

Forslag til nasjonalt program for rusforebyggende arbeid blant barn og unge

Først publisert: 14. mars 2024

Siste faglige endring: 14. mars 2024

Innhold

1. Sammendrag	3
2. Bakgrunn, mandatfortolkning og føringer	4
3. Rammer for forebyggende tiltak i programmet	9
4. Anbefalinger om programmets struktur og faglige innhold ...	11
5. Implementering av kunnskapsbaserte verktøy	21
6. Kunnskapsforvaltning, forskningsressurser og tilrettelegging for programevaluering	27
7. Noen betraktninger om veien videre	28
8. Litteraturliste	29
9. Vedlegg	36

Sammendrag

Formålet med programmet er å begrense skadene som rusmiddelbruk kan medføre på barn og unge, gjennom å implementere kunnskapsbaserte verktøy og metodikk hos aktører med ansvar for rusforebygging. Som en første fase av programmet har en faggruppe, oppnevnt av Helsedirektoratet, utarbeidet et forslag til faglig innhold og struktur for programmet. Faggruppen har mottatt mange viktige innspill fra målgruppen og aktører på feltet.

Mange forhold påvirker rusmiddelbruk og rusmiddelrelaterte skader blant barn og unge. Forskning viser at effektive tiltak kan gjøre en stor forskjell, både for å redusere rusrelaterte skader og for å fremme god helse, trygghet og trivsel. Faggruppen anbefaler at det i større grad tas i bruk tiltak med god evidens for effekt på rusmiddelbruk og skader. Disse tiltakene omfatter regulatoriske virkemidler med hensyn til alkohol (særlig avgifter, håndheving av aldersgrense og reklameforbud), og kartlegging og tidlig intervensjon i helsetjenesten. Faggruppen anbefaler at det i første omgang bør fremskaffes et bedre kunnskapsgrunnlag for en norsk kontekst for noen tiltak. Dette gjelder: Lavere promillegrense for unge bilførere, avkriminalisering som alternativ til forbud mot besittelse og bruk av narkotika, et selektivt forebyggingsprogram i skolen, lokalsamfunnstiltak med flerpartssamarbeid mellom aktører, og behandling av rusbrukslidelser hos omsorgspersoner. Faggruppen anbefaler videre at ungdom og foreldre/foresatte gis bedre tilgang til informasjon om rusmiddelrelaterte skader.

Faggruppen anbefaler noen aktiviteter som et første trinn i det videre arbeidet. Disse omfatter: identifisering av effektive tiltak med god evidens og relevans i norsk kontekst, identifisering av essensielle kunnskapshull på feltet, tiltak som styrker kunnskapsformidling til aktører, utrede regulatoriske virkemidler for å begrense bruk av lystgass, løsemidler og liknende, utvikle og gjennomføre noen prøveprosjekter på lokalt nivå og bedret kunnskap om håndheving av reklameforbudet for alkohol.

En helt nødvendig forutsetning for programmet er en vesentlig styrking av kunnskapsforvaltning og forskningsressurser på feltet.

Bakgrunn, mandatfortolkning og føringer

Bakgrunn

Alkohol- og narkotikabruk er blant de viktigste risikofaktorene for tap av friske leveår blant ungdom og unge voksne globalt [1]. Alkoholbruk er den viktigste risikofaktoren, både i aldersgruppen 15 – 19 år og aldersgruppen 20-24 år, mens narkotikabruk kommer på henholdsvis 8. og 7. plass. Vi har ikke tall for hvordan dette ser ut i Norge, men det er all grunn til å anta at også i vårt land er rusmiddelbruk blant de aller viktigste risikofaktorene for sykdom og tidlig død blant barn og unge. I tillegg til helseskadene som skyldes rusmiddelbruk, er også sosiale problemer som følge av rusmiddelbruk betydelige [2, 3]. Effektive tiltak som demper rusmiddelbruk og forebygger rusrelaterte skader kan gjøre en stor forskjell for barn og unges helse, velferd og trygghet. Det er derfor viktig å sikre at de tiltakene som tas i bruk, har god evidens for forebyggende effekt. Det finnes mye kunnskap om hva som er effektive tiltak for å forebygge rusmiddelbruk og relaterte skader, men det blir likevel ofte iverksatt tiltak som ikke er evidensbaserte, også i Norge [4]. I tråd med dette, er formålet med program for rusforebyggende arbeid blant barn og unge «å begrense skadene rusmiddelbruk kan medføre gjennom å implementere kunnskapsbaserte verktøy og metodikk hos aktører med ansvar for rusforebygging».

Faggruppen, tidsramme og ambisjoner for arbeidet

Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) ga Helsedirektoratet (H-dir) i oppdrag å nedsette en faggruppe som skulle lage et utkast til program for rusforebyggende arbeid blant barn og unge. H-dir fikk oppdraget i sitt tildelingsbrev for 2023, det endelige mandatet forelå 15. juni 2023, og faggruppemedlemmer ble forespurt og oppnevnt i august 2023. Det første møtet i faggruppen ble avholdt 7. september. Faggruppens arbeid skal være ferdigstilt innen 1. februar 2024. Mandatet er gjengitt i Vedlegg A.

Faggruppens medlemmer er: Anne Line Bretteville-Jensen (forsker ved FHI), Øystein Gravrok (nestleder KORUS nord og medredaktør forebygging.no), Sturla K. Naas Johansen (seksjonsleder RUSinfo), Yvonne Larsen (nestleder og fagkoordinator KORUS Oslo) og Ingeborg Rossow (forsker ved FHI). Faggruppens medlemmer er personlig oppnevnt og representerer dermed kun seg selv.

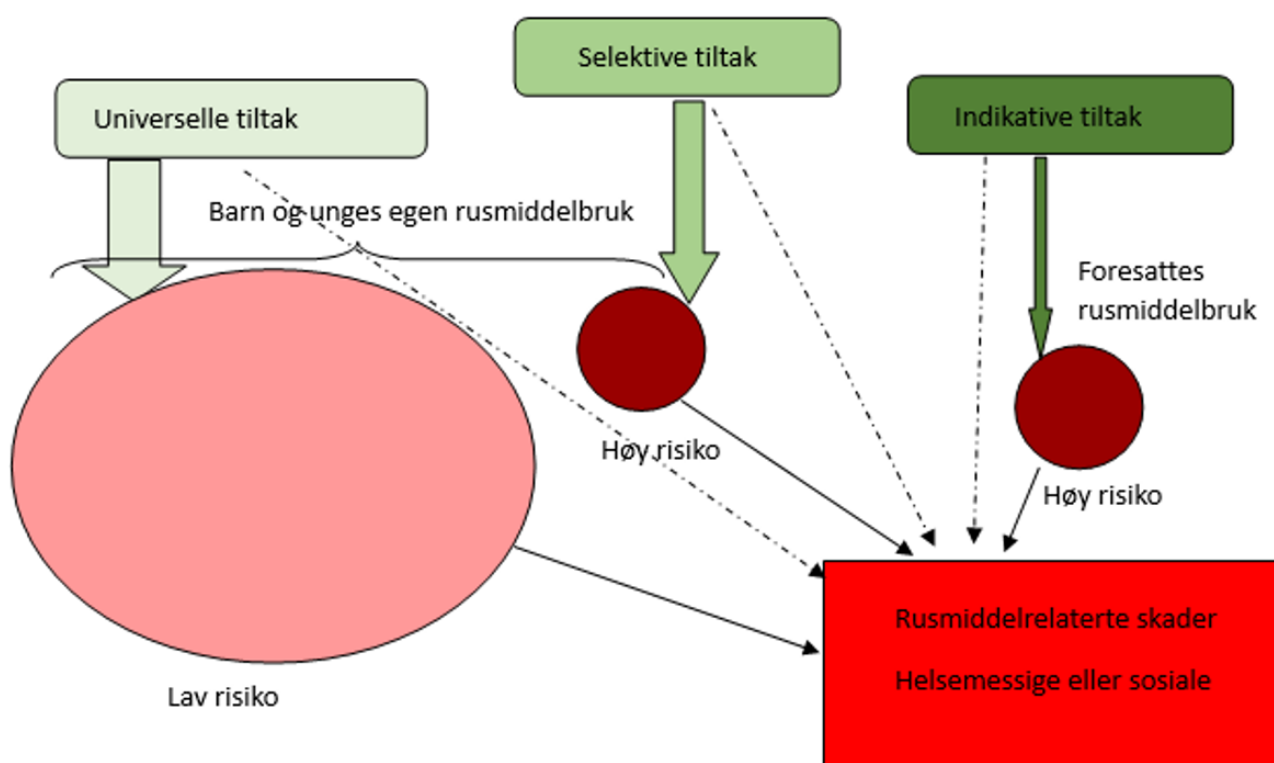
Et sekretariat bestående av fem medarbeidere fra avdeling levekår i H-dir har bistått faggruppen. Disse fem er: Kristiane Bugge Dugstad, Øyvind Giæver (avdelingsdirektør), Jens J. Guslund, Rakel Jonassen og Maj Berger Sæther. Faggruppen har ingen brukerrepresentasjon fra målgruppen som fast faggruppemedlem, men faggruppen har søkt synspunkter, innspill og vurderinger fra representanter fra et bredt spekter av ulike grupper som er relevante i denne sammenheng. Faggruppen er svært takknemlig for mange viktige innspill og synspunkt som er kommet fra alle disse. Nærmere om brukerrepresentasjon og brukermedvirkning er beskrevet i Vedlegg B.

Forslaget til det nasjonale programmet skal dekke alkohol, narkotika og andre rusmidler, det skal omfatte universelle og selektive strategier og tidlig intervensjon, og programmet skal bidra til at aktører i det rusforebyggende arbeidet i større grad jobber kunnskapsbasert. Mandatet angir at faggruppens leveranser skal omfatte fire deler: i) anbefale rammer for forebyggende tiltak som skal inkluderes i programmet, ii) gi anbefalinger om programmets faglige innhold og struktur, iii) gi anbefalinger om hvordan programmet kan implementeres lokalt, regionalt og nasjonalt, og iv) legge til rette for at programmet kan evalueres. Dette tilsier at faggruppen har fått en ambisiøs oppgave som skal løses innen en svært kort tidsfrist.

Begreper og fortolkninger av mandatet

Programmets formål er «å begrense skadene [som] rusmiddelbruk kan medføre». Faggruppen fortolker dette slik at målet er å begrense både skader som skyldes egen rusmiddelbruk og skader som skyldes andres rusmiddelbruk. Vi omtaler slike skader som rusmiddelrelaterte skader. Skadene kan være av helsemessig art (som for eksempel ulykkesskader og forgiftninger), eller det kan være sosiale skader (som for eksempel avbrutt skolegang). Faggruppen har i utgangspunktet både vurdert tiltak som kan redusere rusmiddelbruk og derved begrense rusmiddelrelaterte skader, og tiltak som kan redusere skadene uten nødvendigvis å redusere rusmiddelbruk. Risiko for rusmiddelrelaterte skader er betinget av flere forhold, deriblant hvilke(t) rusmiddel(-midler), mengde, bruksmåte og individuell sårbarhet. For mange personer kan rusmiddelbruken innebære en lav risiko for å påføre seg selv eller andre skader, og den største individuelle risikoen for at rusmiddelbruk utløser skade(r) finner vi gjerne hos en relativt liten gruppe med høyt inntak og risikofylt bruksmåte [2, 3]. Dette er ofte et argument for å rette forebyggende tiltak mot slike 'høyrisikogrupper'. Men, på befolkningsnivå eller samfunnsnivå vil en slik høyrisikostrategi sjelden være tilstrekkelig. Ettersom det gjerne er en viss skaderisiko selv ved et 'moderat inntak', vil den store gruppen av 'moderate brukere' kunne stå for en betydelig del av det samlede skadeomfanget. Dette innebærer at det gjerne er hensiktsmessig å inkludere befolkningsrettete tiltak som tar sikte på å redusere rusmiddelbruken også blant 'moderate brukere'. En slik befolkningsrettet tilnærming til forebygging på rusfeltet er i tråd med en klassisk forståelse av folkehelsearbeid (se for eksempel Geoffrey Rose: [5, 6]).

Faggruppen er bedt om å vurdere universelle tiltak (det vil si tiltak som retter seg mot hele befolkningen eller et segment av befolkningen) og selektive tiltak (det vil si tiltak som retter seg mot grupper med forhøyet risiko for skade) [7]. Faggruppen har også inkludert indikative tiltak (det vil si tiltak som retter seg mot individer med manifeste symptomer eller problemer) [7], i vår kontekst nærmere bestemt tiltak rettet mot foresatte med rusmiddelproblemer. Vårt utgangspunkt er at effektive universelle, selektive og indikative tiltak kan påvirke omfang av helsemessige eller sosiale skader hos barn og unge først og fremst gjennom å redusere rusmiddelbruk, men kanskje også ved direkte skadereduksjon. Dette er illustrert i Figur 1.



Figur 1. Sammenhenger mellom ulike typer forebyggende tiltak og reduksjon i skadeomfang

Programmet skal «implementere kunnskapsbaserte verktøy og metodikk hos aktører med ansvar for rusforebygging». Aktører omfatter både beslutningstakere, de som bidrar til opinionsdannelse og politikktutforming og de som har ansvar for iverksetting og monitorering av tiltak (omtalt som 'prevention professionals' i European Prevention Curriculum [8]): Det omfatter de som leverer, gjennomfører eller håndhever tiltakene i praksis, og det omfatter ulike brukergrupper (inkludert frivillige organisasjoner og pårørende) og medier/påvirkningsaktører. En så vidt bred forståelse og definisjon av hvem som er aktører i det rusforebyggende arbeidet reflekterer både sentral samfunnsvitenskapelig teori om politiske prosesser og beslutninger mer generelt [9], samt vår forståelse av politisk og praktisk forebyggende arbeid på rusfeltet i Norge. Skal vi nå målsettingen om større grad av kunnskapsbasert forebyggende arbeid, er det ikke bare avgjørende at beslutninger om tiltak i større grad er kunnskapsbaserte, de må også følges opp av kunnskapsbasert iverksetting, oppfølging og håndheving. Dessuten må tiltakene ha legitimitet både blant dem som gjennomfører dem og i målgruppene for tiltakene. En større grad av kunnskapsbasert arbeid vil derfor, ideelt sett, fordre bedre kunnskaper om og/eller motivasjon for effektive tiltak blant alle aktører. Vi vil allikevel mene at forventninger og krav til aktører om å arbeide kunnskapsbasert i første rekke bør dreie seg om beslutningstakere på politisk og administrativt nivå, og de som har ansvar for iverksetting og håndheving av tiltakene («bakkebyråkratene» [10, 11]). Vi har både av den grunn og på grunn av tids- og ressursnød, primært fokusert på disse aktørene.

Et sentralt begrep i dette arbeidet er «kunnskapsbasert». Målsettinger eller krav om 'kunnskapsbasert arbeid', og kunnskapsbaserte intervensjoner eller tiltak[1] er uttalt både i internasjonale programmer (for eksempel European Prevention Curriculum [8], UNODC's International Standards on Drug Use Prevention [12]) og i nasjonale strategier (for eksempel Nasjonal alkoholstrategi 2021-2025 [13]). Vi har her basert begrepet kunnskapsbasert arbeid med utgangspunkt i definisjonen av 'Evidence based practise'[2] som blant annet brukes i European Prevention Curriculum. På norsk er dette blitt formulert slik: «Kunnskapsbasert praksis (KBP) er å ta faglige avgjørelser basert på systematisk innhentet forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og pasientens ønsker og behov i en gitt situasjon.» I vår kontekst innebærer dette å ta beslutninger om bruk av virkemidler og iverksetting, monitorering og håndheving av virkemidler ut fra forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap, samt hensyn til ønsker og behov fra målgruppen (det vil si barn og unge) og ulike aktører som beslutter eller iverksetter tiltak. Etter vår vurdering er det, i all hovedsak, systematisk innhentet forskningsbasert kunnskap som bør ligge til grunn for vurdering og beslutning om virkemiddelbruk, og vi anbefaler at det først og fremst tas i bruk tiltak/virkemidler hvor det foreligger god evidens for tilsiktet effekt med hensyn til å forebygge rusmiddelbruk og/eller skader/problemer relatert til egen eller andres rusmiddelbruk. Vi omtaler slike tiltak som evidensbaserte, effektive tiltak. Vi anbefaler i tillegg at utvikling og iverksetting av andre tiltak, hvor det ikke foreligger god evidens for effekt (for eksempel med hensyn til norsk eller annen relevant kontekst), blir evaluert med gode metoder. Erfaringsbasert kunnskap vil være mer relevant for hvordan man iverksetter, monitorerer og håndhever virkemidler i norsk kontekst, ettersom systematisk innhentet forskningsbasert kunnskap her er mangelfull. Det kunnskapsbaserte arbeidet har derved to elementer som begge skal være kunnskapsbaserte, men med ulike krav til hva som ligger i kunnskapsbasert; i) vurderinger og beslutninger om virkemiddelvalg og ii) iverksetting, monitorering og håndheving av tiltakene.

Forebygging er blant annet definert som «en mangetydig og positivt ladet betegnelse for forsøk på å eliminere eller begrense en uønsket utvikling» [14]. I vår kontekst favner forebygging begrensning av rusmiddelbruk og skader/problemer som følge av egen bruk og skader som følge av andres bruk. Ettersom vi her skal avgrense fokus til forebygging blant barn og unge[3] og forebygging av skader som rusmiddelbruk kan medføre, vil forebygging – i prinsippet – kunne handle om i) å begrense barn og unges rusmiddelbruk og risiko for umiddelbare eller senere skader som følge av egen rusmiddelbruk, og ii) å begrense akutte og langsiktige skader som barn og unge blir utsatt for på grunn av andres rusmiddelbruk (i første rekke foreldres/omsorgspersoners rusmiddelbruk). Forebygging av skader/negative effekter av tiltak (som for eksempel kontrollskader av håndheving av forbud eller utilsiktede negative effekter av skoleforebyggingsprogram) ligger utenfor mandatet. Det framgår av mandatet at forebygging både omfatter universelle og selektive tiltak. Faggruppen drøfter imidlertid også i noen grad indikative tiltak som relevante for

å forebygge skader som følge av andres rusmiddelbruk. Forebygging handler om å dempe risikofaktorer for bruk og/eller skader, å fremme beskyttende faktorer, eller begge deler [7].

Rusmiddelbruk favner bruk av ulike substanser som gir ruseffekt, i første rekke alkohol, ulike illegale rusmidler som blant annet cannabis, kokain, MDMA, amfetaminer og opioider (jf. EMCDDA [15]), samt benzodiazepiner og lim/løsemidler og lystgass. Sistnevnte typer rusmidler er imidlertid i svært liten grad omtalt i dette dokumentet. Bruk av lim og løsemidler kan være svært skadelig [16], og blant ungdom tidlig og midt i tenårene er det mer vanlig å bruke lim/løsemidler enn for eksempel amfetamin, kokain eller GHB [17]. Det synes imidlertid som om forskningslitteraturen på effekt av tiltak for å forebygge bruk og relaterte skader av disse substansene, er svært sparsom. Bruk av tobakk/nikotinprodukter og dopingmidler inngår ikke i det vi omtaler som rusmiddelbruk.

Tidsrammer og langsiktighet

I mandatet står det at faggruppen skal lage «et utkast til program» samt at programmet ikke skal ha noen tidsavgrensning. Gitt den korte tidsrammen for å lage dette utkastet, mener faggruppen at det er nødvendig å se på dette dokumentet som det første steget i en prosess med flere etapper, hvor et endelig program vil måtte ligge et stykke fram i tid.

Tilgjengelig kunnskap og avgrensninger av leveranser

Det finnes en stor internasjonal forskningslitteratur som belyser mulige effekter av ulike typer forebyggende tiltak på rusmiddelfeltet. Likevel er det antakelig svært mange tiltak i bruk som ikke er blitt evaluert i det hele tatt. Og, for svært mange av de tiltakene som er blitt evaluert, er forskningsfunnene ofte blandet: Det vil si at noen studier rapporterer om en gunstig effekt, noen studier finner ingen effekt, og enkelte studier finner ugunstige effekter (for eksempel at tiltaket har ført til mer rusmiddelbruk) (se for eksempel [18, 19]). Ved kritisk gjennomgang og vurdering av disse evalueringsstudiene, ser vi også ofte at det er brukt svak forskningsmetode som gir usikkerhet med hensyn til om tiltaket har effekt. Og, både for primærstudier (enkeltstudier) og oversiktsstudier, vil det være en del eksempler på at forfatteren(e) har hatt en egen agenda (for eksempel økonomisk motiv) som har påvirket analyser og resultatfortolkning [18]. Litt forenklet kan man si at, dersom man leter godt nok, vil man (nesten) alltid kunne finne en studie eller publisasjon som viser gunstig effekt av et evaluert tiltak, eller enkeltstudier som viser noe annet enn hva de fleste studiene på et område har funnet. Det finnes mange eksempler på at slik 'cherry picking of evidence' blir brukt strategisk i politisk retorikk eller beslutningsprosesser (se for eksempel [20]).

Det å finne eksempler på at et tiltak synes å ha effekt, betyr ikke at man nødvendigvis kan forvente at tiltaket vil ha denne gunstige effekten når det iverksettes [21], og funn fra enkeltstudier eller fra oversiktsstudier som ikke er kritisk evaluert, er ikke i seg selv tilstrekkelig. God evidens for at et tiltak har forebyggende effekt, er betinget av at systematisk innsamlet forskningslitteratur på studier av metodisk god kvalitet rimelig entydig viser en tilsiktet forebyggende effekt. Hvorvidt man kan forvente at et tiltak vil ha forebyggende effekt, vil i tillegg bero på flere andre forhold. Forskningsprosjekter som har evaluert tiltak, er ofte blitt gjort under gunstige betingelser med tilstrekkelige ressurser, god opplæring av nøkkelpersonell og sikring av god implementering av hele programmet/tiltaket. Når slike tiltak skal iverksettes i større skala og under betingelser hvor det ofte er mindre ressurser og mindre gunstige betingelser for iverksetting [21], er sannsynligheten mindre for å kunne oppnå en forebyggende effekt [22, 23]. Det kan også være usikkert om tiltak som er funnet effektive i en type kontekst (for eksempel amerikanske storbyer), lar seg direkte overføre til en norsk kontekst. Andre forhold av betydning her, er hvor stor den forventete effekten vil kunne være, og om effektstørrelsen står i rimelig forhold til ressursbruken på tiltaket. En vurdering av foreliggende forskningslitteratur med et kritisk blikk, som skissert over, vil gjerne fordre forskningskompetanse og innsikt i den relevante forskningslitteraturen.

Selv med en stor forskningslitteratur på effekter av evaluerte forebyggende tiltak, vil det åpenbart være mange situasjoner og problemer – og kanskje særlig på lokalt nivå – der vi likevel ikke har godt eller tilstrekkelig forskningsmessig belegg for å anbefale gode forebyggende tiltak. Manglende forskningsmessig belegg kan handle om flere ting: For eksempel at et bestemt tiltak ikke er tilstrekkelig evaluert (det vil si ikke evaluert i det hele tatt eller evaluert med svake metoder), at tiltaket ikke er evaluert i en relevant kontekst, eller at det er gjort en lokal tilpasning av tiltaket som ikke er evaluert. I mangel av god evidens vil antakelig mange aktører anse 'litt evidens' (for eksempel at det finnes en enkelt studie som viser gunstig effekt) som et tilstrekkelig argument for å iverksette tiltaket. En annen type argument kan være at situasjonen eller problemet er så alvorlig at det er «bedre å gjøre noe enn ingenting». Både iverksetting av tiltak med 'litt evidens' og iverksetting av tiltak uten evidens ut fra ønske om å 'gjøre noe', vil ofte være lite hensiktsmessig, fordi det kan innebære unødig eller suboptimal ressursbruk og i enkelte tilfelle være kontraproduktivt (det vil si det er eksempler på at tiltak har ført til mer rusmiddelbruk [19, 24]. Det er derfor viktig at det forebyggende arbeidet både bygger på kunnskap om hva som er effektive tiltak og sikrer at det ved utvikling og iverksetting av tiltak uten god evidens for effekt, blir gjennomført evalueringer med gode metoder. Vi vil i forslagene som følger, skille mellom tiltak som har godt forskningsmessig belegg og enkelte tiltak med behov for å styrke kunnskapsgrunnlaget.

Faggruppen har i sitt arbeid tatt utgangspunkt i sentrale litteraturoversikter på feltet og også foretatt egne litteratursøk. Det har verken vært ressurser eller tid til å få laget egne systematiske litteraturoversikter på noen områder. Vi har heller ikke fått utført systematiske søk på relevant litteratur utover effektevalueringstudier (som for eksempel forsknings- eller praksisbasert kunnskap om bedre håndheving av reklameforbud eller bedre kunnskapsformidling til lokale aktører). Vi antar at sistnevnte kunnskap er svært begrenset og spredt, og våre vurderinger og anbefalinger vil derfor i så måte nødvendigvis i stor grad bero på faglig skjønn. Mange av representantene for målgruppen og aktører på feltet har vist til ulike tiltak og programmer, som de mener vil være viktige for god forebygging. Faggruppen har ikke hatt tid og ressurser til å vurdere kunnskapsgrunnlaget for alle disse, men noen av disse tiltakene inngår i de tiltakene som faggruppen har identifisert som effektive og anbefaler.

[1] Med tiltak mener vi her virkemiddel eller aktivitet med en uttalt hensikt å forebygge.

[2] "Evidence Based Practice" is the use of systematic decision-making processes or provision of services which have been shown, through available scientific evidence, to consistently improve measurable client outcomes. Instead of tradition, gut reaction or single observations as the basis of decision-making, evidence based practice relies on data collected through experimental research and accounts for individual client characteristics and clinician expertise.' (gjengitt i European Prevention Curriculum)

[3] I norsk juridisk forstand er barn personer under 18 år, og 'barn og unge' vil da her favne aldersgruppen fra 0 til noen-og-tjue år. Vi har ikke ansett det som hensiktsmessig å definere aldersgruppen mer presist enn dette.

Rammer for forebyggende tiltak i programmet

Lovgivning og regelverk, økonomiske rammer og begrensede faglige ressurser

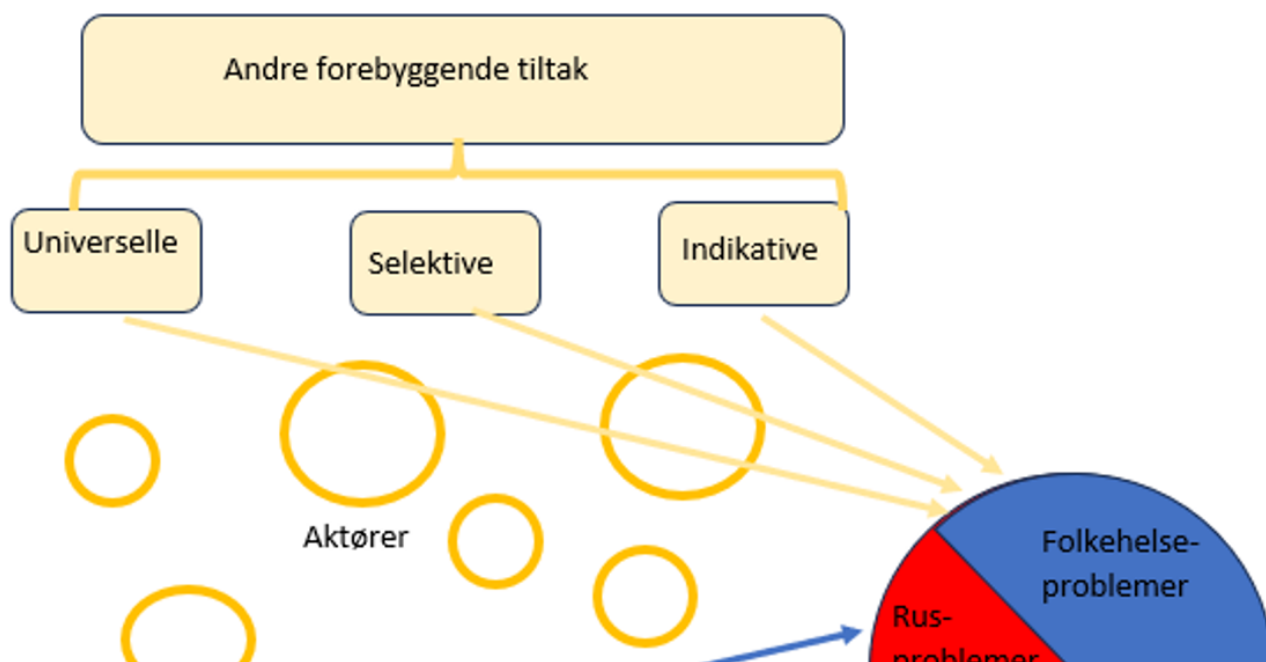
Vi har i dette arbeidet ikke nødvendigvis ansett eksisterende lovgivning og regelverk som definitive rammer for godt forebyggende arbeid. Hvordan man best kan styrke det kunnskapsbaserte arbeidet, vil imidlertid på flere områder nødvendigvis være betinget av hvilke økonomiske ressurser man har til rådighet og hvordan man prioriterer å bruke begrensede fagressurser. Medvirkning fra og samarbeid med representanter for målgruppe og aktører er også et viktig premiss.

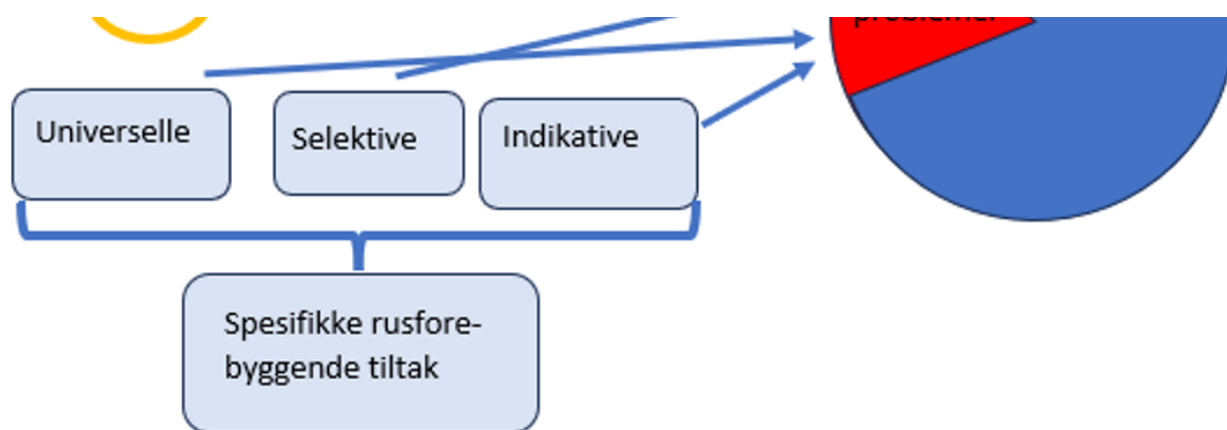
Et program som skal sikre at et stort antall ulike aktører i større grad skal ta i bruk kunnskapsbaserte verktøy og metodikk, vil som et minimum ha behov for mer ressurser til relevant kunnskapsformidling og forskning. Det er mulig at programmet, i hvert fall på litt sikt, kan gjennomføres ved omrokking av eksisterende ressurser hos aktører med ansvar for rusforebygging.

Vi drøfter kort ressursbehov for kunnskapsforvaltning og forskning i kapittel 5.

Et helhetlig forebyggingsarbeid

Hvert enkelt forebyggende tiltak på rusfeltet kan også sees som en del av et større hele, det kan inngå i folkehelsearbeidet i kommuner, og det kan inngå som en del av en samlet rusmiddelpolitisk strategi på lokalt eller nasjonalt nivå [7]. Figur 2 illustrerer sammenhenger mellom ulike spesifikke rusmiddelforebyggende tiltak, andre forebyggende tiltak og omfang av rusmiddelproblemer som en del av folkehelseproblemer. Idealet er at de ulike spesifikke rusforebyggende tiltakene trekker i samme retning på en helhetlig måte. Samtidig utgjør disse spesifikke tiltakene en del av en større helhet av forebyggende tiltak, og aktørene som har ansvar for spesifikke rusforebyggende tiltak vil ofte også ha ansvar for andre forebyggende tiltak. Både rus-spesifikke og andre forebyggende tiltak er bare noen av mange faktorer som kan påvirke rusmiddelbruk og relaterte problemer, men vi har unnlatt denne delen av kompleksiteten i modellen.





Figur 2. Sammenhenger mellom ulike spesifikke rusmiddelforebyggende tiltak, andre forebyggende tiltak og omfang av rusmiddelproblemer som en del av folkehelseproblemer

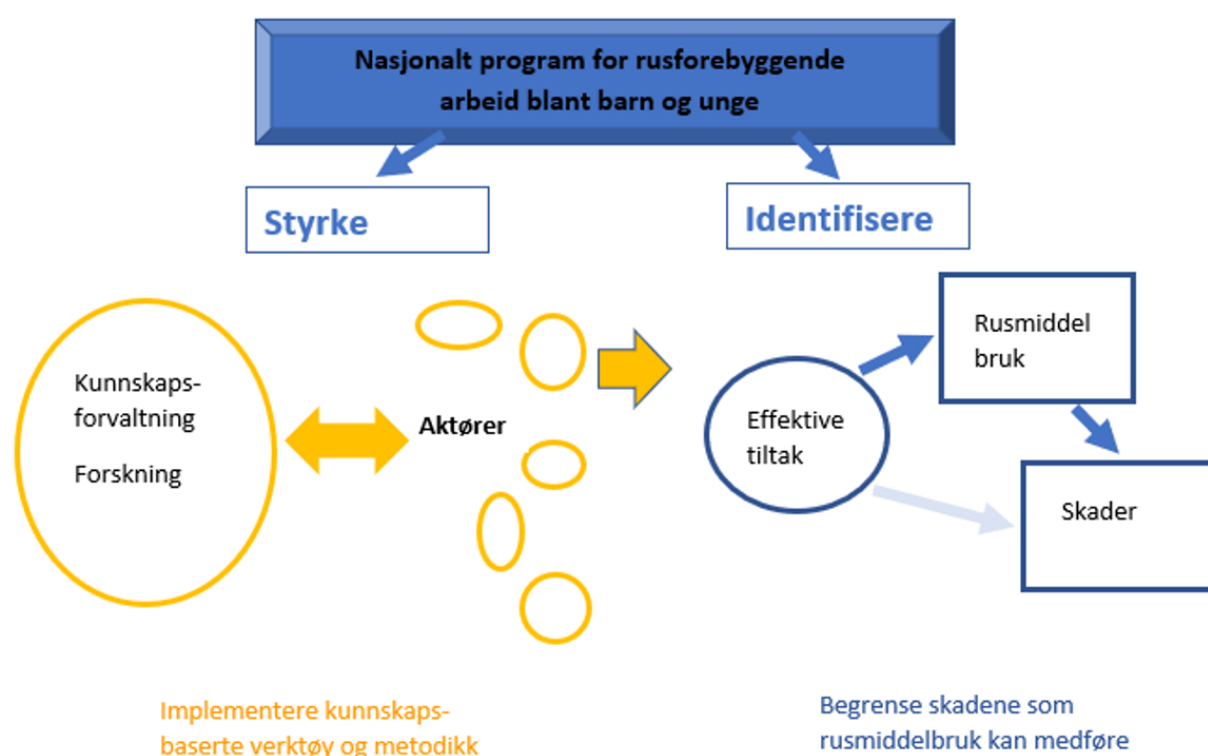
Et overordnet mål for implementering av forebyggende tiltak må være at tiltakene inngår i en helhetlig ruspolitikk, både på nasjonalt og lokalt nivå. I arbeidet med de vurderinger og anbefalinger som vi gir her, har vi sett hen til nyere nasjonale programmer, strategier og utredninger. Disse omfatter blant annet: Program for folkehelsearbeid i kommunene [25], Nasjonal alkoholstrategi 2021-25 [13], Stortingsmelding 30 (2011-2012) om en helhetlig rusmiddelpolitikk [26], og opptrappingsplanen på rusfeltet (2016-2020) [27]. På lokalt nivå vil det rusforebyggende arbeidet ofte være en del av folkehelsearbeidet [28].

Innspill og medvirkning fra målgruppen og aktører

Representanter for målgruppen og ulike aktører i det rusforebyggende arbeidet har gitt mange viktige innspill til faggruppens arbeid med dette utkastet til program. Ved iverksetting av kunnskapsbaserte verktøy vil dialog og samarbeid med aktører og målgruppe være essensielt.

Overordnet om struktur og faglig innhold

Strukturen i programmet er forenklet skissert i Figur 3a og reflekterer formålet med programmet.



Den høyre delen av figuren illustrerer formålet om å begrense skader som rusmiddelbruk kan medføre gjennom å ta i bruk effektive forebyggende tiltak. Identifisering av hva som er effektive tiltak er følgelig en sentral del av programmet.

I gjennomgangen av effektive tiltak bygger vi på forskning om effekter av enkeltstående tiltak i seg selv. I det forebyggende arbeidet er det likevel viktig å betrakte forebyggingsinnsatsen som en sum av tiltak som virker i samme retning.

[4] I første rekke beslutningstakere på politisk og administrativt nivå, og de som har ansvar for iverksetting og håndheving av tiltakene.

Nærmere om identifisering av effektive forebyggende tiltak

Det finnes et stort antall forebyggende tiltak på rusmiddelfeltet. Med dette mener vi tiltak som har en spesifikk målsetting om å forebygge rusmiddelbruk eller relaterte skader, enten som hovedmålsetting eller som en av flere målsettinger. Andre typer av tiltak med en annen og/eller mer vidtfavnende målsetting, som for eksempel velferdsordninger, boligpolitikk, skolemiljøtiltak, osv., kan tenkes å være viktige med hensyn til å forebygge rusproblemer, men vi tar ikke dette i betraktning her.

I flere av innspillene fra representanter fra målgruppen og blant aktørene er det også påpekt bredere målsettinger for det forebyggende arbeidet, som trygge oppvekstvilkår og god livsmestring.

Tiltak for å forebygge rusrelaterte problemer blant barn og unge, favner vidt og varierer med hensyn til hva som er målsetting, hvem som er målgruppen, hvem som iverksetter tiltakene, og hvilke forebyggingsarenaer som blir benyttet. De er også forskjellige med hensyn til innhold og varighet. Ulike typer tiltak kan ha til dels overlappende målsettinger og målgrupper, og overlappende arenaer og leverandører. Barn og unge med liten eller ingen erfaring med rusmidler, er ofte målgruppen.

Mange forebyggende tiltak iverksettes og blir videreført over tid uten at det foreligger noen studier som har vist at de har effekt på bruk eller skader. Det finnes også mange tiltak som har vist en gunstig effekt på bruk og/eller skader i en eller flere studier, men som man – ved vurdering av en samlet forskningslitteratur – likevel ikke vil anbefale som effektive tiltak. Det kan skyldes ett eller flere av følgende forhold: At en gunstig effekt bare er funnet i en enkelt eller noen få studier, at andre studier ikke har funnet noen gunstig effekt (eller en ugunstig effekt), at effekten har vært svært liten og kortvarig, eller at forskningen har anvendt svake metoder som gir usikker effektfortolkning. Det er heller ikke gitt at en gunstig effekt som er oppnådd i en type kontekst, lar seg reproducere under andre forhold, som i en norsk kontekst.

Vi har tatt utgangspunkt i nyere kunnskapsoppsummeringer om tiltak med evidens for effekt på rusmiddelbruk og/eller rusmiddelrelaterte skader og trukket ut det som er relevant for barn og unge. Denne forskningslitteraturen favner dels brede kunnskapsoppsummeringer som omhandler alkohol og/eller illegale rusmidler [2, 3, 29-31] og dels kunnskapsoppsummeringer som er spesifikke for bestemte tiltak (referanser til litteraturen er gjengitt under de enkelte tiltakene).

Både UNODC[5] og EMCDDA[6] har sammenfattet forebyggende tiltak med evidens for effekt på rusmiddelbruk og/eller relaterte skader/problemer. Vi har sett hen til disse anbefalingene, men vi har også selv vurdert evidensgrunnlaget for tiltak som er vurdert som effektive med hensyn til å forebygge rusmiddelbruk (UNODC) eller er anbefalt som 'best practice' (EMCDDA). Vedlegg D beskriver kort hvorfor vi mener det er behov for en nærmere vurdering av disse anbefalingene.

I vår vurdering har vi vektlagt om det foreligger systematiske kunnskapsoversikter ('systematic reviews', meta-analyser) fra presumtivt metodologisk gode primærstudier, om funnene i hovedsak gir støtte for en gunstig effekt av tiltaket, og om gunstige effekter er funnet i ulike land/kontekster. Der alle disse betingelsene er oppfylt, har vi vurdert at det er god evidens for et tiltak. I tillegg har vi vurdert studier fra Norge som belyser tiltakets relevans, effekt eller implementerbarhet.

En vesentlig begrensning i vår gjennomgang av forebyggende tiltak, er at vi ikke har hatt mulighet til å vurdere alle typer av forebyggende tiltak som er relevante for å forebygge rusrelaterte skader og problemer

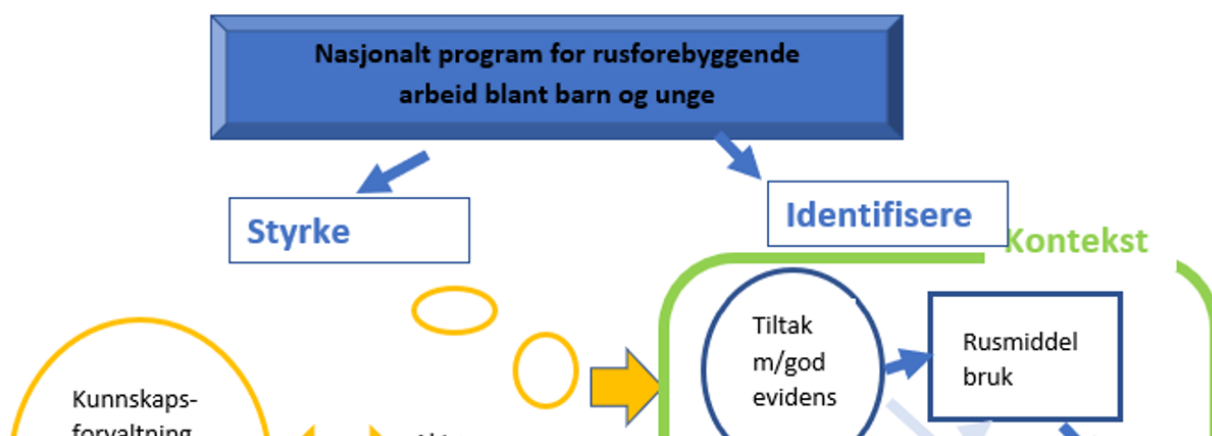
blant barn og unge. De tiltakene vi har vurdert, er tiltak som typisk er gjennomgått i nylige litteraturoppsummeringer på feltet [2, 3, 29-31] og hvor effekter på bruk eller skader blant barn og unge er belyst. Men, det vil utvilsomt være flere forebyggende tiltak som er blitt evaluert i flere studier og hvor det er gjort minst én systematisk litteraturgjennomgang som har konkludert med gunstig effekt på bruk eller skader blant barn og unge, og som likevel ikke er vurdert her. Dette skyldes i første rekke tidsnød og manglende kapasitet til å få en fullstendig oversikt. Vi anbefaler derfor at det blir foretatt en mer omfattende og systematisk litteraturgjennomgang (se 4.2.1).

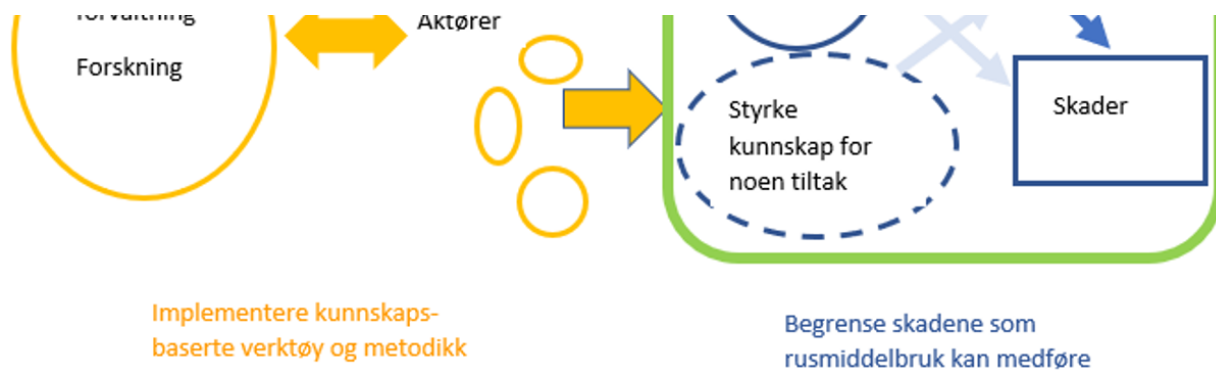
Vi har bare i noen grad sett spesifikt på hva vi vet om effekt av tiltak i familier hvor forelder/omsorgsperson har en rusbrukslidelse. Innspillet fra organisasjonen Barn av Rusmisbrukere (BaR) viser til en multisenterstudie [32] som sammenlikner situasjonen for barn hvor én forelder er pasient i spesialisthelsetjenesten, deriblant TSB, og BaR gjengir forslag fra denne rapporten til noen konkrete tiltak for barn/familier med voksne som har rusproblemer. I den internasjonale forskningslitteraturen har vi funnet en systematisk kunnskapsoversikt over effekt av ulike selektive tiltak for barn av personer med rusbrukslidelse [33], men her var funnene ikke tilstrekkelig entydige til at vi har vurdert dem nærmere.

I den etterfølgende gjennomgangen av evidensbaserte effektive tiltak, kommer det klart fram at 'verktøykassen' av tiltak er adskillig mer innholdsrik med hensyn til å forebygge bruk og skader knyttet til alkoholbruk enn narkotikabruk. Denne forskjellen handler i stor grad om at for alkohol, som jo er en lovlig vare, er det en rekke effektive regulatoriske virkemidler, som ikke er relevante for illegale rusmidler. I arbeidet med å begrense skader blant barn og unge som skyldes rusmiddelbruk, er effektive tiltak for å forebygge alkoholrelaterte skader svært viktig, og de bør prioriteres høyt. Alkoholbruk er den viktigste risikofaktoren for helsetap blant barn og unge på global basis [1], mens bruk av illegale rusmidler kommer på 7. eller 8. plass. Antakelig er bildet omtrent tilsvarende i Norge. Alkoholbruk er langt mer utbredt enn bruk av illegale rusmidler blant barn og unge voksne [17, 34], og en studie viste at unge voksne langt oftere hadde brukt alkohol enn illegale rusmidler i forkant av alvorlige skader [35]. Mange studier, hvorav også noen norske, viser at ungdoms bruk av cannabis eller andre illegale rusmidler ofte skjer i forbindelse med alkoholbruk [36-38].

I tillegg til å anbefale tiltak der det foreligger god evidens for effekt, har vi også vurdert noen andre tiltak, hvor det vil være viktig å få et bedre kunnskapsgrunnlag. Vi har derfor i det følgende skilt mellom 'anbefalte tiltak', der det etter vår vurdering er god evidens for effekt på rusmiddelbruk og/eller rusrelaterte skader, og 'tiltak hvor vi anbefaler å få et bedre kunnskapsgrunnlag'. Sistnevnte er et utvalg av tiltak hvor vi – ut fra foreliggende forskning og vurdering av norsk kontekst – mener at det er en eller flere grunner til å styrke kunnskapsgrunnlaget. Svært mange tiltak vil utvilsomt kunne komme i denne kategorien, men vi har valgt ut noen relativt få til et første trinn i programmet.

Dette innebærer en utvidelse av den tidligere skisserte illustrasjonen av programmets struktur, slik at vi i vurderingen av hva som er effektive tiltak, skiller mellom tiltak med god evidens for effekt og tiltak med behov for å styrke kunnskapsgrunnlaget i en norsk (eller lokal) kontekst.





Figur 3b. En litt utvidet enkel illustrasjon av programmets struktur relatert til formålet med programmet

Forebyggende tiltak kan grupperes på ulike måter, for eksempel med hensyn til målgruppe: (universelle, selektive og indikative), med hensyn til virkemidler/-mekanismer (regulatoriske og andre) eller arena og iverksettings-/aktørnivå (nasjonalt, regionalt og lokalt). Vi har valgt det siste, fordi vi her skal vurdere effektive tiltak med hensyn til hvordan de best mulig kan bli iverksatt.

[5] https://www.unodc.org/documents/prevention/UNODC-WHO_2018_prevention_standards_E.pdf

[6] https://www.emcdda.europa.eu/best-practice_en

Anbefalte tiltak på nasjonalt nivå

Prisregulering og særavgifter på alkohol

Høye særavgifter på alkohol bidrar til høye priser på alkohol og er et viktig virkemiddel for å dempe etterspørselen og skadevirkningene i befolkningen generelt [2, 39-41], og også blant unge mennesker er det et viktig tiltak for å forebygge alkoholbruk og alkoholrelaterte skader [2, 39-41].

Høye priser demper også etterspørselen blant dem med et svært høyt alkoholforbruk og alkoholbrukslidelser [2, 41]. Høye særavgifter kan derfor tenkes å forebygge skader som følge av å vokse opp med foreldre med alkoholproblemer, men vi har ikke funnet evidens som direkte understøtter dette.

Norge har et høyt avgiftsnivå sammenliknet med andre europeiske land, og særavgiften utgjør en høyere andel av alkoholprisen i Norge enn i noe annet europeisk land [42].

Faggruppen anbefaler å opprettholde eller øke de høye særavgiftene i forhold til kjøpekraften som et viktig forebyggende tiltak for å forebygge alkoholbruk og relaterte skader blant unge.

Aldersgrense for kjøp av alkohol

En nedre aldersgrense for å få kjøpt alkohol i butikk og på skjenkesteder er et effektivt tiltak for å begrense alkoholbruk og alkoholrelaterte skader blant unge [2, 43]. Aldersgrensen i Norge er 18 år for kjøp av øl og vin og 20 år for kjøp av brennevin. Det er også forbud mot 'langing' av alkohol til mindreårige.

Aldersgrensen i Norge er på nivå med – eller litt høyere enn – aldersgrensen i flertallet av andre land i EU-/EØS-området [44]. Det er betydelig oppslutning i befolkningen om aldersgrensen [45].

Faggruppen anbefaler at de nåværende aldersgrenser for kjøp av alkohol opprettholdes. Håndheving av aldersgrensen er imidlertid en utfordring, men dette er et tiltak på lokalt nivå og omtales nærmere der.

Forbud mot reklame og markedsføring av alkohol

Norge innførte i 1975 forbud mot reklame og markedsføring av alkohol, og en viktig begrunnelse for forbudet var å skjerme unge mennesker mot påvirkning fra alkoholreklame/-markedsføring [46]. Senere er det kommet til en betydelig forskningslitteratur som viser at reklame og markedsføring, også på digitale plattformer som sosiale medier, påvirker ungdoms alkoholbruk både med hensyn til alkoholdebut og konsummengde [47-49]. Det omfattende reklameforbudet i Norge inkluderer også sosiale medier og er en mer restriktiv regulering enn det de har i de fleste andre OECD-land [50]. Det er lite direkte evidens for effekten av reklameforbud, men en studie fra Norge viste at innføringen av reklameforbudet hadde en umiddelbar og vedvarende effekt som ga en nedgang i alkoholomsetningen på 7,4 % [51]. Vi kjenner ikke til at det er gjort noen studier som har undersøkt om innføring av reklameforbud har effekt på ungdoms alkoholbruk. Men, ettersom det er god evidens for at reklame og markedsføring har effekt på unges alkoholbruk og at reklameforbudet i Norge førte til lavere totalforbruk, mener faggruppen at det er viktig å opprettholde reklameforbudet.

Faggruppen anbefaler at reklameforbudet håndheves strengt, både på nasjonalt og lokalt nivå.

En nærmere redegjørelse for håndheving av reklameforbudet på nasjonalt nivå og lokalt nivå er beskrevet i Vedlegg E.

Anbefalte tiltak på lokalt nivå

I kommunal forvaltning

Håndheving av aldersgrense

Studier fra en del år tilbake viste at mindreårige ofte fikk kjøpt alkohol i butikker og på skjenkesteder [52-54]. Vi har ikke funnet nyere forskning fra Norge som har belyst hvordan aldersgrensen for kjøp av alkohol håndheves. Juventes rapporter om kjøpsforsøk i butikker (for eksempel Juventes kontrollrapport 2018[7]) viser at mindreårige får kjøpt alkohol i omkring en sjettedel av kjøpsforsøkene. Kartlegging av kommunenes forvaltning av alkoholoven, deriblant håndheving av aldersgrense, viser at norske kommuner i liten grad avdekker brudd på aldersgrensen. I 2021 ble det i hele Norge avdekket til sammen fire tilfelle av skjenking til en mindreårig [55]. Dette tyder på at kommunenes salgs- og skjenkekontroller kan ha et betydelig potensial for å avdekke og sanksjonere brudd i større grad og derved bedre kunne forebygge salg og skjenking til mindreårige.

Faggruppen anbefaler at arbeidet med håndhevingen av aldersgrenser for kjøp av alkohol styrkes.

I primærhelsetjenesten

Kartlegging og tidlig intervensjon

Det har vært kjent i mange år at kartlegging og tidlig intervensjon har god effekt på risikofylt alkoholbruk i den voksne befolkningen [56-61]. Tilsvarende er også funnet for unge mennesker [62]. Likevel er tiltaket i liten grad tatt i bruk i helsetjenestene, dette gjelder både her i Norge [63] og i andre land [64].

Flere studier har undersøkt barrierer for å iverksette dette tiltaket, og ett gjennomgående funn er helsepersonells frykt for at tematisering av alkoholbruk vil kunne ødelegge relasjonen til pasienter [65]. Tilsvarende har studier fra Norge vist at fastleger synes det er vanskelig å snakke med pasientene sine om alkohol og alkoholproblemer, at temaet er skambelagt og at man nødig vil framstå som moralist [66]. På den annen side, ser det ut til at alkoholbruk lettere kan tematiseres i pasientsamtalen når alkohol kan knyttes til en aktuell skade eller sykdomssymptomer [67]. Det er imidlertid ikke en forutsetning at det er fastlegen som foretar kartlegging og motivasjonssamtaler. Annet helsepersonell, som for eksempel sykepleiere, kan gjerne foreta kartleggingen og motivasjonssamtalene [56].

Blant ungdom og unge voksne i Norge er det om lag en av tre som har en risikofylt alkoholbruk, og for disse kan rådgivning og eventuelt videre oppfølging være hensiktsmessig [68]. Det forebyggende potensialet for dette tiltaket synes derfor betydelig. Samtidig må implementeringsbarrierer i helsetjenesten reduseres, og det er foreslått at dette kan gjøres ved å avgrense kartleggingen til de pasientene der det er klinisk relevant eller det er andre klare grunner til å kartlegge alkoholbruken ('pragmatisk case-finding' [67]).

Faggruppen anbefaler at helsetjenestene i større grad tar i bruk kartlegging og tidlig intervensjon.

[7] <https://www.kommunetorget.no/globalassets/juvenes-kontrollrapport-20182.pdf>

Styrking av kunnskapsgrunnlag for enkelte tiltak på nasjonalt nivå

Begrensninger i kjøreretten for unge bilførere, inkludert lavere promillegrense

Unge bilførere (16-20 år) har høyere risiko enn andre for å havne i dødsulykke i trafikken, selv på et lavt promillenivå (<0,2 promille) [69]. Studier fra blant annet USA og Australia har vist at begrensninger i kjøreretten for unge bilførere, deriblant promillegrense på 0, kan redusere omfanget av promillekjøring og alkoholrelaterte trafikkulykker blant unge [2]. Andre begrensninger enn promillegrense på 0, kan blant annet dreie seg om at man ikke har lov til å kjøre nattestid.

Det er verdt å merke seg at USA har en aldersgrense for førerkort på 16 år og en aldersgrense for å drikke alkohol på 21 år. I Norge har det de siste fem årene i gjennomsnitt vært 102 drepte og 588 hardt skadde i trafikken hvert år, og unge i aldersgruppen 16-24 år utgjorde ca. 18 % i begge gruppene[8]. Vi har ikke tall for hvor mange av dødsfallene og personskadene i trafikken som var alkoholrelatert, og det er følgelig vanskelig å vurdere hvor stort det forebyggende potensialet kan være ved en eventuell innføring av kjørerettbegrensninger og promillegrense på 0 for unge bilførere.

Faggruppen anbefaler at kunnskapsgrunnlaget for dette tiltaket vurderes nærmere for relevans i en norsk kontekst.

Avkriminalisere forbud (oppheve straffeansvar) mot besittelse og bruk av narkotika

Spørsmålet om opprettholdelse av et straffeansvar ved bruk og besittelse av narkotika er et effektivt tiltak for å forebygge rusmiddelbruk og/eller rusmiddelrelaterte skader blant barn og unge, kan sies å ligge innenfor faggruppens mandat. Faggruppen har i noen grad vurdert kunnskapsgrunnlaget for å opprettholde straffeansvaret, og vurdert forskningslitteratur som har belyst effekter av avkriminalisering. Faggruppen har ikke hatt kapasitet til å få gjennomført nye systematiske kunnskapsgjennomganger, men har vurdert flere litteraturgjennomganger på feltet (se Vedlegg F). Ut fra denne litteraturen er det – etter faggruppens syn – ikke tilstrekkelig forskningsgrunnlag for å vurdere hvorvidt en eventuell avkriminalisering i Norge vil føre til økt bruk av ulovlige rusmidler.

Faggruppen anbefaler derfor at det gjøres en systematisk gjennomgang av forskningslitteraturen på dette feltet og at dette gjøres med henblikk på relevans for norsk kontekst.

[8] <https://www.ssb.no/transport-og-reiseliv/landtransport/statistikk/trafikkulykker-med-personskade>

Styrking av kunnskapsgrunnlag for enkelte tiltak på lokalt nivå

Et målrettet selektivt forebyggingsprogram i skolen

Skolen er en arena for mange typer av universelle forebyggende tiltak, og læreplanen (LK20) tilsier at rusforebygging er et viktig tema [70]. Det finnes mange ulike universelle standardiserte skoleforebyggingsprogrammer, hvorav mange er evaluert, og forskningslitteraturen på dette feltet er omfattende. I all hovedsak viser denne forskningen ingen eller små positive effekter på rusmiddelbruk [2, 7, 71]. Utdanningsforbundet pekte i denne sammenheng på at «man bør unngå ferdige undervisningsopplegg og såkalt evidensbasert praksis, slik at lærerens profesjonelle handlingsrom blir ivaretatt og at undervisningen kan skje på elevenes og lærernes premisser». Faggruppen anser det som lite hensiktsmessig å vurdere noen enkelte universelle forebyggingsprogram i skolen i denne sammenheng. En nærmere redegjørelse for dette finnes i Vedlegg G.

Ett målrettet selektivt forebyggingsprogram (Preventure) har imidlertid vist å ha god effekt med hensyn til å forebygge rusmiddelbruk (både alkohol og narkotika) blant elever med høy risiko for rusmiddelbruk [72, 73]. Tiltaket gjennomføres i to trinn, man identifiserer først målgruppen, som deretter blir tilbudt å delta i grupper som får tilpasset intervensjon [72]. Det er imidlertid uvisst om en slik seleksjon oppleves som stigmatiserende. Noen representanter fra målgruppen var tydelige på at det er viktig å unngå stigmatisering av ungdomsgrupper. Evalueringsstudiene av Preventure er gjort i flere ulike land, men antall studier er foreløpig ikke mange.

Faggruppen anbefaler at man får mer kunnskap om implementerbarhet og aksept for denne type selektive tiltak i Norge, og at en eventuell utprøving av programmet gjøres i samråd og samarbeid med representanter for målgruppen og iverksettende aktører.

Flerpartssamarbeid i lokalsamfunnsprosjekt

Mange lokalsamfunnstiltak bygger på samarbeid mellom ulike aktører (og kan også omfatte frivillige organisasjoner og/eller skole/helsetjeneste), og de tar i bruk flere virkemidler på lokalt nivå (fler-komponent-tiltak) [2]. Det er flere eksempler på at slike fler-komponent-tiltak med flerpartssamarbeid i lokalsamfunn har vist gode forebyggende effekter på bruk og skader, også blant unge [2, 74]. Men, de fleste studier av denne typen tiltak er bedømt å ha svak metodisk kvalitet [75], deriblant effektstudien av Islandsmodellen [76]. Ofte ser man at det er vanskelig å få forebyggende effekter til å vedvare over tid. STAD-prosjektet, opprinnelig fra Stockholm, er ett eksempel på et slikt samarbeid hvor man blant annet lyktes med å redusere overskjenking og skjenking til mindreårige og redusere voldsomfanget i betydelig grad [77]. Flere senere studier tyder imidlertid på at innføring av et tilsvarende eller liknende tiltak andre steder (som andre kommuner i Sverige [78] eller i Oslo [79]) ikke har funnet liknende forebyggende effekter.

Faggruppen anbefaler at det utvikles noen prøveprosjekter med denne type tiltak, bygget på erfaringer fra tidligere studier på feltet, og at prosjektene evalueres forskningsmessig.

Behandling av alkohol- eller andre rusbrukslidelser hos omsorgspersoner

Mange barn vokser opp med en forelder/foresatt som har en alkohol- eller annen rusbrukslidelse [80]. Disse barna er mer utsatt for ulike psykososiale problemer (blant annet med hensyn til psykisk helse, atferdsproblemer, egen rusmiddelbruk og mindre utdanning) enn andre [81, 82]. Det kan tenkes at når omsorgspersoner får god behandling for sin rusbrukslidelse, vil det kunne forebygge – eller dempe omfanget av – psykososiale problemer hos barna. Hvorvidt, eller i hvilken grad, behandling av omsorgspersoner kan avhjelpe slike problemer hos barn, er imidlertid ikke tilstrekkelig klarlagt. Få studier med godt metodologisk design synes å ha undersøkt om tiltak overfor foreldre/foresatte med rusproblem har gunstige effekter på barna [83], men noen studier fra USA har funnet at behandling av fars alkoholbrukslidelse var forbundet med reduksjon av barnas psykososiale problemer [84-86].

Behandling av rusbrukslidelse kan være et effektivt tiltak for å redusere pasientens rusmiddelbruk [87], men det er en betydelig underbehandling av slike lidelser, spesielt med hensyn til alkoholbrukslidelser i Norge [88]. Selv om behandlingen skjer i spesialisthelsetjenesten, vil helsepersonell i primærhelsetjenesten oftest være dem som identifiserer problemene og henviser videre til behandling.

Skam og stigma er en viktig barriere for å søke behandling av alkoholbrukslidelse, en annen barriere er at man ikke selv opplever å ha et alkoholproblem [89]. Lang reisevei eller frykt for at kontakt med helsetjenesten kan utløse konsekvenser som tap av førerkort eller at barnevernet involveres, er også behandlingsbarrierer. Det kan derfor være lettere å nå mange i målgruppen på digitale plattformer enn i helsetjenesten [90]. Ulike intervensjoner blir nå utviklet for – og levert på – digitale plattformer, deriblant behandling av rusbrukslidelser. For noen, kanskje mange, vil dette kunne redusere barrierene for å søke behandling eller hjelp til å redusere rusmiddelbruken. Behandling og andre intervensjoner på digitale plattformer er enkle å ta i bruk, og kan gi litt reduksjon i rusmiddelbruk [91]. Det er blant annet utviklet en norsk app (HAP) som hjelp for å slutte med eller redusere cannabisbruk, og én studie tyder på at app'en kan nå en videre del av målgruppen [92]. Studier som har undersøkt effekt av motivasjonssamtaler, oftest i kombinasjon med samtalebehandling, levert på digitale plattformer, har i gjennomsnitt funnet en liten og gunstig effekt på rusmiddelbruk [90, 93, 94]. Digitale plattformer er også brukt for motivasjonssamtaler og for samtaleterapi for å redusere rusmiddelbruk hos personer med risikofylt bruk eller rusmiddelbrukslidelse [91, 93, 94].

Faggruppen anbefaler at det gjøres evalueringsstudier for å belyse mulige effekter av behandling av omsorgspersoners rusproblemer på barnas helse og velferd. Tilsvarende evaluering er også ønskelig for behandling og rusreduksjonstiltak levert på digitale plattformer.

Styrke kunnskap om regulatoriske tiltak for å begrense bruk av lystgass og andre rusgivende inhalanter

Flere land har innført aldersgrense eller andre regulatoriske tiltak for å begrense ungdoms tilgang til lystgass[9]. Vi kjenner ikke til om det er land som har liknende reguleringer for ungdoms tilgang til løsemidler, drivgasser eller andre rusgivende inhalanter.

Faggruppen anbefaler at det både innhentes systematisk kunnskap om hvilke reguleringstiltak som er tatt i bruk, og kunnskap om effekter av slike reguleringer og implementerbarhet og håndheving av reguleringer.

[9] Tolletaten, 2023: Import av lystgass til rusformål. Utvikling i 2023.

Bedre kunnskapen om rusmiddelrelaterte skader

Betydning av kunnskapsformidling for å påvirke rusmiddelbruk er antakeligvis enten beskjeden eller effekten kommer svært gradvis over lengre tid. Hovedkonklusjonen fra internasjonal forskning på effekt av ulike informasjons- og holdningstiltak formidlet i massemedier er at slike tiltak kan bedre kunnskap og holdninger, men de påvirker i hovedsak ikke rusmiddelbruk eller -skader [2, 96-98].

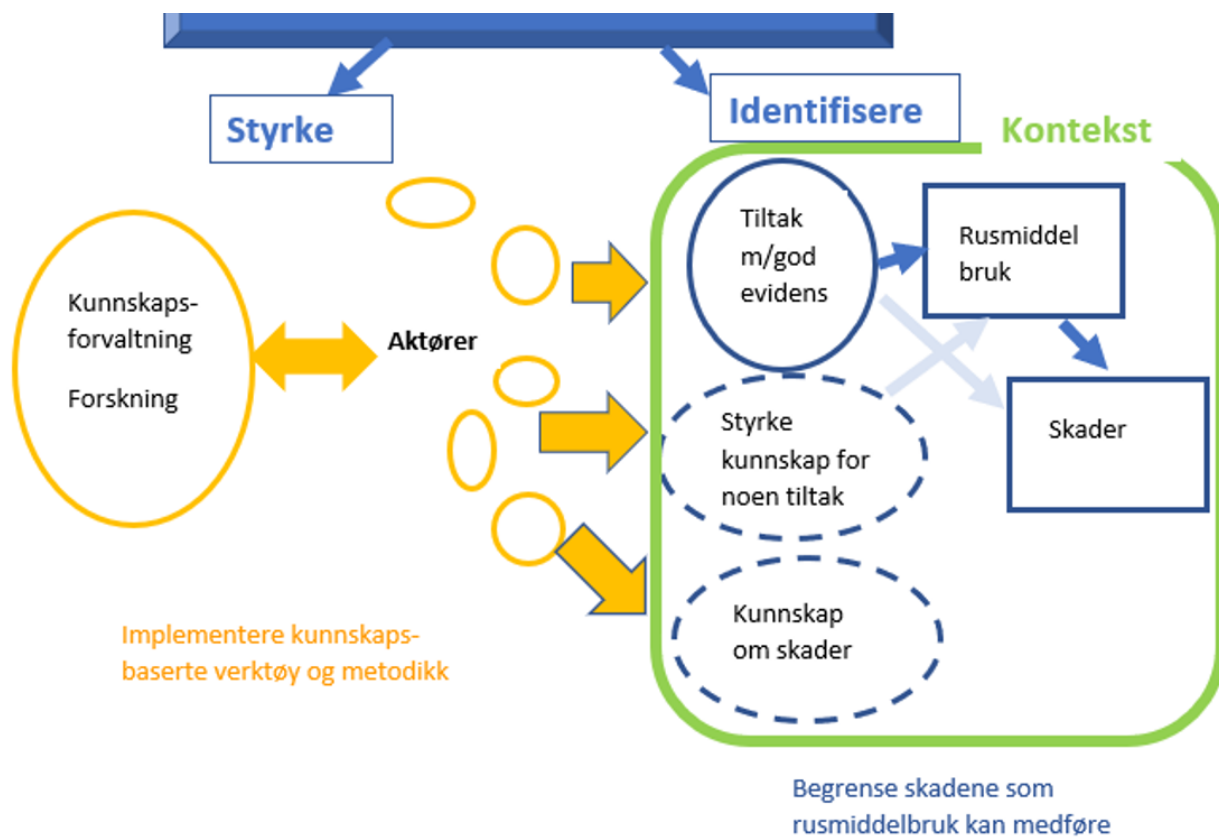
Likevel vil vi argumentere for at god og saklig kunnskapsformidling om ulike skadevirkninger av rusmiddelbruk er et etisk imperativ. Vi tenker da på skadevirkninger i bred forstand, det vil si helsemessige konsekvenser og ulike sosiale skadevirkninger, både på kort og lang sikt, og på ulike skadevirkninger på tredjepart. Både skolen og ulike digitale plattformer (deriblant RUSinfo) kan være viktige arenaer for formidling av riktig og relevant kunnskap om risiko ved bruk av rusmidler. Noen norske studier tyder på at ungdom har lite og til dels feilaktig kunnskap på dette feltet [99], og vi mener at ungdom har rett til slik kunnskap som grunnlag for å gjøre informerte valg. Flere av de som har gitt oss innspill i dette arbeidet har også understreket behovet for å få riktig kunnskap om rusmidler og risiko ved rusmiddelbruk.

Et annet argument for å inkludere arbeid med å bedre kunnskapen om rusmiddelrelaterte skader blant barn og unge og deres foresatte, er at bedre kunnskap og større oppmerksomhet omkring disse problemene kanskje vil kunne styrke legitimiteten for iverksetting av effektive evidensbaserte tiltak.

Vi har derfor inkludert styrking av kunnskap om ulike skadevirkninger av rusmiddelbruk (både helsemessige og sosiale skader) som et element i programmet, jf. Figur 3 c.

Faggruppens anbefalinger med hensyn til å bedre kunnskapen om rusmiddelrelaterte skader er nærmere beskrevet i neste kapittel.

**Nasjonalt program for rusforebyggende
arbeid blant barn og unge**



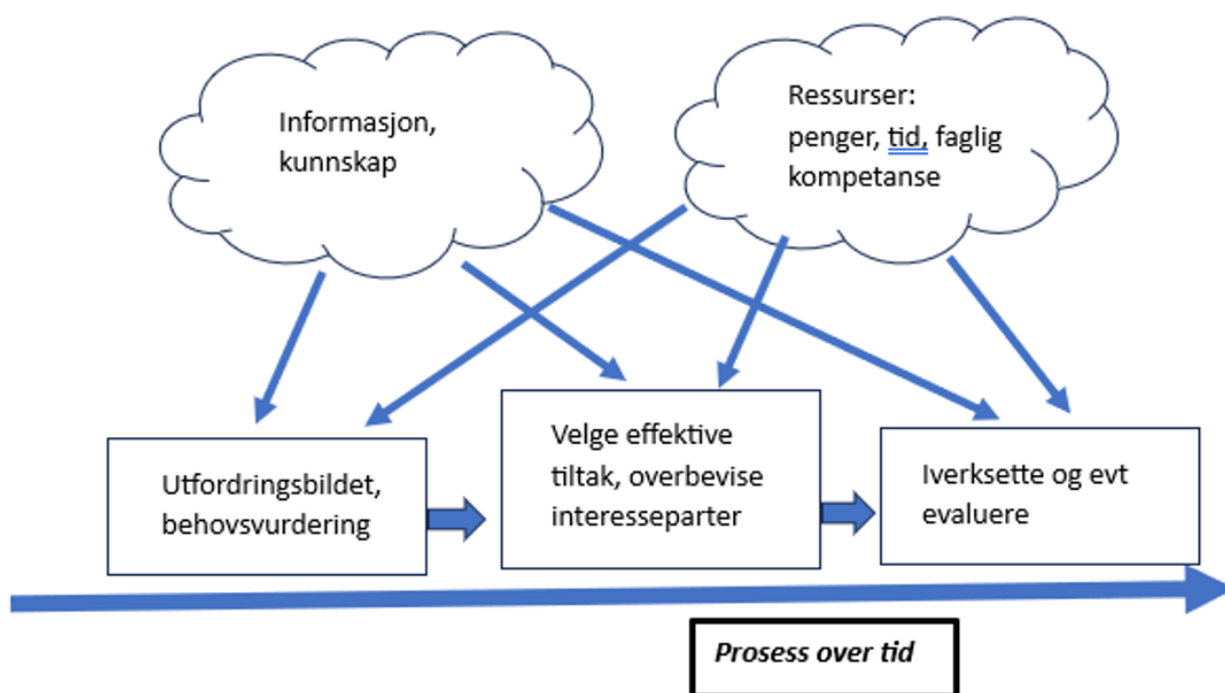
Figur 3c. En litt mer utvidet enkel illustrasjon av programmets struktur relatert til formålet med programmet

Implementering av kunnskapsbaserte verktøy

Proessen fra behovsvurdering av tiltak til iverksetting og evaluering

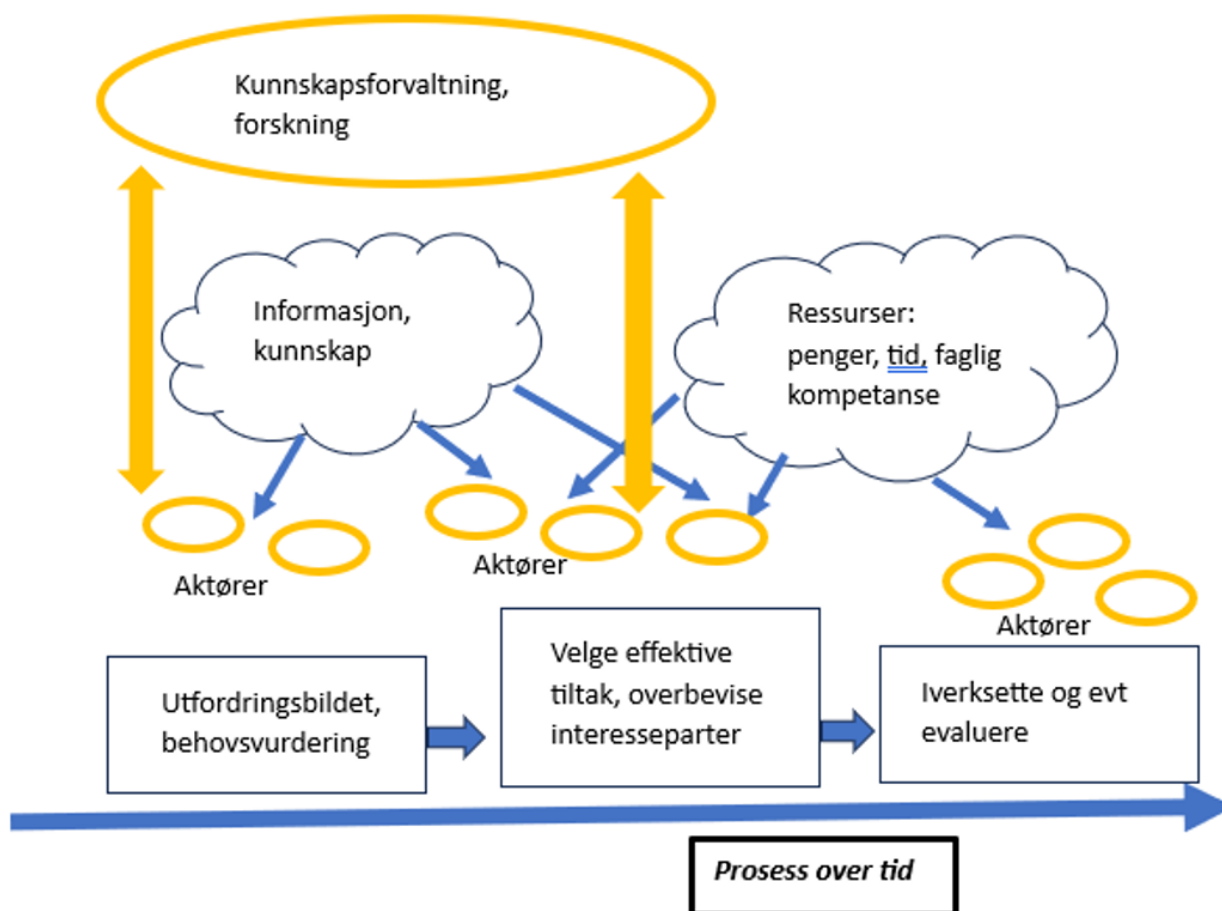
I det forebyggende arbeidet blir det ofte iverksatt tiltak som ikke har evidens for effekt, eller hvor evidensgrunnlaget er svakt (jf. [4, 100]. Samtidig synes det å være et betydelig potensial for å styrke bruken av tiltak som har god evidens, som for eksempel bedre håndheving av aldersgrense for kjøp av alkohol (jf. [54, 55]) og kartlegging og tidlig intervensjon i helsetjenesten [62]. Et sentralt element i programmet er derfor å bidra til at aktørene på rusforebyggingsfeltet både i større grad iverksetter (eller opprettholder/håndhever) tiltak med god evidens og samtidig går bort fra å opprettholde eller iverksette tiltak med svak eller ingen evidens for effekt.

Med utgangspunkt i European Prevention Curriculum[10], som er en håndbok i forskningsbasert forebygging på rusmiddelfeltet [8], har vi sett nærmere på tre elementer som inngår i styrking av aktørenes implementering av kunnskapsbaserte verktøy i det forebyggende arbeidet[11]. Aktørene må kunne: i) vurdere utfordringsbildet og gjøre gode behovsvurderinger, ii) velge hensiktsmessige tiltak (det vil si evidensbaserte tiltak som vil utgjøre en forskjell) ut fra behovsvurdering, samt overbevise interessenter ('stakeholders') om verdien av evidensbaserte tiltak, og iii) iverksette og monitorere evidensbaserte tiltak og evaluere utfall, ofte i samarbeid med forskere og/eller andre kompetansemiljø. Dette forutsetter blant annet at aktørene har tilstrekkelig adekvat kunnskap [8], og tilstrekkelige ressurser (blant annet i form av penger, tid og faglig kompetanse). Disse forutsetningene er også identifisert i flere av innspillene fra personer i målgruppen og aktører i det forebyggende arbeidet. Vi anser disse elementene som deler i en prosess over tid med vedvarende kunnskaps- og ressursbehov, som illustrert i Figur 4a.



Figur 4a. Forenklet illustrasjon av elementer i en prosess fram mot iverksetting, og eventuelt evaluering av, evidensbaserte tiltak og kunnskap og ressurser som nødvendige forutsetninger for disse.

Kunnskap om *hvordan* man fremmer bruk av evidensbaserte virkemidler i det forebyggende helsearbeidet generelt, er et tema som er blitt viet mye interesse i senere år, men veien fra kunnskap til handling kan være lang og usikker [101]. Tilsvarende gjelder trolig også for det forebyggende arbeidet på rusfeltet, der kunnskapen om hvordan man fremmer bruk av effektive tiltak med god evidens, synes å være beskjeden og fragmentert [102]. Forskere kan ha ulike roller i prosessen med behovsvurdering, valg av tiltak og iverksetting og evaluering [103]; de kan ha en distansert og observerende rolle og kun bidra med evaluering av tiltaket, eller de kan samarbeide med aktørene om alle elementene i prosessen, eller en mellomposisjon mellom disse to. Erfaringer fra ulike lokalsamfunnsprosjekt som har oppnådd gunstige effekter og hvor det har vært et flerpartssamarbeid mellom en forskergruppe og ulike aktører, tyder på at en slik samarbeidsmodell kan være viktig for å sikre at beslutninger om og iverksetting av evidensbaserte tiltak har tilstrekkelig legitimitet blant aktørene [74, 104]. Også innspill fra personer i målgruppen og aktører i det rusforebyggende arbeidet understøtter betydningen av slik medvirkning. Faggruppen vil derfor anbefale at bidrag for forskergrupper og andre miljøer med god kompetanse på evidensbaserte tiltak skjer gjennom samarbeid og gjensidig medvirkning med aktørene på alle trinnene i prosessen fra behovsvurdering til iverksetting og evaluering av tiltak. Dette er illustrert i Figur 4b.



Figur 4b. Litt utvidet forenklet illustrasjon av elementer i en prosess fram mot iverksetting, og eventuelt evaluering av, evidensbaserte tiltak og kunnskap og ressurser som nødvendige forutsetninger for disse.

På svært mange områder er det ingen eller svak evidens for om et relevant tiltak har ønsket effekt, og det kan være gode grunner til å prøve ut et tiltak som synes hensiktsmessig. Flere innspill fra personer i

målgruppen og blant aktører har også gitt uttrykk for tiltro til noen bestemte tiltak. Effektevaluering og følgeforskning på iverksetting av slike tiltak, bør også inngå i programmet og supplere styrking av tiltak med god evidens i det kunnskapsbaserte forebyggende arbeidet.

Beslutninger om iverksetting eller opprettholdelse av bestemte forebyggende tiltak vil måtte bygge på en avveining av ulike hensyn og prioriteringer; som eksempelvis folkehelseeffekt, sårbare grupper, evidens for effekt på rusmiddelbruk eller relaterte skader, og på hvilke områder forebyggingsbehovet er størst.

Kompetanseheving hos ulike aktører omhandler flere ting. Det handler dels om å fremme kunnskap og forståelse om behovet for/nødvendigheten av forebygging på spesifikke områder og/eller for spesifikke målgrupper, og om hva som er effektive forebyggende tiltak basert på grundig gjennomgang av forskningslitteraturen.

I det ovenstående har vi gått summarisk gjennom kunnskap om effektive tiltak, og på dette området kan vi i det minste lene oss på en relativt omfattende internasjonal forskningslitteratur. Men, formidling av denne kunnskapen ut til aktørene kan sikkert forbedres. Vi mener det vil være hensiktsmessig å etablere faste strukturer for møter og samhandling mellom kunnskapsforvaltere, kunnskapsformidlere og ulike aktører på feltet. Videre mener vi det er behov for utviklingsprosjekt med flerpartssamarbeid mellom kunnskapsforvaltere (forskningsmiljø og kompetansesentre), kunnskapsformidlere (for eksempel RUSinfo og Ung.no) og ulike aktører, inkludert brukergrupper (for eksempel helseforvaltning, helse- og sosialtjenester, skoler, kommunal forvaltning og ungdomsorganisasjoner) som kan identifisere hensiktsmessige måter å formidle kunnskapen til ulike aktører. Å sikre legitimitet for tiltak vil også være betinget av god kunnskapsformidling (inkludert korrigerende av feilaktige/misvisende påstander i for eksempel politisk retorikk), både til parter i saken (interessenter/'stakeholders') og befolkningen generelt. European Prevention Curriculum peker på at epidemiologiske og etiologiske studier er et viktig grunnlag for at beslutningstakere kan vurdere og bestemme hvem som er viktige målgrupper (blant annet med hensyn til rusmiddelbruk, befolkningsgruppe og sårbarhet for rusmidler). Formidling av denne kunnskapen til beslutningstakere vil også være en viktig bit av kompetansehevingen.

Imidlertid, et vel så viktig element i kompetanseheving er det å fremme kunnskap og verktøy (inkludert økonomiske og andre ressurser) og legitimitet for iverksetting (eller opprettholdelse) og monitorering av effektive tiltak. Hvordan man best hever aktørers kompetanse på disse områdene, er et langt mer utfordrende spørsmål, og ut fra vår kjennskap til forskningslitteraturen og erfaringsbasert kunnskap, vil dette bare kunne drøftes og konkretiseres for de enkelte tiltakene.

[10] European Prevention Curriculum finnes i svensk oversettelse:

<https://www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/d37882b00a4a4b26a4831fd939296b4c/guide-yrkesver>

[11] Dette er vår forkortete fortolkning. En presis gjengivelse av European Prevention Curriculum's liste er som følger: assess the nature and extent of substance use in their area, including data collection and analysis;

- identify the populations most at risk and provide an appropriate needs assessment;
- convene appropriate groups of people to address the problem; persuade stakeholders of the value of evidence-based programmes and policies;
- support the selection and evaluation of prevention interventions and choose appropriate interventions that address the findings/results from the needs assessment;
- select the interventions that are needed to make a difference;
- implement and monitor the evidence-based efforts and evaluate the outcomes, often in collaboration with a research team;
- foster fidelity and sustainability of interventions, but also keep the feasibility and acceptability of the intervention in mind.

Et første trinn for å bedre implementering av kunnskapsbaserte verktøy

Dette utkastet til program er ment kun som et første steg i en lengre prosess. Faggruppen anbefaler noen aktivitetsområder som kan iverksettes raskt og med relativt små ekstra ressurser. Med dette utgangspunktet foreslår vi noen aktiviteter som vi mener kan bidra til at aktører i større grad iverksetter evidensbaserte tiltak:

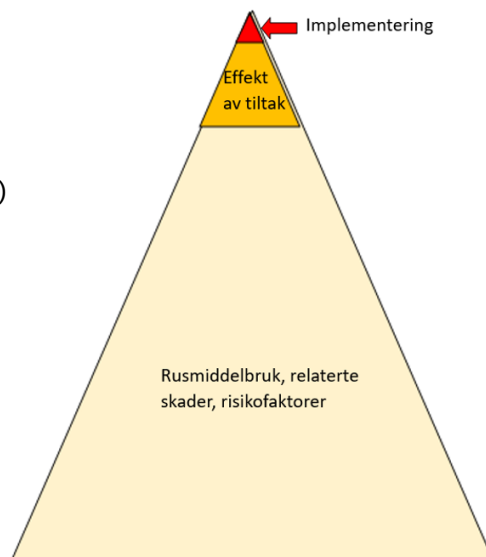
Identifisering av effektive tiltak med god evidens og relevans

Faggruppens gjennomgang av tiltak med god evidens for effekt er, som nevnt, basert på en del nyere litteraturgjennomganger, noen egne litteratursøk samt anbefalingene i UNODC's International Standards on Drug Use Prevention og EMCDDA's European Prevention Curriculum, men dette er ikke tilstrekkelig. Faggruppen anbefaler at det gjøres en ny litteraturgjennomgang med tydelige kriterier for hva som er god evidens for effekt, identifisering av tiltak som har vesentlig effekt på rusmiddelbruk og skaderisiko både på befolkningsnivå og for sårbare grupper, samt en vurdering av relevans og egnethet/implementerbarhet i en norsk kontekst. Den nye litteraturgjennomgangen må selvsagt også gjengis i en popularisert form på norsk.

Identifisering av essensielle kunnskapshull

Vår kunnskap om og forståelse av hvordan vi best kan forebygge rusmiddelbruk og relaterte problemer, kan illustreres som et volum med pyramideform. Vi har en stor (om enn ikke tilstrekkelig) kunnskapsmengde om rusmiddelbruk og relaterte problemer og hva som er risikofaktorer og beskyttende faktorer. Dette utgjør den nederste delen av pyramiden og står for størstedelen av volumet. Vi vet også en del (men langt nær nok) om effekt av noen tiltak for å forebygge rusmiddelbruk og relaterte problemer, men for mange tiltak og på mange tiltaksområder har vi ingen, lite eller/og usikker kunnskap. Dette utgjør den midtre delen av pyramiden og står for en mindre del av kunnskapsvolumet. På toppen av pyramiden, som bare utgjør en svært liten del av hele volumet, er kunnskapen om hvordan vi best iverksetter, opprettholder, monitorer og eventuelt håndhever tiltak med god evidens for effekt (Figur 5).

Et viktig utgangspunkt for å bedre implementeringskunnskapen på vårt felt, vil være å identifisere kunnskapshull som framstår som særlig relevante for aktørene med ansvar for rusforebygging. En slik identifisering bør skje i samråd og samarbeid mellom forskergruppe og ulike aktører på forebyggingsfeltet.



Figur 5. Illustrasjon av det relative volumet av kunnskap

Kunnskapsformidling og motivering

I samråd og samarbeid med aktører i det rusforebyggende arbeidet bør det etableres, styrkes eller tilpasses kanaler og fora for formidling av kunnskap om hvilke tiltak som har god evidens for forebyggende effekt, øke forståelse for hva som er god evidens og øke motivasjon for – og begrunne viktighet og nødvendighet av – å ta i bruk/forsterke tiltak med god evidens. Både behovet for god og riktig informasjon til barn og unge og til barns foresatte og medvirkning fra målgruppen er påpekt av flere i målgruppen og blant aktørene. Noen ideer om hvordan dette kan gjøres, er kort skissert her:

1. Eksisterende nettsider kan tilpasses bedre eller gjøres enklere tilgjengelige og i langt større grad gi en god oversikt over hva som er effektive tiltak med god evidens. Eksempler er forebygging.no (som er en kunnskapsbase og et tidsskrift for helsefremmende og rusforebyggende arbeid), samt RUSinfo, Folkehelseinstituttets og Helsedirektoratets hjemmesider.
2. Utvikle digitale kurs (Massive Open On-line Courses: MOOCs) som et tilbud til aktører med ansvar for rusforebyggende arbeid. Slike digitale kurs kan tilpasses ulike brukergrupper og i noen grad være interaktive.
3. Øke bruk av tradisjonelle og sosiale medier for kunnskapsformidling og motivering.

Utrede mulighet for å innføre aldersgrense og/eller andre regulatoriske virkemidler for kjøp av lystgass, løsemidler og liknende.

Faggruppen anbefaler at det innhentes systematisk kunnskap om hvilke reguleringstiltak som er tatt i bruk, og kunnskap om effekter av slike reguleringer og implementerbarhet og håndheving av reguleringer.

Utvikling og gjennomføring av noen prøveprosjekt på lokalt nivå

Faggruppen anbefaler at det utvikles og gjennomføres noen prøveprosjekter hvor man søker å styrke aktørenes motivasjon og kompetanse for implementering av kunnskapsbaserte verktøy, sikre legitimitet for evidensbaserte tiltak og samtidig tilpasse dette til en *kompleks* kommunal virkelighet, med koordinering og kommunikasjon på tvers av fag, og mellom fag og politikk. Det kan være hensiktsmessig å utforme prøveprosjektene som multikomponent-tiltak og flerpartssamarbeid mellom kunnskapsforvaltning/forskning og ulike relevante aktører og representanter for målgruppen.

Evaluerings av disse prøveprosjektene vil være essensielt.

Kunnskap om håndheving av reklameforbudet

Vi har liten eller ingen systematisk informasjon om hvordan kommunene håndhever reklameforbudet på lokalt nivå (se også Vedlegg E). Helsedirektoratet, som har ansvar for håndheving på nasjonalt nivå, vurderer at håndheving av regelverket generelt bør forsterkes (se Vedlegg E).

Faggruppen anbefaler at det innhentes mer kunnskap om hvordan reklameforbudet håndheves lokalt og hvordan håndhevingen kan bedres, både lokalt og nasjonalt.

Aktiviteter som bidrar til at barn og unge og barns foresatte får lett tilgjengelig informasjon om rusmiddelbruk og rusmiddelskader

Faggruppen vil anbefale at det gjøres et utviklingsarbeid med medvirkning fra representanter for målgruppe og ulike aktører for å sikre adekvat informasjon om rusmiddelbruk og relaterte skader til ulike målgrupper, i første rekke barn og unge og barns foresatte. Ulike arenaer som nettsteder (eksempelvis RUSinfo) og skole vil være relevante formidlingskanaler. Kunnskap om hvordan informasjonen bør utformes, hva den skal favne, og hvordan den bør formidles, for å bli tilstrekkelig tilgjengelig og nyttig for målgruppene, finnes antakelig i noen grad i forskningslitteraturen. Men trolig vil dette også være erfaringsbasert kunnskap.

Kunnskapsforvaltning, forskningsressurser og tilrettelegging for programevaluering

Kunnskapsforvaltning og forskningsressurser

En styrking av kunnskapsbasert forebyggende arbeid fordrer nødvendigvis tilstrekkelige ressurser med hensyn til kunnskapsforvaltning og produksjon av ny nødvendig kunnskap. Det er viktig at den kunnskapsbaserte forsyningslinjen; fra forskning via regionale kompetansemiljø og ut til kommunene blir styrket, både med hensyn til kvaliteten på forskningen som formidles, og hvordan formidlingen skjer. Dette er essensielt for å kunne bistå aktører på alle nivå. Dette er også i tråd med Nasjonal alkoholstrategi og argumentasjonen for den pågående omorganiseringen av den sentrale helseforvaltningen.

Situasjonen i dag er at gjennom de siste åtte årene er ressursene til den samfunnsvitenskapelige og epidemiologiske rusmiddelforskningen i Norge betydelig beskåret, og vi betviler at programmet vil kunne realiseres slik ressurs situasjonen er nå. En umiddelbar og vesentlig styrking av ressursene til forskerstillinger og driftsmidler på rusforebyggingsfeltet vil derfor være helt essensielt.

Tilrettelegging for programevaluering

En prosessevaluering av hvordan utkast til program behandles og hvordan et endelig program utformes og iverksettes fordrer ikke spesiell tilrettelegging (utover å sikre ressurser til arbeidet).

En prosess- og effekt-evaluering av implementering av spesifikke tiltak som anbefales i programmet eller som man har gode grunner til å iverksette/videreføre, vil kunne være svært verdifullt. Faggruppen ser imidlertid ikke hvordan programutkastet skal kunne legges til rette for evaluering av hele programmet som sådan, men vi anbefaler at det finnes tilgjengelige forskningsressurser til evaluering av spesifikke tiltak som nevnt over. Det er også nødvendig med en nær dialog mellom aktører og forskningsmiljø for å legge til rette for evaluering av noen slike tiltak.

Noen betraktninger om veien videre

Faggruppen har anbefalt noen aktiviteter i et første trinn i programmet, men det foreliggende dokumentet bør følges opp med et videre arbeid. Ikke minst vil det være relevant å bygge på erfaringer fra tiltak som er foreslått i kapittel 4.

Litteraturliste

1. Mokdad, A.H., et al., Global burden of diseases, injuries, and risk factors for young people's health during 1990–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *The Lancet*, 2016. 387(10036): p. 2383-2401.
2. Babor, T., et al., *Alcohol: No ordinary commodity. Research and public policy*. 3rd edition. 2023, Oxford: Oxford University Press.
3. Babor, T., et al., *Drug Policy and the Public Good*. 2018: Oxford University Press.
4. UNODC, *Review of National Prevention Systems based on the UNODC/WHO International Standards on Drug Use Prevention. Final report of the pilot in Norway 2024*, UNODC.
5. Rose, G. and S. Day, The population mean predicts the number of deviant individuals. *BMJ*, 1990. 301: p. 1031-1034.
6. Rose, G., Sick individuals and sick populations. *International Journal of Epidemiology*, 2001. 30(3): p. 427-432.
7. Burdzovic, J., et al., *Konseptualisering av rusmiddelforebygging i et folkehelseperspektiv*. 2018, Helsedirektoratet: Oslo.
8. EMCDDA, *European Prevention Curriculum: a handbook for decision-makers, opinion-makers and policy-makers in science-based prevention of substance use 2019*, EMCDDA: Lisbon. p. 172.
9. Kingdon, J.W., *Agendas, Alternatives, and Public Policies*. 1995, Boston, MA: Addison-Wesley Educational Publishers.
10. Lipsky, M., *Street level bureaucracy. Dilemmas of the individual in public services*. Vol. 2. 2010, New York, NY: The Russel Sage Foundation.
11. Buvik, K., *Everybody is drunk. Street-level alcohol policy in Oslo*. PhD thesis, in Dept of Sociology and Human Geography. 2015, University of Oslo: Oslo.
12. UNODC and WHO, *International Standards on Drug Use Prevention. Second updated edition*. 2018, UNODC: Vienna.
13. Departementene, *Nasjonal alkoholstrategi. En helsefremmende og solidarisk alkoholpolitikk 2021-2025*. 2021, Departementene: Oslo.
14. Mikkelsen, S., Hva er forebygging? *Tidsskriftet Forebygging.no*, 2005. 8.
15. EMCDDA, *European Drug Report. Trends and developments*. 2022, European monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.
16. Tulsidas, H., Glue sniffing: A review. *Proceedings of Singapore Healthcare*, 2010. 19(4): p. 312-318.
17. ESPAD Group, *ESPAD Report 2019: Results from the European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs*. 2020, EMCDDA Joint Publications: Luxembourg.

18. Pape, H., Skoletiltak som synes å gi effekt: fruktbar forskning om rusforebygging eller suspekterte historier om suksess? Nordisk alkohol- og narkotikatidsskrift, 2009. 26: p. 341-354.
19. Lee, N.K., et al., What works in school-based alcohol education: A systematic review. Health Education Journal, 2016. 75(7): p. 780-798.
20. Rossow, I. and J. McCambridge, The handling of evidence in national and local policy making: a case study of alcohol industry actor strategies regarding data on on-premise trading hours and violence in Norway. BMC Public Health, 2019. 19(1): p. 44.
21. Baklien, B., Iverksetting av forebyggende tiltak. Tidsskriftet Forebygging.no, 2008.
22. Dusenbury, L., et al., A review of research on fidelity of implementation: implications for drug abuse prevention in school settings. Health Education Research, 2003. 18(2): p. 237-256.
23. Dusenbury, L. and W.B. Hansen, Pursuing the course from research to practice. Prevention Science, 2004. 5: p. 55-59.
24. Foxcroft, D.R. and A. Tsertsvadze, Universal alcohol misuse prevention programmes for children and adolescents: Cochrane systematic reviews. Perspectives in Public Health, 2012. 132(3): p. 128-134.
25. Helsedirektoratet. Program for folkehelsearbeid i kommunene (Program for Health Promotion in the Municipalities). 2018 [cited 2019 April 4]; Available from: <https://helsedirektoratet.no/folkehelse/folkehelsearbeid-i-kommunen/program-for-folkehelsearbeid-i-kommunene>.
26. Helse- og omsorgsdepartementet, Meld.St.30 Se meg! En helhetlig rusmiddelpolitikk. Alkohol - narkotika - dopig, Helse- og omsorgsdepartementet, Editor. 2012: Oslo.
27. Det kongelige helse- og omsorgsdepartement, opptrappingsplan for rusfeltet (2016 - 2020) Prop. 15 S. 2015.
28. Redaksjonen Forebygging.no, Planlegging av rus- og folkehelsearbeid i kommunene, hvorfor og hvordan? . Tidsskriftet Forebygging.no, 2023.
29. Das, J.K., et al., Interventions for adolescent substance abuse: An overview of systematic reviews. Journal of Adolescent Health, 2016. 59(4): p. S61-S75.
30. Onrust, S.A., et al., School-based programmes to reduce and prevent substance use in different age groups: What works for whom? Systematic review and meta-regression analysis. Clinical Psychology Review, 2016. 44: p. 45-59.
31. Stockings, E., et al., Prevention, early intervention, harm reduction, and treatment of substance use in young people. The Lancet Psychiatry, 2016. 3(3): p. 280-296.
32. Ruud, T., et al., Barn som pårørende. Resultater fra en multisenterstudie. 2015, Akershus universitetssykehus, HF: Lørenskog.
33. Bröning, S., et al., Selective prevention programs for children from substance-affected families: a comprehensive systematic review. Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy, 2012. 7: p. 1-17.

34. Skretting, A., et al., *Rusmidler i Norge 2016. 2017*, Folkehelseinstituttet: Oslo.
35. Bogstrand, S.T., et al., Prevalence of alcohol and other substances of abuse among injured patients in a Norwegian emergency department. *Drug and Alcohol Dependence*, 2011. 117(2): p. 132-138.
36. Lee, C.M., et al., Simultaneous alcohol and marijuana use among young adults: A scoping review of prevalence, patterns, psychosocial correlates, and consequences. *Alcohol Research: Current Reviews*, 2022. 42(1).
37. Pape, H., I. Rossow, and E.E. Storvoll, Under double influence: assessment of simultaneous alcohol and cannabis use in general youth populations. *Drug and Alcohol Dependence*, 2009. 101(1): p. 69-73.
38. Jørgenrud, B., H. Furuhaugen, and H. Gjerde, Prevalence and correlates of illicit drug use among Norwegian nightlife patrons. *Substance Use & Misuse*, 2021. 56(11): p. 1697-1706.
39. Gallet, C., The demand for alcohol: a meta-analysis of elasticities. *Australian Journal of Agricultural and Resource Economics*, 2007. 51: p. 121-136.
40. Elder, R.W., et al., The effectiveness of tax policy interventions for reducing excessive alcohol consumption and related harms. *American Journal of Preventive Medicine*, 2010. 38(2): p. 217-229.
41. Wagenaar, A.C., A.L. Tobler, and K.A. Komro, Effects of alcohol tax and price policies on morbidity and mortality: a systematic review. *American Journal of Public Health*, 2010. 100(11): p. 2270-2278.
42. Ngo, A.P., et al., Alcohol excise taxes as a percentage of retail alcohol prices in 26 OECD countries. *Drug and Alcohol Dependence*, 2021. 219: p. 108415.
43. Wagenaar, A.C. and T.L. Toomey, Effects of minimum drinking age laws: Review and analyses of the literature from 1960 to 2000. *Journal of Studies on Alcohol*, 2002: p. 206-225.
44. World Health Organization, *Global status report on alcohol and health. 2018*, World Health Organization: Geneva.
45. Opinion, *Befolkningsundersøkelse om alkohol og cannabis. 2021*, Opinion AS: Oslo.
46. Sosialdepartementet, Ot. prp nr. 60 (1971-72) Om lov om endringer i lov av 5. april 1927 om innførsel og omsetning av brennevin, vin, fruktivin, mjød og øl Sosialdepartementet, Editor. 1972: Oslo. p. 16-18.
47. Finan, L.J., et al., Alcohol marketing and adolescent and young adult alcohol use behaviors: A systematic review of cross-sectional studies. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs, Supplement*, 2020(s19): p. 42-56.
48. Sargent, J.D., S. Cukier, and T.F. Babor, Alcohol marketing and youth drinking: is there a causal relationship, and why does it matter? *Journal of Studies on Alcohol and Drugs, Supplement*, 2020(s19): p. 5-12.
49. Noel, J.K., C.J. Sammartino, and S.R. Rosenthal, Exposure to digital alcohol marketing and alcohol use: A systematic review. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs, Supplement*, 2020(s19): p. 57-67.
50. OECD, *Preventing harmful alcohol use, in OECD Health Policy Studies. 2021*, OECD Publishing: Paris.
51. Rossow, I., The alcohol advertising ban in Norway: Effects on recorded alcohol sales. *Drug and Alcohol Review*, 2021. 40(7): p. 1392-1395.

52. Rossow, I., H. Pape, and E.E. Storvoll, Beruselsens kilder - hvordan ungdom skaffer seg alkohol. Tidsskrift for den Norske Legeforening, 2005. 125: p. 1160-1162.
53. Rossow, I., E.E. Storvoll, and H. Pape, Håndheves aldersgrensen for å få kjøpt alkohol? Tidsskrift for Den norske legeforening, 2007. 127: p. 1510-1512.
54. Rossow, I., T. Karlsson, and K. Raitasalo, Old enough for a beer? Compliance with minimum legal age for alcohol purchases in monopoly and other off-premise outlets in Finland and Norway. *Addiction*, 2008. 103(9): p. 1468-1473.
55. Buvik, K. and S.G. Christiansen, Salgs- og skjenkebevillinger: kommunenes forvaltning av alkoholloven, in *Alkohol i Norge*. 2022, Folkehelseinstituttet: Oslo.
56. Platt, L., et al., How effective are brief interventions in reducing alcohol consumption: do the setting, practitioner group and content matter? Findings from a systematic review and metaregression analysis. *BMJ Open*, 2016. 6: p. e011473.
57. Kaner, E.F., et al., The effectiveness of brief alcohol interventions in primary care settings: a systematic review. *Drug and Alcohol Review*, 2009. 28(3): p. 301-323.
58. Beyer, F., et al., The Cochrane 2018 review on brief interventions in primary care for hazardous and harmful alcohol consumption: a distillation for clinicians and policy makers. *Alcohol and Alcoholism*, 2019. 54(4): p. 417-427.
59. O'Donnell, A., et al., The impact of brief alcohol interventions in primary healthcare: A systematic review of reviews. *Alcohol and Alcoholism*, 2014. 49(1): p. 66-78.
60. D'Onofrio, G. and L.C. Degutis, Preventive care in the emergency department: screening and brief interventions for alcohol problems in the emergency department: A systematic review. *Academic Emergency Medicine*, 2002. 9(6): p. 627-638.
61. Nilsen, P., et al., A systematic review of emergency care brief alcohol interventions for injury patients. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 2008. 35(2): p. 184-201.
62. Steele, D.W., et al., Brief behavioral interventions for substance use in adolescents: a meta-analysis. *Pediatrics*, 2020. 146(4).
63. Nygaard, P., et al., Use and barriers to use of screening and brief interventions for alcohol problems among Norwegian general practitioners. *Alcohol & Alcoholism*, 2010. 45(2): p. 207-212.
64. Johnson, M., et al., Barriers and facilitators to implementing screening and brief intervention for alcohol misuse: a systematic review of qualitative evidence. *Journal of Public Health*, 2011. 33(3): p. 412-421.
65. Derges, J., et al., Alcohol screening and brief interventions for adults and young people in health and community-based settings: a qualitative systematic literature review. *BMC public health*, 2017. 17(1): p. 1-12.
66. Nygaard, P. and O.G. Aasland, Barriers to implementing screening and brief interventions in general practice: Findings from a qualitative study in Norway. *Alcohol and Alcoholism*, 2011. 46(1): p. 52-60.
67. Lid, T.G. and K. Malterud, General practitioners' strategies to identify alcohol problems: a focus group study. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 2012. 30(2): p. 64-69.

68. Halkjelsvik, T. and E.E. Storvoll, Andel av befolkningen i Norge med et risikofylt alkoholkonsum målt gjennom Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT). *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 2015. 32(1): p. 61-72.
69. Voas, R.B., et al., Alcohol-related risk of driver fatalities: an update using 2007 data. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 2012. 73(3): p. 341-350.
70. Gjære, K. and Y. Larsen, Rusforebygging i skolen - med nye læreplaner. *Forebygging.no*, 2020. 1.
71. Rossow, I. and H. Pape, Forebygging under forbud, in *Cannabisboka*, J.G. Bramness and A.L. Bretteville-Jensen, Editors. 2019, Universitetsforlaget: Oslo.
72. Edalati, H. and P.J. Conrod, A review of personality-targeted interventions for prevention of substance misuse and related harm in community samples of adolescents. *Frontiers in Psychiatry*, 2019. 9: p. 770.
73. Newton, N.C., et al., Effect of selective personality-targeted alcohol use prevention on 7-year alcohol-related outcomes among high-risk adolescents: a secondary analysis of a cluster randomized clinical trial. *JAMA network open*, 2022. 5(11): p. e2242544-e2242544.
74. Holmila, M., T. Karlsson, and K. Warpenius, Controlling teenagers' drinking: Effects of a community-based prevention project. *Journal of Substance Use*, 2010. 15(3): p. 201-214.
75. 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.
76. Kristjansson, A.L., et al., Adolescent substance use, parental monitoring, and leisure-time activities: 12-year outcomes of primary prevention in Iceland. *Preventive Medicine*, 2010. 51(2): p. 168-171.
77. Trolldal, B., et al., En stor stark, tack - en studie av ungdomars möjligheter att bli serverade starköl på restauranger i Stockholm våren 2007. 2007, Stpckholms läns landsting: Stockholm.
78. Trolldal, B., et al., Effects of a multi-component responsible beverage service programme on violent assaults in Sweden. *Addiction*, 2013. 108(1): p. 89-96.
79. 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.
80. Torvik, F.A. and K. Rognmo, Barn av foreldre med psykiske lidelser eller alkoholmisbruk. Omfang og konsekvenser. rapport Nasjonalt folkehelseinstitutt, 2011.
81. Park, S. and K.G. Schepp, A systematic review of research on children of alcoholics: Their inherent resilience and vulnerability. *Journal of Child and Family Studies*, 2015. 24: p. 1222-1231.
82. Straussner, S.L. and C.H. Fewell, A review of recent literature on the impact of parental substance use disorders on children and the provision of effective services. *Current Opinion in Psychiatry*, 2018. 31(4): p. 363-367.
83. Calhoun, S., et al., Improving the outcomes of children affected by parental substance abuse: a review of randomized controlled trials. *Substance Abuse and Rehabilitation*, 2015: p. 15-24.

84. Andreas, J.B., T.J. O'Farrell, and W. Fals-Stewart, Does individual treatment for alcoholic fathers benefit their children? A longitudinal assessment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 2006. 74(1): p. 191.
85. Andreas, J.B. and T.J. O'Farrell, Alcoholics Anonymous attendance following 12-step treatment participation as a link between alcohol-dependent fathers' treatment involvement and their children's externalizing problems. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 2009. 36(1): p. 87-100.
86. Rounsaville, D., et al., Children's exposure to parental conflict after father's treatment for alcoholism. *Addictive Behaviors*, 2014. 39(7): p. 1168-1171.
87. Carvalho, A.F., et al., Alcohol use disorders. *The Lancet*, 2019. 394(10200): p. 781-792.
88. Rehm, J., et al., Alcohol consumption, alcohol dependence and attributable burden of disease in Europe, in Potential gains from effective interventions for alcohol dependence. Toronto: Centre for Addiction and Mental Health. 2012, Centre for Addiction and Mental Health: Toronto, CA.
89. May, C., A.S. Nielsen, and R. Bilberg, Barriers to treatment for alcohol dependence. *Journal of Drug and Alcohol Research*, 2019. 8(2): p. 1-17.
90. Hoch, E., et al., Digital interventions for problematic cannabis users in non-clinical settings: findings from a systematic review and meta-analysis. *European Addiction Research*, 2016. 22(5): p. 233-242.
91. Nesvåg, S. and J.R. McKay, Feasibility and effects of digital interventions to support people in recovery from substance use disorders: systematic review. *Journal of Medical Internet Research*, 2018. 20(8): p. e9873.
92. Vederhus, J.-K., et al., Can a smartphone app for cannabis cessation gain a broader user group than traditional treatment services? *Substance Abuse: Research and Treatment*, 2020. 14: p. 1178221820902237.
93. Bonfiglio, N.S., et al., Digital help for substance users (SU): A systematic review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 2022. 19(18): p. 11309.
94. Boumparis, N., et al., Short-and long-term effects of digital prevention and treatment interventions for cannabis use reduction: A systematic review and meta-analysis. *Drug and Alcohol Dependence*, 2019. 200: p. 82-94.
95. Bramness, J.G., et al., *Lystgass: Bruk, helseskader og regulering*. 2023, Folkehelseinstituttet: Oslo.
96. Young, B., et al., Effectiveness of mass media campaigns to reduce alcohol consumption and harm: a systematic review. *Alcohol and Alcoholism*, 2018. 53(3): p. 302-316.
97. Stead, M., et al., Mass media for public health messages: reviews of the evidence. *Public Health Research*, 2018.
98. Allara, E., et al., Are mass-media campaigns effective in preventing drug use? A Cochrane systematic review and meta-analysis. *BMJ Open*, 2015. 5.
99. Pape, H., E.E. Storrø, and I. Rossow, Så feil kan man ta! *Tidsskrift for ungdomsforskning*, 2006. 6(1).
100. Baklien, B., et al., Regionprosjektet - nyttig forebygging? Evalueringen av et pilotprosjekt om lokalt basert rusforebygging. (The regional project - useful prevention? Evaluation of a pilot project on community based alcohol and drug prevention). 2007, Statens institutt for rusmiddelforskning: Oslo.

101. Wolfenden, L., et al., Increased use of knowledge translation strategies is associated with greater research impact on public health policy and practice: an analysis of trials of nutrition, physical activity, sexual health, tobacco, alcohol and substance use interventions. *Health Research Policy and Systems*, 2022. 20(1): p. 15.
102. Fagan, A.A., et al., Sustaining the utilization and high quality implementation of tested and effective prevention programs using the Communities That Care prevention system. *American Journal of Community Psychology*, 2012. 49(3-4): p. 365-377.
103. Holmila, M., et al., Roles for researchers in community action projects to prevent alcohol and other drug problems. *Methodological choices. Drugs: Education, Prevention & Policy*, 2008. 15(4): p. 410-423.
104. Wallin, E., T. Norström, and S. Andreasson, Alcohol prevention targeting licensed premises: a study of effects on violence. *Journal of Studies on Alcohol*, 2003. 64(2): p. 270-277.

Vedlegg

Vedlegg A : Mandat – faggruppe for nasjonalt program for rusforebyggende arbeid blant barn og unge

Bakgrunn

Helsedirektoratet har følgende oppdrag i tildelingsbrev fra Helse- og omsorgsdepartementet i 2023:

Helsedirektoratet skal bidra til oppstart og utarbeiding av et nasjonalt program for rusforebyggende arbeid blant barn og unge. Formålet med programmet er å begrense skadene rusmiddelbruk kan medføre gjennom å implementere kunnskapsbaserte verktøy og metodikk hos aktører med ansvar for rusforebygging.

Som en første fase av arbeidet skal Helsedirektoratet etablere og lede en faggruppe som utarbeider det faglige innholdet og struktur for programmet, samt foreslå forankring og implementering av programmet. Utkast til mandat for faggruppen forelegges departementet innen 1. mai 2023.

På denne bakgrunn oppnevner direktoratet herved en Faggruppe for nasjonalt program for rusforebyggende arbeid blant barn og unge.

Formål

Faggruppen skal innen 1. februar 2024 levere forslag til et nasjonalt program for rusforebyggende arbeid blant barn og unge. Programmet skal dekke både alkohol, narkotika og andre rusmidler. Forslaget skal omfatte universelle/primærforebyggende og selektive strategier samt tidlig intervensjon. Faggruppen kan selv vurdere om målgruppen bør spesifiseres ytterligere.

I denne sammenhengen defineres program som en samling av verktøy og metodikk som skal bidra til at aktører i det rusforebyggende arbeidet i større grad jobber kunnskapsbasert.

Programmet skal ikke være tidsavgrenset og må sees i sammenheng med andre relevante programmer og initiativer lokalt, regionalt og nasjonalt.

Sammensetning og sekretariat

Faggruppa består av personlig oppnevnte medlemmer med bakgrunn fra relevante kompetansemiljøer, forskning og forvaltning, i tillegg til brukerrepresentasjon fra målgruppa, se egen liste. Medlemmene oppnevnes av Helsedirektoratet.

Faggruppa starter sitt arbeid så fort den er oppnevnt, og leverer sluttrapport innen 1. februar 2024.

Helsedirektoratet ved Avdeling levekår leder møtene i arbeidsgruppa og fungerer som sekretariat, men står ikke som institusjon ansvarlig for arbeidsgruppens endelige forslag.

Sekretariatet bistår arbeidsgruppen med praktisk tilrettelegging og gjennomføring av møter, saksforberedelse, utredningsarbeid og referatføring.

Arbeidsgruppens leveranser

Faggruppen skal

- Anbefale rammer for forebyggende tiltak som skal inkluderes i programmet
- gi anbefalinger om programmets faglige innhold og struktur
- gi anbefalinger om hvordan programmet kan implementeres lokalt, regionalt og nasjonalt
- legge til rette for at programmet kan evalueres

For problemstillinger som trenger ekspertise utover medlemmenes kompetanseområder kan gruppen suppleres med nødvendig kompetanse etter faggruppens innspill/behov. Faggruppen kan også initiere mindre utredninger og andre leveranser fra eksterne miljøer. Faggruppen skal se hen til UNODC/WHOs internasjonale standarder for forebygging og [European Prevention Curriculum \(EUPC\) handbook](#). Det forutsettes at arbeidet har et tverrfaglig perspektiv.

Arbeid i og for arbeidsgruppen godtgjøres etter [gjeldende regler i Statens personalhåndbok](#).

Sluttrapport og videre arbeid

Arbeidsgruppens sluttrapport overleveres Helsedirektoratet innen 1. februar 2023. Oppfølgingen av arbeidet vil bl.a. avhenge av videre føringer og rammer fra Helse- og omsorgsdepartementet.

Folkehelseinstituttet skal lage en foreløpig plan for evaluering innen 4 uker etter at faggruppen har konkretisert innholdet i programmet samt tilhørende tiltak.

Et nasjonalt kompetansemiljø vil trolig i neste fase få ansvar for å videreutvikle og implementere programmet i samarbeid med relevante aktører. Det kan vurderes om faggruppen kan være et rådgivende organ i tilknytningen til forankringen og implementeringen av programmet.

Vedlegg B: Om innspill fra personer i målgruppen og aktører i det rusforebyggende arbeidet

I løpet av arbeidet med oppdraget er målgruppa og aktører i det rusforebyggende arbeidet blitt invitert til å gi innspill, synspunkter og vurderinger til faggruppa. Det er blitt avholdt to fysiske innspillsmøter hos Helsedirektoratet, henholdsvis 6. november 2023 og 12. januar 2024. Aktørene har også fått anledning til å kun gi skriftlige innspill.

Følgende aktører har gitt innspill:

- Tryggere Ungdom
- Barn av rusmisbrukere (BaR)
- Ungdom og fritid
- Landsgruppen av helsesykepleiere NSF
- Skeiv Ungdom
- Juvente
- Russerepresentant
- Actis
- Internasjonal helse- og sosialgruppe
- Rådet for kulturkompetanse i forebyggende arbeid
- Folkehelseforeningen Ung
- Mental Helse Ungdom
- Uteseksjonen, Oslo kommune
- Utdanningsforbundet
- IOGT, Sterk og Klar
- Norsk Psykiatrisk forening
- Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet
- Politiet
- KORUS Bergen
- Rune Swahn

I invitasjonen ble de inviterte bedt om å svare på følgende spørsmål:

"Hva mener dere er god rusmiddelforebygging for barn og unge – både når det gjelder alkohol og andre rusmidler?"

De inviterte som kom på innspillsmøtene holdt muntlige innlegg, og med noen få unntak fikk vi i tillegg tilsendt skriftlige innspill.

Innspillene viste at det er et stort engasjement for rusforebygging, og at det også er mye godt arbeid som gjøres av ulike aktører. Det er stor enighet om at det er nødvendig å ha fokus på forebygging og å arbeide for god psykisk helse og livsmestring blant barn og unge.

Vi har sammenfattet noen av de sentrale punktene som gikk igjen i flere innspill:

- Utsette debut
- Opprettholde/opprette flere rusfrie arenaer og aktiviteter
- Fritidstilbud for de som ikke deltar i organisert idrett eller aktiviteter
- Opprettholde og håndheve regulatoriske virkemidler (begrense tilgjengelighet, reklameforbud etc.)
- Gi god og riktig informasjon på en måte ungdom forstår og som treffer dem
- Medvirkning fra målgruppen er sentralt for gode tiltak
- Benytte gode rollemodeller, personer som barn og unge kan relatere seg til
- Ikke skremsel (imidlertid er det effektivt overfor noen, men ikke for andre)
- Møte ungdommen og deres foresatte på en tilpasset måte
- God informasjon til foreldre, tilpasset ulike kulturer
- Motarbeide årsakene til frykten for å ta kontakt med eksisterende hjelpetiltak
- Skape trygge oppvekstsvilkår og trygge foreldre/omsorgspersoner
- Benytte kunnskapsbasert og erfaringsbasert forebygging som har vist effekt
- Tverrsektorielt samarbeid
- Nødvendig med tilstrekkelig ressurser for god forebygging
- Motarbeidelse av normalisering av både alkohol og andre rusmidler
- Økt livsmestring hos unge

Vedlegg C: Faggruppens arbeidsform og arbeidsprosessen

Faggruppen har hatt i alt 12^[12] møter hvorav tre heldagsmøter og ni kortere møter av 1,5 til 2 timers varighet. To av heldagsmøtene ble delvis brukt til innspill fra representanter for ulike aktører/målgrupper. Møtene har i hovedsak vært digitale, men også noen rent fysiske og noen hybridmøter. Møteledelse og arbeid med tekstutkast ble i perioden september til 20. november 2023 gjennomført av sekretariatet i Helsedirektoratet. I den etterfølgende perioden (fram til 1. februar 2024) har Ingeborg Rossow vært frikjøpt fra arbeidsoppgaver i FHI for å lede faggruppen og arbeide med tekstutkast til faggruppens leveranser. Faggruppens øvrige medlemmer har arbeidet med dette forslaget til program i tillegg til sine ordinære arbeidsoppgaver. Omfanget av faggruppens arbeid er blitt mer omfattende enn hva som var opprinnelig antatt, både med hensyn til antall møter og medgått tid utenom møtetid. Arbeid med utforming av en omforent tekst til leveransene har skjedd både på møter og utenom møter. Sistnevnte ved at tekstbidrag, innspill og kommentarer fra faggrupped medlemmer og sekretariatet er lagt inn på et felles digitalt delingssted (Teams) eller/og delt på e-post. En ekstern leser (Jasmina Burdzovic, forsker i FHI) har gjennomgått manuskriptet kort tid før ferdigstilling og har gitt verdifulle kommentarer og innspill.

Sekretariatet har på vegne av Faggruppen undersøkt mulighetene for å bestille en kunnskapsoppsummering fra FHI. FHI har imidlertid meldt at de ikke har kapasitet til å gjennomføre noen kunnskapsoppsummeringer for Helsedirektoratet i 2023. Sekretariatet har i møte med Helse- og omsorgsdepartementet i oktober 2023 formidlet en forespørsel fra faggruppen om å få forlenget fristen for levering av arbeidet, men departementet holdt på fristen 1. februar.

[12] I 2023: 07.09, 18.09, 13.10, 25.10, 06.11, 20.11, 08.12, 15.12 og i 2024: 12.01, 18.01, 24.01 og 29.01

Vedlegg D: Vurdering av forskningslitteratur og betydning for anbefalinger og drøftinger

UNODC's International Standards on Drug Use Prevention (ISoDUP) kom i 2. utgave i 2020 [1]. Publikasjonen gjennomgår en lang rekke forebyggende tiltak på rusfeltet, og tiltakene er i all hovedsak inndelt etter målgruppens alder. ISoDUP angir at den beskriver intervensjoner og virkemidler som det er vitenskapelig evidens for at er effektive med hensyn til å forebygge rusmiddelbruk. Noen spredte og tilfeldige sjekk av litteraturen det henvises til, for tiltak som angis å være effektive, tilsier at denne publikasjonen bør gjennomgås mer grundig. I det følgende gis det noen eksempler på hvorfor dette er nødvendig.

ISoDUP beskriver selektive tiltak i form av barnehagetilbud i ressursvake miljøer som effektivt for å forebygge rusmiddelbruk senere: «According to those studies, offering early education services to children growing up in disadvantaged communities can reduce cannabis use at the age of 18 years and can also decrease the use of tobacco and other drugs (primary outcomes).» Det henvises til to publikasjoner, den seneste er en review av D'Onise et al. (2010) [2] som favner studier med ulike utfall, og det er kun en primærstudie som har undersøkt rusmiddelbruk som utfall (Schweinhart & Weikart, 1980: The Perry preschool program study). D'Onise et al's oppsummering gir imidlertid ingen empirisk støtte for at dette er et tiltak som forebygger senere rusmiddelbruk: "The higher quality Perry Preschool study found no difference in the risk of ever using marijuana or drinking alcohol without parental permission, but found a small increased risk of ever taking other drugs by age 15 years (ARD 5%, 95% CI 3.4 to 13.4%) (Schweinhart & Weikart, 1980) (Table 3)." D'Onise et al [2] oppsummerte funnene i hele oversiktsstudien slik: "In summary, there was an indication of enhanced social competence for children who attended

experimental interventions rather than usual centre-based services, from early childhood through to late teens. There was no effect of preschools on internalising behaviour, and possibly a small beneficial effect on externalising behaviour for high quality interventions except possibly for adverse effects for interventions that start from the first year of life. These social and behavioural benefits did not lead to reduced risk of alcohol and drug use in adolescence.”

Et annet eksempel er selektive tiltak overfor mødre som lever under svært vanskelige forhold, hvor man i en serie hjemmebesøk i perioden før og opp til ett år etter fødsel gir ulike typer støtte og hjelp. ISoDUP skriver at slike program kan forebygge rusmiddelbruk senere i livet, og de kan være kost-effektive. Det vises til tre publikasjoner: Turnbull (2012), Kitzman (2010) og Olds (2010), og at de to sistnevnte rapporterer om den samme undersøkelsen (en RCT), hvor unge gravide kvinner med lav utdanning og ofte arbeidsløse, inngikk i studien. Kvinnene rapporterte lite rusmiddelbruk. Kitzman et al. (2010) [3] fant at da barna var 12 år, var andelen av barna som hadde brukt alkohol, sigaretter eller cannabis siste 30 dager lavere i intervensjonsgruppen (2%) enn i kontrollgruppen (5%) ($p=.04$). Et raskt søk på Google Scholar fant en annen RCT studie av denne type tiltak i en tilsvarende populasjon [4], men denne studien fant ingen forskjell i rusmiddelbruk da barna var 19 år. ISoDUP viser også til gunstig effekt denne type tiltak på sekundære utfall (dvs andre utfall enn rusmiddelbruk): «In addition, a review reported findings with regard to some secondary outcomes, as children involved in the programme were less likely to report having internalizing disorders and scored higher on the achievement tests in reading and math.” Oversiktsstudien (review) er Turnbull & Osborn’s artikkel (2012) [5] som er en ‘systematic review’ av 7 primærstudier hvor målgruppen for tiltaket var mødre med rusproblemer. Ingen av disse 7 studiene hadde undersøkt rusmiddelbruk hos barna. Meta-analyser viste ingen effekt av tiltaket på rusmiddelbruk hos mødrene. Turnbull & Osborn nevner ikke ‘internalizing disorders’ som utfall hos barna, og de skriver eksplisitt at ingen av studiene rapporterte mål på ‘school success’, som for eksempel kompetanse i lesing og matte. Forfatterene konkluderte slik for hele litteraturgjennomgangen: “There is insufficient evidence to recommend the routine use of home visits for pregnant or postpartum women with a drug or alcohol problem. Further large, high-quality trials are needed.”

Også når det gjelder EMCDDA’s European Prevention Curriculum (EPC) (2023) og anbefalinger herfra om ‘Best practice’, kan det se ut til at forskningslitteraturen som ligger til grunn for anbefalingene, bør vurderes grundig på nytt og at anbefalingene – eller angivelsene av hva som er ‘best practice’ – muligens bør revideres i lys av dette.

Et eksempel her er anbefalingen om bruk av massemediakampanjer for å redusere alkoholrelaterte trafikkuulykker. EPC henviser her til tre narrative oversiktsstudier (Calafat, 2010; Calafat, Juan & Dutch, 2009; Faggiano & Vigna-Taglianti, 2008). Disse tre favner (etter tittelen å dømme) langt videre enn temaet massemediakampanjer for å forebygge promillekjøring eller alkoholrelaterte trafikkuulykker. EPC henviser også til en fjerde oversiktsstudie, av Richard Tay fra 2005 [6], som konkluderte entydig med at massemediakampanjer reduserer omfanget av trafikkuulykker. Denne publikasjonen er igjen en kortfattet oppsummering fra en tidligere oversiktsstudie av Elder et al., fra 2004 [7] (med samme konklusjon som Tay, 2005). Noen raske litteratursøk i Google Scholar på temaet viser at det er kommet nyere oversiktsstudier bl a i 2015 og 2016 (Yadav & Kobayashi, 2015; Zatonski & Herbec, 2016) [8, 9]. Konklusjonene fra disse nyere oversiktsstudiene er langt mer forbeholdne og mindre konklusive, for eksempel: «...we could not conclude that media campaigns reduced the risk of alcohol-related injuries or crashes.» [8].

Referanser:

1. UNODC and WHO, International Standards on Drug Use Prevention. Second updated edition. 2018, UNODC: Vienna.
2. D’Onise, K., et al., Can preschool improve child health outcomes? A systematic review. Social Science & Medicine, 2010. 70(9): p. 1423-1440.

3. Kitzman, H.J., et al., Enduring effects of prenatal and infancy home visiting by nurses on children: follow-up of a randomized trial among children at age 12 years. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 2010. 164(5): p. 412-418.
4. Eckenrode, J., et al., Long-term effects of prenatal and infancy nurse home visitation on the life course of youths: 19-year follow-up of a randomized trial. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 2010. 164(1): p. 9-15.
5. Turnbull, C. and D.A. Osborn, Home visits during pregnancy and after birth for women with an alcohol or drug problem. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2012(1).
6. Tay, R., Mass media campaigns reduce the incidence of drinking and driving. *Evidence-Based Healthcare and Public Health*, 2005. 9(1): p. 26-29.
7. Elder, R.W., et al., Effectiveness of mass media campaigns for reducing drinking and driving and alcohol-involved crashes: a systematic review. *American Journal of Preventive Medicine*, 2004. 27(1): p. 57-65.
8. Yadav, R.-P. and M. Kobayashi, A systematic review: effectiveness of mass media campaigns for reducing alcohol-impaired driving and alcohol-related crashes. *BMC Public Health*, 2015. 15: p. 1-17.
9. Zatoski, M. and A. Herbe, Are mass media campaigns effective in reducing drinking and driving? Systematic review—an update. *Journal of Health Inequalities*, 2016. 2(1): p. 52-60.

Vedlegg E: Håndheving av forbud mot reklame og markedsføring av alkohol

Helsedirektoratet har ansvar for å føre tilsyn med at reklamebestemmelsene i alkoholloven overholdes. Direktoratet står fritt etter lovteksten til å organisere og utføre tilsynet, men det legges til grunn at direktoratet skal informere, veilede og følge opp henvendelser fra enkeltpersoner, Statsforvalteren, kommuner og andre. Helsedirektoratet kan foreta gransking og besiktigelse som det finner nødvendig for å utføre sine gjøremål etter loven, og enhver plikter å gi de opplysninger som er nødvendige for gjennomføringen av tilsynet. Finner direktoratet at reklameforbudet er overtrådt, kan det pålegges retting av forholdet innen en nærmere angitt frist. Samtidig med at pålegg om retting gis, kan tvangsmulkt fastsettes.

Kommunene har selvstendig ansvar for å håndheve reklameforbudet for kommunale salgs- og skjenkebevillinger. Ved brudd kan kommunen be om retting og fatte vedtak om inndragning av bevillingen, oftest aktuelt i sammenheng med andre brudd på alkoholregelverket. Helsedirektoratet har også myndighet til å føre tilsyn med og gripe inn overfor salgs- og skjenkesteder som bryter reklameforbudet i form av krav om retting og tvangsmulkt. Kommunen kan varsle direktoratet dersom de avdekker graverende brudd. Det finnes lite dokumentasjon på hvordan kommunene følger opp tilsynsansvaret. Helsedirektoratet erfarer at manglende kunnskap og kompetanse i kommunene om reklameforbudet kan være en barriere i sammenhengen.

Tilsynsvirksomhet er tid- og ressurskrevende, og Helsedirektoratet har prioritert arbeidet i varierende grad etter kapasitet. I slutten av 2022 startet direktoratet opp et nasjonalt tilsyn med hjemmesider og profiler i sosiale medier for tilvirkere, importører og grossister av alkohol. Resultatene fra tilsynet er foreløpig ikke systematisert eller analysert, men tilsynet avdekket et stort omfang brudd på reklameforbudet i sosiale medier. Direktoratet mottar og behandler også løpende tips om mulige brudd på reklameforbudet. Et økende antall tips de senere årene retter seg mot innhold fra influensere i sosiale medier, noe som er bekymringsfullt da mange barn og unge eksponeres for dette innholdet. Når det gjelder influensere er det en utfordring at utenlandske aktører ikke omfattes av regelverket, samt at norske influenseres ytringer som privatpersoner er unntatt forbudet. Direktoratet har i begrenset grad mulighet til å følge opp tips, og vurderer at håndheving av regelverket generelt burde forsterkes. Tiltak for bedre håndheving kan være

flere personellressurser på området, og økt oppmerksomhet, bevisstgjøring og kunnskap om reklameforbudet blant relevante aktører som influensere.

Vedlegg F: Straffeansvar ved bruk og besittelse av narkotika

Etter gjeldende norsk rett er straffeansvar ved bruk og besittelse av narkotika hjemlet i legemiddeloven og straffeloven. Hvorvidt et slikt straffeansvar er hensiktsmessig, er mye diskutert, blant annet i forbindelse med Rusreformutvalgets arbeid (NOU 19:26). Det er stilt spørsmål om straffen har en forebyggende effekt og om den i så fall står i forhold til kontrollskadene som følger av kriminaliseringen (se avsnitt under).

Det finnes flere alternativ til kriminalisering av bruk og besittelse av ulovlige rusmidler. Disse kan deles inn i noen hovedkategorier, og innenfor hver av kategoriene kan politikken utformes på svært mange ulike måter (Stevens et al. 2022, Pacula et al. 2005). En endring av politikken i mindre restriktiv retning vil omfatte minst en av disse hovedkategoriene:

1. redusere gjeldende straffnivå (nedkriminalisere)
2. bestemme at lovbruddet (under visse vilkår) ikke lenger skal straffes (straffefrafall eller påtaleunntatelse med eller uten særvilkår)
3. flytte et forbud fra legemiddeloven og straffeloven til sivilrettslige tiltak (avkriminalisere)
4. fullt ut fjerne forbudet (legalisere).

En avkriminalisering gjelder gjerne kun bruk og besittelse, mens en legalisering ofte vil gjelde både bruk, besittelse produksjon og omsetning av tidligere ulovlige rusmidler.

Mange steder, som i Norge, har man de facto nedkriminalisert uten at det er foretatt en endring i lovverket dvs. politikken er endret gjennom å kun endre instruksen til politi og påtalemyndighet. Over tid har eksempelvis straffeutmålingen for sammenlignbare narkotikalovbrudd i Norge blitt redusert (Sandøy og Hauge, 2019), og Høyesterett konkluderte i 2022 med at straffnivået skulle ytterligere ned i saker som gjaldt rusavhengige (Riksadvokaten 2022a). I 2022 påla Riksadvokaten også en endring i politiets praktisering av lovverket overfor personer mistenkt for narkotikabruk, ved blant annet at politiet ikke lenger skulle anholde kjente rusmiddelbrukere mistenkt for rusmiddelbruk (Riksadvokaten 2022b). Mulige effekter av disse endringene er ikke blitt studert, verken på individ- eller samfunnsnivå. En norsk studie har imidlertid undersøkt risikoen for tilbakefall (ny siktelse uavhengig av type lovbrudd) ved alternative reaksjoner gitt til unge (under 18 år) som ble tatt for bruk eller besittelse av mindre mengder ulovlige rusmidler (Sandøy et al. 2022). Studien fant at det var mindre risiko for nye lovbrudd blant dem som fikk en alternativ reaksjon (påtaleunntatelse) sammenlignet med dem som fikk forelegg. Det finnes naturlig nok ingen studier basert på norske data av effekter av legalisering eller avkriminalisering.

Vurdering av internasjonal forskning for norsk kontekst

Hvorvidt en opprettholdelse av straffeansvar for bruk og besittelse av ulovlige rusmidler har preventive virkninger kan bare belyses ved å undersøke om alternative politikkutforminger vil ha en motsatt effekt. Den internasjonale forskningslitteraturen på effekter av ulike politikkendringer er sterkt voksende. Likevel er nytteverdien av denne litteraturen begrenset i vår kontekst. Dette blant annet fordi:

- a. Mye av forskningen er lite relevant for den politikkendringen som ble foreslått av Rusreformutvalget, dvs. avkriminalisering av alle ulovlige rusmidler (NOU 19:26):
 - i. Størstedelen av denne forskningslitteraturen evaluerer legalisering av cannabis til medisinsk bruk eller legalisering av cannabis til rekreasjonsbruk, og er foretatt i Nord-Amerika, spesielt i USA (Sevigny et al 2023). Dette er politikkendringer som for tiden synes mindre aktuelle i Norge. Også forskning fra andre deler av verden har til nå i stor grad fokusert på kun cannabis, da det fortsatt er få land/stater som har innført lovendringer som omfatter alle ulovlige rusmidler.
 - ii. Nasjonale utforminger av en alternativ politikk kan variere mye. Ved en avkriminalisering eksempelvis, vil omfanget og type av sivilrettslige reaksjoner som eventuelt settes inn som erstatning for de strafferettslige, trolig ha stor betydning. Overføringsverdien av resultater fra land som allerede har innført en avkriminalisering, vil dermed blant annet avhenge av i hvilken grad deres modell (formell lovendring og praktisering av denne) ligner den modellen en ønsker i Norge.
- b. Flere omfattende gjennomganger av politikkendringer på feltet (blant annet Stevens et al, 2022, Scheim et al. 2020, Melchior et al. 2018, Kilmer et al, 2015, MacCoun 2009) slår fast at mange primærstudier, inkludert studier av avkriminalisering, har relativt lav kvalitet. Dette skyldes mangelfulle data og/eller ulike typer av metodesvakheter.
- c. Land og stater som har innført en mindre streng kontrollpolitikk har ofte hatt et vesentlig høyere forbruk enn det vi har i Norge. Det betyr at gruppen av potensielle, nye brukere trolig er større i Norge enn i disse landene, hvor mange allerede var brukere. Norge kan dermed komme til å oppleve større endringer enn det disse landene/delstatene erfarte.

Faggruppen har ikke hatt anledning til å få utført en systematisk gjennomgang av litteraturen, men har vurdert flere nyere internasjonale litteraturgjennomganger. Disse litteraturgjennomgangene er identifisert gjennom søk i Google Scholar og usystematiske søk i faglitteraturen. Det er mulig at det finnes flere relevante gjennomganger som faggruppen ikke har funnet, og vi anbefaler at det blir gjort en systematisk og kritisk gjennomgang av relevant litteratur. Faggruppen identifiserte tre nyere litteraturgjennomganger som inkluderte studier av barn og unge og omhandlet effekter på bruk (og enkelte andre utfall) etter en avkriminalisering, samt to litteraturgjennomganger som omfattet kun andre typer effekter. Andre litteraturgjennomganger som kun så på ulike former for legalisering, for eksempel Sevigny et al (2023) og Athanassious et al. (2023), er utelatt fra denne vurderingen da faggruppen anser legalisering som mindre aktuell politikk med det første. Faggruppens syn er at det på bakgrunn av disse foreliggende litteraturgjennomgangene er vanskelig å sannsynliggjøre hva som ville skje med bruk og skader for barn og unge ved en eventuell avkriminalisering i Norge:

Systematiske litteraturgjennomganger

Melchior et al. (2019) er en systematisk oversiktsstudie av effekter av innføring av mindre restriktiv cannabispolitikk med fokus på unge under 25 år. Den inkluderer 13 studier av avkriminalisering (samt 28 studier av legalisering). Forskerne gjorde en kvalitetsvurdering basert på 11 faktorer (Quality Assessment Tool for Observational Cohort and Cross-Sectional Studies (<https://www.nhlbi.nih.gov/health-pro/guidelines/indevelop/cardiovascular-risk-reduction/tools/cohort>)). De ga bare tre av de 13 studiene av avkriminalisering topp kvalitetsscore, dvs. de ble bedømt til å ha «very low risk of bias» og bedømte en studie til å ha «low risk of bias». Blant disse 4 studiene, som alle kun omhandlet avkriminalisering av cannabisbruk, var det to som ikke fant noen effekt på bruk blant barn (12-17 år), og unge voksne (18-25 år) og en som ikke fant effekt på 14-21 åringer, mens en studie gjort kun blant 12-17 åringer fant en økning på 12% i andel unge som prøvde cannabis. En planlagt meta-analyse basert på alle 13 studiene ble ikke utført.

Scheim et al. (2020) er en systematisk gjennomgang av studier for både avkriminalisering og legalisering av ulovlige rusmidler, der 19 av 114 (17%) studier omhandlet effekter av avkriminalisering. 15 av 19 studier

undersøkte effekter av lovendringer som kun omfattet cannabis, en studie undersøkte lovendring for rusmidlet peyote, og tre studier undersøkte lovendringer som omfattet alle ulovlige rusmidler. Studiene ble inkludert i gjennomgangen uavhengig av alder på deltakerne, dvs. i motsetning til Melchior et al (2019) fokuseres det ikke spesielt på barn og unge. Kvaliteten ble vurdert ved bruk av en modifisert versjon av Downs and Black (1998), som innebar bruk av en skala fra 7 til 18. Studiene av avkriminalisering fikk i gjennomsnitt noe lavere kvalitetsvurdering enn de øvrige inkluderte studier (12,8 versus 14,9 kvalitetspoeng, $p=0,003$). Videre undersøkelser av effekter ekskluderte ikke studier av lav kvalitet. Seks av de 19 studiene undersøkte effekten på forekomst av bruk, og disse benyttet til sammen åtte indikatorer for å måle prevalens. Scheim et al. (2020) rapporterer at for fem av indikatorene fant man ingen signifikant effekt av en avkriminalisering, mens for tre av indikatorene fant man en signifikant økning i bruk (økning i noen gangs bruk av cannabis for unge voksne i South Australia, økning i forrige måneds bruk av cannabis for ungdom som gikk siste år på videregående skole i California samt økning i peyotebruk blant amerikansk urbefolkning). Tre studier fra Mexico og USA undersøkte effekter av avkriminalisering på studiedeltakernes kontakt med rettsvesenet. Én studie fant en nedgang blant unge og voksne i antallet som var arrestert for cannabisbruk, én studie fant at cannabisrelaterte siktelsler økte blant unge, mens én fant at avkriminaliseringen ikke hadde noen effekt på antall unge som ble arrestert. Tre studier hadde undersøkt effekten av avkriminalisering på bruk av helsetjenester. Scheim et al. (2020) rapporterer at de amerikanske studiene viste en økning i bruk av helsetjenester relatert til cannabisbruk, men en nedgang i helsetjenestebruk relatert til andre rusmidler. Noen få av studiene har i tillegg undersøkt effekter av avkriminalisering for utfallsmål som bruk av rusbehandling, helse og ikke-helse kostnader, ruspåvirket kjøring, rusmiddelpriser, tilgjengelighet av rusmidler, frekvens av bruk, holdninger til bruk og antatt skader relatert til bruk.

Stevens et al (2022) har gjennomført en «realist review» av litteratur som omfatter ulike former for alternativer til kriminalisering av bruk/besittelse av ulovlige rusmidler, men har utelatt studier av legalisering. Forskerne har søkt i tre anerkjente litteraturl databaser og to baser for «grå» litteratur, samt brukt Google Scholar og nasjonale eksperter for å sikre inklusjon av relevante dokument. De inkluderte 158 studier i sin gjennomgang, og disse omfattet både studier av cannabis og andre rusmidler. Det ble ikke gjennomført en formell kvalitetsvurdering av inkluderte studier, men det ble understreket at det var betydelige metodologiske utfordringer ved mange av studiene. Forskerne oppsummerte gjennomgangen etter å ha laget en modell («program theory»), der de skisserer hvordan konteksten (strukturell og kulturell setting) og ulike typer av mekanismer (normative, juridiske og helse/sosialsystemer) er med på å påvirke utfallene som måles. Stevens og kollegaer rapporterer «mixed results» med hensyn til bruk, der noen få studier fant økt bruk mens andre ikke fant noen signifikant økning. De rapporterer videre at alternative politikkutforminger til kriminalisering i hovedsak ser ut til å redusere bruken av arrestasjoner for bruk og besittelse og i stor grad forhindret ulike former for kontrollskader. Flere studier viste positiv effekt av alternativ politikk på arresterte personers risiko for tilbakefall til annen kriminalitet, mens effekten på registrert kriminalitet totalt ikke var like entydig. Forfatterne rapporterer også om reduserte narkotika-relaterte skader og reduserte sosiale kostnader som følge av politikkendringene. Som i Scheim et al. (2020) og i motsetning til Melchior et al (2019), ble ikke studier av lav kvalitet utelatt fra disse analysene, noe som gjør det vanskelig å vurdere validiteten i konklusjonene.

Ytterligere to litteraturgjennomganger har undersøkt mulige effekter på noen typer rusrelaterte skader. Allaf et al., (2023) og Windle et al., (2022) rapporterer henholdsvis om effekter på forgiftninger og trafikkulykker. Ved nærmere sjekk av primærstudiene på forgiftninger (Allaf et al., 2023), viser det seg at man ikke kan skille ut effekt av avkriminalisering fra effekt av legalisering. Primærstudiene på effekt av avkriminalisering på trafikkulykker er hovedsakelig (4 av 5 studier) beheftet med alvorlige metodologiske svakheter.

Kontrollskader

Kontrollskader er ikke-intenderte effekter av lovforbudet eller håndhevingen av det. Slike effekter kan ramme både personer som er direkte involvert i bruk, produksjon eller omsetning av ulovlige rusmidler,

men også ikke-brukende tredjepart og samfunnet som helhet (Bretteville-Jensen et al. 2017, Pedersen, 2023). Eksempler på ikke-intenderte effekter for personer tatt for narkotikalovbrudd er stigmatisering, sosial eksklusjon, reduserte muligheter på arbeidsmarkedet og innreiseforbud i enkelte land, mens effekter for samfunnet og ikke-brukende tredjeparter inkluderer ting som ulovlige markeder, korrupsjon, økning i organisert kriminalitet og vold. Vi vet imidlertid lite om hvor omfattende ulike kontrollskader er for ungdom i Norge. De nevnte tiltakene som er innført i Norge (redusert straffeutmåling, endret praksis i politiet overfor rusmiddelbrukere og utstrakt bruk av alternative straffereaksjoner overfor unge under 18 år), har bidratt til å redusere kontrollkostnader, men ikke ubetydelige kontrollskader vil fortsatt finnes. Også alternative politikkutforminger til kriminalisering kan imidlertid oppleves som straffende og gi risiko for kontrollskader. Eksempelvis beskrev mange av deltakere som hadde fått påtaleunntatelse med særvilkår i Sandøy (2020), at tiltak som urinprøvekontroll var belastende.

Faggruppen foreslår at omfanget av ulike kontrollskader blir undersøkt i en norsk kontekst.

Konklusjon

Ut fra ovenstående litteraturgjennomganger er det ikke, etter vår vurdering, tilstrekkelig forskningsgrunnlag for å vurdere hvorvidt en eventuell avkriminalisering i Norge vil føre til økt bruk av ulovlige rusmidler. Faggruppen anbefaler derfor at det gjøres en systematisk gjennomgang av forskningslitteraturen på dette feltet og at dette gjøres med henblikk på relevans for norsk kontekst.

Referanser

Allaf, S., Lim, J. S., Buckley, N. A., & Cairns, R. (2023). The impact of cannabis legalization and decriminalization on acute poisoning: A systematic review. *Addiction*, 118(12), 2252-2274.

Athanassiou, M., Dumais, A., Zouaoui, I., & Potvin, S. (2023). The clouded debate: A systematic review of comparative longitudinal studies examining the impact of recreational cannabis legalization on key public health outcomes. *Frontiers in Psychiatry*, 13, 1060656.

Bretteville-Jensen, AL, Mikulic, S., Bem, P., Papamalis, F., Harel-Fisch Y., Sieroslawski J., Trigueiros, F, Piscociu, L., Tsarev, S., Peyman A. Storti, C. (2017) Costs and unintended consequences of drug control policies. Pompidou Group, Council of Europe, Strasbourg, France.

Downs SH, Black N. The feasibility of creating a checklist for the assessment of the methodological quality both of randomised and non-randomised studies of health care interventions. *Journal of Epidemiology and Community Health* 1998;52:377–84.

Kilmer B, Reuter P and Giommoni L (2015) What can be learned from cross-national comparisons of data on illegal drugs? In: Tonry M (ed.) *Crime and Justice*, Volume 44. Chicago: University of Chicago Press

MacCoun RJ, Pacula RL, Reuter P, Chiqui J and Harris K (2009) Do citizens know whether they live in a decriminalization state? State marijuana laws and perceptions. *Review of Law and Economics* 5(1): 347–371.

Melchior, M., Nakamura, A., Bolze, C., Hausfater, F., El Khoury, F., Mary-Krause, M., & Da Silva, M. A. (2019). Does liberalisation of cannabis policy influence levels of use in adolescents and young adults? A systematic review and meta-analysis. *BMJ Open*, 9(7).

Norges offentlige utredninger (NOU) 2019:26.

<https://www.regjeringen.no/contentassets/dfae684e627f4df29c800352bfc4d768/nou-2019-26-rusreform---fr>

Pacula RL, MacCoun R, Reuter P, Chiqui J, Kilmer B, Harris K, ... Schäfer C (2005) What does it mean to decriminalize marijuana? A cross-national empirical examination. *Advances in Health Economics and Health Services Research* 16: 347–369.

Pedersen, W (2023). Finnes det mer enn medisinske svar på hvor farlig cannabis er? Forebygging.no.

<https://www.forebygging.no/Kronikker/2023/finnes-det-mer-enn-medisinske-svar-pa-hvor-farlig-cannabis-er/>

Riksadvokaten (2022a). Tvangsmiddelbruk i mindre alvorlige narkotikasaker .

<https://www.riksadvokaten.no/wp-content/uploads/2022/02/Nasj-rapport-tvangsmiddelbruk-i-mindre-alv-nark>

Riksadvokaten (2022b). Ny høyesterettspraksis om rusavhengiges befatning med narkotika til egen bruk - retningslinjer og veiledning om etterforskning, reaksjonsfastsettelse mv.

<https://www.riksadvokaten.no/wp-content/uploads/2022/11/Vedlegg-03-Riksadvokatens-brev-13.-mai-2022->

Sandøy, T. A., & Hauge, R. (2019). Cannabis i lovgivning, rettspraksis og straff. I Bretteville-Jensen og Bramness (red) *Cannabisboka*. Oslo: Universitetsforlaget, 33-49.

Sandøy, T. A. (2020). Alternative (to) punishment: Assessing punishment experiences in youth diversion programmes. *The British Journal of Criminology*, 60(4), 911-929.

Sandøy, T. A., Østhus, S., & Bretteville-Jensen, A. L. (2022). Preventing future crime in adolescent drug offenders: A study of differential sanction effects on recidivism. *Criminology & Criminal Justice*, 17488958211070364.

Scheim, A. I., Maghsoudi, N., Marshall, Z., Churchill, S., Ziegler, C., & Werb, D. (2020). Impact evaluations of drug decriminalisation and legal regulation on drug use, health and social harms: a systematic review. *BMJ Open*, 10(9).

Sevigny, E. L., Greathouse, J., & Medhin, D. N. (2023). Health, safety, and socioeconomic impacts of cannabis liberalization laws: An evidence and gap map. *Campbell Systematic Reviews*, 19(4), e1362.

Stevens, A., Hughes, C. E., Hulme, S., & Cassidy, R. (2022). Depenalization, diversion and decriminalization: A realist review and programme theory of alternatives to criminalization for simple drug possession. *European Journal of Criminology*, 19(1), 29-54.

Windle, S. B., Socha, P., Nazif-Munoz, J. I., Harper, S., & Nandi, A. (2022). The impact of cannabis decriminalization and legalization on road safety outcomes: a systematic review. *American Journal of Preventive Medicine*.

Vedlegg G: Forebyggingsprogram i skolen

Skolen er en arena for mange typer av forebyggende tiltak, og læreplanen (LK20) tilsier at rusforebygging er et viktig tema [1]. Et stort antall ulike universelle standardiserte skoleforebyggingsprogrammer er evaluert, og i all hovedsak finner man ingen eller små positive effekter på rusmiddelbruk eller/og -skader [2].

Universelle skoleprogrammer omfatter gjerne flere elementer, som undervisning om alkohol eller/og andre rusmidler og trening i sosial kompetanse, og både innhold og målsetting varierer mellom programmene, og tilsvarende er det stor variasjon i målgruppens alder (fra 5 til 18 år) og programmets varighet (fra en enkelt økt til 3 år) [2, 3]. Med hensyn til forebygging av alkoholbruk, finnes det flere publikasjoner som konkluderer med at universelle skoletiltak mot tenåringsdrikking kan være virksomme (se for eksempel [4, 5], men det er viktig å utdype og nyansere dette budskapet. Riktignok kan skoletiltak bidra til økt kunnskap og holdningsendringer i disfavør av drikking, men det er godt dokumentert at innsatsen som regel ikke påvirker ungdom til å utsette alkoholdebuten eller til å drikke mindre [3, 6, 7]. En systematisk gjennomgang av 70 studier som hadde evaluert 40 ulike skoleprogrammer, fant at for noen få av programmene var det evidens for positiv effekt, for de aller fleste var det usikkert om de hadde noen effekt, og for noen få programmer var det en negativ effekt (dvs mer alkoholbruk) [8]. Noen forebyggingsprogrammer i skolen fokuserer på barnas evne til motstandsdyktighet ved utfordringer (resiliens), men heller ikke slike programmer er funnet å ha effekt på alkoholbruk [9]. Eventuelle effekter i form av redusert drikking er oftest av svært begrenset omfang og varighet [6, 7].

Når det gjelder effekt av skoleprogrammer på cannabisbruk har nyere studier [7, 10] bekreftet konklusjonene fra tidligere meta-analyser [11, 12]: Mange studier har ikke funnet noen effekt av skoleprogrammer på cannabisbruk, noen studier har funnet at skoleprogrammer kan redusere cannabisbruk, og enkelte studier har funnet at skoleprogrammer har ført til økning i rusmiddelbruk. Samlet sett er effekten av skoleprogrammer på cannabisbruk svært liten, men i forebyggende retning. Skoleprogrammer som omfatter ferdighetstrening (som for eksempel Life Skills Training, LST) kan synes å ha et bedre forebyggingspotensial enn andre typer skoleprogrammer, fordi evalueringsstudier oftere har vist at de har en gunstig effekt [10]. På den annen side, er mange av de standardiserte skoleprogrammene (deriblant LST) utviklet og evaluert for mer enn 20 år siden, og det er uvisst om man kan forvente liknende effekter blant skoleelever i vår tid [10].

Skolen er en mye brukt arena for forebygging av mange typer av problemer, og det kan synes som om rusmiddelbruk er det området hvor det er vanskeligst å oppnå en forebyggende effekt. En studie av 74 meta-analyser av ulike forebyggingsprogrammer i skolen [7] viste at på tvers av alle typer forebyggingsområder, hadde programmene best effekt på kunnskap og sosial kompetanse. Forebyggingsprogrammene hadde svakest effekt på rusmiddelbruk, og da spesielt på cannabisbruk. Én mulig forklaring på at det synes å være vanskelig å nå fram til og påvirke cannabisbrukere (og brukere av andre illegale rusmidler) med universelle forebyggende tiltak, er at denne gruppen, og da spesielt dem med vedvarende hyppig bruk, oftere enn andre har utfordringer og problemer på andre livsområder. Dette dreier seg blant annet om høy impulsivitet, atferdsvansker, negative livshendelser, psykiske plager og frafall i skolen [13, 14].

Noen forebyggingsprogrammer er rettet mot foreldre til skoleungdom eller både foreldre og ungdommene selv, og disse iverksettes ofte gjennom skolen. Slike programmer kan styrke foreldres ferdigheter, for eksempel i grensesetting, og programmene kan ha gunstige effekter i så måte [15, 16]. Når det gjelder effekter på ungdoms alkoholbruk, er funnene fra evalueringsstudiene blandet. Noen studier har funnet at programmene hadde en gunstig effekt, enten ved at alkoholdebuten ble utsatt eller at alkoholkonsumet ble redusert, mens andre studier ikke fant noen effekt [17, 18].

Noen forebyggingsprogrammer på videregående skole eller høyskole-/college-nivå har vist små positive effekter på alkoholbruk [6, 19, 20]. Størstedelen av disse studiene er fra USA, og hvorvidt funnene er overførbare til norsk kontekst er usikkert.

De aller fleste unge i Norge og andre rike land bruker mye tid på internett, og mange universelle forebyggingsprogrammer rettet mot unge har derfor brukt digitale plattformer. Dette gjelder også flere skoleprogrammer [21]. Noen åpenbare fordeler med intervensjoner på digitale plattformer er at de enkelt kan skaleres opp, og de er mindre ressurskrevende å iverksette. Så langt er imidlertid funnene fra evalueringsstudier av slike intervensjoner ganske tilsvarende dem for tradisjonelle skoleprogrammer; bare

noen av studiene fant en forebyggende effekt, og da av beskjeden størrelse [6, 21]. Forebyggingsprogrammer i skolen som er rettet mot flere typer av risikoatferd og levert på digitale plattformer, har ikke funnet noen effekt på alkoholbruk blant unge [22].

Måltrettete selektive forebyggingsprogrammer har imidlertid vist å være effektive mht å forebygge rusmiddelbruk blant elever med høy risiko for rusmiddelbruk [23]. Tiltaket gjennomføres i to trinn, man identifiserer først målgruppen, som deretter blir tilbudt å delta i grupper som får tilpasset intervensjon [23]. Det er uvisst om en slik seleksjon er/oppleves som stigmatiserende. Noen av aktørene som har gitt oss innspill i dette arbeidet, var tydelige på at det er viktig å unngå stigmatisering av ungdomsgrupper.

1. Gjære, K. and Y. Larsen, Rusforebygging i skolen - med nye læreplaner. Forebygging.no, 2020. 1.
2. Onrust, S.A., et al., School-based programmes to reduce and prevent substance use in different age groups: What works for whom? Systematic review and meta-regression analysis. *Clinical Psychology Review*, 2016. 44: p. 45-59.
3. Foxcroft, D.R. and A. Tsertsvadze, Universal alcohol misuse prevention programmes for children and adolescents: Cochrane systematic reviews. *Perspectives in Public Health*, 2012. 132(3): p. 128-134.
4. Nordahl, T., et al., Vurdering av rusprogrammer i skolen, in *Forebyggende innsatser i skolen*, T. Nordahl, et al., Editors. 2006, Utdanningsdirektoratet: Oslo. p. 78-119.
5. Berg, R.C. and V. Underland, Effekten av primærforebyggende tiltak mot bruk av tobakk, alkohol og andre rusmidler hos barn og unge. Rapport fra Kunnskapssenteret, 2012.
6. Babor, T., et al., Alcohol: No ordinary commodity. Research and public policy. 3rd edition. 2023, Oxford: Oxford University Press.
7. Tanner-Smith, E.E., J.A. Durlak, and R.A. Marx, Empirically based mean effect size distributions for universal prevention programs targeting school-aged youth: A review of meta-analyses. *Prevention Science*, 2018. 19(8): p. 1091-1101.
8. Lee, N.K., et al., What works in school-based alcohol education: A systematic review. *Health Education Journal*, 2016. 75(7): p. 780-798.
9. Hodder, R.K., et al., Systematic review of universal school-based 'resilience' interventions targeting adolescent tobacco, alcohol or illicit substance use: A meta-analysis. *Preventive Medicine*, 2017. 100: p. 248-268.
10. Tremblay, M., et al., Primary substance use prevention programs for children and youth: a systematic review. *Pediatrics*, 2020. 146(3).
11. Faggiano, F., et al., Universal school-based prevention for illicit drug use (Review). 2014, The Cochrane Collaboration Library.
12. Lize, S.E., et al., A meta-analysis of the effectiveness of interactive middle school cannabis prevention programs. *Prevention Science*, 2017. 18(1): p. 50-60.
13. Hall, W.D. and L. Degenhardt, Adverse health effects of non-medical cannabis use. *Lancet*, 2009. 374: p. 1383-1391.
14. Perkonig, A., et al., The natural course of cannabis use, abuse and dependence during the first decades of life. *Addiction*, 2008. 103(3): p. 439-449.
15. Kuntsche, S. and E. Kuntsche, Parent-based interventions for preventing or reducing adolescent substance use - A systematic review. *Clinical Psychology Review*, 2016. 45: p. 89-101.
16. Hurley, E., T. Dietrich, and S. Rundle-Thiele, A systematic review of parent based programs to prevent or reduce alcohol consumption in adolescents. *BMC Public Health*, 2019. 19(1): p. 1-14.
17. Newton, N.C., et al., A systematic review of combined student- and parent-based programs to prevent alcohol and other drug use among adolescents. *Drug and Alcohol Review*, 2017. 36: p. 337-351.
18. Foxcroft, D.R. and A. Tsertsvadze, Universal family-based prevention programs for alcohol misuse in young people. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2011(9).
19. Dietz, P., et al., A systematic umbrella review on the epidemiology of modifiable health influencing factors and on health promoting interventions among university students. *Frontiers in Public Health*, 2020. 8: p. 137.

20. Scott-Sheldon, L.A., et al., Efficacy of alcohol interventions for first-year college students: a meta-analytic review of randomized controlled trials. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 2014. 82(2): p. 177.
21. Schinke, S. and T.M. Schwinn, Computer-based prevention and intervention to reduce substance use in youth. *Current Addiction Reports*, 2017. 4: p. 410-421.
22. Champion, K.E., et al., Effectiveness of school-based eHealth interventions to prevent multiple lifestyle risk behaviours among adolescents: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Digital Health*, 2019. 1(5): p. e206-e221.
23. Edalati, H. and P.J. Conrod, A review of personality-targeted interventions for prevention of substance misuse and related harm in community samples of adolescents. *Frontiers in Psychiatry*, 2019. 9: p. 770.

