

Lokalsamfunnsbaserte multikomponenttiltak: evidens for effekt i ISDUP og EUPC og vurderinger av overføringsverdi og gjennomførbarhet i norsk kontekst

Notat

Torleif Halkjelsvik & Ingeborg Rossow

**Avdeling for rusmidler og tobakk,
Folkehelseinstituttet**

27. mars 2026

Bakgrunn

Samarbeidsprosjektet «Oppfølging av nasjonalt program for rusforebyggende arbeid blant barn og unge» ble inngått mellom Avdeling for rusmidler og tobakk ved Folkehelseinstituttet (FHI) og Helsedirektoratet (Hdir) høsten 2024. Prosjektet består av tre delprosjekter: (1) Kunnskapsgrunnlaget, (2) Nullpunktkartlegging og (3) Skoleprosjektet. Dette er ett av flere notater som utarbeides av Avdeling for rusmidler og tobakk fra delprosjekt 1, Kunnskapsgrunnlaget, og er et bidrag til direktoratets arbeid med kunnskapsbasert forebygging av rusmiddelproblemer blant barn og unge, på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet.

Notatene fra delprosjekt 1 presenterer en systematisk gjennomgang av forskningslitteraturen som er referert til som kunnskapsgrunnlag i to sentrale internasjonale publikasjoner om evidensbasert forebygging på rusfeltet: International Standards on Drug Use Prevention (ISDUP), utgitt av FN-organisasjonen UNODC, og European Prevention Curriculum (EUPC), utgitt av EUDA (tidligere EMCDDA). Sistnevnte bygger i all hovedsak på førstnevnte. ISDUP er kommet i to utgaver, den første i 2013 [1] og en oppdatert utgave i 2018 [2], mens EUPC kom i 2019 [3].

Dette notatet omhandler lokalsamfunnsbaserte multikomponenttiltak (community-based multi-component initiatives, CMCI¹). Det vesentligste grunnlaget for notatet finnes i en mer detaljert engelskspråklig gjennomgang. Lesere som ønsker mer informasjon om gjennomgangen av den refererte forskningslitteraturen i ISDUP og EUPC for CMCI, henvises til det engelskspråklige dokumentet (heretter grunnlagsdokumentet). Dette notatet oppsummerer hovedpunktene fra litteraturgjennomgangen og drøfter noen sider av gjennomførbarhet av slike tiltak i norsk kontekst.

CMCI beskrives i ISDUP som mobiliseringsarbeid på lokalsamfunnsnivå der ulike aktører går sammen i partnerskap, koalisjoner og arbeidsgrupper for å forebygge rusmiddelbruk. Tiltakene kombinerer typisk flere komponenter på tvers av arenaer som

¹ I den norske oversettelsen av EUPC er dette kalt 'samfunnsbasert forebygging'. Vi mener at begrepet lokalsamfunnsbaserte multikomponenttiltak er mer presist, men ved stadige gjentakelser ville det gjort teksten mer omstendelig og tungt leselig. Vi har derfor i all hovedsak brukt akronymet av det engelskspråklige begrepet, CMCI, gjennom teksten.

skole, familie, media og håndheving, og gjennomføres i lokalsamfunn eller mindre geografiske områder. I ISDUP ble CMCI vurdert å ha «god» evidens for effekt (efficacy)², og det konkluderes med at slike tiltak «kan forebygge bruk av narkotika, alkohol og tobakk». EUPC beskriver CMCI som følger: *«Initiativer med flere komponenter kombinerer ulike evidensbaserte tiltak og policyer for å påvirke befolkningen i hele samfunnet. Noen av komponentene kan inkludere forebyggende intervensjoner og policyer som implementeres på skolen og i utelivsmiljøer, samt tiltak som retter seg mot foreldres og familiers behov. De kan også omfatte bruk av media, som kan benyttes til effektiv formidling av forebyggende budskap, enten som forebyggende meldinger eller for å støtte implementering av et forebyggende tiltak i et samfunn. Det sentrale poenget her er å fokusere på de intervensjonene og policyene som har vist seg å være effektive. Når disse kombineres for å nå ulike befolkningsgrupper i flere settinger, utgjør de et kraftig verktøy for forebygging.»*³ Dette impliserer at det er sannsynlig at denne formen for tiltak er mer effektiv enn enkelttiltak. EUPC presenterer også fire eksempler på lovende programmer: Project Northland, STAD, CTC (Communities That Care) og PROSPER.

Evidensgrunnet i ISDUP

ISDUP baserer sine konklusjoner på 12 oversiktsartikler (heretter ofte omtalt som oversikter). ISDUP har klassifisert kvaliteten på disse som «god» eller «akseptabel». Andreutgaven av ISDUP identifiserte ingen nye oversikter utover dem som var brukt i 2013. Gjennomgangen viser at evidensen som er trukket ut i ISDUP (tilgjengelig som et vedlegg til ISDUP) i stor grad er tilnærmet ordrette gjengivelser av konklusjonene i kildepublikasjonene, noe som tyder på god overføring fra kilde til ISDUPs evidensdokument. Det som derimot vurderes i vårt grunnlagsdokument, er samsvaret

² Både ISDUP, 1. utgave og EUPC med tilhørende evidensdatabaser har vurdert hvor god evidensen er for effekt av et tiltak eller en type programmer eller et spesifikt program. I ISDUP, 1. utgave er dette angitt med en til fem stjerner, jo flere stjerner, dess bedre evidens. En stjerne: begrenset evidens for effekt, to stjerner: tilstrekkelig evidens, tre stjerner: god evidens, fire stjerner: svært god evidens, og fem stjerner: utmerket evidens. I EUPC er kun enkelte typer programmer vurdert på denne måten, men i de tilhørende evidensdatabasene (Best practice portal – evidence database og Xchange prevention registry) er det angitt en vurdering av evidens for effekt, og de to bruker noe ulike betegnelser på vurderingene.

³ På engelsk gir EUPC følgende omtale av CMCI: «[] they provide a powerful tool for prevention. I den norske utgaven av EUPC heter det «[] utgjør de et kraftig verktøy for forebygging»

mellom evidensen i den refererte litteraturen og de overordnede utsagnene i retningslinjene. Vi har her fokusert på alkohol og narkotika som utfallsmål og utelater omtale av oversikter som utelukkende har presentert resultater for tobakk. Dette gir 8 oversikter som er referert i ISDUP [4-11].

Av de 8 oversiktene var det 7 som omhandlet et bredere sett av intervensjoner enn CMCI [4, 6-11], og ingen av oversiktene beskrev CMCI slik ISDUP gjør med hensyn til «mobiliseringsarbeid på lokalsamfunnsnivå der ulike aktører går sammen i partnerskap, koalisjoner og arbeidsgrupper for å forebygge rusmiddelbruk.» Men, i alle oversiktene var de relevante primærstudiene evalueringer av en eller annen form for multi-komponenttiltak. Alle oversiktene avgrenset målgruppen for intervensjonen til barn og unge (unntaket er en mer vidtfavnende 'paraplyoversikt' [4], men den fremhever en oversiktsartikkel som har målgruppen barn og unge [12]). To av oversiktene avgrenset målgruppen ytterligere til sårbare eller risikoutsatte unge [8, 9].

Funnene i de 8 oversiktene viser et sammensatt bilde. Flere oversikter rapporterte blandete resultater eller resultater uten klare konklusjoner. Bühler og Kröger [4] identifiserte seks relevante oversikter, men kun én [12] konkluderte positivt for multikomponenttiltak, de øvrige fem rapporterte resultater uten klare konklusjoner. En Cochrane-oversikt [5], fant at multikomponenttiltak kan være effektive med hensyn til alkoholbruk blant unge, men fant ingen klar evidens for at slike tiltak er mer effektive enn enkelttiltak. Gates og medarbeidere [6] rapporterte at det var mangel på evidens for effekt av intervensjoner som ikke er skolebaserte, og Jackson og medarbeidere [7] rapporterte at ingen av seks evaluerte programmer ga klar evidens for effekt.

Andre oversikter viste mer positive tendenser, men her må det tas betydelige forbehold. En omfattende rapport [8] hadde fokus på ungdom i risikogrupper, og viste til en enkelt meta-analyse som rapporterte at multikomponenttiltak var mer effektive enn enkelttiltak for denne gruppen. En annen systematisk oversikt om forebygging blant sårbare unge [9], trakk frem én enkelt multikomponentstudie som viste gunstig effekt av intervensjonen, uten noen samlet syntese av evidensen for de øvrige studiene. Skara og Sussman [10] konkluderte med at skole- og lokalsamfunnsbaserte programmer var effektive, men bemerket at konklusjonen var «usikker» gitt manglende signifikante

effekter i flere studier. Spoth og medarbeidere [11] fokuserte på å identifisere de mest lovende tiltakene og utelot studier uten positive resultater fra den narrative oppsummeringen, noe som gjør publikasjonen uegnet til å vurdere den samlede evidensen.

EUPCs eksempler på lovende programmer

I grunnlagsdokumentet undersøker vi også evidensgrunnlaget for de fire programmene som er angitt i EUPC som lovende. Vi har gjort dette ved å søke i EUDAs egne registre (Xchange og Best Practice Portal). Gjennomgangen av litteraturen det refereres til, viser at resultatene fra evalueringstudiene var blandete.

Project Northland viste positive effekter på alkoholbruk i de opprinnelige studiene fra Minnesota, men da programmet ble implementert i Chicago og i Kroatia, ble det ikke funnet effekter på alkohol- eller narkotikabruk. Dette programmet ble vurdert som «kanskje fordelaktig» i Xchange.

STAD, som retter seg mot utelivsmiljøer, viste effekter på overskjenking og voldskriminalitet i de første studiene fra Stockholm, men ikke på alkoholsalg til mindreårige. STAD ble etter hvert implementert i andre svenske kommuner, men effekten på voldskriminalitet var da redusert. Programmet ble vurdert som «kanskje fordelaktig».

CTC ble vurdert som «trolig fordelaktig» basert på to randomiserte kontrollerte studier. Den ene av disse viste ulike resultater (gunstige effekter eller ingen effekter) avhengig av analysedesign, og den andre studien hadde utilstrekkelig evidens for effekt.

PROSPER ga ingen treff i noen av EUDAs evidensregistre.

Hovedfunn og vurderinger

Vurderingen «God effekt» er for positiv

ISDUP har vurdert at det er evidens for «god effekt» av CMCI. Vurderingen bygger på en kombinasjon av styrken på den foreliggende evidensen og i hvilken grad intervensjonen har en gunstig effekt. I grunnlagsdokumentet har vi konkludert med at denne

vurderingen fremstår som for positiv gitt den underliggende evidensen. Ett kriterium for inklusjon i ISDUP var at et flertall av primærstudiene skulle vise positive effekter⁴. En nærmere gjennomgang av oversiktsartiklene tilsier at dette kriteriet neppe er oppfylt. De fleste oversiktsartiklene har flere usikre konklusjoner enn positive. Konklusjonen om at CMCI «kan forebygge» bruk av rusmidler er derimot forsvarlig, gitt en fortolkning av at utsagnet kun impliserer at det finnes tiltak som under visse omstendigheter kan ha effekt. Formuleringen kan imidlertid gi et mer positivt inntrykk enn evidensen tilsier, da lesere gjerne tolker «kan» som noe mer sannsynlig enn det logisk sett innebærer.

Ettersom kun en av oversiktene spesifikt belyser CMCI, og de øvrige oversiktene inkluderte en kategori (evt flere) med primærstudier som kunne klassifiseres som CMCI, er evidensgrunnlaget mindre omfattende enn det totale antallet av systematiske oversikter kan gir inntrykk av.

Om studienes kvalitet skal det bemerkes at i alle oversiktene var de relevante primærstudiene i all hovedsak kontrollerte studier. I alle oversiktene ble det gjort vurderinger av primærstudienes kvalitet (og i en 'paraplyoversikt' ble kvaliteten på inkluderte oversiktsartikler vurdert [4]). Kvaliteten ble i alle oversiktene vurdert som varierende.

CMCI er en svært heterogen kategori

Begrepet dekker alt fra lokalsamfunnsmobilisering til skoletiltak med en tilleggskomponent, og inkluderer til og med tiltak på flere nivåer innenfor skolesystemet. Det er tvilsomt om det er meningsfullt å gi en samlet effektvurdering for en så bred og heterogen kategori. De mest positive konklusjonene ser ut til å komme fra studier der en skolekomponent inngår, uten at vi gjorde en formell analyse av dette.

⁴ ISDUP Appendix II (s. 3): "Interventions and policies were included in the Standards if they have demonstrated efficacy or effectiveness. The outcomes of interest were the elimination or reduction of the use of illicit drugs, alcohol and tobacco in a followup at least one year after exposure to the intervention. At least two and a majority of primary studies should have reported positive effects in this respect, and no studies should have reported iatrogenic effects on important outcomes."

Svakt grunnlag for å anta merverdi av multikomponenttiltak

Evidensen gir i hovedsak ikke grunnlag for å konkludere med at CMCI er mer effektive enn enkelttiltak med hensyn til å forebygge alkohol- eller narkotikabruk. Både Gates og medarbeidere [6] og Foxcroft og Tsertsvadze [5] rapporterte manglende evidens for merverdi av flere komponenter i intervensjonen, mens en enkelt meta-analyse [13] som inngikk i den omfattende rapporten til Jones og medarbeidere [8] tyder på at multikomponent-tiltak er mer effektivt enn andre lokalsamfunnsintervensjoner for ungdom i høyrisikogrupper. Påstanden i EUPC om at multikomponenttiltak sannsynligvis er mer effektive enn enkelttiltak underbygges dermed bare i svært begrenset grad av den refererte litteraturen i ISDUP.

Geografisk og metodisk skjevhet

Primærstudiene er i hovedsak gjennomført i USA, noe som gjør det usikkert om resultatene er overførbare til europeiske forhold. Dette er en særlig relevant begrensning for EUPC som skal være en håndbok for forebyggende arbeid i en europeisk kontekst. En svakhet er at det er få metaanalyser i evidensgrunnet i ISDUP. Sammenfatning av intervensjonseffekt baseres i noen av oversiktene på telling av primærstudier med minst ett signifikant resultat blant flere utfall, noe som kan gi et skjevt bilde både i positiv og negativ retning.

Manglende replikasjon og utdatert litteratur

Det finnes ikke ett eneste CMCI-tiltak i evidensgrunnet som er konsekvent replikert med klare positive resultater. Oversiktene ble publisert for 15–25 år siden, og primærstudiene er enda eldre. Andreutgaven av ISDUP (2018) identifiserte ingen nye oversikter. Det finnes relevant nyere litteratur, blant annet en systematisk oversikt og meta-analyse av Stockings og medarbeidere [14] om «whole-of-community»-tiltak, som bare i begrenset grad overlapper med studiene i ISDUP.

Litteraturen i ISDUP fanger ikke opp CMCI slik det beskrives i ISDUP

ISDUPs beskrivelse av CMCI legger vekt på mobilisering av lokalsamfunnet gjennom partnerskap mellom ulike aktører. Ingen av de refererte oversiktene vurderer eksplisitt denne typen mobilisering. I de fleste oversiktene betyr multikomponenttiltak i praksis et skolebasert program med en tilleggskomponent. Den mer relevante litteraturen om helhetlige lokalsamfunnstiltak (f.eks. [14]) overlapper bare i begrenset grad med studiene i ISDUP, noe som tyder på at evidensgrunnlaget i liten grad fanger opp de tiltakene retningslinjene faktisk beskriver.

Oppsummering av resultater fra grunnlagsdokumentet

Samlet viser gjennomgangen at det er et misforhold mellom evidensen og de mest positive vurderingene i retningslinjene. Vurderingen av «god» effekt fremstår som for optimistisk. Konklusjonen om at CMCI «kan» forebygge rusmiddelbruk er formelt forsvarlig, men kan tolkes mer positivt enn det er grunnlag for. Det er uklart om det er meningsfylt å fremsette utsagn om effekt av CMCI når dette er en samlekategori som favner svært forskjellige tiltak. I ISDUP er det å mobilisere lokalsamfunn blandet sammen med andre former for multikomponentintervensjoner. Evidensgrunnlaget gir i svært begrenset grad holdepunkt for at multikomponenttiltak generelt er mer effektive enn enkelttiltak. For praktikere gir retningslinjene uklare forventninger; for eksempel er følgende usikkert: hva som er forventet effektstørrelse, om et tilfeldig valgt CMCI-tiltak har mer enn 50 prosent sannsynlighet for å vise positive effekter, og om det er bedre å konsentrere ressurser på én intervensjonskomponent fremfor å spre dem på flere.

Overføringsverdi og gjennomførbarhet i en norsk kontekst

De ovennevnte hovedfunnene fra den refererte litteraturen i ISDUP og EUDAs databaser gir ikke «god» støtte for at lokalsamfunnsbaserte multikomponenttiltak (CMCI) utgjør en gruppe effektive tiltak. Dette bør tas i betraktning når man vurderer implementering av lignende tiltak i Norge. Nedenfor drøftes noen forhold som er særlig relevante for overføringsverdien til en norsk kontekst.

Evidensgrunnlaget er i hovedsak fra USA

Som påpekt i grunnlagsdokumentet er primærstudiene i ISDUP-litteraturen nesten utelukkende gjennomført i USA eller Nord-Amerika. Det er vesentlige forskjeller mellom norske og amerikanske forhold når det gjelder velferdsstat, skoleorganisering, kommunestruktur, rusmiddelpolitikk og sivilsamfunn. I Norge har kommunene et lovpålagt ansvar for folkehelsearbeid, og det eksisterer allerede etablerte strukturer for tverrsektorielt samarbeid, som SLT-modellen (Samordning av lokale rus- og kriminalitetsforebyggende tiltak blant barn og unge). Disse strukturelle forskjellene gjør det usikkert om erfaringer fra amerikanske CMCI-programmer kan overføres direkte til norske forhold.

Eksisterende tverrfaglig samarbeid i norske kommuner

En rekke norske kommuner har allerede strukturer for tverrfaglig og tverrsektorielt forebyggingsarbeid, blant annet gjennom SLT-modellen, som koordinerer samarbeid mellom politi, kommune og andre aktører. Også Program for folkehelsearbeid i kommunene har bidratt til å styrke forebyggingsarbeidet lokalt. I hvilken grad disse eksisterende strukturene fungerer som et tilstrekkelig rammeverk for koordinerte multikomponenttiltak, er et spørsmål som bør utredes nærmere. Erfaringene fra det norske Regionprosjektet viste at tverrsektorielt samarbeid ble styrket, men at kommunene i liten grad tok i bruk de mest virksomme strategiene for rusforebygging.

Usikker merverdi utover enkelttiltak

Et sentralt spørsmål for norske beslutningstakere er om ressurser bør brukes på å bygge opp lokalsamfunnsbaserte multikomponenttiltak, slik de er beskrevet i den refererte litteraturen i ISDUP og EUPC. Alternativt kunne man tenke seg at det vil være mer hensiktsmessig å konsentrere ressursene om enkelttiltak med bedre dokumentert effekt. Som påpekt i gjennomgangen av evidensgrunnlaget, gir den refererte forskningen ikke grunnlag for å hevde at multikomponenttiltak generelt er mer effektive enn

enkelttiltak, men samtidig er det trolig mye forskningslitteratur som belyser effekt av lokalsamfunnsbaserte multikomponenttiltak som ikke er dekket i den refererte litteraturen.

Erfaringer fra tidligere evaluerte lokalsamfunnsprosjekter i Norge

Vi har noe kunnskap om gjennomførbarhet fra tidligere evaluerte prosjekter. Ett av disse er Regionprosjektet [15]. Dette prosjektet var statlig initiert, og 6 kommuner ble valgt ut til å være med i prosjektet. Disse kommunene fikk tilført ressurser i form av statlige midler og faglig rådgivning, deriblant en 'meny' med anbefalte tiltak, og kommunene valgte selv hvilke forebyggende tiltak de ville iverksette. Hovedmålsettingen var at kommunene skulle utvikle gode forebyggende tiltak og videreutvikle eksisterende tiltak for å begrense rusmiddelbruk og relaterte skader blant barn og unge.

Evalueringen av prosjektet viste at kommunene ikke lyktes i å redusere rusmiddelbruk blant unge eller begrense ungdoms tilgang på alkohol i løpet av prosjektperioden på 3 år. Alle kommunene iverksatte eller videreutviklet flere eller mange ulike intervensjoner, dels var dette anbefalte programmer, og dels andre intervensjoner eller egenutviklede tiltak. Mange av tiltakene som ble iverksatt, hadde ikke dokumentert effekt, mange hadde et langt tidsperspektiv, og noen programmer ble iverksatt i ufullstendige 'light'-versjoner. Ingen av kommunene iverksatte tiltak for å begrense tilgjengelighet av alkohol eller skjerpe håndhevingen av salgs- og skjenkebestemmelsene. Prosjektet førte imidlertid til at noen av kommunene etablerte nye tverrfaglige samarbeidsformer, både innen kommunen og mellom kommuner, og den lokale kompetansen på rusforebygging ble styrket.

Regionprosjektet var et lokalsamfunnsprosjekt som i betydelig grad samsvarer med ISDUPs beskrivelse av CMCI. Intervensjonene dekket gjerne flere arenaer og målgrupper, typisk i form av kombinasjoner av skoleprogrammer (f. eks. Olweusprogrammet), familiebasert program (Kjærlighet og Grenser), og opplæring av servitører på skjenkesteder (Ansvarlig Vertskap). Premisset om at det skal være flere

effektive intervensjoner som iverksettes, slik EUPC beskriver, var imidlertid neppe oppfylt.

Erfaringene fra prosjektet kan tilsi at det nok kan være betydelig interesse i kommunene for å iverksette denne typen forebyggingsprosjekt, i hvert fall når det følger med penger og rådgivning. I alt 113 kommuner og bydeler sto bak 63 søknader om å få delta i Regionprosjektet. Men, kommunene tok ikke i bruk de virkemidlene som er vist å ha god effekt på lokalt nivå, og da spesielt regulatoriske virkemidler som for eksempel innstramminger i salgs- og skjenketider. Det skal imidlertid bemerkes at slike virkemidler heller ikke var på 'menyen' av anbefalte forebyggende tiltak.

SALUTT-prosjektet (Sammen lager vi utelivet tryggere) startet i 2011 og var et samarbeidsprosjekt mellom Oslo kommune, Oslo politidistrikt og utelivsbransjen. Målsettingen var å forebygge overskjenking, skjenking til mindreårige, og vold og ordensforstyrrelser. Det var videre en målsetting om at Oslos befolkning skulle føle seg tryggere på byen. Intervensjonene omfattet tre komponenter: (i) kompetanseheving for skjenkekontrollører, politiet og ansatte i serveringsbransjen, (ii) dialog og samarbeid med utestedene, og (iii) styrking av kontroller og sanksjoner. Effektevalueringen [16, 17] ga ingen klare indikasjoner på at prosjektet hadde hatt en gunstig effekt på overskjenking, vold og ordensforstyrrelser eller trygghetsfølelse, noe som – i hvert fall delvis – kan tilskrives svakheter i studiens design. SALUTT var inspirert av – men ingen direkte kopi – av STAD-prosjektet i Stockholm. En viktig forskjell er at SALUTT først og fremst vektla dialog mellom politi og skjenkenæring, mens STAD i noe større grad vektla sanksjoner.

Behov for evaluering ved eventuell implementering

Den refererte litteraturen i ISDUP og EUPC gir et svakt evidensgrunnlag for å forvente gunstige effekter av CMCI på rusmiddelbruk, og det er også tvilsomt om den refererte forskningen har vesentlig overføringsverdi til norsk kontekst. Dersom multikomponent lokalsamfunnsbaserte tiltak likevel vurderes for implementering i Norge, bør det legges opp til systematisk evaluering fra starten. Gitt den usikre evidensen og de betydelige

kontekstforskjellene mellom Norge og landene der studiene er gjennomført, bør eventuelle tiltak gjennomføres som pilot- eller prøveprosjekter med forskningsmessig evaluering av både implementering og effekt. Dette er i tråd med anbefalingen i Forslag til nasjonalt program for rusforebyggende arbeid blant barn og unge. Her heter det: «Faggruppen anbefaler at det utvikles noen prøveprosjekter med denne type tiltak, bygget på erfaringer fra tidligere studier på feltet, og at prosjektene evalueres forskningsmessig.»

Konklusjon

Samlet sett viser vår gjennomgang av ISDUP og EUPC at litteraturen det er referert til i disse dokumentene ikke gir “god” støtte for at lokalsamfunnsbaserte multikomponenttiltak (CMCI) utgjør en gruppe effektive tiltak. Det er også usikkert om den refererte litteraturen dekker den beskrevne intervensjonen tilstrekkelig, og det er uklart om multikomponenttiltak er mer effektive enn enkelttiltak. Litteraturen er i all hovedsak fra Nord-Amerika, og de fleste primærstudiene er flere ti-år gamle. Overføringsverdien til dagen norske forhold er derfor usikker. Noen eksempler på norske erfaringer med tiltak som kan kategoriseres under CMCI har vist at de er gjennomførbare, men at de ikke gir klare holdepunkter for effekt på rusmiddelbruk eller relaterte utfall. Siden evidensgrunnlaget i ISDUP og EUPC er svakt og delvis utdatert bør man innhente evidens fra nyere litteratur og/eller gjennomføre pilotprosjekter med evaluering før man setter i gang lokalsamfunnsbaserte multikomponenttiltak i større skala i Norge.

Bruk av kunstig intelligens

Deler av førsteutkastet til dette dokumentet ble skrevet av KI-modellen Claude Opus 4.6 (extended) som tok utgangspunkt i grunnlagsdokumentet og et tilsvarende dokument om alkoholpolitiske virkemiddel. Utkastet er redigert i stor grad av begge forfatterne.

Referanser:

1. United Nations Office on Drugs and Crime, *International standards on drug use prevention*. 2015: Vienna.
2. UNODC and WHO, *International Standards on Drug Use Prevention. Second updated edition*. 2018, UNODC: Vienna.
3. EMCDDA, *European Prevention Curriculum: a handbook for decision-makers, opinion-makers and policy-makers in science-based prevention of substance use 2019*, EMCDDA: Lisbon.
4. Bühler, A. and C. Kröger, *Prevention of substance abuse*. 2008, EMCDDA.
5. Foxcroft, D. and A. Tsertsvadze, *Universal multi-component prevention programs for alcohol misuse in young people*. Cochrane Database of Systematic Reviews 2011. **9**.
6. Gates, S., et al., *Interventions for prevention of drug use by young people delivered in non-school settings*, in *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2006: London.
7. Jackson, C., et al., *Interventions to prevent substance use and risky sexual behaviour in young people: a systematic review*. *Addiction*, 2012. **107**(4): p. 733-747.
8. Jones, L., et al., *A review of community-based interventions to reduce substance misuse among vulnerable and disadvantaged young people*. London: National Institute for Health and Clinical Excellence, 2006.
9. Roe, S. and J. Becker, *Drug prevention with vulnerable young people: A review*. *Drugs: education, prevention and policy*, 2005. **12**(2): p. 85-99.
10. Skara, S. and S. Sussman, *A review of 25 long-term adolescent tobacco and other drug use prevention program evaluations*. *Preventive medicine*, 2003. **37**(5): p. 451-474.
11. Spoth, R., M. Greenberg, and R. Turrisi, *Preventive interventions addressing underage drinking: State of the evidence and steps toward public health impact*. *Pediatrics*, 2008. **121**(Supplement_4): p. S311-S336.
12. Tobler, N.S., et al., *School-based adolescent drug prevention programs: 1998 meta-analysis*. *Journal of primary Prevention*, 2000. **20**(4): p. 275-336.
13. Streke, A.V., *Meta-analysis of adolescent community-based drug prevention programs*. 2004: State University of New York at Albany.
14. Stockings, E., et al., *Whole-of-community interventions to reduce population-level harms arising from alcohol and other drug use: a systematic review and meta-analysis*. *Addiction*, 2018. **113**(11): p. 1984-2018.
15. Baklien, B., et al., *Regionprosjektet - nyttig forebygging? Evalueringen av et pilotprosjekt om lokalbasert rusforebygging. (The regional project - useful prevention? Evaluation of a pilot project on community based alcohol and drug prevention)*. 2007, Statens institutt for rusmiddelforskning: Oslo.
16. Baklien, B. and K. Buvik, *Oslo gjør utelivet tryggere. Evaluering av SALUTT [Oslo makes the nightlife safer - Evaluation of SALUTT]*. in *SIRUS report no 3/2014*. 2014, Norwegian Institute for Alcohol and Drug Research: Oslo.
17. Skardhamar, T., S.B. Fekjær, and W. Pedersen, *If it works there, will it work here? The effect of a multi-component responsible beverage service (RBS) programme on violence in Oslo*. *Drug and Alcohol Dependence*, 2016. **169**: p. 128-133.