

Regionprosjektet – Nyttig forebygging?
**Evalueringen av et pilotprosjekt om lokalbasert
rusforebygging**

Bergljot Baklien
Hilde Pape
Ingeborg Rossow
Elisabet E. Storvoll

SIRUS rapport nr. 6/2007

Statens institutt for rusmiddelforskning

Oslo 2007

Statens institutt for rusmiddelforskning (SIRUS) ble opprettet 1. januar 2001 som en sammenslåing av Statens institutt for alkohol- og narkotikaforskning (SIFA) og dokumentasjonsseksjonen og biblioteket i Rusmiddeldirektoratet. SIRUS har som formål å utføre og formidle forskning og dokumentasjon omkring rusmiddelspørsmål, med særlig vekt på samfunnsvitenskapelige problemstillinger. Instituttet er også kontaktpunkt for Det europeiske narkotikaovervåkningscenteret i Lisboa, EMCDDA.

Copyright SIRUS
Oslo 2007

ISBN 978-82-7171-307-2
ISSN 1502-8178

SIRUS
P.b. 565 Sentrum
0105 Oslo

Besøksadresse: Øvre Slottsgate 2B
Telefon: 22 34 04 00
Fax: 22 34 04 01
E-post: sirus@sirus.no
Nettadresse: <http://www.sirus.no>

Trykt hos Wittusen & Jensen a.s.

Forord

Denne rapporten presenterer evalueringen av Regionprosjektet, et sentralt initiert pilotprosjekt i lokalt rusforebyggende arbeid. Statens institutt for rusmiddelforskning (SIRUS) fikk i oppdrag å evaluere prosjektet av det daværende Sosialdepartementet.

De fire SIRUS-forskerne som utførte oppdraget, har utarbeidet denne rapporten i fellesskap. Imidlertid har Bergljot Baklien hatt hovedansvaret for gjennomføring og formidling av funn fra prosessevalueringen, mens Ingeborg Rossow, Elisabet E. Storvoll og Hilde Pape har hatt hovedansvaret for alt som har med effektevalueringen å gjøre.

Mange mennesker har på ulikt vis vært involvert i evalueringen av Regionprosjektet. De som skal takkes omfatter følgende:

Et stort antall personer som har stilt opp på ett eller flere intervjuer og/eller formidlet informasjon på andre måter, aktører på både sentralt og lokalt nivå som har latt oss delta som observatører på sine møter, omkring 40 000 skoleungdommer i 16 kommuner som deltok i en eller flere spørreundersøkelser, mange hundre lærere og omkring 100 SIRUS-kontakter på 93 skoler som sørget for at skoleundersøkelsene kom i havn, og 18 ungdommer som foretok kjøpsforsøk i butikker som selger alkohol. Astri Vannebo har gjort en strålende innsats med planlegging og gjennomføring av de omfattende skoleundersøkelsene, og våre kolleger Marianne Hansen, Hege Lauritzen, Eva Hausken, Kristin Buvik og Ann Christin Rognmo Olsen har ytt verdifulle bidrag til datainnsamlingen. Sist, men ikke minst, vil vi takke våre kolleger Astrid Skretting og Jostein Rise for verdifulle innspill i arbeidet med rapporten.

Oslo, november 2007

Bergljot Baklien, Hilde Pape, Ingeborg Rossow og Elisabet E. Storvoll

Innhold

Sammendrag	9
1 Innledning	13
1.1 Bakgrunn	13
1.2 Hva er Regionprosjektet?	13
1.2.1 Målsetting og sentrale føringer	13
1.2.2 Innsats og ressurser	14
1.2.3 Oppstarten av Regionprosjektet	16
1.2.4 Prosjektperiode	16
1.3 Om evalueringen	17
1.3.1 Målsetting og fokus for evalueringen	18
1.3.2 Å kombinere prosess- og effektevaluering	18
1.3.3 Evaluering av et paraflyprosjekt	20
1.3.4 Evalueringens tilnærming og begrensninger	21
1.3.5 Valg av forskerrolle i evalueringen	21
1.4 Studier av lokalbaserte tiltak på rusmiddelfeltet	22
1.4.1 Mangfold og variasjon	23
1.4.2 Eksempler på lovende prosjekter	24
1.4.3 Generelt om effekter av lokalbaserte tiltak	25
1.5 Den videre gangen i rapporten	26
2 Metode	27
2.1 Prosessevalueringen	27
2.1.1 Skriftlig dokumentasjon	27
2.1.2 Observasjon og deltakelse	27
2.1.3 Intervjuer	30
2.2 Effektevalueringen	33
2.2.1 Spørreskjemaundersøkelser av skoleelever	33
2.2.2 Kjøpsforsøk i butikker som selger alkohol	38
2.2.3 Spørreskjemaundersøkelse blant ansatte ved skoler	39
2.2.4 Andre data	40
3 Organisering	41
3.1 Sentral organisasjon	41
3.2 Mellomnivået og de regionale kompetansesentrene	43
3.3 Kommunen som gjennomfører og arena	45
3.3.1 Ulike kommunale rammer	46
3.3.2 Prosjektorganisering eller plassering i den ordinære strukturen	46

3.4	Oppsummering.....	50
3.5	Hovedpunkter.....	50
4	Fra handlingsplan til handling	51
4.1	Konkretisering gjennom flere ledd.....	51
4.2	Tiltaksmenyen.....	53
4.2.1	<i>Innholdet i tiltaksmenyen.....</i>	<i>53</i>
4.2.2	<i>Motiver for deltakelse i prosjektet og forhandlinger om tiltak</i>	<i>57</i>
4.3	Økonomisk tilskudd til kommunene.....	61
4.4	Den faglige støtten fra kompetansesentrene.....	64
4.5	Kommunenes valg av tiltak	69
4.5.1	<i>De mest populære tiltakene: Ansvarlig vertskap og Kjentmann.....</i>	<i>71</i>
4.5.2	<i>Andre viktige tiltak: Kjærlighet og grenser og PMTO.....</i>	<i>74</i>
4.5.3	<i>Nye og gamle tiltak.....</i>	<i>75</i>
4.6	De viktigste tiltakene i de enkelte kommunene	79
4.6.1	<i>Erfaringer fra noen enkeltprosjekter.....</i>	<i>81</i>
4.7	Hovedpunkter.....	85
5	Samspeilet mellom sentrale og lokale aktører.....	87
5.1	Pilotkommunenes relasjoner til det sentrale nivået.....	87
5.2	Kompetansesentrenes relasjoner til det sentrale nivået.....	91
5.3	Uklar kommunikasjon – direktoratets reaksjon.....	94
5.4	Det sentrale nivåets relasjon til de lokale aktørene	95
5.5	Oppsummering.....	96
5.6	Hovedpunkter.....	97
6	Effekter: Rusmiddelbruk, problemer og tilgjengelighet.....	99
6.1	Analysestrategier og statistiske metoder	100
6.2	Alkoholbruk	102
6.3	Problemer og negative hendelser knyttet til alkoholbruk.....	106
6.4	Narkotikabruk.....	109
6.5	Kjøp av alkohol i butikker og på skjenkesteder.....	109
6.5.1	<i>Selvrapportert kjøp av alkohol.....</i>	<i>110</i>
6.5.2	<i>Kjøp av alkohol blant 18 åringer uten aldersbevis</i>	<i>114</i>
6.6	Hovedfunn fra de enkelte pilotkommunene.....	115
6.7	Tilgang på- og omsetning av alkohol: Bakgrunnstall	115
7	Effekter: Kunnskap, holdninger og foreldrefaktorer.....	117

7.1	Kunnskap og holdninger.....	117
7.2	Foreldrefaktorer: Kommunikasjon og grensesetting	119
8	Effektevalueringens hovedresultater og begrensninger.....	123
8.1	Oppsummering av hovedfunn	123
8.2	Begrensninger ved effektevalueringen	126
8.3	Hovedpunkter.....	128
9	Forankring, kompetansebygging og andre effekter.....	131
9.1	Forankring fryder	131
9.2	Samordning som måloppnåelse	135
9.2.1	<i>Interkommunalt samarbeid.....</i>	<i>135</i>
9.2.2	<i>Samarbeid og samordning i enkeltkommuner</i>	<i>137</i>
9.3	Å bygge lokal kompetanse	139
9.4	Kunnskap med overføringsverdi	143
9.5	Oppsummering.....	146
9.6	Hovedpunkter.....	147
10	Andre erfaringer.....	149
10.1	Organisering.....	149
10.2	Personfaktorens betydning	152
10.2.1	<i>Personfaktoren på sentralt nivå.....</i>	<i>153</i>
10.2.2	<i>Personfaktoren på lokalt nivå.....</i>	<i>154</i>
10.3	Ting tar tid.....	158
10.4	Rammebetingelsene setter grenser.....	162
10.5	Hovedpunkter.....	163
11	Avsluttende diskusjon.....	167
11.1	Målsettinger og måloppnåelse	167
11.1.1	<i>Hovedmålsettingen.....</i>	<i>167</i>
11.1.2	<i>Delmålsettinger.....</i>	<i>169</i>
11.2	Hvordan kan vi forklare manglende måloppnåelse?	169
11.2.1	<i>Tiltak med begrenset forebyggingseffekt</i>	<i>170</i>
11.2.2	<i>Langt tidsperspektiv</i>	<i>170</i>
11.2.3	<i>Ufullstendig implementering</i>	<i>170</i>
11.3	Andre effekter – på godt og vondt.....	171
11.3.1	<i>Omfordeling av ressurser</i>	<i>171</i>
11.3.2	<i>Villedende signaler om ”effektive” tiltak</i>	<i>171</i>
11.3.3	<i>Struktur og kompetansebygging.....</i>	<i>172</i>

11.4	Refleksjoner om framtidig lokalforebygging.....	172
11.4.1	<i>Kontrollpolitikk er også forebygging.....</i>	172
11.4.2	<i>Kontroll og sanksjoner</i>	173
11.4.3	<i>Tidlig intervensjon i helsetjenesten.....</i>	174
11.4.4	<i>Medienes rolle.....</i>	175
11.4.5	<i>Betingelser for gjennomføring av tiltak på lokalt nivå.....</i>	175
11.4.6	<i>Kompetansesentrenes rolle.....</i>	176
11.4.7	<i>Lokale rusmiddelpolitiske planer: Kunnskapsgrunnlag.....</i>	176
11.5	Evaluerings erfaringer og videre forskning	177
11.5.1	<i>Integrering av prosess- og effektevaluering.....</i>	177
11.5.2	<i>Kunnskap om "ordinær" lokal rusforebygging.....</i>	177
11.5.3	<i>Kunnskap om kontroll og sanksjoner.....</i>	177
11.5.4	<i>Metaanalyser og komparative analyser.....</i>	178
11.5.5	<i>En bro over kunnskapskloften – en utfordring.....</i>	178
	English summary	179
	Referanser.....	183
	Appendiks 1. Tiltak på menyen fra Sosial- og helsedirektoratet	193
	Appendiks 2. Tiltak utenfor menyen	199
	Appendiks 3. Analyser fra enkeltkommuner.....	203
	Appendiks 4. Tilgang på- og omsetning av alkohol.....	207
	SIRUS rapporter	211
	SIRUS skrifter.....	215

Sammendrag

Denne rapporten handler om evalueringen av Regionprosjektet. Prosjektet var en del av Bondevik II-regjeringens handlingsplan mot rusmiddelproblemer (2003-2005). Slik vi har tolket Handlingsplanen, var hovedmålsettingen med prosjektet å utvikle gode forebyggende tiltak, og å videreutvikle eksisterende tiltak, med sikte på å begrense rusmiddelbruk og rusmiddelrelaterte skader, med hovedfokus på barn og unge.

Seks kommuner/regioner (kalt pilotkommuner) ble valgt ut til å delta i prosjektet. Over en treårsperiode mottok de til sammen 20 millioner kroner fordelt etter innbyggertall. I tillegg fikk pilotkommunene faglig veiledning fra de regionale kompetansesentrene for rusmiddelspørsmål. Sosial- og helsedirektoratet sto for den sentrale styringen av prosjektet.

Evalueringens målsettinger var:

- å avdekke hvordan Handlingsplanens intensjoner ble oversatt og fortolket av Sosial- og helsedirektoratet, og deretter av pilotkommunene,
- å finne ut hvordan en ekstra økonomisk bevilgning til rusforebyggende arbeid sammen med sentral styring og faglig oppfølging fra regionale kompetansesentre, ble omsatt i tiltak på lokalt nivå,
- å undersøke hvordan organiseringen av Regionprosjektet, både sentralt og lokalt, virket inn på implementeringen og gjennomføringen av tiltak,
- å avdekke om det var holdepunkter for at innsatsen bidro til redusert rusmiddelbruk, færre rusrelaterte skader og problemer, og redusert tilgang på alkohol for mindreårige,
- å finne ut om ressursinnsatsen ga andre gevinster i lokalsamfunnet, blant annet i form av kompetanseheving eller nye samarbeidsstrukturer,
- å trekke ut erfaringer som man kan bygge videre på i andre lokalbaserte tiltak

Vi har både prosess- og effektevaluert Regionprosjektet. Analysene bygger på et omfangsrikt datamateriale, som blant annet omfattet dokumenter, videoopptak, observasjoner av møter og iverksetting av tiltak, et stort antall intervjuer med viktige aktører på sentralt og lokalt nivå, spørreskjemaundersøkelser av nærmere 40 000 skoleungdommer i pilot- og

kontrollkommuner før og etter iverksetting av tiltak, kjøpsforsøk av øl i butikker før og etter tiltak, samt kartlegging av forebyggende aktiviteter på alle ungdomsskoler og videregående skoler i samtlige pilot- og kontrollkommuner gjennom prosjektperioden.

Det ble opprettet en sentral arbeidsgruppe for Regionprosjektet med representanter fra de sju regionale kompetansesentrene samt Sosial- og helsedirektoratets prosjektleder. Foruten faglig oppfølging av pilotkommunene, var kompetansesentrene bindeleddet mellom det sentrale og det lokale nivået. Denne organiseringen innebar at pilotkommunene hadde liten innflytelse på den sentrale styringen av prosjektet.

Handlingsplanen ble konkretisert av Sosial- og helsedirektoratet, som utformet en meny med tolv anbefalte forebyggingstiltak. Bare et fåtall av disse tiltakene hadde dokumenterte effekter på rusmiddelbruk og rusrelaterte skader. Direktoratets tiltaksmeny gjorde det vanskeligere for kommunene å få et eierforhold til prosjektet.

Den faglige oppfølgingen fra kompetansesentrene varierte fra sted til sted – både med hensyn til omfang og innhold. De lokale rammebetingelsene for prosjektet varierte også, både når det gjaldt videreføring av etablerte prosjekter og samarbeidsrelasjoner, og med hensyn til prosjektorganisering.

I oppstartfasen var direktoratets styring ganske sterk og detaljorientert. Samtidig var kommunikasjonen fra sentralt til lokalt nivå uklar, både med hensyn til prosjektets tidsrammer, fordeling av økonomiske midler og pilotkommunenes mulighet for å velge tiltak som direktoratet ikke hadde anbefalt. De uklare signalene fra sentralt nivå førte både til frustrasjon og forsinket oppstart av den forebyggende innsatsen i kommunene.

Da pilotkommunene valgte tiltak, la de størst vekt på egne vurderinger (bl.a. om tiltakene var enkle å iverksette) og egne erfaringer med tiltakene. Foruten tiltak fra direktoratets meny, valgte de fleste kommunene også en rekke andre intervensjoner. I flere tilfeller gjaldt det videreføring av allerede i gangsatte prosjekter. Barn og unge var den viktigste målgruppen, og mange satsinger hadde et langsiktig perspektiv. Ikke alle tiltak ble implementert etter planen. I flere kommuner var innsatsen større enn det de hadde forpliktet seg til, og vi har vi sett mye entusiasme og innsatsvilje underveis.

Effektevalueringen bygget primært på spørreskjemaundersøkelser av skoleungdom i pilotkommunene og i sju kontrollkommuner. Resultatene ga ingen holdepunkter for at Regionprosjektet samlet sett hadde ført til redusert rusmiddelbruk og færre alkoholrelaterte skader. Det var heller ingenting som tydet på at det hadde bidratt til å begrense de unges tilgang på alkohol. Også når det gjaldt de unges rusrelaterte kunnskaper og holdninger, og foreldrenes grensesetting og kommunikasjon om rusmidler, var resultatene nedslående. Ett enkelttiltak, der hensikten var å begrense omsetningen av alkohol til mindreårige, ble også effektevaluert. Ingen virkninger av dette tiltaket ble avdekket.

Det er flere mulige forklaringer på effektevalueringens nedslående resultater: Tiltakene hadde svært begrenset forebyggingspotensial på befolkningsnivå, flere av dem hadde et langt tidsperspektiv, og noen ble iverksatt som ufullstendige ”light-versjoner”. Dessuten tyder bakgrunnstall på at antallet salgs- eller skjenkesteder i pilotkommunene holdt seg stabilt i løpet av prosjektperioden.

Regionprosjektet ser imidlertid ut til å ha gitt andre gunstige effekter. Lokal samordning og lokalt eierskap var sentrale begrep i Handlingsplanen. Prosjektets eneste eksempel på interkommunalt samarbeid og samordning (på Ytre Søre Sunnmøre) viste at dette var både krevende og fruktbart.. Noen enkeltkommuner med interne samordningstiltak lyktes i å styrke det tverrfaglige og tverretatlige samarbeidet. Videre økte den lokale kompetansen med hensyn til tilpasning og videreutvikling av tiltak.

Den lokale organiseringen i pilotkommunene var i all hovedsak god og funksjonell, og førte til samordning av personalressurser på tvers av etater og avdelinger. Videre hadde Regionprosjektet solid politisk og forvaltningsmessig forankring i de fleste pilotkommunene, med aktivt engasjement hos både ordfører og rådmann. Personfaktorer som entusiasme og kompetanse, samt legitimitet og evne til å utnytte et gitt handlingsrom, hadde stor betydning på alle nivåer.

En annen viktig erfaring knytter seg til tidsperspektivet. Flere kommuner satset på rusmiddelforebygging i et langsiktig perspektiv. Både forankring og gjennomføring av tiltak tar tid, men den sentralt fastlagte tidsrammen tok lite hensyn til dette.

Konklusjonen er at Regionprosjektet bare på noen områder skapte endringer som samsvarte med Handlingsplanens målsettinger. Det gjaldt

først og fremst målsettingene om lokal samordning og samarbeid. Vi avdekket derimot ingen holdepunkter for at innsatsen hadde bidratt til mindre rusmiddelbruk, færre alkoholrelaterte problemer og redusert tilgjengelighet av alkohol blant ungdom. Hovedmålsettingen for prosjektet ble dermed ikke nådd. Det kan blant annet sees i sammenheng med at ingen kommuner satset på de mest virksomme strategiene – nemlig begrensninger av alkoholens tilgjengelighet (mht. antall salgs- og skjenkesteder samt åpningstider for omsetning av alkohol), og intensivert håndheving av salgs- og skjenkebestemmelsene (kontroller og sanksjoner).

1 Innledning

1.1 Bakgrunn

Denne rapporten dreier seg om evalueringen av et lokalbasert pilotprosjekt for å forebygge rusmiddelbruk og rusmiddelrelaterte skader, det såkalte Regionprosjektet. Prosjektet ble initiert av Bondevik II-regjeringen som en del av Regjeringens handlingsplan mot rusmiddelproblemer (2003-2005). Sosial- og helsedirektoratet fikk i oppdrag å styre Regionprosjektet sentralt, mens Statens institutt for rusmiddelforskning (SIRUS) fikk i oppdrag å evaluere det.

Norge har tradisjonelt ført en restriktiv alkoholpolitikk, med høye avgifter og en rekke begrensninger i alkoholens tilgjengelighet. De siste par tiårene har det imidlertid vært en viss liberalisering på dette området. Samtidig har alkoholkonsumet i befolkningen økt betydelig – ikke minst blant ungdom (Horverak og Bye 2007, Rossow 2007). Når sentrale myndigheter liberaliserer alkoholpolitikken, tiltar behovet for forebyggende virksomhet på lokalt plan (Casswell 2000). I Sverige har nettopp svekkelsen av den statlige alkoholpolitikken, parallelt med et økende alkoholkonsum, ligget til grunn for et ønske om å styrke det lokalforebyggende arbeidet (Wallin 2004). Det er nærliggende å anta at slike forhold også var av betydning da Bondevik II-regjeringen besluttet å iverksette Regionprosjektet.

Satsingen på lokalsamfunnsprosjekter kan også sees i lys av at norske kommuner, i hvert fall i prinsippet, har et stort alkoholpolitisk handlingsrom. Innenfor gjeldende nasjonale rammer, er det eksempelvis kommunene selv som regulerer antallet salgs- og skjenkesteder, og som bestemmer hvilke åpningstider de skal ha med hensyn til salg av alkohol.

1.2 Hva er Regionprosjektet?

I dette kapitlet vil vi kun gi en kortfattet beskrivelse av Regionprosjektet. Mer detaljert informasjon om blant annet organisering, innsats og virkemidler finnes i kapitlene 3 og 4.

1.2.1 Målsetting og sentrale føringer

I Regjeringens handlingsplan ble Regionprosjektet omtalt under punktet 3.6.2 *”Utvikle målrettede og samordnende forebyggende innsatser på kommunalt nivå”* (se tekstboks 1). Der er det flere formuleringer som kan tolkes som

målsettinger for prosjektet. I mangel av en eksplisitt hovedmålsetting i beskrivelsen av Regionprosjektet, har vi tolket formuleringene under punkt 3.6.2 i lys av Handlingsplanens overordnede mål, som var *”en betydelig reduksjon i de sosiale og helsemessige skadene av rusmiddelbruk”*. Videre ble det å *”forebygge alle typer av rusmiddelmisbruk, med særlig fokus på forebyggende arbeid blant barn og ungdom”* fremhevet som viktig.

Slik vi har vurdert det, var dermed hensikten med prosjektet å utvikle gode forebyggende tiltak, og å videreutvikle eksisterende tiltak, med sikte på å begrense rusmiddelbruk og rusmiddelrelaterte skader, med hovedfokus på barn og unge. Handlingsplanen peker også på følgende siktemål: *”å utvikle god arbeidsfordeling og gode samarbeidsrelasjoner og samordningsverktøy vertikalt mellom ulike forvaltnings- og organisasjonsnivåer og horisontalt mellom ulike lokale aktører”* og *”lokal styring av og eiendomsforhold til de ulike delene”*.

Sosial- og helsedirektoratet fikk i oppgave å styre Regionprosjektet sentralt i tett samarbeid med de sju regionale kompetansesentrene for rusmiddel-spørsmål (se kapittel 3.2 for en nærmere beskrivelse av kompetansesentrene). Som vi vil gjøre rede for i kapittel 4, ble Handlingsplanens intensjoner, målsettinger og føringer ”oversatt” og konkretisert både på sentralt (direktoratet) og lokalt nivå (i kommunene). Når vi har vurdert om prosjektet ga effekter som samsvarte med målsettingene, er det primært formuleringene i Handlingsplanen vi har forholdt oss til.

1.2.2 Innsats og ressurser

Kommunene i Regionprosjektet (heretter kalt *pilotkommuner*) ble i hovedsak tilført følgende ressurser:

- Økonomiske tilskudd
- Faglig veiledning og oppfølging fra de regionale kompetansesentrene for rusmiddelspørsmål
- Sentral styring i regi av Sosial- og helsedirektoratet

Det daværende Sosialdepartementet bevilget 24 millioner kroner til Regionprosjektet over en treårsperiode. Omlag 20 millioner kroner var tilskudd til pilotkommunene, mens resten gikk til prosjektadministrasjon, reiser, konferanser, etc. I kapittel 4 gjør vi nærmere rede for hvordan pilotkommunene brukte det økonomiske tilskuddet og beskriver samtidig den faglige veiledningen fra de regionale kompetansesentrene. Direktoratets styring av prosjektet er også et sentralt tema i kapittel 4.

Tekstboks 1. Regionprosjektet var beskrevet på følgende måte under pkt. 3.6.2 "Utvikle målrettede og samordnende forebyggende innsatser på kommunalt nivå" i Regjeringens handlingsplan mot rusmiddelproblemer 2003-2005.

Internasjonale studier viser at lokalbasert, integrert forebyggende arbeid har positiv virkning på rusmiddelproblemene. Det er en stor utfordring å tilpasse de ulike forebyggingsprogram til skiftende behov i samfunnet og sørge for lokal tilpasning. Det er behov for et mer dynamisk kunnskapsbasert samarbeid mellom ulike aktører på lokalt plan. Aller viktigst blir det å styrke det lokale og regionale arbeidet med forebyggende tiltak, styrke lokal kunnskapsproduksjon og formidling og styrke det lokale politisk/strategiske arbeidet på forebyggingsområdet.

Regjeringen vil legge opp til en satsing i en eller to regioner med et pilotprosjekt på integrert lokalbasert forebygging. Prosjektet har tre fundament; a) fremskaffe relevante data, b) bredt samordnet tiltaksutvikling og igangsetting og c) evaluering. Pilotprosjektet skal ha som klart siktemål å utvikle god arbeidsfordeling og gode samarbeidsrelasjoner og samordningsverktøy vertikalt mellom ulike forvaltnings- og organisasjonsnivåer og horisontalt mellom ulike lokale aktører.

Prosjektet styres sentralt av Sosial- og helsedirektoratet i tett samarbeid med de regionale kompetansesentrene for rusmiddelspørsmål. Lokal styring av og eiendomsforhold til de ulike delene blir en viktig suksessfaktor.

På sentralt plan bør Politidirektoratet, Læringscenteret og ulike organisasjoner som Norges Idrettsforbund og Olympiske komite, Elevorganisasjoner, Foreldreutvalget for grunnskolen, AKAN, Alkokutt, Avholdsfolkets landsråd og LNU være med i utvikling og gjennomføring av prosjektet. SIRUS, i samarbeid med regionale forskningsinstitutter, bør ha ansvaret for data-innsamling og evaluering. På lokalt plan er det viktig med tung politisk deltakelse og bred involvering av lokale aktører.

Prosjektet skal både utvikle gode primær- og sekundærforebyggende tiltak og videreutvikle eksisterende. Hovedinnsatsen blir rettet inn mot fem arenaer; hjem, barnehage, skole, arbeidsliv og fritid.

Sentrale stikkord:

- redusert tilgang på alle typer rusmidler for ungdom under 18 år
- sikre tidlig intervensjon i barnehage, skole og arbeidsliv
- frivillige organisasjoner både som arena for – og pådriver i – det forebyggende arbeid, bl.a. gjennom rusfrie aktiviteter for barn og ungdom
- økt kunnskap om rusmiddelsituasjonen lokalt
- samordning og kvalitetssikring av innsatsen rettet mot forebyggende arbeid i barnehage, skole og opplæring.

1.2.3 Oppstarten av Regionprosjektet

Det ble opprettet en sentral arbeidsgruppe for Regionprosjektet i september 2003. Den besto av representanter fra de syv regionale kompetansesentrene samt direktoratets prosjektleder. I oktober 2003 ble alle norske kommuner invitert til å søke om å delta i Regionprosjektet. Til sammen 63 kommuner/lokale enheter sendte inn søknad. I noen tilfeller hadde flere små nabokommuner søkt i fellesskap, og i alt var det 113 kommuner (og bydelar) som sto bak de 63 søknadene.

Valget falt på kommuner som hadde utmerket seg med gode søknader/skisserte forebyggingsprosjekter, og som samtidig hadde søknaden forankret i politisk og administrativ ledelse. Vi kan derfor anta at pilotkommunene hadde et større potensial for godt forebyggende arbeid enn et representativt utvalg av lokalsamfunn ville ha hatt.

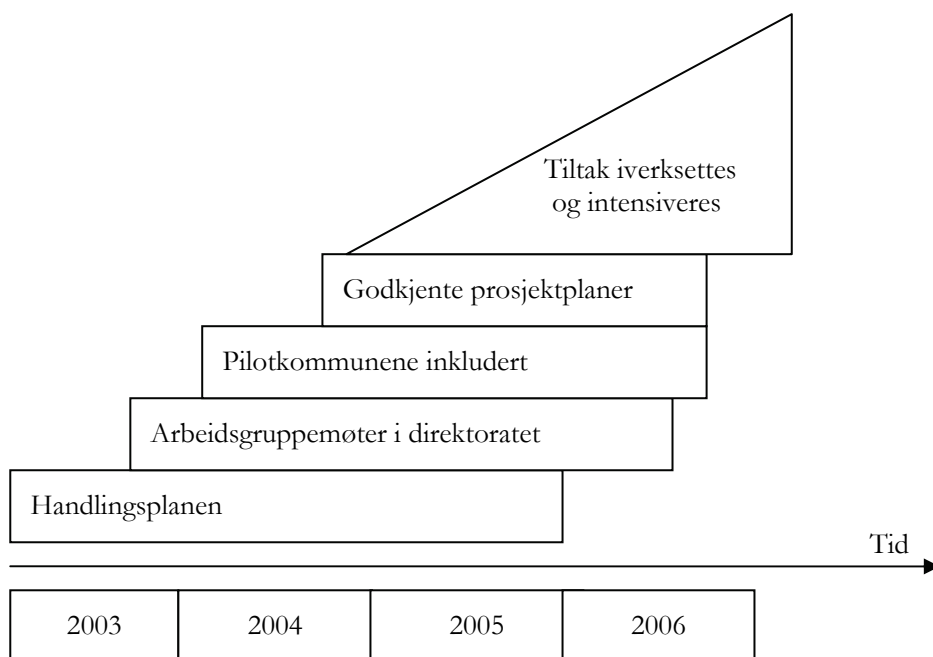
Følgende seks lokale enheter ble valgt ut: Nesodden kommune, Larvik kommune, Haugesund kommune, Os kommune (Ho), Narvik kommune, samt en lokal enhet bestående av fire kommuner fra Ytre Søre Sunnmøre, nemlig Hareid, Herøy, Sande og Ulstein.

1.2.4 Prosjektperiode

Midlene til Regionprosjektet ble gitt for en treårsperiode fra og med 2003. Budsjettmessig kan derfor prosjektet sies å ha vart fra 01.01.2003 til 31.12.2005. Sosial- og helsedirektoratet angir imidlertid at prosjektet startet opp i september 2003, da det første arbeidsgruppemøtet på sentralt nivå fant sted. Men Pilotkommunene ble ikke valgt ut før i februar 2004 og direktoratets oppstartkonferanse var i mars 2004. I løpet av høsten 2004 fikk pilotkommunene godkjent sine prosjektplaner, og iverksettingen av lokale tiltak skjedde i hovedsak fra 2005 og utover. Tilsvarende varierer slutten på prosjektperioden avhengig av om vi ser på budsjettperioden, den sentrale styringen eller den lokale forebyggingsaktiviteten. Regionprosjektets varighet vil for øvrig bli nærmere diskutert senere i rapporten.

En forenklet oversikt over viktige milepæler i gjennomføringen av Regionprosjektet, er å finne i figur 1.1.

Figur 1.1. Milepæler i prosjektperioden.



1.3 Om evalueringen

I oppdraget fra det daværende Sosialdepartementet om å evaluere Regionprosjektet, ble det ikke antydnet noe om *hvordan* SIRUS skulle løse oppgaven. Vi har derfor stått fritt til å utforme evalueringen, og bestemte oss for å satse på både prosess- og effektevaluering. Det betyr at vi har analysert både kvalitative data (bl.a. i form av intervjuer og observasjoner), og kvantitative data (bl.a. fra spørreskjemaundersøkelser). De kvalitative dataene fra prosessevalueringen bidro blant annet med kunnskap om implementering, samarbeidsrelasjoner og beslutningsprosesser. De kvantitative dataene fra effektevalueringen ble analysert for å avdekke om det var holdepunkter for at Regionprosjektet hadde gitt tilsiktede atferdsendringer, blant annet med hensyn til rusmiddelbruk og alkoholrelaterte problemer blant ungdom. En mer utførlig drøfting av premisser og rammer for evalueringen finnes i et eget notat (Baklien m.fl. 2005).

1.3.1 Målsetting og fokus for evalueringen

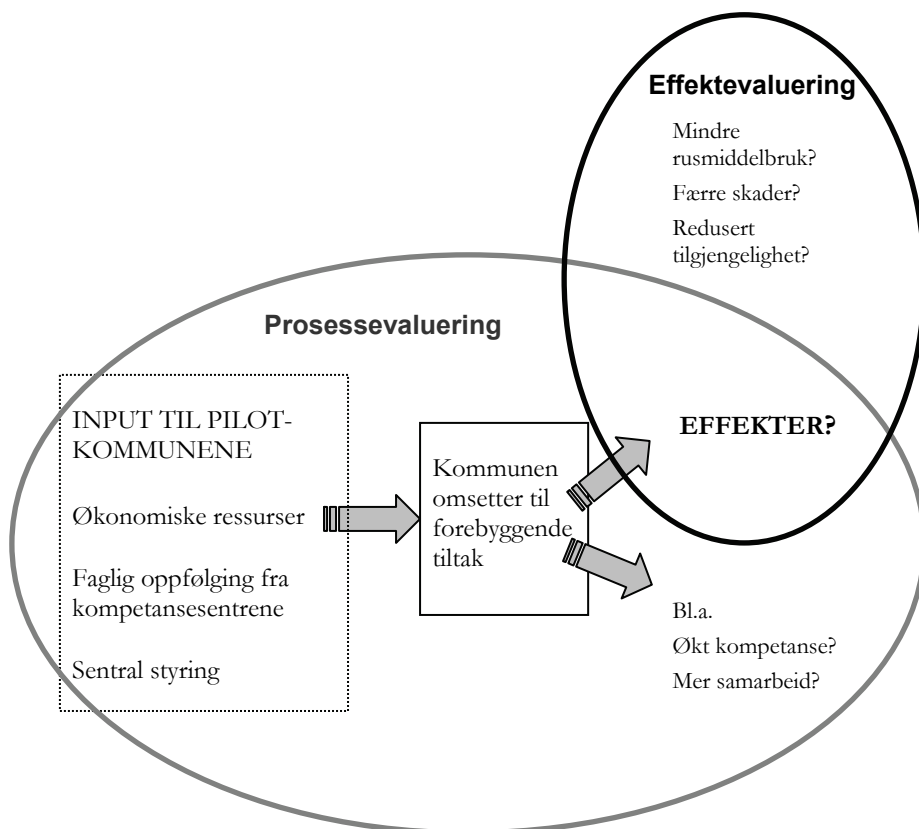
Flere forhold har påvirket hvordan vi valgte å evaluere Regionprosjektet. Både faglige vurderinger, samt økonomiske rammer og tidsrammer, har hatt noe å si. Med utgangspunkt i Handlingsplanens formuleringer om hensiktene med prosjektet, har vi satt opp følgende målsettinger for evalueringen:

- å avdekke hvordan Handlingsplanens intensjoner ble oversatt og fortolket av Sosial- og helsedirektoratet, og deretter av pilotkommunene,
- å finne ut hvordan en ekstra økonomisk bevilgning til rusforebyggende arbeid sammen med sentral styring og faglig oppfølging fra regionale kompetansesentre, ble omsatt i tiltak på lokalt nivå,
- å undersøke hvordan organiseringen av Regionprosjektet, både sentralt og lokalt, virket inn på implementeringen og gjennomføringen av tiltak,
- å avdekke om det var holdepunkter for at innsatsen bidro til redusert rusmiddelbruk, færre rusrelaterte skader og problemer, og redusert tilgang på alkohol for mindreårige,
- å finne ut om ressursinnsatsen ga andre gevinster i lokalsamfunnet, blant annet i form av kompetanseheving eller nye samarbeidsstrukturer,
- å trekke fram erfaringer som man kan bygge videre på i andre lokalbaserte tiltak

1.3.2 Å kombinere prosess- og effektevaluering

I en viss forstand handler både prosess- og effektevalueringer om å fange opp påvirkning og effekter. Det er derfor litt misvisende at begrepet *effekt* bare er knyttet til den ene evalueringsformen. Imidlertid kartlegger de to tilnærmingene temmelig ulike former for effekter. I prosessevalueringen har ”effektene” å gjøre med kvalitative aspekter ved blant annet mellommenneskelig samhandling på ulike nivåer. I effektevalueringen er hensikten å avdekke i hvilken grad intervensjoner gir tilsiktede effekter som er statistisk pålitelige (f.eks. færre alkoholrelaterte skader). I vårt tilfelle dekket de to tilnærmingene forskjellige deler av det prosjektet vi evaluerte, men det var også en viss overlapping. Dette er forsøkt illustrert i figur 1.2.

Figur 1.2. Forholdet mellom prosessevaluering og effektevaluering.



Fordi prosess- og effektevaluering langt på vei utfyller hverandre, gir de samlet sett et mer helhetlig bilde av det prosjektet som er til vurdering. Begge tilnærminger har også en egenverdi: Prosessevaluering kan blant annet bidra til å identifisere forhold som fremmer eller hemmer i verksetting av tiltak, mens effektevaluering må til for å kunne tallfeste om tiltakene har gitt ønsket avkastning (f.eks. færre rusmiddelrelaterte skader). Videre vil funn fra prosessevalueringen være viktige for tolkningen av resultatene av effektevalueringen – ikke minst der man ikke finner noen målbare virkninger. Dette ble blant annet illustrert i en evaluering av tiltaket ”Ansvarlig vertskap” i Trondheim, hvor kvalitative data om tiltakets organisering og implementering var avgjørende for fortolkningen av effektevalueringens nedslående resultater (Buvik og Baklien 2006).

Å kombinere prosess- og effektevaluering byr på flere utfordringer: Det fordrer gjerne at forskere med ulik metodekompetanse samarbeider tett,

og at de evner å analysere funn fra begge evalueringsdelene i sammenheng. Fordi de to evalueringsstrategiene er knyttet til ulike formidlingstradisjoner, kan det også være krevende å finne en felles form på den skriftlige framstillingen. Det er derfor neppe tilfeldig at det er relativt få forskningsprosjekter som har kombinert prosess- og effektevaluering i felles analyser – både i Norge og internasjonalt.

1.3.3 Evaluering av et paraplyprosjekt

Som vi kommer tilbake til i kapittel 4, besto Regionprosjektet av mange forskjellige enkelttiltak. Sosial- og helsedirektoratet omtalte det som *”en rekke store prosjekter som er samlet under en paraply”*. Vår evaluering dreier seg først og fremst om den samlede innsatsen, og i liten grad om ulike delprosjekter i pilotkommunene.

Regionprosjektets pilotkommuner valgte ulike kombinasjoner av tiltak og programmer, og de hadde også temmelig ulike rammebetingelser for den rusforebyggende satsingen. Det var altså en kompleks intervensjon som skulle evalueres. For å illustrere noe av kompleksiteten – både i intervensjonen og tilnærmingen til evalueringen – kan vi tenke oss en parallell situasjon til våre 6 pilotkommuner:

Seks ”pasienter” (dvs. 5 personer og en familie på 4) har ulike varianter av samme sykdom. De er allerede i gang med noe medikamentell behandling (av ulike typer), og skal nå i gang med mer. ”Pasientene” kan selv velge fra et utvalg av piller (hvorav noen er testet ut, og har dokumenterte effekter). Alternativt kan de fortsette med noen av de pillene de allerede bruker, eller velge et parallellpreparat. Det viser seg at ”pasientene” foretar ulike valg; noen øker dosen med piller de allerede har brukt en stund, noen supplerer de pillene de allerede hadde med noen liknende piller, og enkelte erstatter noen piller med nye. For å vurdere om den økte behandlingsinnsatsen har dempet ”pasientenes” plager, har vi sammenliknet dem med ”kontrollpasienter” som ikke har fått noen økt behandlingsinnsats. Det er her åpenbart at dersom en (eller flere) ”pasienter” blir bedre i forhold til kontrollpasientene, er det umulig å avgjøre om det skyldtes den ene eller den andre typen av piller, eller om det skyldtes kombinasjonen av ulike piller. (For enkelthets skyld forutsetter vi her at vi har kontrollert for alle andre forhold som kan gjøre pasienten bedre eller verre). Det er imidlertid ikke bare av interesse å avgjøre hvilke piller som eventuelt førte til bedring hos ”pasientene”, men også å få kunnskap om det var vanskelig eller praktisk mulig for ”pasientene” å ta pillene, om de gjorde det på den foreskrevne måten og om de fortsatte å ta pillene over tid. Ga pillene noen

bivirkninger? Var de så kostbare at ”pasientene” erstattet dem med rimeligere medikamenter, eller halverte dosen? Og når pasientene selv kan velge hvilke piller de vil ta, hvilke grunner har de da for å velge den ene framfor andre?

Pilleeksemplet tydeliggjør hvorfor vi i all hovedsak evaluerte den *samlete* innsatsen, uten å gå inn på ulike enkelttiltak. Det illustrer også at det er en rekke andre interessante aspekter ved en slik intervensjon utover effekten(e) av prosjektet.

1.3.4 Evalueringens tilnærming og begrensninger

Vi har tidligere gjort rede for evalueringens tilnærming og begrensninger i et eget notat (Baklien m.fl. 2005). Her vil vi derfor bare gi en kortfattet oppsummering av de viktigste punktene.

Lokalbaserte tiltak er i første rekke rettet mot å ivareta kollektive interesser eller felles goder i lokalsamfunnet, som for eksempel folkehelse eller sosial trygghet. Målgruppene for prosjektene kan være deler av befolkningen (f.eks. ungdom) eller risikosituasjoner (f.eks. bilkjøring). Effektevalueringen av Regionprosjektet har i hovedsak belyst mulige konsekvenser på befolkningsnivå.

Det er en rekke begrensninger med hensyn til hva evalueringen kan gi svar på. Som vi forsøkte å illustrere med ”pilleeksempelet”, vil det sjelden la seg gjøre å isolere eventuelle effekter av enkelttiltak dersom de er blitt implementert sammen med andre tiltak med samme målsetting. Det samme gjelder videreføring av eksisterende tiltak. Tidsrammen for evalueringen innebærer også at vi ikke vil kunne si noe om langsiktige effekter. Evalueringen har heller ikke tatt sikte på å få en detaljert kartlegging av absolutt alle tiltak eller hvordan de ulike tiltakene ble implementert i de ulike pilotkommunene.

1.3.5 Valg av forskerrolle i evalueringen

Omtrent samtidig med oppstarten av Regionprosjektet i Norge, ble det satt i gang liknende forebyggingsprosjekter i Sverige og Finland. Det ble også iverksatt evalueringer av disse prosjektene. Til tross svært mange likhetspunkter mellom de tre forebyggingsprosjektene og evalueringene av dem, er det også noen klare forskjeller. En viktig forskjell har å gjøre med forskernes rolle.

I Finland tok forskergruppen aktivt del i utformingen og utviklingen av de lokale tiltakene. I tillegg deltok de som observatører (og evaluatører) underveis. I Norge hadde forskerne derimot ingen innvirkning på kommunenes valg og tilrettelegging av tiltak, men inntok en tilnærmet ren observatørrolle. Sammenliknet med de finske og norske forskerne, befant de svenske seg i en mellomposisjon. Det er her verdt å minne om at de regionale kompetansesentrene i Norge bidro med faglig oppfølging av pilotkommunene i Regionprosjektet. En slik ressurs finnes ikke verken i Finland eller Sverige. Der ble det heller ikke gitt noen annen faglig ”input” enn den som ble formidlet av de involverte forskerne.

Grunnen til at vi valgte en tilnærmet ren observatørrolle i evalueringen av Regionprosjektet, var først og fremst følgende: Vi ønsket å få kunnskap om hvordan ressursinnsatsen lokalt omsettes i tiltak, og om dette har effekt på rusmiddelbruk og skader under mest mulig overførbare forhold. Med andre ord, dersom man tenkte seg at liknende forebyggingsprosjekter ble gjentatt i andre kommuner (eller i en mye større skala), hva ville man da kunne forvente på bakgrunn av erfaringene fra vår evaluering? Et annet aspekt ved forskernes rolle handler om habilitet. Det kan by på problemer å evaluere tiltak som man selv har vært med på å utforme fordi man risikerer å betrakte dem på en mer fordelaktig måte enn man ellers ville ha gjort.

1.4 Studier av lokalbaserte tiltak på rusmiddelfeltet

Før vi beskriver Regionprosjektet og evalueringen av det nærmere, vil vi kort gjøre rede for resultater fra noen evalueringer av lokalbaserte tiltak på rusfeltet.

Her til lands finnes flere eksempler på lokalbaserte tiltak som har hatt til hensikt å forebygge rusmiddelbruk og rusrelaterte skader, men så vidt vi vet foreligger det ingen kontrollerte forsøk eller ”før-etter”-studier som kan si noe om effekten av dem (jf. NOU 2003:4). Det er imidlertid foretatt slike studier i andre land – mange av dem fra USA. Det er vanskelig å si noe generelt om effekten av disse tiltakene av flere grunner. Blant annet har de hatt forskjellige målsettinger og omfattet ulike målgrupper, de har basert seg på ulike forebyggingsstrategier, og de har vært ulikt organisert og hatt ulik varighet. Videre har tiltakene blitt gjennomført i ulike kulturer, og evalueringene har vært ulikt utformet.

1.4.1 Mangfold og variasjon

Når det gjelder *målsettingen* med og *målgruppene* for ulike lokalbaserte tiltak, så har noen tatt sikte på å forebygge alkoholbruk og alkoholrelaterte skader i *hele* befolkningen (f.eks. Holder m.fl. 1997, Holmila 1999), mens andre primært har fokusert på ungdom (f.eks. Perry m.fl. 1996, Stafström m.fl. 2006). I noen tilfeller har dessuten målsettingen vært smalere, som for eksempel å begrense mindreåriges tilgang på alkohol (f.eks. Wagenaar m.fl. 2000), eller å redusere risikofylt bilkjøring, deriblant promillekjøring (f.eks. Hingson m.fl. 1996). De evaluerte tiltakene har primært hatt fokus på alkoholbruk, men noen har også inkludert narkotikabruk (f.eks. Pentz m.fl. 1989).

De lokalbaserte tiltakene på rusfeltet har som nevnt favnet et mangfold av *forebyggingsstrategier*. De ulike strategiene kan deles inn i to hovedkategorier, avhengig av hvilken påvirkningsmodell de bygger på (jf. Allamani m.fl. 2000): Den første kategorien omfatter tiltak som baserer seg på ulike former for *opplæring* ("educational approach"). Slike tiltak søker å få folk til å endre atferd ved å påvirke deres kunnskaper, holdninger, verdier, forventninger og ferdigheter. Den andre hovedkategorien omfatter tiltak som tar sikte på å endre *omgivelsene* på en slik måte at folks atferd endrer seg ("environmental approach"). Denne type tiltak handler ofte om å redusere alkoholens tilgjengelighet. Mange lokalbaserte tiltak har basert seg på begge disse tilnærmingene.

Man kan også skille mellom forebyggingsstrategier som befinner seg på henholdsvis individ- og systemnivå. Et slikt skille er basert på om tiltakene har hovedfokus på enkeltindivider eller på lokalsamfunnet som helhet. En annen viktig inndeling har å gjøre med tiltak som omfatter hele befolkningen (eller store befolkningsgrupper), og tiltak som retter seg mot spesielt utsatte grupper. Tiltak som hører hjemme i disse to kategoriene blir gjerne omtalt som henholdsvis "universelle" og "selektive".

Organiseringen av lokalbaserte tiltak har variert, blant annet med hensyn til om de primært er blitt initiert og drevet av forskere, eller av aktører i lokalsamfunnet (jf. Elmeland 2000, Wandersman og Florin 2003). Mange av de effektevaluerte prosjektene er det forskere som har tatt initiativ til, for å prøve ut modeller for lokalbasert forebygging. Det finnes også eksempler på lokalbaserte tiltak som er blitt initiert av sentrale myndigheter, slik tilfellet var for Regionprosjektet.

1.4.2 Eksempler på lovende prosjekter

For å illustrere mangfoldet i de lokalbaserte tiltakene ytterligere, vil vi rette blikket mot to prosjekter med lovende resultater. Det ene, *The Community Trials Project* fra USA, var et femårig prosjekt med målsetting om å redusere risikofylt alkoholbruk og alkoholrelaterte skader i hele befolkningen (Holder m.fl. 1997, Holder m.fl. 2000). De tre lokalsamfunnene som inngikk i prosjektet skulle implementere fem komponenter utformet av forskerne som sto bak forsøket. Alle komponentene tok sikte på å endre de sosiale og strukturelle omgivelsene for alkoholbruk, og omfattet følgende: - mobilisere lokal støtte til prosjektet, - fremme ansvarsfull alkoholserving på utesteder, - redusere mindreåriges alkoholbruk ved å begrense deres tilgang på alkohol, - styrke lokal håndhevelse av lover knyttet til alkohol og kjøring, og - utvikle lokale restriksjoner for å redusere tilgangen på alkohol. Effektevalueringen baserte seg på selvrapporterte data om alkoholbruk og kjøring i alkoholpåvirket tilstand, samt statistikk på trafikkulykker og en kartlegging ved akuttmottak av skader som følge av vold. I tillegg til å samle inn data fra de tre lokalsamfunnene som deltok i prosjektet, ble det samlet inn data fra tre andre lokalsamfunn som fungerte som matchede kontrollområder. Analysene av dette data-materialet viste at utviklingen over tid var gunstigere i prosjektområdene enn i kontrollområdene. Konklusjonen var at en omfattende og godt samordnet innsats med fokus på å endre ytre faktorer som påvirker alkoholbruk, kan redusere risikofylt drikking og alkoholrelaterte skader.

Det andre eksemplet vi vil omtale, er *Trelleborgprosjektet* i Sverige. Det strakk seg over tre år, og hadde som mål å få ungdom til å drikke mindre (Stafström m.fl. 2006, se også omtale av Holder 2006). Tiltaket ble lokalisert i Trelleborg som på grunn av ferjeforbindelse med Tyskland, er et sted med stor tilgang på alkohol. Prosjektet ble utformet og iverksatt på lokalt plan, og omfattet følgende forebyggingsstrategier: Lokale rusmiddel-politiske handlingsplaner, skolebaserte tiltak, informasjonsskriv til foreldre og publisering i media av funn fra lokale spørreundersøkelser. I tillegg ble det etablert et samarbeid mellom politi og byadministrasjonen om å inspisere utsalgssteder for å forhindre salg av alkohol til mindreårige. Effektevalueringen bygget på fire årlige spørreundersøkelser (tverrsnitts-data) av 15-16-åringer. Analysene av dette materialet viste en tydelig nedgang både i andelen som drakk og i andelen høykonsumenter. Sammenlignet med funn fra studier i to andre svenske kommuner og med nasjonale data, var nedgangen i Trelleborg både større og mer konsistent. Etter å ha diskutert andre forklaringer på resultatene, konkluderte

forskerne med at Trelleborgprosjektet bidro til å redusere omfanget av risikofylt drikking blant ungdom i kommunen.

1.4.3 Generelt om effekter av lokalbaserte tiltak

Det er gjort noen forsøk på å oppsummere funn fra effektevalueringer av lokalbaserte tiltak på rusfeltet. En gjennomgang av åtte slike evalueringsundersøkelser avdekket at de fleste hadde begrenset effekt på alkoholbruk og relaterte skader (Gorman og Speer 1996). I følge forfatterne skyldtes det bl.a. at det oftest ble satset på intervensjoner rettet mot individuell atferdsendring framfor å endre ytre faktorer som påvirker den aktuelle atferden. Ettersom tiltakene i stor grad omfattet standardiserte program utviklet av eksperter utenfor lokalsamfunnet, var det dessuten vanskelig å mobilisere et lokalt engasjement.

I en nyere artikkel presenteres evalueringene av seks lokalbaserte tiltak med gode (eller i det minste lovende) resultater med hensyn til å redusere alkoholrelaterte problemer (Treno og Lee 2002). Artikkelen opererer med en noe smalere definisjon av lokalbaserte tiltak, nemlig ”local environmental interventions”. Samtlige tiltak hadde satset på å endre omgivelsene for alkoholbruk, framfor å ta i bruk individrettede strategier. I følge en annen artikkel som presenterer funn fra seks evalueringer (fem av de samme som i Treno og Lee 2002), viste resultatene at lokalbaserte tiltak gir moderate effekter når det gjelder å redusere problemer knyttet til alkoholbruk (Giesbrecht og Haydon 2006). I to andre oppsummeringer har man beskrevet ni lokalbaserte tiltak (Holder 2004, Treno m.fl. 2005). Disse tiltakene har hatt fokus på å endre omgivelsene og har hatt hele befolkningen som målgruppe. Videre har de forsøkt å mobilisere hele lokalsamfunnet for å oppnå ønskete endringer og brukt media aktivt for å påvirke lokale beslutningstagerne. Holder (2004) konkluderer sin gjennomgang med at veldefinerte, teoriforankrede lokalbaserte tiltak av denne typen har et potensial når det gjelder å redusere alkoholrelaterte problemer. Han har også påpekt at satsing på opplæring (”educational approach”) og på selektive tiltak i liten grad bidrar til å redusere rusmiddelbruk og relaterte problemer (Holder 2002). Samtidig understreker han at det har vært få forsøk på å endre de lokale omgivelsene og kontekstene som skaper problemer.

1.5 Den videre gangen i rapporten

I kapittel 2 gjør vi rede for datagrunnlaget som denne evalueringen bygger på. Kapittel 3 handler om hvordan Regionprosjektet var organisert, både på sentralt og lokalt nivå. I kapittel 4 beskriver vi den lange og kronglete veien fra beslutningene på det sentrale nivået og premissene som lå i Regjeringens handlingsplan, til de konkrete tiltakene på lokalt nivå. Kapittel 5 dreier seg om relasjonene mellom ulike aktører i Regionprosjektet, og om hvordan de utviklet seg over tid. I kapitlene 6, 7 og 8 legger vi fram resultatene av effektevalueringen, med særlig vekt på funn som har å gjøre med rusmiddelbruk, alkoholrelaterte problemer og mindreåriges tilgang på alkohol. Kapittel 9 tar for seg andre typer av effekter av Regionprosjektet. I kapittel 10 drøfter vi noen viktige erfaringer fra Regionprosjektet med tanke på overførbarhet til senere prosjekter. Avslutningsvis (kapittel 11) diskuterer vi de viktigste funnene og erfaringene fra evalueringen av Regionprosjektet i lys av målsettingene for prosjektet. Samtidig formidler vi noen refleksjoner med hensyn til framtidig lokalbasert forebygging i Norge og videre forskning på feltet.

2 Metode

Som beskrevet i kapittel 1 har vi både prosess- og effektevaluert Regionprosjektet. I dette kapitlet beskrives datagrunnlaget for begge strategiene.

2.1 Prosessevalueringen

De tre viktigste datakildene for prosessevalueringen har vært skriftlig dokumentasjon, deltakende observasjon og intervjuer/feltsamtaler. Se tabell 2.1 for en oversikt over datatilfanget.

2.1.1 Skriftlig dokumentasjon

I løpet av Regionprosjektet har det blitt produsert en anseelig mengde skriftlig dokumentasjon, både på sentralt og lokalt nivå. Svært mye av dette har representert viktige datakilder for prosessevalueringen. Den skriftlige dokumentasjonen har dessuten gitt et grunnlag for hvordan vi har nærmet oss andre datakilder. Den har i en viss grad styrt blikket i den deltakende observasjonen, og den har gitt fokus og retning på intervjuene.

Dessuten har dokumentasjonen gitt inntak til deler av Regionprosjektet som vi selv ikke hadde anledning til å være til stede på. Det gjelder særlig oppstartsfasen, siden prosjektet var i gang da den ansvarlige for prosessevalueringen kom inn i bildet. Også i seinere faser i prosjektet har både videoopptak fra konferanser og referater fra møter gitt viktig kunnskap om begivenheter der vi ideelt sett burde ha gjennomført deltakende observasjon.

2.1.2 Observasjon og deltakelse

Deltakende observasjon er blitt brukt i stort omfang – til å samle inn data på *alle* nivåer i prosjektet. Observasjonsarenaen har først og fremst vært møter der prosjektet har blitt diskutert, og beslutninger er tatt. I noe mindre grad har vi drevet observasjon i tilknytning til de enkelte intervensjonene i pilotkommunene. Observasjonen har i hovedsak vært fokusert på samhandling, dvs. vi har lagt vekt på både hva aktørene sier, hvordan de sier det og hvordan de svarer og reagerer på hverandres utsagn. I motsetning til i et intervju, der informantene sier noe som svar på våre spørsmål, har observasjonen gitt inntak til hvordan aktørene ordlegger seg i kommunikasjonen med hverandre.

Tabell 2.1. Datakilder for prosessevalueringen.

Nivå	Sentralt/regionalt	Lokalt/kommunalt
Skriftlig og audiovisuell dokumentasjon	<ul style="list-style-type: none"> • Regjeringens handlingsplan 2003-2005 • Invitasjon til norske kommuner om å delta i prosjektet • Videodokumentasjon fra oppstartskonferansen • Kontrakter og avtaler mellom Sosial- og helsedirektoratet og pilotkommunene • Referater og innkallinger fra arbeidsgruppas møter • Videodokumentasjon fra sluttkonferansen 	<ul style="list-style-type: none"> • Kommunenes søknader om å bli pilotkommuner • Kommunenes prosjektplaner og budsjetter • Rusmiddelpolitiske og alkoholpolitiske planer fra kommunene • Kommunenes årsrapporter, milepælsrapporter og slutt-rapporter • Kommunestyrenes (bystyrenes) behandling av Regionprosjekt-relaterte saker
Observasjon	<ul style="list-style-type: none"> • Arbeidsgruppemøter (2 dager per måned) • Møter der pilotkommunene treffer hverandre og direktoratet • Nordisk konferanse der alle pilotkommunene hadde flere deltakere • Seminarer og konferanser om enkeltintervensjoner • Regionale erfaringskonferanser 	<ul style="list-style-type: none"> • Møter i lokale/kommunale styringsgrupper, arbeidsgrupper og referansegrupper • Møter i grupper ansvarlig for lokale enkeltintervensjoner • Møter, samlinger og annet i noen lokale intervensjoner, f.eks. fokussamlinger i Ansvarlig vertskap og klasseromsobservasjon og deltakelse på foreldremøte i Kjærlighet og grenser
Intervjuer	<ul style="list-style-type: none"> • Sentral prosjektleder (gjentatte intervjuer) • Leder for avd. rusmidler i Sosial- og helsedirektoratet • Alle medlemmene av den sentrale arbeidsgruppa • Alle de faglige kontaktene ved de regionale kompetansesentrene for rusmiddel-spørsmål, lederne ved flere av sentrene og kompetansesenteransatte involvert i enkeltintervensjoner i kommunene. 	<ul style="list-style-type: none"> • Alle kommunale koordinatorene (gjentatte intervjuer) • Lederne og andre viktige medlemmer av lokale styringsgrupper (deriblant ordfører og rådmann i de fleste kommunene) • Ansvarlige for lokale intervensjoner

Vår observasjon har representert en balansegang der vi verken har vært den passive og ”usynlige” fluen på veggen, eller den fullverdige deltakeren som også er med i beslutningsprosesser. Vi har tatt med oss elementer av følgeforskning inn i observasjonen, og den har dermed fått en formativ dimensjon, noe som innebærer at vår tilstedeværelse i en viss grad har påvirket utviklingen av tiltaket (jf. Baklien 2004). Dette har skjedd på to måter.

For det første har vi ofte bidratt med oppsummeringer på slutten av en diskusjon eller et møte. Oppsummeringene har hatt en dobbelt funksjon. De har både dreid seg om å sikre at observatøren har forstått hovedpunktene i det som er diskutert, og om å gi noe tilbake til de ”ordinære” deltakerne i møtet. Slike oppsummeringer har for eksempel kunnet ta form av: *”For meg høres det ut som dere nå diskuterer to ting på en gang, tema xx og tema yy. Kanskje er det nødvendig å komme fram til en løsning på xx før man går til yy?”* Eller: *”Jeg er litt overrasket over at dere bruker så mye tid på tema xx, når det viktige temaet yy kommer som neste punkt på dagsorden. Men kanskje synes dere at xx er viktigere, og da lurer jeg på hvorfor.”*

For det andre har forskeren hatt et eget punkt på dagsorden på mange møter. For eksempel gjelder det de fleste møtene i Regionprosjektets sentrale arbeidsgruppe i den siste fasen av prosjektet, og det gjelder på de fleste regionale erfaringskonferansene som ble holdt ved avslutningen av prosjektet. Slike innlegg har vært av to slag. Noen ganger har de vært generelle presentasjoner, for eksempel av prinsippene for prosessevaluering generelt og problemstillingene i evalueringen av Regionprosjektet spesielt. Andre ganger har presentasjonene også inneholdt refleksjoner over prosessen i Regionprosjektet, for eksempel om hvordan prosjektets økonomiske ressurser ble fordelt, tid som ressurs og dimensjon i prosjektet, eller om utviklingen av spesielle intervensjoner, som for eksempel Ansvarlig vertskap.

Denne formen for aktiv, deltakende observasjon har naturlig nok trigget nye diskusjoner. Den har dessuten virket til å rette opp misforståelser, og den har ofte ført til bekreftelser på de perspektiver og synspunkter vi har kommet fram til underveis i prosessen. Tilbakemeldingene fra blant annet medlemmene i den sentrale arbeidsgruppa, er at dette har vært positivt. De sier at det har gjort arbeidet mer interessant, og at det har ført til økt bevissthet og høyere refleksjonsnivå om det man holdt på med.

Vi har som nevnt drevet deltakende observasjon både på sentralt og lokalt nivå. På *sentralt nivå* har vi vært til stede på de aller fleste månedlige arbeidsgruppemøter fra høsten 2004 og fram til prosjektslutt. Så godt som alle slike møter har gått over to dager. Fordi arbeidsgruppemøtene normalt har inneholdt en gjennomgang av status i de kommunale prosjektene, har møtene også vært et viktig inntak til informasjon om det lokale nivået. Dessuten har vi deltatt på seminar og konferanser om enkeltintervensjoner, for eksempel om Ansvarlig vertskap og Ansvarlig salg. Disse konferansene samlet deltakere fra pilotkommunene, og har derfor også vært viktige arenaer for å knytte lokale kontakter. Samtidig har de selvfølgelig gitt kunnskap om de aktuelle intervensjonene. En tredje viktig observasjonsarena har vært møter og seminarer der de kommunale prosjektkoordinatorene har møtt hverandre og Sosial- og helsedirektoratet. Der har de utvekslet og sammenliknet lokale erfaringer på en måte som har gitt verdifull informasjon til evalueringen.

Når det gjelder observasjon og deltakelse på *lokalt plan*, så har vi besøkt alle pilotkommunene mer enn en gang, og i de fleste tilfellene har det første feltbesøket i hver kommune vart i 4-5 dager. I den sammenheng har vi fått mulighet til å gjennomføre observasjon på lokale møter, dvs. møter i lokale styringsgrupper, referansegrupper og prosjektgrupper. Som et resultat av god tilrettelegging fra de kommunale koordinatorene, har slike møter blitt lagt til den perioden vi har besøkt kommunen. Vi har også sett på gjennomføringen av noen enkeltintervensjoner på lokalt nivå. For eksempel har vi gjort klasseromsobservasjon og vært til stede på foreldremøte i gjennomføringen av Kjærlighet og grenser. Vi har deltatt på flere fokussamlinger og andre lokale møter i gjennomføringen av Ansvarlig vertskap og Ansvarlig salg. Og vi har spist middag sammen med ungdommene som var innom tiltaket Omsorg gjennom magen. Sist, men ikke minst, har vi deltatt på flertallet av de lokale erfaringskonferansene som ble holdt etter at prosjektet formelt var avsluttet. Å høre hvordan lokale aktører der fortalte om positive og negative erfaringer med de intervensjonene de hadde gjennomført, gav viktig kunnskap som kunne supplere det vi allerede hadde fått vite gjennom intervjuer og skriftlig dokumentasjon.

2.1.3 Intervjuer

Prosessevalueringen bygger på relativt mange intervjuer, og flertallet av dem har gitt mye og detaljfyllt informasjon. Regionprosjektet har vært komplekst og mangfoldig, og svært mange personer har vært involvert på

en eller annen måte. Vi har ikke kunnet intervju alle, men har først og fremst vært opptatt av å få snakket med de aktørene vi visste hadde noe å fortelle. Enkelte særlig viktige informanter er intervjuet flere ganger i løpet av prosessen.

Selv om fokuset har vært felles for de fleste intervjuene, har likevel hvert intervju vært forskjellig, og tilpasset den enkelte informanten. Intervju-seriene ble lagt opp som en kumulativ prosess, der kunnskapen vi har fått i ett intervju får lov til å påvirke de spørsmålene vi stiller i det neste (jf. Kaarhus 1999). Det innebærer at tallet på intervjuer ikke får samme betydning som når man stiller de samme og identiske spørsmål til mange respondenter. I utgangspunktet brukte vi intervjuguider som i en viss grad var tilpasset hver enkelt informant, men i praksis falt det nesten alltid mer naturlig å gjennomføre intervjuene som samtaler. Slik sett var både informant og intervjuer aktive i å trekke konklusjoner og finne fram til hva som var det viktige (Shaw 1999:147, Holstein og Gubrium 1995:4).

Samspillet i intervjuene har selvfølgelig hatt betydning for den informasjon vi fikk fra våre samtalepartnere (jf. Alvesson 2002:115). Det er også viktig å understreke at den informasjonen vi har fått, er preget av informantenes ståsted, kontekst og virkelighetsoppfatning. Vi har slik sett ikke vært ute etter å finne den objektive ”sannheten” om hva som skjer for eksempel i en kommune, men mer hvordan de som jobber med et lokalt prosjekt ser på og oppfatter det som skjer. Det de oppfatter som virkelig, ”er” virkelig.

Det har blitt gjennomført intervjuer med informanter fra flere arenaer. Noen få intervjuer er gjennomført på *sentralt nivå*, med prosjektleder i Sosial- og helsedirektoratet (gjentatte ganger), og med leder for avdeling rusmidler. På mellomnivået, dvs. de regionale kompetansesentrene for rusmiddelspørsmål, er alle medlemmene av arbeidsgruppa intervjuet minst en gang. Vi har også gjennomført enkeltintervjuer med lederne for noen av kompetansesentrene, og med kompetansesenteransatte som ikke var faglig hovedkontakt, men som var involvert i enkeltintervensjoner i ”sin” pilotkommune. Siden dette er aktører som vi også har hatt mye uformell kontakt med, bygger vi også på informasjon som har tilflytt oss under møtelunsjer og i andre uformelle sammenhenger. Det er med andre ord ikke bare de formelt avtalte intervjuene som er en kilde til data.

De fleste intervjuene har imidlertid vært på det *kommunale nivået*. Først og fremst har de kommunale prosjektkoordinatorene vært viktige informanter. Dessuten har vi intervjuet de i kommunenes politiske og

administrative ledelse som har vært involvert i prosjektet. For de fleste kommunene betyr dette ordfører og rådmann. Vi har også snakket med andre medlemmer av lokale styringsgrupper og arbeidsgrupper, samt med en lang rekke personer som har vært ansvarlige for enkeltintervensjoner i sin kommune. Som eksempel kan vi vise til det første feltbesøket i Narvik. Det gikk over fire ganske tettpakkede dager. I løpet av disse dagene snakket vi med ca 20 personer som var involvert i prosjektet. Vi hadde lange, intensive og individuelle forhåndsavtalte intervjuer i til sammen bortimot 20 timer med de syv mest sentrale aktørene, naturlig nok først og fremst med den lokale prosjektkoordinatoren. I tillegg deltok vi på møter i lokal styringsgruppe og arbeidsgruppe, og i flere av delprosjektgruppene der lokale enkeltintervensjoner ble diskutert. Vi var også med på et oppstartsmøte (en fokussamling) for Ansvarlig vertskap i Narvik.

På alle nivåer og alle arenaer, har vi møtt positive og velvillige informanter som gjerne delte sine erfaringer med oss. I flere tilfeller, særlig for de informantene vi har hatt mest kontakt med, fikk vi tilbakemeldinger om at samtalen var konstruktiv og givende også for dem, og fikk dem til å tenke på en annen måte på det arbeidet de gjorde og på det prosjektet de var involvert i. Ikke minst har de kommunale koordinatorene gitt uttrykk for dette. Dels kan nok dette ha hatt sammenheng med at en slik koordinatorrolle ofte oppleves som ganske ensom. Flere av koordinatorene uttrykte at det var positivt at det kom en forsker fra Oslo som ville bruke mye tid på å høre om hva de holdt på med, og om deres erfaringer. Også informanter på rådmann- og ordførernivå sa at de opplevde evalueringsforskerens interesse som positiv. *"Endelig noen som bryr seg om de erfaringene vi gjør på gras-rot"*, var det en som sa.

Et mål med intervjuene har som nevnt vært å få fram den virkelighetsforståelsen som preger de ulike aktørene og nivåene i prosjektet (jf. Mabry 2002:145: *"Whose reality of the program should be represented – the evaluators?"*). I analysen har vi derfor vektlagt aktørenes erfaringer slik de selv fortolker dem og reflekterer over dem. Vi er ute etter deres erfaringsbaserte kunnskap. Aktørenes erfaringer blir dels videreformidlet direkte i denne rapporten, og representerer den ene av de tre "stemmene" som formidler noe her. De er invitert til å være personlige og subjektive, og deres stemme er "subjektiv" når de blir sitert direkte. Den andre stemmen er forfatterens "intersubjektive" oppsummering og fortolkning av det andre – informanter, dokumentforfattere, andre forskere osv. – sier. Den tredje stemmen er kanskje mindre synlig i rapporten. Det er forfatterens "subjektive" stemme som kan komme til syne med egne vurderinger, og

som ellers ligger bak utvelgelsen av utsagnene fra ”de andre” (jf. Czarniawska-Joerges 1992:23).

2.2 Effektevalueringen

Som vist i tabell 2.2, samlet vi inn flere datasett i tilknytning til effekt-evalueringen av Regionprosjektet. Spørreundersøkelser blant skoleungdom har vært hovedgrunnlaget for å studere endringer i rusmiddelbruk og rusmiddelrelaterte skader over tid. I starten av evalueringprosjektet innhentet vi også registerdata om indikatorer på rusmiddelrelaterte skader i hele befolkningen. Som vi vil gjøre nærmere rede for senere, var imidlertid ikke disse dataene egnet til formålet. Mindreåriges tilgang på alkohol har vært et annet sentralt tema for evalueringen. Eventuelle endringer i tilgangen er først og fremst belyst ved hjelp av data fra spørreundersøkelsene blant skoleungdom. I tillegg har vi gjennomført en studie der 18-åringene forsøkte å kjøpe øl i butikker uten å vise legitimasjon. Vi har dessuten innhentet opplysninger om den forebyggende aktiviteten i alle pilot- og kontrollkommunene. Skolene svarte på et spørreskjema om den forebyggende aktiviteten ved sin skole tre år på rad. Vi gjorde også et forsøk på å samle inn slike data for kommunen som helhet. Som vi kommer tilbake til, valgte vi på grunn av lav oppslutning fra kommunenes side, ikke å fullføre denne delen av datainnsamlingen.

2.2.1 Spørreskjemaundersøkelser av skoleelever

De skolebaserte spørreundersøkelsene av ungdom var altså vårt eneste datagrunnlag for å studere endringer i rusmiddelbruk og rusmiddelrelaterte skader over tid. Disse undersøkelsene var til gjengjeld svært omfattende, og inkluderte også selvrapporterte opplysninger om kjøp av alkohol fra salgs- og skjenkesteder, så vel som opplysninger om andre relevante temaer. Dessuten var de særskilt relevante ettersom den rusforebyggende innsatsen i Regionprosjektets pilotkommuner hovedsakelig var rettet mot barn og unge.

Designet til skoleundersøkelsene. Det ble gjennomført tre store spørreundersøkelser av skoleungdom. Den første fant sted høsten 2004, dvs. før iverksetting av de forebyggings tiltakene som inngikk i Regionprosjektet. De påfølgende undersøkelsene gikk av stabelen høsten 2005 og høsten 2006.

Tabell 2.2. Oversikt over hvilke data som ble samlet inn i forbindelse med effektevalueringen. Datagrunnlaget for denne rapporten er markert med grått.

Datakilder	Når	Hva ble kartlagt?	Hvem ble kartlagt?
Spørreundersøkelse blant elever på ungdomsskoler og videregående skoler	Høst 2004 Høst 2005 Høst 2006	Rusmiddelbruk Alkoholrelaterte problemer Tilgang på alkohol (Kunnskap og holdninger) (Foreldres grensesetting og kommunikasjon)	Ungdom
Kjøpsforsøk – Ungdom som forsøker å kjøpe alkohol på utsalgssteder uten å vise legitimasjon	Vår 2005 Vår 2007	Tilgang på alkohol	Ungdom
Registerdata fra politiet og akuttmottak ved somatiske sykehus	2002-2004*	Rusrelaterte skader	Ungdom og voksne
Spørreundersøkelse blant ansatte på ungdomsskoler og videregående skoler	Høst 2004 Høst 2005 Høst 2006	Forebyggende aktivitet	Skoler
Spørreundersøkelse til personer/etater med ansvar for rusmiddel-forebygging i pilot- og kontrollkommunene	Høst 2004*	Forebyggende aktivitet	Kommuner

* Pga. store problemer med å innhente slike data, ble de kun samlet inn i begrenset omfang og t.o.m. 2004 (se Baklien og Rossow 2006). Disse dataene inngår dermed ikke som en del av grunnlaget for effektevalueringen.

Samtlige ordinære¹ ungdomsskoler og videregående skoler i Regionprosjektets ni pilotkommuner, og i sju andre kommuner, ble bedt om å delta i skoleundersøkelsene. Resultatene fra de kommunene som inngikk i prosjektet (dvs. *pilotkommuner*) kunne dermed sammenliknes med resultatene fra kommuner som *ikke* gjorde det (dvs. *kontrollkommuner*). Vi

¹ Dvs. både offentlige og private skoler, men ikke spesialskoler. Riktignok ble en spesialskole ved en glipp innlemmet i studien, men opplysningene fra elevene ved denne skolen ble fjernet fra den datafilen som vi benyttet i de analysene som presenteres i den foreliggende rapporten.

rekrutterte kontrollkommuner med utgangspunkt i listen over kommuner som hadde søkt Sosial- og helsedirektoratet om midler fra Regionprosjektet, men fått avslag. For å få best mulig sammenlikningsgrunnlag, valgte vi kommuner som lignet på pilotkommunene med hensyn til blant annet geografisk beliggenhet, befolkningstetthet, avstand til nærmeste storby, innbyggerantall og antall salgs- og skjenkesteder. Bortsett fra Askøy, var samtlige kontrollkommuner å finne på nevnte søkerliste. Tabell 2.3 viser hvilke kontrollkommuner som ble valgt ut, og hvilke pilotkommuner disse var ment å ”matche”.

Tabell 2.3. Pilotkommuner og kontrollkommuner.

Pilotkommuner	Kontrollkommuner
Haugesund	Ålesund
Larvik	Tønsberg
Os	Stjørdal
Narvik	Kristiansund
Nesodden	Askøy
Herøy, Sande, Ulstein, Hareid	Andøy, Sortland

Gjennomføring. Skoleundersøkelsene ble gjennomført på samme måte alle tre årene. På samtlige skoler som inngikk i studien, var det oppnevnt en kontaktperson som organiserte datainnsamlingen ved ”sin” skole. Spørreskjemaer ble delt ut i klasserommet, og besvart i løpet av en skoletime under oppsyn av en lærer. På forhånd var skriftlig informasjon om undersøkelsen formidlet til elever og foresatte. Videre var samtykkeerklæringer fra foreldre til elever på ungdomstrinnet blitt innhentet (i 2004 måtte også mindreårige elever på videregående skole ha samtykke fra foreldre for å delta). Detaljerte beskrivelser av prosedyrer og framgangsmåter for gjennomføring av undersøkelsen, og av hvordan vi sikret elevenes personvern, finnes i egne metoderapporter (Pape m.fl. 2005 og 2007).

Utvalg, frafall og deltakelse. I 2004 deltok 91 av totalt 94 skoler i undersøkelsen. I 2006 var antallet deltakerskoler redusert til 82. Flere skoler trakk seg på grunn av stort arbeidspress, men også andre forhold spilte inn. Blant annet opplevde vi at en skole i en av pilotkommunene meldte

pass fordi elevene der allerede hadde deltatt i en annen spørreundersøkelse om rusmiddelbruk som fant sted i regi av lokale aktører. En skolesammen-
slåing (tre skoler ble slått sammen til en) bidro også til å redusere antallet
deltakerskoler.

I denne rapporten har vi kun analysert data fra den første (T1: 2004) og
den siste (T2: 2006) undersøkelsen. Det var lite hensiktsmessig å bruke
dataene fra 2005 ettersom mange av forebyggingstiltakene i pilotkom-
munene først ble iverksatt i løpet av 2005 (jf. kap. 1). Den samlede svar-
prosenten var 83% i 2004 og 86% i 2006. I 2004 var svarprosenten litt
lavere i pilotkommunene (81%) enn i kontrollkommunene (84%), mens
det var motsatt i 2006 (pilotkommuner: 87%, kontrollkommuner: 84%). I
2004 var svarprosenten høyere på ungdomstrinnet (86%) enn på videre-
gående skole (80%), men i 2006 var oppslutningen omtrent like høy blant
elever på de to skolenivåene. Etter alt å dømme skyldtes noe av frafallet
blant elever på videregående skole i 2004 at de måtte ha samtykke fra
foreldre/foresatte for å delta. I 2006, derimot, hadde vi fått tillatelse fra
Personvernombudet til at elever på videregående skole selv kunne
bestemme om de ville delta. Ytterligere opplysninger om utvalget, frafall
og deltakelse er å finne i metoderapportene fra evalueringsprosjektet (Pape
m.fl. 2005 og 2007).

Data som inngikk i analysene. I analysene har vi kun inkludert skoler
som deltok i *både* 2004- og 2006-undersøkelsen. I utgangspunktet gjaldt
det 82 skoler. Imidlertid valgte vi å utelate en spesialscole fra
datamaterialet, og ble dermed stående igjen med 81 skoler. Fordelingen av
ungdomsskoler og videregående skoler i tiltaks- og kontrollkommunene
var som vist i tabell 2.4.

Alt i alt inkluderte datamaterialet opplysninger fra nærmere 39.000 skole-
ungdommer. Ved et par skoler hadde enkelte klassetrinn bare deltatt på en
av de to undersøkelsene, og for å sikre best mulig grunnlag for å sammen-
likne resultatene fra 2004 og 2006, ble disse elevgruppene utelatt fra
analysene. Ettersom Regionprosjektet dreide seg om rusforebyggende
innsats på kommunalt nivå, utelot vi også elever på videregående skole
(VGS) som ikke bodde i den kommunen som de gikk på skole i. Dette
gjaldt en relativt stor andel (36%) av elevene på videregående skoler.
Elever med manglende eller ufullstendige opplysninger om skole- og/eller
kommunetilhørighet, ble også utelatt. Videre ble snaut 50 respondenter
med åpenbart useriøse svar fjernet fra materialet. Etter at disse ”opp-
renskningene” var foretatt, inkluderte datafilen svar fra totalt 31.856

elever. Hvor mange som gikk på ungdomsskolen og på videregående skole i tiltaks- og kontrollkommunene på de to undersøkelsestidspunktene, er vist i tabell 2.5.

Tabell 2.4. Antall ungdomsskoler (US) og videregående skoler (VGS) i tiltaks- og kontrollkommunene som inngikk i effektevalueringen.

	Pilotkommuner			Kontrollkommuner			
	US	VGS	Sum	US	VGS	Sum	
Nesodden	4	1	5	Askøy	3	-	3
Larvik	8	1	9	Tønsberg	7	2	9
Haugesund	5	5	9*	Ålesund	7	3	10
Narvik	3	3	6	Kristiansund	2	2	4
Os	3	3	6	Stjørdal	3	1	4
Herøy, Sande, Ulstein, Hareid	8	2	10	Andøy, Sortland	4	2	6
Sum	29	18	45	Sum	26	10	36

* Siden det var en skole i Haugesund som favnet *både* ungdomstrinnet og videregående opplæring, avviker det totale antallet skoler fra summen av ungdomsskoler og videregående skoler.

Tabell 2.5. Antall elever på ungdomsskolen (US) og på videregående skole (VGS) som deltok i undersøkelsen i pilot- og kontrollkommunene i henholdsvis 2004 og 2006.

	2004			2006		
	Pilot-kommuner	Kontroll-kommuner	Sum	Pilot-kommuner	Kontroll-kommuner	Sum
US	3715	3928	7643	3974	4285	8259
VGS	3694	4077	7771	4612	3571	8183
Sum	7409	8005	15414	8586	7856	16442

Utfallsmål. Alkoholbruk, alkoholrelaterte problemer og mindreåriges kjøp av drikkevarer er de mest sentrale utfallsmålene i skoleundersøkelsen. Narkotikabruk er bare viet begrenset oppmerksomhet. Det henger

sammen med at alkohol er det desidert mest brukte rusmiddelet her til lands, og dermed også det rusmiddelet som forvolder flest skader og rusrelaterte problemer (Skretting 2000). Forekomsten av narkotikabruk er dessuten såpass lav blant norske tenåringer (jf. Hibell m.fl. 2004, Pape og Storvoll 2007) at statistiske analyser av de unges oppgitte bruk av slike rusmidler kan gi misvisende resultater (Pape og Storvoll 2006).

I tråd med målsetningene for flere av tiltakene i Regionprosjektet, har vi også foretatt analyser av ungdommenes kunnskap om- og holdninger til rusmiddelbruk, og av foreldrenes grensesetting og kommunikasjon om rusmidler. I den forbindelse er det grunn til å understreke at det som først og fremst teller i rusforebyggende sammenheng, er at innsatsen faktisk fører til redusert rusmiddelbruk og færre rusmiddelrelaterte skader. Avstanden mellom økt kunnskap eller holdningsendringer i ”gunstig” retning og endret atferd er stor på dette feltet. Tidligere effektevalueringer har eksempelvis avdekket at mediekampanjer og skolebaserte tiltak kan bidra til kunnskapsøkning og endrede holdninger, men at slike framstøt sjelden gir nevneverdige effekter på bruk og skader (Babor m.fl. 2003, NOU 4:2003).

2.2.2 Kjøpsforsøk i butikker som selger alkohol

I effektevalueringen av Regionprosjektet har vi først og fremst undersøkt om det var holdepunkter for at den *samlede* rusforebyggende innsatsen ga uttelling. Å kartlegge mulige effekter av enkelttiltak lot seg av mange grunner ikke gjøre (jf. kap. 1.3.3). Men det fantes ett unntak, og det dreide seg om Ansvarlig salg. I motsetning til de fleste andre tiltakene i Regionprosjektet, hadde Ansvarlig salg et avgrenset mål (å hindre at mindreårige får kjøpt alkohol på salgs- og skjenkesteder) som ikke overlappet med målsetningene til noen av de andre intervensjonene som ble iverksatt.

Vi har effektevaluert Ansvarlig salg ved å gjennomføre såkalte kjøpsforsøk i to kommuner – en pilotkommune (Nesodden) og en nabokommune (Oppegård) som fungerte som sammenligningsgrunnlag. Datainnsamlingen foregikk på den måten at 18-åringer oppsøkte butikker og prøvde å kjøpe øl uten å vise legitimasjon. Om kjøpsforsøkene lyktes, eller om de unge ble avvist, ble nøye loggført. Alle butikker (n=20) med salgsbevilling for øl og ”rusbrus” i de to kommunene inngikk i studien. To runder med kjøpsforsøk ble gjennomført. Den første runden fant sted i 2005, det vil si *før* iverksetting av tiltaket i Nesodden kommune, mens den andre gikk av stabelen i 2007 (etter forsøk på implementering). Det er lange tradisjoner for å foreta slike kjøpsforsøk i forskningsøyemed (se f.eks. Forster m.fl.

1994, Freisthler m.fl. 2003, Schofield m.fl. 1994). Denne type data er også samlet inn i tilknytning til evalueringen av det finske lokalbaserte tiltaket som ble gjennomført omtrent samtidig som Regionprosjektet (Rossow m.fl., i ms).

De ungdommene som foretok kjøpsforsøkene i 2005 ble ikke valgt ut etter noen bestemte kriterier. I 2007, derimot, valgte vi bevisst ut 18-åringer som så yngre ut enn de var. I 2005 var det åtte ungdommer som bisto oss (fire gutter og fire jenter) og i 2007 var det ti (fem gutter og fem jenter). Alle foretok kjøpsforsøk i samtlige butikker. I de aller fleste tilfellene gjorde de ett kjøpsforsøk i hver butikk. Alt i alt ble det foretatt 162 kjøpsforsøk i 2005 og 170 i 2007.

Ungdommene ble instruert om hvordan de skulle oppføre seg under kjøpsforsøket. De fikk bl.a. beskjed om at de ikke skulle handle noe annet enn øl, og at dersom de ble spurt om legitimasjon, skulle de si at det hadde de ikke med seg. I 2005 ble det i halvparten av gangene forsøkt å kjøpe to halvflasker pils og i den andre halvparten av gangene forsøkt å kjøpe seks halvflasker pils. Ettersom antallet flasker ikke viste seg å ha noen betydning for utfallet av kjøpsforsøkene, ble det i 2007 kun forsøkt å kjøpe to halvflasker pils av gangen. Kjøpsforsøkene ble foretatt på fredags ettermiddager og lørdager, altså på de tidspunktene hvor en kan forvente at det er vanligst at ungdom kjøper øl. Forskerne var til stede og observerte under forsøkene. Etter hvert kjøpsforsøk fylte ungdommene ut et skjema hvor de oppga hvilken butikk forsøket var foretatt i, om de ble bedt om å vise legitimasjon, om de fikk kjøpt øl, hvilken ukedag forsøket ble gjort, når på døgnet det var og en rekke andre forhold som kunne ha betydning for utfallet av kjøpsforsøket.

2.2.3 Spørreskjemaundersøkelse blant ansatte ved skoler

I forbindelse med gjennomføringen av alle tre spørreundersøkelsene av skoleungdom, kartla vi den rusforebyggende aktiviteten ved de skolene som deltok i undersøkelsen. Den som organiserte datainnsamlingen blant elevene ved den enkelte skolen, fikk tilsendt et spørreskjema som omhandlet den forebyggende innsatsen ved skolen siste skoleår (på t1 spurte vi om skoleåret 2003/2004, osv.). De ble blant annet presentert for en liste over aldersadekvate tiltak fra direktoratets meny, og de antatt mest brukte tiltakene i skoleverket, og bedt om å krysse av hvilke av disse tiltakene de hadde brukt. For en nærmere beskrivelse av det spørreskjemaet som ble benyttet i denne undersøkelsen se Pape m.fl. (2005 og 2007).

2.2.4 Andre data

Registerdata fra politiet og akuttmottak ved somatiske sykehus. I 2004/2005 gjorde vi et forsøk på å samle inn registerdata på indikatorer på rusmiddelrelaterte skader i voksenalderen fra akuttmottak ved somatiske sykehus og fra politiet i flere av pilotkommunene. Vi samlet nærmere bestemt inn tidsserier med antall skader (f.eks. voldstiltfeller og akutt alkoholforgiftning) per måned over flere år f.o.m. 2002.

Såkalte styrketestberegninger viste imidlertid at det registrerte skadeomfanget i de enkelte kommunene var for lite til at selv en relativt betydelig effekt av Regionprosjektet kunne påvises. Selv en reduksjon i omfanget av registrerte skader på så mye som 30%, var for liten til å være statistisk signifikant i de største kommunene (Haugesund og Larvik). Det kunne heller ikke la seg gjøre å samle inn registerdata for alle pilotkommunene – slik at de kunne studeres som en samlet enhet. I flertallet av tilfellene dekket det aktuelle sykehuset eller politikammeret flere kommuner, noe som gjorde det vanskelig å hente ut informasjon kun for pilotkommunene. Vi gjorde derfor ikke flere forsøk på å samle inn registerdata på indikatorer på rusmiddelrelaterte skader.

Spørreskjemaundersøkelse om forebyggende tiltak i kommunene. Vi hadde også lagt opp til å kartlegge den forebyggende innsatsen i pilot- og kontrollkommunene gjennom prosjektperioden. Til dette formålet utarbeidet vi et spørreskjema som vi høsten 2004 sendte til etater/personer med ansvar for rusmiddelforebyggende arbeid i de ni kommunene som deltok i Regionprosjektet samt de 7 kontrollkommunene som inngikk i evalueringen. Skjemaet omfattet spørsmål om den forebyggende innsatsen i kommunen det siste året, blant annet om antall salgs- og skjenkesteder, åpningstider, kontroller med salg og skjenking, sanksjoner ved brudd på salgs- og skjenkebestemmelser, bruk av individrettede (f.eks. Unge & rus) og selektive tiltak (f.eks. MST), samordning av lokale tiltak/etaters virksomhet for å forebygge rusmiddelproblemer og ressursbruk (i kroner) på rusmiddelforebyggende tiltak. Etter flere purreunder fikk vi (til dels ufullstendige) svar fra 9 av de 16 kommunene (Baklien og Rossow 2006). Også blant pilotkommunene manglet det svar fra omtrent halvparten. På denne bakgrunn gjorde vi ikke tilsvarende forsøk på å kartlegge det rusmiddelforebyggende arbeidet de påfølgende årene.

3 Organisering

Dette kapitlet vil beskrive organiseringen av Regionprosjektet, både på sentralt og lokalt nivå. Vi vil legge særlig vekt på de aspektene ved organiseringen som kan tenkes å ha fått betydning for hvordan prosjektet utviklet seg.

3.1 Sentral organisasjon

Som nevnt foran fikk Sosial- og helsedirektoratet i oppdrag fra det daværende Sosialdepartementet å styre Regionprosjektet sentralt. Oppdraget ble gitt gjennom oppdragsbrevet som hvert år spesifiserer og konkretiserer direktoratets oppgaver. Direktoratets vurdering var at rammevilkårene var politisk bestemt og ikke knyttet til en analyse av ressursbehov, realistiske tidsrammer, politisk og faglig forankringsbehov i kommunene, tidsforbruk for utvikling av programmer, eller evaluering². Mandatet som ble gitt i tildelingsbrevet, hadde følgende tre punkter:

- *”Sosial- og helsedirektoratet skal iverksette prøveprosjekter i en eller to regioner for å utvikle mer målrettede og samordnende forebyggende innsatser på kommunalt nivå*
- *Det er behov for dynamisk kunnskapsbasert samarbeid mellom ulike aktører på lokalt plan*
- *Det er satt av 24 millioner fordelt på 3 år.”*

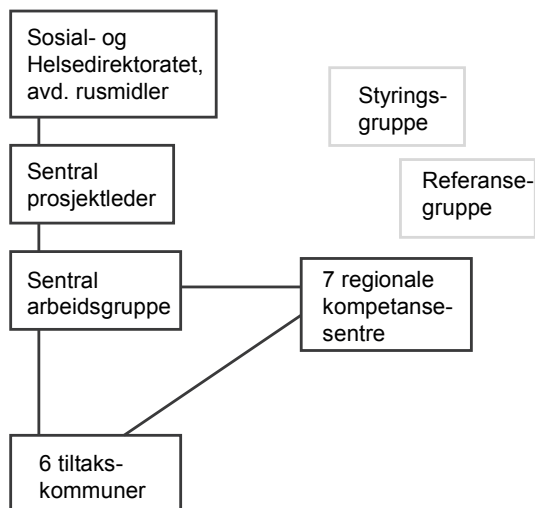
I en tidlig fase av forarbeidet, ble det bestemt at flere kommuner og regioner skulle inkluderes i prosjektet. Begrunnelsen var at det da ble lettere å ivareta ulike geografiske, demografiske og andre forskjeller som kunne ha betydning for evaluering og resultater.

Den sentrale organiseringen fulgte en hierarkisk modell (jf. figur 3.1). Det viktigste elementet var arbeidsgruppa. Den ble ledet av direktoratets prosjektleder, som igjen rapporterte til avdelingsdirektør i direktoratets avdeling rusmidler. Arbeidsgruppa møttes en gang i måneden, oftest til et to-dagers møte, gjennom hele prosjektperioden. Den besto av en representant fra hver av landet syv regionale kompetansesentre for rus-

² Kilde: Utkast til sluttrapport fra Sosial- og helsedirektoratet.

middelspørsmål. Som vi kommer tilbake til, var de samme representantene også faglige rådgivere for hver sine pilotkommuner.

Figur 3.1. Organisasjonskart – sentralt nivå.



Arbeidsgruppa ble opprettet i september 2003, men besto i den første fasen bare av representanter for tre av kompetansesentrene. Disse var med på å sette sammen tiltaksmenyen, og de var med på å velge ut hvilke kommuner som skulle være med. Etter oppstartkonferansen i mars 2004, ble arbeidsgruppa utvidet til å omfatte alle kompetansesentrene.

Gjennom prosjektets gang har det også vært snakk om en styringsgruppe, men det har vært uklart hvem som har vært medlemmer av denne. Ved enkelte anledninger, særlig når det har vært konflikter og uenighet i arbeidsgruppa, har avdelingsdirektøren i avdeling rusmidler blitt omtalt som ”styringsgruppa”.

I tillegg til styringsgruppa ble det også oppnevnt en referansegruppe (i noen dokumenter omtalt som en ressursgruppe). Den besto av representanter fra Politidirektoratet, Læringssentret, Norges Idrettsforbund/Norges Olympiske komite, elevorganisasjoner, Foreldreutvalget for grunnskolen, AKAN, Alkokutt, Actis, Landsrådet for norske barne- og ungdomsorganisasjoner, Kommunenes sentralforbund og Barneombudet. Denne gruppa hadde i praksis liten befatning med prosjektet. Den har ikke

hatt noen møter etter at prosessevalueringen kom inn i prosjektet i august 2004.

Kanskje kan bortfallet av styringsgruppa og referansegruppa tas som et uttrykk for at Regionprosjektets organisasjonsmodell forvitret noe ganske raskt etter oppstart. I hvert fall er det grunn til å tro at prosjektet kunne ha utviklet seg annerledes dersom disse gruppene hadde vært aktive og til stede gjennom hele prosjektperioden.

For å oppsummere, er det flere aspekter ved organisasjonsmodellen som bød på problemer i praksis. Den første er at det tidvis var noe uklart hvor beslutningsmyndigheten lå. Selv om arbeidsgruppa var det sentrale elementet i organisasjonsmodellen, hadde de ikke endelig mandat til å fatte beslutninger. Medlemmene fra kompetansesentrene opplevde at den kompetansen og lange erfaringen de hadde fra feltet, i noen tilfeller ble overprøvd av direktoratet. Særlig gjaldt det når prosjektets sentrale prosjektleder tok med seg konklusjonene fra lange og intense diskusjoner i arbeidsgruppa til sin sjef, som så kanskje fattet beslutninger som ikke samsvarte med det gruppa hadde drøftet seg fram til. Dette kommer vi tilbake til i kapittel 5.

Ett annet viktig aspekt var at de seks tiltaksområdene som var grunnenhetene i det lokalbaserte prosjektet, ikke var direkte representert i den sentrale arbeidsgruppa. I andre store satsninger som har vært initiert sentralt og som har blitt iverksatt lokalt, har det vært en selvfølgelig måte å organisere prosjektet på (se f.eks. Baklien m.fl. 2004). Det at kommunene ikke var med i noen deler av den sentrale organisasjonsstrukturen, forlenget veien fra det som skjedde på sentralt nivå og ned til kommunene. Det betydde også at ingen av dem som kjente de kommunale rammebetingelsene direkte på kroppen, var tilstede når man på sentralt nivå drøftet tiltak som hadde konsekvenser for gjennomføringen ute i kommunene. Som vi kommer tilbake til seinere i rapporten hadde denne omveien konsekvenser for utviklingen av prosjektet.

3.2 Mellomnivået og de regionale kompetansesentrene

De regionale kompetansesentrene spilte altså en viktig rolle i Regionprosjektet, og de hadde en sentral plass i organisasjonsmodellen. Dette er i tråd med de retningslinjene som var gitt i Handlingsplanen der prosjektet ble presentert:

”Prosjektet styres sentralt av Sosial- og helsedirektoratet i tett samarbeid med de aktuelle regionale kompetansesentrene for rusmiddelspørsmål.”

De regionale kompetansesentrene har tre hovedoppgaver:

- Stimulering til utvikling av forebyggende tiltak i kommunene
- Kompetanseutvikling i kommunene og i spesialisthelsetjenesten
- Nasjonale spisskompetanseområder

Som vist i tabell 3.1, har vi syv kompetansesentre, som dekker hver sin region. Nordnorsk kompetansesenter i Narvik har ansvaret for Nord-Norge. Midt-Norsk kompetansesenter dekker Midt-Norge. Region Vest er delt mellom Stiftelsen Bergensklinikkene og Rogaland A-senter. Borgestadklinikken i Skien har ansvaret for kommunene i Sør-Norge, Østnorsk kompetansesenter for region øst og Rusmiddeletatens kompetansesenter i Oslo for hovedstaden.

Kompetansesentrenes deltakelse i Regionprosjektet generelt og i den sentrale arbeidsgruppa spesielt, har vært forankret i direktoratets årlige oppdragsbrev som spesifiserer sentrenes arbeidsoppgaver. Fra direktoratets side ble det lagt vekt på at aktivitetene knyttet til Regionprosjektet var innenfor rammene av de oppgavene som de regionale kompetansesentrene allerede hadde. Bortsett fra noe tilskudd til reiser og lignende, ble kompetansesentrene i motsetning til pilotkommunene ikke tilført noen ekstra ressurser i forbindelse med prosjektet.

De kompetansesenterrepresentantene som deltok i den sentrale arbeidsgruppa, hadde også ansvar for hver sine pilotkommuner. De var altså bindeleddet mellom sin kommune og det sentrale nivået. Tabell 3.1 viser hvordan pilotkommunene ble fordelt på kompetansesentrene.

Selv om det i følge våre informanter ikke var noe bevisst strategi å velge en pilotkommune i hver kompetansesenterregion, endte man med seks kommuner som fordelte seg naturlig på kompetansesentrene. Fordi det var et ønske å involvere alle kompetansesentrene, ble pilotkommunen Nesodden knyttet til både Rusmiddeletatens kompetansesenter, og Østnorsk kompetansesenter. Begge fagkontaktene var medlemmer av den sentrale arbeidsgruppa, og begge fulgte opp det lokale prosjektet.

Tabell 3.1. Pilotkommunene fordelt på de regionale kompetansesentrene for rusmiddelspørsmål.

Pilotkommune	Kompetansesenter
Larvik	Borgestadklinikken
Haugesund	Rogaland A-senter
Ytre Søre Sunnmøre	Midt-Norsk kompetansesenter
Narvik	Nord-Norsk kompetansesenter
Nesodden	Østnorsk kompetansesenter og Rusmideletatens kompetansesenter
Os	Bergensklinikkene

De regionale kompetansesentrene var altså gitt en nøkkelrolle i organiseringen av Regionprosjektet. Kompetansesentrene fikk den plassen som uten dem naturlig ville tilfalt pilotkommunene i den sentrale arbeidsgruppa. I tillegg til å gi kommunene faglig støtte, ble de bindeleddet mellom det sentrale og det lokale nivået. Deres posisjon og rolle bidro også til at direktoratet og deres prosjektleder ble minimalt involvert i den lokale iverksettingen.

3.3 Kommunen som gjennomfører og arena

Regionprosjektets midler kom inn i en kommuneøkonomi som er relativt fattig. I hvert fall var fattigdomsbeskrivelsene svært vanlige i svarene til de rådmenn og ordførere vi intervjuet. Da er det naturlig at det blir viktig å jakte på sentrale pengekilder. Regionprosjektet var en slik kilde. Antropologene snakker om at det menneskelige utviklingstrinnet før jordbruks-samfunnet, er jeger- og sankekulturen. Vi kan godt si at i en del flinke, norske kommuneadministrasjoner finnes det en slik jeger- og sankekultur. Flere de intervjuede ordførerne, sa seg for øvrig enig i en slik beskrivelse. De la også vekt på at mange sentralt initierte prosjekter forutsetter en viss kommunal egeninnsats. Regionprosjekt kom ikke med noe slikt krav, og det oppfattet de som positivt.

Noen kompetansesentre klaget over at enkelte kommuner lar forebyggende arbeid være helt avhengig av eksterne midler. Vi har også blitt fortalt at noen kommuner har egne stillinger som har som hovedoppgave å lete etter sentralt utlyste prosjektpenger. Enkelte kommunale aktører,

særlig de på ordfører- og rådmannsnivå, har også ytret at denne formen for styrte og merkede tilskudd kan sees på som en uthuling av det kommunale selvstyret. Dette er imidlertid et tema som faller utenfor evalueringen av Regionprosjektet.

3.3.1 Ulike kommunale rammer

Den kommunale rammen for gjennomføringen av Regionprosjektet har vært forskjellig langs flere dimensjoner. For det første er hele det politiske spekteret representert blant ordførerne, fra FrP i Os til SV på Nesodden. For det andre er pilotkommunene ulikt organisert. Kanskje mest spesiell er Larvik, som har en rendyrket to-nivå-modell der kommunestyret har delegert all den myndighet som loven tillater til rådmannen. Aktørene i Larvik har vært opptatt av at de har en organisering som har forenklet prosjektgjennomføringen. De andre pilotkommunene har organisert forvaltningen på en slik måte at det politiske nivåer blir mer direkte involvert i arbeidet, både med det lokale regionprosjektet og med andre saker. For det tredje er kommunene ganske ulike når det gjelder folketall, selv om de aller minste og de aller største kommunene mangler i prosjektet. De lokale rammebetingelsene er også ulike ved at Regionprosjektet omfatter både enkeltkommuner, og småkommuner som samarbeider.

Det er også en viss variasjon i den lokale organiseringen av prosjektet, igjen langs flere dimensjoner. Noen kommuner bygget på prosjekter som allerede var i gang, noe som kanskje gav dem et forsprang. Som vi skal komme tilbake til, gjaldt det blant annet Larvik. På Ytre Søre Sunnmøre kunne de fire pilotkommunene bygge videre på det arbeidet som var gjort i det interkommunale ungdomsteamet. På Nesodden og i Haugesund kunne man bruke et veletablert SLT-arbeid³ som grunnmur for sitt lokale regionprosjekt. Os og Narvik startet i noe større grad med ”blanke ark” når de skulle organisere og strukturere sitt lokale prosjekt.

3.3.2 Prosjektorganisering eller plassering i den ordinære strukturen

Det er to hovedformer for organisering av den typen lokale satsninger som Regionprosjektet representerer i kommunene. Den ene er det vi kan kalle en prosjektorganisering, mens den andre innebærer å gi prosjektet en

³ SLT står for Samordnende lokale rus- og kriminalitetsforebyggende tiltak.

plass i den ordinære kommunale forvaltningsstrukturen. Begge måtene å gjøre det på har sine fordeler og ulemper, og begge organisasjonsformene er representert blant pilotkommunene. Så vidt vi kjenner til, har verken kompetansesentrene eller direktoratet forsøkt å påvirke hvilken organisasjonsform den enkelte kommunen skulle velge. Det vanligste ser imidlertid ut til å være en tradisjonell prosjektorganisering, noe som innebærer at prosjektet er organisert på utsiden av den ordinære forvaltningsstrukturen. En slik organisering er gjerne betegnet som en midlertidig modifikasjon av den eksisterende organisasjonen, rettet inn på en tidsbegrenset engangsoppgave (jf. Ryen 1993, Baklien 1996).

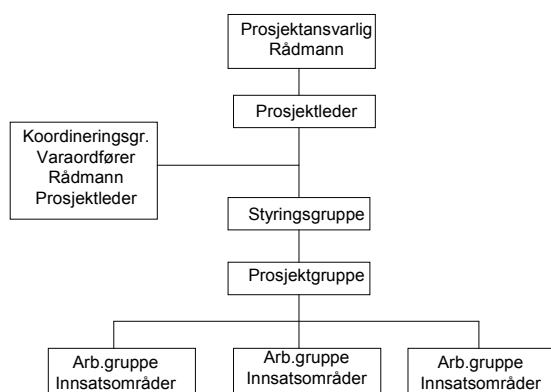
For flere av kommunene ser det ut til at det lå føringer i den kommunale strukturen som var med på å bestemme hvordan prosjektet ble plassert. Det kunne dreie seg om at man koblet seg på allerede eksisterende prosjekter, eller at den som skulle koordinere pilotprosjektet allerede hadde en bestemt plassering i forvaltningshierarkiet. For *Larvik* var det to viktige føringer. Den ene var kommunens eget prosjekt, *Sentrumsprosjektet*, som hadde felles styringsgruppe med Regionprosjektet. Kommunen har i flere sammenhenger understreket at de opplever seg som "*en småby med storbyproblemer*". Den andre var som vi har nevnt foran, kommunens spesielle organisasjonsstruktur der rådmannen er ansvarlig leder for hele den kommunale organisasjonen. Prosjektet var altså ikke bare plassert direkte under rådmannen, men under en rådmann som har større handlingsrom enn i de fleste andre kommuner. Likevel sammenfaller organisasjonsplanen for prosjektet i Larvik med den vi finner i de fleste andre pilotkommunene. Den har en prosjektleder og en styringsgruppe, og på grunnnivået finner vi arbeidsgrupper eller prosjektgrupper for innsatsområder og delprosjekter (jf. figur 3.2).⁴

Også i *Haugesund* kommune var den lokale prosjektlederen plassert rett under rådmannen. Der var ikke dette en beslutning som var tatt spesielt for Regionprosjektet, men som hadde sammenheng med at dette var den plasseringen de allerede hadde av kommunens SLT-koordinator. En sentral aktør beskriver situasjonen i Haugesund slik:

"Prosjektgruppa ruller og går av seg selv. Dette er kombinert med en sterk politisk vilje, og preget av en klar og tydelig tverrpolitisk enighet. Det er veldig kort vei til beslutningstakerne, og dette har blitt en del av Haugesund kommunes politikk."

⁴ Kilde: Sluttrapport fra Larvik kommune.

Figur 3.2. Eksempel på lokal prosjektorganisering: Larvik.



På *Ytre Søre Sunnmøre* lå den viktigste føringen i at prosjektet skulle dekke fire kommuner. Det var derfor ikke naturlig å legge det inn i forvaltningsstrukturen i én kommune. Der forholdt prosjektlederen seg til en styringsgruppe som hadde lensmannen i Ulstein og Hareid som leder, og som for øvrig besto av rådmennene i de fire kommunene. Ved avslutningen av prosjektet oppsummerer de at en tradisjonell prosjektorganisering har fungert bra for dem. De mener også at det for dem har vært gunstig å skille politikk og administrasjon, og å unngå politikere i styringsgruppa.

Narvik kommune begynte med en prosjektorganisering. I den siste fasen, da alle delprosjektene var i god gjenge, gikk prosjektlederen ned til halv stilling, og brukte den andre halvparten av tiden som barnevernsleder. I følge henne selv var det en løsning som både prosjektet og barnevernet tjente på, fordi hun kunne ta med seg nettverket som var etablert gjennom prosjektet inn i jobben som barnevernsleder, en jobb som var plassert i det ordinære, kommunale forvaltningshierarkiet. Dermed fikk hun også barnevernet mer involvert i det lokale Regionprosjektet.

Den kommunen som tydeligst har plassert pilotprosjekt inn i den ordinære kommunale strukturen, er *Os*. Der bar opplegget preg av ”et løsning finner sitt problem” (jf. ”garbage can”-teorier om beslutningsprosesser. Cohen m.fl. 1972). Kommunen hadde en relativt nyansatt rusmiddelkonsulent, som ikke hadde rukket å få timeplanen og skrivebordet fylt av arbeidsoppgaver. De hadde med andre ord en person som satt klar da Regionprosjektet kom. Kanskje var dette en grunn til at *Os* kom raskere i gang enn andre kommuner, det kan nesten virke som prosjektet der var etablert

før direktoratet hadde sendt ut invitasjon om å delta i Regionprosjektet. De fikk godkjent prosjektplanen i den sentrale arbeidsgruppa flere måneder før de andre kommunene. Kanskje betydde det også noe at den kommunale forvaltningen nylig var omorganisert. Det lå få føringer i den nye organisasjonen. Men ressursmangel begrenset handlingsrommet. Så kom Regionprosjektet, som bidro med både økonomiske og faglige ressurser, og dermed også skapte nytt handlingsrom. Deres beskrivelse av situasjonen var at *”dette gir oss en unik sjanse”*. Også i Os har prosjektlederen hatt direkte tilgang til rådmannen, men han har også forholdt seg til enhetsleder og kommunaldirektør. Hans enhetsleder beskriver for øvrig posisjonen slik: *”Prosjektkoordinatoren skal være mer kommunal enn de fleste av oss. Han skal samordne.”*

Plasseringen i en ordinær forvaltningsstruktur gir en annen type autoritet enn prosjektorganiseringen. Det blir lettere å spille på andre som en har rundt seg i strukturen, mens prosjektorganiseringen utenfor den byråkratiske linjeorganisasjonen gir noen friheter som man har hatt mindre av for eksempel i Os. En slik plassering på *”innsiden”* kan imidlertid gi begrensninger i handlingsrommet. Kanskje må prosjektet konkurrere med andre oppgaver, om arbeidskraft, penger og oppmerksomhet. Fordelen er imidlertid at en slik innsideplassering kan gi tettere kontakt med andre posisjoner og personer som det kan være nyttig å forholde seg til. Det er også lettere å gi andre et eierforhold til prosjektet, det blir lettere til *”vårt prosjekt”*. Dette kan også virke positivt inn på mulighetene for videreføring.

En prosjektorganisering på utsiden av den ordinære strukturen kan øke handlingsrommet fordi prosjektleder i mindre grad må forholde seg til byråkratiske barrierer. Prosjektleder får en mer entydig og eksklusiv lojalitet til prosjektet. Men tilgangen til viktige andre kan bli vanskeligere, og det blir lett *”mitt prosjekt”* heller enn *”vårt prosjekt”*. Manglende eierskap hos andre, kan også hemme forankring og videreføring.

Prosjektorganiseringen gir også en entydig og eksklusiv lojalitet til prosjektet og ikke til noe annet, mens den hierarkiske plasseringen gjør det litt vanskeligere. Men når det gjelder forankring og videreføring, er trolig den hierarkiske plasseringen en styrke. En prosjektorganisering blir lettere en utenpå-aktivitet. Når den lokale prosjektledelsen er plassert inn i den ordinære forvaltningsstrukturen, så kommer også prosjektet inn i hverdagslivet på en annen og bedre måte. For forholdet mellom prosjektliv og hverdagsliv kan være vanskelig.

3.4 Oppsummering

I sin presentasjon av prosjektet la Regjeringens handlingsplan stor vekt på lokalt eierskap og lokal styring av Regionprosjektet. Den sentrale styringen var imidlertid så vidt sterk at eierskapet i oppstartsfasen nok var forankret mer sentralt enn lokalt. Men som vi utdyper i neste kapittel gjorde pilotkommunene prosjektet til sitt. Det gjaldt både gjennom kommunenes valg av intervensjoner som skulle implementeres, og gjennom måten de organiserte sine prosjekter på. Slik sett kan dette være en illustrasjon av Offerdals påpekning av at det i blant kan være mer i tråd med de nasjonale politiske ambisjonene at statlig politikk *ikke* blir iverksatt helt som tiltenkt (Offerdal 2005).

3.5 Hovedpunkter

- På sentralt nivå var Regionprosjektet hierarkisk organisert, men etter en modell som forvitret noe ved at en planlagt styringsgruppe og referansegruppe falt bort. Dette førte til at det tidvis var uklart hvor beslutningsmyndigheten lå. Arbeidsgruppa besto av den sentrale prosjektlederen i Sosial- og helsedirektoratet og en representant fra hvert av de 7 regionale kompetansesentrene for rusmiddelspørsmål.
- De regionale kompetansesentrene hadde en nøkkelrolle i organiseringen. De fikk den plassen som uten dem naturlig ville tilfalt pilotkommunene i den sentrale arbeidsgruppa. I tillegg til å gi kommunene faglig støtte, ble de bindeleddet mellom det sentrale og det lokale nivået.
- De lokale, kommunale rammebetingelsene for gjennomføringen har vært forskjellig. Noen kommuner har bygget på etablerte prosjekter eller samarbeidsrelasjoner, mens andre har begynt mer forfra. De fleste kommunene valgte en prosjektorganisering på utsiden av ordinære forvaltningsstrukturen.
- Alle pilotkommunene har imidlertid valgt en organisasjonsform med styringsgruppe og prosjektleder, og med egne arbeidsgrupper eller prosjektgrupper for innsatsområder og delprosjekter. Slik har de involvert mange etater, profesjoner og personer i gjennomføringen av de lokale prosjektene.

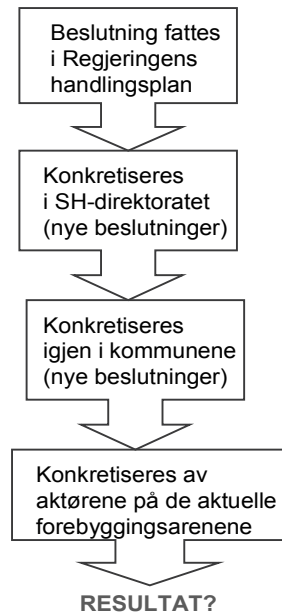
4 Fra handlingsplan til handling

De viktigste elementene i Regionprosjektet som intervensjon var økonomiske tilskudd, sentral styring i regi av Sosial- og helsedirektoratet og faglig oppfølging fra de regionale kompetansesentrene for rusmiddelspørsmål. I dette kapitlet vil vi beskrive denne innsatsen nærmere og hvordan den ble brukt. Først beskriver vi utviklingen i prosjektet fra omtalen i Regjeringens handlingsplan til iverksetting på lokalt plan.

4.1 Konkretisering gjennom flere ledd

Med bakgrunn i Regjeringens handlingsplan mot rusmiddelproblemer (2003-2005), ble Regionprosjektet nærmere konkretisert i Sosial- og helsedirektoratet, og kommunene ble invitert til å søke om deltakelse. Prosjektet ble videre konkretisert og operasjonalisert i prosessen der kommunene bestemte hva de skulle gjøre og hvilke tiltak de syntes passet i egen kommune. Nok en konkretisering ble foretatt av aktørene på de ulike forebyggingsarenaene. Dermed blir det en ganske lang vei fra Handlingsplanen, og til de konkrete tiltakene i kommunene (jf. figur 4.1).

Figur 4.1. Veien fra beslutning til tiltak.



Figur 4.1 beskriver hvordan beslutningene som var tatt på sentralt nivå – via direktoratets konkretiseringer – ble oversatt til handling på lokalt nivå. Slike ”oversettelser” betyr nesten alltid at noe mening går tapt og noe legges til (jf. Kronenfeld og Vike 2002, Sulkunen m.fl. 2003).

Regionprosjektets oversettelsesprosess gikk som vist gjennom flere ledd. Allerede i det første leddet, altså fra Handlingsplanen til direktoratets konkretisering, skjedde det viktige oversettelser. Handlingsplanen la vekt på at prosjektet skulle være lokalbasert forebygging, der man skulle konsentrere seg om tiltak som kommunene selv følte behov for og entusiasme overfor. Intensjonen var bl.a. uttrykt slik (Handlingsplanen side 17):

”Forebyggende arbeid er mest effektivt når det er tilpasset lokale forhold og beslutninger tas så nært de berørte parter som mulig. Dette medfører at kommunene må få et større ansvar enn tidligere når det gjelder utvikling og samordning av innsatser på lokalt nivå.”

I Handlingsplanen heter det videre at tiltakene skal vurderes ut fra måloppnåelse:

”Rusmiddelpolitikken skal målrettes, og tiltakene vurderes ut fra måloppnåelse. Ressursbruken skal i større grad gjøres avhengig av kunnskap om måloppnåelse.”

Intensjonene i Handlingsplanen var altså at Regionprosjektet både skulle ha lokal tilpasning og lokalt eierskap og samtidig være målrettet og basert på kunnskap om måloppnåelse. Dette avfødte to spørsmål: - om det var mulig å forene disse intensjonene i ett og samme prosjekt, og - hvordan intensjonene ville bli vektlagt når prosjektet skulle konkretiseres og omsettes i handling.

Da Sosial- og helsedirektoratet gikk i gang med å konkretisere Handlingsplanens intensjoner, skjedde det en forskyvning av fokus fra ”det lokalbaserte” og ”lokalt eierskap”, til ”måloppnåelse” og ”evidens- eller kunnskapsbaserte tiltak”. I direktoratet ble det uttrykt ambisjoner om at lokalnivået skulle iverksette tiltak som man visste virket og var effektive. Betoningen av at Regionprosjektet skulle omfatte ”godt fundamenterte tiltak” var tydelig allerede i utlysningsteksten hvor norske kommuner ble invitert til å søke om å delta i Regionprosjektet.

At direktoratet stilte krav til bruk av evidensbaserte tiltak, ble senere uttrykt gjentatte ganger overfor pilotkommunene. For eksempel ble det sagt slik under Regionprosjektets oppstartskonferanse: ”Når det gjelder valg

av tiltak, stiller vi krav til evidensgrunnlag. Vi må vite noe om effekten før vi ønsker tiltakene.” Direktoratets krav om evidensgrunnlag ble fulgt opp med en ”meny” av (presumptivt) evidensbaserte tiltak som kommunene kunne velge fra (se pkt. 4.2). Som vi kommer tilbake til, ble denne menyen stående i en viss motsetning til Handlingsplanens intensjon om lokalt eierskap og lokal utvikling og samordning av tiltak. Et annet forhold som var sentralt i direktoratets konkretisering var utvelgelsen av de kommunene som skulle være med.

Alle norske kommuner ble invitert til å søke om å delta i Regionprosjektet. Utlysningsteksten inneholdt følgende tilbud under den forlokkende overskriften ”*Vi tilbyr*”:

- *Økonomiske og faglige ressurser slik at prosjektet ikke blir en belastning*
- *Medvirkning i hele prosessen, undersøkelser, oppfølging, veiledning og evaluering*
- *Mulighet til å delta i utvikling av godt fundamenterte tiltak og modeller for virksomt forebyggende arbeid på lokalt nivå*

Da direktoratet valgte deltakerkommuner fra den store bunken av søknader, ble de antatt beste valgt. Det vil si de kommunene som visste hva de ville og hvorfor, og de som allerede var engasjert og som hadde involvert både ordførere og rådmann. Disse utvalgs-kriteriene representerer en sterk og avgjørende konkretisering av prosjektet. Med andre kriterier og andre pilotkommuner, ville det ha blitt et annet Regionprosjekt.

4.2 Tiltaksmenyen

Tiltaksmenyen kan betraktes som direktoratets tydeligste konkretisering av de nokså generelle målene i Handlingsplanen, og som ett av de viktigste styringsmidlene i prosjektet. Beslutningene om hva som skulle med og hva som skulle utelates, var styrende for hva prosjektet ble i praksis.

4.2.1 Innholdet i tiltaksmenyen

Menyen ble utarbeidet av Sosial- og helsedirektoratet i samarbeid med representanter fra noen av de regionale kompetansesentrene for rusmiddelspørsmål (Bergensklinikkene, Rogaland A-senter og NNK-rus i Narvik). I følge våre informanter, ble vurderingene av hvilke tiltak som skulle inkluderes i menyen basert på to ferske forskningsoppsummeringer (Babor m.fl. 2003 og NOU 2003:4). Det er likevel klart at innspillene fra

kompetansesentrene var viktige for utformingen av menyen. Flere av kompetansesentrene fikk inn sine ”hjerterbarn”; eksempelvis Unge & rus som er videreutviklet av kompetansesenteret i Nord-Norge og Kjentmann som er utviklet av Bergensklinikkene.

Tiltakene på menyen ble delt inn i fire hovedgrupper: Skoleprogrammer, tidlig intervensjonsprogrammer, familieintervensjoner og tiltak for utelivsbransjen⁵. Se tabellene 4.1-4.4 for en oversikt over hvilke tiltak som inngikk i disse gruppene, og en kort beskrivelse av tiltakenes målgrupper og målsettinger. Presentasjonen er basert på beskrivelser av menyen slik den ligger på Regionprosjektets hjemmeside.⁶ Den siste kolonnene i tabellene, som viser om det er grunnlag for å anta at tiltakene har effekt på rusmiddelbruk og -skader, er utformet på bakgrunn av nyere litteraturgjennomganger og egne søk i aktuelle databaser. Hjemmesidene ga ikke tilstrekkelig informasjon om dette. Det framgikk heller ikke hva det kostet å gjennomføre tiltakene. (Tiltakene beskrives nærmere i appendiks 1.)

Tabell 4.1. Skoleprogrammer anbefalt av Sosial- og helsedirektoratet. Forenklet beskrivelse av tiltakenes målgrupper og målsettinger, og eventuelle effekter på rusmiddelbruk (og rusmiddelrelaterte skader).

Tiltak	Målgruppe	Målsetting	Effekt på rusmiddelbruk
Olweus’ program mot mobbing	Elever i barne- og ungdomsskolen	Begrense mobbing	Ukjent
Unge & rus	Elever i ungdomsskolen og deres foreldre	Utsette alkoholdebut, redusere ungdoms eksperimentering med alkohol og styrke foreldrenes kompetanse på området	Utilstrekkelig dokumentert ^a
PALS – et skoleomfattende tiltaksprogram	Elever i barne- skolen	Forebygge og redusere alvorlige atferdsproblemer	Ukjent

^a En gjennomgang av ulike forebyggingsprogrammer i skolen, konkluderte med at Unge & rus var det eneste tiltaket med dokumenterte effekter på alkoholbruk (Nordahl m.fl. 2006). En forløper til tiltaket ble effektevaluert tidlig på 1990-tallet (Wilhelmsen og Laberg 1996, Wilhelmsen m.fl. 1994), men resultatene er uklare og gir ikke grunnlag for å si noe om programmets virkninger (Pape m.fl. 2007).

⁵ Dette var direktoratets samlebetegnelse på Ansvarlig vertskap og Ansvarlig salg.

⁶ <http://forebygging.no/cwobjekter/region.htm>. Siden ble sist oppdatert 16.10.2005.

Tabell 4.2. Tidlig intervensjonsprogrammer anbefalt av Sosial- og helsedirektoratet. Forenklet beskrivelse av tiltakenes målgrupper og målsettinger, og eventuelle effekter på rusmiddelbruk (og rusmiddelrelaterte skader).

Tiltak	Målgruppe	Målsetting	Effekt på rusmiddelbruk
Kartlegging og screening i primærhelsetjenesten ^a	Voksne med høyt alkoholkonsum	Redusere alkoholkonsumet	Redusert alkoholkonsum
Modell for tverrfaglig samarbeid	Ansatte i helse- og sosialsektoren	Forebygge rusmisbruk hos gravide, spe- og småbarnsforeldre	Ukjent
Rusprat	Foreldre til ungdom	Gjøre foreldre bedre i stand til å prate med barna om alkohol	Ukjent
Kjentmann	Ungdomsskoler og videregående skoler	Gjøre skolene bedre rustet til å møte elever med rusproblemer	Ukjent

^a I tiltaksmenyen ble dette tiltaket kalt Sjukvårdsprosjektet – STAD.

Tabell 4.3. Familieintervensjoner anbefalt av Sosial- og helsedirektoratet. Forenklet beskrivelse av tiltakenes målgrupper og målsettinger, og eventuelle effekter på rusmiddelbruk (og rusmiddelrelaterte skader).

Tiltak	Målgruppe	Målsetting	Effekt på rusmiddelbruk
Iowa Strengthening Families Program ^a	Foreldre og yngre ungdom	Forebygge rusmiddelbruk og styrke familiekompetanse og -bånd	Kan gi redusert rusmiddelbruk
Parent management training – PMTO	Foreldre til barn med alvorlige atferdsproblemer	Forebygge videreutvikling av atferdsproblemer	Ukjent
Multisystemisk terapi – MST	Ungdom med alvorlige atferdsproblemer og deres familier	Redusere antisosial atferd inkludert rusmiddelbruk	Redusert rusmiddelbruk

^a Den norske oversettelsen av programmet ble hetende Kjærlighet og grenser. Den svenske versjonen het STEG-FÖR-STEM.

Tabell 4.4. Tiltak for utelivsbransjen anbefalt av Sosial- og helsedirektoratet. Forenklet beskrivelse av tiltakenes målgrupper og målsettinger, og eventuelle effekter på rusmiddelbruk (og rusmiddelrelaterte skader)

Tiltak	Målgruppe	Målsetting	Effekt på rusmiddelbruk
Ansvarlig vertskap	Ansatte i serveringsbransjen	Redusere servering til overstadig berusede og mindreårige	Kan gi redusert vold og overskjenking ^a
Ansvarlig salg	Ansatte i salgsnæringen	Redusere salg og langing til mindreårige	Ukjent

^a Selv om man har oppnådd redusert vold og overskjenking i andre land, har man ikke gjort det i Norge.

Selv om kartlegginger og screeninger i primærhelsetjenesten sto på den menyen som lå på Regionprosjektets hjemmeside hele prosjektperioden, var ikke dette et reelt valg for kommunene. Det ble fort klart at dette tiltaket på grunn av Lægeforeningens takster, ble for dyrt å gjennomføre. Direktoratet hadde plassert Rusprat og Kjentmann i gruppen Tidlig intervensjonsprogram. Disse kunne også vært plassert under henholdsvis kategoriene Familieintervensjoner og Skoletiltak. Flere av tiltakene beskrives nærmere senere i kapitlet.

Tabellene viser at barn og unge var den dominerende målgruppen for tiltakene. Vi ser videre at skolen peker seg ut som en sentral arena for de foreslåtte tiltakene, men at også helsetjenesten og familier/foresatte var viktige målgrupper. Flere av tiltakene var ikke spesifikt rettet mot forebygging av rusmiddelproblemer, men hadde en bredere målsetting (f.eks. å forebygge atferdsproblemer). Med to unntak, er samtlige tiltak på menyen varianter av tiltak som søker å redusere *etterspørselen* etter rusmidler, og unntakene; Ansvarlig vertskap og nyutviklede Ansvarlige salg, kan bare under visse forutsetninger sies å være tiltak som begrenser rusmidlenes (dvs. alkoholens) *tilgjengelighet*.

Til tross for at menyen skulle være en konkretisering av evidensbaserte tiltak, hadde de færreste tiltakene dokumentert effekt på *rusmiddelbruk og -skader*. Selv om begge forskningsoppsummeringene som ble lagt til grunn, slår fast at skolebaserte programmer ikke gir nevneverdig effekt på rusmiddelbruk, ble likevel flere slike programmer anbefalt av Sosial- og helsedirektoratet. Det er også flere av tiltakene som ikke har vært evaluert mht.

effekt på rusmiddelbruk, eller som ikke har vært evaluert i det hele tatt. Et annet viktig poeng er at tiltak som faktisk har veldokumenterte effekter på rusmiddelbruk og -skader, ikke inngikk i menyen. Dette gjelder først og fremst tiltak for å begrense tilgjengeligheten av alkohol (f.eks. begrensning av antall salgs- og skjenkesteder, og salgs- og skjenketider) (jf. NOU 2003:4, Babor m.fl. 2003). Så lenge menyen kan betraktes som en oversikt over mulige tiltak, og det ikke var krav om at alle tiltakene skulle gjennomføres, ville det være mulig å sette opp slike tiltak.

Et interessant spørsmål blir da hvorfor man i direktoratet kunngjorde at Regionprosjektet skulle være forskningsbasert, og deretter satte sammen en meny som det er vanskelig å begrunne ut fra de sentrale kunnskapsoppsummeringene på feltet. Her kan det være nyttig å trekke inn Sulkunen m.fl. (2003:161) som viser hvordan tradisjonelle effektevalueringer ikke kan forklare hvorfor praktikere og beslutningstakere ofte er svært så tilfreds med forebyggingsprogrammer uten påvist effekt. I slike sammenhenger må vi i stedet lete etter hvilken mening og motivasjon de sentrale aktørene har i forhold til programmene de ønsker å gjennomføre:

“The outcome evaluation paradigm does not explain why practitioners and even funding agencies can be very happy with a project without any proven effects and very unhappy when the evidence of positive results is conclusive. The meanings that participants associate with the programme and the way they construct the problem they intend to solve, are important. Programmes express societal trends, they involve many vested interests and they always have unintended effects. We need interpretation and analysis of the theories behind a programme to understand how and why the programme actually works, before it is even possible to ascertain its effects of efficiency.”

Menyen vi har presentert her, er den som ligger på direktoratets og Regionprosjektets hjemmesider (sist oppdatert 16.10.2005). Likevel har prosessevalueringens informanter – både i arbeidsgruppa og på kommunenivå – hatt ulike oppfatninger av hva som faktisk inngikk i menyen og hva som ikke gjorde det.

4.2.2 Motiver for deltakelse i prosjektet og forhandlinger om tiltak

Det er velkjent at det kan være vanskelig for kommuner å iverksette en politikk som er utformet i den sentrale forvaltningen. Ikke minst fordi kommunene har egne preferanser. Dette gjaldt også i Regionprosjektet. En av de klassiske amerikanske implementeringsanalysene har en lang undertittel som blant annet inneholder følgende eksempler på dette: *“How great expectations in Washington are dashed in Oakland”* og *“Why it’s amazing that*

federal programs work at all (Pressman og Wildavsky 1973). Pressman og Wildavsky viser hvordan ambisiøse satsninger som er vedtatt sentralt, av forskjellige grunner blir forsinket og til dels aldri skikkelig implementert lokalt. Ofte er det både mange og store forskjeller mellom det sentrale nivået som fatter beslutninger og det lokale nivået som skal sette beslutningene ut i livet. Og ofte ser det ut til at det er vanskelig for det sentrale nivået å ta høyde for lokale barrierer.

Menyen som styringsinstrument var da også i stor grad gjenstand for forhandlinger mellom pilotkommunene og direktoratet, og de tiltakene som ble gjennomført i kommunene var bare delvis hentet fra menyen. I praksis utviklet prosjektet seg til å bli litt både og, blant annet fordi flere av kommunene ikke godtok at direktoratet skulle bestemme hva de skulle gjøre.

Pilotkommunene hadde ulike motiver for å delta i Regionprosjektet, og disse var i stor grad bestemmende for hvilke tiltak som ble iverksatt. Vi kan også spørre om motivene for å gå inn i prosjektet, kan være annerledes enn hva de på det sentrale nivået ser for seg. Noen kommuner har egne ansatte som bruker det meste av tiden til å jakte på tilgjengelige prosjektmidler. Det å skaffe friske penger som kommer godt med i en slunken kommunekasse, kan være ett lokalt motiv. Eller som en av de kommunale koordinatorene uttrykte det:

”Vi må jo kunne spørre oss hvorfor kommunen har blitt med på dette. Er det fordi de håpet på flere ressurser, flere pc'er etc. Fattige kommuner spør fort ”what's in it for me?”. De er ute etter nytteverdi.”

I minst fire av de seks pilotområdene var det i utgangspunktet klare oppfatninger om hvordan de ønsket å bruke de midlene de eventuelt kunne få gjennom Regionprosjektet.

For de fire kommunene på Ytre Søre Sunnmøre var det viktig at det lokale prosjektet hadde sitt utspring i det interkommunale ungdomsteamet. Deres arbeid er preget av at dette er et øysamfunn der ungdommen farer på tvers av kommunegrensene, alt etter hvilke tilbud de er ute etter. De fleste øyene er knyttet sammen med bruer. Det var ungdomsteamet som i 2003 forfattet søknaden om deltakelse i prosjektet. Deres ambisjon var å få til en felles, interkommunal, rusmiddelpolitisk handlingsplan, men for å nå dette målet trengte de et bedre økonomisk handlingsrom. Dessuten

trengte de å utvide og sementere det samarbeidet som allerede var i gang gjennom ungdomsteamet.

I Os kommune var de fra begynnelsen av helt sikre på at de ville ha med MOT i sin prosjektportefølje. *”Vi stiller kabinettsspørsmål hvis de nekter oss å ha med MOT”,* sa de der.

I Larvik ble det lokale Regionprosjektet preget av at de allerede hadde et prosjekt knyttet til levekårene for barn og unge i Larvik sentrum – kalt Sentrumsprosjektet. Den eksisterende styringsgruppa for Sentrumsprosjektet fikk også ansvaret for Regionprosjektet. Utgangspunktet var altså et prosjekt som riktignok var rettet mot barn og unge, men som ikke var spesifikt avgrenset til rusforebygging. Samtidig var Larvik kommune i gang med ART (Agression Replacement Training – trening i sosiale ferdigheter), og de hadde et sterkt ønske om å utvide dette engasjementet. ART var også nevnt i Larviks søknad om å få bli med i Regionprosjektet.

Nesodden søkte om å bli regionprosjektkommune fordi de ønsket seg det de kalte et Flyvende korps, men ikke så hvordan de skulle få finansiert det. De beskriver tiltaket slik i prosjektplanen sin:

”Det flyvende korps er et tidligintervensjonsprosjekt. Det retter seg mot risikoutsatt ungdom. Det finnes ingen evidens-baserte program på dette området, vi søker derfor å utvikle en metode som skal brukes både til å styrke samarbeidet og handlekraften til den lokale tiltaksjeden, samt til å arbeide med utsatte enkeltungdommer med det for øye at de skal kunne fungere på vanlige ungdomsarenaer.”

Nesodden kommune annonserte sitt engasjement for tiltaket allerede i søknaden om å få bli prosjektkommune, og de tok det også opp i det første intervjuet de hadde med representanter for direktoratet, altså før de var blitt valgt ut. Kommunens ordfører beskriver denne fasen slik:

”Vi opplevde det som en ganske åpen utlysning, og var i utgangspunktet helt sikre på at vi skulle få med det flyvende korpset. At det kom en meny av tiltak, var den første overraskelsen, at vi skulle møte motstand på det Flyvende korpset, var den andre. Vi var helt uforberedt på at de skulle bli stilt spørsmål ved Flyvende korps.”

For regionprosjektkommunen Haugesund hadde motivasjonen mange likhetstrekk med den på Nesodden. Første prioritet hadde prosjektet Utsatte grupper, som hadde mye felles med Det flyvende korpset på Nesodden. Målsettingen var *”å nå ungdom som viser tegn på en negativ utvikling tidligst mulig”* (prosjektplanen, s. 3). En annen viktig motivasjon for

Haugesund var videreføringen av et allerede igangsatt skoleprosjekt. I 2002 hadde kommunen begynt med tiltak som skulle lette overgangen mellom barneskolen og ungdomsskolen. De ulike elementene i tiltaket, leirskolen som alle 7. klassingene sendes på før sommerferien, og foreldresamtalen lærerne har i elevenes hjem, er evaluert av forebyggingsteamet ved Rogaland A-senter i perioden 2002 - 2004 (Kjerstad og Sandgren 2002, Rogaland A-senter 2003, Kjerstad og Jølstadengen 2003, Kjerstad og Jølstadengen 2004). Brukernes opplevelse sto i fokus for disse evalueringene. Regionprosjektet gav Haugesund kommune muligheten til å utvide skoleprosjektet, til å gjelde flere skoler og flere tiltak, og til å sette inn tiltak i overgangen mellom ungdomsskole og videregående skole.

For både Haugesund og Nesodden har altså størstedelen av prosjektmidlene gått til delprosjekter som ikke sto på Regionprosjektets meny, og som konsentrerte seg om høyrisikogrupper (hhv. Utsatte grupper og Det flyvende korpset). Et annet fellestrekk mellom disse to kommunene, som må sees i sammenheng med prosjektvalget, er at begge har hatt en prosjektledelse med basis i kommunens SLT-arbeid. I Haugesund ble prosjektet lagt under SLT-koordinatoren, og under styringsgruppen for det kommunale SLT-arbeidet. Nesodden kommune hadde en prosjektleder på halv tid. Hun hadde lang erfaring som SLT-koordinator i kommunen, og fortsatte med SLT-arbeid i den andre halvdel av stillingen.

Det kan også være andre, ikke-økonomiske motiver som spiller inn, og som mer eller mindre tydelig påvirker kommunenes beslutninger, noe som også ble avdekket i evalueringen av Aksjon russkader på slutten av 1980-tallet (Baklien 1989). Mye tyder på at én av de fem pilotkommunene i Aksjon russkader først og fremst gikk med i aksjonen fordi de håpet at dette kunne styrke kommunikasjonskanalen mellom kommunen og det daværende Rusmiddeldirektoratet. Da det viste seg at det sentrale initiativet ikke gikk an å bruke slik man ønsket, visnet både interessen og innsatsviljen, og aksjonen i denne kommunen kom aldri ut av planleggingsstadiet. I Regionprosjektet har vi ikke hatt noen kommuner som det har gått så galt med. Men også her er det viktig å vurdere de enkelte kommuners motiv for å bli med⁷.

⁷ Dette eksemplet kan også illustrere hva som finnes av sentrale sanksjonsmidler. Øremerkede midler som er gitt til et prosjekt, kan kreves tilbakebetalt. Men når prosjekt-tiden er over, har direktoratet ingen sanksjonsmidler. De ønsker at kommunene skal forankre og videreføre, man kan ikke pålegge dem det.

Balansegangen mellom ”sentralt styrt” og ”lokalbasert”, og mellom ”evidensbasert” og ”lokalt tilpasset” har artet seg ulikt i de forskjellige kommunene. Noen steder har dette framstått som en nærmest uløselig motsetning. Andre steder, som for eksempel på Ytre Søre Sunnmøre, virker det som dette ikke har vært noe problem. Dels skyldes nok forskjellene at noen kommuner allerede var godt i gang med forebyggingsprogrammer som ikke kom med på menyen. En annen forklaring er at i noen kommuner har de faglige støttespillerne fra kompetansesenteret sett menyen som et problem og gjort den til det i sin kommune. På andre kompetansesentre har man vektlagt menyen og evidensen men uten å lage for mye støy rundt det. (Dette kommer vi for øvrig tilbake til i pkt 4.4 om den faglige støtten fra de regionale kompetansesentrene.)

Uansett var det kommunene som skulle velge tiltak, utvikle og iverksette dem, og i praksis måtte løse spenningsforholdet mellom det sentralt styrte og lokalbaserte. I prosessevalueringens etterpåklokskap kan vi spørre om ikke avveiningen mellom disse to målene kunne vært løst på en annen og mer eksplisitt måte, og kanskje også tidligere i prosessen.

4.3 Økonomisk tilskudd til kommunene

En sentral problemstilling i prosessevalueringen er hvordan ressursene som kommunene fikk, ble omsatt i handling og i forebyggende tiltak. Sammenliknet med andre satsninger på lokalsamfunnsbasert forebygging her til lands, er ganske mye ressurser overført til pilotkommunene. For eksempel i det samtidige Avogtil-prosjektet fikk lokalsamfunnet i prinsippet ingen ting. På Avogtil's egen nettside blir prosjektet omtalt som et spleiselag⁸. I praksis var eneste økonomiske input dekning av reiseutgifter til prosjektsamlinger og liknende. Det samme gjelder når vi sammenligner oss med de lokalbaserte tiltakene som for tiden foregår i Sverige og Finland (Andréasson m.fl. 2007)⁹. Det vanligste, i hvert fall i Norge, er imidlertid at det følger med en overføring av ressurser når sentrale beslutninger skal iverksettes lokalt (se f.eks. Baklien og Krogh 2002, eller

⁸ <http://www.avogtil.no/index.asp>. Avogtil var offentlig finansiert, og ble ledet av Alkokutt. Det omfattet 11 kommuner, og foregikk i samarbeid med de regionale kompetansesentrene. Deltakere i prosjektet var 24 frivillige organisasjoner, og deres lokallag i prosjektkommunene. Prosessevaluering av Avogtil-prosjektet er gjort ved Universitetet i Tromsø (Braaten og Nyseth 2007).

⁹ Om det finske prosjektet, se deres hjemmeside: <http://www.pakka.fi/inEnglish.htm>

Baklien og Carlsson 2000). Regionprosjektet kostet 24 mill kr. Rådmannen i pilotkommunen Os uttrykte seg svært entusiastisk i den sammenheng: ”Hvis alle skattepengene i dette landet ble brukt like bra som disse 24 mill, da hadde det vært på stell.”

I Regionprosjektet ble det delt ut drøyt 20 mill. kr til kommunene, og fordelingen ble gjort på grunnlag av kommunenes innbyggertall. Hver kommune fikk dermed et tilskudd på ca 140 kr per innbygger over en treårsperiode. Et interessant spørsmål er da: Hvor mye forebygging får man for et slikt beløp? Spørsmålsstillingen krever imidlertid noen forbehold. Regionprosjektet har i praksis kostet mye mer enn 20 mill, dersom vi inkluderer kompetansesentrenes innsats, samt alt kommunal arbeidstid som er satt inn i dette uten å være betalt av prosjektet. Hvis vi likevel holder oss til 20 mill, viser tabell 4.5 hvordan pengene ble fordelt i henhold til kommunenes innbyggertall.

Man tok ingen hensyn til hvilke behov kommunene mente de hadde, og ingen hensyn til at samordning mellom flere kommuner kanskje krever mer ressurser enn det å jobbe i en avgrenset kommune. Man tok heller ingen hensyn til hvilke forebyggingstiltak de planla å gjennomføre. De ulike intervensjonene på menyen kom med høyst forskjellig prislapp. Dessuten koster en prosjektkoordinator det samme i en liten kommune som i en stor. Kanskje er det grunn til å stille spørsmål om innbyggertall var det beste fordelingskriteriet.

Tabell 4.5. Fordelingen av økonomisk støtte til kommunene.

	Sum
Larvik	6 000 000,-
Haugesund	4 391 240,-
Ytre Søre Sunnmøre	3 134 740,-
Narvik	2 595 880,-
Nesodden	2 250 360,-
Os	2 045 540,-
Totalt	20 417 760,-

Hvordan ble så de økonomiske midlene omsatt i forebyggende tiltak på lokalt nivå? I forhold til spørsmålet om hvor mye man kan forvente å få for 20 millioner – er det to underspørsmål som er viktige:

- I hvilken grad er midlene brukt direkte til forebyggende tiltak, og i hvilken grad er de brukt til å lønne kommunal prosjektkoordinator eller andre?
- I hvilken grad virker de statlige midlene til å utløse lokale midler? Eller det motsatte: Brukes regionprosjektmidlene til å dekke hull i den kommunale økonomien, dvs. slik at de frigjør kommunale penger til andre formål?

På den ene siden kan det kanskje sees som en styrke at mest mulig av det statlige tilskuddet går direkte til forebyggende tiltak. På den annen side er det neppe i strid med Regionprosjektets målsettinger at en del av midlene ble brukt til å lønne den kommunale prosjektkoordinatoren. I avtalen mellom den enkelte kommune og direktoratet, heter det bl.a.: *”En sentral målsetting er å samordne allerede eksisterende virkemidler og ressurser til en mer helhetlig innsats (vår understreking)”*. I den sammenheng må det være rimelig at midlene brukes til en ”samordner”. Mens både direktoratet og kompetansesentrene har engasjert seg i hvilke tiltak som skulle gjennomføres i pilotkommunene, har man ikke lagt seg oppi hvordan midlene ble fordelt på tiltak, lønn og administrasjonsutgifter.

Ser vi på hvordan midlene ble brukt i den enkelte kommune, er forskjellene ganske store. Ikke minst varierte den andelen som ble direkte omsatt i forebyggende tiltak. Fire av de seks pilotkommunene brukte av midlene til å lønne den kommunale prosjektkoordinatoren, og for disse kommunene tok koordinatorstillingen en ganske stor del av midlene. I flere av kommunene ble noe av midlene brukt til frikjøp og vikarmidler når lærere og andre skulle kurses i PMTO, Ung & rus eller som ”Kjentmenn”. Kommuner som valgte tiltaket Kjærlighet og grenser, brukte noe av de statlige midlene til å lønne de lederne som var en forutsetning for implementering av tiltaket.

Ser vi på hver enkelt kommune, brukte *Larvik* omtrent 20% av det statlige tilskuddet til en lokal prosjektkoordinator. Mye av midlene gikk også til frikjøp av lærere og kommunalt ansatte som utdannes til og fungerer som ledere/instruktører i forebyggingstiltakene ART, Kjærlighet og grenser, Kjentmann og PMTO.

Haugesund brukte ingenting på prosjektkoordinatoren. Der fikk kommunens SLT-koordinator omdefinert sin stilling til også å omfatte Regionprosjektet. Derimot dekket tilskuddet midler til to stillinger over to år i forbindelse med prosjektet Utsatte grupper ved Gamle Slaktehuset Allaktivitetshus. Dette var dermed den klart største utgiften for Regionprosjektet i Haugesund og spiste nesten en tredjedel av tilskuddet. De budsjetterte også med 500 000 kr til frikjøp innen PMTO – sluttrapporten fra Haugesund viser at det ble brukt over 750 000 kr på PMTO.

De fire samarbeidskommunene på *Ytre Søre Sunnmøre* benyttet om lag 40% av det statlige tilskuddet til lønn for koordinatoren. Også i *Narvik* tok lønn til koordinator i full stilling i underkant av 40% av pengene. Noe ble også brukt til frikjøp, særlig i delprosjektene Ung & rus, og Olweus' program mot mobbing. *Nesodden* kommune brukte midlene til å lønne en prosjekt-koordinator i halv stilling, som ble fylt av den kommunale SLT-koordinatoren. For øvrig gikk en stor del av pengene til frikjøp eller lønn i tilknytning til kommunens hovedsatsning Det flyvende korps.

Os var den andre kommunen som ikke brukte midler på lønn til prosjektkoordinator. Der ble koordinatoroppgaven ivaretatt av kommunens ferske rusmiddelkonsulent. Derimot ansatte de en prosjektmedarbeider i halv stilling som tok omtrent en fjerdedel av tilskuddet. Ytterligere ca en tredjedel gikk til frikjøp, vikarutgifter og stimuleringsmidler knyttet til tiltakene Kjærlighet og grenser, Unge & rus, Kjentmann og MOT.

Bruken av midlene kan også antyde noe om videreføring av tiltakene. De kommunene som har satsset mye ressurser på opplæring av lokale folk, som for eksempel Larvik, har gjort en investering som de vil ha lettere for å kunne høste av når midlene fra Regionprosjektet er brukt opp. Når ressursene i større grad brukes til løpende utgifter i forebyggingstiltak, som for eksempel Det flyvende korps på Nesodden, har man satt seg i en situasjon hvor videreføring i større grad vil kreve kommunale midler.

4.4 Den faglige støtten fra kompetansesentrene

Det var ikke bare økonomiske ressurser som ble tilført pilotkommunene, men også faglige i form av oppfølging og veiledning fra de regionale kompetansesentrene for rusmiddelspørsmål. De faglige ressursene er naturlig nok mye vanskeligere å måle enn de økonomiske. En annen sak er at den faglige oppfølgingen på ingen måte er reproduserbar: Det er helt

urealistisk at alle (eller mange av) landets kommuner skal få en så nær og tett faglig bistand som det de fleste pilotkommunene har fått i den tiden Regionprosjektet har pågått.

I flere av kommunene sa sentrale aktører at de i hovedsak finansierer sitt forebyggende arbeid med eksterne penger. En av kommunene hadde som en del av Regionprosjektet, fått både faglig og økonomisk støtte fra sitt kompetansesenter. Om denne kommunen fikk vi høre at det aller meste av forebyggende arbeid ble dekket av eksterne midler, og at dette også hadde konsekvenser for kommunens holdning til kompetansesenteret: *"De ser heller ikke på kompetansesenteret som en kilde til faglig bistand, men som et sted de kan hente penger fra."* For en annen av pilotkommunene ble det uttrykt mer positivt: *"Denne kommunen har alltid vært kjennetegnet av at de har vært flinke til å skaffe midler utenfra."*

Både omfanget, og til dels også kvaliteten på kompetansesentrenes faglige bistand har variert mye. I intervjuer med fagkontaktene har vi forsøkt å kartlegge hvor mye tid senteret har brukt på sin pilotkommune. Det viste seg å være nærmest umulig å svare på. Noen av fagkontaktene antydde at de i perioder hadde brukt rundt 30% av sin tid, for andre var det mindre. For alle kompetansesentrene har innsatsen variert betydelig i løpet av prosessen, med sterkest engasjement i oppstartsfasen.

I motsetning til kommunene, fikk kompetansesentrene ikke tilført ekstra midler. For de som brukte veldig mye tid, er det grunn til å spørre om tidsbruken gikk ut over andre kommuner som trengte hjelp. Det er få personer på hvert kompetansesenter som jobber med forebygging. Det må også tas med at all tiden ikke ble brukt i selve kommunen, to dager per måned ble brukt til arbeidsgruppemøte i Sosial- og helsedirektoratet. Hvor mye som ble brukt til forberedelse og etterarbeid etter hvert møte varierer nok mye. Fordi referatene fra møtene ofte var mangelfulle og noen ganger manglet helt, var det noen av arbeidsgruppas medlemmer som laget sine egne referater som de formidlet til sin pilotkommune.

Vel så interessant er det at også rådene som kommunene har fått, har variert. Kommunene på Ytre Søre Sunnmøre fikk klare råd om at de burde (eller måtte) holde seg til tiltakene på menyen, og de fikk råd om at de burde velge få intervensjoner og ikke spre seg for mye. Andre fagkontakter var ikke opptatt av om det ble mange intervensjoner, og de mer eller mindre oppfordret kommunene til å velge det de selv syntes var viktig (uavhengig av om det sto på menyen eller ikke). Noen fagkontakter

hadde en eksplisitt ideologi på å støtte kommunen på det kommunen selv ville, uansett om det sto på menyen eller ikke og til dels også uansett om kompetansesentret var skeptisk til enkelte intervensjoner. For eksempel gjaldt det fagkontaktene til Nesodden kommune. Når vi siterer Nesoddens ordfører som sier: *”Vårt inntrykk er at de har oppfattet seg som alliansepartnere.”* – så har han all grunn til å si akkurat det. Andre fagkontakter var slett ikke alliansepartnere i samme grad.

Noen kompetansesentre var engasjert i utviklingen av spesielle intervensjoner som de gjerne ville ha implementert og prøvd ut. Det gjaldt for eksempel Kjærlighet og grenser som ble utviklet ved Borgestadklinikken, og som de var opptatt av at Larvik skulle gjennomføre. Larvik ville neppe ha kjørt Kjærlighet og grenser hvis det ikke var for initiativ fra Borgestadklinikken. At Larvik underveis utviklet mye entusiasme for akkurat denne intervensjonen, er en annen sak. Det har også å gjøre med at Borgestadklinikken brukte den lokale delprosjektlederen i utviklingen av tiltaket, tok henne med til konferanser i utlandet etc. De som iverksatte Kjærlighet og grenser i Os og på Ytre Søre Sunnmøre, fikk ikke de samme mulighetene til faglig utvikling underveis.

Man kunne kanskje tenkt seg at arbeidsgruppas møter ble brukt til at medlemmene samordnet de rådene de gav til sine kommuner. Så langt vi kjenner til, ble ikke dette gjort.

Dessuten varierer det mye hvordan kommunene har forholdt seg til rådene fra sitt kompetansesenter. Noen har fulgt alle råd fullt ut. Andre steder har det vært uenighet. I Larvik sa rådmannen:

”Det var jo ikke for kompetansesenterets skyld vi skulle gjøre dette. Det var ikke for at de skulle få utviklet et forebyggingsprogram som de var opptatt av å prøve ut. Det var for vår egen skyld vi gjorde dette.”

Andre sentrale aktører i Larvik har uttrykt det slik:

- *”Vi har mye mer kompetanse på dette enn de ved kompetansesenteret.”*
- *”Kompetansesenteret må også lære noe av dette. Vi har et ansvar for å lære dem noe, vi har gått forbi dem, det var feil.”*

Mye tyder på at Larviks kompetansesenter, Borgestadklinikken, delte denne oppfatningen i sluttfasen. Deres faglige kontaktperson uttrykte flere ganger at de hadde hatt mye å lære av Larvik kommune. Særlig mente han

de hadde hatt nytte av kommunens prosjektleder for delprosjektet Kjærlighet og grenser. Hun bidro til å utvikle og forenkle intervensjonen. Denne relasjonen må imidlertid sees på bakgrunn av at Borgestadklinikken hadde et eierforhold til Kjærlighet og grenser. Andre kommuner har opplevd at deres kompetansesenter brydde seg lite når det gjaldt intervensjoner som i utgangspunktet ikke sto på kompetansesenterets repertoar. ”Kompetansesenteret har vært en diskusjonspartner mer enn en veileder”, sa de i en av kommunene.

For flere av kommunene er det historiske grunner til at samarbeidet med kompetansesenteret har gått glatt. Både for Os og for Haugesund var det viktig at kommunen hadde hatt god og positiv kontakt med kompetansesenteret gjennom mange år før Regionprosjektet var påtenkt. Fordi det har vært stabilitet blant de ansatte ved kompetansesentrene, betyr dette at det i flere tilfeller er personlige relasjoner som har fått utvikle seg over tid. De faglige kontaktene er personer som kjenner kommunens behov og problemer godt. Andre steder er kontakten av nyere dato.

Både omfang og retning på den faglige veiledningen fra kompetansesenteret har dessuten variert etter hvert som Regionprosjektet har utviklet seg – fra de pilotkommunene som har hatt tett og hyppig oppfølging, til den kommunen der kompetansesenteret har trukket seg helt ut. *Larvik* kommune er allerede nevnt. De hadde allerede i utgangspunktet mye kompetanse på de viktigste satsingene sine, og har i ganske stor grad klart seg selv. Det viktigste unntaket er Kjærlighet og grenser, der samarbeidet mellom den lokale delprosjektlederen og kompetansesenteret har vært tett og godt.

For *Haugesund* ble relasjon preget av at kommunen allerede hadde en god og veletablert kontakt med kompetansesenteret. Oppfølgingen og veiledningen underveis har også i stor grad vært på kommunens parti og premisser, både i forhold til hvilke intervensjoner de skulle velge og i forhold til økonomien. ”Han har spilt en helt uvurderlig rolle”, sier de i Haugesund om sin faglige kontakt fra kompetansesenteret.

Også for de fire samarbeidskommunene på *Ytre Søre Sunnmøre* var oppfølgingen fra kompetansesenteret nokså tett. Midtnorsk kompetansesenter rådet til at de skulle konsentrere seg om få prosjekter, og at de skulle holde seg til tiltak som var anbefalt gjennom menyen, noe de også selv mener var gunstig.

Narvik er den eneste av kommunene som har sitt kompetansesenter i gangavstand innenfor kommunegrensene. I startfasen fikk de temmelig tett oppfølging fra Nordnorsk kompetansesenter. Etter hvert som prosjektet ble et etablert tiltak, ble det mindre. Den kommunale koordinatoren klaget over at kompetansesenteret tok få initiativ, at de var for lite praksisorientert i sitt arbeid, og at de hadde en virkelighetsoppfatning som ikke samsvarte med den kommunale virkeligheten. I slutfasen var relasjonen noe konfliktfylt.

Nesodden kommune ble fulgt opp av to kompetansesentre, Østnorsk og Oslo. De var i liten grad pådrivere, men bidro med støtte på det lokale prosjektets egne premisser. Ingen av kontaktpersonene hadde hatt særlig kontakt med kommunen før Regionprosjektet. Kommunen var likevel fornøyd med den støtten den fikk. Dessuten stilte de seg på kommunens side da Sosial- og helsedirektoratet var noe tvilende til Det flyvende korpset som hovedsatsning. Østnorsk kompetansesenter har også bidratt økonomisk til utviklingen av Det flyvende korpset. *De kommer når vi roper hjelp*, sa koordinatoren på Nesodden. Nesoddens ordfører uttrykte det slik:

”Støtten fra kompetansesentrene hjalp veldig. Vi har hatt veldig god kontakt fra dag en. Vårt inntrykk er at de har oppfattet seg som alliansepartnere.”

Som for Haugesund, har den faglige støtten til *Os* kommune vært preget av at kompetansesenterets fagperson kjente kommunen godt fra før av. I *Os* sier de at kontakten var tett i oppstarten, men at den ble noe mindre etter hvert. De har tatt kontakt med Bergensklinikkene når de hadde behov for det. I følge koordinatoren i *Os* fikk de mye hjelp til Ansvarlig vertskap, men opplevde at deres kompetansesenter hadde mindre å bidra med i forhold til MOT og Kjærlighet og grenser.

Den faglige støtten fra kompetansesentrene har vært både personavhengig og institusjonsavhengig. Ikke bare har representantene fra kompetansesentrene vært ulike personer, med ulike erfaringer og kunnskap. Kompetansesentrene som sådan har også oppført seg ulikt i forhold til sine kommuner. Der noen har bidratt med betraktelig økonomisk støtte, har andre vært i en situasjon der de heller har tatt betalt for sine tjenester.

Den faglige inputen har altså vært viktig, men uensartet. Dessuten er den brukt på forskjellig vis i de ulike kommunene. Kanskje er det viktigste fellestrekket at informanter i mange kommuner forteller om hvordan kompetansesentrene på forskjellige måter har bedt dem om å skynde seg

langsomt. Lokale prosjektkoordinatører er ofte entusiastiske og ivrige, og de er under sterkt press fra andre kommunale aktører. Politikere og forvaltning vil gjerne ha noe å vise til, og de vil helst at alt skal skje straks. I en slik situasjon har kompetansesenteret ofte kunnet fungere som en viktig alliansepartner.

4.5 Kommunenes valg av tiltak

Vi har så langt beskrevet de tre viktigste faktorene som virket inn på hvordan pilotkommunene utformet sitt lokale prosjekt; menyen, det økonomiske tilskuddet og den faglige støtten fra kompetansesenteret. I alle kommunene har vi spurt informantene hvorfor og hvordan utformingen av det lokale prosjektet ble som det ble. Ikke minst er det interessant å se hvordan de lokale aktørene har forholdt seg til forskningsbasert kunnskap og til direktoratets krav om evidensbaserte tiltak.

Kanskje er en av de viktigste observasjonene fra disse intervjuene at kommunenes beslutninger i stor grad er påvirket av rådene de får fra sitt lokale kompetansesenter. Selv om kompetansesenterets innflytelse har variert fra kommune til kommune, er det ingen tvil om at rådene derfra var viktige, særlig i den første fasen da man skulle velge intervensjoner.

Naturlig nok er det få lokale aktører som vet hva forskningen har vist om effekter av ulike tiltak. Både på sentralt og lokalt nivå er det også slik at forskningsbasert kunnskap må konkurrere med annen ”kunnskap” eller andre typer begrunnelser i beslutningsprosesser. I en kommune fikk politikerne besøk av en representant for en foreldreforening som snakket om sin narkomane sønn, og som hevdet at byen fløt av sprøytespisser og at pusherne delte ut stoff ved skoleporten. Det var ikke så lett for politikerne å avvise denne informasjonen. På det implementerende (dvs. det lokale) nivået, ser det ofte også ut til å være av betydning at man kan fortsette å gjøre det man har gjort før. Det å ha erfaring med et tiltak, er ofte viktigere enn hva forskningen viser om effekten.

Forskningen viser at det å begrense alkoholens tilgjengelighet er blant de mest effektive tiltakene (f.eks. Babor m.fl. 2003). Ute i kommunene er det imidlertid først og fremst skoletiltak og liknende man tenker på når man snakker om forebygging. Det samme synes å gjelde fagpersonalet ved kompetansesentrene. De som var satt til å jobbe med Regionprosjektet lokalt, hadde alle sammen en bakgrunn som gjorde det naturlig å fokusere nettopp på atferdstiltak (PMTO, MST, o.l.) eller programmer i skolen. Det

er til dels bakgrunn fra nettopp denne type arbeid som bidro til at de fikk jobben. Også kompetansesentrene har mest kunnskap om slike tiltak.

Kommunene forholdt seg dessuten til motstridende signaler fra Sosial- og helsedirektoratet. Våre lokale informanter benyttet ofte intervjuene til å klage over direktoratets dobbeltkommunikasjon. Noen få tiltak kom på menyen, ”og det må vel bety at de er *virkningsfulle og godkjent*”. Men det skapte forvirring at direktoratet gir økonomisk støtte også til andre tiltak, ”for *direktoratet ville vel ikke ha støttet dem med masse penger dersom ikke dette var et bra tiltak*”. Dette ble oftest uttalt i forhold til MOT¹⁰. Den ”evalueringen” som kommunene forholder seg tydeligst til, er altså den som ligger i direktoratets fordeling av midler.

Det viser seg altså at evalueringer og forskningsbaserte uttrykk for effekt og effektivitet ikke betyr så mye verken på sentralt eller lokalt nivå. Slike begreper blir først og fremst brukt når man trenger dem som støtte til noe man allerede har bestemt seg for. Dette gjelder både for kommunale aktører, og for fagfolkene fra kompetansesentrene. I studier som er gjort om bruk av forskning reint generelt, kalles dette forskning og evaluering brukt som politisk ammunisjon (Baklien 1983). Dessuten må forskningsbasert kunnskap som nevnt konkurrere med annen kunnskap, og forskere må konkurrere med andre kilder til informasjon. Kontekst og rammebetingelser gir viktigere føringer enn de som måtte komme fra forskningsbasert evidens (jf. Glasgow m.fl. 2003:1266).

Tabell 4.6 gir en oversikt over hvilke tiltak de ulike kommunene valgte fra menyen. Som vi ser, var det to tiltak; nemlig Ansvarlig vertskap og Kjentmann, som ble valgt i de fleste pilotkommunene, og tre tiltak; PALS, Rusprat og Kartlegginger og screening i primærhelsetjenesten, som ikke ble valgt i noen av kommunene.

¹⁰ For evalueringer av MOT, se appendiks 2.

Tabell 4.6. Oversikt over hvilke tiltak fra menyen som kommunene gjennomførte.^a

	Larvik	Haugesund	Ytre Søre Sunnmøre	Narvik	Nesodden	Os
Ansvarlig vertskap ^b	x	x	x	x		x
Kjærlighet og grenser	x		x			x
PMTO	x	x			x	
Modell for tverrfaglig samarbeid			x	x		x
Kjentmann	x		x	x	x	x
Olweus' program mot mobbing			x	x		
Unge & Rus				x		x

^a Oversikten er basert på kommunenes sluttrapporter. Det betyr at tiltak som de hadde planer om å gjennomføre, men som av ulike grunner ikke ble realisert, ikke er med her.

^b Alle kommunene (også Nesodden som ikke hadde Ansvarlig vertskap), gjennomførte i tillegg Ansvarlig salg, et tiltak som kom inn på menyen etter at kommunene hadde gjort sine valg. Hensikten var å redusere butikkens salg av øl og rusbrus til mindreårige.

De fleste kommunene hadde i tillegg ett eller flere tiltak som ikke var på menyen. Se tabell 4.8 og appendiks 2 for en nærmere beskrivelse av disse. Det at det finnes dokumentasjon på, eller evidens for, at tiltak er virksomme, ble aldri nevnt som argument av noen av de informantene. Den vanligste begrunnelsen for valgene som ble gjort i kommunene var: *"Tiltaket er ser ut til å være greit og enkelt å iverksette."* Den nest vanligste begrunnelsen var at det ble tilbudt opplæring i forbindelse med gjennomføringen av tiltaket. To andre ofte nevnte begrunnelser var: *"Vi har god erfaring med akkurat dette"* og *"Tiltaket dekker et udekket felt"*.

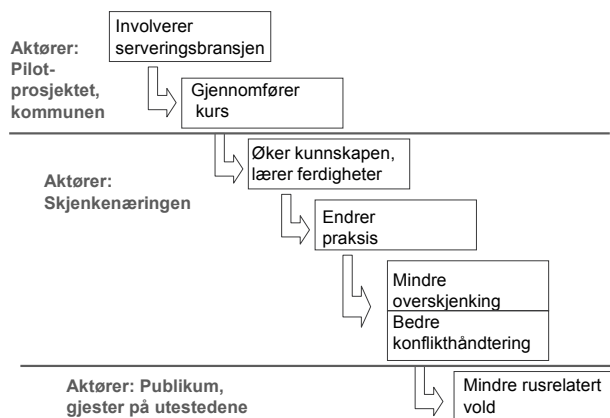
4.5.1 De mest populære tiltakene: Ansvarlig vertskap og Kjentmann

Vi vil i det følgende se nærmere på hvorfor programmene Ansvarlig vertskap og Kjentmann ble valgt i flertallet av kommunene. Det førstnevnte har som mål å redusere rusrelatert vold i og utenfor serveringssteder.

Dette skal gjøres gjennom å styrke ansvarligheten og kunnskapen blant dem som står for alkoholservering. SIRUS har evaluert Ansvarlig vertskap i Trondheim og Bergen (Holth og Bye 2003, Buvik og Baklien 2006, Lauritzen og Baklien 2007). Den viktigste intervensjonen i Ansvarlig vertskap er at ansatte og ledere ved skjenkestedene får opplæring i alkoholloven, og i hvordan de kan håndtere konfliktsituasjoner. I tillegg til å redusere rusrelatert vold, skal man redusere overskjenking, og man skal søke å redusere skjenking til mindreårige. Bortsett fra at alkoholloven gjennomgås på kursene, har det imidlertid vært lite fokus på det siste.

For at Ansvarlig vertskap skal ha den effekten man ønsker, er det mange forutsetninger som må oppfylles. Som vist i figur 4.2 forutsetter initiativtakerne og iverksetterne en årsakskjede som er lang og komplisert. Det er mange aktører som skal involveres, og veien fram til måloppnåelsen går over mange hindringer. Mange delmål skal oppfylles før hovedmålene om mindre rusrelatert vold og redusert forbruk blant de yngste er nådd.

Figur 4.2. Årsakskjeden i Ansvarlig vertskap.



Kommunene hadde ulike begrunnelser for å velge Ansvarlig vertskap som en av sine intervensjoner. For mange var det viktig at dette var et tiltak som framsto som billig og greit, og at det ville ikke spise for mye av de knappe budsjettene. Minst like viktig som kommunenes argumentasjon for hvorfor de valgte Ansvarlig vertskap, var utestedenes motiver for å delta. I flere av kommunene har vi sett at det rusforebyggende aspektet i en viss

grad ble underkommunisert når ledere og ansatte ved utesteder skulle rekrutteres til kurs. Det som særlig vektlegges er opplæringen i konflikt-håndtering, som til dels markedsføres som kursing i kundebehandling. At det offentlige tilbyr serveringsstedene en gratis og grundig kursing i kundebehandling, oppfattes naturlig nok som et godt tilbud. Mens kursingen i Ansvarlig vertskap oftest (blant annet i Bergen og Trondheim) er basert på selvkost og blir finansiert ved at deltakerne betaler en kursavgift, brukte pilotkommunene av Regionprosjektmidlene og tilbød kursene gratis.

Kjentmann var en intervensjon som ble valgt like ofte som Ansvarlig vertskap. Det er et beredskapsverktøy til bruk i ungdomsskole og videregående skole som har til hensikt å fange opp, og å følge opp elever med rusproblemer. Kjentmennene rekrutteres fra; lærere, rådgivere, skolens administrativt ansatte og skolens støtteapparat (f. eks. skolehelsetjenesten). De gjennomgår en 30-timers seminarrekke fordelt på fem heldags-samlinger. Seminarrekken gir en generell innføring i ungdom og rusproblematikk, innføring i kommunikasjon og samtalemotodikk i forhold til rusmidler, og oversikt over aktuelle samarbeidspartnere for skolen. Det er også utarbeidet en håndbok (Bøe 2001). Målene med *Kjentmann* er:

- At skolen skal ha en kjentmann som kan samle og øke kompetansen innenfor rusforebygging.
- At skolen skal ha strukturer som øker sannsynligheten for at elever selv tar kontakt i forhold til egne eller andres rusmiddelproblemer.
- At skolen er trygg, presis og treffsikker i arbeidet med elever med rusmiddelproblemer.

Både Ansvarlig vertskap og *Kjentmann* er program som var nokså nye i Norge da Regionprosjektet startet, og som ingen av pilotkommunene hadde erfaring med. Selv om de er rettet mot ulike målgrupper og forebyggingsarenaer, var argumentasjonen for å velge dem stort sett den samme. Stikkordene er ”pakkeløsninger” og ”opplæring”.

For det første ble særlig Ansvarlig vertskap, men i en viss grad også *Kjentmann*, vurdert av kommunene som ganske lett å iverksette; såkalte ”plug-and-play” programmer. At noen kommuner etter hvert erfarte at det ikke var så lett som de hadde trodd, er en annen sak. Begge programmene ble uansett presentert for kommunene som en slags ”pakkeløsninger” i den forstand at det er ferdig utviklede tiltak, der det ikke forutsettes at kommunene selv skal drive noen form for utviklingsarbeid.

For det andre oppfattet kommunene at både Ansvarlig vertskap og Kjentmann skulle leveres sammen med en form for opplæring. Ansvarlig vertskap skulle komme med en fiks ferdig utprøvd kurspakke for ansatte ved utesteder, med videoer og kursmappe for hva som skulle gjennomgås og hvordan man skulle gjøre det. Kjentmann kom med kurs for lærere og veiledere i skolen, og med et opplegg for godkjenning av kjentmenn. Kanskje er det ikke overraskende at dette virket attraktivt.

For det tredje hadde som nevnt ingen av pilotkommunene erfaring verken med Ansvarlig vertskap eller Kjentmann fra før av. Kommunene var opp-tatt av å demonstrere vilje til å gjøre noe nytt. Ansvarlig vertskap og Kjentmann gav dem muligheten til nettopp det.

Et siste punkt har å gjøre med den faglige støtten fra kompetansesentrene. Enkelte av de faglige kontaktene derfra støttet opp om valgene av Ansvarlig vertskap og Kjentmann nettopp fordi dette var intervensjoner som kompetansesentrene hadde planer om fortsatt å satse på. Man visste at dette var tiltak som det ville bli mulig å følge opp også etter prosjekt-perioden, uten den ekstra økonomiske støtten som Regionprosjektet bød på. Intensjonen var å bygge opp en struktur som kunne bestå, ikke bare for den enkelte kommunen, men også i forhold til kompetansesenteret.

Oppsummeringsvis hadde altså de to mest populære tiltakene flere fellestrekk som gjorde dem attraktive for pilotkommunene. Men ingen av disse trekkene hadde noe å gjøre med forskning eller med at de var introdusert i en kontekst som la vekt på evidensbaserte tiltak.

4.5.2 Andre viktige tiltak: Kjærlighet og grenser og PMTO

De nest mest populære tiltakene var Kjærlighet og grenser (K&G)¹¹ og Parent management training Oregon (PMTO)¹². Begge er opprinnelig

¹¹ Den amerikanske utgaven av Kjærlighet og grenser, heter Iowa Families Strengthening Program, og den svenske Steg-för-steg. For evalueringer av det svenske programmet, se Skärstrand m.fl. 2004, og Skärstrand 2005.

¹² Parent management training Oregon – PMTO er opprinnelig en opplærings- og behandlingsmetode rettet mot familier som har barn (3-12 år) med alvorlige atferds-vansker. PMTO er rettet direkte mot foreldrenes måter å møte barnet sitt på for å snu barnets destruktive atferd. Norsk senter for studier av atferdsproblemer og innovative praksis står ansvarlig for utprøving og evaluering av PMTO i Norge. Se <http://www.sbf.stat.no/?module=Articles;action=ArticleFolder.publicOpenFolder;ID=332>. Se også Frøyland 2005, Ogden 1999.

amerikanske, K&G kom til Norge via Sverige. Ingen av dem er reine rusforebyggingsprogram. Begge favner bredere enn som så, og begge har et hovedfokus på foreldrerollen. K&G har utgangspunkt i skolen, og fanger opp foreldre-barn relasjonen, med vekt på alle barn og alle foreldre. PMTO er for familier som har barn med atferdsvansker. Akkurat som Kjentmann og Ansvarlig vertskap, blir K&G av mange oppfattet som et slags plug-and-play-program, selv om vi vel her må kunne si at det er ganske mye ”plugging” og ”playing” som skal til. En annen likhet med de mest populære, er at både K&G og PMTO er pakker der det tilbys opplæring til dem som vil bli enten leder i K&G eller PMTO-terapeut. Informantene bekreftet at tilbudet om kursing var viktig, ikke minst som en investering i fremtiden. De lokale aktørene argumenterte for det langsiktige i at de kanskje bygget opp noe som de kunne høste fra også etter at prosjektperioden var over.

4.5.3 Nye og gamle tiltak

De valg som ble gjort i kommunene, ble selvfølgelig påvirket av hvilke intervensjoner og tiltak de allerede var i gang med. Dette påvirket også deres utforming av det lokale Regionprosjektet. Som vi allerede har sett, kom ikke Regionprosjektet inn i en tom kontekst, men tvert i mot inn i en virkelighet der det allerede foregikk mye rusforebyggende arbeid. Særlig gjaldt det i skolen.

Det var noe variasjon mellom kommunene med hensyn til i hvilken grad de har brukt Regionprosjektet til å videreføre skoleprogrammer som de allerede var i gang med. Prosjektplanen til *Larvik* forteller at disse programmene er eller har vært i bruk i Larvikskolene: Regnbueprogrammet, MOT, et program fra Juvente (IOGT), Det er ikke tøft å være død, Et nei er et ja til ditt eget liv, Kast masken og Sterk og klar. Ingen av disse kom med i Larviks regionprosjekt. I Larvik er det overlatt til den enkelte skole å bestemme hvilke forebyggingsprogrammer de skal konsentrere seg som.

I *Narvik* var kommunen i gang med Olweus’ program mot mobbing på syv skoler. Med midler fra Regionprosjektet ble det utvidet til ytterligere syv skoler. Det var også en ungdomsskole som allerede brukte tiltaket Unge & rus. Med det handlingsrommet kommunen fikk gjennom Regionprosjektet, ble dette utvidet til alle ungdomsskolene i kommunen.

Nesodden kommune benyttet også Regionprosjektet til å videreføre skolebaserte tiltak. Det ene var det de kalte Aktiv voksen, som dreide seg om

det prosjektplanen deres kaller ”voksen til voksen formidling” og nettverksbygging blant foreldre, i barneskolen og ungdomsskolen. Den andre bygget på ”ung til ung formidling”, og hadde utgangspunkt i Aktiv elev som var valgfag på Nesodden videregående skole. Da valgfagene (som ledd i reformen Kunnskapsløftet) måtte erstattes av prosjekter, ble valgfaget videreutviklet til prosjektet Aktiv russ, ut fra tanken om at russ gjerne forbindes med rus. Prosjektet ble gjennomført første gang våren 2006. Prosjektelevne i videregående inngår en skriftlig avtale om røyking, alkohol og andre rusmidler. Avtalen stiller ikke krav om totalavhold, men om å ha en reflektert holdning til egen omgang med rusmidler. Tidlig i russetida besøkte de 18 prosjektelevne 7. klassene ved barneskolene på Nesodden. I følge et oppslag i Aftenposten (26.04.06), ”... *fikk elevene spørre om alt de lurer på om ungdomstilværelsen, mens russen fortalte om sine erfaringer med alkohol og tobakk.*” Avisen mente at ”*begge parter lærer noe av kampanjen*”.

En spørreundersøkelse til ungdomsskolene i pilot- og kontrollkommunene bekreftet at det foregikk mye rusforebyggende arbeid i skolene i løpet av prosjektperioden, men også *før* Regionprosjektet startet. Nesten alle (95%) skolene hadde en eller annen form for rusmiddelrettet undervisning. Tabell 4.7 gir en oversikt over hvilke forebyggingstiltak skolene oppga at de hadde brukt skoleåret 2003/2004 (T1) og 2005/2006 (T2). Den andre raden i tabellen angir antall ungdomsskoler som inngår i materialet for hver kommune på T1 og T2. For hvert skoletiltak er det angitt hvor mange skoler i hver kommune som oppga at de brukte dette tiltaket på hvert tidspunkt. F.eks. hadde fire av i alt åtte ungdomsskoler i Larvik brukt Fristil på T1, mens på T2 var det to skoler som brukte dette tiltaket. Tiltakene som sto på direktoratets tiltaksmeny er merket med uthevet skrift.

Som vi kan se av tabellen var det mange som brukte forebyggingstiltak som de var blitt tilbudt fra eksternt hold. På suveren førsteplass var *Vær røykefri*. Andre tiltak som ble brukt av flere skoler er MOT, Olweus’ program mot mobbing, Kjentmann og Unge & rus. Svært mange skoler hadde imidlertid ”egne tiltak”, og et flertall av dem dreide seg om besøk av ”eksperter” utenfra. Rundt regnet hadde litt under halvparten av ungdomsskolene brukt slike eksperter i sitt rusmiddelforebyggende arbeid. Ser vi på hvem dette var, så var politifolk blant de vanligste og mest brukte. Tidligere rusmisbrukere var også ofte på besøk i skolene.

Tabell 4.7 viser dessuten at skolene brukte flere av de tiltakene som sto på Sosial- og helsedirektoratets meny på T2 enn det de gjorde på T1.

Tabell 4.7. Oversikt over tiltak på ungdomsskolene skoleårene 2003/2004 (T1) og 2005/2006 (T2). L = Larvik, H = Haugesund, S = Ytre Søre Sunnmøre, Na = Narvik, Ne = Nesodden og O = Os. Tiltakene i uthevet skrift er fra Sosial- og helsedirektoratets meny over anbefalte tiltak.

Kommune	L		H		S		Na		Ne		O	
	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2
Antall skoler	8	8	5	5	7	7	3	4	4	4	6	5
Kjærlighet og grenser	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
Kjentmann	-	3	-	-	-	5	-	-	-	3	-	3
Rusprat	1	2	1	2	-	-	-	-	1	-	-	-
Unge & rus	1	1	-	1	-	-	2	2	-	-	1	3
PALS		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Olweus' program mot mobbing	1	-	2	3	1	2	1	3	-	-	2	1
Lev Vel	-	-	1	2	1	-	-	-	-	-	-	-
MOT	-	-	-	1	3	3	-	-	-	-	-	2
13-18	-	-	2	2	-	-	-	-	-	-	-	-
Fristil	4	2	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-
Lions quest	-	1	-	-	-	1	1	-	-	-	-	-
Kolon	1	-	-	-	1	2	-	-	-	-	-	-
Vær røykfri	2	3	4	4	6	5	3	1	2	2	5	3
Rusfri diil	-	-	-	-	1	1	-	-	-	-	-	-
Sterk og klar	1	-	-	-	3	2	-	-	-	-	-	-
Kast masken	1	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-
Maritastiftelsen	1	-	-	-	1	1	1	-	-	-	-	-
Andre "ferdige" tiltak	3	1	-	-	1	-	-	-	2	1	1	-
Egne tiltak	5	3	4	2	3	1	2	-	3	3	3	-

Også utenfor skolearenaen, omfatter Regionprosjektet både nye og gamle tiltak. I forhold til tiltakenes lokale historie, kan vi dele de kommunale intervensjonene inn i tre hovedgrupper. Den *første* gruppen omfatter tiltak som de allerede var i gang med. Her er det to underkategorier:

- Det de hadde fra før, og som de var veldig opptatt av å videreføre, det vil si det de VILLE ha med seg inn i Regionprosjektet. ART i Larvik er det mest typiske eksemplet.
- Det de hadde fra før og som det falt naturlig å videreføre. For eksempel var kommuner og skoler som vi har sett allerede i gang med Olweus' program mot mobbing, som kom med på menyen. Men dette dreier seg også om prosjekter utenfor menyen. Nesodden kunne videreføre Aktiv elev, og Larvik kunne bruke av midlene fra Regionprosjektet på videreføring av prosjektet Omsorg gjennom magen.

Den *andre* gruppen er intervensjoner som den enkelte kommune allerede hadde planer om, og som de gjerne hadde et sterkt ønske om å få til. Hvis det var mangel på midler som hadde stoppet planene, kom Regionprosjektet beilelig med en finansieringsmulighet. Det mest typiske her er Det flyvende korpset på Nesodden, og tiltak for utsatte grupper i Haugesund. Det siste omfatter også en jentegruppe, åtte jenter i niende klasse som møtes en gang i uka sammen med en miljøarbeider. Sosiallærer Terje Tveit i Haugesund uttaler seg slik om tiltaket (Bjermeland 2005:24):

”Å styrke sjølvtiliten til jenter er god rusførebygging. Jentegruppa var ikkje ein del av den ”smørbrødlista” som Sosial- og helsedirektoratet gav oss då vi skulle starte i Regionprosjektet. Men vi ville vidareføre det arbeidet vi allereie hadde byrja på. Heldigvis kunne vi la ”prosjekt jentegruppe” kome naturlig inn under arbeid med utsette grupper.”

Den *tredje* og siste gruppen er tiltak som kommunene i utgangspunktet ikke kjente til og kanskje heller ikke var særlig motivert for å gjennomføre. For noen tiltak, som Ansvarlig vertskap, har vi sett at de fleste kommunene grep det raskt og fikk det inn i sin prosjektflora. For andre var det ikke fullt så greit. For eksempel sier en av kompetansesenterkontaktene følgende om Nesodden kommune:

”Det var ikkje så lett å plante nye ideer og ukjente prosjekter i kommunen. De ønsket det ikkje, for eksempel Kjentmann. Disse andre tiltakene var noe de opplevde at de måtte ha i tillegg fordi de hadde sagt ja takk til Regionprosjektet som pakke. De opplevde nok at det de hadde sagt ja til, var finansiering av Det flyvende korpset. Dette andre var en tilleggsforpliktelse. Derfor har det tatt tid å få de andre tiltakene opp og stå. De har hatt lite eierforhold til de andre tiltakene.”

Selv om kommunene valgte forskjellig, er det likevel mange fellestrekk når vi ser på hva som påvirket hvorfor de valgte som de gjorde. Som vi har vært inne på er det særlig tre faktorer som ser ut til å ha vært viktige da kommunene satte sammen sine prosjektporteføljer. Den første var at det skulle være tiltak som var enkle å implementere. Den andre var at noen kommuner hadde noen hjertebarn, tiltak som de enten var i gang med eller som de sterkt ønsket seg. Den tredje faktoren var at kommunene hadde et ønske om å være innovative, om å vise vilje til å prøve noe nytt.

Det er imidlertid ytterligere to faktorer som kunne ha spilt en rolle i utvelgelsesprosessen i kommunene, men som ser ut til å ha hatt minimal betydning. Den ene er knyttet til spørsmålet om påvist effekt. Selv om det fra sentralt hold het at Regionprosjektet skulle fokusere på tiltak ”som virket”¹³, var sjelden vitenskapelig evidens noe argument. I den grad det overhodet ble nevnt, dreide det seg oftest om å forsvare valg av tiltak som ikke i utgangspunktet var anbefalt av direktoratet. F.eks. het det i Larviks søknad at ART er et av de mest veldokumenterte program som finnes.

Den andre faktoren som betydde forbausende lite, er økonomiske vurderinger. De fleste tiltakene som ble valgt utenom menyen, var relativt dyre. Tiltaksmenyen kommunene fikk, inneholdt i motsetning til menyer flest, ingen kolonne for pris. I praksis var det knyttet høyst ulike kostnader til de forskjellige intervensjonene. Som en illustrasjon kan vi vise til budsjettet som fulgte prosjektplanen til Os kommune. De satset på at de ved hjelp av ulike tiltak skulle dekke hele skoleløpet. For Kjærlighet og grenser i 6. og 7. klasse budsjetterte de med kr. 660 000. Unge & rus i 8. og 9. klasse skulle koste bare omtrent en tiendedel, kr. 67 500, og MOT på videregående skole (inkl. et eget rusprosjekt) var beregnet til kr. 143 500.

Både valgene og prosessen videre i den enkelte kommune, var selvfølgelig også preget av lokale rammebetingelser knyttet til de aktørene som ble involvert, hvilke personmessige og økonomiske ressurser man ellers hadde til rådighet, og trekk ved den kommunale konteksten (jf. kap. 10).

4.6 De viktigste tiltakene i de enkelte kommunene

Tabell 4.8 gir en oversikt over de viktigste tiltakene i hver kommune.

13 ”Tiltakene som iverksettes skal være basert på forskning og ha dokumentert effekt” .Sosial- og helsedirektoratets hjemmeside, 21. januar 2004.

Tabell 4.8. Hovedelementer i hver av pilotkommunene.

	Viktige elementer
Larvik	Hovedsatsningen ART, var ikke fra menyen. Andre viktige tiltak var Ansvarlig vertskap, TimeOut, Kjærlighet og Grenser, Unge & rus, Kjentmann, Flipover, PMTO og Tiltak for å lette overgangen til ungdomsskole og videregående skole (Haugesundmodellen). Utvikling av intervensjonen VÅRS underveis i prosjektperioden.
Haugesund	Hovedsatsningen Tiltak for utsatte grupper, var ikke fra menyen. Prosjektmidlene dekket to stillinger over to år i Tiltak for utsatte grupper. PMTO tok også mye av prosjektmidlene. Andre viktig tiltak var Ansvarlig vertskap, og Tiltak for å lette overgangen til ungdomsskole og videregående skole (Haugesundmodellen).
Ytre Søre Sunnmøre	Valgte bare intervensjoner fra menyen. Viktige tiltak var Ansvarlig vertskap, Olweus' program mot mobbing, Kjærlighet og grenser, Kjentmann (som de utvidet til å gjelde ikke bare rusmiddelproblemer) og tidligintervensjonsprogrammet BIRUS som de videreutviklet i løpet av prosjektperioden.
Narvik	Valgte primært tiltak fra menyen: Olweus' program mot mobbing, Unge & rus, Ansvarlig vertskap og Ansvarlig salg. Utviklet dessuten Tverrfaglig forum og tverrfaglig veiledningsteam, og etablerte lavterskeltilbudet Møteplassen i samarbeid med frivillige organisasjoner.
Nesodden	Hovedsatsning er Det flyvende korpset, et oppsøkende tiltak for utsatte grupper. Tiltaket fikk også økonomisk støtte fra Østnorsk kompetansesenter. Andre tiltak var TimeOut, Kjentmann, PMTO, og den skolebaserte intervensjonen Aktiv elev som underveis ble endret til Aktiv russ. Man forsøkte også å iverksette Ansvarlig salg.
Os	Omtrent en tredel av det totale tilskuddet gikk til Kjærlighet og grenser. Andre viktige tiltak var MOT (som ikke sto på menyen), samt Ansvarlig vertskap og Ansvarlig salg, Kjentmann, Unge & rus, og tiltaket Tidlig identifisering og tidlig intervensjon som de dels utviklet selv.

Kommunene valgte altså svært forskjellig. De tok i stor grad styringen over sine utgaver av Regionprosjektet. Av de seks tiltaksområdene, valgte halvparten, dvs. Larvik, Haugesund og Nesodden en hovedsatsning som ikke sto på menyen. De tre andre holdt seg i hovedsak til de anbefalte programmene. (For en nærmere beskrivelse av sentrale tiltak som ikke sto på menyen se appendiks 2.)

4.6.1 Erfaringer fra noen enkeltprosjekter

Det ville vært lite hensiktsmessig å gjennomgå prosessen i hvert enkelt delprosjekt i den enkelte kommune. Vi gir imidlertid eksempler fra noen av prosjektene. Denne fremstillingen baserer seg på det som er blitt lagt fram i lokale evalueringsrapporter, kommunale sluttrapporter og på erfaringskonferanser.

Kjærlighet og grenser var et nytt, omfattende og krevende program. Det ble gjennomført i Os, Herøy, Ulstein og Larvik. De fleste stedene er godt fornøyd, og alle kan trekke fram sitater fra entusiastiske foreldre, som for eksempel:

*”Det har vært med å skape et fellesskap mellom sønnen min og meg. Vi lærte å finne de rette ordene på våre og våre barns meninger. Takk for at jeg fikk være med på dette.”*¹⁴

*”Det er nesten som vi er blitt allierte. Eg synest sonen min har vekse på det. I starten var han skeptisk og syntes det var teit. No ser eg at det har blitt veldig viktig for han å sjå at vi går på foreldresamlingane.”*¹⁵

Det betyr imidlertid ikke at programmet passer for alle. I Larvik oppsummerer de at de ikke klarte å rekruttere fremmedspråklige foreldre. Det problemet observerte vi selv også da vi var til stede under foreldremøter på Ytre Søre Sunnmøre. Det er også klart at det ikke passer like godt for alle lærere. En lærer i Os uttrykte det slik:

”Kjærlighet og grenser er ikke godt nok. Pedagogikken fungerer ikke. Det er ikke helt tilpasset norske forhold, og det er alt for personavhengig. Problemstillingene passet dårlig for våre forhold. Foreldrene begynte bra, men falt fort fra. Det ble for krevende for dem. Jeg har erfaring med Lions Quest, som er mye bedre.”

Noen foreldre reagerer også negativt (Jensen 2005:22):

”Ikke alle foreldre er begeistra. Den vanlegaste innvendinga er at det er for tidkrevjande. Andre spør seg om dei egentleg treng dette: ”Er vi ikkje flinke nok som foreldre?”, spør dei, og kjenner seg gjerne undervurderte som foreldre og opplever at

¹⁴ Kilde: Sluttrapporten fra Larvik.

¹⁵ Kilde: Jensen 2005.

reiskapane som blir presentert i programmet er for banale. Nokre reagerer på at ungane på videoen verkar som eldre enn deira egne ungar.”

Foreldrenes oppslutning om det tidkrevende Kjærlighet og grenser-programmet har vært varierende. En artikkel i Rus & avhengighet oppsummerer at ni kurs i Os hadde en synkende oppslutning, mens andre steder har oppslutningen vært økende (Øiern 2006:3). En av arrangørene i Os kommenterer dette slik:

”Her ser vi fordelene og ulempene ved et foreldreid program. Skolen er en arena for kursene, men ulikt obligatorisk hjem-skole samarbeid oppfordres ikke foreldrene til å delta for skolens skyld, men for sin egen. Dermed blir opplegget følsomt for popularitetsbarometeret. Jungeltelegrafens om at dette ikke var så veldig bra, gjorde oppmøtet gradvis dårligere.”

Kjærlighet og grenser er også evaluert av Borgestadklinikken, dvs. foreldre som har deltatt har svart på et spørreskjema (Myhra 2006). Svarprosenten er lav, og svarene tyder på at programmet kan oppfattes noe forskjellig for foreldre i en by og for foreldre på landet. Noen av problemstillingene oppfattes som mindre relevante for foreldre på bygda. Samtidig har vi sett at oppslutningen har vært best i mer grisgrendte strøk. I Os rapporterte de at foreldredeltakelsen var bedre ”ute i krinsane” enn den var på Osøyri.

Unge & rus er også et omfattende program. Selv om det innebærer noen foreldremøter, stiller det ikke like store krav til foreldredeltakelse som Kjærlighet og grenser. Vi har snakket med noen av lærerne som var involvert i Unge & rus. Flere av dem var positive. En sa det slike: ”*Unge & rus hadde gode temaer, og god pedagogikk. Så dette har noe for seg.*” En annen la vekt på at elevene likte prosjektarbeidet: ”*Nettoppgavene var gode, og alle var fornøyde.*”

Men mange av lærerne finner programmet for krevende. Implementeringen går sjelden etter boka, men blir tilpasset hvor mye tid man finner at man har til rådighet. En rektor som var svært positiv da hun snakket om elevenes oppfatning av programmet, var mer i tvil når hun snakket om lærernes rolle: ”*Men lærerne klager over at de har for liten tid. Det er ikke tid for noe ekstra. For at det skal gå greit, må det inn i lærernes planer.*”

Det virket også som de økonomiske midlene som fulgte med var viktig for mange lærere. En lærer som var engasjert i 20% stilling i programmet, sa det slik:

”Her får vi faktisk penger, og en ganske stor pott også. Det har vi kunnet bruke til frikjøpe lærerne og sende dem på seminarer, til å kjøpe inn materiell, og til å lage for eksempel powerpointpresentasjoner. Vi brukte også av midlene til å lage et alkoholfritt juleball for elevene, og til å kjøpe inn en karaokemaskin.”

En annen lærer engasjert i samme program, uttrykker seg slik:

”Det er mye press på lærerne i grunnskolen, og derfor er det avgjørende at vi kan tilby hver ny lærer som trekkes inn, 8 000 kr som kompensasjon for overtid. Det er uansett attraktivt for lærerne å få komme på kurs. Problemet er at når vi har kurset de lærerne som har 7.-klassingene, så er det gjerne 7 år til de har 7.-klassinger neste gang.”

Også prosjektkoordinatorene i noen av de kommunene som har hatt Unge & rus bekrefter at dette har vært et problem: *”Mange skoler detter ut og fortsetter ikke, lærerne syntes det tok for mye tid.”* Disse lærernes synspunkter samsvarer for øvrig med hva vi tidligere har funnet i evalueringen av forebyggingsprosjekter som har basert seg på skolen som forebyggingsarena (jf. Sverdrup og Baklien 2002). En annen illustrasjon av det samme kan vi se i Larvik kommune sin sluttrapport, der de oppsummerer barrierene for gjennomføring av ART-programmet slik: *”Tid og penger og sterk økning av andre krav om å delta i fedme, trafikk, PMTO, Adhd, trygge uteplasser, grønne flagg, miljøutvalg, undersøkelser etc. For mange pålagte motstridende oppdrag.”*

Også Kjentmann fikk kommentarer fra lærere som var involvert. Flere mente at kjentmennene ble lite brukt, og at de problemene de skulle ta seg av, like gjerne kom til rådgiver eller sosiallærer. Tilsvarende oppsummeringer finner vi sluttrapporten fra Os kommune:

”I Os har vi hatt Kjentmenn på dei tre ungdomsskulane, på ungdomsklubben og på dei tre vidaregåande skulane. Desse personane har fått om lag 30 timars opplæring i regi av Stiftelsen Bergensklinikkene. Kjentmannsrolla har fungert så som så hos oss. Noko av grunnen til dette er at oppgåvene til ein Kjentmann ligg allereie hos rådgjevarane på (ungdoms-)skulane. På ungdomsskulane har dette ført til ei blanding av roller. Kvifor skal Kjentmann ha rådgjevars funksjon på dette feltet, har ein del undra seg på. Når det er sagt så har rådgjevar og Kjentmann ved fleire høve utfyllt kvarandre fint. På vidaregåande har elevinspektør tatt på seg rolla som Kjentmann – ei rolle dei eigentleg hadde på førehand. Det at dei har kalle seg Kjentmann, har vore litt forvirrande for elevane. Er det Kjentmenn eller elevinspektørar eller begge deler, og kva er skilnaden?”

Noen mente at Kjentmann var for rusfokuset: *”De elevene som har rusproblemer, de har alltid mange andre problemer også.”* I Larvik hadde de imidlertid gode erfaringer med å etablere et Kjentmannsnettverk. Alle Kjentmennene

på skolene i Larvik møttes tre ganger i semesteret, og de oppsummerer at det bidro positivt til å bedre relasjoner og samarbeid på tvers av enheter og skoler.

På Ytre Søre Sunnmøre utvidet de Kjentmann til ikke bare å gjelde rusproblemer, men heller å legge vekt på helheten for ungdom som måtte være i en vanskelig livssituasjon. De opplevde at innrapporteringen til barnevernet økte som en konsekvens av det som ble fanget opp av Kjentmennene.

Ansvarlig salg er en nyutviklet variant av Ansvarlig vertskap rettet mot butikker som selger øl og rusbrus. Hensikten er å begrense salg av alkohol til mindreårige fra butikker og å begrense langingen til mindreårige. Siden Ansvarlig salg har en klart avgrenset målsetting, som ikke overlapper med målsettingen til de andre tiltakene som inngikk i Regionprosjektet, var det mulig å effektevaluere det. Vi valgte å gjennomføre en slik evaluering på Nesodden. Planleggingsarbeidet på Nesodden startet i april 2005, og en arbeidsgruppe laget en handlingsplan og var på kurs i Ansvarlig salg. Et møte med butikkene mot slutten av 2005 ble avlyst pga. svært dårlig oppslutning. I mai 2006 ble det avholdt ett møte med butikkene (3 av 11 butikker) og Helse- og sosialutvalget. Her ble deltakerne orientert om at resultatene fra vår baselineundersøkelse, som viste at over halvparten av 18-åringene fikk kjøpt øl uten å vise legitimasjon. Flere av møtedeltakerne trodde at andelen ville vært vesentlig høyere. Høsten 2006 ble det gjennomført to aksjonskontroller ved en del av butikkene samt en løpeseddelaksjon mot langing til mindreårige mot slutten av året. Aksjonskontrollene var et samarbeid mellom kommunen, det private vaktsselskapet som driver kontroll av salgs- og skjenkesteder og politiet. Det ble avdekket ett tilfelle av salg til mindreårig som medførte inndragning av salgsbevillingen for en uke, og saken fikk stort oppslag i lokalavisen. Arbeidsgruppa som har jobbet med Ansvarlig salg på Nesodden, mente at det særlig er kontrollene som er det effektive elementet. Erfaringene med Ansvarlig salg på Nesodden var bl.a at det hadde vært vanskelig for å kommunen å få en dialog med næringen (butikkene), og at det i første fase var liten interesse blant politikerne for prosjektet. Som vi ser, tok det også svært lang tid før Ansvarlig salg nedfelte seg i konkrete tiltak som ble iverksatt.

For å oppsummere, ser vi at det er delte meninger om alle de tiltakene vi har trukket fram. Problemene som blir påpekt, har oftest sammenheng

med rammebetingelser og forutsetninger i de institusjonene som skal være kontekst for tiltakene.

4.7 Hovedpunkter

- Utformingen av Regionprosjektet foregikk på flere nivå. Det ble konkretisert av Sosial- og helsedirektoratet som hadde fått i oppdrag å styre prosjektet. Ytterligere konkretiseringer ble foretatt i de kommunene som deltok i prosjektet. Nok en konkretisering ble foretatt av aktørene på de ulike forebyggingsarenaene.
- Direktoratet utformet en meny med tolv tiltak som de anbefalte kommunene å bruke. Til tross for direktoratets vektlegging av at tiltakene skulle ha dokumentert effekt på rusmiddelbruk og skader, var det få av tiltakene på menyen som fylte dette kriteriet.
- Kommunene fikk til sammen et økonomisk tilskudd på ca. 20 millioner kroner. De ble fordelt etter innbyggertall. Det var stor variasjon mellom kommunene med hensyn til hvor stor andel av midlene som gikk direkte til forebyggingstiltak og hvor mye som gikk til kommunale koordinatører.
- Kommunene fikk faglig støtte og veiledning fra de regionale kompetansesentrene for rusmiddelspørsmål. Både omfanget av- og innholdet i denne veiledningen varierte betydelig fra sted til sted.
- I tillegg til tiltak fra direktoratets meny, valgte de fleste kommunene også andre tiltak som en del av Regionprosjektet. Noen av dem var videreføring av allerede igangsatte prosjekter. De aller fleste tiltakene var rettet mot barn og unge, og mange hadde et langsiktig perspektiv. Flere av tiltakene kom sent i gang i prosjektperioden.
- I pilotkommunenes begrunnelser for valg av forebyggingstiltak ble det først og fremst pekt på forhold som at det var enkelt å iverksette og at man hadde kjennskap til eller erfaringer med tiltaket.

5 Samspillet mellom sentrale og lokale aktører

I kapittel 3 beskrev vi organiseringen av Regionprosjektet på sentralt og lokalt nivå, og la vekt på at de tre viktigste aktørene var: - Sosial- og helsedirektoratet og deres prosjektleder, - styringsgruppa, som besto av representanter fra de regionale kompetansesentrene for rusmiddel-spørsmål, og sist, men ikke minst; - pilotkommunene. Utviklingen og konkretiseringen av prosjektet var imidlertid ikke bare avhengig av organisasjon, posisjoner og personer, men også i høy grad av forholdet *mellom* aktørene, hvordan de kommuniserte og hvordan de oppfattet hverandre. Dette kapitlet vil beskrive hva som preget relasjonene, og hvordan relasjonene igjen preget prosjektet. Hovedfokuset vil være på hvordan det tok seg ut sett fra pilotkommunene og kompetansesentrene sin side. Der var det mange personer involvert, og vi har mange informanter som har gitt hver sine fortellinger om hva som skjedde og hvordan de oppfattet det. Vi forsøker imidlertid også å få med Sosial- og helsedirektoratets blikk på prosessen.

5.1 Pilotkommunenes relasjoner til det sentrale nivået

Som vi har vært inne på i forrige kapittel om den lange veien fra handlingsplan til handling, skjedde det mye i relasjonen mellom pilotkommunene og det sentrale nivået før en eneste intervensjon var igangsatt i noen kommune. I tiden fra kommunene ble plukket ut som deltakere i prosjektet i desember 2003 og fram til alle prosjektplanene var godkjent og kommunene kunne komme i gang ut på høsten 2004, var det mye kommunikasjon mellom kommunene og direktoratet. I noen tilfeller dreide det seg om selve utformingen av prosjektplanen. Et par kommuner reagerte svært negativt på at de fikk sin prosjektplan i retur, med røde markeringer av hva som burde endres. Flere av planene gikk fram og tilbake mellom kommunen og direktoratet flere ganger, og for noen av kommunene var det også møter med enten den lokale styringsgruppelederen – dvs. ordføreren, og/eller den lokale prosjektkoordinator. Dette var møter der de lokale aktørene opplevde at de ble ”kalt inn på teppet” i direktoratet for å forsvare og begrunne de valgene de hadde gjort. Enkelte av dem bruker ganske sterke ord og kaller direktoratets styring for maktmisbruk. Andre uttrykker seg mer forsiktig. En ordfører sier at ”*jeg kom litt i stuss*”.

Noen kommuner brukte også prosjektplanene til å gi beskjeder til direktoratet. For eksempel ville de fire kommunene på Ytre Søre Sunnmøre at Regionprosjektet skulle sette SLT-koordinering (samordning av lokale kriminalitetsforebyggende tiltak) på dagsorden. De argumenterte slik i sin prosjektplan (side 18), uten at det fikk noen konsekvenser for verken lokalt SLT-arbeid eller for sentralt samarbeid med Det kriminalitetsforebyggende råd:

”Ein SLT-koordinator vil etter at prosjektperioden er over kunne vidareføre mykje av den kompetansen og arbeidet vi nå startar opp gjennom pilotprosjektet. Vi meiner at Sosial og helsedirektoratet i eit så omfattande pilotprosjekt burde ha gått inn i eit samarbeid med Det Kriminalforebyggande råd (KRÅD). Dette ville, slik vi ser det, vore beilt naturleg då grensene mellom våre målgrupper kryssar kvarandre kontinuerleg, og at ein då kunne sett nærare på sambanden mellom rusåtferd og kriminalitetsauken i lokalsamfunna.”

I all hovudsak dreide kommunikasjonen fra direktoratet til kommunene i denne tidlige fasen seg om tre saker:

- Budsjettmessige saker, der man ønsket en synliggjøring av kommunenes egen innsats, samt at budsjettet skulle avspeile det økonomiske tilskuddet som kommunen på det tidspunktet var blitt tildelt.
- Valget av kommunal koordinator, der man var opptatt av at de skulle velge en som allerede var ansatt i kommunen, bl.a. fordi det ble forventet at det ville øke sjansen for at kompetansen forble i kommunen når Regionprosjektet var over.
- Valg av intervensjoner, der vi allerede har beskrevet hvordan kommunene forhandlet med direktoratet om å kunne bruke av den økonomiske støtten til tiltak og programmer som ikke sto på menyen.

Mens holdningen i pilotkommunene først var preget av stolthet og entusiasme da de ble utvalgt, førte denne prosessen med direktoratet etter hvert til atskillig frustrasjon. En ordfører som leder styringsgruppa i en av kommunene sier det slik:

”Det går ikkje an å skjønne denne prosessen på noen annan måte enn at direktoratet totalt mangler tillit til oss på lokalplanet. De ser på oss i kommunene som amatører som bare er med for å grave til oss pengar, og de lytter overhodet ikkje til oss.”

Den lokale koordinatoren i samme kommune er enda mer direkte i sin dom:

”Vi er så lei av disse programmene som kommer ovenfra. Det gir oss litt sånn u-landsfølelse. De skal sende oss penger og kompetanse og tror at vi er helt underutviklet. Intensjonene i Handlingsplanen var bra, men de er skuslet bort.”

Alle kommunene opplevde kommunikasjonen med direktoratet som mindre god i denne fasen, om enn i noe varierende grad. Den lokale koordinatoren som er sitert ovenfor, ønsket seg mer selvstyre, og opplevde innblanding som en forsinkelse av noe han gjerne ville komme i gang med raskt. En annen lokal koordinator sier det slik:

”Direktoratet har vært den viktigste bremseklossen. Ut fra hva som ble sagt på oppstartskonferansen hadde vi forventet mye mer sentral styring. Vi burde hatt mye mer direkte kontakt i opp-og-gå fasen. Jeg skrev et brev til direktoratet og ba om et møte, men fikk bare beskjed om at kontakten skulle gå gjennom kompetansesenteret. En ting er nå at vi kastet bort tid på å skjønne at vi var overlatt til oss selv, men direktoratet har også slumset vekk en gylden sjanse til å bli bedre kjent med kommune-Norge.”

Den vanskelige kommunikasjonen og frustrasjonen i de fleste pilotkommunene, preget også det vi kan kalle mellomfasen, altså etter at planene var godkjent og kommunene var i gang med sine prosjekter. På et seminar der de kommunale koordinatorene skulle møte hverandre, arbeidsgruppa og den sentrale prosjektlederen i februar 2005, kom det fram at kommunene hadde mangelfull informasjon og til dels også helt ulike oppfatninger om sentrale dimensjoner ved prosjektet:

- Hvor lenge skal prosjektet vare, hva er tidsrammen?
- Hvor mye penger har de egentlig til rådighet?
- Hva er det de skal gjøre, i hvilken grad er de pålagt å holde seg til menyen, og i hvilken grad kan de velge selv?

For flere av pilotkommunene kom det dessuten som en overraskelse at de ikke fikk det nære forholdet til direktoratet som de hadde ventet seg. En av ordførerene sa det slik i intervju:

”I utgangspunktet oppfattet vi prosjektet som et partnerskap, og slik ble det jo ikke. Vi så på dette som et dialogprosjekt der vi skulle samarbeide, og så ble det til et oppdrag. Vi ble utførere, ikke samarbeidspartnere. Da det gikk opp for oss, forsvant noe av entusiasmen vår. Det låste seg litt, og vi ble nok litt sta og trassige.”

Den kommunale prosjektlederen i en annen kommune uttrykte seg på nesten samme måte:

”Vi oppfattet tidlig signaler om at dette skulle være et samarbeid med direktoratet. Det ble det jo slett ikke. Vi trodde de skulle være mer involvert, mens de faktisk er veldig perifer. Og de vet ikke hva som foregår i kommunene. De burde vist at de var interessert, kanskje reist litt rundt.”

Andre lokale koordinatorene sa omtrent det samme i februar 2005:

”Direktoratet er for fjerne. Vi føler oss ikke som del av et større prosjekt.”

”De er ikke interessert i hva vi holder på med der ute. Det er ingen nysgjerrighet, og de ser ikke at vi har ulike behov. Det virker som direktoratet tror at en kommune er en kommune er en kommune.”

Det kan kanskje virke som et paradoks at de samme informantene både klager over for mye innblanding fra sentralt hold, samtidig som de mener at direktoratet er for fjerne og viser for liten interesse. Ser vi på ordene de bruker, virker det som dette dreier seg om forskjellen mellom instruering og dialog. De lokale koordinatorene og deres samarbeidspartnere i kommunene opplevde at de hadde en kompetanse som ble lite verdsatt av direktoratet, først og fremst på hvordan en kommune fungerer, men og på forebyggende arbeid og kanskje særlig på hva som var behovene i akkurat deres kommune.

Kommunikasjonssituasjonen var også preget av at arbeidsgruppa fungerte som filter i kanalen mellom direktoratet og pilotkommunene. Dette stilte svært store krav til klarhet og entydighet i de signalene som ble sendt ut fra direktoratet, og ved mange anledninger var det neppe tilstrekkelig klarhet. I hvert fall var det, som vi har sett, ulikheter i hva kommunene oppfattet, både om tidsrammer, penger og handlingsrom for øvrig. Arbeidsgruppa var også et filter for den kommunikasjonen som gikk andre veien, fra pilotkommunene til direktoratet. Det er liten tvil om at arbeidsgruppas medlemmer fra kompetansesentrene fungerte forskjellig i denne filterrollen. Kompetansesentrenes representanter hadde imidlertid også sin egen relasjon til prosjektet, til den sentrale prosjektlederen og til direktoratet.

For å oppsummere, er det mye som tyder på at denne relasjonen var lite preget av det Holder og Reynolds kaller respektfullt partnerskap i lokalt, rusmiddelforebyggende arbeid, i hvert fall var det ikke slik det tok seg ut

sett fra det lokale nivået (Holder og Reynolds 1998). Deres drøfting dreier seg primært om forskeres relasjon til det lokale, iverksettende nivået, men er også relevant her idet de legger vekt på ekspertisens manglende erfaring med lokale prioriteringer og prosesser, og med den lokale kulturen. I Regionprosjektet bør nok de relasjonene vi her har beskrevet, sees som en konsekvens av styringsstrukturen (jf. kapittel 3). I kapittel 9 og 10 kommer vi tilbake til erfaringene med denne styringsstrukturen, og de virkningene relasjonene har hatt for utviklingen av prosjektet.

5.2 Kompetansesentrene relasjoner til det sentrale nivået

Også arbeidsgruppas kommunikasjon med prosjektledelsen i direktoratet var utydelig, særlig i mellomfasen. Samhandlingen mellom de ulike nivåene ble filtrert og i en viss grad hindret. Det var ofte uenigheter og ganske høy temperatur på arbeidsgruppemøtene. Konfliktlinjene var mange, og ofte gikk de mellom representantene fra kompetansesentrene på den ene siden, og Sosial- og helsedirektoratet på den andre. Relasjonen ble også preget av at flere av arbeidsgruppas medlemmer opplevde at de hadde mer kompetanse og erfaring enn direktoratets representant, og de lot seg ikke alltid styre. Som en av dem sa i et arbeidsgruppemøte: *”Vi hører hva dere sier, og så gjør vi det på vår måte.”*

I intervjuene med arbeidsgruppas medlemmer ble det enda tydeligere at de fleste av dem opplevde direktoratet som en instans som forsøkte å overprøve kompetansesentrene kompetanse, samtidig som direktoratet manglet kompetanse selv. De to sitatene nedenfor er ganske typiske:

”Vi er aldri lojale til direktoratet. Vår lojalitet ligger hos kommunen og det har det aldri vært noen tvil om. Direktoratet har oppført seg som et overkompetansesenter. De strever med å styre noe de egentlig ikke kan eller vet noe om. Men vi har fått god støtte blant de andre i arbeidsgruppa.”

”Direktoratet har taklet styringen av Regionprosjektet uhyre slett. Det har vært tull fra ende til annen, ikke minst med referater, milepælsrapporter og lignende. Og det har vært uendelige diskusjoner som man aldri har kommet noen vei med. Her har det vært mye bortkastet tid. I alt for stor grad har veien for Regionprosjektet blitt til mens man har gått.”

Kommunikasjonen fra kommunene, via arbeidsgruppas medlemmer og inn til direktoratet bygget på noen viktige forutsetninger som nok ikke alltid var oppfylt. De faglige kontaktene fra kompetansesentrene skulle

oppfange kommunens og den kommunale koordinatorens signaler og behov, og deretter bringe dem videre til arbeidsgruppa og dermed også til direktoratets ører og øyne. I praksis ble denne kommunikasjonen svært prosjektbasert. Når medlemmene skulle gjennomgå forholdene i sin kommune for arbeidsgruppa, ble det så å si alltid til en presentasjon av hvordan det sto til med ett for ett av kommunens delprosjekter. Den helheten disse delprosjektene utgjorde, og de kommunale rammebetingelsene som i en viss grad gav handlingsrommet for gjennomføringen, ble enten utelatt, eller ble til bisetninger i presentasjonen av enkeltprosjekters status. Dette kan skyldes at det var den typen tilbakemeldinger direktoratet inviterte til. Men det kan også skyldes at det er den type basiskunnskap de kompetansesenteransatte har. Deres kompetanse dreier seg om rusfeltet og om forebygging, og i mindre grad om de kommunale rammebetingelsene. Det er også et spørsmål om hva pilotkommunene ønsket å formidle.

Kompetansesentrenes rolle ble også vanskeliggjort av at det var uklart hvilken kommunikasjon som skulle gå gjennom dem, og hva som kunne gå direkte mellom pilotkommunen og direktoratet. Kommunene oppfattet åpenheten i kommunikasjonskanalene forskjellig. Noen sa at de hadde fått beskjed om at de alltid skulle gå via sitt kompetansesenter. Andre kommunale prosjektkoordinatorer gikk litt hit og dit, ut fra hvor de mente at de kunne få støtte. Et av arbeidsgruppas medlemmer sa dette om sin kommune: *”Det virker om den kommunale prosjektlederen sier noe til oss, og noe annet til direktoratet.”*

Regionprosjektets slutfase representerte en litt roligere periode, både i arbeidsgruppa og særlig ute i pilotkommunene. Fokus var nå forankring, videreføring og erfaringsspredning. Arbeidet i denne fasen ble likevel preget av direktoratets prosjektleder sluttet og ble erstattet med en annen. Flere av arbeidsgruppas medlemmer uttrykte dessuten at de opplevde direktoratet som mer lyttende og mindre ”ovenfra og nedad-styrende” sammenliknet med tidligere faser. *”Vi har fått en dialogform som er mye bedre enn før”*, sa en av dem.

Men selv om prosessen i arbeidsgruppa gled lettere, var flere misfornøyd med direktoratets satsning i slutfasen, og uttrykte at de ikke visste hva de skulle formidle tilbake til sine kommuner. Et par sitater fra arbeidsgruppas medlemmer kan illustrere denne misnøyen:

”Vi trenger en avslutningsfase med godt grep, der direktoratet er tett på kommunene. Vi må gjøre dette ordentlig helt ut. Vi må følge kommunene tettere i slutfasen.”

”Vi føler oss litt lurt. Direktoratet har startet opp noe, og ser ikke ut til å ta noe ansvar for videreføringen.”

”Prover direktoratet nå å legge ballen død? Dette er for utydelig. Og hva er departementets rolle oppi dette? Sitter direktoratet og venter på en ny handlingsplan eller andre signaler fra departementet? Direktoratet må være tydeligere og vise mer ansikt. Det er jo direktoratet som er vår oppdragsgiver.”

Det var med andre ord en del frustrasjon i arbeidsgruppa også i slutfasen. Mye var knyttet til hvordan de skulle avslutte prosjektet i sine kommuner, og til planleggingen og organiseringen av en sluttkonferanse. Det kom tydelig fram at arbeidsgruppa først og fremst var praktisk rettet. Dessuten kom de til arbeidsgruppemøtene med forventninger fra sine kommuner, og det var de som skulle melde tilbake til kommunene hvordan direktoratet møtte disse forventningene. Som en av dem sa på et gruppemøte: *”Kommunene forventer at kompetansesentrene skal avklare dette nå. Hvilke beskjeder skal kommunene og fylkesmennene få nå?”*

Noe frustrasjon var også knyttet til at kompetansesentrene forholdt seg forskjellig til arbeidsgruppa i denne fasen. Ett av kompetansesentrene var av ulike grunner representert på få av møtene det siste året, og det førte til ganske sterke reaksjoner fra de andre medlemmene. Noen av kompetansesentrene sendte en vararepresentant til arbeidsgruppa dersom den ordinære kontakten var syk eller ikke kunne delta av andre grunner. Andre lot være å møte. Noen arbeidsgruppemedlemmer brukte ord som *tjenesteforsømmelse* om dette, andre understreket betydningen av at arbeidet med Regionprosjektet måtte være et lagspill fra kompetansesentrenes side.

For å oppsummere var kompetansesentrenes og arbeidsgruppemedlemmenes relasjoner til direktoratet som det sentrale nivået preget både av en viss misnøye og av utålmodighet gjennom hele prosessen. De ønsket å få ting gjort, og de ble stresset og frustrert når de opplevde hindringer. I et seinere kapittel kommer vi tilbake hvilke virkninger dette hadde på utviklingen av prosjektet.

5.3 Uklar kommunikasjon – direktoratets reaksjon

Både pilotkommunene og kompetansesentrene var med andre ord temmelig kritiske til direktoratet og deres håndtering av Regionprosjektet. Selv om kritikken hadde ulikt grunnlag, var den til stede i alle faser av prosjektet. Problemene ble også fanget opp av direktoratet, og i september 2004 laget den sentrale prosjektlederen et notat, *Status og beslutningsgrunnlag for Regionprosjektet*. Under overskriften *Roller*, oppsummeres det at det er behov for en forbedring både av organiseringen og av informasjonsstrømmen:

”Det er først og fremst behov for å endre og tydeliggjøre rollene i prosjektet. Flere av kommunene har henvendt seg direkte til sdir med spørsmål om intervensjoner, milepalsplaner, prosjektplaner og budsjett. Dette har igjen ført til at det har vært kommunikasjon i flere kanaler mellom sdir, kompetansesentrene og pilotkommuner. Sosial- og helsedirektoratets innledende rolle bør endres og den koordinerende funksjonen styrkes. Gjennom dette tydeliggjøres den koordinerende funksjonen til sdir, samt at kompetansesentrenes og fagpersonenes rolle og ansvar blir klarere. Dette innebærer at videre i prosjektet går all kommunikasjon fra kommunene til arbeidsgruppas representanter ved kompetansesentrene og derfra evt videre til sdirs koordinator, med mindre annet er avtalt. Dette for å klargjøre ansvar, roller og unngå unødvendige og ubehagelige ”looper” i arbeidet. Dette vil innebære at kompetansen som arbeidsgruppas medlemmer har, benyttes mer hensiktsmessig.”

Kommunikasjonsprinsippene som uttrykkes i notatet er tydelige nok. De ble imidlertid i liten grad fulgt opp i praksis. Da pilotkommunene møtte hverandre og arbeidsgruppa til seminar et knapt halvår seinere, i februar 2005, viste det seg at mens noen lokale koordinatorene hadde ganske hyppig kontakt med den sentrale prosjektlederen, var det andre som aldri henvendte seg til ham. Kommunene uttrykte seg kritisk til direktoratet og den sentrale prosjektlederens rolle. Sitatene nedenfor kommer fra forskjellige kommunale koordinatorene.

”De vet ikke hva som skjer ute i kommunene, og vi får kjeft hvis vi tar en telefon direkte. Jeg har ofte tenkt: Gud, skal jeg tørre å ringe....”

”Hos oss har vi absolutt ingen kontakt med sentral prosjektleder eller med direktoratet. De er på en måte definert ut av vårt prosjekt.”

Da kommunene konfronterte direktoratets prosjektleder med denne kritikken på seminaret, svarte han slik: *”Men mitt mål er jo at dere skal kunne ringe til meg når som helst og hvor som helst.”*

5.4 Det sentrale nivåets relasjon til de lokale aktørene

Kritikken fra pilotkommunene og fra arbeidsgruppas medlemmer var også et tema i våre intervjuer med direktoratets prosjektledelse, og ble på ingen måte avvist av informantene. Tvert i mot gjentar de flere ganger at ”vi burde vært tydeligere, det var uklart kommunikasjon” og ”vi var ikke klare nok” når det gjelder direktoratets kommunikasjon med kommunene. Samtidig skyver de en del av ansvaret for utydeligheten over på departementet og på politisk ledelse: ”Statsråd Schou skapte forventninger, bl.a. i Haugesund, som direktoratet fikk store problemer med å følge opp.” Det er for øvrig interessant at mens kommunene og kompetansesentrene forholder seg til og tenker på direktoratet som det sentrale nivået, framstiller direktoratet seg som i en vanskelig mellomposisjon mellom departementet og praksisfeltet. I dette perspektivet blir direktoratet et implementerende mellomledd. De er også opptatt av at de skal være en fagetat, og mener at departementet har urealistiske forventninger til direktoratet.

For øvrig er det mye som tyder på at det sentrale nivåets relasjon til pilotkommunene, og dermed også til arbeidsgruppas medlemmer, forandret seg underveis. Som vi har sett var oppfølgingen i de tidlige fasene ganske tett; ordførere og lokale prosjektkoordinatorer ble ”innkalt på teppet”. Til tross for at de fleste kommunene endte opp med å gjøre som de ville, foregikk det tydelige forsøk på styring både av hva de skulle gjøre og hvordan de skulle gjøre det. I de seinere fasene av prosjektet var dette annerledes. Handlingsrommet, både lokalt og i arbeidsgruppa, økte. For så vidt er det typisk at mens prosjektplanene fra pilotkommunene ble nøye gjennomgått og førte til korrigerende tilbakemeldinger fra sentralt hold, fikk ikke kommunenes sluttrapper en tilsvarende behandling. Sluttrapperne var svært varierende både i kvalitet og omfang. Mens noen gjorde nøye greie for måloppnåelse, forankring og videreføring, samt hindringer og suksesser for hvert enkelt kommunale delprosjekt, hadde andre sluttrapper ingen erfaringsoppsummering, men bare en kort oppstilling av intervensjoner, en liste som kunne vært klippet ut av den oversikten som var gitt i prosjektplanen noen år tidligere. Men ingen av kommunene fikk tilbakemeldinger på rapportene.

Nå er det selvfølgelig en forskjell på en prosjektplan og en sluttrapport. Den første har, i motsetning til den siste, klare konsekvenser for handling. Man kan likevel undre seg over at direktoratet ikke var mer interessert i hvilke erfaringer kommunene hadde gjort. Særlig gjelder det hvis vi går tilbake til intensjonene med prosjektet. For eksempel uttalte daværende

divisjonsdirektør Gunn Elin Bjørneboe i direktoratet seg slik da hun snakket til pilotkommunene under prosjektets oppstartskonferanse:

”Dere skal viser veien fremover når det gjelder forebygging i landet.... Sammen skal vi utvikle framtidens rusforebygging.”

Det sentrale nivåets relasjonen til kommunene kjennetegnes også av at det i all hovedsak går gjennom en person, direktoratets sentrale prosjektleder. Naturlig nok endret hans situasjon seg når den relativt stramme styringen ble erstattet av et noe romsligere grep. I kapittel 10 kommer vi tilbake til de erfaringer som er gjort med hensyn til personfaktorens betydning.

5.5 Oppsummering

Samspillet mellom sentrale og lokale aktører var preget av uklarheter og konflikter stort sett gjennom hele Regionprosjektet. Slik sett kan man si at måloppnåelsen var mangelfull i forhold intensjonen uttrykt i Regjeringens handlingsplan (side 26):

”Pilotprosjektet skal ha som et klart siktemål å utvikle god arbeidsfordeling og gode samarbeidsrelasjoner og samordningsverktøy vertikalt mellom ulike forvaltnings- og organisasjonsnivåer og horisontalt mellom ulike lokale aktører.”

Samtidig er det viktig å få fram at det parallelt med konfliktene og frustrasjonen, eksisterte mye entusiasme og pågangsmot på alle nivåer i prosjektet. Når lokale aktører i blant var oppgitt over uklare – eller i noen tilfeller utsettende eller overstyrende signaler fra direktoratet, var det nettopp fordi de hadde et sterkt ønske om å komme i gang, og om å gjennomføre tiltak som de hadde stor tro på. Dessuten var det et stort antall aktører involvert, og det er grunn til å understreke at frustrasjonen var ulikt fordelt. Det skyldes for det første at et par kommuner hadde en mer problemfri kommunikasjon med det sentrale nivået enn andre. For det andre har reaksjonene sammenheng med hvilke forventninger kommunene hadde da de gikk inn i prosjektet, og selvfølgelig også med personfaktoren. Der noen lot seg hisse opp over det de oppfattet som overstyring fra direktoratets side, oppfattet andre det som nyttige tilbakemeldinger. Der noen var godt fornøyd med muligheten til å utforme sitt eget prosjekt uten for mye innblanding, klaget andre over at de ble overlatt til seg selv. Men selv om bildet er sammensatt, er innslaget av konflikt og frustrasjon så vidt tydelig at det kan ikke underslås. Dels hadde nok problemene sin rot i Regionprosjektets spesielle styringsstruktur og

kommunikasjonsstruktur. Dels kan de knyttes til skillet mellom beslutningsarenaen og iverksettingsarenaen, et skille som mange mener utgjør en kløft som preger både kommunikasjonen og iverksettingen (jf. Lindensjö og Lundgren 1986 og 2000). I denne sammenhengen er det viktig å minne om at det er ikke uvanlig med vanskelig og konfliktfylt kommunikasjon mellom nivåene i prosjekter som initieres sentralt og iverksettes lokalt (jf. f.eks. Baklien 1996 og 1998).

5.6 Hovedpunkter

- Direktoratets styring av prosjektet var sterk og detaljorientert i oppstartsfasen, noe som førte til frustrasjon og opposisjon både i de fleste pilotkommunene og blant medlemmer av arbeidsgruppa.
- Samtidig var kommunikasjonen fra det sentrale til det lokale nivået preget av uklarhet. Så seint som i februar 2005 hadde pilotkommunene ulike oppfatninger om prosjektets tidsramme, hvor mye penger de hadde til rådighet, og om hvilket handlingsrom de hadde for valg av lokale intervensjoner.
- Medlemmene av arbeidsgruppa var også formidlingskanal for kommunikasjon mellom det sentrale og det lokale nivået. Kommunikasjonen fokuserte i hovedsak på intervensjoner og prosjekter, og lite på rammebetingelsene.
- Kompetansesentrene og arbeidsgruppemedlemmenes relasjoner til det sentrale nivået var preget både av en viss misnøye og av utålmodighet gjennom hele prosessen. De ønsket å få ting gjort, og de ble stresset og frustrert når de opplevde hindringer.
- Direktoratets oppmerksomhet og styring avtok mye i løpet av prosessen. Dette hadde også betydning for situasjonen til direktoratets sentrale prosjektleder.
- Når innslaget av konflikt og frustrasjon var så vidt tydelig i relasjonene mellom det lokale og det sentrale nivået i prosjektet, hadde det trolig sin rot i hvordan styring, beslutningsmyndighet og kommunikasjon var organisert. Det er for øvrig ikke uvanlig med vanskelig og konfliktfylt kommunikasjon mellom nivåene i prosjekter som initieres sentralt og iverksettes lokalt.

6 Effekter: Rusmiddelbruk, problemer og tilgjengelighet

De tre følgende kapitlene er i sin helhet viet effektevalueringen av Regionprosjektet. I dette kapitlet vil de viktigste resultatene bli presentert, mens funn fra analyser av mindre sentrale utfallsmål vil bli lagt fram i kapittel 7. I kapittel 8 vil vi oppsummere hovedresultatene og rette søkelyset mot begrensninger ved de undersøkelsene som ligger til grunn for analysene.

Vi starter dette kapitlet med å gjøre rede for de analysestrategiene og statistiske metodene som vi har benyttet. Deretter presenterer vi forskningsfunn som belyser følgende spørsmål:

- Er det holdepunkter for at Regionprosjektet bidro til redusert rusmiddelbruk, færre alkoholrelaterte problemer og større begrensninger i mindreårige ungdommers tilgang på alkohol? Eller var det ingen klare og entydige effekter av forebyggingsprosjektet i så henseende?
- Er det eventuelt noe som kan tyde på at Regionprosjektet virket mot sin hensikt – slik enkelte tidligere evalueringer av rusforebyggende tiltak faktisk har avdekket (se Foxcroft m.fl. 2003)?

Vi har tidligere påpekt at kommunene i Regionprosjektet i liten grad benyttet tiltak med dokumenterte effekter på målgruppens rusmiddelbruk (kap. 4). Utgangspunktet for effektevalueringen har imidlertid vært at det likevel kan tenkes at innsatsen *samlet sett* ga uttelling – for eksempel som følge av gunstige synergieffekter.

Det er ellers viktig å ha klart for seg at det sentrale stikkordet, både for vår effektevaluering og for andre, liknende undersøkelser, er *sannsynliggjøring* og ikke bevisførsel. Hvis det for eksempel skulle vise seg at alkoholkonsumet i Regionprosjektets pilotkommuner, i *større* grad enn i kontrollkommunene, endret seg i ønsket retning, så gir det et holdepunkt for at prosjektet kan ha hatt effekt. Men helt sikker kan man ikke være. I prinsippet er det blant annet mulig at *andre* forhold i pilotkommunene, enn at de har deltatt i Regionprosjektet, har hatt noe å si. Tilsvarende kan vi ikke fastslå med sikkerhet at innsatsen har virket mot sin hensikt dersom det skulle vise seg at pilotkommunene kommer dårligere ut enn kontrollkommunene.

6.1 Analysestrategier og statistiske metoder

I analysene har vi gjennomgående sammenliknet funn fra undersøkelser som fant sted *før* og *etter* iverksetting av tiltak. En slik ”før/etter”-tilnærming er imidlertid ikke nok for å kunne sannsynliggjøre om den rusforebyggende innsatsen ga ønsket avkastning. Hvis vi for eksempel hadde funnet at ungdom i pilotkommunene drakk mindre alkohol i etterkant av Regionprosjektet enn de gjorde før det startet opp, så kan vi ikke trekke noen konklusjoner før vi vet om også ungdom i kommuner *utenfor* Regionprosjektet var blitt mindre drikkfeldige i samme periode. Nettopp derfor innhentet vi data fra slike utenforstående kommuner (dvs. kontrollkommuner), og inkluderte dem i analysene.

Mer konkret har vi gått til verks på følgende måte: Først analyserte vi ulike utfallsmål for å undersøke om rusmiddelsituasjonen i henholdsvis pilot- og kontrollkommunene var forskjellig før og etter iverksetting av Regionprosjektet. Vi gikk videre med de respektive resultatene for å finne ut om pilot- og kontrollkommunene hadde forandret seg på ulikt vis, eller om utviklingen var omtrent den samme begge steder. Strategien var med andre ord å avdekke eventuelle *forskjeller i endringer over tid* – mellom kommuner som deltok i Regionprosjektet og kommuner som ikke gjorde det.

I alle analysene som er presentert, har vi undersøkt om de ovennevnte forskjellene i endringer over tid skyldes statistiske tilfeldigheter, eller om de med høy grad av sannsynlighet reflekterte reelle forskjeller. Når signifikanstesten for eksempel viser at p (probability = sannsynlighet) er $<0,05$, så betyr det at det er mindre enn 5% sannsynlighet for at de observerte forskjellene mellom pilot- og kontrollkommunene skyldes slump og tilfeldigheter. *Hvorfor* enkelte funn er statistisk signifikante, er imidlertid et tolknings spørsmål. Det *kan* bety at Regionprosjektet har hatt noe å si, men det kan også gjenspeile helt andre forhold.

Det er en kjent sak at gutter bruker mer rusmidler enn jenter, og at de eldste tenåringene har langt mer erfaring med rusmidler enn de yngste. Tidlige analyser av materialet fra skoleundersøkelsene avdekket at pilot- og kontrollkommunene hadde litt ulik alders- og kjønns sammensetning, og det tok vi hensyn til når vi testet om forskjellene i endringer mellom pilot- og kontrollkommunene var statistisk signifikant. Nærmere bestemt anvendte vi multivariate lineære regresjonsanalyser der vi kontrollerte for respondentenes kjønn og alder. Tallene for andeler og gjennomsnitt som inngår i tabellene, er imidlertid ikke justert for dette.

I analysene av skoleundersøkelsene har vi kun inkludert data fra den første (T1; 2004) og den siste (T2; 2006) undersøkelsesrunden (se kap 2.). Vi bearbeidet dette datamaterialet slik at det ikke lenger var den enkelte elev som utgjorde analyseenheten, men i stedet aggregerte tall på klassetrinnsnivå. Det vil for eksempel si at alle 8. klassinger på samme skole utgjorde *en* enhet i analysene – på samme måte som for eksempel alle 8. klassingene på en annen skole. I alt inkluderte datamaterialet 236 analyseenheter fordelt på 82 skoler. For hver enhet hadde vi aggregerte data i form av gjennomsnitt på frekvensfordelinger (f.eks. gjennomsnittlig drikkefrekvens siste år) eller andeler (f.eks. andelen som hadde drukket alkohol siste år) både for T1 og T2. Analyseenheter ble vektet proporsjonalt med antall elever, slik at et klassetrinn med mange elever fikk større betydning enn et trinn med få elever. Bakgrunnen for å anvende aggregerte data, framfor data på individnivå, var at analyseenheter i større grad ville reflektere enhetene for intervusjonene: For det var i all hovedsak skoleklasser som var gjenstand for mange av tiltakene, ikke én og én elev.

Følgende mal er blitt benyttet i samtlige tabellpresentasjoner:

Pilotkommuner			Kontrollkommuner			Forskjell pilot/ kontroll
T1	T2	T2-T1	T1	T2	T2-T1	

Som vi ser, vil funn fra pilot- og kontrollkommune fra både T1 (2004) og T2 (2006) bli presentert. For begge kommunekategoriene vil dessuten differensen mellom resultatene fra de to tidspunktene (T2-T1) bli oppgitt i absolutte tall. De resultatene som er av betydning for effektevalueringen, befinner seg i kolonnen lengst til høyre ("Forskjell pilot/kontroll"). Der vil det framgå om det var forskjeller mellom pilot- og kontrollkommunene med hensyn til endringer over tid. Hvis disse forskjellene er statistisk signifikante ($p < 0,05$ eller lavere), så gir det en indikasjon for at Regionprosjektet *kan* ha hatt noe å si – enten i positiv eller i negativ retning. Det som betyr mest er imidlertid ikke om ulike enkeltresultater er signifikante eller ei, men om det samlet sett avtegner seg et entydig mønster av funn. Hvis resultatene derimot spriker, er det mest sannsynlig at Regionprosjektet ikke har gitt ønsket avkastning.

Med noen få unntak inkluderer analysene alle som deltok i skoleundersøkelsene (dvs. både elever på ungdomstrinnet og på videregående skoler). I tilfeller der det var grunn til å anta at endringene i bestemte

utfallsmål var større for noen klassetrinn enn for de andre, tok vi *i tillegg* ut de aktuelle klassetrinnene og studerte dem separat. Da vi studerte endringer i kjøp av alkohol på salgs- og skjenkesteder, så vi for eksempel spesielt på elevene på de to første trinnene på videregående skole (dvs. 16-17-åringer) – som etter alt å dømme er den elevgruppen som ville ha blitt mest influert av tiltak som hadde å gjøre med salg av alkohol til mindreårige (dersom de ga effekt).

Vi har gjennomgående benyttet *tverrsnittsanalyser* for å avdekke forskjeller i endringer mellom pilot- og kontrollkommunene. Det vil si at vi har sammenlignet like gamle elevgrupper på hhv. T1 og T2, for eksempel 8. klasse på T1 og 8. klasser på T2. Vi har også foretatt en rekke *kohort-analyser*. I vårt tilfelle innebar det at vi analyserte endringer over tid innen det samme elevkullet (kohorten). Vi har for eksempel studert endringer i alkoholbruk blant dem som gikk i 8. klasse på T1 og i 10. klasse på T2. Kohortanalyser innebar dermed at vi langt på vei fulgte de samme ungdommene over tid.

6.2 Alkoholbruk

Vi starter med å undersøke om det har vært noen endringer fra T1 til T2 i andelen unge som har begynt å drikke alkohol, og i andelen som har drukket og vært fulle i løpet av det siste året. I disse analysene inkluderte vi bare ungdomsskoleelever – fordi fokus i forebyggende sammenheng først og fremst har vært rettet mot *tidlig* debut med alkohol. Øverst i tabell 6.1 ser vi at andelen som hadde drukket alkohol noen gang var omtrent like store på T1 som på T2 – både i pilot- og kontrollkommunene. Endringene over tid var med andre ord ubetydelige, og i kolonnen helt til høyre i tabellen framgår det at forskjellen mellom pilot- og kontrollkommunene i så henseende ikke var statistisk signifikant. Analysene ga med andre ord ingen holdepunkter for å anta at Regionprosjektet hadde bidratt til å utsette de unges alkoholdebut i løpet av den tidsperioden som vi studerte. Heller ikke de øvrige analysene presentert i tabell 6.1 – av det å noen gang ha vært beruset, og av drikking og alkoholberuselse siste år, avdekket noen signifikante forskjeller i endringer over tid mellom pilot- og kontrollkommunene.

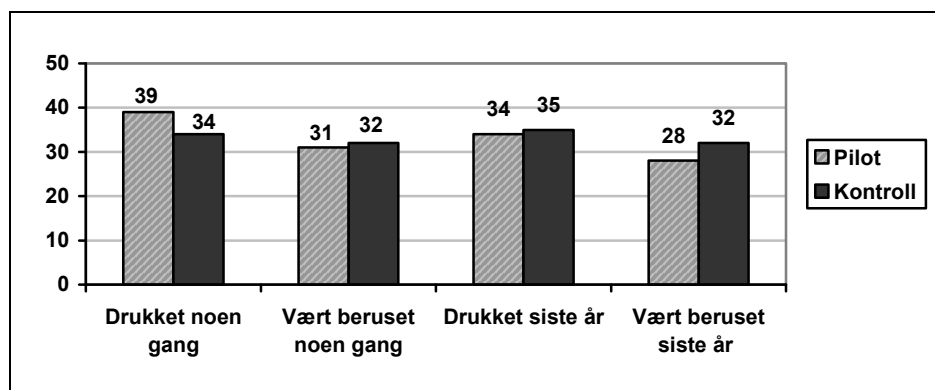
Tabell 6.1. Bruk av alkohol noen gang og siste år (prosentandeler), og statistisk test av forskjell i endringer i nivået fra T1 til T2 mellom pilot- og kontrollkommuner. Elevgrupper på ungdomstrinnet (n=146).

	Pilotkommuner			Kontrollkommuner			Forskjell pilot/kontroll
	T1	T2	T2-T1	T1	T2	T2-T1	
Drukket noen gang	38	36	-2	37	37	-1	i.s.
Vært beruset noen gang	20	18	-2	20	18	2	i.s.
Drukket siste år	36	31	-5	36	32	-4	i.s.
Vært beruset siste år	17	16	-1	17	17	0	i.s.

i.s. Ikke signifikant.

I tabell 6.1 sammenlignet vi ungdomsskoleelevene på hhv. T1 og T2. I tillegg til slike tverrsnittanalyser, har vi også foretatt kohortanalyser. Nærmere bestemt har vi fulgt det elevkullet som gikk i 8. kl. på T1 til de gikk i 10. kl (jf. figur 6.1).

Figur 6.1. Endring i bruk av alkohol noen gang og siste år (prosentandeler) blant de elevene som gikk i 8. klasse på T1 og i 10. klasse på T2 i pilot- og kontrollkommuner.



Kohortanalysene presentert i figur 6.1 viser at andelene som hadde drukket alkohol noen gang og siste år økte fra T1 til T2, og det er i tråd med hva man kunne forvente (stadig flere ungdommer drikker alkohol etter som de blir eldre). Det var ingen statistisk signifikante forskjeller i den aldersrelaterte økningen mellom pilot- og kontrollkommunene. Analysene der vi følger det samme elevkullet fra første til siste trinn på ungdomsskolen indikerer altså heller ikke at Regionprosjektet har bidratt til å begrense rekrutteringen til tidlig alkoholbruk.

Videre undersøkte vi om pilot- og kontrollkommunene hadde endret seg på ulikt vis med hensyn til hvor mange ganger de unge hadde drukket alkohol og hvor ofte de hadde vært beruset det siste året. Disse analysene omfattet både elever på ungdomstrinnet og på videregående skole. Som vist i tabell 6.2, fant vi forskjeller i endringer mellom pilot- og kontrollkommunene med hensyn til begge disse utfallsmålene. En svak økning i både drikke- og beruselsesfrekvensen fra T1 til T2 ble observert i kontrollkommunene. I pilotkommunene gikk derimot drikkefrekvensen litt ned mens beruselsesfrekvensen var stabil. Det er her verdt å merke seg at nivåforskjeller mellom pilot- og kontrollkommunene var svært små på begge tidspunkter.

Tabell 6.2. Gjennomsnittlig drikke- og beruselsesfrekvens siste år, og statistisk test av forskjell i endring i nivået fra T1 til T2 mellom pilot- og kontrollkommuner. Elevgrupper på ungdomstrinnet og i videregående skole (n=236).

	Pilotkommuner			Kontrollkommuner			Forskjell pilot/kontroll
	T1	T2	T2-T1	T1	T2	T2-T1	
Antall ganger drukket	9,8	9,3	-0,5	9,3	10,0	0,7	**
Antall ganger beruset	5,7	5,7	0	5,4	6,1	0,7	*

* $p < 0,05$, ** $p < 0,01$.

I analyser som bare inkluderte ungdomsskoleelevene, var det ingen forskjell i endring i alkoholbruken mellom pilot- og kontrollkommunene (se tabell 6.2b). Tendensen til at de unges alkoholbruk endret seg i litt gunstigere/mindre ugunstig retning i pilotkommunene enn i kontroll-

kommunene (jf. tabell 6.2), var altså først og fremst å finne blant elevene på videregående skole.

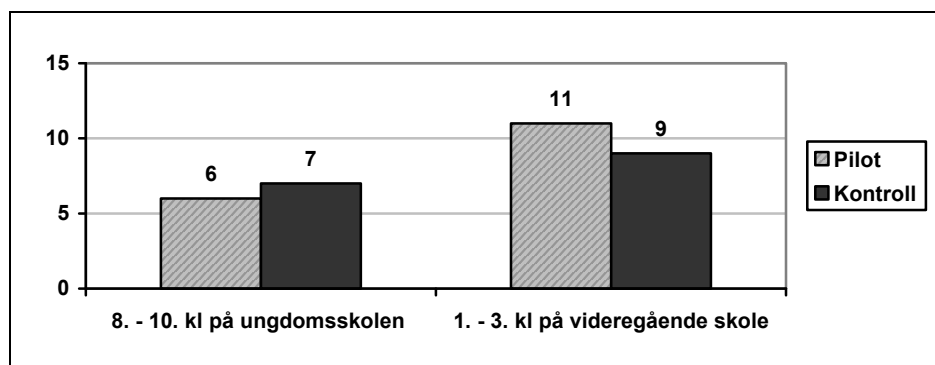
Tabell 6.2b. Gjennomsnittlig drikke- og beruselsesfrekvens siste år, og statistisk test av forskjell i endring i nivået fra T1 til T2 mellom pilot- og kontrollkommuner. Elevgrupper på ungdomstrinnet (n=146).

	Pilotkommuner			Kontrollkommuner			Forskjell pilot/kontroll
	T1	T2	T2-T1	T1	T2	T2-T1	
Antall ganger drukket	3,9	3,8	-0,1	3,7	4,0	0,3	i.s.
Antall ganger beruset	1,9	2,0	0,1	1,8	2,3	0,5	i.s.

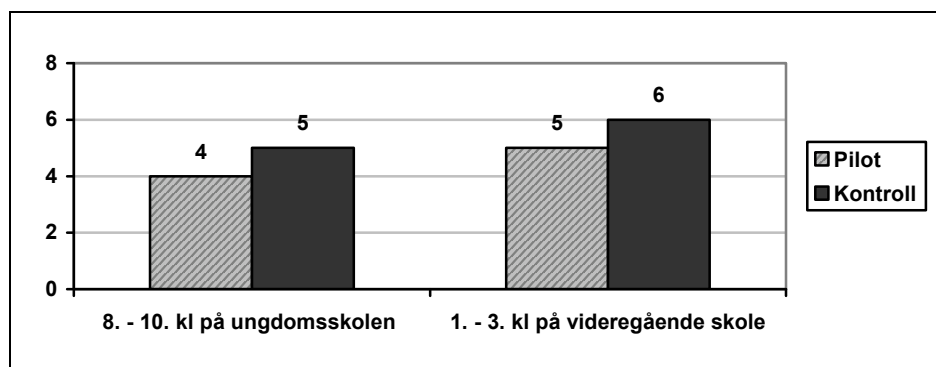
i.s. Ikke signifikant.

Igjen sammenlignet vi endringer i pilot- og kontrollkommunene innen de elevkullene (kohortene) som gikk på samme skole på T1 og T2 (se figur 6.2 og 6.3). Som forventet økte den gjennomsnittlige drikke- og beruselsesfrekvensen markant i begge kohortene – altså økende alkoholbruk med økende alder. Disse aldersrelaterte endringene var ikke signifikant forskjellige i pilot- og kontrollkommunene.

Figur 6.2. Endring i gjennomsnittlig drikkefrekvens (siste år) innen de kohortene som gikk på samme skole på T1 og T2 i pilot- og kontrollkommuner.



Figur 6.3. Endring i gjennomsnittlig beruselsesfrekvens (siste år) innen de kohortene som gikk på samme skole på T1 og T2 i pilot- og kontrollkommuner.



For å oppsummere, så indikerer noen av funnene fra tverrsnittsanalysene at det var litt gunstigere/litt mindre ugunstig utvikling i pilot- enn i kontrollkommunene mht. de unges drikke- og beruselsesfrekvens. Når vi fulgte de samme elevkullene (kohortene) fra T1 til T2, fant vi imidlertid ingen tilsvarende forskjeller mellom pilot- og kontrollkommuner. Det synes derfor ikke å være holdepunkter for å anta at Regionprosjektet ga positive effekter på ungdommens alkoholbruk. Analyser av de yngste ungdommene ga heller ingen indikasjoner på at prosjektet hadde hatt noe å si for rekrutteringen til alkoholbruk.

6.3 Problemer og negative hendelser knyttet til alkoholbruk

Elever som hadde drukket alkohol siste år, oppga hvor mange ganger i løpet av dette året de hadde opplevd ulike problemer eller negative hendelser i forbindelse med egen alkoholbruk. I analysene så vi nærmere på følgende forhold: "Kastet opp fordi du hadde drukket for mye", "Blitt så full at du ikke kunne stå oppreist", "Befunnet deg på et sted uten å huske hvordan du kom dit", "Med vilje ødelagt gjenstander/gjort hærverk", "Selv kjørt moped, motorsykekel, bil eller motorbåt da du trolig hadde promille" og "Blitt utsatt for vold som ga synlige merker eller skader". Andelen som har opplevd slike problemer ble regnet ut blant alle ungdommene (ikke bare blant de som hadde drukket siste år), og som vist i tabell 6.3, var det flere som rapporterte om negative utfall av drikking på T2 enn på T1 – både i pilot- og i kontrollkommunene. For

seks av disse sju utfallsmålene, var økningen signifikant større i kontroll- enn i pilotkommunene.

Tabell 6.3 Andelen av alle elever som rapporterte om ulike problemer eller negative hendelser knyttet til egen alkoholbruk i løpet av siste år, og statistisk test av forskjell i endring i nivået fra T1 til T2 mellom pilot- og kontrollkommuner. Elevgrupper på ungdomstrinnet og i videregående skole (n=236).

	Pilotkommuner			Kontrollkommuner			Forskjell pilot/kontroll
	T1	T2	T2-T1	T1	T2	T2-T1	
Kastet opp	35	37	2	32	38	6	i.s.
Ikke klart å stå oppreist	23	26	3	19	27	8	**
Blackout	20	22	2	19	26	7	***
Slåsskamp	11	14	3	11	17	6	**
Hærverk	11	14	3	9	17	8	***
Promillekjøring	11	11	<1	8	11	3	**
Utsatt for vold	6	8	2	5	10	5	***

** p < 0,01, *** p < 0,001, i.s. Ikke signifikant.

Tabell 6.4. Gjennomsnittlig antall ganger elevene hadde opplevd ulike negative utfall av drikking i løpet av siste år, og statistisk test av forskjell i endring i nivået fra T1 til T2 mellom pilot- og kontrollkommuner. Elevgrupper på ungdomstrinnet og i videregående skole (n=236).

	Pilotkommuner			Kontrollkommuner			Forskjell pilot/kontroll
	T1	T2	T2-T1	T1	T2	T2-T1	
Kastet opp	1,4	1,6	0,2	1,2	1,6	0,4	**
Ikke klar å stå oppreist	0,7	0,9	0,2	0,6	1,0	0,5	**
Blackout	0,8	1,0	0,2	0,7	1,1	0,4	*

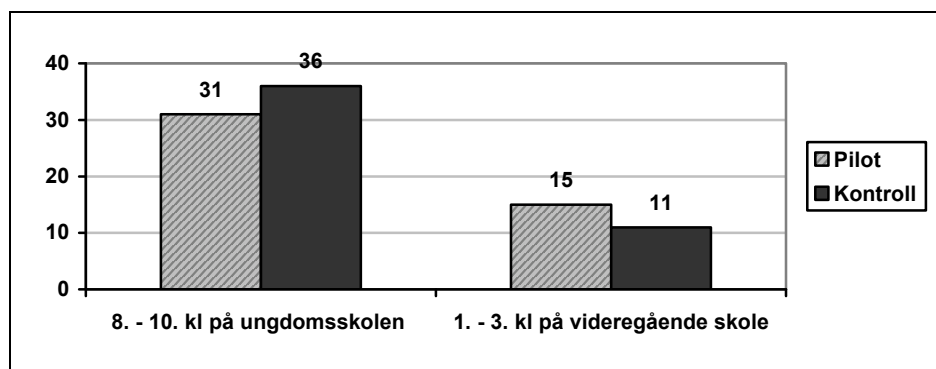
* p < 0,05, ** p < 0,01.

I tabell 6.4 har vi sett på endringer i gjennomsnittsfrekvensen til de mest utbredte alkoholrelaterte problemene – det vil si symptomer på forgiftning

og overstadig drikking. Frekvensen av slike utfall av drikking var litt høyere på T2 enn på T1 – både i pilot- og kontrollkommunene. Økningen over tid var imidlertid størst i kontrollkommunene. Generelt sett var dermed mønsteret av funn det samme som i tabell 6.3.

At forekomsten av alkoholrelaterte problemer kan ha økt noe blant ungdom i kontrollkommunene er ikke urimelig: Både drikke- og beruselsesfrekvensen økte i disse kommunene i samme periode (jf. tabell 6.2). At omfanget av slike problemer også ser ut til å ha tiltatt i pilotkommunene, er vanskeligere å forklare for der var drikkefrekvensen litt lavere på T2 enn på T1, mens beruselsesfrekvensen var stabil. For å belyse dette ytterligere, foretok vi kohortanalyser av den type negative utfall av drikking som var aller mest utbredt, nemlig det å ha drukket så mye at man kastet opp. Hvordan forekomsten av slike forgiftningssymptomer endret seg fra T1 til T2 innen de to elevkullene som gikk på samme skole på de to undersøkelsestidspunktene, er vist i figur 6.4.

Figur 6.4. Endring i andelen som hadde drukket så mye at de hadde kastet opp siste år innen de kohortene som gikk på samme skole på T1 og T2 i pilot- og kontrollkommuner.



Med økende alder oppga stadig flere at de hadde drukket så mye at de hadde kastet opp. Det var imidlertid ingen statistisk signifikant forskjell i endringer mellom pilot- og kontrollkommunene i så henseende.

6.4 Narkotikabruk

Selv om hovedfokuset for effektevalueringen har vært alkoholbruk og alkoholrelaterte problemer (jf. kap. 2.2.1), har vi også sett litt på narkotikabruk.

Funn fra analysene av hasjbruk siste år viste at pilot- og kontrollkommunene var til forveksling like i så henseende – både på T1 og T2 (se tabell 6.5). Følgelig var det heller ingen nevneverdige forskjeller i endring over tid mellom de to kommunekategoriene. Tilsvarende resultater ble avdekket i analyser som bare inkluderte ungdomsskoleelever (ikke vist i tabell), men blant dem var andelen som hadde brukt hasj vesentlig lavere (2-3%) enn den var i totalutvalget.

Tabell 6.5. Andelen som hadde brukt hasj siste år, og statistisk test av forskjell i endring i nivået fra T1 til T2 mellom pilot- og kontrollkommuner. Elevgrupper på ungdomstrinnet og i videregående skole (n=236).

	Pilotkommuner			Kontrollkommuner			Forskjell pilot/kontroll
	T1	T2	T2-T1	T1	T2	T2-T1	
Brukt hasj	6	6	<-1	5	6	<1	i.s.

i.s. Ikke signifikant.

Vi avdekket videre at det ikke var noen vesentlige forskjeller mellom pilot- og kontrollkommunene når det gjaldt endringer i de unges bruk av andre narkotiske stoffer enn hasj (amfetamin, kokain o.l.): Både i pilot- og kontrollkommunene oppga snaut 3% at de hadde brukt slike stoffer – på T2 så vel som på T1.

6.5 Kjøp av alkohol i butikker og på skjenkesteder

I Handlingsplanens omtale av Regionprosjektet ble det å begrense tilgjengeligheten av alkohol (og andre rusmidler) til mindreårige løftet fram som et sentralt satsingsområde. Å gjøre det vanskeligere for mindreårig ungdom å få kjøpt alkohol, har da også vært en av målsettingene for tiltakene Ansvarlig vertskap og Ansvarlig salg (se kap. 4 for en beskrivelse av disse tiltakene). Vi ønsket å finne ut om det var holdepunkter for at pilotkommunenes innsats på dette området hadde gitt ”avkastning”. Det

er imidlertid ingen enkel sak å kartlegge mindreårige ungdommers tilgang på alkohol fra salgs- og skjenkesteder, og vi nærmet oss temaet ved å analysere ulike indikatorer.

Vi vil først presentere funn fra skoleundersøkelsene som har å gjøre med de unges selvrapporterte kjøp av alkohol i butikker og på utesteder. Deretter vil vi legge fram resultater fra studien av kjøpsforsøk – der 18-åringer prøvde å kjøpe øl i butikker uten å vise legitimasjon.

6.5.1 Selvrapportert kjøp av alkohol

Ungdommene som deltok i skoleundersøkelsene, ble bedt om å oppgi hvordan de hadde fått tak i alkohol i løpet av det siste året. I den forbindelse ble de bl.a. spurt om hvor mange ganger de hadde (1) kjøpt øl eller rusbrus i butikk nær hjemstedet sitt, og (2) drukket alkohol på et utested (diskotek, bar, pub e.l.) nær hjemstedet sitt. I det følgende vil de unges svar på de to spørsmålene bli analysert med henblikk på å avdekke eventuelle forskjeller mellom pilot- og kontrollkommunene med hensyn til endringer over tid. Dette vil vi presentere funn som har å gjøre med det å bli nektet kjøp av alkohol på salgs- og skjenkesteder.

I analysene av drikking på utesteder har vi utelatt alle elever i Ytre Søre Sunnmøre og i de tilhørende kontrollkommunene (Andøy og Sortland). På Ytre Søre Sunnmøre var det et ungdomsdiskotek hvor det ble solgt alkohol (ulovlig) på utsiden, og mange kan ha forstått spørsmålet om "drikking på diskotek, bar, pub, el.l" som også å omfatte denne omsetningen. Det aktuelle diskoteket ble stengt i løpet av prosjektperioden, og nedgangen i rapportert drikking på utesteder blant elvene i Ytre Søre Sunnmøre kunne derfor (delvis) tilskrives at det ikke lenger ble drukket på utsiden av dette ungdomsdiskoteket.

Tabell 6.6 viser at andelen elever som hadde kjøpt alkohol i butikk økte svakt fra T1 til T2, og at også gjennomsnittsfrekvensen for slike kjøp tiltok – både i pilot- og i kontrollkommunene. Økningen i *andelen* som hadde foretatt slike kjøp var imidlertid signifikant lavere i pilot- enn i kontrollkommunene. Når det gjaldt drikking på utesteder, så var endringene (både mht. andelen som hadde gjort det og mht. gjennomsnittsfrekvensen) små, og forskjellene i endringer mellom pilot- og kontrollkommuner var ikke statistisk signifikante.

Tabell 6.6. Kjøpt alkohol i butikk og drukket på utested siste år (andel og gjennomsnittlig frekvens), og statistisk test av forskjell i endring i nivå fra T1 til T2 mellom pilot- og kontrollkommuner. Elevgrupper på ungdomstrinnet og i videregående skole (n=236 for kjøp av alkohol i butikk og n=208 kjøp av alkohol på utested).

	Pilotkommuner			Kontrollkommuner			Forskjell pilot/kontroll
	T1	T2	T2-T1	T1	T2	T2-T1	
Kjøpt i butikk							
Andel	20	21	<1	19	23	4	**
Antall ganger	1,7	1,8	0,1	1,6	1,9	0,3	i.s.
Drukket på utested							
Andel	30	27	-2	30	31	1	i.s.
Antall ganger	1,7	1,5	-0,2	1,8	1,9	0,1	i.s.

** p < 0,01. i.s. ikke statistisk signifikant.

Gitt at Ansvarlig vertskap og Ansvarlig salg hadde påvirket de ansatte på salgs- og skjenkesteder slik at de i større grad ba ungdom om aldersbevis, så ville det hovedsakelig ha berørt dem som nærmer seg 18-årsgrensen for kjøp av alkohol. Tidlig i tenårene har de færreste begynt å drikke (jf. tabell 6.1), og blant mindreårig ungdom er det først og fremst 16-17-åringer som skaffer seg drikkevarer fra salgs- og skjenkesteder (Rossow m.fl. 2005). Derfor foretok vi separate analyser av elever på 1. og 2. klassetrinn på videregående skole (dvs. hovedsakelig 16-17-åringer) (tabell 6.6b). I denne elevgruppen var det en nedgang i andelen som hadde drukket alkohol på utesteder, og denne nedgangen var mye større i pilot- enn i kontrollkommunene. Det var ingen andre statistisk signifikante forskjeller i endringer mellom pilot- og kontrollkommunene.

Dersom Ansvarlig vertskap og Ansvarlig salg var effektive tiltak, ville vi forventet at nedgangen i de unges kjøp av alkohol på salgs- og skjenkesteder skyldtes at de oftere ble nektet kjøp, og ikke at de sjeldnere forsøkte å kjøpe alkohol på disse stedene. (Også for analysene av å bli nektet kjøp på utesteder har vi ekskludert elevene på Ytre Søre Sunnmøre og Andøy/Sortland.)

Tabell 6.6b. Kjøpt alkohol i butikk og drukket på utested siste år (andelen og gjennomsnittlig frekvens), og statistisk test av forskjell i endring i nivå fra T1 til T2 mellom pilot- og kontrollkommuner. Elevgrupper på 1. og 2. trinn i videregående skole (n=65 for kjøp av alkohol i butikker og n=60 for kjøp av alkohol på utesteder).

	Pilotkommuner			Kontrollkommuner			Forskjell pilot/kontroll
	T1	T2	T2-T1	T1	T2	T2-T1	
Kjøpt i butikk							
Andel	27	24	-3	26	26	<1	i.s.
Antall ganger	2,2	1,9	-0,3	2,2	2,0	-0,2	i.s.
Drukket på utested							
Andel	39	30	-9	38	35	-3	*
Antall ganger	2,4	1,6	-0,8	2,4	1,9	-0,5	i.s.

* $p < 0,05$. i.s. Ikke signifikant.

Som vi ser i tabell 6.7, rapporterte elevene om flere tilfeller av kjøpsnekt både på utesteder og i butikker på T2 enn på T1, men denne økningen var omtrent like stor i kontrollkommunene som i pilotkommunene. Tilsvarende resultater ble avdekket i analyser som bare inkluderte elever på 1. og 2. trinn i videregående skole (dvs. 16-17-åringer) (tabell 6.7b).

Tabell 6.7. Gjennomsnittlig antall ganger som elever hadde blitt nektet å kjøpe alkohol i butikk og på utested siste år, og statistisk test av forskjell i endring i nivå fra T1 til T2 mellom pilot- og kontrollkommuner. Elevgrupper på ungdomstrinnet og i videregående skole (n=236 for nektning i butikk og n=208 for nektning på utested).

Blitt nektet...	Pilotkommuner			Kontrollkommuner			Forskjell pilot/kontroll
	T1	T2	T2-T1	T1	T2	T2-T1	
i butikk	0,4	0,9	0,5	0,4	0,9	0,5	i.s.
på utested	0,3	0,8	0,5	0,2	0,7	0,5	i.s.

i.s. Ikke signifikant.

Tabell 6.7b. Gjennomsnittlig antall ganger som elever hadde blitt nektet å kjøpe alkohol i butikk og på utested siste år, og statistisk test av forskjell i endring i nivå fra T1 til T2 mellom pilot- og kontrollkommuner. Elevgrupper på 1. og 2. trinn i videregående skole (n=65 for nekting i butikk og n=60 for nekting på utested).

Blitt nektet...	Pilotkommuner			Kontrollkommuner			Forskjell pilot/kontroll
	T1	T2	T2-T1	T1	T2	T2-T1	
i butikk	0,5	0,7	0,2	0,5	0,8	0,3	i.s.
på utested	0,3	0,6	0,3	0,3	0,7	0,3	i.s.

i.s. Ikke signifikant.

En del ungdommer bruker falsk legitimasjon (f.eks. låner ID-kort av eldre søsken eller forfalsker ID-kort), blant annet for å kjøpe alkohol i butikk eller for å komme inn på utesteder med aldersgrense. Dersom de unges bruk av falsk legitimasjon endret seg fra T1 til T2 i enten pilot- eller kontrollkommunene, kunne det hatt betydning for tolkningen av de foregående resultatene (både med hensyn til hvor ofte ungdom kjøpte alkohol og hvor ofte de ble nektet). Eksempelvis kunne det vært slik at en skjerpet kontroll og håndheving av aldersgrensen, i en eller flere pilotkommuner ble oppveid av økt bruk av falsk legitimasjon. Vi har derfor foretatt analyser som belyser temaet. På både T1 og T2 oppga en av ti ungdommer at de hadde brukt falsk legitimasjon i løpet av det siste året. Det var ingen endring over tid i hvor ofte de hadde brukt slik legitimasjon. Dette mønsteret var likt i pilot- og kontrollkommunene. Det er altså ingen grunn til å anta at det har vært noen endring i bruk av falsk legitimasjon som kunne hatt betydning for tolkningen av våre funn.

For å oppsummere, så fant vi at andelen som hadde drukket på utesteder avtok mer i pilot- enn i kontrollkommunene, men bare blant 16-17-åringene. Det var dessuten tendenser til en litt mindre økning i pilot- enn i kontrollkommunene når det gjaldt andelen som hadde kjøpt alkohol i butikker. Gitt at etterspørselen etter alkohol på disse stedene var stabil i perioden, så kunne funnene tolkes som at Regionprosjektet har hatt noe å si for de unges tilgang på alkohol fra salgs- og skjenkesteder. Hvis dette var tilfellet, skulle vi imidlertid også forvente å finne en større økning i nekting av kjøp av alkohol på utesteder og i butikker. Det fant vi ikke. Resultatene gir dermed ingen klare indikasjoner for at mindreåriges tilgang

på alkohol fra kommersielle kilder er blitt redusert som en følge av Regionprosjektet.

6.5.2 Kjøp av alkohol blant 18 åringer uten aldersbevis

Som redegjort for i kap. 2.2.2 effektevaluerte vi ett enkelttiltak, nemlig Ansvarlig salg på Nesodden. I den forbindelse undersøkte vi om 18-åringer fikk kjøpt øl uten å vise legitimasjon i butikker på Nesodden og i en kontrollkommune (Oppegård). Kjøpsforsøkene ble foretatt både før (T1; 2005) og etter (T2; 2007) Nesoddens innsats overfor kommunens salgssteder for alkohol.

Tabell 6.8 viser hvor stor andel av kjøpsforsøkene på Nesodden og i Oppegård som lyktes, og om disse andelene endret seg over tid. Som vi ser, var butikkene i begge disse kommunene omtrent like salgsvillige på T2 som på T1. Det var dermed ingen observert effekt av Nesoddens forsøk på å implementere Ansvarlig salg. Det er ellers verdt å merke seg hvor høy ”suksessraten” var. Nesten halvparten av alle kjøpsforsøk på Nesodden endte med at 18-åringene fikk kjøpt øl uten å vise legitimasjon, og i Oppegård gjaldt dette i mer enn seks av ti tilfeller.

Det er videre verdt å nevne at vi avdekket stor variasjon mellom ulike salgssteder: I enkelte butikker ble relativt mange kjøpsforsøk avvist, mens i andre butikker skjedde det bare unntaksvis. Dessuten fikk noen av ungdommene kjøpt øl oftere enn andre. De samme butikkene ble oppsøkt på T1 og T2. På hvert av de to tidspunktene var det dessuten de samme 18-åringene som oppsøkte butikkene (dvs. en gruppe 18-åringer på T1, og en ny gruppe på T2).

Tabell 6.8. Andel av kjøpsforsøkene i butikker hvor 18-åringene fikk kjøpt øl uten å vise legitimasjon, og statistisk test av forskjell i endring i nivå fra 2005 (T1) til 2007 (T2) mellom Nesodden og Oppegård (n=162 på t1 og n=170 på t2).

	Nesodden			Oppegård			Forskjell pilot/kontroll
	T1	T2	T2-T1	T1	T2	T2-T1	
”Vellykkede” kjøpsforsøk	49	47	-1	65	64	-1	i.s.

i.s. ikke statistisk signifikant.

Kjøpsundersøkelsen viste også at det var lettere for ungdommene å få kjøpt øl dersom den som satt i kassa var (anslått å være) under 25 år. Hvis andelen unge ekspeditører hadde endret seg betydelig fra 2005 til 2007, (men bare i den ene av de to kommunene) så ville det ha forkludret resultatene våre. Ytterligere analyser viste imidlertid at det ikke var tilfellet.

Nå i ettertid er det ingen overraskelse at vi ikke fant noen effekter av Ansvarlig Salg på Nesodden. Tiltaket var ikke helt enkelt å få iverksatt i kommunen, og de ulike framstøtene nådde bare i begrenset grad fram til målgruppa.

6.6 Hovedfunn fra de enkelte pilotkommunene

Sammenligninger av endringer fra T1 til T2 mellom de kommunene som deltok i Regionprosjektet (jf. appendiks 3.), tyder på at det er en kommune som skiller seg ut med en mindre gunstig utvikling i alkoholbruk (tabell A1 og A2), problemer og negative hendelser i forbindelse med alkoholbruk (tabell A3 og A4) og bruk av kommersielle alkoholkilder (tabell A5 og A6), og det er Nesodden kommune. På den andre siden er det tendenser til at Os og Larvik kommune kommer litt gunstigere ut enn de andre kommunene, men da først og fremst mht. alkoholbruk (tabell A1 og A2).

6.7 Tilgang på- og omsetning av alkohol: Bakgrunnstall

På bakgrunn av data fra SIRUS-prosjektet "Kommunenes forvaltning av alkoholloven" har vi studert ulike indikatorer på tilgangen på- og konsumet av alkohol i pilotkommunene i 2004 og i 2006. Disse dataene tyder ikke på at det har vært noen vesentlige endringer i antallet salgs- og skjenkesteder i toårsperioden, verken i pilot- eller i kontrollkommunene (jf. tabell A1 og A2 i appendiks 4). Bare for to av pilotkommunene har vi kunnet beregne om alkoholomsetningen (salg og skjenking) i kommunen er endret fra 2004 til 2006. I Larvik indikerte tallene at omsetningen ikke var endret, mens i Os kommune ser det ut til at alkoholomsetningen har økt i perioden. Data på endringer i antall kontroller (og i typen kontroller) på salgs- og skjenkesteder, og i antallet sanksjoner ved brudd på alkoholloven i pilotkommunene, indikerer heller ingen vesentlige endringer på dette området (se tabell A3 og A4 i appendiks 4).

7 Effekter: Kunnskap, holdninger og foreldrefaktorer

Flere av intervensjonene i Regionprosjektets pilotkommuner, særlig de skolebaserte tiltakene, omfattet kunnskapsformidling og holdnings- skapende arbeid. Det var også flere forebyggingsprogrammer som hadde til hensikt å påvirke foreldrene. Formålet var blant annet å styrke foreldrenes kompetanse med hensyn til samhandling og grensesetting – inkludert grensesetting som berører de unges muligheter for å drikke alkohol. Vi har derfor analysert data fra skoleundersøkelsene for å finne ut om det er grunn til å anta at Regionprosjektet hadde noen virkninger på de unges rusrelaterte kunnskaper og holdninger, og om også foreldrene ble påvirket på tilsiktede måter. Hovedfokuset for effektevalueringen var imidlertid å sannsynliggjøre om innsatsen hadde ført til redusert rus- middelbruk, færre alkoholrelaterte skader og redusert tilgjengelighet på alkohol (se kap. 6).

7.1 Kunnskap og holdninger

Tidligere analyser av data fra T1 avdekket svært mangelfulle kunnskaper blant elevene om ulike aspekter ved rusmiddelbruk (Pape m.fl. 2006). Blant annet hadde de unge en sterk tendens til å overvurdere omfanget av narkotikaproblemer relativt til alkoholens skadevirkninger. Men kanskje forekomsten av denne type feiloppfatninger avtok som følge av at Regionprosjektet ble iverksatt?

Vi belyste spørsmålet ved å undersøke om ungdommenes vurderinger av følgende påstander hadde endret seg fra T1 og T2: *”Alkohol tar flere liv enn narkotika”* og *”Det er flere ungdommer som får problemer på grunn av narkotika enn på grunn av alkohol”*. Ungdommene vurderte om disse påstandene var riktige eller gale, og hvis de var usikre, kunne de svare ”vet ikke”. Resultatene i tabell 7.1 tyder på at de unge var blitt mer ”opplyste” i løpet av den aktuelle toårsperioden: Andelen som visste at alkohol tar flere liv enn narkotika økte markant fra T1 til T2, og det var også en klar økning i andelen som visste at det *ikke* er flere unge som får problemer med narkotika enn med alkohol. Andelen feilsvar hadde gått omtrent tilsvarende mye ned, men den var fortsatt temmelig høy på T2. For vårt formål er imidlertid det viktigste funnet i tabell 7.1 at endringene i de unges kunnskapsnivå ikke varierte mellom pilot- og kontrollkommunene (dvs. det var ingen signifikante forskjeller i endring).

Tabell 7.1. Andel av elevene med henholdsvis riktige og gale vurderinger av følgende påstander: (1) Alkohol tar flere liv enn narkotika, og (2) Det er flere ungdommer som får problemer pga. narkotika enn pga. alkohol. Statistisk test av forskjell i endring i nivå fra T1 til T2 mellom pilot- og kontrollkommuner. Elevgrupper på ungdomstrinnet og i videregående skole (n=236).

	Pilotkommuner			Kontrollkommuner			Forskjell pilot/kontroll
	T1	T2	T2-T1	T1	T2	T2-T1	
<i>Påstand 1:</i>							
Riktig svar	23	35	12	29	40	11	i.s.
Galt svar	51	39	-12	48	37	-11	i.s.
<i>Påstand 2:</i>							
Riktig svar	15	25	10	15	26	11	i.s.
Galt svar	56	43	-13	54	43	-11	i.s.

i.s. Ikke signifikant.

Vi har også analysert mål på de unges holdninger til rusmiddelbruk. Elevene ble bedt om å oppgi hvor enige eller uenige de var i følgende påstander: "Ungdom under 18 år bør ikke drikke alkohol" og "Det er greit å begynne å drikke når man er 13-14 år". Både på T1 og på T2 var et solid flertall (helt eller delvis) enige i at mindreårig ungdom bør holde seg unna alkohol, og som vist i tabell 7.2, var det en svak økning i oppslutningen om dette standpunktet over tid – både i pilot- og i kontrollkommunene. Begge steder var det samtidig en markant økning i andelen unge som ga uttrykk for at de synes at det er greit å begynne å drikke alkohol i 13-14-årsalderen. I forhold til vår effektevaluering er det viktigste funnet nok en gang at endringene ikke varierte mellom pilot- og kontrollkommunene (dvs. det var ingen signifikante forskjeller i endring).

Samlet sett kan dermed resultatene oppsummeres slik: Fra 2004 til 2006 ble litt flere unge klar over at alkohol forårsaker flere dødsfall, og er kilde til flere problemer blant ungdom, enn narkotika. De unges holdninger til tenåringsdrikking endret seg også i denne toårsperioden. Det var ingenting som tydet på at de observerte endringene dreide seg om effekter av Regionprosjektet.

Tabell 7.2. Andel av elevene som var enig i følgende påstander: (1) Ungdom under 18 år bør ikke drikke alkohol, og (2) Det er greit å begynne å drikke når man er 13-14 år. Statistisk test av forskjell i endring i nivå fra T1 til T2 mellom pilot- og kontrollkommuner. Elevgrupper på ungdomstrinnet og i videregående skole (n=236).

Enig i	Pilotkommuner			Kontrollkommuner			Forskjell pilot/kontroll
	T1	T2	T2-T1	T1	T2	T2-T1	
Påstand 1	64	70	6	65	70	5	i.s.
Påstand 2	14	27	13	16	30	14	i.s.

i.s. Ikke signifikant.

7.2 Foreldrefaktorer: Kommunikasjon og grensesetting

Hvis Regionprosjektet hadde hatt noen effekter på foreldrenes rusrelaterte grensesetting og kommunikasjon, ville det vært rimelig å anta at de var størst blant foreldrene til de yngste elevene – fordi det først og fremst var dem som var involvert i tiltakene. Av den grunn har vi bare tatt for oss data fra ungdomsskoleelevene i analysene av ulike foreldrefaktorer.

For å kunne studere eventuelle endringer i foreldres kommunikasjon om rusmiddelbruk, ba vi de unge om å vurdere hvor godt følgende utsagn stemte for dem: *"Foreldrene mine snakker ofte med meg om hvor farlig det er å drikke alkohol"* og *"Foreldrene mine snakker ofte med meg om hvor farlig det er å bruke narkotika"*. Vi undersøkte hvor store andeler av de unge som svarte at utsagnene stemte svært eller nokså godt, og om disse andelene endret seg på ulikt vis fra T1 til T2 i pilot- og kontrollkommunene.

Som vist i tabell 7.3, fant vi ingen forskjell mellom pilot- og kontrollkommunene med hensyn til endringer over tid (dvs. forskjellene i endring var ikke statistisk signifikant). Tabellen viser ellers at andelen som oppga at foreldrene ofte snakket med dem om farene ved å bruke narkotika, avtok fra T1 til T2. Andelen som oppga at foreldrene ofte snakket om farene ved å drikke alkohol, var derimot stabil.

Vi gikk videre med analyser av mål på foreldrenes rusrelaterte grensesetting. Det første vi så på, var om de unge vanligvis fikk lov til å *"drikke alkohol hjemme sammen med venner"*. Resultatene viste at et overveldende flertall (ca. 95%) svarte "nei" på dette spørsmålet, og at det var lite variasjon i så henseende – både mellom pilot- og kontrollkommunene, og

over tid. På dette området var det følgelig heller ingen forskjeller i endringer fra T1 til T2 mellom kommuner i og utenfor Regionprosjektet.

Tabell 7.3. Andelen som oppga at foreldrene ofte snakket om farene ved hhv. alkohol og narkotika, og statistisk test av forskjell i endring i nivået fra T1 til T2 mellom pilot- og kontrollkommuner. Elevgrupper på ungdomstrinnet (n=146).

Foreldre snakker ofte om...	Pilotkommuner			Kontrollkommuner			Forskjell pilot/kontroll
	T1	T2	T2-T1	T1	T2	T2-T1	
farene ved å drikke alkohol	49	51	2	52	51	-1,0	i.s
farene ved å bruke narkotika	65	59	-6	67	60	-7	i.s.

i.s. Ikke signifikant.

Det andre målet på foreldrenes rusrelaterte grensesetting dreide seg om hvorvidt de unge vanligvis fikk lov av foreldrene sine til å *"ha fest hjemme uten noen voksne tilstede"*. Tabell 7.4 viser at andelen som ikke fikk lov til å ha "hjemme alene"-fest økte svakt fra T1 til T2, og denne økningen var litt større i pilot- enn i kontrollkommunene.

Tabell 7.4. Andelen som ikke fikk lov av foreldrene til å ha fest uten voksne til stede, og statistisk test av forskjell i endring i nivået fra T1 til T2 mellom pilot- og kontrollkommuner. Elevgrupper på ungdomstrinnet (n=146).

	Pilotkommuner			Kontrollkommuner			Forskjell pilot/kontroll
	T1	T2	T2-T1	T1	T2	T2-T1	
Får <u>ikke</u> lov til å ha fest uten voksne tilstede	82	88	6	83	87	4	*

* p < 0,05.

Det tredje aspektet vi studerte var om de unge hadde drukket hjemme sammen med foreldrene og om de hadde fått alkohol av foreldrene til på

ha med på fest el.l. Som vi ser i tabell 7.5, så var det ingen betydelig endring i dette over tid, og dermed heller ingen forskjeller i endringer mellom pilot- og kontrollkommunene.

Tabell 7.5. Andelen som hadde drukket sammen med foreldrene eller fått alkohol av foreldrene til å ha med på fest, og statistisk test av forskjell i endring i nivået fra T1 til T2 mellom pilot- og kontrollkommuner. Elevgrupper på ungdomstrinnet (n=146).

	Pilotkommuner			Kontrollkommuner			Forskjell pilot/kontroll
	T1	T2	T2-T1	T1	T2	T2-T1	
Drukket med foreldre	16	17	1	19	21	2	i.s.
Fått med alkohol på fest	6	7	1	7	7	<1	i.s.

i.s. Ikke signifikant.

Vi gjennomførte også analyser av andre mål på foreldrenes grensesetting. Blant annet tok vi for oss om de unge fikk bestemme selv hvor sent de kunne komme hjem i helgen (dvs. fredag/lørdag kveld), og om de fikk lov til å overnatte på steder hvor det ikke var voksne til stede. I tråd med resultatene i tabell 7.4., tydet disse analysene på at tenåringsforeldrene var blitt mer restriktive i løpet av den perioden som vi studerte – både i pilot- og kontrollkommunene. Samtidig avdekket vi en svak tendens i retning av at disse endringene var *litt* større i pilot- enn i kontrollkommunene.

8 Effektevalueringens hovedresultater og begrensninger

I det følgende vil vi oppsummere hovedfunnene fra effektevalueringen av Regionprosjektet og ta for oss ulike begrensninger ved de undersøkelsene som lå til grunn for resultatene.

8.1 Oppsummering av hovedfunn

Vi har tidligere påpekt at vår effektevaluering handler om å *sannsynliggjøre* om innsatsen i pilotkommunene ga uttelling i forhold til ulike utfallsmål. Det kan være mange grunner til at noen av forskjellene mellom pilot- og kontrollkommunene (mht. endringer over tid) viste seg å være statistisk signifikante. Slike resultater *kan* gjenspeile effekter av Regionprosjektet, men det er slett ikke gitt. Det er heller ikke gitt at statistisk signifikante funn dreier seg om betydningsfulle forskjeller mellom pilot- og kontrollkommunene: Selv små og temmelig uvesentlige variasjoner kan gi utslag – noe vi så enkelte eksempler på i de to foregående kapitlene. Som vi også har påpekt før, er det aller viktigste om resultatene *samlet sett* danner et klart og entydig mønster. Enkeltfunn bør følgelig ikke tillegges stor betydning, men vurderes i lys av resultater fra de øvrige analysene. Alle disse poengene er viktige å ta i betraktning når vi i det følgende oppsummerer effektevalueringens hovedfunn.

I dette kapitlet har vi konsentrert oss om de mest sentrale utfallsmålene (jf. kap. 6). En forenklet framstilling av skoleungdommers selvrapporterte rusmiddelbruk og alkoholrelaterte problemer, er å finne i tabell 8.1. Der har vi fokusert på om utviklingen over tid med hensyn til de nevnte utfallsmålene var forskjellig i pilot- og kontrollkommunene. Videre framgår det om funn fra tverrsnitts- og kohortanalysene pekte i samme retning (se kap. 6 for en redegjørelse om slike analyser).

Hvis så å si alle resultatene i tabell 8.1 hadde vært statistisk signifikante i pilotkommunenes favør, ville Regionprosjektet ha framstått som en forebyggingssuksess. Men slik er det ikke. Mønsteret av funn tilsier tvert i mot at innsatsen i pilotkommunene ikke påvirket de unges rusmiddelbruk og alkoholrelaterte problemer i nevneverdig grad – verken i den ene eller den andre retningen. De fleste resultatene som var statistisk signifikante i favør av pilotkommunene, dreide seg dessuten om *små* forskjeller. Slike funn ble bare avdekket i tverrsnittsanalyser. Kohortanalyser av de samme

utfallmålene ga ingen holdepunkter for at pilotkommunene relativt sett kom best ut.

Tabell 8.1. Kom pilotkommunene signifikant bedre ut enn kontrollkommunene mht. endringer i rusmiddelbruk og alkoholrelaterte problemer? Funnt fra tverrsnitt- og kohortanalyser samt opplysninger om hvem som inngikk i analysene (US=ungdomsskole).

Data fra skoleundersøkelsene:	Hvem ble analysert?	Endring i pilotkommunenes favør?	
		Tverrsnittsanalyser	Kohortanalyser
Drukket noen gang	US-elever	Nei ¹	Nei ¹
Vært full noen gang	US-elever	Nei ¹	Nei ¹
Drukket siste år	US-elever	Nei ¹	Nei ¹
Vært full siste år	US-elever	Nei ¹	Nei ¹
Drikkefrekvens	Alle US-elever	Ja ² Nei ¹	Nei ¹
Beruselsesfrekvens	Alle US-elever	Ja ² Nei ¹	Nei ¹
Alkoholrelaterte problemer	Alle	Ja ²	(Nei) ³
Hasjbruk	Alle US-elever	Nei ¹ Nei ¹	—

1 Ingen forskjell mellom pilot- og kontrollkommunene.

2 Litt gunstigere el. litt mindre ugunstig utvikling i pilot- enn i kontrollkommunene.

3 Resultatet gjelder kun ett av i alt sju mål på alkoholrelaterte problemer.

Tabell 8.1 viser ellers at enkelte funn ikke stemte særlig godt overens. Pilot- og kontrollkommunene kom omtrent likt ut med hensyn til endringer i de unges alkoholbruk, men ikke når det gjaldt ulike former for

alkoholrelaterte problemer: Forekomsten *økte* begge steder, men økningen var minst i pilotkommunene.

Andre viktige analyser i effektevalueringen dreide seg om tenåringers kjøp av alkohol på salgs- og skjenkesteder. I tabell 8.2 har vi oppsummert de aktuelle resultatene – både fra skoleundersøkelsene og fra studien av 18-åringers kjøpsforsøk i butikker som solgte øl og rusbrus.

Tabell 8.2. Kom pilotkommunene signifikant bedre ut enn kontrollkommunene mht. endringer i de unges kjøp av alkohol? Funn fra skoleundersøkelsene (surveydata) og fra studien av kjøpsforsøk, samt opplysninger om hvem som inngikk i analysene.

	Hvem ble analysert?	Endring i pilotkommunenes favor?
Surveydata		
<u>Kjøpt alkohol i butikk</u>		
- Andel	Alle 16-17-åringer	Ja ¹ Nei ²
- Frekvens	Alle 16-17-åringer	Nei ² Nei ²
Frekvens kjøpsnekt i butikk	Alle 16-17-åringer	Nei ² Nei ²
<u>Drukket på utested</u>		
- Andel	Alle 16-17-åringer	Nei ² Ja ¹
- Frekvens	Alle 16-17-åringer	Nei ² Nei ²
Frekvens kjøpsnekt på utested	Alle 16-17-åringer	Nei ² Nei ²
Kjøpsforsøk i butikker		
Kjøpt øl uten aldersbevis	18-åringer	Nei ²

¹ Dvs. *litt* gunstigere (eller *litt* mindre ugunstig) utvikling i pilot- enn i kontrollkommunene.

²Ingen forskjell mellom pilot- og kontrollkommunene.

Nok en gang er mønsteret av funn temmelig entydig: Samlet sett gir resultatene ingen holdepunkter for at Regionprosjektet hadde bidratt til å begrense salgs- og skjenkestedenes omsetning av alkohol til mindreårige. Det var, på den annen side, heller ikke noe som tydet på at prosjektet hadde virket mot sin hensikt.

Analysene av de mindre sentrale utfallsmålene i effektevalueringen ga heller ikke særlig oppløftende resultater (kap. 7): Vi fant ingen holdepunkter for at Regionprosjektet hadde bidratt til å endre de unges rusrelaterte kunnskaper og holdninger (verken i den ene eller annen retning), eller til å påvirke hvor ofte tenåringsforeldre snakket med barna sine om farene ved å bruke rusmidler. Når det gjaldt foreldrenes rusrelaterte grensesetting, pekte resultatene i litt ulike retninger: I noen analyser kom pilot- og kontrollkommunene likt ut, i andre gikk resultatene svakt i pilotkommunenes favør.

Hovedkonklusjonen er at effektevalueringen ikke avdekket holdepunkter for at Regionprosjektet førte til redusert rusmiddelbruk og færre alkoholrelaterte problemer – i hvert fall ikke blant skoleungdom. I løpet av den tidsperioden som evalueringen dekket, var det heller ikke noe som tydet på at prosjektet hadde bidratt til å begrense mindreårige ungdommers tilgang på alkohol fra salgs- og skjenkesteder. Ingen funn pekte i retning av at den rusforebyggende innsatsen i pilotkommunene hadde virket *mot* sin hensikt. Hvorfor Regionprosjektet ikke lot til å ha gitt nevneverdige effekter på disse utfallsmålene, er et spørsmål som vil bli nærmere belyst i kapittel 11.

8.2 Begrensninger ved effektevalueringen

For å finne ut om Regionprosjektet hadde gitt tilsiktede virkninger, baserte vi oss hovedsakelig på data fra spørreundersøkelser av skoleungdom. Dersom vi i større grad også hadde inkludert data fra andre kilder, ville grunnlaget for å trekke konklusjoner ha vært mer solid. Det ville blant annet ha styrket effektevalueringen om vi hadde hatt tilgang på andre typer data enn selvrappporterte opplysninger, og også data som omhandlet eldre aldersgrupper og ikke bare ungdom. Som beskrevet i kapittel 2, forsøkte vi riktignok å innhente registerdata som ville ha gitt oss noen indikatorer på rusrelaterte skader i både ungdoms- og voksenbefolkningen, men det viste seg at disse dataene var lite egnet til vårt formål.

En annen viktig begrensning ved effektevalueringen har å gjøre med at ”ting tar tid” (jf. kap. 10). Data fra skoleundersøkelsene ble analysert for å

avdekke eventuelle endringer fra 2004 til 2006, men mange pilotkommuner brukte lang tid på å sette sine forebyggingsplaner ut i livet. Vårt datamateriale var lite egnet til å fange opp eventuelle virkninger av de tiltakene som kom seint i gang. Det var heller ikke egnet til å avdekke mulige effekter av tiltak som først og fremst var ment å påvirke målgruppens forhold til rusmidler på lang sikt.

Fordi skoleundersøkelsene favnet de *brede* lag av ungdomsbefolkningen, hadde vi heller ikke noe godt grunnlag for avdekke eventuelle effekter av intervensjoner som først og fremst var rettet mot spesielt utsatte grupper (f.eks. Kjentmann). Slike høyriskotiltak berører per definisjon bare et fåtall av de unge, og selv om de kan ha påvirket målgruppens rusmiddelbruk i ønsket retning, så vil det i liten grad avtegne seg i studier som omfatter (nesten) *hele* ungdomsbefolkningen. Det betyr for øvrig også at tiltak som er forbeholdt små grupper, sjelden monner når man legger et folkehelseperspektiv til grunn. For å begrense det *totale* omfanget av alkoholrelaterte skader og problemer i ungdomsbefolkningen, er det følgelig nødvendig å iverksette effektive intervensjoner som når ungdom flest.

Videre er det grunn til å minne om at det ikke var tilfeldig hvilke kommuner som inngikk i Regionprosjektet. De kommunene som nådde fram i konkurransen om å ta del, hadde ikke bare gjennomtenkte planer for sin rusforebyggende satsing, de hadde også involvert den politiske- og administrative ledelsen i disse planene. Vårt valg av kontrollkommuner var heller ikke tilfeldig: I seks av sju tilfeller ble de plukket ut blant søkerne til Regionprosjektet. Nettopp derfor kan det tenkes at de – i likhet med pilotkommunene – var mer interessert i rusforebygging enn de fleste andre kommuner i landet. I så fall representerte verken pilot- eller kontrollkommunene typiske norske gjennomsnittskommuner. I effektevalueringen sammenliknet vi følgelig pilotkommuner som trolig hadde sær gode forutseninger, med kontrollkommuner som antakelig lignet på dem. Dersom effektevalueringen hadde dreid seg om tilfeldig valgte pilot- og kontrollkommuner, eller om kommuner med spesielt høy forekomst av rusmiddelproblemer, så ville resultatene kanskje vært annerledes.

Et siste poeng har å gjøre med påliteligheten av selvrapporterte opplysninger. Svarer ungdom ærlig og samvittighetsfullt på den type spørsmål som vi stilte i skoleundersøkelsene, eller avgir de ofte svar som ikke stemmer så godt overens med de faktiske forhold? En god del forskning har belyst temaet, og stort sett synes konklusjonen å være at tenåringer i hovedsak gir pålitelige opplysninger om egen rusmiddelbruk (Del Boca og

Darke 2003). Men selvrappporterte data gir ikke et *nøyaktig* bilde av virkeligheten. På dette feltet operer vi følgelig med mer eller mindre grove indikatorer, og ikke med presise mål. Det er imidlertid liten grunn til å tro at slike begrensninger har hatt noe å si for vår effektevaluering. I så fall måtte svarstilen til skoleungdom i pilot- og kontrollkommunene ha endret seg på ulikt vis over tid, noe som er lite sannsynlig. På den annen side avdekket vi enkelte ”ulogiske” funn, blant annet med hensyn til endringer i alkoholbruk og alkoholrelaterte problemer, og det kan hende at det delvis skyldtes at de selvrappporterte opplysningene var upålitelige.

Selv om effektevalueringen av Regionprosjektet var basert på studier med flere klare begrensninger, ønsker vi til slutt å påpeke at disse studiene også hadde noen viktige fortrinn. Både skoleundersøkelsene og studiene av kjøpsforsøk inkluderte tiltaks- så vel som kontrollgrupper, og omfattet kartlegginger både før og etter iverksetting av tiltak. Et slikt forskningsdesign gir et godt utgangspunkt for å sannsynliggjøre om innsatsen ga avkastning. Videre hadde vi tilgang på mange sentrale utfallsmål, noe som åpenbart også er fordelaktig. I tillegg var undersøkelsene særskilt relevante fordi tiltakene i Regionprosjektet hovedsakelig var rettet mot barn og unge i det brede lag av befolkningen.

8.3 Hovedpunkter

- Effektevalueringen ga ingen holdepunkter for at Regionprosjektet hadde ført til redusert rusmiddelbruk og færre alkoholrelaterte problemer blant skoleungdom (se tabell 8.1).
- Det er ingen holdepunkter for at Regionprosjektet har bidratt til å begrense mindreårige ungdommers tilgang på alkohol fra salgs- og skjenkesteder (se tabell 8.2).
- Ingen effekter ble observert med hensyn til de unges rusrelaterte kunnskaper og holdninger.
- Regionprosjektet lot ikke til å ha påvirket hvor ofte tenåringsforeldrene snakket med barna sine om farene ved å bruke rusmidler.
- Når det gjaldt foreldrenes rusrelaterte grensesetting, pekte noen funn i pilotkommunenes favør, mens andre ikke gjorde det.

- Ingen funn tydet på at Regionprosjektet hadde virket *mot* sin hensikt.
- Effektevalueringen fanget neppe opp eventuelle effekter av tiltak overfor høyrisikogrupper, tiltak som kom seint i gang, og lang-siktige satsinger.

9 Forankring, kompetansebygging og andre effekter

Som vi har sett i de foregående kapitlene, tyder resultatene fra effekt-evalueringen på at Regionprosjektet ikke førte til noen reduksjon i rusmiddelbruk eller færre alkoholrelaterte problemer, i hvert fall ikke blant skoleungdom i løpet av den tidsperioden evalueringen har pågått. De resultatene som avtegnet seg i analysene av andre utfallsmål, gav heller ikke grunnlag for å omtale Regionprosjektet som en suksesshistorie. Samtidig er et ensidig fokus på disse sidene av saken nokså snevert, fordi prosjektet kan ha hatt *andre* effekter som på ulikt vis gavner både de involverte kommunene og andre som skal drive lokalt basert rusmiddel-forebygging – også på lengre sikt. Nettopp fordi vi, i tillegg til en tradisjonell effektevaluering, også bygger på kvalitative data som fanget opp andre viktige aspekter ved prosjektet, kan vi tegne et bredere bilde av Regionprosjektets virkninger.

I dette kapitlet vil vi legge vekt på hvorvidt og eventuelt hvordan Regionprosjektet har satt spor etter seg i pilotkommunene. Vi vil se på forankring både på politisk nivå og i kommunal forvaltning. Vi vil belyse i hvilken grad prosjektet har ført til økt samordning og samarbeid mellom etater og ulike nøkkelpersoner. Dessuten ser vi på om prosjektet har styrket den lokale kompetansen på forebyggingsfeltet. Og vi spør om det er produsert kunnskap som har overføringsverdi i forhold til andre kommuner.

9.1 Forankring fryder

Intensjonen med Regionprosjektet var ikke bare at det skulle skje noe ekstra i de utvalgte kommunene i løpet av den tiden prosjektet pågikk, men at innsatsen også skulle føre til mer langvarige forandringer. Underveis i prosessen dreier det seg om at prosjektet skulle forankres i kommunenes politiske og forvaltningsmessige ledelse. Tanken var at en slik forankring både ville lette arbeidet i selve prosjektperioden, og samtidig øke sannsynligheten for videreføring etter at prosjektperioden var over. Det betyr at forankring blir viktig både som et mål og et middel (jf. drøftingen av forankringens to sider i Hauge og Ausland 2006:245).

Vi vil i det følgende drøfte flere typer av forankring, både i forhold til kommunalt ledelsesnivå og i forhold til enkeltpersoner med prosjektansvar og faglig kompetanse. En type forankring er at prosjektet bidrar til at

mange kommunalt ansatte begynner å tenke på forebygging og på rusmiddelproblemer på en annen måte. Det kan for det første bety at det blir flere enn før som tenker at arbeid for å forebygge rusmiddelproblemer er noe som angår dem og den posisjonen de innehar. Eller som ordføreren i en av pilotkommunene sa det:

”Det viktigste for oss er at rus og ruspolitikk er blitt satt på dagsorden på en helt annen måte enn før.”

Det kan også bety at nøkkelpersoner som allerede hadde rusmiddelforebygging på sin dagsorden og som en av sine oppgaver, har begynt å tenke på dette på en mer løsningsorientert måte. Grunnen kan være at Regionprosjektet bidro med kunnskap om forebyggingsstrategier, eller kanskje vel så viktig: Kunnskap om hvor man kan finne eller hvordan man kan utvikle forebyggingsstrategier som samsvarer med de lokale problemene og rammebetingelsene. Som Ottar Brox har pekt på er det viktigere å utvikle og forankre ferdigheter og evner til å finne løsninger, enn konkrete handlingsalternativer som svarer på eksisterende problemer (Brox 1995:18).

Det at Regionprosjektet skulle være forankret i politisk og administrativ ledelse var til dels annonsert allerede i Regjeringens handlingsplan. I omtalen av den planlagte satsningen, het det (side 26): *På lokalt plan er det viktig med tung politisk deltakelse og bred involvering av lokale aktører.* Da regionprosjektkommunene ble plukket ut fra den store bunken av søknader, la direktoratet vekt på at både høyt politisk nivå og høyt forvaltningsnivå i kommunen skulle være involvert. Alt tyder på at bruken av disse utvalgs-kriteriene hadde positive konsekvenser for de lokale prosjektene. Man kunne tenkt seg at ordførerens underskrift på søknaden var et rituellet trekk som ikke fikk så store konsekvenser i praksis, men slik ble det ikke. I alle de prosjektkommunene der ordfører eller varaordfører var involvert fra begynnelsen, tok den politiske ledelsen et aktivt ansvar for utviklingen av prosjektet. Ordføreren i en av pilotkommunene beskrev det slik:

”Jeg har nok fulgt opp Regionprosjektet bedre enn mange andre saker, og jeg føler et ekstra ansvar her. Beskjeden fra sentralt hold var klar om at det skulle være forankret på ordførernivå. Jeg var dessuten ganske ny som ordfører da prosjektet kom, og dette var noe av det første jeg ble involvert i. Da søknaden om å få være med ble sendt med min underskrift, opplevde jeg det som en forpliktelse.”

Den viktigste underveisforankringen var likevel knyttet til måten de kommunale prosjektene var organisert på. Det var kommunale styringsgrupper, referansegrupper og arbeidsgrupper, og det var grupper som var ansvarlig for de enkelte delprosjektene. Det betydde at i hver kommune var et stort antall personer på en eller annen måte involvert i prosjektet. Forankringspotensialet ligger i disse personene. Gjennom Regionprosjektet har de ikke bare blitt involvert i forebyggende arbeid og i konkrete delprosjekter, de har også fått et nettverk som inkluderer andre med samme interesser og samme erfaring. Dette vil trolig ha konsekvenser for hva som skjer med hensyn til forebygging i disse kommunene i lang tid framover.

Prosjektlederen i Haugesund, som også er ansvarlig for det kommunale SLT-arbeidet, sa det slik:

”Vi opplever at 80-100 folk trekker sammen i dette arbeidet. Vilkårene er gode for SLT-arbeid her, det er stor politisk enighet om å prioritere forebyggende arbeid. Vi jobber på tvers, og det er lite revirtenkning. Vi ser gode resultater. Og timingen var helt rett, Regionprosjektet satte en rakett i rava på arbeidet.”

Ser vi på forutsetningene for forankring, er det flere faktorer som peker seg ut. For det første er det, som nevnt, spørsmål om hvem som er involvert. Er for eksempel ordfører og rådmann aktivt engasjert, vil deres engasjement både påvirke andre, og det vil øke sjansen for at delprosjekter blir videreført. Et eksempel på et slikt engasjement har vi i Haugesund. Deres sluttrapport (datert juni 2006) forteller følgende om videreføring:

”Haugesund kommune sitt forebyggende arbeid har utvilsomt hatt god nytte av prosjektmidlene, men når Regionprosjektet nå går mot slutten, så stopper også overføringene fra staten. Det er derfor gledelig at bystyret i Haugesund har vedtatt en opptrappingsplan i SLT-midler fra 995 000 i 2005 og deretter en gradvis opptrapping til 2 000 000 innen år 2008. Dette er en formidabel satsning på forebyggende arbeid fra Haugesund kommune sin side, og en av mange indikasjoner på at politikerne ser nytteverdien i det arbeidet som har blitt gjort i perioden Haugesund har vært en av pilotkommunene i Regionprosjektet.”

I hvilken grad denne opptrappingen ville ha kommet uavhengig av Regionprosjektet, vet vi ikke. Mye tyder imidlertid på at Regionprosjektet har bidratt til å synliggjøre både behov, muligheter og handlingsrom i flere av kommunene. Forutsetningene for forankring må selvfølgelig også knyttes til i hvilken grad mellomlederne har blitt en del av prosjektet og

har et eierforhold til det. Dette må også sees i forhold til hvordan prosjektet er organisert (jf. kap. 3).

En annen forutsetning er den kommunale koordinatorens legitimitet og kompetanse. I neste kapittel drøfter vi noen erfaringer om hvilke elementer som var særlig viktige i koordinatorrollen. Som vi utdyper der, var ikke minst koordinatorens evne til å spre entusiasme viktig. Rådmannen en av Sunnmørskommunene, som kjente det lokale prosjektet godt etter å ha sittet i den lokale styringsgruppa, oppsummerte innsatsen på denne måten:

”Folk i kommunene har lagt inn et engasjement og arbeid langt ut over det man kunne forvente, og langt ut over det de hadde tid til.”

Da den sentrale arbeidsgruppa diskuterte videreføring, var det et av medlemmene fra et kompetansesenter som uttrykte det slik:

”Hvem er det som vil? Hvordan skal vi opprettholde entusiasmen hos disse som vil? Forankringen går så mye lettere hvis det allerede er noen som vil. Hvem er det vi minimum må ha brennende med, for at vi skal få til implementering og forankring?”

Særlig viktig er selvfølgelig spørsmålet om den kommunale koordinatoren kommer til å fortsette å være der eller ikke. De kommunene som la koordinatoroppgavene til en eksisterende stilling, som Haugesund og Os, har bedre muligheter for forankring og videreføring. På Nesodden gikk koordinatoren tilbake til full stilling som SLT-koordinator og har hånd om videreføringen fra den posisjonen. Andre kommuner har skaffet midler til i hvert fall noe forlengelse. Kommunene på Ytre Søre Sunnmøre forlenget for eksempel koordinatorstillingen ut 2007.

En tredje forutsetning har å gjøre med de delprosjektene kommunen har valgt. Det er for det første et spørsmål om hvor ressurskrevende prosjektene er. Noen krever mye, både av økonomiske og menneskelige ressurser, for å bli videreført, mens andre går mer av seg selv når de først er etablert. Dels er det også spørsmål om hva som er tilgjengelig av andre ressurser. Ulstein kommune har for eksempel valgt å videreføre Kjærlighet og grenser for psykiatrimidler.

For noen prosjekter kan kommunen forvente fortsatt støtte fra sitt regionale kompetansesenter, mens for andre var støtten begrenset til regionprosjektperioden. Antall kommunale delprosjekter ser også ut til å ha en betydning. Med færre prosjekter blir situasjonen mer oversiktlig og

lettere å videreføre. Prosjektlederen i Os oppsummerte for eksempel i mars 2006: ”Sju delprosjekter var egentlig for mye for oss. Vi burde konsentrert oss om færre.”

9.2 Samordning som måloppnåelse

Samordning kan betraktes både som et middel i gjennomføringen av prosjektet, og som et mål i seg selv. At samordning kan være et eget mål, framgår blant annet av avtalen mellom kommunene og direktoratet, der det het: ”En sentral målsetting er å samordne (vår understreking) allerede eksisterende virkemidler og ressurser til en mer helhetlig innsats”. I mange av prosjektkommunene har nok denne målsettingen blitt litt borte i fokuset på at det forebyggende arbeidet skal ha effekt på blant annet debutalder og ungdommens rusmiddelbruk. Men i noen kommuner har Regionprosjektets effekt på samordning og organisering vært viktig gjennom hele prosessen, og ikke minst i slutfasen. Vi vil i de følgende to underkapitlene drøfte dette nærmere.

9.2.1 Interkommunalt samarbeid

Særlig for de fire kommunene på Ytre Søre Sunnmøre var Regionprosjektets effekt på samordning og samarbeid viktig. Der la man stor vekt på at prosjektorganisasjonen skulle kunne fortsette å ivareta en samordnet, interkommunal forebygging også etter at prosjektet var formelt slutt. Denne intensjonen kom eksplisitt til uttrykk både i prosjektplanen, og i de enkelte kommunene. Vi har sett på behandlingen av saken i Sande kommune i mai 2004, og i ”saksutgreiinga”, heter det i rådmannens ”framlegg til vedtak”: ”Det skal i prosjektperioda arbeidast med sikte på å kartlegge framtidig interkommunalt samarbeid på dette området.” I saksdokumentene til kommunestyre og formannskap, legger de også vekt på at ”samarbeidskultur og gode tillitsfulle relasjonar” er viktige forutsetninger for å lykkes. De understreker at dette skal være et interkommunalt ”vi” prosjekt.

Interkommunalt samarbeid og samordning er en krevende oppgave. Våre informanter på Ytre Søre Sunnmøre forteller at dette er fire svært ulike kommuner, med ulik historie og ikke minst en svært forskjellig økonomi. Dessuten er de bemannet med ulike menneskelige ressurser og ulike personligheter. I sluttrapporten oppsummerer det lokale fellesprosjektet at samarbeidet på grasrotnivået mellom kommunene var uproblematisk. Samordning av det politiske nivået var langt vanskeligere. Der kunne det

for eksempel bli spørsmål om rettferdig fordeling og om bruk av ressurser i form av tid og penger.

I praksis viste det seg at tre elementer; styringsgruppa, den faglige koordineringsgruppa, og de ulike delprosjektgruppene, ble viktige redskaper i samordningen. De fire kommunene sin årsrapport for 2004 forteller om organiseringen og om hvordan den fungerte. De hadde en *styringsgruppe* som besto av rådmennene fra de fire kommunene, samt lensmannen som leder av gruppa. Den faglige kontakten fra kompetansesenteret var også viktig i denne sammenhengen. Deltakerkommunene oppsummerer at de har fått til et godt og nært samarbeid, og mener at sammensetningen av styringsgruppa var en viktig årsak.

En annen viktig faktor i samarbeidet, var deres *faglige koordineringsgruppe*. Den besto av en representant fra hver av kommunene, han som hadde ansvar for forebyggende arbeid i politiet, samt kontakten fra kompetansesenteret og den lokale prosjektkoordinatoren. Kommunenes representanter hadde alle sentrale posisjoner i forhold til forebyggende arbeid i sine kommuner. Dessuten satt de også i de kommunale styringsgruppene. Dermed ble de viktige for formidling av informasjon, samtidig som de hadde legitimitet og kjente forholdene i sin enkeltkommune godt.

Det tredje elementet i samarbeidet var de ulike *prosjektgruppene*. De var også interkommunalt sammensatt, med unntak av skoleprosjektene som var kommunale. Årsrapporten oppsummerer styrken i denne forankringen og organiseringen slik:

"I og med at vi er fire kommunar saman i prosjektet, vil ikkje nokon bli belasta med mykje meirarbeid, men vi har fleire instansar å hente ressursar ut frå. Dette har og ført til at vi har fått med personell som er særst interesserte i dei ulike satsingane."

Et drøyt år seinere, i september 2005, hadde ordføreren i Hareid denne kommentaren til samarbeidet og ambisjonene:

"Interkommunalt samarbeid er en utfordring. Vi ønsker oss en felles ruspolitisk handlingsplan, men en felles ruspolitikk er vanskelig."

Da de samme kommunene arrangerte sluttseminar våren 2007, tydet mye på at de var kommet langt i forhold til målet om samordning. Lensmannen som hadde vært leder av styringsgruppa, oppsummerte slik:

”Vi går samme vei på en annen måte nå. Før var det mer enkeltprosjekter. Nå vet vi om hverandre, og vi har samme retning på det vi gjør. Vi fikk kompetanse av hverandre, nå kan vi mye mer. Utfordringen framover er økonomien. På kort sikt (ut året) ser det slik ut:

- *Det er politiske vedtak på å fortsette*
- *Styringsgruppa skal fortsette*
- *Faggruppa fortsetter og er gitt et mandat*
- *Tiltakene vil fortsette*
- *Utvidelse av tiltakene*
- *Koordinator fortsetter.”*

For å oppsummere det interkommunale samarbeidet man har fått til på Ytre Søre Sunnmøre, er det viktig å minne om at de hadde et grunnlag å bygge på før de ble pilotkommuner i Regionprosjektet. Et par år før prosjektet, vedtok kommunestyrene i de fire kommunene å sette sammen et interkommunalt ungdomsteam ved bruk av stillinger som fra før av var opprettet for å arbeide med forebyggende tiltak rettet mot ungdom. Ungdomsteamet arbeidet på tvers av kommunegrensene, og tok initiativet til søknaden om å bli med i prosjektet. Samtidig er det liten tvil om at Regionprosjektet gav en kraftig utvidelse av samarbeidsfeltet, og en sterkere målretting av samarbeidet. Det har blant annet ført til en felles, interkommunal rusmiddelpolitisk handlingsplan. Lokale informanter uttrykker at dette hadde de aldri fått til dersom det ikke hadde vært for det samarbeidsgrunnlaget som er lagt gjennom Regionprosjektet.

Samordningen som har kommet som en effekt av Regionprosjektet førte også til at personer som arbeidet med de samme oppgavene i de ulike kommunene økte kjennskapen til hverandre og til hvordan problemene tok seg ut i nabokommunene. Ytre Søre Sunnmøre er et øysamfunn, knyttet sammen med bruer, og preget av mye både skolependling og fritidspendling. De problemene som adresseres av prosjektet går på tvers av kommunegrensene, og Regionprosjektet har styrket kommunenes felles utgangspunkt for å fortsette å arbeide sammen med forebygging.

9.2.2 Samarbeid og samordning i enkeltkommuner

Viktige rammebetingelser for samordning er knyttet til det lokale prosjektets plassering i den kommunale strukturen, noe vi var inne på i kapittel 3. Særlig i Larvik, ser det ut til at dette var noe de var oppmerksomme og bevisste på. De oppsummerer slik i et intervju i Kommunal rapport i november 2006:

”Samordning er viktig. Fordi rusforebyggende arbeid egentlig handler mer om mennesker enn om rus, blir mange kommunale embeter involvert. Kravet til samordning blir derfor sentralt.”

En konsekvens av dette i Larvik, var at koordineringen av prosjektet ikke kunne plasseres i én sektor i kommunen. De la også vekt på at den som skulle koordinere arbeidet måtte ha evne til samarbeid, ryggdekning i toppledelsen, ha et kontor i nærheten av lederne og ha en personlighet som gjør at vedkommende tør ta de uformelle kontaktene i kantina under lunsjen.

Samordning har vært et eksplisitt mål også i andre kommuner. Haugesund kommune avslutter sin sluttrapport med disse ordene:

”Til slutt kan vi vel si at den aller største effekten av Regionprosjektet har vært den formidable utviklingen av det tverrfaglige samarbeidet i kommunen. Mange tette skott har blitt revet. Alle er begynt å dra i samme retning med samme mål for øyet. I Haugesund jobber en ikke bare med seg og sitt. Vi drar i sammen.”

Samordning kan altså være mellom flere kommuner, eller innen en kommune. En litt snevrere form for samordning var også satt opp som en egen intervensjon på Sosial- og helsedirektoratet meny over tiltak. Det var ”Modell for tverrfaglig samarbeid: Rusforebyggende innsats overfor gravide kvinner og småbarnsfamilier”. Modellen la vekt på tidlig intervensjon, og på samarbeidsmøter mellom helsestasjon, leger, sosial- og barneverntjenesten og psykolog.

Som vi så i kapittel 4 valgte Ytre Søre Sunnmøre og Os dette tiltaket som en del av sin prosjektflora. Mens Sunnmørskommunene fulgte modellen som var skissert i menyen og videreutviklet den, la Os særlig vekt på samarbeid mellom barnehagene og forvaltningsenheten ”Tenester for barn og unge”.

Et tredje, bredere og litt annerledes samordningsprosjekt var en del av prosjektporteføljen i Narvik kommune. De kalte det *Tverrfaglig og tverretattlig samarbeid*. I prosjektplanen begrunnet de det med at eksisterende samarbeid mellom etater og nivåer var for lite systematisert. Som et resultat kunne det lett bli for tilfeldig og for personavhengig. Delprosjektet rettet seg mot fagpersoner, på tvers av etater og nivåer, som kom i kontakt med barn og unge i sitt virke. Mål og målgruppe ble beskrevet slik:

”Mål: Gi barn og unge rett hjelp til rett tid. Bedre samarbeid på tvers av etater og nivåer, slik at organisering og metodikk rundt samarbeid blir mer formaliserte.”

”Målgruppe: Barn og unge i Narvik kommune som er i behov av hjelp og oppfølging fra det offentlige.”

Årsrapportene fra Narvik viser at samarbeidsprosjektet gikk noe tregere enn forventet. Tiltaket blir imidlertid videreført etter Regionprosjektet, og det satses da spesielt på kompetanseheving og felles tverrfaglig opplæring for ansatte innenfor helse, sosial og skole. De har også fått forankret tiltaket i sin opptrappingsplan for barn og unge – psykisk helse.

Det er også andre tiltak i regionprosjektkommunene som har hatt samordning som bi-effekt, uten at det har vært satt opp som noe eksplisitt mål i utgangspunktet. Særlig gjelder det PMTO (Parent Management Training, rettet inn på foreldre til barn med alvorlige atferdsproblemer), der for eksempel Haugesund har satt sammen et PMTO-team der en er ansatt i barnevernet, en er helsesøster og en kommer fra PP-tjenesten. De oppsummerer at arbeidet med PMTO har styrket tverrfagligheten i kommunen.

9.3 Å bygge lokal kompetanse

En viktig effekt av Regionprosjektet er at de kommunene som har deltatt, har gått styrket ut av prosessen, om enn i noe varierende grad. Egentlig snakker vi her ikke bare om kompetansebygging, som primært dreier seg om endringer på individnivå, men om det noe videre begrepet ”capacity building”. Kapasitetsbygging vil i denne sammenheng dreie seg om endringer både i kommunen som helhet, i deler av den kommunale forvaltningen, og blant enkeltindivider.

Det ser ut til å være lite forskning på denne typen konsekvenser av tiltak som er initiert sentralt og implementert lokalt. Et unntak er Howe m.fl. (1997) som oppsummerer litteraturen om lokal kapasitetsbygging som en ønsket konsekvens av helsefremmende tiltak. Deres gjennomgang dreier seg først og fremst om strukturnivåets kapasitet, og mindre om kompetansen til de som bekvinner og bemanner forvaltningsstrukturene. De skiller mellom tre nivåer eller tre former for styrking av strukturnivåets kapasitet, som alle kan være relevante for hvilke spor Regionprosjektet har satt etter seg i kommunene.

Det første er *styrking og utvikling av infrastruktur og tjenesteyting*. Det vil dreie seg om at de har kommet et skritt lenger når det gjelder organisasjon, evner og ressurser i sektorer som er involvert i forebygging – noe som gjelder aller pilotkommunene, om enn i varierende grad. For Regionprosjektets kommuner er det også viktig å understreke at de hadde et godt utgangspunkt, de begynte ikke på bar bakke. Som vi har redegjort for foran, lette Sosial- og helsedirektoratet etter de antatt beste kommunene i den store bunken av søknader. De valgte søkere som visste hva de ville og hvorfor, og de som allerede var engasjert og som hadde involvert både ordfører og rådmann.

Det neste nivået er knyttet til de *spesifikke programmer eller intervensjoner* som er implementert i prosjektperioden. Kriterier på at kapasitetsbyggingen har fungert, er at tiltakene videreføres, vedlikeholdes og utvikles også etter at økonomisk støtte fra sentrale kilder har opphørt. Vi vet noe om videreføringen av intervensjonene i Regionprosjektet. Som nevnt har videreføringen gått lettest der de har investert i kursing og opplæring av forebyggere som kan fortsette arbeidet, blant annet i skolen. Særlig gjelder dette intervensjoner som Kjentmann, Kjærlighet og grenser og ART. Da kan videreføringen i framtiden høste av den innsatsen som ble gjort i økonomisk romsligere tider. Utvikling av nye tiltak og videreutvikling av eksisterende, som er en av målsettingene i Handlingsplanen, er et større krav. Dessuten framstår mange av intervensjonene i Regionprosjektet som ”ferdig utviklet”, det er meningen at de skal iverksettes etter boka, og ikke flikkes på.

Forholdet mellom ”ferdige” intervensjoner og egenutviklede tiltak kan illustreres med et sitat fra Os kommune sin sluttrapport. Det viser også at det kan være lettere for kommunene å få et eierforhold til tiltak som de selv er med på å utvikle:

”Babyen til Os i pilotprosjektet må seiast å ha vore ’Tidleg identifisering og tidleg intervensjon’. Ikkje fordi dette delprosjektet har fått høgst prioritering, men fordi vi har stått for befruktinga, hatt ein spanande og strevsam graviditet, fødd, hatt barselpermisjon og held no på med å oppdra babyen. Alle dei andre delprosjekta, bort sett frå Ansvarleg sal har vi på ein eller annan måte fått servert som ferdige forebyggingsprogram klar til testing (ikkje fullt så enkelt som det kan sjå ut som). Resultatet av ’Tidleg identifisering og tidleg intervensjon’ er ein kartleggingsrapport med handlingsplan for barnehagane i Os og eininga Tenester for Barn og Unge (TBU) og omhandlar bekymringar og samarbeid. Hovudmålet er at barnehagane og TBU saman på eit tidleg stadium skal bli betre på å oppdaga barn som har problem, eller som er i faresona for å

utvikla problem, for så å intervensera på ein slik måte at problema forsvinn eller blir redusert. ”

Vi har også eksempler på at en intervensjon som ble iverksatt som et ferdig utviklet program i en pilotkommune, i langt større grad måtte utvikles lokalt i en annen. Os kommune kunne nærmest overlate gjennomføringen av Kjentmann til sitt kompetansesenter Bergensklinikkene, som også hadde skapt og utviklet programmet. I Narvik visste verken kommunens prosjektleder eller den faglige kontakten på kompetansesenteret helt hva tiltaket gikk ut på da de inkluderte det i sitt lokale regionprosjekt. De måtte utvikle sin egen utgave av tiltaket, og går dermed ut av Regionprosjektet med en kompetanse og en erfaring som er ny for dem.

Men selv om mange av intervensjonene var ”ferdige”, ser vi også at tiltak er utvidet og videreutviklet i løpet av prosjektperioden. Det gjelder for eksempel ART i Larvik, og skoleprosjektet i Haugesund, som ble utvidet til å omfatte flere skoler og overgangen fra ungdomsskole til videregående (ikke bare fra barneskole til ungdomsskole). Vi har også eksempler på nyutvikling. Tydeligst dreier det seg om VÅRS, som er en avlegger av ART-satsningen i Larvik. VÅRS er et veiledningsprogram til foreldre med barn i alderen 3-6 år, med siktemål å utvikle godt samspill i småbarnsfamiliene.

Det tredje nivået Hawe med flere setter opp, er en *styrking av organisasjonens problemløsningsevne*, noe som også omfatter evnen til å identifisere problemer og til å ta tak i dem. Det dreier seg altså om en styrking av evnen til å finne de løsningene som passer til problemene. Det kan også innebære evnen til å se at et program ikke er godt nok og at det bør byttes ut med et annet. På dette nivået kan kapasitetsbyggingen sees i sammenheng med teorier om lærende organisasjoner (jf. f.eks. Argyris 1999, Senge 1990).

Organisasjonens evne til læring vil trolig også henge sammen med i hvilken grad den har oppnådd samordning og koordinering av innsatsen i Regionprosjektet. Som diskutert foran, var det en av prosjektets målsettinger. Muligheten for organisasjonslæring er også best når organisasjonen, i dette tilfellet den kommunale forvaltningen, får ta utgangspunkt i egne problemer og rammebetingelser, og har et eierforhold til de tiltak den skal iverksette. Eierforholdet er tydeligst når kommunene selv har fått utforme sine egne tiltak, slik vi så det i eksemplet fra Os (jf. Hauge og Knutheim 2006:208). Dermed er vi tilbake til balanseforholdet mellom *top down* styring, som gir det sentrale nivået mulighet for å styre kommunene i

retning av forebyggingstiltak som er utprøvd og som man har tro på, og *bottom up* styring som kan medføre et sterkere eierforhold og kanskje også gi sterkere lokal entusiasme (jf. Laverack og Labonte 2000, Laverack 2004, Whitelaw m.fl. 2001).

Læring og kapasitetsbygging oppsummeres også av enkelte av kommunene som en viktig effekt av prosjektet. Os kommune sier det slik i sin sluttrapport:

”Os har lært utruleg mykje gjennom å vera pilotkommune, med det resultat at vi er vorten flinkare innan rusforebyggjande arbeid enn kva vi var i i byrjinga av 2004. Noko av det Os kommune har lært meir om er:

- *Å samordna rusforebyggjande tiltak*
- *Kva rusforebyggjande strategiar som fungerer godt*
- *Kva rusforebyggjande program som finst på marknaden*
- *Kva rusforebyggjande program som er å føretrekkja*
- *Gode samarbeidsformer mellom ulike nivå, både innanfor og utanfor kommunen”*

Flytter vi fokuset fra organisasjonsnivå til individnivå, kan vi for det første slå fast at det har foregått en omfattende kompetansebygging i tilknytning til de ulike programmene. Om disse programmene bidrar til redusert rusmiddelbruk og færre rusmiddelrelaterte problemer, er imidlertid usikkert (jf. kapittel 4). I et rusforebyggende perspektiv er det derfor grunn til å spørre om innsatsen var hensiktsmessig. Dette spørsmålet kommer vi tilbake til i kapittel 11.

Et meget stort antall personer har blitt kurset i Unge & rus, Kjentmann, Kjærighet og grenser, PMTO og andre programmer. De aller fleste intervensjonene som sto på Sosial- og helsedirektoratets meny omfattet en eller annen form for opplæring, for lærere eller andre. Det samme gjelder flere av tiltakene som kommunene valgte utenom menyen. Utviklingen av ART i Larvik har i følge deres sluttrapport medført at over 500 ansatte har vært på ART-trenerkurs, og alle enheter som jobber med barn og unge har ansatte med trenerkompetanse.

Kommunene ser på slik opplæring som en investering for framtiden. Eller som prosjektkoordinatoren i Haugesund sier det i deres sluttrapport:

”Å satse på et prosjekt som PMTO er en investering i kunnskap. Dette er jo kunnskap som skal implementeres videre inn i ryggmargen til det kommunale hjelpeapparatet.”

I kapittel 11 kommer vi tilbake til den kapasitetsbyggingen som er knyttet til spesielle intervensjoner, og påpeker at verdien av den økte kompetansen må sees i sammenheng med verdien av den aktuelle intervensjonen.

Kompetanseoverføring, og kanskje også noe kapasitetsbygging var dessuten bygget inn i Regionprosjektets organisasjonsmodell. Selv om den faglige støtten fra kompetansesentrene var av ulik art og også av nokså ulikt omfang, er det liten tvil om at den har representert en kompetanseoverføring, særlig i prosjektets første fase.

En annen form for kompetansebygging ligger i den lokale organiseringen, som bidro til at svært mange ble involvert. Kommunene ble også oppfordret til å vektlegge kontinuitet, ved at den som ble engasjert som lokal koordinator av det tidsavgrensede Regionprosjektet helst skulle være en person som allerede var i det kommunale systemet, og som kunne forventes å fortsette der når prosjektet var over. Slik stabilitet er for øvrig også et av kjennetegnene ved lærende organisasjoner. Så vidt vi kjenner til, fortsetter samtlige av de kommunale koordinatorene, enten i prosjektlederposisjoner, eller de går tilbake til andre jobber i sin kommune.

De endelige kriteriene på om Regionprosjektet har ført til kapasitetsbygging og kompetanseøkning i prosjektkommunene, lar seg imidlertid ikke avlese ved prosjektslutt. Det er når prosjektlivet blir byttet ut med hverdagsliv, at det vil vise seg hvilke spor prosjektet har satt etter seg.

9.4 Kunnskap med overføringsverdi

Én intensjon med Regionprosjektet, var at man skulle produsere erfaring og kunnskap som hadde overføringsverdi. Underveis i prosjektet har det imidlertid kommet innvendinger som dreier seg om at forholdene i pilotkommunene var så spesielle at erfaringene neppe kunne være gyldige for andre kommuner. Regionprosjektkommunene fikk økonomisk støtte fra direktoratet og faglig støtte fra kompetansesentrene, og dette lar seg ikke reproducere til å gjelde alle landet kommuner. Mye tyder imidlertid på at konklusjonen om manglende overførbarhet er vel pessimistisk. Det er minst to aspekter ved Regionprosjektet der erfaringene etter alt å dømme har en klar overføringsverdi.

Det første er de erfaringene som kommunene har gjort med enkeltprogrammer og intervensjoner. Selv om den konkrete utformingen av tiltakene gjerne må tilpasses lokale forhold, kan prinsipper og modeller ha overføringsverdi. I Regionprosjektet gjelder dette særlig intervensjoner som på forhånd var lite utprøvd i Norge. For eksempel for *Ansvarlig vertskap* er det gjort mange erfaringer om hvordan man best rekrutterer ansatte fra skjenkenæringen til å delta på kurs. Siden dette var et relativt nytt program i Norge, kan den utprøvingen som er gjort gjennom Regionprosjektet få stor betydning for hvordan det blir gjennomført og hva man oppnår i andre norske kommuner som skal i gang med samme program. Fordi flere av regionprosjektkommunene også har klart å få politisk vedtak om at Ansvarlig vertskap kurs skal være en forutsetning for å få skjenkebevilling, er det også her høstet erfaringer som andre kommuner vil ha nytte av. Samtidig er det viktig å minne om at slike erfaringer bør suppleres med annen kunnskap om programmet. Kursing i Ansvarlig vertskap ser ikke ut til å ha noen effekt på overskjenking dersom det blir stående alene og ikke kombineres med styrket skjenkekontroll og internkontroll (jf. Lauritzen og Baklien 2007). Men Ansvarlig vertskap-programmet, i den formen som har blitt implementert i Regionprosjektets pilotkommuner, har vært en slags "light-versjon", der kursingen har vært hovedsaken. Denne tendensen samsvarer for øvrig med hva Saltz og Stanghetta (1997:248) fant da de fulgte utviklingen av et program for ansvarlig alkoholservering i USA. Dette programmet omfattet i utgangspunktet både en styrket kontroll, en innsats for å gi skjenkebransjen eierskap til programmet, og et samarbeid med lokale forvaltningsorganer. De fant imidlertid en klar tendens til at det var kursene som ble hovedsaken når programmet skulle implementeres lokalt. De andre delene hadde lett for å bli borte.

En annen "ny" intervensjon var *Kjærlighet og grenser*, der utviklingen av den norske utgaven var finansiert av Regionprosjektet. Pilotkommunene fungerte som en utprøvingsarena, og man gjorde erfaringer som førte til forenklinger og forbedringer. Det betyr at når andre kommuner etter Regionprosjektet ønsket å gjennomføre *Kjærlighet og grenser*, kunne de ikke bare lære av erfaringene fra Larvik, Os, Ulstein og Herøy, men også få en programpakke som kanskje var bedre enn den pilotkommunene fikk. Det har nok også vært viktig at enkelte av de kommunale aktørene som på erfaringskonferanser og andre steder, har fått i oppgave å fortelle andre kommuner om programmet, har gjort det med mye glød og entusiasme. De har hatt både erfaringer og personlighet som har gjort dem til gode markedsførere av *Kjærlighet og grenser*.

Mens den første overføringsverdien altså kan knyttes direkte til de enkelte iverksatte programmene og intervensjonene, har den andre å gjøre med de erfaringene som er gjort i hvordan arbeidet er organisert, hva som kreves av prosjektleder, av lokale allianser med videre. Regionprosjektet har vært tiltaksfokuset, og det har kanskje også satt sitt preg på kunnskapsoverføringene etter prosjektet. I hvert fall ser det ut til å gjelde for de erfaringskonferansene som er holdt, at de har vært mer opptatt av tiltak enn av organisering. Kanskje ligger det her et potensial av kunnskap og erfaring som kunne vært utnyttet enda bedre.

Kunnskap og erfaringer som er høstet i Regionprosjektet har altså overføringsverdi i forhold til hva som kan gjøres i andre norske kommuner. Et tydelig uttrykk for dette har vi i de regionale erfaringskonferansene. Med unntak av Nordnorsk kompetansesenter, har alle kompetansesentrene avholdt slike konferanser¹⁶. Intensjonen har vært både at den lokale pilotkommunen skulle få ”vise seg fram” med sine delprosjekter, og at andre kommuner i regionen skulle lære av erfaringene og bli inspirert til å sette i gang tiltak. Mange av konferansene trakk også inn folk fra pilotkommuner utenfor regionen, for at de skulle få fortelle om sine erfaringer og tiltak. For eksempel var Larvik kommune og deres lokale prosjektleder fra Kjærlighet og grenser, vært på flere av konferansene.

Det er selvfølgelig for tidlig å si noe om omfanget av spredningseffekten, men skal vi dømme ut fra den interessen som mange andre kommuner viste på erfaringskonferansene, er det grunn til å tro at Regionprosjektet vil ha konsekvenser for det rusmiddelforebyggende arbeidet framover i langt flere kommuner enn de som var direkte involvert i selve prosjektperioden.

Erfaringskonferansene viste også at de regionale kompetansesentrene er viktig aktører i overføringsprosessene. For det første har de fanget opp og videreført erfaringene i pilotkommunene, særlig når det gjelder de programmene som er prøvd ut og iverksatt. Dessuten har Regionprosjektet bidratt til at mange fagfolk ved kompetansesentrene har fått erfaringer med og kunnskap om programmer som tidligere ikke sto på deres

¹⁶ NNK-rus fant det ikke hensiktsmessig å ”spre erfaringer” før erfaringene er oppsummert og systematisert, med andre ord før evalueringen foreligger.

repertoar. Vi må kunne regne med at dette er kunnskap som vil komme andre kommuner til gode.

9.5 Oppsummering

Regionprosjektet har hatt effekter når det gjelder forankring, kompetansebygging og kunnskapsproduksjon. Dette er imidlertid virkninger som både mangfoldige og vanskelige å måle, i hvert fall på kort sikt. Slike effekter kan blant annet knyttes til organiseringen av de kommunale prosjektene, med styringsgrupper, referansegrupper og delprosjektgrupper. Slik ble det både stort omfang og stor bredde i de fagfolkene som ble involvert i prosjektet. Det ble mange som delte erfaringer, og som gjennom prosjektet også fikk kunnskap om personer og problemer på tvers av faggrensene og etatsgrensene.

Regionprosjektet førte også til styrket samordning og samarbeid på tvers av kommunegrensene. Dessverre var det bare ett interkommunalt prosjekt, så vi har et heller dårlig grunnlag for å generalisere om virkningene av samarbeid mellom flere kommuner. Men selv om de fire kommunene på Ytre Søre Sunnmøre er ulike langs mange dimensjoner, ikke minst når det gjelder bemanning og økonomi, ha de likevel fått til et samarbeid som har satt spor etter seg, blant annet i en felles rusmiddelpolitisk handlingsplan.

Også i de fem enkeltkommunene som var med i prosjekter, ser vi effekter når det gjelder samordning og samarbeid. Informantene forteller i sluttfasen at det nå er mange som drar i lag i samme retning. Dels skyldes det styrkede samarbeidsklimaet også at noen kommuner har hatt spesielle prosjekter med samordning og samarbeid som siktemål. I Os førte dette til en kartleggingsrapport med felles handlingsplan for barnehagene og forvaltningsenheten Tenester for Barn og Unge. Intensjonen var at partene sammen skulle styrke grunnlaget for tidlig intervensjon når de har mistanke om at barn har problemer eller står i faresonen for å utvikle problemer. I Narvik kommune førte et likende samarbeidsprosjekt til opprettelsen av et ressursteam med ledere i barnevernet, helsesøster-tjenesten, psykisk helse barn og unge (BUP) og psykologisk- pedagogisk tjeneste (PPT).

Regionprosjektet har også ført til styrking av den lokale kompetansen, og til kapasitetsbygging i både i deler av den kommunale forvaltningen og blant enkeltpersoner. Det er mange kommunale informanter som i slutt-

fasen understreker at for dem er prosjektets viktigste effekt at mange kommunalt ansatte nå tenker på forebygging på en annen måte enn før.

Noen av de delprosjektene som kommunene iverksatte, var ferdig utviklet og skulle gjennomføres etter en fastlagt plan, gjerne med fagfolk fra det regionale kompetansesenteret som viktige, eller til og med ansvarlige, aktører. Andre stilte større krav til lokal utvikling og tilpasning. Det var særlig den siste typen intervensjoner som førte til økt kompetanse blant de involverte i kommunen. De mer ”ferdige” programmene var imidlertid også viktige i denne sammenhengen, ikke minst fordi mange av dem innebar skoling av et stort antall personer, for eksempel som Kjentmenn eller som ledere i Kjærlighet og grenser.

Den kunnskapen som er samlet som et resultat av Regionprosjektet, har også fått konsekvenser for andre kommuner enn de som var med. Det gjelder først og fremst de erfaringene som er gjort med iverksettingen av de enkelte programmene. Erfaringskonferansene som de fleste regionale kompetansesentrene har arrangert, har spilt en viktig rolle i kunnskapsformidlingen.

Det må også nevnes at de regionale kompetansesentrene trolig har fått økt sin kompetanse gjennom Regionprosjektet. De ble involvert i tiltak og intervensjoner som var nye for dem og som gav dem erfaringer som de kan ta med seg i arbeidet med andre kommuner. Regionprosjektets arbeidsgruppe skapte også en møteplass og en arena for erfaringsutveksling som var ny for dem som deltok.

9.6 Hovedpunkter

- Ordfører og rådmann var involvert i prosjektet i de fleste pilotkommunene. Deres aktive engasjement var viktig i forhold til forankring og videreføring.
- Organiseringen av de kommunale prosjektene bidro til at et stort antall personer var involvert i Regionprosjektet. Det var kommunale styringsgrupper, referansegrupper og arbeidsgrupper, og det var grupper som var ansvarlig for de enkelte delprosjektene.
- Den kommunale koordinatorens legitimitet og kompetanse var også viktig for forankringen. Det samme gjelder det faktum at alle koordinatorene fortsatte i en kommunal posisjon, ikke

nødvendigvis som koordinator, men likevel som en som kunne være pådriver i videreføringen.

- Regionprosjektets eneste eksempel på interkommunalt samarbeid og samordning viser at det er en krevende oppgave. Ytre Søre Sunnmøre har imidlertid oppnådd mye, ikke minst å lage en felles rusmiddelpolitisk handlingsplan. Tre elementer; styringsgruppa, den faglige koordineringsgruppa, og de ulike delprosjektgruppene, var viktige redskaper i samordningen.
- Tre enkeltkommuner hadde egne samordningstiltak rettet inn mot tidlig intervensjon og mot rusforebyggende innsats overfor gravide kvinner og småbarnsfamilier. De valgte litt ulike strategier, men oppnådde alle å styrke det tverrfaglige og tverretatlige samarbeidet.
- Det har foregått en kommunal kapasitetsbygging på flere nivåer. Dels er denne knyttet til spesifikke programmer og intervensjoner. Det har gått lettest i de kommunene som har investert i kursing og opplæring av forebyggere som kan fortsette arbeidet, blant annet i skolen. Samtidig ser vi at det kan være lettere for kommunene å få et eierforhold til tiltak som de selv er med på å utvikle.
- Gjennom Regionprosjektet er det produsert kunnskap med overføringsverdi. Det gjelder både i tilknytning til de iverksatte intervensjonene, og gjennom de erfaringene som er gjort i hvordan arbeidet er organisert, hva som kreves av prosjektleder, av lokale allianser med videre. Samtidig har Regionprosjektet vært tiltaksfokuseret, og det har også satt sitt preg på kunnskapsoverføringene så langt. Erfaringskonferansene som er holdt, har vært mer opptatt av tiltak enn av organisering. Her ligger det trolig et potensial av kunnskap og erfaring som kunne vært utnyttet enda bedre.

10 Andre erfaringer

De foregående kapitlene har beskrevet Regionprosjekts effekter, både med hensyn til rusmiddelbruk, rusrelaterte skader og tilgjengelighet av alkohol blant ungdom, og når det gjelder samordning og samarbeid i pilotkommunene. I dette kapitlet vil vi se på andre lærdommer og erfaringer som kan trekkes ut av prosjektet. Først spør vi om erfaringer og lærdommer knyttet til prosjektets organisering. Så ser vi på personfaktorens betydning, både på det sentrale og det lokale nivået. En annen viktig faktor i prosjektet er tid, og til slutt spør vi om erfaringene med tidsdimensjonen.

10.1 Organisering

Regionprosjektet var et komplekst prosjekt, med mange nivåer og mange aktører. Organiseringen, både sentralt og lokalt, ble beskrevet i kapittel 3. Noen beslutninger om organiseringen lå i premissene for prosjektet slik det var beskrevet i Regjeringens handlingsplan. De fleste av premissene ble fulgt opp, men noen ble endret. En viktig endring dreide seg om at prosjektet ikke ble iverksatt i en eller to regioner, slik det het i Handlingsplanen, men i ni kommuner, eller altså seks tiltaksområder. Selv om satsningen dermed egentlig gikk over fra å være et regionprosjekt til å bli et kommuneprosjekt, ble den opprinnelige betegnelsen beholdt¹⁷. Denne endringen var trolig et godt grep. Begrunnelsen var, som nevnt foran, at det da ble lettere å ivareta ulike geografiske, demografiske og andre forskjeller som kunne ha betydning for evaluering og resultater. I tillegg var trolig kommunene en bedre enhet for et lokalbasert prosjekt enn det en region ville være. I Regionprosjektet ble kommunene ansvarliggjort, og vi har sett at forankring og samordning kunne skje i et samspill mellom prosjektet og den kommunale strukturen som dannet rammen for iverksettingen. Et prosjekt som var regionalt og ikke kommunalt basert, måtte kanskje bygget mer på frivillige organisasjoner og på mer uformelle grupperinger. Det hadde også vært mulig, men ville trolig vanskeliggjort både iverksetting, forankring og videreføring (jf. evalueringen av Avogtilprosjektet, Braaten og Nyseth 2007).

¹⁷ Handlingsplanen er for øvrig ikke entydig på dette punktet. Samtidig som man legger opp til ”satsning i en eller to regioner”, heter kapitteletoverskriften ”Utvikle målrettede og samordnende forebyggende innsatser på kommunalt nivå” (side 26).

Samtidig som vi har antydnet at det var en styrke med et kommunebasert prosjekt, kunne Regionprosjektet med fordel omfattet flere interkommunale satsninger enn den på Ytre Søre Sunnmøre. Utvelgelsen av deltakerkommuner bygget på 63 søknader fra til sammen 113 kommuner – det var med andre ord mange interkommunale søknader å ta av. Som vist i forrige kapittel, er erfaringene fra Ytre Søre Sunnmøre gode, og har blant annet ført til en interkommunal rusmiddelpolitisk handlingsplan. Det er sikkert også andre kommuner som sammen kunne profitert på en slik felles satsning. Opplevelsen av at de problemene man skal forebygge, går på tvers av kommunegrensene, gjelder nok ikke bare for Ytre Søre Sunnmøre. Med flere interkommunale prosjekter, ville også evalueringens konklusjoner hatt større overføringsverdi. Nå vet vi strengt tatt ikke om det var spesielle trekk ved aktørene og kommunene som førte til det gode resultatet i det ene interkommunale prosjektet.

Den sentrale organisasjonsmodellen omfattet som vi viste i kapittel 3, både en styringsgruppe og en referansegruppe (også kalt ressursgruppe) som knapt fungerte i praksis. Mye tyder på at dette var uheldig, kanskje særlig når det gjaldt styringsgruppa. Særlig i tidlige faser av prosjektet var det uenighet i arbeidsgruppa, oftest mellom kompetansesenterrepresentantene på den ene siden og Sosial- og helsedirektoratets representant på den andre. Det førte til frustrasjon og usikkerhet at det ikke var tilstrekkelig tydelig hvor beslutningsmyndigheten lå. Trolig ville noen beslutningsprosesser som tok lang tid og som forsinket iverksettingen i kommunene ha gått greiere med en klarere beslutningsstruktur. Dette kunne vært løst med en tydelig styringsgruppe som arbeidsgruppa kunne ha forholdt seg til og som på viktige tidspunkt kunne hatt fellesmøter med arbeidsgruppa. En annen måte å løse det på kunne vært at arbeidsgruppa fikk større beslutningsmyndighet. I Handlingsplanen het det at prosjektet skulle *”styres sentralt av Sosial- og helsedirektoratet i tett samarbeid med de lokale kompetansesentrene for rusmiddelspørsmål”*. Selv om kompetansesentrene spilte en viktig rolle i utviklingen av prosjektet, kan det diskuteres hvilken rolle de hadde i *styringen* av det. Gjennom deltakelsen i den sentrale arbeidsgruppa bekreftet representantene fra kompetansesentrene at de hadde mye erfaring og kunnskap både om forebyggingsfeltet og om hvordan kommunene fungerer. Underveis i prosjektet var det dessuten de som hadde det aller meste av nærkontakten med pilotkommunene. Erfaringene gir grunnlag for å stille spørsmål om ikke kompetansen og kunnskapen til arbeidsgruppas medlemmer kunne vært utnyttet enda bedre dersom de hadde fått en mer aktiv rolle i styringen av prosjektet. Slik det nå fungerte,

formidlet informantene fra kompetansesentrene en følelse av at deres kompetanse ble overprøvd av Sosial- og helsedirektoratet.

Bortfallet av referansegruppa hadde ikke like synlige konsekvenser. På den annen side kunne trolig de mange organisasjonene og institusjonene som ble nevnt i forbindelse med referansegruppa, både ha kommet med innspill underveis i prosjektet, og de kunne ført til en bredere forandring i sentral forvaltning. Særlig kunne man tenkt seg at de pilotkommunene som ønsket å se sitt Regionprosjekt i sammenheng med kommunalt SLT-arbeid, kanskje kunne ha fått mer gehør for sine ønsker dersom politidirektoratet hadde sittet i en referansegruppe. Politiet spilte jo også en viktig rolle i mange av lokale prosjektene.

Den hierarkiske organiseringen gav dessuten grunnenheten, pilotkommunene, lite rom for å delta i den helhetlige utformingen av prosjektet. Som vi har sett uttrykte representanter for kommunene at de ikke opplevde seg som deler av et større prosjekt. Nå var entusiasmen og pågangsmotet på det kommunale nivået stort i de fleste kommunene, så det er ikke lett å si hvilken betydning det kunne hatt om de i større grad hadde opplevd at de var del av en større helhet. Kanskje kunne det betydd at det ble lettere å ta vare på den stoltheten og den pionerfølelsen som preget den aller første perioden etter at de ble utvalgt. Særlig på politisk nivå i kommunen, ser det ut til at den var viktig. Dessuten gav stoltheten over å være utvalgt grunnlag for en del lokal medieoppmerksomhet.

Det at pilotkommune ikke var tildelt noen plass i den sentrale prosjektorganisasjonen, styrket posisjonen til kompetansesentrene, både som representanter for kommunene, og som kommunikasjonskanal mellom det sentrale og det lokale nivået. Våre informanter har fortalt at det ikke var noe bevisst valg som gjorde at prosjektet i prinsippet ble organisert med en kommune i hver region, og dermed en kommune per kompetansesenter. Det er imidlertid liten tvil om at dette var en god løsning. Vi kan sammenlikne med Avogtil-prosjektet som gikk omtrent samtidig og som også baserte seg på faglig støtte fra de regionale kompetansesentrene, der ett kompetansesenter hadde ansvaret for fire kommuner og andre for bare en. Evalueringen av Avogtil oppsummerer at dette førte til store ulikheter i kompetansesentrenes bidrag (Braaten og Nyseth 2007:74). Samtidig ville kanskje en slik løsning vært mer realistisk hvis man ser det i forhold til målet om at erfaringene fra Regionprosjekt skal kunne overføres til mange av landets kommuner.

Også i Regionprosjektet var det forskjeller i den faglige støtten til kommunene, både mellom de ulike fasene av prosessene, og mellom kompetansesentrene. ”En til en”-prinsippet betydde imidlertid at kompetansesentrene kunne bruke relativt mye tid på ”sin” kommune. Flere av pilotkommunene har også hatt en fordel av at relasjonen til kompetansesenteret og til enkelte fagpersoner der hadde en felles historie før Regionprosjektet ble til. De behøvde ikke bruke tid på å bli kjent med hverandre.

Den lokale organiseringen i pilotkommunene har i all hovedsak vært god og funksjonell. Først og fremst er det en viktig erfaring at den har involvert mange kommunalt ansatte i prosjektet, noe som har hatt positive konsekvenser for forankring og videreføring. Dessuten førte det til ressurskoblinger, det vil si man dro vekslers på personalressursene i flere etater og avdelinger. Også andre evalueringer av kommunale prosjekter som er initiert sentralt, viser at behovet for koordinering og for ressurskobling lokalt øker når oppgavene krever flere ressurser enn det som er tilført utenfra. (jf. Carlsson 1995:116 og Carlsson 1992). For øvrig har organiseringen vært noe forskjellig i de ulike kommunene, noe som ser ut til å ha sammenheng med at den kommunale forvaltningen også er organisert forskjellig.

Regjeringens handlingsplan 2003-2005 slår fast (side 16): *”Det vi bl.a. vet i dag er at den viktigste forutsetningen for et effektivt forebyggende arbeid, behandling og skadereduksjon, er at arbeidet er godt organisert, og at innsatsen preges av kontinuitet og er lokalt forankret.”* Regionprosjektet var i de aller fleste tilfellene godt organisert på lokalnivået. Erfaringene med den sentrale organiseringen tyder på at den kunne ha vært bedre.

10.2 Personfaktorens betydning

Erfaringene med organiseringen er vanskelig å skille fra erfaringen med de personene som bemannet og bekvinnert de ulike posisjonene. Entusiasme, engasjement og kompetanse var her som i andre satsninger, viktig på alle nivåer. Det samme gjelder for de enkelte aktørenes legitimitet, og deres evne til å utnytte det handlingsrommet de var gitt. Personfaktoren kan også fortelle noe om hvordan prosjektet ble prioritert på ulike nivåer. For eksempel kan valget av en høyt kompetent og vel ansett person som kommunal koordinator, være et uttrykk for kommunens prioritering av prosjektet.

10.2.1 Personfaktoren på sentralt nivå

Personfaktoren vil alltid være viktig i denne typen prosjekter. Hvordan et prosjekt utvikler seg, vil alltid være avhengig av hvilke personer som er involvert. Som vi har vist i gjennomgangen av organiseringen, var det relativt få personer på sentralt nivå i prosjektet. Det gjør det vanskelig å trekke overførbare konklusjoner om erfaringene. Samtidig er det liten tvil om at med andre personer, ville Regionprosjektet utviklet seg annerledes. I styringen av prosjektet, var ledelsen av avdeling rusmidler i Sosial- og helsedirektoratet viktig. Der foregikk det imidlertid et personskifte nokså tidlig i prosjektet, noe som trolig fikk betydning for styringen. Vi har foran vært inne på at lokalnivået ble styrt ganske stramt i oppstartsfasen, mens dette forandret seg ganske mye utover i prosjektperioden. Samtidig var den tidlige fasen viktig, fordi det var da premissene ble lagt.

Aller viktigst i den sentrale organisasjonen var prosjektlederen. I andre prosjekter som har vært initiert sentralt og skulle iverksettes lokalt, har vi vært inne på at en kombinasjon av målrettethet og fleksibilitet har vært viktige forutsetninger for den sentrale prosjektlederen (jf. Baklien og Krogh 2002). I Regionprosjektet ble kanskje fleksibiliteten vanskelig på grunn av styringsstrukturen, særlig i den første fasen.

Både medlemmene av arbeidsgruppa og representanter for kommunene uttrykte mye misnøye med den sentrale prosjektlederen. Det gjaldt mange sider av arbeidet, fra praktiske saker som periodevis mangelfulle innkallinger og referater i forbindelser med møter, til en opplevelse av at prosjektleder ikke hadde tilstrekkelig kunnskap og forståelse for arbeidet i en kommune. Deler av den misnøyen som ble uttrykt var nok begrunnet. Samtidig er det viktig å peke på at prosjektlederen befant seg i en mellomposisjon, og i det vi foran har vist var en utydelig styringsstruktur. Dette var ikke et lett farvann å manøvrere i.

Posisjonen var også utsatt fordi den sentrale prosjektlederen skulle håndtere arbeidsgruppa, hvis syv medlemmer faktisk hadde mer erfaring enn prosjektlederen både med forebyggende arbeid og med rammebetingelsene på kommunenivå. Prosjektlederens legitimitet var først og fremst knyttet til hans relasjon til styringen av prosjektet, en styring som deler av arbeidsgruppa i hvert fall periodevis var i opposisjon til. Innvendingene var dels knyttet til det som er benevnt som *oppskriftsformatet* på den forebyggende innsatsen, dvs. at eksterne eksperter gir oppskrifter på intervensjoner som antas å ha effekt hvis de følges slavisk (jf. Hauge og Knutheim 2006:207). Dels hadde den sammenheng med det som både

kommunene og arbeidsgruppa opplevde som en ovenfra og nedad-styring, eller som Hauge og Knutheim uttrykker det (2006:207): *"Tiltroen til at "praktikere" kan ta til seg faglig autorisert kunnskap på andre måter enn gjennom prosedyrer og instruksjer, er tydeligvis svært lav"*. Samtidig var dette et format og en styring som den sentrale prosjektlederen var satt til å forsvare.

Med disse rammebetingelsene kan kanskje den sentrale prosjektlederens rolle beskrives som en slags risikosport, eller i hvert fall som en oppgave som krevde både spesiell kompetanse og spesielle menneskelige egenskaper.

10.2.2 Personfaktoren på lokalt nivå

Om personfaktoren var viktig på sentralt nivå, var den enda viktigere lokalt. Et avgjørende spørsmål blir med andre ord: I hvilken grad klarte kommunene å velge folk som hadde den kompetansen man trengte, som hadde legitimitet og tyngde i kraft av den posisjonen de satt i, som hadde tid og anledning til å investere det som trengtes i prosjektet osv. Altså hvilke personressurser må man knytte til seg for at lokalbasert forebygging skal bli bra? Akkurat som i andre prosjekter av denne typen, var koordinatoren viktig – koordinatorens kunnskap, erfaring og innstilling – og de strategier han eller hun valgte for å få oppslutning. Samtidig varierte rammebetingelsene mye fra kommune til kommune, og dermed også deres mulighet til å framstå som vellykkede i jobben. (Se for øvrig Baklien og Carlsson 2000 om ulike prosjektlederroller.)

Koordinatorerne har løst oppgaven på forskjellig vis. Noen framstår som profesjonelle prosjektledere. De har hatt en tilnærming som er relativt uavhengig av at dette var et forebyggingsprosjekt. De viktigste forutsetningene, sier en av disse, er å kunne lede, kommunisere og inspirere. Vår observasjon av koordinatorrollen og våre intervjuer med de som innehadde disse posisjonene, har vist at det er fire elementer som er viktige:

Administrasjon - Prosjektledelse innebærer en del administrative oppgaver som innkalling til og referatskriving fra møter, samt rapportering både innad i kommunen og til sentralt nivå. Som i andre prosjektet fant vi at disse oppgavene stort sett ble ivaretatt greit, selv om vi nok observerte at enkelte prosjektledere ikke hadde den helt store legning for det administrative arbeidet.

Fagkompetanse og fagformidling - Noen hadde solid faglig bakgrunn, og brukte posisjonen til å gjøre faglig kunnskap tilgjengelig for andre i kommunen. Inntrykket fra pilotkommunene var at faglig tyngde og formell kompetanse hadde relativt stor betydning. Det har trolig sammenheng med at formell fagkompetanse gir et signal om faglig likeverd, noe som er viktig for å bygge opp et samarbeid med andre fagprofesjoner. Dessuten gir det signaler om at pilotprosjektet er noe alvorlig og viktig. Samtidig så vi at noen av dem som ikke selv hadde fagkompetansen, klarte å trekke den inn utenfra, ikke minst fra sitt kompetansesenter.

Dialogkompetansen er særlig viktig i tiltak som skal involvere flere profesjoner og/eller etater – slik tilfellet var i Regionprosjektet. Tverrfaglighet innebærer en koordinering av fag og spesialiteter på grunnlag av en felles forståelse. Denne utvikles gjennom kommunikasjon, dialog og drøftinger.

Nettverk er det fjerde og siste elementet. Det viser til at det er ikke bare dialogene på formelle arenaer som er viktige. Den som både har nettverk og evne til nettverksbygging, kan lettere fungere som inspirator og kobler. Å skape oppslutning om nye ideer, samt drøfte strategier og mer konkrete tiltak for å virkeliggjøre ideene, forutsetter også samhandling på uformelle arenaer. Da er nettverk og sosial kapital viktige elementer. For koordinatorene som ønsket å få til noe uten å ha nettverksgrunnlag, ble det viktig å forsøke å skaffe seg kontakter og allianser som de kunne begeistre og handle igjennom. I Regionprosjektet var det enkelte prosjektledere som ikke hadde så mange å spille på i utgangspunktet, men som bevisst og energisk skaffet seg slike kontakter. De bedrev aktivt oppsøkende arbeid i forhold til mulige samarbeidspartnere.

Prosjektkoordinatorene har hatt med seg ulik bagasje inn i jobben, blant annet fordi kommunene valgte forskjellig da de fant fram til lokale prosjektkoordinatorene. Enkelte hadde lite formell bakgrunn, men desto mer erfaringsbasert kompetanse. Tydeligst så vi dette hos prosjektlederen på Nesodden. Hun hadde lang erfaring fra kommunalt arbeid, som leder av ungdomsklubb, som ungdomskonsulent og som SLT-koordinator. Fordi kommunen i utgangspunktet nærmest satte likhetstegn mellom Det flyvende korpset og sitt Regionprosjekt, ble hun ansett som den opplagte prosjektlederen. Kanskje var dette også en av grunnene til Nesodden som den eneste av pilotkommunene valgte å la prosjektlederoppgavene bli dekket av en halv og ikke en hel stilling. Men da det lokale prosjektet etter hvert ble mer komplekst og sammensatt av mange delprosjekter, tyder mye på at dette ble vanskelig innenfor de rammebetingelsene som var gitt.

Det lokale prosjektet kom seint i gang, og flere av delprosjektene fikk aldri skikkelig fotfeste. For eksempel strevde aktørene bak tiltaket Ansvarlig salg med å få til en dialog med bransjen, og det var også i utgangspunktet laber interesse fra politikerne. Da de ble invitert til møte i april 2006, kom det folk fra 3 av de 11 butikkene som selger øl, og av 9 inviterte politikere, kom 2.

Den lokale innsatsviljen på Nesodden var imidlertid stor og ambisjonene høye. Blant annet hadde man som mål at kommunens innbyggere skulle få et eierforhold til det lokale pilotprosjektet, mens andre kommunale koordinatorer så det som vanskelig nok å gi de kommunalt ansatte et eierforhold. Slik sett var prosjektledelsen på Nesodden mer enn mange andre tro mot ambisjonen om at Regionprosjektet skulle være et lokalsamfunnsbasert prosjekt. Samtidig var erfaringen at dette var krevende, og kanskje også urealistisk. Utdeling av informasjonsmateriell på Nesoddbåten og kick-off møte der alle kommunenes innbyggere var invitert, var kanskje ikke nok til å skape det lokale eierskapet som kunne være med på å drive prosjektet framover.

Sett under ett strevde aktørene i pilotprosjektet på Nesodden mer enn i de andre kommunene med å få gjennomført sine tiltak og så nå sine mål. Årsakene til at det gikk slik er utvilsomt sammensatt, men rammebetingelsene både i forhold til ressurser og tid satt av til prosjektledelse, er trolig en del av forklaringen. Samtidig må det understrekes at mye av arbeidet på Nesodden videreføres. Blant annet har Det flyvende korpset etablert seg i det lokale forebyggende arbeidet med to halve stillinger. Kjentmann er videreført på alle kommunens ungdomsskoler.

Et annet eksempel på en kommune der erfaringsbasert kompetanse var et viktig grunnlag for prosjektledelsen, er Larvik. Prosjektlederen der beskrev seg selv slik: *”Jeg kom inn som en skarve helsesøster fra Helgeroa, og skulle være leder for sterke folk i delprosjektene.”*

Denne prosjektlederen klarte imidlertid å spille på andre elementer i prosjektlederrollen. For det første nøyde hun seg ikke med den faglige bistanden fra kompetansesenteret, men kjøpte seg kompetanse og veiledning utenfra, først og fremst på prosjektstyring og økonomistyring. Så vidt vi kjenner til, var hun den eneste kommunale koordinatoren som valgte en slik løsning. Kanskje har dette også sammenheng med at fordi Larvik var den mest folketallige pilotkommunen, mottok de også den

største økonomiske overføringen. Det økonomiske handlingsrommet var dermed bedre der enn i de mindre kommunene.

Det andre elementet som var viktig for akkurat denne prosjektlederen, var at hun kjente kommunen og den kommunale strukturen godt fra før. Dessuten hadde hun mye dialog- og nettverkskompetanse. Dermed ble hun en god alliansebygger. Som et siste element skal man heller ikke se bort fra de personlige egenskapene. Det er liten tvil om at evnen til å skape engasjement og entusiasme hos andre er viktig.

Som vi skal komme tilbake til, har tid vært et viktig element i Regionprosjektet. Nettopp fordi ting tar tid, var det nødvendig med folk som hadde tid. Dette er en av flere grunner til at de lokale prosjektkoordinatorene har vært så viktige. Det var noen som ble gitt tid til å ta seg av dette. De skulle koordinere, motivere, og få satt i gang ting. Som den kommunale koordinatoren i Narvik sa det:

”Det viktigste for meg har vært å ha TID. Som prosjektleder må man ha is i magen og være tålmodig. Det kan være skjulte agendaer, motstand og beslutningsvegring. Derfor tar ting tid.”

Den samme koordinatoren gav i desember 2005 følgende oppsummering av hva hun mente var viktige forutsetninger for å fylle koordinatrollen:

- *”Kunne lede planleggings- og organiseringsarbeid*
- *Kunne inspirere og motivere andre til å arbeid*
- *Kunne kommunisere på en god måte både med linjen og prosjektmedarbeiderne.”*

Hun pekte også på problemer og fallgruver som en prosjektleder kan komme ut for. Det kan være beslutningsvegring, også på ledernivå, ulike fagmiljø eller avdelinger kan ha skjulte agendaer eller ulike mål for sin deltakelse i prosjektet, hemmende personalkonflikter kan være etablert før prosjektet startet opp og medarbeidere kan vegre seg for å gå inn i nye oppgaver, bare for å nevne noe. Sluttkommentaren hennes forteller noe både om de kravene som stilles, og om det som kan oppfattes som ensomheten i prosjektlederrollen:

”Dårlig prosjektresultat rammer alltid prosjektleder, selv om årsaken er forhold utenfor deres kontroll.”

Det har altså vist seg at det er en krevende jobb å være kommunal koordinator i en satsning som Regionprosjektet. Andre kommuner som skal gjøre noe liknende, bør tenke nøye gjennom hvem de setter til jobben. De bør også tenke gjennom hva slags støtte denne personen kan få lokalt. Noen koordinatorene har hatt en direkte linje til ordfører og rådmann som har vært engasjert i prosjektet og som har vært opptatt av rusforebygging. Andre har hatt sine viktigste støttespillere andre steder i det kommunale systemet.

10.3 Ting tar tid

Forebygging tar tid og Regionprosjektet har vært kortvarig i mer enn en forstand. Ett av medlemmene i den sentrale arbeidsgruppa oppsummerte slik på et møte i oktober 2006: *"Tidsrammen gjorde dette til et umulig prosjekt allerede i utgangspunktet. Tre år er håpløst kort tid. Prosjektet forskrevet seg i satsen."*

Tid har vært et helt avgjørende element i utviklingen av Regionprosjektet. For de fleste kommunene ble prosjektplanen godkjent av direktoratet utpå høsten 2004. En av grunnene til at det tok lang tid, var at direktoratet var sterkt i tvil om flere av de intervensjonene som kommunene svært gjerne ville iverksette. Den sentrale prosjektlederen uttrykte det slik på et arbeidsgruppemøte høsten 2004: *"Når kommunene vil bruke midlene på noe vi ikke aner om har effekt, så er vi i mot det. Derfor har vi gått alle disse rundene for å godkjenne planene."*

Det tok med andre ord tid før man kom i gang i kommunene. Ved ett av kompetansesentrene brukte man begrepet *strafferunder* om den perioden som gikk for flertallet av kommunene fra de hadde utarbeidet sin prosjektplan til de hadde fått den godkjent fra sentralt hold. Sett på den bakgrunnen er det kanskje ikke så rart at en av de lokale prosjektkoordinatorene sukket i den første samtalen vi hadde høsten 04: *"Hvordan i all verden skal vi klare å gjennomføre dette på ett år?"*

Noen erfarte også at den sentralt vedtatte kjøreplanen for iverksettingen ikke stemte med lokale tidsplaner. En kommune opplevde at når de hadde valgt Olweus' program mot mobbing som et av "sine" forebyggingstiltak, så måtte de tilpasse seg et eksternt opplegg som passet dårlig med pilotprosjektets tidsrammer. Olweusprogrammet tok opp lærere fra deres region til instruktør opplæring bare en gang i året. Når man også må ta hensyn til skoleåret, er det mye som skal klaffe for at dette skal falle på plass i et kortvarig prosjekt.

Prosjektkoordinatoren i Os kommune har ved flere anledninger omtalt Regionprosjektet som et hinderløp. Det er en god metafor, ikke minst kan den illustrere at kommunene ikke startet fra samme startstrek. Som vi har sett var noen av dem nærmest i gang før Regionprosjektet var påtenkt. Os kommune hadde ansatt en rusmiddelkonsulent, og Haugesund kommune kunne bygge på sitt SLT-arbeid. Larvik var godt i gang med sitt ART-prosjekt. Andre brukte lengre tid på å komme i gang. For eksempel hadde Nesodden kommune sin kick off samling for Regionprosjektet så seint som i mars 2005.

Ytre Søre Sunnmøre hadde også en slags lovlig tjuvstart. Allerede i 1999 uttrykte lokale politikere i de aktuelle kommunene bekymring om ungdommens rusmiddelbruk, og de besluttet å nedsette en interkommunal gruppe som skulle lage en strategi for lokal rusforebygging. Gruppas mandat var å få fram tiltak og virkemidler som kunne redusere rusmiddelbruken i deres distrikt. De laget en strategiplan som skisserte både straks-tiltak og mer langsiktige tiltak. Noen tiltak kunne de klare å finansiere selv, noen trengte de ekstern støtte til. I 2001 søkte de Midtnorsk kompetansesenter om støtte til en koordinator. Så kom Regionprosjektet og gav dem det handlingsrommet de trengte.

Hindrene som skulle passeres var av ulik art og hadde forskjellige konsekvenser. Tre av de seks prosjektkommunene mistet noe tid ved at de hadde et skifte av prosjektleder i løpet av perioden. Dette var alvorligst for Haugesund og Larvik, som måtte finne en ny prosjektleder ganske tidlig i prosessen. For begge disse kommunene betydde det at prosjektet sto relativt stille i en periode. Også de fire samarbeidskommunene på Ytre Søre Sunnmøre byttet prosjektleder. Det skjedde imidlertid seint i prosjektprosessen, og den som kom inn og overtok var i motsetning til i Larvik og Haugesund en som hadde vært aktivt med i prosjektledelsen og i et av delprosjektene fra starten av. Der er inntrykket at prosjektlederskiftet fikk færre konsekvenser.

De lokale regionprosjektene var dessuten av ulikt omfang. Noen kommuner valgte mange tiltak og spredte seg over et stort felt, andre var allerede tidlig i prosessen opptatt av at de måtte begrense seg til en oversiktlig og overkommelig prosjektflora. Prosjektlederen på Ytre Søre Sunnmøre uttalte seg slik i et intervju med avisa Folket på ettervinteren 2005:

”Vi har satsa på ganske få tiltak, og ønsker heller å være veldig grundige på disse. Prosjektperioden er så kort, og vi var redde for å gape for høyt. Få tiltak, men med en helhetlig og dynamisk tiltaks-skjede, er det som er viktig for oss å få til.”¹⁸

Men den lokale oppgaven dreide seg ikke bare om å gjennomføre de tiltakene man hadde valgt. Som nevnt foran, skulle kommunene også forankre tiltakene de hadde bestemt seg for, fortrinnsvis på en slik måte at det førte til varige forandringer i hvordan kommunen forholdt seg til forebyggende arbeid. At dette er noe som tar tid, burde ikke overraske. Det vil si at allerede før det eventuelt skjedde noe som skapte forsinkelser i prosessen, var tiden som kommunene hadde til rådighet svært knapp.

For flere av kommunene betydde dette også at kommunale ressurser måtte omdisponeres. Det dreide seg dels om økonomiske midler, men kanskje i enda større grad om enkelte kommunalt ansatte som måtte omdisponere sin tid for å kunne gjøre en innsats i pilotprosjektet. En kommunal prosjektkoordinator beskrev det slik:

”Det er nok en del som synes det har blitt mye arbeid. Grunnplanet har gjort en stor innsats hos oss. Pilotprosjektet kom jo på toppen av den vanlige jobben som også skulle gjøres. Og hvis det for eksempel er bare en helsesøster i en liten kommune, og hun skal inn i dette, da betyr det i praksis at det er noen pasienter som må ryddes vekk. Personalmessig er det jo bare min stilling som har kommet i tillegg. Men vi er mange som jobber med pilotprosjektet.”

Spørsmålet er altså om tidsrammen som var fastlagt på sentralt hold tok nok hensyn til ambisjonene i prosjektet. Koordinatoren i Os kommune kritiserer tidsrammen i Regionprosjektet i et intervju med rus&avhengighet våren 2005 (Jensen 2005:23). Han sammenlikner med det svenske STAD-prosjektet, som gikk over 10 år, og spør om *”kor godt dei skal kunne vurdere resultat av eit prosjekt som strekker seg over tre år, der alle delane ikkje blir prøvd ut i meit enn knappe to år”*. En konsekvens av denne tidsknappheten er at kommunene kanskje skyndte seg for fort i starten. Prosjektkoordinatoren fra Os bidrar med sine erfaringer fra Kjærlighet og grenser i oppstartsfasen:

”Til dømes informerte vi skolane for tidleg, for vi sjølv hadde tilstrekkeleg informasjon, og for vi sjølv hadde blitt kursa. Vi fekk det travelt med å kome i gang, slik at vi i det

¹⁸ Folket, nr 4, 2005.

minste kunne få testa ut programma over to år. Direktoratet kom for seint i gang med Regionprosjektet. Det førte mellom anna til at skulane kom i gang med dette midt i skuleåret, slik at de måtte innarbeide det i årsplanar som alt var lagde.”

Noen kommuner har også klaget over at de følte et visst press fra direktoratet når det gjaldt tidsbruk. En kommunal koordinator uttrykte det slik:

”Mens vi gjerne vil ha tid til å tenke og til å utvikle tiltakene, opplever vi hele tiden et press for at vi skal komme ut av tenkeboksen og konkludere. Men antalen med direktoratet var jo nettopp at vi skulle bruke tid på å utvikle modellen.”

Kanskje er dette uttrykk for at kontakten mellom kommunene og direktoratet ikke var god nok. I hvert fall uttrykte en av våre informanter i direktoratet både undring og bekymring for hva som foregikk i kommunene:

”Det er for mye organisering og for mye møter, hva får vi egentlig igjen? Blir noe faktisk forebygget der ute?”

Prosjektet dreide seg ikke bare om å få gjennomført flere forebyggings-tiltak, men også om å få gjort endringer i den kommunale strukturen, og om å få flere folk til å bli opptatt av forebygging. Man skulle øke bevisstheten til folk, og få forebygging som element inne i flere av de oppgavene som noen allerede tok seg av. Slike endringer tar tid. Særlig er det mye som tyder på at man trenger tid når det lokale prosjektet ikke skal dekke bare en kommune, men flere. Å skape endringer i flere og ulike kommuner samtidig, er et ambisiøst prosjekt. Ordføreren i Hareid sa det slik på et seminar: *”Interkommunalt samarbeid er en utfordring. Vi ønsker oss en felles ruspolitisk handlingsplan, men en felles ruspolitikk er vanskelig.”* Hun legger også vekt på pilotprosjekts dagsordenfunksjon: *”Det viktigste for oss er at rus og ruspolitikk er blitt satt på dagsorden på en helt annen måte enn før.”*

Tid er med andre ord viktig. Erfaringen viser at det tok tid å gjennomføre det man var blitt pålagt, og det man hadde bestemt seg for å gjøre. Dessuten gjelder det for mange av de iverksatte intervensjonene at det tar tid før man kan forvente noen effekt i forhold til målsettinger som redusert rusmiddelbruk og økt debutalder. Rusmiddelforebygging kan være et langsiktig arbeid. Også i mange av pilotkommunene har en viktig lærdom vært at man må la tingene få tiden sin. De er også klar over at virkningene av den innsatsen de har gjort, ikke vil komme over natten. Som prosjektkoordinatoren i Larvik sier det i et intervju i Kommunal

rapport i november 2006: ”Effekten av det vi har gjort med Kjarlighet og grenser vil ikke vare synlig for om tre-fire år.”

10.4 Rammebetingelsene setter grenser

Regionprosjektet var en ambisiøs satsning. Det skulle skje noe med målgruppenes rusmiddelbruk, og det skulle føre til endringer i de kommunene som deltok. Dessuten var det mange som skulle lære noe av det, pilotkommunene, andre kommuner, og kanskje også det sentrale nivået, direktoratet og departementet.

I alle kommunene som deltok, har vi sett entusiasme og innsatsvilje. De har betraktet Regionprosjektet som en mulighet, som en utvidelse av handlingsrommet når det gjelder forebygging. Alle har etter beste evne forsøkt å gjennomføre det de satte seg fore i sin prosjektplan. Noen få delprosjekter bød på større problemer enn forventet, og er ikke implementert etter planen. Samtidig har flere kommuner gjort mer enn det de opprinnelig hadde forpliktet seg til. Regionprosjektet har ikke bare ført til utvikling og forbedring av allerede eksisterende intervensjoner, men har også trigget utvikling av nye forebyggingstiltak.

Det er gjort mange erfaringer i løpet av denne prosessen, og som vi har vist, er dette erfaringer som man kan lære av, både i pilotkommunene og i andre kommuner. På et mer overordnet plan kan vi oppsummere at mye av lærdommen nesten kan betraktes som selvfølgeligheter, eller i hvert fall som bekreftelser på ting man visste fra før av. Vi har for eksempel vist at ting tar tid, og på et generelt og allment nivå var vel det noe man visste. Men når vi konkretiserer det, så viser det seg at både på det sentrale og det lokale planet hadde man problemer med å ta tilstrekkelig høyde for hvor mye tid som trengs for et slikt prosjekt. Dessuten er det faktisk slik at dersom man skal få travle kommunalt ansatte til å bruke tid på et nytt prosjekt, så må de få frigjort tid. Alternativt må de ta tiden fra oppgaver de allerede har, og da går det ut over andre ting som burde vært gjort.

Den viktigste, men kanskje heller ikke spesielt oppsiktsvekkende lærdommen man kan ta med seg, er kanskje at hva man kan få til, er avhengig av rammebetingelsene. Dermed blir det viktig å være klar over hva de er, hvilke begrensninger de setter og hvilket handlingsrom de gir. Det går best der man klarer å løse det vanskelige trekantforholdet mellom rammebetingelser, målsettinger og aktivitet. Eller sagt på en annen måte: Det

man skal gjøre må tilpasses både til hvilke mål man har, og til rammebetingelsene.

For å oppsummere, er det som først og fremst tre aspekter som skiller pilotkommunene fra andre kommuner:

- De har gjennomført forebyggingstiltak som de ellers ikke ville hatt råd til.
- De har fått en prosjektkoordinator som har samordnet det forebyggende arbeidet i kommunen (eller kommunene).
- De har gjort erfaringer og skaffet seg en kompetanse de tidligere ikke hadde.

Disse elementene har gjort at man i flere av kommunene sier at man har fått en retning på det forebyggende arbeid som man ikke hadde tidligere. De sier også at erfaringene med Regionprosjektet har bidratt til at de får til mer helhetlig forebygging enn før.

Til slutt er det også viktig å forsøke å skille mellom de erfaringene som er allmenne og som kan være relevante for tilsvarende tiltak som er initiert sentralt og iverksatt lokalt, – og de erfaringene som trolig er mer spesielle for Regionprosjektet. I den første kategorien har vi de erfaringene som er knyttet til personfaktoren og til prosjektlederens legitimitet, både på sentralt og på lokalt nivå. De mer spesielle erfaringene er knyttet til prosjektets organisasjon og styring. Ikke minst gjelder de regionale kompetanse-sentrenes rolle i prosjektet, som bidro til at det utøvende lokale nivået, pilotkommunene, ikke fikk noen plass i den sentrale organisasjonsstrukturen. På det mer lokale planet gjelder det samarbeidet mellom de fire kommunene på Ytre Søre Sunnmøre. Vanligvis er det kommuner, eller noen ganger fylker, som er den lokale grunnenheten i denne typen satsninger. At det nabokommuner som samarbeider, er nok mer unikt.

10.5 Hovedpunkter

- Uklarheter i den sentrale organisasjonsmodellen førte periodevis til frustrasjon og usikkerhet. Trolig ville noen beslutningsprosesser som forsinket iverksettingen i kommunene ha gått greiere med en klarere beslutningsstruktur.
- Organiseringen gav grunnenheten, pilotkommunene, lite rom for å delta i den helhetlige utformingen av prosjektet. Dette styrket

posisjonen til kompetansesentrene, både som representanter for kommunene, og som kommunikasjonskanal mellom det sentrale og det lokale nivået.

- Kompetansesentrene var viktige i utviklingen av prosjektet, men det kan diskuteres hvilken rolle de hadde i *styringen* av det. Medlemmene av den sentrale arbeidsgruppa hadde mye erfaring og kunnskap om rusmiddelforebygging, og de hadde nærkontakten med pilotkommunene. Erfaringene gir grunnlag for å spørre om ikke kompetansen og kunnskapen til arbeidsgruppas medlemmer kunne vært utnyttet enda bedre dersom de hadde fått en mer aktiv rolle i styringen av prosjektet.
- Den lokale organiseringen i pilotkommunene var i all hovedsak god og funksjonell. Den involverte mange kommunalt ansatte, og den førte til ressurskoblinger, slik at man kunne dra veksler på personalressursene i flere etater og avdelinger.
- Personfaktoren var sentral på alle nivåer i prosjektet. Engasjement og entusiasme var viktig. Det samme gjelder for de enkelte aktørenes legitimitet, og deres evne til å utnytte det handlingsrommet de var gitt.
- Den sentrale prosjektlederen hadde en vanskelig oppgave, blant annet fordi han befant seg i en mellomposisjon og i en utydelig organisasjonsstruktur der han skulle forsvare en styring og en tilnærming som deler av arbeidsgruppa i hvert fall periodevis var i opposisjon til.
- De kommunale koordinatorene var viktige for iverksettingen i pilotkommunene. Både erfaringskompetanse og formell kompetanse viste seg å komme godt med. Det var også viktig hvilke alliansepartnere og hvilken støtte koordinatoren kunne finne lokalt.
- Tid var et helt avgjørende element i utviklingen av Regionprosjektet. For de fleste pilotkommunene ble prosjektplanen godkjent av direktoratet utpå høsten 2004. Dermed tok det tid før de kom i gang, noe som skapte en viss utålmodighet.

- Den lokale oppgaven dreide seg både om å gjennomføre de tiltakene man hadde valgt, og helst også forankre dem på en slik måte at det førte til varige forandringer i hvordan kommunen forholdt seg til forebyggende arbeid. Slike endringer tar tid. Spørsmålet blir dermed om tidsrammen som var fastlagt på sentralt hold, tok nok hensyn til ambisjonene i prosjektet.
- Mange av de iverksatte intervensjonene var av en slik art at det tar tid før man kan forvente noen eventuell effekt i forhold til målsettinger som redusert rusmiddelbruk og økt debutalder. Flere av kommunene hadde en tilnærming som tok høyde for at rusmiddelforebygging kan være et langsiktig arbeid.
- I alle pilotkommunene har arbeidet vært preget av entusiasme og innsatsvilje. Ikke alt er implementert etter planen, men samtidig har flere kommuner gjort mer enn det de opprinnelig hadde forpliktet seg til. For alle gjelder det at hva de har fått til, har vært avhengig av rammebetingelsene.

11 Avsluttende diskusjon

I dette kapitlet vil vi drøfte resultatene fra evalueringen av Regionprosjektet i lys av de målsettingene som var å finne i Handlingsplanen mot rusmiddelproblemer (2003-2005). På bakgrunn av egne og andres forskningsfunn, vil vi også formidle noen refleksjoner om videre rusmiddelforebyggende arbeid på lokalt plan. Avslutningsvis vil vi peke på noen utfordringer for framtidig forskning på feltet.

11.1 Målsettinger og måloppnåelse

Som beskrevet i kapittel 1, tok vi utgangspunkt i Handlingsplanen og fortolket hovedmålsettingen for Regionprosjektet som

- å utvikle gode forebyggende tiltak, og videreutvikle eksisterende tiltak, med sikte på å begrense rusmiddelbruk og rusmiddelrelaterte skader, med hovedfokus på barn og unge.

Videre pekte Handlingsplanen på følgende siktemål som viktige for prosjektet:

- *”å utvikle god arbeidsfordeling og gode samarbeidsrelasjoner og samordningsverktøy vertikalt mellom ulike forvaltnings- og organisasjonsnivåer og horisontalt mellom ulike lokale aktører”*
- *”lokal styring av og eiendomsforhold til de ulike delene”*

11.1.1 Hovedmålsettingen

La oss først se litt nærmere på Handlingsplanens formuleringer om målsettinger for Regionprosjektet. Hva betyr det å *utvikle* og *videreutvikle eksisterende tiltak*? Det er overraskende hvis man har ment at det skulle bli utviklet *nye* tiltak innenfor prosjektets relativt begrensede tidsrammer og økonomiske ressurser. Alternativt kan det tenkes at begrepene *utvikle* og *videreutvikle* sikter til det å tilpasse tiltak, for eksempel med sikte på at de skal bli mer relevante for et gitt lokalsamfunn.

Hva som menes med *gode* tiltak, er også uklart. Men fordi Handlingsplanen innleder avsnittet om Regionprosjektet med å vise til at lokalbaserte tiltak har positive effekter på rusmiddelproblemer, antar vi at *gode tiltak* er dem som begrenser omfanget av slike problemer. En slik tolkning var rådende også i Sosial- og helsedirektoratet, som la stor vekt på at tiltakene i Region-

prosjektet skulle være evidensbaserte. Nettopp derfor ble det utarbeidet en meny med anbefalte tiltak, som pilotkommunene ble bedt om å legge til grunn for sin forebyggende satsing. Imidlertid var det få tiltak på menyen som faktisk kunne skilte med dokumenterte effekter på rusmiddelbruk og rusrelaterte skader. I praksis valgte pilotkommunene dessuten flere tiltak som direktoratet *ikke* hadde anbefalt, og som heller ikke hadde slike effekter.

Dersom man med *gode* tiltak sikter til at de bidrar til redusert rusmiddelbruk og færre rusrelaterte problemer, er konklusjonen følgelig at det bare gjaldt et fåtall av de tiltakene som ble iverksatt.

Selv om et gitt tiltak har dokumenterte forebyggingseffekter, er det ikke gitt at alle varianter av det er like virksomme. Ett eksempel på dette er Ansvarlig vertskap, som hadde god effekt i Stockholm (Wallin 2004). En begrenset del eller "light-versjon" av programmet ga imidlertid ingen effekt på overskjenking eller skjenking til mindreårige, verken i Trondheim (Buvik og Baklien 2006) eller i Bergen (Lauritsen og Baklien 2007). Følgelig er det lite sannsynlig at en slik "light-versjon" av Ansvarlig vertskap i Regionprosjektet ville gi ønsket avkastning.

I et folkehelseperspektiv er tiltakenes potensial for å endre rusmiddelbruk og relaterte problemer i store befolkningsgrupper, også et relevant kriterium for om de er *gode*. En del av tiltakene i kommunene var rettet mot mindre grupper med høy risiko for problemer (selektive tiltak). Selv om slike selektive tiltak kan ha god effekt i små målgrupper, gir de neppe nevneverdige effekter på befolkningsnivå. Dette skyldes blant annet at høyrisikogrupper ofte står for en mindre del av det samlede skadeomfanget (se f.eks. Rossow og Romelsjö 2006) og at målgruppene for slike tiltak ofte er veldig små i befolkningssammenheng.

Om tiltak er gjennomførbare og velegnete i forhold til problemene i det lokalsamfunnet hvor de blir iverksatt, er et annet mulig aspekt ved begrepet *gode tiltak*. Tiltakene på menyen var i hovedsak gjennomførbare. Ett unntak var Tidlig intervensjon i primærhelsetjenesten, som aldri ble en reell valgmulighet fordi det ble for kostbart. En felles meny av anbefalte tiltak er ikke nødvendigvis egnet i forhold til spesifikke, identifiserte problemer i pilotkommunene. Dersom vi legger egnethet og implementerbarhet til grunn for å vurdere om tiltakene på menyen var *gode*, må svaret altså bli et både/og.

Å avdekke om Regionprosjektet innfridde Handlingsplanens siktemål om å begrense rusmiddelbruk og rusrelaterte skader blant barn og unge, var et hovedfokus for effektevalueringen. Effektevalueringen avdekket imidlertid ingen holdepunkter for at prosjektet hadde slike effekter. Det var heller ikke noe som tyder på at de unges tilgang til alkohol ble redusert som følge av innsatsen. Vi har altså ikke funnet at Regionprosjektet lyktes i nå den overordnede målsettingen i løpet av prosjektperioden.

11.1.2 Delmålsettinger

Handlingsplanen anga også andre siktemål for prosjektet (se pkt. 11.1), og på lokalt plan ble målsettingene om samordnet tiltaksutvikling og gode samarbeidsrelasjoner i stor grad innfridd. En region videreutviklet et interkommunalt samarbeid, mens ulike enkeltkommuner samordnet tiltak og styrket det tverrfaglige arbeidet.

Samarbeidsforholdet mellom sentralt og lokalt nivå var imidlertid til dels konfliktfylt, og signalene fra direktoratet var uklare på flere viktige områder. I hvilken grad den sentrale styringen og direktoratets meny påvirket den forebyggende virksomheten, varierte mellom de ulike pilotkommunene. Noen av dem holdt seg hovedsakelig til direktoratets tiltaksmeny, mens andre i større grad gjorde som de selv ville. Videre er det grunn til å tro at styringen fra sentralt hold gikk på bekostning av det lokale eiendomsforholdet til prosjektet.

Handlingsplanen spesifiserte fem områder hvor den forebyggende innsatsen skulle foregå, nemlig hjem, barnehage, skole, arbeidsliv og fritid. Det betyr at hensikten var å få dekket arenaer som favner det store flertallet av befolkningen. I praksis var imidlertid skole og hjem tyngdepunktet for tiltakene i pilotkommunene. Med unntak av arbeidslivet, favnet de riktignok også de øvrige arenaene, men i mindre grad.

Gitt våre tolkninger av målsettingene for Regionprosjektet, har altså prosjektet bare på noen områder lyktes i måloppnåelse i løpet av evalueringsperioden. Dette gjaldt samordnet tiltaksutvikling og gode samarbeidsrelasjoner på lokalt nivå.

11.2 Hvordan kan vi forklare manglende måloppnåelse?

Vi har rimeligvis ikke noe fullgodt svar på spørsmålet, men vil i det følgende antyde noen mulige forklaringer knyttet til de iverksatte tiltakene.

Det er også verdt å merke seg at antall salgs- og skjenkesteder var stabilt i pilotkommunene gjennom prosjektperioden.

11.2.1 Tiltak med begrenset forebyggingseffekt

Ut fra foreliggende dokumentasjon, kunne bare et fåtall av de tiltakene som pilotkommunene valgte, forventes å ha effekt på rusmiddelbruk og relaterte skader. Kun to¹⁹ iverksatte tiltak fra direktoratets meny kunne skilte med noe dokumentasjon for slike effekter. Som vi skal se i de neste avsnittene, kunne vi av ulike grunner heller ikke forvente effekter av disse to tiltakene slik de ble gjennomført i Regionprosjektet.

11.2.2 Langt tidsperspektiv

I flere pilotkommuner gikk det lang tid inn i den treårige prosjektperioden før den forebyggende satsingen kom i gang, og mange tiltak kom ikke i gang før utover i 2005. I flere kommuner var mye av innsatsen dessuten langsiktige investeringer – i form av oppbygging av lokal kompetanse, samordning av tiltak og i form av tiltak rettet mot barn. Ett av tiltakene med dokumentert effekt (Kjærlighet og grenser) ble hovedsakelig iverksatt i barneskolen og kunne av den grunn neppe ventes å gi målbare effekter på ungdomstrinnet i løpet av prosjektperioden. Det kan derfor tenkes at den innsatsen som kom seint i gang, eller som har vært langsiktige satsinger, kan gi virkninger etter hvert. Men vår effektevaluering fanget dem ikke opp.

11.2.3 Ufullstendig implementering

Noen andre mulige forklaringer på manglende måloppnåelse har å gjøre med hvordan tiltakene ble iverksatt lokalt²⁰ og hvordan de ble vedlikeholdt i prosjektperioden. Vi hadde ikke tilstrekkelig informasjon om de enkelte tiltakene i hver av pilotkommunene til å gjøre noen generell vurdering. Likevel vil vi peke på noen forhold som kan ha vært av betydning. Ansvarlig vertskap var et av de iverksatte tiltakene som hadde dokumenterte effekter. Det ble imidlertid implementert i en ufullstendig ”light”-

¹⁹ Som nevnt i kapittel 4, var det tre av tiltakene på menyen som hadde dokumentert effekt. Ett av disse, Multisystemisk terapi (MST), ble imidlertid ikke iverksatt i noen av pilotkommunene.

²⁰ “The bridge between a promising idea and its impact [] is implementation; however, innovations are seldom implemented as planned.” (Berman & McLaughlin 1976, sitert i Dusenbury m.fl. 2003).

versjon med liten sannsynlighet for effekt. Det er også trolig at andre programmer er blitt iverksatt i forenklete eller mer kortvarige versjoner. En annen form for ufullstendig implementering, som man ofte ser i forbindelse med skoleprogrammer, er at de bare gjennomføres i noen av skolene eller bare for deler av målgruppen (Dusenbury m.fl. 2003). Våre data tyder på at dette også var tilfelle i Regionprosjektet.

11.3 Andre effekter – på godt og vondt

Både på godt og vondt kan intervensjoner gi effekter som ligger utenfor målsettingen. Vi vil her drøfte noen slike effekter av Regionprosjektet.

11.3.1 Omfordeling av ressurser

De sju regionale kompetansesentrene for rusmiddelspørsmål bisto pilotkommunene med faglig oppfølging, og mange av dem brukte relativt mye tid på oppgaven. Ettersom kompetansesentrene ikke ble tilført ekstra ressurser i forbindelse med Regionprosjektet, må det bety at andre kommuner fikk mindre bistand fra dem i prosjektperioden. Hvilke konsekvenser det har hatt, vet vi ikke noe om. Hvis vi tenker oss at Regionprosjektet ble gjennomført i hele landet, ville imidlertid kompetansesentrene neppe hatt kapasitet til følge opp hver enkelt kommune like tett som de gjorde med flere av pilotkommunene.

Også i enkelte pilotkommuner ble ressursene omfordelt, fordi noen kommunalt ansatte måtte omdisponere tiden sin for å gjøre en innsats i prosjektet. Hvis for eksempel den eneste helsesøsteren eller rusmiddelkonsulenten i en liten kommune avsatte tid til å arbeide med Regionprosjektet, har det antakelig gått på bekostning av andre viktige oppgaver overfor kommunens innbyggere.

11.3.2 Villedende signaler om ”effektive” tiltak

Fordi Sosial- og helsedirektoratets tiltaksmeny ikke holdt hva den lovet med hensyn til dokumenterte effekter på rusmiddelbruk og relaterte problemer, kan den ha bidratt til å skape eller befeste feiloppfatninger om hva som er god forebygging. At menyen heller ikke omfattet strategier som i stor utstrekning begrenser alkoholens tilgjengelighet, kan kanskje også oppfattes som et signal om at slike strategier ikke er betydningsfulle.

11.3.3 Struktur og kompetansebygging

Regionprosjektet bidro til å styrke pilotkommunenes samordning av tiltak og tverrfaglige arbeid, og på Ytre Søre Sunnmøre ble det interkommunale samarbeidet utvidet. Den lokale kompetansen med hensyn til å tilpasse og å videreutvikle tiltak har også økt i pilotkommunene. På sentralt nivå fikk arbeidsgruppens representanter fra de regionale kompetansesentrene en ny møteplass og arena for erfaringsutveksling. Alt dette kan anses som fordelaktige effekter av Regionprosjektet.

Pilotkommunene investerte i opplæring av nøkkelpersoner i tilknytning til flere tiltak. De brukte også ressurser på å videreutvikle og tilpasse tiltak til sitt lokalsamfunn. En slik kompetansebygging er åpenbart gunstig når tiltakene er virksomme. På den annen side kan det tenkes at disse ”investeringene” bidrar til videreføring av tiltak som ikke har effekt, kanskje også til fortrensel for igangsetting av virksomme tiltak.

11.4 Refleksjoner om framtidig lokalforebygging

Som skissert i kapittel 1, er det en stor internasjonal forskningslitteratur om hva som er effektive forebyggingstiltak og hvordan de bør iverksettes. Denne litteraturen danner utgangspunktet for våre refleksjoner om framtidig lokale forebyggingsinnsatser på rusmiddelfeltet. Mange av de forebyggende strategiene vi omtaler, er ikke spesielt rettet mot ungdom. Imidlertid er det god grunn til å anta at tiltak som har effekt på rusmiddelbruk og rusmiddelproblemer i hele befolkningen, også påvirker ungdom. Først vil vi diskutere hva som menes med forebyggende arbeid, deretter vil vi løfte fram noen viktige tiltak med effekt og noen viktige erfaringer med hensyn til implementering.

11.4.1 Kontrollpolitikk er også forebygging

På rusmiddelfeltet later det til at begrepet *forebyggende arbeid* svært ofte oppfattes i snever forstand. Mange ser i alle fall ut til å glemme at kontrollpolitiske tiltak som tilgjengelighetsbegrensninger, er svært viktige forebyggingsstrategier. Når rusforebygging står på dagsordenen, er det som oftest snakk om strategier som begrenser etterspørselen etter rusmidler (skoleprogrammer, holdningskampanjer o.l.). Heller ikke i Regionprosjektet så vi at tilgjengelighetsbegrensning eller bruk av kontroller og sanksjoner ble tematisert i nevneverdig grad. Det er tankevekkende – ikke minst i lys av direktoratets vektlegging av evidensbasert forebygging.

Gjennom alkoholloven har kommunene, i hvert fall i prinsippet, betydelige muligheter for å begrense tilgjengeligheten av alkohol (både med hensyn til antall og åpningstider for salgs- og skjenkesteder). Det er godt dokumentert at alkoholens tilgjengelighet påvirker konsumnivået og omfanget av alkoholrelaterte skader i befolkningen (Babor m.fl. 2003, Anderson og Baumberg 2006). En vesentlig innstramning i antall salgs- og skjenkesteder vil med all sannsynlighet gi gunstige forebyggingseffekter på dette området. Tilsvarende gjelder også for begrensning av salgstider i butikkene og skjenketider på serveringsstedene.

Det er imidlertid noen realpolitiske utfordringer knyttet til dette. I en studie av kommunal alkoholpolitikk fant Andersen (1996) at den lokale handlefriheten er liten til tross for omfattende kommunalt selvstyre, og han skriver: *”Bevillingspolitikken framstår mer som en næringspolitisk konkurransefaktor enn som et alkoholpolitisk virkemiddel. De kommuner som er mest liberale, vil trekke andre kommuner med seg. Forsøker politikerne å snu denne utviklinga i sin kommune, vil det innebære en tapssituasjon gjennom negative næringsmessige effekter, samtidig som de alkoholpolitiske gevinstene vil være høyst usikre. Hver enkelt kommune framstår som en for liten enhet til å drive en sjølstendig alkoholpolitikk.”* Andersen (1996) hevdet derfor at hvis statlige myndigheter ønsker en mer ensartet, restriktiv alkoholpolitikk i kommunene, må det skje gjennom en sterkere styring i lovverket.

En annen mulig implikasjon ville være å satse mer på interkommunalt samarbeid om felles restriksjoner med hensyn til salgs- og skjenkepolitikk. I svært mange kommuner vil antakelig næringshensyn, ikke minst med henblikk på handelslekkasje, kunne være et tungtveiende argument mot restriksjoner på antall salgs- og skjenkesteder og begrensninger i åpningstiden på salgs- og skjenkesteder (Andersen 1996). Hvis flere nabo-kommuner samarbeidet, for eksempel om en felles alkoholpolitisk handlingsplan, så ville det kanskje vært lettere å få gjennomslag for en restriktiv linje med hensyn til alkoholens tilgjengelighet. Et slikt samarbeid ville for øvrig også ha vært i samsvar med Handlingsplanens intensjoner.

11.4.2 Kontroll og sanksjoner

Alkoholloven pålegger alle norske kommuner å føre kontroll med salgs- og skjenkesteder. Det skal utføres i gjennomsnitt minst tre kontroller per salgs- og skjenkested, og hvert enkelt salgs- eller skjenkested skal bli kontrollert minst en gang i løpet av året. Svært mange kommuner har satt ut denne kontrollvirksomheten til private aktører (vaktsselskaper o.l.). Når det gjelder sanksjoner for brudd på salgs- og skjenkebestemmelsene, viser

tall fra norske kommuner at til tross for et stort antall utførte kontroller, blir det iverksatt svært få sanksjoner. Dette kunne kanskje vært et uttrykk for at det er få brudd på disse bestemmelsene. En rekke studier viser imidlertid at mindreårig ungdom ofte får kjøpt alkohol i butikker og på skjenkesteder (Rossow m.fl. 2005; Storvoll m.fl. 2007; Rossow m.fl. 2007). Overskjenking synes også å være et utbredt fenomen (Buvik og Baklien 2006; Lauritzen og Baklien 2007). Etter alt å dømme blir slike regelbrudd sjelden avdekket av kontrollene.

Vi vet lite om hvordan kontrollene foregår. I hvilken grad kontrollørene evner å avdekke brudd på alkoholloven, er også uvisst. I mange kommuner er det et betydelig sprik mellom antall avdekkete lovbrudd og omfanget av sanksjoner (i form av inndragninger), og det gir grunn til å anta at det skal mye til før et avdekket lovbrudd fører til sanksjoner. Antakelig er det et betydelig potensial for å bedre kontrollen med salgs- og skjenkestedene og for å iverksette sanksjoner ved avdekkete lovbrudd i større grad. Til tross for at mange kommuner i dag skilter med å ha en skjenkepolitikk hvor det skal være lett å få skjenkebevilling, men også lett å miste den, er det lite som tyder på at det siste er tilfelle.

11.4.3 Tidlig intervensjon i helsetjenesten

Vi har tidligere argumentert for at selektive tiltak rettet mot små målgrupper neppe er av stor betydning i et folkehelseperspektiv. Om det selektive tiltaket Tidlig identifisering og intervensjon i primærhelsetjenesten har effekt på omfanget av alkoholrelaterte problemer på befolkningsnivå, er ennå uvisst. Når vi allikevel løfter det fram, er det fordi det kan nå en langt større målgruppe enn andre selektive tiltak med dokumentert effekt.

Tidlig intervensjon i primærhelsetjenesten var et av de anbefalte tiltakene på direktoratets meny. Det går ut på å kartlegge alkoholvanene blant pasienter i primærhelsetjenesten slik at man kan fange opp de som har et høyt eller risikofylt konsum. Pasienter som viser seg å være i risikozonen, får en kort veiledning av lege eller annet helsepersonell, og blir anbefalt å drikke mindre. En rekke studier, også fra Norge, har avdekket gunstige effekter av tiltaket opp til ett år etter intervensjonen (Babor m.fl. 2003, NOU 2003:4).

Tiltaket ble ikke implementert i noen av pilotkommunene fordi det kostet uforholdsmessig mye å betale legene for jobben. Det er imidlertid ikke gitt at det er leger som må utføre dette. Viktige utfordringer på dette feltet

framover vil være å utvikle et klart innhold og gode iverksettelsesmåter for Tidlig intervensjon i primærhelsetjenesten, samt å finne finansiering for dette.

11.4.4 Medienes rolle

I mange tidligere lokalbaserte forebyggingsprosjekter har man erfart at mediene kan spille en viktig rolle i å støtte oppunder de tiltakene man iverksetter (Holder og Treno 1997). Ved å bruke nyhetsmedier kan man sette rusmiddelproblemer på dagsorden og formidle hvordan ulike tiltak kan redusere omfanget av problemene. Selv om det er vanskelig å skille ut en selvstendig effekt av medienes rolle, tyder erfaringer og forskningsfunn på at de kan påvirke både opinionen og beslutningstakere – særlig når fokus rettes mot lokale forhold.

11.4.5 Betingelser for gjennomføring av tiltak på lokalt nivå

Basert på erfaringer fra 20 lokalbaserte forebyggingstiltak på rusmiddel-feltet har Graham og Chandler-Coutts (2000) trukket fram en rekke forhold av betydning for gjennomførbarhet av lokalbaserte tiltak. En viktig faktor er hvorvidt det er lokal støtte for et slikt prosjekt. Som nevnt, kan nyhetsmedier trolig påvirke opinionen i den retning, men betingelsene for en god gjennomføring av et prosjekt hviler likevel på at det er et lokalt ønske om endring. Det er i så måte interessant å merke seg at noen av de prosjektene hvor man virkelig har lyktes i å redusere alkoholkonsumet og omfanget av alkoholrelaterte skader, har vært i lokalsamfunn med uttalte behov for endring på dette området. Ett eksempel er Tennant Creek i Australia, hvor utgangspunktet for å sette i gang tiltak for å begrense alkoholtilgjengelighet var et svært høyt alkoholkonsum og tilsvarende store alkoholproblemer (Gray m.fl. 2000).

Flere forskere har pekt på at det tar tid å legge til rette for effektiv kommunikasjon mellom aktørene i et forebyggingsprosjekt. Erfaringene fra Regionprosjektet er nettopp at det tar til dels betydelig tid fra planer blir lagt og vedtak blir gjort, til tiltakene blir iverksatt. Wallin (2004) har i sin evaluering av STAD-prosjektet i Stockholm også pekt på betydningen av at tiltak får tilstrekkelig tid til å bli institusjonalisert, for derved å øke sannsynligheten for vedvarende og langsiktige effekter.

11.4.6 Kompetansesentrenes rolle

Norge er, så vidt vi vet, i en særstilling med hensyn til å ha regionale kompetansesentre for rusmiddelspørsmål. Vi kan derfor ikke skjele til internasjonal forskningslitteratur for å vurdere hvor viktig en slik ressurs er for det forebyggende arbeidet på lokalt plan. På grunnlag av erfaringene fra Regionprosjektet, har vi imidlertid gjort oss noen refleksjoner om kompetansesentrenes rolle.

Fleire kompetansesentre deltok aktivt i utformingen av direktoratets meny med anbefalte tiltak. Det er mulig at menyens innhold speiler kompetansesentrenes oppfatning av hva som er gode og virksomme rusforebyggingsstrategier på lokalt plan. I så fall kan det se ut til at de ikke anser begrensninger av alkoholens tilgjengelighet for å være en relevant strategi. Det samme gjelder kontroll av salgs- og skjenkesteder, og bruk av nyhetsmedier som et element i lokalsamfunnsprosjekter.

En erfaring fra Regionprosjektet var at ulike kompetansesentre ga ulike råd til pilotkommunene. Det *kan* bety at de har varierende kompetanse med hensyn til enkelttiltak og programmer. Det kan også bety at de vurderer de samme tiltakenes nytte og relevans på ulikt vis. Hvis det er tilfellet, er spørsmålet om det vil være ønskelig å ha en større grad av faglig samstemmighet mellom kompetansesentrene på dette området.

11.4.7 Lokale rusmiddelpolitiske planer: Kunnskapsgrunnlag

Alle kommunene er pålagt å utarbeide en alkoholpolitisk handlingsplan. Som hjelp til dette arbeidet har Sosial- og helsedirektoratet utarbeidet en egen veileder. Der blir kartlegging av lokale rusmiddelproblemer løftet fram som en viktig innledning til arbeidet. I mange lokalbaserte forebyggingsprosjekter har man også startet med å identifisere hvilke lokale problemer man ønsket å redusere. Deretter har man valgt påvirkningsstrategier og forebyggingsarenaer på grunnlag av en modellforståelse av sammenhenger mellom mål og virkemidler (se Holder og Treno 1997).

Direktoratet anbefaler at man foretar en innledende kartlegging av rusmiddelsituasjonen i kommunen i form av for eksempel skoleundersøkelser. Vi har imidlertid argumentert for at kostnadene (arbeidsmengde, kompetanse og etiske hensyn) sannsynligvis veier tyngre enn gevinstene ved å foreta slike undersøkelser (Storvoll m.fl. 2007). Relevant kunnskap om lokale problemer på dette området kan innhentes på mer hensiktsmessige måter, for eksempel fra aktører og institusjoner som ser disse

problemene på nært hold (f.eks. fra politiet, ungdomsarbeidere, helse-tjenestene, m.m.).

11.5 Evalueringserfaringer og videre forskning

Det finnes en omfattende litteratur av evalueringer av lokalbasert rusmiddelforebyggende arbeid. Erfaringene fra evalueringen av Regionprosjektet kan i mange henseender sammenliknes med det som har vært rapportert tidligere. Samtidig er det noen aspekter ved Regionprosjektet som likner lite på andre forebyggingsprosjekter. I tillegg har integreringen av prosess- og effektevaluering betydd at vi har gått opp nye stier i et uvant og til dels ukjent terreng.

11.5.1 Integrering av prosess- og effektevaluering

Etter vår vurdering har det vært verdifullt at evalueringen har bygget på en omfattende prosessevaluering og en tilsvarende effektevaluering. Vi opplevde at det var et stort fortrinn å kunne tolke effektevalueringens funn i lys av observasjoner fra prosessevalueringen. Som nevnt i kapittel 1, finnes det (så vidt vi vet) få store studier som har integrert begge evalueringsstrategier på dette forskningsfeltet, og det er åpenbart behov for flere.

11.5.2 Kunnskap om ”ordinær” lokal rusforebygging

Forskere retter ofte blikket mot det ekstraordinære. Det gjelder også forskere som studerer rusforebygging på lokalt plan: Det er gjerne en *ekstra* satsing eller et stort forebyggingsprosjekt som blir gjenstand for forskning. Vi vil imidlertid ta til orde for at det er vel så interessant å få kunnskap om det rusforebyggende arbeidet som ikke er knyttet til slike ekstraordinære satsinger. Her til lands er denne type kunnskap svært mangelfull.

11.5.3 Kunnskap om kontroll og sanksjoner

I følge tidligere forskning om effektene av intervensjoner rettet mot salgs- og skjenkesteder (se Wallin 2004 for en oversikt), er kontroller og sanksjoner viktig for håndhevingen av salgs- og skjenkebestemmelsene. Prosjektgruppa som drev Ansvarlig salg i Nesodden kommune konkluderte også med at dette aspektet er betydningsfullt. Vi vet imidlertid svært lite om hvordan slike kontroller gjennomføres og hvor godt egnet de er til å avdekke brudd på salgs- eller skjenkebestemmelsene. Å få mer kunnskap om hvilke forhold som kan bedre mulighetene for sanksjoner og

hvordan kommunene kan håndheve alkoholloven mer effektivt, er av åpenbar interesse i et forebyggende perspektiv.

11.5.4 Metaanalyser og komparative analyser

Ved å foreta metaanalyser av funn fra mange empiriske studier på samme felt får man en annen type kunnskap enn summen av konklusjonene fra primærstudiene. Komparative undersøkelser kan også gi kunnskap som ikke dekkes av ulike enkeltstudier. For eksempel har Graham og Chandler-Coutts (2000) studert resultatene fra evalueringer av 20 lokalsamfunnsprosjekter, og trukket ut erfaringer som synes å være felles eller hyppig forekommende. I mange sammenhenger kan det være vel så nyttig å foreta komparative analyser – for å identifisere betingelser som bidrar til ulike resultater og konklusjoner.

11.5.5 En bro over kunnskapskløften – en utfordring

Den forskningsbaserte kunnskapen om hvilke strategier som bidrar til redusert rusmiddelbruk og færre rusrelaterte problemer, og hvilke som ikke gjør det, hadde i praksis lite å si for utformingen av Regionprosjektet. Fenomenet kan synes paradoksalt, ikke minst når det observeres i en forebyggingsmotivert kontekst. Men det er neppe uvanlig og heller ikke spesielt for rusmiddelfeltet.

Baklien (1983) har påpekt at samfunnsforskere ofte klager over at forskningen deres får liten betydning for politikkutformingen på et felt, mens politikere og beslutningstakere samtidig er klar over behovet for forskning som kan danne et bedre beslutningsgrunnlag. Hun viser også hvordan forskningen snarere leverer argumenter for en allerede valgt politikk, enn føringer for politikkenes utforming (jf. også Bruun 1973). Det er også pekt på at til tross for at det finnes solid forskningsbasert kunnskap om effektive tiltak på rusmiddelfeltet, er det gjerne andre forhold som påvirker de politiske beslutningene på dette området (f.eks. økonomiske, kulturelle og religiøse faktorer) (Gordis 1996). I tråd med dette, avdekket Andersen (1996) at næringsinteresser ble en helt sentral faktor for utformingen av den lokale skjenkepolitikken på Lillehammer i tilknytning til vinter-OL i 1994.

En stor utfordring for videre forskning på lokalt rusforebyggende arbeid vil derfor være å finne svar på spørsmålet om hvordan vi best mulig kan minske gapet mellom den forskningsbaserte kunnskapen og virksomheten på praksisfeltet.

English summary

This report deals with the evaluation of the Regional Project. This project was part of the Plan of Action to Prevent Alcohol and Drug Problems (2003-2005) of the Norwegian Government under Prime Minister Bondevik (II). As we interpret the Plan of Action, the main aim of the project was to develop effective preventive measures and to develop further existing measures with a view to limiting the use of alcohol and drugs, and harms related to substance use, with the main focus on children and young people.

Six municipalities / regions (called test municipalities) were chosen to participate in the Regional Project. Altogether they were granted NOK 20 million over a period of three years; the amount per municipality reflected the population size. In addition they were given professional guidance from the Regional Resource Centres for Alcohol and Drug Issues. The Norwegian Directorate for Health and Social Affairs was responsible for the central management of the project.

The aims of the evaluation were:

- to assess how the intentions of the Plan of Action were translated and interpreted by the Norwegian Directorate for Health and Social Affairs, and subsequently by the test municipalities
- to find out how the extra allocation of funding for preventive work in the field of alcohol and drug problems, together with central management and professional follow-up from the Regional Resource Centres, were transformed into measures at the local level
- to investigate how organization of the Regional Project, both centrally and locally, influenced the implementation and accomplishment of the measures
- to identify whether there were indications that the activities had resulted in reduced use of alcohol and drugs, fewer alcohol-related problems, and more limited availability of alcohol for young people under the age-limit
- to find out whether the use of resources had had other positive effects in the local community, for example in the form of increased skills or new structures for cooperation

- to highlight positive experiences that can be developed in other locally-based measures.

We carried out both process and effect evaluation of the Regional Project. The analyses were based on a comprehensive data material, which included documents, videos, observations of meetings and implementation of measures, a large number of interviews with key persons at the central and local levels, questionnaire surveys of almost 40 000 school children in the test and control municipalities before and after implementation of the measures, attempts to buy beer in shops before and after the measures, and a survey of preventive activities in all the lower secondary and upper secondary schools in all the test and control municipalities during the project period.

A central working group for the project was appointed with representatives from all the seven Regional Resource Centres and the central project leader in the Norwegian Directorate for Health and Social Affairs. In addition to professional follow-up of the test municipalities, the Regional Resource Centres acted as coordinators between the central and local levels. This organization meant that the test municipalities had limited influence on the central management of the project.

The Norwegian Directorate for Health and Social Affairs operationalized the Plan of Action, and developed a list of twelve recommended preventive measures. However, only a few of these measures had documented effect on substance use and related harms. This recommendation of preventive measures reduced the sense of ownership of the intervention at the local level

Follow up from the Regional Resource Centres varied between the municipalities both in extent and content. The local conditions for implementation also varied, both with regard to continuation of established projects and cooperation, and with regard to organization of the project.

At the start of the project, the management of the project by the Directorate was fairly strong and detailed. Moreover, communication from the central to the local level was unclear, both with respect to the time scale for the project, how much funding each test municipality would receive, and whether the municipalities could choose measures that were

not on the list. The unclear signals from the central level led to frustration as well as a delay in implementation of measures the local level.

The test municipalities' own considerations (regarding factors such as whether the measures were easy to implement) were of primary importance when the test municipalities chose preventive measures. In addition to the measures on the Directorate's list, most of the municipalities also chose a range of other interventions. In several cases this involved continuation of projects that were already underway. Children and young people were the most important target groups, and many of the measures had a long-term perspective. Not all the measures were implemented according to the plan. Several of the municipalities implemented more measures than they had originally committed themselves to, and we saw much enthusiasm and drive in the test municipalities.

Effect evaluation was primarily based on questionnaire surveys of 13-19 year old school children in the test municipalities and in seven control municipalities. The results gave no indication that the Regional Project had led to reduced alcohol use, drug use or related harms. There was also nothing to indicate that the project had contributed to limiting the availability of alcohol to young people. The analyses also did not give any indication that the Regional Project had contributed to improving young people's knowledge or changing their attitudes to alcohol and drugs, or to the limits set by parents with regard to alcohol and drugs, or parents' communication about this. We also evaluated the effect of one measure, for which the aim was to limit sale of alcohol to young people under the age-limit, and found no effects.

There are several possible explanations for the discouraging results of the effect evaluation: The measures had very limited potential for prevention, several measures had long-term perspectives and some of them were implemented as incomplete "light versions". It is also worth mentioning that background figures indicate that the number of establishments for selling and serving alcohol in the test municipalities was relatively stable during the project period.

However, the Regional Project seems to have had other positive effects. Local coordination and local ownership were central concepts in the Plan of Action. The project's only example of inter-municipal cooperation and coordination showed that this is both demanding and productive. Some

municipalities had their own coordination measures, and they all succeeded in improving multi-sectoral and inter-agency cooperation. In addition, local skills in adaptation and development of measures were improved.

The local organization in the test municipalities was generally good and functioned well, and led to coordination of personnel resources between agencies and departments. The Regional Project had a sound political basis in most of the test municipalities, as a result of both the involvement and active commitment of the chairperson of the municipal council and the chief municipal executive. Personal factors such as enthusiasm and competence, legitimacy and ability to find room to manoeuvre, were important for the project at all levels.

Another important experience gained was related to the time-scale. Several of the municipalities regarded prevention of alcohol and drug problems as long-term work. Both building the foundation and implementing the work take time, but the centrally-determined time-scale took little account of long-term ambitions.

In conclusion, we found that the Regional Project achieved the aims of the Plan of Action only in some areas. This was primarily in the areas of local coordination and cooperation. We found no evidence that the main aims of limiting use of alcohol and drugs, limiting alcohol related harms, and limiting availability of alcohol to young people, were achieved. This is probably related to the fact that none of the municipalities implemented measures that are most likely to be effective; - i.e. limiting the availability of alcohol (number and opening hours of outlets), and increased enforcement of alcohol sales regulations (controls and sanctions).

Referanser

- Allamani, A., Casswell, S., Graham, K., Holder, H.D., Holmila, M., Larsson, S. & Nygaard, P. (2000). Introduction: Community action research and the prevention of alcohol problems at the local level. *Substance Use & Misuse* (Special Issue: Community action and the prevention of alcohol related problems at the local level), 35, 1-10.
- Alvesson, M. (2002). *Postmodernism and Social Research*. Open University Press.
- Andersen, J. (1996). Alkoholpolitikk og lokalt sjølstyre. I: Waal, H. & Pedersen, W. (red.) *Rusmidler og veivalg*, s196-212. Oslo: Cappelen.
- Anderson, P. & Baumberg, B. (2006). *Alcohol in Europe. A public health perspective*. London: Institute of Alcohol Studies.
- Andréasson, S., Sjöström, E. & Bränström, R. (2007). A Six Community Prevention Trial to Reduce Alcohol and Drugs Related Problems in Sweden. *Substance Use & Misuse*, in print.
- Argyris, C. (1999). *On Organisational Learning*. Oxford: Blackwell.
- Babor, T. et al. (2003). *Alcohol: No Ordinary Commodity – Research and public policy*. Oxford University Press. Norsk sammendrag er tilgjengelig på: <http://www.sirus.no/cwobjekter/Alkohol.pdf>.
- Baklien, B. (1983). The Use of Social Science in a Norwegian Ministry: As a Tool of Policy or Mode of Thinking? *Acta Sociologica*, 26, 33-47.
- Baklien, B. (1989). *Russkadeaksjon i fem kommuner*. Oslo: Rusmiddel-direktoratet.
- Baklien, B. (1996). *Informasjonsteknologi for funksjonsbemedde*. Evaluering av Sunnaas IT-enhet. NIBR-notat 1996:106. Oslo: Norsk institutt for by- og regionforskning.
- Baklien, B. (1998). *Prosjektbyggere og gode hjelpere. Prosessevaluering av NONITE – nordnorsk IT-enhet for funksjonsbemedde barn og unge*. Prosjektrapport 1998:7. Oslo: Norsk institutt for by- og regionforskning.
- Baklien, B. (2004). Følgeforskning. *Sosiologi i dag*, 34, 49-66.
- Baklien, B., Bratt, C. & Gotaas, N. (2004). *Satsing mot frafall i videregående opplæring. En evaluering*. NIBR-rapport 2004:19.

- Baklien, B. & Carlsson, Y. (2000). *Helse og kultur. Prosessevaluering av en nasjonal satsning på kultur som helsefremmende virkemiddel*. NIBR prosjektrapport 2000:11. Oslo: Norsk institutt for by- og regionforskning
- Baklien, B. & Krogh, U. (2002). *Evaluering av Mosaikk – et program under Norske kulturråd*. Norsk kulturråd rapportserien nr. 29.
- Baklien, B., Pape, H., Rossow, I. & Storvoll, E.E. (2005). *Notat om SIRUS' evaluering av Regionprosjektet*.
http://www.sirus.no/cwobjekter/Notat_Regionsprosjektet0405.doc
- Baklien, B. & Rossow, I. (2006). "Umulig å tallfeste forebygging". Kronikk i *Rus & avhengighet*, nr. 1, 19-21.
- Bjermeland, M. (2005). Trur på girl power. *Rus & samfunn*, 2, 25.
- Braaten, E.S. & Nyseth, T. (2007). *Sluttrapport. Prosessevaluering av „avogtil – felles løft for alkoholfrie soner“*. Institutt for planlegging og lokalsamfunnsforskning, Universitetet i Tromsø.
- Brox, O. (1995). *Praktisk samfunnsvitenskap*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Bruun, K. (1973). Social research, social policy and action. *The epidemiology of drug dependence: report on a conference*, London September 25-29 1972, s. 115-119.
- Bu, E.T.H. (2004). *TimeOut. Forebygging av alkohol og tobakk i idretten. Evaluering pilotdel*. Bergen: Stiftelsen Bergensklinikkene.
- Buvik, K. og Baklien, B. (2006). *Skal det være mer før vi stenger? Evaluering av Ansvarlig vertskap i Trondheim*. Oslo: SIRUS-rapport.
- Bøe, B. (2001). Kjentmann. Håndbok for skolefolk som møter elever med rusproblem. Bergen: Stiftelsen Bergensklinikkene.
- Carlsson, Y. (1992). *Det kompliserte nærmiljøarbeidet*. Rapport 1992:12. Oslo: Norsk institutt for by- og regionforskning.
- Carlsson, Y. (1995). *Aksjonsplan Brumundal – ga den resultater?* Rapport 1995:13. Oslo: Norsk institutt for by- og regionforskning.
- Casswell, S. (2000). A decade of community action research. *Substance Use & Misuse*, 35, 55-74.
- Cohen, M.D., March, J. & Olsen, J.P. (1972). A garbage can model of organizational choice, *Administrative Science Quarterly*, 17, 1-25.
- Czarniawska-Joerges, B. (1992). *Styrningens paradokser*. Stockholm: Norstedts juridik.

- Deas, D. & Thomas, S.E. (2001). An overview of controlled studies of adolescent substance abuse treatment. *American Journal of the Addictions*, 10, 178-189.
- Del Boca, F.K. & Darkes, J. (2003). The validity of self-reports of alcohol consumption: state of the science and challenges for research. *Addiction*, 98, (suppl. 2), 1-12.
- Dusenbury, L., Brannigan, R., Falco, M. & Hansen, W.B. (2003). A review of research on fidelity of implementation: implications for drug abuse prevention in school settings. *Health Education Research*, 18, 237-256.
- Elmeland, K. (2000). Introduktion. I Elmeland, K. (red.). *Lokalt alkohol och drogförebyggande arbete i Norden*. NAD-Publikation nr. 38, s. 5-14.
- Forster, J.L., McGovern, P.G., Wagenaar, A.C., Wolfson, M., Perry, C.L. & Anstine, P.S. (1994). The ability of young people to purchase alcohol without age identification in northeastern Minnesota, USA. *Addiction*, 89, 699-705.
- Foxcroft, D. R., Ireland, D., Lister-Sharp, D. J., Lowe, G. & Breen, R. (2003). Longer-term primary prevention for alcohol misuse in young people: a systematic review. *Addiction*, 98, 397-411.
- Freisthler, B., Gruenewald, P.J., Treno, A.J. & Lee, J. (2003). Evaluating alcohol access and the alcohol environment in neighbourhood areas. *Alcohol Clinical and Experimental Research*, 27, 477-484.
- Frøyland, L. (2005): Når barna ikke "hører" - og foreldrene ikke vet hva de skal gjøre. *Rus & avhengighet*, nr 5: 18-21.
- Giesbrecht, N. & Haydon, E. (2006). Community-based interventions and alcohol, tobacco and other drugs: foci, outcomes and implications. *Drug and Alcohol Review*, 25, 633-646.
- Glasgow, R. E., Lichtenstein, E. & Marcus, A. C. (2003). Why Don't We See More Translation of Health Promotion Research to Practice? Rethinking the Efficacy-to-Effectiveness Transition. *Public Health Matters*, 93, 1261-1267.
- Goldstein, A.P. (2004). Evaluations of effectiveness. In Goldstein, AP, Nensén, R., Daleflod, B. & Kalt, M. (Eds.). *New perspectives on aggression replacement training: Practice, research, and application* (pp. 231-244). John Wiley & Sons, Ltd.
- Goldstein, A.P., Glick, B. & Gibbs, J.C. (1998). *Aggression replacement training: A comprehensive Intervention for aggressive youth*. Research Press.

- Gordis, E. (1996). Alcohol research: at the cutting edge. *Archives of General Psychiatry*, 53, 199-201.
- Gorman, D.M. & Speer, P.W. (1996). Preventing alcohol abuse and alcohol-related problems through community interventions: A review of evaluation studies. *Psychology and Health*, 11, 95-131.
- Graham, K. & Chandler-Coutts, M. (2000). Community action research: who does what to whom and why? Lessons learned from local prevention efforts (international experiences). *Substance Use & Misuse*, 35, 87-110.
- Gray, D., Saggars, S., Atkinson, D., Sputore, B. & Bourbon, D. (2000). Beating the grog: an evaluation of the Tennant Creek liquor licensing restrictions. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 24, 39-44.
- Gundersen, K. & Svartdal, F. (2006). Aggression Replacement Training in Norway: Outcome evaluation of 11 Norwegian Student projects. *Scandinavian Journal of Educational Research*, 50, 63-81.
- Hauge, H.A. & Ausland, L.H. (2006). Frihet og ansvar I forebyggende og helsefremmende arbeid. I: Hauge, H.A. & Mittelmark, M.B. (red.) *Helsefremmende arbeid i en brytningstid*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Hauge, H.A. & Knutheim, T. (2006). Hvordan kan rusmiddelforebygging bli mer relevant? Side 204-226 i: Hauge, H.A. & Mittelmark, M.B. (red.): *Helsefremmende arbeid i en brytningstid*. Oslo: Fagbokforlaget.
- Hawe, P., Noort, M., King, L. & Jordens, C. (1997). Multiplying Health Gains: the critical role of capacity building within health programs. *Health Policy*, 39, 29-42.
- Hibell, B. Andersson, B., Bjarnasson, T., Ahlström, S., Balakireva, O., Kokkevi, A. & Morgan, M. (2004). *The ESPAD Report 2003. Alcohol and drug use among students in 35 European countries*. Stockholm: CAN.
- Hingson, R, McGovern, T, Howland, J, Heeren, T., Winter, M. & Zakocs, R. (1996). Reducing alcohol-impaired driving in Massachusetts: The Saving Lives Program. *American Journal of Public Health*, 86, 791-797.
- Holder, H. (2002). Prevention of alcohol and drug “abuse” problems at the community level: what research tells us. *Substance use & Misuse*, 37, 901-921.
- Holder, H. (2004). Community action from an international perspective. In Müller, R & Klingemann, H. (Eds.). *From science to action? 100 years later – alcohol policies revisited*. Netherlands: Kluwer Academic Publishers, 101-112.

- Holder, H. (2006). The power of local prevention and the Trelleborg Project in southern Sweden. *Addiction*, 101, 763-764.
- Holder, H., Gruenewaldt, P.J., Ponicki, W.R., Treno, A.J., Grube, J.W., Saltz, R.F., Voas, R.B., Reynolds, R., Davis, J., Sanchez, L. Gaumont, G. & Roeper, P. (2000). Effects of community-based interventions on high risk drinking and alcohol-related injuries. *Journal of the American Medical Association*, 284, 2341-2347.
- Holder, H.D. & Reynolds, R. (1998). Science and alcohol policy at the local level: a respectful partnership. *Addiction*, 93, 1467-1473.
- Holder, H.D., Saltz, R.F., Grube, J.W., Voas, R.B., Gruenewald, P.J. & Treno, A.J. (1997). A community prevention trial to reduce alcohol-involved accidental injury and death: overview. *Addiction*, 92 (Suppl. 2), S155-S171.
- Holder, H.D. & Treno, A. (1997). Media advocacy in community prevention: news as a means to advance policy change. *Addiction*, 92 (Suppl. 2), S189-99.
- Holmila, M. (1999). Community-based prevention of alcohol problems: a case study from Lahti and its lessons for future prevention research in Finland. In Larsson, S. & Hanson, B.S. (Eds.): *Community based alcohol prevention in Europe – research and evaluations. Proceedings from the first European symposium on community action programmes to prevent alcohol*. Lunds Universitet: Studentlitteratur, 141-151.
- Holstein, J. A. & Gubrium, J.F. (1995). *The active interview*. Thousand Oaks: Sage.
- Holth, P. & Bye, E.K. (2004). *Evaluering av Ansvarlig vertskap i Bergen 2000-2003*. Oslo: SIRUS rapport nr 1/2004.
- Horverak, Ø. & Bye E.K. (2007). *Det norske drikkemonsteret. En studie basert på intervjudata fra 1973-2004*. SIRUS rapport nr. 2/2007. Oslo: Statens institutt for rusmiddelforskning.
- Ingebrigtsen, J.E. (2004). *MOT 2003. Evaluering av MOT i ungdomsskolen*. NTNU – Universitetet i Trondheim. Rapport 1/04.
- Ingebrigtsen, J.E. & Sæther, S.A. (2005). *MOT i ungdomsskolen 2004/5*. NTNU Samfunnsforskning as Senter for idrettsforskning. Rapport 1/05.
- Ingebrigtsen, J.E. & Sæther, S.A. (2006). *MOT i ungdomsskolen 2005*. NTNU Samfunnsforskning as Senter for idrettsforskning. Rapport 2/05.

- Jensen, I. (2005). Trener foreldre i å lytte til ungene. *Rus & avhengighet*, nr. 2: 21-23.
- Kaarhus, R. (1999). Intervjuer i samfunnsvitenskapene. *Tidsskrift for samfunnsforskning*, 40, 33-62.
- Kjerstad, I.S. & Jølstadengen, A.-M. (2003). *Kjempepositivt for alle!* Delrapport 3. Hjemmesamtalen. Stavanger: Rogaland A-senter.
- Kjerstad, I. & Jølstadengen, A.-M. (2004). *Veldig positivt, men meget tidkrevende.* Delrapport 4. Hjemmesamtalen. Stavanger: Rogaland A-senter.
- Kjerstad, I. & Sandgren, E. (2002). *Keep going, - to tomles opp!* Delrapport 1. Leiren. Stavanger: Rogaland A-senter.
- Kronenfeld, D.B. & Vike, H. (2002). Collective representations and social praxis: Local politics in the Norwegian welfare state. *The Journal of the Royal Anthropological Institute*, 8, 621-643.
- Kumpfer, K.L. (1999). *Strengthening America's families: Exemplary parenting and family strategies for delinquency prevention.* University of Utah: http://www.strengtheningfamilies.org/html/literature_review_1999.pdf.
- Lauritzen, H.C. & Baklien, B. (2007). *Overskjenking i Bergen.* Oslo: Statens institutt for rusmiddelforskning.
- Laverack, G. (2004). *Health promotion practice: Power and empowerment.* London: Sage Publication.
- Laverack, G. & Labonte, R. (2000). A planning framework for community empowerment goals within health promotion. *Health Policy & Planning*, 15, 255-262.
- Lindensjö, B. & Lundgren, U.P. (1986). *Politisk styrning och utbildningsreformer.* Stockholm: Liber.
- Lindensjö, B. & Lundgren, U.P. (2000). *Utbildningsreformer och politisk styrning.* Stockholm: HLS Förlag.
- Mabry, L. (2002). Postmodern Evaluation - or Not? *American Journal of Evaluation*, 23, 121-157.
- Morgan, G. (1989). *Organisasjonsbilder.* Oslo: Universitetsforlaget.
- Moynahan, L. & Strømgren, B. (2005). Preliminary results of aggression replacement training for Norwegian youth with aggressive behaviour and with a different diagnosis. *Psychology, Crime & Law*, 11, 411-419.

- Myhra, A.-B. (2006). *Evaluering av Kjærlighet og grenser*. Skien: Borgestad-klinikken.
- Nordahl, T., Gravrok, Ø., Knudsmoen, H. m.fl. (2006). *Forebyggende innsatser i skolen*. Oslo: Utdanningsdirektoratet/Sosial- og helsedirektoratet.
- Norges offentlige utredninger. *Forskning på rusmiddelfeltet. En oppsummering av kunnskap om effekt av tiltak*. NOU 2003:4.
- Offerdal, A. (2005). Iverksettingsteori – resultatene blir sjelden som planlagt, og det kan være en fordel? I: Baldersheim, H. & Rose, L.E. (red.). *Det kommunale laboratorium. Teoretiske perspektiver på lokal politikk og organisering*. 2. utg. Bergen: Fagbokforlaget.
- Ogden, T. (1999). Antisocial atferd og barneoppdragelse: PMT som foreldreopplæring. *Spesialpedagogen*, 6.
- Pape, H., Baklien, B. & Rossow, I. (2007). Villedende om rusforebygging i skolen. *Tidsskrift for den norske lægeforening*, 127, 1399.
- Pape, H., Rossow, I. og Storvoll, E.E. (2005). *Metoderapport for Skoleundersøkelsen 2004 ("baseline") i tilknytning til SIRUS' evaluering av Regionprosjektet*. www.sirus.no.
- Pape, H., Rossow, I. & Storvoll, E.E. (2007). *Metoderapport for Skoleundersøkelsene 2004, 2005 og 2006*. Notat. SIRUS.
<http://www.sirus.no/internett/forebygging/publication/353.html>.
- Pape, H. & Storvoll, E.E. (2006). Teenagers' "use" of non-existing drugs. A study of false positives. *Nordic Alcohol and Drug Studies*, 23, 97-111.
- Pape, H. og Storvoll, E.E. (2007). Ungdom og narkotikabruk – mot normalt? I: Kvalem, I.L. & Wichstrøm, L. (red.) *Ung i Norge: Psykososiale utfordringer*. Oslo: Cappelen Akademisk Forlag, 145-160.
- Pape, H. Storvoll, E.E. & Rossow, I. (2006). Så feil kan man ta! En studie av unge menneskers kunnskap om alkohol- og narkotikabruk. *Tidsskrift for ungdomsforskning*, 6, 97-109.
- Pentz, M.A., Dwyer, J.H., MacKinnon, D.P., Flay, B.F., Hansen, W.B., Wang, E.Y.I., & Anderson Johnson, C. (1989). A multicomunity trial for primary prevention of adolescent drug abuse. Effects on drug use prevalence. *Journal of the American Medical Association*, 261, 3259-3266.
- Perry, C.L., Williams, C.L., Veblen-Mortenson, S., Toomey, T.L., Komro, K.A., Anstine, P.S., McGovern, P.G., Finnegan, J.R., Forster, J.L., Wagenaar, A.C. & Wolfson, M. (1996). Project Northland: Outcomes of a

communitywide alcohol use prevention program during early adolescence. *American Journal of Public Health*, 86, 956-965.

Pressman J.L. & Wildavsky, A. (1973). *Implementation: How Great Expectations in Washington Are Dashed in Oakland; Or, Why It's Amazing that Federal Programs Work at All, This Being a Saga of the Economic Development Administration as Told by Two Sympathetic Observers Who Seek to Build Morals on a Foundation of Ruined Hopes, Third edition, Expanded*. Berkeley: University of California Press.

Rogaland a-senter (2003). *Godt å være på hjemmebane*. Delrapport 2. Hjemmesamtalen. Stavanger: Rogaland a-senter, forebyggingsteamet.

Rossow, I. (2007). Trends in alcohol consumption and alcohol-related harms in Norway around the turn of the millennium. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 2007, (Suppl.) 24, 61-72.

Rossow, I., Karlsson, T. & Raitasalo, K.. *Old enough for a beer? Enforcement of minimum legal age for alcohol purchases in monopoly and other off-premise outlets in Finland and Norway*. Submitted ms.

Rossow, I., Pape, H. & Storvoll, E.E. (2005). Beruselsens kilder - hvordan ungdom skaffer seg alkohol. *Tidsskrift for Den norske lægeforening*, 125, 1160-2.

Rossow, I. & Romelsjö, A. (2006). The extent of the 'prevention paradox' in alcohol problems as a function of population drinking patterns. *Addiction*, 101, 84-90.

Rossow, I., Storvoll, E.E. & Pape, H. (2007). Håndheves aldersgrensen for å få kjøpt alkohol? *Tidsskrift for Den norske lægeforening*, 127, 1510-1512.

Ryen, A. (1993). Nye organisasjoner i gamle strukturer. Om koordineringsvansker ved samordning av offentlige tjenester gjennom prosjekter. (s. 298-231). I: Repstad, P. (red.). *Dugnadsånd og forsvarsverker*. Oslo: Tano.

Saltz, R.F. & Stanghetta, P. (1997). A community-wide Responsible beverage Service program in three communities: early findings. *Addiction*, 92 (Suppl. 2), 237-249.

Schofield, M.J., Weeks, C., Sanson-Fisher, R. (1994). Alcohol sales to minors: A surrogate study. *Preventive Medicine*; 23, 827-831.

Senge, P.M. (1990). *The leader's new work: building learning organizations*. <http://64.233.179.104/scholar?hl=no&lr=&q=cache:E8p7aCkOn3EJ:www.clexchange.org/ftp/documents/system-ed/SE1993-01LeadersNewWork.pdf+>

Shaw, I.F. (1999). *Qualitative Evaluation*. London: Sage.

- Skretting, A. (2000). *Ungdom og rusmidler*. Oslo: Rusmiddeldirektoratet.
- Skärstrand, E. (2005). *Familjeprogrammet Steg-för-steg. Resultat från baslinemätning och uppföljning 1*. Stockholm: STAD-prosjektet. Rapport 28.
- Skärstrand, E., Larsson, J. & Andréasson, S. (2004). *Steg-för-steg. En pilotstudie av ett familjeinriktat program för att förebygga problem med alkohol och andra droger hos ungdomar*. Stockholm: STAD-prosjektet. Rapport 26.
- Sosialdepartementet (2003). *Regjeringens handlingsplan mot rusmiddelproblemer 2003-2005*.
- Spoth, R.L. Redmond, C., Trudeau, L. & Shin, C. (2002). Longitudinal substance initiation outcomes for a universal preventive intervention combining family and school programs. *Psychology of Addictive Behaviours*, 16, 129-134.
- Stafström, M., Östergren, P.-O., Larsson, S., Lindgren, B. & Lundborg, P. (2006). A community action programme for reducing harmful drinking behaviour among adolescents: the Trelleborg Project. *Addiction*, 101, 813-823.
- Storvoll, E.E., Pape, H. & Rossow, I. (2007). Use of Commercial and Social Sources of Alcohol by Underage Drinkers: the Role of Pubertal Timing. *Addictive Behaviours*, in press.
- Storvoll, E.E., Rossow, I. & Pape, H. (2007). Til nytte for handlingsplaner? *Rus & Samfunn*, 1, nr. 4, 14-15.
- Sulkunen, P., Määttä, M. & Rantala, K. (2003). Translating back - evaluation as sociological intervention. *Nordisk alkohol- & narkotikatidsskrift*, 20: 161.
- Sverdrup, S. og Baklien, B. (2002). *Informasjon, kommunikasjon og forebygging*. Oslo: NIBR-rapport 2002:13.
- Treno, A.J. & Lee, J.P. (2002). Approaching alcohol problems through local environmental interventions. *Alcohol Research & Health*, 26, 35-40.
- Treno, A.J., Lee, J.P., Freisthler, B., Remer, L.G., & Gruenewald, P.J. (2005). Application of evidence-based approaches to community interventions. In: Stockwell, T. Gruenewald, P.J., Toumbourou, J.W. & Loxley, W. (2005). *Preventing harmful substance use: The evidence base for policy and practice*. New York: John Wiley & Sons, 177-189.
- Wagenaar, A.C., Murray, D.M., Gehan, J.P., Wolfson, M., Forster, J.L., Toomey, T.L., Perry, C.L. & Jones-Webb, R. et al. (2000). Community

mobilization for change on alcohol: Outcomes from a randomized community trial. *Journal of studies on alcohol*, 61, 85-94.

Wallin, E. (2004). *Responsible beverage service. Effects of a community action project*. Stockholm: Karolinska Institutet, Department of Public Health Sciences.

Wandersman, A. & Florin, P. (2003). Community Interventions and effective prevention. *American Psychologist*, 55, 441-448.

Whitelaw, S. Baxendal, A., Bryce, C., Machardy, L., Young, I. & Witney, E. (2001). "Setting" based health promotion: a review. *Health promotion International*, 16, 339-353.

Wilhelmsen, B.U. & Laberg, J.C. (1996). Primærforebyggende alkoholundervisning i ungdomsskolen: Positive korttidseffekter. *Norske Epidemiologi*, 6, 91 - 6.

Wilhelmsen, B.U., Laberg, J.C. & Klepp KI. (1994). Evaluation of two student and teacher involved alcohol prevention programmes. *Addiction*, 89, 1157 - 65.

Øiern, T. (2006). Forebygger med åpne kraner. *Rus & avhengighet*.
<http://www.rus.no/?module=Articles;action=Article.publicShow;ID=1268>.

Appendiks 1. Tiltak på menyen fra Sosial- og helsedirektoratet

I samarbeid med flere av kompetansesentrene utarbeidet Sosial- og helsedirektoratet en meny av rusmiddelforebyggende tiltak som – i utgangspunktet – skulle være grunnlaget for de valgene av forebyggingstiltak som pilotkommunene gjorde (se kapittel 4 for en nærmere redegjørelse av dette). I det følgende beskrives tiltakene på menyen kort med utgangspunkt i de omtalene som finnes på Regionprosjektets hjemmeside.²¹ Vi har fulgt direktoratets inndeling i fire hovedgrupper av tiltak i fremstillingen.

Skoleprogrammer

Olweus' program mot mobbing

Dette bygger på et fåtall nøkkelprinsipper om utvikling og forandring av problematferd, spesielt aggressiv atferd. En ønsker å skape et skolemiljø som kjennetegnes av varme, positiv interesse og engasjement fra de voksnes side, faste grenser mot uakseptabel atferd, konsekvent bruk av sanksjoner ved regelbrudd og voksne autoriteter. Programmet er omfattende og krever involvering av alle ansatte ved skolen.

Tiltaket er blitt evaluert flere gange, og resultatene viser at forekomsten av mobbeproblemer i skolen minsket kraftig.

Unge & rus

Dette er et undervisningsopplegg på 8. klassetrinn hvor hovedmålsettingen er å utsette ungdoms alkoholdebut og å redusere eksperimentering med alkohol. Både foreldre og ungdom er målgruppe for tiltaket. Elevene jobber med både individuelle oppgaver, gruppeoppgaver og ”test-deg-selv”-oppgaver. Tema i undervisningen er: Påvirkning – kultur og tradisjoner, meninger om alkohol, bruk av alkohol, mestring av drikkepress, vår mening og å snakke med voksne.

²¹ <http://forebygging.no/cwobjekter/region.htm>. Denne hjemmesiden ble sist oppdatert 16.10.2005.

En forløper til Unge & rus er blitt evaluert (Wilhelmsen m.fl. 1994), og det er blitt rapportert en positiv korttidseffekt av programmet (etter 2-3 mnd.). Denne effekten er imidlertid ikke tilstrekkelig godt dokumentert (Pape m.fl. 2007). Evalueringen viste at det ikke var noen effekt av programmet etter ca 9 mnd. (Wilhelmsen og Laberg 1996).

PALS – et skoleomfattende tiltaksprogram

Dette er et skoleomfattende program for å forebygge og redusere utvikling av alvorlige atferdsproblemer blant barn og unge. Det bygger på de samme prinsipper som Parent Management Training (PMT) (se senere i denne oversikten). Gjennom systematisk sosial ferdighetstrening (bruk av oppmuntring og atferdskorrigerende strategier overfor alle elever) og restrukturering av læringsmiljøet i skolen, legger PALS hovedvekten på prososial elevatferd og tydelige reaksjoner på problematferd. Alle skolens elever og foresatte involveres slik at fremadrettede tiltak kan igangsettes tidligst mulig. Tiltaksprogrammet impliserer videre etablering av et ytterligere forsterket og individuelt tilpasset opplærings- og behandlingstilbud til de få høyrisiko elever som allerede viser omfattende atferdsproblemer, og til deres foreldre og lærere.

Studier fra USA har vist at skoleomfattende atferds- og læringsmiljøstøttende tiltak har resultert i 20-60% reduksjon i disiplinære problemer, forbedret sosialt klima og forbedrede skolefaglige prestasjoner.

Tidlig intervensjonsprogrammer

Kartlegging og screening i primærhelsetjenesten

Tiltaket baserer seg på tidlig oppdagelse av og rådgivning ved rusmiddelproblemer i primærhelsetjenesten. Helsepersonell (leger og sykepleiere) i primærhelsetjenesten blir kurset i motivasjonsøkende intervju (MI) for å kunne gi en mer effektiv rådgivning til pasienter med for høyt alkoholkonsum.

Flere studier, deriblant også fra Norge (se bl.a. Babor m.fl. 2003, NOU 2003:4), har vist at tidlig identifisering av risikofylt alkoholkonsum sammen med kort veiledning av pasienten i primærhelsetjenesten, er et effektivt tiltak for å begrense alkoholkonsumet.

Modell for tverrfaglig samarbeid

Dette er en rusmiddelforebyggende innsats overfor gravide kvinner og småbarnsfamilier gjennom et lokalt samarbeid mellom ulike parter innen helse- og sosialsektoren i kommunen (f.eks. helsestasjonen og sosial- og barnevernstjenesten). Modellen for samarbeidet omfatter kunnskap om arbeidsområdet, rutiner for samarbeid, ansvars- og rolleavklaring og prosedyrer for oppfølging av familiene. Det er utarbeidet skriftlig materiell som kan brukes i oppfølging av målgruppen.

Modellen er ikke evaluert.

Rusprat

Dette programmet er laget for foreldre, og det er foreldrene som skal delta og lede opplegget. Det er testet ut for foreldre til barn i 12-årsalder, men kan i følge beskrivelsen også brukes av foreldre med yngre og eldre barn. En foreldregruppe (til f.eks. barn i samme skoleklasse, idrettslag, konfirmasjonskurs e.l.) møtes over tre kvelder, og gjennomgår kursheftet til Rusprat.

Programmet er ikke evaluert.

Kjentmann

I dette tiltaket søker man å finne konstruktive handlingsalternativ for elever som ruser seg. En ”kjentmann” på skolen (ungdomsskole og videregående skole) skal oppdage elever med rusproblemer og bringe eleven videre i hjelpeapparatet.

Det er ikke gjort noen evaluering av om Kjentmann har noen effekt på rusmiddelbruk eller rusmiddelrelaterte skader.

Familieintervensjoner

Iowa Strengthening Families Program (ISFP), på norsk kalt Kjærlighet og grenser

Den norske versjonen av programmet er et universelt tiltak rettet mot foreldre og ungdommer i aldersgruppen 10-14 år, og målsettingen er å forebygge tobakk-, alkohol- og narkotikabruk blant ungdom, styrke familiekompetanse og styrke familieband. Foreldrene møtes over 12 kurs-

kvelder til diskusjoner og gruppeøvelser. Elevene møtes i egne grupper. Diskusjonstema for elevene er bl.a. drømmer og mål, foreldrerelasjoner, stresshåndtering og sosialt press. Den opprinnelige versjonen av ISFP var et selektivt forebyggingsprogram for barn av rusmiddelmissbrukere (Kumpfer 1999).

Den opprinnelige versjonen av programmet har vært evaluert i USA, og har vist positiv effekt på rusmiddelbruk (Kumpfer 1999). ISFP som universelt tiltak (i kombinasjon med skoleprogrammet Life-skills training) har også vært evaluert i USA, og man fant da at de kombinerte tiltakene hadde en effekt på rusmiddelbruk (Spath m.fl. 2002).

Parent Management training – PMTO

Dette er en opplærings- og behandlingsmetode rettet mot familier som har barn med alvorlige atferdsvansker. Intervensjonen er omfattende og krever ukentlig deltakelse av begge foreldrene, gjennomsnittlig over 20 uker. Kjernekomponentene i behandlingen er positiv involvering, oppmuntring, negative konsekvenser, tilsyn ute og hjemme, involvering av skolen og problemløsning. Målsettingen er å endre familiens samhandlingsmønster og redusere barnets atferdsvansker og hindre utvikling av antisosial atferd.

Vi har ikke funnet noen dokumentert effekt av PMTO på rusmiddelbruk eller rusmiddelrelaterte skader.

Multisystemisk terapi – MST

Dette er en behandlingsmetode for ungdom mellom 12 og 17 år med alvorlige atferdsvansker og deres familier. Målsettingen med MST er reduksjon i lovbrudd og andre former for antisosial atferd (f.eks. rusmiddelmissbruk) og redusert behov for å plassere ungdommene utenfor hjemmet. Familien hjelpes av terapeuter som er tilgjengelig 24/7, og familien skal settes i stand til selv å løse fremtidige problemer. Konkrete tiltak kan være å redusere barnets kontakt med avvikende venner og øke kontakten med ”positive” venner, forbedre skoleprestasjoner, delta i positive fritidsaktiviteter og forbedre relasjoner mellom familien og omgivelsene.

MST er vist å ha en bedre effekt på bl.a. rusmiddelbruk blant ungdom med atferdsvansker sammenliknet med noen andre typer av tiltak (såkalt ”treatment as usual”) (Deas og Thomas 2001).

Tiltak for utelivsbransjen

Ansvarlig vertskap

Målet med dette programmet er å fremme ansvarsfull servering av alkohol, og derved begrense overskjenking, servering til mindreårige og vold på utesteder. Ansatte ved serveringsstedene blir opplært i bestemmelsene i alkoholloven og i konflikthåndtering. Ansvarlig vertskap er gjerne samarbeidsprosjekt mellom serveringsbransjen, bevillingsmyndighet og skjenkekontroll og politiet.

Ansvarlig vertskap har vært evaluert en rekke steder. Flere studier har vist at man har funnet god effekt av tiltaket, ved at overskjenking og voldsomfang er redusert (Wallin, 2004). Her i Norge er Ansvarlig vertskap bl.a. blitt evaluert i Trondheim (Buvik og Baklien 2006) og i Bergen (Lauritsen og Baklien 2007). Erfaringene fra Trondheim og Bergen har imidlertid vist at når tiltaket ikke blir godt implementert, eller når tiltaket går hånd i hånd med forlenget åpningstid, blir alkoholproblemene ikke redusert, snarere tvert i mot.

Ansvarlig salg

Dette er en norsk tilpasning av til butikker som selger øl og rusbrus. Hensikten er å begrense salg av alkohol til mindreårige fra butikker, og å begrense voksnes langing av alkohol til mindreårige.

Dette tiltaket er ikke evaluert.

Appendiks 2. Tiltak utenfor menyen

I tillegg til å iverksette tiltak fra Sosial- og helsedirektoratets meny, valgte de fleste kommunene også å gjennomføre andre tiltak. Vi har valgt å se nærmere på fem av disse tiltakene. Dette er dels tiltak som har utgjort en vesentlig del av satsningen i en eller flere kommuner og dels etablerte tiltak som har blitt beskrevet i forebyggingslitteraturen.

ART

Larvik kommune valgte ART (Aggression Replacement Training) som en av sine satsninger. ART som ble utviklet av Arnold Goldstein ved Syracuse University i New York, er et program for etablering av sosiale ferdigheter som består av tre komponenter: trening av sosiale ferdigheter, sinnekontroll og trening i moralsk resonnering (Goldstein m.fl. 1998). Treningen foregår i grupper. Programmet retter seg først og fremst mot personer med omfattende atferdsvansker, men brukes også som et primærforebyggende tiltak. I Norge er det opprettet et eget Kompetansesenter for ART ved Diakonhjemmet Høgskole Rogaland.²² Larvik har gjennomført ART-program både i barnehagen og i skolen.

En gjennomgang av 16 effektevalueringer av ART gjennomført blant ungdom med omfattende atferdsvansker, de fleste fra USA, indikerer at ART har positive effekter med hensyn til blant annet utagerende atferd (Goldstein 2004). Det er foreløpig publisert funn fra to norske studier. Den ene, som er en kvasiekseptimentell studie i et relativt lite utvalg (n=65) ungdom med varierende grad av atferdsproblemer, dokumenterer positive effekter på sosiale ferdigheter og problematferd på kort sikt (Gundersen og Svartdal 2006). Den andre var en pilotstudie blant barn og ungdom (n=39) med aggressiv atferd og ulike diagnoser (Moynahan og Strømgren 2005). Vi har ikke funnet noen studier som har undersøkt effekten av ART med hensyn til rusmiddelbruk og rusrelaterte skader, verken i Norge eller i andre land.

TimeOut

TimeOut har inngått som en del av Regionprosjektet i både Larvik og Nesodden. TimeOut som er et tiltak utviklet i samarbeid mellom Norges Idrettsforbund og Olympiske komité (NIF) og Sosial- og helsedirektoratet,

²² <http://art.rogalandhs.no/>.

retter seg mot idrettsklubber/grupper.²³ Hovedmålet er å utvikle gode idrettsmiljø og forebygge bruk av alkohol og tobakk. Målgruppen er 11-13-åringer. Trenere/leder for målgruppen deltar på en samling i regi av NIF, hvor de blant annet får opplæring i å gjennomføre møter med henholdsvis utøvere og foreldre og ha jevnlig samtaler med utøverne.

TimeOut blir for tiden effektevaluert ved Bergensklinikkene. For en evaluering av pilotdelen av prosjektet se Bu (2004).

MOT

MOT inngikk som en del av Regionprosjektet i Os kommune. Visjonen til dette programmet, som gjennomføres både i skole- og fritidssektoren, er å skape et varmere og tryggere oppvekstmiljø gjennom å styrke menneskers mot til å ta vare på seg selv og hverandre.²⁴ I Os ble MOT gjennomført i fritidssektoren og i den videregående skolen.

Bruken av MOT i ungdomsskoler har blitt evaluert av NTNU Samfunnsforskning (Ingebrigtsen og Sæther 2006). Evalueringen som er foretatt blant MOT-skoler (dvs. ingen kontrollgrupper som ikke bruker MOT) viser at rusmiddelbruken (tobakk og alkohol) er lavere ved skoler der MOT er sterkt forankret enn ved skoler der MOT er svakt forankret. Videre finner de at elever som svarer at de er påvirket av mot, bruker mindre rusmidler. Studien gir imidlertid ikke grunnlag for å konkludere med at MOT har en forebyggende effekt mht. rusmiddelbruk: Det kan være andre forklaringer på forskjellen i rusmiddelbruk mellom skoler hvor MOT har ulik grad av forankring. Videre er ikke ungdommenes egen opplevelse av å ha blitt påvirket av MOT ensbetydende med at de har endret atferd som følge av MOT. (MOT er også beskrevet i Ingebrigtsen (2004) og Ingebrigtsen og Sæther (2005).)

Det flyvende korps på Nesodden og Ungdomsteamet i Haugesund

Både på Nesodden og i Haugesund har det å utvikle modeller for å fange opp utsatte ungdommer på et tidlig stadium vært høyt prioritert. Mens man på Nesodden har kaldt dette tiltaket for Det flyvende korps²⁵, har

²³ www.timeout.as.

²⁴ www.mot.no.

²⁵ www.forebyggingstiltak.no/tiltak_vis.asp?id=31.

tiltaket i Haugesund blitt omtalt som Ungdomsteamet²⁶. I begge tiltakene har de lagt vekt på å etablere tverrfaglige nettverk rundt ungdom med rusproblemer.

I følge omtalen, skal det Det flyvende korpset på Nesodden prosess-evalueres. Det skal også være planlagt en evaluering av ungdomsteamet i Haugesund.

Overgangen mellom ulike skoler

Både Haugesund og Larvik har satset på tiltak for å lette overgangen mellom ulike skoletyper. I Haugesund har de som en del av det de har kalt Skoleprosjektet, arrangert leirskoler og gjennomført hjemmebesøk fra lærer for å lette elevenes overgang fra barneskolen til ungdomsskolen. Som en del av Regionprosjektet har de også gjennomført et tiltak for å lette overgangen fra ungdomsskole til videregående skole.²⁷ I Larvik har de prøvd ut det de opprinnelig kalte Haugesundsmodellen, for å lette elevenes overgang mellom barneskolen og ungdomstrinnet. Tiltaket omfattet leirskole i 7. klasse og hjemmebesøk av lærer i 8. klasse.²⁸

Utprøvingen av denne modellen i Larvik, skal i følge deres handlingsplan evalueres etter endt prøveperiode.

²⁶ www.forebygging.no/cwobjekter/region.htm.

²⁷ www.forebygging.no/cwobjekter/region.htm.

²⁸ www.forebygging.no/cwobjekter/larvik_handlingsplan.doc.

Appendiks 3. Analyser fra enkeltkommuner

I det følgende presenteres sammenlikning mellom elevene i de enkelte pilotkommunene med hensyn til endringer i noen av hovedmålene fra T1 (høsten 2004) til T2 (høsten 2006). Vi har valgt å se nærmere på endringer i hvor ofte ungdommene drikker og hvor ofte de drikker seg fulle. Videre har vi tatt med to spørsmål om problemer og negative hendelser i forbindelse med alkoholbruk, nemlig om de hadde drukket så mye at de hadde kastet opp og om de hadde vært involvert i slåsskamp. Avslutningsvis presenteres endringer i bruk av kommersielle alkoholkilder.

Alkoholbruk

Tabell A1. Gjennomsnittlig antall ganger drukket alkohol siste år, og endring i nivået fra T1 til T2 etter kommune. Elevgrupper på ungdomsskole og i videregående skole. (Ne = Nesodden, L = Larvik, H = Haugesund, Na = Narvik, O = Os, S = Ytre Søre Sunnmøre, K = Kontrollkommuner.)

	Ne	L	H	Na	O	S	K
T1	9,0	10,6	9,8	10,8	10,3	7,2	9,3
T2	11,4	9,4	9,3	11,1	9,0	6,6	10,0
T2-T1	2,4	-1,2	-0,5	0,3	-1,4	-0,6	0,7

Tabell A2. Gjennomsnittlig antall ganger drukket seg tydelig beruset siste år, og endring i nivået fra T1 til T2 etter kommune. Elevgrupper på ungdomsskole og i videregående skole. Ne = Nesodden, L = Larvik, H = Haugesund, Na = Narvik, O = Os, S = Ytre Søre Sunnmøre, K = Kontrollkommuner.)

	Ne	L	H	Na	O	S	K
T1	4,9	6,1	6,1	6,3	5,6	4,4	5,4
T2	6,6	5,5	5,8	7,0	5,1	4,5	6,1
T2-T1	1,7	-0,5	-0,3	0,7	-0,5	0,1	0,7

Problemer og negative hendelser knyttet til alkoholbruk

Tabell A3. Gjennomsnittlig antall ganger vært drukket så mye at de hadde kastet opp siste år, og endring i nivået fra T1 til T2 etter kommune. Elevgrupper på ungdomsskole og i videregående skole. Ne = Nesodden, L = Larvik, H = Haugesund, Na = Narvik, O = Os, S = Ytre Søre Sunnmøre, K = Kontrollkommuner.)

	Ne	L	H	Na	O	S	K
T1	1,0	1,6	1,5	1,4	1,5	1,2	1,2
T2	1,5	1,5	1,8	1,6	1,3	1,4	1,6
T2-T1	0,5	-0,1	-0,2	0,1	-0,2	0,3	0,4

Tabell A4. Gjennomsnittlig antall ganger vært involvert i slåsskamp i forbindelse med egen alkoholbruk siste år, og endring i nivået fra T1 til T2 etter kommune. Elevgrupper på ungdomsskole og i videregående skole. Ne = Nesodden, L = Larvik, H = Haugesund, Na = Narvik, O = Os, S = Ytre Søre Sunnmøre, K = Kontrollkommuner.)

	Ne	L	H	Na	O	S	K
T1	0,4	0,4	0,6	0,4	0,6	0,3	0,3
T2	1,1	0,6	0,8	0,6	0,7	0,7	0,9
T2-T1	0,7	0,2	0,3	0,2	0,1	0,4	0,6

Kjøp av alkohol i butikker og på skjenkesteder

Tabell A5. Gjennomsnittlig antall ganger kjøpt alkohol i butikk siste år, og endring i nivået fra T1 til T2 etter kommune. Elevgrupper på ungdomsskole og i videregående skole. Ne = Nesodden, L = Larvik, H = Haugesund, Na = Narvik, O = Os, S = Ytre Søre Sunnmøre, K = Kontrollkommuner.)

	Ne	L	H	Na	O	S	K
T1	1,9	1,9	1,6	2,5	1,7	0,7	1,6
T2	2,4	1,6	1,9	2,5	1,8	0,8	1,9
T2-T1	0,5	-0,2	0,3	0,0	0,1	0,2	0,3

Tabell A6. Gjennomsnittlig antall ganger drukket alkohol på utested siste år, og endring i nivået fra T1 til T2 etter kommune. Elevgrupper på ungdomsskole og i videregående skole. Ne = Nesodden, L = Larvik, H = Haugesund, Na = Narvik, O = Os, S = Ytre Søre Sunnmøre, K = Kontrollkommuner.)

	Ne	L	H	Na	O	S	K
T1	1,1	1,6	1,8	2,6	1,6	1,8	1,7
T2	1,6	1,1	1,7	2,2	1,3	1,2	1,8
T2-T1	0,5	-0,5	-0,1	-0,3	-0,3	-0,6	0,1

Appendiks 4. Tilgang på- og omsetning av alkohol

Basert på data fra SIRUS-prosjektet "Kommunenes forvaltning av alkoholloven" vil vi i det følgende beskrive noen indikatorer på endringer i tilgangen på alkohol og i alkoholkonsumet fra 2004 till 2006.

Antall salgs- og skjenkesteder, og inntekter fra salgs- og skjenkeavgifter

Tabell A1 og A2 tyder på at det ikke har vært noen vesentlige endringer i antallet salgs- og skjenkesteder fra 2004 til 2006, verken i pilot eller i kontrollkommunene. Siden vi kun har omsetningstall for 2006, har vi ikke mulighet til å beregne mulige endringer i alkoholomsetningen direkte. Vi ser imidlertid av tabell A1 at kommunenes inntekter fra salgs- og skjenkeavgifter har steget noe fra 2004 til 2006, dvs. med hhv. 10%, 15% og 24% i Haugesund, Larvik og Os. Satsene for salgs- og skjenkeavgiftene til kommunene økte imidlertid fra og med 2006, slik at en direkte sammenlikning av endringene i kommunenes inntekter fra salgs- og skjenkeavgifter fra 2004 til 2006 ikke gir noen indikasjon på om alkoholomsetningen endret seg i denne perioden. Bare ved å kombinere opplysninger om endringene i de ulike salgs- og skjenkeavgiftene, antall salgs- og skjenkesteder på begge tidspunkt, kommunenes inntekter fra salgs- og skjenkeavgifter på begge tidspunkt og den drikkesortsspesifikke omsetningen på både salgs- og skjenkesteder i 2006, var det mulig å beregne om økningen i avgiftsinntektene bare skyldtes de økte avgiftssatsene eller om økningen også måtte tilskrives økt alkoholomsetning. Slike beregninger lot seg bare gjøre for Larvik og Os. I Larvik viste beregningene at økningen i salgs- og skjenkeavgifter kunne tilskrives endringen i avgiftssatsene, mens i Os kommune var avgiftsinntektene vesentlig større enn det som kunne tilskrives avgiftsøkningen. Det har derfor med all sannsynlighet skjedd en økning i alkoholomsetningen i Os i perioden 2004 til 2006.

Tabell A1: Antall salgs- og skjenkesteder, og inntekter fra salgs- og skjenkeavgifter i pilotkommunene i 2004 og 2006.

	Salgssteder		Skjenkesteder		Avgifter ^a	
	2004	2006	2004	2006	2004	2006
Larvik	31	31	88	86	541000	622000
Haugesund	26	25	50	53	636000	702000
Ytre Søre Sunnmøre	15	17	21	20	-	-
Narvik	16	15	29	33	237000	-
Nesodden	10	11	12	13	131000	-
Os	17	16	17	18	164000	204000

^a Vi har ikke tall for alle fire kommunene på Ytre Søre Sunnmøre. For Narvik og Nesodden mangler vi tall for 2006.

Tabell A2: Antall salgs- og skjenkesteder, og inntekter fra salgs- og skjenkeavgifter i kontrollkommunene i 2004 og 2006.

	Salgssteder		Skjenkesteder	
	2004	2006	2004	2006
Tønsberg	23	20	85	78
Ålesund	38	36	69	66
Andøy, Sortland	19	18	25	23
Kristiansund	19	18	39	40
Askøy	12	13	7	6
Stjørdal	12	13	28	26

Kontroller på salgs- og skjenkesteder, og sanksjoner ved brudd på alkoholoven

Som vist i tabell A3 så har de fleste pilotkommunene brukt vakselskaper til å gjennomføre kontroller på salgs- og skjenkestedene, både i 2004 og 2006. Den eneste kommunen som kun har brukt egne kontrollører er Larvik. På Ytre Søre Sunnmøre var det en endring fra 2004 til 2006, i den forstand at kontrollene fra vakselskapene ble supplert med egne.

Tabell A3: Oversikt over hvem som har ført kontrollen med salgs- og skjenkestedene i pilotkommunene i 2004 og 2006.

	Salgssteder		Skjenkesteder	
	2004	2006	2004	2006
Larvik	Egne kontroller	Egne kontroller	Egne kontroller	Egne kontroller
Haugesund	Vaktselskap	Vaktselskap	Vaktselskap	Vaktselskap
Ytre Søre Sunnmøre	Vaktselskap	Vaktselskap/ egne kontroller	Vaktselskap	Vaktselskap/ egne kontroller
Narvik	Vaktselskap	Vaktselskap	Vaktselskap	Vaktselskap
Nesodden	Vaktselskap	Vaktselskap	Vaktselskap	Vaktselskap
Os	Vaktselskap	Vaktselskap	Vaktselskap	Vaktselskap

Tabell A4 viser at omfanget av inndragninger av salgs- og skjenkebevillinger har vært svært lite i pilotkommunene i både 2004 og 2006, og at evt. endringer i perioden blir så små at det trolig er snakk om tilfeldige variasjoner. For 2006 er det også oppgitt antall avdekkete overtredelser på salgs- og skjenkesteder. Tallene på dette er også relativt små, men i flere av kommunene er spriket mellom antallet overtredelser og antallet inndragninger likevel så vidt betydelig, at det gir grunn til å anta at avdekkete overtredelser ofte ikke fører til inndragning av salgs- eller skjenkebevilling.

Tabell A4: Antall inndragninger (I) av salgs- og skjenkebevillinger i pilotkommunene i 2004 og 2006. Antall overtredelser (O) av alkoholloven vises kun for 2006.

	Salgssteder			Skjenkesteder		
	2004	2006		2004	2006	
	I	(O)	I	I	(O)	I
Larvik	0	(0)	0	2	(2)	2
Haugesund	0	(0)	0	1	(3)	0
Ytre Søre Sunnmøre	0	(4)	1	0	(8)	ja ^a
Narvik	0	(1)	0	0	(13)	0
Nesodden	0	(2)	ja ^a	0	(3)	2
Os	0	(8)	0	0	(0)	ja ^a

^a Kommunene har oppgitt at det har vært inndragninger uten å oppgi antall.

SIRUS rapporter

Følgende rapporter er utkommet i denne serien:

- 1/2001 Horverak, Øyvind, Sturla Nordlund og Ingeborg Rossow: *Om sentrale deler av norsk alkoholpolitikk*. 48 s. Oslo 2001.
- 2/2001 Axelsen, Niels Kristian: *Skjenking i grenseland. Strategier, tiltak og lovgivning mot økonomisk kriminalitet i skjenkesteder i de nordiske land*. 119 s. Oslo 2001.
- 3/2001 Watten, Reidulf og Helge Waal: *Avrusing: Fra vilje til medisin. Avrusingstradisjonene i Norge belyst gjennom en forundersøkelse av ultrarask opioidavrusing (UROD)*. 62 s. Oslo 2001.
- 4/2001 Lund, Ingeborg: *Fra monopol til konkurranse. Restaurantbransjen og alkoholleverandørene etter EØS-avtalen*. 81 s. Oslo 2001.
- 1/2002 Ugland, Trygve: *Policy Re-Categorization and Integration. Europeanization of Nordic Alcohol Control Policies*. (Publisert i samarbeid med ARENA. ARENA-report No 3/2002) 254 s. Oslo 2002.
- 2/2002 Horverak, Øyvind: *Selvetjente vinmonopolutsalg. En evaluering*. 85 s. Oslo 2002
- 3/2002 Hauge, Ragnar og Reidun Johanne B. L. Lohiniva: *Bevillingssystemet som alkoholpolitisk virkemiddel. En evaluering av endringene i alkoholloven i 1997*. 165 s. Oslo 2002.
- 4/2002 Johansen, Nicolay B.: *Tillit og svik i narkomiljøet*. 208 s. Oslo 2002.
- 1/2003 Berg, Elin: *Samhandlingens monolog. En studie av interaksjon mellom klienter med innvandrerbakgrunn og ansatte i tiltaksapparatet for rusmiddelmisbrukere*. 116 s. Oslo 2003.
- 2/2003 Lund, Ingeborg & Sturla Nordlund: *Pengespill og pengespillproblemer i Norge*. 128 s. Oslo 2003.
- 3/2003 Melberg, Hans Olav & Øyvind Omholt Alver: *Rus og psykiatri i inntektsystemet for kommunene*. 94 s. Oslo 2003.

- 4/2003 Melberg, Hans Olav, Grethe Lauritzen & Edle Ravndal: *Hvilken nytte, for hvem og til hvilken kostnad? En prospektiv studie av stoffmisbrukere i behandling*. 163 s. Oslo 2003.
- 5/2003 Skretting, Astrid & Elin K. Bye: *Bruk av rusmidler blant norske 15-16 åringer. Resultater fra den norske delen av de europeiske skoleundersøkelsene - ESPAD, 1995, 1999, 2003*. 62 s. Oslo 2003.
- 1/2004 Holth, Per & Elin K. Bye: *B Evaluering av "Ansvarlig Vertskap" i Bergen 2000-2003, 80 s*. Oslo 2004.
- 2/2004 Alver, Øyvind Omholt, Anne Line Bretteville-Jensen & Oddvar Kaarbø: *Rusreformen – Noen grunnlagsdata om organisering og finansiering*. 62 s. Oslo 2004.
- 3/2004 Horverak, Øyvind: *Da Vinmonopolet kom til Trysil. En evaluering*. 115 s. Oslo 2004.
- 4/2004 Alver, Øyvind Omholt: *Om pris og etterspørsel etter alkohol i Norge*. 65 s. Oslo 2004.
- 1/2005 Rise, Jostein, Henrik Natvig & Elisabet E. Storvoll: *Evaluering av alkoholkampanjen "Alvorlig talt"* 128 s. Oslo 2005.
- 2/2005 Amundsen, Ellen J., & Robert Lalla: *Narkotikasituasjonen i kommunene. Resultater fra årene 2002 og 2003* 44 s. Oslo 2005.
- 3/2005 Østhus, Ståle: *Befolkningens holdninger til alkoholpolitikken – en analyse av sammenhengen mellom alkoholpolitikken og folkemeningen i perioden 1962 og fram til i dag* 120 s. Oslo 2005.
- 4/2005 Bretteville-Jensen, Anne Line: *Økonomiske aspekter ved sprøytemisbrukeres forbruk av rusmidle. En analyse av intervjuer foretatt 1993-2004*. 176 sider. Oslo 2005.
- 5/2005 Solbakken, Bjørn H., Lauritzen, Grethe & Lund, Marte K. Ødegård: *Barn innlagt sammen med foreldre som er i behandling for rusmiddelproblemer*. 124 sider. Oslo 2005.
- 6/2005 Berg, Frid Fjose & Anne Line Bretteville-Jensen *Ungdoms etterspørsel etter alkohol En empirisk analyse basert på intervjudata 1990-2004*. 58 sider. Oslo 2005.

- 1/2006 Solbakken, Bjørn H. & Grethe Lauritzen *Tilbud til barn av foreldre med rusmiddelproblemer*. 150 sider. Oslo 2006.
- 2/2006 Olsen, Hilgunn & Astrid Skretting *Ingen enkle løsninger: evaluering av Tiltaksplane for alternativer til rusmiljøene i Oslo sentrum*. 166 sider. Oslo 2006.
- 3/2006 Nøkleby, Heid & Grethe Lauritzen *Rusmiddelmisbruk og spiseforstyrrelser. Sammenfall og sammenhenger. En litteraturstudie*. 165 sider. Oslo 2006.
- 4/2006 Buvik, Kristin & Bergljot Baklien *Skal det være noe mer for vi stenger? – evaluering av Ansvarlig vertskap i Trondheim*. 113 sider. Oslo 2006.
- 5/2006 Bretteville-Jensen, Anne Line & Ellen J. Amundsen *Omfang av sprøytemisbruk i Norge* 83 sider. Oslo 2006.
- 1/2007 Snertingdal, Mette Irmgard *Kalkulerende kjeltringer eller offer for omstendighetene? En kvalitativ studie av heroinomsetningens utvikling og aktører*. 140 sider. Oslo 2007.
- 2/2007 Horverak, Øyvind & Elin K. Bye *Det norske drikkemønsteret. En studie basert på intervjudata fra 1973-2004* 245 sider. Oslo 2007.
- 3/2007 Ihlebæk, Camilla & Ellen J. Amundsen *Majoritet og minoritet alkoholbruk blant ungdom utenfor storbyen* 54 sider. Oslo 2007.
- 4/2007 Tefre, E.M., Amundsen, A., Nordlund, S., Lund, K.E. *Studenter og rus. Resultater fra en undersøkelse av studenter ved Universitetet i Oslo høsten 2006 om deres bruk av alkohol, tobakk, narkotika og pengespill*. 139 sider. Oslo 2007.
- 5/2007 Lauritzen, Hege Cesilie & Baklien, Bergljot *Overskjenking i Bergen – en oppfølging av Ansvarlig vertskap i Bergen*. 98 SIDER. Oslo 2007.

SIRUS skrifter

Følgende publikasjoner er utkommet i denne serien:

- 1/2002 Brofoss, Knut and Julia Ferkis (ed.): *Alcohol Policy – Epidemiology-Primary Health Care*. 161 s. Oslo 2002
- 1/2004 Lund, Karl Erik og Jostein Rise: *Mediekampanje om røykfri serveringssteder våren 2004*. Evaluering av det offentlige tobakksforebyggende arbeidet i Norge 2003-2007. 36 s. Oslo 2004.
- 2/2004 Lund, Marianne og Rita Lindbak: *Tall om tobakk 1973-2003*. 39 s. Oslo 2004.
- 1/2005 Hetland, Hilde og Leif Edvard Aarø: *Hva kan forbedres i VÆR røykFri-programmet? Intervjuer med elever, lærere og rektorer*. Evaluering av det offentlige tobakksforebyggende arbeidet i Norge 2003-2007. 59 s. Oslo 2005.
- 2/2005 Hetland, Jørn og Leif Edvard Aarø: *Røykevaner, holdninger til innføring av røykfrie serveringssteder og opplevelse av håndhevingsproblemer i serveringsbransjen- en prospektiv panelundersøkelse*. Evaluering av det offentlige tobakksforebyggende arbeidet i Norge 2003-2007. 76 s. Oslo 2005.
- 3/2005 Hetland, Jørn og Leif Edvard Aarø: *Røykfrie serveringssteder: Luftkvalitet, helse og trivsel blant ansatte i serveringsbransjen*. Evaluering av det offentlige tobakksforebyggende arbeidet i Norge 2003-2007. 46 s. Oslo 2005.
- 4/2005 Lund, Karl Erik: *Tobakksavgiften som helsepolitisk styringsinstrument*. Evaluering av det offentlige tobakksforebyggende arbeidet i Norge 2003-2007. 60 s. Oslo 2005.
- 5/2005 Amundsen, Ellen J.: *Alkohol- og tobakksbruk blant ungdom: Hva betyr innvandrerbakgrunn?* 89 s. Oslo 2005.
- 6/2005 Larsen, Elisabeth, Marianne Lund og Karl Erik Lund: *Evaluering av helseadvarslene på tobakkspakkene*. Evaluering av det offentlige tobakksforebyggende arbeidet i Norge 2003-2007. 33 s. Oslo 2005.

- 1/2006 Lund, Karl Erik: *Innføring av røykfrie serveringssteder i Norge. Konsekvenser for omsetning, besøksfrekvens, trivsel og etterlevelse*. Evaluering av det offentlige tobakksforebyggende arbeidet i Norge 2003-2007. 121 s. Oslo 2006.
- 2/2006 Lund, Karl Erik: *The introduction of smoke-free hospitality venues in Norway. Impact on revenues, frequency of patronage, satisfaction and compliance*. Evaluation of public tobacco control work in Norway 2003-2007. 110 s. Oslo 2006.
- 3/2006 Larsen, Elisabeth, Karl Erik Lund og Jostein Rise: *Evaluering av tobakkskampanjen "Røyken tar pusten av deg"*. Evaluering av det offentlige tobakksforebyggende arbeidet i Norge 2003-2007. 116 s. Oslo 2006.
- 4/2006 Larsen, Elisabeth, Jostein Rise og Pål Kraft: *Evaluering av tobakkskampanjen "Hver eneste sigarett skader deg"*. Evaluering av det offentlige tobakksforebyggende arbeidet i Norge 2003-2007. 53 s. Oslo 2006.
- 5/2006 Rise, Jostein: *En sosialpsykologisk analyse av et fryktvekkende budskap: en kvasiekperimentell undersøkelse*. Evaluering av det offentlige tobakksforebyggende arbeidet i Norge 2003-2007. 68 s. Oslo 2006.
- 1/2007 Melberg, Hans Olav: *Hvor mye betyr tobakksprisen for endringer i tobakksforbruket? Utviklingen i pris og forbruk i Norge mellom 1985 og 2005*. Evaluering av det offentlige tobakksforebyggende arbeidet i Norge 2003-2007. 29 s. Oslo 2007.
- 2/2007 Lund, Karl Erik (red.), Rune Ottesen, Jostein Rise, Karl Erik Lund, Sidsel Graff-Iversen og Kjell Bjartveit: *Grunnlaget for allmennhetens oppfatning om risiko ved sigarettøyking i 1950- og 60 årene i Norge*. Erklæringer til Norges Høyesterett i forbindelse med søksmål fra skadelidt om erstatning fra tobakksprodusent. 231 s. Oslo 2007.
- 3/2007 Lund, Marianne og Rita Lindbak: *Norwegian Tobacco Statistics 1973-2006*. 43 s. Oslo 2007.
- 4/2007 Frøyland, Kjetil. *Med arbeidslivet som arena. Om kunnskapsbehov i arbeidsrelatert rusmiddelforskning*. 65 sider. Oslo 2007.