



Rapport fra den 21. nordiske rusmiddelkonference

Rapport fra den 21. nordiske rusmiddelkonference

TemaNord 2005:594

© Nordisk Ministerråd, København 2005

ISBN 92-893-1266-1

Manuskript: Line-by-Line, Danmark

Oplag: Print-on-Demand

Trykt på miljøvenligt papir som opfylder kravene i den nordiske miljøsvanemærkeordning.

Publikationen kan bestilles på www.norden.org/order. Flere publikationer på

www.norden.org/publikationer

Printed in Denmark

Nordisk Ministerråd

Store Strandstræde 18

1255 København K

Telefon (+45) 3396 0200

Fax (+45) 3396 0202

Nordisk Råd

Store Strandstræde 18

1255 København K

Telefon (+45) 3396 0400

Fax (+45) 3311 1870

www.norden.org

Det nordiske samarbejde

Det nordiske samarbejde er et af de ældste og mest omfattende regionale samarbejder i verden. Det omfatter Danmark, Finland, Island, Norge og Sverige samt Færøerne, Grønland og Åland. Samarbejdet styrker samhørigheden mellem de nordiske lande med respekt for de nationale forskelle og ligheder. Det øger mulighederne for at hævde Nordens interesser i omverdenen og fremme det gode naboskab.

Samarbejdet blev formaliseret i 1952 med *Nordisk Råds* oprettelse som forum for parlamentarikerne og regeringerne i de nordiske lande. I 1962 underskrev de nordiske lande Helsingforsaftalen, som siden har været den grundlæggende ramme for det nordiske samarbejde. I 1971 blev *Nordisk Ministerråd* oprettet som det formelle forum til at varetage samarbejdet mellem de nordiske regeringer og de politiske ledelser i de selvstyrende områder, Færøerne, Grønland og Åland.

Indhold

Sammendrag.....	7
Åbningstale.....	9
<i>Lars Løkke Rasmussen, indenrigs- og sundhedsminister, Danmark</i>	
Erfaringer med lokalt rusmiddelforebyggende arbejde i Norge og Norden.....	11
<i>Anders Abelgaard, Norge</i>	
”Narkoen ud af byen”: lokalt rusmiddelforebyggelse i 14 danske kommuner.....	15
<i>Malene Jakobsen, Danmark</i>	
Inddragelse af lokale kræfter i det forebyggende arbejde.....	19
<i>Saini Mustalampi, Finland</i>	
Kompetencecentre som led i det forebyggende arbejde.....	23
<i>Kåre Rørhus, Norge</i>	
Udvikling af kompetencecentre i Sverige.....	27
<i>Ulla-Britt Hedenby, Sverige</i>	
Udvikling af regional rusmiddelforebyggelse.....	31
<i>Leena Warsell, Finland</i>	
Community-located prevention in the EU in a Nordic perspective.....	35
<i>Gregor Burkhart, EU</i>	
The Strengthening Families Program.....	39
<i>Dr. Henry O. Whiteside, USA</i>	
Community action projects for alcohol prevention.....	43
<i>Dr. Andrew J. Treno, USA</i>	

Sammendrag

Den 21. Nordiske Rusmiddelkonference blev holdt fra den 31. august til den 2. september 2005 i København. Konferencen samlede nordiske eksperter, praktikere, planlæggere og beslutningstagerne inden for alkohol- og rusmiddelområdet.

Den danske **indenrigs- og sundhedsminister Lars Løkke Rasmussen** indledte konferencen, og han understregede behovet for en fælles nordisk politik over for børn og unges brug af rusmidler. Ministeren kom også ind på vigtigheden af de lokale kræfter i det forebyggende arbejde. De steder, hvor de unge færdes, skal involveres i det forebyggende arbejde, som også skal tænkes ind i kommunernes politik, hvor det er muligt, sagde ministeren.

Projektleder Anders Abelgaard fra Norge fortalte om erfaringerne fra både et norsk og et svensk forebyggelsesprojekt i tilsammen 15 kommuner. Projektet har vist, at arbejdet skal forankres højt i kommunerne, både politisk og administrativt, hvis de skal forpligte sig. Det er også vigtigt, at der etableres et tæt samarbejde med forskere, for der er ofte ikke et aktivt kompetencemiljø i kommunerne.

I Danmark gennemfører Sundhedsstyrelsen i øjeblikket en forebyggelsesindsats i 14 modelkommuner i forlængelse af regeringens handlingsplan mod narkotikamisbrug, fortalte **projektleder Malene Jakobsen**. Indsatsen retter sig mod unge mellem 13 og 25 år og omfatter blandt andet indførelse af rusmiddelpolitikker på skolerne, forældresamarbejde og forebyggelse i fest-, fritids- og foreningsmiljøer.

Fra Finland redegjorde **gruppe- og udviklingschef Saini Mustalampi** for to modeller til at koordinere alkohol- og narkotikaforebyggelse: et landsomfattende netværk af kontaktpersoner og regional koordinering i et lokalt projekt. Det er ikke uden problemer at opbygge et netværk med repræsentanter for over 400 kommuner, men man arbejder blandt andet med at sammenkoble kontaktpersoner fra små kommuner, fortalte Saini Mustalampi. Også hun fremhævede spredningen af information som essentiel, fordi den enkelte kommune ikke altid har tilstrækkelige kompetencer.

Kompetencer var også omdrejningspunktet for indlægget, som **centerleder Kåre Rørhus** fra Norge holdt. Seks regionale kompetencecentre arbejder her med metodeudvikling, oparbejdning af specialviden om bestemte målgrupper og evaluering. Centrene driver kun i begrænset omfang selv forskning, men satser på de praktiske aspekter af forebyggelsen.

I Sydsverige har Skåne-regionen et kompetencecenter, CERUM, som ligeledes udvikler metoder, opbygger lokale kompetencer og formidler information om forebyggelse. Modellen udvides nu, så der i Sverige op-

rettes i alt seks kompetencecentre, knyttet til højere læreranstalter, fortalte **projektleder Ulla-Britt Hedenby**.

Udviklingschef Leena Warsell fra Finland gjorde rede for, hvordan man dér har organiseret det regionale forebyggelsesarbejde på alkohol- og narkotikaområdet. Man har indset, at kommunerne har brug for statslig hjælp, hvis de skal kunne leve op til det ansvar, som de med ny lovgivning har fået for forebyggelsen. Uddannelse, netværk og rådgivning er også i Finland nøgleord inden for området, og de private organisationer har desuden en fremtrædende rolle.

Er der en særlig nordisk tilgang til forebyggelsen på alkohol- og narkotikaområdet? Det forsøgte **Project Manager Gregor Burkhart** fra EU at indkredse i sit oplæg. Han påpegede en række forskelle mellem, hvordan problematikken gribes an i fx Sydeuropa og i Norden, og karakteriserede blandt andet de nordiske lande som meget normative og samtidig nok de eneste lande i Europa, som har en stærkt decentral politisk struktur. Norden er også karakteriseret ved, at man lægger større vægt på informationskampagner.

Fra USA deltog **Dr. Henry O. Whiteside**, som er ansvarlig for SFP-træningssystemet. Han fortalte om sekundær forebyggelse med The Strengthening Families Program, som er et evidensbaseret interventionsprogram. I modsætning til de fleste europæiske indsatser inddrager man i dette program hele familien i den forebyggende indsats over for unge i risikogruppen, og gennem en lang og intensiv indsats arbejder man med at lære familierne *life skills*.

Fem tusinde personer med en risikofaktor på 1 % skaber flere problemsituationer end et hundrede personer med en risikofaktor på 10 %. Med denne ligning illustrerede den amerikanske forsker **Dr. Andrew J. Treño**, at det kan være mere effektivt at løfte et helt lokalområde end at sætte ind over for enkelte risikoindivider. Han gennemgik en række projekter fra USA, som har haft lokalområder som målområde, og gav også eksempler på, hvordan forskning kan være en del af udviklingen af specifikke strategier.

Rapporten indeholder journalistiske referater af konferencens indlæg.

Åbningstale

Indlæg ved Lars Løkke Rasmussen, indenrigs- og sundhedsminister, Danmark

Der er behov for en fælles nordisk politik over for børn og unges brug af rusmidler, for de nordiske lande konfronteres med mange af de samme problemer på rusmiddelområdet. De lokale kræfter er vigtige i forebyggelsen, som også skal tænkes ind i kommunernes politik, hvor det er muligt.



Indenrigs- og sundhedsminister Lars Løkke Rasmussen, Danmark

Den danske indenrigs- og sundhedsminister bød velkommen til konferencen og indledte med at tale om alkoholpolitikken i Danmark. Den er kendetegnet ved at være noget mere liberal end i de øvrige nordiske lande, og årsagen til dette skal fortrinsvis findes i traditionerne. Man har valgt at tilpasse alkoholpolitikken efter forholdene, da en mere restriktiv politik på området blot medfører, at danskerne i stedet vælger at tage til Tyskland for at hente alkohol.

Danmark er således et godt eksempel på, at oplysning og forbud alene ikke ændrer på menneskers adfærd. Ministeren pegede på, at man må forstå folkesjælen og bevægelserne i samfundet, hvis det skal lykkes at få den enkelte til at tage ansvar for egen og sine nærmestes sundhed.

Behov for fælles politik

Ministeren gav udtryk for, at der over for børn og unges brug af rusmidler er et særligt behov for, at de nordiske lande finder en fælles politik. Alkoholforbruget er eksempelvis alt for stort blandt børn og unge i flere af de nordiske lande. Det skyldes bl.a., at børn arver forældrenes dårlige alkoholvaner, at mange forældre opfatter alkohol som en naturlig del af ungdommen, og at der fra branchens side konstant udvikles nye, smarte alkoholprodukter, der appellerer til unge.

De nordiske lande konfronteres med mange af de samme problemer på rusmiddelområdet, og det er derfor vigtigt at forsøge at lære af hinanden og trække på hinandens gode erfaringer.

Lokale kræfter skal inddrages

I forbindelse med den gennemgribende omlægning af den offentlige sektor i Danmark, som betyder færre kommuner, overgår ansvaret for en lang række opgaver fra amterne til de nye kommuner. Med den nye danske sundhedslov vil kommunerne bl.a. fremover få ansvaret for forebyggelsen.

På denne måde vil ansvaret for både forebyggelse, behandling og efterbehandling i forhold til misbrugere af rusmidler blive samlet ét sted, nemlig hos kommunerne.

Ministeren understregede i den forbindelse vigtigheden af de lokale kræfter i det forebyggende arbejde. Ved at inddrage lokalmiljøernes indsigt i de konkrete problemstillinger vil man være bedre i stand til at bekæmpe misbrug af rusmidler.

Forebyggelsesarbejdet skal tænkes ind i kommunernes politik, hvor det er muligt, og de steder, hvor unge færdes i hverdagen, fx skoler, fritidshjem, foreninger og idrætsklubber, skal involveres i arbejdet. I relation til dette er det positivt, at medarbejdere, der til daglig netop arbejder med forebyggelse ude i de lokale miljøer, også deltager i konferencen, sagde ministeren.

Erfaringer med lokalt rusmiddelforebyggende arbejde i Norge og Norden

Indlæg ved Anders Abelgaard, Norge

Et norsk og et svensk forebyggelsesprojekt i tilsammen 15 kommuner har vist, at arbejdet skal forankres højt både politisk og administrativt i kommunerne, hvis de skal forpligte sig. Det er også vigtigt, at der etableres et tæt samarbejde med forskere, for der er ofte ikke et aktivt kompetencemiljø i kommunerne.



Projektleder Anders Abelgaard, Sosial- og helsedirektoratet, Norge

I Norge og Sverige gennemfører man i perioden 2003-2005 to pilotprojekter for at udvikle mere målrettede og koordinerede forebyggelsesindsatser på kommunalt niveau. Ni norske og seks svenske kommuner deltager i de to projekter.

Formålet med pilotprojekterne er at begrænse alkoholskader (Norge) og arbejde hen imod et narkotikafrit samfund (Sverige), og det skal sikres ved at øge de lokale kompetencer. Det norske projekt følges af SIRUS (Statens Institut för Rusmetelforskning), som har foretaget en kortlægning sammen med kommunerne.

Regionsprojektet, som man har valgt at kalde det norske projekt, er den hidtil største forebyggelsesindsats på lokalt plan i Norge. Projektet er et udviklingsarbejde, og det er grunden til, at man har valgt at organisere det som et såkaldt PSO-projekt (Personer, Systemer og Organisationer). Disse tre elementer udvikler sig alle i takt med projektet, og der er således tale om et meget sammensat produkt, som det tager tid at udvikle.

Denne form for udviklingsarbejde kræver meget af kommunerne, men de får til gengæld også meget ud af det, sagde Anders Abelgaard. Projektperioden byder på værdifulde erfaringer og øgede kompetencer på området, bl.a. på grund af den erfaringsudveksling, oplæring og faglige støtte, som kommunerne nyder godt af. Det er desuden tanken, at kommunerne kan få en bedre økonomi, fordi et øget kompetenceniveau gør interventionen mere effektiv. Et vigtigt udbytte for kommunerne er endelig evalueringerne, som ellers ikke ville blive foretaget ude i kommunerne.

Sosial- og helsedirektoratet har 24 mio. kroner til rådighed til projektet. Af disse overføres ca. 20 mio. kroner direkte til kommunerne, og Sosial- og helsedirektoratet bruger selv ca. to mio. kroner til fælles projekter, oplæring, rejser, udgifter til trykkeri osv. De resterende to mio. kroner anvendes til at drive projektet. Kommunerne medfinansierer med 50 procent. Det gælder eksempelvis inden for indsatsområderne rygning, fysisk aktivitet og kost.

Situationen er nu den, at kortlægning og oplæring er afsluttet. Implementeringen af interventioner er sat i gang, og derudover er projektperioden blevet udvidet, således at projektet først afsluttes i september 2006.

Erfaringer fra projektet

Anders Abelgaard fremhævede, at projektet har vist, at det forebyggende arbejde skal forankres højt både politisk og administrativt i kommunerne, hvis man vil sikre, at kommunerne forpligter sig.

Inddragelsen af lokale politikere har desuden betydning for, at der bevilges penge til fremtidige lokale indsatser. Anders Abelgaard bemærkede, at den politiske forankring i projektet i Norge sikres ved, at politisk deltagelse i styregruppen er stillet som krav for at modtage penge. I Sverige har man gode erfaringer med at sende politikerne på kurser i forebyggelse, da det medfører, at de får viden og interesse i området og dermed tager ansvar, fortalte han.

Det er en fordel, at koordineringen af den forebyggende indsats håndteres af en lokal koordinator. I forbindelse med det tværsektorielle samarbejde er det endvidere vigtigt, at de forskellige aktører mødes regelmæssigt i planlægningsperioden, da hele planlægningsarbejdet har stor betydning for effekten af indsatsen. Anders Abelgaard tilføjede i den forbindelse, at de små kommuner faktisk rapporterer om større koordineringsproblemer end de større kommuner.

Hver kommune bør beskrive sine specifikke udfordringer, således at det bliver muligt at dele erfaringer kommunerne imellem. Selv om kommunerne kan have det indtryk, at deres situation er helt speciel og dermed usammenlignelig med andres, viser det sig ofte, at udfordringerne har mange ligheder, sagde Anders Abelgaard. Man vil således kunne identificere nogle fælles udfordringer.

Projektet har også vist, at kommunerne bør have adgang til kompetencer og til opdaterede informationer om de mest effektive interventioner. Der er ofte ikke et aktivt kompetencemiljø i kommunerne, og kontakten mellem forskere og praktikere bør derfor være tæt.

Derudover er implementeringsprocessen vigtig, for én ting er at finde ud af, hvilke interventioner, der virker, en anden er at få dem til at virke på den rigtige måde og på det rigtige tidspunkt. Man kan således ikke forvente en *plug and play*-løsning, som Anders Abelgaard udtrykte det.

Den nye norske finanslov fremlægges til oktober, og bevillingen til projektets fortsættelse vil bestemme ambitionsniveauet. Sikkert er det dog, ifølge regeringens nye handlingsplan (2006-2008), at erfaringerne skal spredes til andre kommuner.

”Narkoen ud af byen”: lokal rusmiddelforebyggelse i 14 danske kommuner

Indlæg ved Malene Jakobsen, Danmark

I Danmark gennemfører Sundhedsstyrelsen i øjeblikket en forebyggelsesindsats i 14 modelkommuner i forlængelse af regeringens handlingsplan mod narkotikamisbrug. Indsatsen retter sig mod unge mellem 13 og 25 år og omfatter blandt andet indførelse af rusmiddelpolitikker på skolerne, forældresamarbejde og forebyggelse i fest-, fritids- og foreningsmiljøer.



Projektleder Malene Jakobsen, projektsekretariatet i Sundhedsstyrelsen, Danmark

I oktober 2003 udformede den danske regering en større handlingsplan mod narkotikamisbrug. Det største forebyggende initiativ i handlingsplanen er det treårige modelkommuneprojekt ”Narkoen ud af byen”. Model-

kommuneprojektet skal via en koordineret, tværfaglig og lokalt forankret forebyggelsesindsats begrænse udbredelsen af narkotika i 14 kommuner, som blev inviteret til at deltage i projektet. Projektet, som løber fra 2004-2007, er det største på området i mange år. Regeringen har afsat 20,8 mio. kroner til projektet, og heraf har hver kommune fået 1 mio. kroner til bl.a. at gennemføre aktiviteter i projektet og aflønne en koordinator.

Kommunerne blev udvalgt på baggrund af rådgivning fra amternes alkohol- og narkotikakonsulenter. Derudover skulle kommunerne være politisk interesserede i at deltage i projektet, have et SSP-samarbejde og have erfaringer med systematisk forebyggende indsatser på rusmiddelområdet. Kommunernes koordinatører har via et netværk, som Sundhedsstyrelsen har etableret, mulighed for at mødes og udveksle erfaringer. Det er positivt med netværket, sagde Malene Jakobsen – dels for at imødekomme, at det for nogle koordinatører kan være en ensom post, og dels fordi det giver Sundhedsstyrelsen mulighed for at følge med i de erfaringer, som kommunerne gør sig i løbet af projektet.

Konkret skal projektet nedsætte tilgængeligheden af illegale stoffer i lokalområderne, antallet af unge, der bruger stoffer, og de akutte skadevirkninger af stoffer. Malene Jakobsen bemærkede dog, at indsatsen mod rusmidler reelt kombineres, således at indsatsen mod narkotika også involverer brug af alkohol og tobak.

Den primære målgruppe for forebyggelsesindsatsen er unge mellem 13 og 25 år. Derudover retter indsatsen sig mod de unges forældre og mod voksne, der arbejder med børn og unge. Der er således tale om indsatsområder, der berører unge i:

- grundskolen
- ungdomsuddannelser
- fritids- og foreningsmiljøet
- festmiljøet
- særlige boligmiljøer
- individuelle indsatser.

Med udgangspunkt i de seks indsatsområder har Sundhedsstyrelsen i foråret 2005 udsendt en vejledning til modelkommunerne. Ved projektets afslutning skal denne vejledning suppleres med erfaringerne fra kommunerne. Vejledningen peger på metoder, som Sundhedsstyrelsen anbefaler kommunerne at arbejde med.

Det anbefales eksempelvis i grundskolen at indføre en rusmiddelpolitik, gøre brug af forældresamarbejde og inddrage forebyggelsen i undervisningen. Vejledningen og anbefalingerne er blevet godt modtaget i kommunerne, sagde Malene Jakobsen, som også vurderer at den har været positivt handlingsanvisende.

Tiden er vigtig

Erfaringerne fra projektets første år viser, at tiden er et vigtigt element. Det tager bl.a. tid at indlede et samarbejde med så mange kommuner. Samarbejdet med kommunerne har givet styrelsen mulighed for at få et indblik i og lære af de forskellige problemstillinger, der er karakteristiske for de enkelte kommuner.

Kommunerne giver også udtryk for, at det hele tager lang tid, ikke mindst på grund af de politiske processer. Sundhedsstyrelsen har imidlertid oplevet kommunerne som ambitiøse, beslutningsdygtige og engagerede. De har taget de anbefalede metoder til sig, og da de som følge af kommunalreformen i Danmark får opgaver indenfor forebyggelse og sundhedsfremme, stiller de sig nu spørgsmålet: "Hvordan kan vi forebygge fremover?"

Sundhedsstyrelsen har stået for en kortlægning af kommunernes situation i dag. Kortlægningen er foretaget af et eksternt evalueringsinstitut, men den har også krævet betydelige ressourcer i kommunerne, som har skullet levere mange data til kortlægningen.

Kortlægningen tager temperaturen på narkotikasituationen i hver af de 14 kommuner og rapporten for den enkelte kommune har bl.a. dannet baggrund for, hvordan kommunen har prioriteret indsatsen frem til april 2007. Sundhedsstyrelsen sørger også for en slutevaluering, som bl.a. består af en afsluttende kortlægning, kommunernes mediedagbog og deres halvårsrapporter.

Yderligere oplysninger om modelkommuneprojektet "Narkoen ud af byen" kan findes på www.sst.dk/nub.

Inddragelse af lokale kræfter i det forebyggende arbejde

Indlæg ved Saini Mustalampi, Finland

Det er ikke uden problemer at opbygge et netværk med repræsentanter for over 400 kommuner, men man arbejder blandt andet med at sammenkoble kontaktpersoner fra små kommuner. Spredningen af information er essentiel, fordi den enkelte kommune ikke altid har tilstrækkelige kompetencer.



Gruppe- og udviklingschef Saini Mustalampi, Stakes (Forsknings- och utvecklingscentralen för social- och hälsovården), Finland

Saini Mustalampi fortalte i sit indlæg om to modeller til koordination af alkohol- og narkotikaforebyggelse: et landsomfattende netværk af kontaktpersoner og regional koordinering i et specifikt projekt.

I Finland er der fra slutningen af 1980'erne sket en overførsel af væsentlige dele af alkohol- og narkotikaforebyggelsen fra staten til kommunerne. Det har medført øget fokus på samarbejde mellem kommuner,

andre myndigheder, organisationer og virksomheder i forebyggelsesarbejdet.

Et nationalt program skal sørge for at udvikle et landsomfattende netværk af kontaktpersoner inden for alkohol- og narkotikaforebyggelse. Netværket skal styrke udvekslingen af informationer og erfaringer mellem nationale, regionale og lokale forebyggere, og samtidig skal det øge den lokale kompetence og fremme det tværfaglige og tværsektorielle forebyggelsesarbejde. Kontaktpersonen i kommunen skal fungere som et forbindelsesled mellem statens, regionernes og kommunernes mange aktører.

Programmet koordineres af Stakes i samarbejde med amtsstyrelserne, og 95 % af kommunerne har udpeget en kontaktperson til netværket, som nu består af 415 kontaktpersoner. Det er en meget uhomogen gruppe af personer, som omfatter både socialdirektører og ungdomsledere.

Saini Mustalampi pegede på, at det største problem for kontaktpersonerne er, at de har for lidt tid til arbejdet. En anden svaghed ved netværket er, at en del af personerne har fået opgaven uden at være blevet spurgt, og det kan mærkes på engagementet. Men cirka 100 kontaktpersoner er meget aktive, fortalte hun.

Netværket er et informationsnetværk, men der er udskilt et udviklingsnetværk på 22 kontaktpersoner til specialopgaver. I øjeblikket planlægges et regionalt forsøg, hvor man gennem forskellige modeller systematisk vil sammenkoble kontaktpersonerne i små kommuner.

Regional koordinering i Pakka-projektet

Saini Mustalampi fortalte videre om projektet Lokal alkoholpolitik ("Pakka-projektet"), der gennemføres i 2004-2007 som et samarbejde mellem Stakes og de to regioner Tavastehus og Jyväskylä.

Projektet skal:

- få unge til at drikke mindre og hæve debutalderen
- mindske omfanget af fuldskab og skadevirkningerne i den forbindelse
- udvikle organisationen af forebyggelsen af alkoholskader.

I projektet udvikles lokale alkoholpolitikker sammen med de lokale aktører, dvs. amtet, kommunen, den økonomiske region, organisationerne, udsækningsstederne og politiet.

Saini Mustalampi nævnte som eksempel Tavastehus-regionen, hvor den regionale koordinators rolle er at udvikle et netværk for otte kommuner. Der er dannet seks arbejdsgrupper med koordinatoren som tovholder og ansvarlig. Koordinatoren organiserer også de aktiviteter, som sættes i værk af grupperne.

På baggrund af en regional udredning om alkohol- og narkotikaforebyggelsen, som koordinatoren har udarbejdet, er en af arbejdsgrupperne gået i gang med at udvikle en regional strategi for forebyggelsen. En anden arbejdsgruppe arbejder med at udvikle redskaber til forebyggelsesarbejdet, mens en tredje skal udvikle effektive foranstaltninger, der kan regulere de unges adgang til alkohol.

Vigtigt at prioritere

Erfaringerne fra Tavastehus-projektet er bl.a., at det er vigtigt at prioritere. Hvem skal engageres og hvordan – skal man gå kommandovejen eller etablere kontakten mere uformelt? Hvilke aktiviteter skal prioriteres, så de tilsammen kan fremme projektets mål? Her har koordinatoren fået hjælp fra Stakes.

Det er også afgørende, at arbejdsopgaverne fordeles på de involverede i arbejdsgrupperne, da koordinatoren ellers risikerer at sidde med alle opgaver og dermed brænder ud. Men hvis medlemmerne af netværket skal gå ind i arbejdet, kræves der god information, og at projektet gennemføres med fast hånd, men også justeres ud fra erfaringerne og responsen.

Det har været et stort arbejde at få tilsynsmyndigheder og erhvervslivet med i arbejdet, men til gengæld har samarbejdet, når det først er etableret, været vældig godt, viser erfaringerne. Et stort problem for netværksarbejdet er, at medlemmerne af netværket udskiftes, for det betyder, at koordinatoren næsten begynder forfra i disse kommuner.

Saini Mustalampi sagde videre, at der hos kommunerne er forskellig interesse i at udvikle regionen, og at det lokale arbejde altid går forud for det regionale. Et andet vigtigt aspekt af det regionale samarbejde er, at kommunerne skal deltage på lige vilkår uanset deres størrelse. De små kommuner er følsomme over for såkaldte lederkommunitendenser, påpegede hun.

Informationsspredningen er afgørende for succes af et sådant projekt, for ellers afhænger arbejdet af kommunens egen viden og kompetence, og den er ikke altid tilstrækkelig. Man skal også være opmærksom på, at det ikke i sig selv ændrer noget, at hver kommune udpeger en kontaktperson til netværket. De små kommuner kan godt komme til at mene, at udpegningen af kontaktpersonen er det samme, som at man allerede har gennemført indsatsen, sluttede Saini Mustalampi sit indlæg.

Yderligere informationer om Pakka-projektet findes på www.pakka.fi.

Kompetencecentre som led i det forebyggende arbejde

Indlæg ved Kåre Rørhus, Norge

Seks regionale kompetencecentre i Norge arbejder med metodeudvikling, oparbejdning af specialviden om bestemte målgrupper og evaluering. Centrene driver kun i begrænset omfang selv forskning, men satser på de praktiske aspekter af forebyggelsen.



Centerleder Kåre Rørhus, Østnorsk kompetansesenter, Norge

Kåre Rørhus fortalte i sit indlæg om organiseringen af kompetencecentre i Norge og deres rolle i det forebyggende arbejde. I 1994 blev der i hver af de seks norske regioner oprettet et kompetencecenter, som primært skulle beskæftige sig med udsatte grupper. Centrene opgave var fra starten at efteruddanne kommunale nøglepersoner med tilknytning til rusmiddelområdet.

Oprettelsen af centrene var en del af en landsomfattende kompetencestyrkelse på området. Centrene skulle bl.a. beskæftige sig med metode-

udvikling, oparbejde specialviden om enkelte målgrupper, evaluere tiltag og tilbud og udvikle en fælles informationsdatabase.

På grund af en opdeling af et af de eksisterende kompetencecentre fik Norge i 1997 et syvende center. Samme år etablerede man desuden netværkssamarbejdet *Norgesnettet*, der skulle fremme den faglige kontakt og erfaringsudveksling mellem centrene.

I 2001 fik centrene større ansvar og flere ressourcer med det formål at styrke det kommunale rusmiddelforebyggende arbejde. Mere præcist skulle deres rolle være at formidle videnbaserede erfaringer om forebyggende arbejde og behandlingsrettede tiltag.

Man indså i 2003 nødvendigheden af en højere grad af koordinering mellem kompetencecentrene og standardisering af centrenes aktivitetsrapporter. Der var nemlig stor forskel på rapporteringspraksissen og detaljeringsgraden i rapporterne, og det gjorde det meget svært at sammenligne data.

Kompetencecentrenes hovedarbejdsområder omfatter i dag implementering af den nationale rusmiddelpolitik, varetagelse af prioriterede opgaver i regeringens handlingsplan og opfølgning på en national udredning om forskning på rusmiddelområdet.

Desuden beskæftiger centrene sig bl.a. med forebyggende tiltag og kompetenceudvikling i kommunerne. Kåre Rørhus tilføjede, at 70-80 % af ressourcerne går til kommunale opgaver.

Centrene varetager hver sit spidskompetenceområde på nationalt niveau, og de kan derfor trække på hinandens ekspertise på de enkelte områder. Et center beskæftiger sig eksempelvis med kvinder og rus, et andet med rusmidler og psykiske lidelser, et tredje med ungdom og nye misbrugsmønstre.

Det er imidlertid nødvendigt løbende at vurdere, om der fortsat er brug for de enkelte centres spidskompetencer, for efterhånden indarbejdes de forskellige kompetenceområder i kommunernes praksis. Et af kompetencecentrene skiftede netop spidskompetenceområde i forbindelse med regeringens handlingsplan mod spilafhængighed.

Fokus på praktisk forebyggelse

Kompetencecentrene skal kun i begrænset omfang selv drive forskning, men nogle af centrene opfatter sig som en naturlig del af forskningsmiljøet, bemærkede Kåre Rørhus. De er placeret mellem kommunen og *spesialtjenesten* (omfatter somatiske og psykiatriske sygehuse samt de distriktpspsykiatriske centre) og fungerer således som brobyggere mellem forskning og praksis. Centrene skal kun i begrænset omfang selv drive forskning – de skal i stedet satse på det praktiske arbejde med forebyggelse, sagde han.

De syv centre har sammenlagt 71 medarbejdere og modtog i 2003 60 mio. kroner i tilskud fra Social- og helsedirektoratet. Centrene dækker fra 1-5 fylker og omfatter de i alt 434 kommuner i Norge.

Kåre Rørhus fremhævede også en række problemstillinger, der er knyttet til bevillinger til det kommunale forebyggelsesarbejde:

- Skal mange kommuner have lidt, eller få have meget?
- Skal indsatsen være kort- eller langsigtet?
- Skal man arbejde sektorbaseret eller på tværs af sektorer?
- Skal indsatsen være evidens- eller erfaringsbaseret?
- Skal man arbejde med primær eller sekundær forebyggelse?
- Medfører tilførsel af eksterne midler, at kommunerne ikke selv afsætter penge til indsatsen?
- Skal indsatsen evalueres – og hvordan?

Det er i forbindelse med tilførslen af eksterne midler problematisk, at projekter til tider bliver ineffektive eller helt stopper på grund af svag kommunal økonomi, sagde Kåre Rørhus.

Udvikling af kompetencecentre i Sverige

Indlæg ved Ulla-Britt Hedenby, Sverige

I Sydsverige udvikler kompetencecenteret CERUM metoder, opbygger lokale kompetencer og formidler information om forebyggelse. Modellen udvides nu, så der i Sverige oprettes i alt seks kompetencecentre, knyttet til højere læreranstalter.



Projektleder Ulla-Britt Hedenby, Universitetssjukhuset MAS, Malmö, Sverige

I 2001 fik Skåne-regionen penge til at bygge et kompetencecenter på alkohol- og narkotikaområdet, som fik navnet CERUM, som er et flerårigt projekt igangsat af Socialdepartementet. CERUM står for Skånes kompetenscentrum för alkohol- och drogprevention og er et samarbejdsorgan for Region Skåne, Lunds Universitet, Kommunförbundet Skåne, Länsstyrelsen i Skåne samt Malmö. Pengene til kompetencecentret er

stillet til rådighed for at støtte implementeringen af de nationale alkohol- og narkotikaplaner i kommunerne.

CERUM følger udviklingen på alkohol- og narkotikaområdet i Skåne, bl.a. med hensyn til europaintegrationen. Desuden opbygger projektet lokale kompetencer på området og spreder information om relevant viden. En anden vigtig opgave er at støtte de forskellige aktører på området i at udvikle forebyggelsesmetoder.

Man opbyggede indledningsvis et netværk i kommunerne, og dette netværk omfatter i dag Skånes 33 kommuner. De får adgang til den seneste forskning, således at kommunernes indsats kan blive så evidensbaseret som muligt.

CERUM samarbejder tæt med landsstyrelsen i Region Skåne. Der er nedsat en række kommunale koordinatører, som kan være projektansatte eller i forvejen arbejde i den kommunale sundhedstjeneste som fx socialmedhjælpere, alkoholkonsulenter eller andet.

Ulla-Britt Hedenby fortalte, at man i opbygningen af det skånske kompetencecenter har ladet sig inspirere af de norske erfaringer på området. Ligesom i Norge vil meget af det alkohol- og narkotikaforebyggende arbejde i Sverige komme til at ske på kommunalt niveau. Derfor er det særlig vigtigt, at alle aktører på området får en fælles videnbaggrund for arbejdet.

Udvides til seks regionale kompetencecentre

I marts 2004 satte regeringen en landsdækkende alkoholudredning i gang, hvor Ulla-Britt Hedenby har deltaget som ekspert. Udredningen er gennemført hurtigt, og slutbetænkningen kom således i marts 2005. Her foreslås det, at Folkhälsoinstitutet skal styrkes med seks regionale kompetencecentre, som kan bistå kommunerne med uddannelse og støtte, når det gælder forebyggelsesmetoder.

Ifølge Ulla-Britt Hedenby har den svenske regering af økonomiske grunde ikke ønsket at udvide modellen til at omfatte ét center i hver af de svenske regioner, for det ville betyde 20 centre. Derfor skal de seks regionale kompetencecentre hver omfatte flere regioner.

Hvert center skal have 10-15 medarbejdere. Sverige er et utroligt stort land, og problematikkerne i forebyggelsesarbejdet varierer alt efter landsdel. Det er derfor vigtigt at have forskellige spidskompetencer, understregede Ulla-Britt Hedenby.

For at sikre, at forebyggelsesarbejdet udføres i et folkesundhedsperspektiv og bygger på evidensbaserede metoder, bliver centrene knyttet til universiteter eller faghøjskoler. Centrene skal ikke selv forske, men i stedet samarbejde tæt med forskningsinstitutionerne. Kompetencecentrene skal til gengæld ikke tilbyde behandling.

De seks kompetencecentre bør ifølge alkoholudredningen have seks hovedformål:

- opbygning af en kvalificeret kompetence om alkohol- og narkotikaprævention i lokalsamfundet, både når det gælder primær- og sekundærprævention
- spredning af information og viden inden for relevante områder til forskellige aktører i regionerne
- opbygning af vidennet mellem aktører inden for alkohol- og narkotikaprævention
- støtte af udviklingen af det forebyggende arbejde i lokalsamfundet
- overvågning udviklingen på alkohol- og narkotikaområdet i regionerne
- ansvar for det regionale tilsyn i forhold til alkoholloven.

Ulla-Britt Hedenby fastslog, at hun tror på idéen med kompetencecentre. Hun har mange års erfaring på forebyggelsesområdet, og hun er optimistisk omkring kompetencecentre som en permanent del af forebyggelsesarbejdet.

Dog gav Ulla-Britt Hedenby udtryk for, at de mange projektansættelser er hæmmende for udviklingen på området, da de opnåede kompetencer risikerer at forsvinde sammen med de projektansatte. Desuden spilder man både tid og penge på at lære nye medarbejdere op, når de projektansatte skiftes ud. Hun sagde, at der er brug for at satse på mere langsigtede løsninger og ikke bygge det hele op omkring projekter.

Yderligere oplysninger om kompetencecentret CERUM kan findes på www.cerum.nu.

Udvikling af regional rusmiddelforebyggelse

Indlæg ved Leena Warsell, Finland

I Finland har erfaringerne vist, at kommunerne har brug for statslig hjælp, hvis de skal kunne leve op til det ansvar, som de med ny lovgivning har fået for forebyggelsen. Uddannelse, netværk og rådgivning er nøgleord inden for området, og de private organisationer har desuden en fremtrædende rolle.



Udviklingschef Leena Warsell, Stakes, Finland

En stor del af ansvaret for forebyggelse af alkohol- og narkotikaskader i Finland flyttede i 1990'erne fra staten til regionerne og kommunerne. Det nyeste alkoholprogram, som dækker perioden 2004-2007, baserer sig til forskel fra de tidligere programmer på et omfattende netværk af partnerskaber, fortalte Leena Warsell i sit indlæg. Formålet med disse partnerskaber er at sikre samarbejde mellem så mange regionale og lokale aktører som muligt.

En tilsvarende betoning af kommunernes rolle finder man i narkotika-programmet for 2004-2007.

I begyndelsen mente man fra centralt hold, at aktiviteterne i kommunerne ville komme i gang af sig selv. Man er dog begyndt at indse, at den arbejdstyngede offentlige sektor ikke har kræfter til at udvikle forebyggelsesarbejdet uden hjælp fra staten, sagde Leena Warsell.

I maj 2005 udkom en undersøgelse fra indenrigsministeriet af kommunernes udbud af service inden for alkohol- og narkotikasektoren. Den viste, at kommunerne ikke kan følge med den stigende efterspørgsel på behandlingstilbud, som følger af stigningen i brugen af rusmidler. Det går ud over forebyggelsesarbejdet, fordi kommunerne hellere bruger deres knappe ressourcer på at reducere skader end på at forebygge. Kun 75 af de 416 kommuner har en fuldtidsmedarbejder, der arbejder med alkohol- og narkotikaforebyggelse, viste undersøgelsen.

Ifølge rapporten fra indenrigsministeriet er der brug for en omorganisering af kommunernes servicestruktur, kommunesammenlægninger og brug af tidssvarende teknik, hvis kommunerne fremover skal kunne klare disse opgaver bedre, sagde Leena Warsell.

Leena Warsell fortalte videre, at det i forskellige sammenhænge er fremgået, at det lokale forebyggende alkohol- og narkotikaarbejde ikke opfattes så troværdigt. Stakes har derfor i 2005 sat sig for at opstille kriterier for det forebyggende misbrugsarbejde.

Mange regionale aktører

Det lokale forebyggelsesarbejde har brug for regionale satsninger, ikke mindst fra länsstyrelserne, som kan uddanne, skabe netværk, yde støtte og rådgive de kommunale aktører, mente Leena Warsell. Länsstyrelserne er da også gået aktivt med i det nye alkoholprogram 2004-2007 ved at nedsætte rusmidelsarbejdsgrupper og gøre dem til officielle kanaler for samarbejde mellem regionerne.

Länsstyrelserne får støtte fra blandt andet Social- og hälsovårdens produkttilsynscentral (især om alkoholsituationen og overvågning) og fra Stakes (især viden og metodeudvikling).

Desuden samarbejder man med de ni kompetencecentre inden for det sociale område, som blev grundlagt i 2002. Centrene er aktieselskaber, foreninger eller mere uformelle sammenslutninger, hvor kommuner, universiteter, faghøjskoler og organisationer inden for det sociale område er ejere eller medlemmer.

Disse centre skal skabe netværk mellem de regionale aktører inden for det sociale område. De formidler faglig viden, udvikler og formidler sociale tjenester og fungerer som forbindelsesled mellem uddannelse og praksis samt mellem forskning, forsøgsvirksomhed og udviklingsarbejde.

Andre regionale aktører er de 29 faghøjskoler i Finland, der har en lovgivningsmæssig forpligtelse til at deltage i udviklingen af den region, de ligger i. Ved de sociale højskoler er misbrugsarbejde en del af både grund- og videreuddannelse.

Leena Warsell nævnte også de mange private organisationer, der arbejder med misbrugsproblematikken, og hvoraf en del har regionale kontorer. En del af disse samarbejder med kommuner og regioner og tilbyder blandt andet information, uddannelses- og udviklingstjenester, foruden vejledning og rådgivning i det forebyggende misbrugsarbejde. Organisationerne deltager desuden i kommunernes tværfaglige samarbejdsgrupper, de udgiver størstedelen af de oplysningsmateriale, der anvendes i misbrugsarbejdet, og de udgiver deres egne blade.

Fælles misbrugsstrategier på tværs af kommuner

Et af ønskerne fra länenes rusmiddelarbejdsgrupper har været støtte til regionalt og lokalt arbejde med misbrugsstrategier. En mulighed for at styrke det regionale samarbejde på dette område kan være, at kommunerne fastlægger en fælles misbrugsstrategi. I en del af Finlands kommuner har man allerede gjort dette, og erfaringerne er hovedsagelig opmuntrende, sagde Leena Warsell.

Hun pegede på, at en strategiproces gør det lettere for kommunerne i fællesskab af aflønne en heltidsansat person, og det medfører en styrkelse af misbrugsarbejdet også i de små kommuner.

Strategien får højere prestige, hvis højtplacerede embedsmænd eller politikere står bag den, fastslog Leena Warsell. Den skal være konkret med beregninger, ansvarsfordeling og nøgletal. Social- og hälsovårdsministeriet og Stakes anbefaler, at misbrugsstrategier fastlægges som en del af mere omfattende velfærds- eller tryghedsfremmende programmer. Dermed bliver misbrugsstrategien ikke blot et smalt dokument for en enkelt sektor.

Meget af samarbejdet kan foregå via internettet, hvilket betyder noget i et land af Finlands størrelse. I Stakes anvendes blandt andet et netbaseret uddannelsesmiljø i samarbejdet mellem 22 kommuner, der deltager i et udviklernetværk, og erfaringerne herfra er vældig gode, sagde Leena Warsell.

Community-located prevention in the EU in a Nordic perspective

Presentation by Gregor Burkhart, EU

There is a series of differences between how the alcohol and drug prevention is approached in e.g. Southern Europe and the Nordic countries. The latter are very normative and at the same time probably the only countries in Europe which have a strongly decentralised structure.



Gregor Burkhart, Project Manager, EMCDDA

Gregor Burkhart is a project manager with the EMCDDA (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction), which is an EU information collection centre on drugs and related problems. The centre provides objective and comparable evidence-based information within the EU in order to help policy-makers, researchers and specialists understand the nature of the escalating drug problem and formulate appropriate responses.

Initially, Gregor Burkhardt presented two different concepts of “community”. Apparently, the term has different meanings across the European member states. Firstly, a community can be a group of individuals, and prevention in this case is an activity carried out by them. People are involved in the activities in other words. Secondly, a community can be a set of local institutions or authorities who conduct preventative activities in the community.

The Nordic countries are probably the only countries in Europe with a community concept, which is similar to the American concept. In these countries, most of the political organisation is based on local communities, which have strong power, own resources, etc.

Furthermore, Gregor Burkhardt characterized Nordic societies as strongly normative in the sense that it is actually possible to prevent people from doing certain things just by telling them not to. He gave the “Night Ravens” as an example (Night Ravens are volunteers who walk about in the night lift in the purpose of crime prevention).

Another characteristic of the Nordic countries had Gregor Burkhardt experienced in the ESPAD survey, where Nordic young people are the only ones in Europe that are not overestimating peer drug use.

According to Gregor Burkhardt there are three main reasons to use community-located prevention. First of all, this approach makes it possible to obtain synergy between key settings, such as school, family, and community, by affecting them at the same time. Furthermore, double-use of existing agencies and services and conflicts between them can be avoided. Theoretically, there is a great opportunity for structural prevention as well, for example local norms on legal drugs.

Gregor Burkhardt added that in e.g. Southern Europe one will have to imply a central legislation, before local rules can be an option, whereas in the Nordic countries the process runs from below and up.

Gregor Burkhardt had noticed that the presentations at the conference were mainly about process, about the involvement and coordination of local forces. Process is obviously essential because it allows a successful implementation, but it is equally essential to focus on *what* to implement, Gregor Burkhardt emphasized. Involvement and coordination do not alone constitute prevention. The Nordic countries provide less information on the content of their activities than most other EU-countries, Gregor Burkhardt added. Consequently, the Nordic countries could advantageously strive to specify the content of their ongoing and future preventative activities, he said.

His presentation of some of the drug demand reduction actions in the EU member states, which he had collected in the EDDRA information system (Exchange on Drug Demand Reduction Action), showed among other things that Nordic countries tend to launch campaigns and focus on providing information.

Traps in selective prevention

In the field of selective prevention Gregor Burkhart mentioned examples from several European countries. He emphasised some of the traps in counselling services. One of the experienced traps in family counselling is inappropriate selection: The families showing up are the families that will not have problems. The risk families do not have the energy to show up!

Another trap is that one is too indirect in approaching the risk groups. As an example, Gregor Burkhart mentioned an attitude like: If you feel you have a problem, you can go to a centre. Also, many prevention agencies are afraid to target actions towards vulnerable groups, because they will not want to stigmatise them.

Gregor Burkhart subsequently presented a risk assessment map from the American institute NIDA (National Institute on Drug Abuse), which shows the geographical areas or neighbourhoods where action is needed on the basis of a number of risk and protective factors. The map is an excellent way of presenting response data to local policy-makers, Gregor Burkhart said. However, he warned against the “need-assessment-trap”. There are several examples of projects which use all resources to conduct local surveys in order to produce data that already exists in national databases as a result of national surveys. Consequently, in spite of a complete needs assessment, the intervention is basically zero.

As a summary of his comparison of prevention approaches in the Nordic countries and other European countries, Gregor Burkhart presented the following list of major differences:

NORDIC COUNTRIES

- More campaigns
- More ”networking” as content
- More local responses
- Less information available
- Normative responses: Night Ravens.

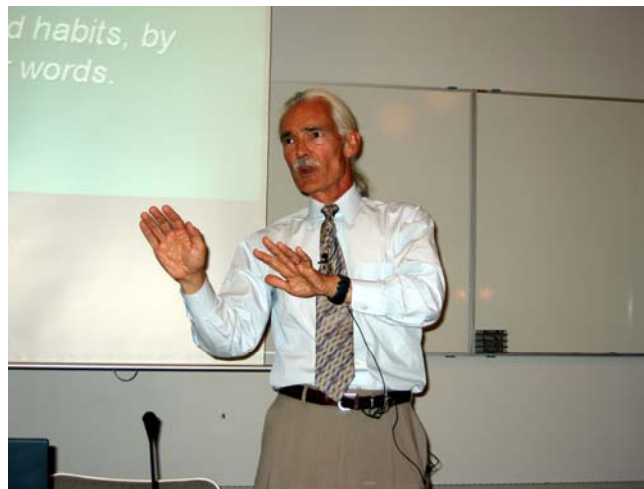
REST OF EU

- More on youth outside school
- Focus on social exclusion, ethnicity, school-failure, families at risk
- More centralised, centrally planned.

The Strengthening Families Program

Presentation by Dr. Henry O. Whiteside, USA

The Strengthening Families Program is an evidence based intervention program. Contrary to most European interventions, this program includes the entire family in the preventive work with young people in the risk group. The aim is to learn the families *life skills*.



Henry O. Whiteside, Ph.D., Managing Partner of LutraGroup and responsible for the SFP training system.

Henry Whiteside began his presentation by referring to the EMCDDA bulletin called “Drugs in focus”, which made him realize that there are conflicting attitudes and practices in regard to universal and selective prevention in the USA and in Europe.

In the USA, they are very reluctant to admit that any drug use is not serious, whereas in Europe, there is a corresponding reluctance to admit that some people are at much greater risk for problems from drug use.

The bulletin's title says "Drug use amongst vulnerable young people". However, Henry Whiteside would have preferred "*highly* vulnerable" because of his assumption that all young people are vulnerable, but some are at greater risk than others due to family circumstances etc.

The Strengthening Families Program (SFP) is selective prevention. SFP is an evidence-based family skills training program found to significantly reduce problem behaviors, delinquency, and alcohol and drug abuse in children and to improve social competencies and school performance. What makes the program unusual from a European point of view is that it is family-based, and that the whole family is involved, Henry Whiteside supposed.

The program has a wide range of participants. Some are self-referred, others counseled or advised, and some are even court-ordered. Some of the most effective implementations are mixed, combining for example both recruited and court-ordered families.

Henry Whiteside estimated that a surprising half of the clients participating in the program are adults who are typically going through a difficult life transition or crisis.

Henry Whiteside stressed that the participants' backgrounds are unimportant, as they are dealing with skills courses, not therapy. Consequently, group leaders are encouraged to take a position called "rational optimism" as a result of which they, instead of telling people what they must and must not do, provide them with a set of tools that are known to work and therefore worth trying.

Three life skills courses

Henry Whiteside ran through a series of characteristics of matters around the family: family responsibilities, family protective processes, family environment risks, and biological family risk factors.

He also showed how SFP focuses on building resiliency within families and mentioned some "resiliency skills":

- Social skills: speaking and listening
- Planning and organizing. family meetings
- Problem solving
- Peer resistance
- Restoring self-esteem
- Identifying feelings, taking criticism
- Emotional management, coping with anger.

In practice, the SFP distinguishes between three life skills courses:

- Parenting skills
- Children's life or social skills
- Family life skills.

The children's life skills course focuses on the development of resilience, which is the ability to survive trauma in their personal life and in their community. The program for the parents on the other hand intends to provide the parents with a basic parenting tool kit. Consequently, they are not *told* how to handle certain problems, they are *taught* how to handle them.

The three skills courses are meant to be taught together over 14 weeks. They usually meet with the families in the evening because of the availability of both parents and children. Henry Whiteside described how they typically work with the families, and also mentioned the roles of the parents, children, group leaders, etc.

A long and persistent effort

The SFP program is characterized by intensive staffing, and it is thus quite expensive to deliver. It is not easy to change a family, and Henry Whiteside illustrated this point by comparing the process of changing a family with the act of turning a big ship in a harbor. It cannot be done by hitting it hard once, but by nudging it patiently and persistently in the desired direction.

Furthermore, Henry Whiteside underscored the importance of adaptation. No two communities are alike, not even within America, and that is the reason why group leaders must be prepared to adapt and also be devoted to fulfill the specific needs of the different families.

The SFP program has been adapted many times. In the USA, however, the various adaptations usually have about the same results with a population as the standard version. What seems to be truly important is that people feel that their identity is recognized and respected.

Henry Whiteside closed his presentation by introducing the concept of effect size, which is a common scale that allows a comparison of the level of changes produced by different programs. As for effect sizes for family approaches, a study had shown that in-home family support was the approach producing the largest positive effect size. According to Henry Whiteside, this effect size study shows that involvement of the whole family is crucial if one wants to significantly affect children.

More information on the Strengthening Families Program:
www.strengtheningfamiliesprogram.org.

Community action projects for alcohol prevention

Presentation by Dr. Andrew J. Treno, USA

Lifting a whole community can be more effective than approaching single risk individuals. Several projects in the USA have targetted communities, and many of these projects have shown that research can be part of the development of specific strategies.



Andrew J. Treno, Ph.D., Research Scientist, Prevention Research Center, Berkeley, California, USA

Andrew Treno's presentation was entitled "Mobilization of Local Efforts to Reduce Alcohol-Involved Problems: Efforts at Environmental Change". In his point of view, mobilization does not really exist as a thing in itself. It rather refers to a set of strategies used to produce change, e.g. psychological, economic, and political change. Andrew Treno stressed that the different models used for mobilization need to be attached logically to what one are attempting to change.

He defined alcohol environmental interventions as strategies used to reduce problems associated with the use of alcohol through alterations in the physical, social, legal or economic alcohol environment. These alterations could include for example minimum distances between outlets and schools (physical), minimum drinking age laws (legal), etc.

In order to clarify the concept of environmental change, Andrew Treno presented two different kinds of approaches to the reduction of alcohol problems:

- traditional approaches
- environmental approaches.

The goal of the traditional approaches is individual behavioral change, whereas the environmental approaches are attempts to alter the entire community system. This system consists of alcohol outlets, schools, police, regulatory boards, etc. He argued that it is necessary to move beyond efforts to affect the individual and instead take the entire system in which the individual functions into consideration.

Andrew Treno mentioned The Prevention Paradox: Why not have high risk individuals as a target group in stead of the broader low risk population? He answered that while high risk individuals have more individual problems, there are not so many of them. The low risk individuals, on the other hand, have fewer problems themselves, but produce more aggregate problems for a community, he pointed out with an equation:

100 drinkers x 10 % risk rate = 10 problem events
 5,000 drinkers x 1 % risk rate = 50 problem events.

Andrew Treno reviewed a number of examples of international community action projects that have attempted to alter the alcohol environment in some form or other. All projects were characterized by community mobilization to some extent, generally in support of another program goal. The interventions conducted worldwide were all science-based, i.e. there was an evaluation and there were demonstrated reductions. Local news media were used as well, typically to support project interventions.

Examples of community trials projects

From 1991 to 1997, a community trials project was conducted in three communities in the states of California and South Carolina to reduce alcohol-related risk factors and outcomes. The project had five prevention components:

- Community mobilization

- Responsible beverage service
- Risk of drinking and driving
- Underage drinking
- Alcohol access.

Each of these components had been demonstrated to be effective when implemented individually, and the idea was to attain a synergy effect by introducing these different strategies at the same time into one community. However, Andrew Treno noted that no community can handle a simultaneous implementation of all interventions, and consequently, it is necessary to consider what is realistically achievable in a given community.

Each component had a specific goal and actions aimed at achieving that goal. The overall objective of the community trials interventions was to primarily affect the acute outcomes such as drunken driving, alcohol-related violence and crashes, burns, and drowning. They were thus not directly targeting alcohol dependence, because it is very difficult to impact serious alcohol-related diseases over such a short period of time, Andrew Treno explained.

The community trials project produced a significant reduction in alcohol-related problems, and even though they were not targeting assaults they experienced a surprising 43 percent decrease in assault injuries in emergency rooms. According to Andrew Treno this decrease was probably a product of the other impressive results. The project was awarded “model program status” by the Center for Substance Abuse Prevention, and communities across the USA are adopting it and receiving federal support.

In addition, Andrew Treno presented three other projects: “The Sacramento Neighborhood Alcohol Prevention Project”, “The Border project”, and “The Safer California Universities Project”.

Andrew Treno identified a number of similarities across these programs:

- They are comprehensive and multi-component.
- They address the specifics of the local alcohol environment.
- They are research based.
- They rely largely on local energies for implementation.
- There is an evaluation addressing process, intermediary environmental conditions, and outcomes.

There are a number of identifiable differences between the programs as well: They are tailored to the specific needs and conditions of their respective “communities”, they target different outcomes, and different instruments are used to evaluate them.

Summarizing what characterizes mobilization across programs, Andrew Treno established that:

- Use of local existing groups are key to program success
- Mobilization is used in support of environmental change
- Scientific findings play a key role in program development and implementation as well as evaluation.

In other words, he said with regards to the last point, research can be used to develop specific strategies. That is, that you attempt to intervene, based upon your research, at those points where you expect to have effect. You can also use your research findings to increase awareness and concern and acceptance of the environmental approach. And you can use the research for purposes of program evaluation.