

MASTEROPPGAVE

“It takes a village to raise a child...”

En studie av potensiell overføring av Islandsmodellen til norsk kontekst.

Kandidatnummer: 403

30. april 2020

Masterstudium i psykososialt arbeid – helse- og sosialfaglig yrkespraksis

Avdeling for helse- og velferd

Høgskolen i Østfold



FORORD

Denne masteroppgaven markerer avslutningen på en lang og krevende reise. Et brennende engasjement for jobben min har nok både representert en sterk drivkraft og et mangfold av utfordringer. Valg av tema bar preg av et sterkt ønske om å besvare alle de uløste gåtene, finne løsninger på enhver utfordring, utforske og få utløp for all nysgjerrighet som har sitt utspring i møter med ungdom i svevet. Kanskje var disse drømmene, i kombinasjon med en jobb som på godt og vondt tidvis blir altoppslukende, årsaken til at valg av tema og problemstilling ble en langt mer tidkrevende ferd enn forventet. Mulig er det også mitt nokså individrettede arbeid som i økende grad har gitt ønske og motivasjon til å løfte blikket og søke muligheter for å tenke nytt. Underveis i studiet har det vært sterkt fokus på enkeltmennesker som en del av en større sammenheng og den gjensidige avhengigheten mennesker imellom. Parallelt med dette har jeg fått mulighet til å erfare verdien og styrken i velfungerende samarbeid med et mangfold av yrkesutøvere, foresatte, barn og ungdom. Dette har generert ønske om økt kunnskap om potensiale som kan ligge i utvikling av nye former for samhandling og utvikling av tjenestetilbud som potensielt kan bidra til trygge, gode og helsefremmende oppvekstmiljø for den største ressursen vi har – ungdommen.

Det er mange som har fått kjenne, lytte til og erfare et vidt spenn av emosjoner underveis i dette arbeidet. En stor takk til alle medstudenter jeg har fått gleden av å diskutere og utvikle meg sammen med. En særlig takk til Maria for godt samarbeid, gode samtaler og verdifulle minner fra en fin studietid. Tusen takk til gode kollegaer som har bidratt, støttet og heiet. En særlig takk til Mette som tok imot en ny medarbeider som mer enn alt annet har vært fokusert på egne studier og prosjekter. Du har møtt meg med respekt, omsorg, humor, kunnskap og støtte, og sørget for å tilrettelegge både praktisk, faglig og emosjonelt slik at dette arbeidet har vært mulig. Tusen takk til venner, familie og samboer som de siste månedene knapt har sett eller hørt fra meg, og som uten antydning til irritasjon har tålt at det lille de har fått fra meg har handlet om skrivesperre, frister, litteratursøk, rusmidler og Island. En spesiell takk til folkehelsekoordinator i Eide kommune, som villig stilte opp til intervju, har svart på e-poster og sendt meg informasjon om det spennende arbeidet i Eide kommune. Oppgaven ville ikke blitt den samme uten dine bidrag!

Tusen takk, Hadi Strømmen Lile, min suverene veileder som fra første stund møtte meg med stort engasjement, direkte tale, respekt, forventninger og anerkjennelse som ga meg troen på at dette kunne være mulig. Du har balansert tydelig veiledning med å skape tilstrekkelig og

nødvendig rom og frihet for en noe original røver. Takk for fri tale, stor takhøyde og e-postkorrespondanse midt på natten. Med en stor mengde kunnskap, tydelige tilbakemeldinger, humor og raushet, gjorde du dette til en trygg, lærerik og givende prosess jeg vil sette pris på for alltid.

Det kjennes som at det endelige produktet kun representerer en liten del av en omfattende og langvarig prosess. Alle ideer, visjoner, lesing, skriving, prøving og feiling, reflekteres i liten grad i denne endelige oppgaven. Imidlertid er det mest grunnleggende, og for meg mest verdifulle, tydelig forankret også i dette sluttproduktet, nemlig ungdommen. Jeg bærer med meg en enorm ydmyket og takknemlighet for alle dere som på ulike vis har latt og lar meg få ta del i deres historier, hverdager, utfordringer og utvikling. Når nærmest all motivasjon har forsvunnet, håpet og troen på et endelig produkt har bleknet, da er det dere jeg har tenkt på. Dere nysgjerrige, frustrerte, håpefulle, opposisjonelle, grensesprengende, ærlige, redde, åpne og modige, som stadig viser meg nye dimensjoner, perspektiver og muligheter. Med respekt og beundring; tusen hjertelig takk.

Vestby, april 2020

Ane Isabelle Simble

SAMMENDRAG

Bakgrunn og hensikt: Masteroppgavens hensikt er ervervelse av kunnskap om kommunalt rusforebyggende arbeid med barn og unge. Ungdomstiden er en særlig sårbar periode for å utvikle rusmiddelproblemer, og det er viktig å se sammenheng mellom barn og unges oppvekstmiljø, sosiale rammer og psykisk helse. Kommunene bærer ansvar for å implementere effektive forebyggende tiltak på alle nivåer, forankret i en rekke lovverk og fordelt på mange tjenester og tjenesteutøvere. Masteroppgaven er ment å se nærmere på utarbeidelsen av konkrete kommunale forebyggende intervensjoner for å redusere risiko, øke beskyttelse, hindre og redusere rusmiddelbruk blant barn og ungdom. For å belyse dette presenteres arbeidet gjort på Island for å endre ungdoms rusvaner. Nevnte modell, kalt Islandsmodellen, studeres med et ønske om å mulig kunne identifisere virksom innsats som kan antas å ha en overføringsverdi til Vestby kommune.

Problemstilling: *Hva har de lyktes med i Islandsmodellen og finnes det overføringsverdi til en norsk kontekst som Vestby kommune?*

Metode og utvalg: I arbeidet med å besvare studiens hovedproblemstilling ble det utarbeidet to forskningsspørsmål:

- 1. Hvilke grep har islendingene gjort i arbeidet med endring av ungdoms rusvaner og hvilken effekt har det hatt?*
- 2. Hva av det Island lyktes med kan overføres til en norsk kontekst som Vestby kommune?*

Studien tar utgangspunkt i datagrunnlag bestående av komparativ casestudie og intervju, med en påfølgende analyse av datamaterialet. I søken etter eventuelle virksomme tiltak undersøkes Islandsmodellen, Eide kommunes universelle forebygging kalt «Islandsmodellen på norsk» og Vestby kommune i en sammenligningsstudie. Datagrunnlaget består av offentlige dokumenter innhentet for å skaffe dybdeinformasjon om Islandsmodellen, samt skriftlig kommunikasjon og intervju med folkehelsekoordinator i Eide kommune. Dilemmaer ved kausalitet og overføring tematiseres og drøftes. Kombinasjonen av casestudie og intervju er ment å kunne bidra til en mer nyansert og detaljert beskrivelse av problemstillingen.

Konklusjon: Studien gir beskrivelse av identifiserte momenter ved Islandsmodellen som antas mulige å overføre med lokale tilpasninger, og dette diskuteres i komparasjon til relevant forskning og gjeldende norske faglige føringer. En særlig interesse for implementeringsprosessen og det mulige paradigmeskifte en overføring av Islandsmodellen til norsk kontekst vil kunne representere, kommer til syne særlig i studiens avslutningskapittel.

Nøkkelord: Islandsmodellen, ungdom, universelt forebyggende arbeid, rusforebygging, folkehelse, samhandling, implementering, endring, kontekst- og formidlingsbevissthet.

SUMMARY

Background and purpose: The purpose of the master thesis is the acquisition of knowledge about municipal substance abuse prevention work with children and adolescents. Adolescence is a particularly vulnerable period for developing substance abuse problems, and it is important to see the connection between children and adolescents' growing up environments, social settings and mental health. The municipalities are responsible for implementing effective preventive measures at all levels, rooted in several legislations and distributed among many services and service providers. The master thesis is intended to look at the preparation of specific municipal preventive interventions to reduce risk, increase protection, prevent and reduce substance abuse among children and adolescents. To illustrate this, the work done in Iceland is presented, as a method of how to change young people's substance abuse. The mentioned model, called The Icelandic Prevention Model, is studied with a desire to be able to identify effective measures that can be assumed to have a transfer value to Vestby municipality.

Issues in matter: What have they succeeded with in The Prevention Icelandic Model and is there a transfer value to a Norwegian context such as Vestby municipality?

Method and selection: In the effort to answer the main problem of the study, two research questions were prepared:

1. What steps have Icelanders made in their work on changing young people's substance abuse and what effect has this had?
2. What part of Iceland's success can be transferred to a Norwegian context such as the municipality of Vestby?

The study is based on data on comparative case study and interview, with a subsequent analysis of the data material. In the search for effective measures, The Icelandic Prevention Model, Eide municipality's universal prevention called "the Icelandic model in Norwegian" and Vestby municipality are examined in a comparative study. The data base consists of public documents obtained to provide in-depth information about the Icelandic model, as well as written communication and interview with the public health coordinator in Eide municipality. Dilemmas of causality and transfer are thermalized and discussed. The combination of case study and interview is intended to contribute to a more nuanced and detailed description of the issues in matter.

Conclusion: The study provides a description of identified elements of The Prevention Icelandic Model that are believed to be possible to transfer with local adaptations, and this is discussed in comparison with relevant research and current Norwegian academic guidelines. A particular interest in the implementation process and the possible paradigm shift, which a transfer of The Icelandic Prevention Model to Norwegian context could represent, appears especially in the study's concluding chapter.

Keywords: The Icelandic Prevention Model, youth, adolescent, universal preventive work, substance abuse prevention, public health, interaction, implementation, change, context and communication awareness.

INNHALDSFORTEGNELSE

FORORD.....	1
SAMMENDRAG	3
SUMMARY	5
1.0 INNLEDNING	10
1.1 Bakgrunn	10
1.2 Oppgavens tema	10
1.2.1 Nasjonale føringer	11
1.2.2 Forskningsmessig relevans.....	13
1.3 Problemformulering	14
1.4 Begrepsavklaringer og kunnskapsstatus.....	16
1.5 Oppgavens struktur	16
2.0 METODE	17
2.1 Egen rolle og refleksivitet	18
2.2 Hvilke grep har islendingene gjort i arbeidet med endring av ungdoms rusvaner og hvilken effekt har det hatt?	18
2.3 Kausalitet.....	22
2.4 Hva av det Island lyktes med kan overføres til en norsk kontekst som Vestby kommune?	24
2.5 Intervju	24
2.6 Overføring	27
2.7 Komparativ metode	27
3.0 ISLANDMODELLEN OG DENS EFFEKTER	29
3.1 Bakgrunn	29
3.1.1 The European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs	30
3.1.2 Utfordringene på Island.....	30
3.1.2 Avhengighet og aktivitet	31
3.2 Youth in Iceland	32
3.2.1 Islandsmodellens begynnelse	33
3.2.2 Rusfritt Island	34
3.3 Tiltakene.....	34
3.3.1 Lovendringer	35
3.3.2 Organisert fritid	35
3.3.3 Fritidskort	36

3.3.4 Foreldreinvolvering	37
3.3.5 Prevention day	37
3.4 Fem prinsipper	37
3.5 Implementering og intervensjoner	39
3.6 Hvilken effekt har Islandsmodellen hatt?	39
3.6.1 Foreløpige resultater	40
3.6.2 Universell forebygging	41
3.6.3 Utviklingen	42
3.6.4 Kollektiv innsats og felleskapets betydning	43
3.6.5 Strukturell forebygging og inkludering	44
3.6.6 Foreldreinvolvering og lokalmiljøets potensielle beskyttelse	46
3.6.7 Skolen som forebyggingsarena	48
3.6.8 Aktivitet som forebygging	50
3.6.9 Helhetlig tjenestetilbud	51
3.7 Islands unike posisjon	53
3.8 Oppsummering	54
4.0 HVA AV DET ISLAND HAR LYKKES MED KAN OVERFØRES TIL EN NORSK KONTEKST?	56
4.1 Planet Youth	56
4.1.1 Utgangspunkt for overføring av Islandsmodellen til andre land	56
4.1.2 Overføring av Islandsmodellens grunnprinsipper	57
4.1.3 Internasjonal interesse	58
4.1.4 YiE i Irland	58
4.2 Islandsmodellen på norsk – Eide kommune	62
4.2.1. Demografi og sosioøkonomisk status	62
4.2.2 Koordinert innsats	63
4.2.3 Kompetansesenter Rus og Ungdata	64
4.2.4 Organisering	66
4.2.5 Foreldreinvolvering	67
4.2.6 Fritidsaktiviteter	69
4.2.7 Evaluering	71
4.2.8 Fellesskapsfølelsen	73
4.2.9 Kommunesammenslåing og veien videre	74
4.3 Oppsummering	74

5.0 HVA VED ISLANDSMODELLEN KAN OVERFØRES TIL VESTBY KOMMUNE?	77
5.1 Vestby kommune.....	77
5.1.1 Ungdata i Vestby	77
5.1.2 Situasjonsbeskrivelse	79
5.2 Overførbare elementer.....	80
5.2.1 Innetider	81
5.2.2 Kartlegging av ungdommens livssituasjon	82
5.2.3 Samhandling og koordinert innsats	84
5.2.4 Organisert fritid	86
5.2.5 Foreldreinvolvering.....	89
5.3 Sterkere fellesskap.....	90
6.0 AVSLUTNING	92
LITTERATURLISTE	96

Antall sider: anslagsvis 80 (85) – eksklusive forside, forord, sammendrag, summary, innholdsfortegnelse, litteraturliste og vedlegg.

1.0 INNLEDNING

«Arbeidet for å forebygge fysiske og psykiske plager hos ungdom starter lenge før hun eller han banker på helsesøsters dør fordi noe er så vondt at det ikke er til å holde ut.»¹

Masteroppgavens hensikt er ervervelse av kunnskap om kommunalt rusforebyggende arbeid med barn og ungdom. Temaet for masteroppgaven er det omfattende forebyggende arbeidet med barn og unge på Island, kalt Islandsmodellen, og den potensielle overføringsverdien til en norsk kontekst. I søken etter eventuelle virksomme tiltak undersøkes Islandsmodellen, herunder Reykjavik kommune, Eide kommune og deres systematiske forebyggingsarbeid kalt «Islandsmodellen på norsk» og Vestby kommune i en sammenlikningsstudie. Den empiriske undersøkelsen er basert på komparativ casestudie og intervju. I innledningskapittelet redegjøres det for bakgrunn, samt konkretisering av oppgavens tema og målsetning. Her avklares også bruk av noen grunnleggende begreper, oppgavens formål, samt presentasjon av oppgavens struktur.

1.1 Bakgrunn

Som ungdomslos ansatt i Vestby kommune møter jeg barn og ungdom som strever med utenforskap og svak skoletilknytning. Unge med høy risiko for å utvikle problemer som kan lede til manglende kompetanseoppnåelse i skolen og fremtidig marginalisering. Deres fortellinger gir opplevelsen av at det er omfattende kompetanse i å gjenkjenne, omtale og drøfte tegn på risiko eller problemutvikling, men langt mindre handlingskompetanse i å konkret agere, samtale med de unge, avklare og følge opp. Hva kan gjøres for å endre dette? Finnes det kunnskapsbaserte forebyggende tiltak som kan sørge for at vi når flere av disse ungdommene på et tidligere tidspunkt? Kan formalisering, tydeligere forankring og implementering bidra til økt handlingskompetanse hos voksne som møter barn og unge med tegn på risiko eller problemutvikling? Er det mulig å systematisere et arbeid som styrker samhandling, fellesskapet og således reduserer marginaliseringsrisikoen for den enkelte?

1.2 Oppgavens tema

«I all hovedsak står det bra til med norsk ungdom.»² Ungdata, et kvalitetssikret og standardisert system for lokale spørreskjemaundersøkelser som besvares av ungdom over hele landet, gir generell beskrivelse av dagens ungdomsgenerasjon som veltilpasset, fornuftige og

¹ Helse- og omsorgsdepartementet 2016: 4.

² Bakken 2019: 2.

fornøye. Imidlertid beskriver Ungdatarapporten fra 2019 et brudd i nevnte utvikling. Ungdatarapportene er ment å gi et bredt bilde av hvordan norske ungdommer har det på ulike områder. Fjorårets rapport viser en økning i ungdomskriminalitet, cannabisbruk, vold, forekomst av psykiske plager, mindre framtidsoptimisme og mer skjermtid. Videre viser resultatene at færre ungdommer trives på skolen, færre bruker mye tid på lekser og et økt antall opplever skolen som kjedelig. De nasjonale resultatene viser en økning i antall ungdom som har prøvd cannabis. Likeledes ses en endring i norske ungdoms alkoholbruk der de to siste tiårene har vist stadig reduksjon, mens årets resultater indikerer at utviklingen har flatet ut. Her vises også en holdningsendring blant elever av begge kjønn, både på ungdomstrinnet og på videregående, der en økende andel rapporterer at det å drikke seg full kan gi økt status blant venner.³

Ungdomstiden er en særlig sårbar periode for å utvikle rusmiddelproblemer, og det er viktig å se sammenheng mellom barn og unges oppvekstmiljø, sosiale rammer og psykiske helse. Tidlig rusdebut er forbundet med økt risiko for negative konsekvenser, både på kort og lang sikt. Det er sammenheng mellom tidlig rusdebut, rusmiddelproblemer og psykiske vansker. Årsaksforklaringene er imidlertid tvetydige. Det er usikkerhet tilknyttet om både psykiske og rusmiddelrelaterte vansker skyldes bakenforliggende sårbarhet, om psykiske vansker kan forstås som årsak til rusmiddelmisbruk eller om tidlig rusdebut gir konsekvens av psykiske vansker.⁴

1.2.1 Nasjonale føringer

Plan- og bygningsloven⁵ og folkehelseloven⁶ gir klare føringer for kommunenes arbeid med kommuneplaner med en handlingsdel. Folkehelsemål og rusmiddelforebyggende prioriteringer skal komme tydelig til uttrykk, og hensynet til befolkningens helse og livskvalitet skal vektlegges. I stor grad dreier dette arbeidet seg om samfunnsutvikling blant annet gjennom systematisk arbeid for å skape gode oppvekstsvilkår for kommunens innbyggere. I nasjonale forventninger til kommunenes planarbeid, anbefalt prosesshjelp gjennom KS verktøykasser og kommunetorget, samt kunnskapsgrunnlaget i blant annet folkehelseoversikten, fremmes behovet for å se på forebygging av rusrelaterte skader og

³ Bakken 2019: 2-4.

⁴ Helsedirektoratet 2010: 9; Skogen 2013: 1; Oslo kommune Velferdsstaten: 2017: 20.

⁵ Plan- og bygningsloven: 2008 § 3-1

⁶ Folkehelseloven 2012: §3-§4

problemer som mer enn problematisk bruk av legale og illegale rusmidler. Forebygging skal forstås som et helhetlig arbeid med beskyttelse i form av trygge vekstvilkår for barn og unge, sunne levevaner, inkludering og aktiv deltakelse. Folkehelseloven⁷ tydeliggjør kommunenes plikt til å ha kjennskap til og igangsette systematisk arbeid, basert på virksomme tiltak og beskyttelsesfaktorer, for å møte kommunenes folkehelseutfordringer.

Det er mye dokumentasjon på at mennesker i risiko eller som allerede er i ferd med å utvikle problematisk rusmiddelbruk oppdages og hjelpes for sent. Parallelt med slike funn understrekes behovet for god forebygging, særlig den universelle forebyggende innsatsen som en sentral del av kommunenes folkehelsearbeid.⁸ Kommunene bærer ansvar for å implementere effektive forebyggende tiltak på alle nivåer, forankret i en rekke lovverk og fordelt på mange offentlige tjenester og tjenesteutøvere. Ifølge Organisasjonen for økonomisk samarbeid og utvikling (OECD) er det behov for å utvide kunnskapen om modeller for utvikling av god tidlig innsats og identifisering av unge med forhøyet risiko. Intensjonen er å redusere behovet for og anvendelsen av mer spesialiserte og behandlingsrettede tjenester. OECD peker på utfordringen i manglende insentiver som fremmer forebygging og samhandling.⁹ Likeledes belyser Brukerplan-kartleggingen, kommunalt kartleggingsverktøy for omfang og karakteren av rusmiddelbruk, at det ofte er snakk om utvikling av et omfattende rusproblem før unge med rusutfordringer blir oppdaget. Dette tyder på et tjenestetilbud som ikke er tilstrekkelig tilpasset for å nå og være tilgjengelig for barn og ungdom. Herunder løftes problemstillingen om tradisjonelle, eksisterende kommunale tjenestetilbud er tilstrekkelig gode arenaer eller omfattende nok til å identifisere rusproblematikk på et tidlig tidspunkt.¹⁰

Det er liten tvil om at det råder bred felles enighet om at forebygging generelt, og rusforebyggende arbeid spesielt, er et område som krever og fortjener stor oppmerksomhet og innsats av høy kvalitet. Tidlig innsats fremmes som bærebjelken i det norske velferdssamfunnet. Forankring i en omfattende folkehelsepolitikk, å sikre likeverdige forhold for barn som vokser opp med lav sosioøkonomisk status, tettere samarbeid og helhetlige tjenestetilbud, står frem som klare satsingsområder.¹¹ Mulig kan utfordringen ved begrenset

⁷ Folkehelseloven: 2012 § 7

⁸ Helsedirektoratet 2010: 4-5; Departementene 2013: 2-4.

⁹ Helse- og omsorgsdepartementet 2015: 17.

¹⁰ Helse- og omsorgsdepartementet 2015: 7.

¹¹ Helse- og omsorgsdepartementet 2015: 17.

dokumentert effekt av forebyggende arbeid gjøre det mer utfordrende å få til tilstrekkelig med både økonomiske og menneskelige ressurser, så vel som nødvendig kunnskap til å sikre et tilfredsstillende kvalitetsutviklingsarbeid. Planer, retningslinjer og veiledere som i stor grad baseres på de store linjene, men som i mindre grad gir tydelige indikatorer for hvordan dette arbeidet skal se ut for den enkelte tjeneste og tjenesteutøver, er mulig en medvirkende årsak til at det kan synes svært varierende i hvilken grad det arbeides systematisk for å hindre skjevutvikling. I Opptrappingsplanen for rusfeltet 2016-2020 problematiseres det at den tilgjengelige kunnskapen på feltet tas lite i bruk i tjenesteutviklingen i kommunene, og at det er store mangler på forskningen på hvilken kunnskap kommunene etterspør og hvordan og i hvilket format denne kunnskapen bør formidles.¹²

1.2.2 Forskningsmessig relevans

Effektvurderingen av rusforebyggende tiltak med barn og unge er stadig forbundet med mye usikkerhet. Dette trolig med bakgrunn i utfordringene ved forskning på forebygging og begrenset tilgang på dokumentasjon med tilstrekkelig vitenskapelig kvalitet. Jens Christoffer Skogen sier det slik:

*«Det som synes sikkert, er at tiltak må settes inn på flere nivå – fra samfunns- til individnivå – og at mangefasettede og koordinerte tiltak av både universell og indikert karakter er nødvendig. Videre bør man også tenke over om forebygging i seg selv er nok, og om man ikke også bør i større grad satse på helsefremmende arbeid generelt (...).»*¹³

Ungdataundersøkelsene gir klare indikasjoner på at ungdom med tidlig alkoholdebut ofte er kjennetegnet ved ulike varianter av antisosial atferd og bærer økt risiko for bruk av illegale rusmidler.¹⁴ *«Ettersom alkohol synes å være inngangsporten til rusbruk, er det trolig viktig å utvikle forebyggende tiltak spesielt rettet mot alkoholdebut og bruk.»*¹⁵ Likeledes beskriver Bretteville-Jensen og Bremness et behov for forskning på det rusforebyggende feltet, og understreker at det er *«(...) fremdeles et stort behov for å utvikle og evaluere tiltak som kan begrense risikofylt og skadelig bruk av cannabis»*¹⁶ Nordic Welfare Centre's rapport

¹² Helse- og omsorgsdepartementet 2015: 31.

¹³ Skogen 2013: 10.

¹⁴ Helse- og omsorgsdepartementet 2015: 17.

¹⁵ Kirby & Barry 2012 i Skogen 2013: 9.

¹⁶ Bretteville-Jensen og Bremness 2019: 137.

«Treatment of cannabis-related problems in the Nordic countries» omtaler situasjonen i de nordiske landene som i behov av et koldtbord av ulike intervensjoner, og oppsummerer det med «(...) *all Nordic countries also struggle with some similar problems: Prevention would be crucial but is difficult.*»¹⁷

1.3 Problemformulering

Kommunene bærer stort ansvar for at barn og unge får gode oppvekstsvilkår, for å forebygge og hindre marginalisering. En utfordring kan imidlertid mulig oppstå i det forebyggende planarbeidet der det ligger klare føringer for et forebyggende arbeid i et folkehelseperspektiv basert på universelle tiltak, samtidig som det skal sikres at arbeidet favner de mest utsatte.¹⁸ I NOU 1991:10¹⁹ tydeliggjøres det at forebygging er klart mest virksomt og med markant høyere effekt ved innsats som sørger for at majoriteten i en befolkningsgruppe reduserer sin risikoatferd, altså universelle og selektive tiltak, ikke ved indikativ innsats for et mindretall med forhøyet risiko.²⁰

I Opptrappingsplanen for rusfeltet 2016-2020 belyses manglende handlingskompetanse ved bekymring for barn og unge.²¹ Kommunalt ansatte beskriver evne til å gjenkjenne tegn på atferd som både kan indikere ulike livsutfordringer og være forløpere til eksempelvis et rusproblem. Imidlertid opplever mange manglende trygghet og kompetanse i adekvat handling ovenfor den enkelte ungdom og foresatte, så vel som oversikt over gode hjelpetiltak og mulighet for samarbeid og eventuelle henvisninger. Her vil Helsedirektoratets veileder «Fra bekymring til handling – en veileder om tidlig intervensjon på rusområdet» kunne anses som et verdifullt bidrag og således er det nærliggende å stille spørsmål ved om det tar hovedutfordringer tilbake til forankring og implementering, samt ytterligere fokus på samarbeid og samhandling for å skape sømløse overganger og helhetlige og koordinerte tjenester.²² Ifølge Bretteville-Jensen og Bramness²³ er det et stort behov for å vurdere, utvikle og evaluere intervensjoner som kan bidra til å hindre og begrense skadelig rusmiddelbruk. Masteroppgaven er ment å se nærmere på utarbeidelsen av konkrete kommunale forebyggende intervensjoner for å redusere risiko, øke beskyttelse, hindre og redusere

¹⁷ Stenius 2019: 33.

¹⁸ Departementene 2013: 1-2.

¹⁹ NOU 1991:10: 4-5.

²⁰ Bretteville-Jensen & Bramness 2019: 128-129.

²¹ Helse- og omsorgsdepartementet 2015: 33.

²² Helsedirektoratet 2010: 12-13.

²³ Bretteville-Jensen & Bramness 2019: 137-138.

rusmiddelbruk blant barn og ungdom. For å belyse dette presenteres snuoperasjonen på Island, kalt Islandsmodellen. Videre studeres Eide kommunes systematiske arbeid i samsvar med kunnskap og erfaringer fra Island. Nevnte intervensjoner sammenlignes deretter med Vestby kommune, med et ønske om å mulig kunne identifisere virksom innsats som kan antas å ha en overføringsverdi. Vestby kommune er valgt på bakgrunn av egen arbeidssituasjon, kjennskap til kommunen og tanke om at den er representativ for mange av landets kommuner. Med nevnte utgangspunkt baseres oppgaven på følgende problemstilling:

Hva har de lyktes med i Islandsmodellen og finnes det overføringsverdi til en norsk kontekst som Vestby kommune?

Med Islandsmodellen menes her det systematiske rusforebyggende arbeidet med barn og unge på Island, med originaltittel «The Icelandic Prevention Model». Modellen beskrives som en teoretisk forankret evidensbasert modell, basert på et samarbeid mellom sentrale politikere, beslutningstakere, forskere, feltarbeidere og innbyggere, med fokus på å redusere kjente risikofaktorer for rusmiddelbruk parallelt med styrking av en rekke beskyttelsesfaktorer i oppvekstmiljøet.²⁴

Som et ledd i arbeidet med å besvare hovedproblemstillingen er følgende forskningsspørsmål utarbeidet:

- 1. Hvilke grep har islendingene gjort i arbeidet med endring av ungdoms rusvaner og hvilken effekt har det hatt?*
- 2. Hva av det Island lyktes med kan overføres til en norsk kontekst som Vestby kommune?*

Med rusvaner menes her ungdom under atten år sin bruk av både legale og illegale rusmidler. Oppgaven tar utgangspunkt i Skogen, Smith, Aarø, Siqveland & Øverland sin definisjon av universell forebygging som «(..) tiltak rettet mot alle i befolkningen eller mot hele befolkningsgrupper uten at en har identifisert individer eller grupper med forhøyet risiko.»²⁵

²⁴ Sigfúsdóttir, Thorlindsson, Kristjánsson, Roe & Allegrante 2008: 16.

²⁵ Skogen, Smith, Aarø, Siqveland & Øverland 2018: 25.

1.4 Begrepsavklaringer og kunnskapsstatus

Helhetlig og koordinert forebyggende arbeid overfor barn og unge er avhengig av et tverrfaglig og tverrsektorielt samarbeid. Velfungerende hjelpetjenester kjennetegnes også ofte av tydelig rolle-, ansvars- og oppgavefordeling innad i tjenestene og mellom de ulike tjenestene. Dette gjelder både samarbeidet mellom tjenester innen kommunen, og samarbeidet på tvers av forvaltningsnivå.²⁶ Islandsmodellen er basert på psykologiprofessoren Harvey Milkman's teori om at de kjemiske reaksjonene i hjernen ved inntak av rusmidler kan erstattes med positive aktiviteter, videreført av forskningsdirektør ved Universitetet i Reykjavik Inga Dora Sigfúsdóttir. Hva ble gjort på Island? Hvilke grep har islendingene gjort for å få til denne positive endringen av tenåringeres rusvaner? Hvilke sosioøkonomiske, politiske og demografiske likheter og ulikheter er det mellom Reykjavik, Eide og Vestby? Hvilke effektive forebyggende intervensjoner kan fungere i en norsk kontekst? Hva førte Eide til omtalen «Islandsmodellen på norsk»? Og ikke minst, hvilke potensielle overføringsmuligheter finnes som kan resultere i konkrete forebyggende tiltak i Vestby kommune?

1.5 Oppgavens struktur

Studien består av seks kapitler. Kommende kapittel presenterer avveininger for valg av metode, planlegging og gjennomføring av datainnsamling, samt redegjørelse for analyseprosessen. Videre består hoveddelen av tre kapitler, organisert for å besvare studiens to forskningsspørsmål. Dette med en kombinasjon av presentasjon av undersøkelsesfunn, forskning på feltet, analyse og refleksjon. Hoveddelens første kapittel presenterer Islandsmodellen. Kapittel 4 redegjør for ervervet kunnskap om overføring av modellen til andre land og lokalmiljøer, og kapittel 5 undersøker potensiell overføring av Islandsmodellen til Vestby kommune. Avslutningskapittelet er ment som en oppsummering, samt mulig grunnlag for ytterligere forskning.

²⁶ Departementene, 2013: 2-4.

2.0 METODE

Masteroppgavens hensikt har vært å innhente informasjon om det omfattende universelle rusforebyggende arbeidet på Island, kalt Islandsmodellen, og undersøke mulighet for overføring til en norsk kontekst, herunder Vestby kommune. Oppgaven tar, som nevnt, utgangspunkt i problemformuleringen «Hva har de lyktes med i Islandsmodellen og finnes det overføringsverdi til en norsk kontekst som Vestby kommune?». For å besvare oppgavens problemformulering, er det utarbeidet to forskningsspørsmål: 1. *Hvilke grep har islendingene gjort i arbeidet med endring av ungdoms rusvaner og hvilken effekt har det hatt?* 2. *Hva av det Island lyktes med kan overføres til en norsk kontekst som Vestby kommune?*

Forskningsspørsmålene inviterer hver for seg til tilpasset metodisk tilnærming i arbeidet med å besvare oppgavens problemformulering. Studien tar utgangspunkt i datagrunnlag bestående av komparativ casestudie og intervju, med en påfølgende analyse av datamaterialet.

Kombinasjonen av casestudie og intervju er ment å kunne bidra til en mer nyansert og detaljert beskrivelse av problemstillingen. For å klargjøre oppgavens struktur og tydeliggjøre intensjonen om trinnvis arbeid med forskningsspørsmålene, ble det utarbeidet en figur som fremdriftsplan. Følgende figur viser trinnvis oppbygging av de ulike kapitlene som benytter datagrunnlaget i søken etter å besvare masteroppgavens problemformuleringer.



Fig. 1, Oppgavens struktur for gjennomgang av datagrunnlag i sammenheng med hovedproblemstilling og aktuelle forskningsspørsmål.

Kapittelet er ment å redegjøre for metodiske valg, samt fremgangsmåte for innsamling av data. Kommende underkapitler er ment å beskrive prosessen, endringer og utviklingen gjennom de ulike fasene i arbeidet med studien. Ved valg av metode for datainnsamling ble det gjort en rekke vurderinger. Kommende delkapitler presenterer forskningsspørsmålene med tilhørende metodiske avveininger og beslutninger, henholdsvis med redegjørelse for utvelgelse av dokumenter og gjennomføring av intervjuet.

2.1 Egen rolle og refleksivitet

Studien er basert på omtale av et felt jeg arbeider med og har kjennskap til som ansatt i Vestby kommune. Det tas høyde for en antatt påvirkning på utarbeidelse og gjennomføring av studien, basert på egne erfaringer og verdier. Eget kjennskap til og engasjement for dette området kan påvirke evnen til akademisk distanse, samtidig som det mulig også kan representere en styrke i informasjonsinnhenting, utforming og gjennomføring av intervju. Arbeidet baseres på et bevisst forhold til streben etter kritisk sans, refleksivitet og egenrefleksjon over hvordan egne interesser, erfaringer og forståelse påvirker arbeidet med studien.²⁷

2.2 Hvilke grep har islendingene gjort i arbeidet med endring av ungdoms rusvaner og hvilken effekt har det hatt?

Studiens første forskningsspørsmål «*Hvilke grep har islendingene gjort i arbeidet med endring av ungdoms rusvaner og hvilken effekt har det hatt?*» initierer beskrivelser av selve modellens form og innhold, samt en effektbeskrivelse med vurdering av årsaker og virkninger. Sistnevnte gir grunnlag for vurdering av kausalitet, beskrevet senere i dette kapittelet. Med søken etter beskrivelse av modellen ble det innledningsvis vurdert hensiktsmessig å søke etter dokumenter for å skaffe dybdeinformasjon om Islandsmodellen. Med dokumenter refereres her til skriftlig materiale av offentlig karakter, bestående av en rekke artikler. Den offisielle nettsiden for The Icelandic Centre for Social Research and Analysis (ICSRA)²⁸, med tilhørende artikler som beskriver Islandsmodellen, har hatt særlig betydning i søken etter informasjon om det rusforebyggende arbeidet på Island. Begrepet modell er forstått som beskrivende for et omfattende arbeid, presentert basert på et utvalg av hovedmomenter med ambisjon om å gi en trinnvis form for gjennomføring av en prosess.

²⁷ Repstad 2007: 77-81.

²⁸ Planet Youth by ICSRA 2018 <https://planetyouth.org/>

Dette har opplevdes noe abstrakt og gitt grunnlag og behov for søken etter omfattende litteratur i beskrivelse av arbeidet. Det er også supplert med kronikker, intervjuer og artikler fra magasiner og tidsskrifter. Samtlige dokumenter av offentlig karakter er i form av sekundærdata. Med sekundærdata menes oppslagsverk som bygger på primærkilden og gir indirekte tilgang til forholdet som skal studeres.²⁹ I arbeid med innhenting av informasjon, ble det benyttet en rekke søkemotorer gjort tilgjengelig gjennom Høgskolen i Østfolds nettsider. Majoriteten av benyttet litteratur er hentet fra Idunn, Google Scholar, Oria, Academic Search Premier og Sage Journals. I tillegg er Universitetet i Reykjaviks egne Planet Youth-nettsider brukt flittig, samt generelle google-søk etter beskrivelser av modellen så vel som øvrig søk etter kunnskap om universelt rusforebyggende arbeid. Det opplevdes noe utfordrende å innhente god oversikt da søk etter litteratur ga omfattende mengde treff, men mange av søkeresultatene ga beskrivelser av ulike utfordringer i ungdomsmiljøet på Island og lite informasjon om selve modellen. Utvalgskriteriene for å bli innlemmet i det videre arbeidet var hovedsakelig dokumentenes relevans for oppgavens problemformulering, herunder forskningsspørsmål én, og dermed utgangspunkt i beskrivelse av Islandsmodellen og det rusforebyggende arbeidet med barn og unge på Island. Nedenfor vises trinnvis søk etter dokumenter relevante for bruk i denne studien, vist i figur 2.

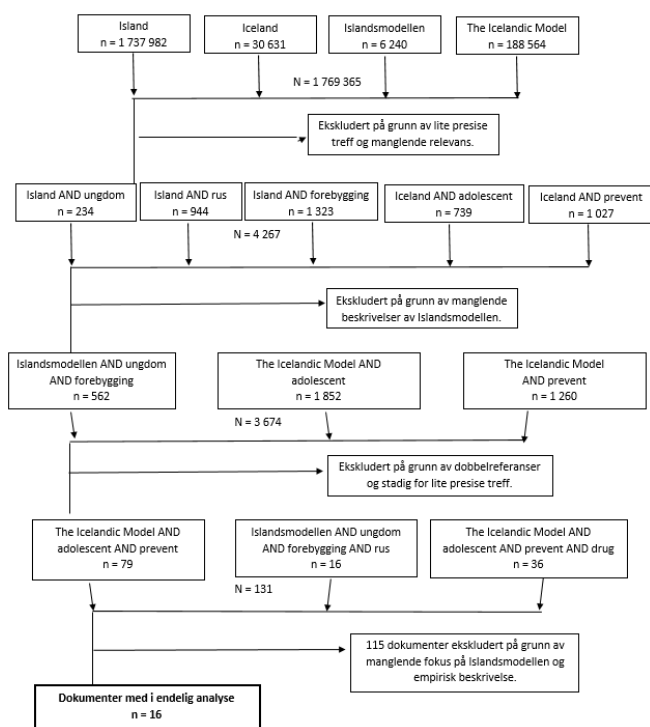


Fig. 2 Stegene i utvalg av dokumenter.

²⁹ Johannessen et.al. 2016: 98.

Figur 2 viser at det etter eksklusjon av dokumenter på bakgrunn av antatt for generelle søk og manglende relevans, sto igjen 131 dokumenter. Herunder omhandlet flere dokumenter elementer ved Islandsmodellen som anses interessante, men ikke nødvendige for å besvare oppgavens problemformulering. Ekskludert materiale inneholdt blant annet studier av ungdoms grad av troverdighet i bekymringssamtaler som en del av indikativ forebygging, oppfølging av tannhygiene og fysiske helseutfordringer, samt ulike studier av ungdoms psykiske helseutfordringer. Resterende dokumenter ble grundigere analysert for å finne ut hvilke som beskrev Islandsmodellen, herunder universell forebyggende og helsefremmende innsats for å forebygge rusmiddelbruk blant barn og unge på Island. Resultatet ble et utvalg på 16 dokumenter som grunnlag for videre analyse.

Innledende litteratursøk ga primært resultater i artikler og rapporter skrevet av forskere tilknyttet ICSRA, det islandske forskermiljøet som står som hovedansvarlige for den kunnskapsbaserte forankringen og utviklingen av Islandsmodellen. Artikkene gir trinnvise beskrivelser av modellens bakgrunn, satsingsområder, prinsipper og implementeringspraksis, samt trender og utvikling i det islandske ungdomsmiljøet. Dette kan imidlertid bety at datagrunnlaget er noe lite nyansert, og det må tas høyde for at beskrivelsene er preget av mennesker med nærhet til arbeidet. Det er således nærliggende å tenke at dette kan medføre en ikke tilstrekkelig objektiv vurdering av modellens kvalitet og effekt. På bakgrunn av dette ble det vurdert hensiktsmessig å supplere med andre beskrivelser av modellen i form av innlegg, kronikker og intervjuer i ulike magasiner og nettsider. De norske artiklene, av Fredriksen og Leth-Olsen, som er benyttet i beskrivelse av modellen, er basert på en norsk delegasjons besøk på Island, henholdsvis på konferanse om Islandsmodellen «Prevention is possible» og møter med riksadvokatembetet. Beskrivelsene er forsøkt sett opp mot og sammenlignet med det islandske forskernettverkets egne publikasjoner. Imidlertid kan det anses som en svakhet at studien i stor grad gjengir litteraturens beskrivelser og konklusjoner av intervensjonene uten tilstrekkelig diskusjon av metodene bak disse beskrivelsene. Dette kan ses i sammenheng med egne begrensninger i kompetanse på statistikk og kvalitativ metode i en slik grad at det vanskelig ville la seg gjennomføre innenfor rammene for denne studien.

I arbeid med dette materialet er det forsøkt å vurdere hver enkelt tekst kritisk. Samtidig er Islandsmodellen på generelt grunnlag omtalt som en dramatisk suksesshistorie og dette må antas å prege også denne studien. Imidlertid er det forsøkt å reflektere kritisk rundt innhentet

data og det er gjort stadige forsøk på å etterprøve beskrivelsene opp mot annen forskning på universelt forebyggende arbeid. Funnene fra datainnsamlingen ga videre primært treff i presentasjon av modellens utforming, samt resultater fra kvantitative undersøkelser ment som dokumentasjon for modellens effekt. Sistnevnte medfører kausalitetsdilemma beskrevet nærmere i neste delkapittel. Bakgrunn for effektvurderingen i primært kvantitative data medfører også visse begrensninger. Dette medførte separate søk etter kvalitativ forskning på Islandsmodellen. Særlig syntes det interessant å utforske islandsk ungdoms opplevelse, særlig fra dem som befant seg midt i ungdomsårene da intervensjonene ble iverksatt. Det har ikke lyktes å identifisere studier av en slik art i arbeid med denne masteroppgaven. Imidlertid ble det identifisert en kvalitativ studie, NABO-undersøkelsen (the project Nabo - social Inclusion of youth in the Nordic Region), der islandske ungdom ble intervjuet om sosial tilhørighet og inkludering. Studien kan ikke sies å ha direkte tilknytning til Islandsmodellen, men ble vurdert til å ha interessante momenter i forsøket på å mulig nyansere og vurdere modellen kritisk, og er derfor gitt noe plass i kapittel 3. Det kan således sies å være en svakhet med denne studien at den utelukkende benytter sekundærdata i arbeidet med å innhente dyptgående kjennskap til Islandsmodellen. Det må også tas hensyn til at all sekundærdata som ikke innhentes som rådata, er tilpasset den opprinnelige forskerens agenda og behov. Dette medfører særlig krav til bevisst utvelgelse av datamateriale brukt i en dokumentanalyse, herunder vurdering av mulighet for førstehåndskilder og offentlige kilder.³⁰

Det ble innledningsvis vurdert hvorvidt det kunne være hensiktsmessig å innhente ytterligere informasjon fra noen av de ansvarlige bak modellen. Jeg sendte derfor en forespørsel til forskningsdirektør og hovedansvarlig for Islandsmodellen ved Universitetet i Reykjavik, Inga Dora Sigfúsdóttir. Imidlertid ble det ved ytterligere litteraturgjennomgang vurdert lite nyttig å streve for å oppnå kontakt med henne for uttalelser utover det som er beskrevet i en rekke rapporter og artikler. Det kunne således synes langt mer interessant og nyttig å innhente beskrivelser av islandske ungdommers opplevelser og erfaringer med å vokse opp i et samfunn som er preget av en såpass massiv kollektiv satsing på oppvekstmiljø med sterke beskyttelsesfaktorer. Særlig med tanke på Islandsmodellens beskrevne utgangspunkt i klassiske sosiologiske og kriminologiske prinsipper med forståelse av enkeltindividene som en del av en større sammenheng og påvirket av den konteksten en befinner seg i, burde det nærmest forventes at ungdommens stemme fikk langt større plass i beskrivelser av modellen.

³⁰ Johannessen et.al. 2016: 165.

Barnekonvensjonen artikkel 12 omtaler dette slik; «*Barns rett til å komme til ordet i saker som har betydning for dem, er helt sentral i anerkjennelsen av barn som selvstendige individer.*»³¹ Grunnholdning som samsvarer med barnekonvensjonen, erkjennelse av verdien i hver enkelthistorie, hvilken mening fortellingen gir for den som forteller, og synet på barnet som ekspert på egne opplevelser står sterkt i den psykososiale disiplinen og hadde således fortjent mer plass i arbeidet med denne hovedproblemformuleringen.³² Imidlertid ble eventuelle intervjuer med islandske ungdommer vurdert til å ville ha vært svært krevende på grunn av avstand, språk og tilgjengelighet hos respondentene, og således for omfattende til å la seg gjennomføre innenfor denne studiens rammer.

Modellen beskrives gjennomgående som kunnskaps- og evidensbasert, men mer dyptgående beskrivelser av hvilken evidens det refereres til har det opplevdes utfordrende å danne en tilfredsstillende oversikt over. Det refereres hyppig til risiko- og beskyttelsesfaktorer, og det er i denne studien valgt å benytte tilleggslitteratur i arbeidet med forståelsen av disse begrepene. Her må det mulig også tas høyde for at enkelte beskrivelser og innhold i begreper defineres ulikt både innenfor samme land og mellom landegrenser. Dette ga behov for supplering av kunnskapsstatus på rusfeltet og er bakgrunn for valg av øvrige offentlige dokumenter, herunder veiledere, rapporter og gjeldende juridiske føringer. Disse dokumentene syntes særlig sentrale ved gjennomgang av potensielle overførbare intervensjoner og omtales videre ved flere tilfeller.

2.3 Kausalitet

I arbeid med å besvare hovedproblemformuleringen ble en sentral del av arbeidet vurdert til å beskrive modellen, så vel som å innhente informasjon om hva som har fungert og ikke. I en effektdiskusjon der det legges opp til en vurdering av et fenomens årsaker og virkninger, er det behov for en bevissthet tilknyttet denne terminologiens innhold og mulige betydning og begrensninger. Med årsak menes faktorer som skaper en endring, utvikling eller virkning. At en observerbar årsak eller handling fører til et spesifikt resultat eller virkning, kalles kausal sammenheng.³³ Det at en endring i tid oppstår etter en intervensjon innebærer ikke at det umiddelbart kan konkluderes fra samvariasjon til kausalitet. «*En generell definisjon av kausalitet vektlegger at a) årsak må komme foran virkning i tid og at b) variasjon i*

³¹ Sandberg 2016: 92.

³² Gamst 2013: 122; Nissen & Skærbæk 2014: 34.

³³ Magnusson 2014: 3.

årsaksvariabel må føre til variasjon i effektvariabel.»³⁴ Utfordringen i samfunnsforskning og studier av mennesker der det er en rekke involverte faktorer, er at en signifikant sammenheng ikke nødvendigvis betyr at det foreligger en kausal sammenheng. Det er mulighet for at det er tilfeldigheter eller andre, ukjente og udefinerte faktorer som gjør at variabler samvarierer uten at dette innebærer at den ene identifiserte variabelen påvirker den andre. «*En observert sammenheng i en studie er ikke det samme som en kausal sammenheng i befolkningen, og enda mindre det samme som en kausal sammenheng for individet.*»³⁵

Det refereres til flere effektvurderinger i denne studien, primært ved Islandsmodellen, men også i beskrivelse av arbeidet i Eide kommune. Parallelt er usikkerhetsmomentene ved disse vurderingene forsøkt belyst da det er en rekke komponenter som innvirker, både tydelig og mindre tydelig definerte, og som således gir begrenset mulighet til å omtale kausale sammenhenger og effekt med sikkerhet. Ved gjennomgang av dokumenter, blant annet European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs, Nordens Velfærdscenters Fokus på unge og narkotika, International Standards on Drug Use Prevention og Nordic Welfare Centres gjennomgang av cannabisrelaterte utfordringer i de nordiske landene, som beskriver trender og utvikling i ungdoms rusvaner i en rekke land, er dette forsøkt sammenlignet med utviklingen på Island. Hvorvidt det er innføringen av Islandsmodellen og i så tilfelle om alle tiltakene eller primært noen har gitt den positive utviklingen på Island, dokumenteres ikke med sikkerhet i denne studien. Det å isolere effekt av modellen fra andre påvirkningsfaktorer i samme periode synes vanskelig å gjøre med sikkerhet.³⁶ Arbeidet med denne studien har således i stor grad dreiet seg om å forsøke å identifisere variabler som kan gi indikasjon på at Islandsmodellen er bakgrunnen for endringen i islandske ungdoms rusvaner. Dokumentene er primært basert på data fra kvantitative undersøkelser som kan si noe om rusmiddelbruken og andre indikatorer på mulig effekt, men om det skyldes tiltakene er ikke lett å si med sikkerhet. Enkelte av tiltakene, som blant annet brede samarbeidskoalisjoner, skolens sentrale posisjon og bruk av foreldreavtaler, vurderes uten grunnlag i konkrete målinger eller studier i form av kvantitative eller kvalitative undersøkelser. Her er det benyttet mer generell forskning innen psykologi, helse-, sosial- og samfunnsfag til å diskutere styrker, svakheter og mulige effekter ved tiltaket.

³⁴ Andersen 2007: 592.

³⁵ Magnusson 2014: 3; se også Mathiesen 2005: 46 og Hellevik 2009: 59.

³⁶ Khosravi Lile 2011: 48.

2.4 Hva av det Island lyktes med kan overføres til en norsk kontekst som Vestby kommune?

Studiens andre forskningsspørsmål lyder «Hva av det Island lyktes med kan overføres til en norsk kontekst som Vestby kommune?». I arbeid med å besvare studiens andre forskningsspørsmål ble det innledningsvis gjort søk etter andre land og lokalmiljøer som har benyttet seg av Islandsmodellen, i internasjonal overføringssammenheng kalt Planet Youth. Søkene ga resultat med oversikt over land som angivelig skal ha tatt i bruk modellen, men å identifisere land der det er skrevet rapporter, fortrinnsvis på et av de skandinaviske språkene eller engelsk, viste seg mer utfordrende. Chile nevnes på Planet Youth sine egne nettsider som et av landene som har satset på modellen. I søken etter informasjon om dette arbeidet, ble det identifisert en rekke beskrivelser av bakgrunn for iverksettelse av modellen. Imidlertid lyktes det ikke å innhente tilstrekkelig informasjon om gjennomføring og evaluering av arbeidet i den grad at det ble vurdert til hensiktsmessig å innlemme i denne studien.

Med bakgrunn i nevnte prosess og kriterier, ble Irland identifisert som et land som har implementert modellen i flere lokalsamfunn. Her finnes tilgjengelige beskrivelser av bakgrunn for, iverksettelse og vurdering av tiltak i slik form og omfang at det ble vurdert nyttig og egnet som innlemmet i studien av potensiell overføringsverdi. Videre ble Eide kommune identifisert som den eneste norske kommunen som har gjort et universelt rusforebyggende arbeid i samsvar med prinsipper ved Islandsmodellen. Eide ble identifisert gjennom Planet Youth sine nettsider og gjennom søk i Google. Folkehelsekoordinatoren ble kontaktet på bakgrunn av konferanseinformasjon der hun holdt innlegg presentert som en av de etableringsansvarlige i Eide. Rekruttering kan således sies basert på valg av en informant med antatte kvalifikasjoner som er særlig hensiktsmessige for informasjonsinnhenting i arbeid med å besvare problemstillingen, og kan dermed kalles et strategisk utvalg.³⁷

2.5 Intervju

Innledende kommunikasjon med folkehelsekoordinatoren foregikk på e-post med tilgang til presentasjoner, forelesningsnotater og resultater fra Ungdata-undersøkelsen gjennomført i Eide kommune. Sistnevnte ment som kvantitativ undersøkelse av trender og utvikling i ungdomssituasjonen. Underveis i undersøkelsesfasen med pågående korrespondanse med folkehelsekoordinatoren, ble det vurdert hensiktsmessig å gjennomføre et intervju. Det ble

³⁷ Thagaard 2018: 54.

vurdert behov for å melde NSD, men etter drøfting med veileder og telefonkontakt med NSD, ble det vurdert til å ikke være nødvendig da det ikke skulle behandles noen form for sensitiv informasjon. Dette med bakgrunn i at det heller ikke skulle benyttes båndopptaker i intervjuet og dermed ikke ble tatt opp og lagret elektronisk. Hadde intervjuet resultert i lagring av elektronisk lydfil måtte studien vært meldt NSD for godkjenning noe det hverken ble vurdert til å være nødvendig for å innhente tilstrekkelig informasjon eller tidsmessig kapasitet til. Det universelle rusforebyggende arbeidet med barn og unge i Eide kommune var også allerede før denne studien omtalt i flere offentlige dokumenter samt presentert på nasjonal konferanse. Det ble derfor vurdert til å være vanskelig å anonymisere da Eide er den eneste norske kommunen med offentlig presentert tilknytning til Islandsmodellen. All omtale ville således gjøre kommunen og prosjektansvarlig lett identifiserbar. Folkehelsekoordinatoren ga også selv uttrykk for å være komfortabel med å refereres til ved fullt navn i forbindelse med denne studien. Det er imidlertid likevel for sikkerhets skyld vurdert til at informanten omtales uten navn og kun ved bruk av stillingsbetegnelse.

Det ble utarbeidet kombinert informasjonsskriv og intervjuguide som ble sendt folkehelsekoordinatoren i forkant av intervjuet (vedlegg 1). I informasjonsskrivet tydeliggjøres frivillig deltakelse og anledning til å trekke seg under og en uke etter intervjuet. Intensjonen om å benytte informasjonen innhentet gjennom intervjuet som supplement i oppgaveteksten ble presisert. Informasjonsskrivet opplyser også om folkehelsekoordinatorens mulighet til å lese gjennom og kommentere, samt å få en kopi av masteroppgaven etter at den er sensurert. Folkehelsekoordinatoren oppga under intervjuet at hun ønsket å benytte seg av begge nevnte, og ga tilbakemeldinger om ønsket justeringer og presiseringer på tilsendt tekst per e-post i etterkant av intervjuet. Selve intervjuguiden ble presentert som en tentativ oversikt over hovedspørsmål, etterfulgt av underspørsmål, samt presisering av ønske om bruk av intervjuguiden som veiledende og tilrettelegging for samtale, dialog og fri fortelling. Utgangspunktet i intervjuguiden med temaer og spørsmål som var ønsket besvart, var førende for intervjuet, men det opplevdes likevel som en velfungerende samtale. Mulig skyldes dette folkehelsekoordinatorens tydelig faglige ballast kombinert med meget god oversikt over det kommunale arbeidet som gjorde at hun raskt var i gang med omfattende beskrivelser. Dette ga anledning til å i stor grad innta en lytterrolle der samtalen kunne utvikles basert på informantens kunnskap om hva som var særlig sentralt å belyse, kun fulgt opp av enkeltforespørsler om å utdype eller eksemplifisere.

Ved utarbeidelse av spørsmålene er det forsøkt å ta utgangspunkt i ervervet informasjon om Islandsmodellen og en grundig gjennomgang av forskningen på feltet. Dette gjort i en rekkefølge som kunne synes hensiktsmessig for oppbygging av presentasjon av Eide, så vel som Vestby kommune. Således var intervjuguiden ment som både retningsgivende for temaområder i tillegg til å gi intervjuet struktur. Imidlertid ble det tydeliggjort innledningsvis at spørsmålene kun var ført opp i en rekkefølge som ble vurdert fornuftig ved utarbeidelse, men at rekkefølgen av temaer som ble belyst gjennom intervjuet var åpen og fleksibel. Likeledes var spørsmålene ment veiledende og som en forberedelse til intervjuet, men ble benyttet med fleksibilitet underveis i samtalen. Således kan intervjuet sies å ha hatt form av semistrukturert eller delvis strukturert intervju, basert på en samtale som springer ut av en delvis strukturert intervjuguide, med stor grad av fleksibilitet.³⁸ I utarbeidelse av intervjuguiden ble det tatt utgangspunkt i forskningsspørsmålene, samt strukturen i presentasjoner av Islandsmodellen. Særlig sentralt sto satsingsområdene i Islandsmodellen, med undersøkelsesfase, implementering og intervensjoner, for å forsøke å identifisere likheter og ulikheter mellom Island og arbeidet gjort i Eide kommune.

Intervjuet ble gjennomført som et telefonintervju, noe som involverte element av spenning da det skulle etableres et fortrolig samtaleklima for god dialog og informasjonsdeling uten all den kommunikasjon som foregår i en kontaktetablering i fysisk møte. Imidlertid opplevdes det som en god situasjon der det tidlig var anledning til å prate fritt og uformelt. Folkehelsekoordinatoren bar preg av å ha forberedt seg på bakgrunn av tilsendt informasjon. Dette opplevdes som et positivt bidrag til å raskt komme i gang og få god kommunikasjonsflyt, samtidig som det bringer inn element av usikkerhet ved i hvilken grad forhåndstilsendt intervjuguide kan ha påvirket informantens fokus i samtalen. Intervjuet ble heller ikke tatt opp med båndopptaker, men basert på notater skrevet underveis i intervjuet. Dette medførte noen forsinkelser og behov for å etterspørre enkelte gjentakelser som kan ha preget samtalens flyt og form. Det ble spurt om styrker og svakheter ved arbeidet som ble gjort, men enkelte momenter i samtalen ble mulig noe uklare og uangripelige. Sett i ettertid burde noen av disse momentene blitt fulgt opp med ytterligere oppfølgingsspørsmål eller spørsmål om konkretisering. Notatene fra intervjuet ble umiddelbart etter samtalens avslutning, renskrevet og skrevet som sammenhengende tekst. Teksten ble sendt til

³⁸ Thagaard 2018: 90.

folkehelsekoordinatoren for gjennomgang, der tilbakemelding var noen få presiseringer av ordlyd og faktaopplysninger, og for øvrig med samtykke til publisering.

2.6 Overføring

I vurdering av overføringsverdi synes det hensiktsmessig og nødvendig med redegjørelse av hva som menes med begrepet overføring. Ifølge Røvik³⁹ skjer det stadig at enkelte organisasjonsideer vekker særlig engasjement og interesse, og dermed uten kritisk refleksjon vurderes til å være vellykkede modeller som blir forsøkt overført fra en kontekst eller virksomhet til en annen. En slik overføringsprosess, med videreføring av en organisasjonsmodell, kan også ses som en oversettelse der de ansvarlige bearbeider og innvirker på omtalen av og utforming av modellen i ny kontekst. Røviks teori om overføring eller oversettelse begrunner bevissthet rundt den opplevde forestillingen av organisasjonsideer-, oppskrifter og modeller som presenteres anvendelig til å uproblematisk uthentes fra et sted og innføres et annet sted med et godt resultat som en selvfølge. Her tydeliggjøres behovet for et bevisst forhold til at kunnskap som overføres nødvendigvis vil medføre en viss dimensjon av tolkning på bakgrunn av at to organisasjoner, virksomheter, kommuner eller lokalmiljøer aldri vil være helt identiske. Svakheten kan være at overføringsverdien er usikker fordi det er ulike kulturer, ulikt lovverk og ulike kontekster.⁴⁰

2.7 Komparativ metode

Masteroppgavens søken etter overføringsverdi innebærer nødvendigheten av å se på situasjonsbeskrivelser på Island og i Vestby kommune og sammenligne for å øke forståelsen for hvilke intervensjoner som vil kunne være aktuelle, hensiktsmessige og virksomme ved en overføring. I dette arbeidet ses også erfaringer fra Irland og Eide kommune for sammenligning av intervensjoner og erfaringer. En slik sammenligning kalles komparativ metode. Ifølge Thagaard⁴¹ vektlegger Yin at komparative opplegg baseres på en replikasjonslogikk, altså at valg av case baseres på forventning om å finne tilsvarende resultat eller at valg av ny case vil gi andre resultater enn første valgte case. Uavhengig av hvilken av de nevnte, vil et nødvendig hovedfokus være å identifisere caser som er egnet for sammenligninger med teoretisk relevans.⁴² I søken etter aktuelle case til denne studien har et

³⁹ Røvik 2007: 30-34.

⁴⁰ Røvik 2007: 56.

⁴¹ Thagaard 2018: 52.

⁴² Thagaard 2018: 52.

utstrakt mål vært å innhente dokumentasjon fra flere informasjonskanaler som beskriver det rusforebyggende arbeidet på Island fra 1980-tallet og frem til dagens suksessbeskrivelser. Dette for å danne grunnlag for en sammenstilling av foreliggende dokumentasjon. Det er relevant for å finne ut om erfaringer og resultater kan overføres til Vestby. Sammenstillingen er gjort ved gjennomgang av forskningsrapporter og artikler publisert fra de tre stedene, samt intervju med folkehelsekoordinator i Eide.

Det meste av forskning vil, uttalt eller ikke, innebære en viss grad av komparasjon. Dette som beskrivelser av en situasjon før og etter, sammenligning av steder, av hvordan et fenomen omtales i ulike tekster eller av informanternes beskrivelser. Sammenligning av caser med ulik tid eller sted kan av praktiske og analytiske årsaker være hensiktsmessig særlig i undersøkelser med endringsambisjon. En slik komparasjon åpner for mulighet til å identifisere forbedringspotensial og løsninger innenfor et felt, sted eller organisasjon som er i behov av utvikling og nye løsningsforslag. Imidlertid må det tas hensyn til at komparativ forskning har sine utfordringer i hvorvidt det er mulig å sikre hva som er sammenlignbart og hvilke fortolkningsrammer som er akseptable.⁴³

⁴³ Skilbrei, 2019, ss. 86-87.

3.0 ISLANDMODELLEN OG DENS EFFEKTER

Kapitlet redegjør for forskningsspørsmål 1: *Hvilke grep har islendingene gjort i arbeidet med endring av ungdoms rusvaner og hvilken effekt har det hatt?* Dette forskningsspørsmålet kan deles inn i to delspørsmål: 1. Hva er Islandmodellen og hva gjorde de for å endre på ungdommers rusvaner? 2. Hvilken effekt hadde modellen som helhet og hvilke deler av prosjektet hadde mest effekt? Innledningsvis presenteres bakgrunn for Islandsmodellen, årsaker og utgangspunktet for iverksettelse. Videre gis beskrivelse av tiltakene og vurderinger av disse, før det avslutningsvis diskuteres publiserte effektmålinger sett opp mot eksisterende kunnskap om rusforebyggende arbeid med barn og unge.

3.1 Bakgrunn

Islandsmodellens opprinnelse kan spores tilbake til sent på 1980-tallet da Reykjaviks idretts- og fritidsråd hyret inn eksterne forskere for å vurdere ungdoms risikoatferd. Målet var å øke forståelsen for de sosiale faktorene som påvirker rusmiddelbruk og søke mulige tilnærminger til rusforebyggende arbeid med barn og unge. Tross at studienes hensikt ikke var å lede til et nasjonalt forebyggingsprogram, førte samarbeidet mellom lokale beslutningstakere og eksterne forskere til politiske og praktiske endringer basert på ny dokumentasjon og kunnskap om utfordringene. Med tiden utviklet samarbeidet seg til en ny arbeidsform som gikk utover tradisjonelt samarbeid mellom enkeltpersoner eller organisasjoner, og vokste inn på institusjonsnivå med posisjon til å utvikle nye sosiale systemer. Det ble satt søkelys på å styrke institusjoner, samarbeid på tvers av dem, og systemendringer som skapte grunnlaget for viktige elementer og aspekter ved det som i dag omtales som Islandsmodellen.⁴⁴

Planet Youth, nettsiden drevet av Icelandic Center for Social Research and Analysis (ICSRA) er et forskningsinstitutt ved Universitetet i Reykjavik. Nettsiden beskriver at arbeidet medførte utvikling av det de omtaler som en evidensbasert tilnærming til rusforebyggende arbeid med barn og unge. Dette involverte et bredt spekter av relevante samarbeidspartnere som sammen arbeidet tett og intensivt for kommunalt baserte tjenester. Arbeidet baseres på tre grunnfundament; evidensbasert praksis, samfunnsbasert tilnærming, og utarbeidelse og opprettholdelse av tett og god dialog mellom forskere, beslutningstakere og feltarbeidere.⁴⁵

⁴⁴ Sigfúsdóttir, Soriano, Mann, Kristjánsson 2020: 59.

⁴⁵ Planet Youth by ICSRA 2018 <https://planetyouth.org/>

3.1.1 The European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs

Standardiserte spørreundersøkelser har i økende grad blitt en sentral del av vurderingsgrunnlaget bak politiske beslutninger, identifikasjon av risikofaktorer og evaluering av ulike rusforebyggende og behandlende programmer.⁴⁶ The European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs (ESPAD) er en komparativ studie av europeiske land. Studien gir data på en rekke rusmiddelrelaterte variabler samlet inn gjennom spørreundersøkelse besvart av 15-16-åringer.⁴⁷ Data fra ESPAD viser at rusmiddelbruk blant ungdom er et økende problem i Europa. Omfanget av legal og illegal rusmiddelbruk og snittalder for debut, varierer innenfor landegrenser og mellom ulike land. Felles er imidlertid at ungdomsårene er tiden der flest begynner å røyke sigaretter og drikke alkohol. Ungdomsårene representerer også årene med høyest risiko for eksperimenteringsdebut med illegale rusmidler. Rusmiddelbruk anses som en av de store samfunnsutfordringene i den vestlige verden, og bruk av tobakk, alkohol og illegale rusmidler har i en årrekke vært gjenstand for stort fokus og omfattende forskning. Mange undersøkelser og målinger er gjort av ungdoms rusvaner, ikke bare fordi det anses som en alvorlig helseutfordring, men fordi det er sterkt forbundet med antisosial og kriminell atferd.⁴⁸

3.1.2 Utfordringene på Island

På 1990-tallet var Island blant landene i Europa med høyest antall ungdom som ruset seg, både når det gjaldt legale og illegale rusmidler. Fra 1995 sto også cannabisbruk frem som en drastisk økende utfordring. Nasjonale undersøkelser viste at blant kullet født i 1982 hadde 5 % av guttene vært i behandling for cannabisbruk før fylte 20 år.⁴⁹ Resultatene fra ESPAD viste klare sammenhenger mellom ungdoms drikkevaner og nasjonal kultur og tradisjon, og en generell økning av rusmiddelmisbruk blant 15- og 16-åringer i store deler av Europa.⁵⁰ Totalt 3814 islandske ungdommer i alderen 15-16 år, 1931 gutter og 1878 jenter, deltok i ESPAD-undersøkelsen i 1995. Resultatene viste at 72 % prosent av de deltakende ungdommene på Island hadde drukket alkohol i løpet av de siste 12 månedene. Til sammenlikning var resultatet for all deltakende ungdom fra de 26 landene 80 %. Imidlertid viste resultatene en langt høyere forekomst av markant alkoholpåvirkning og indikasjoner på at ungdom på Island drakk seg tydelig beruset når de først drakk alkohol. 60 % av

⁴⁶ Sigfúsdóttir, Kristjánsson, Thorlindsson & Allegrante 2008: 2.

⁴⁷ Hibell et. al. 1997: 12-14.

⁴⁸ Ibid.; Sigfúsdóttir, Thorlindsson, Kristjánsson, Roe & Allegrante 2008: 16-17.

⁴⁹ Fredriksen 2019: 1; Leth-Olsen 2019: 2.

⁵⁰ Hibell, et al. 1997: 11-14.

ungdommene rapporterte å ha drukket seg fulle i løpet av de siste 12 månedene, mens resultatet på tvers av land var 48 %. ESPAD-undersøkelsen ble på Island gjennomført med tilsvarende rutiner og praksis som andre undersøkelser, initiert av the Icelandic Institute for Educational Research (IER), og resultatene fra ESPAD-undersøkelsen samsvarte med øvrige nasjonale resultater.⁵¹

3.1.2 Avhengighet og aktivitet

I 1991 var den amerikanske psykologiprofessoren Harvey Milkman på besøk på Island for å presentere prosjektet kalt «Project Self-Discovery». Prosjektet fremmer forståelse av at mennesker blir rusavhengige gjennom endringer i hjernens kjemi og at opplevelsen av rus kan gis av å begå kriminelle handlinger så vel som å benytte rusmidler. Dermed kan begge deler potensielt medføre en avhengighet. Denne teorien om atferdsavhengighet utløste en tanke om at organisering av naturlige adrenalin- og endorfinutløsende aktiviteter kan tilby samme kjemiske responser i hjernen som rusmiddelbruk. Ideen er å tilby en attraktiv erstatning i stedet for tradisjonell rusavvenning. Milkman er tydelig i sin beskrivelse av hvordan prosjektet ble presentert til ungdommene, ikke som et behandlingstilbud, men som en mulighet til å få lære noe de alltid hadde ønsket, være seg sport, musikk, dans eller kunst.⁵²

3.1.2.1 Aktivitet som beskyttelse

Utgangspunktet var ønsket om å se om slikt intensivt aktivitetstilbud kunne gi gode alternativer til ungdom og dermed bidra til å gi dem bedre strategier for livsmestring. Herunder eventuelt behov for bistand til å redusere angst eller få tilfredsstilt behovet for spenning.⁵³ Parallelt med aktivitetstilbudet fikk ungdommene livsmestringstrening med fokus på økt selvtilit, selvfølelse, fremtidsoptimisme og sosial kompetanse. Hovedprinsippet var hele tiden at det ikke skulle fokuseres på rusmiddelbruk og at undervisning om rusmidler og potensielle skadevirkninger uansett ikke ville fungere, men at ungdommene skulle introduseres for tilstrekkelig med gode alternativer og livsmestring til å selv kunne ta velinformerte, veloverveide livsvalg.⁵⁴ Milkmans besøk på Island ga grunnlag for undersøkelser av hvilke muligheter som fantes for å tilrettelegge for at barn og unge kunne engasjere seg i positive aktiviteter slik at de ikke ville begynne med bruk av rusmidler. Dette

⁵¹ Hibell, et. al. 1997: 133-134.

⁵² Young 2017: 2-7.

⁵³ Fredriksen 2019: 2-3.

⁵⁴ Young 2017: 4-10.

kan således sies å representere en prioriteringsendring fra hovedvekt på behandling til forebygging.⁵⁵ Med dette som utgangspunkt ble det utarbeidet en spørreundersøkelse, kalt Youth in Iceland, som alle 14, 15 og 16 år gamle skolelever på Island besvarte for første gang i 1992. Der ble de spurt om rusmiddelbruk, tidsbruk sammen med foreldre, relasjon til foreldre og deltakelse i fritidsaktiviteter. Nevnte nasjonale undersøkelse viste at i perioden fra 1992 til 1998 økte antall 15-16 år gamle ungdommer på Island som rapporterte at de røyket sigaretter på daglig basis fra 15 % til 23 %. De som rapporterte å ha røyket hasj økte fra 7 % til 17 %. I 1998 viste undersøkelser at 42 % av 15- og 16-åringene hadde drukket seg beruset.⁵⁶

Videre analyse av resultatene viste klare forskjeller mellom skolene, og klare ulikheter i livskvaliteten for ungdom som benyttet alkohol, tobakk og andre rusmidler, og de som ikke benyttet noe. Det fremkom også noen klare beskyttelsesfaktorer, deriblant deltakelse i organiserte aktiviteter tre eller flere dager per uke, og da særlig sport, total tid tilbrakt sammen med foreldre, opplevd mestring og god ivaretagelse på skolen og begrenset mulighet for å være utendørs sent på kvelden.⁵⁷ I denne perioden var det gjennomført flere forebyggende intervensjoner og programmer, primært basert på undervisning om rusmidler og potensielle skadevirkninger, men resultatene ga klare indikasjoner på at denne innsatsen ikke ga ønsket effekt. Situasjonens dramatiske omfang la grunnlag for en tvunget fokusendring fra behandling til forebygging, og fra primært utviklet tjenestetilbud rettet mot eldre brukere til en satsing på barn og unge.⁵⁸

3.2 Youth in Iceland

På midten av 1990-tallet startet representanter for IER⁵⁹ arbeidet med å formidle skolespesifikke og samfunnsspesifikke rapporter som beskrev lokal ungdoms sosiale miljøer.⁶⁰ Parallelt ble det gjort sammenligninger med andre sammenlignbare skoler og lokalsamfunn over hele Island. Undersøkelsen Youth in Iceland innhenter årlig data på nasjonalt nivå om utvikling, trender og eventuell identifikasjon av nye satsingsområder. Resultatene legges til grunn for målrettet arbeid, analyse og jevnlig evalueringer.

⁵⁵ Young 2017: 3-10.

⁵⁶ Sigfúsdóttir et. al. 2008: 16-17.

⁵⁷ Fredriksen 2019: 3-4.

⁵⁸ Young 2017: 10-12.

⁵⁹ Fra 1998 byttet IER navn til ICSRA.

⁶⁰ Sigfúsdóttir, Soriano, Mann, Kristjansson 2020: 59.

Undersøkelsen besvares av elever på 9. og 10. trinn, og gjennomføres i samarbeid mellom ICSRA og skoleansatte. Undersøkelsene gjennomføres i skoletiden og er anonyme. 3000-4000 14-16-åringar deltar årlig, tilsvarende en responsrate på 81-91 %. Hvert tredje år er denne datainnsamlingen mer omfattende og spørreundersøkelsen inneholder nye spørsmål om sosiale forhold og mulige risikofaktorer assosiert med rusmiddelbruk. Tilrettelegging for praktisk bruk av dataene var et eksplisitt mål og påvirket valg relatert til datainnsamling, analyse og presentasjon av funn.⁶¹

3.2.1 Islandsmodellens begynnelse

På grunnlag av registrert økende rusmiddelbruk blant ungdom på Island, startet arbeidet med å øke forståelsen for de sosiale faktorene som representerer risiko- og beskyttelsesfaktorer for rusmiddelbruk samt potensiell virksam forebygging. Arbeidet ble utført av islandske forskere ved ICSRA i samråd med politikere og fagpersoner fra praksisfeltet.⁶² For å redusere og hindre rusmiddelbruk blant ungdom ble det utviklet en kunnskapsbasert bunn til topp-tilnærming med forankring på lavest mulig kommunale innsatsnivå. Arbeidet beskrives som et stort felles dugnadsarbeid mellom det offentlige, private og frivillige, under slagordet «It takes a village to raise a child». Modellen omtales basert på involvering av alle aktuelle instanser og tjenestenivåer, med etablering av et nettverk med felles mål om å sikre støtte, oppfølging og muligheter for positiv ungdomsutvikling på kommunalt nivå.⁶³

Omfattende intervensjoner ble iverksatt i alle kommunens sektorer som arbeidet med barn og unge. Arbeidet har utgangspunkt i en økologisk modell med fokus på barn og unges omgivelser, og tiltak for å øke deres livskvalitet. Intervensjonene har hele tiden blitt utviklet med utgangspunkt i identifiserte risikofaktorer i oppvekstmiljøet og likeledes styrking av beskyttelsesfaktorer som kan hindre utvikling av rusproblemer år.⁶⁴ Spesielt for modellen og implementeringsprosessen er Islands størrelse og innbyggertall. Dette medfører at arbeidet skjer raskt og implementeringsprosesser med medfølgende arbeid for å sikre tilstrekkelig engasjement, involvering og forpliktelse fra alle involverte aktører, er dermed å anta en noe kortere prosess på Island enn i mange andre land.⁶⁵

⁶¹ Sigfúsdóttir et. al. 2020: 59.

⁶² Sigfúsdóttir et.al. 2008: 19.

⁶³ Ibid.

⁶⁴ Leth-Olsen 2019: 2-5; Young 2017: 15-19.

⁶⁵ Sigfúsdóttir et.al. 2008: 19.

3.2.2 Rusfritt Island

Undersøkelsesfunnene og medieoppmerksomheten som fulgte, medførte etablering av et statlig program med navnet «Drug-Free Iceland» i 1998, et landsdekkende prosjekt designet med hensikt å snu islandske ungdoms rusvaner. Islandsmodellens tiltaksrekke forutsetter at samtlige intervensjoner skulle baseres på klassiske sosiologiske og kriminologiske prinsipper. En legger til grunn forståelsen av at nærmest alle individer er kapable til å ta normstridige valg i gitte kontekster og under enkelte sosiale forutsetninger, der slike valg oppfattes som alminnelige, gyldige og representative for majoriteten. Dette innebærer en forståelse av enkeltindividerne som en del av en større sammenheng og påvirket av den konteksten en befinner seg i. Videre baserer forståelsen seg på at risikoatferd er mer nærliggende for enkelte atferdsmønstre og situasjonsbetingelser, herunder manglende sanksjoner fra omgivelsene.⁶⁶

Med dette som teoretisk utgangspunkt forstås ikke barn som enkeltstående individer, men som sosiale produkt. Dermed er alkohol, tobakk og annen rusmiddelbruk å anse som attributter for det sosiale miljøet som påvirkes av de risiko- og beskyttelsesfaktorer som til enhver tid er mest gjeldende i samsvar med den pågående situasjonen. Målet om å mobilisere samfunnet som helhet i kampen mot rusmiddelbruk beskrives fra tidlig planleggings- og etableringsfase. Det sentrale virkemiddelet oppfattes som samfunnsengasjement og samarbeid om langvarig gradvis endring i sosialt samspill og omgivelser fremfor kortsiktige løsninger. Forankret i sosial- og atferdsvitenskapelig forskning, er modellens hovedintensjon å styrke beskyttelsesfaktorer og redusere risikofaktorer på lokalsamfunnsnivå innen områdene foreldre og familie, jevnaldrende, skole og fritid.⁶⁷

3.3 Tiltakene

Islandsmodellen baseres på forståelsen av at tilknytning til jevnaldrende og familie, og hvilke typer fritidsaktiviteter som er tilgjengelige, er de sterkeste prediktorene for ungdoms rusmiddelbruk og eventuelle kriminelle handlinger. Undersøkelsesresultatene på Island ga klare indikasjoner på at det å ha venner som røyker, drikker alkohol og bruker hasj eller andre medikamenter medfører forhøyet risiko hos enkeltindividerne. I motsetning til det er det veldig få av ungdommene som rapporterer at de nesten ikke har noen venner som bruker rusmidler, som selv har prøvd rusmidler. Dette oppsummerer identifikasjonen av potensielle risiko- og

⁶⁶ Kristjansson et. al. 2020: 63.

⁶⁷ Kristjansson et. al. 2020: 64.

beskyttelsesfaktorer for ungdoms rusmiddelbruk og er således å anse som det teoretiske grunnlaget for intervensjonene implementert på Island. Særlig beskriver de ansvarlige bak Islandsmodellen et sterkt fokus på å styrke beskyttelsesfaktorer i utarbeidelsen av tiltakene i modellen.⁶⁸

3.3.1 Lovendringer

Det ble gjort lovendringer til 18 års aldersgrense for kjøp av tobakk, 20 års for kjøp av alkohol og forbud mot all form for tobakk- og alkoholreklame. Satsningen på profesjonelt forebyggende, oppsøkende og utadrettet ungdomsarbeid ble intensivert. Videre ble systematisk hjelp til tenåringer med allerede utviklet rusproblemer økt, og frivillig sektor ble involvert og engasjert i langt større grad enn tidligere. Samarbeidet mellom skole og hjem ble forsterket gjennom lovbestemt etablering av foreldreorganisasjoner ved alle skoler, og skoleråd med rådgivere og foreldrerepresentanter. Det ble satset på foreldreveiledning med fokus på å oppfordre foreldre til å tilbringe regelmessig tid med sine barn. Foreldre blir tilbudt kurs og møter for å styrkes i kunnskap om metoder og verdien av positivt holdningsskapende arbeid i hjemmet.⁶⁹

3.3.1.1 Innføring av innetider

Som et ledd i å hindre utvikling av festkultur og gjengdannelse, ble det innført lov om innetider eller portforbud. Bestemmelsene sier at barn under 12 år skal være inne etter klokken 20:00 i tidsrommet 1. september til 1. mai og inne etter kl. 22 i tidsrommet 1. mai til 1. september. Ungdom mellom 13 og 16 år skal være inne etter klokken 22:00 i tidsrommet 1. september til 1. mai og inne etter kl. 24:00 i tidsrommet 1. mai til 1. september. For å sikre opprettholdelse av dette sendes det årlig ut påminnelse til alle Reykjaviks innbyggere fra bystyret og politiet. Foreldrene inngår også avtaler på foreldremøter for hvordan sikre felles håndheving av avtalene.⁷⁰

3.3.2 Organisert fritid

En annen sentral del ved den universelle forebyggingen har vært kommunens innsats for å få flest mulig ungdommer engasjert i organiserte fritidsaktiviteter. Et tett samarbeid mellom skolene, kommunale tiltakstjenester og idrettslagene er særlig fremtredende. Flere klubber har

⁶⁸ Sigfúsdóttir, Thorlindsson, Kristjánsson, Roe, Allegrante 2009: 17.

⁶⁹ Fredriksen 2019: 4-5.

⁷⁰ Fredriksen 2019: 4.

avtaler og tilrettelagte treningstider slik at barn og unge hentes på skolen og kjøres rett til trening. Mange barn og ungdom fra ti år og oppover trener fire ganger i uken eller mer. For de yngste barna er det tilrettelagt for trening rett etter foreldrenes arbeidsdag slik at de kan være til stede på aktivitetene sammen og deretter dra hjem til felles middag. Det satses stort på utdanning av profesjonelle trenere som gode rollemodeller, og flere trenere i barneidretten er fulltidslønnet.⁷¹ De senere årene har det også vært en stor utbygging av idretts- og aktivitetssentre, haller, baner og anlegg. Kommunen har jevn kontakt og tett dialog med de største klubbene og organisasjonene, og i 2018 støttet Reykjavik kommune klubber, lag og foreninger med 7% prosent av det kommunale budsjettet.⁷² Til sammenligning viser KOSTRA-tall at det i 2018 ble brukt i gjennomsnitt 3,8% i norske kommuner og 2,9% i Vestby kommune til idrettsbygg, idrettsanlegg, kulturskoler, kulturbygg, aktivitetstilbud for barn og unge og andre kulturaktiviteter. Her må det tas høyde for at det er ulik organisering landene imellom og at en del aktivitet i norske kommuner ligger til klubber og organisasjoner. Det har ikke vært mulig å finne nøyaktig hva som ligger i tallene fra Island, men det synes trygt å si at det er en markant differanse.⁷³

Videre er det satset stort på å sikre et bredt spekter av aktivitetstilbud for å nå så mange som mulig, uavhengig av interessefelt og forutsetninger. Kommunen har også utarbeidet og trykt opp «aktivitetsregler» som deles ut gratis og finnes i de fleste hjem. Her inkluderes også råd for oppfølging av ungdommens søvnvaner og skjermbruk.⁷⁴

3.3.3 Fritidskort

Fritidsaktiviteter og sport har fått en stor og sentral rolle i det islandske samfunnet, og det legges stor vekt på at alle barn og unge uavhengig av bakgrunn og forutsetninger skal få lik mulighet til deltakelse. Her er tiltaket med fritidskort et betydningsfullt bidrag. Alle barn og ungdom mellom 6 og 18 år med bostedsadresse i Reykjavik mottar fritidskort der foreldrene kan løse inn inntil 4000 kroner per barn for å dekke utgifter til fritidsaktiviteter. Mer enn hundre ulike organisasjoner er tilknyttet denne ordningen. Det legges vekt på å tilrettelegge for kontinuitet i aktivitetene da opparbeidelse av et visst ferdighetsnivå øker sjansen for at barna ønsker å fortsette med det over tid, og særlig da inn i ungdomsårene.⁷⁵

⁷¹ Leth-Olsen 2019: 5-6.

⁷² Fredriksen 2019: 4.

⁷³ SSB, statistisk sentralbyrå 2020 <https://www.ssb.no/statbank/table/12362/>

⁷⁴ Young 2017: 20-23.

⁷⁵ Fredriksen 2019: 4-5; Leth-Olsen 2019: 6.

3.3.4 Foreldreinvolvering

For å sikre tett samarbeid mellom skolene og foresatte satses det på hyppige foreldremøter med fokus på veiledning av foreldre, også i tett samhandling med ungdommene. En søker å gjøre tydelig hvor viktig det er å engasjere og involvere seg i både eget og andres barn, vite hvem de er sammen med, venner med og hvor de oppholder seg.⁷⁶ Den nasjonale paraplyorganisasjonen for foreldreorganisasjoner kalt «Home and School», tok initiativ til foreldreavtaler for å sikre felles føringer for oppfølging av de unge. Den enkelte skole står fritt til å definere avtalenes innhold, noe som også avhenger av barnas alder. Eksempelvis kan forplikte seg til å ikke la ungdommene ha fester uten voksentsyn, å ikke selv skulle kjøpe eller tilby alkohol til mindreårige og ta felles ansvar for alle barn og unge i nærmiljøet. Tilbakemelding fra foreldre er at dette arbeidet ikke bare gir god bevisstgjøring, men gjør grensesettingen ovenfor eget barn enklere.⁷⁷

3.3.5 Prevention day

For å sikre opprettholdelse av fokus og engasjement på det omfattende forebyggende arbeidet er det tett og hyppig kontakt mellom kommunale tjenester, idretts- og fritidsklubbene, frivillige og politiet. I tillegg gjennomføres årlig nevnte undersøkelse «Youth in Iceland», samt «Prevention day». Sistnevnte er i regi av Helsedepartementet med hensikt å sikre ungdommenes innflytelse på det forebyggende arbeidet.⁷⁸ Arrangementet får stor oppmerksomhet og involverer også presidenten på Island, ordføreren i Reykjavik og andre sentrale, kjente personer.⁷⁹

3.4 Fem prinsipper

Islandsmodellen er forankret i fem prinsipper. Hvert av prinsippene presenteres som en selvstendig overordnet tilnærming som retningsførende for trinnvis planlegging, gjennomføring og etablering. Tross at ulike trinn i prosessen har noe variert vektlegging, beskriver modellen tydelig viktigheten av at hvert av trinnene inkluderes, dog med et visst handlingsrom til lokale tilpasninger i tråd med kartleggingsresultater og identifiserte behov for særlig innsats.⁸⁰

⁷⁶ Fredriksen 2019: 5-6.

⁷⁷ Fredriksen 2019: 2-4.

⁷⁸ Young 2017: 23-24.

⁷⁹ Fredriksen 2019: 4.

⁸⁰ Kristjansson et. al. 2020: 65.

Prinsipp 1 omhandler Islandsmodellens fokus på å forhindre rusmiddelbrukdebut ved å endre det sosiale miljøet på en måte som reduserer sannsynligheten for at unge mennesker vil utforske bruk av rusmidler. Denne tilnærmingen fokuserer på de underliggende årsakene til rusmiddelbruk. Ved fokus på styrking av sosial og mental kapital, styrking av det psykososiale miljøet, reduksjon av risikofaktorer, forsterking og videreutvikling av beskyttelsesfaktorer, er intensjonen bevisst endring og styrking av de sosiale, organisatoriske og kulturelle faktorene i et lokalsamfunn.⁸¹ Prinsipp 2 belyser den mulig mest sentrale komponenten i Islandsmodellen, nemlig lokalmiljøet. Modellen bruker en økologisk tilnærming som ansvarliggjør familie, skole og lokalmiljø. Tross at skolene ikke juridisk bærer ansvar for styrking av lokalmiljøet og skolekretsene de favner, representerer skolene viktige knutepunktsarenaer for lokale aktiviteter og står således frem som en særlig sentral part i det forebyggende og helsefremmende arbeidet.⁸² Prinsipp 3 belyser behovet for jevnlig undersøkelser av god kvalitet for å sikre at intervensjoner iverksettes basert på reell kunnskap om lokalmiljøets til enhver tid gjeldende risikofaktorer og utfordringer. Gode nasjonale føringer og rutiner, samt effektiv prosessering og formidling, styrker interessen for hva som foregår i ungdomsmiljøet og motivasjonen til å bidra i arbeidet med å håndtere lokale utfordringer. Dette vurderes til å i seg selv kunne bidra med god beskyttelse.⁸³

I prinsipp 4 beskrives Islandsmodellen som basert på en tilnærming til det forebyggende arbeidet som involverer forskere, beslutningstakere, praksisutøvere og samfunnsmedlemmer i et team. Disse er ment å arbeide sammen for å løse reelle problemer på spesifikke områder eller lokalmiljø over lengre tid. Dette er sett som et grep for å sikre at alle representanter opprettholder nærhet til hverandre og selve problemet. Rolleavklaring og opprettholdelse av viktigheten av samarbeid er kjernen i dette prinsippet.⁸⁴ Prinsipp 5 tydeliggjør at Islandsmodellen fremmer erkjennelse av at de sosiale forholdene som fremmer rusbruk blant ungdom utvikles fra flere, komplekse påvirkningsfaktorer over tid. Dette innebærer at løsninger og intervensjoner utviklet for å motvirke, redusere eller eliminere disse sosiale forholdene må baseres på inngående kjennskap til omfanget og størrelsen på de ulike utfordringene. En kan tenke at utfordringer som har utviklet seg gjennom tiår vanskelig lar seg løse på hverken ti uker eller ti måneder. Arbeidet krever målrettet, langvarig og koordinert

⁸¹ Kristjansson et. al. 2020: 65.

⁸² Ibid.

⁸³ Kristjansson et. al. 2020: 66-67.

⁸⁴ Kristjansson et. al. 2020: 66-67.

intervensjon i tillegg til vedvarende oppmerksomhet og engasjement. Videre forutsettes overholdelse av en repeterende tilnærming, og en langsiktig forpliktende ressurstildeling.⁸⁵

3.5 Implementering og intervensjoner

Implementeringen av Islandsmodellen er basert på ti kjerneelementer, systematisert i tabeller.⁸⁶ Det er lokale variasjoner i hvordan det enkelte lokalsamfunn har praktisert implementering av hvert trinn, men felles er forståelsen av at hvert enkelt trinn er avgjørende for å lykkes i arbeidet med å involvere og engasjere alle samfunnsaktører i felles innsats. Trinn 1 til 3 legger vekt på å bygge og opprettholde felleskapasiteten for modellimplementering.⁸⁷ Trinn 4 til 9 legger vekt på å implementere en prosess designet for å fokusere samfunnsoppmerksomheten. Dette for å maksimere samfunnsengasjement i å skape et psykososialt miljø der barn og unge bærer gradvis mindre risiko for å eksperimentere med rusmidler og utvikle et rusproblem. Til slutt fokuserer trinn 10 på iterasjon, altså repeterende og langsiktig arbeid med modellen, og beskriver en forutsigbar liste av implementeringsrelaterte muligheter og utfordringer.

3.6 Hvilken effekt har Islandsmodellen hatt?

I følgende delkapittel presenteres eksisterende publiserte resultater og effektmålinger av Islandsmodellens mulige innvirkning på islandske ungdommers bruk av rusmidler. Dette sett i sammenheng med kunnskap om rusforebyggende arbeid med barn og unge. Med utgangspunkt i beskrivelsen av Islandsmodellen, er ambisjonen å se nærmere på muligheten for å vurdere hvilken effekt modellen har hatt i sin helhet og hvilke deler av prosjektet som har hatt mest effekt, med utgangspunkt i kausalitetsdilemmaet beskrevet i kapittel 2.⁸⁸ Hensikten med kapittelet kan således ses som forsøk på å skildre og oppsummere de mønstre for samvariasjon som lar seg identifisere i aktuell og tilgjengelig dokumentasjon.

⁸⁵ Kristjansson et. al. 2020: 66-67.

⁸⁶ For fullstendig informasjon om implementeringsprosessen og aktuelle tabeller, se Kristjansson, Mann, Sigfusson, Thorisdottir, Allegrante & Sigfúsdóttir, 2020. *The Icelandic Model of Preventing Adolescent Substance Use. Development and Guiding Principles of the Icelandic Model for Preventing Adolescent Substance Use* og *The Icelandic Model of Preventing Adolescent Substance Use. Implementing the Icelandic Model for Preventing Adolescent Substance Use*

⁸⁷ Kristjansson et. al. 2020: 68-71.

⁸⁸ Se ovenfor: delkapittel 2.3.

3.6.1 Foreløpige resultater

Analyser av nasjonale data viser en stor reduksjon i risikofaktorer og tilsvarende styrking av beskyttelsesfaktorer på Island. Eksempelvis har antall 15-16 –åringer som rapporterer at foreldrene vet hva de bruker tiden sin på om kveldene økt fra 50 % i 2000 til drøyt 74 % i 2016. Videre rapporterte 80 % av ungdommene i 2000 å ha vært ute etter midnatt en eller flere av de siste syv dagene. Resultatet på samme spørsmål i 2016 var redusert til 31 %. I løpet av samme periode har deltakelse i organiserte fritidsaktiviteter fire ganger per uke eller oftere økt fra 26% i 2000 til omtrent 37% i 2016.⁸⁹ Dette reiser spørsmålet om og i hvilken grad denne registrerte endringen i ungdoms rusvaner er relatert til Islandsmodellens omfattende universelle forebyggingstiltak siden slutten av 1990-tallet. Kan den nevnte modellens helsefremmende og universelt forebyggende tilnærming med mål om å styrke en rekke beskyttelsesfaktorer på samfunnsnivå parallelt med bevisst arbeid for reduksjon av risikofaktorer, tillegges ansvaret eller æren for denne markante endringen og reduksjonen? I så tilfelle er videre undring tilknyttet muligheten for å si noe om hvilket tiltaksarbeid som kan ha bidratt til dette.

3.6.1.1 Internasjonal sammenligning

I studiens søken etter Islandsmodellens effekt, og i så tilfelle hvilke intervensjoner som kan ha bidratt til den positive utviklingen, er det forsøkt å se resultatene på Island sammenlignet med andre land. I 1999 bekreftet ESPAD den alarmerende situasjonen med islandsk ungdoms rusbruk. Samme undersøkelse viste i 2011 en nedgang fra henholdsvis 23 % og 42 % til 3 % og 5 %. ESPAD-undersøkelsen i 2011 viste en nedgang i rusmiddelbruk blant ungdom i en rekke europeiske land. Imidlertid var Island det eneste landet som har deltatt i samtlige ESPAD-undersøkelser, i 1995, 1999, 2003, 2007 og 2011, og som kunne vise til en jevn nedgang både i ungdoms sigaretttrøyking og alkoholbruk.⁹⁰

ESPAD-undersøkelsen i 2015 viste at 46 % av 15-16 år gammel ungdom i Europa hadde forsøkt å røyke sigaretter. Resultatet på Island var 16 %. Likeledes var gjennomsnittsnivået for alkoholbruk de siste 30 dager i Europa 48 %, mens på Island var det 9 %.

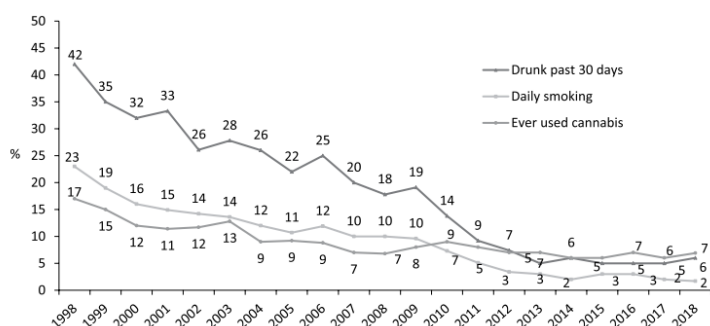
Gjennomsnittsnivået for minimum en gangs cannabisbruk var 16 %, tilsvarende tall som ved forrige undersøkelsen, men på Island var tallet redusert til 5 %⁹¹. Nevnte tall er grafisk

⁸⁹ Kristjansson et al. 2016 i Kristjansson et. al. 2020: 64.

⁹⁰ Hibell et. al. 2012: 10-12.

⁹¹ ESPAD group 2016: 12-15.

fremstilt i figur 4. I ESPAD-undersøkelsen fra 2015 representerer Island enten laveste eller den nest laveste prosentandelen på samtlige områder, av alle de 35 deltakende landene.⁹²



Figur 4. Standard trendmålinger fra studier av ungdom på Island.⁹³

3.6.2 Universell forebygging

Hovedideen bak Islandsmodellen beskrives som fokus på universell forebygging, herunder styrking av beskyttelsesfaktorer med fokus på intervensjoner i lokalsamfunn og reduksjon av risikofaktorer som uorganisert fritid uten tilsyn og festkultur. Forebyggende arbeid handler om å begrense risikofaktorer og øke beskyttelsesfaktorer, og deles ofte inn i tre innsatsområder eller nivåer; universell, selektiv og indikativ forebygging.⁹⁴ Godt forebyggende arbeid innebærer tett samspill mellom mange ulike aktører og arbeid på ulike nivåer hos det enkelte barn, i familien, blant venner, i nærmiljø og skole.⁹⁵ Universell forebyggende innsats kjennetegnes ved utforming av tiltak ment for å favne et stort antall mennesker eller hele befolkningsgrupper. Eksempelvis arbeid rettet mot alle elever på en skole eller i en klasse, uten at en har identifisert individer eller grupper med forhøyet risiko, og anses således som mulighet for stor effekt for samfunnet i sin helhet. Dermed er det også stort potensiale for god samfunnsøkonomisk gevinst ved å hindre utvikling av risikofaktorer og fremtidige helseplager.⁹⁶ Kristjansson et. al.⁹⁷ skriver i sin evaluering at Islandsmodellen mulig kan finne støtte i «Health Impact Pyramid» (figur 5). Denne pyramiden viser fem nivåer for folkehelsearbeid, der nederste nivå i pyramiden innebærer sosioøkonomiske faktorer, neste trinn er kontekstuelle folkehelseintervensjoner som rent vann og trygge veier,

⁹² ESPAD group 2016: 12-15.

⁹³ Kristjansson et. al. 2020: 65.

⁹⁴ Kristjansson et. al. 2015: 646; Bretteville-Jensen & Bramness 2019: 128-129

⁹⁵ Bretteville-Jensen & Bramness 2019: 137.

⁹⁶ Helsedirektoratet 2010: 9-10; Folkehelseinstituttet 2019: 14.

⁹⁷ Kristjansson et. al. 2015: 651.

etterfulgt av beskyttende inngrep med langsiktige fordeler, eksempelvis vaksinasjon. Videre følger direkte kliniske intervensjoner og på toppen står rådgivning og utdanning.⁹⁸

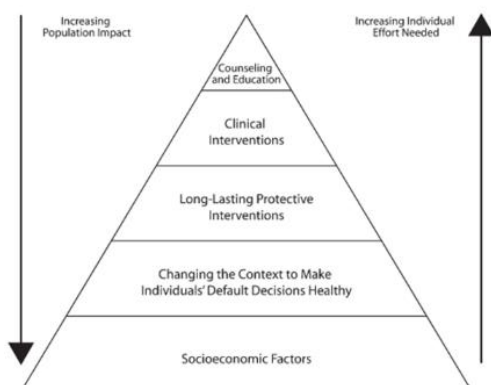


Fig 5. The Health Impact Pyramid.⁹⁹

Health Impact Pyramid viser de samfunnsøkonomiske fordelene ved intervensjoner som rettes mot store befolkningsgrupper. Pyramiden illustrerer at en større andel av en populasjon, herunder også individer som bærer forhøyet risiko, forventes å nå når hovedfokus er satt på systematisk og helhetlige, langsiktige endringer, sammenlignet med mer omfattende individbasert innsats.¹⁰⁰ Imidlertid er forebyggende arbeid ifølge Bretteville-Jensen & Bramness et område der det kan synes vanskelig å identifisere de signifikant virksomme tiltakene.¹⁰¹ De fleste ungdommer som eksperimenterer med rusmidler, gjør dette basert på ønske om å prøve noe nytt, følelse av spenning, eventyrlyst og behov for å teste grenser. For dem som utvikler problematisk bruk og avhengighet, er det ofte opprinnelig andre bakenforliggende utfordringer. Årsakene til rusmiddelbruk er mange, og dermed blir løsningen og svaret på god forebygging kompleks og utfordrende å identifisere.¹⁰² Likeledes vil det være en viss usikkerhet tilknyttet enhver effektvurdering av forebyggende innsats da det vanskelig vil la seg gjøre å med sikkerhet kunne si hva situasjonen ville vært om ikke tidlig innsats ble iverksatt.

3.6.3 Utviklingen

Det synes trygt å si at noe har fungert godt på Island. En omfattende satsing med en rekke parallelltiltak har angivelig gitt en reduksjon av rusmiddelbruk så signifikant at det skiller seg

⁹⁸ Frieden 2010: 591.

⁹⁹ Ibid.

¹⁰⁰ Ibid.

¹⁰¹ Bretteville-Jensen & Bramness 2019: 137.

¹⁰² Nordens Välfärdscenter 2011: 56-57.

ut fra øvrige land i Europa. I 2010 ble tilnærmingen delvis vurdert og evalueringen viser til solide effekter.¹⁰³ Imidlertid er resultatene basert på ca. 14 % prosent av populasjonen. Islandsmodellens funksjon som retningsgivende for langsiktige universelle forebyggende og helsefremmende tiltak, med en rekke ulike komponenter og involverte aktører, er ikke å anse som en modell eller et program i mer tradisjonell form. Derav vil rene effektvurderinger ikke være gjennomførbare. Alternativet blir å se på utvikling og trender for de områdene som har vært i særlig fokus for det systematiske arbeidet som er gjort i tråd med modellen siden slutten av 1990-tallet, og se på hvordan de ulike komponentene samhandler og mulig påvirker hverandre over tid.¹⁰⁴ Som nevnt, viser målingene en betydelig nedgang i ungdoms rusbruk de siste to tiårene. Analysene kan imidlertid ikke anses som bevis for årsakssammenheng, men viser en sammenheng mellom intensivering av universell forebyggende innsats som i stadig økende grad viser seg implementert blant majoriteten av befolkningen, og en markant nedgang i rusmiddelbruk blant ungdom i samme periode.

3.6.4 Kollektiv innsats og fellesskapets betydning

Når vi ser på modeller som iverksatt på Island inneholdende en rekke parallelle intervensjoner, tilføres det nok en komponent som gir ytterligere utfordringer i ambisjon om en effektvurdering. Utfordringen opptrer særlig når hovedvekten av innsatsen utformes som universell forebygging der målgruppen er en større befolkningsgruppe, helt uavhengig av sårbarhet og risiko. Funnene på Island støtter imidlertid opp om en tilsynelatende effekt av den kunnskapsbaserte kommunale forebyggende innsatsen og et langsiktig målrettet kollektivt arbeid i tråd med forankring i «Community-Based Participatory Research (CBPR)». CBPR er forpliktende fellesskapsbasert deltakende forskning på flere nivåer, med potensial for økt sannsynlighet for en bærekraftig implementering i større grad enn kortsiktige programmer. Fellesskapsbasert deltakende forskning beskrives som en samarbeidende tilnærming der mange parter involveres i prosessen med en anerkjennelse av den enkeltes styrke som unike bidrag til fellesskapet, med klar vekt på samarbeid. Evalueringene beskriver det islandske samfunnets helsefremmende tilnærming til det universelle rusforebyggende arbeidet som en solid CBPR-praksis. Dette med bakgrunn i en dokumentert effektiv integrering av forskning og praksis ved å konsekvent benytte standardiserte metodiske tilnærminger over lengre tid, som kan antas å øke sannsynligheten for å oppnå gode resultater på lang sikt.¹⁰⁵ Med

¹⁰³ Kristjansson, James, Allegrante, Sigfúsdóttir & Helgason 2010: 186-171.

¹⁰⁴ Kristjansson et. al. 2015: 646.

¹⁰⁵ Kristjansson et. al. 2015: 650.

utgangspunkt i Islandsmodellens vektlegging av lokale risiko- og beskyttelsesfaktorer, synes tanken å være at vellykket implementering krever godt etablert lokalt samarbeid i form av en koalisjon som bærer hovedansvaret for etablerings- og implementeringsprosessen. Ettersom modellen er basert på en kontinuerlig innsats for samfunnsendring som er ment å gi beskyttelse for barn og unge, synliggjøres også behovet for at det prioriteres å lage fellesskap og langsiktige forpliktelser som er nødvendige for å nå dette målet. Dette medfører også en forståelse for at endring av sosiale forhold tar tid. Kortsiktige tiltak for å initiere og opprettholde kulturelle endringer og samfunnsendringer for forebygging av rusmiddelbruk, særlig i områder som allerede er preget av høy forekomst av rusproblematikk, kan antas å være utilstrekkelig. Sentralt står forståelsen av verdien i universell forebyggende innsats og helsefremmende arbeid.¹⁰⁶

3.6.5 Strukturell forebygging og inkludering

Det rusforebyggende arbeidet deles ofte inn i tilbudsreducerende og etterspørselsreducerende tiltak. Tilbudsreducerende tiltak innebærer blant annet tobakks- og alkoholforbud på eksempelvis skolars område og på alle aktiviteter i skolens regi, samt klar håndheving av dette regelverket. På Island var dette et ledd i iverksettelse av Islandsmodellen i form av heving av aldersgrensene på all alkohol og tobakk, utarbeidelse av lovbestemte innetider og forbud mot reklame for alkohol og tobakk. Samtidig har det vært arbeidet mye med det som kan kalles etterspørselsreducerende tiltak, å redusere etterspørselen etter rusmidler blant annet gjennom arbeid med barn og unges holdninger og kunnskaper om bruk av rusmidler.¹⁰⁷ Det er imidlertid, ifølge Bretteville-Jensen & Bramness, få klare indikasjoner på at informasjons- og holdningskampanjer resulterer i redusert rusmiddelbruk.¹⁰⁸ Særlig anses slike tiltak som lite virkningsfulle ovenfor ungdom som faller innenfor gruppen for selektiv og indikativ forebygging. Intensjonen med slik universell forebygging som Islandsmodellen representerer må kunne sies å være ambisjon om å tilføre beskyttelse til en hel ungdomspopulasjon. Spørsmålet er om dette er tilstrekkelig for de enkeltindividene som bærer særlig sårbarhet og markant forhøyet risiko. Foreløpige tilgjengelige rapporteringer av modellen viser til fagpersoners opplevelse og vurderinger av modellen, og baseres i stor grad på standardiserte kvantitative undersøkelser. Det medfører en nysgjerrighet tilknyttet ungdommenes opplevelser av de beskrevne samfunnsendringene og et ønske om enkeltindividenes

¹⁰⁶ Kristjansson et. al. 2015: 650.

¹⁰⁷ Helse- og omsorgsdepartementet 2015: 6.

¹⁰⁸ Bretteville-Jensen & Bramness 2019: 137.

subjektive beskrivelser av hvordan det er å være en del av et system som beskrives som sterkt fokusert på aktiv deltakelse.

Sosiologiprofessoren Þóroddur Bjarnason viser til undersøkelser der det belyses at parallelt med utvikling av en stadig lavere forekomst av rusmiddelbruk blant islandske ungdom, har omfanget av rusmiddelbruk hos dem som likevel har rusutfordringer et langt større og mer alvorlig omfang enn i andre nordiske land. Det er færre som benytter rusmidler, men til gjengjeld er bruken blant de som bruker rusmidler høyere enn tidligere.¹⁰⁹ Mulig er dette indikasjon på at det omfattende universelle forebyggingsperspektivet med sterkt fokus på kollektiv forståelse og innsats, har gått ut over arbeidet med å sikre gode kunnskapsbaserte intervensjoner på selektivt og indikativt innsatsnivå. En slik antakelse kan sies å tematiseres i NABO-undersøkelsen (the project Nabo - social Inclusion of youth in the Nordic Region) fra 2012.¹¹⁰ Undersøkelsen er organisert av The Swedish Agency for Youth and Civil Society med tema sosial tilhørighet og inkludering. Den ble gjennomført i perioden mellom september 2018 og januar 2019, og presenterer resultater fra seks fokusgruppeintervjuer med 38 islandske ungdom i alderen 18-24. Forfatterne oppsummerer blant annet at flere av ungdommene beskriver liten eller ingen mulighet til å påvirke livssituasjon og lokalmiljø. Samtlige informanter fra Reykjavik ga uttrykk for ønske om mer innflytelse, men ga også uttrykk for sterk opplevelse av å bli møtt med forforståelse og fordommer basert på sosial kapital, alder og tidligere eksperimentering med rusmidler.¹¹¹ Samtlige beskrev opplevelse av å bli diskriminert av profesjonelle så vel som øvrige innbyggere i lokalmiljøet. Samtlige av informantene som oppga å ha blitt utsatt for det de mener er fordommer og ekskludering, oppgir at dette i vesentlig grad har påvirket deres identitet og selvbylde. Noen av dem beskrev en følelse av ikke å høre til i eget nabolag og eget lokalmiljø.¹¹²

Således er det nærliggende å se nærmere på hvilke eventuelle ofringer som er gjort i arbeidet med å utvikle en modell som beskriver en omfangsrik økonomisk og menneskelig ressursbruk. Har nedgangen i antall ungdoms rusbruk gjort det ytterligere sårbart og problematisk å representere det normbrytende? Det åpner for en videre diskusjon rundt hva det innebærer å være ungdom, eller foresatt, som mulig opplever å ikke kunne innfri de

¹⁰⁹ Bretteville-Jensen & Bramness 2019: 137.

¹¹⁰ Gunnarsdóttir, Harðardóttir & Guðmundsson 2019: 26-27.

¹¹¹ Gunnarsdóttir et. al. 2019: 26-27.

¹¹² Gunnarsdóttir, et. al. 2019: 27-29.

normative forventningene samfunnet initierer. Mulig er ikke universelle forebyggingstiltak tilstrekkelig for de som bærer en særlig risiko og er i behov av oppfølging på selektivt eller indikativt tiltaksnivå. Helge Fredriksen, rådgiver ved det norske Kompetansesenter rus, region sør, besøkte Reykjavik kommune sammen med sine kollegaer i 2019. Deres rapport bekrefter de positive beskrivelsene av snuoperasjonen på Island og referer til den gode samfunnsøkonomien det er i et slikt omfattende universelt forebyggende arbeid. Samtidig referer de til samtaler med politiet i Reykjavik som bekrefter de positive trendene, men som samtidig gir uttrykk for utfordringer med blant annet ungdom som rømmer hjemmefra og en økt bruk av sosiale medier der det fremlegges trusler, deles nakenbilder og avtales slåsskamper.¹¹³

3.6.6 Foreldreinvolvering og lokalmiljøets potensielle beskyttelse

Delkapittelet er ment å se nærmere på sosial kapital i lys av folkehelsearbeid med fokus på styrking av beskyttelsesfaktorer. Med sosial kapital refereres her til tilgang på ressurser gjennom tillitsbaserte relasjoner og sosiale nettverk, blant annet foresatte og lokalmiljøet for øvrig. Risiko- og beskyttelsesfaktorer finnes på både samfunns-, gruppe- og individnivå. På samfunnsnivå snakker vi om sosioøkonomisk status, demografi, boområde og nærmiljø. Høy rusmiddelbruk i nærmiljøet fører til økt rusbruk, og indikerer samtidig et nærmiljø preget av andre alvorlige belastninger knyttet til holdninger og verdier eksempelvis ved spørsmål om kriminalitet og bruk av rusmidler. På gruppenivå er risiko og beskyttelse mer knyttet til familiesituasjon, sosial innflytelse, tilhørighet, skolesituasjon og tilpasning. Funnene gjort ved kartlegging av forholdene og utarbeidelse av Islandsmodellen samsvarer i stor grad med allment kjente risikofaktorer for utvikling av rusmiddelmisbruk hos ungdom. Herunder regnes blant annet lite oppfølging fra foresatte, en familiesituasjon med høyt konfliktnivå, utrygghet og mangel på struktur samt foreldre med eget rusmiddelmisbruk.¹¹⁴ Ungdom som rapporterte lav eller ingen bruk av rusmidler kunne kategoriseres innenfor visse fellesnevner. En kunne se en høyere forekomst av deltakelse i organiserte fritidsaktiviteter og en rapportering om høy skoletrivsel- og mestring, mer tid sammen med foresatte og at en i liten grad tilbringer kveldene utendørs uten organisert aktivitet.¹¹⁵ Ved gjennomføring av nasjonale effektmålinger i perioden 2010-2014, ble det gjort analyser av økning av beskyttelsesfaktorer og

¹¹³ Fredriksen 2019: 6.

¹¹⁴ Helsedirektoratet 2018: 6-7; Kvello 2006: 25-27.

¹¹⁵ Fredriksen 2019: 2.

reduksjon av risikofaktorerens påvirkning på forekomst av rusmiddelbruk.¹¹⁶ Oppsummert viser funnene klar sammenheng mellom foreldreinvolvering, herunder foreldres tidsbruk sammen med barna, og risiko for utvikling av rusmiddelbruk blant ungdom. Det fremmes en overgang fra terminologien kvalitetstid til fokus på tid. Likeledes kommer det frem klare indikatorer på sterk beskyttelse gjennom tett oppfølging fra foreldrene i form av tydelige grenser, rådgivning, forventninger, anerkjennelse, støtte og interesse. Dette innebærer også veiledning av foresatte i gode rutiner for samarbeid med andre foreldre for å vite hvem barna deres er sammen med, hva de gjør og hvor de er.¹¹⁷

I Islandsmodellen vektlegges klare sammenhenger mellom forebygging av rusmiddelmisbruk, forebygging av atferdsvansker og forebygging av kriminalitet. Systematisk kvalitetsarbeid, med bevisst og anerkjent metodevalg, særlig rettet mot barn og unge som bærer høy risiko, står frem som mulig den sterkeste beskyttelse. Bidrag som kan skape selvstendighet, tillit til omgivelsene, trygghet og tro, vil mulig være sterk beskyttelsesfaktor mot rusmiddelbruk.¹¹⁸ Nedenfor vises oversikt over kjente suksess- og risikofaktorer i rusforebyggende arbeid med barn og ungdom.

Rusforebygging	Suksessfaktorer	Risikofaktorer
Barn/unge	Barn og unge må få aldersadekvat informasjon om positive og negative sider ved bruk av rusmidler. Helsetjenester med lav terskel. Gode fritids- og aktivitetstilbud.	Lite systematisk rusforebygging i skolen. Bekymring tas opp for sent.
Foreldre/foresatte	Kunnskap om rusmidler og barn/unges situasjon i skole/nærmiljø. Bli styrket i foreldrerollen, og foreldres betydning i rusforebyggende arbeid.	Sosial ulikhet. Belastende bomiljø. Foreldre/foresatte som selv har problemer med rus/psykisk helse.
Fagfolk	Ansatte som jobber med barn og unge har kunnskap om risiko og beskyttelsesfaktorer. Tilgjengelig skolehelsetjeneste. At man har kunnskap om gode forebyggende tiltak. At skole og bydel har tett samarbeid. Tilbud med lav terskel og oppsøkende tjenester.	Skolene har store ansvarsområder. Manglende samarbeid/koordinering mellom skole og bydel. Begrensede ressurser i skolehelsetjenesten.

Fig. 6 Suksess- og risikofaktorer i rusforebygging.¹¹⁹

Ved å etablere samfunnsbevissthet og -støtte, sikres implementering av Islandsmodellen i mulig den aller viktigste samfunnskomponenten, nemlig lokalmiljøet. Imidlertid vil det være naturlig å ta høyde for at det alltid vil være enkeltsituasjoner der det av ulike årsaker viser seg

¹¹⁶ Kristjansson et. al. 2015: 648.

¹¹⁷ Young 2017: 13-17.

¹¹⁸ Kvello 2006: 26-28.

¹¹⁹ Oslo kommune Velferdsetaten 2017: 29.

utfordrende å få enkelte foresatte tilstrekkelig styrket og involvert i en slik innsats. Det kan oppfattes som at slike potensielle utfordringer har fått svært begrenset oppmerksomhet i arbeidet med Islandsmodellen. Mulig handler det kun om at dette ikke har vært vurdert relevant eller som prioritet i utarbeidelser av beskrivelser og evalueringer av modellen. Imidlertid beskriver forskerne bak modellen en bevisst tilrettelegging for involvering av så mange som mulig i foreldremøter og lokale folkemøter der de årlige ungdomsdataene presenteres. En sentral del av dette arbeidet beskrives som tilrettelegging for at flest mulig skal ha anledning til å delta, herunder eksempelvis matservering, barnepass og transporthjelp, i tillegg til tidlig informasjon, åpen kommunikasjon og barrierefri deltakelse.¹²⁰ Det vektlegges også at rapportene presenterer data i en form som skal gjøre resultatene og anbefalingene så lett tilgjengelige og forståelige som mulig. Dette åpner for en undring rundt hvorvidt disse tiltakene er å vurdere som så effektfulle at de lykkes i å involvere, inkludere og engasjere alle, eller om det stadig finnes en minoritet som ikke tar del i dette fellesskapsarbeidet, men som ikke har fått plass i tilgjengelige beskrivelser og publikasjoner. Det er nærliggende å tenke sistnevnte.

3.6.7 Skolen som forebyggingsarena

Skolen er en viktig arena for læring og sosial utvikling. Islandsmodellen nevner skolene som viktige knutepunktsarenaer for lokale aktiviteter og som særlig sentral part i det forebyggende og helsefremmende arbeidet. Skolen er forpliktet til å forebygge og håndtere utfordringer knyttet til rusmidler, og står i en særlig posisjon til å identifisere og reagere på bekymringsfull atferd på et tidlig tidspunkt. Likeledes står skolene i særstilling i mulighet til å tilføre mye beskyttelse, da skolen representerer en arena som barn og unge tilbringer svært mye tid på. Blant tiltakene i Helse- og omsorgsdepartementets opptrappingsplan for rusfeltet i Norge er videreutvikling av det forebyggende arbeidet i skolene, herunder i tråd med utarbeidet støttmateriell «Rusmiddelforebyggende arbeid i skolen – forslag til læringsaktiviteter».¹²¹ Opptrappingsplanen trekker paralleller mellom skolens rusforebyggende arbeid og kompetansemålene i læreplanverket.¹²² Opptrappingsplanen og støttmateriell løfter skolen som arena med potensielt avgjørende betydning for unge i risiko for utvikling av rusmiddelproblematikk. Det trekkes klare paralleller mellom rusmiddelbruk og marginaliseringsrisiko, herunder blant annet frafall fra videregående opplæring som kan ha

¹²⁰ Sigfúsdóttir, Thorlindsson, Kristjansson, Roe, Allegrante 2008: 18-20.

¹²¹ Helsedirektoratet 2012: 3.

¹²² Sigfúsdóttir et. al. 2008: 18-20.

store konsekvenser for enkeltindividenes muligheter videre i livet. Støttemateriellet vektlegger også verdien og behov for at skolen har en bred kontaktflate og tett samarbeid med foresatte, kommunale og eksterne hjelpetjenester, klubber, foreninger, organisasjoner, frivilligheten, samt forebyggende avsnitt ved politiet.¹²³

Som tidligere nevnt,¹²⁴ samles det på Island årlig inn data fra hver enkelt skole. Dette for å sikre informasjon tilstrekkelig til å kunne fatte strategiske beslutninger tilpasset hver enkelt skole og det området dataene representerer. Undersøkelsene er anonyme og det er derfor vurdert til å ikke være nødvendig å innhente samtykke fra foresatte for at deres barn skal besvare undersøkelsene. Imidlertid blir det sendt informasjon til foresatte i forkant av hver undersøkelse, med instruks for hvordan de skal gå frem om de ikke ønsker at eget barn skal delta. Gjennomsnittlig svarprosent på de årlige landsomfattende undersøkelsene ligger på over 80 %.¹²⁵ Ifølge Kristjansson et.al.¹²⁶ er høy svarprosent, definert til å ideelt sett være 80 % eller høyere, svært betydningsfull for å sikre nøyaktig diagnostikk, samt hindre bekymringer fra lokalmiljøet for hvorvidt dataene er pålitelige og gir tilstrekkelig nøyaktig presentasjon av deres spesifikke samfunnsutfordringer.

I tillegg til de lokale skolerapportene, utarbeides det rapporter som beskriver sosioøkonomiske faktorer som samsvarer med områdene de ulike nøkkelpersonene har særlig interesse og ansvar for. Mens skoleansatte får rapporter som oppsummerer en spesifikk skole, mottar ansvarlige for skoledistrikt, kommuner, byer eller statlige områder, rapporter som samsvarer med deres nedslagsfelt. I tillegg har presentasjon av sammenligningsdata vist seg viktig, ettersom det gir enkeltskolene, koalisjonene og lokalmiljøet mulighet til å se sine utfordringer og resultater i forhold til andre nærliggende lokalmiljøer.¹²⁷

Tett og godt samarbeid mellom skolen og foresatte, samt foreldrene imellom, er en sentral komponent ved Islandsmodellen. Godt samarbeid mellom hjem og skole er en kjent beskyttelsesfaktor. Mulig er det dette, i kombinasjon med hyppige foreldremøter, tett foreldreveiledning og skolenes rutiner for presentasjon av ferdigutarbeidede forslag til

¹²³ Helsedirektoratet 2012: 3.

¹²⁴ Se ovenfor: delkapittel 3.2.

¹²⁵ Kristjansson et.al. 2020: 73.

¹²⁶ Ibid.

¹²⁷ Kristjansson et.al. 2020: 73-75.

foreldreavtaler, som danner grunnlag for det som beskrives som et sterkt og godt forankret samarbeid mellom skole og hjem.¹²⁸

3.6.8 Aktivitet som forebygging

Erfaringene viser at økt satsing på gode fritidstilbud og inkludering skaper god beskyttelse som reduserer risikoen for antisosial atferd og rusmiddelbruk. Resultatene gir klare indikasjoner på at det omfattende universelle forebyggingsarbeidet har bidratt til å skape tilpasningsdyktige, sosialt veltilpasse barn og unge med økt selvtillit, bedre selvbylde og styrkede forutsetninger for å ta gode livsvalg.¹²⁹ Tilgjengelige effektmålinger og evalueringer gir ikke informasjon som tydelig gir grunnlag for vurdering av hvilke tiltakskomponenter som kan antas å være særlig effektive eller har hatt størst betydning for utviklingen på Island. Dette er grunnlag for følgende presentasjon av mer generell forskning innen psykologi, helse-, sosial- og samfunnsfag, benyttet for diskusjon av styrker, svakheter og mulige effekter ved tiltakene. Det er også gjort utvidede søk i nyhetsreportasjer, magasininnlegg og lignende, med funn blant annet i The Independence, Health Care og BBC. Funnene som gir en opplevelse av at særlig satsingen på organisert fritid har vekket stor interesse, også utover Islands grenser.

Samvær med jevnaldrende får forsterket posisjon i ungdomsårene. Tilknytning til jevnaldrende med sterkt preget opposisjonell og normstridig atferd, øker risiko for tilsvarende atferd hos enkeltindividet. Likeledes kan tilhørighet og tilknytning til et fellesskap med jevnaldrende som engasjerer seg i positive aktiviteter representere sterk beskyttelse. Thorlindsson & Bernburg¹³⁰ gjennomførte i 2006 en studie av islandske ungdoms rusvaner sett opp mot deltakelse i fritidsaktiviteter. Undersøkelsen viser markant lavere forekomst av rusmiddelbruk blant ungdom som rapporterer å være aktivt tilknyttet et organisert fritidstilbud. Både involvering i idrett og i fritidsklubber viser tydelig negativ effekt på alkoholbruk. På den andre siden viser undersøkelsen klar sammenheng mellom ungdoms deltakelse i sosialt nettverk som representerer opposisjon, regelbrudd og å henge ute sent på kvelden, og signifikant høyere forekomst av rusmiddelbruk. Ifølge Thorlindsson & Bernburg kommer aktiv deltakelse og tilhørighet i organisert fritidsaktivitet preget av sunne verdier, opplevd mestring, forsterket selvtillit og selvfølelse, den sterkeste beskyttelsen i sammenligning av en rekke beskyttelsesfaktorer. Relasjon til og oppfølging fra foresatte, og

¹²⁸ Sigfúsdóttir et. al. 2008: 23

¹²⁹ Fredriksen 2019: 6.

¹³⁰ Thorlindsson & Bernburg 2006: 330.

sterk skoletilknytning preget av mestring og god relasjon til skoleansatte, kom på de påfølgende plassene i rangeringen.¹³¹ Deltakelse i fritidsaktiviteter kan, ifølge Thorlindsson & Bernburg, åpne for muligheter til å utvikle ferdigheter, utvide horisonter og gi opplevelse av mestring, anerkjennelse, aksept og tilhørighet, som i seg selv er forebyggende og helsefremmende.¹³² Utfordringen kan være å sikre deltakelse for dem som bærer forhøyet risiko og er særlig viktige å involvere og engasjere på et tidlig tidspunkt. I perioden 2000 til 2016 økte antall ungdom på Island som rapportere å delta i organiserte fritidsaktiviteter fire ganger per uke eller oftere fra 26% til omtrent 37%. Et bredt og omfattende aktivitetstilbud med profesjonelt utdannede trenere og tilbud om fritidskort som skal senke terskelen for deltakelse uavhengig av sosioøkonomisk status, synes som sentrale komponenter.

Det tilrettelegges også for transport direkte fra skole til aktiviteter med argumentasjon om at dette også anses som bidrag til å involvere flere. Samtidig som dette tilrettelegger for stressreduksjon som kan oppstå ved det flere familier tidligere beskrev som omfattende logistikkutfordringer for at alle familiemedlemmer skulle få deltatt på sitt hver ettermiddag. Denne tilrettelegging beskrives også som et bevisst grep for å øke mulighetene for foreldre til å være sammen med sine barn og ha de gode samtalene på kveldstid. Samtidig beskrives et tett samarbeid mellom kommunalt ansatte og ansvarlige for de ulike fritidsaktivitetene.¹³³ Mulig er det sistnevnte som skiller seg mest fra tradisjonell organisering der det kan synes som at kommunene har få om noen rutiner og tradisjon for samhandling og samarbeid med idrettsklubber og øvrige fritidsorganisasjoner.

3.6.9 Helhetlig tjenestetilbud

I to tiår har Islandsmodellen blitt implementert og systematisk brukt for å redusere omfanget av rusmiddelbruk blant ungdom på Island. Det flersektorielle samfunnsbaserte samarbeidssystemet der forskere, beslutningstakere, administrative ledere og utøvere går sammen for å redusere risiko og øke beskyttelse i de sårbare ungdomsårene har de siste årene fått stor internasjonal oppmerksomhet. Nå rangerer Island blant landene med lavest forekomst av rusmiddelbruk blant ungdom i hele Europa.¹³⁴

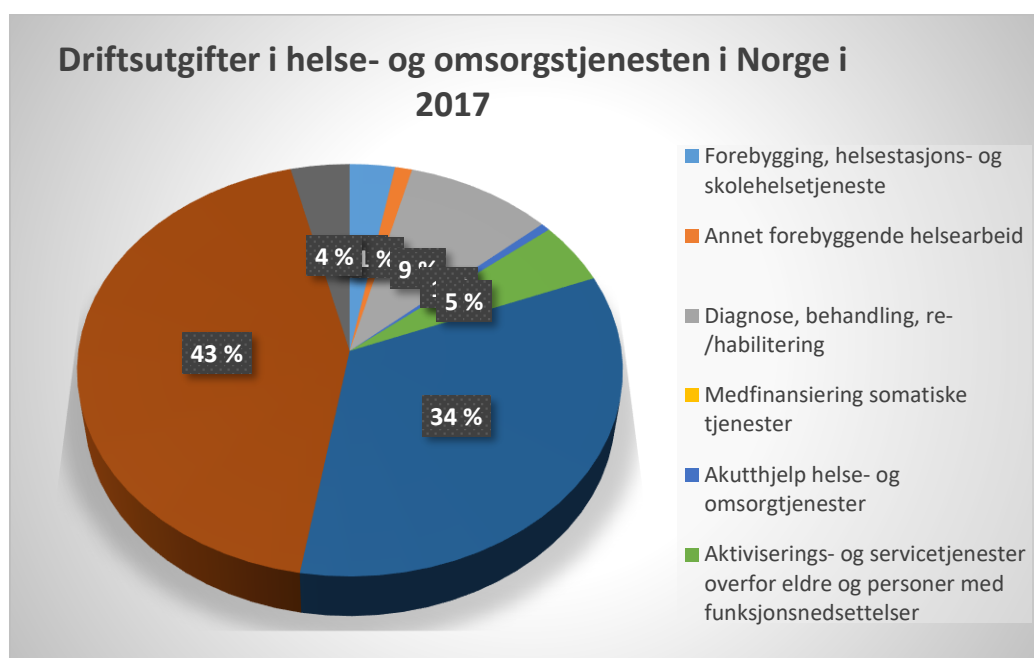
¹³¹ Thorlindsson & Bernburg 2006: 322.

¹³² Thorlindsson & Bernburg 2006: 330-331.

¹³³ Leth-Olsen 2019: 5.

¹³⁴ Sigfúsdóttir et. al. 2020: 58.

Gjennomgående i alle beskrivelser og vurderinger av modellen, er den omfattende implementeringen og involvering av alle samfunnsaktører i bred kollektiv innsats. Dette synes særlig interessant om vi ser det i forhold til tradisjonell organisering på det velferdspolitiske feltet der det kan oppleves som at det stadig bærer preg av et sterkt fokus på individrettede tiltak. Det er godt dokumentert at den økonomiske gevinsten ved effektivt helsefremmende og forebyggende arbeid er markant sammenlignet med intervensjoner iverksatt etter at problemutvikling er påbegynt. Likevel viser 2017-tallene for utgifter til norske kommunale helse- og omsorgstjenester, presentert i figur 7, at det stadig investeres vesentlig mindre i det forebyggende og helsefremmende arbeidet i forhold til behandling, pleie og rehabilitering. Av ca. 131,3 milliarder i brutto driftsutgifter utgjorde forebyggende helsearbeid kun 4 % (ca. 3,8 milliarder).¹³⁵



Figur 7. Brutto driftsutgifter for den kommunale helse- og omsorgstjenesten i 2017.¹³⁶

Dette blir spesielt relevant om det vurderes om mot den grunnleggende kunnskapsforankringen Islandsmodellen presenteres med. En klar prioritering av selektiv og indikativ forebygging, altså hovedsakelig individrettede tiltak basert på identifisert risiko eller tegn på problemutvikling, kan forstås som tjenester basert på forståelse av at hovedutfordringene tilhører enkeltindividet. Islandsmodellen presenteres derimot med en

¹³⁵ Kunnskapssenteret 2012: 14.

¹³⁶ SSB, Statistisk sentralbyrå 2020 <https://www.ssb.no/353214/utgifter-i-kommunale-helse-og-omsorgstjenester.1-000-kroner>

tydelig forankring i klassiske sosiologiske og kriminologiske prinsipper med forståelse av at alle mennesker er en del av en større sammenheng og preges av den til enhver tid gjeldene kontekst. Kunnskapsgrunnlaget vektlegger barn og unges oppvekstmiljø, med forståelse av at barn som lever under utrygge forhold også får venner som strever med tilknytning og som også gir lite sosial støtte, og dette vil medføre en ytterligere forhøyet risiko. Særlig i ungdomsårene får venner en stadig viktigere posisjon og vennskap dannes ofte med felles holdninger og verdigrunnlag. Dermed vil dette være relasjoner som henholdsvis kan regnes som beskyttelsesfaktorer eller risikofaktorer, avhengig av gruppens holdning til bruk av rusmidler.¹³⁷ Herunder ligger forståelsen av at nærmest alle individer er kapable til å ta normstridige valg i gitte kontekster og under enkelte sosiale forutsetninger der slike valg oppfattes som alminnelige, gyldige og representative for majoriteten.

Dette perspektivet blir spesielt relevant og interessant når det sees parallelt med den mulig mer etablerte tilnærmingen til problemer forstått som enkeltpersoners komplekse utfordringer. Dette er mulig også en potensiell årsaksforklaring til organiseringen av store deler av det vest-europeiske helsetilbudet som må kunne sies å bære preg av tydelige sektorinndeling. Denne nærmest silorasjonaliseringen i offentlig forvaltning, med forholdsvis markante skiller og klare inndelinger av roller og ansvarsområder, kan gi tydelige utslag i kommunale tjenester basert på stort spenn i ulike samfunnsoppdrag og prioriteringer.¹³⁸ Mange helse- og samfunnsintervensjoner baseres på teoretisk forbindelse mellom forskere, politikere, feltarbeidere og samfunnsmedlemmer. Dette kan resultere i en fragmentering i utvikling av tjenestetilbudet, og de ulike instansene kan arbeide isolert fra hverandre med varierende nærhet og forståelse av utfordringene. Mulig er det her Islandsmodellen særlig skiller seg fra andre forebyggingsprogrammer og -modeller i sin omfattende tverrfaglige, tverrsektorielle involvering og implementering med en beskrevet sterk prioritering av innbyggerinvolvering og satsing på lokalmiljøet.¹³⁹

3.7 Islands unike posisjon

Tross observerte lineære tidstrender og forholdet mellom de universelle forebyggingsvariablene, tid og utfall, kan det synes vanskelig å garantere for definitive årsakssammenhenger som beviselig sier at Islandsmodellen er eneste årsak til den observerte

¹³⁷ Helsedirektoratet 2018: 20-23; Kvello 2006: 26-28.

¹³⁸ Skog Hansen, Steen Jensen, Strand, Brodtkorb & Sverdrup 2018: 12-14.

¹³⁹ Høj Anvik & Holmen Waldahl 2017: 20.

reduksjonen i rusmiddelbruk på Island. I samme periode som Islandsmodellen ble iverksatt, vises en trend i utviklingen av rusmiddelbruk blant ungdom i flere nordiske land. Dog er ikke nedgangen i de andre landene i nærheten av så markant som den har vært på Island.

Det er verd å nevne en pågående diskusjon i forskermiljøet på Island som omhandler i hvilken grad det er mulig å påstå at det er den omfattende forebyggende innsatsen som er årsak til utviklingen. Dette har sammenheng med at universell forebygging generelt gir lite muligheter for dokumentasjon av en direkte årsakssammenheng. Man kan spørre seg i hvilken grad en betegnelse av forebyggende innsats som evidensbasert og virksom er hensiktsmessig og pålitelig. En slik tilnærming kan forstås som en vurdering av et slikt arbeid som mer teknologisk og mulig å vurdere uavhengig av kontekst og implementeringspraksis. Mulig er det mer treffende å omtale Islandsmodellen som en forsknings- og kunnskapsbasert praksis. Denne tillegger både implementeringspraksis og kontekst avgjørende betydning for hvordan forebyggingsarbeidet skrider frem og således hvilke resultater det kan være mulig å forvente. Det oppleves krevende, og er kanskje umulig, å fullstendig identifisere særlige effektfulle enkeltintervensjoner, og isolere faktorer og tiltak fra det omkringliggende lokalmiljøet og det landsomspennende samfunnet.

Det er også verd å nevne at det blant forskerne på Island stadig diskuteres i hvilken grad det er mulig å si at det er den omfattende forebyggende innsatsen som har sørget for denne utviklingen ettersom universell forebygging generelt gir lite muligheter for dokumentasjon av en direkte årsakssammenheng. Man kan spørre seg i hvilken grad en betegnelse av forebyggende innsats som evidensbasert og virksom, er hensiktsmessig og pålitelig da dette mulig kan forstås som en vurdering av et slikt arbeid som mer teknologisk og mulig å vurdere uavhengig av kontekst og implementeringspraksis. Mulig er det mer treffende å omtale Islandsmodellen som en forsknings- og kunnskapsbasert praksis som tillegger både implementeringspraksis og kontekst avgjørende betydning for hvordan forebyggingsarbeidet skrider frem og således hvilke resultater det kan være mulig å forvente. Det oppleves krevende, og er kanskje umulig, å fullstendig identifisere særlige effektfulle enkeltintervensjoner, og isolere faktorer og tiltak fra det omkringliggende lokalmiljøet og det landsomspennende samfunnet.

3.8 Oppsummering

Beskrivelser av Islandsmodellen gir et bilde av en enorm felles satsing, ledet av sentrale og kommunale myndigheter, basert på en forpliktende felleskapsbasert samarbeidende

tilnærming der mange parter involveres i prosessen. Arbeidet fremstår som sterkt fundamentert i implementeringspraksis basert på fellesskap og langsiktige forpliktelser for kulturelle endringer og samfunnsendringer over tid. Det beskrives en stor satsing på utbygging av fritidsaktivitetstilbudet, tilbudsreduserende tiltak og lovendringer, styrket forebyggende arbeid og tverrfaglig kompetanse i alle skoler, økt foreldreinvolvering- og engasjement, og arbeid med å få barn og unge engasjert i positive fritidsaktiviteter.¹⁴⁰ Hvilke tiltak som har hatt størst effekt, om det er summen av eller om det er enkelttiltak som har hatt størst innflytelse, kan imidlertid mulig være mer utfordrende å vurdere.

Det som kan sies med sikkerhet er at beskyttelsesfaktorene har økt, risikofaktorene og rusmiddelbruken er markant redusert, og dette mer signifikant på Island enn i noe annet land i Europa.¹⁴¹ De senere årene har flere land og kommuner startet arbeidet med å se på muligheten for å tilpasse modellen til sine lokale forhold og behov. En sentral del av dette arbeidet og effektdiskusjonen blir således knyttet til Islands unike isolerte geografiske posisjon, med en relativt liten og homogen befolkning.¹⁴² Dette medfører også en diskusjon rundt hvilke overføringsmuligheter erfaringene fra Island har til andre større og mer heterogene samfunn. Dette er forsøkt studert nærmere og belyst i oppgavens neste kapitler.

¹⁴⁰ Leth-Olsen 2019: 2; Young 2017: 2-3.

¹⁴¹ Young 2017: 18-21.

¹⁴² Kristjansson et.al. 2015: 651.

4.0 HVA AV DET ISLAND HAR LYKKES MED KAN OVERFØRES TIL EN NORSK KONTEKST?

Kapittelet tar utgangspunkt i beskrivelser av Islandsmodellen og diskusjon av mulige suksessfaktorer for rusforebyggende arbeid med barn og unge, presentert og diskutert i forrige kapittel. Kapittelet er ment som bidrag til å se på Islandsmodellens potensielle overføringsverdi i arbeidet med å besvare første del av forskningsspørsmål 2: *Hva av det Island lyktes med kan overføres til en norsk kontekst som Vestby kommune?* Innledningsvis presenteres Planet Youth og arbeidet gjort med overføring av modellen til andre europeiske land, med særlig beskrivelse av overføring gjort til Irland. Videre følger beskrivelse av Eide kommunes rusforebyggende arbeid omtalt som «Islandsmodellen på norsk». Arbeidet presenteres med informasjon innhentet gjennom intervju med folkehelsekoordinator i Eide.

4.1 Planet Youth

I arbeidet med søken etter potensiell overføring av Islandsmodellen til Vestby, utforskes erfaringer gjort i andre land og lokalmiljøer. Dette arbeidet tar utgangspunkt i erfaringer gjort i regi av de ansvarlige for utviklingen av modellen på Island ved ICSRA. Med utgangspunkt i Islandsmodellen utarbeidet den ansvarlige forskergruppen modellen «Planet Youth»¹⁴³ i samarbeid med European Cities Against Drugs (ECAD). Denne innsatsen ble utformet for å informere om behovet for befolkningsomfattende universell forebygging gjennom forskning rettet mot å stoppe og reversere observerte økninger i ungdoms rusmiddelbruk. Planet Youth vurderes til å være sentral i søken etter Islandsmodellens potensielle overføringsverdi og presenteres nærmere i kommende delkapitler. Ifølge ICSRA ligger forskningsresultatene på Island i forkant av internasjonal forskningsinnsats, og ICSRA jobber tett med statlige og ikke-statlige organisasjoner på Island og i andre land for å gi ekspertise og logistisk støtte til ungdomsforskning og intervensjonsprosjekter.¹⁴⁴

4.1.1 Utgangspunkt for overføring av Islandsmodellen til andre land

Islands president, Olafur Ragnar Grimsson, ble en sterk internasjonal talsmann for Islandsmodellen og presenterte arbeidet gjennom forskjellige internasjonale kanaler.¹⁴⁵ I 2005 ble det avholdt styremøte i ECAD der det ble foreslått at det skulle settes i gang et arbeid med å iverksette og koordinere et europeisk program med mål om å iverksette effektive tiltak for å

¹⁴³ Planet Youth by ICSRA 2018. <https://planetyouth.org/about/>

¹⁴⁴ Ibid.

¹⁴⁵ Sigfúsdóttir, Soriano, Mann & Kristjansson 2020: 59.

hindre distribusjon, salg og bruk av illegale rusmidler. I mai samme år ble det besluttet at prosjektet skulle etableres under navnet «Youth in Europe – A drug prevention programme» (YiE). Prosjektet ble grunnlagt gjennom samarbeid mellom ICSRA, byrådsledere og andre tjenestemenn i Reykjavik, og ECAD. Dette er et internasjonalt samarbeidsprosjekt, gjennomført i Europa, basert på sentrale erfaringer og resultater fra Islandsmodellen. Programmet ble ved oppstart basert på rapporten «Drugfree Iceland 1997-2002». YiE har som mål å oversette og spre Islandsmodellen, og for å redusere ungdoms rusmiddelbruk i europeiske tettsteder utenfor Island.¹⁴⁶

4.1.2 Overføring av Islandsmodellens grunnprinsipper

Ifølge artikkelen «Trends in prevalence of substance use among Icelandic adolescents, 1995–2006»¹⁴⁷ er det å oppmuntre og støtte foreldre, skoler, lokale myndigheter, fritidsarbeidere og andre til å samarbeide om å fremme ungdoms helse og velvære en av de største ressursene i arbeidet mot å øke samfunnets sosiale kapital. Dette ser ut til å bidra vesentlig til forebygging av rusmiddelbruk blant ungdom. Med sosial kapital menes her sosiale ressurser med nettverk kjennetegnet ved felles verdigrunnlag, tillit og gjensidig engasjement for fellesskapet.

«Sosial kapital viser til ressurser som kan bidra til livskvalitet, levekår og muligheter for endring (...) For mennesker i en vanskelig livssituasjon kan uformelle innsatser i de sosiale omgivelsene være vel så viktig som profesjonell hjelp (...)»¹⁴⁸

Med et slikt utgangspunkt kan modellen sies å kreve et skifte i antatt tradisjonell tenkning, fra individperspektiv til et kollektivt perspektiv, og fra kortsiktig til langsiktig målsetting. Mulig er det å tilrettelegge for slike endringer noe av det som kan oppleves skremmende eller utfordrende ved modellen. Planet Youth er tydelig i beskrivelsen av at det er det å samle inn data og få institusjoner og etater til å samarbeide som er nøkkelen til suksess, og mener at de fleste land med sterk økonomi kan legge til rette for å benytte Islandsmodellens tilnærming.¹⁴⁹ Sigfúsdóttir et. al. avslutter sin artikkel med å belyse behovet for fremtidige studier som vil sammenligne Islands erfaringer med andre land i Europa og Nord-Amerika, som et mulig

¹⁴⁶ Youth in Europe 2005: 2.

¹⁴⁷ Sigfúsdóttir et.al. 2008: 8.

¹⁴⁸ Bakke Larring & Stjernø 2010: 53

¹⁴⁹ Planet Youth by ICSRA 2018 <https://planetyouth.org/the-method/>

verdifullt bidrag i arbeidet med å hindre rusmiddelbruk blant ungdom.¹⁵⁰ Denne masteroppgaven er ment å se nærmere på dette.

4.1.3 Internasjonal interesse

Fra 2006 til 2016 ble det i regi av YIE-prosjektet gjennomført fem undersøkelser med datainnsamling i 35 tettsteder i 23 land med drøyt 120 000 deltakere. I 2017 ble det publisert nyhetsoppslag om Islandsmodellen i flere internasjonale medier, blant annet Independent, Huffington Post og Mozaic Science. Kort tid etter produserte BBC en kortfilm om Islandsmodellen. Sigfúsdóttir et. al.¹⁵¹ beskriver dette som utgangspunkt for en stor tilstrømning av forespørsler om Islandsmodellen til ICSRA. Disse forespørslene, kombinert med YIE-prosjektet, førte til samarbeid med land utenfor Europa og Planet Youth ble etablert som global plattform for implementering av Islandsmodellen.

På Planet Youth's nettsider presenteres modellen som en forebyggingsmodell utviklet for å forbedre ungdoms liv, og som er bevist lett overførbart og mulig å bruke i ethvert samfunn. Planet Youth tilbyr tre ulike overføringer av modellen; foredrag, workshops og veiledningsprogram. Metodene som brukes i YiE beskrives som identiske med programmet levert på Island.¹⁵² I 2020 er det registrert 111 aktive lokalsamfunn som bruker Planet Youth-metoden.¹⁵³ I søken etter potensiell overføringsverdi av Islandsmodellen til forhold utenfor Island, ble det gjort søk etter erfaringer fra andre land og lokalmiljøer, i tråd med litteratursøk beskrevet i kapittel 2.¹⁵⁴ Tilgjengelig litteratur på slik overføring ga utgangspunkt for følgende presentasjon av erfaringer fra Irland.

4.1.4 YiE i Irland

*“The overall vision of Planet Youth is that all young people are active, healthy and happy, connected to their families and communities, and achieving their full potential.”*¹⁵⁵ Irland har opprettet en egen nettside som presenterer arbeidet med Planet Youth, kalt «Planet Youth – growing up in the west». Siden innledes med presentasjon av Planet Youth som universell forebyggingsmodell utviklet for å redusere rusmiddelbruken blant ungdom. Satsingen

¹⁵⁰ Sigfúsdóttir et.al. 2008: 8.

¹⁵¹ Sigfúsdóttir et. al. 2020: 60.

¹⁵² Planet Youth by ICSRA: 2018 <https://planetyouth.org/the-method/qa/>

¹⁵³ Planet Youth by ICSRA, 2018 <https://planetyouth.org/get-involved/communities/>

¹⁵⁴ Se ovenfor: delkapittel 2.2

¹⁵⁵ Planet Youth by ICSRA, Western Region u.å. <https://planetyouth.ie/about/>

presenteres med sitatet “*The world as we have created it is a process of our thinking. It cannot be changed without changing our thinking.* - Albert Einstein». ¹⁵⁶ Videre beskrives modellen som basert på reduksjon av kjente risikofaktorer og styrking av beskyttelsesfaktorer, med utgangspunkt i kunnskap om lokalmiljøet innhentet gjennom Planet Youth-spørreskjemaet. Avslutningsvis informerer introduksjonen om nye planlagte Planet Youth-undersøkelser i 2020 og i 2022. ¹⁵⁷

Det er tre pilotsteder i Irland som for øyeblikket etablerer og implementerer Planet Youth, Galway, Mayo og Roscommon, et område med totalt ca. 453 000 innbyggere og herunder omtrent 117 000 under 18 år. Dette er pilotprosjekt planlagt gjennomført i perioden 2018 til 2023, og er initiert og utviklet av Western Region Drug and Alcohol Task Force (WRDATF). Det er opprettet lokale styringskomiteer for hvert av pilotstedene, og disse består av innbyggere og fagpersoner fra de ulike lokalmiljøene. I prosjektbeskrivelsen tydeliggjøres Planet Youth som intervensjon for systematisk arbeid med folkehelse for alle kommunens innbyggere. Ved å fokusere på universell forebygging og rette særlig innsats mot å styrke beskyttelsesfaktorer identifisert gjennom kartleggingsundersøkelser, vil det være rom for en rekke samfunns- og helsegevinster utover redusert rusmiddelbruk. ¹⁵⁸ Presentasjonen av Planet Youth i Irland gir skjematisk fremstilling av implementeringsprosessen og ansvarsfordeling, vist i figur 8.

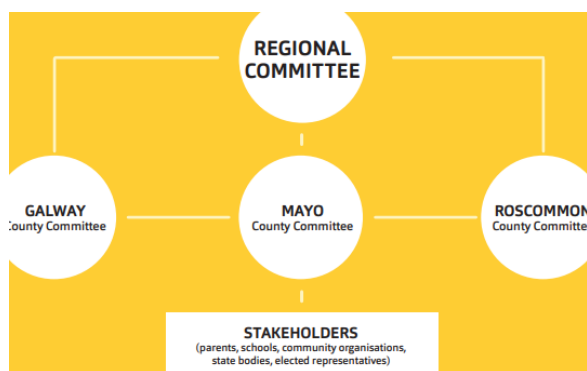


Fig. 8 Implementering av Planet Youth i Irland. ¹⁵⁹

I tråd med Islandsmodellens trinnvise implementering, var første steg å kartlegge og skape en detaljert situasjonsbeskrivelse. Nesten 4500 15-16-åringer fordelt på 82 ungdomsskoler,

¹⁵⁶ Western Region Drug & Alcohol Task Force 2020: 1.

¹⁵⁷ Planet Youth by ICSRA, Western Region u.å. <https://planetyouth.ie/>

¹⁵⁸ Western Region Drug & Alcohol Task Force 2020: 2-4.

¹⁵⁹ Western Region Drug & Alcohol Task Force 2020: 22.

besvarte for første gang i 2018 et spørreskjema, bestående av 77 spørsmål om vaner, helse, forhold til familie og jevnaldrende, holdninger til skolen osv. Dataene ble behandlet ved Universitetet i Reykjavík. Enkeltskoler fikk anonymiserte resultater fra elevgruppen, noe som gjorde sammenligning mulig slik som beskrevet som en av suksessfaktorene på Island.¹⁶⁰ Den første Western Region Planet Youth-undersøkelsen, publisert i 2019, viser vedvarende høyrisikoatferd hos en stor andel av regionenes ungdommer, til tross for nasjonale politiske tiltak. Resultatene indikerer også betydelige utfordringer knyttet til ungdommers livsstil, miljø og trivsel. Som på Island, viste også irske resultater en markant sammenheng mellom sosial kapital, herunder organisert fritid, nettverk, skolemestring- og tilhørighet og foreldreoppfølging, og bruk av tobakk, alkohol og illegale rusmidler, vist i figur 9.

4,480 15-16 year olds surveyed in Galway, Mayo and Roscommon



Figur 9. Resultater fra Planet Youth-undersøkelse i Irland i 2018: sammenheng mellom irske ungdoms grad av beskyttelse og sosiale kapital, og bruk av rusmidler.¹⁶¹

Undersøkelseresultatene viste at majoriteten av de deltagende irske ungdommene har godt forhold til foreldrene sine. Imidlertid viste de også en forholdsvis markant samfunnstoleranse

¹⁶⁰ Se ovenfor: delkapittel 3.6.7; Wayman, 2019: 4.

¹⁶¹ Western Region Drug & Alcohol Task Force 2020: 7.

for mindreåriges alkoholbruk som, ifølge Planet Youth-rapporten, gjennomsyrrer ungdommens beslutninger og normer, og må utfordres. Resultatene ble presentert på lokale informasjonsmøter ledet av representanter fra styringsgruppene, tilrettelagt for deltakelse fra alle representanter i lokalsamfunnene. Videre er en særlig satsing på foreldreinvolvering iverksatt i tett samarbeid med skolene, med intensivering av foreldremøter med fokus på relasjonsbygging foreldrene imellom og utarbeidelse av felles avtaler. Dette er ment å redusere konflikt i hjemmene i form av felles regler som eliminerer «alle andre får lov-diskusjonene». Særlig satses det på hyppige treff og kontaktetablering i overgangen mellom barneskole og ungdomsskole.¹⁶²

I et intervju med The Irish Times uttaler Emmet Major, en av de ansvarlige for implementeringen av Planet Youth i Irland, at det råder en opplevelse av en klar holdningsendring blant ungdom. Dette er særlig forbundet med synet på cannabis som noe ufarlig og som dessuten har utviklet seg til å bli svært lett tilgjengelig.¹⁶³ Videre fokuserer rapporten på en endring i forståelsen bak hvordan ressurser administreres, og fra indikativ til universell forebygging. Her frontes de langsiktige positive resultatene forventet av arbeidet med Planet Youth med forbehold om at det gjøres gjennom systemisk endring, betydelige investeringer og omfordeling av økonomiske ressurser.¹⁶⁴ Det tydeliggjøres at et slikt arbeid handler om betydelig mer enn fokus på rusmiddelbruk, og at det krever integrert og helhetlig tilnærming som støtter unges generelle utvikling.

« This transformative change requires a rethinking of how agencies and organisations invest in prevention and allocate their resources. A sustainable focus on prevention will be only be achieved through prioritising integrated and holistic approaches designed to prevent problems before they arise. »¹⁶⁵

Prosjektbeskrivelsen understreker at effektiv forebygging ikke nødvendigvis må rettes eksplisitt mot rusmiddelbruk, men at suksess oppstår når faktorer som bidrar til unges alkohol- eller rusmiddelbruk reduseres og når faktorer som forhindrer bruk styrkes.¹⁶⁶

¹⁶² Wayman, 2019: 4; Western Region Drug & Alcohol Task Force 2020: 5

¹⁶³ Wayman 2019: 6.

¹⁶⁴ Planet Youth by ICSRA, Western Region u.å. <https://planetyouth.ie/about/>

¹⁶⁵ Western Region Drug & Alcohol Task Force 2020: 20.

¹⁶⁶ Planet Youth by ICSRA, Western Region u.å. <https://planetyouth.ie/about/>; Western Region Drug & Alcohol Task Force 2020: 20.

4.2 Islandsmodellen på norsk – Eide kommune

Med utgangspunkt i identifiserte antatte suksessfaktorer ved Islandsmodellen, undersøkes erfaringer gjort utenfor Islands landegrenser. Nevnte erfaringer fra Irland indikerer mulighet for overføring av modellen utover Islands unike geografiske og demografiske posisjon. Mulig vil irske Emmet Majors beskrivelser av en hovedutfordring i å mobilisere et velfungerende samhandlende fellesskap som evner å både tenke og handle på nye måter, være blant det sentrale også i Norge. Implementering av en omfattende intervensjon som i stor grad viker fra det tradisjonelle etablerte fokuset på arbeid med enkeltindivider vil mulig både inspirere og utfordre. Det tradisjonelle arbeidet mot utsatte individer kan sies å være orientert rundt risiko, bekymring, sykdom og skjevutvikling, og skal endres mot en fellesskapsideologi der beskyttelse, aktivitet, tilknytning, samhandling og folkehelse står sentralt. Som ledd i denne prosessen ble Eide identifisert som eneste norske kommune som eksplisitt presenteres som arena for iverksettelse av systematisk forebyggende og helsefremmende arbeid i tråd med Islandsmodellen. Dette dannet grunnlag for søken etter ytterligere informasjon og erfaringer fra dette arbeidet. Følgende delkapitler presenterer informasjon innhentet gjennom kommunikasjon i form av e-postdialog, tilsendte foredragsnotater- og presentasjoner, samt intervju per telefon med folkehelsekoordinator i Eide.

4.2.1. Demografi og sosioøkonomisk status

Eide kommune registrerte utfordringer med et høyt antall ungdom som drakk seg beruset og ga uttrykk for at det var aksept for, eventuelt lite klare føringer for, alkoholbruk fra deres foresatte. Dette ble utgangspunkt for en målrettet kommunal rusforebyggende innsats.¹⁶⁷

Eide var en liten kommune på Nord-Vestlandet frem til 1.1.2020 da den ble slått sammen med Fræna kommune til nye Hustadvika kommune. Opprinnelige Eide kommune strakk seg over et område på drøye femten tusen kvadratkilometer, med en befolkningstetthet på 0,23 innbygger per kvadratkilometer. Eide hadde én ungdomsskole og ingen videregående skoler.¹⁶⁸

Intervjuet med folkehelsekoordinatoren ble innledet med spørsmål om en beskrivelse av kommunens demografi og sosioøkonomi. Ifølge folkehelsekoordinatoren besto den

¹⁶⁷ Actis - Rusfeltets samarbeidsorgan 2017 <https://www.actis.no/nyhet/hemmeligheten-bak-islands-rus-suksess>

¹⁶⁸ Store norske leksikon: [https://snl.no/Eide - tidligere kommune](https://snl.no/Eide_-_tidligere_kommune)

opprinnelige kommunen av omtrent 3500 innbyggere, med arbeidsplasser primært innenfor industri, landbruk og kommunale tjenester. Utdanningsnivå blant Eides innbyggere var godt under landsnittet, med 36 % av den voksne befolkningen med gjennomført ungdomsskole som høyeste utdanningsnivå. Tross lavt utdanningsnivå lå gjennomsnittlig inntekts- og formuenivå nærmere landssnittet og representerte ikke fullt ut utdanningsnivået i like stor grad som beskrevet i andre norske kommuner. Imidlertid lå kommunen en del høyere i omtalte sosioøkonomiske utfordringer, blant annet barnevernssaker.¹⁶⁹ Ved identifikasjon av slike variabler, benyttes begrepet sosioøkonomisk status, herunder sosial ulikhet og sosiale helseforskjeller.¹⁷⁰ Med sosioøkonomisk status menes økonomiske ressurser, inntekt og utdanningsnivå sett i sammenheng med helseplager, levealder, og barn og unges psykologiske utvikling med medførende sammenheng mellom lav sosioøkonomisk status og skoleprestasjoner, språk og kognitiv utvikling.¹⁷¹

4.2.2 Koordinert innsats

Med utgangspunkt i presentasjon av Eides innsats som «Islandsmodellen på norsk», forteller folkehelsekoordinatoren at hun i 2014 ble invitert til å holde innlegg om folkehelseprogrammet i Eide kommune på konferansen «Generasjon null tull - En konferanse om ungdom og alkohol» i regi av Actis. Her ble arbeidet i Eide presentert under overskriften «Islandsmodellen på norsk». Folkehelsekoordinatoren presiserer at dette ikke var en sammenligning kommunen selv initierte, men ble gjort som et grep fra arrangørens side.¹⁷² Folkehelsekoordinatoren forteller at hun kjente til Islandsmodellen og det omfattende forebyggende arbeidet, men denne modellen ble ikke brukt aktivt i utarbeidelsen av tiltakene i Eide. Imidlertid synes det mulig å dra paralleller mellom Islandsmodellen og Eides folkehelsearbeid da arbeidet beskrives basert på identifikasjon av risiko med medførende iverksettelse av universell forebygging. Innsatsen beskrives rettet mot å tilføre beskyttelse i form av felles mål og innsats gjennom involvering og samhandling for alle aktører i lokalsamfunnet, intensivering av foreldreinvolvering og satsing på å få barn og ungdom involvert i organisert fritidsaktivitet og positivt utviklende fellesskap.

¹⁶⁹ Personlig kommunikasjon, Intervju med folkehelsekoordinator i Eide kommune, 2. april 2020.

¹⁷⁰ «Faktorene som påvirker helse kalles ofte helsedeterminanter, og omfatter blant annet inntekt og sysselsetting, oppvekst og utdanning, sosiale nettverk, bo- og nærmiljø, kultur, helsetjenester og individets egne helsevaner.» Folkehelseinstituttet 2018: 43.

¹⁷¹ «Sammenhengen mellom en oppvekst med lav sosioøkonomisk status og økt risiko for problemer med kognisjon, atferd og sosioemosjonell utvikling i barndommen (..) fremkommer uavhengig av om man bruker foreldreutdanning, foreldres yrke, familiens økonomi eller subjektive opplevelse som indikator på å ha lav sosioøkonomisk status (...).» Helsedirektoratet 2015: 5-6.

¹⁷² Personlig kommunikasjon, Intervju med folkehelsekoordinator i Eide kommune, 2. april 2020.

På forespørsel om beskrivelse av bakgrunn for arbeidet som ble iverksatt og valg av alkoholkonsum blant mindreårige som særlig satsingsområde, forteller folkehelsekoordinatoren at utgangspunkt for arbeidet var en observert og allmenn kjent antatt aksept for alkoholkonsum hos mindreårige innbyggere. Denne beskrivelsen ble ved et par anledninger bekreftet gjennom lokale kartlegginger, men resultatene fikk begrenset oppmerksomhet og resulterte ikke i iverksettelse av endringsarbeid. Folkehelsekoordinatoren forteller at hun selv har vokst opp i Eide og husker fra egen oppvekst en felles forståelse av at ungdoms alkoholdebut var forbundet med gjennomført konfirmasjon. Dette var en holdning som opplevdes relativt uendret da hun startet sitt arbeid som folkehelsekoordinator i kommunen i 2011. Folkehelsekoordinatoren beskriver holdninger blant foreldrene preget av at det stort sett gikk bra med dem selv under tilsvarende oppvekstbetingelser og dermed få tanker om behovet for endring av ungdomskulturen for nåværende generasjon. Hun legger også til at det over en periode var forholdvis store utfordringer med illegale rusmidler i Eide. Utfordringene innebar internasjonal handel og etterforskning av Interpol. Mulig var dette en medvirkende årsak til den beskrevne opplevelsen av utfordringer med å engasjere lokalsamfunnet i tiltaksarbeid for å heve debutalderen for alkohol og redusere alkoholkonsumet i lokalbefolkningen.

Blant risikofaktorer for ungdoms bruk av legale og illegale rusmidler, samt risiko for utvikling av mer omfattende rusmiddelproblem, står foresattes holdninger, opplevd godkjenning hjemmefra og påvirkning fra foresatte og jevnaldrende frem blant de sterkeste påvirkningsfaktorene. «*Sosial påvirkning og sosiokulturelle faktorer er av stor betydning for rusmiddeldebut og utvikling av problemer knyttet til rusmiddelbruk.*»¹⁷³ Denne påvirkningen synes sterkere gjennom modellering gjennom gode rollemodeller, snarere enn holdnings- og normdannelse. Generelt synes det nærliggende at opplevelse av aksept for alkohol- og rusmiddelbruk i familien, samt høyt forbruk innad i familien, øker risikoen for tidlig debut og høyt forbruk.¹⁷⁴

4.2.3 Kompetansesenter Rus og Ungdata

I 2010 ble det initiert et samarbeid mellom Eide og Kompetansesenter Rus (KoRus). Dette medførte blant annet kommunens første gjennomføring av Ungdata-undersøkelse i 2013. Velferdsforskningsinstituttet NOVA ved OsloMet har i samarbeid med de syv nasjonale

¹⁷³ Skogen 2013: 4.

¹⁷⁴ Donovan 2004: 1.

regionale kompetansesentrene for rusfeltet (KoRus), ansvaret for gjennomføring av ungdomsundersøkelsen «Ungdata» som er et gratis tilbud til alle kommuner og fylkeskommuner i Norge. Utarbeidelse av spørreskjema samt bistand med planlegging og gjennomføring av undersøkelsen, og eventuell støtte i det påfølgende drøftingsarbeidet, følges opp av KoRus. Ungdata er basert på en standardisert elektronisk spørreundersøkelse for elever i ungdomsskole og videregående skole. Undersøkelsen tematiseres i relasjoner i og utenfor familie, skole, trivsel, fritid, lokalmiljø, helse, rusmiddelbruk, risikoatferd og vold.¹⁷⁵

I Eide kommunes arbeid med utvalg av tilleggsspørsmål til undersøkelsen ble det dannet en tverrfaglig arbeidsgruppe bestående av politisk representant, representant fra ungdomsskolen, fra barnevernstjenesten, lege, folkehelsekoordinator og lensmann. Undersøkelsen ble besvart av totalt 114 elever ved 8.-10.trinn, tilsvarende en svarprosent på 86. Resultatene viste blant annet at 27% av ungdommene i ungdomsskolealder hadde oppgitt å ha drukket seg beruset én gang eller mer i løpet av de siste tolv månedene. Til sammenligning var det nasjonale resultatet på 16 %. Folkehelsekoordinatoren forteller at det videre vekket bekymring at undersøkelsesfunnene viste at 20 % av ungdomsskoleelevene oppga at de fikk lov av foreldrene sine til å drikke alkohol. 6 % av ungdommene på landsbasis svarte det samme. Majoriteten av ungdommene i Eide svarte også at det gir status i ungdomsmiljøet å drikke alkohol. Imidlertid ble det definert som en ressurs at de aller fleste ungdommene i Eide svarte at de hadde et godt forhold til sine foreldre.¹⁷⁶

Folkehelsekoordinatoren forteller at hun innkalte politiske ledere, kommuneledelse, enhetsledere, ansatte ved ungdomsskolen og ungdomsrådet til et møte der representanter fra KoRus presenterte resultatene. KoRus' representanter presenterte samtidig aktuelle samfunnsutfordringer ved et høyt alkoholkonsum og fordeler ved å forebygge og utsette debutalderen for alkoholinntak. Dette beskrives som sentralt for å skape felles forståelse, både politisk og administrativt, for hvilke utfordringer som var aktuelle og hvorfor det syntes hensiktsmessig og nødvendig å etablere systematisk rusforebyggende arbeid i Eide kommune. Beskrivelsen av Eides innledende planleggingsfase kan sies å samsvare godt med den trinnvise implementeringsprosessen ved Islandsmodellen beskrevet i kapittel 3. Her beskrives

¹⁷⁵ Ungdata u.å. <http://www.ungdata.no/Om-undersokelsen/Hva-er-Ungdata>

¹⁷⁶ Personlig kommunikasjon, 23. januar 2020.

etablering av en velfungerende koalisjon med en rekke aktører fra lokalsamfunnet som avgjørende for å sikre god samhandling og forankring av nevnte satsingsområder.¹⁷⁷

Folkehelsekoordinatoren forteller at resultatene fra Ungdata-undersøkelsen i Eide i 2013, i høy grad bekreftet resultater fra tidligere lokale undersøkelser og styringsgruppens egne beskrivelser av utfordringene. Funnene viser at ungdom i Eide både hadde tidligere alkoholdebut, høyere konsum og mindre foreldrestyring enn omkringliggende kommuner og på landsbasis. Sammenligning med andre kommuner, beskriver folkehelsekoordinatoren som opplevd helt sentral for endring. Hun beskriver at denne synliggjøringen, med støtte fra eksterne fagpersoner gjennom KoRus, opplevdes som avgjørende for å skape felles forståelse og felles mål, både for beslutningstakere, kommunalt ansatte og lokalbefolkningen forøvrig.¹⁷⁸ Dette kan sies å samsvare godt med prinsippene for Islandsmodellen. Undersøkelser av god kvalitet som gir nøyaktig beskrivelse av situasjonen i et lokalmiljø, og mulighet for å utvikle tiltak basert på reell kunnskap om risikofaktorer og utfordringer trekkes frem som avgjørende for godt forebyggende arbeid. Likeledes beskriver Islandsmodellen dette som av avgjørende betydning for å skape felles forståelse og således danne grunnlag for engasjement, samhandling, endringsvilje og forpliktende samarbeid rundt identifiserte satsingsområder.¹⁷⁹

4.2.4 Organisering

I forkant av undersøkelsen hadde kommunen arrangert tre arbeidsseminarer i samarbeid med KoRus, under utviklingsarbeidet kalt «DelTa – sammen for rusfaglig kompetanse». KoRus beskriver DelTa som en forsterket innsats tilpasset kommunenes lokale utfordringer i det rusforebyggende arbeidet, og innebærer både kompetanseheving og iverksetting av tiltak i samsvar med Samhandlingsreformen «Rett behandling – på rett sted – til rett tid».¹⁸⁰ DelTa er utformet for bistand fra KoRus til kommunene i forebygging av rusproblemer, tidlig innsats, samt oppfølging og behandling. Arbeidet baseres på regjeringens stortingsmelding om rus, «Se meg!»¹⁸¹ der folkehelseperspektivet står sentralt, jf. Folkehelseloven.¹⁸² Ifølge folkehelsekoordinatoren var hovedmålet å sikre tydelig og sikker forankring. Parallelt

¹⁷⁷ Se ovenfor: delkapittel 3.4; Kristjansson et.al. 2020: 72.

¹⁷⁸ Personlig kommunikasjon, Intervju med folkehelsekoordinator i Eide kommune, 2. april 2020.

¹⁷⁹ Se ovenfor: delkapittel 3.5.

¹⁸⁰ Helse- og omsorgsdepartementet 2009

¹⁸¹ Helse- og omsorgsdepartementet 2012

¹⁸² Folkehelseloven 2011: Kap.2 § 5

beskrives en bevisst involvering av Ungdomsrådet i hele prosessen. En naturlig innledning av arbeidet var samarbeid med barnehagene ettersom dette var en arena som over tid hadde meldt mye bekymring for barn som levde med problematisk rusbruk i hjemmet, da spesielt høyt alkoholbruk.¹⁸³ Ifølge folkehelsekoordinatoren kom det i etterkant av plandagen med barnehagene et ønske fra kommunens skoleansatte om et lignende seminar der ønsket fokus var konkrete handlingsrekker ved bekymring for elever og familier med potensielt skadelige rusvaner. Målet med seminaret var felles forståelse for risiko- og beskyttelsesfaktorer, økt kompetanse på tidlig identifikasjon av risiko og bekymring, handlingskompetanse ved identifisert bekymring og konkrete handlingsrekker for bekymringsmelding til barneverntjenesten.¹⁸⁴

4.2.5 Foreldreinvolvering

Videre ble det satset stort på holdningsarbeid, da særlig i foreldregruppen. Med relativt små forhold og kun én ungdomsskole i kommunen, ble det prioritert å holde foreldremøter med tema rus. Tidlig ble det introdusert foreldrekontrakter basert på «Bry deg – si nei til narkotika» fra Norsk narkotikapolitiforening (NNPF).¹⁸⁵ Ifølge NNPF sine nettsider er dette et rus- og kriminalitetsforebyggende prosjekt med hovedvekt på å bistå i etablering og styrking av en bevissthet og positiv kultur blant foresatte og øvrige voksne som daglig møter barn og unge. Prosjektets målsetting er i tråd med FNs Barnekonvensjonen artikkel 5 Foreldreveiledning, og artikkel 33 Om narkotika.¹⁸⁶ I tillegg til foredrag for foresatte, gjennomføres foredrag for lærere, fritidsarbeidere, klubber og foreninger som tilbyr aktiviteter til barn og unge. Dette for å redusere risiko for rusmiddelbruk, utenforskap og kriminalitet, i samsvar med rapporten “International Standards on Drug Use Prevention” utgitt av World Health Organization (WHO) og The United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC).¹⁸⁷ Dette arbeidet retter oppmerksomheten mot en styrking av beskyttelsen i fellesskapsforståelsen av «våre barn» gjennom å appellere til foresattes og øvrige voksenes empati og omsorg for alle barn og unge i lokalmiljøet, forankret i WHO sitt prinsipp om næromsorg, «Laveste Effektive Omsorgsnivå» (LEON).¹⁸⁸

¹⁸³ Personlig kommunikasjon, Intervju med folkehelsekoordinator i Eide kommune, 2. april 2020.

¹⁸⁴ Personlig kommunikasjon, 23. januar 2020.

¹⁸⁵ Personlig kommunikasjon, Intervju med folkehelsekoordinator i Eide kommune, 2. april 2020.

¹⁸⁶ Norsk Narkotikapolitiforening <https://nnpf.no/brydeg/bry-deg-prosjektbeskrivelse/> ; FN-sambandet 2019 <https://www.fn.no/Om-FN/Avtaler/Menneskerettigheter/Barnekonvensjonen>

¹⁸⁷ World Health Organization 2017.

¹⁸⁸ Norsk Narkotikapolitiforening <https://nnpf.no/brydeg/bry-deg-prosjektbeskrivelse/>

Særlig foreldrekontraktene skapte, ifølge folkehelsekoordinatoren, reaksjoner og diskusjoner i etableringsfasen. Det ble imidlertid fokusert på at disse reaksjonene var å anse som en nødvendig del av en implementeringsprosessen der alle skal involveres for å bidra.¹⁸⁹ I forkant hadde kommunens ungdomsråd utarbeidet sine ønsker som de ville formidle til foresatte. Disse ble presentert på foreldremøtene og inneholdt blant annet ønsker fra ungdommen om tydelige grenser, pålitelighet, uttrykt interesse og omsorg for eget barn og barnets venner, og god dialog med andre foreldre for enighet om felles grenser. I forkant av foreldremøte gjennomførte også helsesykepleier møte med foreldrenes arbeidsutvalg (FAU). Her ble det utarbeidet forslag til foreldreavtale, for videre diskusjon i foreldregruppene klassevis der det sto sentralt å få tydelig svar på hvem som ønsket å forplikte seg og ikke, og felles enighet om innhold. Særlig nevner folkehelsekoordinatoren diskusjonen rundt hvorvidt foresatte ønsket å bli kontaktet av andre foresatte dersom de mistenkte eller observerte at deres barn gjorde noe bekymringsverdig. Hun understreker at det selvfølgelig ikke var eller er anledning til noen form for sanksjoner ved brudd på avtalene, men at erfaringene tilsier at diskusjonene i seg selv har en sterk preventiv verdi helt uavhengig av kontraktsignering.¹⁹⁰

Folkehelsekoordinatorens beskrivelser av satsing på foreldreinvolvering og utarbeidelse av foreldrekontrakter, kan sies å være i tråd med et av de sentrale tiltakene i Islandsmodellen, der foreldreinvolvering og foreldreavtaler beskrives som viktig i forebygging av rusmiddelbruk blant ungdom. Arbeid for felles forståelse, kollektiv ansvarsfølelse og avtaler er ifølge evalueringene av Islandsmodellen virksomme og god støtte i rollen som grensesetter for egne barn så vel som beskyttende i form av felles ansvar.¹⁹¹

Det gjennomføres stadig temaforeldremøter, i tillegg til ordinære foreldremøter. Det har vært en opprettholdt prioritering å sørge for eksterne bidragsytere til temamøtene og folkehelsekoordinatoren beskriver oppslutningen på foreldremøtene jevnt over som god. Hun gir uttrykk for en opplevelse av at opplysningsarbeidet gjennom KoRus var et verdifullt og særdeles viktig bidrag til å gi prosjektet troverdighet og en felles opplevelse av arbeidet som nyttig og meningsfullt. Opplysningsarbeidet har i stor grad også vært tilrettelagt med eksempler som er antatt gjenkjennelige og relativt enkle å relatere seg til for majoriteten av foreldregruppen. Samtidig beskriver folkehelsekoordinatoren et bevisst tydelig fokus på å

¹⁸⁹ Personlig kommunikasjon, Intervju med folkehelsekoordinator i Eide kommune, 2. april 2020.

¹⁹⁰ Personlig kommunikasjon, Intervju med folkehelsekoordinator i Eide kommune, 2. april 2020.

¹⁹¹ Se ovenfor: delkapittel 3.3.4

formidle verdien og beskyttelsespotensiale som ligger i fellesskapet, dette frontet under mottoet «It takes a village to raise a child».¹⁹²

Prinsippene og trinnene for implementering av Islandsmodellen, presentert i kapittel 3,¹⁹³ beskriver etablering av felles forståelse og at beslutninger drøftes og fattes på lokalt nivå for å sørge for høy grad av lokalt eierskap. Det legges særlig vekt på arbeidet med å gjøre innbyggerne oppmerksomme på prosedyrene og prosessene, med en forankring i forståelsen av samfunnsendringer krever deltakelse og støtte fra et bredt spekter av samfunnsmedlemmer. Videre baseres Islandsmodellen på en repeterende og iterativ prosess som i stadig økende grad gjennomsyrrer det sosiale og kulturelle miljøet på hver enkelt skole og i hvert enkelt kommune.¹⁹⁴ Denne satsingen kan ses i sammenheng med folkehelsekoordinatorens beskrivelser av utviklingen i Eide.

Ifølge folkehelsekoordinatoren har det de siste årene vært et uttalt mål å opprettholde fokus på det rusforebyggende arbeidet i Eide. Samtidig som det den senere tiden har vært en endring fra temamøter utelukkende med rus som tema, til en utvidelse der basale behov som søvn og kosthold, inkludering og psykososialt miljø har fått større plass. Dette har blant annet innebåret politiets kampanje «Delbart» og MOT-programmet med fokus på MOT som samfunnsbygger.¹⁹⁵ Ifølge folkehelsekoordinatoren vurderte de tidlig at arbeidet med foreldregruppen ville være noe av den mest verdifulle prioriteringen kommunen kunne gjøre, og beskriver at «(...) *det å jobbe med foreldreholdninger er kanskje den aller beste samfunnsøkonomiske investeringen*».¹⁹⁶

4.2.6 Fritidsaktiviteter

Det å tilby ungdom gode handlingsalternativer, tilknytning og tilhørighet i positive fellesskap, og aktivitetsdeltakelse som sterk beskyttelse, fremmet en satsing på organisert fritidsaktivitet som en av hovedkomponentene i Islandsmodellen.¹⁹⁷ Et bredt utvalg av tilbud, lav terskel for deltakelse, samarbeid mellom kommunene, klubber og organisasjoner, og etablering av statlig finansierte tilbud som hindrer ekskludering av ungdom med lavere sosioøkonomisk status,

¹⁹² Personlig kommunikasjon, Intervju med folkehelsekoordinator i Eide kommune, 2. april 2020.

¹⁹³ Se ovenfor: delkapitler 3.4 og 3.5.

¹⁹⁴ Kristjansson et.al., 2020, ss. 75-78.

¹⁹⁵ Mot er en organisasjon som i samarbeid med NTNU samfunnsforskning arbeider for å utvikle robust ungdom, som inkluderer andre, gjennom å styrke bevissthet og mot. <https://www.mot.no/>

¹⁹⁶ Personlig kommunikasjon, Intervju med folkehelsekoordinator i Eide kommune, 2. april 2020.

¹⁹⁷ Se ovenfor: delkapittel 3.1.2.1.

står sentralt i arbeidet med Islandsmodellen og beskrives som en av hovedsatsningene også i Eide kommune.¹⁹⁸

Som en del av det rusforebyggende arbeidet i Eide, ble det satset på tiltak for å sikre lik mulighet for aktiv deltakelse i organiserte fritidsaktiviteter for så mange som mulig av kommunens barn og ungdom. Kommunen har en stor, kommunal idrettshall. Denne er forbeholdt barne- og ungdomsaktiviteter, og i forbindelse med at rusforebyggende arbeid ble satt på dagsorden ga kommunen gratis leie til alle klubber og organisasjoner som tilbød organisert fritidsaktivitetstilbud til barn og ungdom. Dette innebar ikke bare de tradisjonelle ballidrettene håndball og fotball, men også klatring, trening for funksjonshemmede, bryting, turn og bordtennis. Resultatet var en markant økning i deltakelse, og folkehelsekoordinatoren nevner at det kan synes som at dette både handlet om at tilbudene ble gratis, men at det i minst like stor grad handlet om at mindre klubber med andre aktivitetstilbud fikk anledning til å tilby faste treninger i hallen og at det dermed favnet et bredere spenn av egenskaper og interesser. I tillegg ble det kjøpt inn møbler og utstyr i samarbeid med ungdomsrådet, for å skape en god arena for ungdom som ikke deltar aktivt i organisert aktivitet.

NOVA- rapporten «Idrettens posisjon i ungdomstida» viser klare skiller mellom ungdom som driver aktivt med organiserte fritidsaktiviteter og ikke. Det er langt fra tilfeldig hvilke ungdommer som ikke deltar aktivt i organisert aktivitet.¹⁹⁹ Nevnte ungdommer er representert ved to hovedgrupper; har aldri vært med eller blitt rekruttert og sluttet før overgang til ungdomsidretten, altså falt fra barneidretten. Rapporten oppsummerer med at ungdom som ikke er tilknyttet organisert fritidsaktivitet bruker langt mer tid på digitale aktiviteter, og at de er markant høyere representert blant dem som benytter ulike rusmidler. Det vises også til at flere av disse, både som offer og utøver, er involvert i ulik form for regelbrytende atferd. Ungdom som har sluttet med organiserte fritidsaktiviteter skårer også dårligere på målinger av god livskvalitet. Samtlige undersøkelser viser også betydelige forskjeller mellom ulik sosioøkonomisk status og deltakelse i organisert aktivitet, og rapporten belyser en fem ganger høyere andel ungdom fra lavere sosiale lag som aldri har deltatt i organisert idrett sammenlignet med ungdom fra høyere sosiale lag. Likeledes har dobbelt så mange fra lavere sosiale lag sluttet i barneidretten.²⁰⁰ Ved å utvide tilbudet og skape arenaer med et bredt

¹⁹⁸ Se ovenfor: delkapittel 3.3.2.

¹⁹⁹ Bakken 2019: 90-91.

²⁰⁰ Ibid.

spekter av tilbud, reduserte antall ungdom som befant seg utendørs uten tilsyn på kveldstid. Folkehelsekoordinatoren beskriver at samarbeidet med ungdommen i etablering og organisering av tilbudet, har skapt en holdning blant ungdommen der de gir uttrykk for at «dette er vårt, så dette må vi ta vare på».²⁰¹ Resultatet er svært lite hærverk, ungdom som kjenner eierskap til lokalene og passer på hverandre. Videre beskriver folkehelsekoordinatoren en forholdsvis stor variasjonsbredde i holdninger og tradisjoner mellom klubbene. Dette ble i stor grad gjort synlig og aktuelt gjennom MOT som samfunnsbygger, der det er jobbet med de frivillige lagene og organisasjonene. Gjennom dette arbeidet blir holdninger, bevisstgjøring og veivalg tematisert, og folkehelsekoordinatoren beskriver dette som et område det stadig er behov for å utfordre og utvikle.

4.2.7 Evaluering

På spørsmål om tilegnede erfaringer og beskrivelser av dagens situasjon, forteller folkehelsekoordinatoren at ved gjennomføring av ny Ungdata-undersøkelse i 2016 viste resultatene en markant nedgang på områdene tidlig debut, høyt alkoholkonsum og liberale eller utydelige holdninger blant foreldrene.²⁰² Denne gangen rapporterte 12 % av ungdomsskoleelevene å ha drukket seg beruset siste året. Andelen som svarte at det gir status å drikke alkohol og røyke hasj ble halvert i samme periode, og andelen som svarte at de får lov til å drikke alkohol av foreldrene, var redusert til 8 %. Likeledes var antall ungdom som mente at det gir status i ungdomsmiljøet å drikke alkohol halvert. Ny undersøkelse ble gjennomført i 2018, også denne med markant reduksjon av alkoholbruk blant ungdom sammenlignet med i 2013, tross en liten økning fra 2016. Trenden for alkoholbruk blant ungdom i Eide vises i figur 10.²⁰³

Tidstrend i Eide

Prosentandel av ungdomsskoleelever som har vært tydelig beruset siste år

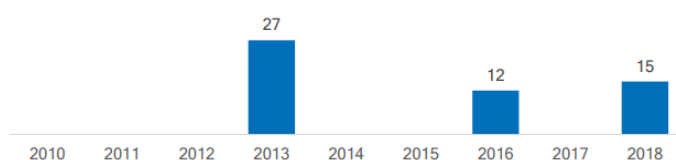


Fig. 10 Ungdata-resultater fra Eide kommune, vist som tidstrend for alkoholberuselse blant elever på ungdomstrinnet.²⁰⁴

²⁰¹ Personlig kommunikasjon, Intervju med folkehelsekoordinator i Eide kommune, 2. april 2020.

²⁰² Personlig kommunikasjon, Intervju med folkehelsekoordinator i Eide kommune, 2. april 2020.

²⁰³ Velferdsforskningsinstituttet NOVA 2018: 41.

²⁰⁴ Velferdsforskningsinstituttet NOVA 2018: 41.

Den raske konklusjonen er at tiltakene har hatt effekt, og arbeidet må definitivt kunne sies å ha fått langt mer nasjonal oppmerksomhet enn de fleste andre tiltaksarbeid i norske småkommuner. På spørsmål om hva folkehelsekoordinatoren tenker ikke har fungert og hva hun i lys av dagens erfaringer tenker at hun ville gjort annerledes, trekker hun litt på det, men nevner utarbeidelse av tilstrekkelige rutiner for implementering og forankring. Hun beskriver en viss usikkerhet tilknyttet hvorvidt koalisjonsarbeidet kan sies å være forankret i et faglig fundament så solid at det ville fungert om det hadde blitt gjort utskifting av aktørene. Hun forteller at flere av de som arbeidet aktivt med etablering av nye satsingsområder, kjente godt til hverandre før satsingen ble iverksatt og hadde således etablert gode samarbeidsformer fra tidligere arbeid.

På spørsmål om suksessbeskrivelser er folkehelsekoordinatoren relativt tilbakeholden og nyanserer beskrivelsene: *«elevgruppen som besvarte undersøkelsen i 2016 var en annen enn dem som besvarte den i 2013, og således vet vi lite om hvilke endringer vi ville sett helt uavhengig av tiltaksarbeidet»*. Hun legger imidlertid til at hun har en opplevelse av endring i holdninger, tradisjoner og etablerte mønstre. Dette er kombinert med økt deltakelse i organiserte fritidsaktiviteter, og sier hun tillater seg å tro at dette parallelt med en generell samfunnsendring på lands- og verdensbasis, har medvirket til en endring i rusvanene til ungdom i Eide. Hvilken troverdighet Ungdata-resultatene har isolert sett synes hun derimot det er mer utfordrende å si noe om, og legger til at det fra et kunnskapsståsted ville være hensiktsmessig med supplerende undersøkelser. Hun legger også til at de ved gjennomføring av Ungdata-undersøkelsen i 2018 valgte å supplere med tilleggsspørsmål til ungdommene som svarte at de enda ikke hadde benyttet alkohol. Disse ungdommene fikk opp en lang rekke ulike alternativer der de kunne velge så mange de ønsket for å besvare spørsmål om årsak til at de foreløpig hadde avstått fra alkohol. Folkehelsekoordinatoren forteller at to svaralternativ markerte seg som helt klare hovedårsaker til ungdoms avstand til alkohol; det at det er ulovlig å drikke alkohol som mindreårig og at foresatte er tydelig i sine holdninger og ikke gir tillatelse. Dette belyser muligens den sterke effekten av normative barrierer også i ungdomsårene.²⁰⁵

²⁰⁵ Personlig kommunikasjon, Intervju med folkehelsekoordinator i Eide kommune, 2. april 2020.

4.2.8 Fellesskapsfølelsen

Beskrivelsene fra Eide tre år etter første gjennomførte Ungdata-undersøkelse, var en økt oversikt over både utfordringer og ressurser i lokalmiljøet, sterkere felles forståelse for og forankring av rusforebyggende arbeidet på tvers av sektorgrenser og økt kunnskap om risikofaktorer som krever ekstra innsats. Folkehelsekoordinatoren forteller at resultatene i 2016 som viste klare endringer på områdene som var prioritert for systematisk intervensjon, ga felles motivasjon til å opprettholde og videreutvikle det rusforebyggende arbeidet.²⁰⁶

Folkehelsekoordinatoren viser til en god kommuneøkonomi og politisk og administrativ vilje til å prioritere rusforebyggende tiltak da arbeidet ble iverksatt. Dette førte til at etablering, implementering, tilgang på ressurser og tydelig forankring, fungerte godt. Involvering av KoRus beskriver hun også som en sentral del av dette arbeidet da det opplevdes effektivt at ekstern fagkompetanse var tydelige i forventningene. KoRus bisto også med midler som gjorde at de var i posisjon til å fremme enkelte krav, blant annet tydelig forankring på høyeste administrative nivå og gjennomføring av Ungdata.²⁰⁷

Folkehelsekoordinatoren beskriver en sterk fellesskapsfølelse rundt arbeidet og stiller selv spørsmål ved hvor mye av dette som handler om en liten kommune med små forhold, tett lokalmiljø, god kjennskap til hverandre i lokalmiljøet og kun én ungdomsskole å rette innsatsen mot. Imidlertid viser resultatene fra Ungdata-undersøkelsen i 2016 og 2018 at 5-10 % av ungdom i Eide kommune opplever å trives og mestre livet i svært liten grad. I tillegg har Eide over tid representert fylkets høyeste prosent for frafall fra videregående utdanning. Folkehelsekoordinatoren forteller at gjennomføringsprosenten har økt noe og gjennomføringen av studiespesialisering er på 100 %, men det er fremdeles en betydelig andel av studentene ved yrkesfaglige utdanningsprogram som ikke fullfører studieløpet sitt. Hun forteller at undersøkelser viser at ungdommene fra Eide starter på videregående opplæring med grunnskolepoeng tilsvarende landsgjennomsnittet, noe som sannsynliggjør at de har samme kunnskapsgrunnlag som øvrige elever. Dette kan indikere at frafallsutfordringene er av mer psykososial art og folkehelsekoordinatoren stiller spørsmål ved mulig sammenheng mellom frafallsutfordringene og problembeskrivelser fra skole-, helse- og omsorgstjenestene.

En forståelse av det forebyggende arbeidet sett som behov for kontinuerlig satsing på helsefremmende innsats med gode oppvekstvilkår for alle lokalmiljøets barn og unge,

²⁰⁶ Personlig kommunikasjon, 23. januar 2020.

²⁰⁷ Personlig kommunikasjon, Intervju med folkehelsekoordinator i Eide kommune, 2. april 2020.

fremmes tydelig i Irlands beskrivelser av etablering av Planet Youth.²⁰⁸ Likeledes synes dette tydelig uttrykt i folkehelsekoordinatorens beskrivelser av arbeidet i Eide. Omtalt satsing på fellesskapsfølelsen og arbeidet fokusert rundt prinsipper for samhandling og folkehelsearbeid, drar paralleller til Islandsmodellens strategier for utvikling av langsiktige universelle forebyggende tiltak med en økologisk modell med fokus på barn og unges omgivelser og tiltak for å øke deres livskvalitet.²⁰⁹

4.2.9 Kommunesammenslåing og veien videre

Ved nyttårsskiftet 2019/2020 ble Eide slått sammen med Fræna til nye Hustadvika kommune. Folkehelsekoordinatoren beskriver at de to kommunene tradisjonelt har hatt noe ulik tilnærming, og ser for seg at arbeidet med modell for det rusforebyggende arbeidet må utarbeides ut ifra nye kriterier i nye samhandlingsformer. Hun gir uttrykk for antakelse om utfordringer i forbindelse med en markant økning i innbyggertall og geografisk omfang, og beskriver en ny kommune med store avstander. Hun nevner samarbeid med politiet og oppfordring til å blant annet vurdere ansettelse av en koordinator for Samordning av lokale rus og kriminalitetsforebyggende tiltak (SLT), i tråd med Kompetansesenter for kriminalitetsforebygging (KFK) sin modell.²¹⁰ Samtidig vil det uavhengig av en slik stilling være nødvendig å se på samarbeid, samhandling og koordinering av tjenestetilbudet i en slik grad at en eventuell SLT-koordinator kan fokusere på utvikling av gode tjenester for innbyggerne, snarere enn å primært identifisere utfordringer det ikke er kapasitet eller system til å håndtere eller endre. I disse dager er arbeidet med en ny folkehelseoversikt i gang, og foreløpig informasjon viser blant annet et overforbruk hos barneverntjenesten, noe som mulig kan gi indikasjoner for behov for mer universell forebyggende innsats med fokus på beskyttelse, helse, fellesskap, trygghet og mestring. For det er det det handler om. Foreldreinvolvering, gode aktivitetstilbud med plass til alle, holdningsskapende arbeid, åpninger for nye perspektiver og nye måter å gjøre ting på, og et felles ansvar for alle kommunens ungdommer. «It takes a village to raise a child».

4.3 Oppsummering

Kapittelet er ment som bidrag til å besvare spørsmål om potensiell overføring ved Islandsmodellen, belyst gjennom erfaringer gjort i Irland og Eide kommune. Modellen

²⁰⁸ Se ovenfor: delkapittet 4.1.4

²⁰⁹ Se ovenfor: delkapittel 3.2.1.

²¹⁰ KoRus-Øst u.å. <https://www.rus-ost.no/folkehelse-og-ungdata/slt>

beskrives som overførbar til alle lokalsamfunn med tilstrekkelige ressurser til å forvalte alle komponenter som implementeringsprosessen beskriver. Modellen kan nærmest forstås som antatt mulig å kopiere som et statisk objekt. Et slikt perspektiv på overføringen av intervensjon som innebærer involvering av mennesker, samspill, kultur og unike sosioøkonomiske, kulturelle og demografiske forhold, kjennes nærliggende å kalle en utopi. Imidlertid vektlegger modellbeskrivelsene tilpasninger til lokale forhold, slik det forstås at arbeidet har blitt gjennomført i Irland og Eide kommune.

Nevnte lokalområder har beskrivelser av ulike tiltaksprioriteringer. Irlands innsats fremstår nærmest identisk Islandsmodellen. Eide identifiserte bekymring, gjennomførte undersøkelser og intervensjoner som senere ble koblet til modellen. Felles er prioritering av organiserte fritidsaktiviteter, styrking av foreldrenettverk, samt foreldreavtaler. Systematisk kartlegging, godt kjennskap til lokalmiljøet og utvikling av satsingsområder og tiltak basert på denne kunnskapen, kommer tydelig til uttrykk i erfaringsbeskrivelsene og kan således sies å samsvare godt med Islandsmodellens anbefalinger. Samtidig identifiseres et repeterende fokus på to grunnleggende komponenter som synes sentrale ved begge tilfeller, uavhengig av intervensjoner. På lik linje med beskrivelsene av Islandsmodellen, belyser både rapporten fra Irland og intervjuet med folkehelsekoordinator i Eide et sterkt fokus på det helsefremmende arbeidet. Det synes som det er en mer fundamental prioritering av beskyttelse, gode oppvekstvilkår og folkehelse enn i tradisjonell forebyggingslitteratur. Sistnevnte bærer oftere preg av begreper som sårbarhet, risiko, skjevutvikling og bekymring. Likeledes oppfattes en tydelig forankring og satsing på tverrsektorielt samarbeid, samhandling og styrking av fellesskapet. Det er fristende å la seg lede ut i diskusjon av diskurser, men dette kan vanskelig forsvares prioritert innenfor denne studiens rammer. Imidlertid synes det interessant å tematisere beskrivelsen av denne forebyggingsmodellen som synes så sterkt preget av to gjennomgripende prinsipper som kan antas ha stor påvirkningskraft i praksis.

Kapittel 3 gir erkjennelse av denne studiens manglende grunnlag for med sikkerhet å kunne vurdere kausalitet og effekt ved Islandsmodellen. En mulig forståelse av modellen tematiseres som unik i den grad den tillegger både implementeringspraksis og kontekst avgjørende betydning. Således kan det være interessant å vurdere i hvilken grad mengde, form og innhold på enkelttiltak er det avgjørende for vellykket intervensjon, ellet om det i større grad handler om et paradigmeskifte med endring i tankesett, samarbeidsform, organisering og vante mønstre.

Det må kunne sies at både Irland og Eide kommune har iverksatt et forebyggende arbeid i tråd med flere prinsipper fra Islandsmodellen, dog med noe ulikt omfang og tiltaksutforming. Mulig er en oppsummering av intervensjonene sentrert rundt kollektiv innsats, samhandling og styrking av fellesskapsfølelsen, lite nyansert og med begrenset troverdighet. Imidlertid åpnes det for en nysgjerrighet for å se nærmere på nettopp denne satsingens relevans, betydning og overføringsverdi. Felles er innsats basert på kunnskap om lokalmiljøets styrker og utfordringer, ervervet gjennom standardiserte undersøkelser og kvantitative data. Felles synes også arbeidet med implementering, kollektiv innsats og sterkt fellesskap. Kommende kapittel baseres på kunnskap ervervet i dette kapitlet i videre arbeid med å besvare studiens andre forskningsspørsmål, med søken etter mulig overføring av antatte suksessfaktorer fra Islandsmodellen til Vestby kommune.

5.0 HVA VED ISLANDSMODELLEN KAN OVERFØRES TIL VESTBY KOMMUNE?

Kapittelet gir presentasjon av kunnskap om Islandsmodellen sett i forhold til Vestbys eksisterende praksis og situasjonsbeskrivelse. Sammenligningen tar utgangspunkt i at en modell for rusforebyggende arbeid med barn og unge potensielt kan overføres mellom land, kommuner, lokalmiljøer og virksomheter. Det trekkes frem det som etter en gjennomgang av den innsamlede dataen fremstår som suksesskriterier fra arbeidet gjort på Island, sett i lys av erfaringene gjort på Irland og i Eide opp mot Vestby som valgt norsk kontekst med mulig potensiale til tilsvarende intervensjon. Presenterte prinsipper, trinn og kriterier for vellykket implementering beskrives i sammenheng med grunnlag for mulig overføring til gitt kontekst og lokale forhold. Grunnlaget er potensiale for gjennomføring av endringsprosess og overføring av kunnskap. Innledningsvis presenteres hovedtrekk ved Vestby kommune og nyere resultater fra Folkehelseprofilen og Ungdata-undersøkelsen. Videre ses nåværende situasjon i sammenheng med beskrevne hovedelementer ved Islandsmodellen og mulig aktuelle intervensjoner drøftes opp mot eksisterende kunnskap om forebyggende og helsefremmende arbeid.

5.1 Vestby kommune

Vestby er en kommune i Viken, tidligere Akershus fylke. Kommunen har ca. 18 000 innbyggere. Majoriteten av kommunens befolkning bor i tettbygde områder, det er et bredt kollektivtilbud, relativt korte avstander og gode muligheter for å krysse kommunegrensen til omkringliggende kommuner og til hovedstaden. Dette kan antas å være av betydning for tiltaksutforming, og anses hensiktsmessig og nødvendig å studere og diskutere underveis i dette kapittelet. Ifølge Folkehelseprofilen fra 2019²¹¹ er det et lavere antall innbyggere i Vestby som bor i husholdninger med lav inntekt, sammenlignet med landssnittet. Kommunen har også et høyere antall enn landsnivået av elever på ungdomstrinnet som oppgir å delta i en fritidsorganisasjon.²¹²

5.1.1 Ungdata i Vestby

Den nasjonale Ungdata-undersøkelsen for 2019 viser en økning i cannabisbruk i løpet av ungdomsskolen og videregående.²¹³ Fra å være to prosent av guttene og én prosent av jentene

²¹¹ Folkehelseinstituttet 2020: 1.

²¹² Ibid.

²¹³ Se ovenfor: delkapittel 1.2.

på åttende trinn, øker det til 25 % av guttene og 13 % av jentene som har prøvd eller brukt cannabis i løpet av det siste året på Vg3.²¹⁴ Vestby har gjennomført Ungdata-undersøkelsen i 2014, 2017 og 2019. I 2019 ble undersøkelsen besvart av 594 elever ved ungdomstrinnet og 402 elever ved videregående skole, tilsvarende en svarprosent på 87 for ungdomstrinnet og 67 for videregående. Under området rusmiddelbruk rapporterer 15 % av Vestbys 594 ungdomsskoleelever deltagende i undersøkelsen i 2019, at de har vært beruset på alkohol.²¹⁵ Til sammenligning svarer 13 % av ungdom i hele Norge det samme. Likeledes svarer 6 % av Vestbys ungdomsskoleelever at de har brukt hasj eller marihuana, mens det nasjonale resultatet er 4 %, ²¹⁶ vist i figur 11.

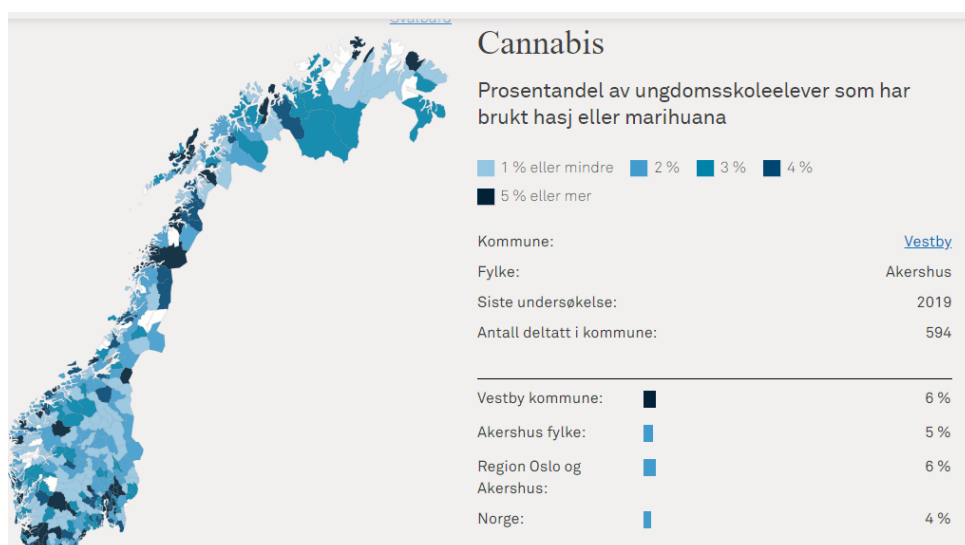


Fig. 11. Resultat fra Ungdata-undersøkelsen 2019, antall ungdomsskoleelever som har brukt hasj eller marihuana i Vestby, Akershus, Region Oslo og Akershus, og i Norge.²¹⁷

Ungdata-undersøkelsen 2019 viser også at en relativt stor andel av Vestbys ungdom i alderen 13-16 år er aktivt deltagende i organiserte fritidsaktiviteter. På spørsmål «Er du, eller har du tidligere vært, med i noen organisasjoner, klubber, lag eller foreninger etter at du fylte 10 år?» svarer 71% av kommunens ungdom at de deltar i aktiviteter, mot 66% på landsbasis.

Prosentfordeling av ungdomsskoleelever i Vestby og i Norge på nevnte spørsmål vises i følgende figur.²¹⁸

²¹⁴ Bakken 2019: 102-103.

²¹⁵ Ungdatasenteret 2019: 3.

²¹⁶ Ungdatasenteret 2019: 38-43.

²¹⁷ Ungdatasenteret 2019: 38-43.

²¹⁸ Bakken 2019: 24.

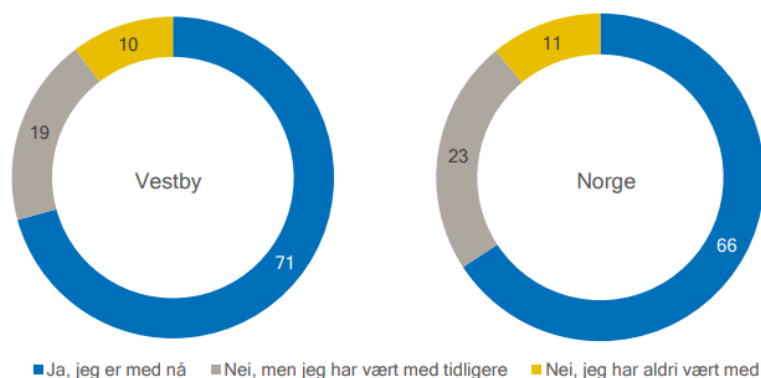


Fig. 12. Svar på spørsmål om deltakelse i organisert fritidsaktivitet, fra Ungdata-undersøkelsen 2019.²¹⁹

Resultatene fra Ungdata-undersøkelsen 2019 indikerer en noe høyere deltakelse i organiserte fritidsaktiviteter blant ungdom i Vestby sammenlignet med nasjonalt snitt. Samtidig ligger også bruk av cannabis noe over nasjonalt resultat.

5.1.2 Situasjonsbeskrivelse

I Vestby kommunes handlingsplan for rusomsorg beskrives planen basert på Opptrappingsplan for rusfeltet, Nasjonale mål og prioriterte områder for 2011 (IS/2011)²²⁰, St.meld. nr.47 (2008-2009) Samhandlingsreformen²²¹, Nasjonale strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten «...og bedre skal det bli!»,²²² og øvrige aktuelle veiledere, rundskriv og faglige retningslinjer. Vestbys handlingsplan for rusomsorg innledes med beskrivelse av planens funksjon som helhetlig og for hele kommunens befolkning, i form av situasjonsbeskrivelser og tiltak for forebyggende så vel som behandlende tjenestetilbud. Planen skal også favne bevillingspolitikk.²²³ Det kan imidlertid synes noe utfordrende å identifisere de forebyggende intervensjonene på feltet. Mulig representerer Vestbys handlingsplan noe mer generelt der det i tiltaksbeskrivelser er mer nærliggende å beskrive de individrettede tiltakene og tjenestetilbudene som baserer seg på en identifisert risiko og problemutvikling, snarere enn systemiske befolkningsrettede intervensjoner.²²⁴

Identifisering av risiko og utvikling av rusmiddelmisbruk, samt intervensjon overfor de med særlig risiko, er stadig gjenstand for diskusjon, også i Vestby.²²⁵ Innsatsen kommer ofte sent,

²¹⁹ Bakken 2019: 24.

²²⁰ Helsedirektoratet 2011.

²²¹ Helse- og omsorgsdepartementet 2009.

²²² Sosial- og helsedirektoratet 2011

²²³ Vestby kommune 2013:3.

²²⁴ Se ovenfor: delkapittel 1.2.1.

²²⁵ Se ovenfor: delkapittel 1.3.

uttalelser fra særlig skoleansatte indikerer at det observeres og mistenkes mye, men det er lite håndfast og oppleves vanskelig å agere på. Det etterspørres synlige handlingsplaner med tydelige og godt forankrede tiltaksrekker for forebyggende og tidlig innsats ovenfor ungdom i risiko for utvikling av bruk av illegale rusmidler. Det er relativt få etablerte tiltak utover ruskontrakter,²²⁶ og særlig skoleledere og -ansatte etterspør tydelige handlingsrekker og etablering av system som sikrer systematisk forebygging og tidlig innsats. Det er signalisert behov, fra alt fra politikere og kommunalledere til skoleansatte, fritidklubbarbeidere og foresatte, for å se på utfordringer, mangler, muligheter og forsøke å utarbeide planer, rutiner og systemer som sikrer systematisk kvalitetsarbeid i identifisering og intervensjoner, kartleggings- og bekymringssamtaler for å hindre skjevutvikling, marginalisering og utenforskap. Man ser at de som bruker cannabis hyppig og over lengre tid, har utfordringer på flere livsområder, for eksempel psykiske plager, atferdsvansker og negative livshendelser. Dette indikerer behov for mer omfattende tiltaksarbeid.²²⁷

5.2 Overførbare elementer

Kort oppsummert kan Islandsmodellen sies å være basert på jevnlig undersøkelse av ungdomssituasjonen i et lokalmiljø ved bruk av kartleggingsverktøy av god kvalitet. Videre benyttes undersøkelsesfunnene til identifisering av satsingsområder i tråd med prinsipper for universell forebygging og befolkningsrettede tiltak, med særlig vekt på beskyttelse og helsefremmende arbeid. Intervensjonene er ment å tilpasses lokale forhold, men anbefalte satsingsområder kan sies definert i hovedkategoriene undersøkelser av høy kvalitet, samhandling og koordinert innsats, organisert fritid og foreldreinvolvering. I tillegg ble det på Island, ved etablering av modellen, gjort regulative og juridiske endringer i form av økt aldersgrense for tobakk og alkohol, samt lovbestemte innetider. Aldersgrensene er nå tilsvarende norske tobakk- og alkoholbestemmelser. Islandsmodellen baseres på en trinnvis implementeringsprosess, presentert i kapittel 3,²²⁸ for å sikre bred kollektiv forankring, forpliktelse og engasjement. I arbeidet med søken etter potensiell overføring av tilsvarende prosess i Vestby, tas utgangspunkt i egenutarbeidet modell basert på Islandsmodellens ti implementeringstrinn²²⁹ og tilpasset lokale forhold, vist i figur 13. Modellen er ment å belyse

²²⁶ Samarbeid mellom Helsenyskepleier- og jordmortjenesten i Vestby kommune og forebyggende enhet hos politiet i Follo: tilbud til ungdom som eksperimenterer med ulovlige rusmidler og har en bekymringsfull utvikling. <https://www.vestby.kommune.no/ruskontrakt.170949.no.html>

²²⁷ Bretteville-Jensen & Bramness 2019: 129.

²²⁸ Se ovenfor: delkapittel 3.5.

²²⁹ Kristjansson et.al., 2020: 72.

en mulig virksom praksis for involvering av alle medlemmer i lokalsamfunnet, samt synliggjøre betydningen av en systematisk implementering basert på gjennomføring av undersøkelse av høy kvalitet og bruk av funnene til tilpasning av intervensjoner og satsing til lokale forhold.

Trinnvis implementering av Islandsmodellen i Vestby kommune

1. Definere en eller flere lokale forebyggings-koalisjoner	2. Forankre tiltaksarbeidet	3. Planlegging, forhåndsinnsamling av data og etablering av samfunnsengasjement	4. Datainnsamling og gjennomgang av kartleggingsresultater	5. Styrking av lokalsamfunnets deltakelse og engasjement
a. Inkludere representanter fra skoleledelse, skoleansatte, foresatte, skolehelsetjeneste og helsestasjon, psykisk helsetjeneste, rusteam, barneverntjeneste, kultur ved folkehelse, klubb- og fritid, NAV, politi, folkevalgte og administrativ ledelse for å sikre forankring og felles enighet om iverksettelse av endringsprosess. b. Utvikle god samhandlingsform og definere felles mål. c. Identifisere eksisterende ressurser, definere roller og utnevne minimum én med et særlig ansvar.	a. Identifisere eksisterende ressurser og eventuelt behov for utvidelse, omfordeling eller omorganisering b. Etablere intervensjon som en satsing over minimum fem år. c. Vurdere iverksettelse av permanente strukturelle endringer.	a. Gjennomføre møter på skolene og i lokalsamfunnet for å forberede kollektiv innsats. b. Informasjonsdeling om metodikken, kunnskapsgrunnlaget med særlig fokus på beskyttelse, prosessen og planlagt datainnsamling. c. Vurdere undersøkelse i lokalmiljøet før gjennomføring av Ungdata-undersøkelsen.	a. Informasjon til skolene, ungdom og foresatte om Ungdata. b. Gjennomføre undersøkelsen med fokus på tilrettelegging av høyest mulig svarprosent. c. Tilbakemelding fra NOVA og KoRus på resultater fra undersøkelsen. d. Gjennomgang av resultater på kommunenivå, enkeltskoler og analyse med sammenligning med nærliggende kommuner og nasjonale resultater.	a. Arrangere informasjonsmøter i lokalsamfunnet, annonsert gjennom en rekke informasjons-kanaler b. Involvere sentrale personer med særlig innflytelse i lokalmiljøet. c. Gjøre nødvendig tilrettelegging for å sikre optimal oppslutning på arrangementene.
6. Formidling av kartleggingsresultater	7. Identifikasjon av satsingsområder og utarbeidelse av felles mål	8. Endring av struktur og praksis	9. Involvering av barn og ungdom	10. Kontinuerlig arbeid
a. Rapporter skrives ut og formidles til alle involverte ved bruk av ulike tilgjengelige informasjonskanaler. b. Sørge for informasjonsdeling i lettfattelig språk, med oversiktlig oppsett og med bruk av diagrammer som skaper lett forståelig informasjon og god oversikt. c. All informasjon og presentasjoner inkluderer kontaktinformasjon til enkeltpersoner med særlig ansvar for tiltaksarbeidet.	a. Forebyggings-koalisjonen veileder lokalsamfunnet i planarbeidet. b. Utarbeide 3-4 mål relatert til identifiserte risiko- og beskyttelsesfaktorer særlig relevante for lokalmiljøet. c. Planlegge tiltak og aktiviteter basert på valgte satsingsområder. d. Formidle definerte mål og satsingsområder til samfunnet gjennom ulike informasjonskanaler.	a. Identifisere behov og fremgangsmåte for justering av lokale retningslinjer og praksisutøvelse med utgangspunkt i valgte mål og satsingsområder. b. Identifisere og formidle justeringer til administrativt nivå, beslutnings-takere og folkevalgte. c. Sikre implementering av målformuleringer ut i alle aktuelle virksomheter.	a. Kunnskapsdeling b. Fremme fordelene ved tilhørighet i et sterkt helsefremmende godt psykososialt miljø. c. Gjennomføring av tiltaksarbeidet	a. Evaluere forbedrings-potensial og utviklings-muligheter, med fokus på trinn 1-3 b. Gjenta trinn 4-9.

Fig. 13. Egenutarbeidet modell for mulig trinnvis etablering av Islandsmodellen tilpasset lokale forhold i Vestby kommune, basert på Islandsmodellens ti trinn for implementering.²³⁰

Følgende underkapitler tar utgangspunkt i etablering i tråd med gitte trinn for implementering.

5.2.1 Innetider

Innføring av lovbestemte innetider kan synes som en relativt drastisk inngripen. Hvorvidt det har vært av avgjørende betydning for resultatene oppnådd på Island, har ikke lyktes å identifisere i arbeid med denne masteroppgaven. Imidlertid er det nærliggende å tenke at en

²³⁰ Kristjansson et.al. 2020: 72.

tilsvarende intervensjon ville vært utfordrende å overføre til en norsk kontekst. Dette handler både om hvilke juridiske muligheter det potensielt ville være for å gjennomføre en slik sosial kontroll, samt anledningen til å opprettholde og sikre ivaretagelse av et slikt omfattende kontrolltiltak. Sistnevnte kan antas å innebære en rekke utfordringer i en norsk kontekst som Vestby, som mulig ikke har meldt seg gjeldende på Island. Islands størrelse og innbyggertall gir grunnlag for å tro at utfordringer med utbredt kollektivtilbud, tette kommunegrenser og stor mulighet for ungdom til å bevege seg over større områder og gjennom flere kommuner på relativt kort tid, ikke har vært like aktuelle problemstillinger som det måtte forventes å bli ved en tilsvarende intervensjon i Vestby.

Ifølge Politiloven²³¹ har politiet anledning til å sende eller føre barn under 15 år hjem dersom de oppholder seg på egenhånd på offentlig sted etter kl. 22:00 eller ved brudd på Straffeprosessloven²³² som omtaler vurdering av om at opphold på et bestemt sted øker risikoen for at det gjøres en straffbar handling. Det synes imidlertid som det er stor avstand mellom slike kontrolltiltak og potensielle straffereaksjoner, og å innføre kontrolltiltak på grunnlag av universell forebygging. Mulig er det mer hensiktsmessig å prioritere et forsterket fokus på å øke beskyttelsesfaktorer som hindrer den type lediggang og gjengdannelse som forstås som intensjonen bak portforbudet på Island. «Behovet for formelle kontrolltiltak vil være mindre desto bedre nærmiljøene og de sosiale nettverkene fungerer.»²³³ Med dette som utgangspunkt prioriteres her en nærmere studie av nevnte helsefremmende hovedkategorier, vurdert til undersøkelser av høy kvalitet, samhandling og koordinert innsats, organisert fritid og foreldreinvolvering.

5.2.2 Kartlegging av ungdommens livssituasjon

Islandsmodellens utgangspunkt er intervensjoner basert på detaljert kunnskap om lokalmiljøet for å i størst mulig grad kunne iverksette tiltak som samsvarer med en situasjonsbeskrivelse og er behovstilpasset for å styrke beskyttelsesfaktorer og redusere risikofaktorer. Disse prioriteringene kan identifiseres i gjeldende norsk lovverk, blant annet i Folkehelseloven § 5 som sier at «Kommunen skal ha nødvendig oversikt over helsetilstanden i befolkningen og de positive og negative faktorer som kan virke inn på denne.»²³⁴ Videre beskrives hva oversikten

²³¹ Politiloven 1995: §13

²³² Straffeprosessloven 1994: § 222 c

²³³ Forebygging.no u.å. <http://www.forebygging.no/Ordbok/Q-A/Sosial-kontroll/>

²³⁴ Folkehelseloven 2011: §5.

skal baseres på og punkt c) lyder «kunnskap om faktorer og utviklingstrekk i miljø og lokalsamfunn som kan ha innvirkning på befolkningens helse.»²³⁵ Kommunenes oversikt er ment til å identifisere utfordringer for folkehelse, samt gjøre vurderinger av årsakssammenhenger og konsekvenser, med særlig oppmerksomhet rettet mot faktorer som kan gi grunnlag for eller medføre opprettholdelse av helseutfordringer og sosial ulikhet. «Ambisjonene i folkehelseloven er at alkohol- og rusmiddelforebygging ses som et integrert hensyn i folkehelsearbeidet. Dette innebærer bl.a. å forholde seg til kjeden av årsaker til uheldig alkohol og rusmiddelbruk og å rette tiltak mot de bakenforliggende årsakene, gjerne knyttet til ulike samfunnsforhold.»²³⁶

Det kan være grunnlag for å si at det i Vestby, som i Eide, gjøres et hensiktsmessig undersøkelsesarbeid ved bruk av Ungdata-undersøkelsen. Resultatene indikerer at det mulig ikke er spesielle områder som utpeker seg som særlige risikofaktorer i Vestby, men en relativ høy forekomst av rusmiddelbruk indikerer likevel behov for vurdering av intervensjoner som samsvarer med eksisterende kunnskap om beskyttelsesfaktorer og oppvekstmiljø som legger til rette for gode utviklingsmuligheter. Folkehelseprofilen fra 2019²³⁷ gir tydelig beskrivelse av risikoen ved at kommuner kan la lite hensiktsmessige miljø- og samfunnsforhold utvikle seg ved for liten bevissthet tilknyttet faktorer som påvirker helse og hvordan disse faktorene fordeler seg i lokalbefolkningen, og dermed risikere å svekke den sosiale bærekraften.²³⁸

I likhet med Eide, gjennomfører ikke Vestby undersøkelsene hvert år og ses dette i sammenheng med prinsippene for Islands beskrivelse av behov for jevnlig undersøkelser for å til enhver tid sørge for ferske data, kan det mulig være grunnlag for å diskutere om det kunne være hensiktsmessig med hyppigere undersøkelsesfrekvens. Det synes også utfordrende å identifisere rutiner for videreformidling av undersøkelsesresultatene. Særlig synes formidling av resultatene til lokalbefolkningen, altså innbyggere uten formell tilknytning til tjenesteapparatet tilfeldig og lite planlagt og målrettet. Mulig vil en mer aktiv formidling og bruk av resultatene, kunne bidra til presise intervensjoner så vel som bredere eierskap til det forebyggende arbeidet. Dette med utgangspunkt i ambisjonen om å øke felles forståelse og ansvarsfølelse både hos kommunens ansatte og innbyggerne for øvrig.

²³⁵ Folkehelseloven 2011: §5.

²³⁶ Helsedirektoratet 2018:2.

²³⁷ Folkehelseinstituttet 2020: 1.

²³⁸ Folkehelseprofilen 2019: 2

Islandsmodellens fokus på kollektiv innsats baseres på innsats for etablering av felles forståelse for lokal situasjon og satsing. Dette arbeidet forankres i aktiv formidling av undersøkelsesdata. Foruten å aktivt oppmuntre alle innbyggere til å lese oppsummering av undersøkelsesresultater og intervensjonsplaner, arrangeres informasjons- og retningsveiledende møter, og det beskrives bevisst innsats i å gjøre informasjonen både lett tilgjengelig og lett forståelig for alle samfunnsaktører, uavhengig av bakgrunn og funksjon. En lett gjenkjennelig argumentasjon mot slike arrangementer, også i Vestby, er manglende oppslutning. Imidlertid beskrives i rapportene fra Island en stadig økende deltakelse parallelt med satsing på å gjøre informasjon relevant, forståelig og aktuell for alle. Dette samsvarer i stor grad også med beskrivelsene fra Eide der tilsvarende opplevelse av økende deltakelse og engasjement utviklet seg samtidig som undersøkelser og planarbeid i økende grad ble formidlet i form som beskrev konkrete endringsprosesser og inneholdt eksempler som antas lett gjenkjennbare og mulig å relatere seg til for majoriteten av innbyggerne. Mulig gir dette grunnlag for optimisme og nysgjerrighet tilknyttet hvordan slike arrangementer kan formidles og gjennomføres slik at sannsynligheten for høy deltakelse øker.

5.2.3 Samhandling og koordinert innsats

Islandsmodellen beskrives av forskermiljøet ved ICSRA som en kommunebasert bunn-til-topp-tilnærming med innledende forankring på lavest mulig kommunale innsatsnivå. En slik tilnærming har som hensikt å engasjere lokalmiljøet i å løse lokale utfordringer i fellesskap. Om dette arbeidet skulle bli en realitet, og i den form der her beskrives, antas det å være særlig betydningsfullt å tidlig involvere innbyggerne i planarbeidet. Islandsmodellen baseres på bred kollektiv innsats. Med dette forstås det slik at det ikke er kommuneorganisasjonen som bærer ansvaret alene. Det er nærliggende å se for seg at iverksettelse av slike koalisjoner vil initieres fra kommunen. Imidlertid vil det antas å være av sentral betydning at det fra iverksettelse involveres ulike øvrige representanter fra lokalmiljøet, gjerne med sterkt engasjement og kjennskap til lokalmiljøet i Vestby. Dette for å etablere ansvarsfølelsen hos alle aktører i lokalsamfunnet, eksempelvis foresatte, ungdommene, trenere i klubber og organisasjoner, og frivillige.

I en implementeringsfase kan en legge til grunn antatte motforestillinger ved en initiert endringsprosess. Det kan oppstå utfordringer med å engasjere lokalmiljøet, og da særlig dem det beskrives mest betydningsfullt å få involvert. I Vestby vil dette særlig berøre foresatte, skole, Pedagogisk Psykologisk Tjeneste, helsesykepleiertjenesten, barneverntjenesten,

fritidsklubbene, psykisk helsetjeneste for voksne, kultur og samhandlingsenheten. Videre kan det tenkes at tjenesteutøveres etablerte måter å utføre oppgaver på vil utfordres. Således vil en slik kontekst- og formidlingsbevissthet til introduksjon, kunne signifikant prege utviklingen.²³⁹ Ved en potensiell overføring til Vestby vil det antas at arbeid med å skape forståelse for felles mål, vil være sentralt om det skulle kunne bidra til resultater i form av at flere barn og unge tilføres beskyttelse gjennom universell forebygging. Mulig vil konkretisering av mål som eksempelvis innlemmer en satsing på redusert rusmiddelbruk og reduksjon i antall ungdom og unge voksne i behov av selektiv og indikativ innsats, være gode bidrag i involvering og engasjement i forpliktende samhandling mellom aktørene.

Det vil her ikke drøftes ytterligere hva som potensielt kan oppstå når en slik nyutvikling preget av ideer om endring blir introdusert i en kompleks kontekst som en kommunal organisasjon, med sine unike fysiske og materielle strukturer, formelle strukturer samt alle de usynlige og mindre definerte strukturene. Det synes imidlertid hensiktsmessig å involvere vurderingen av hvordan en slik modell kunne vært introdusert i Vestby i tråd med prinsipper og trinn for implementering beskrevet i Islandsmodellen og Planet Youth. I beskrivelsen av implementeringsprosessen på Island, vektlegges den innledende kunnskapsbaserte forankringen, tydelige målformuleringer og enighet på øverste styringsnivå om å gå inn i et arbeid over en lengre periode, innledningsvis for fem år. Dette var ment som utgangspunkt for å sikre at signifikante ressurser forpliktet seg til felles innsats for å nå målet om et rusfritt Island. Mulig vil en grunnleggende forankring på politisk-/rådmannsnivå åpne for en utvikling i fellesskap, og være grunnlag for felles forpliktende satsing og behovsstyrt planlegging av helsefremmende velferdstjenester. Alternativet er å introdusere en ferdigstilt modell der detaljene er definert og utformet på øverste styringsnivå. Et introduksjonsarbeid der eksterne utviklingsarenaer, ulike yrkesgrupper fra ulike nivåer i Vestby og representanter fra alle sider av lokalmiljøet kan samhandle for å definere innhold og prioriteringer, vil mulig bidra til felles forpliktelse. Dette kan potensielt på sikt øke sannsynligheten for felles forståelse og en definert versjon som representerer, involverer og engasjerer lokalmiljøets mangfold.²⁴⁰

Med utgangspunkt i utviklingen innenfor velferdssektoren, som er basert på New Public Management, og dets tilsynelatende silorasjonalitet, kan det synes som behovet for å stykke

²³⁹ Røvik 2007:293-297.

²⁴⁰ Røvik 2007: 296-297.

opp enkeltmenneskers sammenhengende livserfaring i sektorområder har blitt forsterket.²⁴¹ Det kan innebære en fragmentering av tjenestetilbudet der hver sektor forholder seg til sitt isolerte tjenesteområde, med mulig medfølgende begrensninger i kjennskap til andre aktørers mandat og ungdommene som del av en større helhet. Islandsmodellen har forankring i en økologisk modell basert på klassiske sosiologiske og kriminologiske prinsipper med en forståelse av enkeltindividene som en del av en større sammenheng og påvirket av den konteksten en befinner seg i. Dette kan mulig representere et tilsvarende på systemets differensiering og silotenkning. Ved å samles rundt felles mål, med en forståelse av at vi alle, uavhengig av rolle, funksjon og sektor, bærer felles ansvar for å skape gode utviklingsrom og trygge oppvekstvilkår for all kommunens ungdom, vil mulig en ny felles praksis basert på målrettet folkehelsearbeid kunne etableres. Så hvordan legge til rette og sørge for at alle lokalsamfunnets aktører og et tjenesteapparat bestående av en rekke ulike profesjoner og definerte oppgaver, samhandler og forplikter seg til felles mål, satsing, forståelse og versjon av en slik modell? Mulig handler det om at det må oppleves nyttig, inspirerende og meningsfylt for fellesskapet og den enkelte.

5.2.4 Organisert fritid

Med utgangspunkt i forrige delkapittels beskrivelser av praksisendring, dannes grunnlag for involvering av et av Islandsmodellens kjerneområder, organisert fritid. Vestby har et bredt spekter av fritidstilbud til barn og unge, blant annet musikkopplæring, en rekke ballaktiviteter, drama, dans, svømming, kampsport, havaktiviteter og friluftaktiviteter. Mulig ligger det her et utviklingspotensial i å benytte nevnte Ungdata-resultater til tiltaksutforming. Dette kan således ses som mulighet til å tilføre nevnte handlingsplan²⁴² konkretisering av tiltak også på universelt nivå. Ungdata-resultatene gir kunnskap om situasjonen i lokalmiljøet. Informasjon om en allerede høy deltakelse i fritidsaktiviteter kan gi verdifull informasjon til videre tjenesteutvikling for ytterlig styrking av eksisterende beskyttelsesfaktorer, i tråd med Islandsmodellen. Et tilsynelatende godt etablert, bredt og variert aktivitetstilbud, kan mulig invitere til en videre satsing på tettere samarbeid mellom kommune, klubber og foreninger, samt en særlig innsats i involvering og kompetanseheving også blant sentrale rollemodeller på de ulike aktivitetsarenaene. Ved investering i styrking av bevissthet rundt den rollen disse funksjonene bærer som sentrale bidragsytere i det helsefremmende oppvekstmiljøet i Vestby, vil mulig ytterligere modellering og holdningsskapende arbeid finne sted.

²⁴¹ Høy Anvik & Holmen Waldahl 2017: 20.

²⁴² Se ovenfor: delkapittel 5.1.1.1.

Organisatorisk er det resultatområde Kultur som bærer særlig ansvar for idretts- aktivitets- kultur- og friluftstilbudet i Vestby kommune. I Vestbys kommunedelplan for idrett og fysisk aktivitet 2015 – 2026, vedtatt 9.11.2015, beskrives innledningsvis at planen også innlemmer elementer av folkehelse og friluftsliv. *«For å få en helhetlig politikk for fysisk aktivitet bør det vurderes å samle temaene folkehelse, fysisk aktivitet, idrett og friluftsliv i samme kommunedelplan. (...) Det foreligger per nå ingen føringer på hvorvidt det skal arbeides med en plan for folkehelse på et overordnet nivå. Administrasjonen ser imidlertid for seg at det ved neste rullering av planstrategi legges opp til en kommunedelplan for «Folkehelse, fysisk aktivitet, idrett og friluftsliv». En slik rullering vil være aktuell i 2018.»*²⁴³ Dette indikerer en forståelse av at folkehelsearbeidet er i nær tilknytning til befolkningsrettede tiltak, herunder blant annet idretts- og aktivitetstilbud. Imidlertid har ny kommunedelplan for perioden 2020-2031 fått tittelen Kommunedelplan for idrett, fysisk aktivitet og friluftsliv, noe som kan forstås som at folkehelsearbeidet fremdeles ikke er innlemmet i den grad det ble initiert i førstnevnte delplan.

Kommunedelplan for idrett og fysisk aktivitet 2015 – 2026 har som hovedmål at *«Alle innbyggerne i Vestby kommune skal gis gode muligheter til å drive fysisk aktivitet der de bor ut fra den enkeltes fysiske, psykiske og sosiale forutsetninger og interesser, livssituasjon og ressurser.»*²⁴⁴ Mulig er Vestbys organisering med hovedansvaret for administrering av folkehelsearbeidet tillagt Kultur grunnlag for diskusjon. Kommunes ansvar for systematisk folkehelsearbeid, basert på virksomme tiltak og beskyttelsesfaktorer er udiskutable.²⁴⁵ Imidlertid er det nærliggende å tenke at dette arbeidet ville vært vurdert og administrert med grunnlag i andre prinsipper med en forankring innenfor kommunale helsetjenester. Samtidig inviterer en slik diskusjon til en viss grad av ambivalens da en potensiell overføring av Islandmodellen burde bringe med ambisjonen om en slik grad av tverssektoriell samhandling at organisering av den enkelte stilling, rolle eller funksjon ville være av mindre betydning.

Vestby samarbeider med flere lag og organisasjoner. I 2014 ble det etablert en samarbeidsavtale mellom kommuneadministrasjonen og Vestby idrettsråd med hensikt å forankre gode samarbeidsrutiner, avklaring av ansvar og forventinger. Samarbeidet med

²⁴³ Vestby kommune 2015: 5.

²⁴⁴ Vestby kommune 2015: 9.

²⁴⁵ Se ovenfor: delkapittel 1.2.1.

friluftslivsorganisasjonene er ikke formalisert i samme grad, men også her er det dialog mellom kommunen og organisasjonene. Kommunedelplanen beskriver også et samarbeid med skole, men hovedsakelig rundt organisering av bruk av idrettsanlegg. Med utgangspunkt i Islandsmodellens beskrivelser som også kommer til syne i Eides erfaringer, ville et tettere samarbeid rundt det forebyggende og helsefremmende arbeidet også kunne være et positivt bidrag i kommunens folkehelsearbeid. Her er det nærliggende å tenke at et slikt fokusskifte må etableres i en styrking av grunnleggende forståelse av deltakelse i organisert aktivitets potensielle påvirkning på ungdoms utviklingsmuligheter blant alle voksne som i ulike roller er involvert i ungdommens liv. Dette vil således kunne representere et betydningsfullt tema for samhandlingsfora på administrativt nivå så vel som på skolene og i lokalmiljøet for øvrig.

Videre vil en sentral komponent i denne satsingen være etablering av system som sikrer lik mulighet for deltakelse, gjennom lokasjon, tilgjengelighet, finansiering og bredde av tilbud. Et tiltak ved Islandsmodellen er fritidskortet som økonomisk bidrag til aktivitetsdeltakelse for alle barn og ungdom mellom 6 og 18 år. Vestby vedtok i 2019 iverksettelse av opplevelseskortet, et tilbud om gratis eller rimeligere adgang til aktiviteter for barn og ungdom fra lavinntektsfamilier. Dette er i utgangspunktet et tilbud der det må søkes og dokumenteres at familien har samlet årsinntekt under 574 000. Imidlertid besluttet kommunestyret i Vestby i april 2019 å utvide tilbudet med aktiviteter til alle som går ut av 7. trinn i grunnskolen, finansiert av fondet for rusforebyggende tiltak. En videreutvikling av dette tilbudet til å gjelde alle barn og unge opp til fylte 18 år kan således ses som samsvarende med Islandsmodellen. I regjeringens politiske plattform²⁴⁶ under området Barne- og ungdomskultur, står det at regjeringen ønsker å *«Innføre et «fritidskort» for alle barn fra 6 til fylte 18 år som kan benyttes til å dekke deltakeravgift på fritidsaktiviteter etter mønster fra ordningen på Island.»* Arbeidet med utredning av et slikt tilbud er gitt til Bufdir av Barne- og familiedepartementet med mål om å sikre flere barn og ungdom fast deltakelse i organiserte fritidsaktiviteter som et tiltak for å unngå utenforskap. Fritidskortet er ment som et universelt forebyggende tiltak for alle i alderen 6 til 18 år, med en særlig satsing for å nå barn og unge med forhøyet marginaliseringsrisiko. Arbeidet beskrives med langsiktig målsetting om å gjelde barn og ungdom i alle landets kommuner, og vil således kunne antas innført i Vestby kommune.²⁴⁷

²⁴⁶ Regjeringen 2019:65.

²⁴⁷ Bufdir 2020 <https://bufdir.no/Familie/fritidskortet/>

5.2.5 Foreldreinvolvering

Sterkt ved Islandsmodellen står involvering av foreldre og foresatte, med fokus på økt kunnskap og forståelse for risiko- og beskyttelsesfaktorer, samt påvirkningen av legale og illegale rusmidler. Blant anbefalte tiltak som kan antas overførbare til Vestby er systema for gjennomføring av foreldremøter på skolene der lokale kartleggingsfunn benyttes aktivt i arbeid med å belyse familiens påvirkning på risiko- og beskyttelsesfaktorer rundt enkeltungdom og i ungdomsmiljø, herunder også rusvaner.

Skolen anses som sentral arena i det rusforebyggende arbeidet. Helt sentralt står systematisk arbeid for å sikre alle elever et trygt og godt skolemiljø, preget av mestring og gode relasjoner til både jevnaldrende og voksne. Videre vil et godt samarbeid mellom skole og hjem kunne være en verdifull komponent i det forebyggende arbeidet. Overordnet del ved læreplanverket sier at «*Opplæringen skal skje i samarbeid og forståelse med hjemmet, og samarbeidet skal bidra til å styrke elevenes læring og utvikling.*»²⁴⁸ Ved å aktivt både drive opplysningsarbeid og involvere foresatte i eksisterende samfunnskampanjer så vel som lokale satsingsområder, er hensikten å øke beskyttelsen for ungdomsgruppen i sin helhet. Ved etablering av rutiner for utarbeidelse av foreldreavtaler i samarbeid mellom skole og foresatte, vil mulig skolen som forebyggingsarena og i tett kontakt med foreldregruppen, kunne bidra til å sørge for en felles forpliktelse til kommunale føringer for innetider, rusmiddelbruk, alenefester, nettverk og aktivitetsdeltakelse. Slike avtaler vil mulig både kunne øke bevisstheten i foreldregruppen, etablere ansvaret og verdien i gode rollemodeller, samt potensielt styrke foresatte i deres oppdragerrolle med støtte i felles retningslinjer for grensesetting. Mulig kan Eide kommunes samarbeid med Norsk narkotikapolitiforening,²⁴⁹ være nyttig bidrag i utarbeidelse av tilsvarende arbeid i Vestby. Parallelt er kjennskap i foreldregruppen til hvilke hjelpetilbud som kan bistå ved eventuelle utfordringer og god informasjon om hvor de kan ta kontakt, et viktig element. Et tydelig uttalt mål ved Islandsmodellen er også å oppfordre foresatte til å bruke tid sammen med ungdommene sine, vite hvor de er, hvem de er sammen med og også ta ansvar for andre ungdom de opplever i behov av ekstra støtte og oppfølging. En tett dialog mellom skole og hjem, likeledes som mellom skole og andre tjeneste- og fritidstilbud, antas å bidra til trygghet, stabilitet og ivaretagelse som representerer sterk beskyttelse.²⁵⁰

²⁴⁸ Utdanningsdirektoratet 2017: 16.

²⁴⁹ Se ovenfor: delkapittel 4.2.5.

²⁵⁰ Følger også av skolens formålsparagraf. Opplæringsloven 1998: § 1-1.

5.3 Sterkere fellesskap

Det er en kjent forestilling at praksis skal forankres i vitenskapelige prinsipper og kunnskap, og ta utgangspunkt i vitenskapelige studiers beviste effekt.²⁵¹ Imidlertid er det funn som kan indikere at det ikke er selvsagt at en replikasjon eller gjentakelse av et forskningsprosjekt oppnår samme resultater som opprinnelig beskrevet. I prosjektet «Reproducibility initiative project» samarbeidet forskere fra en rekke land om å replikere 100 studier, men fikk kun tilsvarende resultat som i originalstudien i under halvparten av replikasjonene. Dette kan skape tvil rundt forsknings reliabilitet og skape en mulig sunn skepsis, samtidig som det kan ses som et signal på behov for økt fokus på replikasjonspraksis. *«Det meste av forskningen tar for gitt at det som er publisert er riktig, og forsøker å bygge videre på det, heller enn å se behovet for å replikere tidligere studier.»*²⁵² Ifølge Kristjansson et. al.²⁵³ kan mulig en replikasjon av Islandsmodellen i en kontekst som innebærer et større og mer heterogent samfunn, vise seg utfordrende. Imidlertid er «Youth in Europe» og Planet Youth iverksatt nettopp med formål om å utforske implementeringsmuligheter og formidle den systematiske innsatsen fra Island til andre land.²⁵⁴

Ved overføring av Islandsmodellen og bruk av Planet Youth for implementering av ny praksis i Vestby, vil arbeidet kunne forventes å preges av kommunens egne demografiske og sosioøkonomiske forhold, lokalbefolkningen generelt og de som får sentrale roller i arbeidet med implementeringen spesielt. Alle former for kunnskap, erfaringer, resultater og opplevelser har oppstått i en unik kontekst med unike individer og vil dermed utsettes for og være i behov av endring, justering, tilpasning og korrigering, enten ved at budskapet eller mottakende kontekst endres ved innføring av ny kunnskap. Dette innebærer en forståelse av kontekstuelle og menneskelige forhold som medfører at overføring anses som noe mer enn en imitasjon og direkte kopiering tilsvarende ved overføring av objekter.²⁵⁵

Mulig er noe av det som kan sies at skiller Islandsmodellen fra andre forebyggende intervensjoner, det tydelige fokuset på befolkningsrettet helsefremmende arbeid som særlig vektlegger beskyttelse gjennom trygge, solide fellesskap og aktiviteter. Dette sammen med en særlig innsats i å samle alle lokalmiljøets aktører, være seg foreldre, feltarbeidere,

²⁵¹ Sætrevik 2017: 1.

²⁵² Sætrevik 2017: 2.

²⁵³ Kristjansson et. al. 2015: 651.

²⁵⁴ Kristjansson et. al. 2015: 651.

²⁵⁵ Røvik 2007: 45-48.

beslutningstakere eller folkevalgte, rundt felles mål og prosjekt, kan representere en invitasjon til en endring av praksis. Det omfattende, systematiske og langsiktige arbeidet for å sikre engasjement, involvering og forpliktende samarbeid på tvers av roller, ansvarsområder og funksjoner, kan mulig vurderes til å være noe av modellens innhold med sterkest signifikant påvirkning. Det kan synes som at dette danner fundamentet som gjør øvrige intervensjoner mulige, gjennomførbare og i stor grad suksessfulle. Således er mulig dette også det mest sentrale å overføre til Vestby. En visjon om at alle aktører i lokalsamfunnet, uavhengig av posisjon og funksjon, har en etablert og solid forankret forståelse av egen rolle som unik og verdifull bidragsyter for kommunens barn og unge, kan danne grunnlag for bedre samhandling og sterkere fellesskap. Et Vestby der lærere kjenner fotballtrenere, folkevalgte kjenner helsearbeidere, foreldre kjenner beslutningstakere og ikke minst hverandre, og der alle daglig bærer bevissthet og ansvar for alle kommunens ungdommer. Et sterkt, robust og solid samfunn som skaper sterke, robuste og solide ungdommer. *«It takes a village to raise a child».*

6.0 AVSLUTNING

Målet for denne masteroppgaven har vært å forsøke å besvare studiens hovedproblemformulering: *Hva har de lyktes med i Islandsmodellen og finnes det overføringsverdi til en norsk kontekst som Vestby kommune?* Sett i et overordnet perspektiv oppleves det utfordrende å identifisere særlige motargumenter mot systematisk gjennomføring av undersøkelser av høy kvalitet, samhandling og koordinert innsats, styrking av skolen som forebyggingsarena, satsing på organiserte fritidsaktivitetstilbud og ytterligere foreldreinvolvering. Dette sett i sammenheng med mulighet til å benytte allerede eksisterende ressurser til kartlegging av lokalmiljøet for inngående kjennskap til risiko- og beskyttelsesfaktorer, til utvikling av konkrete, målrettede helsefremmende intervensjoner, kan synes vanskelig å finne annet enn interessant for enhver kommune.

Intensjonen ved valg av tema var økt kunnskap om konkrete kunnskapsbaserte intervensjoner som kunne antas virksomme i forebygging av rusmiddelbruk med barn og unge, med særlig interesse for Vestby. Imidlertid har det underveis i oppgaven med denne studien gjort seg gjeldende en stadig sterkere opplevelse av at dette utgangspunktet er nødvendig å korrigere, primært av to årsaker. Omtale av forebyggende arbeid som basert på enkeltintervensjoner som kan vurderes evidensbaserte og virksomme, slik relativt store deler av forskningen refererer til feltet, kan skape forståelse av objektivisering og teknologisk praksis. En slik omtale antyder mulighet for å standardisere tjenestetilbud, mulig nærmest medisinske definerte problemområder, uten hensyn til variabler som individuelle ulikheter og behov, demografi, sosioøkonomi, kultur, sosial og mental kapital, og implementeringspraksis.

Kausalitetsdiskusjonen mistet noe av sin aktualitet underveis, basert på de oppfattede fremtredende fellesvariablene identifisert ved komparasjon av Island, Irland og Eide, som i langt større grad handlet om et mulig paradigmeskifte. En tydelig endring i begrepsbruk fra hovedsakelig individrettede tiltak basert på identifisert risiko eller tegn på problemutvikling, til helsefremmende arbeid, styrking av mental og sosial kapital, beskyttelse og folkehelse, bidro til en fokusdreining. Dette i kombinasjon med en markant satsning på flersektorielle, samfunnsbaserte samarbeidssystemer, med omfattende arbeid med implementering og involvering av alle samfunnsaktører i bred kollektiv innsats. Det ble vurdert krevende, nærmest umulig, å isolere faktorer og tiltak fra det omkringliggende i arbeidet med å vurdere effekt på søken etter virksomme tiltak. Parallelt med synliggjøring av implementeringspraksis og forståelse av kontekst til å ha avgjørende betydning for hvordan forebyggingsarbeidet

skrider frem og hvilke resultater en kan forvente, ble også fokuset justert. Mulig kan Islandsmodellen utover å omtales som en modell for forebygging, ses som et tilsvar på den sektorinndelte silorasjonaliseringen som tjenesteapparatet oppfattes basert på. Utarbeidelse av en rekke planer og intervensjoner kan neppe være i nærheten av å gi endringsbidrag tilsvarende beskrevne resultater fra Island, om ambisjonen er overføring av intervensjoner uten vilje til endring av tanker og holdninger. Likeledes som kontekstuell bevissthet og solid implementeringspraksis, synes en holdningsendring vekk fra ferdige planer og metoder til samhandling og utvikling i fellesskap, som ytterligere tilsvar til tjenesteapparatets tradisjonelle fragmentering. En slik forståelse gir grunnlag for overføringsoptimisme.

Islands unike isolerte geografiske posisjon, med en relativt liten og homogen befolkning ble nevnt tidlig som særlig aktuell å diskutere med tanke på potensiell overføringsverdi. En undervurdering av de antatte fordelene Island bærer ved forholdsvis små forhold, kan oppfattes som en degradering og undervurdering av utfordringer i større lokalsamfunn med annen demografi og mer heterogene befolkningsgrupper. Islands geografisk skjermede beliggenhet, med en klar majoritet av landets innbyggere samlet på et avgrenset område, antas å ha betydning for resultatet som presenteres. Det er imidlertid fristende å driste seg til å undre seg over om en lokal tilpasning av modellens grunnleggende prinsipper kan vurderes overførbar til ethvert samfunn, uavhengig av økonomiske og organisatoriske ressurser. Mulig avhenger det primært av felles engasjement, verdigrunnlag, mot og vilje til å tenke og handle annerledes. Om en kunne se for seg at samtlige innbyggere og ansatte i Vestby bar grunnleggende forståelse for at relasjonsbygging med alle lokalsamfunnets aktører og en aksept for at felles mål er avhengig av mangfoldets unike bidrag, ville noe da se annerledes ut?

Utfordringen i arbeidet med denne studien har i stor grad handlet om opplevelse av beskrivelse av banale selvfølgeligheter. Imidlertid er det en repeterende opplevelse i praksisfeltet, bekreftet gjennom beskrivelser i en rekke offentlige dokumenter også i Norge, at det er behov for stadig innsats for å motvirke etablerte sannheter og mønstre i store deler av organiseringen av de kommunale tjenestene. Likeledes synes det enda mer distansert å etablere et syn på øvrige aktører i lokalmiljøet som likestilte samarbeidspartnere. Tross det norske samfunns grunnleggende fundament i sterkt demokrati og kommunenes lovpålagte plikt til å sørge for involvering og medvirkning fra innbyggerne, er erfaringen at dette ikke skjer i praksis. Det er anledning til å undre seg over i hvilken grad det kan forventes å

etableres en solid samhandling mellom kommunalt ansatte og kommunens innbyggere, når organisasjonen i seg selv representerer en slik grad av fragmentering i utforming og gjennomføring av tjenester. Perspektivet synes særlig interessant med utgangspunkt i dokumentasjon av at den økonomiske gevinsten ved effektivt helsefremmende og forebyggende arbeid er markant sammenlignet med intervensjoner iverksatt etter at problemutvikling er påbegynt.

Komparativ analyse av arbeidet gjort på Island og potensiell overføringsverdi belyser en rekke variabler og komplekse sammenhenger som antas å påvirke hverandre, og det lykkes ikke i dette arbeidet å garantere for definitive årsakssammenhenger. Imidlertid er det belyst en kontinuerlig, signifikant endring av ungdoms rusvaner på Island. Likeledes viser resultater fra Irland og Eide tilsvarende resultater ved universell forebyggende innsats basert på prinsipper og implementeringspraksis i samsvar med Islandsmodellen. Tiltakene er basert på velkjent forskning om risiko- og beskyttelsesfaktorer og kan vanskelig sies å isolert sett tilføre de helt banebrytende endringene. Likevel må det kunne sies at denne studien dokumenterer at noe ved Islandsmodellen er markant ulikt andre forebyggingsintervensjoner. Det kan synes nærliggende å tenke at tiltaksutforming basert på forskning kan anses som et relevant element, men at de signifikante endringene som Islandsmodellen må sies å representere, ikke kunne vært mulige uten en sterk prioritering, satsing og forankring på en rekke samfunnsnivåer.

En særlig oppmerksomhet har underveis i arbeidet dreiet i retning av betydningen av organiseringen av et lokalmiljø som står i sterk kontrast til et tradisjonelt tjenesteapparat som det er nærliggende å kalle fragmentert og usammenhengende. Ved komparasjon av Islandsmodellen opp mot annen aktuell forskning, kommer ulikhet mellom offentlige dokumenter med klare utgangspunkt i problemstillinger belyst fra enkeltsider av tjenesteapparatet og Islands brede universelle tilnærming, tydelig til uttrykk. Dette skaper nysgjerrighet og ønske om mer kunnskap om den potensielle utviklingen som ligger i en samhandlingsform så omfattende at alle aktører har et etablert fundament i felles mål. Om det daglige arbeidet, nærmest uavhengig av hvilke tiltak som etableres, ikke lenger forankres i forståelse ut fra enkeltprosjekter, sektorer, tiltaks- og tjenesteyteres ulike definisjoner, målsetninger og mandat, men ut ifra en grunnleggende forståelse av at vi alle arbeider for felles ansvar og felles mål. Mulig ligger det her uante utviklingsmuligheter i form av en tjenesteutvikling basert på felles innsats for styrking av sosial og mental kapital, uavhengig av egen rolleforståelse, sektortilknytning og eventuell motstand. Om vante mønstre og etablert

praksis ikke får utkonkurrere nye tankesett og samhandlingsformer, åpnes muligheter for styrking av fritidsaktivitetstilbudet, styrket forebyggende arbeid i alle skoler, økt foreldreinvolvering og andre ønskede helsefremmende intervensjoner. Mulig er det rom for utvikling av systemiske tjenestetilbud som både fremmer god folkehelse og ivaretar enkeltindivider, om det forankres en praksis der arbeid på tvers av faggrenser og nivåer blir en selvfølgelighet. Mulig handler det om å gjøre det sammen. Felles ansvar og felles innsats.

Det oppfattes som at selve grunnpilaren i Islandsmodellen er intensjonen om å skape gode oppvekstsvilkår med sterk beskyttelse. Ved diskusjon av potensiell overføring av modellen til Vestby, synes dette perspektivet som det signifikante endringspotensialet. Holdninger sterkt preget av fokus på beskyttelse, positive bidrag, mestring og muligheter, fremfor identifikasjon av risiko, behandling og reparasjon, oppleves inspirerende og med stor overføringsverdi til Vestby kommune. Ved mulighet for videre undersøkelser, ville identifiserte overføringsmuligheter dannet grunnlag for søken etter potensielle intervensjoner for reell praksisendring. Det synes som at det særlig aktuelle bidraget fra Islandsmodellen handler om holdningsendring. Drastiske endringer av tankesett og etablering av en sterk motivasjon for å beskytte flokken som kommunen vår representerer. Til å gå fra du og jeg til vi, og fra risiko til beskyttelse. Hvordan få hele Vestby kommune, både innbyggere og ansatte, til å bli den landsbyen som gir barna gode oppvekstbetingelser? Det handler om å mobilisere tilstrekkelig mot og engasjement til å tre ut av det vante og i fellesskap kunne finne ut hva som styrker sosial og mental kapital. Tenk om Vestby kunne etablert en sterk fellesskapsfølelse forankret i holdningen om at vi sammen skal sørge for at alle i kommunen vår skal ha det godt. Vi behandler ikke eller er problemfokuserende, men vi jobber for beskyttelse, tilfører positive og helsefremmende faktorer og skaper gode vilkår. Det åpner for videre undersøkelse av hvordan det kan tilrettelegges for å tenke helt motsatt. Hvordan få alle samfunnsaktører til å tenke og handle sammen rundt hvordan skape best mulig oppvekstsvilkår for alle kommunens barn og ungdommer? Det er nemlig det det handler om. It takes a village to raise a child.

« This transformative change requires a rethinking of how agencies and organisations invest in prevention and allocate their resources. A sustainable focus on prevention will only be achieved through prioritising integrated and holistic approaches designed to prevent problems before they arise. » - Albert Einstein

LITTERATURLISTE

Actis - Rusfeltets samarbeidsorgan. (2017). *Hemmeligheten bak Islands rus-suksess*. Hentet fra <https://www.actis.no/nyhet/hemmeligheten-bak-islands-rus-suksess>

Actis - Rusfeltets samarbeidsorgan. (2019). *Lokal ruspolitikk (ACTIS-RAPPORT 1:2019)*. Hentet fra <https://www.actis.no/nyhet/hemmeligheten-bak-islands-rus-suksess>

Andersen, S.S: (2007). *Kausalforklaringer i case-studier*. Hentet fra https://www.idunn.no/tfs/2007/04/kausalforklaringer_i_case-studier

Bakken, A. (2019). *Ungdata 2019 – nasjonale resultater*. Hentet fra <http://www.forebygging.no/Global/Ungdata-2019-Nettversjon.pdf>

Bufdir. (2020). *Utprøving av fritidskortordning*. Hentet fra <https://bufdir.no/Familie/fritidskortet/>

Bretteville-Jensen, A.L. & Bramness, J.G. (red.). (2019). *Cannabisboka*. Oslo: Universitetsforlaget.

Departementene. (2013). *Forebyggende innsats for barn og unge* (Rundskriv Q-16/2013). Hentet fra https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/bld/rundskriv_q16_2013.pdf

Donovan, J. E. (2004). *Adolescent alcohol initiation: A review of psychosocial risk factors*. Journal of Adolescent Health. Hentet fra <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15581536>

ESPAD group. (2016). *ESPAD Report 2015 Results from the European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs* (Report 2015) Hentet fra http://www.espad.org/sites/espad.org/files/ESPAD_report_2015.pdf

FN-sambandet. (2019). *Barnekonvensjonen*. Hentet fra <https://www.fn.no/Om-FN/Avtaler/Menneskerettigheter/Barnekonvensjonen>

- Folkehelseinstituttet. (2018.) *Folkehelse rapporten. Helsetilstanden i Norge 2018*. Hentet fra <https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2018/helsetilstanden-i-norge-20182.pdf>
- Folkehelseinstituttet. (2019) *Oversikt over systematiske oversikter. Hvor effektive er primærforebyggende tiltak mot bruk av tobakk hos barn og unge?* Hentet fra <https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2019/hvor-effektive-er-primarforebyggende-tiltak-mot-bruk-av-tobakk-hos-barn-og-unge-rapport-2019.pdf>
- Folkehelseinstituttet. (2019) *Folkehelseprofil 2019 i Vestby kommune..* Hentet fra <https://khp.fhi.no/PDFVindu.aspx?Nr=0211&sp=1&PDFAr=2019>
- Folkehelseloven. (2012). Lov om folkehelsearbeid (LOV-2011-06-24-29). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-29>
- Forebygging.no (u.å.). Sosial kontroll, ordbok. <http://www.forebygging.no/Ordbok/Q-A/Sosial-kontroll/>
- Fredriksen, H. (2019, 25. april). *Island-modellen – en suksessoppskrift fore forebygging av rusbruk blant tenåringer*. Hentet fra <http://www.forebygging.no/Global/Islandsmodellenendelig.pdf>
- Frieden, T.R. (2010). *A Framework for Public Health Action: The Health Impact Pyramid. American Journal of Public Health. April 2010, Vol 100, No. 4*. Hentet fra <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2836340/pdf/590.pdf>
- Gamst, K. T. (2013). *Profesjonelle barnesamtaler – Å ta barn på alvor*. Oslo: Universitetsforlaget
- Gunnarsdóttir, E.D., Harðardóttir, K.E. & Guðmundsson, G. (2019). *Nordic Council of Ministers 2019. NABO – social inclusion of youth in Iceland*. Hentet fra <https://norden.diva-portal.org/smash/get/diva2:1335847/FULLTEXT02.pdf>

Hellevik, Ottar (2009) *Forskningsmetode i sosiologi og statsvitenskap*. Oslo: Universitetsforlaget.

Helsedirektoratet (2010). *Fra bekymring til handling- En veileder om tidlig intervensjon på rusområdet*. (Veileder IS-1742). Hentet fra https://www.udir.no/globalassets/upload/brosjyrer/5/fra-bekymring-til-handling_enk.pdf

Helsedirektoratet (2011). *Nasjonale mål og prioriterte områder for 2011*. <https://napha.no/attachment.ap?id=562>

Helsedirektoratet (2012). *Støttmateriell Rusmiddelforebyggende arbeid i skolen – forslag til læringsaktiviteter*. (IS-1978). Hentet fra <http://www.forebygging.no/global/skole/stottmateriell.pdf>

Helsedirektoratet. (2015). *Sosioøkonomisk status og barn og unges psykologiske utvikling: Familiestressmodellen og familieinvesteringsperspektivet*. Hentet fra https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/sosiookonomisk-status-og-barn-og-unges-psykologiske-utvikling/Sosio%C3%B8konomisk%20status%20og%20barn%20og%20unges%20psykologiske%20utvikling.pdf/_/attachment/inline/61d6a93f-8373-42f6-8ece-489e381c5696:53bcdb908664966042380887179cdc51d757505e/Sosio%C3%B8konomisk%20status%20og%20barn%20og%20unges%20psykologiske%20utvikling.pdf

Helsedirektoratet (2018). *Kunnskapsgrunnlag – Metoder for tidlig identifisering av risiko hos barn og unge*. (IS-2696) <http://kriminalitetsforebygging.no/wp-content/uploads/2018/04/Kunnskapsgrunnlag-%E2%80%93-metoder-for-tidlig-identifisering-av-risiko-hos-barn-og-unge.pdf>

Helsedirektoratet (2018). *Lokalt rusmiddelforebyggende arbeid i et folkehelseperspektiv. (IS-2784)*. Hentet fra https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/lokalt-rusmiddelforebyggende-arbeid-i-et-folkehelseperspektiv/Lokalt%20rusmiddelforebyggende%20arbeid%20i%20et%20folkehelseperspektiv.pdf/_/attachment/inline/3511e97b-06df-4af6-91df-13ca9e9af3c5:fd22cefb2a070a8e7a411f6ce81f4538875c371e/Lokalt%20rusmiddelforebyggende%20arbeid%20i%20et%20folkehelseperspektiv.pdf

Helse- og omsorgsdepartementet (2009). *St.meld. nr. 47 (2008–2009) – Samhandlingsreformen, Rett til behandling – på rett sted – til rett tid*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-47-2008-2009-/id567201/?ch=1>

Helse- og omsorgsdepartementet. (2012). *Meld. St. 30 (2011–2012) Melding til Stortinget, Se meg! En helhetlig rusmiddelpolitikk alkohol – narkotika – doping*. <https://www.regjeringen.no/contentassets/bba17f176efc40269984ef0de3dc48e5/no/pdfs/stm201120120030000dddpdfs.pdf>

Helse- og omsorgsdepartementet (2015). *Opptappingsplanen for rusfeltet*. (Prop. 15 S). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/prop.-15-s-20152016/id2460953/?ch=1>

Helse- og omsorgsdepartementet. (2016). *# Ungdomshelse – regjeringens strategi for ungdomshelse 2016–2021*. (Publikasjonskode: I-1173 N). Hentet fra https://www.regjeringen.no/contentassets/838b18a31b0e4b31bbfa61336560f269/ungdomshelsestrategi_2016.pdf

Hibell, B., Andersson, B., Bjarnason, T., Kokkevi, A., Morgan, M. & Narusk, A. (1997). *The 1995 ESPAD Report. Alcohol and Other Drug Use Among Students in 26 European Countries*. The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs (CAN) and The Pompidou Group at the Council of Europe, Stockholm, Sweden. Hentet fra http://www.espad.org/sites/espad.org/files/The_1995_ESPAD_report.pdf

Hibell, Guttormsson, Ahlström, Balakireva, Bjarnason, Kokkevi & Kraus, (2012). *The 2011 ESPAD. Report Substance Use Among Students in 36 European Countries*. Hentet fra http://www.espad.org/sites/espad.org/files/The_2011_ESPAD_Report_FULL_2012_10_29.pdf

Høj Anvik, C. & Holmen Waldahl, R. (2017). *Excluded Youth in Iceland, the Faroe Islands and Norway*. Hentet fra https://www.idunn.no/file/pdf/66979186/excluded_youth_in_iceland_the_faroe_islands_and_norway.pdf?fbclid=IwAR2v2HCz4YK7Vh-kap36B1U7yXAK5Nu3nPw22tGTLZZYMSClx7cDAO8sa1k

Høj Anvik, C. & Holmen Waldahl, R. (2017). *Når noen må ta regien. Om unge med psykiske helseproblemer: utfordringer, tiltak og samhandling på Island, Færøyene og i Norge*. Hentet fra <http://www.nordlandsforskning.no/publikasjoner/nar-noen-ma-ta-regien-om-unge-med-psykiske-helseproblemer-utfordringer-tiltak-og-samhandling-pa-island-faroyene-og-i-norge-article3226-152.html>

Johannessen, A., Tufte, P. A., & Christoffersen, L. (2016). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode* (5. utg.). Oslo: Abstrakt Forlag.

KoRus-Øst. (u.å.). *Samordning av lokale rus og kriminalitetsforebyggende tiltak, SLT-modellen*. Hentet fra <https://www.rus-ost.no/folkehelse-og-ungdata/slt>

Kristjansson, AL., James, JE., Allegrante, JP., Sigfúsdóttir, ID., Helgason, AR. (2010). *Adolescent substance use, parental monitoring, and leisure time activities: 12-year outcomes of primary prevention in Iceland. Preventive Medicine*. Hentet fra <http://ezproxy.hiof.no:2165/10.1016/j.ypmed.2010.05.0011>

Kristjansson, A.L., Sigfúsdóttir, I.D., Thorolfur, T., Mann, M.J., Sigfusson, J. & Allegrante, J.P. (2016). *Population trends in smoking, alcohol use and primary prevention variables among adolescents in Iceland, 1997–2014*. Hentet fra <http://ezproxy.hiof.no:2086/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=7&sid=ac5e6d18-012e-4125-8d78-4d965d539dcf%40sessionmgr4007>

- Kristjansson, A.L., Mann, M.J., Sigfusson, J., Thorisdottir, I.E., Allegrante, J.P. & Sigfúsdóttir, (2020). *The Icelandic Model of Preventing Adolescent Substance Use. Development and Guiding Principles of the Icelandic Model for Preventing Adolescent Substance Use.* Hentet fra <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/1524839919849032>
- Kristjansson, A.L., Mann, M.J., Sigfusson, J., Thorisdottir, I.E., Allegrante, J.P. & Sigfúsdóttir. (2020). *The Icelandic Model of Preventing Adolescent Substance Use. Implementing the Icelandic Model for Preventing Adolescent Substance Use. Health Promotion Practice.* Hentet fra <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/1524839919849033>
- Kunnskapssenteret. (2012). *Effekten av primærforebyggende tiltak mot bruk av tobakk, alkohol og andre rusmidler hos barn og unge.* (Rapport fra Kunnskapssenteret nr. 7–2012). Hentet fra https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2012/rapport_2012_07_for_ebygging_tobakk_rus_v2.pdf
- Kvello, Ø. (2006). *Risiko og beskyttelse ved ungdoms rusmiddelmissbruk.* Hentet fra https://www.idunn.no/file/ci/2913089/Risiko_og_beskyttelse_ved_ungdoms_rusmiddelmissbruk.pdf
- Larring, K. B & Sjernø, S. (2010). Sosial kapital blant marginaliserte. *Fontene forskning.* Hentet fra <https://fonteneforskning.no/pdf-15.26511.0.3.50b56f2f6d>
- Leth-Olsen, K. (2019, 24. mai). ISLANDSMODELLEN Imponerende forebyggende arbeid med barn og unge. *Kompetansesenteret for Kriminalitetsforebygging.* Hentet fra <http://kriminalitetsforebygging.no/wp-content/uploads/2016/11/Reykjavik-rusforebygging.pdf>
- Lile, H. K. (2011). *FNs barnekonvensjon artikkel 29 (1) om formålet med opplæring: En retts sosiologisk studie om hva barn lærer om det samiske folk.* (Doktoravhandling, Universitetet i Oslo). Hentet fra <http://folk.uio.no/hadil/Samlet-ferdig6.pdf>

- Magnusson, K. (2014). Mulig årsak eller faktisk årsak? Om kausalitet i forskning og klinikk. *Fagkronikk i Fysioterapeuten* 9/2014. Hentet fra <https://fysioterapeuten.no/Fag-og-vitenskap/Fagartikler/Mulig-aarsak-eller-faktisk-aarsak-Om-kausaltet-i-forskning-og-klinikk>
- Mathiesen, Thomas (2005) *Retten i samfunnet: En innføring i rettssosiologi*. Oslo: Pax Forlag A/S
- Nordens Velfærdscenter. (2011). *Fokus på unge og narkotika*. Hentet fra https://nordicwelfare.org/wp-content/uploads/2017/10/Unge20og20narkotika_enk.pdf
- Norsk Narkotikapolitiforening, (u.å). *Bry deg, si nei til narkotika*. Hentet fra <https://nnpf.no/brydeg/bry-deg-prosjektbeskrivelse/>
- NOU 1991:10. (1991). *Flere gode leveår for alle. Forebyggingsstrategier*. Oslo: Sosialdepartementet. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kilde/odn/tmp/2002/0034/ddd/pdfv/154756-nou1991-10.pdf>
- Opplæringslova. (1998). Lov om grunnskolen og den videregående opplæringa, opplæringsloven. (LOV-1998-07-17-61) Hentet fra <https://lovdata.no/lov/1998-07-17-61>
- Oslo kommune Velferdsetaten (2017). *Rett hjelp til rett tid Notat til innspill; Kunnskapsgrunnlag for rusmelding, Oslo kommune*. Hentet fra <https://www.oslo.kommune.no/getfile.php/13228837-1497594595/Tjenester%20og%20tilbud/Politikk%20og%20administrasjon/Prosjekter/Kunnskapsgrunnlag%20for%20ny%20rusmelding/Kunnskapsgrunnlag%20til%20rusmelding.%20Rett%20hjelp%20til%20rett%20tid..pdf>
- Plan- og bygningsloven. (2008). Lov om planlegging og byggesaksbehandling (LOV-2008-06-27-71). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2008-06-27-71>

Planet Youth by ICSRA, Western Region. (u.å.). *Growing up in the West*. Hentet fra <https://planetyouth.ie/>

Planet Youth by ICSRA. (u.å.). *Growing up in the West. Get involved. Three ways to deliver the model*. Hentet fra <https://planetyouth.org/get-%20Involved%20/>

Planet Youth by ICSRA. (u.å.). *The method - Q&A*. Hentet fra <https://planetyouth.org/the-method/qa/>

Planet Youth by ICSRA. (2018). *Drug prevention is possible. Preventing children and adolescents from the initiation of drug use*. Hentet fra <https://planetyouth.org/>

Planet Youth by ICSRA, Western Region. (2018). *About Planet Youth*. Hentet fra <https://planetyouth.ie/about/>

Planet Youth by ICSRA, Western Region. (2018). *About Planet Youth*. Hentet fra <https://planetyouth.ie/about/>

Planet Youth by ICSRA. (2018). *Get involved - communities*. Hentet fra <https://planetyouth.org/get-involved/communities/>

Politiloven. (1995). Lov om politiet (LOV-2020-01-10-1). Hentet fra <https://lovdata.no/lov/1995-08-04-53>

Regjeringen. (2019). *Politisk plattform for en regjering utgått av Høyre, Fremskrittspartiet, Venstre og Kristelig Folkeparti*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/7b0b7f0fcf0f4d93bb6705838248749b/plattform.pdf>

Røvik, K. A. (2007). *Trender og tradisjoner - Ideer som former det 21. århundrets organisasjon*. Oslo: Universitetsforlaget.

Repstad, P. (2007). *Mellom nærhet og distanse - kvalitative metoder i samfunnsfag*. Oslo: Universitetsforlaget.

- Sandberg, K. (2016). *Barns rett til å bli hørt*. I N. Høstmælingen, E. S. Kjørholt, K. Sandberg (Red.), *Barnekonvensjonen. Barns rettigheter i Norge* (3. utg., s. 92-122). Oslo: Universitetsforlaget
- Sigfúsdóttir, I.D., Thorlindsson, T., Kristjánsson, A.L., Roe, K.M. & Allegrante, J.P. (2008). *Substance use prevention for adolescents: the Icelandic Model. Health Promotion International, Vol. 24 No. 1*. Hentet fra <https://www.researchgate.net/publication/23655343>
- Sigfúsdóttir, I., Kristjánsson, A.L., Thorlindsson, T., & Allegrante, J.P. (2008). Trends in prevalence of substance use among Icelandic adolescents, 1995-2006. *Substance abuse treatment, prevention and policy*. Vol. 3. Hentet fra <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2426682/pdf/1747-597X-3-12.pdf>
- Sigfúsdóttir, I.D., Thorlindsson, T., Kristjánsson, A.L., Roe, K.M., & Allegrante, J.P. (2009). Substance use prevention for adolescents: the Icelandic Model. *Health Promotion International, Volume 24, Issue 1, March 2009, Pages 16–25*, <https://doi.org/10.1093/heapro/dan038>
- Sigfúsdóttir, I., Kristjánsson, A., Gudmundsdóttir, M., & Allegrante, J.P. (2011). Substance use prevention through school and community-based health promotion: a transdisciplinary approach from Iceland. *Global Health Promotion* 1757-9759, ss. Vol. 18 (3), 23-26. Hentet fra <https://ezproxy.hiof.no:2171/doi/pdf/10.1177/1757975911412403>
- Sigfúsdóttir, I.D., Soriano, H.E., Mann, M.J. & Kristjánsson, A. L. (2020). *The Icelandic Model of Preventing Adolescent Substance Use: Prevention Is Possible: A Brief History of the Origin and Dissemination of the Icelandic Prevention Model. Health Promotion Practice. Vol. 21, No. (1) 58–61*. Hentet fra <https://ezproxy.hiof.no:2171/doi/10.1177/1524839919886314>
- Skilbrei, M.-L. (2019). *Kvalitative metoder. Planlegging, gjennomføring og etisk refleksjon*. Bergen: Fagbokforlaget

- Skogen, J.C. (2013). *Tidlig debut av rusbruk, rusproblemer og mental helse hos ungdom*. Hentet fra <http://www.forebygging.no/Global/Jens%20C.Skogen%20endelig.utkast.pdf>
- Skogen, J.C., Smith, O.R.F., Aarø, L.E., Siqveland, J., Øverland, S. (2018). *Barn og unges psykiske helse: Forebyggende og helsefremmende folkehelseiltak. En kunnskapsoversikt*. Rapport 2018. Oslo: Folkehelseinstituttet, Hentet fra https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2018/barn_og_unge_psykiske_helse_forebyggende.pdf
- Skog Hansen, I.L., Steen Jensen, R., Strand, A.H., Brodtkorb, E. & Sverdrup, S. (2018). *Nordic 0 – 24 collaboration on improved services to vulnerable children and young people. First interim report. (Fafo-report 2018:22)* Hentet fra <https://www.fafo.no/images/pub/2018/20671.pdf>
- Skærbæk, E. (2014). Et rom av muligheter. I E. Skærbæk. & M. Nissen (Red.), *Psykososialt arbeid: Fortellinger, medvirkning og fellesskap* (s.168-187). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Statistisk sentralbyrå. (2020). *Utgifter i kommunale helse- og omsorgstjenester*. Hentet fra <https://www.ssb.no/353214/utgifter-i-kommunale-helse-og-omsorgstjenester.1-000-kroner>
- Statistisk sentralbyrå. (2020) *Utgifter til idrettsbygg, idrettsanlegg, kulturskoler, kulturbygg, aktivitetstilbud for barn og unge og andre kulturaktiviteter*. Hentet fra <https://www.ssb.no/statbank/table/12362/>
- Stenius, K. (2019). *Treatment of cannabis-related problems in the Nordic countries*. Hentet fra https://nordicwelfare.org/wp-content/uploads/2019/02/NWC_Cannabis_Treatment_2019_Webb_FINAL.pdf
- Store norske leksikon. (2020). *Eide – tidligere kommune*. Hentet fra https://snl.no/Eide_-_tidligere_kommune

Straffeprosessloven. (1986). Lov om rettergangsmåten i straffesaker. (LOV-2019-06-21-51).
Hentet fra <https://lovdata.no/lov/1981-05-22-25>

Sætrevik, B. (2017). Replikasjonskrisen. *Psykologtidsskriftet*. Hentet fra
<https://psykologtidsskriftet.no/fagessay/2017/07/replikasjonskrisen>

Thagaard, T. (2018). *Systematikk og innlevelse; En innføring i kvalitativ metode* (5. utg.).
Bergen: Fagbokforlaget

Thorlindsson, T., & Bemburg, J.G. (2006). Peer groups and substance use: Examining the
direct and interactive effect of leisure activity. *Adolescence*, ss. Vol. 41, N. 162.
<http://ezproxy.hiof.no:2071/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=12&sid=53a3c3f0-6f73-4cbb-9879-b33cb9abb010%40sessionmgr103>

Ungdata. (u.å). *Hva er Ungdata?* Hentet fra
<http://www.ungdata.no/Om-undersokelsen/Hva-er-Ungdata>

Ungdata. (u.å.) *Finn Ungdata-tall for din kommune*. Hentet fra <http://www.ungdata.no/>

Ungdata.no (2018). *Ungdatarapporter i Eide kommune 2013-2018*. Hentet fra
<http://www.ungdata.no/Fylker-og-kommuner/Moere-og-Romsdal/Eide>

Utdanningsdirektoratet. (2017). *Overordnet del – verdier og prinsipper for
grunnopplæringen*.
Hentet fra <https://www.udir.no/lk20/overordnet-del/3.-prinsipper-for-skolens-praksis/3.3-samarbeid-mellom-hjem-og-skole/>

Vestby kommune. (2015). *Kommunedelplan for idrett og fysisk aktivitet 2015 – 2026*. Hentet
fra
<https://www.vestby.kommune.no/getfile.php/3208259.1066.vcsvtsceep/Kommunedelplan+for+idrett+og+fysisk+aktivitet+2015-2026%2C+vedtatt+9.11.15.pdf>

Vestby kommune. (2013). *Handlingsplan – rusomsorg Vestby kommune 2013 – 2016*. Hentet fra
<https://www.vestby.kommune.no/getfile.php/2572433.1066.fexxvqtbee/Handlingsplan+-rusomsorg+2013-2016.pdf>

Vestby kommune. (2019). *Ruskontrakt*. Hentet fra
<https://www.vestby.kommune.no/ruskontrakt.170949.no.html>

Wayman, S. (2019). Teenage drink and drugs crisis: Here's a radical plan for Ireland that can work. A task force in the west of Ireland is using Iceland's model for reducing alcohol and drug abuse among teenagers. *The Irish Times*. Hentet fra
<https://www.irishtimes.com/life-and-style/health-family/teenage-drink-and-drugs-crisis-here-s-a-radical-plan-for-ireland-that-can-work-1.4103000>

Western Region Drug & Alcohol Task Force. (2020). *Planet youth. Strategy & Implementation framework. Galway, Mayo & Roscommon*. Hentet fra
<http://www.planetyouth.se/Planet-Youth-Strategy-Implementation-Framework-Brochure.pdf>

World Health Organization. (2017). *International Standards on Drug Use Prevention. Second Updated Edition*. Hentet fra
https://www.unodc.org/documents/prevention/standards_180412.pdf

Young, E. (2017). Iceland knows how to stop teen substance abuse but the rest of the world isn't listening. *Independent*. Hentet fra <https://www.independent.co.uk/life-style/health-and-families/iceland-knows-how-to-stop-teen-substance-abuse-but-the-rest-of-the-world-isn-t-listening-a7526316.html>

Young, E. (2017). How Iceland Got Teens to Say No to Drugs. *The atlantic*. Hentet fra
<https://www.theatlantic.com/health/archive/2017/01/teens-drugs-iceland/513668/>

Youth in Europe. (2005). *A Drug Prevention Programme*. Hentet fra
http://www.ecad.net/activ/Youth_Programme.pdf

Vedlegg 1

Tema: kommunalt rusforebyggende arbeid med barn og unge

Innledning

Presentasjon

Jeg heter Ane Isabelle Simble og er ansatt som ungdomslos i Vestby kommune og student ved Høgskolen i Østfold, Masterstudium i psykososialt arbeid - helse- og sosialfaglig yrkespraksis. Temaet for masteroppgaven min er kommunalt rusforebyggende arbeid med barn og unge, og formålet med studien er å få økt kjennskap til kunnskapsbaserte forebyggende og helsefremmende intervensjoner.

Masteroppgaven

For å undersøke temaet, har jeg valgt å konsentrere masteroppgaven til det omfattende forebyggende arbeidet med barn og unge på Island, Islandsmodellen, og den potensielle overføringsverdien til norske kommuner. Valgt problemformulering er:

Hva har de lyktes med i Islandsmodellen og hva kan overføres til en norsk kontekst som Vestby kommune?

Forskningsspørsmål 1: *HVILKE GREP HAR ISLENDINGENE GJORT I ARBEIDET MED ENDRING AV UNGDOMS RUSVANER OG HVILKEN EFFEKT HAR DET HATT?*

Forskningsspørsmål 2: *HVA AV DET ISLAND HAR LYKKES MED KAN OVERFØRES TIL EN NORSK KONTEKST SOM VESTBY KOMMUNE?*

Intervjuet kommer til å handle primært om forskningsspørsmål 2.

Din deltakelse

Din deltakelse er frivillig og du kan trekke deg når som helst under intervjuet og innen en uke etter intervjuet. Dine svar vil flettes inn i oppgaven, der jeg ønsker å sitere og referere til deg ved bruk av ditt fulle navn og tittel. Du vil få mulighet til å lese gjennom og kommentere teksten om du ønsker det. Dersom du ønsker det kan du få en kopi av masteroppgaven etter at den er sensurert og godkjent.

Hvis du har noen spørsmål kan du kontakte meg på telefonnummer 416 19 097 og e-postadressen min er isabelle.simble@vestby.kommune.no. Min veileder, førsteamanuensis ved Høgskolen i Østfold, Hadi Strømmen Lile, kan kontaktes på tlf. 915 92 963 eller e-post hadi.s.lile@hiof.no.

Spørsmål

Nedenfor følger en tentativ oversikt over noen hovedspørsmål. Tanken med intervjuet er at vi skal få til en samtale rundt disse spørsmålene og at jeg skal lytte godt til det du sier og helst komme med relevante oppfølgingsspørsmål. Det er du som vet hva som er sentralt og jeg setter stor pris på hjelp fra deg til å komme med gode spørsmål, gitt min problemstilling og forskningsspørsmål 2.

Intervjuspørsmål:

1. Kan du starte med å gi et lite bilde av Eide kommune (sosioøkonomisk status blant innbyggerne, variasjonsbredde/hvor homogen eller heterogen er befolkningen, beboelse i form av nærhet/distanse, boligfelt/gårdsbruk o.l.)?
2. Kan du beskrive prosessen bak arbeidet som ble iverksatt (hva gjorde at akkurat alkoholbruk ble valgt ut som satsing, hvor stor enighet var det om akkurat dette problemområdet og type intervensjoner)?
 - a. Du har beskrevet et utgangspunkt i en første gjennomføring av Ungdata med resultater som indikerte høy forekomst av alkoholbruk blant ungdom i Eide. Gjorde dere annet kartleggingsarbeid utover bruk av Ungdata? I så fall, hva/hvordan?
 - b. Det beskrives at det har vært satset på foreldreinvolvering som en sentral del av tiltaksarbeidet. Kan du beskrive dette?
3. Arbeidet i Eide har blitt beskrevet som «Islandsmodellen på norsk». I hvilken grad og hvordan benyttet dere erfaringene fra Islandsmodellen i deres arbeid i Eide kommune?
 - a. En sentral del ved Islandsmodellen beskrives av islandske forskere som systematisk arbeid med implementering og å involvere både beslutningstakere, feltarbeidere, foreldre, de som har ansvar for fritidstilbudene og lokalmiljøet for øvrig. Gjorde du/dere noen bevisste grep på dette området?
4. I presentasjonen nevner du også en endring i både politisk- og administrativ vilje til å prioritere rusforebyggende tiltak, endring i forståelsen for at det er en utfordring dere må jobbe sammen om i Eide kommune – både fra kommunes side og fra frivillige

organisasjoner og det er endringer i foreldrenes holdninger til alkoholbruk hos ungdommer. Kan du si noe mer om dette?

- a. Har det vært diskusjon eller bevissthet knyttet til begrepsbruken – forebyggende arbeid, helsefremmende arbeid og/eller folkehelsearbeid, og har dette eventuelt påvirket prosessen og forankringen av tiltak?
5. Hvilke erfaringer sitter dere igjen med og hva er situasjonen nå?
 - a. I din Actis-presentasjon beskriver du usikkerhet med tanke på effekt av tiltakene som ble iverksatt. Kan du si noe om dette og i hvilken grad det kan beskrives som kunnskapsbasert og virksomt, som argumentasjon for en eventuell videreføring?
 - b. Når du sitter med de erfaringene du har i dag, hva ville du gjort annerledes om du skulle startet et tilsvarende arbeid på nytt?
 - c. Hva ved arbeidet dere gjorde tenker du at ikke fungerte?
 - d. Eide har akkurat blitt sammenslått med Fræna til Hustadvika kommune. Vil dere videreføre noe av arbeidet fra Eide til den nye, større kommunen, og hvordan ser du eventuelt for deg dette arbeidet?
 - e. Hvilke anbefalinger vil du gi til andre kommuner som ønsker å gjøre et tilsvarende arbeid?

Avslutning

1. Er det noe som ikke er tatt opp eller som du ønsker å legge til?
2. Er du noe mer du vil fortelle som du tenker at kanskje kan være nyttig for meg å vite?

Tusen takk for at du ville delta i forskningsprosjektet og tok deg tid til å besvare mine spørsmål!