Psykologtidsskriftet

OVERSIKT

Hvorfor drikker de yngre mindre alkohol? Helsefremming og forebygging i et lokalsamfunnsperspektiv

Erik Iversen

Publisert: 06.05.2013

Why do adolescents in Norway drink less alcohol? Health promotion and prevention at the community level

Despite a significant increase in availability and use of alcoholic beverages among the adult population in Norway, use of alcohol and other intoxicants among adolescents have decreased. The author discusses if these tendencies can be a result of sustained efforts of health promotive and preventive measures in many local communities. Some methodological problems involved in evaluating effects and assessing causality of minor and short-term preventive programs in a natural community setting are addressed. The author argues that to explain trend developments among different groups in society, RCT research methods are not well suited. One must try to identify factors that, on a theoretical and scientific basis, can be judged as plausible and likely causes. Health promotion and problem prevention in this field require long-term efforts, utilizing all arenas and methodological approaches that professionally can be judged as having good likelihood for having effects.

Keywords: adolescent drinking; alcohol prevention, community action, health promotion

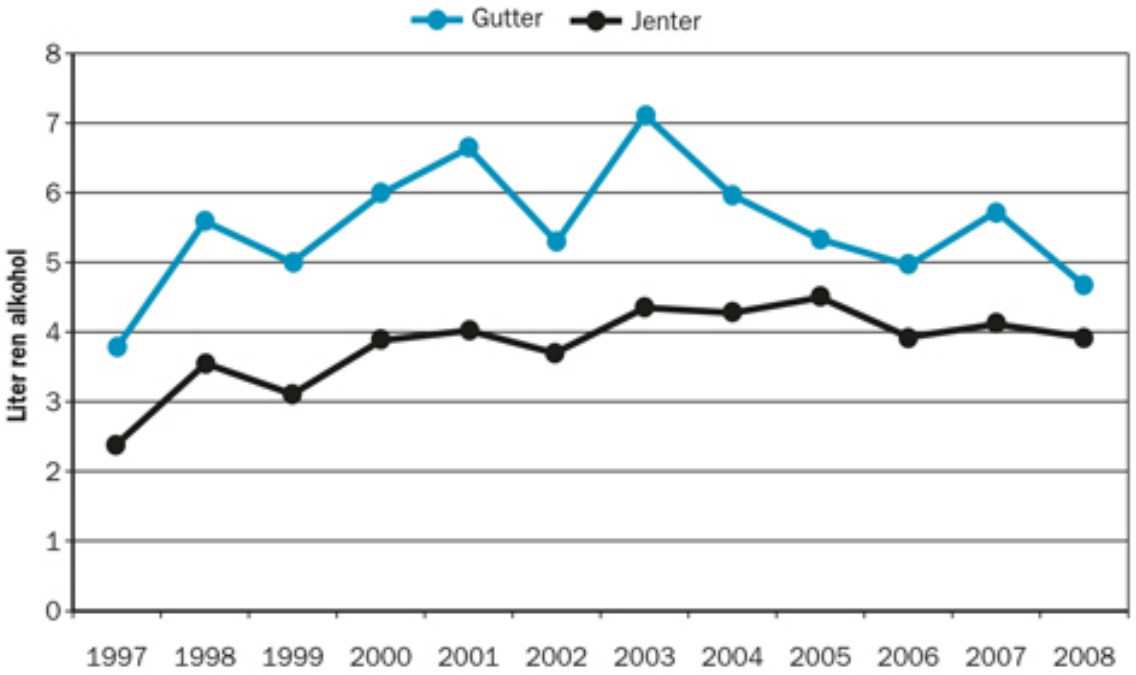
På tross av en klar økning av alkoholkonsumet i voksenbefolkningen i Norge de siste 10 årene ser vi en klar nedgang blant yngre tenåringer i samme periode. Ser vi med denne ungdomstrenden en effekt av mange lokale og sentrale helsefremmende og forebyggende innsatser over lang tid?

ILLUSTRASJON: TRUDE TJENSVOLD

Endringer i alkoholkonsumet i Norge gir et paradoksalt bilde: Mens konsumet blant voksenbefolkningen har økt tydelig i de siste ti årene, ser vi en klar nedgang blant yngre tenåringer i samme periode. Er ungdomstrenden en effekt av lokale og sentrale helsefremmende og forebyggende innsatser over lang tid? Som samfunnspsykolog er jeg overbevist om at vi ikke kan forebygge komplekse problemer ved å gjøre én ting, én gang, på ett sted og på én måte. Helsefremming og forebygging er langtidsarbeid. Vi må nytte alle de tiltaksarenaer («settinger») og tilnærminger der vi kan faglig argumentere for at de har *sannsynlighet* for å ha positiv effekt. Som regel vil disse befinne seg i lokalsamfunnet.

Bruk av alkohol og andre rusmidler blant ungdom varierer i Europa. De nordiske landene preges av relativt høy alkoholbruk og relativt lav bruk av illegale rusmidler. Bildet er motsatt i de fleste middelhavsland, mens de britiske øyer er preget av høy bruk av både alkohol og illegale rusmidler (Hibell, Guttormsson, Ahlström, Balakireva, Bjarnason, Kokkevi & al., 2009). Tall fra WHOs multinasjonale HBSC-undersøkelser (Helsevaner blant skoleelever) viser at utviklingen fra 1985 til 1989, 1993 og 1997 av andelen gutter og jenter i 6., 8. og 10. klasse som noensinne har brukt alkohol, var ulik fra Sverige til Norge. Samtidig var den lik for begge kjønn og alle tre alderstrinn i hvert av landene (Wold, Hetland, Aarø, Samdal & Torsheim, 2000). Det er altså regionale forskjeller blant unges rusmiddelbruk i Europa, samtidig som det kan være ulike utviklingstrender for rusmiddelbruk blant unge i land innenfor samme region.

Figur 1. Gjennomsnittlig alkoholkonsum blant personer i alderen 15 til 20 år i Norge 1997–2008.

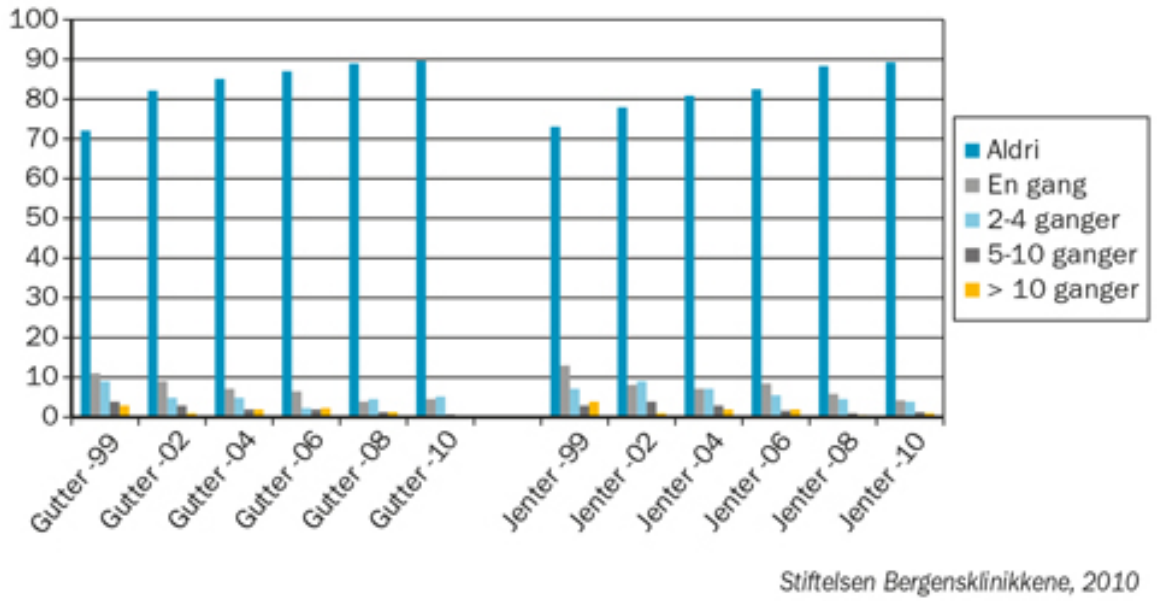


Etter SIRUS: Rusmilder i Norge 2008 / www.sirus.no

I Norge har alkoholkonsumet blant voksenbefolkningen økt i de siste tiår. Registrert omsetning økte fra 17,1 millioner liter ren alkohol i 1990 til 26,0 millioner liter i 2009 (Edland-Gryt, 2010). Vin har økt mer enn øl og brennevin. I 1990 ble det registrert omsatt 27,2 millioner liter vin. Dette var økt til 71,3 millioner liter i 2009. Disse tallene er uten turistimporten, som sannsynligvis også har steget kraftig, med tanke på de senere års økte reising blant nordmenn. Kvinner har i samme perioden relativt sett økt forbruket mer enn menn (Vedøy & Skretting, 2009). Det er dermed sannsynlig at unge er eksponert for alkohol i hjemmene sine i betydelig større grad enn tidligere. Frekvensen av synlige halvlitere med øl langs fortau i mange norske byer er i perioden også steget kraftig. Det var 4574 skjenkesteder med kommunal bevilling i 1990, og 7324 i 2009, og svært mange har fått skjenking på fortauet i løpet av de siste ti årene, særlig etter at røykeloven ble innført midt i 2004 (Gaarder, 2012). I 1990 var det 53 kommuner som ikke hadde utsalgssteder for alkohol, og 34 kommuner som ikke hadde skjenkesteder for alkohol. I 2009 var det ingen kommuner uten utsalgssted for alkohol, og bare 4 kommuner som ikke hadde skjenkested. Antall vinmonopolutsalg har også økt i samme periode, og har nå en spredning til mange mindre tettsteder som ikke hadde utsalg for ti og tjue år siden. Vinmonopolet oppgir at de i perioden fra 2000 til 2011 åpnet 143 nye utsalg, 121 i

kommuner uten tidligere pol, 22 i kommuner med tidligere pol. Antallet utsalg var i 2011 273, det er mer enn en dobling siden 2000, og nesten en tredobling siden 1990, da antallet var 106.

Figur 2. Tydelig beruset siste halvår 8.-klasser i Bergen (i %). Sammenlikning av undersøkelser fra 1999 til 2010.



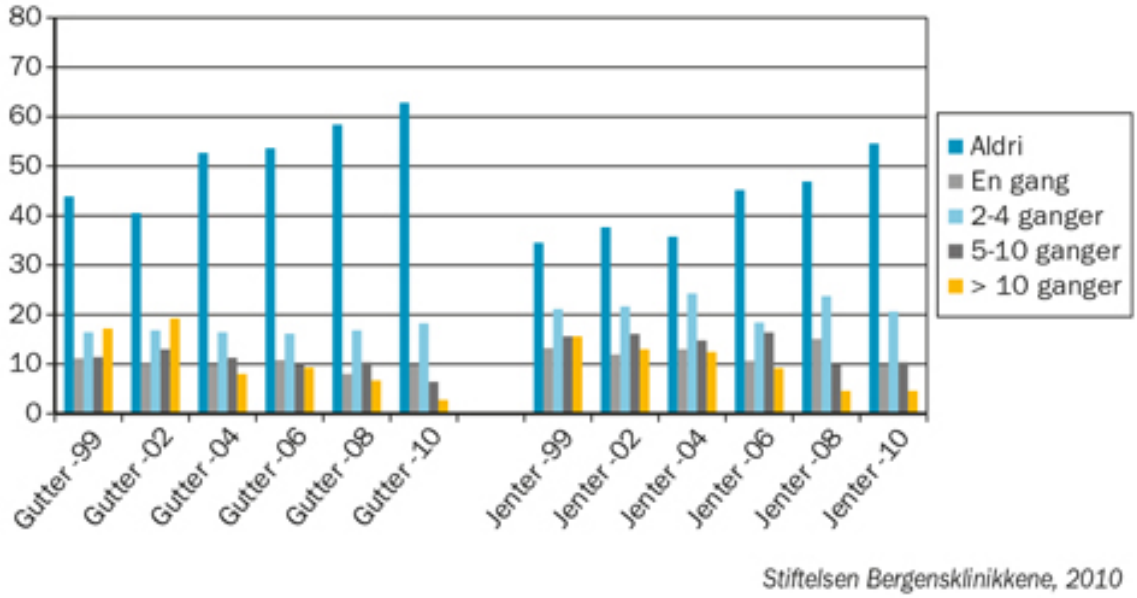
Men det er en motsatt trend blant yngre ungdom. SIRUS sine undersøkelser blant unge i alderen 15 til 20 år (se figur 1) viste en økning i alkoholkonsumet frem til 2003/2005, og etter det en tendens som tyder på nedgang i konsumet (Bryhni, 2008).

I perioden fra 1999 til 2010 gjennomførte Stiftelsen Bergensklinikkene seks rusmiddel-undersøkelser blant 8.- og 10.-klasser i Bergen, på oppdrag fra Bergen kommune. I denne perioden ble bruk av alkohol og andre rusmidler redusert betraktelig i begge aldersgrupper og blant begge kjønn (Iversen, Skutle, Knoff & Bolstad, 2010), som eksemplifisert i figurene 2 til 5. Andelene som ikke hadde brukt rusmidler, økte tydelig.

Det er et tankekors at denne utviklingen har skjedd i en periode da eksponeringen for alkohol i samfunnet generelt har økt betraktelig. Det har vært foreslått at denne nedgangen kan skyldes økning i innvandrerbefolkningen, som har et annet forhold til rusmidler, og særlig alkohol, enn etnisk norske befolkningsgrupper. Kanskje dette kan være en faktor i det sentrale østlandsområdet/Oslo, men det kan neppe forklare de til dels store endringene vi ser i Bergen og andre vestlandskommuner som Odda (Iversen & Knoff, 2010) og Stavanger (Frøyland & Sletten, 2011). Det kan være mer nærliggende å tenke at vi her ser langtidseffekter av mangfoldet av forebyggingstiltak rettet mot skoleelever og

foreldre, som har vært implementert på de aller fleste skoler i de fleste lokalsamfunn. Forskning har vansker med å finne atferdsendringer når en effektevaluerer enkelttiltak over kort tid. Dette er egentlig lite overraskende, gitt at slik forskningsmetodikk er lite tilpasset problemkompleksiteten. Er det tenkelig at kombinasjonen av et mangfold av teoretisk forsvarlige tiltak, som er i virksomhet over lengre tid, faktisk kan ha effekter?

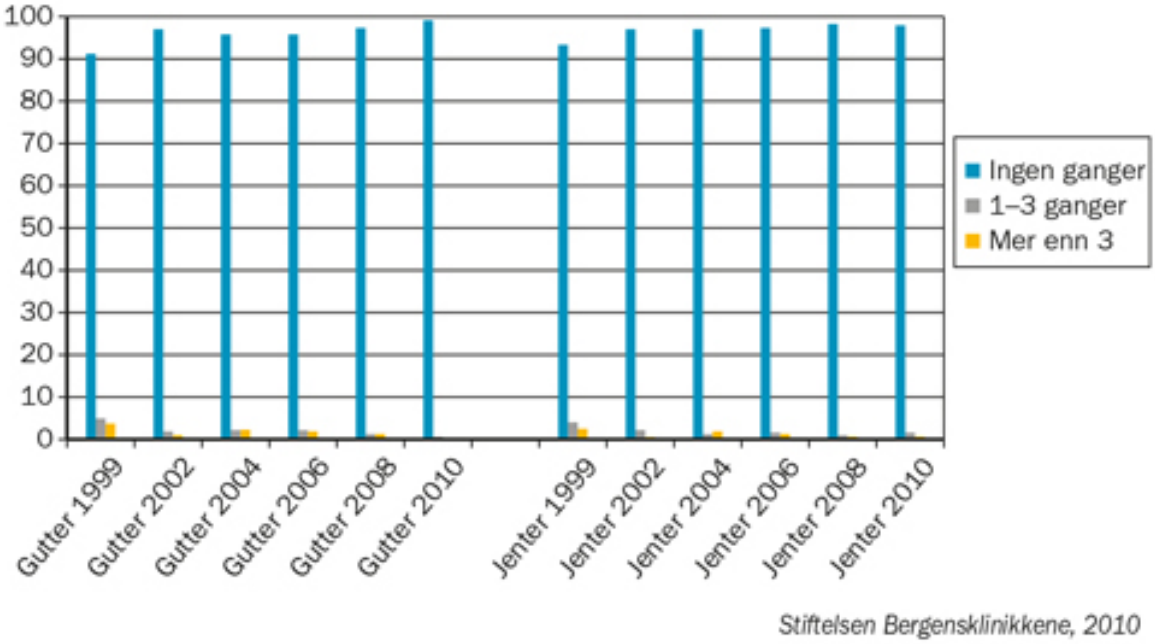
Figur 3. Tydelig beruset siste halvår 10.-klasser i Bergen (i %). Sammenlikning av undersøkelser fra 1999 til 2010.



Hvorfor lokalsamfunnsbasering?

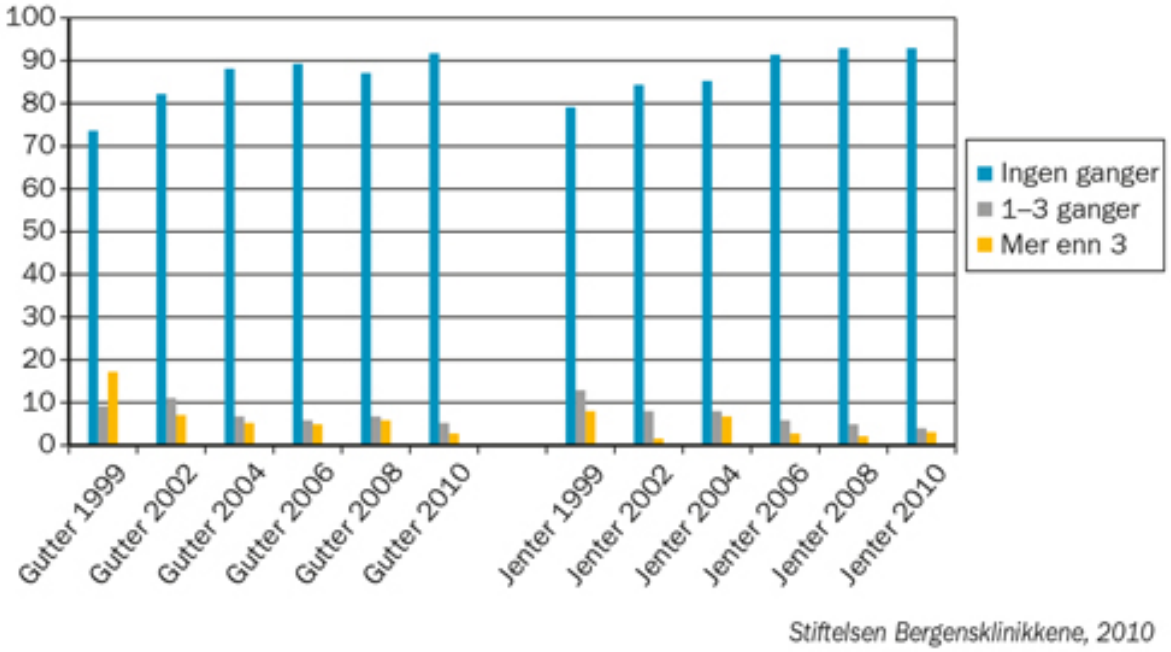
I NOU 1991: 10 finnes en avgrensning mellom begrepene «helsefremming» og «forebygging », som vist i figur 6. Helsefremming brukes om forholdet mellom daglige levekår og utvikling av risikofaktorer for at det skal oppstå problemer, mens forebygging refererer til forholdet mellom oppståtte risikofaktorer og problemmanifestasjon. Det er da slik at dersom helsefremmende tiltak fører til at risikofaktorer ikke oppstår, har en også forebygget de eventuelle problemene som i neste omgang kunne manifestert seg. Slik er helsefremming også forebygging i effekt, men uten at kausallinjen er direkte. Jeg vil derfor i fortsettelsen referere til helsefremming og forebygging samlet. I den nye folkehelseloven som trådte i kraft ved nyttår 2012, heter det i § 1: «Folkehelsearbeidet skal fremme befolkningens helse, trivsel, gode sosiale og miljømessige forhold, og bidra til å forebygge psykisk og somatisk sykdom, skade eller lidelse.»

Figur 4. Bruk av cannabis 8.-klasser i Bergen (i %). Sammenlikning av undersøkelser fra 1999 til 2010.



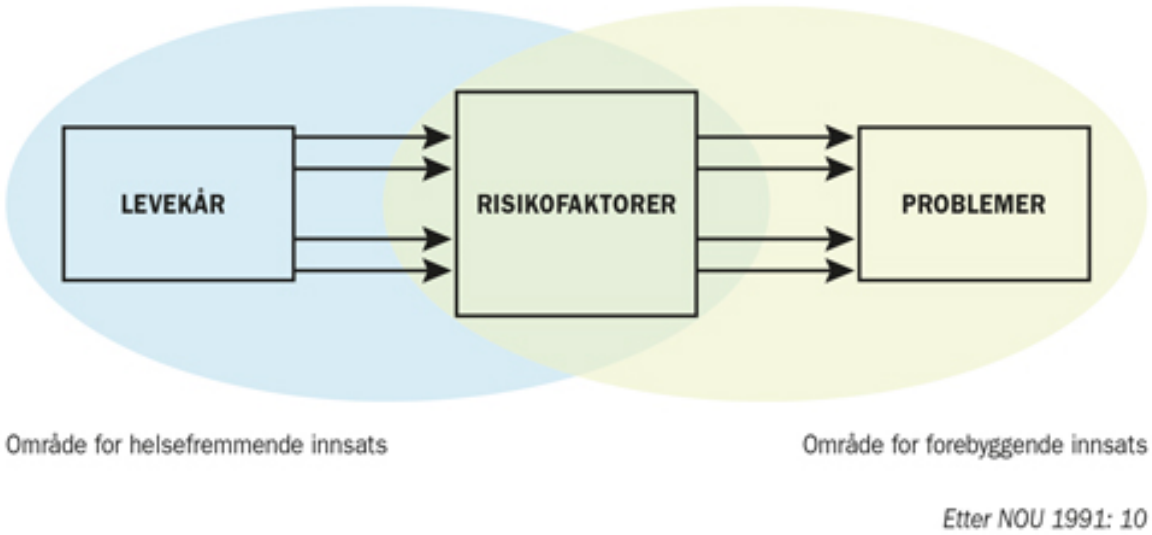
Helsefremming som del av politikken er heller ikke noe nytt: Ottawacharteret (WHO, 1986; Helsedirektoratet 1987) «plasserer helse på sakslisten til de bestemmende organer på alle områder og nivåer ». Samtidig legger charteret stor vekt på viktigheten av å styrke lokalmiljøets muligheter for handling, og å skape et støttende miljø, i tillegg til å utvikle personlige ferdigheter, og å tilpasse helsetjenesten.

Figur 5. Bruk av cannabis 10.-klasser i Bergen (i %). Sammenlikning av undersøkelser fra 1999 til 2010.



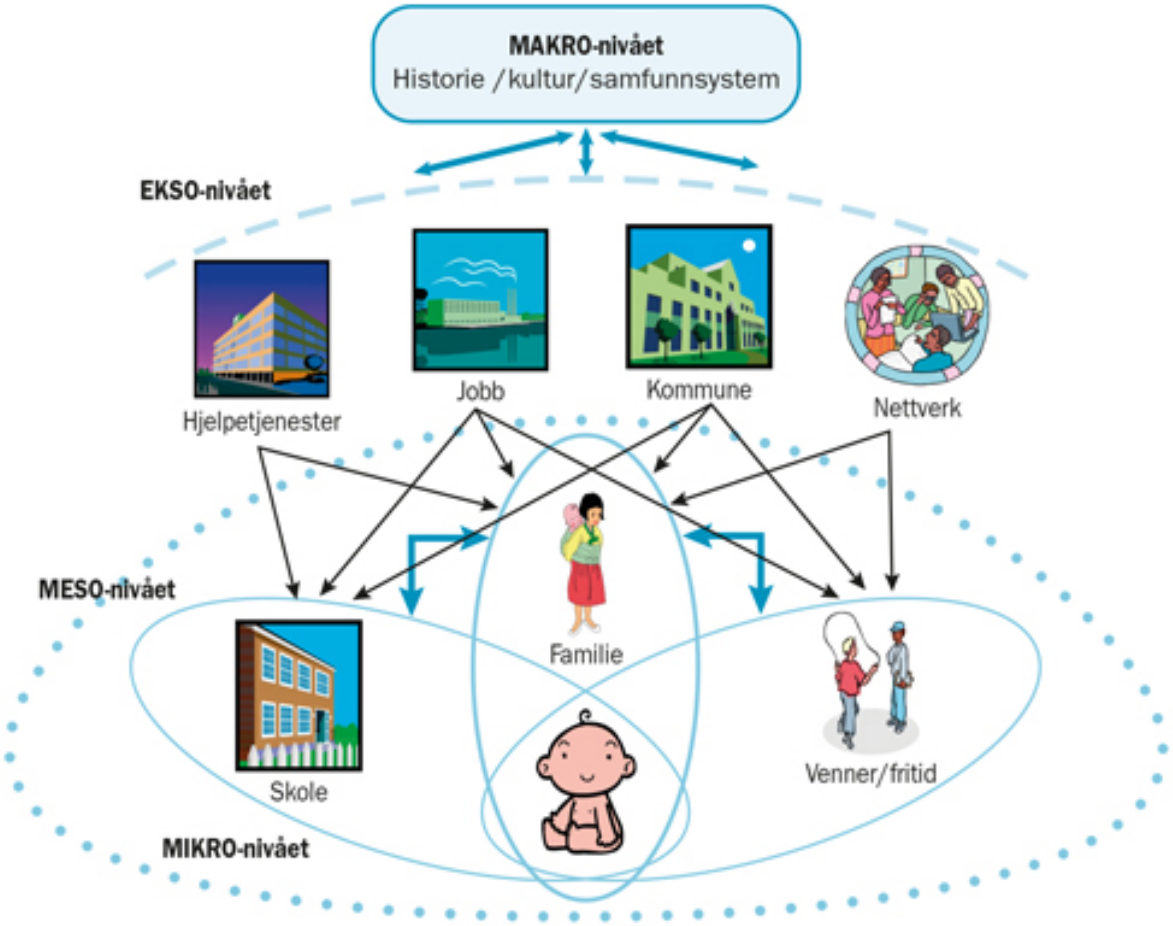
Det er mange grunner til å se særlig på lokalsamfunnet som den antatt viktigste arena når en tenker helsefremming og forebygging. Lokalsamfunnet består for de fleste av oss av arenaene vi lever livet på. Mange lever deler av livet i mer enn ett lokalsamfunn, ingen lever ikke i *noe* lokalsamfunn. Lokalsamfunnet utgjør altså de rammene vi lever i, og utsetter oss kontinuerlig for direkte og indirekte påvirkninger, positive og negative, personlige, sosiale og materielle. Bronfenbrenner (1979) gir i sin økologiske modell (gjengitt i figur 7, etter psykolog Helge K. Smebye) et bilde på hvordan flere systemiske nivåer i samfunnet påvirker enkeltmennesket. Makronivået er best oppsummert som vår kulturarv historisk, sosialt og normativt, og gjennomsyrer hele samfunnet på alle nivåer. Eksonivået består av samfunnsinstitutter som de fleste aldri eller sjelden har direkte kontakt med, men som påvirker oss gjennom stortingsvedtak, kommunestyrevedtak, bedrifters utvikling, etc. Mikronivået består av sosiale systemer som vi daglig eller nesten daglig er i direkte kontakt og interagerer med: familien, vennegjengen, barnehagegruppen, skoleklassen, arbeidskollegiet på jobben, treningsgruppen. Mesonivået utgjøres av de felles kontaktpunkter det er mellom personer i forskjellige mikrosystemer, og utgjør dermed et potensielt utviklingsnett, tilknytningsnett, støttenett og sikkerhetsnett. Mikro- og mesosystemene rundt et menneske kan bare befinne seg i et lokalsamfunn, og makronivået og eksonivåene påvirker oss i størst grad gjennom kontaktpunkter i lokalsamfunnet.

Figur 6. Områder for helsefremmende og for forebyggende innsatser: Forholdet mellom levekår, utvikling av risikofaktorer og utvikling av manifesterte problemer.



Det er også viktig med en lokalsamfunnstilnærming fordi det kan være ganske store kulturelle forskjeller mellom lokalsamfunn som ligger ganske nær hverandre. En undersøkelse fra fem kommuner i Hordaland fylke viste store forskjeller i andelene unge mellom 17 og 25 år som ikke drakk alkohol (Iversen & Skutle, 1999). Ytterst i Hardangerfjorden var det over 30 % av guttene og nesten 40 % av jentene som var helt avholdende fra alkohol. Midt i fjorden var tilsvarende andeler 13 % og 18 %, og innerst i fjorden var prosentene hhv. fem og ti. I fire av de fem kommunene var andelen avholdende jenter større enn andelen gutter, mens det i den femte var nesten dobbelt så stor andel gutter som var avholdende. Slike store forskjeller over ganske små avstander tilsier at det finnes lokale forhold som det er viktig å ta hensyn til når en skal planlegge og implementere helsefremmende og/eller forebyggende tiltak.

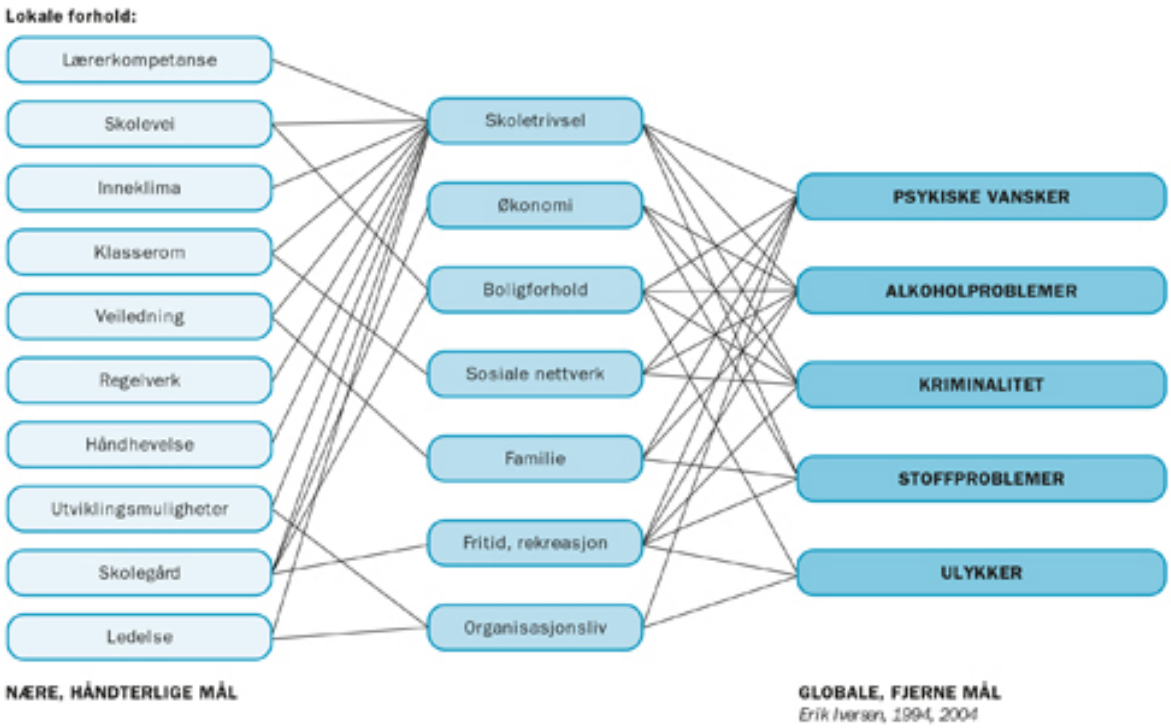
Figur 7. Bronfenbrenners økologiske modell (1979) (etter H. K. Smebye).



I nasjonale helseplaner blir det fremhevet at hjerte- og karlidelser, lungesykdommer, psykiske lidelser og muskel/ skjelettplager er særlige innsatsområder for forebygging. Dette er globale målområder som i seg selv gir små føringer for konkrete tiltak. Figurene 8 og 9 viser hvordan en kan se forbindelser mellom globale målsettinger og nære og konkrete mål i helsefremmende og forebyggende arbeid. Endemålene er i figurene psykisk relaterte problemområder som psykiske vansker, alkoholproblemer, narkotikaproblemer, kriminalitet, og ulykker. Likevel er disse målene for globale til å kunne «angripes » med fornuftige tiltak; en må bak begrepene for å prøve å finne angrepsvinkler. Selv om en gjennom kunnskap, erfaring og sunn fornuft kan påpeke områder i livsmiljøet som med stor sannsynlighet har positiv eller negativ effekt på psykisk helse og uhelse, er også forhold som skoletrivsel, boligforhold og muligheter for fritidsaktiviteter for globale til i seg selv å være direkte tilgjengelig for endring. Vi må altså enda et steg i retning av å finne «bestanddelene» av for eksempel skoletrivsel (figur 8) eller fritids- og rekreasjonsmuligheter (figur 9). Da kan vi få

lange lister av forhold som vi faktisk har muligheter til å gjøre noe med, og felles for dem er at de er konkrete, operasjonaliserbare, og lokale, som i et nærmiljø, en skole eller et klasserom. Gjør vi gode endringer i nok av disse lokale, konkrete forholdene, vil vi kunne påvirke skoletrivsel, boforhold, fritidsmuligheter osv. (jf. folkehelseloven, Ottawa-charteret, og NOU-ens beskrivelse av forholdet mellom helsefremming og forebygging). Her er fokus levekår i lokale «settinger» som blir arenaer for universelle helsefremmende intervensjoner (Green & Tones, 2010). Og gjør vi dette på nok områder, er sannsynligheten stor for at vi også over tid kan påvirke de globale helsemålene. Et slikt fokus er ikke i motstrid til at anerkjente rusforebyggende tiltak som aldersgrenser, kontrolltiltak, prismekanismer, stengetider og monopolordninger også er viktige virkemidler.

Figur 8. Forholdene mellom nære, konkrete tiltaksområder for skoletrivsel, og globale forebyggingsmål.



Hva er evidensbaserte tiltak?

Det er både rimelig og vesentlig at det stilles krav til evidensbasering av helsetjenester og samfunnsinnsatser, enten de er kurative, forebyggende eller helsefremmende. Det er nødvendig for å sikre kvalitet i tjenestene og nytte for befolkningen og samfunnet. Både i medisinen og psykologien er det i de siste årene vokst frem en ny forståelse av evidensbasert praksis. Denne søker å forene krav til forskningsgrunnlag, krav til praktisk (inkl. klinisk) ekspertise, og krav til brukertilpasning

og brukermedvirkning (American Psychological Association (APA), 2005; Norsk Psykologforening (Norsk Psykologforening, 2007; Iversen, 2008; Rønnestad, 2008; Sackett et al., 1996). Dette innebærer at for å bedrive en god praksis må praktikeren ta hensyn til, og integrere, den «best tilgjengelige forskning» med egen kompetanse og brukernes forutsetninger, behov og preferanser. Evidensbasert profesjonsutøvelse drøftes også fra flere sider hos Grimen og Terum (2009). Både den amerikanske og norske psykologforeningen har i senere år vedtatt prinsipperklæringer om evidensbasert praksis som baserer seg på disse prinsippene. Forutsetninger for evidensbasert praksis inkluderer altså både grunnlagskunnskap, spesifikk forskningskunnskap, og kunnskap om brukernes/klientenes/pasientenes egenskaper, bakgrunn og ønskemål. I prinsipperklæringene slås det også fast at «beste tilgjengelige forskning» viser til forskning som benytter vitenskapelige metoder *som er egnet for den problemstillingen som skal belyses*. På den bakgrunnen anbefaler APA og Psykologforeningen et metodemangfold som er egnet til å belyse *ulike* problemstillinger som grunnlag for forståelsen av «beste tilgjengelige forskning».

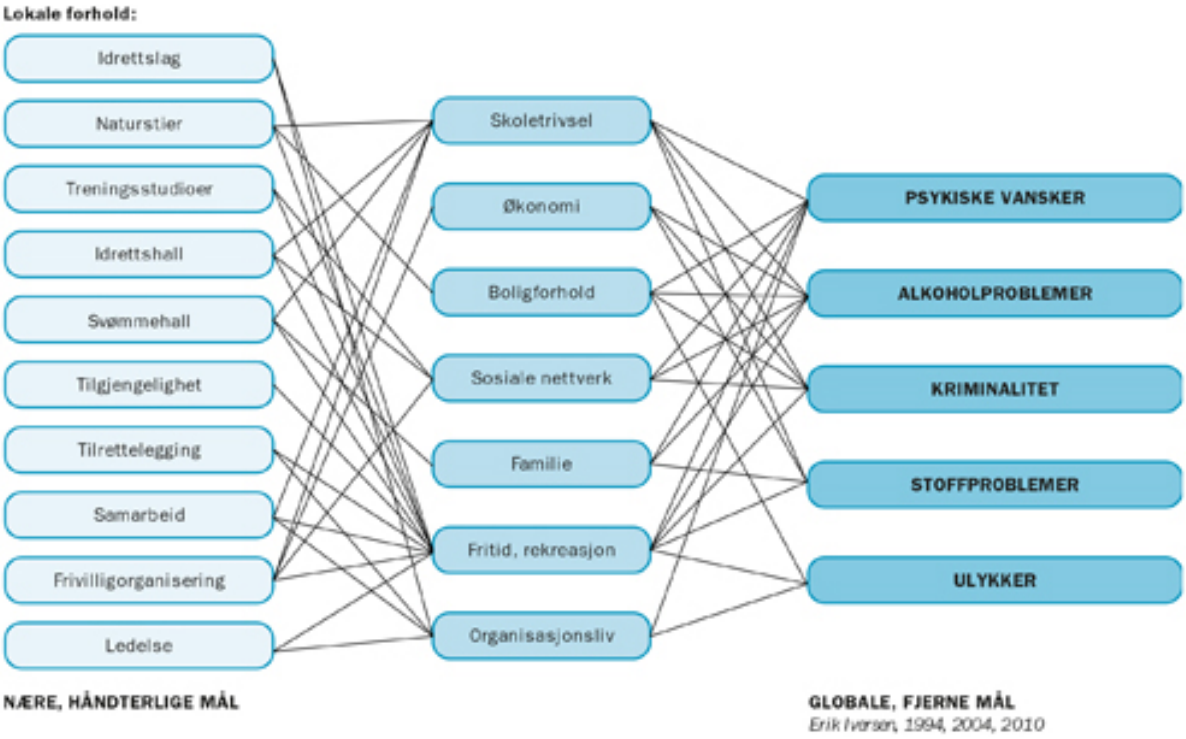
I nasjonale helseplaner er hjerte- og karlidelser, lungesykdommer, psykiske lidelser og muskel/skjelettplager særlige innsatsområder for forebygging

«Beste tilgjengelige forskning» er altså ikke en entydig og uproblematisk størrelse. Ofte ser en at randomiserte kontrollerte forsøk (eksperimentelle forskningsdesigner, ofte referert til som RCT), og metastudier av slike, regnes som den ypperste forskningsmetodikken for å finne resultater (effekter) av tiltak mot problemer. Dette kan være vel og bra i mange sammenhenger, særlig der en for eksempel ønsker å prøve ut effekten av forskjellige klart avgrensbare behandlingstiltak (som virkningen av forskjellige medisiner) på klart avgrensbare lidelser (som støvallergi eller svineinfluensa H1N1) for klart avgrensbare grupper (som friske unge mellom 16 og 25 år eller gravide kvinner, eller eldre med alvorlige luftveisplager). Styrken med metoden er nettopp at forskjellige tiltaks virkning på avgrensete problemer kan differensieres, for spesifikke målgrupper og under ganske stor grad av kontroll over andre utenforliggende variabler, og at randomisering vil kunne partialisere ut eventuelle effekter av «uvedkommende» variabler som ikke lar seg kontrollere. Poenget her er altså å isolere sammenhenger mellom enkeltvariabler for i størst mulig grad å kunne avdekke kausale relasjoner mellom dem (medisin A gir bedre lindring for støvallergi enn medisin B, hos ellers friske unge i alderen 16 til 25 år). Dette forutsetter at en antar at slike enkle kausalmekanismer er vesentlige i forholdet mellom lidelse og lindring, og at de fleste, eller alle, kontekstuelle variabler er uvesentlige for vurdering av kausaleffekten. Gitt dette, og gitt at metodikken utføres på en god

måte, og gitt at det ikke er ulikhet mellom hvilke typer resultater som blir gjort kjent (publiseres), er metastudier av rekker med slike forsøk en god metode for å oppsummere, raffinere og nyansere den samlete kunnskapen som fremkommer av forsøksrekken. Men dersom det er slik at det i litteraturen på et område er en tendens til at studier med positive funn i større grad blir publisert enn studier med negative funn, kan metastudier være en metode som forsterker problemene med selektiv publisering.

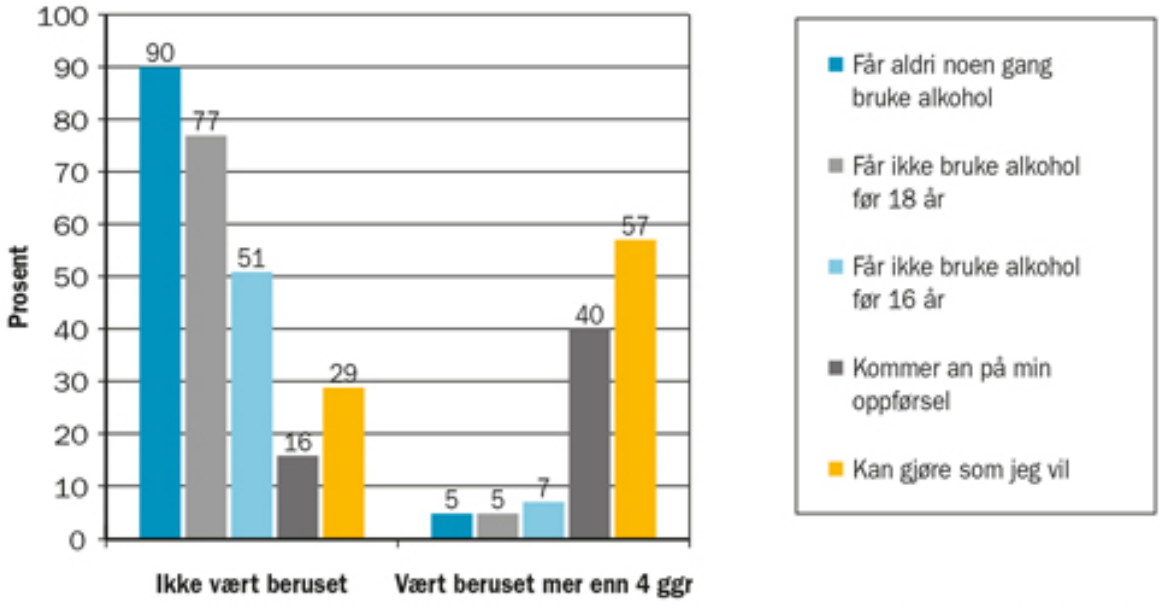
Imidlertid, når vi forholder oss til psykisk helse og uhelse, enten det er snakk om trivsel og vekst, mistrivsel, depresjon, psykose eller alvorlig rusproblematikk, er det sjelden en kan anta slike enkle kausalsammenhenger mellom enkeltvariabler. Tvert om, det er for de aller fleste forhold på feltet psykisk helse snakk om svært kompliserte kjeder av sammenhenger mellom mange typer variabler av både fysiologisk, psykologisk, sosial og samfunnsmessig karakter. Dette gjelder utvikling av god helse og forebygging av problemer, så vel som utvikling av problemer, opprettholdelse av problemer, og behandling av problemer. I dette feltet er oftest *relasjoner* og *kontekst* avgjørende for forståelsen av problematikken. Da gir det sjelden stor mening å bare benytte forskningsmetoder som sammenlikner effekter mellom enkeltvariabler, og som er designet for å klare å *unngå* effekter fra kontekstuelle faktorer. For problemområder som har å gjøre med psykisk helse, er det ulogisk å betrakte RCT -studier som den eneste gullstandard, slik det ofte gjøres i medisinen. Selv om det klart finnes tilfeller innenfor psykisk helseforskning der RCT -metodikk er anvendelig og ønskelig, er det vesentlig at også andre vitenskapelige metoder enn RCT blir anvendt. Dette gjelder et stort spenn av metoder: Både kvantitative og kvalitative, både longitudinelle populasjons- eller kohortstudier, surveystudier, kasusstudier og N=1-studier, både helsetjenesteforskning og biologisk, medisinsk, psykologisk og samfunnsvitenskapelig grunnforskning og anvendt forskning (Levant, 2005). «Evidens» må altså komme fra de forskningsmetodene som best egner seg for å belyse de aktuelle problemstillingene.

Figur 9. Forholdene mellom nære, konkrete tiltaksområder for fritid og rekreasjon, og globale forebyggingsmål.



Forskning på hvordan levekår kan føre til utvikling av risikofaktorer, som i neste omgang, kanskje etter flere år, kan føre til at det manifesterer seg problemer, må nødvendigvis bli uhyre kompliserte prosjekter. Levekårene vil jo omfatte ikke bare negative forhold, men også positive forhold som styrker grupper og individer, og som dermed motvirker utvikling av risikofaktorer og/eller problemer. I slike komplekse påvirkningskjeder og -sløyfer vil det være naivt å anta at det enkelt skulle kunne finnes påvisbare effekter av mindre enkelttiltak som opererer over relativt kort tid, som standard prosjektperioder på tre år (Iversen & Bergan, 1999). Det er derfor underlig at så mye av evalueringsstudier av psykososialt baserte helsefremmings- og forebyggingstiltak, og kunnskapsoppsummeringer av slike (NOU 2003: 4; Babor & al., 2003, 2010; Nordahl & al, 2006), i stor grad baserer seg på effektstudier av enkelttiltak, og med det utgangspunktet at randomiserte kontrollerte forsøk er den beste forskningsmetoden. Det er også påfallende at de tiltakene som blir ansett som virksomme i rusforebygging, som statlige monopoler, prismekanismer, aldersbegrensninger og salgstidsbegrensninger, ikke først og fremst har evidens fra begrensete metoder som RCT (Iversen, 2010).

Figur 10. Sammenheng mellom unges opplevelse av foreldrenes regler for unges alkoholbruk, og hyppighet av å ha vært tydelig beruset på alkohol siste halvår.



EI, Stiftelsen Bergensklinikkene, 2010

Lokale situasjoner

Vi har sett at det, mot mange andre trender i samfunnet, foregår en utvikling blant unge i ungdomsskole og videregående skole hvor det brukes mindre rusmidler av alle slag, unntatt snus. Særlig er utviklingen positiv når det gjelder de mest vanlige rusmidlene i samfunnet, alkohol og tobakk.

Samtidig foregår det en utstrakt helsefremmende og forebyggende virksomhet i alle kommuner og på de aller fleste skoler. En rekke forebyggings- og helsefremmings- programmer blir benyttet, sammen med helsestasjon for unge, fritidstiltak rettet mot både «organisert» og «uorganisert» ungdom, informasjonsarbeid rettet mot foreldre om rolleutforming, grensesetting og rusmidler. Bare i Bergen kommune har vi registrert over 20 slike forskjellige tiltak, noen som dekker hele kommunen, og andre som dekker enkelte bydeler eller enkelte skoler.

En kan ikke påvise at det er en årsakssammenheng mellom slike lokale helsefremmings- og forebyggingstiltak og det at vi ser en nedgang i skoleungdommenes rusmiddelbruk. Vi vet at det er funnet små effekter av enkeltstudier av slike tiltak (Bolstad, Skutle & Iversen, 2008a; Bolstad,

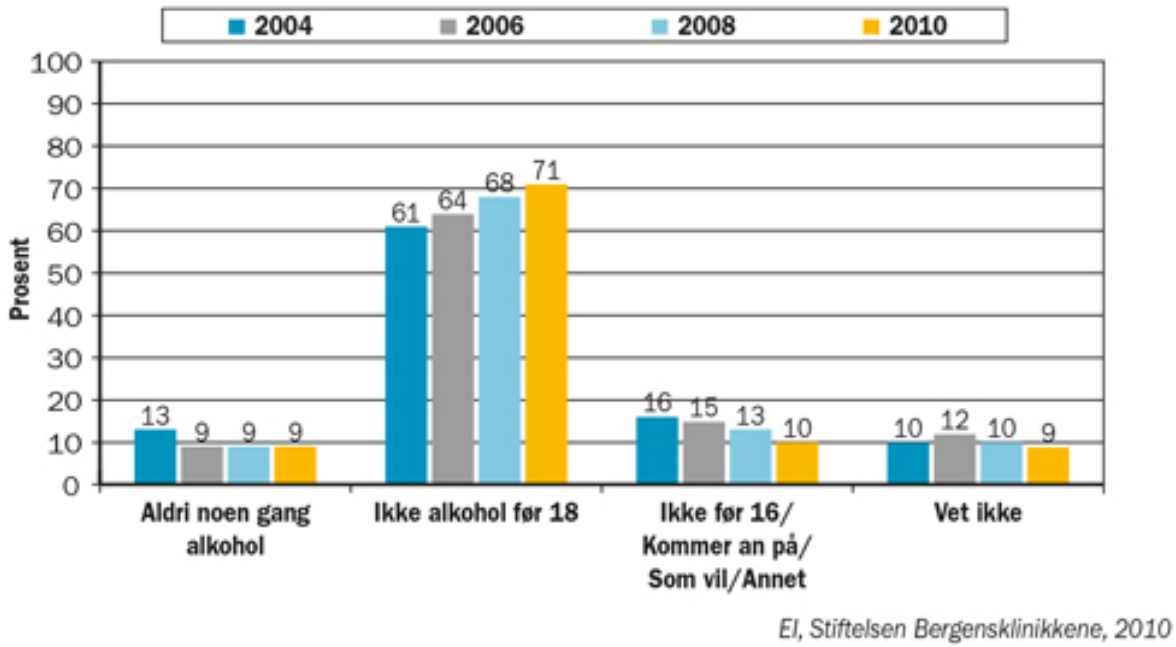
Skutle & Iversen. 2008b; Jøsendal & Aarø, 2002). Samtidig vet vi at en vanskelig kan vente å finne forklaringer på utvikling av trender ut fra effektstudier av enkelttiltak. Utviklingen kan henge sammen med generelle helsetrender blant unge. Men hvor kommer i så fall de fra? Det kan være at vi ser en reaksjon på eldre gruppers rusmiddelbruk. Det kan være at alkoholbruk er blitt så alminneliggjort at det i mindre grad er spennende og statusgivende for skoleungdommene. Det kan også være at effekten av mange helsefremmende og forebyggende tiltak lokalt, sammen med nasjonale kampanjer som Helsedirektoratets «Settegrenser. no», sammen og over tid har hatt innvirkning. Kunnskapssenteret fant nylig at en del skolebaserte forebyggingsprogrammer mot rusmiddelbruk blant barn og unge er effektive, andre «trolig» er effektive, atter andre «muligens» er effektive, mens noen trolig ikke er effektive (Berg & Underland, 2012). Intervjuer med forebyggingsansvarlige i daværende Byrådsavdeling barnehage og skole og Byrådsavdeling helse og omsorg, samt med rektorer, inspektører og «kjentmenn» på ti ungdomsskoler i Bergen, og med ansvarlig for foreldre- og skolerettet forebygging på Kompetansesenter rus – region vest Bergen (KoRus vest Bergen), viser at foreldrerollen har vært i fokus i skolene over en periode på de siste sju til ni årene. Det har vært arbeidet med Helsedirektoratets Settegrenser-kampanjer, med forebyggende programmer hvor foreldrerollen er sentral eller er tydelig involvert, som Sterk og Klar, Unge og rus, Ørebro-programmet (ØPP) og Kast Masken, og det har vært et vedvarende fokus på foreldrerollen gjennom foreldremøter hvor KoRus vest Bergen har presentert for publikum de sterke bivariate statistiske assosiasjonene mellom foreldreregler og unges beruselsesatferd (se figur 10, Iversen & al., 2010). Blant de som opplevde de «strengeste » foreldrereglene, hadde 77 til 90 prosent *ikke* vært tydelig beruset siste seks måneder, og bare fem prosent vært tydelig beruset oftere enn fire ganger. Blant de som opplevde de «slappeste» foreldrereglene, var det under 30 prosent som ikke hadde vært tydelig beruset, og over 40 prosent som hadde vært beruset over fire ganger i perioden.

Resultatene fra ungdomsundersøkelsene har også aktivt vært brukt i undervisningen på flertallet av skolene. Figur 11 viser at andelen unge i bergensskolen som opplever at foreldrene forventer at de ikke begynner å drikke alkohol før de fyller 18 år, er steget fra 61 til 71 prosent fra 2004 til 2010. Flere internasjonale forskningsresultater styrker en antakelse om at foreldre er viktige i helsefremmende og forebyggende sammenheng (Bolstad, Skutle & Iversen, 2010).

Det vil aldri være mulig å «bevise» effekter av enkelttiltak på komplekse samfunnsforholds konsekvenser for menneskelig psyke og atferd, og det er heller ikke mulig å «bevise» at trender som kan måles blant grupper i samfunnet, skyldes den ene eller den andre årsaksfaktoren, eller et samspill

mellom flere faktorer. Dette poenget kommer også frem i kapittel 3 i Folkehelseinstituttets rapport *Bedre føre var* (Major, Dalgard, Mathiesen, Nord, Ose, Rognerud et al., 2011). Utviklingstrender vil som oftest måtte ha et sett med sannsynliggjorte forklaringer, som ikke trenger å være i konkurranse med hverandre, men som kan bidra til utviklingen sammen, og kanskje også i samspill.

Figur 11. Regler hjemme om unges forhold til alkohol 2004 til 2010.



Konklusjon

Hvorfor har alkoholkonsumet de siste ti år gått ned hos tenåringer flest, samtidig som konsumet har økt i voksenbefolkningen, og de unge i større grad er blitt eksponert for dette? Kan en del av forklaringen være at lokale og sentrale helsefremmende og forebyggende innsatser over tid virker? Flere ting tyder på det, både evalueringsresultat fra enkelte tiltak, Kunnskapssenterets nye gjennomgang, og økningen i andelen unge som opplever strenge foreldreregler. Dersom vi på faglig grunnlag kan sannsynliggjøre at tiltak i ulike settinger vil ha positiv effekt, vil det være riktig å gjennomføre dem.

Referanser

Babor, T. F., Caetano, R., Casswell, S., Edwards, G., Giesbrecht, N., Graham, K., Grube, P., Gruenewald, J., Hill, L., Holder, H., Homel, R., Osterberg, E., Rehm, J., Room, R. & Rossow,

I. (2003/2010). *Alcohol: No Ordinary Commodity. Research and Public Policy*. Oxford University Press.

Berg, R. C. & Underland. V. (2012). Effekten av primærforebyggende tiltak mot bruk av tobakk, alkohol og andre rusmidler hos barn og unge. Rapport fra Kunnskapssenteret nr. 7–2012. Oslo: Kunnskapssenteret.

Bolstad, A., Skutle, A. & Iversen, E. (2008a) *Evaluering av «Sterk og Klar»*. Rapport. Bergen: Stiftelsen Bergensklinikkene.

Bolstad, A., Skutle, A. & Iversen, E. (2008b) *Evaluering av «Kast Masken»*. Rapport. Bergen: Stiftelsen Bergensklinikkene.

Bolstad, A., Skutle, A. & Iversen, E. (2010) Rapport. *Foreldrerollen I rusforebyggende arbeid. En kunnskapsoppsummering. Del 1*. Bergen: Stiftelsen Bergensklinikkene.

Bronfenbrenner, U. (1979) *The Ecology of Human Development: Experiments by Nature and Design*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

Edland-Gryt, M. (red…) (2010) *Rusmidler I Norge 2010*. Oslo: Statens institutt for rusmiddelforskning.

Frøyland, L. R & Sletten, M. A. (2011) *Ung I Stavanger 2010*. Oslo: NOVA.

Gaarder, G. (2012) Kontor for skjenkesaker, Bergen kommune. Personlig kommunikasjon.

Green, J. & Tones, K. (2010). *Health Promotion. Planning and Strategies* (2. utg.). London: Sage.

Grimen, H. & Terum, L. I. (red.) (2009). *Evidensbasert profesjonsutøvelse*. Oslo: Abstrakt forlag.

Helsedirektoratet (1987). *Ottawacharteret om helsefremmende arbeid*. Oslo: Helsedirektoratet.

Hibell, B., Andersson, B., Bjarnason, T., Ahlström, S., Balakireva, O., Kokkevi, A. & Morgan. M. (2004). *The ESPAD report 2003*. Stockholm: CAN.

Hibell, B., Guttormsson, U., Ahlström, S., Balakireva, O., Bjarnason, T., Kokkevi, A. & Kraus, L. (2009). *The 2007 ESPAD report*. Stockholm: CAN.

Iversen, E. (2008). Landsmøtet ga kvalitetsarbeidet et puff. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, *45*(2), 176.

Iversen. E. (2010). *Forskningsevidens og tiltak innen for psykososiale problemområder*. (Kronikk) Nedlastet fra www.forebygging.no

Iversen; E. & Bergan, T. (1999). Evaluation of community-based health promotion and prevention progragrammes – some experiences and considerations. I S.Larsson & B.S.Hanson (red.),

Community Based Alcohol Prevention in Europe – Research and Evaluations. Lund: Studentlitteratur / European Commission.

Iversen, E. & Knoff, R. V. (2010). *Ungdom og rusmidler i Odda 2009*. Bergen: Stiftelsen Bergensklinikkene.

Iversen, E. & Skutle, A. (1999). Rusmiddelbruk blant ungdom og unge voksne: Utprøving og evaluering av en modell for lokalsamfunnsbasert forebyggende arbeid. Evalueringsprosjekt. Sluttrapport. Bergen: Institutt for samfunnspsykologi, UiB. Nedlastet fra www.psykologforeningen.no/Kurs-og-utdanning/Hvordanbli-psykologspesialis...

Iversen, E., Skutle, A., Knoff, R. V. & Bolstad, A. (2010). *Ungdom og rusmidler i Bergen 2010*. Bergen: Stiftelsen Bergensklinikkene.

Jøsendal, O. & Aarø, L. E. (2002). VÆR røykFRI – evaluering av et tiltak for røykfrie skoler. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, *122*, 403–407.

Levant, R. F. (red.) (2005). *Report of the 2005 Presidential Task Force on Evidence-Based Practice*. American Psychological Association. Nedlastet fra www.apa.org/practice/resources/evidence/evidence-based-report.pdf

LOV 2011–06–24 nr 29: Lov om folkehelsearbeid. Nedlastet fra www.lovdata.no

Major, E. F., Dalgard, O. S., Mathiesen, K. S., Nord, E., Ose, S., Rognerud, M. & Aarø, L. E. (2011). Oslo: Folkehelseinstituttet, rapport 1.

Nordahl, T., Gravrok, Ø., Knudsmoen, H., Larsen, T. M. B. & Rørnes, K. (red.) (2006). *Forebyggende innsatser i skolen*. Oslo: Utdanningsdirektoratet.

Norsk Psykologforening (2007). Prinsipperklæring om evidensbasert psykologisk praksis. Nedlastet fra www.psykologforeningen.no/pf/Fag-og-profesjon/For-fagutoevere/Fag/Eviden...

NOU (1991: 10). *Flere gode leveår for alle. Forebyggingsstrategier*. Oslo: Statens forvaltningstjeneste.

NOU (2003): Forskning på rusmiddelfeltet. En oppsummering av kunnskap om effekt av tiltak. 2003:4. Oslo: Statens forvaltningstjeneste.

Rønnestad, M. H. (2008). Evidensbaset praksis i psykologi. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, *45*(4), 444–454.

Sackett, D. L., Rosenberg, W. M., Gray, J. A., Haynes, R. B. & Richardson, W. S. (1996). Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *British Medical Journal*, *312*(7023), 71–72.

Vedøy, T. F. & Skretting, A. (2009). *Bruk av alkohol blant kvinner*. Oslo: Statens institutt for rusmiddelforskning.

Vinmonopolet (2010). Aktuelt. Informasjonsbrev nr. 1, november.

WHO (1986). *The Ottawa charter for health promotion*. www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/index1.html

Wold, B., Hetland, J., Aarø, L. E., Samdal, O. & Torsheim, T. (2000). *Utviklingstrekk i helse og livsstil blant barn og unge fra Norge, Sverige, Ungarn og Wales*. Bergen: UiB, Hemil-senteret.

Publisert: 06.05.2013, Tidsskrift for Norsk psykologforening.