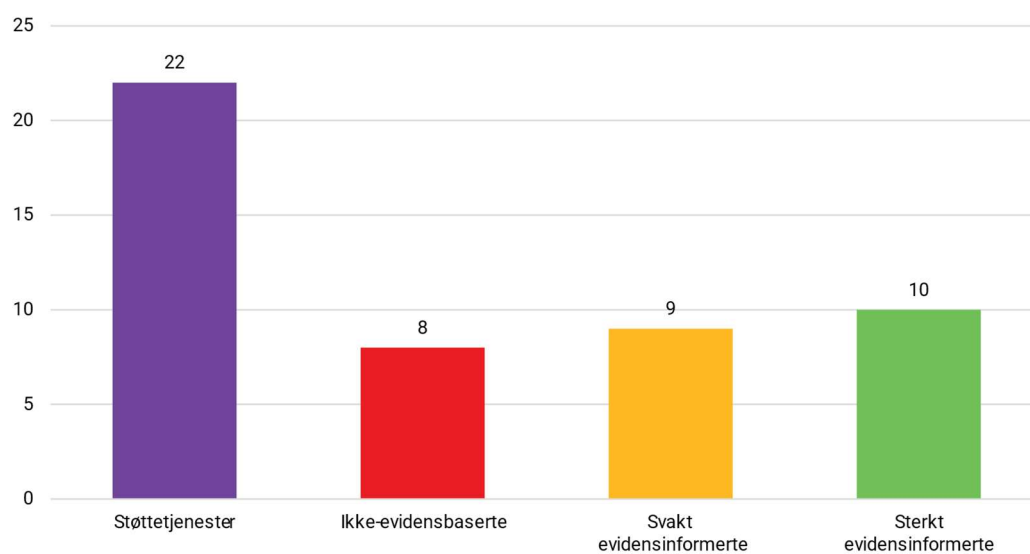
Figur 49. Antall implementerte aktiviteter etter kvalitet – Region sør



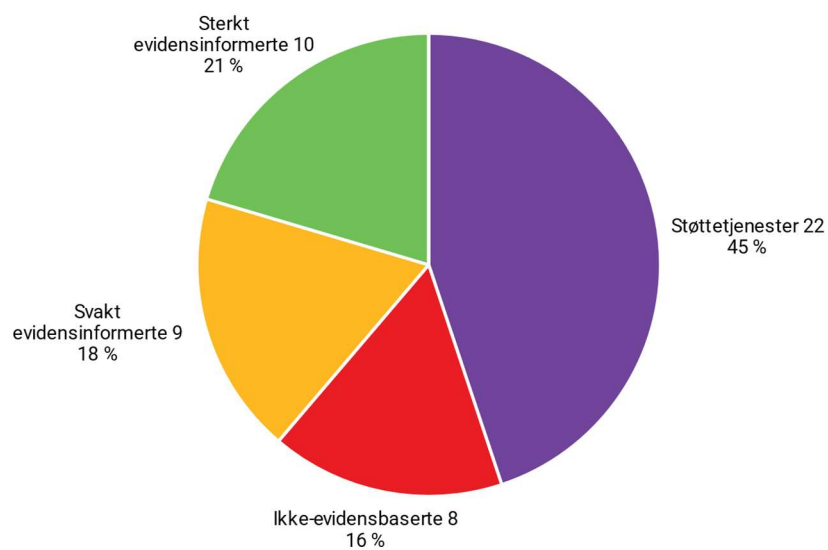
Figur 50. Prosentandel implementerte aktiviteter etter kvalitet – Region sør



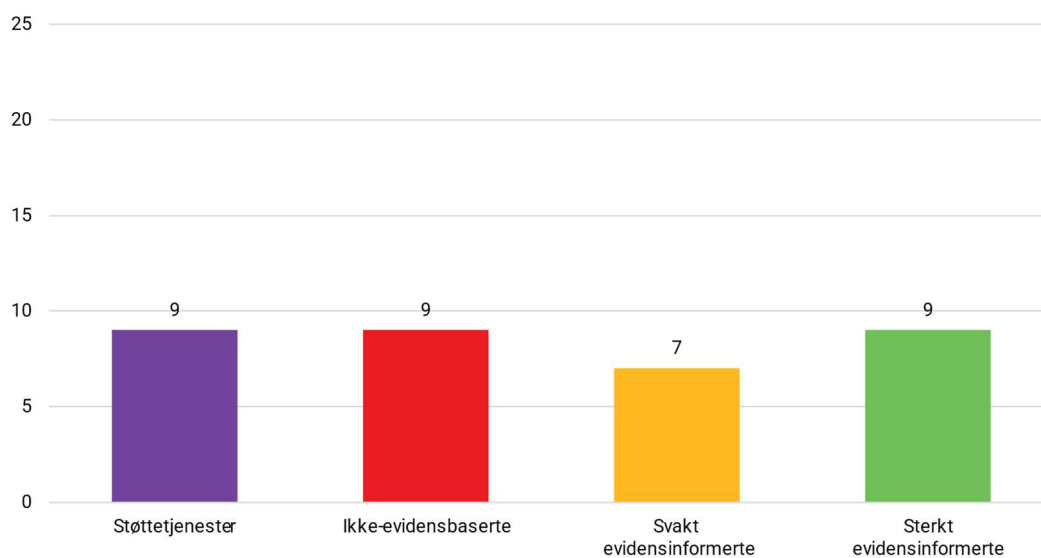
Figur 51. Antall implementerte aktiviteter etter kvalitet – Region sørvest



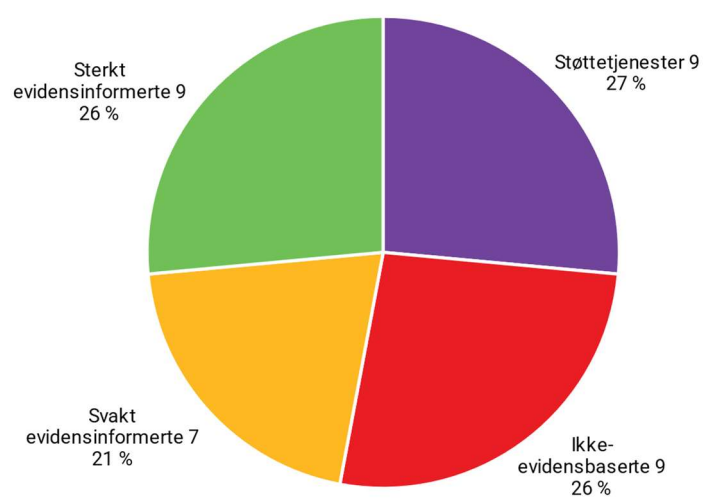
Figur 52. Prosentandel implementerte aktiviteter etter kvalitet – Region sørvest



Figur 53. Antall implementerte aktiviteter etter kvalitet – Region vest



Figur 54. Prosentandel implementerte aktiviteter etter kvalitet – Region vest



KAPITTEL IV

Kvaliteten på systemet

Dette kapitlet presenterer resultatene av den andre komponenten i gjennomgangen, i henhold til datainnsamlingen og analysen beskrevet i kapittel I, og diskuterer om systemet inkluderer alle nødvendige elementer ved å oppfylle hvert av kriteriene under hvert element. Figur 55 oppsummerer analysen. Kriteriene kan være «fullstendig» (vist med grønt) eller «delvis» (vist med gult) oppfylt eller være «ikke oppfylt» (vist med rødt). Skulle det ikke være nok informasjon til å komme frem til en informert vurdering, vil dette bli vist med en «ikke nok informasjon»-skår (vist med blått).

A. Omfattende og evidensbaserte tiltak

A.1. Systemet implementerer evidensbaserte tiltak rettet mot alle aldre

Resultatene av den første komponenten i gjennomgangen beskrevet i kapittel III (se figur 36) indikerte tydelig hvordan tiltak ble rapportert å være implementert rettet mot alle aldre. Det ble observert et slikt mønster i alle regioner. Mens det ble observert en overvekt med hensyn til antall tiltak rapportert i ungdomsårene, ble implementering av evidensbaserte tiltak (herunder sterkt evidensinformerte, evidensbaserte, ikke lokalt evaluert og innovative) rapportert i hver aldersgruppe.

OPPFYLT

A.2. Systemet implementerer evidensbaserte tiltak rettet mot alle risikonivåer

Resultatene av den første komponenten i gjennomgangen beskrevet i kapittel III (se figur 37) indikerte tydelig hvordan tiltakene ble rapportert å være implementert rettet mot alle risikonivåer. Flertallet av tiltakene var det på universelt nivå, etterfulgt av selektivt og indikativt nivå. Det ble observert et slikt mønster i alle regioner. Mens det ble observert en overvekt av ikke-evidensbaserte tiltak blant tiltakene på universelt nivå, samt en overvekt av støttetjenester blant tiltak på selektivt nivå, ble implementering av evidensbaserte tiltak (herunder sterkt evidensinformerte, evidensbaserte, ikke lokalt evaluerte og innovative) rapportert på hvert risikonivå. Interessant nok rapporterte det indikerte risikonivået en høyere andel sterkt evidensinformerte tiltak.

OPPFYLT

Figur 55. Oppsummering av resultater av analysen av systemet

A. Omfattende evidensbaserte tiltak	B. Støttende retningslinjer og bestemmelser	C. Gjennomføring og bruk av forskning	D. Koordinering og koherens	E. Kompetent leveransestruktur	F. Bærekraft
A.1. Systemet implementerer evidensbaserte tiltak rettet mot alle aldre	B.1. Finansieringen av forebyggende tiltak er betinget av at forebyggingen er evidensbasert	C.1. Det er gjennomført en skolebasert prevalensundersøkelse for ikke mer enn tre år siden	D.1. Det finnes en mekanisme for koordinering av alle sektorer på nasjonalt nivå	E.1. Personer som gjennomfører forebyggende tiltak, må læres opp	F. 1. Det finnes en forebyggingspolitikk på mellomlang sikt (3–5 år)
Oppfylt – Evidensbaserte tiltak implementert i hver aldersgruppe	Ikke oppfylt – Ikke noe sertifiseringssystem eller noen betingelser knyttet til finansieringen	Oppfylt – Mange nyere studier, herunder ESPAD, MyLife, Ungdata og HSBC	Delvis oppfylt – Ingen informasjon rapportert bortsett fra koordinering av utviklingen av de nasjonale strategiene	Delvis oppfylt – Ingen krav, men generelt en grad i forebygging, helse eller samfunnsvitenskap; sterke opplæringsstrukturer for de som jobber med forebygging	Oppfylt – Den nyeste policyen (2016–2020) har utløpt, men en ny er under utvikling
A.2. Systemet implementerer evidensbaserte strategier rettet mot alle risikonivåer	B.2. Forebygging av rusmiddelbruk er obligatorisk i utdanningssettinger	C.2. Systemet benytter resultatene fra skolebaserte undersøkelser og andre epidemiologiske studier	D.2. Det finnes en koordineringsmekanisme for alle sektorer på regionalt og/eller kommunalt nivå	E.2. Personer som bestemmer forebyggende tiltak, tilbys opplæring	F.2. Policyen er tilstrekkelig finansiert
Oppfylt – Det er implementert evidensbaserte tiltak rettet mot hvert risikonivå	Oppfylt – Dokumentasjon på obligatorisk innhold i kjernepensum og støtte til utdanning og tjenester fra helsesentre	Oppfylt – Bruk av data i tidligere strategi, mange rapporter om bruk av data fra lokale aktører, HKH	Oppfylt – SLT/SaLTo, Helsedirektoratet stiller krav om regional koordinering av kompetansesentre som en del av finansieringen	Ikke nok informasjon	Oppfylt – Policyen er finansiert. Prosentandelen av midlene til forebygging som kommer fra ikke-statlige kilder, er ubetydelig
A.3. Systemet implementerer evidensbaserte tiltak rettet mot alle settinger	B.3. Forebygging av rusmiddelbruk er obligatorisk på arbeidsplasser	C.3. Systemet støtter evaluering av forebyggingsstrategier	D.3. Det finnes en mekanisme for å sikre samstemt politikk på alle nivåer		
Oppfylt – Det er implementert evidensbaserte tiltak i alle settinger	Delvis oppfylt – Ingen tegn til lovgivning, men sterk struktur som gir en sterkt evidensinformert modell nasjonalt	Delvis oppfylt – Ingen studier, få evidensbaserte/innovative tiltak, mange interessante tiltak som det kan være verdt å evaluere	Oppfylt – KORUS-er, både gjennom dokumentasjon og konsistens, er tydelig fra analysen av tiltakene		
		C.4. Systemet bruker evalueringen av forebyggende tiltak			
		Delvis oppfylt – Ungsinn, KORUS-er og andre støttestrukturer. Kriteriet kan imidlertid ikke være «oppfylt» hvis C.3 bare er «delvis oppfylt»			

A.3. Systemet implementerer evidensbaserte tiltak rettet mot alle settinger

Resultatene av den første komponenten i gjennomgangen beskrevet i kapittel III (se figur 38) indikerte tydelig at det ble rapportert at det var implementert tiltak i alle settinger. Flest tiltak var det i lokalsamfunn og skoler, etterfulgt av familier og helse, og færrest på arbeidsplasser og i multisettinger. Det ble observert et slikt mønster i alle regioner. Det bør også understrekes at et lite antall tiltak ikke nødvendigvis er det samme som mindre dekning, da enkelte tiltak er nasjonale policyer som har svært høy dekning av målpopulasjonen. Dette er særlig tydelig på arbeidsplasser, der én enkelt modell gjennomføres nasjonalt. Mens det ble observert en overvekt av ikke-evidensbaserte tiltak i skolene, samt en overvekt av støttetjenester i lokalsamfunn og helsesettinger, ble det rapportert implementering av evidensbaserte tiltak (herunder sterkt evidensinformerte, evidensbaserte, ikke lokalt evaluerte og innovative) i alle settinger. **OPPFYLT**

B. Støttende retningslinjer og bestemmelser

B.1. Finansieringen av forebyggende tiltak er betinget av at forebyggingen er evidensbasert

Det var ingen bevis på nasjonale systemer for å sertifisere kvaliteten på tiltak, organisasjoner eller dem som jobber innenfor feltet, i dataene som ble samlet inn, og heller ikke på noe system for å bevilge finansiering betinget av sertifisering. Sammen med det begrensede omfanget av evalueringen er dette muligens roten til situasjonen som ble observert i kapittel III, hvor en betydelig andel av tiltakene fortsatt er ikke-evidensbaserte eller svakt evidensinformerte. Det bør bemerkes at desentralisering er nedfelt i Grunnloven, og derfor ville et slikt nasjonalt vilkårssystem ikke ha noe rettslig grunnlag. **IKKE OPPFYLT**

B.2. Forebygging av rusmiddelbruk er obligatorisk i utdanningssettinger

Det ble mottatt informasjon om mandatet kommunene har til å gripe inn når det gjelder bruk av tobakk, alkohol og rusmidler, samt gi informasjon om forebygging av sykdom (og dermed ruslidelser). I tillegg fremkom det fra analysen i kapittel III klar evidens for den obligatoriske karakteren til en rekke forebyggende tiltak mot rusmiddelbruk i utdanningssettinger, herunder: kjernepensumet for grunnskole og videregående opplæring fra Helse- og omsorgsdepartementet; de nasjonale retningslinjene for helsefremmende arbeid og forebyggende arbeid for barn, som bemyndiger helsetjenestene til å støtte skolene i arbeidet med rusmiddelforebygging; SBIRT og psykiske helsetjenester for barn; samt de rusforebyggende retningslinjene for Osloskolen. **OPPFYLT**

B.3. Forebygging av rusmiddelbruk er obligatorisk på arbeidsplassen

Informasjonen som er gitt, refererer ikke til et rettslig krav eller faktisk lovgivning. Fra analysen i kapittel III fremkom det imidlertid klar evidens for et høyt utviklet system for å tilby rusforebygging på arbeidsplassen nasjonalt, i regi av AKAN kompetansesenter. AKAN kompetansesenter er en ideell organisasjon som eies og finansieres av Landsorganisasjonen i Norge (LO), Næringslivets Hovedorganisasjon (NHO) og staten, representert ved Helse- og omsorgsdepartementet. Kompetansesenteret tilbyr kurs, rådgivning, informasjon og digitale verktøy basert på den tretrinns AKAN-modellen, der en policy for rusmiddelbruk på arbeidsplassen er det viktigste elementet. AKANs mål er å gjøre det mulig for arbeidsgivere og ansatte å systematisk forebygge og håndtere problematisk bruk av alkohol, rusmidler, reseptbelagte legemidler, gambling, spill og steroider. En rekke respondenter i den første komponenten av gjennomgangen rapporterte om AKAN-tiltak, og

modellen ble gjennomgått og vurdert til å være sterkt evidensinformert. Respondenter rapporterte også om en solid leveransestruktur, inkludert kapasitetsbygging, veiledning, hjelpelinjer og nettverktøy. **DELVIS OPPFYLT**

C. Gjennomføring og bruk av forskning

C.1. Det er gjennomført en skolebasert prevalensundersøkelse for ikke mer enn tre år siden.

Det ble rapportert å ha vært finansiert epidemiologisk og kvalitativ forskning de siste tre årene, og det ble gitt informasjon om en rekke studier som følge av pågående og nylig datainnsamling om tobakk, alkohol og andre rusmidler, inkludert mønstre og skader, både kvantitative og kvalitative. Norge har særlig deltatt i ESPADs datainnsamling i alle de sju rundene siden 1995 og har startet en skolebasert longitudinell studie (MITT LIV-undersøkelsen). I tillegg er kommunene et svært viktig referanse- og analysepunkt: «Ungdata», en nasjonal datainnsamlingsordning, gjennomfører undersøkelser av ungdom på kommunenivå slik at data om rusmiddelbruk kan inkluderes i de kommunale folkehelseprofilene. Norge deltar også i den internasjonale HBSC-undersøkelsen (Health Behaviour in School Aged Children), initiert av WHO's regionskontor for Europa. **OPPFYLT**

C.2. Systemet benytter resultatene fra skolebaserte undersøkelser og andre epidemiologiske studier

Informasjonen som ble gitt, indikerte at den nasjonale strategien for rusmiddelforebygging 2016–2020 (Prop. 15 S (2015–2016) Opptreppingsplanen for rusfeltet (2016–2020)) inkluderte epidemiologiske data. Denne strategien, som har utløpt, vil bli erstattet av en rapport som for tiden er under utvikling, og denne inkluderer en analyse av tilgjengelige epidemiologiske data. I tillegg har analysen i kapittel III en rekke rapporter om respondenter som brukte informasjonen fra «Ungdata» eller fra en av de «offentlige helseprofilene» som grunnlag for planlegging og/eller valg av tiltak, eller under gjennomføringen av tiltakene (f.eks. i utdanningsaktiviteter). I tillegg utviklet KORUS Bergen en dedikert modell for lokal planlegging på grunnlag av raske vurderinger (HKH – Hurtig kartlegging og handling), som tilpasset WHO's Rapid Assessment and Response-verktøy og piloterte og evaluerte det for å få det til å fungere i norsk sammenheng. Siden 2003 har det blitt utført mer enn 50 enkeltvurderinger av 30 forskjellige lokalsamfunn ved hjelp av HKH-metoden i Norge, hovedsakelig med fokus på ungdom og unge voksne i faresonen. **OPPFYLT**

C.3. Systemet støtter evaluering av forebyggende tiltak

Informasjonen som ble gitt, indikerte at evalueringsforskning har blitt finansiert og gjennomført. Listen med studier består imidlertid av forskjellige typer epidemiologiske studier, og ikke evalueringsforskning som studerer effekten eller effektiviteten av tiltak. I tillegg rapporterte analysen i kapittel III ingen implementerte tiltak som var evidensbasert, dvs. et tiltak med effekt/effektivitet som er dokumentert av en studie med sterk metodikk i Norge), og bare ett innovativt tiltak (dvs. som inkluderer en planlagt/pågående studie av effekt/effektivitet). Enkelte tiltak rapporterte evalueringer som enten var prosessevalueringer eller studier av effekt/effektivitet som hadde studert intermediære variabler, i stedet for virkningen på om noen begynner med rusmidler eller utvikler rusavhengighet, i henhold til standardene, i forhold til tiltak rettet mot personer over 10 år. På den annen side ble et betydelig antall tiltak (49 prosent nasjonalt) rapportert å være ikke-evidensbaserte. Det ble også identifisert en rekke modeller som hadde blitt systematisk utviklet og rapportert å ha

blitt implementert gjentatte ganger, men som hadde behovd en evaluering av effekt/effektivitet for å kunne løfte statusen til evidensbasert (AKAN, HAP-appen, programmet rettet mot eldre, FLYT, Utsett!, TINT (Tuning into Teens), BTI, BAPP, FACT Ung mv.). **DELVIS OPPFYLT**

C.4. Systemet bruker evalueringen av forebyggende tiltak

Det ble ikke mottatt noen informasjon fra nasjonalt nivå. Analysen i kapittel III rapporterte imidlertid om eksistensen av «Ungsinn», et tidsskrift med kunnskapsoppsummeringer over tiltak og behandlinger innen psykisk helsevern, inkludert forebygging av rusmiddelbruk, drevet av Regionalt kunnskapssenter for barn og unge, Nord (RKBU Nord) ved UiT, Norges arktiske universitet. Som en del av gjennomgangen klassifiseres hvert tiltak på et evidensnivå, etter spesifiserte kriterier for å sikre at tiltakene evalueres på samme grunnlag. I tillegg til denne mekanismen som sikrer at evalueringene blir systematisert med tanke på praktisk bruk, fremhevet analysen i kapittel III de sterke støttemekanismene i landet som fremmer evidensbasert praksis, med utgangspunkt i KORUS-ene. Gitt mangelen på evaluering rapportert i C.3 kan imidlertid disse mekanismene ikke alene sikre full bruk av evaluering i systemet. **DELVIS OPPFYLT**

D. Koordinering og koherens

D.1. Det finnes en mekanisme for koordinering av alle sektorer på nasjonalt nivå

Selv om mange departementer ble rapportert å være involvert i forebygging av rusmiddelbruk og bedt om å oppgi informasjon (Helse- og omsorgsdepartementet, Kunnskapsdepartementet, Kultur- og likestillingsdepartementet, Justis- og beredskapsdepartementet, Arbeids- og inkluderingsdepartementet, Kommunal- og distriktsdepartementet, Barne- og familiedepartementet), var det bare Helse- og omsorgsdepartementet og Barne- og familiedepartementet som faktisk gjorde det. Utviklingen av en strategi ser ut til å være en mulighet for å involvere mange departementer, slik det fremgår av Prop. 15 S (2015–2016) Opptrappingsplanen for rusfeltet (2016–2020), som inkluderer tiltak støttet av mange ulike departementer. Helse- og omsorgsdepartementet har en ledende rolle når det gjelder å bidra med data og veiledning, inkludert Helsedirektoratet, FHI og et system med sju kompetansesentre (KORUS-ene). **DELVIS OPPFYLT**

D.2. Det finnes en koordineringsmekanisme for alle sektorer på regionalt og/eller kommunalt nivå

Selv om spørreskjemaene ikke ga utvetydig informasjon, ga analysen som ble presentert i kapittel III, en sterk indikasjon på koordineringsmekanismer på lokalt nivå, spesielt den tverretatlige modellen for gjennomføring av rus- og kriminalitetsforebyggende arbeid blant barn og unge: SLT – Samordning av lokale kriminalitetsforebyggende tiltak (kjent som SaLTo i Oslo). Sju av respondentene på spørreskjemaet om implementering av tiltak var faktisk lokale SLT-koordinatorer, og et stort antall tiltak (56) ble implementert av respondenter (30) i en SLT-kontekst. Ettersom så mange respondenter identifiserte seg med denne modellen for tverretatlig koordinering, ble det opprettet en ny «kategori» av institusjonell sektor i kategoriseringen av svar i kapittel III. En evaluering av modellen rapporterte at SLT er solid forankret i kommunens planer. I tillegg ber Helsedirektoratet, som en del av sin finansieringsavtale, ulike kompetansesentre om å samarbeide på regionalt nivå med den årlige gjennomgangen av en samarbeidsplan som lister opp spesifikke aktiviteter som vil bli støttet av sentrene. For eksempel koordinerer den regionale samarbeidsplanen i region øst aktivitetene til Regionsenter for barn og unges psykiske helse (RBUP) øst og sør, Regionalt ressurscenter om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging (RVTS) øst, KORUS øst, KORUS Oslo, Nasjonalt

kompetansesenter for psykisk helsearbeid (NAPHA), Statsforvalteren i Oslo og Viken, og Statsforvalteren i Innlandet. **OPPFYLT**

D.3. Det finnes en mekanisme for å sikre en samstemt politikk på alle nivåer

Den oppgitte informasjonen beskrev systemet fra helsesektorens perspektiv, ledet av Helse- og omsorgsdepartementet i dets politiske rolle og med tilhørende ansvar. Helsedirektoratet har mandat til å forbedre helsen til innbyggerne og samfunnet som helhet gjennom målrettede aktiviteter på tvers av tjenester, sektorer og administrative nivåer, og skal gjøre det i kraft av rollen som utøvende organ, som tilsynsmyndighet og som gjennomføringsmyndighet på helsepolitiske områder. På neste nivå er det sju regionale kompetansesentre (KORUS-ene) som har som primær rolle å styrke praksisfeltet ved å sikre ivaretagelse, utvikling og formidling av rusmiddelrelatert kompetanse og gjennom dette bidra til statlige tiltak på rusmiddelområdet. Videre har Folkehelseinstituttet (FHI), som er underlagt Helse- og omsorgsdepartementet, oppdraget med å produsere, oppsummere og formidle kunnskap som skal støtte god folkehelseinnsats og helsetjenester og dermed bidra til bedre helse, både i Norge og over hele verden. Styrken til KORUS-ene når det gjelder å støtte en samstemt politikk i landet, kommer til syne i analysen i kapittel III, som angir konsistens på tvers av regionene i antallet og kvaliteten på tiltakene som er implementert i forskjellige regioner, samt i hvilken grad evidensinformerte modeller gjentatte ganger ble rapportert å ha blitt implementert. **OPPFYLT**

E. Kompetent leveransestruktur

E.1. Personer som gjennomfører forebyggende tiltak, må læres opp

Informasjonen som ble angitt, indikerte at det ikke finnes noe slikt krav, selv om det generelt kreves et minimums utdanningsnivå (bachelorgrad eller høyere), samt grader i forebyggingsvitenskap, samfunnsvitenskap, herunder sosialt arbeid og medisin/sykepleie og samfunnshelse. Det ble ikke gitt noen informasjon om hvor mange som jobber innenfor dette feltet, og opplæringen som tilbys. Analysen av tiltakene fremhevet imidlertid eksistensen av en rekke strukturer som skal støtte kapasitetsbygging for dem som jobber innenfor feltet, med hensyn til spesifikke tiltak eller modeller, for eksempel: AKA (se under B.3.) og Kjentmann (se kapittel III). Et annet eksempel på støtte er Tidlig Inn, et samarbeid mellom Helsedirektoratet og Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet som tilbyr kapasitetsbygging for kommunalt ansatte (hovedsakelig i helsesektoren) som jobber med gravide kvinner og deres partnere, eller nybakte foreldre. Programmet går over seks kursdager, og målet er å gi de ansatte mot og kunnskap til å stille spørsmål om rusmiddelbruk, psykisk helse og vold, og til å handle på grunnlag av svarene som blir gitt (hvordan man skal svare, hvem man skal involvere mv.). **DELVIS OPPFYLT**

E.2. Personer som bestemmer forebyggende tiltak, tilbys opplæring

Det ble ikke gitt noen informasjon om dette spørsmålet, og det ble heller ikke anmerket noe under analysen av tiltakene. **IKKE NOK INFORMASJON**

F. Bærekraft

F.1. Det finnes en forebyggingspolitikk på mellomlang sikt (3–5 år)

Selv om den nyeste policyen, Prop. 15 S (2015–2016) Opptappingsplanen for rusfeltet (2016–2020), er utløpt, pågår det en prosess for å utvikle en ny, blant annet med sikte på å utnytte resultatet av denne rapporten. Policyen dekket kontrollerte og ikke-kontrollerte rusmidler (f.eks. nye psykoaktive rusmidler, alkohol, doping), men ikke tobakk. **OPPFYLT**

F.2. Policyen er tilstrekkelig finansiert

Informasjonen som ble gitt, indikerte at policyen er finansiert, men prosentandelen av finansiering av forebygging fra ikke-statlige enheter ble rapportert å være ubetydelig. Dette ble ikke bare bekreftet av antall forebyggende tiltak rapportert i den første komponenten i gjennomgangen, men også av det faktum at bare et fåtall av respondentene var ikke-statlige organisasjoner. **OPPFYLT**

KAPITTEL V

Konklusjoner

Dette kapitlet oppsummerer noen av hovedpunktene som kan høstes fra resultatene av gjennomgangen presentert i de foregående kapitlene med tanke på styrkeområder i systemet, samt områder med muligheter for forbedring.

- Systemet er svært omfattende og implementerer tiltak, inkludert evidensbaserte tiltak, rettet mot alle aldre, alle risikonivåer og alle settinger. De fleste tiltakene ser ut til å være rettet mot ungdom. Dette er forståelig, da dette ofte er debutalderen, men siden rusmiddeldebut og progresjon til ruslidelser vokser frem over tid, kan det være grunn til å argumentere for at tidlig barndom og barneskolealder bør få økt oppmerksomhet.
- Systemet kjennetegnes av et betydelig grunnlag av evidensbasert praksis, som bygger på et stort tilbud av støttetjenester, og har en betydelig andel tiltak som allerede inkluderer i hvert fall enkelte kjennetegn som er i tråd med standardene, og kan utgjøre et enkelt grunnlag for forbedring for at de i enda større grad skal bli i tråd med vitenskapen i standardene.
- En fjerdedel av tiltakene ble imidlertid rapportert å være ikke-evidensbaserte, og her ligger det en åpenbar forbedringsmulighet. En overvekt av disse tiltakene ser ut til å bli gjennomført på universelt nivå i ungdomsårene, spesielt i skoler, men også i familier og helsesettinger. Tiltakene består av et begrenset antall økter som prioriterer formidling av informasjon fremfor interaktiv praktisering av ferdigheter, og/eller frittflytende dialoger fremfor strukturerte økter. Slike responser vil kreve en grundig analyse nasjonalt for enten å bli erstattet av mer effektive tiltak, eller forbedret for å øke effektivitetspotensialet.
- Et visst antall tiltak, herunder ikke-evidensbaserte tiltak, men også evidensbaserte tiltak, så ut til å ha blitt omhyggelig utviklet, med et godt teoretisk grunnlag og støttestruktur. Det er svært viktig at disse tiltakene blir vitenskapelig evaluert for å fastslå effektiviteten og deretter fremme utbredelsen. Enkelte av disse tiltakene har ingen evidensbasert ekvivalent noe sted i verden, for eksempel fordi de retter seg mot underprivilegerte populasjoner (f.eks. barn i familier med rusproblemer, eller eldre), eller fordi de brukes på et nytt felt (HAP-appen). En vellykket evaluering av effektiviteten ville derfor hatt global betydning.
- Systemet kjennetegnes av et høyt konsistensnivå på tvers av regioner. Dette er bemerkelsesverdig fordi det skjer til tross for at systemet ikke oppfyller noen av kriteriene

for sertifisering/akkreditering av programmer, organisasjoner eller dem som jobber innenfor feltet, og ikke praktiserer betinget finansiering. Konsistensen er derfor et vitnesbyrd om styrken i koordinerings- og leveransestrukturen.

- Mens koordinering på nasjonalt nivå ser ut til å være en forbedringsmulighet, blomstrer koordineringen på kommunalt nivå, støttet av kompetansen til KORUS-ene på regionalt nivå og den pålagte koordineringen med andre regionale aktører. Antall respondenter involvert i den tverretatlige SLT/SaLTo-mekanismen, samt antall tiltak de rapporterte, er begge vitnesbyrd om mekanismens evne til å være konkret aktiv.
- Systemet støtter (og i mange tilfeller: responderer på og er basert på) en imponerende mengde epidemiologisk forskning, både på nasjonalt og lokalt nivå, og informasjonen ble tydelig rapportert brukt på lokalt nivå. Eksistensen av slike epidemiologiske data og langsiktig monitorering av skiftende trender vil bli avgjørende, spesielt i sammenheng med et forebyggende system som er i utvikling.
- Situasjonen med hensyn til evaluering av effekt/effektivitet av tiltak og policyer ser ut til å være svakere og er en svært viktig forbedringsmulighet. Det bør minnes om at standardene bygger på en metode som krever tiltak som har vist seg å ha vært effektive for å forhindre rusmiddelbruk når det gjelder den faktiske atferden, og der intermediære variabler bare er akseptable ved tiltak rettet mot barn under 10 år. Den første komponenten i gjennomgangen fant informasjon om en rekke evalueringer, men de var for det meste prosessevalueringer eller tok for seg intermediære variabler.
- Nasjonalt gjennomførte tiltak omfatter den laveste andelen (17 prosent) av ikke-evidensbaserte tiltak, mens det er tiltak implementert lokalt som i uforholdsmessig grad ble rapportert å være ikke-evidensbasert ved sammenligning. I denne konteksten må en svært viktig mulighet for forbedring være et øyeblikks refleksjon for å kollektivt identifisere hva som kan være den mest hensiktsmessige mekanismen for å sikre en økning i bruken av evidensbaserte tiltak lokalt. Dette gjelder særlig alderen, settingen og risikonivået de fleste tiltakene er rettet mot, og et uforholdsmessig antall ikke-evidensbaserte tiltak, som universelle tiltak i skoler, familier og helsesettinger rettet mot ungdom, jf. beskrivelsen ovenfor. Det kan ligge muligheter i å kreve eller i det minste tydelig oppfordre til grunnleggende opplæring for alle som jobber innenfor feltet, og/eller bruk av tiltak fra et slags register som har vist seg å være effektive. Opplæring var uten tvil et område der evalueringen ga knapp informasjon, til tross for bevis for mange støttestrukturer rundt spesifikke tiltak. Tilbudet om kjerneopplæring til alle som jobber innenfor feltet, kan være et utnyttet forbedringspotensial.

Alt i alt skal det bemerkes at evalueringen tydelig indikerer at styrkeområdene i systemet er mange, og overgår dem som krever oppmerksomhet og forbedring. Ettersom RePS er utviklet som et verktøy som skal støtte positive forbedringssykluser, er det naturlig at punktene ovenfor ser ut til å fremheve forbedringsmulighetene. Dette bør imidlertid leses på bakgrunn av et helhetlig bilde som er svært positivt, og på bakgrunn av et ønske om å bidra med ideer som forhåpentligvis vil være nyttige for å forbedre effektiviteten til systemet med tanke på å fremme helse og velvære for barn, ungdom, familier og lokalsamfunn i Norge.

Oversikt over figurer

Figur 1. Respondenter fordelt etter geografisk region	9
Figur 2. Andelen rapporteringer som ble forkastet i de ulike fasene av undersøkelsen.....	12
Figur 3. KORUS-regioner	13
Figur 4. Oversikt over vurderingsprosessen	15
Figur 5. Tiltak etter implementeringsregion.....	17
Figur 6. Respondenter og antall tiltak som er implementert per sektor.....	18
Figur 7. Antall implementerte tiltak etter alder – hele Norge.....	19
Figur 8. Antall og prosentandel implementerte tiltak etter alder – hele Norge.....	19
Figur 9. Antall implementerte tiltak etter alder – Region midt.....	20
Figur 10. Antall implementerte tiltak etter alder – Region øst.....	20
Figur 11. Antall implementerte tiltak etter alder – Region Oslo.....	21
Figur 12. Antall implementerte tiltak etter alder – Region nord.....	21
Figur 13. Antall implementerte tiltak etter alder – Region sør.....	22
Figur 14. Antall implementerte tiltak etter alder – Region sørvest.....	22
Figur 15. Antall implementerte tiltak etter alder – Region vest	23
Figur 16. Antall implementerte tiltak etter risikonivå – hele Norge	24
Figur 17. Antall og prosentandel implementerte tiltak etter risikonivå – hele Norge	25
Figur 18. Antall implementerte tiltak etter risikonivå – Region midt	25
Figur 19. Antall implementerte tiltak etter risikonivå – Region øst	26
Figur 20. Antall implementerte tiltak etter risikonivå – Region Oslo	26
Figur 21. Antall implementerte tiltak etter risikonivå – Region nord (nasjonalt)	27
Figur 22. Antall implementerte tiltak etter risikonivå – Region sør	27
Figur 23. Antall implementerte tiltak etter risikonivå – Region sørvest	28
Figur 24. Antall implementerte tiltak etter risikonivå – Region vest.....	28
Figur 25. Antall implementerte tiltak etter setting – hele Norge	29
Figur 26. Antall og prosentandel implementerte tiltak etter implementeringssetting – hele Norge ...	30
Figur 27. Antall implementerte tiltak etter implementeringssetting – Region midt	30
Figur 28. Antall implementerte tiltak etter implementeringssetting – Region øst.....	31

Figur 29. Antall implementerte tiltak etter implementeringssetting – Region Oslo	31
Figur 30. Antall implementerte tiltak etter implementeringssetting – Region nord (nasjonalt).....	32
Figur 31. Antall implementerte tiltak etter setting – Region sør.....	32
Figur 32. Antall implementerte tiltak etter setting – Region sørvest.....	33
Figur 33. Antall implementerte tiltak etter setting – Region vest	33
Figur 34. Antall implementerte tiltak etter kvalitet – hele Norge	35
Figur 35. Antall og prosentandel implementerte tiltak etter kvalitet – hele Norge	35
Figur 36. Antall implementerte tiltak etter kvalitet – hele Norge	36
Figur 37. Antall og prosentandel implementerte aktiviteter etter kvalitet – hele Norge.....	42
Figur 38. Antall implementerte tiltak etter implementeringssetting og kvalitet.....	45
Figur 39. Antall implementerte aktiviteter etter kvalitet – hele Norge.....	53
Figur 40. Prosentandel implementerte aktiviteter etter kvalitet – hele Norge	53
Figur 41. Antall implementerte aktiviteter etter kvalitet – Region midt.....	54
Figur 42. Prosentandel implementerte aktiviteter etter kvalitet – Region midt	54
Figur 43. Antall implementerte aktiviteter etter kvalitet – Region øst.....	55
Figur 44. Prosentandel implementerte aktiviteter etter kvalitet – Region øst	55
Figur 45. Antall implementerte aktiviteter etter kvalitet – Region Oslo.....	56
Figur 46. Prosentandel implementerte aktiviteter etter kvalitet – Region Oslo	56
Figur 47. Antall implementerte aktiviteter etter kvalitet – Region nord (nasjonalt).....	57
Figur 48. Prosentandel implementerte aktiviteter etter kvalitet – Region nord (nasjonalt)	57
Figur 49. Antall implementerte aktiviteter etter kvalitet – Region sør.....	58
Figur 50. Prosentandel implementerte aktiviteter etter kvalitet – Region sør	58
Figur 51. Antall implementerte aktiviteter etter kvalitet – Region sørvest.....	59
Figur 52. Prosentandel implementerte aktiviteter etter kvalitet – Region sørvest	59
Figur 53. Antall implementerte aktiviteter etter kvalitet – Region vest	60
Figur 54. Prosentandel implementerte aktiviteter etter kvalitet – Region vest.....	60
Figur 55. Oppsummering av resultater av analysen av systemet.....	62

Gjennomgang av nasjonale forebyggingssystemer – sluttrapport om pilotprosjektet i Norge

Uoffisiell norsk oversettelse