



Bacheloroppgave

VPL05 Vernepleie

Norsk narkotikapolitikk og ungdom -påvirkning for vernepleiefaglig arbeid innenfor rusomsorgen

Norwegian policy on drug abuse among adolescents.

Julie Tårn Ytterlid

Totalt antall sider inkludert forsiden: 44

Molde, 29.05.2009



Publiseringsavtale

Tittel på norsk: Norsk narkotikapolitikk og ungdom. - Påvirkning for vernepleiefaglig arbeid innenfor rusomsorgen.

Tittel på engelsk: Norwegian policy on drug abuse among adolescents.

Forfatter(e): Julie Tårn Ytterlid

Fagkode: VPL05

Studiepoeng: 12

Årstall: 2009

Veileder: Atle Ødegård

Fullmakt til elektronisk publisering av oppgaven

Forfatter(ne) har opphavsrett til oppgaven. Det betyr blant annet enerett til å gjøre verket tilgjengelig for allmennheten (Åndsverkloven, §2).

Alle oppgaver som fyller kriteriene vil bli registrert og publisert i Brage HiM med forfatter(ne)s godkjenning.

Oppgaver som er unntatt offentlighet eller båndlagt vil ikke bli publisert.

Jeg/vi gir herved Høgskolen i Molde en vederlagsfri rett til å gjøre oppgaven tilgjengelig for elektronisk publisering:

ja nei

Er oppgaven båndlagt (konfidensiell)?

ja nei

(Båndleggingsavtale må fylles ut)

- Hvis ja: **Kan oppgaven publiseres når båndleggingsperioden er over?** ja nei

Er oppgaven unntatt offentlighet?

ja nei

(inneholder taushetsbelagt informasjon. Jfr. Offl. §13/Fvl. §13)

Dato: 29.05.2009

Antall ord: 11 976

Innhold

INNLEDNING	5
Problemstilling	6
Begrunnelse og avgrensning for problemstilling	6
Definisjon av sentrale begreper i problemstillingen	6
METODE	8
Litteratursøk	8
Feilkilder og validitet	8
Forforståelse	9
TEORI/EMPIRI	10
Historikk.....	10
Norsk narkotikapolitikk	11
Risikogrupper, forståelse av rusbruk blant ungdommer	15
Narkotika.....	18
Forebygging	19
Holdninger	21
Vernepleiefaglig arbeid innenfor rusomsorg	25
DRØFTING	28
Primær forebygging	29
Sekundær forebygging	35
Tertiær forebygging	37
Oppsummering.....	39
AVSLUTNING	39
REFERANSELISTE.....	41

Vedlegg: Prosent av ungdom i Norge i alderen 15-20 år som oppgir at de noen gang har brukt forskjellige stoffer, 1990-2008 (SIRUS 2008).

INNLEDNING

I denne oppgaven vil jeg fokusere på dagens ruspolitikk i Norge, i forhold til ungdom. Jeg vil undersøke hvordan myndighetene legger til rette for forebygging i forhold til misbruk av narkotika. Jeg velger her å avgrense meg til ungdom i aldersgruppen 15-20 år. Interessen rundt dette kommer ifra praksis i et dagtilbud for ungdommer mellom 15-25 år, der jeg daglig samtaler med ungdom som ofte brukte ulike narkotiske stoffer. Det ble mange ulike diskusjoner rundt emnet norsk ruspolitikk. Mange av diskusjonene gikk ut på ulike konsekvenser det vil kunne gi dersom staten beslutter å sette heroin på resept. Hvilke signaler sendte for eksempel dette ut til ungdommer som bare ”tester ut” narkotika?

Praksisplassen var ikke økonomisk finansiert gjennom kommunen, og de arbeidet hvert år hardt med å få økonomisk støtte ifra staten og eventuelle andre sponsorer. Dette skapte noe undring hos meg, da dagtilbudet sto frem som et forebyggingstiltak med gode resultater.

Jeg tenker dette er et relevant tema, da jeg tror det er viktig å anvende ressurser på forebyggende arbeid for i fremtiden kunne minske bruket av narkotika. Gjennom forebygging med effekt, tenker jeg at behovet for behandling og rehabilitering blant rusmisbrukere vil minske. I statsbudsjettet for 2009 økes blant annet budsjettet for rusfeltet med rundt 300 millioner kroner. I 2006 startet en opptrappingsplan for rusfeltet, som med økningen fra 2009 har blitt styrket med til sammen 685 millioner kroner siden den ble satt i verk (Helsedirektoratet 2009).

Arbeidsfeltet til vernepleiere er omfattende og etter hvert som vernepleierens kompetanse blir mer kjent, vil den også kunne bli enda mer ettertraktet. Fellesorganisasjonen for barnevernspedagoger, sosionomer og vernepleiere, FO (2002a), beskriver hvordan vernepleierens arbeidsfelt har utviklet seg til i dag å arbeide på ulike arenaer med ulike samarbeidspartnere. Jeg vil i oppgaven prøve å gi et innblikk i om og hvordan myndighetenes føringer gjennom forebygging av narkotika, kan få konsekvenser for min utførelse som vernepleier innenfor rusomsorg.

Problemstilling

Hvordan forsøker myndighetene å forebygge misbruk av narkotika blant ungdom, og hvordan kan dette påvirke vernepleiefaglig arbeid innenfor rusomsorgen?

Begrunnelse og avgrensning for problemstilling

Jeg tenker at denne problemstillingen fremstiller formålet mitt med denne oppgaven: Både beskrivelse av hvordan myndighetene forebygger misbruk av narkotika blant ungdom, samt hvordan dette kan påvirke vernepleierens faglige utøvelse. Som vernepleier vil man kunne bli pålagt arbeidsoppgaver fra andre, som man kanskje ikke er enig i eller ser resultatet av. Kanskje vil etterfølging av myndighetenes retningslinjer være en slik pålagt arbeidsoppgave? Egne erfaringer tilsier at det kan utarbeides tiltak på individ og gruppenivå utelukkende på grunn av retningslinjer og delegering fra andre, selv om tiltaket kanskje aldri har vist noen form for effekt.

Definisjon av sentrale begreper i problemstillingen

Myndigheter: Med dette menes styresmaktene. *”Politikerne setter opp mål og vedtar rammer for tjenesteytingen. Deres oppgave er å foreta økonomiske prioriteringer og fordele ressurser, mens forvaltningen skal sørge for at målene nås”* (Haug og Paulsen 2007). Med forvaltningen menes administrasjonen, de som organiserer gjennomføringen av målene. Staten gir gjennom rettsregler som lover, forskrifter, retningslinjer, veiledere og statistikk, uttrykk for hvilke verdier som vektlegges og hvilke de ønsker å fremme (Haug og Paulsen 2007).

Forebyggende arbeid: Forebyggende arbeid kan enten være regulerende tiltak/modeller eller ressurstilførende tiltak/modeller (Helland og Øia 2000). Aktivitet rettet mot et problem, for å hindre at det oppstår (Snoek og Engedal 2000).

Narkotika: Det er stoff som brukes som rusmidler, og er gjort ulovlige av i hovedsak FNs narkotikakonvensjoner (Fekjær 2004). Simonsen mfl. (2004) definerer rus som en

”opplevelse av endret stemningsleie og endret atferd etter inntak av kjemisk eller biologisk substans” (Simonsen m.fl. 2004:130). I Norge har Helse og omsorgsdepartementet gjennom Statens legemiddelverk, utarbeidet en Narkotikaliste, sist revidert i 2004. Denne listen definerer hvilke stoffer som regnes som narkotika. Her oppføres de stoffene som kommer inn under narkotikakonvensjonen, men også andre stoffer som har lignende skadevirkninger (Helse og omsorgsdepartementet: Forskrift om narkotika m.v. Narkotikalistene).

Misbruk: Bruk som overskrider foreskrevne doser eller sosialt aksepterte normer/bruk er rusmiddelmisbruk. Dette betyr at all bruk av illegale narkotiske stoff vil kunne defineres som misbruk (Snoek og Engedal 2000).

METODE

Jeg har valgt å utføre en litteraturstudie for å belyse problemstillingen. Jeg vil i hovedsak innhente ulike offentlige dokumenter for å presentere hvordan myndighetene forsøker å forebygge bruk av narkotika blant ungdom. For å presentere innholdet i vernepleiefaglig arbeid, innhenter jeg informasjon ifra FO (Fellesorganisasjonen for barnevernspedagoger, sosionomer og vernepleiere) og Rammeplanen for vernepleieutdanningen.

Litteratursøk

Det første jeg gjorde var å gå inn på regjeringens nettside, der jeg visste at offentlige handlingsplaner og dokumenter for myndighetenes forebygging av ulike rusproblemer var presentert. Der henviste de også videre til relevante linker som for eksempel helsedirektoratet, SIRUS og nettsiden www.forebygging.no. Jeg innhentet egne utgivelser fra FO om vernepleiefaglig arbeid, for så å gå inn på FO sine hjemmesider for å kvalitetssikre at jeg hadde de nyeste utgivelsene, samt de relevante. Etter litteraturtips om Willy Pedersen brukte jeg Bibsys/Ask for å finne aktuell teori. For å innhente tilstrekkelig relevant litteratur utenom de kildene jeg allerede hadde kunnskap om, brukte jeg Bibsys/Ask og Idunn. Jeg søkte i søkebasen med ordene: rus, forebygging, ungdom og narkotika. Jeg søkte både med ordene hver for seg og ordene i ulike sammensetninger. Jeg anvendte trunkering for å utvide søket og sikre at de ulike søkemotorene presenterte alt av relevant litteratur.

Feilkilder og validitet

Jeg har gjort et forsøk på å innhente nok og relevant teori til at oppgaven og drøftingen kan gi et tydelig bilde på problemstillingen. Kanskje har jeg utelatt litteratur som kunne vært avgjørende for utfallet av problemstillingen? Gjennom å underbygge mer teoriene jeg trekker frem, ville jeg ha kunnet styrket validiteten på oppgaven. Som nevnt i litteratursøket, har jeg i utgangspunktet brukt mye litteratur som jeg allerede hadde kjennskap til. Kanskje hadde jeg funnet annen litteratur, som kunne belyst problemstillingen annerledes, om jeg hadde startet med søk før jeg innhentet de kjente kildene? Problemstillingen min tar utgangspunkt i hvordan myndighetene forsøker å

forebygge misbruk av narkotika blant ungdom. Gjennom presentasjon av litteratur har jeg valgt å bare presentere det som er relevant for problemstillingen. Jeg nevner noe generelt om rus, da jeg tenker det er relevant for å få en helhetlig forståelse. Kanskje vurderer jeg teoriens relevans annerledes enn andre, noe som betyr at mine vurderinger her kan bidra til at teorigrunnlaget ikke blir nok omfattende til å belyse og dekke alle sentrale momenter i problemstillingen? Gjennom å underbygge mer teoriene jeg trekker frem, ville jeg kanskje ha styrket mer validiteten i oppgaven. Jeg presenterer en statistikk, utgitt av Statens Institutt for rusmiddelforskning, av bruk av narkotika blant ungdom i Norge. Hvilken validitet er jeg sikret gjennom disse tallene? Eksempler på feilkilder her kan være i hvilken grad ungdommene har gitt ærlige svar eller hvilke gruppe ungdommer som er spurt. Jeg velger allikevel å ta den med, da den i oppgaven bare vil vise de store linjene av bruk av narkotika, og ikke er avhengig av de eksakte tallene.

Forforståelse

Aadland (2004) definerer forforståelse som at vi i møte med verden, har på oss ”briller” eller fordommer som hjelper oss til å finne en mening i det vi står overfor. Vi kaster med andre ord våre egne indre bilder og fordommer ut på for eksempel teksten vi står overfor, og ser denne opplyst av våre forhåndsforestillinger. Et eksempel på dette kan være hvordan vi leser og tolker en artikkel om et gitt emne eller av en viss forfatter. Jeg tenker at mine erfaringer ifra blant annet de ulike diskusjonene i praksis som jeg nevnte innledningsvis, vil være en del av forforståelsen min. Hvordan vil mine tanker prege forståelse og innhenting av informasjon om hvordan myndighetene utarbeider og iverksetter planer? Dalland (2007) viser til viktigheten av å klargjøre hvilke tanker og meninger vi har om fenomenet på forhånd. Jeg har gjennom refleksjon over samtalene og diskusjonene fra praksis, samt refleksjon over liten kunnskap om hvordan myndighetene forebygger bruk av narkotika, gjort meg selv oppmerksom på deler av min egen forforståelse. Dalland (2007) hevder at gjennom denne klargjøringen vil det være lettere å lete etter data som eventuelt avkrefter våre tanker (forklaringer), fremfor bare de som kan bekrefte dem. Han presiserer at dette styrker holdbarheten i en oppgave. *”Hellevik sier at jo flere og mer oppfinnsomme forsøk på avliving en forklaring har overlevd, desto større tillit vil en ha til dens holdbarhet (1999:16)”* (Dalland 2007:90). Jeg forstår dette som at det vil være viktig å kunne underbygge påstander med flere kilder for å kunne kvalitetssikre påstandene mot min forforståelse.

TEORI/EMPIRI

Jeg vil her presentere ulike teori i forhold til problemstillingen: *”Hvordan forsøker myndighetene å forebygge misbruk av narkotika blant ungdom, og hvordan kan dette påvirke vernepleiefaglig arbeid innenfor rusomsorgen?”* Jeg presenterer bare den teorien som har relevans for å kunne belyse problemstillingen. Dette betyr for eksempel at jeg ikke utdyper narkotikapolitikkenes mål om å redusere tilbudet av ulovlige narkotiske middel. Jeg tenker at dette kanskje kan være en del av en helhetlig forebygging, da mangel på tilgang vil kunne minske bruk av narkotika (Pedersen 2006). Men det vil være et mål om å forebygge mengden av narkotika i Norge, - ikke et direkte forebyggingstiltak overfor ungdom.

Jeg gjør først kort rede for hvordan den norske ruspolitikken har utviklet/endret seg og hvilke tiltak som har fått mest fokus. Deretter kommer en oppsummering av regjeringens ulike handlingsplaner for rusproblematikk. Jeg gir deretter en kort innføring om narkotika og i hvilken grad dette er utbredt blant målgruppen for oppgaven: Ungdom. Deretter forteller jeg generelt om forebygging og ulike forebyggingsstrategier, for så å aktualisere dette opp mot forebygging av bruk av narkotika. Til slutt presenterer jeg hvordan vernepleieren arbeider, samt hva som legges vekt på i vernepleierens faglige arbeid.

Historikk

Det ble i år 2000 gjennomført en reorganisering av det rusmiddelforebyggende arbeidet i Norge. Ansvar og ressurser i forhold til arbeidet ble overført fra Rusmiddeldirektoratet til sju regionale kompetansesenter. Målet var å basere seg på det som er dokumentert som virksomt gjennom forskning, en kunnskapsbasert forebygging (Fjær 2003 i Mikkelsen m.fl. 2003). Fekjær (2004) hevder at tradisjonelt sett er den norske rusforebyggingen rettet mot kunnskapsbasert opplysning, spesielt mot ungdomsskoleelever. *”En populær, men trolig den minst effektive formen for opplysning er å invitere en utslått alkoholiker eller stoffmisbruker for å avskrekke ungdommen”* (Fekjær 2004:293). Han begrunner dette med at disse personene representerer en helt annen situasjon enn den som ungdommene kan sammenligne seg med i forhold til de valgene de står overfor her og nå. Schultz (2007) hevder at selv om norske forebyggingsstrategier baserer seg mye på informasjon,

dokumentasjon og forskning, dukker det fremdeles opp jevnlig innslag av skremselspropaganda. Bunkholdt (2002) definerer skremselspropaganda som budskap med informasjon som skal skape frykt. Fekjær (2004) ser media i rollen som en av de viktigste informantene i forhold til å videreformidle budskap og opplysninger.

Myndighetene har de siste årene krevd enda mer dokumentasjon, forskning og evaluering av de ulike tiltakenes effekt, men de fleste evalueringene viser at forebyggingsprosjektene ikke har hatt noen effekt på rusbruken (Fekjær 2004)

Norsk narkotikapolitikk

Jeg presenterer her bare relevant informasjon i forhold til forebygging blant ungdom, fra de ulike planene til myndighetene. Der jeg siterer fra planene, velger jeg bare å henvise til sidetall.

Regjeringens handlingsplan mot rusmiddelproblemer 2006-2008:

Handlingsplanens visjon og mål er videreført fra regjeringens handlingsplan fra 2003-2005. Visjonen er frihet fra rusmiddelproblemer. Forebygging og tidlige intervensjon i risikogrupper er to av planens prioriterte områder. Klefbeck og Ogden (2003) definerer intervensjon som å gripe inn. Hovedmålet i handlingsplanen er *”en betydelig reduksjon i de sosiale og helsemessige skadene av rusmiddelmisbruk”* (S.6). Strategiske mål er forebygging av rusmiddelmisbruk, der forebyggende arbeid blant barn og ungdom, samt bedre tilgang til effektiv rådgivning, har stort fokus. Tilbudet av ulovlige narkotiske stoffer skal reduseres, samt forebygging av misbruk, eksperimentering og rekruttering av narkotika blant barn og unge. *”Regjeringen vil videreføre en kunnskapsbasert rusmiddelpolitikk med vekt på god balanse i ressursinnsatsen på alle områder”* (s.6). Sosial- og helsedirektoratet har ansvar for å utarbeide en helhetlig plan for oppfølging av handlingsplanen, med tydelige gjennomførings og evalueringsplaner.

Handlingsplanens mest sentrale forebyggingsstrategier av misbruk av narkotika:

Redusere tilbudet av narkotiske stoffer: Både nasjonal og internasjonal forskning viser at virkemidler som reduserer tilbudet av rusmidler, er mest effektivt for å kunne redusere skadene. Gjennom tydelige og målrettede toll- og politiinnsats, samt forpliktende internasjonalt arbeid, skal innførselen av narkotika begrenses.

Forebygging av misbruk, eksperimentering og rekruttering: *"Forebygging av rusmiddelproblemer må i større grad ses i sammenheng med generell forebygging"* (s. 7). For å forebygge og intervensere mot atferdsproblemer i skolen, mobbing, røyking eller forebygging av kriminell atferd, anvendes metoder som også forebygger rusproblematikk. Dette betyr at for å få en effektiv forebygging må ulike arenaer arbeide sammen, - tverrfaglighet. Rusfrie møteplasser, som ofte drives av frivillige, for ungdom trekkes frem som en prioriteringssak. Handlingsplanen legger vekt på viktigheten av samspill mellom myndigheter og frivillige, og presiserer at dette mangfoldet må brukes. Myndighetenes krav og forventninger til de ulike frivillige organisasjonene skal tydeliggjøres, for at aktørenes rolle og plass skal kunne defineres inn i en helhetlig og effektiv forebyggingsstrategi. Sosial- og helsedirektoratet deler hvert år ut ulike midler til rusmiddelforebyggende arbeid. Dette inkluderer også ulike rusmiddelfrie kulturtilbud som på rusmiddelfeltet driver primærforebyggende arbeid.

Sosial- og helsedirektoratet og Utdanningsdirektoratet skal samarbeide om utarbeidelse av en kunnskapsplattform for rusmiddelundervisning i skolen, som skal tas i bruk skoleåret 2006.

Tidlig intervensjon i risikogrupper: Handlingsplanen spesifiserer barn med alvorlige atferdsvansker, barn av rusmiddelmisbrukere og barn og unge med innvandrerbakgrunn som noen spesifikke risikogrupper. *"Det er behov for systematisk identifisering av grupper som har høy risiko for å utvikle rusmiddelproblemer. Videre er det behov for å utvikle og evaluere tiltak overfor disse gruppene innen skole, barnevern og psykisk helsevern for barn og unge, samt å analysere hvordan man kan få en bedre koordinering av ulike hjelpetiltak"* (s.13). Det vil også være nødvendig å se på kjønnsmessig fordeling av rusmisbruk, ruskarriere og rusmønster for å kunne forebygge målrettet.

Barn/ungdom med atferdsproblemer: En av utfordringene her er å sette inn riktige tiltak på et tidlig, men riktig tidspunkt, uten å få en konsekvens i form av selvoppfyllende profetier

og stigmatisering. Det fremtrekkes at kombinasjonen foreldretrening og sosial ferdighetstrening ofte gir gode resultater. Barn/ungdom med langvarige og koordinerte helse- og/eller sosialtjenester har rett til individuell plan. Individuell plan gir et helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud til den enkelte, samt styrking av samhandling og samarbeid i aktørene rundt planen.

Barn av rusmiddelmisbrukere: Det skal utvikles et prosjekt for å heve kompetansen blant ansatte i kommunene som kommer i kontakt med denne gruppen. Dette skal utvikles i samarbeid mellom ulike direktorat og etater. Statens institutt for rusmiddelforskning har ansvar for å kartlegge og fremskaffe oversikt over hvilke tilbud og oppfølging denne gruppen får. Deretter vil regjeringen sette i gang utvikling av tiltak i forbindelse med behandlingstilbud der barn er med foreldre i behandling.

Barn og ungdom med innvandrerbakgrunn: *"Enkelte av disse står overfor spesielle utfordringer knyttet til integrering, mangel på mestring av skolesituasjonen og problemer på arbeidsmarkedet"* (s.9). Ungdom som marginaliseres har gjerne økt risiko for å utvikle rusmiddelproblemer.

Opptreppingsplanen for rusfeltet (Helsedirektoratet 2009):

Her fokuseres det mye på hvordan man skal forebygge bruk av narkotika blant ungdom, samtidig som den legger opp til at ungdommen selv skal være aktiv i forebyggingsprosessen.

Planen ble lansert høsten 2007, og er et samarbeid mellom ulike departementer og helsedirektoratet. *"Gjennom planperioden skal det rusforebyggende arbeidet styrkes, brukerne skal gis økt innflytelse og pårørende, herunder barn og søsken av rusmiddelavhengige, skal ivaretas bedre"* (s. 12). Begrepet og bruken av selvhjelp skal styrkes. Det skal fokuseres på at den enkelte kan ta i bruk egne ressurser (sammen med andre) som metode og verktøy i et rusforebyggende arbeid.

Planen har 5 hovedmål:

Tydelig folkehelseperspektiv: Her skal det både fokuseres på målrettet forebyggende innsats mot enkeltgrupper og mer generelle befolkningsrettede forebyggingsstrategier. Informasjonsarbeidet rundt kunnskap om narkotika skal styrkes. For å styrke informasjonen til ungdom, skal det lyttes til hva ungdommen selv mener. I selve informasjonsarbeidet skal både ungdom og eventuelle foreldre involveres. Nettsiden www.forebygging.no er blant annet utarbeidet for å beskrive og informere om ulike tiltak. Innvandrerungdom anses som en av risikogruppene, og det skal *"planlegges informasjon om rus tilpasset ungdom med innvandrerbakgrunn, for eksempel gjennom tilpasninger i rusforebyggende programmer i ungdomsskolen"* (s.30)

Det internasjonale arbeidet i forhold til illegale rusmidler skal styrkes. Dette på grunn av at norsk narkotikasituasjon, spesielt i forhold til mengder, påvirkes av produksjon i andre land. *"Målet med det internasjonale engasjementet er å begrense mengden narkotika på det internasjonale og nasjonale markedet, motvirke liberalisering av narkotikapolitikken, utveksle erfaringer og skaffe gode og sammenlignbare data"* (s. 41).

Bedre kvalitet og økt kompetanse: Her skal forskning, kompetanse, rekruttering og kvalitet i tjenestene styrkes. Dokumentasjon, statistikk og kvalitet i frivillig sektor skal heves og bedres. *"Frivillig sektor er en viktig aktør på rusfeltet og tilskuddene til disse evalueres og målrettes som en del av planen"* (s.15).

Mer tilgjengelige tjenester: Her skal det blant annet fokuseres på tidlig intervensjon og mer tilgjengelige tjenester til barn og unge. *"..og det kommunale rusarbeidet skal styrkes med mer individuell oppfølging, lavterskeltiltak og oppsøkende tjenester"* (s.77). Det skal fokuseres på ungdom som er i risikozonen for å utvikle bruk av narkotika. Blant ansatte som kommer i kontakt med ungdommer i risikozonen, skal kompetansen til identifisering og tidlig intervensjon heves. Det skal utarbeides en veileder med tittel *"Fra bekymring til handling"*, på bakgrunn av identifiserte satsningsområder. *"Veilederen vil gi råd om hva man kan gjøre hvis man er bekymret for barn og unges begynnende rusproblemer. Den legger særlig vekt på tidlig oppdagelse av risikofaktorer og hvilke beskyttelsesfaktorer man bør bidra til å styrke gjennom tidlig intervensjon for å hindre eller dempe problemutvikling"* (s. 81). Det er tildelt midler til tidlig intervensjonsprosjekter til ca 30 ulike prosjekter, som blant annet er rettet mot ungdom mellom 11-23 år.

Mer forpliktende samhandling: Her skal blant annet bruk av avtalesystemer økes, samt bedre samordning av lokale forebyggingstiltak. Det skal formidles rundskriv om forebygging i forhold til ungdom og behovet for rundskriv om rutiner rundt behandling av meldinger til barnevernet skal vurderes. I løpet av året 2009, skal det utvikles en ny utviklingsplan som skal styrke kunnskapen om forebyggende arbeid fra Helsedirektoratet og de regionale kompetansesentrene.

”Flere steder driver kommuner og frivillige organisasjoner ulike forebyggingstiltak rettet mot samme målgruppe, men uavhengig av hverandre” (s.122). Målet er at dette skal sees i en mer helhetlig sammenheng. Kommuner som ikke har helhetlig rusmiddelpolitisk handlingsplan, skal få bistand i dette.

Det er utarbeidet tiltak om å videreutvikle det rusforebyggende arbeidet i skolen. I løpet av høsten 2009, skal det være utarbeidet en veileder for skolens rusforebyggende arbeid.

”Målsettingen er at landets skoler skal få lik anbefaling når det gjelder prinsipper og strategier i det rusmiddelforebyggende arbeidet, samtidig som at veilederen skal bidra til mest mulig virksomt og effektivt forebyggende arbeid i skolene, tett koblet opp mot læreplanverket” (s.123). Denne veilederen knyttes opp mot det tidligere nevnte nettstedet www.forebygging.no Målgruppen for veilederen er skoleledelse, lærere, elever og foreldre/foresatte. Arbeidet må følges opp og kvalitetssikres. *”Derfor har helsedirektoratet iverksatt en mer kritisk vurdering ved tildeling av tilskudd til frivillige organisasjoners programmer i skole...”* (s.125).

Økt brukerinnflytelse og bedre ivaretagelse av barn og pårørende: Her fokuseres det på barn som har foreldre med rusmiddelproblemer. Det bevilges midler til tiltak som omfatter denne gruppen.

Risikogrupper, forståelse av rusbruk blant ungdommer

Willy Pedersen (2006) hevder at de ungdommene som tidlig gjør seg erfaringer med ulike typer narkotika, er ungdommer som ofte også gjør seg tidlige erfaringer i forhold til normbrudd, seksualitet og ulike typer risiko. Han ser at mye tyder på at rusmidler går sammen med aggresjon, vold og kriminalitet hos mange. Schultz (2007) ser rusbruk i

sammenheng med vanskelig grensesetting blant ungdommer, lav selvfølelse, dårlige kommunikasjonsferdigheter og manglende ferdigheter i problemløsning. Han tenker at opptrening av sosiale ferdigheter kan medvirke til at ungdommen får økt selvinnstikk og personlig trygghet. Dette vil igjen kunne føre til at de avstår fra rusmisbruk (Schultz 2007). ”*Det er i ungdomstida en begynner å eksperimentere med rusmidler – i en fase i livet hvor også mye annet skjer. Kropp, tenkesett og følelsesliv forandres*” (Pedersen 2006:24). Gutter og jenter har ofte ulike veier inn i bruk av rusmidler. En forståelse av rusbruk bør dermed ses gjennom kjønnsforskjeller (Rønningen 2005).

Pedersen (2006) presiserer ulike handlingsmønstre som kan være eksempel på problem i tidlig ungdom, som senere ofte kan utvikle seg til å bli et rusmiddelproblem. Eksempelene han trekker frem er å true andre, sloss, drive hærverk, stjele, gjøre innbrudd, være ute om natten uten foreldres samtykke og skulke skolen.

ECA- studien, en psykiatrisk-epidemiologisk studie, kartla blant annet atferdsproblemer i barn- og ungdomså. Det ble sett på sammenhengen mellom atferdsproblemer og videre utviklingsforløp (Pedersen 2006). ”*Det var dramatisk økt risiko for å utvikle problemer med narkotika blant dem som hadde hatt atferdsproblemer*” (Pedersen 2006:43). Han viser til statistikk som viste at blant den utvalgte gruppen av jenter rundt 13 år, var det 44 % av de med atferdsproblemer som hadde brukt hasj to år senere. Blant jentene uten atferdsproblemer, var det ingen. Jenter med atferdsproblemer får ofte eldre kjærester, og med eldre kjærester følger det også lettere tilgang til både legale og illegale rusmidler (Pedersen 2006).

Normsending

Med normsender menes den personen som for eksempel i en gruppe fungerer som et forbilde eller idol for resten av gruppen (Bunkholdt 2002). I for eksempel en ungdomsgruppe, vil en ungdom med dårlig selvfølelse kunne prege hele miljøet/gruppen gjennom normsending til resten av gruppen.

”Normsendere påvirker bevisst de andre til å overta hennes eller hans holdninger og atferd. Påvirkning kan også skje fordi normsendere, uten å ha planlagt det, virker slik på andre at de overtar noen av hennes eller hans kjennetegn. Enten påvirkningen skjer bevisst eller ikke, er normsenderen vanligvis en person som oppfattes å ha makt eller

andre former for ressurser, som synes å lykkes i det han/hun foretar seg, eller er spesielt godt likt” (Bunkholdt 2002:197).

Ønsker vi å endre eller forhindre denne normsendingen vil det være sentralt å kartlegge normsenderen(e) (Bunkholdt 2002). Enkelte gruppedannelser oppstår bare fordi en form for tilhørighet er bedre enn ingen. Gjennom mangel på fellesskap oppsøker man ofte asosiale grupper, eller ”dårlig selskap” Behovet for oppsøkingen oppstår ofte fordi for eksempel ungdommen ikke opplever tilfredsstillende tilhørighet i den gruppen en gjerne vil tilhøre (Bunkholdt 2002). *”Når man arbeider med asosiale grupper, er det liten nytte i å sprengte gruppen hvis man ikke har et akseptabelt tilbud til den enkelte om alternativ gruppetilhørighet. En annen mulighet er å arbeide for å forandre gruppens målsetting”* (Bunkholdt 2002:160). I forhold til normsending ved bruk av narkotika, forteller Pedersen (2006) at det i nesten alle tilfeller er en etablert relasjon mellom den som prøver stoff og den som introduserer det. *”Oftest røykes hasj første gang i en atmosfære av fortrolighet, nysgjerrighet og spenning, og oftest er dine beste venner sammen med deg”* (Pedersen 2006:115).

Debut og utvikling.

Werch og Analzone (1995) viser til en prosess før man kommer inn i et fast bruksmønster av bruk av narkotika. Først søker man etter kunnskap om aktuelt stoff, etter hvert blir så bruken et relevant handlingsalternativ. Deretter forbereder man seg til bruk, for så å debutere, videre eksperimentere og til slutt inn i et fast bruksmønster (Werch og Analzone 1995 i Pedersen 2006). Pedersen (2006) legger videre vekt på at i forebyggende arbeid mot bruk av narkotika, bør søkelyset først rettes mot tobakk og alkohol. Han viser til en undersøkelse (Pedersen 2006:38) som viser at tidlig debut på sigaretter og alkohol, gir statistisk økt sannsynlighet for senere å utvikle problemer i forhold til alkohol eller ulike typer narkotika. *”Jo tidligere debut og jo høyere forbruk av de legale rusmidlene, dess større sannsynlighet for hasjdebut”* (Pedersen 2006:38). Fekjær (2004) viser til en undersøkelse som også underbygger dette, der resultatet viste at alkohol og røyking økte sannsynligheten for bruk av hasj.

Fekjær (2004) utdyper som nevnt om media som del av forebygging av bruk av narkotika blant ungdom, men hevder at dette også fører til mer bruk og tidligere debut av narkotika. Ungdom mot narkotika uttrykker at *”Ungdom lures til å tro at alle bruker det, og veien til*

selv å prøve blir mye kortere” (Fekjær 2004:288). Han hevder videre at gjennom media blir det opplyst om nesten alle ulovlige handlinger. Disse opplysningene vil etter hvert bidra til å gjøre de ulovlige handlingene vanlige, - de blir legitimert (Fekjær 2004).

Narkotika

Innledningsvis definerte jeg begrepet narkotika og vil her se nærmere på hvilken virkning rusmidlene har, samt hvor omfattende bruken av narkotika er blant ungdom mellom 15-20 år.

Hvilken virkning rusmidlene har:

Fekjær (2004) deler opplevelsen av rusmidlene grovt inn i tre hovedtyper.

1. En dempende virkning som gjør deg søvnig, rolig og avslappet.
2. Ulike stimulerende virkninger som økt selvfølelse, kritikkløshet, økt motorisk aktivitet eller uro.
3. Hallusinogene virkninger som gir personer et fordreid syn av virkeligheten (Fekjær 2004 i Pedersen 2006).

Pedersen (2006) legger videre vekt på at hver og en må lære seg å anvende rusmidlene for å kunne oppnå de ønskede virkningene. Amfetamin og kokain stimulerer for eksempel aktivitetsnivået, som kan være en behagelig opplevelse ved bruk, men får en negativ etterreaksjon da energiresursene tømmes på grunn av hurtigere bruk enn normalt (Fekjær 2004). *”Men bare unntaksvis er de narkomanes motiv å oppnå de farmakologiske effekter som er bekreftet ved forskning. Et slikt unntak er bruken av sentralstimulerende stoffer (ecstasy, amfetamin) på rave-parties for å klare å danse i timevis*” (Fekjær 2004:127).

Hvor omfattende er bruken av narkotika blant ungdom mellom 15-20 år?

Statens institutt for rusmiddelforskning, SIRUS (2008:119), presenterer statistikk fra 1990-2008, som viser hvor mange i aldersgruppen 15-20 år som oppgir at de har brukt ulike stoffer (vedlegg). Statistikken viser blant annet at 10,5 % av 2675 spurte ungdommer brukte i 2008 Cannabis, mens bare 0,2 % hadde injisert narkotiske stoff. Statistikken viser også en tydelig nedgang fra 2005 til 2008 i forhold til bruk av narkotiske stoff. I 2005 svarte for eksempel 4,1 % at de hadde brukt amfetamin og lignende stoffer, mens i 2008

svarte bare 2,2 % det samme til tross for at for eksempel antall spurte var flere i 2008 enn i 2005.

Forebygging

”Teorier om forebygging bygger på kunnskaper om risikofaktorer for å utvikle en gitt tilstand, utbredelse av denne tilstanden i en befolkningsgruppe og lidelsens naturlige forløp, for hvis vi ikke vet hvordan en gitt lidelse arter seg i ulike faser, kan vi ikke heller vite noe om hvorvidt vi har forhindret eller begrenset den” (Snoek og Engedal 2000:42).

Rønningen (2005) deler myndighetenes forebygging av bruk av narkotika opp i ”generasjoner”. Hun hevder de mest anvendte forebyggingsstrategiene er:

1. Informasjons- og kunnskapsbaserte strategier. Her settes det fokus på kunnskap om rusmidlene og på ulike skadevirkninger. Den tidligere tankegangen var at gjennom kunnskap ble de rette valgene om å avstå fra narkotiske stoffer gjort. Senere forskning har vist at gjennom overdramatiserte informasjonskampanjer, mister ungdommen lett tillit. I dag blir denne strategien anvendt i det forebyggende arbeidet, men da gjerne supplert med annet tiltak eller strategi.
2. Alternative tiltak. Målet er å redusere bruk av narkotika gjennom å fokusere på alternative oppgaver og aktiviteter. Her fokuseres det på forebygging uten fokus på rusmidler. Forskning har vist at gjennom aktivitet minskes ikke bruken av rusmidler, slik som tidligere tenkt.
3. Affektive tiltak. Utvikling av ferdigheter og evne til å ta ”rette valg”. Utgangspunktet her er at ungdom bruker rusmidler på grunn av dårlig selvbilde og manglende evne til å ta avgjørelser. Det legges vekt på mellommenneskelige ferdigheter kombinert med informasjon og opplysning. Personlige problemer som dårlig selvfølelse, utilstrekkelige sosiale ferdigheter og dårlig og uklare verdier blir sett på som utgangspunkt for bruk av rusmidler i denne strategien.
4. Sosial- kognitive strategier. Vil påvirke det sosiale miljøet og ødelegge myter som for eksempel at ”alle bruker hasj”. Tar utgangspunkt i at både atferds-, sosiokulturelle- og personfaktorer er sentralt i forebygging av bruk av rusmidler. Mestringsforventninger, resultatforventninger og flertallsmisforståelse er viktige

- momenter. Dette betyr at evnen til å motstå sosialt press og tro på egne valg skal styrkes, de positive forventningene til bruk av rusmidler skal svekkes og den faktiske kunnskapen om hvor vanlig/uvanlig bruk av rusmidler er skal opplyses.
5. Multisentrerte og multisystemiske strategier. Her blir ulike kombinasjoner fra flere ulike tilnærminger tatt i bruk. Det settes fokus på samspillet mellom flere arenaer og hvordan ulike settinger har betydning for sosiale og individuelle holdninger til rusmiddelbruk. Dette er en av de nyeste strategiene for forebygging (Rønningen 2005).

Snoek og Engedal (2000) deler opp begrepet forebygging i primær-, sekundær- og tertiær forebygging. Helland og Øia (2000) understreker at denne oppdelingen/skillet ikke er absolutt. Det kan for eksempel legges opp til et primærforebyggende tiltak, men tiltaket kan allikevel beskrives som et sekundær- eller tertiærforebyggende tiltak da strategien/målet er for eksempel utsatte grupper eller personer, som vil være en sekundær- eller tertiær forebygging (Rønning 2005). Fekjær (2004) henviser til Gerald Caplan sin inndeling av forebygging. Han definerer primærforebygging som rettet mot hele befolkningen, sekundærforebygging rettet selektivt mot risikogrupper og en tertiærforebygging rettet mot risikoindivider (Fekjær 2004). Rønning (2005) viser til at innenfor sekundær- og tertiærforebygging tas det ofte utgangspunkt i multisentrerte og multisystemiske strategier.

Primærforebygging: *"Primærforebygging fokuserer på bestemte grupper og på de spesifikke problemene disse gruppene opplever"* (Snoek og Engedal 2000:44). Målet er å hindre det gitte problemet i å oppstå, og forebyggingen bør derfor iverksettes tidlig. Det vil være viktig å identifisere miljøer og individer som er i risikozonen for dette problemet. Etter å ha kartlagt/identifisert miljøer og individer, prøver man å fjerne risikofaktorene eller styrke motstand mot dem (Snoek og Engedal 2000). Primærforebygging utgjør gjerne generelle tiltak som rettes mot større grupper. Faren med denne typen forebygging er at tiltakene gjerne er så generelle fordi de skal nå ut til så mange, at det blir vanskelig å nå de mest utsatte gruppene. Eksempel på tiltak kan være opplysnings- og holdningskampanjer mot narkotika (Helland og Øia 2000). Helland og Øia (2000) deler primærforebyggende tiltak inn i:

- Tiltak rettet mot de fysiske omgivelsene.

- Tiltak rettet mot sosiale omgivelser. Dette omfatter både personlige relasjoner til familie, lærere, venner, naboer og så videre, mer strukturerte forhold som familieøkonomi, og sosiale goder som for eksempel barnehager.
- Tiltak rettet mot individet.

Sekundærforebygging: Målet er å hindre et problem i å utvikle seg videre eller bli varig (Snoek og Engedal 2000). ”Den sekundære forebyggingen er ofte mer rettet mot bestemte avgrensbare målgrupper, og forebygging av denne typen kan betraktes som en mellomting mellom primærforebygging på den ene siden, og behandling og rehabilitering på den andre” (Helland og Øia 2000:16). Den avgrensede gruppen kommer som regel på grunn av en bekymring. Forebyggingen kan også rettes mot en avgrensbar arena som har behov for mer enn en generell tilnærming (Rønningen 2005).

Tertiærforebygging: Målet er å hindre utvikling som kan få alvorlige konsekvenser, samt forebygge at gjeldende problem kommer tilbake. Tertiærforebygging kalles ofte for rehabilitering eller behandling (Snoek og Engedal 2000). Målgruppen her er individer som allerede er tungt belastet. Man vil prøve å reparere eller begrense gjeldende problem (Helland og Øia 2000). En tertiærforebygging vil uavhengig av situasjon ha en individuell tilnærming (Rønningen 2005).

Holdninger

For å forebygge bruk av narkotika blant ungdom, legges det som nevnt mye vekt på kunnskaps- og informasjonskampanjer, - ungdommenes syn og holdninger til bruk av narkotika må endres. Bunkholdt (2002) hevder at for å kunne endre holdninger er det sentralt å vite noe om hvorfor en bestemt holdning eksisterer.

Bunkholdt (2002) definerer en holdning som ”en relativt varig måte å organisere tanker, følelser og atferdstilbøyeligheter på, og er knyttet til verdispørsmål om samfunnet, en etnisk gruppe eller annet” (Bunkholdt 2002:188). Aronson m.fl. (1997) understreker at en holdning ikke oppstår der og da, som for eksempel ved et øyeblikks irritasjon over noe som blir sagt. ”Attitudes are evaluative in the sense that they consist of a positive or

negative reaction to something” (Aronson m.fl. 1997:229). Bunkholdt (2002) viser til at holdningene utvikler seg og endres gjennom samspill med andre.

Utvikling av holdninger.

Bunkholdt (2002) utdyper at vi lærer holdninger fra mange ulike kilder. For eksempel familie, skole, venner, yrkesgrupper, interessegrupper, massemedia og våre egne motiv i forhold til hva vi ønsker å oppnå.

Bunkholdt (2002) hevder også at identifisering med mål om å bli lik andre er med på å forme holdningene våre. Dette kan gjelde både enkeltpersoner og grupper. Kanskje ønsker vi å bli medlem av en viss gruppe? *”En gruppe kan også øve direkte eller indirekte press på sine medlemmer for å få dem holdningsmessig like på områder som er viktige for gruppens mål”* (Bunkholdt 2002:192). Ved ikke å tilegne seg gruppens holdninger, forteller hun videre at vedkommende kan få negative reaksjoner i form av utstøting, sanksjoner og lignende fra gruppen. Gjennom identifisering gjør vi holdningene til våre egne. Gjennom bytte av gruppedlemskap kan allikevel holdningene vi tilegner oss gjennom identifisering bli endret om det er nødvendig for å oppnå gruppetilhørighet (Bunkholdt 2002). *”Når gruppedlemskap bestemmes av sentrale verdier, blir antallet og typer grupper vi ønsker å tilhøre, begrenset, og de gruppene vi kommer til å tilhøre, har sjelden svært uensartede holdninger”* (Bunkholdt 2002:193).

Hvordan fungerer holdningene?

Holdningene våre kan fungere som en tilrettelegger for eget liv, basert på kunnskap og orientering. Holdningene vil da kunne endre seg ut ifra hvilken informasjon vi får eller har tilgjengelig. De kan også ha som funksjon å fungere som et forsvar (Bunkholdt 2002). *”Forsvar mot å oppfatte egen sårbarhet viser seg også ved at bruk av skremselstaktikk i kampanjer med sikte på å redusere skadevirkningene av noe, for eksempel røyking, fett i maten eller høy fart, ofte virker mot sin hensikt”* (Bunkholdt 2002:195). Hun forklarer dette med at vi vil prøve å distansere oss fra påvirkningen for å redusere den angsten og spenningen som oppstår. Hun hevder at i ulike kampanjer, som for eksempel mot bruk av narkotika, vil nøytral informasjon kunne virke mest hensiktsmessig. Individuelle forskjeller er uansett sentralt i forhold til effekten. Om noen som står en nær, utsettes for hendelser man forsvarer seg mot, viser det seg at holdningene ofte endres. Distanseringen hjelper ikke, da det ikke lenger er utenkelig eller ureelt (Bunkholdt 2002).

Holdningene vil også kunne ha en tilpasningsfunksjon, som betyr at vi gjennom å tilegne oss eller beholde aktuell holdning, kan få tilfredsstilt viktige behov (Bunkholdt 2002).

”Det kan dreie seg om å få belønning i form av akseptering, ros og tilhørighet, og å unngå straff eller ubehag som avvisning og isolering. Derfor overtar vi en del av de holdningene vi møter i grupper som det betyr noe for oss å tilhøre” (Bunkholdt 2002:193).

Hvordan påvirker holdningene våre dagliglivet?

Bunkholdt (2002) hevder at holdningene våre blant annet påvirker

- Hvor lett vi lærer og oppfatter
- Hvordan hver og en tolker virkeligheten
- Hvilken påvirkning vi selv velger å utsette oss for
- Yrkesvalg

Bunkholdt (2002) viser blant annet til resultater av undersøkelser som bekrefter at vi husker best de argumentene som samsvarer best med egne holdninger. Hun hevder at egne holdninger er med på å avgjøre hvilken informasjon/holddepunkter vi legger merke til og husker, samt hvilken betydning vi gir aktuell informasjon. Vi velger hvilken påvirkning vi utsetter oss for i forhold til for eksempel å søke til grupper som har like holdninger som oss, samt vi søker i opplysningsretninger som samsvarer med egne holdninger.

Hvordan kunne endre holdninger?

Aronson m.fl. (1997) hevder at holdningene våre ofte endres gjennom andres sosiale innflytelse. Vi påvirkes av hva andre sier og gjør. Endring av holdninger kan for eksempel bety å måtte unngå tilhørighet til egen gruppe (Bunkholdt 2002). *”Forsøk på å endre røyke- eller drikkevaner hos ungdom må ta utgangspunkt i det som er akseptert atferd i gjengen. Vi kan få det til hvis vi får normsender(e) til å forandre seg, og erklære at det ikke er spesielt tøft å drikke seg full hver lørdag”* (Bunkholdt 2002:203). Endring av forsvarspregede holdninger er vanskeligere å endre da de beskytter oss mot opplevelse av faktorer vi ikke ønsker å erkjenne. Endringer her er avhengig av arbeid både på personlig og individuelt plan (Bunkholdt 2002). En tilnærming for å endre holdninger er å få vedkommende til å tenke igjennom for og mot argument før de blir påvirket (Aronson m.fl.1997). *”The more people have thought about pro and con arguments beforehand, the better they can ward off attempts to change their minds using logical arguments”* (Aronson m.fl.1997:249).

Aronson m.fl. (1997) hevder at det kan være effektivt å henwise/lede til vedkommendes følelser for å få oppmerksomhet til å kunne endre holdninger. De hevder videre at humøret eller stemningsleie påvirker hvordan man for eksempel oppfatter en reklame på tv. Et godt humør eller stemningsleie vil kunne påvirke evnen til å være kritisk, da det eventuelt kan ødelegge humøret. I et dårlig humør vil man kanskje være mer kritisk, da et negativt humør lettere kan lete etter feil.

Bunkholdt (2002) viser til at ekspertise og sammenlignbarhet er viktige faktorer for å kunne endre holdninger. *"Den som antas å ha best greie på en sak, har gjennomslagskraft"* (Bunkholdt 2002:203). *"Men også mennesker som er like alminnelige som oss selv, og som vi kan sammenligne oss med, kan ha gjennomslagskraft hvis de har eller har vært igjennom de samme problemene som vi selv sliter med"* (Bunkholdt 2002:203). I en gruppe vil den sosiale kontrollen og tilhørigheten som skapes gjennom å være flere være en viktig faktor for å kunne ha gjennomslagskraft (Bunkholdt 2002).

Budskapet som skal endre.

Skremselspropaganda er som nevnt lite effektiv på grunn av vårt eget forsvarsinstinkt. *"Budskap med moderat innslag av informasjon som skaper frykt, kan imidlertid ha gjennomslagskraft hvis mottakeren har de nødvendige personlige eller materielle ressurser for forandring"* (Bunkholdt 2002:204). Bunkholdt (2002) anvender kognitiv responsteori for å forklare hvorfor ulike overtalelser/kampanjer virker eller ikke virker. Det som ligger i dette begrepet er at vi blir ikke overtalt, men vi overtaler oss selv. *"Det er de tankene vi gjør oss mens vi hører, leser eller venter på et budskap som avgjør om vi blir overtalt eller ikke"* (Bunkholdt 2002:204). Hvis argumentene som budskapet gir, samsvarer med våre egne synspunkt vil det være større sjanse for at vi tar imot budskapet.

Bunkholdt (2002) hevder at ensidig (bastant) informasjon virker best på de som allerede har innsett at de må endre vaner. De som ikke har innsett dette, blir mest påvirket av en mer nyansert informasjon (Bunkholdt 2002). Hun forklarer dette med at hos de som vil endre vaner, vil argumentene mot endring vekke nye argumenter for å endre seg, mens hos den andre gruppen vil den nyanserte informasjonen påvirke mest da de egentlig allerede har de samme motargumentene og trenger dermed ikke å forsvare seg mot de mer bastante/ensidige. *"Når de forsiktige hentydningene har fått virke en stund, kjemper mottakeren ikke så sterkt mot de kraftigere påvirkningene som kan bli nødvendig senere"*

(Bunkholdt 2002:206). Hun utdyper videre at det er viktig med konkrete forslag til endringer og mestring av gjeldende situasjon for at budskapet skal virke. *”Mennesker med generelt liten tro på egen kompetanse og som har hatt få mestringserfaringer, er lite mottakelig for overtaleleser til noe som krever egeninnsats”* (Bunkholdt 2002:204). Da man ikke har tro på egen kompetanse og egne argumenter, lar man seg lett overtale av andres argumenter (Bunkholdt 2002).

Vernepleiefaglig arbeid innenfor rusomsorg

Jeg anvender her begrepet bruker. I det vernepleiefaglige arbeidet i forhold til forebygging av bruk av narkotika blant ungdom, vil bruker her være ungdom eller en gruppe av ungdommer. Når jeg refererer til Rammeplanen (2005), henviser jeg til Rammeplanen for vernepleierutdanningen (2005). Rammeplanen (2005) legger blant annet vekt på at vernepleiere skal veilede brukere til å ta egne valg og tilrettelegge for mest mulig grad av selvstendighet.

Vernepleierens helhetlige forståelse

De faglige innfallsvinklene til vernepleieren, er både sosialfaglig og helsefaglig forankret. Vernepleieren innehar en helhetlig forståelse av mennesket. I denne forståelsen ligger det en evne til å se en sammenheng og et gjensidig samspill (påvirkning) mellom individet og omgivelsene. Fokus og oppmerksomhet er altså rettet både mot rammefaktorer i omgivelsene og individuelle forutsetninger (FO 2002a). Rammeplanen (2005) presiserer at vernepleiere skal kunne identifisere ressurser, interesser og begrensninger i samarbeid med brukerne. Målet er økt livskvalitet, selvstendighet og mestring for de menneskene man arbeider for. Den subjektive opplevelsen av hva som er god helse vektlegges og det er viktig å se eventuelle helsemessige problemer i en vid sammenheng (FO 2002a). *”I yrkesutøvelsen er det nødvendig med et bevisst forhold til at det å gi omsorg handler om å balansere mellom hjelp, makt og kontroll”* (FO 2008:13).

Forebyggende og helsefremmende arbeid

Dette arbeidet innebærer vektlegging av både biologiske, psykiske og sosiale forhold, med en forståelse av samspillet mellom disse faktorene. Vernepleiere arbeider ut ifra kunnskap fra ulike fagområder og tilnærminger (FO 2002a). Rammeplanen (2005) tydeliggjør at

vernepleieren skal kunne kartlegge og analysere sammenhengen mellom livssituasjon og samfunnsmessige forhold. Vernepleieren skal *”kunne vurdere ideologi og virkemidler i helse- og sosialpolitikken og fungere som premissleverandør for beslutninger i hjelpeapparatet lokalt og på overordnet politisk plan”* (Rammeplan 2005). Rammeplanen (2005) presiserer videre at man skal inneha en viss forståelse av hvordan forvaltningen og det politiske beslutningssystemet fungerer og hvilke rammebetingelser dette gir for det vernepleiefaglige arbeidet.

Vernepleierens kontakt med ulike brukere er oftest langvarig, noe som betyr at man blir kjent med hverandre og kan opparbeide tillit og gode relasjoner (FO 2002a). *”Vernepleiere har tett samarbeid med andre tjenestemottakere, pårørende og andre yrkesgrupper og har gode relasjonelle ferdigheter”* (FO 2008:3).

Vernepleierens arbeidsmodell (FO 2008:15):



Fig. 3: Vernepleierens arbeidsmodell

For å kunne begrunne og komme frem til ulike tiltak som for eksempel endringer, utbedringer eller type forebygging, anvender vernepleieren en arbeidsmodell som begrepsfester ulike faser i den målrettede arbeidsprosessen. Arbeidsmodellen sikrer også systematisk dokumentering (FO 2008). Modellen illustrerer at arbeidsmetoden i praksis fungerer som en prosess, og at alle de ulike fasene står i et gjensidig forhold til hverandre.

”Modellen tydeliggjør hvilke

valg man står overfor når man skal arbeide målrettet med endringsprosesser, og utfordrer vernepleieren til å begrunne valgene i de ulike fasene” (FO 2008:16). Det er viktig at satsningsområdene og videre prioriteringer har sammenheng med brukers ønsker og behov. Et mål er at bruker skal, ut ifra brukers forutsetning, være med gjennom hele prosessen i modellen (FO 2008).

Hvordan anvende arbeidsmodellen?

Arbeidsmodellen kan anvendes som en sirkulær modell. Med dette menes at det kan, og ofte vil være nødvendig, å gå tilbake i prosessen for å komme seg videre. Arbeidsmodellen kan benyttes både på individ-, gruppe og systemnivå (FO 2008). *”Vernepleierens bruk av arbeidsmodellen innebærer en tilnærming hvor kunnskap fra ulike fagområder knyttes sammen for å belyse behovene bedre”* (FO 2008:16).

Behovskartlegging: Her er det viktig med vernepleierens kunnskap om fysisk, psykisk og sosial utvikling, for å kunne kartlegge andre menneskers behov. Det er viktig med samarbeid mellom bruker, pårørende og eventuelle andre, for å kunne se sammenhengen mellom ressurser og behov. For å finne frem til hvilke behov som foreligger, er det nødvendig å innhente relevante opplysninger gjennom kartlegging. Analysen vil kunne anvendes, sammen med bruker, til å finne realistiske og tilpassede mål i forhold til behov for den enkelte bruker eller gruppe (FO 2008).

Målvalg: Målformuleringene kan være ulike (FO 2008). *”Prioriteringer gjøres på bakgrunn av en begrunnet vurdering av ulike omsorgs og hjelpebehov opp i mot mulighetene for utvikling”* (FO 2008:18).

Tiltaksarbeid: Her vurderes og begrunnes det i forhold til hvilken fremgangsmåte som vil være mest hensiktsmessig for og nå mål(ene). For å kunne gjennomføre en endring vil det være nødvendig å vurdere ulike motivasjonsfaktorer for endringer hos omgivelser og bruker. Gjennom planleggingen vil det være viktig og hele tiden ha fokus på hvilke rammebetingelser man til enhver tid arbeider under. Det utarbeides en skriftlig fremstilling av hva og hvordan tiltak skal gjennomføres og evalueres. Det skal gjennom hele gjennomføringen være en fortløpende dialog og kartlegging med bruker. Dette for å kunne ta stilling til om tiltaket bør endres eller kanskje avbrytes. Hvilken effekt har tiltaket? (FO 2008).

Yrkesetiske retningslinjer for vernepleiere:

De mest sentrale yrkesetiske retningslinjene for vernepleiere i forhold til forebygging blant ungdom er:

- å ha respekt for enkeltindividets frihet, selvbestemmelse og livsverdier.

- ut ifra verdier som tillit, åpenhet, redelighet, omsorg og nestekjærlighet skal man oppnå en etisk og faglig basert relasjon.
- arbeide for en rettferdig fordeling av ressurser i samfunnet.
- har varslingsansvar i forhold til ulike forhold som skaper problemer for grupper eller enkeltmennesker. For eksempel sosiale problemer eller uverdige livsvilkår.
- skal arbeide for et inkluderende samfunn med solidaritet mellom individer (FO 2002b).

Vernepleiere har gode egenskaper og kunnskap i samarbeid mellom ulike involverte yrkesutøvere, yrkesgrupper, etater og nettverk. Et samarbeid mellom ulike parter er nødvendig for å kunne arbeide etter en helhetlig forståelse av mennesket (FO 2002b). ”*Dette forutsetter at yrkesutøveren har kjennskap til og viser respekt for andres kompetanse, roller og arbeidssituasjon*” (FO 2002b:9).

DRØFTING

Jeg vil igjennom denne drøftingen se nærmere på hvordan myndighetene forsøker å forebygge misbruk av narkotika blant ungdom mellom 15-20 år, samt hvilken påvirkning dette kan ha for vernepleiefaglig arbeid innenfor rusomsorg. Når jeg trekker frem eksempler ifra *Regjeringens handlingsplan mot rusmiddelproblemer 2006-2008* eller *Opptrappingsplanen for rusfeltet* velger jeg generelt å omtale de som myndighetene.

Fekjær (2004) forteller om den tradisjonelle forebyggingen fra norske myndigheter sin side, der det fokuseres på skremselspropaganda og ulike informasjonskampanjer. Dette vil være en primær forbygging i forhold til teoriens beskrivelse av primærforebygging, som et generelt tiltak rettet mot en større gruppe. Fekjær (2004) viser til at det er påvist lite effekt av disse kampanjene. Vernepleieren kan være et ledd i regjeringens handlingsplaner mot forebygging, og vil utøve de bestemmelsene som allerede er fastsatt. Kanskje vil det ikke nødvendigvis alltid være slik at vernepleieren utøver disse bestemmelsene i samsvar med egne meninger og holdninger, men de må gjennomføres. Holdningene til vernepleieren vil kanskje være med på å avgjøre hvilke vurderinger vi gjør i forhold til faglig utførelse? Bunkholdt (2002) hevder at holdningene våre er med

på å avgjøre hvordan vi oppfatter informasjon og arbeidsoppgaver som blir gitt. Kanskje vil det ikke alltid være etisk riktig eller etisk forsvarlig å utføre de fastsatte bestemmelsene? Gjennomføring av handling eller ikke, må da vurderes og begrunnes av den enkelte, her vernepleieren. Vernepleieren vil ikke bare kunne fungere som et ledd i handlingsplanene, men kan også fungere som en talsmann for ungdommen. Hva sier og tenker ungdommens selv? En vernepleier kan på individ eller gruppenivå, se de kortsiktige effektene eller konsekvensene som de ulike forebyggingsstrategiene gir. Man vil da kunne gi tilbakemeldinger og vurderinger/evalueringer tilbake til myndighetene og eventuelle andre samarbeidspartnere. Rammeplanen for vernepleieutdanningen presiserer at vernepleieren kan fungere som en helse- og sosialpolitisk aktør.

Primær forebygging

Primærforebygging fokuserer som presentert i teorien på bestemte grupper og deres spesifikke problemer. Gerald Caplan (Fekjær 2004) definerer primær forebygging til å rette seg mot hele befolkningen. Forebygging av misbruk av narkotika gjennom generelle informasjonskampanjer, media og ulike skremselspropaganda vil være en primær forebygging. Målet er å nå ut til flest mulig innenfor målgruppen. Men vil denne type forebygging nå de gruppene som trenger det mest? Helland og Øia (2000) kritiserer denne type forebygging for å være altfor generell og dermed vanskelig å få frem til de mest utsatte gruppene. Hvordan kvalitetssikre at for eksempel informasjonskampanjene i skolen når ut til de risikoutsatte ungdommene? I teorien kommer det frem at ungdommer i risikozonen ofte har ulike atferdsproblemer som blant annet skulking av skole, og gruppetilhørighet der normsendere påvirker gruppemedlemmenes atferd. Ifølge Bunkholdt (2002) kan andre mennesker vi ser opp til eller misunner være med på å forme holdningene våre, i den forstand at vi gjør deres holdninger til våre. Hvilken effekt vil informasjonskampanjen ha om det er andre/annet som styrer holdninger og ulike valg? Bunkholdt (2002) trekker frem normsendere som en mulig avgjørende faktor for våre egne holdninger. *"Normsendere påvirker bevisst de andre til å overta hennes eller hans holdninger og atferd"* (Bunkholdt 2002:197). En ungdom med lav selvtilit og tro på egne valg, vil kanskje være lett påvirkelig av en normsender som bruker narkotika selv, eller gir uttrykk for at bruk av narkotika er akseptabelt, eller kanskje kult?

Selv om det tas utgangspunkt i å rette budskapet i informasjonskampanjene mot ungdommer i risikosonen, er det fortsatt en stor gruppe som skal nås, og fortsatt generelle tiltak som settes i verk. I forhold til vernepleierens arbeidsområder og arbeidsmetoder, kan vernepleieren være aktuell i arbeid med å kartlegge og identifisere ulike miljøer og grupper som kan være i risikosonen. Risikofaktorene vil gjennom kartleggingen synliggjøres og vernepleieren kan da være med på å fjerne eventuelle og relevante risikofaktorer eller opparbeide motstand mot dem. Et tiltak her kan være et alternativt tiltak. Et fokus på forebygging uten fokus på rusmidler, der fokuset rettes mot alternative oppgaver og teorier (Rønningen 2005). Et alternativt tiltak overfor en stor gruppe vil kanskje kunne være å gjøre noe sammen for å danne et fellesskap blant ungdommene? Gjennom opparbeiding av fellesskap og tilhørighet i ungdomsgruppen, vil man kunne forebygge bruk av narkotika gjennom å forebygge gruppedannelser som oppstår bare fordi en form for tilhørighet er bedre enn ingen. Bunkholdt (2002) hevder at man gjennom mangel på fellesskap ofte oppsøker asosiale grupper eller ”dårlig selskap”.

Ulike nettsider som skal gi informasjon blir prioritert i opptrappingsplanen for rusfeltet. Ungdommen anvender som kjent generelt mye datateknologi, og formidling av informasjon gjennom internett vil kunne være relevant. I for eksempel et klasserom eller en form for fellesmøte, der det gis informasjon om narkotika, vil det kanskje være vanskelig for mange ungdommer å vise interesse og engasjement om kompisar med andre holdninger er tilstede. Dette kan for eksempel ses i sammenheng med Bunkholdts (2002) teori om gruppefaktor som øver indirekte eller direkte press på gruppe medlemmene i forhold til holdninger. I en situasjon som eksempelet ovenfor, kan kompisene kunne reagere med negative reaksjoner om ungdommen, i strid med deres holdninger, viser interesser for informasjonen. Negative reaksjoner kan for eksempel være i form av utstøting eller ulike sanksjoner (Bunkholdt 2002). Gjennom tilgjengelig informasjon på internett, kan ungdommen oppsøke den etter eget ønske, uten at andre nødvendigvis trenger å vite det. Kanskje bør informasjonen som blir presentert i klasserommet eller på fellesmøte være basert på at de ulike nettsidene eksisterer og hvilken informasjon som ligger tilgjengelig? Dette vil kunne øke sannsynligheten for at informasjonen når frem til de som er interessert, uten at andres påvirkning nødvendigvis hindrer ungdommen i å ta til seg informasjonen. Informasjon tilgjengelig på internett, vil også kunne være en innfallsport for ungdom med bekymring for andre. Kanskje vil det kunne oppfattes som et

svik eller en misgjerning å kontakte for eksempel helsesøster eller foreldre? Internettssidene vil da kunne være en informasjonskilde, der man i tillegg kan sende spørsmål og få bekreftelse, eller avkrefting, på egne oppfattelser. Bekreftelsen vil kunne føre til at vedkommende sier ifra til rette aktører, og intervensjon overfor ungdommen eller gruppen den gjelder, vil kunne settes i verk tidlig.

Myndighetene legger blant annet mye vekt på kunnskapsbasert undervisning om rus i skolene. Bunkholdt (2002) hevder at informanten må være en person som blir oppfattet som en med relevant kunnskap og kompetanse, og som dermed vet hva han snakker om, for at budskapet skal oppfattes som relevant. Dette for at vedkommende da vil ha gjennomslagskraft i form av ekspertise og sammenlignbarhet. Om vi tenker at dette er tilfelle, vil da for eksempel lærere inneha denne gjennomslagskraften hos ungdommer mellom 15-20 år? Kanskje kan vernepleieren bidra med sin relasjonskompetanse og ofte langvarige kontakt med enkeltindivid, der læreren kanskje vil være avhengig av å fokusere mer på klassen som helhet fremfor de enkelte ungdommene? Gjennom å bygge opp relasjoner over tid vil vernepleieren kanskje ha bygd opp et samarbeid med ungdommen som åpner for tiltro og tillit? For å oppnå effekt av budskapet kan det kanskje være fordelaktig å bruke ungdom eller et idol for ungdommen som informant? Et eksempel kan være reklame der toppidrettsutøvere reklamerer for ulike produkt. Selv setter jeg større validitet til disse reklamene enn til andre, da de fungerer som forbilder og ”seriøse” personer for meg. Bunkholdt (2002) hevder også at egne holdninger er med på å avgjøre hvilken informasjon vi tar til oss og husker, samt hvilken betydning vi gir den informasjonen som blir gitt oss. Hos ungdommer som kanskje tilhører grupper der holdningene baserer seg på at narkotika er legalt i miljøet, vil kanskje ikke denne type informasjonskampanjer være hensiktsmessig?

Fekjær (2004) eksemplifiserte i teorien med en kampanje i skolen der tidligere narkotikamisbrukere skulle informere og påvirke ungdommene til ikke å bruke narkotika. Hvordan skal ungdommene kunne sammenligne seg selv med eldre mennesker? En narkotikamisbruker vil ha et rusproblem. Jeg tror ikke at ungdom som aldri, eller et par ganger, har brukt rusmidler ser de valgene de tar som et valg om å bli narkotikamisbruker eller ikke. De står overfor et valg om å prøve/teste ut et forbudt narkotisk stoff. Bunkholdt (2002) definerer skremselspropaganda som budskap i form der informasjonen skal skape frykt. Eksempelet ovenfor vil kunne kalles en skremselspropaganda, da

narkotikamisbrukerne kan skape frykt hos ungdommen i forhold til hvilke konsekvenser bruk av narkotika kan gi. *"En populær, men trolig den minst effektive formen for opplysning er å invitere en utslått alkoholiker eller stoffmisbruker for å avskrekke ungdommen"* (Fekjær 2004:293). Han underbygger videre tankegangen om at situasjonen til en narkotikamisbruker ikke kan sammenlignes med den situasjonen ungdommene står i når de tar et valg om bruk av narkotika. Hvordan reagerer ungdommen egentlig på skremselspropaganda? *"Forsvar mot å oppfatte egen sårbarhet viser også ved at bruk av skremselstaktikk i kampanjer med sikte på å redusere skadevirkningene av noe, for eksempel røyking, fett i maten eller høy fart, ofte virker mot sin hensikt"* (Bunkholdt 2002:195). Hun forklarer dette med at vi vil distansere oss fra den gitte informasjonen for å unngå å føle på de konsekvensene valget om bruk av narkotika kan gi. Hvordan kan den eksemplifiserte narkotikamisbrukeren få budskapet sitt frem til de ungdommene som har erfaring eller vurderer å gjøre seg erfaringer med bruk av narkotika? Schultz (2007) hevder at det fremdeles dukker opp jevnlig innslag av skremselspropaganda, til tross for lite dokumentasjon på effekt. Kanskje kan vernepleieren bidra med en tilnærming, basert på kunnskap fra ulike fagområder, for å tydeliggjøre hvordan budskapet bør kles for at ungdommen skal kunne bli mottagelig? Ved å knytte kunnskap fra ulike fagområder sammen, blir behovene bedre belyst (FO 2008).

Teorien viser at myndighetene også setter fokus på de ulike rusmiddelfrie kulturtilbudene i sitt forebyggende arbeid, gjerne i form av økonomiske tilskudd. Et rusmiddelfritt kulturtilbud vil være forebyggende selv om det ikke utelukkende vil bestå av miljø med fokus på bruk eller avhold fra bruk av narkotika. Men vil ungdom i den nevnte risikogruppen inneha tilhørighet til noen innad i dette rusmiddelfrie miljøet? Hvordan skal kulturtilbudene nå de ungdommene som har mest behov for deltakelse som en forebygging? Et godt eksempel her kan være ifra praksisperiode. En av ungdommene hadde vært på et rusfritt kulturtilbud et par ganger og synes at tilbudet var greit. Han synes det kunne være greit å ha noe å gjøre på fritiden, noe som var fast utenom den daglige treningen. Han hadde trivdes de to gangene han var med, men kjente ingen der. Omgangskretsen hans var i stor grad miljø med bruk av narkotika. Han uttalte *"at det var ikke hans type folk som var på kulturtilbudet"*. Hvilken forebyggende effekt vil det rusfrie kulturtilbudet ha i lignende tilfeller? Ungdommen her hadde ønske og var villig til å prøve tilbudet for å ha en sosial aktivitet å gå til, men mistet gnisten da han ikke hadde noen tilhørighet til gruppen. Kanskje visste mange av ungdommene som var på kulturtilbudet

hvem han var og hvilket miljø han tilhørte? Kanskje kan denne forforståelsen ha gitt konsekvens i form av å bli unnvikende og negativt uttrykkende til at han passet inn i deres gruppe? Tidligere i drøftingen trakk jeg frem hvordan gruppetilhørighet er med på å avgjøre og forme medlemmenes holdninger. Bunkholdt (2002) presiserer viktigheten av å ha et akseptabelt tilbud til den enkelte ungdom i et miljøskifte som i eksempelet. Gjennom mangel på fellesskap, som for eksempel ungdommen følte i forhold til kulturtilbudet, blir man gjerne ukritisk til hvilke faktorer man aksepterer, bare man oppnår tilhørighet og blir innlemmet i et fellesskap (Bunkholdt 2002). Ulike kulturtilbud kan kanskje være en forebyggingsstrategi for å unngå at ungdommer kommer i nære relasjoner med ungdommer som kan introdusere narkotika til andre. En slik strategi er i tråd med Pedersens (2006) teori med at det i nesten alle tilfeller er en etablert situasjon mellom den som prøver narkotika og den som introduserer det. Dette vil kreve at ungdommer med for eksempel lav selvtilitt og et nødvendig behov for å føle tilhørighet, ikke er avhengig av å tilhøre et fellesskap med bruk av narkotika eller utbredt kriminell atferd for å være tilhørende. Vernepleierens mål om økt livskvalitet, selvstendighet og mestring i forhold til ulike områder, kan være viktige faktorer for å bygge opp en ungdoms selvtilitt og tro på egen eksistens og tilhørighet uten å være avhengig av andre. Det må tilrettelegges for alternativer for ungdommen, samtidig som at selvtilitten må styrkes for å kunne ta egne valg og utføre individuelle handlinger. Kanskje vil en gruppe uten bruk av narkotika kunne videreføre sine holdninger og sitt fellesskap til ungdommer som bruker noe narkotika eller som er i risikozonen for bruk av narkotika? Myndighetene trekker frem barn og ungdom med innvandrerbakgrunn, som en gruppe der det kan være risiko for å havne i et fellesskap med bruk av narkotika i mangel på erkjennelse og tilhørighet hos andre. Det kan være et aktuelt eksempel på en gruppe med behov for tilrettelagte alternativer. Rønningen (2005) utdyper om sosial- og kognitive strategier som forebygging av bruk av narkotika. Her vil det i tråd med vernepleierens mål fokuseres på blant annet mestringsforventninger og resultatforventninger. Dette betyr at evnen til å motstå sosialt press og tro på egne valg skal styrkes, de positive forventningene til bruk av rusmidler skal svekkes og den faktiske kunnskapen om hvor vanlig/uvanlig bruk av rusmidler er skal opplyses (Rønningen 2005).

Daglig videreformidler media ulike budskap rundt narkotika og ungdom, enten som en del av myndighetenes forebyggingsstrategi eller som en oppdatering i form av en nyhetssak. Media opplyser og informerer blant annet ungdom om for eksempel konsekvenser ved bruk av narkotika. Hvilken effekt har media på ungdommen? Fekjær (2004) hevder at

media kan gi misvisende bilder og informasjon rundt narkotika. I forhold til nyhetsbilder der det fortelles om ulovlig bruk, oppbevaring og salg av narkotiske stoffer, mener han at bildene etter hvert gir et inntrykk av at det er normale handlinger. Ungdom mot narkotika uttalte at *”Ungdom lures til tro at alle bruker det, og veien til selv å prøve blir mye kortere”* (Fekjær 2004:288). Gjennom daglig informasjon og opplysninger om bruk av narkotika i Norge og andre land, blir bruken presentert som noe vanlig, fremdeles ulovlig, men ikke lenger annerledes. Man lures til å tro at de få tilfellene som trekkes frem i media er generelle, da media ofte kan fremlegge nyheter som fengende og relevante for å få størst mulig oppslutning.

Vernepleierens fokus på brukervedvirkning i forhold til myndighetenes mål om forebygging gjennom kunnskapsbasert informasjon vil kunne være både en styrke og en ”svekker” i utførelsen av regjeringens handlingsplaner. Gjennom brukervedvirkning kan det settes fokus på at det er ungdommen sitt valg å bruke narkotika eller ikke. Det bør derimot tilrettelegges for at ungdommen har flere valgmuligheter og at ungdommen innehar den kunnskapen som trengs for å kunne ta et selvstendig valg. Retningslinjene fra regjeringen i forhold til informasjonskampanjer, kunnskapsbasert undervisning om rus og at ungdommen/pårørende skal være delaktig og tas med på råd i informasjonsutgreiingen, kan i utgangspunktet samsvare med vernepleierens fokus på brukervedvirkning. Gjennom informasjon styrkes ungdommen i å kunne ta et begrunnet, selvstendig valg. Den helhetlige arbeidsmodellen vil være et redskap for vernepleieren til for eksempel å kunne kartlegge hvilken informasjon som er nødvendig eller mangelfull, samt hvem og hvilke grupper som er relevante målgrupper i et miljø. Myndighetenes forebygging tar mye utgangspunkt i den helhetlige situasjonen til hver enkelt ungdom for å forebygge bruk av narkotika. Man ser for eksempel ulike atferdsproblemer, familiesituasjon og ulike faktorer i oppvekst som en del av et forebyggende arbeid. Vernepleieren kan være sentral her, da vernepleieren innehar evnen til å se en sammenheng og et gjensidig samspill eller påvirkning, mellom individet og omgivelsene. FO (2002a) fremlegger de faglige innfallsvinklene til vernepleieren som både sosialfaglig og helsefaglig forankret.

Sekundær forebygging

Teorien forteller at den sekundære forebyggingen retter seg mer selektivt mot selve risikogrubbene. Målet er å hindre et problem i å utvikle seg videre eller bli varig (Snoek og Engedal 2000). Enkelte forebyggingsstrategier, som for eksempel ulik forebygging og intervensjon rettet direkte mot risikogrubbene, vil kunne defineres som en sekundær forebygging. Myndighetene forebygger konkret i ulike risikogrupper gjennom for eksempel individuelle tiltak, samarbeid mellom ulike aktører og ulik forskning. Det forskes for eksempel på effekt av tiltak rettet mot ungdom i risikozonen. Vernepleieren kan bruke sine evner til samarbeid for å styrke et samarbeid mellom ulike aktører. Kanskje vil det være naturlig å bruke en vernepleier som koordinator i et slikt samarbeid, da vernepleieren innehar en helhetlig forståelse i forhold til at ulike rammefaktorer, omgivelser og individ står i et gjensidig samspill? Gjennom vernepleierens arbeidsmodell kommer det tydelig frem at det er nødvendig å se den gjeldende situasjonen i en helhet, for å kunne finne frem til gjeldende årsaker (FO 2008). Myndighetene trekker frem viktigheten av å se på kjønnsmessig fordeling av rusmisbruk, rusmønster og ruskarriere for å kunne forebygge målrettet mot den aktuelle gruppen. Både Pedersen (2006) og Rønningen (2005) underbygger denne viktigheten, da de viser til store kjønnsforskjeller, blant annet gjennom ulike veier inn i bruk av narkotika. I en risikogruppe vil det være ulike individer og ulike behov som må dekkes. Er behovet for tilhørighet i en gruppe stort på grunn av lav selvtilit, vil det kanskje være andre faktorer det må settes fokus på enn om vedkommende er i en risikogruppe på grunn av narkotikamisbruk hos for eksempel foreldre. Ungdommene vil, uavhengig av gruppen, ha to ulike holdninger til bruk av narkotika. Det vil dermed kanskje i mange tilfeller være like viktig å ha en tilnærmet individfokusering i forhold til bruk av narkotika innad i risikogrubbene?

Myndighetene har fokus på at ungdommene skal tas med på råd i det forebyggende arbeidet, men handlingsplanene konkretiserer ikke hvordan dette skal gjøres. Hvilke ungdommer skal tas med? Gjennom samarbeid med ungdommen selv, vil kanskje informasjonen og kampanjene kunne påvirke, da det er noen på egen alder, i samme situasjon og som ungdommene kan oppfatte som en person med ”peiling”. Men hvordan skal dette samarbeide utarbeides, eller hvordan tenker myndighetene at ungdommen skal være påvirkendes og kanskje synlig i den norske ruspolitikken? De ulike handlingsplanene trekker frem ungdommen som en sentral medarbeider i denne politikken, men utdyper eller

viser lite til hvordan dette skal tilrettelegges. Teorien viser at både myndighetene og ulike forskere ser sammenhengen mellom tidlig bruk av narkotika og alvorlige atferdsproblemer. Pedersen (2006) hevder at ungdommer som tidlig gjør seg erfaringer med bruk av narkotika, ofte også gjør seg tidlige erfaringer i forhold til normbrudd, seksualitet og ulike typer risiko. Gjennom egne praksiserfaringer har jeg blant annet erfart at mange ungdommer med ADHD, ungdommer som skulker skole, utøver hærverk og ulike kriminelle handlinger ofte tidlig gjør seg erfaringer eller havner i miljø med bruk av narkotika. Pedersen (2006) underbygger mine erfaringer med blant annet å trekke frem de faktorene jeg erfarte som eksempel på handlingsmønstre, der det ofte utvikler seg til å bli atferdsproblemer i risikosonen for bruk av narkotika. Pedersen (2006) viser til studie som viser en dramatisk økt risiko for bruk av narkotika blant ungdom med ulike atferdsproblemer. Statistikken viste at av de 13 år gamle jentene i undersøkelsen, var det 44 % av de med atferdsproblemer som hadde brukt hasj i en alder av 15 år. Blant jentene uten atferdsproblemer var det ingen. Det skal settes inn riktige tiltak på et tidlig, men riktig tidspunkt i forhold til ungdom med atferdsproblemer uttrykker handlingsplanene. De tydeliggjør selv at dette kan bli en utfordring uten å få en konsekvens av for eksempel stigmatisering. Sosial ferdighetstrening og individuell plan trekkes frem som eksempler på virkemidler for å forebygge eventuell bruk av narkotika. Schultz (2007) underbygger dette i sin tankegang om at opptrening av sosiale ferdigheter kan være medvirkende til å få økt selvinnsikt og personlig trygghet. Dette vil igjen styrke ungdommen til å kunne ta egne valg og være aktiv i eget liv. Men burde ikke dette styrkes generelt blant ungdommer for å kunne forebygge, fremfor eventuelt bare de som har tydelige alvorlige atferdsproblemer?

Handlingsplanene legger vekt på tverrfaglig samarbeid mellom ulike arenaer for å få en effektiv forebygging. Dette fordi gjennom forebygging og intervensjon mot atferdsproblemer, mobbing, røyking eller kriminell aktivitet, benyttes metoder som også forebygger mot bruk av narkotika. Kanskje kan vernepleieren være delaktig gjennom bruk av helhetlig arbeidsmodell, ved å kartlegge, analysere og utarbeide relevante tiltak sammen med de ungdommene som har behov for dette? Gjennom delaktighet fra ungdommens side vil kanskje konsekvensen av for eksempel stigmatisering gjøres mindre synlig, da ungdommen selv har en forståelse av hvilke faktorer som er avgjørende å holdes noe skjult i hans eller hennes hverdag. Her tenker jeg at ungdom med dysleksi for eksempel kan ha behov for ekstra lesetrening eller undervisning. I en skoletime der alle kompiser eller venner av ungdommen sitter, vil det og for eksempel

sette seg bakerst i klasserommet og utøve denne lesetreningen kunne være med på å utvikle en ytterligere stigmatisering.

Bunkholdt (2002) trekker frem normsenderen i en gruppe som viktig for å kunne forhindre videreførelsen av for eksempel introduksjon av narkotika. Hvordan kunne tilrettelegge for at ungdom for eksempel skifter miljø? *”Enten påvirkningen skjer bevisst eller ikke, er normsenderen vanligvis en person som oppfattes å ha makt eller andre former for ressurser, som synes å lykkes i det han/hun foretar seg, eller er spesielt godt likt”* (Bunkholdt 2002:197). Denne suksessen trenger ikke nødvendigvis å være i forhold til prestasjoner eller oppfyllelse av ulike samfunnskrav. Kanskje vil normsenderen, eller en eller flere uformelle ledere i en gruppe, ha en stor bekjentskapskrets på grunn av narkotikahandel? Denne store bekjentskapskretsen vil kunne være en positiv faktor for ungdommer i gruppen (eller utenforstående) som har ønske om større omgangskrets eller om å bli godt likt. Et fokus på styrking av ungdommens selvtillit og selvbekreftelse vil kunne være sentralt for å forebygge denne type påvirkning til bruk av narkotika. Aronson m.fl. (1997) hevder at vi endrer holdningene våre gjennom andres sosiale innflytelse.

Mange av de eksemplene jeg trekker frem som sekundære forebyggingstiltak, vil nok kunne sveve noe mellom å være sekundær- eller tertiær forebygging. Likeså vil mye av det jeg drøfter og trekker frem i delen tertiær forebygging, kunne gå inn i en sekundær forebygging. Dette kan ses ut ifra Gerald Capland (Fekjær 2004) sin definisjon på disse to ulike forebyggingsmetodene. Han definerer sekundærforebygging som rettet selektivt mot risikogrupper og tertiærforebygging rettet mot risikoindivider. Helland og Øia (2000) presiserer at denne oppdelingen ikke kan sees som absolutt, da de ulike forebyggingene vil gå på tvers av hverandre. Myndighetene vil ikke kunne utarbeide konkrete tiltak på individnivå, men gir en pekepinn på hvordan man skal tilrettelegge for forebygging av bruk av narkotika både i risikogruppene og overfor grupper med individrisiko.

Tertiær forebygging

Snoek og Engedal (2000) definerer tertiær forebygging som en forebygging med mål om å hindre utvikling som kan få alvorlige konsekvenser, samt forebygge at ikke gjeldende problem skal komme tilbake. Tertiær forebygging kan minne mye om rehabilitering eller

behandling (Fekjær, 2004). Handlingsplanens mål om tidlig intervensjon hos spesielt barn av rusmiddelmissbrukere, ungdom med atferdsproblemer og barn med innvandrerbakgrunn vil kunne kalles en tertiær forebygging, da tiltakene kan rettes mot enkeltindivid. Handlingsplanen 2006-2008 presiserer at *”det er behov for systematisk identifisering av grupper som har høy risiko for å utvikle rusmiddelproblemer”*. De individuelle ungdommene vil gjennom en systematisk kartlegging kunne bli tydelige. Kanskje vil for eksempel en voldtekt kunne føre til atferdsproblemer og sette ungdommen i risikozonen for bruk av narkotika? I et slikt tilfelle vil det være nødvendig med et individuelt tiltak for å kunne motvirke risikofaktoren. Her kan det være aktuelt med det blant annet Rønningen (2005) presenterer som multisentrerte og multisystemiske strategier. I dette ligger det å sette fokus på samspillet mellom flere arenaer og se hvordan ulike settinger har betydning for sosiale og individuelle holdninger til bruk av narkotika. Denne strategien samsvarer mye med vernepleierens faglige utøvelse. Fokus og oppmerksomhet i det vernepleiefaglige arbeidet, er rettet mot rammefaktorer i omgivelsene og individuelle forutsetninger (FO 2002a). I delen om sekundær forebygging stiller jeg spørsmål om endring av miljø eller gruppe som en forebygging mot bruk av narkotika. Et tiltak i forhold til dette vil kunne kalles en tertiær forebygging, da det må utarbeides i forhold til, og sammen med det enkelte individ.

Bunkholdt (2002) anvender kognitiv responsteori som viktig i forhold til de ulike nevnte informasjonskampanjene. Hun forklarer dette med at vi som individ ikke blir overtalt av ulike kampanjer og informasjon, men at vi overtaler oss selv. *”Det er de tankene vi gjør oss mens vi hører, leser eller venter på et budskap som avgjør om vi blir overtalt eller ikke”* (Bunkholdt 2002:204). Kanskje vil det være større sannsynlighet for effekt av informasjonskampanjene om ungdommen blir presentert for innholdet før selve informasjonskampanjen blir presentert? Ungdommen vil da kunne få mulighet til å gjøre seg opp egne meninger, samt reflektere over egne synspunkt og erfaringer før informasjonen *”blir tredd nedover hodet”*. Aronson m.fl. (1997) underbygger denne tankegangen da de hevder at en tilnærming for å endre holdninger er å få vedkommende til å tenke igjennom for og mot argumenter før de blir påvirket.

Oppsummering

Jeg har gjennom eksempler drøftet hvordan norske myndigheter forebygger bruk av narkotika blant ungdom mellom 15-20 år, samt hvordan dette påvirker det vernepleiefaglige arbeidet eller hvordan vernepleieren med sin kompetanse kan svekke/styrke de fastlagte rammene for forebygging. Jeg har fokusert mye på den tradisjonelle forebyggingen med skremselspropaganda og ulike informasjonskampanjer, og drøftet hvordan disse påvirker ungdom, eller eventuelt hvorfor ikke. Dette vil være en primær forebygging og dermed har denne delen av drøftingen blitt noe mer prioritert enn sekundær- og tertiær forebygging. Dette er ikke en absolutt inndeling, da ulike tiltak og målsettinger gjerne kan plasseres i flere en bare en av disse ”boksene”. Holdningene våre påvirker oss i det daglige, noe som kommer frem i drøftingen. Dette gjelder både i forhold til hvilke valg og meninger ungdommene har i forhold til bruk av narkotika, men også i forhold til vernepleierens faglige vurderinger. Det kan være avgjørende å endre eller påvirke holdningene til ungdommen for å forebygge mot bruk av narkotika. Gjennom drøftingen har det kommet frem eventuelle grunner til at de som er i risikogrupperne, ofte ikke mottar den informasjonen som blir gitt som et forebyggende tiltak. Det drøftes om hvorfor den ikke gjør det, og eventuelle endringer for å styrke sannsynligheten for at informasjonen når frem. Vernepleierens fokus på et gjensidig samspill mellom individet og omgivelsene kan styrke det forebyggende arbeidet av bruk av narkotika blant ungdom.

AVSLUTNING

Det kan tyde på at gjennom myndighetenes forebygging av bruk av narkotika, har de fokus på ulike risikogrupper og risikoindivider, men at størstedelen av forebyggingen skjer gjennom generelle tiltak som informasjonskampanjer og kunnskapsbasert undervisning i skolen. På den ene siden vil det gjennom denne type tiltak kunne utføres forebygging hos større grupper, men på den andre siden kan man stille spørsmål ved hvor effektiv denne forebyggingen egentlig er. Hos ungdommer som allerede har en holdning som innebærer ikke bruk av narkotika, vil denne type tiltak kunne styrke ungdommens allerede motstand mot bruk av narkotika. Hvor effektiv vil derimot denne type tiltak være overfor de ungdommene som har en reell sjanse for å begynne med bruk av narkotika?

Myndighetene har fokus på å se ungdommen og omgivelsene i et gjensidig samspill, noe som samsvarer med en vernepleiefaglig arbeidsmetode. Vernepleieren kan anvende sin arbeidsmodell både på individ-, gruppe- og systemnivå. Gjennom denne tankegangen kan bakenforliggende årsaker til for eksempel gruppetilhørighet, holdninger eller utførelse avsløres, og et forebyggende arbeid kan fokusere på de aktuelle faktorene og dermed gjøres mer effektiv. Det fokuseres på risikogrupperne i handlingsplanene, der de defineres som barn med atferdsproblemer, barn av rusmisbrukere og ungdom med innvandrerbakgrunn. Hva med de som kanskje har psykiske problemer som ingen oppdager eller får innblikk i, eller barn oppvokst i hjem med skjult rusmisbruk? Vil ikke disse kunne anses å være i en risikogruppe?

REFERANSELISTE

Aadland, Einar (2004). *Og eg ser på deg. Vitenskapsteori i helse- og sosialfag*. Oslo: Universitetsforlaget.

Aronson, Elliot, Timothy D. Wilson og Robin M. Akert (1997) *Social Psychology*. New York: Longman.

Bunkholdt, Vigdis (2002). *Psykologi*. Oslo: Universitetsforlaget.

Dalland, Olav (2007). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Fekjær, Hans Olav (2004) *Rus: bruk, motiver, skader, behandling, forebygging, historikk*. Oslo: Gyldendal akademisk.

FO- Fellesorganisasjonen for barnevernpedagoger, sosionomer og vernepleiere (2002a). *Om vernepleierens helsefaglige kompetanse*.

FO- Fellesorganisasjonen for barnevernpedagoger, sosionomer og vernepleiere (2002b). *Yrkesetisk grunnlagsdokument for barnevernpedagoger, sosionomer og vernepleiere*.

FO- Fellesorganisasjonen for barnevernpedagoger, sosionomer og vernepleiere (2008). *Om vernepleieryrket*.

Haug, Erna og Kirsti Meum Paulsen (2007). *Mellom fag, forvaltning og politikk i helse- og sosialtjenesten. En problembasert introduksjon for studenter*. Oslo: Universitetsforlaget.

Helland, Håvard og Tormod Øia (2000) *Forebyggende ungdomsarbeid*. Bergen: Fagbokforlaget.

Klefbeck, Johan og Terje Ogden (2003) *Nettverk og økologi. Problemløsende arbeid med barn og unge*. Oslo: Universitetsforlaget.

Mikkelsen, Stein, Vegard A. Schancke og Britt Unni Wilhelmsen (2003). Interaktiv nettjeneste for forebyggende og helsefremmende arbeid i Norge. Til hvilken nytte i rusforebyggende arbeid? I: *Norsk pedagogisk tidsskrift nr.05-06* (2003), s. 328. Oslo: Universitetsforlaget.

Pedersen, Willy (2006). *Bittersøtt*. Oslo: Universitetsforlaget.

Rønningen, Grete Eide (2005). Målgrupper, arenaer og strategier i rusmiddelforebyggende arbeid. I: forebygging.no. Tilgjengelig på internett:
http://www.forebygging.no/fhp/d_emneside/cf/hApp_101/hPKey_9811/hParent_593/hDKey_1 (lest 28.05.09)

Schultz, Jon-Håkon (2007). *Ungdom og rus. Innvandrerungdom møter norske rusvaner*. Oslo: Universitetsforlaget.

Simonsen, Terje, Jarle Aarbakke og Roy Lysaa (2004) *Illustrert farmakologi. Bind 1*. Bergen: Fagbokforlaget.

SIRUS- Statens institutt for rusmiddelforskning (2008). *Rusmidler i Norge 2008/ Alcohol and Drugs in Norway*.

Snoek, Jannike Engelstad og Knut Engedal (2000). *Psykatri*. Oslo: Akribe Forlag.

Offentlige utredninger, stortingsmeldinger, lover og forskrifter:

Helsedirektoratet (2009). *Opptrappingsplanen for rusfeltet. Statusrapport 2008*. Oslo: Helsedirektoratet.

Helse og omsorgsdepartementet (2007). Forskrift om narkotika m.v. (Narkotikalisten). Tilgjengelig fra URL: <http://lovdata.no/for/sf/ho/xo-19780630-0008.html> (lest 19.05.2009)

Regjeringen (2005). *Regjeringens handlingsplan mot rusmiddelproblemer 2006-2008*. Oslo: Arbeids- og sosialdepartementet

Utdannings- og forskningsdepartementet (2005). *Rammeplan for vernepleierutdanning*. Oslo: Utdannings- og forskningsdepartementet.

Utenriksdepartementet (2008). St.prp. nr.35. *Om samtykke til deltaking i ei avgjerd i EØS-komiteen om innlemming i EØS-avtala og EU-programmet om narkotikaførebygging og – informasjon (2007-2013)*. Oslo: Departementet.

Selvvalgt pensum:

Fekjær, Hans Olav (2004) *Rus: bruk, motiver, skader, behandling, forebygging, historikk*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Helland, Håvard og Tormod Øia (2000) *Forebyggende ungdomsarbeid*. Bergen: Fagbokforlaget.

Mikkelsen, Stein, Vegard A. Schancke og Britt Unni Wilhelmsen (2003). Interaktiv nettjeneste for forebyggende og helsefremmende arbeid i Norge. Til hvilken nytte i rusforebyggende arbeid? I: *Norsk pedagogisk tidsskrift nr.05-06* (2003), s. 328. Oslo: Universitetsforlaget.

Pedersen, Willy (2006). *Bittersøtt*. Oslo: Universitetsforlaget.

Schultz, Jon-Håkon (2007). *Ungdom og rus. Innvandrerungdom møter norske rusvaner*. Oslo: Universitetsforlaget.

Tabell 6.6 Prosent av ungdom i Norge i alderen 15–20 år som oppgir at de noen gang har brukt forskjellige stoffer 1990–2008

Percentage of young people in Norway aged 15–20 years who say that they have at some time used different drugs 1990–2008

	Cannabis	«Sniffet»	Amfetamin o.l. stoffer	Kokain el. «crack»	LSD	Ecstasy	GHB	Heroin o.l. stoffer	Tatt stoff med sprøyte	Antall i alt
	<i>Cannabis</i>	<i>«Sniffing»</i>	<i>Amphetamine and similar substances</i>	<i>Cocaine or «crack»</i>	<i>LSD</i>	<i>Ecstasy</i>	<i>GHB</i>	<i>Heroin and similar substances</i>	<i>Injected drugs</i>	<i>Total number</i>
1990	8,0	8,3	1,2	0,5	..	..	..	0,5	0,3	2 901
1991	8,3	7,6	0,9	0,3	..	..	..	0,5	0,2	3 105
1992	9,0	6,3	1,0	0,3	..	..	..	0,9	0,4	2 897
1993	8,6	6,6	1,2	0,3	..	..	..	0,8	0,6	2 658
1994	8,7	6,5	1,1	0,3	0,4	0,3	..	0,6	0,3	2 469
1995	9,9	6,6	1,6	0,4	0,3	0,9	..	0,8	0,4	2 263
1996	12,3	6,2	2,2	0,5	0,8	1,7	..	0,6	0,3	2 043
1997	13,4	6,6	2,5	1,0	0,9	1,8	..	0,7	0,3	1 971
1998	18,0	5,1	3,7	1,5	1,6	2,6	..	0,7	1,4	1 636
1999	17,8	6,8	4,1	2,1	1,6	2,3	..	1,5	1,1	1 771
2000	18,8	6,7	3,9	2,5	1,8	3,0	..	0,6	1,6	1 706
2001	16,9	5,4	4,6	1,6	1,1	3,0	1,1	0,8	1,0	1 727
2002	14,8	5,4	3,4	1,5	0,8	2,7	0,6	0,4	0,7	1 636
2003	17,0	4,9	4,6	3,2	0,8	3,2	0,8	0,9	0,8	1 789
2004	13,4	6,4	3,5	1,8	0,6	1,9	0,6	0,8	0,6	1 654
2005	15,0	5,5	4,1	2,4	1,1	2,0	1,0	0,9	1,0	1 743
2006	13,1	5,6	3,1	2,2	0,7	1,7	0,8	0,6	0,4	1 571
2007	11,0	5,5	3,2	2,4	0,6	1,8	0,6	0,6	0,6	3 248
2008	10,5	5,1	2,2	1,9	0,3	1,4	0,7	0,4	0,2	2 675

Kilde: Statens institutt for rusmiddelforskning

Source: Norwegian Institute for Alcohol and Drug Research

