

*Helsefremmende og forebyggende arbeid  
for barn og unge 0-20 år i helsestasjons-  
og skolehelsetjenesten*

IK-2621

Spørsmål om innholdet rettes til Helsedirektoratet.



**Statens helsetilsyn**

Trykksakbestilling:

Tlf. 22 24 88 86 - Faks 22 24 95 90

E-post: [trykksak@helsetilsynet.dep.telemax.no](mailto:trykksak@helsetilsynet.dep.telemax.no)

Internett: <http://www.helsetilsynet.no>

Publikasjonen kan ha begrenset gyldighet.  
Spørsmål om innholdet rettes til Helsedirektoratet.

# Forord

Helsestasjons- og skolehelsetjenesten er hjørnестener i det helsefremmende og forebyggende arbeid for barn og unge. Virksomheten foregår både ved individ- og grupperettede tiltak og tiltak rettet mot miljøet. Nær kontakt med barn og familier gir oversikt over barnebefolkningens helsetilstand og de faktorer i nærmiljøet som påvirker helsen. Dette er et godt utgangspunkt for å møte brukernes behov. Det helsefremmende arbeidet blir stadig mer vektlagt og er en sentral del av sykdomsforebyggende arbeid.

Statens helsetilsyn startet 1995 prosjektet «Videreutvikling av helsestasjons- og skolehelsetjenesten» for å gjennomgå og drøfte tjenestenes oppgaver innen helsefremmende og forebyggende arbeid for barn og unge fra 0 til 20 år. Bakgrunn for prosjektet var blant annet et ønske fra helsepersonell og sentrale myndigheter om å revidere gjeldende veileder for helsestasjonen og utarbeide en ny for skolehelsetjenesten.

I 1996 oppnevnte Statens helsetilsyn tre arbeidsgrupper som fikk i oppdrag å utrede ulike sider ved helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Denne rapporten er fra arbeidsgruppe 2 som har tatt utgangspunkt i innsatsområdene: ulykkesforebygging, psykososiale problemer, ernæring, belastningslidelser, astma, allergi, inneklimateykdommer og forebygging av tobakkskader. I tillegg er rusforebyggende tiltak og forebygging av uønskede svangerskap drøftet. Hensikten med rapporten er å gi grunnlagsmateriale til en ny veileder. Den har konkrete anbefalinger som skal bidra til å sikre det faglige innholdet i helsestasjons- og skolehelsetjenesten.

Arbeidsgruppens rapport har vært til en kommentarrunde i et utvalg av fagpersoner. Den er bearbeidet og redigert av Esther Hjalnhult (arbeidsgruppens leder) og Ragnhild Sollesnes.

Helsetilsynet takker arbeidsgruppen og medhjelpere for et meget omfattende og godt utført arbeid.

Oslo, august 1998

Anne Alvik  
helsedirektør

Publikasjonen kan ha begrenset gyldighet.  
Spørsmål om innholdet rettes til Helsedirektoratet.

# Innholdsfortegnelse

<b>1</b>	<b>INNLEDNING</b>	9
	Bakgrunn	9
	Innsatsområdene	9
	Tilbud til alle barn og unge	10
	Hvordan lykkes?	10
	Mandat for arbeidsgruppen	11
	Arbeidsgruppens sammensetning og virksomhet	12
<b>2</b>	<b>TEORETISKE PERSPEKTIV</b>	13
2.1	Kunnskapsbasert virksomhet	13
2.2	Helsefremmende og sykdomsforebyggende arbeid	14
	<i>Hva er helse?</i>	14
	<i>Sykdomsforebyggende arbeid</i>	15
	<i>Helsefremmende arbeid</i>	16
	<i>Motsetninger eller likhetspunkter?</i>	18
2.3	Brukermedvirkning	19
2.4	Kommunikasjon	21
2.5	Atferdsteorier og helseopplysning	24
	<i>Atferdsteorier</i>	24
	<i>Helseopplysning</i>	25
	<i>Hvordan lykkes i helseopplysning?</i>	26
2.6	Faglig veiledning	29
2.7	Etiske vurderinger	30
	<i>Skaper risikofokusering sykdom?</i>	31
	<i>Hvilke metoder?</i>	32
	<i>Nok kunnskap?</i>	33
<b>3</b>	<b>STRATEGIER OG METODER</b>	35
3.1	Strategier i helsefremmende og forebyggende arbeid	35
	<i>Høyrisikostrategi</i>	35
	<i>Befolkningsstrategi</i>	36
	<i>Folkehelsearbeid</i>	36
	<i>Oppsummering</i>	37
3.2	Metoder i helsestasjons- og skolehelsetjenesten	38
	<i>Miljørettet helsearbeid</i>	39
	<i>Individ- og grupperettet arbeid</i>	41
3.3	Oppsøkende virksomhet	48
	<i>Hjemmebesøk</i>	48
	<i>Hjemmebesøk til familier med nyfødt barn</i>	48
	<i>Annen oppsøkende virksomhet</i>	51
	<i>Anbefalinger</i>	51

3.4	Tverrfaglig samarbeid .....	52
	<i>Samarbeid med spesialisthelsetjenesten</i> .....	54
<b>4</b>	<b>PLANLEGGING</b> .....	57
	Planansvaret .....	57
	Overvåkingsansvaret .....	57
	Informasjonsansvaret .....	58
	Tiltaksansvaret .....	58
	Planarbeidet .....	60
	Internkontroll og kvalitetsutvikling .....	63
	Anbefalinger .....	64
<b>5</b>	<b>INNSATSOMRÅDER</b> .....	65
5.1	Psykososiale problemer .....	65
	<i>Innledning</i> .....	65
	<i>Situasjonsbeskrivelse</i> .....	66
	<i>Nasjonale mål og tiltak</i> .....	66
	<i>Bakgrunn for strategier, metoder og tiltak</i> .....	67
	<i>Strategier, metoder og tiltak</i> .....	71
	<i>Behov for kompetanseutvikling</i> .....	78
	<i>Anbefalinger</i> .....	78
5.2	Belastningslidelser .....	81
	<i>Innledning</i> .....	81
	<i>Situasjonsbeskrivelse</i> .....	81
	<i>Nasjonale mål og tiltak</i> .....	82
	<i>Bakgrunn for strategier, metoder og tiltak</i> .....	83
	<i>Strategier, metoder og tiltak</i> .....	85
	<i>Anbefalinger</i> .....	86
5.3	Ulykker og skader .....	87
	<i>Innledning</i> .....	87
	<i>Nasjonale mål</i> .....	87
	<i>Situasjonsbeskrivelse</i> .....	88
	<i>Bakgrunn for strategier, metoder og tiltak</i> .....	89
	<i>Strategier, metoder og tiltak</i> .....	92
	<i>Anbefalinger</i> .....	93
5.4	Ernæring .....	94
	<i>Innledning</i> .....	94
	<i>Nasjonale mål</i> .....	95
	<i>Bakgrunn for forebyggende arbeid i helsestasjonen</i> .....	96
	<i>Bakgrunn for forebyggende arbeid i skolehelsetjenesten</i> .....	97
	<i>Særlige utfordringer i helsestasjons- og skolehelsetjenesten</i> .....	98
	<i>Strategier, metoder og tiltak</i> .....	99
	<i>Anbefalinger</i> .....	101
5.5	Astma, allergi og inneklimesykdommer .....	103
	<i>Situasjonsbeskrivelse av astma og allergi</i> .....	103
	<i>Nasjonale mål</i> .....	103

	<i>Bakgrunn for strategier, metoder og tiltak</i> .....	104
	<i>Strategier, metoder og tiltak</i> .....	106
	<i>Inneklimasykdommer</i> .....	110
	<i>Strategier, metoder og tiltak</i> .....	110
	<i>Anbefalinger</i> .....	112
5.6	Forebygging av tobakkskader og rusmisbruk .....	114
	<i>Innledning</i> .....	114
	<i>Nasjonale mål</i> .....	114
	<i>Bakgrunn for forebyggende arbeid i helsestasjonen</i> .....	115
	<i>Strategier, metoder og tiltak</i> .....	117
	<i>Bakgrunn for forebyggende arbeid i skolehelsetjenesten</i> .....	118
	<i>Strategier, metoder og tiltak</i> .....	119
	<i>Anbefalinger</i> .....	121
5.7	Samliv og seksualitet .....	124
	<i>Situasjonsbeskrivelse</i> .....	124
	<i>Nasjonale mål</i> .....	124
	<i>Bakgrunn for strategier, metoder og tiltak</i> .....	124
	<i>Strategier, metoder og tiltak</i> .....	125
	<i>Anbefalinger</i> .....	126
<b>6</b>	<b>OPPFØLGING AV BARN OG UNGE MED SÆRLIGE BEHOV</b> .....	126
	<i>Innledning</i> .....	128
	<i>Kommunehelsetjenestens ansvar</i> .....	128
	<i>Hvem er barn og unge med spesielle behov?</i> .....	128
	<i>Situasjonsbeskrivelse</i> .....	129
	<i>Bakgrunn for strategier, metoder og tiltak</i> .....	130
	<i>Strategier, metoder og samarbeid</i> .....	131
	<i>Anbefalinger</i> .....	133
<b>7</b>	<b>OPPSUMMERING OG ANBEFALINGER</b> .....	134
	<i>Psykososiale problemer</i> .....	134
	<i>Belastningslidelser</i> .....	135
	<i>Ulykker og skader</i> .....	136
	<i>Ernæring</i> .....	136
	<i>Astma, allergi og inneklimasykdommer</i> .....	136
	<i>Forebygging av tobakkskader og rusmisbruk</i> .....	137
	<i>Samliv og seksualitet</i> .....	137
	<b>VEDLEGG I:</b> .....	137
	<i>Spørreskjema for kartlegging av lokale, sosiale og helsemessige forhold</i>	

Publikasjonen kan ha begrenset gyldighet.  
Spørsmål om innholdet rettes til Helsedirektoratet.



# 1 Innledning

## Bakgrunn

Helsestasjons- og skolehelsetjenesten har lange tradisjoner innen forebyggende arbeid i Norge. Skolehelsetjenesten er vår eldste forebyggende helsetjeneste med røtter fra midten av 1800-tallet. Helsestasjonsvirksomheten startet gjennom frivillig innsats i første del av dette århundre. Ambisjoner og arbeidsoppgaver i forhold til den yngre generasjonen har variert i takt med aktuelle helsetrusler og prioriteringer. Det er vel kjent at det er bedre å forebygge enn å behandle. Dette er fordelaktig for den enkelte, de pårørende og for samfunnet.

Først og fremst handler det helsefremmende og forebyggende arbeidet om å påvirke forhold i en helsevennlig retning. Barn og unge i Norge har generelt sett en god helse, men det er likevel viktige grunner til å ha fokus på dem i det helsefremmede arbeidet. De er en sårbar gruppe, og mange sliter med problemer. WHO's strategi for helse gjelder også for dem, der økt kontroll og forbedring av egen helse kan sees på som en læringsprosess. God helse i tidlige år er en ressurs for framtidig helse, og mange helsevaner etableres tidlig i livet (1,2). Samfunnsendringer i løpet av den siste generasjonen har også medført endringer i foreldrerollen. Det er derfor sentralt for helsestasjons- og skolehelsetjenesten å veilede foreldre for å styrke dem i deres omsorgs- og oppdragerrolle (3).

De siste årene har imidlertid allment aksepterte faglige normer vært etterlyst i helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Denne rapporten har til hensikt å bidra til klarhet i dette og være del av grunnlaget for en ny veileder på området.

## Innsatsområdene

Rapporten tar opp hva som er spesielt viktig å satse på i helsefremmende og sykdomsforebyggende arbeid, og hvilke metoder som kan være gunstige. I Stortingsmelding nr. 37 (1992-93) står barn og unges oppvekstmiljø og helse helt sentralt. Det pekes på at innsatsen i årene framover særlig skal rettes mot psykososiale problemer, belastningslidelser, ulykker og skader, astma, allergi og inneklimate. I tillegg skal innsatsen innen ernæring og tobakkskadeforebyggende arbeid fortsette (4). Denne prioriteringen bekreftes i Folkehelsepolitisk redegjørelse fremlagt i Stortinget våren 1996 og i en pågående utredning i regi av Sosial- og helsedepartementet. utfordringen for kommunehelsetjenesten blir å beskrive og konkretisere føringene slik at de kan gjenfinnes i det lokale helsefremmende og forebyggende arbeidet for barn og unge.

## Tilbud til alle barn og unge

Det er faglig og politisk enighet om at helsestasjons- og skolehelsetjenesten fortsatt skal spille en viktig rolle innen helsefremmende og forebyggende virksomhet. Tjenestenes betydning bekreftes av brukerne ved at nær 100% av sped- og småbarnsforeldre benytter seg av tilbudet på helsestasjonen og betrakter det som et lavterskeltilbud. Denne unike muligheten for kontakt fokuseres det stadig på, både fra sentrale og lokale myndigheter, og ulike fagmiljø. Det kommer innspill og signaler på at helsestasjons- og skolehelsetjenesten må brukes som arena i forhold til en rekke innsatsområder. Tjenestene har som mål å nå alle foreldre, barn og unge fra 0 til 20 år med program for individuelle og grupperettede tiltak, miljøtiltak, helseopplysning og vaksinerings, samt iverksette tiltak der det er særlige behov.

### Hvordan lykkes?

For å nå målene for helsestasjons- og skolehelsetjenesten er det viktig med høy oppslutning fra brukerne. Det vil fortsatt kunne sikres ved å vektlegge tilbudet som universelt og lett tilgjengelig. Dette er fundamentale prinsipper for å kunne ivareta det primærforebyggende arbeidet og bidra til å fremme god helse blant barn og unge. Andre viktige forutsetninger i arbeidet er god fagkompetanse, kontinuitet hos helsepersonell og opparbeidet kjennskap til familie og miljø som omgir de unge. Det er også viktig å ta initiativ til forpliktende samarbeid med personell i f.eks. barnehage og skole og å ha hensiktsmessige internkontrollsystemer.

Gjennom målrettet planlegging, tilrettelegging og gjennomføring av metoder og tiltak skjer det beste sekundærforebyggende arbeidet med utgangspunkt i det primærforebyggende. Hvilke strategier og metoder som velges, og hvordan disse vektlegges, avhenger av mange faktorer (5). Kombinasjon av strategier og ulike metoder og tiltak har vist best effekt. For eksempel vil ren informasjon og helseopplysning sjelden være tilstrekkelig, men må kombineres med andre tiltak om målet er å endre holdning eller få til handling (6,7).

Andre moment som arbeidsgruppen vil framheve, er en endring fra problem- og risikotenkning til større vektlegging av barns-/unges- og familiens ressurser. Helsepersonell må i større grad sette fokus på metoder og prosesser som gjør foreldre, barn og unge i stand til selv å kunne positivt påvirke faktorer og egen situasjon for dermed å fremme sin egen helse, trivsel og mestring (8,9). Ved formidling av budskap er det viktig at helsepersonell har varhet overfor brukerne så budskapet ikke blir moraliserende, men stimulerer til refleksjon og handling. I blant kan det også være en utfordring å finne balansen mellom brukers rett til personlig integritet og «offentlig innblanding».

Vi er kjent med at ved knappe ressurser må det helsefremmende og forebyggende arbeidet lett vike plass for det kurative arbeidet. Rapporter fra f.eks. Fylkeslegenes medisinalmeldinger viser at skolehelsetjenesten mange

steder har marginelle ressurser til å ivareta pålagte og nødvendige oppgaver. Det er dermed store huller i de unges sikkerhetsnett. Helesestasjons- og skolehelsetjenesten må ha tilbud også til de med utvidet behov for støtte og hjelp. Faren er at arbeidet med høyrisikobrukerne blir så innsatskrevende at kvaliteten på det øvrige arbeidet blir lidende. Dette er viktige tema ved tildeling av ressurser.

## Mandat for arbeidsgruppen

Arbeidsgruppens mandat har vært å komme med konkrete forslag til de oppgavene som skal ivaretas på helsestasjonen og i skolehelsetjenesten ut over somatiske undersøkelser og vaksinerings av barn og unge. Utgangspunktet for arbeidsgruppen har vært å drøfte de seks nevnte innsatsområdene. I tillegg har gruppen vurdert rusforebyggende tiltak, tiltak for å forebygge uønskede svangerskap og andre tema som det til dels brukes mye tid på innenfor tjenesten.

*Innenfor områdene foreligger:*

- Handlingsplan for forebygging av uønskede svangerskap og abort
- Handlingsplan for funksjonshemmede
- Handlingsplan for godt inneklima i Norge
- Handlingsplan for forebygging av astma og allergi
- Handlingsplan for forebygging av ulykker
- Handlingsplan for forebygging av belastningslidelser

Handlingsplanenes mål og tiltak har vært en utfordring for arbeidsgruppen å konkretisere. Målet er at de nasjonale føringene kan gjenfinnes i beskrivelsene av hva tjenestene skal gjøre lokalt for å bidra til gode oppvekstforhold - for barn og unges helse og trivsel. Det er viktig å fokusere på den etablerte kunnskap og gode praksis som allerede finnes i helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Anbefalingene arbeidsgruppen har kommet frem til har også tatt utgangspunkt i nasjonalt igangsatte prosjekt:

- «Aksjonsprogrammet barn og helse 1995-99»
- «Foreldreveiledning»
- «Mor-barn vennlig initiativ»
- «Helsefremmende skoler»

Kartlegging av skolehelsetjenesten og beskrivelse av helsestasjons- og skolehelsetjenesten ble foretatt høsten 1996 av HEMIL-senteret, på oppdrag fra Statens helsetilsyn. Undersøkelsene gir et bilde av hvordan tjenestene framstår i dag (IK-2618, 4-98).

Arbeidsgruppen har hatt som mål å dokumentere kunnskapsgrunnlaget gjennom referanser til publisert forskning. Problemet er at det ennå gjenstår mye arbeid før helsefaglige fagområder er dekket, ikke minst gjelder det for helsefremmende og forebyggende arbeid. Vi har forsøkt å være tydelige i forhold til de kilder vi har benyttet oss av for at de også kan vurderes av leseren.

## Arbeidsgruppens sammensetning og virksomhet

Arbeidsgruppe 2 som i foreliggende rapport har utarbeidet anbefalinger til utvikling av helsestasjons- og skolehelsetjenesten, har bestått av:

Studieleder/lektor Esther Hjälmhult (leder)

Bydelslege Svein Karlseng

Helsesøster Sidsel Birkeland Skaar

Ledende helsesøster Solveig Brevik

Kommunelege 1 Gunn Aadland

Psykolog Randi Natvig Aas

Gruppen ble konstituert sammen med gruppe 3 under et seminar 29.-30. august -96. Et arbeidsseminar med inviterte forelesere og gjester ble avholdt 6.-7. mars -97. Det ble drøftet strategi- og metodevalg samt tiltak innen utvalgte tema og innsatsområder. Flere av foreleserne og andre ressurspersoner har kommet med faglige bidrag som bakgrunnsmateriale til gruppen. Inkludert seminarerne har arbeidsgruppen hatt 9 møter.

*Hovedutfordringene for helsepersonell i helsestasjons- og skolehelsetjenesten mener arbeidsgruppen er:*

- Nyorientering i forståelsen av fag og arbeidsmetoder:
- Finne balanse mellom problem- og ressursfokusering
- Mindre ekspert- og mer brukermidvirkning
- Større fokus og engasjement innen planarbeid
- Utvikle og systematisere arbeidet med strategi-, metode- og prosedyrebruk
- Styrke og videreutvikle samarbeid med andre tjenester og instanser
- Utvikle en mer kunnskapsbasert praksis og opprette et forskningsmiljø som ivaretar fagutvikling, kompetanse og veiledning

## Referanser

1. Klepp KI, Thue F, Wilhelmsen BU (1995): Ungdom for helse. Fra teori til praksis i helsefremmende arbeid med ungdom. Kommuneforlaget, Oslo.
2. Nordhagen R (1993): Barns helse i Norge. Rapport nr. 2/93, Statens Institutt for Folkehelse.
3. Foreldreveiledning. Rundskriv Q-5/95. Barne- og familiedepartementet og Sosial- og helsedepartementet.
4. St.meld. nr. 37 (1992-93): Utfordringer i det helsefremmende og forebyggende arbeid. Sosialdepartementet.
5. Sætre RH, Mathiesen KS, Nærde A. (1996): Barnefamilien – trivsel og levekår. Helsestasjonens rolle i kommunens forebyggende arbeid for barn. Kommuneforlaget, Oslo.
6. Aarø LE, Rise J. (1996): Den menneskelige faktor. Kan ulykker forebygges gjennom holdningspåvirkning? SF rapport 5/96, Skadeforebyggende forum.
7. Wold B. (1995): Sosialiseringsteori – relevans for helsefremmende arbeid. I: Andersen N, Wold B. Psykologisk tenkning i helsefremmende arbeid. Universitetet i Bergen, Hemil-rapport 2/95.
8. WHO (1986): Ottawa-charteret om helsefremmende arbeid. Utgitt av Helsedirektoratet 1987.
9. Aarø LE. (1994): Health promotion - moderne forebygging med radikal profil? I: Elvbakken KT, Fjær S, Jensen SØ. Mellom påbud og påvirkning. ad Notam, Oslo.

## 2 Teoretiske perspektiv

Teori- og kunnskapsgrunnlaget i helsefremmende og forebyggende arbeid bygger på fag som medisin, sykepleie, psykologi, pedagogikk og sosiologi. Dette gir et mangfold av innfallsvinkler, og viser noe av bredden i arbeidet. Kapitlet gir en kort omtale av kunnskapsbasert praksis med behov for forskning og dokumentasjon på feltet. Vi fokuserer på helsefremmende og sykdomsforebyggende arbeid og på noen utvalgte tema som har særlig betydning i en praktisk hverdag: brukermedvirkning, kommunikasjon, atferdsteorier og etikk. Dette er tenkt som bakgrunn for øvrige kapitler og det forebyggende arbeidet.

### 2.1 Kunnskapsbasert virksomhet

I den medisinske verden øker kravet til vitenskapelig dokumentasjon av praksis (1). Dette gjelder også helsefremmende og forebyggende arbeid. Forskingen bør kunne tåle en systematisk og kritisk gjennomgang etter anerkjente metoder. Ved sammenstillinger av forskningsresultater fra flere artikler, såkalte oversiktsartikler, bør også sammenstillingsprosessen kunne kritiseres. Det er ikke tilstrekkelig at ledende eksperter på et fagfelt gjør krav på å forvalte «sannheten». De må på linje med andre gjøre rede for prosessen og argumentasjonen som ligger til grunn for anbefalingene, slik at metoder og resultat kan vurderes av andre.

I Norge startet arbeidet med kunnskapsbasert medisin ved Statens institutt for folkehelse. De deltar i internasjonale samarbeidsprosjekter der all tilgjengelig medisinsk forskning innen et avgrenset problemområde blir kritisk vurdert og sammenstilt. Det mest kjente internasjonale samarbeidet er «The Cochrane Collaboration».

I helsefremmende og forebyggende arbeid har det vært langt vanskeligere å framskaffe vitenskapelig holdbar kunnskap enn ved problemstillinger som lettere kan belyses gjennom f.eks. kontrollerte forsøk. Ved manglende forskning bør efaringsbasert kunnskap være viktig dokumentasjon til administrasjon og politikere når det gjelder ressurstildeling til helsestasjons- og skolehelsetjenesten.

Kunnskapsbasert praksis i hverdagen handler om å integrere den beste, tilgjengelige kunnskap med personlig erfaring og dyktighet som helsearbeider (2). I denne prosessen er det viktig at helsepersonell forholder seg aktiv til hverdagens utfordringer og registrerer områder som behøver fagutvikling. Det er nødvendig at fagmiljøene definerer klare spørsmål eller problemstillinger og innhenter informasjon fra nasjonal og internasjonal litteratur, publisert forskning og databaser (3).

Helsefremmende og forebyggende arbeid bygger på ulike fag og behøver bistand fra fagmiljøer med forskjellig spisskompetanse. Det er utfordringer

både å utvikle fagområdet og å spre kunnskap. Et felles sentralt fagforum som ivaretar overordnede spørsmål er nødvendig, i tillegg til lokale fagfora som bl.a. diskuterer hvordan kunnskap, erfaringer fra prosjekt osv. kan implementeres i praksis. Løpende kommunikasjon mellom lokale og sentrale fagfora vil stimulere prosessen. Norsk barnelegeforening og Folkehelse tar nettopp opp behovet for akademisk forankring med en eller flere «baser» i det forebyggende og helsefremmende arbeidet (4).

### Referanser

1. Forland F. (1997): Arbeid med faglege vegleiarar. Tidsskrift Nor Lægeforen, 117:545-546.
2. Sackett DL et al. (1996): Evidence based medicine: What it is and what it isn't. BMJ 312:71-72.
3. Bjørndal A, Flottorp S. (1997): Cum scientia caritas. Tidsskr Nor Lægeforen 117: 981-4
4. Lie KK, Nordhagen R, Grøholt EK. (1995): Ny giv i forebyggende og helsefremmende arbeid for barn. Statens Institutt for Folkehelse.

## 2.2 Helsefremmende og sykdomsforebyggende arbeid

Historisk sett var infeksjonssykdommer og underernæring den største trusselen mot folkehelsen på 1800-tallet og første del av 1900-tallet. Bedre levekår var viktig i denne kampen, og innsatsen ble rettet mot arbeidsledighet, boligforhold, fattigdom og sanitære forhold. Opprettelse av helseråd (Sundhedscommissioner) i alle kommuner bidro til å påvise risikofaktorer og iverksette tiltak. Med bedre levekår og medisinske framskritt endret helsetruslene seg, og livsstilssykdommer begynte å dominere bildet i midten av dette århundre. Helseopplysning og innsats mot hjerte-karsykdommer, røykerelaterte sykdommer, kreft og ulykker ble viktig. Men gode levekår og livsstil kan ha sin pris. Vanskene i dag handler om relasjonsproblem i samliv, samhandling og problem i samfunnet, i tillegg til noen av de øvrige sykdommene (1).

### Hva er helse?

Helse oppfattes og defineres på ulike måter, og de aktuelle helseproblem i samfunnet vil påvirke hva vi legger i begrepet. Forståelsen av helsebegrepet har betydning for helsefremmende og sykdomsforebyggende arbeid (2,3,4). Det tidligere synet at helse er «fravær av sykdom», viker plass for mer nyansert forståelse. Sosialt liv, trivsel og livskvalitet blir også sentralt (1,5).

Friskhet, sunnhet og velbefinnende kan sees som dimensjoner av helse (6). Friskhet kan betraktes objektivt, hvordan kroppen er. Det kan vurderes av individet selv og av utenforstående. Velbefinnende er en subjektiv opplevelse og en viktig faktor for helse. Sunnhet blir betegnet som en sunn innstilling og vilje

til å handle «hälsosamt». Det krever kunnskaper, at en vet hva som er sunt. Helse kan også betraktes som en kapital vi kan forbruke, spare og investere i (7). Det er i tråd med Ottawa-charteret (8), som ser på god helse som en ressurs i det daglige liv, ikke som et mål i seg selv.

Forståelsen av helse viser at vi må ta utgangspunkt i et bredt helsebegrep som legger vekt på sosiale og personlige såvel som fysiske ressurser. For helsefremmende og forebyggende arbeid har St.mld. 37 (92-93) et overordnet mål at «livet som helhet skal være så bra som mulig for så mange som mulig». For å nå målet trenger vi å forebygge sykdom og skader, samt å fremme og styrke helsen (9,1).

### **Sykdomsforebyggende arbeid**

Sykdomsforebyggende arbeid har tiltak rettet mot enkeltindivider eller grupper der risikofaktorer for å pådra seg helseskader eller sykdom er kjent. Målet er å tidlig identifisere risikofaktorene for så å beskytte mot disse. De vanligste strategiene er enten å redusere risikofaktorer for spesifikke sykdommer, eller å redusere menneskets mottakelighet for sykdom (10,11,12). Forebyggende tiltak inndeles gjerne i tre nivåer: Primær- sekundær- og tertiærforebygging (12,13).

Primærforebygging retter tiltak mot mulige problemer før de oppstår. Eksempler er vaksinerings, helseopplysning i forhold til ernæring, ulykker, røyking, sosiale nettverkstiltak. Målgruppene er store og uselekterte.

Sekundærforebygging har innsatsen i større grad rettet mot grupper i faresonen. Målet er å finne symptomer og sykdommer i tidlige stadier, og innsatsen er å bedre prognosen, hindre videreutvikling og tilbakefall. Eksempler er påvisning av begynnende feilutvikling hos et barn, screeningundersøkelser, oppsøkende virksomhet til sårbare målgrupper, organisert samarbeid med skole, barnevern og politi.

Tertiærforebygging tar utgangspunkt i personer som allerede har vært i en sykdoms- eller problemsituasjon. Målet er å hindre forverring av eksisterende problemer. Eksempler kan være tiltak for å vedlikeholde et funksjonsnivå, forhindre kroniske tilstander som følge av problemet, avstigmatisere og reintegrere etter behandling, og utvikle et godt nettverk rundt en funksjonshemmet (7,10).

Det er et dilemma at mye av helsetjenestens forebyggende arbeid er sekundær- og tildels tertiærforebygging. Faren er at dette arbeidet blir så innsatskrevende at kvaliteten på det helsefremmende og primærforebyggende arbeidet blir lidende.

helsetjenesten for øvrig, andre kommunale organ og massemedia. Kommunehelsetjenestens krav om oversikt (kartlegging) er brukt som grunnlag. Et vesentlig moment i dette arbeidet er bruk av lokale data i opplysnings- og påvirkningsarbeidet. Kontinuerlig tilbakemelding fra helsetjenesten gir lokalbefolkningen en følelse av å kunne påvirke og kontrollere egen helse (20,21).

- Den fjerde strategien i helsefremmende arbeid er utvikling av **personlige ferdigheter**. Det er sentralt ved de fleste konsultasjoner i helsestasjons- og skolehelsetjenesten både individuelt og i gruppe. Med en brukerfokustert veiledning åpnes det for personlig vekst og utvikling. Eksempler kan være økt satsning på «Foreldreveiledningsprogrammet» fra Barne- og familiedepartementet (BFD), Sosial- og helsedepartementet SHD) og Kirke-, utdannings- og forskningsdepartementet (KUF) (19) og helseveiledning i skolen etter «Du bestemmer-metoden» (22,23).
- Den femte grunnpilaren i helsefremmende arbeid er ifølge WHO, å **tilpasse helsetjenesten** til brukernes behov. Helsestasjon og skolehelsetjeneste er brikker i dette arbeidet og bør preges av denne strategien. Et utvidet samarbeid med andre sektorer i samfunnet med økt oppmerksomhet og kompetanse om helsefremmende arbeid er nødvendig for reorientering (24,25,26). Aksjonsprogrammet «Barn og helse 1995-99» er et annet eksempel (27). Målet er å stimulere organisasjonsutvikling på kommunalt plan for å utvikle gode oppvekstvilkår for barn og unge. Det vektlegges å formidle gode erfaringer fra sentrale prosjekter som «Samlet plan» og annet utviklingsarbeid knyttet til barn og unge. Videre er «Helse- og trivsel-prosjektet i Askvoll» (28) et eksempel på engasjement med bred politisk og sektorovergrepene forankring i kommunen. Utgangspunktet var kommunediagnosen.

Totalt sett er målene i helsefremmende arbeid å øke forekomst av positive faktorer; å forbedre livskvaliteten. Det viktigste er å bedre forhold i samfunnet som er av spesiell betydning for helse og trivsel (8), f.eks. trafikkforhold, oppvekstmiljø og utdanningspolitikk. Helsestasjons- og skolehelsetjenestens rolle er å være pådriver og koordinator. Siden virkemidlene ofte forvaltes av andre sektorer blir det tverrsektorielle samarbeidet svært viktig for å implementere det helsefremmende arbeidet i lokalsamfunnet.

Det er diskutert om helsefremmende arbeid er et nytt navn på helseopplysning og forebygging (29). Aktuell litteratur peker imidlertid på at helsefremmende arbeid er noe mer enn forebygging (30). Ifølge WHO handler det om selve menneskets velvære, og søkelys må settes på individets totalbehov. Samspill mellom individ og samfunn står sentralt. Det helsefremmende arbeidet må planlegges sammen med befolkningen og ta utgangspunkt i f.eks. hva de mener er et godt liv og velvære (31,32,33).



Helsefremmende arbeid innbefatter dermed sosiale og samfunnsmessige forhold som påvirker folks helse. Det har som mål at individ og lokalsamfunn skal ha kontroll over forhold som påvirker helsen, samt iverksette de handlinger som skal til for å få denne kontrollen.

### **Motsetninger eller likhetspunkter?**

Grensen mellom (primær)forebyggende og helsefremmende arbeid kan iblant synes flytende. Begrepene representerer imidlertid ulike syn og strategier. Sykdomsforebyggende tiltak har først og fremst oppmerksomheten mot risiko og negative faktorer. Helsefremmende virksomhet har fokus på positive faktorer og omfatter mer enn forebyggende tiltak (1,34). Helsefremmende tiltak har også som mål å øke helsestatus og er antakelig den beste formen for sykdomsforebyggende arbeid (15,17). Imidlertid supplerer de to tilnærmingene hverandre og er begge nødvendige for å unngå og redusere forekomst av sykdom og skader både på individ- gruppe- og samfunnsnivå.

### **Referanser**

1. Hjort PF. (1992): Forebyggende og helsefremmende arbeid: Mål, filosofi, ansvar og oppgaver. Statens Institutt for Folkehelse.
2. WHO (1947): Constitution of the World Health Organization. Chronicle of the World Health Organization, Geneva.
3. Antonovsky A. (1991): Hålsans mysterium. Natur och Kultur, Stockholm.
4. Lupton D. (1994): Medicin as culture, illness, disease and the body in Western societies. Sage Publications, London.
5. Mjell J, Thorsen O, Natvig B, Winge O. (1990): Helseopplysning i praksis. Forfriskningsboka. Tano, Oslo.
6. Eriksson K. (1989): Hålsans idé. Almqvist & Wiksell, Stockholm.
7. NOU 1991:10. Flere gode leveår for alle. Forebyggingsstrategier. Sosialdepartementet.
8. WHO (1986). Ottawa-charteret om helsefremmende arbeid. Utgitt av Helsedirektoratet 1987.
9. St.meld. nr. 37 (1992-93). Utfordringer i det helsefremmende og forebyggende arbeid. Sosialdepartementet.
10. Kamper Jørgensen F, Almlind G. (1992): Forebyggende sundhedsarbejde. Munksgaard, København.
11. Hall D. (1996): Health for all children. Oxford University Press, Oxford.
12. Caplan G. (1964): Principles of preventive psychiatry. Basic Books, 16, New York.
13. Grund J. (1991): Helsepolitikk i 1990-årene? Effektivisering, spill eller utvikling? Tano, Oslo.
14. Aarø LE. (1994:). Health Promotion – moderne forebygging med radikal profil? I: mellom påbud og påvirkning, Elvbakken KT, Fjær S, Jensen TØ (red.) ad Notam Gyldendal, Oslo.
15. Klepp KI, Thuen F, Wilhelmsen BU. (red.) (1995): Ungdom for helse. Fra teori til praksis i helsefremmende arbeid med ungdom. Kommuneforlaget, Oslo.
16. Nutbeam D. (1986): Health promotion glossary. Health Promotion International, 1(1),113-127.
17. Sætre R H, Mathiesen KS, Nærde A. (1996). Barnefamilien – trivsel og levekår. Kommuneforlaget, Oslo.
18. Aanderaa B, Tveiten G. (1994): Kommuner for barn. Politikk, forvaltning og organisering for bedre oppvekstvilkår. Kommuneforlaget, Oslo.

## Helsefremmende arbeid

Helsefremmende arbeid blir gjerne forbundet med Health Promotion, en ideologi og internasjonal bevegelse som setter aktivt samspill fra individ/målgruppen som en forutsetning (14,15). Helsefremmende arbeid kan defineres som «den prosess som gjør folk i stand til å bedre og bevare sin helse» (8,16).

WHO organiserte den første internasjonale konferansen om helsefremmende arbeid i Ottawa 1986. Den munnet ut i charteret som tar sikte på å oppnå «Helse for alle innen år 2000». Norge var deltaker og underskrev charteret. Helhetstenkning, økologi og omsorg er nøkkelord i utviklingen av strategier for helsefremmende arbeid. Fem grunnprinsipper er sentrale:

- bygge opp en sunn helsepolitikk
- skape et støttende miljø
- styrke lokalmiljøets muligheter for handling
- utvikle personlige ferdigheter
- tilpasse helsetjenesten (ibid.)

Disse grunnprinsippene forutsetter brukers involvering gjennom hele prosessen og også et utstrakt tverrfaglig arbeid. I helsestasjon og i skolehelsetjeneste vil alle de fem grunnprinsippene være mer eller mindre aktuelle:

- For å få en **sunn helsepolitikk** vil f.eks. aktualisering av lov om kommunehelsetjeneste være et bidrag fra helsestasjon og skolehelsetjeneste. Det vil si at viktig informasjon fra disse tjenestene må videreformidles til beslutningstakerne. Økt bevisstgjøring og kunnskap blant beslutningstakerne vil bidra til bedre grunnlag for vedtak (17,18). Det bør være enklest for brukerne å velge det mest helsevennlige alternativet.
- Et eksempel på bidrag til å skape et **støttende miljø** kan være oppmuntring eller påvirkning til styrket sosialt nettverk. Gruppetilbud for gravide, foreldre, barn og unge kan gi økt kontaktflate og utvikle fellesskap (19). Å danne ansvarsgruppe i forhold til barn med spesielle behov er et annet bidrag til å skape et støttende miljø. Dette er et tverrfaglig og tverretatlig samarbeid med barnet og familien i sentrum. Helsestasjonens og skolehelsetjenestens videreformidling av aktuell informasjon om faktorer som har betydning for helsen, vil også her være et ledd i samme strategi.
- Et eksempel på hvordan man kan **styrke lokalmiljøets muligheter for handling**, kan være fra helsetjenesten i Harstad. Siden midten av 1980-tallet har Harstad sykehus systematisk registrert alle ulykker og skader som har vært behandlet ved sykehuset (trafikkulykker, hjemmeulykker og fritidsulykker). Data er analysert og forebyggingstiltak iverksatt i nært samarbeid med lokalmiljøet. Viktige samarbeidspartnere er «Aksjonsutvalg mot ulykker», Forbrukerkontoret, helsesøstertjenesten, kommune-

19. Barne- og familiedepartementet, Sosial- og helsedepartementet (1995): Rundskriv Q- 5/95.
20. Ytterstad B, Wasmuth. (1995): The Harstad injury prevention study. Evaluation of hospital-based injury recording and community-based intervention for traffic injury prevention. *Accid Anal Prev* Vol 27, 1:11-123.
21. Ytterstad B, Sørgaard. (1995) The Harstad injury prevention study. Prevention of burns in small children by community-based intervention. *Burns*. 21/4, 259-66.
22. Arborelius E. (1990): «Du bestemmer» – en metod för hälsovägledning. I: Bremberg, S. Elevhälsans teori och praktik. Studentlitteratur, Lund.
23. Arborelius E. (1993): Varför gör dom inte som vi säger? Teori och praktik om att påverka människors levnadsvanor. Upjohn förlag, Partille.
24. Andrews T. (1995): Reorientering innen helsesøstertjenesten? Om helsesøstrenes engasjement i Samlet plan. Evaluering av Samlet plan for utviklingsprosjekt innen det sykdomsforebyggende og helsefremmende arbeid. Delrapport nr. 11. Hemil-Rapport 8, Universitetet i Bergen.
25. Ådnanes M, Andrews T. (1995): Forebyggende helsearbeid rettet mot ungdom. Samlet plan. Evaluering av Samlet plan for utviklingsprosjekt innen det sykdomsforebyggende og helsefremmende arbeid. Delrapport nr. 10. Hemil-Rapport nr. 7, Universitetet i Bergen.
26. Bremberg S. (1990): Elevhälsans teori och praktik: ett verktyg för utveckling av hälsovård i skolan: hälsoinformation, skolmiljö, hälsokontroller mm. Studentlitteratur, Lund.
27. Sosial- og helsedepartementet (1995): Aksjonsprogrammet barn og helse 1995-99. Rundskriv I-25/95.
28. Boonstra E, Fosse E, Mæland JG, Tonheim D (1995): Gøy på landet - eller kreativt helsearbeid? Helse- og trivselprosjekt «Ringer i vatnet» i Askvoll. Evaluering av Samlet plan for utviklingsprosjekt innen det sykdomsforebyggende og helsefremmende arbeid. Delrapport nr. 9. Hemil-Rapport 5/95. Universitetet i Bergen.
29. Anderssen N. (1995): Psykologisk forskning og helsefremmende arbeid: En begrepsavklaring. I: Anderssen, N. & Wold B: Psykologisk tenkning i helsefremmende arbeid. Hemil-rapport 2/95. Universitetet i Bergen.
30. Abelin T. (1991): Health Promotion. I: Holland WW, Detles R & Knox G (eds.) *Oxford Textbook of Public Health*. Vol 3. Applications in Public Health (2) 557-589. Oxford University Press, Oxford.
31. Aarø LE. (1994): Health Promotion – moderne forebygging med radikal profil? I: mellom påbud og påvirkning, Elvbakken KT, Fjær S, Jensen TØ. ad Notam Gyldendal, Oslo.
32. Klepp KI, Aarø LE. (1997): Ungdom, livsstil og helsefremmende arbeid. Universitetsforlaget, Oslo.
33. Powell K E, Stephens B, Marti B, Heinemann L & Kreuter M. (1991): Progress and problems in the promotion of physical activity. In Oja P & Telama R (eds.) *Sport for all*. Elsevier Science Publishers, Amsterdam.
34. Rose J. (1992): The strategy of preventive medicine. 1st ed. Oxford University Press, New York.

### 2.3 Brukermedvirkning

Brukermedvirkning er aktuelt innen helsetjenesten, undervisning mm. (1,2). Hvorfor er det viktig at brukerne medvirker? Hva skal de medvirke i og til? Den helsefremmende strategien tar sikte på blant annet å utvikle personlige ferdigheter. Det er viktig å tilrettelegge slik at barn, unge og foreldre kan lære gjennom viktige livsfaser, ved f.eks. å sørge for informasjon, helseopplysning og kunnskap om mestring. Dette kan bidra til å øke folks muligheter til å få større kontroll over faktorer som påvirker egen helse. For å oppnå dette, må aktuelle

målgrupper selv delta aktivt både i planlegging og gjennomføring av helsefremmende tiltak (3,4,5).

Med større brukermedvirkning vil avhengigheten av eksperter på sikt bli redusert (6). Innen helsefremmende arbeid i skolen er et viktig moment å bevisstgjøre barn og unge på hvilke forhold som påvirker deres helse og hvordan disse kan endres. Når barn og unge allerede i skolealder erfarer dette, vil de trolig også i voksen alder mer effektivt oppnå kontroll over egen helse.

Klepp (3) henviser til mange prosjekter i helsefremmende arbeid der fellesnevneren for å lykkes er blant annet å ta utgangspunkt i de unges helse; at de unge selv definerer konkrete mål og er aktive i gjennomføringsprosessen. For å oppnå ønsket effekt, for eksempel hindre helseskadelig livsstil, er brukermedvirkning nødvendig. Undersøkelser viser at der «opinionsledere» går aktivt inn i grupper, øker motivasjon til endring hos gruppemedlemmene. De identifiserer seg lettere med en av sine egne som de ser opp til (rollemodell). Aktiv deltakelse setter igang en prosess der sjansen for å lykkes øker. (7,8).

Utfordrende men «nøytral» veiledning i ungdomsskolen har også vist endringer i helsevaner (9). Hensikten er bevisstgjøring av eget forhold til helse og å ta konsekvensene av dette. Hver elev skal selv komme fram til hva som nettopp er bra for henne/ham og bestemme seg for hvilke tiltak hun/han vil gjøre for å nå dit. Helseveilederen står til disposisjon på den måten eleven ønsker.

Gruppevirksomhet i helsestasjons- og skolehelsetjenesten gir god mulighet til medvirkning både i planlegging og i gjennomføring (10,11). Dette er også en av idéene bak Barne- og familiedepartementet (BFD) og Sosial- og helsedepartementets (SHD) prosjekt om foreldreveiledning (12).

Sekretariatet for modernisering og effektivisering av helsesektoren (13) viser i flere prosjekt at brukeren og eventuelle pårørende har størst kompetanse på problemene. De har ofte nyttige tanker om relevante tiltak og effekt av disse. Idéen bak brukermedvirkning er at brukerne skal ha en rell innflytelse på prioritering og utforming av tjenester. Et annet aspekt ved å bruke erfaringer fra brukerne er å få deres syn på tjenestetilbudet. Det gir nødvendig grunnlag for internkontroll og kvalitetsutvikling og grunnlag for videre forskning innenfor feltet (14,15,16).

Både individ- og grupperettede tiltak i helsestasjons- og skolehelsetjenesten bør være preget av aktiv brukermedvirkning. Fagfolk skal være ressurser som setter foreldre og de unge på sporet til egne løsninger.

I forhold til etiske vurderinger se kap. 2.7.

## Referanser

1. Bjørke G. (1996): Problembasert læring - ein praksisnær studiemodell. Tano Aschehoug, Oslo.
2. Ådnanes M, Andrews T. (1995): Forebyggende helsearbeid rettet mot ungdom. Samlet plan. Evaluering av Samlet plan for utviklingsprosjekt innen det sykdomsforebyggende og helsefremmende arbeid. Delrapport nr. 10. Hemil - Rapport, Universitetet i Bergen.
3. Klepp KI, Thuen F & Wilhelmsen BU. (red.) (1995): Ungdom for helse. Fra teori til praksis i helsefremmende arbeid med ungdom. Kommuneforlaget, Oslo.
4. Tovsen M. (1996): Fra nikking til handling. Helsefremmende arbeid i levende lokalsamfunn. Kommuneforlaget, Oslo.
5. Aanderaa B, Tveiten G. (1994): Kommuner for barn. Politikk, forvaltning og organisering for bedre oppvekstvilkår. Kommuneforlaget, Oslo.
6. Wold B, Klepp KI. (1996): Helsefremmende arbeid i skolen. En utfordring til norske psykologer. Tidsskrift for norsk psykologforening, 33:734-742.
7. Bandura A. (1986): Social Foundation of Thought and Action. Englewoods Cliffs, Prentice-Hall, New Jersey.
8. Wilhelmsen BU. (1995): Bergensprosjektet «Unge og rusmidler» Undervisningsopplegg for 13-14 åringer. Hemil-senteret, Universitetet i Bergen.
9. Arborelius E. (1990): Du bestämmer - en metod för hälsövägledning. I: Bremberg S (1990): Elevhälsans teori och praktik: ett verktyg för utveckling av hälsovård i skolan: hälsoinformation, skolmiljö, hälsokontroller mm. Studentlitteratur, Lund.
10. Grimsmo A. (1989): Forebyggende helsearbeid i skolen. Kommuneforlaget, Oslo.
11. Nærde A. (1992): Erfaringer med gruppebasert helsestasjonskontroll: en brukerundersøkelse. Hovedoppgave ved psykologisk institutt. Universitetet i Oslo.
12. Barne- og familiedepartementet, Sosial- og helsedepartementet (1995): Foreldreveiledning. Rundskriv Q- 5/95.
13. Sekretariatet for modernisering og effektivisering av helsesektoren. (1992) Forsøk i et brukerperspektiv. Sosial- og helsedepartementet.
14. Bild H. (1996): Hjemmebesøk fra helsestasjonen til foreldre med nyfødte barn. Rapport fra en forundersøkelse, Statens Institutt for Folkehelse.
15. Sørheim Å, Øverli T. (1995): Troll i ord. Brukermedvirkning på alvor. Kommuneforlaget. Oslo.
16. Holck G. (1995): Levende lokalsamfunn. Kommuneforlaget, Oslo.

## 2.4 Kommunikasjon

Kommunikasjon er et mangefasettert emne der ulike teorier har fått økende oppmerksomhet de siste tiår. Selv ved lang erfaring i å kommunisere, vil trolig de fleste av oss ha mye å lære (1). Kommunikasjon som verktøy er vesentlig i forhold til individ såvel som ved aktiviteter i små og store grupper (2). Profesjonell kommunikasjon har til hensikt å skape god kontakt mellom partene og ut fra dette bidra til at den hjelpsøkende og hjelperen oppnår sine mål. Målene klarlegges underveis (1).

Flere faggrupper har engasjert seg i hvordan man best kan utforme faglig kontaktforhold i hjelpe- og behandlingssituasjoner (3). En stor del av kunsten ved å yte omsorg er å hjelpe uten å fremme avhengighet. I helse- og sosialtjenesten vil det ofte være en forutsetning for å lykkes i arbeidet at vi evner å kommunisere på hensiktsmessige måter. Menneskets evne til å bruke egne ressurser er avhengig av dets selvtillit (ibid.).

Ulike kommunikasjonsmodeller vektlegger forskjellig. En kommunikasjonsmodell kan framheve selve formidlingen av budskapet, en annen modell framhever relasjonen mellom de involverte. I en profesjonsorientert modell framheves aspekter ved det profesjonelle grunnlaget for god kommunikasjon (1). For helsefaglige profesjoner er det ut fra denne modellen viktig å anvende fagkunnskap, empati og overordnede mål i en god samtale. Dette krever samspill mellom følelser, rasjonalitet og etiske vurderinger. For å lykkes er det viktig å ta i betraktning begge tidsperspektiv i forhold til fortid, nåtid og framtid. Begge parter i en dialog vil være preget av hver sin fortid. En hjelper som selv har en ubearbeidet konflikt, sorg mm, vil ha vansker med selv å kunne være til støtte for andre i lignende situasjoner. Hver av partene tar også med seg krav, forventninger og muligheter, holdninger, åpenhet og grenser preget av nåtiden og antatt framtid (3,1).

Kunnskap om relasjoner er hevdet å være et nødvendig supplement til kunnskap om kommunikasjon (1,4). Dette er begrunnet med at misforståelser, feiltolkninger og følelsesmessige reaksjoner er uunngåelige deler av kommunikasjonsprosessen. Gode kommunikasjonsferdigheter vil være en kvalitetssikring av arbeidet. (5,6,7,8). «The art of giving advice» har fått økende oppmerksomhet.

En undersøkelse blant alle helsesøstre i Hordaland (9) viser at de vurderer egne kommunikasjonsferdigheter på bakgrunn av utdanning, men også av «alder og visdom». Støttende strategier er hevdet å være mest utbredt, mens en stor utfordring var å utvikle ferdigheter i refleksjon, samt å konfrontere på en god måte. Dette gjelder også andre yrkesgrupper (10,11,12). Etterutdanningsprogram som tar sikte på økt kompetanse blir viktig.

Roness (13) tar opp de beskyttelsesfaktorer som nettopp ligger i gode kommunikasjonsferdigheter. Den hjelpsøkende får bedre hjelp, men også hjelperen har fordeler. Med bedre ferdigheter i kommunikasjon finnes muligheter til å reflektere og å utvikles. Dette mener han vil redusere stress og utbrenthet og fare for feilbehandling.

#### *Aktiv lytting*

Et tema som går igjen i ulik litteratur om kommunikasjon er aktiv lytting. Dette er en forutsetning for dialog og innebærer to grunnleggende områder for kommunikasjonsferdigheter:

- evnen til å være oppmerksom og tilstedeværende
- evnen til å lytte ved å registrere og tolke den andre slik vedkommende opplever seg selv (1,3,8,11,13)

Ved aktiv lytting vil den andre lettere føle seg ivaretatt og kunne få fram det som ligger henne/ham på hjertet. Både verbalt og nonverbalt signaliserer begge parter om de lytter. Aktiv lytting kan også være et middel til makt, den andre åpner seg mer enn det hun/ han har tenkt og blir mer sårbar. Dette krever etisk bevissthet hos fagpersonen (13). Ved aktiv lytting vil fagpersonen lettere forstå

hva som er viktig for den andre og kunne lede samtalen i forhold til dette. Spørsmålene styrer en samtale. De gir retning, og sier noe om kvaliteten og hvilke svar en får (15).

Vi skiller mellom:

- *Åpne spørsmål* som ikke forutsetter noe bestemt svar, men åpner opp for at den andre selv kan bestemme mer hva hun/han vil si.
- *Lukkede spørsmål* som forutsetter bare «ja» og «nei» eller lignende ett-ordssvar. For mange lukkede spørsmål kan ligne på et forhør mer enn en samtale (1,15).

Vi vil avslutte med kjente ord fra Søren Kierkegaard (1859):

*«...at man når det i sandhed skal lykkes en at føre et menneske et bestemt sted hen, først og fremmest må passe på at finde ham der, hvor han er, og begynde der. Dette er hemmeligheden i al hjælpekunst. Enhver, der ikke kan det, han er selv i en indbildning, når han mener at kunde hjælpe en anden. For i sandhed at kunde hjælpe en anden, må jeg forstå mere end han - men dog først og fremmest forstå det, han forstår. Når jeg ikke gør det, da hjælper min mereforståen ham slet ikke.» (14).*

Se for øvrig i kapittel om rådgiving og veiledning, individuell konsultasjon, brukermedvirkning, helseopplysning samt rikholdig litteratur på emnet.

## Referanser

1. Eide H, Eide T. (1996): Kommunikasjon i relasjoner. ad Notam Gyldendal, Oslo.
2. Heap K. (1990): Gruppemetode for sosial- og helsearbeidere. Universitetsforlaget, Oslo.
3. Heap K. (1994): Samtalen i eldreomsorgen. Kommuneforlaget, Oslo.
4. Rye H. (1993): Tidlig hjelp til bedre samspill. Universitetsforlaget, Oslo.
5. Pendleton D et al. (1984): The Consultation. An Approach to Learning and Teaching. Oxford University Press. Oxford.
6. Heian F, Misvær N. (1994): Helsestasjonsboka. Håndbok for det praktiske helsestasjonsarbeidet. Kommuneforlaget, Oslo.
7. Hall D, Hill P, Elliman. (1994): The Child Surveillance Handbook. Radcliffe Medical, Oxford.
8. Malterud K. (1990): Allmennpraktikerens møte med kvinnelige pasienter. Tano, Oslo.
9. Hjalnhult E. (1991): Kommunikasjon som instrument. Hovedfagsoppgave i Pedagogikk. Norsk Lærerakademi, Bergen.
10. Heron J. (1989): Six category intervention analyses. University of Surrey, Guildford.
11. Burnard P. (1992): Communicate! A communication Skill Guide for Health Care Workers. Edward Arnold, London.
12. Morrison P, Burnard P. (1994): Omsorg og kommunikasjon. ad Notam, Oslo.
13. Egan G. (1990): The skilled helper. A systematic approach to effective helping. Pacific Grove, California.
14. Ohrt O, Thøgersen R. (1991): Pædagogik. Nyt Nordisk Forlag, København.
15. Krag Jacobsen J. (1993): Interview. Kunsten at lytte og spørge. Hans Reitzels Forlag, København.
16. Roness A. (1995). Utbrent? Arbeidsstress og psykiske lidelser hos mennesker i utsatte yrker. Universitetsforlaget, Oslo.

## 2.5 Atferdsteorier og helseopplysning

### Atferdsteorier

Utvikling av livsstil og helsevaner kan betraktes som en sosialiseringssprosess ervervet gjennom rollemodeller. Kunnskap om hva som særlig virker inn på prosessen, har stor relevanse i det helsefremmende og forebyggende arbeidet. Ennå finnes ingen helhetlig teori som gir tilstrekkelig forståelse av helseatferd, men flere veletablerte teorier og modeller er utarbeidet (1,6). Tidligere ble det antatt at dersom bare folk hadde kunnskapen, ville dette føre til endring av eventuelt ugunstig atferd, dvs. kunnskap påvirker holdning som påvirker atferd. Kunnskap er viktig og har sin egenverdi i forebyggende arbeid, men blant forskere i dag poengteres det at forholdet mellom kunnskap og atferd ikke er så enkelt som man tidligere trodde. Det viser seg at kunnskap bare i begrenset grad kan forutsi eller påvirke helserelatert atferd (1,2).

Siden 1980-tallet har det vært økt fokus på betydning av individuelle forhold (mestrings- og resultatforventninger). Det fysiske og sosiale miljøet omkring individet tillegges også stor betydning. (3,4,5). Her nevnes noen av de sosialpsykologiske teoriene som gir oss kunnskaper om atferd og atferdsendring.

### Sosial læringsteori og sosial kognitiv teori

Disse teoriene understreker de kognitive aspektene knyttet til våre valg og det kontinuerlige samspillet mellom atferd og kognitive prosesser (3). Atferd henger sammen med sosial påvirkning fra nærmiljøet (rollemodeller) og de unges kortsiktige gevinster og forventninger knyttet til slike atferdsmønstre. Opplevelsen av å mestre er sentral og viktigere enn forventet resultat. Det er nødvendig med tiltro til egen evne for i det hele tatt å ville forsøke å gjennomføre en handling. Tiltro til at handlingen vil gi ønsket resultat, spiller også inn. Ifølge disse teoriene blir innfallsporten å styrke mestringsforventningen (ibid).

Opplevelsen av å få det til og ta små skritt om gangen, blir viktig for å styrke mestringsforventningen. For at en nybliven mor på helsestasjonen lettere skal lykkes i å amme sitt barn, er det nødvendig at hun har en viss tro på at hun vil klare dette. Hun må også ha tiltro til at det er til nytte for barnet. En ungdom som ønsker å si nei til å røyke, må tro at hun/han vil klare å motstå røykepress og vil ha fordeler av å være røykfri.

### Teorien om overveide handlinger

Dette er en forventnings- og verditeori der en utgår fra samsvar mellom intensjon og handling (4). Fishbein og Ajzen mener ifølge denne teorien at intensjon om handling består av personlige holdninger og subjektive normer. Personlige holdninger vil si en persons positive eller negative meninger om et forhold og hvordan disse vurderes. Subjektive normer er personens oppfatning av hva vedkommende tror andre nære eller viktige personer mener om saken.



Like viktig er personens motivasjon til å handle i samsvar med normene. Fordeler og ulemper ved en bestemt handling blir overveiet. Det som er utslagsgivende for ens handlinger er hva som betyr mest: ens egne oppfatninger eller det sosiale presset fra venner, foreldre og andre autoritetspersoner.

I sosiale pressituasjoner er det blant ungdom ganske vanlig at de overestimerer hva andre gjør, den såkalte flertallsmisforståelsen (7). Ungdom kan f.eks. oppfatte at jevnaldrende bruker langt mer rusmidler enn det som faktisk er tilfelle, og dette får konsekvenser for eget bruk. I skolens arbeid mot tobakk og rus kan fokus være å avklare klassekameraters holdninger til røyking og rus, og holdninger til å si nei når en venn f.eks. byr på en sigarett. Det blir viktig at de unge også får trening og klarer å motstå press.

### **Teorien om problematferd**

Jessor (8) har utviklet en teori om problematferd der han bl.a. hevder at deltakelse i en risikoatferd medfører økt sannsynlighet for å delta i andre former for risikoatferd. Sentralt i teorien er person, atferd og opplevde omgivelser, samt demografiske faktorer. Det er viktig hva personen forventer og tror, og hvilke verdier og holdninger hun/han har. Ifølge teorien handler vi ut fra hvordan vi tolker omgivelsene. Atferdssystemet deles i en konvensjonell og en problemdel. Problemdelen står for uønsket atferd, den konvensjonelle er sosialt akseptabel. Problematferd kan være bruk av rusmidler og deltakelse i risikoatferd: kjøre på rødt lys, motorsykkelkjøring uten hjelm, fyllekjøring osv. (8,9,10). Motsatt har det vist seg at gunstig endring av atferd i et henseende gjerne fører til flere positive endringer (11,12,13).

### **Modellen om helseoppfatninger**

Det er også utviklet en sosialpsykologisk modell om helseoppfatninger (14). Ifølge modellen foretar en person visse indre overveininger før en beslutning tas i forhold til helseatferd. Han avveier alvorlighetsgraden av den tilstand han ønsker å unngå, sannsynligheten for å bli rammet, hvilken gevinst han får og hvilke hindringer han opplever. Undersøkelser peker på at opplevde hindringer av fysisk, psykisk og sosial art ofte er de største barrierene. Modellen forutsier ikke hvilke faktorer som betyr mest for en handling, men kan gi struktur til å analysere en situasjon. En begrensning ved modellen er at den utgår fra et ønske om å unngå sykdom. For barn og unge kan kortsiktige gevinster som å bli akseptert i et miljø med røykende venner være langt viktigere enn risiko for helseskader i framtiden. I helseundervisning blir det utfra modellen viktig å vite noe om målgruppens/personens overveininger og legge opp strategi i forhold til det.

### **Helseopplysning**

Helseopplysning kan sammenlignes med «health education» og defineres som «...any combination of learning methods designed to facilitate voluntary adaption of behavior conductive to health» (15). Det forstås dermed som en innlærings situasjon som skal lede til atferdsendring og bedre helse.

Helseopplysning står sentralt for å ivareta helsestasjons- og skolehelsetjenestens oppgaver innen helsefremmende og forebyggende arbeid.

Tidligere var helseopplysning mest koblet til sykdomsforebygging og risikofaktorer og preget av enveis kommunikasjon. Undersøkelser på 1970- og 80-tallet (flest fra USA) viste at f.eks. helseundervisning i skolen hadde liten eller ingen effekt på elevenes helseatferd (16,17). Helseundervisningen var dominert av kunnskapsformidling, etterhvert med tillegg av skremmel- og risikofokusering. Men kunnskaper er ikke nok...

Å påvirke holdninger er komplisert og krever stor innsats. Undersøkelser har vist at det behøves minst 40 timers klasseromsundervisning i et skoleår for å oppnå «små» effekter (18, 9,2). Undersøkelser fra Norge er sparsomme. Holdningskampanjer har vært drevet, men vi vet lite om effekten.

Å påvirke atferd er erfaringsmessig en stor utfordring. I forhold til skoleelever ser Bremberg to muligheter for at helseopplysning /helseundervisning i skolen skal lykkes (dvs. forbedre helsen)

- gi helseemner fast plass i skolens fagplan
- bruke nye metoder i helseundervisning

Helsefremmende arbeid bygger på aktiv involvering fra en «opplyst» målgruppe for å få en endringsprosess igang. Helseopplysning er et avgjørende verktøy i denne prosessen (20). Vi vet at elever som trives på skolen og kjenner seg flinke, har bedre helsevaner enn de som ikke liker seg på skolen (21). Det er derfor en stor utfordring å nå de som mistrives i skolen. De har også mest å vinne.

### **Hvordan lykkes i helseopplysning?**

Pedagogikkens oppgave er å legge tilrette for læring. I helseopplysning må vi ha kompetanse i pedagogiske prinsipper om budskapet skal «nå fram». Mål og målgruppe er sentralt for valg av metode i helseopplysning. Hva vil vi oppnå for hvem? Vi kan ikke nå alle med samme type tiltak. Helseopplyseren må videre ha kunnskap om temaet, om atferd og helsevaner, hva som påvirker endring og våre valg. Metoden skal være engasjerende, f.eks.:

- ta utgangspunkt i målgruppens situasjon
- arbeid handlingsrettet med realistiske mål (22,23,24)

Igangsetting av ulike helseopplysningsprogram har til hensikt å få i gang tankeprosesser og forandringer hos enkeltpersoner og mellom personer. American Public Health Association har satt fem kriterier for «health promotion and health education program».

Et godt program skal:

- være rettet mot en eller flere klart definerte risikofaktorer som er en trussel mot målgruppens helse og velbefinnende.
- utformes med hensyn til målgruppens interesse og behov.
- utformes slik at en definert risikofaktor klart reduseres.
- utformes slik at ressursene anvendes optimalt.
- utformes slik at effektene kan evalueres.

Her er store utfordringer. I Norge er det utviklet flere lovende undervisningsprogram, med og uten skolehelsetjenesten som deltaker, f.eks. VÆR røykfRI (7), SOS Unge jenter (25), «Røykfrie klasser» (26), «Unge og rusmidler» (7). Fra Sverige kan spesielt nevnes metoden «Du bestemmer». Den har vist tydelige positive effekter, også hos de svakere elevene i skolen (7).

I praksis ser vi helseopplysning som:

- Systematisk gjennomførte program innen ulykkesforebygging, ernæring, ANT osv. individuelt eller i grupper for sped- og småbarnsforeldre eller skoleelever
- Organiserte gruppetilbud for ungdom for å øke kunnskap, ferdigheter og bevissthet
- Planlagt tilbud til større grupper (klasser, foreldremøte, lærerpersonell) for å spre kunnskap/informasjon som øker handlingsberedskap
- Planlagte informasjonstiltak til store grupper for å sette viktige tema som gjelder barn og unge på dagsorden (lokale kampanjer, TV- og kinoreklame, bruk av massemedia, innlegg på åpne folkemøter, o.l.)

Helseopplysning har lyktes best der en har utgått fra atferdsteorier eller der en har anvendt seg av lignende prinsipper (27-31).

En mer helsevennlig livsstil oppnåes når:

- målgruppens helse, behov, interesse og aktive involvering er med i hele prosessen
- metoder og tiltak er varierte
- undervisningen foregår over lengre tid
- foreldre, helsepersonell, lokalmiljø etc. involveres
- mediakampanje øker oppmerksomheten
- budskap knyttes til populære personer
- brukeren er i en (livs)situasjon som fremmer læring
- tiltak er rettet mot flere arenaer samtidig

Wold (32) påminner om at god planlegging gir grunnlag for evaluering av et opplegg. Det gir også andre en forståelse av hvorfor tiltak er valgt, hvilken effekt tiltak har hatt og hvorfor denne effekten oppsto. Vi ser at dette kan bidra til nødvendig forskning og teoriutvikling på området.

## Referanser

1. Mæland JG, Aarø LE. (1993): Atferdsteori og forebyggende helseatferd i praksis. Tidsskrift Nor Lægeforen, 113:51-5.
2. Bremberg S. (1990): Elevhålsans teori och praktik: ett verktyg för utveckling av hälsovård i skolan: hälsoinformation, skolmiljö, hälsokontroller mm. Studentlitteratur, Lund.
3. Bandura A. (1986): Social Foundation of Thought and Action. Englewoods Cliffs, Prentice-Hall, New Jersey.
4. Ajzen I, Fishbein M. (1980): Understanding attitudes an predicting social behaviour. Prentice-Hall, New Jersey.
5. Bronfenbener U. (1979): The Ecology of Human Development. Harvard University Press, Cambridge.
6. Wold B. (1995): Sosialiseringsteori - relevans for helsefremmende arbeid. I: Anderssen N, Wold B (red.): Psykologisk tenkning i helsefremmende arbeid. Hemil-Rapport 2/95. Universitetet i Bergen.
7. Klepp KI. (1997): Rusforebyggende arbeid. I: Klepp KI, Aarø LE. Ungdom, livsstil og helsefremmende arbeid. Universitetsforlaget, Oslo.
8. Jessor R. (1984): Adolescent Development and Behavioural Health. I: Matarazzo J, Weiss, S. Herd J, Miller N, Weiss S (Eds) Behavioral health. John Wiley & Sons, New York.
9. Jessor R, Jessor SC. (1977): Problem Behavior and Psychological Development: A Longitudinal Study of Youth. Academic Press, New York.
10. Dryfoos JG. (1994): Adolescent at risk: prevalence and prevention. Oxford University Press, New York. I: Schall EZ: Schoolbased Health Education: What works? American Journal of preventive medicine May-June 10 (3 suppl): 30-2.
11. Aarø LE. (1991): Skolen - ressurs eller risikofaktor? I: Klepp KI, Aarø, LE (red.) Ungdom, livsstil og helsefremmende arbeid. Kommuneforlaget, Oslo.
12. Aarø LE. (1995): Forebyggende rusmiddelarbeid i Norden. I: Anderssen N, Wold B (red). Psykologisk tenkning i helsefremmende arbeid. Hemil-rapport 2/95. Universitetet i Bergen.
13. Arborelius E. (1990): «Du bestemmer» – en hälsovägledning. I: Bremberg S. Elevhålsans teori och praktik. Studentlitteratur, Lund.
14. Janz N, Becker M. (1984): The health belief model: a decade later. Health Educ Q 11:47.
15. Green L. (1984): Health education models. I: Matarazzo J, Weiss S, Herd J, Miller N, Weiss S (eds.) Behavioral Health. John Wiley & Sons, New York.
16. Nutbeam D, Aarø LE & Catford J. (1989): Understanding children's health behaviour: the implications of health promotion for young people. Social Science and Medicine 29(3): 317-325.
17. Klepp KI. (1993): Sosialpsykologisk atferdsteori: praktiske konsekvenser for helseundervisning i skolen. Socialmedisinsk tidsskrift 1 20-25.
18. Schall E. (1994): Schoolbased Health Education: What works? American Journal of preventive medicine, May-June 10 (3 suppl): 30-2.
19. Hayes DM, Fors SW. (1990): Self-esteem and health instruction: Challenges for Curriculum Development. J Sch Health May 60(5).
20. Nutbeam D. (1986): Health promotion glossary. Health Promotion. University Press, Oxford.
21. Wold B, Aasen H, Aarø LE, Samdal O. (1995): Helse og livsstil blant barn og unge i Norge. Universitetet i Bergen, Hemil-rapport nr. 14/95
22. Holstein B. (1992): Sundhedsformidling. I: Kamper Jørgensen F, Almind G: Forebyggende sundhedsarbejde. Munksgaard, København.
23. Ohrt O, Thøgersen R. (1991): Pædagogik. Nyt Nordisk Forlag, København.
24. Hiim H, Hippe E. (1989): Undervisningsplanlegging for yrkeslærer. Universitetsforlaget, Oslo.
25. Klepp KI, Thuen F & Wilhelmsen BU(red). (1995): Ungdom for helse. Fra teori til praksis i helsefremmende arbeid med ungdom. Kommuneforlaget, Oslo.
26. Skaar SB, Hauge A. (1994): Røykfri klasse. Undervisningsopplegg for 6-9. klasse. Nasjonalforeningen for folkehelsen.

27. Nutbeam D Farley P & Smith C. (1990): Perspectives in School Health. Journal of School Health Sept. 60-7, 318-323.
28. Perry CL, Klepp KI, Healper A, Hawkins KG & Murray DM. (1989): A process evaluation study of peer leaders in health education. Journal of School Health: 56: 62-67.
29. Resnicow K Cherry G & Cross D. (1993): Ten unanswered Questions Regarding Comprehensive School Health promotion. Journal of School Health April 63(4) 171-175.
30. Lavin AT, Shapiro GR, Weill KS.(1992): Creating an Agenda for School-Based Health Promotion: A Review of 25 Selected Reports. Journal of School Health Aug. 62(6).
31. Mjell J, Thorsen O, Natvig B, Winge O. (1990): Helseopplysning i praksis. «Forfriskningsboka». Tano, Oslo.
32. Wold B. (1994): Evaluering av Helsefremmende skoler. Protokoll 1994. Hemil-senteret, Universitetet i Bergen.

## **2.6 Faglig veiledning**

Arbeidssituasjonen for personellet ved helsestasjonen og i skolehelsetjenesten er preget av at man har mange eksterne kontakter, stor selvstendighet, stort arbeidspress, stadig nye arbeidsoppgaver og et lite faglig miljø rundt seg. Samlet gir dette en situasjon med store belastninger som over tid kan føre til utbrenthet. Dette kan motvirkes gjennom å organisere systematisk faglig veiledning.

*Yrkesfaglig veiledning* er veiledning i tilknytning til yrkesvirksomhet, enten innenfor utdanning eller i forbindelse med yrkesutøvelse. Yrkesfaglig veiledning kan karakteriseres ved hjelp av følgende stikkord (Lauvås & Handal):

- foregår i en-til-en-forhold (eller en-til-få-forhold)
- inngår i profesjonspreget utdanning og praksis
- tar opp teori-praksisforholdet i yrket/profesjonen
- knytter seg til studentens/yrkesutøverens egen yrkesvirksomhet

Faglig veiledning har som mål å styrke yrkesidentiteten, stimulere til reflektert handling og kritisk tenkning. Gjennom veiledning styrkes faglig og personlig handlingsberedskap, og utbrenthet kan forebygges. Deltagerne må være villige til å hente eksempler fra egen arbeidshverdag, og diskutere ulike problemstillinger med de andre deltakerne. Veiledning bidrar også til kvalitetssikring av tjenestene.

*Kollegaveiledning* er en systematisk framgangsmåte for læring i grupper. Den foregår mellom likeverdige yrkesutøvere og vanligvis på samme arbeidsplass. Det er den enkeltes og kollegagruppens praktiske yrkeskunnskap som er det sentrale og som skal utvikles i felleskap. Kollegaveiledning karakteriseres av det likeverdige forholdet mellom deltakerne og den gjensidige avhengigheten av hverandres kompetanse og dyktighet for å nå virksomhetens mål.

*Med sykepleiefaglig veiledning* mener vi læren om og gjennomføringen av den undervisningen og opplæringen en mer erfaren sykepleier gir en mindre erfaren og mindre bevisstgjort sykepleierkollega. Veiledning innebærer at veileder hjelper kandidaten med å sette i gang og gjennomføre en vekst- og utviklingsprosess (2). Sykepleiefaglig veiledning bygger på kognitiv pedagogikk. Det sentrale i veiledningen er å lære av egne erfaringer i praksis. Norsk sykepleierforbund har gjennom mange år engasjert seg i utviklingen av sykepleiefaglig veiledning, og det er etablert en godkjenningsordning for faglige veiledere i sykepleie (ibid).

I Vestfold er det gjennomført et veiledningsprosjekt der alle helsesøstre ble tilbudt veiledning i gruppe. Det omfattet også tilbud om veiledning til ledende helsesøstre (3). 82 % av helsesøstrene i Vestfold deltok. Gruppeveiledning viser seg å være en hensiktsmessig metode for videreutvikling av faglig og personlig kompetanse. Mange av helsesøstrene gir uttrykk for at deres jobbsituasjon er blitt bedre ved å delta i en veiledningsgruppe. Veiledning til ledende helsesøstre i gruppe har medført at ledende helsesøstre har fått dypere forståelse for hva veiledning er, at veiledning også er et ledelsesredskap, og at man selv også trenger veiledning.

Den norske lægeforening har utviklet program for kvalifisering av veiledere innenfor spesialistutdanning i allmenmedisin, psykiatri og samfunnsmedisin (4). Som ledd i utdannelsen til spesialist i allmenmedisin inngår blant annet å delta i veiledningsgruppe i en toårsperiode, ledet av en kvalifisert veileder. Det har vært utprøvd etterutdanningsgrupper for spesialister i allmenmedisin, der innholdet blant annet har vært å drøfte egen og kollegaers praksis og problemstillinger knyttet til allmenmedisin. Etterutdanningsgruppene vil også kunne brukes som et forum for å drøfte allmenpraktikerens oppgaver innen helsestasjons- og skolehelsetjenesten.

### **Referanser**

1. Lauvås P, Handal G. (1990): Veiledning og praktisk yrkest teori. Cappelen's Forlag, Oslo.
2. Hermansen MV, Vråle BG, Carlsen LB. (1992): Sykepleiefaglig veiledning. ad Notam Gyldendal, Oslo.
3. Krabbe M. (1997): Helsesøsterveiledning i Vestfold. Statens Helsetilsyn, Oslo.
4. Lycke KH, Handal G, Lauvås P. (1994): Veiledning i medisinsk spesialistutdanning. ad Notam Gyldendal, Oslo.

## ***2.7 Ethiske vurderinger***

Samfunnet har til oppgave å skape best mulig helse og sosiale levekår hos alle og sikre at barn og unges rettigheter og behov blir respektert og ivaretatt. Dette kommer til uttrykk gjennom f.eks. lovverk, miljøvern og tilgjengelighet i helsevesenet. Det er en forpliktelse for primærhelsetjenesten både på juridisk, yrkesetisk, humanistisk og demokratisk grunnlag å drive helsefremmende og

forebyggende arbeid. Tiltak for å påvirke menneskers helsevaner for å bedre deres nåværende eller fremtidige helse og livskvalitet er hjemlet i lov om kommunehelsetjeneste (1) med forskrifter.

Etikk kan defineres som «Den gren av filosofien som handler om hva som er menneskelig akseptabel atferd, hva som er godt eller dårlig, hva som er rett og galt, og om menneskers streben etter sine mål». (2)

Etikk kan også sees på som de forskjellige begrunnelser for handlingsregler, eller moral. Ethiske vurderinger og refleksjoner er nær knyttet til ansvaret både for eget og andres liv. Gjennom generasjoner har religion, filosofi og vitenskap justert eller nytolket sine etiske prinsipper. Vi venter oss kanskje at det som er rett og galt skal være uforanderlig. Men handlingsregler eller etiske prinsipper vil alltid gjelde en bestemt tid og et bestemt samfunn. Ofte dukker det opp ny kunnskap og nye problemstillinger som krever ny gjennomtenkning, eller det har skjedd forandringer som gir gamle regler nytt innhold.

Innen forebyggende virksomhet har etikk stadig fått mer oppmerksomhet de senere årene, og en slik fokusering og en kontinuerlig etikkdebatt er helt nødvendig. Det eksisterer ikke klare etiske retningslinjer for helsefremmende og forebyggende arbeid, men behovet er påpekt av flere (3).

### **Skaper risikofokusering sykdom?**

Et sentralt spørsmål som reises i debatten om etikk i det helsefremmende og forebyggende arbeid er om vi som helsepersonell ved stadig å fokusere på risiko for sykdom og for tidlig død lager syke mennesker av friske individer. I 1975 hevder Illich (4) at den største trusselen mot helse var helsevesenet selv, blant annet på grunn av fokusering på risiko. Etterhvert har mange fulgt opp, og Skrabanek (3) hevder i 1990 at den sterke fokusering på risiko og framtidig sykdom gjør folk stadig mer avhengig av helsevesenet. Det er et paradoks at vår objektive helsestatus er bedre enn noen gang, samtidig som vi bruker stadig mer av vår bevissthet til å bekymre oss for sykdom og avvik, og stadig oftere går til lege.

Har helsepersonell i det helsefremmende og forebyggende arbeid en forpliktelse til å kartlegge all risiko for fremtidig sykdom? Er det etisk forsvarlig å la være å fokusere på helserisiko når vi har kunnskap om den? Stortingsmelding nr. 37, 92-93 (5) slår fast at man har en moralsk forpliktelse til å iverksette forebyggende tiltak. Et grunnprinsipp må være at det har en hensikt å identifisere risikoindivider, dvs. at det er tilbud som kan redusere risiko eller føre til tidlig diagnostikk og bedre prognose. Det bør således ikke være et spørsmål om vi skal fokusere på risiko, men **hvordan**.

Tiltak igangsatt av helsestasjons- og skolehelsetjenesten overfor barn og unge er generelt sett positivt mottatt i befolkningen, og er i liten grad betraktet som etiske og politiske kontroversielle. Barn og unge er en målgruppe som har prioritet når det gjelder å opprettholde/innføre helsefremmende og

forebyggende tiltak, blant annet fordi dette er en gruppe som er i en livsfase der helsevaner formes og utvikles (5).

### **Hvilke metoder?**

Hvilke metoder for påvirkning av atferd og/eller forebygging av sykdom er etisk forsvarlige? Hvilke metoder er mest effektive, og hvilke er mest rettferdige? Hvilke vurderinger står vi overfor når vi skal velge tiltak? Hvilke verdigrunnlag skal legges til grunn ved valg av innhold i intervensjonens utforming?

### **Autonomi - paternalisme**

Et viktig etisk prinsipp er her autonomiprinsippet, med individets rett til selv å bestemme over seg selv og sine handlinger. Dette kan lett stå i motsetning til andre viktige prinsipper, nemlig vårt felles ansvar for alle grupper i befolkningen, og et grunnleggende rettferdighetsprinsipp. Konsekvensene av å overlate all risikovurdering og valg omkring helse og helserelatert atferd til enkeltindividet, kan bli økt sosial ulikhet i helse, fordi enkelte grupper lettere enn andre skaffer seg kunnskap og handlingsalternativer. I tråd med dette kan et effektivt helsefremmende og forebyggende arbeid kreve en viss grad av offentlig styring av enkeltmenneskers liv. Slik offentlig styring kalles paternalisme, definert som offentlig innblanding i en persons handlefrihet, kun av hensyn til vedkommendes egen velferd, lykke, egne behov, eller egne verdier (3,6,7).

Det er hevdet at vi trenger offentlig inngrep ikke bare for den enkeltes skyld men for å spare fellesskapet for unødig økonomiske byrder som følge av den enkeltes risikoatferd (8). Uansett motivet for en paternalistisk tilnærming på befolkningsnivå, er det et etisk dilemma.

Hvor går grensen mellom hva offentlig myndighet og/eller helsepersonell kan påtvinge enkeltindivider i det godes tjeneste (fellesskapet, eller for å redde noen få) uten at grensen for den enkeltes rett til egne valg og den private sfære overskrides? Mange etiske problemstillinger oppstår mellom dette hensynet til enkeltindividets rett og samfunnets moralske plikt. To eksempler kan brukes for å konkretisere, nemlig røyking og screening.

### **Røyking**

Mange vil hevde at helseopplysning i skolen, forbud mot tobakksreklame og forbud mot salg av tobakk til mindreårige er en form for paternalisme som er akseptabel. Da taes i betraktning den kunnskap vi har om tobakk og helseskader både for røykere og personer som blir eksponert for passiv røyking. I arbeidet med barn og unge på helsestasjonen vil man stå overfor foreldre som eksponerer sine barn for tobakksrøyk. Helsepersonell vet at dette gir økt risiko for luftveisinfeksjoner blant små barn, og også økt risiko for fremtidig sykdom. Dette representerer en vanskelig etisk vurdering for helsepersonell, hvor hensynet til barnets nåværende og fremtidige helse på den ene siden må veies opp mot foreldrenes rett til egne valg og bestemmelsesrett i sitt eget hjem.



## Screening

Screening er et annet eksempel. Til tross for høy sensitivitet og spesifisitet ved de fleste screeningmetoder, vil falske positive prøver eller funn oppstå. Slike funn vil kunne føre til angst og bekymringer, og i verste fall til at enkeltpersoner blir utsatt for unødige inngrep. Omfanget i form av psykisk belastning ved falske positive funn er ikke tilfredsstillende kartlagt, og det er etisk betenkelig.

I arbeidet med barn og unge på helsestasjonen er screening en del av det forebyggende arbeidet. De screeningprogram som i dag gjennomføres rutinemessig blant barn og unge som f.eks syn- og hørselscreening, screening av motorikk og fysiologi, skaper liten etisk debatt. En rekke barn og unge undersøkes gjentatte ganger, for å oppdage de få det kan være noe galt med. Som en konsekvens av denne screeningen vil enkelte bli påført unødige belastninger. Et eksempel kan være at det ved seks-ukersundersøkelsen finnes en bilyd på hjertet, en bilyd som høyst sannsynlig er ufarlig. Likevel har helsepersonell en informasjonsplikt til foreldrene om at denne bilyden er observert, og at den evt. vil kreve nærmere undersøkelse av spesialist. De færreste vil i prinsipp være uenig i at slike kontroller av barn gjennomføres. Utfordringen ligger i hvordan helsepersonell og helsevesenet håndterer slike funn. Formidling av et slikt funn, og oppfølging av familien det gjelder, er et stort etisk og moralsk ansvar.

## Nok kunnskap?

I debatten rundt etikk i helsefremmende og forebyggende arbeid er det påpekt at tiltak kan ha negative konsekvenser. Har vi nok kunnskap om konsekvenser som angst, bekymring, sykeliggjøring av friske individer og eventuell innvirkning på enkeltindividets livskvalitet? Slik kunnskap er essensiell for å kunne gjøre de etiske vurderinger som bør ligge til grunn for alle forebyggende tiltak som iverksettes. Tre spørsmål bør stå sentralt i alt helsefremmende og forebyggende arbeid:

- På hvilke etiske og moralske grunnprinsipper ligger retten til å intervensere i menneskers liv?
- Hvor går grensen mellom individets frihet og helsepersonells sosiale ansvar?
- Hvilken rett har helsepersonell til ikke å intervensere?

## En arbeidsmodell

I en arbeidsmodell for etisk analyse (9) påpekes tre hovedelementer, som kan være til nytte i det praktiske helsefremmende og forebyggende arbeid blant barn, unge og familier.

1. De etiske prinsipper og moralske regler som er relevante for en problemstilling identifiseres og presenteres.
2. Fordeler og ulemper ved alternative løsninger drøftes, og de ulike etiske prinsipper og aspekter vurderes opp mot hverandre.

3. På bakgrunn av de to foregående punktene utvikles et forslag som anbefaling til løsning.

Skal modellen fungere i en praktisk hverdag, betyr dette at før et forebyggende tiltak iverksettes, må involvert personell bruke tid til grundig gjennomgang av punkt 1 og 2 i modellen. Et eksempel kan være tiltak i forhold til foreldre som røyker. Før helsestasjonen bestemmer seg for forebyggende tiltak for å få foreldrene til å stumpe røyken, må det drøftes:

- Hvilke negative konsekvenser tiltaket kan få både for foreldrene og deres forhold til helsestasjonen.
- Vil det konkrete innholdet føre til skyldfølelse hos foreldrene?
- Hvor sterkt skal budskapet betones og i hvilken grad kan negative konsekvenser for eventuelt å bedre små barns helse aksepteres?
- Er det etisk forsvarlig å ikke iverksette forebyggende tiltak?

Etiske vurderinger og drøftinger kan bidra til refleksjon over konsekvenser av forslag til konkrete metoder og tiltak. Helsepersonell i helsestasjons- og skolehelsetjenesten har en etisk og moralsk plikt til å forebygge der det er mulig, men de har også en etisk forpliktelse til å skaffe seg tilstrekkelig kunnskap om hvordan ulike tiltak virker inn på andre menneskers liv.

### Referanser

1. Lov om helsetjenesten i kommunene av 19. november 1982. Nr. 66.
2. Reber. (1985): The Penguin Dictionary of Psychology.
3. Skrabanek P. (1980): Why is preventive medicine exempted from ethical constraints? J Med Ethics 16; 187-90.
4. Illich I. (1975): Medical Nemesis. The expropriation of health. Calder&Boyars Ltd, London.
5. St. meld. Nr. 37 (1992-93): Ufordringer i helsefremmende og forebyggende arbeid.
6. Karlsson Y. (1993): Förebyggande medicin under etisk debatt. Läkartidningen 90; 3963-5.
7. Asplund K, Cohen D, Emelin M & Eriksson KG. (1997): Att förebygga sjukdom i hjärta och kärl genom samhälls program. En systematisk litteraturöversikt. SBU FHI, Stockholm.
8. Svensson T & Sandlund M. (1990): Ethics and preventive medicine, Scand J Soc Med 18; 275-80.
9. Beauchamp TL & Childress JF. (1994): Principles of biomedical ethics (4th ed). Oxford University Press, New York.

## 3 Strategier og metoder

### 3.1 Strategier i helsefremmende og forebyggende arbeid

Strategier skal beskrive det overordnede perspektivet for målrettet arbeid. Strategier gir grunnlag for å utvikle handlingsplaner som konkretiserer hvilke metoder og tiltak som kan brukes for å nå fastsatte mål. Ved valg av strategi må flere forhold vurderes, blant annet problemets alvorlighetsgrad, utbredelse og konsekvenser for den enkelte og samfunnet. Etske problemstillinger og de samfunnsøkonomiske kostnadene må også tas med i en samlet vurdering. En strategi for et område bør inneholde følgende (1):

- målbeskrivelse
- aktuelle målgrupper
- det teoretiske grunnlaget
- valg av virkemidler
- beskrivelse av tiltakene

En bred og offensiv strategi bør rette seg mot flere målgrupper og ta i bruk ulike virkemidler samtidig.

- Juridiske virkemidler omfatter lover, forskrifter og reguleringer som gir overordnede rammer.
- Politiske virkemidler for å utjevne forskjeller mellom ulike grupper og ulike deler av landet.
- Økonomiske virkemidler kan tas i bruk for å medvirke til at befolkningen for eksempel kjøper sunne matvarer eller reduserer tobakksforbruket.
- Organisatoriske og administrative virkemidler har betydning for hvordan tjenester og tiltak kan utformes og gjennomføres.
- Pedagogiske virkemidler kan bidra til at man gjennom informasjon og kommunikasjon når oppsatte mål.
- Kompetanse som virkemiddel har betydning for å bevare og bedre kvaliteten på tjenestene.

Innen helsefremmende og forebyggende arbeid har det i liten grad vært gjennomført systematisk evaluering av de metoder som brukes og de tiltak som iverksettes. Dette har ført til usikkerhet omkring hvilke metoder man bør velge. For å få mer kunnskaper om nytten av vår virksomhet og hva som bør prioriteres, er det nødvendig å evaluere det som gjøres.

#### Høyrisikostrategi

Høyrisikostrategi innebærer at man retter tiltak mot individer eller grupper som er disponert for å utvikle sykdom eller helseproblem. Denne strategien sammenfaller i stor grad med sekundærforebyggende arbeid. Når man har metoder og midler til å redusere eller fjerne risikoen som foreligger, kan denne

strategien føre til et mer effektivt forebyggende arbeid overfor utsatte individer eller grupper. Man trenger ikke å involvere mennesker som sannsynligvis ikke vil bli syke (2,3).

Screening kan defineres som en masseundersøkelse der en standardisert undersøkelsesprosedyre gjennomføres overfor samtlige personer som omfattes av undersøkelsen(4). Formålet med screeningundersøkelser er at man får silt ut de som er i høyrisikogruppen slik at spesifikke tiltak kan iverksettes. Screeningmetoder som blir brukt innen helsestasjons- og skolehelsetjenesten er for eksempel anamnese, spørreskjema, kliniske undersøkelser og laboratorieprøver.

Kartlegging av risikofaktorer er ikke uproblematisk. Det kan være vanskelig å identifisere personer med høy risiko fordi det er stor grad av mobilitet inn og ut av ulike grupper, og det vil være vanskelig å nå alle i målgruppen. Dette gjelder ikke minst i forhold til barn, fordi det innen flere problemområder, for eksempel psykososiale problemer, belastningslidelser og utviklingsavvik, mangler gode metoder for å identifisere barn som tilhører høyrisikogruppen.

### **Befolkningsstrategi**

Målet for befolkningsstrategien er å forsøke å kontrollere, fjerne eller redusere forekomsten av faktorer som er årsak til sykdom i hele eller deler av befolkningen, for eksempel blant barn og unge. Strategien samsvarer i hovedsak med primærforebyggende arbeid. Dersom man lykkes med befolkningsrettede tiltak vil den totale risikoen bli redusert for alle grupper. Personer med høy risiko vil bevege seg over i grupper med moderat risiko. Den største helsegevinsten ligger imidlertid i at de store gruppene med moderat risiko får redusert risiko for utvikling av sykdom eller helseproblemer. Det vil si at en liten reduksjon i totalrisikoen for en befolkning medfører betydelig reduksjon i insidensen av sykdom, mens en stor reduksjon av risikoen hos høyrisikogrupper betyr lite for den totale insidensen av en sykdom (2).

Det vil også være vanskelig for personer med høy risiko å endre atferd dersom de fortsetter å leve i et miljø der atferden fortsatt praktiseres av flertallet. Derfor er det viktig å arbeide for å påvirke allmenne atferdsmønstre og redusere tilgangen på risikofaktorer, fremfor å konsentrere innsatsen i forhold til høyrisikopersoner. Helsetjenestens primære oppgave i dette arbeidet er å være pådrivere og å framskaffe kunnskaper om sammenhenger og premisser for dette arbeidet. Tverrsektorielt og flerfaglig samarbeid står sentralt når dette arbeidet skal iverksettes (5).

### **Folkehelsearbeid**

Folkehelsearbeid er et begrep som blir mer og mer brukt for å omtale den samlede strategiske innsatsen innen det helsefremmende og forebyggende arbeidet i lokalsamfunnet. Folkehelsearbeid i vid forstand er bedring av

folkehelsen gjennom forebyggende arbeid på mange samfunnssektorer, ikke bare helsefremmende og forebyggende arbeid i helsesektoren (6).

Folkehelsearbeidet har mange likheter med WHO's helsefremmende strategi, der helsefremmende arbeid (health promotion) defineres som: «prosessen som gjør den enkelte såvel som fellesskapet i stand til å vinne kontroll over faktorer som virker på helsen for derved å forbedre denne (7)». Prinsippene i folkehelsearbeidet kan også sees i sammenheng med lov om helsetjenester i kommunene av 19. november 1982, der det i formålsparagrafen § 1-3 blant annet står at «Kommunen skal ved sin helsetjeneste fremme folkehelse og trivsel og gode sosiale og miljømessige forhold». Samarbeid med andre offentlige organer og private organisasjoner er omtalt i § 1-4 (Planlegging, informasjon og samordning).

Folkehelsearbeid lokalt skal være både individ- og befolkningsrettet, men med hovedvekt på befolkningsrettede tiltak. Dette fastslås blant annet i Folkehelsepolitisk redegjørelse fremlagt for Stortinget i april 1996 (8). Erfaringer tilsier at størsteparten av helsefremmende og forebyggende arbeid må skje lokalt - det er der folk lever og bor. Lokalpolitikere må se helse- og sosialpolitikken i sammenheng med blant annet samferdselspolitikk, næringspolitikk og kulturpolitikk, og det må derfor samarbeides på tvers av sektorene i kommunene (6). En politisk vedtatt modell for folkehelsearbeidet vil sette forpliktende krav til utarbeidelse av kommunens økonomi- og virksomhetsplaner. Sentrale myndigheter kan bidra til at kommunene styrker folkehelsearbeidet gjennom handlingsplaner og faglige utredninger, samt juridiske, politiske, administrative og økonomiske virkemidler.

I en arbeidsmodell for lokalt folkehelsearbeid settes det opp følgende utgangspunkter for arbeidet (9):

- Nettverksskapende miljøer etableres i lokalsamfunnet, på arbeidsplasser, i skoler og i boligområdene. Riktig valg av strategier og metoder forutsetter et nært samarbeid med for eksempel universitetsinstitusjonene.
- Innsatsene skal bygge på befolkningens helsesituasjon. Dette forutsetter kartlegging av situasjon og miljøforhold som påvirker befolkningens helse.
- Målene for det forebyggende arbeidet konkretiseres og presiseres. De kunnskapsmessige og ressursmessige forutsetningene må beskrives.
- Gjennomføringen baseres på en demokratisk prosess, delaktighet og bred aksept blant befolkningen.
- Oppfølging og evaluering er viktige deler av prosessen.

## Oppsummering

Det er allment akseptert at tiltakene i helsestasjons- og skolehelsetjenesten i utgangspunktet må organiseres og tilrettelegges ut fra en befolkningsrettet strategi, blant annet på grunn av alle usikkerhetsmomentene som er knyttet til risikoidentifisering. Mye av diskusjonene de senere år har vært rettet mot vektlegging og prioriteringer innen de ulike forebyggingsnivåene.

## Referanser

1. Botten G. (1995): Strategier for å positivt påvirke matvaner. I: Kostupplysning: Ett medel förr att förändra kostvanor. Tema Nord 1995:622. Nordisk Ministerråd, København.
2. Rose G. (1992): The strategy of preventive medicine. 1st ed. Oxford University Press, New York.
3. Beaglehole R, Bonita R, Kjellström T. (1993): Basic epidemiology. WHO, Geneva.
4. Wergeland E, og Bjerkedal T. (1992): Metoder i forebyggende helsearbeid. I: Bjerkedal T. (red): Forebyggende medisin. ad Notam Gyldendal, Oslo.
5. NOU 1991:10 Flere gode leveår for alle. Sosialdepartementet.
6. Vitamin nr. 6 1997. Sosial- og helsedepartementets kommunikasjonsavis for utviklingsarbeid, Oslo.
7. Ottawa-charteret (1986). Helsedirektoratet.
8. Folkehelse rapporten (1996). Sosial- og helsedepartementet.
9. Modell for lokalt folkehelsearbeid i Göteborg (1995). Folkhälsosekretariatet i Göteborg.

### 3.2 Metoder i helsestasjons- og skolehelsetjenesten

Hovedarbeidsområdene i helsestasjons- og skolehelsetjenesten omfatter helseovervåking, målrettet helsefremmende og forebyggende arbeid, helseopplysning og miljørettet arbeid. Undersøkelser viser at det er store variasjoner i hvordan tjenestene utføres (1,2). Dette skyldes sannsynligvis mange forhold, blant annet de ansattes valg og prioriteringer, økonomi, kunnskaper og brukernes behov. Sentrale helsemyndigheter har i liten grad lagt føringer på hvilke metoder man skal anvende innen tjenestene. Ved planlegging og gjennomføring av tjenestene må man vurdere hvilke metoder som bør anvendes for å sikre at man når de fastsatte mål. Ved for eksempel helseundersøkelser kan rammene være slik at det er få valgmuligheter, mens når det gjelder helseopplysning er det ofte langt flere valgmuligheter. I planleggingsfasen forutsettes det at flere alternative metoder identifiseres, og ved å stille følgende spørsmål kan man komme frem til den mest hensiktsmessige metoden:

Hvilke metoder er:

- best egnet og mest effektive i forhold til mål og delmål ?
- akseptable for målgruppen ?
- enklest å tilpasse og minst kostnadskrevenne ?
- har jeg best kompetanse og erfaring i å bruke ?

Metoder og tiltak utformes i forhold til de fastsatte mål for aktiviteten. Når det for eksempel gjelder helseopplysning vil målet ofte være at målgruppen tilegner seg kunnskaper og ferdigheter innen et bestemt tema. Da må helseopplyseren planlegge ut fra pedagogiske prinsipper og undervisningsmetoder og vurdere ulike alternativer mot hverandre. Man bør også planlegge hvordan man skal evaluere hvorvidt man lykkes med valg av metode og tiltak.

## Miljørettet helsearbeid

### Bakgrunn for miljørettet helsearbeid

I lov om helsetjenester i kommunene blir miljørettet helsevern definert slik: «Miljørettet helsevern omfatter de faktorer i miljøet som til enhver tid direkte eller indirekte kan ha innvirkning på helsen. Disse omfatter blant annet biologiske, kjemiske, fysiske og sosiale miljøfaktorer» (3). Miljørettet helsevern tar sikte på å redusere eller fjerne de negative faktorene som skader helsen, og legge til rette for de positive faktorene som fremmer helsen (4).

Handlingsprogrammet Agenda 21 ble vedtatt på FN's konferanse om miljø og utvikling (UNCED) i Rio de Janeiro i 1992. Alle landene som deltok på konferansen er forpliktet til å følge opp dette handlingsprogrammet. Dette har resultert i Lokal Agenda 21 (LA21), og i henhold til denne skal målet om å fremme helse og forebygge sykdom integreres i all relevant kommunal aktivitet (5). Denne integreringen er nedfelt i Helsinkideklarasjonen fra 1994, som forplikter helse- og miljøvernmyndighetene i WHO's medlemsland i Europa til å utarbeide felles nasjonale handlingsplaner for å redusere miljøets negative virkning på befolkningen (6). Politikken skal videreføres lokalt, og fylkeskommunen og kommunen er sammen med befolkningen, organisasjoner og næringslivet hovedaktører i dette arbeidet. Miljøarbeidet var allerede godt i gang i norske kommuner da Agenda 21 ble vedtatt. Det kan nevnes at Sandnes kommune er medlem av WHO's prosjekt om «sunnere byer» (healthy cities), og Sandnes kommune har blant annet tatt initiativ til å etablere et nasjonalt nettverk av helse- og miljøkommuner (5).

Plan- og bygningsloven fra 1985 er den viktigste loven for planlegging og gjennomføring av miljøpolitikk i kommunene (7). Loven ble revidert i 1989, og da ble følgende tatt inn i formålsparagrafen § 2: «Ved planlegging etter loven her skal det spesielt legges til rette for å sikre barn gode oppvekstvilkår». Det ble også bestemt at det i hver kommune skal utpekes en representant som skal ivareta barns og unges interesser. Barnerepresentantens oppgaver er nærmere beskrevet i rundskriv T-1/95 Barn og planlegging (8). Kommunenes planlegging for barns og unges oppvekstmiljø bygger på tverrsektorielt samarbeid, og kommunens helsetjeneste bør samarbeide med barnerepresentanten for å bidra til at det ved planlegging og utforming av miljøet blir tatt hensyn til de helsemessige konsekvenser. Samarbeid med andre offentlige tjenester, frivillige organisasjoner og befolkningen forøvrig er også viktig i dette arbeidet.

Forskrift om miljørettet helsevern i barnehager og skoler mv. av 1.des. 1995 har som formål å «bidra til at miljøet i barnehager, skoler og andre virksomheter fremmer helse, trivsel, gode sosiale og miljømessige forhold samt forebygger sykdom» (9). Virksomhetens eier har ansvar for at kravene i forskriften overholdes. Godkjennings- og tilsynsansvaret er lagt direkte til kommunestyret, som fastsetter hvilket kommunalt organ som skal løse disse oppgavene.

Kommunens helsetjeneste skal også bistå med råd og veiledning (jf. Veileder til forskrift om miljørettet helsevern i barnehage og skole mv. (IK-2619, 3-98). Disse oppgavene kan eventuelt delegeres til helsestasjoner eller skolehelsetjenesten eller til teknisk-hygienisk personell i kommunen.

### **Miljørettet helsearbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten**

Helsestasjonen og skolehelsetjenesten skal være med å arbeide for et bedre miljø for barn og unge. I rundskriv IK-19/90 Helsestasjonsvirksomheten – planlegging, organisering, står det at: «i virksomheten inngår arbeid for å bedre oppvekstforholdene for alle barn, blant annet ved å kartlegge helsemessig uheldige forhold i det fysiske, psykiske og sosiale miljøet og ved å gjøre slike forhold kjent for de kommunale myndigheter som har spesielt ansvar for gjennomføring av miljøtiltak» (10). Rundskriv IK-33/95 Internkontroll og hovedarbeidsområder for skolehelsetjenesten, sier blant annet at «skolehelsetjenesten må kunne vise til at den samarbeider systematisk med aktuelle samarbeidspartnere om et helsefremmende miljø for barn og unge» (11).

I helsestasjonen og skolehelsetjenesten vil miljørettet helsearbeid i hovedsak være rettet mot fysiske og psykososiale miljøfaktorer. Ulykkesforebyggende arbeid som bygger på systematisk innsamling av opplysninger om ulykker og skader blant barn og unge er et eksempel på dette. Dette arbeidet krever samarbeid med befolkningen, andre kommunale etater og frivillige organisasjoner. WHO har satt opp kriterier som må oppfylles for at lokalsamfunn skal få status som Trygt lokalsamfunn (Safe community). Harstad var den første kommunen i Norge som oppnådde denne godkjenningen etter et omfattende arbeid der hele lokalsamfunnet var engasjert (12).

Kartlegging og tiltak for å bedre boligmiljø og skolemiljø er et annet aktuelt innsatsområde. Helsestasjonen kan være pådriver for å lage treffsteder for småbarnsfamilier eller tiltak rettet mot barn og unge. Gruppevirksomhet i helsestasjonen kan ha som mål å utvikle sosiale nettverk og derved bedre oppvekstmiljøet.

Skolehelsetjenesten bør i samarbeid med skolen, elevene, foreldre og andre aktuelle instanser arbeide for å skape en helsefremmende skole. HEFRES - europeisk nettverk for helsefremmende skoler - er et samarbeidsprosjekt mellom WHO, EU og Europarådet, som ble etablert i 1991. Norge kom med i 1993, og ti skoler er plukket ut til å delta (13). Fire hovedområder står i fokus for HEFRES-skolene:

- Skape et helsefremmende miljø
- Bedre elevenes trivsel og helse
- Bedre personalets trivsel og helse
- Bedre samarbeidet mellom skole og skolehelsetjeneste, mellom skolen og hjemmene og mellom skolen og lokalmiljøet (14)



Hensikten er at erfaringene fra HEFRES-skolene skal føres videre til andre skoler i Norge.

Skolehelsetjenestens primære rolle i arbeidet er å være pådriver og samarbeidspartner, for eksempel ved å bidra med fagkunnskaper og å foreslå områder for utviklingsprosjekter. Det kan være når det gjelder utforming av det fysiske miljøet, inneklima, ulykker og skader, skolemåltid/kantiner, fysisk aktivitet, mobbing eller generelle trivselsfremmende tiltak. I tillegg til å ta utgangspunkt i nasjonale satsningsområder, er det viktig å kartlegge og planlegge ut fra lokale forhold.

For de tverrfaglige helseteamene bør skolemiljøet være et sentralt tema. Skolemiljøet gjelder først og fremst elevene, og det er viktig å inkludere dem i arbeidet for en helsefremmende skole, for eksempel ved å samarbeide med elevrådet.

## **Individ- og grupperettet arbeid**

### **Rådgivning og veiledning**

Helsefremmende og forebyggende arbeid blant barn og unge består blant annet av rådgivning og veiledning, individuelt eller i gruppe. Tema kan for eksempel være barns utvikling, kostholdsveiledning, ulykkesforebygging eller prevensjonsveiledning. Rådgivning og veiledning må være kunnskapsbasert, og man bør tilstrebe å skape et klima der foreldre, barn eller unge er likeverdige partnere og ikke passive mottakere.

Ved rådgivning og veiledning kan vi innta to forskjellige posisjoner:

- Ekspertrollen: der vi gir konkrete råd, for eksempel hvordan foreldre håndterer barn med feberkramper.
- Konsulenter eller veiledere: lytter til de problemer som legges frem, og kommer sammen med foreldre eller barn/ungdom frem til forslag til mulige løsninger.

Hvilken posisjon vi inntar er avhengig av problemets art. Det er den som presenterer problemet (foreldre eller skolelever) som har ansvar for å iverksette, observere og rapportere tilbake resultat fra intervensjonen (15).

### **Generelle prinsipper for rådgivning og veiledning:**

- innta en lyttende posisjon til foreldre, barn eller unges bekymringer
- innholdet i råd og veiledning skal være logisk, relevant og gis med følsomhet og respekt for foreldrenes kultur
- råd og veiledning skal gis ved relevant alder
- det må være mulig for foreldre, barn eller unge å iverksette forslag til løsninger
- man kan demonstrere for foreldre hvordan atferds- og utviklingsproblemer kan håndteres
- rådene må ha et positivt innhold

- forsikre seg om at foreldre, barn eller unge har forstått budskapet
- antall råd i en konsultasjon begrenses, og gis skriftlig når innholdet er komplisert
- ha forståelse for foreldrenes tvil og deres årsaker til ikke å følge rådene
- ta foreldrene, barn eller unges engstelse på alvor

I en veiledningssituasjon må vi ha respekt for foreldre, barn eller unges kultur. Videre bør vi stimulere deres selvtillit og bruk av «sunt vett». På helsestasjonen er det viktig å påpeke de positive og sterke sidene ved barnet.

### Individuell konsultasjon

Størsteparten av konsultasjonene på helsestasjonen skjer som følge av et fastsatt program for helseundersøkelser, helseopplysning og veiledning. I tillegg kommer de kontaktene som foreldre selv tar initiativ til ut fra behov for å drøfte bekymringer eller problemer.

Konsultasjonene i skolehelsetjenesten består av helseundersøkelser eller helsekontakter på bestemte alderstrinn, og individuell veiledning eller samtale på grunnlag av henvendelse fra elev, foreldre eller lærer. Det er viktig at det er lav terskel for at elevene kan ta kontakt. Dette kan gjøres ved å ha en «åpen dør», ha fast kontortid og å være tilgjengelig i skolen.

En åpen kommunikasjon mellom helsepersonell og familie, barn og ungdom er viktig for å sikre kvaliteten i den individuelle konsultasjonen. Pendleton og medarbeidere har beskrevet deloppgaver for konsultasjonen. I Helsestasjonsboken (16) er prinsippene omarbeidet til bruk for konsultasjonen på helsestasjonen. De er her ikke satt opp i prioritert rekkefølge, og ikke alle prinsippene vil være aktuelle ved alle konsultasjoner. Prinsippene kan overføres til konsultasjonene i skolehelsetjenesten.

1. Spør om hvilke forventninger og ønsker mor og far har til konsultasjonen.
2. Gi foreldrene en forståelse for hensikten.
3. Vurder andre behov og problem som familien har.
4. Gi informasjon om barns utvikling og behov.
5. Gjennomfør en faglig god helseundersøkelse.
6. Ved problemer finn fram til realistiske måter for å løse eller avhjelpe problemet.
7. Involver foreldrene i ansvaret for omsorgsoppgavene.
8. Bruk tid og ressurser målrettet.
9. Etabler et klima som fremmer kontakt og medfølelse

På helsestasjonen og i skolehelsetjenesten er det viktig å tilrettelegge for den gode samtalen. Det er nødvendig å sette av god tid der man beskytter seg mot avbrytelser fra telefon eller medarbeidere. Underveis i samtalen bør man ha mest mulig blikkkontakt både med barn og voksne. På helsestasjonen må vi bruke leker som passer for barnas alder. Det gir mulighet til å observere barna i lekesituasjon, og i samspill med sine foreldre.

Den gode samtalen mellom helsepersonell og foreldre og barn er sentral i individorientert arbeid. Når vi skal snakke med foreldre og barn om psykososiale forhold er det sentralt å ta utgangspunkt i deres tanker om egen helse og trivsel. En tilnærming til slike spørsmål kan være å alminneliggjøre problemer før vi spør foreldrene direkte (17). Vi skal forholde oss til kunnskaper om risiko, familiens ressurser og deres opplevelse av helse. Dette krever at vi er lydhøre både for barn og foreldre.

### **Grupper i helsestasjonen**

Målet med grupperettede tilbud i helsestasjonen er at foreldre i samme situasjon får innsikt, forståelse og hjelp når det gjelder å mestre omsorg og foreldrerolle. Foreldre som deltar i konsultasjongrupper og/eller annet gruppetilbud ser den normale variasjonen i barns vekst og utvikling, og det kan bidra til trygghet og kompetanse. Foreldre har behov for å utveksle erfaringer og kunnskaper om barn, og en gruppe utgjør et gjensidig hjelpesystem. Sammen med andre foreldre finner deltakerne frem til løsninger eller avgjørelser som kan være nyttige for dem (18). Foreldrene selv utgjør de viktigste ressursene i gruppen, både når det gjelder kunnskaper om barns grunnleggende utvikling og behov, praktisk kunnskap om barnestell, relasjoner mellom barn og foreldre og relasjoner mellom foreldrene.

Felles mål for foreldregruppene kan være (19):

- Forståelse og oppvurdering av det fantastiske arbeidet foreldre gjør
- Muligheter for å lære av hverandres vanskeligheter og fremskritt
- Pålitelig informasjon om hva barna mest trenger fra foreldrene
- Oppmuntring og verktøy for å skape mer effektiv støtte for seg selv og familiene sine

Et annet viktig mål med grupper er å skape kontakt og felleskap. Den sosiale kontakten mellom foreldre på helsestasjonen kan danne grunnlag for bedre sosialt nettverk i deres nærmiljø. Det forutsetter at helsepersonell har godt kjennskap til nærmiljøets muligheter og begrensninger, og at de har et bilde av familienes nettverk. Lokalkunnskap gir anledning til å koble sammen familier og naboer, formidle kontakt, henvise til lag, foreninger m.m. Førstegangsforeldre, aleneforeldre og nyttilflyttede familier uttrykker ofte behov for kontakt med andre småbarnsførelde, og for disse gruppene oppleves gruppetilbud som spesielt nyttig. I kommuner der det er mange innvandrersfamilier kan det være mest hensiktsmessig å samle de fra samme språkgruppe og bruke tolk.

Selv om man driver grupper på helsestasjonen må man ikke utelate individuelle konsultasjoner når behov og skjønn tilsier det. Enkelte situasjoner kan være vanskelige å håndtere i gruppe både for foreldre og helsepersonell, for eksempel dersom man oppdager barn med utviklingsavvik. Helsepersonell må ha tenkt gjennom hvordan slike situasjoner faglig og praktisk kan takles på best mulig måte. Noen foreldre uttrykker at det er vanskelig å ta opp personlige forhold

eller problemer, og andre synes gruppekonsultasjon er for tidkrevende (20). Man får mindre personlig kontakt med hver enkelt familie, og kanskje faller noen utenfor. Det er også en stor utfordring å motivere og tilrettelegge for de foreldre som helsepersonell mener vil ha spesiell nytte av å delta i grupper. Helsepersonell fremhever gjerne at ved bruk av grupper når man flere samtidig med for eksempel helseopplysning, og at man kan gå i dybden på ulike temaer og spørsmål. Vi kan få et riktigere bilde av samspillet mellom barn og foreldre, og samordningen mellom helsesøster og lege blir bedre (16, 21) Det er også lettere å trekke inn andre fagpersoner.

Men grupper som metode er en krevende arbeidsform. Spesielt kan konsultasjonsgrupper trekkes frem som krevende, fordi det skal gjennomføres flere aktiviteter innenfor samme tidsramme: veiledning, helseopplysning, samtale, observasjon/undersøkelse og vaksinerings. Det stiller krav til administrasjon, oversikt og til gruppeledelse (22). Det er en utfordring å få i gang en gruppeprosess som er meningsfull for de som deltar.

Helsepersonell beskriver også ulemper ved grupper, for eksempel at det går mer tid, at det kan være vanskelig å dokumentere i helsekortet, at det kan være problem med uro/konsentrasjon og at foreldre uteblir fra gruppene.

#### Ulike gruppetilbud

- Foreldreforberedende grupper: Foreldre deltar i fødsel- og foreldreforberedende grupper med tema som fødsel, samliv, samspill, nettverk, barns behov osv. Alle er i en livssituasjon som er godt egnet til å skape bånd dem imellom. Undersøkelser har vist at slike grupper skaper kontakter og utvider familienes nettverk (21). Når det er mulig må det tilstrebes kontinuitet, for eksempel ved å samle de samme foreldrene i sped- og småbarnsgrupper på helsestasjonen.
- Barselgrupper: Barselperioden er en sårbar periode, der foreldrerollen skal innlæres. Blant tema som tas opp i barselgrupper er: spedbarnets utvikling og behov, amming, samspill og kommunikasjon, foreldrerollen og parforholdet. Foreldre med spedbarn inviteres til to-tre møter på helsestasjonen, og ved noen helsestasjoner fortsetter disse gruppene som samtalegrupper første leveåret. Ofte fortsetter foreldrene (gjærne mødrene) å treffes privat.
- Konsultasjonsgrupper: Deler av eller alle de rutinemessige konsultasjonene kan organiseres i grupper. Denne arbeidsmåten er etterhvert blitt vanlig i helsestasjonen. Man samler foreldre med barn født til noenlunde samme tid, vanligvis fire til seks barn. Innholdet er mye det samme som ved individuell konsultasjon, men i tillegg får man dra nytte av foreldrenes ressurser og kunnskaper, det sosiale nettverket kan styrkes, og andre fagpersoner kan hentes inn i gruppene.
- Samspillgrupper: Målet for gruppene er å støtte opp om foreldrenes ressurser og fokusere på positive sider i foreldre-barn relasjonen med tanke på å øke deres innsikt og trygghet i foreldrerollen. Metodene som benyttes bygger på utviklingsstøttende kommunikasjon og tar sikte på å styrke samspillet mellom omsorgsgiver og barn. I Foreldreveiledningsprosjektet (23) fremheves det at intensjonen er å tilrettelegge for god psykososial

utvikling for barn. Dette kan også integreres i det rutinemessige programmet på helsestasjonen, for eksempel i konsultasjonsgrupper.

- Fedregrupper: Gjennom fedregrupper kan helsestasjonen bidra til å styrke foreldres fellesansvar ved spesielt å sette fokus på farsrollen og på menn som rollemodeller for barn. Det er god erfaring med grupper som ledes av menn som selv er fedre, og slike grupper kan etterhvert bli selvdrevne (23).
- Grupper på grunnlag av spesielle behov: Aktuelle grupper kan være samtalegrupper for alene-mødre, tvillingforeldre, innvandrerfamilier, foreldre til barn med kronisk sykdom eller funksjonshemming eller foreldre til barn med søvnproblem. Mange foreldre ønsker å være i en gruppe der man treffer andre som er i samme situasjon. Også disse gruppene bygger på foreldrenes ressurser og premisser, utveksling av erfaringer og synspunkter (24).

### **Grupper i skolehelsetjenesten**

Skolehelsetjenesten skal i samarbeid med skolen gi relevante tilbud om veiledning og undervisning med tanke på å fremme helse og forebygge sykdom (11). Helsepersonell må i samarbeid med skolen medvirke til at helseundervisning og helseopplysning i skolen blir tilpasset elevenes hverdag og miljø. Helseopplysning i grupper er en måte å løse dette på.

Grupperettede tilbud for skoleelever bygger på flere av de samme prinsippene som omtalt foran under grupper i helsestasjonen. I grupper kan barn og unge lære å mestre situasjoner eller problemer, bli bevisst egne holdninger og få trygghet i å formidle egne meninger. Grupper er også viktig for sosial læring og kompetanse. Det har vist seg at den tradisjonelle kunnskapsformidlingen har liten effekt når målet er å endre elevenes holdninger og atferd i en positiv retning når det gjelder egen helse (jfr. Kap. 2.4). Ulike metoder og tilnærminger må kombineres, og ikke minst må elevene ha innflytelse på innholdet. Det er viktig at det legges vekt på utveksling av tanker, meninger og erfaringer mellom elevene, slik at det skapes innlevelse og egenaktivitet.

Når skolehelsetjenesten skal planlegge grupperettede tiltak, bør det være utarbeidet:

- rutiner som sikrer at skolehelsetjenesten bidrar i skolens planlegging av undervisning
- prosedyrer som sikrer evaluering av grupperettet arbeid
- rutiner som ivaretar tverrfaglig samarbeid

Ulike grupper i skolehelsetjenesten:

- Helseopplysningsgrupper eller temagrupper: aktuelle tema er ernæring, tobakk/røyking og andre rusmidler, egenomsorg, ulykker, seksuell helse og prevensjon. Kunnskapsformidling kombineres med samtale/dialog som ivaretar elevmedvirkning. Eksempler på helseopplysningsopplegg som baserer seg på grupper er «Unge og rusmidler» (25) og «Sett dine egne grenser» (26).
- Samtalegrupper: kan være et tilbud som går ut til alle elever på et gitt klassetrinn, eller til utvalgte elever med problemer. Gruppevirksomheten bør inngå som en naturlig del av skolens innhold. Målet med slike grupper kan være at elevene lærer å finne konstruktive løsninger på konflikter, og at de

lærer å mestre situasjoner som de fleste før eller siden kommer opp i. Det tas hele tiden utgangspunkt i elevenes egne ressurser, egne normer og eget arbeid med problemene (28).

- Selvhjelpsgrupper: Selvhjelp dreier seg om gjensidig hjelp. Et felles hovedproblem, for eksempel kronisk sykdom, er utgangspunkt for en slik gruppe. Selvhjelpsgruppene baserer seg på innlevelse, omsorg og støtte, og innholdet kan være både forebyggende og behandlende. Gruppene ledes av deltakerne selv, men skolehelsetjenesten kan være med å organisere og starte opp gruppene. For å starte opp slike grupper er det viktig å ha god oversikt over helseproblemer ved skolen.
- Konsultasjonsgrupper: Deler av eller hele konsultasjoner kan organiseres i gruppe. Elevene innkalles i grupper ved rutinemessige helsekontakter på anbefalte klassetrinn (se Somatiske undersøkelser av barn og unge fra 0 - 20 år. IK-2611, 1-98). Hensikten er blant annet å gi råd og veiledning som er relevant for alderen, og at elevene får diskutere og dele erfaringer om forhold som har betydning for helsen.

«Du bestemmer» er et opplegg som har vært brukt i svenske skoler med godt resultat (28). Målet er at elevene blir bevisst sitt eget forhold til begrepet helse og at de tar konsekvensen av dette. Programmet veksler mellom individuelle samtaler og gruppesamtaler, tilsammen 6 samlinger. Ulike yrkesgrupper i skolen fungerer som veiledere. Resultater fra evalueringen viste at de fleste elevene (85%) styrte selv innholdet mot psykiske og sosiale spørsmål som berørte dem personlig. Det interessante var at mange (44%) i tillegg fikk nesten like stor atferdsendring på det fysiske området, uten at slike spørsmål ble diskutert i opplegget. Dette kan skyldes at elevene har lært en strategi som de generaliserer, de kan ha fått økt evne til å ta tak i problemer og større energi til å befatte seg med sin fysiske helse (ibid).

### **Generelt om gruppevirksomhet**

Behovene hos foreldre, barn og unge varierer, og det er viktig å ta hensyn til dette når man planlegger gruppetilbud. Foreldre eller skoleelever kan være med i planlegging av tilbud, dette er også en realisering av prinsippet om brukermedvirkning. Gruppetilbudene må også evalueres, gjerne i form av brukerundersøkelser.

Avhengig av helsepersonells kompetanse og erfaring, kan det i en utviklingsfase være behov for å utprøve ulike modeller. De som driver med grupper bør ha veiledning underveis, for eksempel kollegaveiledning. Faglig oppdatering gjennom opplæringsprogrammer, seminarer og konsulentbistand kan også være nødvendig. Påfyll av kunnskaper innen gruppeledelse og gruppeprosess er sentrale områder som kan nevnes.

## Referanser:

1. Elvbakken KT. (1998): Skolehelsetjenesten. Organisering, ressurser, tiltak og metoder. I: Undersøkelser i helsestasjons- og skolehelsetjenesten. IK-2618, 4-98. Statens helsetilsyn.
2. Hjälmhult E. (1997): En beskrivelse av helsestasjons- og skolehelsetjenesten i tre kommuner. I: Undersøkelser i helsestasjons- og skolehelsetjenesten. IK-2618, 4-98. Statens helsetilsyn.
3. Lov om helsetjenesten i kommunene av 19. nov. 1982.
4. Helsedirektoratet (1989): Samlet plan for utviklingsprosjekter innen det sykdomsforebyggende og helsefremmende arbeid.
5. Ofstad S. (red.) (1997): Sammen om utvikling og miljø, Miljøverndepartementet. Statens Forurensningstilsyn, Oslo.
6. Soho-posten nr. 4/97. Samarbeidsorganet for helsefremmende oppgaver.
7. Plan- og bygningsloven av 14. juni 1985.
8. Miljøverndepartementet (1995): Rundskriv T- 1/95 Barn og planlegging.
9. Forskrift om miljørettet helsevern i barnehager og skoler m.v. av 1. des. 1995.
10. Rundskriv IK-19/90 Helsestasjonsvirksomheten - planlegging, organisering.
11. Statens helsetilsyn: Rundskriv IK-33/95 Internkontroll og hovedarbeidsområder for skolehelsetjenesten.
12. Sosial- og helsedepartementet (1996): Rundskriv I-25/96 Lokalt ulykkesforebyggende arbeid: Trygge lokalsamfunn.
13. Hjälmhult E, Wold B, Samdal O. (1996): Skolehelsetjenesten og helsefremmende skoler - utfordringer til samarbeid. Hemil-rapport nr. 5-96. Universitetet i Bergen.
14. Samdal O. (red.) (1994): Helse og trivsel i skolen. Universitetet i Bergen: HEMIL-senteret.
15. Hall D, Hill P, Elliman D. (1994): The Child Health Surveillance Handbook. Radcliffe Medical Press Ltd, Oxon.
16. Heian F, Misvær N. (1989): Helsestasjonsboka. Kommuneforlaget, Oslo.
17. Haga OS. (1996): Hverdagspediatri. Tano, Oslo.
18. Statens helsetilsyn (1995). Gruppearbeid - metode og muligheter 3/95.
19. Statens helseundersøkelser (1996): Hvordan vi kan lede ei foreldrestøttegruppe.
20. Nærde A. (1992): Erfaringer med gruppebasert helsestasjonskontroll: en brukerundersøkelse. Hovedoppgave ved psykologisk institutt, Universitetet i Oslo.
21. Heian F, Brevik S. (1996): Helsestasjonen - særpreg og ideologi. Rapport nr. 2 fra prosjektet Barn-helse-miljø.
22. Heap K. (1996): Gruppemetode for helse- og sosialarbeidere. 3. utgave. Universitetsforlaget, Oslo.
23. Barne- og familiedept. og Sosial- og helsedept. (1995): Foreldreveiledningsprosjektet. Rundskriv Q-5/95.
24. Bogen B, Næss PO, Sommerschild Sundby H, Sundby P. (1982): Helsestasjonen. En forpost i kampen for det gode liv. Universitetsforlaget, Oslo.
25. Klepp KI. (1997): Rusmiddelforebyggende arbeid. I: Klepp KI, Aarø LE (red.): Ungdom, livsstil og helsefremmende arbeid. Universitetsforlaget, Oslo.
26. Kyrkjebø JM, Økland T. (1997): Kvalitetssikring av helseopplysning i skolehelsetjenesten for å forebygge uønskede svangerskap hos unge jenter. Bergen kommune.
27. Grimsmo A. (1989): Forebyggende helsearbeid i skolen. Kommuneforlaget, Oslo.
28. Bremberg S. (1990): Elevhälsans teori och praktik: ett verktyg för utveckling av hälsovård i skolan: hälsoinformation, skolmiljö, hälsokontroller m.m. Studentlitteratur, Lund.

### 3.3 Oppsøkende virksomhet

#### Hjemmebesøk

Forskrift om helsestasjonsvirksomhet av 23. nov. 1983 slår fast at oppsøkende virksomhet og hjemmebesøk hører inn under de forebyggende helsetiltak i helsestasjonsvirksomheten (ad § 1 Formål/oppgaver) (1). I flere vestlige land, for eksempel Storbritannia og Danmark, er helsesøstertjenesten organisert som oppsøkende virksomhet i hjemmene. I Norge har vi lang tradisjon med hjemmebesøk til familier med nyfødte barn (2). Tidligere ble det lagt vekt på at man ved hjemmebesøksordningen skulle fange opp de sosialt vanskeligstilte. Dette har endret seg over tid, og hjemmebesøket til nyfødte er etter hvert blitt et ikke-diskriminerende tilbud til alle familier med nyfødte barn (3).

Det kan være aktuelt med hjemmebesøk til andre enn familier med nyfødte barn, for eksempel:

- barn på andre alderstrinn, også skolebarn
- familier med spesielle behov (funksjonshemninger, kronisk sykdom)
- familier med spesielle problemer (søvnproblem, grensesettingsproblem)
- adoptivbarn i alle aldre
- innvandrerfamilier
- nytilflyttede familier
- familier som uteblir fra helsestasjonsavtaler
- barn som uteblir fra skolen

Ved alvorlige kriser, sykdom eller død er det naturlig at helsesøster tar kontakt med familien og tilbyr hjemmebesøk for å sikre at familien får nødvendig støtte og hjelp (2, 4, 5).

Hjemmebesøk kan være en krevende arbeidsform, men den har store fordeler. Man møter familien i eget miljø og på deres arena. Barn som er vanskelige å få kontakt med eller å undersøke på helsestasjonen, opptrer ofte på en helt annen måte hjemme i vante omgivelser. Hjemmebesøket gir økt forståelse for familiens livssituasjon, men man må ha respekt for familiens integritet. Det må være rom for fleksibilitet, og man må være forberedt på å møte uforutsette behov og/eller problemer.

#### Hjemmebesøk til familier med nyfødt barn

Avtalt hjemmebesøk til nyfødte er som regel den første kontakten helsestasjonen har med barnet og familien. Hensikten med hjemmebesøk til nyfødte er ifølge Helsedirektoratets «Veileder for helsestasjonsvirksomheten - Barn 0-7 år»: å vurdere barnets tilstand, bli kjent med familien, skape kontakt og tillit, informere om helsestasjonens tilbud, vurdere om familien trenger spesiell støtte og gi mor amme- og prevensjonsveiledning. Det nevnes også at man skal ha fokus på ulykkesforebygging. Videre gis det en detaljert oversikt



over undersøkelser og observasjoner av barnets generelle almentilstand og trivsel, samt blant annet blikkontakt, symmetri, refleks, hud og navle (6).

En viktig intensjon med hjemmebesøket er at familier med nyfødte barn på et tidlig tidspunkt får informasjon, veiledning og støtte ut fra individuelle behov. I tillegg til klargjøring av foreldrenes behov, er det viktig å få frem deres forventninger og ønsker til hjemmebesøket. Familiene får også informasjon om den videre oppfølgingen på helsestasjonen, og hjemmebesøket danner grunnlag for videre kontakt og samarbeid.

Til tross for hjemmebesøkets sentrale plass i helsestasjonstjenesten, mangler det forskningsbasert viten om mødres og fedres, samt barns situasjon i tiden like etter utskrivelse fra barselavdelingen (7). Ut fra senere års registreringer i kommunehelsetjenesten, ser det ut til at hjemmebesøksfrekvensen er synkende i Norge (8). I 1995 ble det utført 47 676 hjemmebesøk til familier med nyfødte barn, det vil si til i overkant av 79 % av alle nyfødte barn (9). Innenfor stadig mer ressursknappe rammer blir hjemmebesøket til alle familier med nyfødte barn trolig nedprioritert når helsestasjonstjenesten må foreta prioriteringer. Hvilke familier som eventuelt prioriteres for hjemmebesøk, kan variere fra kommune til kommune. Et kriterium som går igjen, er at det mange steder kun gis tilbud om hjemmebesøk til førstegangsfødende (6, 7, 10, 11). Undersøkelser tyder også på at de yngste og de med lavest utdanning blir prioritert når det gjelder tilbud om hjemmebesøk (12) .

Helsestasjonen må ta stilling til hvordan man kan gi alternative tilbud til de som ikke ønsker besøk, eller av andre grunner ikke får tilbud om hjemmebesøk. Hvordan kompenseres det senere for «manglende hjemmebesøk»? Problemstillingene må drøftes og avklares i den enkelte kommune/bydel.

Kortere liggetid på barselavdeling har satt nytt lys på betydningen av tidlig hjemmebesøk. Barselavdelinger arbeider med å tilpasse seg til de ti kravene i «Mor-barn vennlig initiativ» (13), og det er viktig at dette følges opp av førstelinjetjenesten.

Jordmortjeneste er fra 1. jan 1995 en obligatorisk deltjeneste i kommunehelsetjenesten. I flere kommuner utfører både jordmor og helsesøster hjemmebesøk til familier med nyfødte barn. Dette krever nært og godt samarbeid mellom fagpersonene slik at ressursene brukes på en mest mulig hensiktsmessig måte. En måte å organisere dette på er at jordmor går på hjemmebesøk like etter utskrivning fra barsel først og fremst for å følge opp mor. Helsesøster foretar sitt besøk og har særlig fokus på barnet og familien.

### **Metode og tiltak**

Hjemmebesøk skal være avtalt på forhånd med tidspunkt, formål, hvem som skal være tilstede og tidsramme. Det må settes av god tid slik at det også er mulig å ta opp uforutsette ting. Besøket må være godt forberedt og helse-

stasjonen bør ha sjekklister eller prosedyrer for hva som skal vektlegges. Et hjemmebesøk må foregå på familiens egne premisser. Familien gis informasjon både skriftlig og muntlig om helsestasjonens tilbud, opplegg, organisering og tilgjengelighet. Det gis tilbud om time på helsestasjonen og eventuelt tilbud om å delta i gruppe.

#### *Familien, samspill og nettverk*

Et spedbarn i familien betyr en ny livssituasjon for mor og far og eventuelle søsken. En av helsestasjonens viktigste oppgaver er å bidra til at foreldrene mestrer foreldrerollen. Flere spørsmål er sentrale:

- hvordan er mors og fars situasjon i barseltiden?
- hvordan er fordeling av ansvar og oppgaver foreldrene imellom?
- hvordan er mors, fars og barnets helsetilstand?

Helsepersonell må være lydhøre for foreldrenes behov, og det må gis rom for å bearbeide opplevelser rundt fødsel og opphold i barselavdelingen (6).

Sentrale tema for samtale er:

- betydning av tidlig samspill mellom foreldre og barn (14, 15).
- betydning av familiens nettverk (2).
- aktuelle trykderettigheter.

#### *Mor og barn*

Mors helse og trivsel står sentralt i hjemmebesøket etter fødsel. Amming, stell av bryster, prevensjon er sentrale tema, likeledes tid og sted for etterkontroll.

Observasjon av barnet omfatter blant annet generelt inntrykk av barnets trivsel, vektøkning, motorikk, blikk-kontakt, eventuelt hud og navle. Andre relevante tema i forhold til barnet, avhengig av foreldrenes kunnskaper og tidligere erfaringer, kan være:

- døgnrytme, uro og søvnbehov
- forebygging av krybbedød
- betydning av godt innklima
- forebygging av passiv røyking
- veiledning om barnestell
- informasjon om ulykkesforebygging
- ernæring og bruk av vitamintilskudd

Det er viktig at foreldre ikke pådyttes informasjon de ikke trenger eller ønsker, eller som de ikke kan dra nytte av. Skriftlig informasjon kan underbygge og styrke muntlig informasjon. Ved utdeling av brosjyrer og annet informasjonsmaterieil bør man ta utgangspunkt i foreldrenes behov for informasjon. Flergangsforeldre trenger nødvendigvis ikke det samme materialet som førstegangsforeldre.

## **Dokumentasjon**

Hjemmebesøk skal dokumenteres i tråd med journalforskriftene (se Somatiske undersøkelser av barn og unge fra 0-20 år, IK-2611, 1-98).

Følgende bør nedtegnes:

- hva ble undersøkt, tatt opp, observert og vurdert under besøket
- hvilke brosjyrer er utdelt
- familiesituasjonen og spesielle behov
- avtaler for oppfølging

Beskrivelser og dokumentasjon fra hjemmebesøk kan gi viktige kunnskaper om barnefamiliers situasjon og behov (2). Det kan være grunnlag for plan- og budsjettarbeid, samt for evaluering og kvalitetsutvikling. Hjemmebesøk er tidkrevende, og prioriteringer av ressurser til hjemmebesøk bør gjøres ut fra sikre kunnskaper om blant annet barnefamiliens behov. Derfor etterlyses forskning og utprøving/evaluering av tiltak.

## **Annen oppsøkende virksomhet**

Ved å oppsøke barn og unge på deres arenaer kan kontaktbarrierer nedbrytes. Særlig nyttig er det for skolehelsetjenesten å kjenne til hva som «rører seg» blant de unge. Man kan oppsøke barn og unge på lekeplasser, i barnehager, på skoleplassen. Ved de skolene som har kantine er dette et sentralt møtested. Man kan også gjøre avtaler om uformelle besøk til elevene ved yrkesfaglig studieretning når de har praksisundervisning. Hensikten med oppsøkende virksomhet i skolen er å få kjennskap til det lokale skolemiljøet, slik at man er i stand til å identifisere forekomst av spesielle forhold som kan føre til helseproblemer blant barn og unge (16). Oppsøkende virksomhet kan være satt i system innenfor rammen av tverrfaglig samarbeid. Det kan gi grunnlag for kartlegging av behov og planlegging av for eksempel helseopplysningstiltak (2).

## **Anbefalinger**

- Nært samarbeid etableres med 2.-linjetjenesten, først og fremst med føde- og barselavdelingen. For å sikre brukerne best mulig kontinuitet i omsorg og oppfølging ved kort liggetid etter fødsel, er en avhengig av et effektivt og raskt rapporteringssystem mellom sykehuset og kommunehelsetjenesten.
- Det anbefales å tilby hjemmebesøk innen første uke etter hjemkomst til alle familier med nyfødte barn.
- Helsesøster og jordmor må ta ansvar for å utvikle samarbeidsformer slik at de utfyller hverandre og bruker de faglige ressurser på en hensiktsmessig måte. Det kan også være aktuelt at helsesøster og jordmor, enkeltvis eller sammen, utfører hjemmebesøk til gravide med særlige behov.
- Hjemmebesøket må ha et klart formål og innhold. Utarbeiding av prosedyrer og bruk av sjekkliste anbefales.
- Hjemmebesøk må dokumenteres i helsekortet, og tiltaket må jevnlig evalueres i forhold til mål, metoder, innhold og bruk av ressurser.
- Hjemmebesøk bør også tilbys andre enn familier med nyfødte barn, for

eksempel ved adopsjon, til nytilflyttede familier, ved alvorlige kriser, sykdom eller død, til familier som ikke møter til avtaler, familier som er nyankomne til landet og til barn og familier med spesielle behov.

### Referanser

1. Forskrift om helsestasjonsvirksomhet av 23. nov. 1983
2. Heian F, Misvær N. (1994): Helsestasjonsboka. Håndbok for det praktiske helsestasjonsarbeidet. 3. utgave. Kommuneforlaget, Oslo.
3. Solberg LK. (1994): Første hjemmebesøk etter fødsel - myte for fall? Statens Institutt for Folkehelse, Oslo.
4. Hjälmhult E. (1997): En beskrivelse av helsestasjons- og skolehelsetjenesten i tre kommuner. I: Undersøkelser i helsestasjons- og skolehelsetjenesten, IK-2618, 4-98. Statens helsetilsyn.
5. Skaar SB. (1986): Heimebesøk til 4-åringen. Sykepleien nr. 21/86.
6. Helsedirektoratet (1990): Veileder for helsestasjonsvirksomheten, Barn 0-7 år. IK-2328, 3-90.
7. Bild H. (1996): Hjemmebesøk fra helsestasjonen til foreldre med nyfødte barn. Rapport fra en forundersøkelse. Statens Institutt for Folkehelse, Oslo.
8. Elybakken KT (1996): Helsestasjonen under lupen? Om undersøkelser av og utredninger om helsestasjonsvirksomheten. I: Undersøkelser i helsestasjons- og skolehelsetjenesten. IK-2618, 4-98. Statens helsetilsyn.
9. Statens helsetilsyn. (1995): Kommunehelsetjenestestatistikk.
10. Statens helsetilsyn. (1995): Samlet plan for utviklingsprosjekter innen det sykdomsforebyggende og helsefremmende arbeid (1989-94). Katalog over Samlet plan prosjekter.
11. Fylkeslegen i Akershus. (1995): Kvalitetssikring i helsesøstertjenesten - Vurdering av helsesøsters funksjons- og ansvarsområde. Prioritering av arbeidsoppgaver.
12. Bild H. (1995): Småbarnsforeldres synspunkter på helsestasjonen, Utredningsserie 2-95, IK-2488. Statens helsetilsyn, Oslo.
13. Statens helsetilsyn (1996): Mor-barnvennlig initiativ i Norge. Prosjektrapport 1993-96, IK-2572.
14. Sætre Hovengen R, Schjelderup Mathiesen K, Nærde A. (1996): Barnefamilien – trivsel og levekår. Helsestasjonens rolle i kommunens forebyggende arbeid for barn. Kommuneforlaget, Oslo.
15. Heian F. (1996): Tidlig samspill: veileder for helsestasjonspersonell. Q-0926. Barne- og familiedepartementet.
16. Statens helsetilsyn (1995): Internkontroll og hovedarbeidsområder for skolehelsetjenesten. Rundskriv IK-33/95.

### 3.4 Tverrfaglig samarbeid

Helsestasjonsvirksomheten og skolehelsetjenesten er deltjenester i den kommunale helsetjenesten. Både i Lov om helsetjenesten i kommunene av 19. nov. 1982 (1), forskrift om helsestasjonsvirksomhet av 23. nov. 1983 (2) og forskrifter om helsetjenester i skolen av 23. nov. 1983 (3) understrekes betydningen av å ha et nært samarbeid med blant annet andre offentlige tjenester.

Tverrfaglig samarbeid er sentralt i forebyggende helsearbeid, og dette kommer spesielt frem i helsefremmende arbeid. Tverrfaglig samarbeid er utfordrende, og kultur, organisasjonsstruktur og rolleforventninger har betydning for samarbeidet (4). For at et samarbeid skal fungere godt er det viktig at det

utvikles et sett av felles normer og verdier mellom partene (5). Motivasjon for samarbeid spiller også en vesentlig rolle.

Lauvås og Lauvås (6) sier at flerfaglighet er en betingelse for tverrfaglighet. De sier videre at tverrfaglig samarbeid er en interaksjon mellom representanter fra ulike fag med et dobbelt formål:

- sikre kvalitet i arbeidet ved at den samlede faglige kompetanse blir utnyttet maksimalt, og utvikle et felles kunnskapsgrunnlag på tvers av fag, samt stimulere til faglig utvikling innen de fag som bidrar.

Felles arbeidsområde er en gunstig faktor for samarbeid. Grimsmo (7) beskriver to mulige måter å sette i gang strukturert tverrfaglig samarbeid i skolen:

- den formelle, med vanlig saksgang etc.
- den uformelle, der en begynner med konkrete saker og gradvis bygger opp og etterhvert formaliserer samarbeidet.

Her poengteres viljen til å avsette tid i starten til uformelle gruppediskusjoner, utvikling av retningslinjer og strategier. Det er vesentlig å bli enige om felles mål for arbeidet og vise respekt for hverandres faglige kompetanse.

Når flere personer vurderer en sak og kommer med forslag til løsninger, kan det bidra til å sikre kvaliteten (8). Tverrfaglige og tverretatlige team kan også utvikles til å bli arenaer for kompetanseutvikling.

Taushetsplikt og profesjonsinteresser kan imidlertid hindre samarbeid, og dette er forhold som må avklares. Det er hevdet at profesjoner har et iboende ønske både om kontroll og utvidet marked og om å øke sin egen status ved gjennomslag for egne verdier (9; 10, 11). Regelverk, fagetikk og etatslojalitet kan også være til hinder for samarbeid (12, 13).

Personellet i helsestasjons- og skolehelsetjenesten deltar i tverrfaglig samarbeid innen egen etat, med andre etater i kommunen og med 2.-linjetjenestene. I Lørenskog kommune er det utviklet og etablert et tverrfaglig samarbeidssystem for barn og ungdom som skal gi forpliktende, samlet og koordinert hjelp til dem som har behov for dette (14). Det er utarbeidet skriftlig materiale som alle parter som arbeider med barn og unge oppfordres til å sette seg inn i. En del av systemet er en metodebok som anbefales som en redskapskasse for samarbeidet. Her beskrives viktige prinsipper for det tverrfaglige samarbeidet:

- Forebyggende perspektiv og prioritet
- Skriftlighet og dokumentasjon
- Åpenhet - likeverdighet
- Deltakelse fra foresatte og barnet/eleven

Et eksempel på tverrfaglige samarbeidsmøter er skolehelseteam med representanter fra skole, skolehelsetjeneste, pedagogisk-psykologisk tjeneste og eventuelt barnevern. Samarbeidsmøtene kan organiseres med en generell del og en del der det tas opp enkeltsaker (15, 16).

Foreldre, barn og unge vil ha fordeler og hjelp av et velfungerende tverrfaglig

samarbeid. Dersom situasjonen til et enkelt barn eller en skoleelev tas opp, skal foreldrene gi skriftlig tillatelse til drøftinger i tverrfaglige møter (7, 8, 14). Når de det gjelder (foreldrene og/eller elev) deltar i de tverrfaglige møtene er det med på å realisere prinsippet om brukermedvirkning (14).

Ansvarsgruppe for barn og unge med særskilte behov (for eksempel funksjonshemming, kronisk sykdom eller atferdsproblemer) er et annet eksempel på organisering og samordning av innsats. Godeseth har oppsummert følgende kjennetegn for ansvarsgrupper (17):

- Gruppen består av tre til fire enkeltpersoner som representerer ulike etater.
- Disse har hver for seg et forpliktende delansvar.
- Gruppen arbeider i forhold til en bestemt ungdom og dennes familie. Målsetningen er et konkret og forpliktende samarbeid om problemer som skal løses.
- Gruppen arbeider etter en felles forpliktende handlingsplan, over en avtalt tidsperiode (som oftest minst et år).

For at tverrfaglige møter skal være konstruktive og effektive, er det viktig at deltakerne møter forberedt og at det er struktur på møtene. For ansvarsgruppemøter er følgende punkter foreslått som mal for forberedelse, ledelse og oppsummering av møtene (17).

- Ansvar for forberedelse og innkalling til møtene bør ligge på den etat som har tatt initiativ til eller har hovedansvaret for dette arbeidet.
- Møteledelse og referatskriving bør gå på omgang.
- Forpliktende oppgavefordeling til deltakerne, med vedtak om hvem som skal gjøre hva til neste møte.
- Referat kan med fordel skrives slik at de fungerer som en konkret arbeidsplan fra møte til møte.

En slik mal kan overføres til andre typer tverrfaglige samarbeidsmøter. Mange av problemstillingene vi møter innen helsestasjons- og skolehelsetjenesten krever samordning av tiltak på tvers av ulike sektorer. Strukturert tverrfaglig samarbeid er kvalitetsutvikling som skal komme brukerne til gode. For at gode samarbeidsrutiner skal utvikles er det viktig at arbeidsgiverne er villige til å avsette tid til samarbeid.

## **Samarbeid med spesialisthelsetjenesten**

### **Områpediatri**

I 1977 begynte pediatere ved Kongsvinger sykehus og Nordfjord sykehus å drive utadrettet virksomhet overfor primærleger og helsesøstre i sykehusenes nedslagsfelt. Betegnelsen områpediatri blir nå brukt for å beskrive dette samarbeidet mellom barneklinnikk og primærhelsetjenesten. Målet er at barna skal undersøkes og behandles i sitt nærmiljø når det er mulig. Vanligvis besøker barnelegen kommunen 4-6 ganger årlig og foretar undersøkelse av henviste pasienter. Helsestasjonen er ofte basen i kommunen. Hensikten er også å

utvikle kompetansen hos primærhelsetjenesten ved faglig utveksling og rådgivning og veiledning i forebyggende arbeid. Flere steder har denne ordningen vært samordnet med fylkenes barnehabiliteringsteam og kommunenes habiliteringsteam.

En tredjedel av landets kommuner er nå tilknyttet områdepediatrien. Erfaringer viser at denne ordningen øker kompetansen og interessen for forebyggende arbeid i primærhelsetjenesten. Ordningen medvirker også til at barneavdelingene deltar i utvikling av forebyggende og helsefremmende arbeid for barn og unge.

### **Barne- og ungdomspsykiatrien**

Målbeskrivelse og gjennomføringsplan for barne- og ungdomspsykiatrien gir grunnlag for engasjement i forebyggende og helsefremmende arbeid.

Regelmessig kontakt med primærhelsetjenesten gir barne- og ungdomspsykiatrien mulighet til å samarbeide om forebyggende psykososialt arbeid i lokalmiljøet. Barne- og ungdomspsykiatriske team er tverrfaglig bemannet, noe som er et godt utgangspunkt for å stimulere til tverrfaglig arbeid i kommunehelsetjenesten. Noen steder skjer en slik fagutvikling i det geografiske området regelmessig i form av samarbeidsdager. Slik fagutvikling kan skje gjennom kortvarig rådgivning eller som faglig veiledning over tid. Det gir godt grunnlag for å øke kompetanse og engasjement for forebyggende arbeid innen det psykososiale området.

### **Referanser**

1. Lov om helsetjenesten i kommunene av 19. nov. 1982.
2. Forskrift om helsestasjonsvirksomheten av 23. nov. 1983.
3. Forskrift om helsetjenester i skolen av 23. nov. 1983.
4. Vanebo J, Busch T. (1993): Organisasjon, ledelse og motivasjon. Tano, Oslo.
5. Schein E. (1987): Organisasjonskultur og ledelse - er kulturendring mulig? Mercuri media forlag, Oslo.
6. Lauvås K, Lauvås P. (1994): Tverrfaglig samarbeid. Perspektiv og strategi. Tano, Oslo.
7. Grimsmo A. (1989): Forebyggende helsearbeid i skolen. Kommuneforlaget, Oslo.
8. Aanderaa B, Tveiten G. (1994): Kommuner for barn. Politikk, forvaltning og organisering for bedre oppvekstkår. Kommuneforlaget, Oslo.
9. Freidson E. (1988): Profession of medicine: a study of the sociology of applied knowledge. 2. ed. University of Chicago Press, Chicago.
10. Andrews T. (1995): Forebyggende barnevern som tverrfaglig samarbeidsfelt. Evaluering av samlet plan. Hemil-Rapport 6/95, Universitetet i Bergen.
11. Andrews T. (1994): Tverrfaglig svangerskapsomsorg på helsestasjonen. En kvalitativ undersøkelse av fire Samlet plan-prosjekt. Evaluering av Samlet plan for utviklingsprosjekter innen sykdomsforebyggende og helsefremmende arbeid. Delrapport nr. 4. HEMIL-senteret, Universitetet i Bergen.
12. Hatling T. (1991): Ja, tenke det; ønske det; ville det men...Helseprofesjonenes forhold til forebyggende helsearbeid. Rapport nr. 3/1991. Senter for bygdeforskning, Trondheim.
13. Hatling T. (1994): Helseprofesjonene og det forebyggende helsearbeidet. I: Elvbakken KT, Fjær S, Jensen TØ. (red.): Mellom påbud og påvirkning. Tradisjoner, institusjoner og politikk i forebyggende helsearbeid. ad Notam Gyldendal, Oslo.

14. Tjade K, Svenningen L. (1996): Metodeboka. Det tverrfaglige samarbeidssystemet for barn og unge i Lørenskog kommune.
15. Hjälmhult E. (1997): En beskrivelse av helsestasjons- og skolehelsetjenesten i tre kommuner. I: Undersøkelser i helsestasjons- og skolehelsetjenesten, IK-2618, 4-98. Statens helsetilsyn.
16. Helgeland IM. (1996): Å ta bekymring for barn på alvor - skolens samarbeid med barnevernet. I: Helgeland IM. (red.): Forebyggende arbeid i skolen - en pedagogisk utfordring. Kommuneforlaget, Oslo.
17. Godeseth M (1992): Ansvarsgrupper. En metodisk innføring. Temahefte nr. 1. 1992. Barnevernets utviklingssenter, Oslo.

Publikasjonen kan ha begrenset gyldighet.  
Spørsmål om innholdet rettes til Helsedirektoratet.



## 4 Planlegging

Som deltjenester i kommunehelsetjenesten skal helsestasjons- og skolehelsetjenesten bidra i overvåking av forhold som kan ha innvirkning på helsetilstanden i barne- og ungdomsbefolkningen. (1) Det innebærer å ha et system for å følge opp utviklingen for å gi informasjon videre til de myndigheter som har ansvar for iverksetting av tiltak. Dette kan skje ved deltakelse i etablerte plan- og samarbeidsorganer og gjennom råd og uttalelser mm. Videre er det bestemmelser om at tjenestene skal planlegge og utforme tiltak og inneha rollen som helsefaglig premissleverandør.

### Planansvaret

Flere lover gir grunnlag for utarbeidelse av planer i helsetjenesten:

- Lov om kommuner og fylkeskommuner av 19. nov. 1992 pålegger kommunen å utarbeide samordnet plan for sin virksomhet (2).
- Plan- og bygningsloven av 14. juni 1985 pålegger kommunene å utføre en løpende planlegging for å samordne den fysiske, økonomiske, sosiale og kulturelle utvikling innenfor sine ansvarsområder (3).
- Lov om planlegging av helse- og sosialtjenesten i kommunene av 19. nov. 1982 pålegger kommunene å utarbeide helse- og sosialplan (4).

Kommunenes planer skal videre ta utgangspunkt i nasjonale mål, overordnede planer og lokale utfordringer og behov. I tillegg til den lovpålagte planleggingen bør kommunen utarbeide: Virksomhetsplan for kommunehelsetjenestens deltjenester. Det er viktig å skille mellom ulike tjenestenivåers ansvar innen planlegging. Plandokumenter fra stat, fylke, kommune eller bydel er oftest generelle og gir overordnede mål og strategier for utvikling av tjenesten. Handlings- og virksomhetsplaner fra distrikts- eller tjenestenivå vil være mer konkrete og resultatbeskrivende.

### Overvåkingsansvaret

God lokalkunnskap er en forutsetning for forebyggende arbeid innenfor egen tjeneste og i samarbeid med andre. Lov om kommunehelsetjenesten gir grunnlag for å kartlegge faktorer som hemmer, beskytter og fremmer folkehelsen (1). Helsepersonell har kunnskap om barn og unges helse, hverdag og behov. Ved å systematisere og beskrive slike aktuelle data bidrar helsestasjons- og skolehelsetjenesten til oversikt over helsetilstanden på kommunalt nivå. Årsrapporter med beskrivelser og statistikk på utvalgte områder formidles internt i kommunen, til fylkeslegen, Statens helsetilsyn, Sosial- og helsedepartementet og Statistisk sentralbyrå. Et eksempel på overvåking er register på vaksinasjonsstatus til barn og unge (SYSVAK).

Helseprofil er et dokument som sammenstiller systematisk innsamlede opplysninger om helsetilstand, risikoforhold og levekår i lokalsamfunnet (5,6). Mange norske kommuner har etter hvert utviklet egne helseprofiler, og brukt opplysningene som utgangspunkt for forebyggende tiltak, i tråd med pålegg om å ha oversikt over befolkningens helsetilstand. I prosjektet «Helsestasjonen som nettverksbygger» (7) er det utviklet en mal for helsestasjonsprofil tilpasset behovet for informasjon om småbarnsfamiliene i et avgrenset helsestasjonsdistrikt.

Rundskriv IK-33/95 (8) forutsetter at skolehelsetjenesten samarbeider systematisk med skolen om et helsefremmende arbeidsmiljø for elevene. Dette krever kunnskap om skolemiljøet, dvs. elevenes fysiske og psykososiale arbeidsmiljø. Skolen er både en ressurs og en risikofaktor for elevene (9). Helseproblemer blant elevene som kan ha sammenheng med miljøet på skolen skal identifiseres. Det kan bare oppnås ved at helsepersonell er tilstede og samarbeider med skolens personale, elever og foresatte. Skolehelsetjenesten bør også ha kjennskap til lokalmiljøet, slik at den er i stand til å identifisere forhold som kan føre til helseproblemer i lokalbefolkningen, særlig blant barn og unge i skolealder (8).

Det er ressurskrevende å kartlegge. Helsepersonell må i stor grad basere seg på bakgrunnsdata og kunnskaper om miljøforhold som kan innhentes fra andre kommunale etater, f.eks. teknisk- og kultur. Der lokale data mangler og en ikke har ressurser til å gjennomføre en kartlegging, kan nasjonal statistikk omregnes til bruk i egen kommune for å synliggjøre forekomst og utfordringer (10).

### **Informasjonsansvaret**

Informasjonsansvaret for helsestasjons- og skolehelsetjenesten må sees i et bredt perspektiv. Helsepersonell har ansvar for å overføre kunnskaper om generelle helsedata, trivsel, levekår og det sosiale og fysiske miljøet barn og unge vokser opp i. Hva er f.eks. gode og hva er mangelfulle kvaliteter i et bomiljø (11)? Myndigheter og etater i kommunen med ansvar for å forbedre helseskadelige miljøforhold er mottakere av informasjonen. Erkjennelsen av f.eks. nettverkets betydning for helse og trivsel, innebærer å spre denne kunnskapen innen egen tjeneste, overfor andre etater, politikere og hos befolkningen selv i kommunen/bydelen. Verktøy kan være ulike plantyper og rapporter som ved systematisk bruk bidrar til å ivareta informasjonsansvaret. Det skriftlige materiale danner godt utgangspunkt for dialog og diskusjoner i ulike fora (7).

### **Tiltaksansvaret**

I handlingsplaner, rapporter og andre beskrivelser må det komme klart fram hvilke tiltak som

- skal utføres i helsestasjonens- og skolehelsetjenestens regi
- skal samarbeides om med andre tjenester og etater
- helsetjenesten skal være premissleverandør for (1)

I organisering og gjennomføring av tiltak bør det gjenspeiles at arbeidet er prosessorientert. Det bør vektlegges at tiltak må:

- tilrettelegges for å nå alle, også gruppen med utvidet behov
- være positive og allment akseptert
- være ressursorientert og vektlegge beskyttelsesfaktorer
- være nettverksskapende
- tilrettelegges slik at brukernes ressurser og erfaringer kan utvikles
- bygge på dialog
- være tilpasset problemets omfang med brukers behov i fokus
- iverksettes tidligst mulig ved bekymring for skjevutvikling
- være samarbeidsorientert med bruker og fagpersoner (7)

#### **Tiltak i regi av helsestasjons- og skolehelsetjenesten**

Helsestasjons- og skolehelsetjenestens helsefremmende og sykdomsforebyggende oppgaver i egen regi består av en rekke tiltak, blant annet hjemmebesøk, program for rutinemessige helseundersøkelser, vaksinasjon, konsultasjoner, helseopplysning, foreldreveiledning og uvidet støtte og hjelpetiltak. På området sosiale miljøfaktorer bør helsestasjonen arbeide for å øke kontakten mellom småbarnsfamilier slik at den enkelte familie lettere blir integrert i et sosialt fellesskap, samt bedre familienes sosiale rammebetingelser (7). Skolehelsetjenesten bør også iverksette tiltak for å bedre det sosiale miljøet.

#### **Tiltak i samarbeid med andre faginstanser**

Tiltak som vil påvirke rammebetingelser for den yngre generasjonen, forutsetter oftest et samarbeid innen og mellom kommunale etater, frivillige organisasjoner etc. I samarbeidet er det nødvendig å avklare mål, metoder og arbeidsfordeling. Helsetjenesten kan være initiativtaker uten at helsepersonell nødvendigvis er ansvarlig for å gjennomføre og opprettholde tilbud. En helsestasjonsprofil er et eksempel på handlingsgrunnlag og utgangspunkt for tverrsektorielt samarbeid (7). Aktiviteter og områder med andre faginstanser kan være:

- Opprettelse av nærmiljøtiltak som åpen helsestasjon, åpen barnehage, møteplasser, lekegrupper, idretts- og musikklag.
- Prosjekt med ulykkesforebygging, rusforebygging, trivselstiltak
- «Aktivitetsdager», populærforedrag, felles seminar og etterutdanningskurs for samarbeidspartnere.
- Innføring av «Program for foreldreveiledning» og tiltak som del av «Aksjonsprogrammet Barn og helse».
- Tverrfaglige samarbeidstiltak for de som trenger ekstra hjelp og støtte ved f.eks. å opprette ansvarsgrupper. Samarbeidspartnere kan være barnehage, barnevernstjeneste, skole, PPT, barne- og ungdomspsykiatri og habiliteringstjeneste (12).

Særlig innen helsefremmende arbeid og i oppfølging av barn og unge med spesielle behov står samarbeid sentralt. Se kap. 5 og 6.

### **Helsestasjons- og skolehelsetjenesten som premissleverandør**

Helsepersonell plikter å fokusere på helseproblem som andre etater har ansvar for (1). Det kan innebære å gi bakgrunnsdata om barn og unges belastninger og behov, f.eks. om hvilke forhold i nærmiljøet som kan ha betydning for barnefamiliers sosiale integrering. Å påta seg oppgaver i forhold til kommunale plantiltak for barn og unge, er en måte å utføre funksjonen som premissleverandør på. Helsesøster og kommunelege kan ha rollen som «barnerepresentant» i henhold til Plan- og bygningsloven (3). I denne posisjonen kan en være premissleverandør for godt miljø. Når andre er utnevnt, blir disse viktige samarbeidspartnere (Se kap. 3 og 5.1).

### **Planarbeidet**

Planarbeid er en kontinuerlig prosess der tiltak planlegges, realiseres og evalueres. Utgangspunktet for planarbeidet er lovverket, nasjonale mål og satsningsområder, overordnede planer og lokale utfordringer og behov. Demografiske og sosioøkonomiske forhold og budsjetttrammer er også viktige premisser. Hensikten med planer er bl.a. å:

1. Sørge for at tjenestene utvikles i samsvar med befolkningens behov og regelverk.
2. Etablere et instrument for kommunal styring av utviklingen.
3. Gi stat- og fylkesnivå informasjon om helsemessige og sosiale forhold, og om hvordan tjenesten planlegges gjennomført (13).

Kartlegging er grunnlaget for prioriteringer og mål ved utarbeiding av års-/virksomhetsplaner for helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Årsrapporter gir oppsummering og evaluering av årets virksomhetsplan. Lokale eller sentrale data knyttet til barn og unges helse, vil utover epidemiologisk interesse også tjene til utvikling av metoder og tiltak for bedring av folkehelsen.

En kartleggingsundersøkelse gjennomført av Statens helsetilsyn i 1996 viser at bare 55% av kommunene hadde plan for helsestasjonsvirksomheten og 73% for skolehelsetjenesten (14). Nærmere beskrivelse fra tre kommuner viser samme tendens (15).

Et godt planarbeid i helsestasjons- og skolehelsetjeneste bidrar til å:

- Klargjøre utgangspunkt, behov, utviklingstrekk og eksisterende tjenester.
- Klargjøre mål, metode, arbeidsoppgaver og prioriteringer for utøvere av tjenesten og være et utgangspunkt for fagutvikling og kvalitetssikring og evaluering.
- Gjøre virksomheten kjent og forståelig også for andre ansvarlige og være et instrument for rasjonell og innsiktsfull kommunal styring av virksomheten (10).

Helsestasjons- og skolehelsetjenestens system for planlegging blir ikke effektivt uten at det er knyttet til det kommunale plan- og budsjettssystemet. Budsjettforslag, ressurs- og aktivitetsplan for den samlede tjenesten i

kommunen må ta utgangspunkt i tilsvarende planer for den enkelte skole eller helsestasjonsområde. Politikerne fordeler bl.a. midler utfra hvor godt de ulike deltjenestene har begrunnet og dokumentert behov og tiltak. Det er derfor viktig med en god plan som underlag for helsestasjons- og skolehelsetjenesten i kommunenes/bydelenes helse- og sosialplan (6,5).

*Plantyper:*

- økonomiplan
- strategisk plan for helsestasjonen og skolehelsetjenesten
- helseplan og virksomhetsplan
- planer for enkelte innsatsområder i helsestasjons- og skolehelsetjenesten som f.eks. foreldreveiledning, forebygging av rus

*Rapportering:*

I kommunens oppfølging av virksomheten utarbeides rapporter med forskjellige formål, f.eks. kvartalsrapporter, økonomimeldinger, resultatmeldinger og årsrapporter. Årsrapport er viktig i arbeidet med budsjettet og kan legge grunnlag for rullering av kommunens helseplan. Gjennom årsrapporten oppsummeres og presenteres relevant informasjon om helsestasjons- og skolehelsetjenesten

- personell og ressursoversikt
- utnyttelse av tjenesten
- beskrivelse av brukergruppen
- nøkkeltall for resultatene
- gjennomføring av tiltak og prosjekt i de ulike deltjenester, og evaluering av disse
- måloppnåelse i forhold til planen
- kritisk vurdering av gode og svake sider ved tjenesten
- utfordringer for tjenestene

En årsrapport gir mulighet til å sammenligne data fra egen kommune med andre kommuner. Slike sammenligninger kan gi inspirasjon til ny innsats for å forbedre og videreutvikle egen virksomhet (5). En årsrapport er også et viktig dokument for å synliggjøre tjenesten utad både overfor samarbeidspartnere, brukere og til politisk/administrativ ledelse. For skolehelsetjenesten er det viktig at skolens ledelse og lærerkollegiet, samarbeidsutvalget, elevrådet og politisk ledelse blir gjort kjent med årsrapportens innhold.

**Planprosessen**

Planlegging er en aktivitet der selve prosessen er like viktig som plandokumentene. I denne prosessen bør alle som er involvert i henholdsvis helsestasjons- og skolehelsetjenesten delta. Det er en utfordring for administrativ leder å få medarbeidere til å se at planprosessen er viktig og å motivere til kritisk vurdering av eget arbeid. Når dette lykkes, vil det gi deltakerne et eierforhold til planen som igjen skaper forpliktelser og direkte engasjement (5,6,16).

I planprosessen må gjeldende spilleregler og retningslinjer innen organisasjonens prosedyre for saksbehandling og planarbeid følges. En utadrettet arbeidsform og kontakt med brukerne (elever og foreldre), og samarbeidspartnere (allmennlegetjenesten, jordmortjenesten, fysioterapitjenesten, barnehagepersonell, lærere, PPT, barneverntjenesten, barneklipp, BUP) er også viktig å ivareta. Tillitsvalgte bør inviteres til å delta i prosessen. Planleggingsmetoder, skriftlig bakgrunnsmateriale for diskusjon samt mal for planer er forutsetninger i planarbeidet.

**Plan for helsestasjonsvirksomheten** bør omfatte kommunehelsetjenestens organiserte tilbud til alle barn fra svangerskap inntil skolepliktig alder, generelt og spesielt. Forslag til mal for tilpasning etter lokale forhold (10):

**Innhold:**

Sammendrag

**1. Innledning**

Helsestasjonens særpreg  
Formålet med planen  
Behov for nyorientering

**2. utfordringer**

Målgruppen  
Forekomst av sykdom/problem  
Sårbare grupper og helseskadelige forhold  
Helsefremmende forhold  
Kvalitetssikring

**3. Beskrivelse av tjenesten**

Organisering, administrativ tilknytning  
Bemanning/økonomi  
Helsestasjonens oppgaver: Lovgrunnlaget, forskrifter og retningslinjer  
Litt om enkelte oppgaver og med vekt på samarbeid  
Helsestasjonens oppgaver vurdert i forhold til ressursene

**4. Retningsgivende handlingsplan**

Oppgaver  
Mål  
Behov for nye tiltak  
Ressursbehov/tidsplan  
Ansvar og aktuelle samarbeidspartnere

**Planarbeid i skolehelsetjenesten** for barn og unge 6-20 år skal omfatte alle elever som følger undervisning i grunnskolen og videregående skole. Ungdom som har tilbud fra fylkeskommunens oppfølgingstjeneste, har på lik linje med andre elever krav på skolehelsetjeneste (1,8).

Hovedarbeidsområder for skolehelsetjenesten er: planlegging, individrettede tiltak, miljørettede tiltak, helseopplysning og vaksinerings. Plan for skolehelsetjenesten kan være todelt:

1. For aldersgruppen 6-16 år (grunnskolen)
2. For aldersgruppen 16-20 år (den videregående skole)

Forslag til mal for tilpasning etter lokale forhold (10):

### ***Innhold:***

Sammendrag

#### **1. Beskrivelse av plangrunnlaget**

skoler  
antall elever, risikogrupper osv.  
forekomst av helseproblemer  
helseskadelige og helsefremmende forhold i skolen  
skolevei

#### **2. Mål for arbeidet**

kortsiktige og langsiktige mål  
samordning med andre kommunale mål  
samordning med nasjonale mål

#### **3. Arbeidsprogram**

arbeidsområder  
arbeidsmetoder  
ansvars- og oppgavefordeling  
samarbeid  
evaluering/egenkontroll  
kvalitetssikring  
faglig oppdatering

#### **4. Ressursbehov**

økonomi/ budsjett  
personell  
prognoser og prioritering av tiltak

## **Internkontroll og kvalitetsutvikling**

Prinsippet for interkontroll er generelt og kan anvendes på ulike samfunnsområder uavhengig av innhold i regelverket. Internkontroll defineres som systematiske tiltak som skal sikre at helsestasjons- og skolehelsetjenesten planlegges, organiseres, utføres og vedlikeholdes i samsvar med krav gitt i eller i medhold av lov. Virksomheten må kjenne til aktuelle lover, forskrifter og allment aksepterte faglige normer som gjelder for virksomheten. Det må dokumenteres at disse er fulgt. Innføringen av internkontroll innebærer en presisering av ansvar, myndighet og oppgaver.

Et viktig middel til internkontroll er en plan med tidsangivelse for prioriterte mål. Den danner også grunnlag for evaluering av tjenesten. Registrering av spesifikke tiltak (f.eks. vaksinasjon) og resultater (f.eks. ammefrekvens, røykfrie unge) gir også viktige mål for kvalitet. Ny kunnskap og nye metoder gjør

skolering av personalet til et av de viktigste tiltak for sikring av kvalitet. Etterutdanningsprogram for personell i helsestasjon og skolehelsetjenesten må derfor prioriteres høyt (17,18).

## Anbefalinger

- Hver kommune må ha egen årsplan eller virksomhetsplan for helsestasjonstjenesten og for skolehelsetjenesten. Disse må behandles og godkjennes administrativt og politisk.
- Planprosessen må vektlegges og ivareta mest mulig delaktighet fra ulike aktører.

Det må utarbeides årsrapporter for henholdsvis helsestasjonsvirksomheten og skolehelsetjenesten. Årsrapportene må spres i det kommunale systemet og til samarbeidspartnere.

## Referanser

1. Lov om helsetjenesten i kommunene av 19. nov.1982.
2. Lov om kommuner og fylkeskommuner av 25. sept. 1992.
3. Plan- og bygningsloven av 14. juni 1985.
4. Lov om planlegging av helse- og sosialtjenesten i kommunene av 19. nov. 1982.
5. Helsedirektoratet (1990): Samfunnsmedisinsk arbeid i kommunehelsetjenesten. En veileder for kommunelege 1. Veiledningsserien 4/90, IK-2329.
6. Grimsmo A. (1989): Forebyggende helsearbeid i skolen. Kommuneforlaget, Oslo.
7. Sætre RH, Mathiesen KS, Nærde A. (1996): Barnefamilien – trivsel og levekår. Helsestasjonens rolle i kommunens forebyggende arbeid for barn. Kommuneforlaget, Oslo.
8. Internkontroll og hovedarbeidsområder for skolehelsetjenesten. Rundskriv IK-93/95. Statens helsetilsyn.
9. Aarø LE. (1997): Skolen - ressurs eller risikofaktor? I: Klepp KI, Aarø L. (1997): Ungdom, livsstil og helsefremmende arbeid. Universitetsforlaget, Oslo.
10. Brevik S og Heian F. (1996): En god start. Plan for helsestasjonsarbeidet, Barn-, helse- og miljø-prosjektet, rapport nr. 8, Molde.
11. Klepp KI og Aarø LE. (1997): Ungdom, livsstil og helsefremmende arbeid. Universitetsforlaget, Oslo.
12. Tjade K & Svenningsen L. (1996): Metodeboka. Det tverrfaglige samarbeidssystemet for barn og unge i Lørenskog kommune.
13. Heian F, Mivær N. (1994): Helsestasjonshåndboka. Håndbok for det praktiske helsestasjonsarbeidet. Kommuneforlaget, Oslo.
14. Elvbakken K T. Skolehelsetjenesten. Organisering og metoder. I: Undersøkelser i helsestasjons- og skolehelsetjenesten. IK-2618, 4-98. Statens helsetilsyn.
15. Hjälmhult E (1997): En beskrivelse av helsestasjons- og skolehelsetjenesten i tre kommuner. I: undersøkelser i helsestasjons- og skolehelsetjenesten. IK-2618, 4-98. Statens helsetilsyn.
16. Larsen AV, Berge A. (1993): Administrasjon og ledelse i helsevesenet. 2.utg. Helped, Oslo.
17. Lov om statlig tilsyn med helsetjenester av 30. mars 1984.
18. Forskrift om internkontroll av 22. mars 1991.



## 5 Innsatsområder

I «Aksjonsprogrammet Barn og Helse 1995-99» er følgende nasjonale innsatsområder relatert til barn og unge: Forebygging av psykososiale problemer, belastningslidelser, ulykker og skader, astma, allergi og inneklimateykdommer, ernæring og tobakkskadeforebygging.

Felles for disse områdene er at de rammer mange og koster mye, og at den forebyggende innsatsen må starte allerede i barne- og ungdomsalderen. Årsaks- og virkningsforholdene rundt disse helseproblemene er sammensatte og det kreves tverrsektorielle arbeidsformer for å forebygge dem. I dette kapitlet omhandles forebygging av uønskede svangerskap i tillegg til det som er nevnt foran.

Det er sammenhenger mellom flere av disse helseproblemene, og forebyggingsstrategier og tiltak vil til dels være sammenfallende. Både ulykker/skader og uønskede svangerskap kan for eksempel henge sammen med rusmiddelmisbruk, og det kan være sammenheng mellom psykososiale problemer og belastningslidelser. Vi har gode kunnskaper om årsaksforhold når det gjelder noen av innsatsområdene, for eksempel ulykker og tobakk. Når det gjelder psykososiale problemer og belastningslidelser har vi ennå ikke tilstrekkelige kunnskaper, men vi vet endel om både risiko- og beskyttelsesfaktorer. Kartlegging av de lokale forhold bør være utgangspunktet for hvilke områder man prioriterer å rette innsatsen mot.

### 5.1 Psykososiale problemer

#### Innledning

Ut fra et faglig ståsted gir vi begrepet psykososiale problemer forskjellig innhold. Begrepet er sammensatt og brukes både om risikoforhold (f.eks. mobbing eller omsorgssvikt) og følgetilstander (f. eks. depresjon eller utagerende atferd). Sammensetningen av ordene framhever imidlertid den viktige sammenhengen mellom den psykiske tilstand og atferd i sosiale situasjoner (1).

I St.melding nr. 37 1992-93 (2) gis følgende innhold til begrepet: «Med psykososiale problemer menes i denne meldingen bl.a. ensomhet- og isolasjonsproblemer, mobbing, omsorgssvikt og mishandling, rusproblemer, spiseforstyrrelser, selvmord og selvmordsforsøk. Arbeidsledighet og gjeldskrise bidrar til å øke omfanget av psykososiale helseproblemer. Stress og belastning i skole og arbeidsliv har også stor betydning for de psykososiale helseproblemene».

Arbeidsgruppen mener følgende definisjon er mest dekkende:

*Psykososiale problemer er en fellesbetegnelse på psykiske plager som henger sammen med nåtidige levekår og samfunnsforhold.*

I de senere årene har innsatsen først og fremst vært rettet mot de som allerede har etablerte plager (sekundær- og tertiærforebyggende tiltak), og problemområder som mishandling, seksuelle overgrep, anoreksi/bulemi og selvmord har fått helt nødvendige stimuleringsmidler. Samtidig har det vært satset lite på primærforebyggende tiltak rettet mot psykososiale problemer. Det er derfor nødvendig å fokusere spesielt på befolkningsrettede tiltak, som kan bidra til å hindre at slike problemer oppstår.

Det er viktig å presisere at en rekke psykiske vansker og lidelser hos barn og unge skyldes genetiske og/eller biologiske forhold, for eksempel autisme, tilstander med hyperaktivitet og utviklingsforstyrrelser, depressive lidelser og en del atferdsvansker, som vanskelig lar seg forebygge ved helsefremmende og primærforebyggende tiltak. Disse barna utvikler ofte store sekundære problemer, og i tillegg til forebyggende tiltak i lokalmiljøet, vil mange også trenge hjelp fra 2.-linjetjenesten.

### **Situasjonsbeskrivelse**

Anerkjente undersøkelser foretatt i ulike sosiale og kulturelle sammenhenger viser at:

- Omfanget av psykososiale problemer blant barn og unge varierer mellom 6 og 24% (1).
- Omlag 16% av barn og unge har såvidt tydelige tegn på mistriivsel og tilpasningsvansker at det går ut over deres daglige fungering.
- Ca. 7% av barnebefolkningen har alvorlige eller moderate vansker.
- Mellom 15 og 20% av befolkningen er til enhver tid «alvorlig plaget» – det vil si at de har så mange psykiske plager at symptommengden er sammenlignbar med den en finner hos pasienter i vanlig poliklinisk psykiatrisk behandling (3).
- Gutter i byområder har mer utagerende problemer enn jenter.
- Det er en reell økning i psykososiale problemer som asosial adferd, kriminalitet, depresjon, spiseforstyrrelser og rusbruk (4).

### **Nasjonale mål og tiltak**

I en rekke fagutredninger og stortingsdokumenter, blant annet St.meld. nr. 41 (1987-88) Helsepolitikken mot år 2000 Nasjonal helseplan (5), NOU 1991:10 Flere gode leveår for alle - Forebyggingsstrategier (6), St.meld.nr. 37 (1992-93) Utdfordringer i helsefremmende og forebyggende arbeid (2) og «Aksjonsprogrammet Barn og helse 1995-99» (7), blir det påpekt at det er viktig å forebygge psykososiale problemer. Det fremgår at det særlig skal legges vekt på barns oppvekstmiljø. Det er ikke utgitt egen handlingsplan eller veileder for det psykososiale arbeidet, men det finnes flere utredninger,

veiledere, tiltaks- og handlingsplaner som omhandler deler av fagområdet og tilgrensende områder (for eksempel spiseforstyrrelser og selvmord, mobbing, omsorgssvikt/mishandling, seksuelle overgrep, rus, funksjonshemminger, belastningslidelser). Mangel på en samlet utredning og veileder for psykososiale problemer sier vel nettopp noe om hvor sammensatt og vanskelig dette feltet er. Sosial- og helsedepartementet har imidlertid satt igang en utredning for å samle faktagrunnlaget for psykososiale problemer.

Det nasjonale målet for området er nedfelt i St.meld. nr 37 (2): «*Innen år 2002 skal positive levevaner, styrking av sosiale nettverk og reduksjon av helseskadelig adferd bidra til nedgang i sykehusinnleggelse, sykemeldinger, legebesøk og uføretrygging som skyldes mentale lidelser eller psykososiale problemer*».

Her er det nærliggende å spørre: Er dette et realistisk mål? Har vi kunnskapsgrunnlag for å tenke så vidt og altomfattende på en gang? Har vi redskaper til å måle positive levevaner og effekt av tiltak rettet mot slike mål? Hvordan passer disse målene inn i det helsefremmende arbeidet for barn, hva skal registreres for å se om barn har fått bedret psykisk helse?

Foreldreveiledningsprosjektet er et samarbeid mellom Barne- og familiedepartementet (BFD), Sosial- og helsedepartementet (SHD) og Kirke-, utdannings- og forskningsdepartementet (KUF) (8).

Foreldreveiledningsprosjektets mål er: «å støtte opp og styrke foreldrene i deres rolle som oppdragere og omsorgspersoner for egne barn» Nøkkelen er å se barnets evne til både å ta imot og gi kontakt allerede fra første dag, la barnet selv slippe til og så gi passende svar på barnets utspill heller enn å overøse det med ulike former for stimulering. Forskning har vist at dette er viktig for å oppnå et godt samspill med barnet, og det er lærerikt og morsomt for begge parter. Prosjektet retter seg i første omgang mot familier med barn i alderen 0-6 år, men tar sikte på også å omfatte skolealderen.

### **Bakgrunn for strategier, metoder og tiltak**

Kunnskaper og forskningsbasert viten om barns helse og utvikling må ligge til grunn når vi skal utarbeide tiltak innenfor det helsefremmende og forebyggende arbeidet. Vi må ha kunnskaper både om beskyttelsesfaktorer og om forhold som skaper psykiske og sosiale problemer for barn. Utvikling av psykososiale problemer er sammensatt og er knyttet til individets medfødte egenskaper, til familiens situasjon og til miljøet.

### **Faktorer som virker inn på barns utvikling**

*Tilknytning:* Det er vist at barn som ikke fikk en tidlig tilknytning, ble oppmerksomhetskrevende, hadde dårlig tilpasningsevne, var upopulære og kunne vise asosial atferd. Det fremholdes fremdeles at det er i tidlige år barn utvikler sitt selvbilde, sine oppfatninger og forventninger i forhold til omverdenen. Disse faktorene vil i varierende grad prege barnet når det gjelder kontakt med andre, og de blir viktige byggesteiner i barnets psykiske utvikling.

Kunnskap om tilknytning er i rask utvikling. Vi vet i dag at det finnes ulike former for tilknytning. Bowlby (9, 10) som i likhet med Rutter har vist oss betydningen av tilknytning, har utviklet den teoretiske referanserammen for tilknytning mellom barn og foreldre ved å integrere psykodynamisk-, etologisk-, og systemteori. Bowlbys ideer er utviklet videre og gjort til gjenstand for forskning (11, 12). Det er i dag mulig å skille mellom ulike former for trygge og utrygge tilknytninger. Dette er viktig kunnskap for blant andre helsestasjonspersonell.

*Kritiske perioder:* Den tidligere forskningen rettet oppmerksomheten mot kritiske perioder i utviklingen. Man tenkte seg at negative påvirkninger i sårbare faser av utviklingen var irreversible. Andre forskningsresultater tyder på at tidlige erfaringer ikke er permanente eller irreversible. For eksempel er det vist at barn som er utsatt for tidlig deprivasjon får en klar forbedring i utviklingen hvis de flyttes over i et mer positivt miljø. Utrygg tilknytning kan sees som en risikofaktor i forhold til senere problemer, men tilknytning lar seg påvirke.

*Personlige faktorer:* Barn har forskjellige genetiske, biologiske, temperamentsmessige og fysiologiske forutsetninger for samspill og tilpasning. Sommerschild og Grøholt har påpekt at det i bunnen av de fleste psykiatriske lidelser hos barn ligger en svak selvtillit og et dårlig selvilde, og at «tiltak som tar sikte på å øke barnas ferdigheter, lære dem å forstå reglene for samvær med andre, gi dem ansvar og plikter innenfor yteevne og la dem erfare positiv interesse fra voksne, vil alt sammen være gode måter å tilføre barna det kanskje mest sentrale av alt: selvtillit og glede over egen eksistens» (13).

*Fleksibilitet i barns utvikling:* Flere longitudinelle undersøkelser viser at noen barn går inn og ut av risikogruppen gjennom hele oppveksten, mens andre har en klar negativ utvikling fra tidlig barndom til voksen alder. Kjennetegnet på de som hadde forbigående psykiske vansker, var at viktige forhold i deres omgivelser stadig endret seg (flytting, nye søsken, skolebytte m.m.). De barna som hadde mere kroniske problemer, vokste opp i miljøer hvor dårlige forhold var relativt konstante (3). Nyere barneforskning retter seg mot samspillet mellom risikofaktorer og forhold som synes å beskytte barn mot å utvikle psykiske problemer.

*Psykososialt miljø – påvirkning av hjernens fysiologiske og anatomiske utvikling:* Sentrale nerveprosesser og anatomisk og fysiologisk utvikling knyttet til kognitive og sosiale egenskaper er avhengig av ytre stimuli (14). Dyreforsøk har vist at liten mulighet til å prøve ut sine evner og skaffe seg erfaringer, gir svakere utvikling av hjernevev som er viktig for læring og tilpasning. En aktiv interaksjon med omverdenen kan gi nydannelser av nervevev og ervervelser av nye funksjoner etter tidligere skader. Det som synes å fremme en normal utvikling av nervesystemet og eventuelt reetablering av gamle funksjoner etter skader, er: «en god sensitiv omsorg, en trygg følelse av tilknytning og mulighet for sosial interaksjon og læring».

*Prognose:* Når det gjelder de barna som har alvorlige problemer på et gitt tidspunkt, har enkelte forskere funnet at selv om deres problembelastning ikke når opp til det som benevnes som «psykiske problemer av alvorlig grad» på et senere tidspunkt, vil de fleste av dem likevel ha større psykiske vansker enn gjennomsnittsbefolkningen (15). Utagerende problemer blir gjerne oppdaget tidlig, og har en tendens til å vare ved. Emosjonelle problemer synes å ha et mer varierende forløp: for eksempel kan tristhet, engstelse eller nedstemthet være tilstede i perioder av livet uten at dette betyr at barna senere vil utvikle depresjon eller angst. Dårlig vennekontakt var den enkeltfaktoren som klartest samvarierte med et dårlig forløp. Dette må ansees å være et viktig varsel for en negativ utvikling (16). De første fire-fem årene er spesielt viktige for senere prognose. Med alderen utvikles en mer stabil personlighetsstruktur - på godt og vondt, som blir vanskeligere og vanskeligere å forandre (14).

### **Forholdet mellom risikofaktorer**

De fleste studier viser at det samlede antall risikofaktorer er utslagsgivende for utvikling av problemer. Som regel er ingen enkelt faktor avgjørende, selv om den alene kan være alvorlig nok. Risikofaktorer kan blant annet være:

- problemer i forbindelse med svangerskap, fødsel og barseltid
- vansker i samspillet mellom foreldre og barn
- misbruk av alkohol og andre narkotiske stoffer i familien
- mors psykiske helse (spesielt om hun har depressive plager)
- familiens sosio-økonomiske forhold, foreldrenes forhold til hverandre (spesielt om barnet involveres i konflikter)
- svakt sosialt nettverk
- negative livshendelser som dødsfall i nær familie, skilsmisse
- arbeidsledighet hos foreldrene
- hyppige flyttinger.

Det er sannsynlig at samspillet mellom risikofaktorer og tilknytning er vesentlig. Det trygt tilknyttede barnet er beskyttet overfor ulike risikofaktorer av relasjonen til foreldrene (17). Tiltagende problemer ved økt risikobelastning er et kjennetegn ved alle livsstilssykdommer. Men selv om det er større prevalens av manifeste problemer eller sykdommer i høyrisikogrupper, er antall barn med problemer tallmessig langt større i grupper med mindre risikobelastning, rett og slett fordi det er flere barn i disse gruppene. Dette må få konsekvenser for strategivalget i det mentalt forebyggende arbeidet blant barn.

### **Kunnskaper om positive faktorer**

Forskning om barnets positive utviklingsmuligheter og hvilke faktorer som gjør at enkelte barn klarer seg til tross for vanskelige oppvekstforhold, er viktig innen barnepsykiatrien. En mangeårig oppfølgingsstudie av befolkningen på Kauai (18, 19) har gitt støtte til spennende nytenkning i synet på barns utvikling. Man ser på hvilke faktorer som gjør at det går bra med enkelte barn, trass i betydelige negative miljøbelastninger. Oppmerksomheten er blitt flyttet fra risikofaktorer og problemadferd til beskyttelse og mestring (fra patogenese til salutogenese). En studie av funksjonshemmede familier viser hvordan

mestringsaspektet eller helsefremmende strategier er svært sentralt for hardt belastede familier (20).

Garmezy og Rutter har stått for utvikling av begrepet «resilience» (evne til å mestre vanskelige livssituasjoner, robusthet). Sammen med andre forskere er de kommet fram til tre typer beskyttelsesfaktorer som ser ut til å ha betydning for barns positive tilpasning på tross av belastende forhold (21):

1. Individuelle faktorer hos de barna som mestrer stress. Temperament som frembringer positiv respons hos andre mennesker.
2. Familiære faktorer der familien på tross av store risikobelastninger er preget av varme og tilknytning, og at det finnes en stabil tilknytningsperson hvis foreldrene svikter.
3. Støttefaktorer i miljøet: sosial støtte til både foreldre og barn er beskyttelsesfaktorer. Undersøkelser viser at barn som mestrer stress fikk mye sosial støtte fra mennesker utenom kjernefamilien. De synes i sterkere grad enn andre å ha knyttet seg til slektninger, venner, naboer og lærere som ga råd og støtte i krisesituasjoner.

Vektlegging av positive faktorer representerer vanligvis et bedre terapeutisk og pedagogisk prinsipp enn problemorienterte innfallsvinkler. Et slikt utgangspunkt vil også lettere oppnå aksept i målgruppen. Bedre kunnskaper om beskyttelsesfaktorer er viktig når det gjelder utvikling av nye metoder i det forebyggende og helsefremmende arbeidet.

### **Nettverkets betydning**

De sosiale rammefaktorene for barnefamiliene er forandret. Bak dårlig selvpoppfatning hos mange barn ligger en manglende selvtillit hos foreldrene (22). Det kan skyldes «svekket overlevering av verdier», og at vilkårene for slik overlevering langt på vei er gått tapt. Flytting og annen mobilitet gjør at slektsbånd og tilhørighetsrøtter lett blir revet over. Dette vanskeliggjør den «vertikale» utveksling av erfaring mellom generasjonene. Holdninger til bruk av tid har også endret seg, og mange småbarnsfamilier har det svært travelt både i arbeid og fritid. Dette hemmer opprettholdelse og utvikling av sosiale nettverk, og dermed også den horisontale erfaringsutvekslingen småbarnsfamiliene imellom.

Et godt sosialt nettverk for mor og far er gunstig for barna. De positive impulsene foreldrene får gjennom sitt nettverk påvirker også barna direkte. Gjennom nettverket får man rollemodeller, og nettverket gir normer og verdier om barneoppdragelse. De fleste mødre får bedre kontakt og fungerer bedre med sine barn dersom de har god kontakt med sitt nettverk. Oppvekstmiljøets innvirkning på tilpasningen til de minste barna synes i stor grad å bli formidlet gjennom mødrene. Det er rimelig å anta at opplysninger om mødrenes psykiske helse og levekår til en viss grad kan fungere som indikatorer på barnas oppvekstmiljø.

Støtte fra andre synes å være særlig viktig for mødre under stress og med små materielle ressurser (23). Nettverksarbeid har vist seg å være en god investering i forhold til omsorgssvikt (24).

Følelsesmessig støtte utenfor familien (venner, lærer, nabo) er en viktig beskyttelsesfaktor for barn (18). Det viser seg også at elever med gode sosiale nettverk har mindre psykososiale plager enn elever med dårlige sosiale nettverk.

### **Oppsummering:**

- Det er beskyttelse i gode samspill og trygg tilknytning
- Tidligere erfaringer er viktige, men ikke irreversible og permanente, muligheten til god utvikling gjennom positive tiltak er til stede.
- Det er antallet risikosituasjoner og varigheten av disse, og ikke enkeltepisoder som danner grunnlag for utvikling av psykososiale problemer.
- Barn med svakere forutsetninger fra naturens side er særlig sårbare for negative faktorer. Det betyr at de er mere avhengig av trygghet og forutsigbarhet i omsorgen, sensitive omsorgspersoner og gode muligheter for allsidige positive erfaringer og sosiale interaksjoner.
  - Jo tidligere man kan intervensjon, jo større mulighet for effekt. Intervensjon må ikke bare fokusere på samspillet omsorgsgiver - barn, men også på familiens rammefaktorer og mulighet for støtte i nærmiljøet.
- Vekt på positive faktorer er vanligvis bedre enn problemorienterte innfallsvinkler.
- Sosiale ferdigheter når det gjelder åpenhet, kontakt og empati i forhold til andre mennesker er beskyttelsesfaktor.
- Mangel på sosial støtte i perioder med livsbelastninger øker faren for utvikling av helseproblemer.
- Bomiljøer med gode sosiale miljøkvaliteter fremmer dannelse av sosiale nettverk.

## **Strategier, metoder og tiltak**

### **Individ- og grupperettet arbeid**

#### *Individrettet virksomhet med miljøperspektiv*

Helsestasjons- og skolehelsetjenesten arbeider overveiende gjennom direkte kontakt med brukerne (barn/foreldre). Tjenestene har et befolkningsperspektiv, og tar sikte på å nå alle med sine tilbud. Den individuelle kontakten med brukerne gir en god oversikt over helsetilstanden i hele målgruppen. Derfor må den individuelle og grupperettede kontakten sees i et miljørettet perspektiv. Vår tradisjon med den individrettede kontakten kan ofte føre til at samfunns- perspektivet kommer i bakgrunn. Det er for denne arbeidsgruppen viktig å poengtere at det helsefremmende og forebyggende arbeidet på helsestasjonen og i skolen skal være både individ-, gruppe-, og miljørettet, og at det miljørettede arbeidet bør prioriteres høyere.

#### *Helsefremmende og primærforebyggende tiltak*

Tiltak rettet mot alle barn og deres familier må være allment akseptable, ikke-stigmatiserende og vi må sikre oss at utsatte familier deltar. Vi må ha kunnskaper både om barns utvikling og behov, og om miljøfaktorer som virker

inn på den psykiske og sosiale helse. For eksempel vet vi at sosial støtte og belastninger i mødrenes daglige livssituasjon ser ut til å påvirke deres psykiske helse i henholdsvis positiv og negativ retning. Dette virker også inn på barnas helse og utvikling.

Helsefremmende arbeid innebærer blant annet å sette fokus på beskyttelsesfaktorer. Når man gjennomgår barnepsykologisk kunnskap om psykiske vansker og risiko- og beskyttelsesfaktorer, er det to perspektiver som peker seg ut:

1. Tiltak som bidrar til sensitiv eller positiv kontakt med omsorgsgiver for å oppnå trygg tilknytning.
2. Tiltak som bidrar til å øke barns kontaktflate. Ved siden av å ha en direkte og positiv virkning på trivsel og velvære, synes en god kontaktflate å beskytte barn mot negative helsevirkninger av uheldige oppvekstvilkår. Særlig bør det legges vekt på tiltak som fremmer kontakt og fellesskap mellom småbarnsfamilier og mellom foreldre og barn. I skolen må man legge vekt på å arbeide med det sosiale liv i skolen, skape fellesskap og samhörighet.

Dette må gi føringer for hvor tiltakene skal settes inn og hvilke metoder som skal anvendes.

#### *Primærforebyggende tiltak og metoder for å øke kontakt og samspill*

Det er i løpet av de siste årene utviklet flere metoder for å øke foreldrenes innsikt i betydningen av tidlig samspill. Mest kjent her i landet er Marte-meo metoden (25) og MISC (26, 27). Begge metodene bygger på utviklingsstøttende kommunikasjon og tar sikte på å forbedre samspillet mellom omsorgsgiver og barn. Marte-meo metoden er først og fremst rettet mot de følelsesmessige sidene ved samspillet, mens MISC er mer pedagogisk-kognitiv orientert. I praksis har metodene nå nærmest seg hverandre. Marte-meo var i utgangspunktet en terapeutisk tilnærming, utviklet for å hjelpe familier med samspillsvansker. Den metoden forsøker å snu negativ interaksjon ved å styrke de positive elementene i relasjoner som er konfliktfylte. Metoden er nå utviklet og tilpasset bruk i det primærforebyggende arbeidet.

Mange helsesøstre har opplæring i samspillmetoder og anvender prinsippene i individ- og grupperettet kontakt på helsestasjonen. Metodene er systematiske måter å lete etter ressurser på, og helsesøstre dyktiggjøres i observasjon og veiledning innen samspill. Helsesøstre beskriver at prinsippene gir rammer for observasjon, og disse kan brukes som verktøy for å beskrive et bekymringsfullt eller «skurrende» samspill.

Helsestasjonen får ofte presentert samspillproblemer som f.eks. søvnvansker, spiseproblemer, uro, gråt, søskensjalousi. Foreldrene har behov for å ta opp slike tema for å få råd og veiledning, og det er derfor nyttig at helsesøstre har kompetanse og kunnskaper til å veilede ved lette og moderate samspillsvansker. Regelmessige kontakter gjennom første og andre leveår gjør det mulig å følge



opp slike problemer. Det bør vurderes om helsestasjonen burde hatt hyppigere kontakt med småbarnsfamilier utover de første leveårene.

#### *Samspillmetoder som tidlig sekundærforebyggende tiltak*

Det er vanskelig å forebygge langvarige psykiske lidelser hos barn på grunn av fleksibiliteten i barns utvikling og kompleksiteten i mulige årsaksforhold. På den annen side vet vi i dag at tilpasningsvansker hos sped- og småbarn relatert til samspills- og tilknytningsproblemer kan påvirkes tidlig, og man har utviklet kompetanse på dette feltet. Dersom problemene er mer omfattende enn det helsestasjonen har kompetanse og tid til å ta seg av, bør familien få tilbud om videre henvisning. Mange fagpersoner i helse- og sosialtjenesten har gjennomgått skoling i samspillmetoder. Denne type foreldreveiledning som ledd i behandlings- og støttetilbud er på samme måte som det helsefremmende arbeidet preget av ressursorientering og positive innfallsvinkler, og ser ut til å gi gode resultater (19, 28).

Slike tilbud må være organisert slik at det er lett for foreldrene å benytte seg av dem. Det beste vil være et kommunalt tilbud som ligger i skjæringspunktet mellom helsestasjon, barnehage, barnevern og PP-tjeneste. Det ser ut til at for eksempel «Hjelpetjenesten for barn og unge» gjennom arbeidsfellesskap mellom ulike instanser har utviklet en god modell for dette arbeidet.

Det er en stor utfordring å fange opp signaler på at barn eller unge har det vanskelig og trenger hjelp. Foreldreveiledningsprosjektet tar sikte på også å omfatte skolealderen. Ved sosiale og emosjonelle vansker hos barn og unge i skolen, kan både elever, lærere og foreldre ha nytte av utviklingsstøttende kommunikasjon (29).

#### *Primær- og sekundærforebyggende tiltak mot omsorgssvikt*

Ifølge Kari Killen (30) har det i løpet av de siste 5 til 10 årene vært en økende erkjennelse av at det er nødvendig å utvikle metoder for å forebygge omsorgssvikt hos barn. Praktisk erfaring og forskning viser at selv der hvor det satses mye på behandling av omsorgssviktfamilier, er det relativt mange som viser liten bedring. Under slike forhold blir barns psykiske problemer større, og forsinkelsene i deres utvikling mere merkbare (31, 32, 33). Ved de vanlige helsestasjonskontaktene har man gode muligheter til å identifisere familier med foreldre-barn relasjoner som trenger utvidet støtte. Det er gjennom primærforebyggende arbeid at behovet for sekundærforebyggende arbeid identifiseres.

En av de viktigste forutsetningene for å kunne gi god omsorg, er selv å ha opplevd dette som barn. Det er dessuten viktig å være i en livssituasjon hvor en som foreldre føler seg akseptert og får omsorg. En av forutsetningene for å hjelpe omsorgssviktende foreldre til å bli bedre foreldre, er å sikre at de selv får støtte og omsorg. Kunnskap om de mest sentrale foreldrefunksjoner, nyere samspill- og nettverksforskning kan bringe oss et godt stykke videre (34). Videre må evnen til å observere samspill, og evnen til å kunne identifisere de som trenger utvidet støtte og henvisning utvikles.

Vi må være vårt ansvar bevisst når det gjelder melde- og opplysningsplikten til barnevernet. I barnevernloven § 6-4 står det at «offentlige myndigheter skal av eget tiltak, uten hinder av taushetsplikten, gi opplysninger til kommunens barneverntjeneste når det er grunn til å tro at et barn blir mishandlet hjemme eller det foreligger andre former for alvorlig omsorgssvikt eller når et barn har vist vedvarende atferdsvansker» (35). Dette gjelder både i helsestasjonen og skolehelsetjenesten. Strukturert tverrfaglig samarbeid kan bedre rutinene og dyktiggjøre oss i slike vanskelige saker.

### Miljørettet arbeid

I lov om helsetjenesten i kommunene av 19. nov. 1982 § 1-4 pålegges helsetjenesten et sektorovergripende ansvar for kartlegging, informasjon og samordning av helsefremmende og forebyggende tiltak, i tillegg til tiltak innen egen sektor (36).

#### Kartlegging

Enkelte kommuner har utarbeidet egne kommunediagnoser eller helseprofiler. Gjennom prosjektet «Helsestasjon som nettverksbygger» (3) er det utarbeidet et spørreskjema for kartlegging av lokale, sosiale og helsemessige forhold i barnefamilier. Ved å ta utgangspunkt i resultatene fra en slik kartlegging kan vi lage en «helsestasjonsprofil». Spørreskjemaet som er utprøvd på ca. 1000 barnefamilier, foreligger nå i en bearbeidet kortversjon (vedlegg nr.1). En slik kartlegging er ressurskrevende, og gjerne for omfattende å gjennomføre i mange kommuner. Mange lokale data og kunnskaper om miljøforhold kan hentes hos andre kommunale etater; teknisk etat har oversikt over arealplaner og hvordan nærmiljøene, møteplasser og lekeplasser ser ut, og kulturretaten har oversikt over kontaktskapende arenaer som ulike lag, foreninger og organisasjoner.

En annen mulighet er å bruke nasjonal statistikk og omregne i forhold til egen kommune. Her vises et eksempel på dette hentet fra Barn-Helse-Miljø prosjektet (37):

**Tabell 1. Risikofaktorer for psykisk sykdom og uheldig psykososial utvikling**

Nasjonal statistikk	I et helsestasjonsområde ca 750 barn 0-15 år	Molde kommune 4500 barn 0-15 år
Hvert 3. barn opplever at foreldrene går fra hverandre	250	1500
Hvert 15.-20 (?) barn befinner seg i en situasjon der foreldrenes rusmiddelbruk er et problem	45	260
I mange familier (mer enn hver 10.?) har mor eller far større psykiske vansker	75	440
Hver 10. familie har alvorlige økonomiske bekymringer	75	440
Hvert 15. barn har kronisk sykdom, funksjonshemming eller atferdsvansker	50	300
Hver 15. mor har ingen å snakke med når hun har det vanskelig	50	300

Tallene i tabellen ovenfor er omtrentlige og det er betydelig overlapping mellom gruppene. Likevel er det grunnlag for å si at i en av ti familier er det trolig risikofaktorer i en grad som burde tilsi råd, hjelp og støtte.

Lokal kartlegging vil være et bedre grunnlag for planlegging av tiltak, men en omregning av nasjonale data til lokale forhold kan synliggjøre problemene på en illustrerende og instruktiv måte.

#### *Hva skal kartlegges?*

Ut fra kunnskaper om risiko- og beskyttelsefaktorer blir det viktig å få kjennskap til:

- familiens trivsel og tilhørighet i nabolaget
- hvor mye støtte mødrene mottar fra familie, venner og andre
- om barn som har det vanskelig i familien har andre fortrolige voksne
- langvarige belastninger og negative hendelser
- tilknytning og kontakt foreldre-barn
- barnas naturlige kontaktevne
- familiens sosioøkonomiske bakgrunn

Den individuelle kartleggingen på helsestasjonen vil foregå gjennom hjemmebesøk og konsultasjoner. Hvert møte med familie og barn er en måte å bli kjent på, og det vil derfor naturlig skje en innsamling av informasjon om familien. Ved hjelp av klinisk observasjon og faglig skjønn danner man seg et bilde av familiens ressurser og belastninger. Relevant informasjon registreres i helsekortet. Slike data kan bidra til felles informasjon og danne grunnlag for allmenne helsefremmende tiltak.

Kartlegging av psykososiale forhold bør inngå som en del av en målrettet undersøkelse, og det må nøye vurderes når man skal foreta en mer inngående kartlegging.

Når det gjelder skolebarn, vil det være aktuelt å kartlegge for eksempel trivsel og miljøforhold i skolesammenheng (38). Undersøkelser viser blant annet at mobbing er et alvorlig problem for mange elever: en tredjedel av elevene oppgir at de blir mobbet i løpet av skoleåret og ca. 5% utsettes for regelmessig mobbing (39, 40). Kunnskaper om hvordan elevene opplever skoledagen er viktig når man skal planlegge helsefremmende og forebyggende tiltak i skolen.

#### **Tiltak i helsestasjonen og skolehelsetjenesten**

Når helsestasjonen og skolehelsetjenesten skal utforme tiltak, bør det komme klart fram hvilke tiltak som skal utføres i egen regi, hva man skal samarbeide med andre om og hvilke tiltak man skal være premissleverandør for. Når det gjelder å fremme den psykiske og sosiale helse hos barn er konklusjonen som tidligere vist, at man må arbeide for å utvikle sosiale nettverk, og for å fremme tilknytning og samspill mellom omsorgsgiver og barn.

### *Tiltak innen helsestasjonen*

Hovedmålet er å styrke og støtte foreldrene i oppdragelse av barna. Dette kan gjøres både i enkeltkonsultasjoner, gjennom gruppetiltak og ved å legge forholdene til rette for økt kontakt og samhandling mellom beboerne i et område eller foreldre i samme livssituasjon. Foreldreveiledningsmaterialet kan brukes for å øke foreldrenes innsikt i betydningen av kontakt og samspill (8). Ved bruk av foreldreveiledningsmaterialet i grupper fremmes tilknytning og samspill mellom barn og foreldre, samtidig som foreldrene kan knytte nye kontakter og utvikle sitt nettverk.

- Hjemmebesøket: Vi møter brukerne i hjemmemiljø, og har mulighet til å få et inntrykk av deres nettverk. Ved å ha en klar nettverksskapende målsetting og tenking rundt hjemmebesøket viser det seg at man blir bevisst på å utnytte og stimulere nærmiljøet og den enkeltes ressurser (37).
- Konsultasjonen: Konsultasjonene på helsestasjonen gir gode muligheter for kontaktskapende virksomhet. Det forutsetter at helsepersonell har godt kjennskap til nærmiljøets muligheter og begrensninger, og at de har et bilde av familiens nettverk. Denne kontakten gir grunnlag for å formidle kontakt mellom familier og naboer, eller henvise til lag og foreninger m.m..
- Grupper: På helsestasjonen drives det mange typer grupper, for eksempel fødsels- og foreldreforbereidende grupper, barselgrupper, konsultasjonsgrupper, samspillsgrupper, fedregrupper (se. pkt. 3.2). Når foreldre møtes i grupper, legges det naturlig opp til kontakt mellom deltakerne. Alle er i samme livssituasjon, og dette er godt egnet til å skape kontakt. Grupper der målet er å øke mestring gjennom kontakt, støtte, erfaringsutveksling, informasjon m.m. (for eksempel samtalegrupper eller grupper til barn/foreldre med spesielle behov), vil også være arenaer for å knytte kontakter og utvide nettverket.

### *Tiltak innen skolehelsetjenesten:*

Skolehelsetjenestens viktigste oppgave er trolig å være tilgjengelig og å være integrert i skolens miljø. Undersøkelser viser at de unge er opptatt av sin psykiske og sosiale helse og ønsker seg et trivelig skolemiljø. De ønsker å ha «noen å snakke med», for blant annet å få informasjon om kropp og helse (41, 42, 43). Individuell veiledning etter «Åpen-dør»-prinsippet, et lavterskeltilbud der elevene kan ta kontakt for alle typer problemer (41), gir de unge muligheter til å ta opp personlige forhold. Etter nye danske retningslinjer skal helsesøster tilby «en årlig sundhedssamtale» til alle skolebarn i grunnskolen individuelt eller i gruppe (44).

Prosjektmidler fra Handlingsplan mot selvmord har bidratt med utvikling av godt egnet undervisningsmateriale i forhold til kriser (45). Samtalegrupper i skolen kan bidra til både å styrke den enkeltes ferdigheter og til å bedre miljøet på skolen. Programmet «Du bestemmer» (46) som veksler mellom individuelle samtaler og gruppesamlinger, har vist seg å ha effekt når det gjelder å bli bevisst og å arbeide med egen psykisk, sosial og fysisk helse (se pkt. 3.2).

Det er også viktig at skolehelsetjenesten har oversikt over det sosiale miljøet ved skolen for å kunne foreslå eller iverksette tiltak sammen med skolen. Det bør være en balanse mellom å være tilgjengelig for elever som har behov for samtale og/eller undersøkelse (hovedsakelig individuelle sekundærforebyggende tiltak), og å arbeide med helsefremmende og primærforebyggende tiltak rettet mot skolemiljøet og alle elevene.

#### *Tiltak i samarbeid med andre faginstanser*

Det er sentralt å samarbeide med andre kommunale etater, frivillige organisasjoner o.a. ved tiltak som har til hensikt å påvirke rammebetingelser for barn og unge for å forebygge psykiske og sosiale plager. Aktuelle aktiviteter kan være å bidra til å opprette nærmiljøtiltak som åpen barnehage, møteplasser, lekegrupper, idretts- og musikklag m.m. Arbeid i forhold til ulykkesforebyggende tiltak, kan også være med på å fremme kontakt og fellesskap for et trygt nærmiljø. Det gjelder å være målrettet, klar over grensene for eget fag og å være engasjert og kreativ.

Erfaringsmessig bidrar motstridende signaler om for eksempel barneoppdragelse til økt forvirring og reduksjon av faginstansenes troverdighet. Et tiltaksområde er derfor å samarbeide om råd, veiledning og informasjon innen de ulike tjenestene som arbeider med barn og unge. Dette er sentralt blant annet ved bruk av Foreldreveiledningsmaterialet (8). Naturlige samarbeidspartnere er skole, barnehage og barnevern. I et slikt samarbeid må mål, metoder og arbeidsfordeling avklares.

Et tredje område for samarbeid er å bidra til at de som trenger ekstra hjelp og støtte får det de har behov for (se også kap. 6). Samarbeidspartnere her kan være mange, fra kommunale instanser som barnevern, skole og PP-tjeneste til barne- og ungdomspsykiatri, habiliteringstjenesten m.m. Her finnes det lang tradisjon og ulike erfaringer og forventninger. Lørenskog kommune har utarbeidet en modell for tverrfaglig samarbeid i kommunen (47). Det finnes også andre modeller å arbeide etter. Med helhetlig perspektiv som kombinerer klinisk vurdering og kjennskap til lokalmiljø, kan et konstruktiv teamarbeid være til stor hjelp for familien. Denne måten å arbeide på omtales som «firebeningen», og her hviler den endelige vurderingen på en analyse av fire områder: barnets utvikling, symptomer, personlige egenskaper og miljø (13).

#### *Helsestasjonen og skolehelsetjenesten som premissleverandører*

Helsepersonell plikter å peke på helsemessige hensyn som andre etater må ivareta. Det innebærer å gi bakgrunnsdata videre til andre instanser om barnefamiliers belastninger og behov. Det kan for eksempel være å formidle kunnskaper om hvilke miljøforhold som kan ha betydning for småbarnfamiliers sosiale integrasjon. Undersøkelser har vist at bomiljøer der småbarnsforeldre er godt integrert har følgende kvaliteter (3):

- Felles uteområder hvor voksne kan møtes og slå av en prat.
- Lekeplasser hvor barn kan leke trygt.
- Mange barnefamilier og få miljøproblemer som går ut over småbarnfamiliers trivsel.

- Idrettsbaner og felles møtested for større barn og ungdom.
- Et nært samarbeid med kommunens «barnerepresentant» som i henhold til plan- og bygningsloven skal ivareta barns og unges oppveksmiljø (48), er sentralt i dette arbeidet.

## **Behov for kompetanseutvikling**

For å arbeide med forebyggende og helsefremmende arbeid innen feltet psykososiale problemer er det behov for kompetanseutvikling innen følgende områder:

- Barnekompetanse
- Nettverksteori og -arbeid
- Samspills- og tilknytningsteori og -arbeid
- Samlivs- og familievansker
- Gruppeledermethodikk og -rolle
- Kompetanse i miljø- og planarbeid
- Strategi- og metodeutvikling
- Informasjonsformidling og planarbeid
- Samarbeid med andre profesjoner og etater

## **Anbefalinger**

- Helsestasjonen bør ha en prosedyre som beskriver det generelle tilbudet for tidlig støtte og veiledning til foreldre.
- Helsestasjons- og skolehelsetjenesten bør ha en prosedyre som beskriver det utvidede tilbudet til familier med psykososiale problemer.
- Helsestasjonen bør ta i bruk metoder som fremmer kontakt og tilknytning mellom foreldre og barn.
- Helsestasjonen bør ha tilbud om hjemmebesøk til alle nye foreldre.
- Helsestasjons- og skolehelsetjenesten bør ha tilbud om hjemmebesøk til familier med spesielle behov.
- Helsestasjonen bør ha tilbud om foreldregrupper for å styrke foreldrenes mestring, samspill med barnet, omsorgsevne, egenomsorg og sosiale nettverk.
- Skolehelsetjenesten bør i samarbeid med andre faggrupper ha tilbud om grupper til:
  - elever – for å styrke mestringsevne og sosialt nettverk, evt. bruke «Du bestemmer»-metoden.
  - foreldre – ved spesielle behov
- Helsestasjons- og skolehelsetjenesten bør medvirke til å etablere tverrfaglig og tverrsektorielt samarbeid som fokuserer på:
  - det sosiale miljøet
  - familier, barn og unge som har psykososiale problemer.
- Helsestasjons- og skolehelsetjenesten bør være pådrivere for å iverksette nærmiljøtiltak (åpen barnehage, nærmiljøtreff, ungdomsklubb).
- Skolehelsetjenesten bør være tilgjengelig på skolen til faste tider for elever som har behov for råd og veiledning.

- Helsestasjons- og skolehelsetjenesten bør ved behov starte selvhjelpsgrupper for familier og unge med psykososiale problemer.
- Det bør være tilbud om faglig veiledning for de ansatte innen helsestasjons- og skolehelsetjenesten.

## Referanser

1. Borge AIH, Lie K, Nordhagen R. (1995): Barn mot nytt årtusen – friskere og gladere? Statens Institutt for Folkehelse, Oslo.
2. St.meld.nr. 37 (1992-93) Utfordringer i helsefremmende og forebyggende arbeid. Sosial- og helsedepartementet.
3. Sætre RH, Schjelderup KM, Nærde A. (1996): Barnefamilien – trivsel og levekår. Kommuneforlaget, Oslo.
4. Rutter M. (1979): Protective factors in Response to Childrens' Response to Stress and Disadvantage. I: Kent MV, Rolf JE. (eds.): Primary Prevention of Psychopathology, vol. III - Social Competence in Children 49-74. , University Press of New England, Hanover.
5. Stortingsmelding nr. 41 (1987-88): Helsepolitikken mot år 2000 Nasjonal helseplan.
6. NOU 1991:10 Flere gode leveår for alle - Forebyggingsstrategier.
7. Sosial- og helsedepartementet (1995): Rundskriv I-25/95 Aksjonsprogrammet Barn og helse 1995-99.
8. Barne- og familiedepartementet og Sosial- og helsedepartementet (1995): Rundskriv Q-5/95 Foreldreveiledningsprosjektet.
9. Bowlby J. (1973): Attachment and Loss II: Separation, Anxiety and Anger. Basic Books, New York.
10. Bowlby J (1988): A Secure Base Clinical Application of Attachment Theory. Tavistock/Routledge, London.
11. Crittenden PM. (1981): Abusing, Neglecting, Problematic and Adequate Dyades: Differentiating by patterns of Interactions. I: Merrill Palmer Quarterly 27: 201-219.
12. Crittenden PM (1988): Relationships at risk. I: Belsky J & Nezworski T. (red): The Clinical application of attachment. s. 136-174. Hillsdale. H.J.J. Lawrence Erlbaum.
13. Sommerschild H, Grøholt B. (1989): Lærebok i barnepsykiatri. TANO, Oslo.
14. Rye H. (1993): Tidlig hjelp til bedre samspill. Universitetsforlaget, Oslo.
15. Verhulst FC, Alhaus M. (1988): Persistence and Changing Behavioral/Emotional Problems, Reported by Parents of Children aged 4-14: An Epidemiological Study. Acta Psychiat Scand suppl no 339, vol. 77.
16. Garmezy N. (1985): Stress-resistant Children: The Search for Protective Factors. I: Stevenson, JE., eds. Recent Research in Developmental Psychopathology. Pergamon Press, Oxford.
17. Vaughn B, Egeland B, Waters E, Sourfe LA. (1979): Individual differences in infant-mother attachment at 12 and 18 months. Stability and Changes in Families under Stress. Child Development 1979, 50, 971-975.
18. Werner EE. (1989): HighRisk Children in Young Adulthood: A Longitudinal Study from Birth to Years. Am. J. Orthopsychiatry, Vol. 59 nr. 1; 72-81.
19. Weiner A, Kuppermintz H, Guttermann DSW. (1994): Video Home Training (the Orion Project): A Short-Term Preventive and Treatment Intervention for Families with Young Children. Terapia familiare 1994; 441-53.
20. Ingstad B, Sommerschild H (1984): Familien med det funksjonshemmede barnet. Tanum-Norli, Oslo.
21. Garmezy N. (1985): Resilience in Children's Adaptation to Negative Life Events and Stressed Environments. Pediatric annals 20: 9; 459-66
22. Sroufe LA. (1977): Early Experience: Evidence and Myth. Contemporary Psychology, 22:878- 80.

23. Unger DC, Powell DR. (1980): Supporting families under stress: the role of social networks. *Family Relations* 29:566-74.
24. Gaudin m.fl. (1991): Remedying Child Neglect: Effectiveness of Social Networks Intervention. *The Journal of Applied Social Sciences*. 15:97-123.
25. Aarts M. (1990): Orion: Messed an organisation. Oversettelse av en artikkel publisert i *Jeugd en samenleving*. Nederland.
26. Klein P (1989): Formidlet læring. Hvordan fremmes spe- og småbarnslæring gjennom samspill. Universitetsforlaget, Oslo.
27. Hundeide K, Rye H. (1990): En forkortet og revidert versjon av MISC-programmet tilpasset helsesøstre. Senter for internasjonal helse. Universitetet i Bergen.
28. Arnesen A, Eriksen J, Kristoffersen K. (1995): TINT. Tidlig intervensjon med sikte på å gjenopprette mestring i småbarnsfamilier som strever. Monografiserien, rapport nr. 23. Statens Senter for barne- og ungdomspsykiatri, Oslo.
29. Hafstad R. (1996): : Utviklingsstøttende dialoger i skolen. Elever med emosjonelle og sosiale problemer. Kommunikasjon med foreldre. I: Helgeland (red.). Forebyggende arbeid i skolen. Kommuneforlaget, Oslo.
30. Killen K. (1997): Upublisert notat.
31. Killen Heap K (1981): Barnemishandling. Behandlers dilemma. Tanum-Nordli, Oslo.
32. Killen Heap K (1988): Omsorgssvikt og barnemishandling. En ressursstudie og etterundersøkelse av barn: omsorgssviktssituasjoner. Kommuneforlaget, Oslo.
33. Killen K. (1996): Helsestasjonsprosjektet; tidlig oppdagelse - tidlig intervensjon. Bærum kommune.
34. Killen K. (1994): Sveket. Kommuneforlaget, Oslo.
35. Lov om barnevern av 17 juli 1992.
36. Lov om helsetjenesten i kommunene av 19. nov. 1982.
37. Heian F, Brevik S. (1995): En god start, plan for helsestasjonsarbeide. Rapport fra prosjektet Barn-Helse-Miljø.
38. Statens Helsetilsyn (1995): Rapport fra Samlet plan. IK-2534.
39. Wold B, Aasen H, Aarø LE, Samdal O. (1995): Helse og livsstil blant barn og unge i Norge. Hemil-rapport 14/95, Universitetet i Bergen.
40. Olweus D (1992): Mobbing i skolen: Hva vet vi og hva kan vi gjøre? Universitetsforlaget, Oslo.
41. Klepp KI, Thuen F, Wilhelmsen BU (1995): Ungdom for helse. Kommuneforlaget, Oslo.
42. Sollesnes R (1994): Skolehelsetjenesten i den videregående skole. Stagnasjon eller utvikling? Hovedfagsoppgave i helsefremmende arbeid. HEMIL-senteret. Universitetet i Bergen.
43. Hjälmhult E (1996): Skolehelsetjenesten og helsefremmende skoler – utfordringer til samarbeid. Hemil- rapport 5/96. Unversitetet i Bergen.
44. Sundhedsstyrelsen (1995): Forebyggende sundhedsordninger for børn og unge, København.
45. Hoel A. (1995): Kriser og mestring. Fylkeslegen i Sør-Trøndelag
46. Arborelius E. (1990): Du bestämmer! - en metod för hälsovägledning. I: Bremberg S.: Elevhälsans teori och praktik. Studentlitteratur, Lund.
47. Lørenskog kommune (1996): Det tverrfaglige samarbeidssystemet for barn og ungdom i Lørenskog kommune, en metodebok.
56. Miljøverndepartementet (1995): Rundskriv T-1/95 Barn og planlegging.



## 5.2 Belastningslidelser

### Innledning

Belastningslidelser defineres på følgende måte i NOU 1991:10 (1):

*«Belastningslidelser oppstår når muskler, sener og/eller ledd utsettes for en påkjenning eller belastning som over tid, i intensitet eller type overskrider det musklene, senene eller leddene kan tilpasse seg. Det er ikke en enkelt årsak til disse lidelser, men et samspill av flere».*

I likhet med i regjeringens handlingsplan for forebygging av belastningslidelser (2) avgrenses belastningslidelser til noe som gir smerter i muskel- og skjelettsystemet. Den tar ikke i definisjonsform med sammenheng mellom psykiske belastninger og symptomer fra muskel- og skjelettsystemet. Med vår tids økende forekomst av psykososiale lidelser er det grunnlag for å tenke mulige årsakssammenhenger her. Kroniske smertetilstander kan ha en forklaring i psykisk overbelastning eller tidligere erfaringer med traumer.

Handlingsplanen bruker begrepet belastningsplager for å lede oppmerksomheten mot årsaksforhold. Bruk av begrepet muskel-skjelett vil lede oppmerksomheten hen mot organsystemer og symptomer. Det medisinske fags diagnosessystemer brukes i beskrivelsen av disse. Det innebærer muligheter for å legge kriterier til grunn for å sette en diagnose. Det har betydning for å kunne kommunisere mellom faggrupper og for å sikre at vi har presise beskrivelser som igjen gir grunnlag for epidemiologiske data.

Sykdomsbegrepet er et produkt av rådende medisinske kunnskaper og erfaringer, og grensen mellom sykdom og ikke-sykdom er ofte ikke skarp. Sykdomsbegrepet blir også i betydelig grad påvirket av de herskende kulturelle og sosiale strømninger. Særlig gjelder dette sykdommer der det ikke er tydelige fysiske forandringer å påvise. Mange av belastningslidelsene er eksempler på slike sykdommer. Sykdomsbegrepet blir derfor problematisk. Det dekker et område som spenner fra lette ubehag til invalidiserende sykdom.

### Situasjonsbeskrivelse

#### Forekomst av belastningslidelser

Kroniske muskel- /skjelettplager er et av de største helseproblemene blant voksne, og muskel- /skjelettlidelser står for over 50% av alle erstattede sykepengedager (3). Totalt sett er det flere kvinner enn menn som får belastningslidelser. Det finnes en rekke undersøkelser som viser forekomst av plager og lidelser i muskel- og skjelettsystemet. Slike statistikker viser belastningslidelser relatert til alder, kjønn, arbeid, diagnoser, trygd etc. Nyere forskning retter søkelyset mot hvem som får belastningslidelser, mot stressmekanismer, mestrings- evne, kjønn og sosiale rollers betydning. Kvinneforskning har de siste årene

avdekket sider ved kvinners liv som har gitt verdifull kunnskap om uheldige belastninger hos kvinner (4).

Belastningslidelser blant voksne utgjør 35% av alt fravær og 21% av alle uføretrygdede (5). Det er naturlig å spørre seg om debut og risiko kan identifiseres i tidlig alder og om feltet er tilgjengelig for forebygging. De fleste publikasjonene om belastningslidelser omhandler voksne, og forløpsundersøkelser av belastningslidelser fra ung til voksen alder mangler nesten helt (6).

Selv om mange barn og unge også har plager, utgjør muskel- og skjelettlidelser en liten del av sykkeligheten blant barn og unge sammenlignet med voksne. En dansk undersøkelse blant 16-19 åringer viste at 38% hadde hatt plager fra muskler, ledd eller sener de siste 14 dagene, og 62% hadde hatt varierende plager i løpet av siste året. Mange av plagene skyldtes ulykker eller skader (7). En undersøkelse om skoleelevers helse og helseatferd viste at 10% av 11-åringene og 20% av 15-åringene i Norge hadde ryggplager minst en gang i uken (8, 9).

### **Nasjonale mål og tiltak**

I Stortingsmelding nr. 37 er det overordnede nasjonale mål for belastningslidelser fremsatt (9): *Innen år 2000 skal helsefremmende atferd, forebyggende tiltak i arbeidslivet og nærmiljøet og tidlig intervensjon overfor de som rammes føre til nedgang i langtidsykemeldinger og uførepensjonering på grunn av muskel- og skjelettlidelser».*

I Handlingsplan for forebygging av belastningslidelser er det satt opp resultatmål for de ulike forebyggingsarenaene og for helse- og sosialtjenesten. For helsestasjonen og skolehelsetjenesten er følgende mål satt opp:  
*Helsestasjonen skal fange opp barn med forsinket sansemotorisk utvikling og bidra til at barna får et tilbud som stimulerer utviklingen.*  
*Skolehelsetjenesten skal ha kunnskaper om bevegelsesutvikling og stimulere til utvikling av pedagogisk virksomhet som påvirker bevegelsesutviklingen.*

Et av tiltakene i Handlingsplan for forebygging av belastningslidelser er informasjonsprosjektet Barn i bevegelse 1996-98, som ligger innenfor Aksjonsprogrammet barn og helse. Barn i bevegelse setter fokus på betydningen av fysisk aktivitet i barne- og ungdomsårene, på omgivelser som stimulerer til lek og allsidig aktiv utfoldelse og på rammevilkårene som skal ivareta hensynet til barns behov. Økt kunnskap hos alle som har ansvar for barns oppvekst gir grunnlag for holdninger og handlinger som bedre ivaretar barns bevegelsesutvikling og behov for fysisk aktivitet. Fem departementer som har barns helse og oppvekstkår blant sine ansvarsoppgaver, samarbeider om prosjektet (10).

## Bakgrunn for strategier, metoder og tiltak

### Barn og utvikling

Det er vanskelig å trekke direkte linjer mellom kunnskaper om barns utvikling og belastningslidelser. Ulike smertetilstander i muskel- og skjelettsystemet, hodepine og magesmerter er symptomer hos barn og unge som over tid kan utvikles til belastningslidelser. Psykiske belastninger, forhold i familie og omgivelser kan se ut til å ha stor betydning, men vi har ikke kunnskapsgrunnlag for å si hvem som er beskyttet eller hvem som er mest i risiko for å utvikle sykdom.

En god sansemotorisk utvikling og allsidige bevegelseserfaringer med tid til refleksjoner, er en forutsetning for å utvikle innsikt i sammenhenger mellom kropp og livsutfoldelse, og for å mestre utfordringer i lek og andre sosiale aktiviteter. Opplevelse av egen kropp, bevegelser og følelsesmessige uttrykksformer er viktig for opplevelse av identitet og mestring (11). Når vi vet at uheldige muskelspenninger er et kroppslig svar på manglende mestring, og at vedvarende muskelspenninger kan gi smerter, er det grunn til å tro at det kan være en sammenheng mellom manglende sansemotoriske ferdigheter og utvikling av belastningslidelser. Det er også grunn til å tro at andre faktorer hos enkeltindivider kan representere like stor medvirkende årsaksforklaring. På dette området finnes mye erfaringsbasert kunnskap, men lite forskning er gjort.

Noen av de aktuelle årsakene til belastningslidelser er følgende:

- Belastningslidelser påvirkes som alle andre sykdommer av våre genetiske forutsetninger. Disse kan vi ikke gjøre noe med.
- Vi vet at det å være i fysisk form har betydning. Det er sterke indikasjoner på at befolkningens fysiske form har avtatt de siste tiår.
- Ervervet psykososial styrke er viktig. Da snakker vi om de samlede oppvekst- og livsvilkår.
- Uheldig fysisk belastning betyr noe, men trolig langt mindre enn tidligere antatt. Vi vet at visse belastninger og ensidig arbeid er klart uheldig, men det er lite en har oppnådd med til dels omfattende ergonomiske tilpasninger og tilrettelegginger.
- Psykiske og sosiale påkjenninger er kanskje de viktigste årsakene. Det er dokumentert at sosial ulikhet gir betydelig økt sykkelighet for nær sagt alle sykdommer. De økte tempo/effektivitets- og omstillingskrav, mangelfulle sosiale nettverk og sterkt økende andel dobbeltarbeidende mennesker er også ansett som viktige belastningsfaktorer.

### Arenaer for helsefremmende og forebyggende arbeid

I Stortingsmelding nr. 37 er barnehage, skole, arbeidsplass og lokalsamfunnet spesifisert som hovedarenaer for helsefremmende og forebyggende arbeid. Helse- og sosialtjenesten vil ha oppgaver i forhold til alle arenaer (2). Dersom man inkluderer sammenhengen mellom psykiske belastninger og symptomer fra muskel- og skjelettlidelser, vil det også være naturlig å se på hjemmet som arena for forebyggende og helsefremmende arbeid på dette området.

### *Hjemmet som arena*

Barns oppvekstmiljø i hjemmet har betydning for utvikling av en god psykisk helse. Forskning fra psykologi og psykiatri i moderne tid gir støtte til denne påstanden. En solid overlevering av allmenne erfaringer har også dette som utgangspunkt. Foreldreveiledningsprosjektet bygger også på forståelse av foreldrenes viktige betydning for barns oppvekstvilkår (12). Kunnskaper om normal motorisk utvikling er sentral for at foreldrene skal kunne stimulere sine barn. Den motoriske utvikling er ikke bare viktig for motorikken, men har også avgjørende betydning for den psykiske og sosiale utviklingen.

### *Barnehagen som arena*

I barnehagen skal barna sikres gode utviklings- og aktivitetsmuligheter. I NOU 1992: Rammeplan for barnehager er området fysisk aktivitet og helse omtalt spesielt (13). Barnehagevirksomheten skal sikre barn optimal utvikling. Barnehager skal ha et fysisk miljø ute og inne som fremmer barnas sansemotoriske utvikling og bevegelsesglede. Virksomheten i barnehagen skal tilrettelegges slik at barnas bevegelsesutvikling, kroppsopplevelse og kroppsbevissthet tas vare på og stimuleres. Alle som arbeider med barn skal i sin utdanning tilegne seg kunnskap om sansemotorisk utvikling og aktiviteter som stimulerer bevegelsesutvikling, kroppsopplevelse og kroppsbevissthet.

### *Skolen som arena*

I grunnskolens formålsparagraf er nedfelt at «skolen i samarbeid med hjemmet skal utvikle elevenes evner åndelig og kroppslig, og gi dem god allmennkunnskap så de kan bli gagnlige og selvstendige mennesker i hjem og skole». Skolemiljøet og den pedagogiske virksomheten i skolen skal fremme barn og unges kroppsforståelse og gi elevene kroppsopplevelse og bevegelsesglede, slik at de får et bevisst forhold til hvordan kroppen reagerer på belastninger. Skolen skal ha et fysisk miljø som stimulerer til lek og fysiske aktiviteter og som fremmer bevegelsesglede. Elevene skal ha tilpassede arbeidsplasser og hensiktsmessig utstyr. Den organiserte tilretteleggingen av skoledagen skal bidra til å fremme elevenes bevegelsesutvikling og forståelse for hvordan belastningsslidelser utvikles. Lærere skal ha kunnskaper om bevegelsesutvikling, belastningsteori og ergonomi. Alle elever skal gjennom sin skoletid få kjennskap til betydningen av bevegelsesutvikling, kroppsbevissthet og ergonomi.

### *Bomiljø, nærmiljø og lokalsamfunn som arena.*

Bo- og nærmiljø har betydning for helse og trivsel. En samfunnsplanlegging som setter levekår, livsmiljø og livskvalitet i sentrum, forutsetter politisk samordning av tiltak og innsats fra flere sektorer samt deltakelse fra befolkningen. Et velfungerende bomiljø og nærmiljø med lekeareal og barnehager bidrar til å forebygge utvikling av belastningsslidelser. Kommunen skal organisere planprosessen slik at innbyggernes synspunkter om behov for bevegelsesutvikling og fysisk aktivitet blir tatt hensyn til. Kommunenes satsning på fysisk aktivitet og bevegelsesutvikling skal synliggjøres i kommuneplanen. Det skal være tilbud om ulike former for bevegelsesaktiviteter i nærmiljøet.

## Strategier, metoder og tiltak

### Individrettet arbeid

På helsestasjonen ser vi barna fra tidlig spedbarnsalder, og det er viktig å følge barnets sansemotoriske utvikling. Med utgangspunkt i det enkelte barns situasjon, må man sammen med foreldrene komme frem til hvordan de kan stimulere barnet slik at den motoriske utviklingen blir best mulig. Foreldrene bør få innsikt i hvordan barn på ulike alderstrinn lærer og utvikler seg. Dette innebærer blant annet kunnskaper om hva som fremmer utvikling av ulike ferdigheter, og kjennskap til de normale variasjonene i utviklingen. Filmen «Små kropper i bevegelse» (14) er et hjelpemiddel som kan være utgangspunkt for veiledning. Det er viktig at helsepersonellet er ressursorientert, tar foreldrenes bekymringer på alvor, og reagerer på forhold som er avvikende eller som kan hemme barnets utvikling. Fysioterapeuten er en sentral samarbeidspartner, både når det gjelder veiledning til foreldre og helsepersonell, og når det gjelder oppfølging av barn med forsinket motorisk utvikling. Barn med forsinket sansemotorisk utvikling må tilbys utvidet helseundersøkelse og eventuelt henvises til 2.-linjetjenesten.

Skolehelsetjenesten må i samarbeid med skolen bidra til å utvikle et skolemiljø som ivaretar elevenes behov for bevegelse i hverdagen. Gode ergonomiske forhold vil bidra til å forebygge kroppslige plager. Her kan fysioterapeuten komme med råd og veiledning. Kroppsøvfaget er viktig for å gi barn et godt fysisk grunnlag, en harmonisk kropp og tro på seg selv.

Skolehelsetjenesten kan i samarbeid med skolen bidra til at alle barn får et godt og tilpasset tilbud i dette faget. Norsk forening for idrettsforskning, Norges idrettshøgskole og Spesiallærerhøgskolen har mye kunnskaper om tilpasset opplæring i kroppsøvfaget.

Når det gjelder barn og unge med forsinket sansemotorisk utvikling, motoriske og fysiske problemer og elever som er fysisk inaktive, må skolehelsetjenesten samarbeide med skolen, PP-tjenesten og fysioterapeut om stimulerings tiltak for disse.

Program for sansemotorisk trening finnes blant annet i Steine A: Eg kan - eg klarer (12). Hoa Hottentott er et sansemotorisk treningsprogram for barn i grupper som kan bestilles fra Norges Idrettsforbund.

### Miljørettet arbeid

Det viktigste i et forebyggende perspektiv er å være helsefaglig premissleverandør ved å bringe oppdatert kunnskap til de arenaer som har de største påvirkningsmulighetene og å informere ansvarlige etater om viktige forhold som påvirker barn og unges muligheter for fysisk utfoldelse. I praksis vil dette være å:

- påvirke utvikling i barnehager og skoler slik at de kunnskapsmessige, holdningsmessige, organisatoriske og fysiske forutsetninger for å skape et helsefremmende miljø finnes. Dette dreier seg både om det psykososiale og det fysiske miljøet

- påvirke utforming av arealplaner slik at de i tilstrekkelig grad tilgodeser muligheter for naturlig lek og fysisk utfoldelse
- påvirke beslutningstakere slik at friluftsliv og masseidrett prioriteres når det gjelder idrettsanlegg
- påvirke politiske beslutninger ved å peke på de helsemessige konsekvenser av politikken. Andre sektorer enn helsetjenesten er viktige for å skape gode helsemessige forhold.

### Anbefalinger

- Helsestasjons- og skolehelsetjenesten bør utarbeide prosedyrer som beskriver hvordan den generelle og målrettede informasjonen til foreldre, barn og unge om motorisk utvikling og fysisk aktivitet skal ivaretas.
- Skolehelsetjenesten bør samarbeide med skole og fysioterapeut om elever som har forsinket sansemotorisk utvikling eller smerter fra muskel- og skjelettsystemet, slik at nødvendige tiltak kan iverksettes.
- Skolehelsetjenesten bør samarbeide med skolen om å få aktivitetene i og utenfor klasserommet tilpasset barns naturlige behov for bevegelse og variasjon.
- Helsestasjons- og skolehelsetjenesten bør sammen med barnehage og skole arbeide for å utvikle de fysiske, organisatoriske og kunnskapsmessige forutsetningene som skal til for å gi barn og unge et miljø som fremmer bevegelse og aktivitet.
- Helsestasjons- og skolehelsetjenesten bør være faglige premissleverandører når det skal tas beslutninger som har betydning for barns og unges oppvekstmiljø.

### Referanser

1. NOU 1991:10 Flere gode leveår for alle - Forebyggingsstrategier.
2. Sosial- og helsedepartementet (1994): Handlingsplan for forebygging av belastningslidelser (1994-98) Fra belastning til utfordring og handling.
3. Sosial- og helsedepartementet og Nasjonalforeningen for folkehelse. (1994): Det moderne samfunn setter spor. Rapport fra nasjonal konferanse om forebygging av belastningslidelser.
4. Malterud K. (1990): Allmennpraktikerens møte med kvinnelige pasienter. Tano forlag, Oslo.
5. Stortingsmelding nr. 41 (1987-88): Helsepolitikk mot år 2000 Nasjonal helseplan.
6. Borge AIH. (1996): Belastningslidelser. En kunnskapsoversikt. Statens Institutt for Folkehelse, Oslo.
7. Nordhagen R. (1993): Barns helse i Norge. Statens Institutt for Folkehelse, Oslo.
8. Gram N. (1994): Føle det på kroppen. Belastningslidelser - samfunn - tiltak. Kommuneforlaget, Oslo.
9. Due P, Holstein B, Marklund U. (1991): Selvrapportert helse blant skoleelever i Norden. Nordisk Medicin, 106: 71-4.
10. Stortingsmelding nr. 37 (1992-93) Utfordringer i helsefremmende og forebyggende arbeid.
11. Prosjektnotat. Barn i bevegelse 1996-98. Sosial- og helsedepartementet.
12. Steine A. (1996): Eg kan, eg klarer! Primærmotorisk trening og sansemotorisk stimulering gjennom lek og aktivitet. Kommuneforlaget, Oslo.

13. Barne- og familiedepartementet og Sosial- og helsedepartementet (1995): Rundskriv Q-5/95 Foreldreveiledningsprosjektet.
14. NOU 1992: 17. Rammeplan for barnehager.
15. Fadnes B, Forstrøm B: Små barn i bevegelse. Berge film, Molde.

### 5.3 Ulykker og skader

#### Innledning

Ulykker regnes som et av barns og unges største helseproblem. Det dør flere barn over et år av ulykker enn av noen annen dødsårsak. Ulykker fører til mange varige men og har nær sammenheng med utviklingen av kroniske lidelser og redusert sosial funksjon. Forebygging av ulykker er et område som ingen eier, men mange har et ansvar for (1,2). Lov om helsetjenesten i kommunen gir tjenesten et særlig ansvar for ulykker i hjem, skole og fritid (3). I forskrift om miljørettet helsevern i barnehager og skoler (4) er det krav om at virksomheten planlegges og drives slik at skader og ulykker forebygges.

Begrepet ulykke kan defineres som «en plutselig, ufrivillig og ikke planlagt hendelse, karakterisert av en plutselig utløsning av en kraft eller påvirkning som kan medføre skade». En skade er det konkrete påvisbare resultat av en ulykke (2). Ulykke refererer dermed til selve hendelsen som kan lede til ulike typer skader eller tap av menneskeliv.

Å vokse til et selvstendig individ innebærer imidlertid å utsette seg for farer og risiko. utfordringene blir å beskytte mot eller fjerne de alvorlige farene, og å unngå varige følger (5). Studier viser at helsepersonell som informerer foreldre med små barn om barnesikring, har store muligheter for å oppnå gode resultat (6). Ved reduksjon i ulykker oppnås ikke bare bedre helse og livskvalitet, men også en samfunnsøkonomisk gevinst.

#### Nasjonale mål

Norge har mål om *samordnet planlegging og utvikling av sikkerhetskultur i alle beslutningsnivåer og sektorer for å redusere antall skader som fører til dødsfall, sykehusinnleggelse og legebehandling på grunn av ulykker*. Dette har resultert i en felles handlingsplan 1997-2002 for ni departement (2). I handlingsplanen er resultatmålene for helsestasjons- og skolehelsetjenesten at:

- kommuneansatte og andre som arbeider med barn og unge, samt foreldre, skal øke sin kompetanse om forebygging av hjemmeulykker blant barn og unge i alderen 0-18 år.
- alle sped- og småbarnsforeldre skal være kjent med hvordan hjemmeulykker blant barn i førskolealderen kan forebygges.
- skolens personell og skolehelsetjenesten skal øke sin kompetanse i forebygging av skoleulykker.

## Situasjonsbeskrivelse

### Forekomst av ulykker

Ut fra Personskaderegisteret ved Statens institutt for folkehelse er det beregnet at det forekommer ca. 450 000-500 000 ulykker årlig som krever medisinsk behandling, derav 125 000 barn. Cirka 55 000 av ulykkene krever innleggelse i sykehus, og ca. 1800 dør av ulykker hvert år. Hjemmeulykker fører til flest antall sykehusinnleggelser i alle aldersgrupper, med unntak av ungdom 15-24 år hvor ulykker i forbindelse med idrett og sport er den hyppigste årsak til innleggelse (2).

*Ulykkesdødelighet.* Blant ulykker i aldersgruppen 0-14 år representerer hjem-, skole og fritidsulykker 58% av dødsulykkene, 42% skyldes trafikkulykker. Ved siden av trafikkulykker er det drukning, kvelning, fall og forbrenning som er de viktigste dødsårsakene. Trafikkulykkene dominerer i aldersgruppen 15-24 år. Hele 65% av alle dødsulykker i denne aldersgruppen skyldes trafikkulykker (2). Dødsulykkene blant barn har avtatt, trolig pga. forebyggende arbeid, bedre behandling og transport av skadede. Det er geografiske forskjeller med flest dødsulykker i de nordligste fylker og minst i Oslo. Sammenligninger mellom de nordiske land viser at Sverige i mange år har hatt lavere ulykkesdødsfall enn de andre nordiske land (7).

*Ulykkeskader som ikke fører til død.* Hjem-, skole-, og fritidsulykkene dominerer klart i alle aldersgrupper. Andel trafikkulykker varierer fra 11,2% i aldersgruppen 15-24 år til 3,5% i den eldste aldersgruppe. Store barn og ungdommer (10-20 år) er de som totalt sett har høyest ulykkeshyppighet, gutter og menn dominerer opp til vel 50 år. Av ungdomsulykkene er det sport og treningsskader som er hyppigst fram mot 30 år. Hjemmeulykker dominerer i alle aldre og særlig for de yngste og eldste i befolkningen.

*Hjemmeulykker.* De yngste (0-4 år) er oftest utsatt for fall fra høyde, dernest av støt og fall på samme nivå, så kommer brannskader, forgiftninger/etseskader, kutt og skrubbsår (2). Denne aldersgruppen utgjør 6% av befolkningen, men står for 15% av hjemmeulykkene (8). Barneulykker er tidligere blitt betraktet som privat anliggende, med manglende registrering, mangel på sikkerhetsutstyr og manglende regelverk (9).

*Skoleulykker.* Folkehelse har beregnet at ca. 22 500 skoleelever mellom 6 og 19 år ble behandlet på sykehus eller legevakt på grunn av skade i 1995. En fordeling av skoleulykkene på de enkelte områder av skolens ansvarsområde, viser at 26% av ulykkene skjer i skolebygning, 32% i skolegården og 42% på idrettsarena. For skolebarn er det vanligst med forstuvninger, kvestelser, brudd og sår. Når det gjelder tannskader registreres dette særlig i skoleperioden, og det skjer oftere tannskade blant gutter (2). I barneskolen skjer gjerne ulykker i forbindelse med lek og de sosiale relasjonene mellom barna (10).



*Barnehage- og lekeplassulykker.* Opphold i hjemmet er mer risikofylt enn opphold i barnehager for aldersgruppen 1-2 år. Aldersgruppen 3-6 år har det like risikofylt i barnehagen som i hjemmet når vi tar hensyn til den tiden barnet er på hvert sted. Lekeplassutstyr er innblandet i 30% av skadene i barnehager og på lekeplasser.

*Fritid.* Ulykker i friluft, hav, sjø og vann utgjør tilsammen 3% av alle ulykker (2). Drukning skjer oftest blant barn fra 1-7 år og er den viktigste ulykkesårsak for 2-3 år gamle barn (7).

*Ulykker på gate og vei* (ikke veitrafikkulykker). Det er særlig fallulykker som dominerer, og alle aldersgrupper rammes.

*Trafikkulykker er den hyppigste dødsulykken.* Barn som fotgjenger i aldersgruppen 3-8 år er mest utsatt. Senere dominerer sykkelulykkene og ulykker som bilpassasjer (7).

*Idrettsulykker.* Idrettsulykkene utgjør totalt 15,4% og er den hyppigst forekommende ulykkestype i alderen 10-30 år. Det er særlig ballspill og skisport som dominerer.

## **Bakgrunn for strategier, metoder og tiltak**

Ulykker er et relativt oversiktlig innsatsområde fordi årsaken gjerne er lett å kartlegge og ulykkesforebygging ofte gir raske og lett målbare resultater (1). Utfordringer i arbeidet er å ha oversikt over ulykker og få til et tverretattlig samarbeid helt fra planlegging av barns oppvekstmiljø.

Handlingsplan for ulykker har bl.a. resultatmål for skole, barnehager, lekeplasser og nærmiljø, som det er nyttig at helsetjenesten kjenner til. Noen aktuelle punkter er:

- Skole og barnehage skal ha et internkontrollsystem som ivaretar barnas helse, miljø og sikkerhet både fysisk og psykososialt.
- Skoleelever, lærere og foreldre skal ha tilgang på informasjon om ulykkesrisiko og hvordan ulykker kan forebygges.
- Barnehagepersonell skal få økt sin kompetanse i forebygging av ulykker i barnehager.
- Kommunen skal i sin arealplanlegging tilse at barnehager, lekeplasser og skoleanlegg lokaliseres og opparbeides slik at de er sikret mot forurensning, støy, trafikkfare og annen helsefare.
- Kommunen skal i sin arealplanlegging legge til rette for at ferdsel til og fra slike anlegg kan skje på en trafiksikker måte.

## **Erfaringer fra feltet**

- Mange amerikanske undersøkelser om hjemmeulykker blant barn viser at sosioøkonomisk status er en vesentlig faktor for å forklare variasjoner. Videre har barnets kjønn og temperament betydning samt stress og lav

mestringsevne hos foreldre (6). Noen typer ulykker har sterk sammenheng med egen atferd, mens andre ulykker har vi ikke kontroll over. For mye fokus på personlige faktorer vil favorisere de ressurssterke. For å beskytte de ressurssvake, blir det viktig med en politikk som legger tilrette for ytre faktorer i ulykkesforebygging.

- Evaluering av fem «Samlet plan prosjekt» viser nettopp en ny trend i ulykkesforebygging. Fra å være et helseansvar med fokus på individet, er det mer forståelse for tverrfaglig samarbeid og fordeling av ansvar. Det er løftet til systemnivå med tiltak i forhold til organisasjon, ledelse og miljø (12).
- Andre innvirkende faktorer er at opplevd risiko og subjektive normer ser ut for å være viktige prediktorer for forebyggende tiltak. Subjektive normer relatert til slektninger og venner synes å være aller viktigst. Foreldrenes tillatelse til f.eks. når barna fikk sykle på tohjuls sykkel, når de fikk lov å sykle på gaten, var avhengig av hva viktige personer for dem mente (13).
- En undersøkelse blant foreldre med 8-17 år gamle barn viste sammenheng mellom foreldres oppfatninger av ulykkesforebyggende tiltak og deres faktiske tiltak. Det var viktig med
  - troen på at tiltak nytter
  - realistisk forestilling om hvor mye tid som skal til
  - følelsen av gode kunnskaper og kompetanse i hvordan de skal lære opp barna til å ta hensyn til sikkerhet (14).
- Aarø og Rise tar opp om ulykker kan forebygges gjennom holdningspåvirkning. De fastslår at informasjon og opplysning er sentralt i forbindelse med kombinasjon med andre tiltak eller som del av mer omfattende strategier. Ren informasjon virker ellers bare under spesielt gunstige forhold (6).

### **Risiko- og sårbarhetsanalyse**

er en metode for systematisk kartlegging av hendelser som kan representere en fare for mennesker, økonomiske verdier og samfunnsviktige funksjoner. Det er en enkel metode, men forutsetter medvirkning fra alle deltakerne. Direktoratet for sivil beredskap har utarbeidet en konkret og praktisk veileder i risiko- og sårbarhetsanalyser. Denne er et hjelpemiddel også når det gjelder ulykker (2).

### **Lokale data**

Styrken i lokale tiltak ligger i at de tar utgangspunkt i nærhet til opplevde problemstillinger og at de kan utløse store ressurser gjennom engasjement og medvirkning fra innbyggerne selv. Erfaringer viser at målrettet forebygging basert på kunnskap om lokale skadetall og bruk av et bredt spekter av tiltak gir målbar effekt. Forebygging av ulykker inngår som et område i Aksjonsprogrammet barn og helse 1995-99 (15) og er et av tiltakene i handlingsplanen.

### **Konsekvensutredninger**

Forskrift om konsekvensutredninger er hjemlet i Plan- og bygningsloven (16). Den slår fast at det før gjennomføring av store tiltak skal lages melding dersom tiltaket antas å få vesentlige konsekvenser for miljø, naturressurser og samfunn. Av de konsekvenser som skal vurderes inngår faktorer som har betydning for ulykkesforebygging.

### **Arealplanlegging**

For å sikre barn gode oppvekstvilkår er det krav til den fysiske utformingen av arealer og anlegg som skal anvendes av barn og unge. «...de skal være sikret mot forurensing, støy, trafikkfare og annen helsefare». Det er også viktig å sikre de unge tilgang til natur i nærmiljøet. Gjennom lek kan de der oppøve fysiske ferdigheter og vurdering av farer. Slike uteområder blir også viktige i tilknytning til skoler og barnehager (2). Barnerepresentanten skal ifølge Plan- og bygningsloven ivareta barn og unges interesser i planarbeidet (17).

### **Trygge lokalsamfunn**

WHO har gjennom konseptet Safe Community (Trygge lokalsamfunn) gjort erfaringer med ulykkesforebyggende arbeid organisert tverrsektorielt. Det er satt opp egne kriterier for godkjenning av Trygge lokalsamfunn. Følgende kriterier må være oppfylt for å godkjennes av WHO som «Safe Community»:

- **Organisering.** Det må være etablert en tverrsektoriell gruppe som arbeider med ulykkesforebyggende arbeid på lokalt nivå. Alle nivåer i kommunens/bydelens administrative og politiske system skal delta aktivt i det ulykkesforebyggende arbeidet. De nettverk som finnes i lokalmiljøet innen ulykkesforebyggende arbeid må aktiveres og brukes. Programmet må forankres i kommunens øverste beslutningsorgan. Det må etableres et samarbeid mellom helse- og omsorgstjenesten i kommunen og den fylkeskommunale og de statlige helsetjenestene, og arbeidet må omfatte registrering av skader og gjennomføring av ulykkesforebyggende arbeid.
- **Program.** Det skal være etablert et skadeforebyggende program som omfatter alle aldersgrupper, miljøer og arenaer. Programmet skal inneholde spesifikke tiltak rettet mot høyrisikogrupper og -miljøer. Programmet må særlig være opptatt av skadeutsatte grupper.
- **Dokumentasjon.** Kommunen/bydelen skal kunne dokumentere ulykkesfrekvens og årsaksmønster. Det må utvikles systemer og indikatorer for evaluering av programmet.
- **Arbeidsmetoder.** Programmet som utarbeides må ha et langsiktig perspektiv. Kommunen/bydelen skal medvirke til å spre erfaringene fra det ulykkesforebyggende arbeidet både nasjonalt og internasjonalt.

Harstad kommune har blitt kåret til «Trygt lokalsamfunn» (18-21).

### **Passive og aktive tiltak**

Passive tiltak er tiltak som gir beskyttelse mot skader uavhengig av atferden (f.eks. redusere giftinnholdet i medisiner, bruk av flammesikre stoffer) (8). Slike tiltak kan bli iverksatt gjennom regler og forskrifter, f.eks påbud om flammesikkert barnetøy.

Aktive tiltak krever en bestemt handling for å beskytte seg mot skader. Eksempel er «å passe på» barnet, ha låsbart skap til medisiner og kjemikalier, redusere temperatur på varmtvannet, sikre stikk-kontakter.

Passive tiltak blir oppfattet som mer effektive enn aktive. Tiltak som krever lite og sjelden aktivitet (montere brannvarsler) er mer effektive enn der det kreves mye og ofte aktivitet. Vi kan likevel ikke stole på bare passive tiltak, men må stadig ha aktiv innsats for å hindre barneulykker.

## **Strategier, metoder og tiltak**

### **Individrettet arbeid**

Den avgjørende faktoren med tanke på å forebygge ulykker blant de minste barna er foreldrenes påpasselighet og at hjemmet er tilrettelagt for å redusere risiko (6). Barnas egen atferd vil i økende grad spille inn, og det blir viktig med tiltak som tar sikte på å lære barna forsiktighet og påpasselighet. Helsestasjonen bør utarbeide en prosedyre for informasjon om forebygging av barneulykker, utdeling av brosjyrer og sjekklister ved hjemmebesøk og i konsultasjoner på de forskjellige alderstrinnene. Samtalen bør inneholde informasjon om bruk av sjekklister, utstyrsspørsmål, barn i bil, ulykkesrisiko sett i forhold til barnet utvikling, sykling og trafikktraining. Dette bør kombineres med demonstrasjon og utlån av barnesikringsutstyr. Helsestasjonens lokaler bør være et forbilde for hvordan man bruker barnesikringsutstyr. Forebygging av ulykker og bruk av barnesikringsutstyr er et tema som egner seg spesielt godt for å diskutere i foreldregrupper. For å oppnå holdningsendring hos foreldre, kreves en kombinasjon av flere forskjellige aktiviteter.

Dersom det ulykkesforebyggende arbeidet skal bli effektivt, må vi vite når, hvor og hvor ofte ulykkene skjer. I skolehelsetjenestens arbeid med forebygging er derfor lokal registrering av alle ulykker tilknyttet skolen svært vesentlig (21). Disse opplysningene anvendes i undervisning der elevene skal utvikle en praktisk kunnskap om relevant sikkerhetstenkning. Siden en del ulykker skjer i forhold til relasjoner mellom de unge, kan det også være relevant med opplæring i konflikthåndtering i skolen og beredskap mot mobbing.

### **Miljørettet arbeid**

Miljøet er avgjørende i mange av barneulykkene og derfor viktig å legge tilrette for de små. Heian og Misvær (22) hevder at det er manglende kunnskaper på alle plan om ulykkenes årsaker, forekomst og konsekvenser. Dette understreker at helsestasjonene må være pådrivere i forebygging av ulykker. I skolehelsetjenesten er det hensiktsmessig å utvikle en lokal modell for det miljørettede ulykkesforebyggende arbeidet i kommunens skoler. Modellen bør ta utgangspunkt i lokale registreringer av ulykker og skader og involvere skolens personell og elever. Modellen kan også utvides til å omfatte andre problem knyttet til barn og unges arbeidsmiljø i skolen.

Helsestasjons- og skolehelsetjenesten bør ta ansvar for deloppgaver innen det lokale skadeforebyggende arbeidet i kommunen. Disse oppgavene omfatter dels utvikling av tiltak i samarbeid med andre offentlige instanser og frivillige organisasjoner, og dels å være premissleverandør til kommunens medisinsk-faglige rådgiver, den politiske og administrative ledelse. Styrken i lokale tiltak ligger i at de tar utgangspunkt i nærhet til opplevde problemstillinger og at de kan utløse store ressurser gjennom engasjement og medvirkning fra innbyggerne selv.

#### *Bomiljø, nærmiljø og lokalsamfunn*

Offentlig ulykkesforebyggende arbeid utøves av statlige, fylkeskommunale og kommunale instanser. Arbeidet kan rettes mot hele befolkningen eller det kan rettes mot risikogrupper. Det kan ha som siktemål å forebygge ulykker generelt i våre bomiljø eller andre aktuelle arenaer. Det er utarbeidet statlige virkemidler som stortingsmeldinger, forskningsprogrammer, befolkningsrettede informasjonskampanjer og handlingsprogrammer på dette området.

I kommunehelsetjenesten er det en samfunnsmedisinsk oppgave å ivareta dette arbeidet i samarbeid med andre etater som f.eks. teknisk etat. Det er en utfordring for skolehelsetjenesten og helsestasjon å ivareta deloppgaver innen dette feltet. Disse deltjenestene må være premissleverandør for arbeidet. Forskrift om internkontroll er et eksempel på statlig virkemiddel med mål om å fremme helse, miljø og sikkerhet.

Helsestasjons- og skolehelsetjenesten bør sammen med andre deler av kommunehelsetjenesten stimulere kommunen til å utvikle et skadeforebyggende program som omfatter alle aldersgrupper, miljøer og arenaer som kan danne grunnlag for en godkjenning som Trygge lokalsamfunn.

### **Anbefalinger**

- Helsestasjonen bør utarbeide prosedyre for informasjon om forebygging av barneulykker og utdeling av informasjonsmateriell ved hjemmebesøk, i konsultasjoner og i foreldregrupper.
- Skolehelsetjenesten bør utarbeide prosedyre som omfatter informasjon om ulykkesforebygging ved de individuelle og gruppevise elevkontaktene og tilbud om undervisning i skolen om ulykkesforebygging og konfliktløsning.
- Skolehelsetjenesten bør gjennom samarbeid og deltakelse i skolens planlegging synliggjøre behovet for en miljørettet tilnærming i det ulykkesforebyggende området i skolen.
- Helsestasjons- og skolehelsetjenesten bør sammen med andre aktører i kommunen og fylkeskommunen ha ansvar for å utvikle lokale ulykkesforebyggende tiltak.
- Helsestasjons- og skolehelsetjenesten bør stimulere kommunen til å arbeide for å utvikle et skadeforebyggende program for kommunen.

## Referanser

1. St.meld.nr 37 (1992-93)Utfordringer i helsefremmende og forebyggende arbeid.
2. Handlingsplan 1997-2002. Forebygging av ulykker. Hjem, skole og fritid.
3. Lov om helsetjenesten i kommunene av 19.nov. 1982.
4. Forskrift om miljørettet helsevern i barnehager og skoler m.v. 1995.
5. Tandberg K. (1997): Et tryggere barneliv i Norge? SF-rapport 1/97. Skadeforebyggende forum.
6. Aarø LE, Rise J. (1996): Den menneskelige faktor. Kan ulykker forebygges gjennom holdningspåvirkning? SF-rapport 5/96, Skadeforebyggende forum
7. Nordhagen R. (1993): Barns helse i Norge. Statens Institutt for Folkehelse, Oslo.
8. Thuen F. (1991): Et trygt hjem - Er det mulig? En oppsummering av forskning om forebygging av hjemmeulykker. Nasjonalforeningens HEMIL-senter i samarbeid med Helsedirektoratet.
9. Helset A. (1997): Forebygging av barneulykker i lokalsamfunnet. I: Skadeforebyggende forum Et tryggere Norge ved lokal innsats.
10. Hauger B. (1996): Skoleulykker i Vestfold. Egenrapporterte skader 1994. Forebygging av skoleulykker. I: SF-rapport 1/96. Skadeforebyggende forum.
11. Næss A. (1985): Filosofiske betraktninger om lykke og ulykke. Foredrag ved 5. nordiske konferanse for ulykkesforskere. Vinstra 28-30. aug. 1985.
12. Boyesen M. (1995): Ulykkesforebygging i kommunen - på vei mot kommunal sikkerhetsledelse? Hemil-rapport nr. 3-95. Universitetet i Bergen.
13. Sellström B, Bremberg S. (1996): Perceived social norms as crucial determinants of mother's injury-preventive behaviour. Acta Paediatrica 85, 702-707.
14. Peterson L, Farmer J, Kashani JH. (1990): Parental injury prevention endeavors: a function of health beliefs? Health Psychology, 9(2), 177-191. I: Aarø LE, Rise J (1996): Den menneskelige faktor. SF-rapport 5/96.
15. Aksjonsprogrammet barn og helse 1995-99. Rundskriv I-25/95. Sosial- og helsedepartementet.
16. Plan- og bygningsloven 14. juni 1985.
17. Rundskriv T-1/95: Barn og planlegging. Miljøverndepartementet.
18. Lokalt ulykkesforebyggende arbeid: Trygge lokalsamfunn, I-25/96
19. Ytterstad B. The Harstad injury prevention study: Hospital-based injury recording of community-based intervention. ISM skriftserie nr. 33, Tromsø.
20. Berg A (1995): Ulykkesforebyggende arbeid i Harstad. I: Klepp KI, Thuen F, Wilhelmsen BU: Ungdom for helse. Kommuneforlaget, Oslo.
21. Grimsmo A. (1989): Forebyggende helsearbeid i skolen. Kommuneforlaget, Oslo.
22. Heian F, Misvær N. (1994): Helsestasjonshåndboka. Kommuneforlaget, Oslo.

## 5.4 Ernæring

### Innledning

Kosten er en vesentlig miljøfaktor for det enkelte individs og befolkningens helsetilstand. God ernæring har avgjørende betydning for menneskets vekst, utvikling og trivsel (1). Et riktig sammensatt kosthold fra barnsben av bidrar til å redusere forekomsten av folkesykdommer som f.eks. hjerte-kar sykdommer og kreft. På kort sikt har maten vi spiser stor betydning for normal vekst og utvikling, fordøyelse og tannstatus. Mye tyder på at gode matvaner som etableres tidlig, vil vedvare. Det er derfor av stor betydning at barn innarbeider gode matvaner (2).

Helsestasjonens og skolehelsetjenestens møte med barn, unge og deres familier gir et godt utgangspunkt og mulighet for å samtale om mat i helsefremmende og forebyggende øyemed. Den generelle oppmerksomheten omkring ernæringsrelaterte helseproblemer i ulike miljøer (ikke minst media), er svært stor. Dette fører også til etterspørsel etter informasjon om kosthold og helse blant foreldre, personell i barnehager og skoler.

Når det gjelder ernæringsrelaterte helseproblemer blant barn og unge i Norge, er det trolig størst grunn til å diskutere vekst og utvikling, vitamin D-mangel, jernmangel, matvareallergi og intoleranser, overvekt og spiseforstyrrelser (3,4). Utfordringer for helsepersonell er trolig størst når det gjelder utvikling og bruk av metoder. Det vil være viktig å arbeide systematisk i veiledning til foreldre og barn og unge for å fange opp det vesentlige innen ernæring for ulike målgrupper i disse tjenestene. Det er viktig å få fram hva foreldre og unge er opptatt av på området, og hvilke behov de har. På denne bakgrunn bør det utvikles ernæringsprogram for å kvalitetssikre arbeidet. Dette må knyttes til systematisk individuell veiledning, gruppevirksomhet, identifisering av risikopersoner og oppfølging av disse, samt helsefremmende miljøtiltak i forbindelse med ernæring.

### **Nasjonale mål**

Vi har relativt begrenset kunnskap om barns matvaner. Vi vet mest om ernæring i barnets første leveår, da det er tett oppfølging fra helsestasjonen (5,6,7). Statens helsetilsyn har i veileder i sped- og småbarnsernæring (8) satt opp mål for helsestasjonens ernæringsarbeid:

- Morsmelkernærte spedbarn. Målet er at både mor og barn skal oppleve ammingen positivt, slik at flest mulig får morsmelk i det 1. leveåret.
- 4-åringer med et allsidig kosthold og et harmonisk forhold til mat. Målet er at barna har et allsidig kosthold ved 4-årsundersøkelsen.
- Ingen 1. klassinger med ernæringsproblemer. Ved skolestart skal få – om noen – norske barn ha hatt dårlig vekst eller andre helseproblem på grunn av mangelfull ernæring.

Dette er trolig godt innarbeidede mål. Elvbakken og Thommessen (10) mener at helsestasjonen grovt sett har fem hovedområder i ernæringsarbeidet:

- kontroll av vekstutvikling
- forebygging av mangelsykdommer
- forebygging av overvekt
- forbygging av allergi
- arbeid med å styrke det psykososiale spise miljøet rundt barn.

## Bakgrunn for forebyggende arbeid i helsestasjonen

Siden midten av åtti-tallet har Norge vært et av de land i verden der barna blir ammet mest og lengst. Cirka 80% av mødrene ammer etter 3 måneder, og 60% etter 6 måneder (8,11). På 60-tallet ammet bare cirka 30% av mødrene etter 3 måneder. Ammeveiledning på helsestasjonen er trolig et viktig bidrag til denne økningen (11).

Det er store variasjoner når det gjelder innhold, omfang og organisering i ernæringsarbeidet ved helsestasjonene. Det er derfor utarbeidet en metodebok som faglig verktøy (12). Andre forslag til standardisert program finnes også. Her savnes evaluering. Brukerundersøkelser fra helsestasjonen viser at det er ernæringsmessige utfordringer å engasjere seg i, f.eks. informasjon, helseopplysning og veiledning (13,14). Flere undersøkelser bekrefter at ernærings spørsmål er et av de dominerende tema i kontakten med helsesøstertjenesten (15,16).

Norske ernærings eksperter hadde i begynnelsen av nitti-årene lange, faglige diskusjoner om tolkning av forskningsresultater og anbefalinger i sped- og småbarnskosthold. Dette bidro til en del usikkerhet. Anbefalingene er nå sammenfallende (8,9).

Av aktuelle prosjekt innen ernæringsarbeidet kan nevnes WHO's/UNICEF's «Mor-barn vennlig initiativ» (17). Her er det satt fokus på amming i et støttende miljø spesielt på føde-barselavdelinger. Sykehus som oppfyller ti kriterier, blir sertifisert til «Mor-barnvennlig sykehus». Tidlig utskrivning av mor og barn fra føde- og barselavdelinger kan hemme de gode forsettene, og mor og barn bør følges nøye opp. I trinn II av dette prosjektet er det utarbeidet undervisningsmaterieell til bruk på helsestasjonene, der målet er å bidra til kvalitetsutvikling av ammeveiledning (18). Et kvalitetssikringsprosjekt av helseopplysning om kosthold 1. leveår viser at det gjenstår en del opplysnings- og motiveringsarbeid for å øke andel mødre som ammer lengre (19). For å tilrettelegge tilbudet og bidra til fagutvikling bør helsestasjonen utføre lokale kartlegginger av amming.

### Tannhelse

Tidligere ble informasjon om tannhelse og kontroller ivaretatt av tannpleier eller tannlege. I dag utføres dette oftest av helsesøster og lege. Statens helsetilsyn skal i løpet av 1998 utgi en veileder om mål og strategier i det oralt forebyggende og helsefremmende arbeid.

Informasjonen til foreldrene om tannhelse og tannhelsetjenesten bør omfatte:

- Innkallingsrutiner i den offentlige tannhelsetjenesten
- Enkel tannanatomi (tannframbrudd, bruk av smokk)
- Informasjon om bruk av fluorider og andre forebyggende tiltak



## Bakgrunn for forebyggende arbeid i skolehelsetjenesten

Det er ikke utarbeidet veileder i ernæring for større barn og ungdommer. De siste årene er det imidlertid gjennomført flere undersøkelser av skolebarns ernæringsforhold, skolemåltidet og ernæringsarbeidet i skolen (20).

En undersøkelse av 13- og 18-åringers (n=3300) matvaner viser at ungdommenes matvaner i store trekk er lik de voksnes (3). Det vil si at mange spiser for mye fett, salt og sukker og for lite stivelse, kostfiber og enkelte vitaminer og mineraler. Ungdommene ser ut til å ha et høyere gjennomsnittsinntak av sukker, og noe mer uregelmessige matvaner. Jenter spiser mer frukt og mindre fett enn gutter. Guttene spiser mer brødmat enn jentene. De fleste elevene spiste middag daglig. En prosent oppga at de aldri spiste middag. Vel 80% spiser frokost minst fem dager i uken, mens 6-17% hopper over frokost eller matpakke. De eldste hopper over måltider i større grad enn de yngre elevene. Undersøkelsen viser at det å skifte måltider gir dårligere kvalitet på kostholdet (3).

I et pågående prosjekt: «Helsevaner blant skoleelever», taes også spørsmål om kost opp (21). Det er en representativ undersøkelse blant 11-, 13- og 15-åringers i regi av WHO. Prosjektet startet i 1982 og gjentas hvert 4. år. Den siste undersøkelsen i Norge viser at cirka 90% av elevene (n=5000) spiser middag hver dag, mens en relativt stor andel sier de ikke spiser frokost og formiddagsmat daglig. Vel halvparten svarer de spiser frukt hver dag. Noe færre spiser rå grønnsaker. Snacks (f.eks. brus, chips, søtsaker) var mest populært blant de eldre elevene der cirka 20% sier de konsumerer dette daglig.

En undersøkelse i Sogn og Fjordane viste at skoleelever som bodde på hybel spiste mer usunn mat enn hjemmeboende (22). De spiste færre hovedmåltider, mindre grovbrød, frukt og grønnsaker, og drakk oftere brus, øl eller brennevin. I prosjektet «Helsefremmende skoler» ønsker lærere ofte å ta opp ernæring og kosthold med bidrag fra helsesøster både i klassen og ved foreldremøter (23). En ny kartleggingsundersøkelse bekrefter at ernæringstema er aktuelt i skolehelsetjenesten (24). Det er ernæringstema som er mest, nest mest og tredje mest berørt i grunnskolens helsetjeneste, særlig på barnetrinnet.

En undersøkelse blant ungdom i Hordaland viste at når jenter valgte sukkerfrie alternativer var hensikten å redusere kaloriinntak. Det var liten oppmerksomhet på at alternative søtningsmidler var mer gunstig i forhold til tannhelse (25). En annen undersøkelse tar opp det sosiale miljøet og spesielt venners betydning for valg av mat (26). I prosjektet «Kostholdsvaner og helseundervisning til ungdomsskoleelever i Kragerø 1990-93» har en arbeidsgruppe med ernæringsfysiolog, helsesøstre og lærere vært ansvarlige for gjennomføring. De har med støtte fra Fylkeslegen i Telemark utarbeidet undervisningsheftet «Næring for læring». Heftet vektlegger praktiske øvelser og ferdigheter med støtte av enkel teori om sentrale tema innenfor kosthold og helse (27).

### **Skolemåltidet**

Statens ernæringsråd har gitt ut anbefalinger om mat i skolen. Disse omhandler både tid, omgivelser for skolemåltid, matpakkens innhold, samt tilgjengelighet på mat og drikke til elever som ikke har med seg mat (28). Skolemåltidet blir også aktualisert ved skolefritidsordningen. Siden 1992 har landets skoler hatt høstkampanje med fokus på skolebarns frokost og formiddagsmat. En årlig «matpakkeuke» involverer både elever, foreldre og ansatte i skolen når det gjelder kostens betydning for helse og trivsel (29).

## **Særlige utfordringer i helsestasjons- og skolehelsetjenesten**

### **Matvareallergi og intoleranser**

Interessen for matvareallergi og intoleranser er for tiden stor, noe som gjenspeiles i foreldres bekymring for at barnet kanskje har matvareallergi, eller at mor gjennom sine matvaner når hun er gravid eller ammer, kan «påføre» barnet allergi. Det er utarbeidet ulike typer informasjonsmateriell om matvareallergi og intoleranser, som både retter seg mot generell forebygging, forebygging blant høyrisikopersoner, retningslinjer for diagnostisering og materiell til bruk i kostbehandlingen. Dette er et viktig grunnlag i veiledningen ved matvareallergi og intoleranser.

I et samarbeidsprosjekt mellom Statens ernæringsråd, Statens Institutt for Folkehelse, Norges Astma- og Allergiforbund og Statens næringsmiddeltilsyn utvikles følgende informasjonsmateriell:

- Diagnostisk manual ved matvareallergi/-intoleranse hos barn og voksne
- Veileder til helsepersonell med konkrete kostråd når diagnosen er stilt, samt pasientbrosjyre med sjekklister
- Notat som avklarer hvilke forebyggende råd som er relevante i forbindelse med svangerskap, amming, sped- og småbarnsperioden (Heimdal, Bjørnebo mfl 1996).

### **Spiseproblem**

Spiseproblem blant sped- og småbarn er et sårbart område og krever god kompetanse og tilnærming av helsepersonell. Det er relativt uvanlig med spiseproblem hos de minste, men ganske vanlig i førskolealderen. Foreldres opplevelse av problem er ofte den faktor som på sikt har størst betydning for utvikling av barnets spiseproblemer (7).

Spiseforstyrrelser som anoreksi og bulimi er et alvorlig ernæringsrelatert helseproblem blant dagens unge, og mye tyder på at også skolebarn i stadig større grad er opptatt av kropp, slanking og mat. Det er derfor viktig at skolehelsetjenesten gjennom sine møter med barn og unge forholder seg på en profesjonell måte i forhold til for eksempel høyde/vektmålinger. Det bør utarbeides prosedyrer for hvordan ansatte i helsestasjon og skolehelsetjenesten best mulig kan finne risikopersoner i forhold til anoreksi og bulimi og sikre adekvat oppfølging. Statens ernæringsråd har utarbeidet en rapport om

forebygging av spiseforstyrrelser (33), og Helsedirektoratet (nå Statens helsetilsyn) har laget en veileder for helsevesenet om behandling av alvorlige spiseforstyrrelser (37).

### **Mangelsykdom hos innvandrere**

En viktig oppgave for helsestasjonen er å kunne gi innvandrere en kulturelt tilpasset kostholdinformasjon med hensyn til deres mattradisjoner. Over 90% av barna som de siste årene har vært innlagt på sykehus med D-vitaminmangel eller alvorlig jernmangelanemi, har hatt innvandrerbakgrunn (8,9).

### **Folat og nevrallrørsdefekter**

Et tilfredstillende inntak av folat (folsyre) de første ukene av svangerskapet er av stor betydning for å redusere risikoen for at barn fødes med nevrallrørsdefekter. Undersøkelser tyder på at en del fertile kvinner i Norge ikke får tilstrekkelig folat (34). Statens ernæringsråd har utarbeidet anbefalinger for gravides inntak av folat.

### **Strategier, metoder og tiltak**

Selv om det finnes flere forslag til standardiserte programmer, er det likevel ingen enkel eller entydig metode for vurdering av vekst, kosthold, ernæringsstatus eller av barnets helse (9). Kartlegging (screening), veiledning og oppfølging blir sett på som de viktigste delene i ernæringsarbeidet.

Barnets vekst, sammen med barnets allmenntilstand og generelle trivsel, er utgangspunktet i ernæringsarbeidet (30). Det neste steget i vurderingen er å kartlegge hva, hvor mye og hvor ofte barnet spiser. (Jf Somatiske undersøkelser av barn og unge fra 0-20 år, IK-2611, 1-98). Bruk av kostregistreringskjema er et godt hjelpemiddel som kan brukes som alternativ eller i tillegg til kostanamnese (7, 9, 19, 30).

Det individrettede arbeidet var tidligere en hjørnestein i helsestasjons- og skolehelsetjenesten. De senere årene har det blitt stadig mer vanlig å arbeide også i grupper på disse arenaene. Det er hensiktsmessig med varierte arbeidsmåter for å «nå fram» til brukerne, og derfor positivt å bruke gruppesamlinger for foreldre, elever og andre samarbeidspartnere der ernæringsspørsmål også taes opp. Det er trolig et sentralt tema for mange, og nyttig å få utveksle erfaringer med andre. Aktiv involvering fra brukerne er det beste utgangspunktet (2).

### **Samarbeid**

Ernæring inngår i flere av grunnskolens fag. Et godt utviklet samarbeid mellom skolens ledelse, lærere, elever og skolehelsetjeneste vil være en styrke for ernæringsarbeidet (10,24). Skolehelsetjenesten bør være med i diskusjoner og planlegging av ulike sider ved ernæringsspørsmål i skolen. Samarbeid med skolens ledelse er viktig for å kunne delta på skolens planleggingsdager over skoleåret og integrere helstjenestens ernæringsarbeid i skolens egne

undervisningsplaner. I planene bør det inngå avtaler om deltakelse på foreldremøter, i samarbeidsutvalg, temadager og deltakelse i undervisning i ernæringsstema. En strategi i skolehelsetjenestens ernæringsarbeid kan også være å gi tips om hjelpemidler, undervisningsmateriale, litteratur til lærerne, ha uformelle kontakter med elevene i deres spisepause, engasjere seg i skolekantine og spisemiljø.

Klepp (31) og Contento (32) hevder at for å stimulere skolebarns interesse for bra mat er det viktig med større fokusering på det sosiale miljøet og mattilbud i hjem og nærmiljø. Samarbeid med foreldre er en forutsetning for å lykkes. Med sosialt miljø er det særlig fokus på venners og familiens normer og forventninger. Klepp hevder vi har mye å lære fra markedsføring, og påminner om alt matvareindustrien investerer i reklame hvert år - det gjør de ikke uten grunn.

Konklusjon: det er mulig å påvirke matvaner. Det er viktig å konkretisere hva bra mat er, og arbeide for at disse produktene er lett tilgjengelige til en pris som er konkurransevinnlig i forhold til mindre bra produkter.

#### **Systematisk individuell veiledning**

Det anbefales metodeutvikling som oppmuntrer til systematisk samtale om kosthold. Det er ønskelig å komme fram til noen kjernespørsmål for å få rask innsikt i kostholdet. Dette danner utgangspunkt for eventuell videre samtale og oppfølging med veiledning og råd, utdeling av relevant materiell og lignende. Ernæring og helse anbefales som tema ved de målrettede undersøkelsene. Det bør arbeides for at kjernespørsmål og faste prosedyrer for oppfølging markeres i helsekortet. Dette sikrer systematikk og gode rutiner i arbeidet.

#### **Identifisering av risikopersoner**

Spørsmålene som utarbeides må være egnet til å finne risikopersoner i forhold til utvikling av for eksempel utilfredstillende vekst og utvikling, jernmangelanemi, vitamin D-mangel og spiseproblem. Barn og unge i risikozonen må få god oppfølging og evt. videre henvisning.

#### **Målrettet gruppevirksomhet**

Helsestasjons- og skolehelsetjenesten bør gi tilbud om gruppevirksomhet som stimulerer til diskusjon om ernæring og kosthold. Det har vært en tendens i helsetjenesten til å legge stor vekt på individuelle konsultasjoner og for liten vekt på utbyttet brukerne kan ha av samtale og diskusjon i grupper. For å stimulere til interesse for sunn mat, er det bl.a. viktig med større fokusering på det sosiale miljøet og konkrete idéer om hvordan en kan bytte ut mindre bra mat til sunnere alternativ som er tilgjengelig. Helsepersonell bør også bidra med informasjon til personell i barnehager og skoler i forhold til barn og unge med kostrelaterte sykdommer.

#### **Helsefremmende miljøtiltak**

Helsestasjons- og skolehelsetjenesten bør spille en aktiv rolle i arbeidet for helsefremmende miljø for barn og unge. Når det gjelder kosthold og helse er

det i denne sammenhengen aktuelt å konsentrere innsatsen omkring det å sikre at det gjennomføres velorganiserte, trivelige og sunne måltider, i barnehager og skoler. Retningslinjer for mat i skoler og barnehager er vist til i egen paragraf (§ 11) i forskrift for miljørettet arbeid i skoler, barnehager mv. (36).

### **Registrering i helsekort ved helsestasjons- og skolehelsetjenesten**

- Vekt, lengde/høyde og hodeomkrets registreres på percentilskjema i helsekortet i forhold til anbefalt screening eller ved målrettet undersøkelse (jfr. Somatiske undersøkelser av barn og unge fra 0-20 år, IK-2611, 1-98).
- Nøkkelspørsmål og faste prosedyrer for oppfølging markeres (nedfelles) i helsekortet.
- Spesielle ernæringsrelaterte situasjoner registreres sammen med aktuelle tiltak.

### **Anbefalinger**

- Helsestasjonen bør utføre lokale kartlegginger av amming for å kunne tilrettelegge tilbudet i forhold til brukers behov.
- Helsestasjonen bør basere ammeveiledningen på de faglige anbefalingene utarbeidet av Mor-barnvennlig initiativ og Ammefagrådet.
- Helsestasjons- og skolehelsetjenesten bør utarbeide metode som beskriver hvordan den generelle og den målrettede informasjon og samtale om kosthold og tannstell til barn og unge skal ivaretas.
- Helsestasjons- og skolehelsetjenesten bør i samarbeid med andre aktører spille en aktiv rolle i arbeidet for trivelige og sunne måltider i barnehager og skoler.
- Helsestasjons- og skolehelsetjenesten bør bidra til å øke kunnskap og handlingsberedskap for personell i barnehager og skoler i forhold til barn og unge med kostrelaterte sykdommer.

### **Referanser**

1. St. meld. nr. 37 (1992-93): Utfordringer i det helsefremmende og forebyggende arbeidet.
2. Klepp KI, Thuen F & Wilhelmsen BU. (red.) (1995): Ungdom for helse. Fra teori til praksis i helsefremmende arbeid med ungdom. Kommuneforlaget, Oslo.
3. Nes M. (1993): Resultater fra Ungkost undersøkelsen. Kostbudet, 3: 4-10.
4. Nordhagen R. (1993): Barns helse i Norge. Rapport nr. 2/93. Statens Institutt for Folkehelse.
5. Elvbakken KT, Kjærnes U. (1985): Kostrådgivning på helsestasjonen. En spørreundersøkelse blant helsesøstre i Bergen. Kommunelavd. helse og sosiale tjenester.
6. Helsedirektoratet (1990): Veileder for helsestasjonsvirksomhet IK-2328, 3-90.
7. Thommessen M. (1993): Som barn spiser. Kommuneforlaget, Oslo.
8. Statens helseilsyn (1995): Sped- og småbarnsernæring. IK-2475, 1-95.
9. Statens ernæringsråd (1994): Statens ernæringsråds anbefalinger for spedbarnsernæring, Oslo.
10. Elvbakken KT, Thommessen M. (1994): Det er vårt bord! Ernæringsarbeid i helse- og sosialsektoren. Kommuneforlaget, Oslo.
11. Helsing E. (1995): Boken om amming. Gyldendal Norsk Forlag, Oslo.

12. Kjærnes U, Elvbakken KT & Solberg. (1988): Kostrådgivning på helsestasjonen delrapport 2. Kommunalavd. for helse- og sosiale tjenester, Bergen.
13. Bomann-Larsen (1986): Brukerperspektiv på forvaltningen. Service eller kontroll? Publikasjon nr. 19. Institutt for offentlig administrasjon og organisasjonskunnskap, Universitetet i Bergen.
14. Nærde A. (1992): Erfaringer med gruppebasert helsestasjonskontroll: En brukerundersøkelse. Hovedoppgave ved Psykologisk Institutt, Universitetet i Oslo.
15. Paulsen B. (1990): Snakk med de på helsestasjonen. En analyse av bruk av helsesøstertjenesten. NIS-rapport 3/90. Norsk institutt for sykehusforskning, Trondheim.
16. Finnvold JE. (1994): Brukerkontakt i helsesøstertjenesten. En utvalgsundersøkelse. Rapport 94/22. Statistisk sentralbyrå.
17. Statens helsetilsyn (1997): Mor-barnvennlig initiativ Norge. Prosjektrapport 1993-96.
18. Nylander G, Tufte E. (1996). Ammeveiledning på helsestasjonen. Statens helsetilsyn.
19. Kyrkjebø JM, Økland T. (1996): Kvalitetssikring av helseopplysning om kosthold 1. leveår. Bergen kommune.
20. Samdal O (1994): Evaluering av Mat for folket. Hemil-rapport 6/94. Universitetet i Bergen.
21. Wold B, Aasen H, Aarø LE, Samdal O. (1995): Helse og livsstil blant unge i Norge. Resultater fra en landsomfattende spørreskjema-undersøkelse tilknyttet prosjektet «Helsevaner blant skoleelever». HEMIL-senteret, Universitetet i Bergen.
22. Aarø LE, Ødegård B, Sunde A. (1993): Matvaner og helseatferd blant ungdom i Sogn og Fjordane 1992. Ein survey blant elever i grunnskule og vidaregåande skule. Hemil-rapport 7/93. Universitet i Bergen.
23. Hjälmhult E, Wold B, & Samdal O. (1996): Skolehelsetjenesten og helsefremmende skoler- utfordringer til samarbeid. HEMIL-Rapport 5/95. Universitetet i Bergen.
24. Elvbakken KT. (1997): Skolehelsetjenesten. Organisering, ressurser, tiltak og metoder. I: Undersøkelser i helsestasjons- og skolehelsetjenesten. IK-2618, 4-98. Statens helsetilsyn.
25. Åstrøm A, Rise J. (1993): Tannhelseatferd blant 15-åringar i Hordaland. Hemil-rapport, Universitetet i Bergen.
26. Andrews T. (1996): Ungdommens matvaner sett i et sosiokulturelt perspektiv. Hemil-rapport 2/96. Universitetet i Bergen.
27. Evensen S, Lier B, Kvalnes L m.fl. (1993): Næring for læring. Et undervisningsopplegg i kosthold og helse for ungdomsskolen. Kragerø kommune.
28. Nasjonalforeningen for folkehelsen (1994): Spis med glede! Oslo.
29. Statens ernæringsråd (1992): Anbefalinger om skolemåltidet.
30. Heian F, Misvær N. (1994): Helsestasjonsboka. Kommuneforlaget, Oslo.
31. Klepp KI (1995): Hvordan kan skolebarns interesse for bra mat stimuleres? I: Kostupplysning: Ett medel för att förändra kostvanor. Tema-Nord 1995:622. Nordisk Ministerråd, København.
32. Contento IR, Manning AD, Shannon B. (1992): Research perspective on schoolbased nutrition education. Journal of Nutrition Education 24: 247-260.
33. Statens ernæringsråd. (1997): Forebygging av alvorlige spiseforstyrrelser 1/1997.
34. Statens ernæringsråd (1997): Vurdering av behovet for økt folatinntak. 2/97.
35. Sosial- og helsedepartementet: Forskrift om miljørettet helsevern i barnehager og skoler m.v. 1.12.95 nr 928.
36. Folkehelse, Statens næringsmiddeltilsyn, Statens ernæringsråd, Norges astma- og allergiforbund (1996): Rapport fra forprosjektet: Matvareallergi/-intoleranse.
37. Helsedirektoratet (1992): Alvorlige spiseforstyrrelser. En veileder for helsevesenet i behandling av anorexia og bulimia nervosa. IK-2374, 1/92.

## 5.5 Astma, allergi og inneklimasykdommer

De tre sykdomsgruppene har en del felles bakgrunn og forløp. Vi har valgt å omtale astma og allergi i en fellesdel og ta inneklimasykdommer for seg.

### Situasjonsbeskrivelse

#### Forekomst og årsak

Internasjonalt er det enighet om at det har vært en økning av barn som får diagnosen astma i industrialiserte land. En del av denne økningen kan skyldes endrede diagnosekriterier, men undersøkelser tyder også på at det har skjedd en reell økning. Nyere diagnosekriterier dekker et spekter fra alvorlig pustebesvær til et minimum av plager. Mange små barn i Norge er plaget (1,2).

Det er store forskjeller i forekomst av astma og allergi rundt om i verden, samt store forskjeller på nåtid og fortid. Det er vanskelig å sammenlikne studier i ulike land og tidsperioder, oftest pga. metodene. I Norge er det gjort flere undersøkelser på forekomst av astma hvor livstidsprevalensen (dvs. andel personer som svarer ja på om de noen gang har hatt symptomer på astma) ligger mellom 5-10,7% (3-7). Norge har en lav dødelighet av astma, noe som kan tyde på gode behandlingsrutiner. Forskjellene mellom by og land er liten (5). Eksem har en livstidsprevalens 10-13% (3,4,7). Høysnue har 5,4% (6,4).

Årsakene til atopi og atopisk sykdom er ikke kjent selv om det er identifisert flere risikofaktorer. Det er fremdeles uklart hvorfor noen utvikler toleranse mens andre utvikler allergi. Mye tyder på at arv spiller en viktig rolle, men slett ikke alle som er arvelig disponert utvikler sykdom. (8,9) Noen stoffer peker seg imidlertid ut som viktige risikofaktorer for utvikling av astma og allergi: tobakksrøyk, formaldehyd, NO<sub>2</sub>, ulike løsemidler, hustøvmidd og muggsopper samt dyrehårsepitelet og flass. Når det gjelder matvareallergi hos spebarn antas det at tarmens immunsystem er umodent, slik at et tidlig møte med fremmedproteiner kan være uheldig og medføre allergi framfor toleranse. Tarmen kan også bli ustabil av miljøfaktorer som tarminfeksjoner. Tarmveggen vil da få en større lekkasje av fremmedprotein og dermed utsettes for mange flere potensielle allergener (Jf. Somatiske undersøkelser av barn og unge fra 0-20 år, IK-2611, 1-98).

### Nasjonale mål

I St. meld. 37-992/93 er de nasjonale mål:

*«Innen år 2002 skal samordnet plannlegging og tiltak mot helseskadelig innemiljø sammen med helsefremmende kunnskap og atferd og tidlig intervensjon overfor de som rammes, føre til stopp i økningen av forekomst av astma og allergi hos barn under 7 år og til mindre sykkelighet og bedre funksjon i alle aldersgrupper».*

## Bakgrunn for strategier, metoder og tiltak

### Inneklima

Inneluftens kvalitet har vært mye diskutert og er fortsatt forbundet med usikkerhet. Følgende forhold synes å være viktige: Allergener, gasser og partikler samt luftfuktighet og temperatur. De allergenene i innemiljøet som har størst betydning for allergi og allergiutvikling i Norge, stammer fra kjæledyr, særlig hund og katt, husstøv og midd. Allergener fra kjæledyr synes å gi størst risiko for sensibilisering i de første levemånedene.

Midd tyder også på at sensibilisering i tidlig alder kan øke risiko for å få allergiske reaksjoner, særlig astma (10-12). Midd trives der det er varmt og fuktig slik at sengen er et viktig tilholdssted for midd. Mengden midd i sengetøy og madrass ser ut til å korrelere med utvikling av middallergi og astma.

*Muggsopp* og sporer varierer betydelig med årstidene med størst konsentrasjon sommer og høst. Inneluftkonsentrasjonen er i disse perioder avhengig av uteluftens innhold av soppsporer. Kondens i porøse bygningsmaterialer (betong, gips og mursten) kan fungere som reservoar for fuktighet og muggsopper. Muggsopper kan gi et dårlig inneklima ved produksjon av toksiner og gasser som kan virke allergent og generelt negativt på helse og trivsel.

*Luftforurensing* er forbundet med usikkerhet og viser bare svake sammenhenger med astma og allergi.

*Luftfuktighet og temperatur.* Boliger med fuktskader eller mye kondens viser sammenheng med luftveissykdommer hos barn og voksne, både med og uten disposisjon for allergi (13-16). Tørr luft er et sjeldent fenomen i menneskelige omgivelser, og følelsen er heller et uttrykk for høy lufttemperatur. Luftfuktere antas å spre mikrobiologiske allergener i luften og derved fremme allergiutvikling.

**Røyking.** Se kap. 5.6.

### Passiv røyking

Dersom foreldrene røyker 11-20 sigaretter daglige får barn i seg like mye nikotin som om de har røykt 1/5 sigarett og tilsvarende 2 sigaretter av det kreftfremkallende stoffet nitrosodimetylamin (17). Ved målinger av helsefarlige stoffer i «passiv» røyk viser det seg at det finnes en større konsentrasjon av kreftfremkallende stoffer i røyken som går ut i rommet enn den delen som inhaleres. Håndrullede sigaretter inneholder mer tjærestoffer og nikotin enn fabrikkproduserte.

Barn vil pga. liten kroppsvekt og relativt små dimensjoner i luftveiene være mer sårbare for passiv røyking enn voksne. Barn som utsettes for passiv røyking, får hyppigere luftveisinfeksjoner i form av bronkitt, bronkiolitt og lungebetennelse. Det er også vist at passiv røyking øker risikoen for utvikling av astma hos barn, og at det kan utløse astmaanfall (18,19).



## Uteluft

Allergener i uteluften er i hovedsak naturlig forekommende, f.eks. pollen fra trær, gress og planter. Det er derfor svært vanskelig å beskytte seg mot påvirkning fra slike allergener utover å redusere tilgangen på pollen gjennom direkte frisklufttilførsel. For å unngå pollenforurensning i soverom, anbefales å lukke vinduer og ventiler. Istedenfor anbefales indirekte lufting via andre rom i boligen, eventuelt med mekanisk filtrering av luften. Dette kan gjøres med flere lag gassbind foran ventil eller vindu. I byer og tettsteder påvirkes luftkvaliteten av lokale utslipp. Studier viser at utemiljøet bare i liten grad bidrar til astma og allergiutvikling. Det foreligger bare begrensede data som støtter hypotesen om at økt eksponering av små partikler vil utløse og forverre astma (20-23).

## Kosthold

Ved matallergi foreligger det en immunologisk betinget reaksjon, mens matvareintoleranse har sammenheng med biokjemiske eller andre reaksjoner på maten. Vanlige uttrykksformer ved matallergi er atopisk eksem, elveblest og mage- og tarmproblemer. Noen matvarer kan gi raskt innsettende og livstruende reaksjoner med elveblest over hele kroppen, i ansikt og strupehode, pustebesvær og kollaps (allergisk sjokk). Endel matvarer, særlig frukt, grønnsaker og nøtter, kan gi kløe i munnen og hevelse i leppe og tunge umiddelbart etter man har spist matvaren. En slik reaksjon ses oftest sammen med allergi for pollen, særlig bjørkepollen, og er også en straksreaksjon. Ved matintoleranse er symptomene oftest magesmerter, diaré, oppblåsthet og eventuelt dårlig vektutvikling. Matvarer som oftest fører til allergi er: Kumelk, egg, soya, nøtter, fisk, skalldyr, erter, frukt, bær, grønnsaker og korn. Tilsetningsstoffer gir sjelden allergiske reaksjoner (24-28).

Kumelk er den matvaren som oftest gir overfølsomhetsreaksjoner i tidlig spedbarnsalder (29). Kumelkallergi med spesifikke IgE antistoffer mot kumelkproteiner opptrer som straksreaksjon i første leveår, og gir elveblest, atopisk eksem og evt. astma. Mage- og tarmproblemer opptrer også ofte ved allergisk reaksjon, men kan også skyldes forskjellige kumelksintoleranser. Symptomer på kumelkallergi forsvinner som regel før skolealder. Laktoseintoleranse kan vedvare. Ca. 3% av nyfødte i Skandinavia har laktoseintoleranse, mot ca. 80% i Asia og Afrika.

## Infeksjoner og vaksiner

Infeksjoner kan utløse anfall hos astmatikere (30). Når det gjelder utvikling av allergi er forholdene komplekse og uoversiktlige. Det er holdepunkter for at infeksjoner både kan fremme og forebygge allergiutvikling. Trolig avhenger virkningen av infeksjonens natur, individets alder og arveanlegg og allergeneksponering. Det er lite sikker kunnskap på området.

Det foreligger ingen data som viser at vaksiner i noen vesentlig grad bidrar til allergiutvikling, selv om det er mulig ifølge nye teorier. Det er ikke grunnlag for at allergiske barn skal fravike det nasjonale vaksinasjonsprogrammet med mindre det foreligger en uttalt allergi for bestanddelene i en vaksine.

Hovedkonklusjonen er at man i dag ikke har kunnskap til å sette i verk forebyggende tiltak i forhold til infeksjoner og vaksiner, utover å forsøke å redusere antallet infeksjoner hos astmatikere.

### **Fysisk aktivitet**

For barn er det viktig å kunne delta i fysisk aktivitet. Særlig viktig er det å legge forholdene til rette slik at kronisk syke barn, som f.eks. astmatikere, kan delta på lik linje med andre barn. God fysisk form vil gjøre det lettere for dem å møte hverdagens belastninger i lek og idrett og tåle forverrelser av sin astma. Likevel er det viktig å være klar over at en stor del av astmatikere opplever å «tetne til» ved uspesifikke påvirkninger som fysiske anstrengelser og kald luft. Astmatiske barn bør lære å kjenne kroppens reaksjoner på fysiske belastninger og derfor få veiledning i hvordan de kan forebygge forverrelser gjennom systematisk oppvarming før anstrengelser. Mange har også stor nytte av medisinerer før fysiske anstrengelser.

### **Psykososiale forhold**

Kunnskapsgrunnlaget på dette området er beskjedent. Stress er det mest studerte området og kan tyde på å gi økt IgE (31) og økt infeksjonsmottagelighet. Luftveisinfeksjoner opptrer hyppigere og får et lengre og mer komplisert forløp på grunn av stress (32). Klinisk erfaring viser at psykososiale mekanismer kan være med på å utløse, forsterke og vedlikeholde symptomene ved astma og allergi. Familieproblemer og depressive symptom kan føre til betydelig forverrelse av sykdommen og er i dag kanskje den viktigste kunnskapen om psykososiale forhold og astma. Astmatikere med slike problemer bør få adekvat psykologisk hjelp.

## **Strategier, metoder og tiltak**

**Ansatte i helsestasjons- og skolehelsetjeneste må ha tilstrekkelig kunnskap om astma/allergi og kunne formidle kunnskap til aktuelle foreldre og barn.**

Innst. S. 118 (1993-94) (33) har mål om stopp i økningen av forekomst av astma og allergi hos barn under 7 år og redusert sykelighet og bedret funksjon i alle aldersgrupper (31). For å nå dette målet er det nødvendig med kunnskapsbasert kompetanseheving ved landets helsestasjoner og skolehelsetjeneste slik at personalet har og kan formidle relevant kunnskap. Feltet er preget av mange myter og stor usikkerhet. Det er derfor viktig å kunne skille hva man i dag vet med sikkerhet, hva man er usikker på og hva man ikke vet.

Helsearbeidere bør være i stand til å gi berørte parter en troverdig og enhetlig framstilling av kunnskap på området astma og allergi. Dette vil hjelpe barn og foreldre til å bli bedre i stand til å orientere seg i feltet og fatte selvstendige beslutninger. Et annet aspekt ved økt kunnskap er at helsearbeidere og berørte

parter lettere kan vurdere flommen av informasjon som spres i massemedia fra både medisinske og ikke-medisinske miljøer. Kompetansehevingen til helsepersonell bør også inneholde informasjon om hvordan man søker kunnskap og hvordan kunnskapen kan anvendes i et helsefremmende og pedagogisk perspektiv.

### **Helsefremmende tiltak skal gjøre barn som er disponert for – eller som har utviklet astma og allergi – i stand til å bedre og bevare sin helse**

Tiltak blir å utvikle barnets og familiens ferdigheter i forhold til å mestre sykdom og risiko for sykdom. Det er viktig å øke fokuseringen på positive sider ved barnet og familien og gi kunnskap om mestringsstrategier i forhold til aktuelle problemstillinger. Ofte vil mestringsstrategier bli best formidlet av andre familier i samme situasjon. Helsestasjon og skolehelsetjenestens oppgave blir hovedsakelig å legge til rette for og utfordre foreldrene til å delta i grupper og dele egne erfaringer.

For barnefamilier vil det være viktig med et støttende nærmiljø og et godt sosialt nettverk. Dette er enda viktigere for familier med kronisk syke barn. De vil kontinuerlig møte utfordringer hvor støtte fra omgivelsene vil være nødvendig. Det er derfor viktig at helsetjenesten arbeider målrettet for å integrere disse familiene i sosiale nettverk. Eksempel er grupper for familier med barn som har astma og allergi og hjelp til å integrere familiene i lokale strukturer som barnehage, frivillige organisasjoner etc.

Helsefremmende tiltak bør også inneholde informasjon om positive helsefaktorer og ressurser i nærmiljøet. Dette kan være trygge lekeplasser som ikke ligger i nærheten av forurensningskilder som trafikkerte veier, steder hvor familien kan få «frisk luft» og felles naturopplevelser, og andre aktiviteter som barn med astma og allergi kan delta i på lik linje med andre barn i nærmiljøet. Det bør også fokuseres på gleden og økt trivsel hos barn som vokser opp i et røykfritt og godt innemiljø.

Ideelt sett burde helsetjenesten bidra til å styrke lokalmiljøets muligheter til å ta fatt i egne helseutfordringer. Det kan konkret gjøres gjennom å gi allmennheten bedre data om forekomst av astma og allergi og faktorer i lokalmiljøet som påvirker utviklingen av slik sykdom. Lokal kartlegging av astma og allergiforekomst blir viktig (jfr. ulykkesregistrering i Harstad)

### **Redusere barns eksponering for passiv røyking**

Det foreligger i dag sikker dokumentasjon på at passiv røyking øker risikoen for astma hos barn. Derfor bør arbeidet med å redusere barns eksponering for passiv røyking ha høy prioritet i det primærforebyggende arbeidet. Arbeidet bør starte ved svangerskapskontrollen og fortsette ved hjemmebesøket etter fødselen. For både små og store barn vil tiltak overfor foreldre og blivende

foreldre være viktigst. De vil være av stor betydning å få de som røyker til å velge å røyke slik at inneluften forurenses minst mulig.

### **Forebyggende arbeid bør rettes hovedsakelig mot atopisk belastede familier**

Det er fortsatt store hull i den generelle kunnskapen om årsaken til astma og allergi, og derved også om hvordan disse lidelsene kan forebygges. Likevel finnes det i dag kunnskap som styrker hypotesen at genetiske forhold er vesentlig for utvikling av astma og allergi. Det er derfor viktig å sette inn hovedressursene i det forebyggende arbeidet på barn i atopisk belastede familier og fokusere på **kost og miljø** (jfr. definisjon av høyriskobarn).

#### *Kost: Forebyggende tiltak mot matvareallergi*

Effekten av diett i svangerskapet er tvilsom. Det er ingen holdepunkter for å anbefale diett til gravide. Derimot er det gode holdepunkter for at de første leveårene er av grunnleggende betydning for hvordan et individ utvikler seg med hensyn til allergi senere i livet. Her er det viktig å skille mellom tre ulike grupper av barn med ulik disponering for allergi:

*Friske barn uten allergisk disposisjon.* Generelt anbefales **amming av alle barn til de er over 6 måneder og at man innfører fast føde fra 4-6 måneders alder under «paraply» av fortsatt amming.**

*Høyriskobarn.* Høyriskobarn bør ammes som nevnt over, men utsette innføringen av fast føde til etter 6 måneders alder, og unngå egg, melk, fisk, skaldyr, nøtter og erter. Hos spesielt motiverte mødre kan man anbefale at de unngår forannevnte matvarer i ammeperioden på 4-6 måneder. Utover denne tidsperioden har vi ingen dokumentasjon på at diett har noen betydning for utvikling av allergi hos barnet. Familier med høyriskobarn bør få kostveiledning og informasjon om at forskning viser at en streng diett hos mor har begrenset innflytelse på utvikling av allergi. Hvis brystmelk er utelukket bør en vurdere om høyriskobarn skal anbefales kumelkhydrolysert (fullstendig hydrolysert) morsmelkerstatning første leveår. Det vil kunne føre til en utsettelse av atopisk debut. Soyaprodukter anbefales ikke pga. fare for allergiutvikling. Forebygging av matvareintoleranse anbefales ikke fordi mekanismene bak dette er for dårlig kjent.

#### *Barn med etablert atopi i spedbarnsperioden*

Ved etablerte symptomer på allergi (atopisk eksem) anbefales diett som ved høyrisiko til mor og barn, samt å unngå allergener som barnet reagerte på fram til 1 års alder. Flere studier har vist lavere forekomst av matallergi og atopisk eksem de første to leveårene ved gjennomføring av restriksjoner i kosten til spedbarnet og amming første leveår. Ved 4 års alder var det imidlertid ingen forskjell på gruppene. Det var heller ingen forskjell mellom gruppene vedrørende luftveisallergi. Diett har aldri vist å ha noen innflytelse på utvikling av luftveisallergi.

*Miljø: Forebygge eksponering av allergener og miljøfaktorer*

Det er rimelig sikkert at allergener i inneklime påvirker astmatikere og allergikere, og at eksponering i tidlig barnealder øker risikoen eller fremskynder debuten av sykdom. Forebyggende tiltak bør derfor primært rette seg mot høyrisikofamilier og familier der barnet allerede har utviklet atopisk sykdom. Disse familiene bør frarådes å holde kjæledyr, tilrådes å begrense husstøvmidd og ha god ventilasjon i soverom.

Midden reduseres enklest ved godt renhold, lufting og lav romtemperatur. Videre bør en unngå heldekkende tepper, tunge tekstiler, særlig på soverom, samt regelmessig lufting og vasking av dyner og puter, samt støvsuging og lufting av madrass. Sanering av oppholdsmiljø, særlig i og omkring sengen, synes å være mest effektivt. På markedet finnes relativt kostbare støvsugere med spesialfilter, overtrekk til sengetøy osv., men effekten er ikke tilstrekkelig dokumentert. Helsepersonell bør være varsomme med råd som påfører familier store kostnader.

Det er like viktig å sanere røyking innendørs som allergener. Foreløpig er det usikkert om effekten av sanering av fuktighet, temperatur og «syke hus» er tilstrekkelig dokumentert til at klare råd kan gis. Unntak fra dette er råd om utbedring av åpenbare fuktskader på bygninger. Disse bør utbedres hos atopiske høyrisikobarn eller der de har utviklet astma eller annen atopisk sykdom. I den grad det er mulig er det gunstig for astmatikere å redusere luftveisinfeksjoner.

I skolehelsetjenesten vil arbeidet mot aktiv og passiv røyking være det dominerende. Utover det vil kunnskap om egen sykdom for astma- og allergirammede barn være viktig. Informasjon på disse alderstrinnene bør i hovedsak foregå i grupper hvor barn og unge selv er aktive bidragsytere og problemløserne. Det vil derfor være viktig at helsesøster hjelper til med å legge forholdene til rette for gruppeaktivitet som f.eks. «astma-skoler». Mål for informasjonsarbeidet bør også her være at barn og unge med astma og allergi lærer seg å mestre egen sykdom og de utfordringer som sykdommen måtte bringe i hverdagen.

Skolehelsetjenesten bør også ha ansvar for å hjelpe skolen i mestring av barn med astma og allergi. Timene i kroppsøvning må legges tilrette for astmatikere, gjennom systematiske oppvarmingsprogrammer slik at elevene kan delta på lik linje med sine medelever. I ungdomskolen vil skolehelsetjenesten, i samarbeid med skolen, ha et ansvar for å fange opp de elever som ikke klarer å ta ansvar for oppfølging av egen sykdom. Det kan skyldes generelle pubertetsforandringer, men kan også være uttrykk for psykososiale problemer. Begge grupper bør tas alvorlig fordi de kan etablere uheldige livsvaner og varige sykdomsforandringer som irreversible lungeforandringer.

## Inneklimesykdommer

Inneklimesykdommer er også et nasjonalt satsningsområde (33,34). I Norge tilbringer befolkningen 90% av tiden innendørs. Luften inne er i hovedsak mer forurenset enn uteluften. Dette er et økende problem. Ikke minst på grunn av energi-økonomiseringstiltak, som har gjort boligene tettere og redusert tilførselen av frisk luft. Valg av nye materialer i bygninger og innbo øker også innholdet av potensielt helseskadelige stoffer i inneluften. Tre ulike helseplager er relatert til begrepet inneklimesykdommer; astma/allergi, kreft samt et symptomkompleks bestående av slimhinneirritasjon i øye, nese og hals, eksem, hudkløe og hodepine, tretthet og generelt ubehag.

**Astma og allergi** Se over.

### **Kreft**

Inneluften kan inneholde ulike kreftfremkallende komponenter. I tillegg til tobakksrøyk er radon og asbest de mest kjente stoffer i inneluften som gir økt kreftisiko. Utover dette finnes det en del flyktige organiske forbindelser som avgis fra forskjellige bygningsmaterialer som også kan gi økt risiko for kreft.

### **«Syke-hussyndromet»**

Symptomkomplekset i bygg med inneklimateproblemer består av slimhinneirritasjon i øyne, nese og hals, tretthet, hodepine, utslett og kløe. Ingen av disse symptomene er spesifikke for inneklimateplager, og definisjonen av både eksponeringsforhold og symptomer er lite tilfredsstillende og vanskelig å benytte i praksis. Dette innebærer at begrepet «syke-hus» kan benyttes i befolkningsundersøkelser, mens det er svært vanskelig å si om enkeltpersoner er plaget av «syke-hussyndromet». Dårlig luftskifte vil øke tettheten av dråpesmitte fra menneske til menneske. Dette kan være et problem i barnehager, hvor persontetthet og antall pågående infeksjoner er høyere enn normalt (35,36).

Klager på tørr luft er vanlig til tross for at målinger viser tilfredsstillende verdier. Opplevelsen av tørr luft beskrives ofte med tørr hud, tørre slimhinner, samt såre og sprukne lepper. De vanligste årsakene til dette er forurenset luft med partikler, gasser og mikroorganismer, høy romtemperatur som gir lav luftfuktighet, og for høy lufthastighet. Luftfuktighet over 50% gir økt vekst av mikroorganismer.

## Strategier, metoder og tiltak

### **Helsefremmende og forebyggende tiltak**

En stor del av inneklimateproblemer ligger innenfor byggtkniske etater og firmaer. Dette medfører at ansvaret ligger hos sentrale myndigheter i deres utarbeidelser av byggtkniske forskrifter som sikrer et godt inneklimate. Helsetjenesten skal ha oversikt over forhold i miljøet som kan ha negativ

innvirkning på helsetilstanden (37). Helsestasjons- og skolehelsetjenesten skal melde fra til ansvarlig leder av virksomheten om forhold som anses å ha negativ innvirkning på barns helse. Hvis man ikke oppnår bedring av forholdene, bør saken overlates medisinsk-faglig rådgiver i kommune/bydel. Etter loven kan medisinsk-faglig rådgiver kreve retting av forhold ved skole og barnehage dersom disse er i strid med forskriftene. Det forutsettes at kommunestyret i medhold av loven har delegert denne myndigheten.

#### *Forebyggende tiltak*

Det komplekse samspill av faktorer som påvirker risiko for utvikling av inneklimarelaterte sykdommer og plager, gjør det vanskelig å komme med anbefalinger knyttet til hver enkelt risikofaktor. Likevel er det to tiltak som retter seg mot mesteparten av risikofaktorene:

- Barn bør vokse opp i røykfrie omgivelser.
- Barns oppholdsrom bør sikres rikelig tilførsel av friskluft gjennom tilstrekkelig ventilasjon

Tiltak mot tobakksrøyk bør intensiveres. Dette arbeidet bør inngå som en naturlig del av helsestasjonstilbudet og starte ved hjemmebesøket etter fødselen. Strategien bør være at foreldrene skal finne løsninger for hvordan de kan sikre at deres barn får vokse opp i et røykfritt miljø/godt inneklima.

I nye/nyrenovertede boliger kan det være nødvendig med informasjon om gode lufterutiner i de første månedene etter avsluttet byggerarbeid. Avgasser fra bygningsmateriale, tapet og innredninger kan representere en helsefare. Ifølge veileder (35) anbefales det utlufting i 1 måned med over 30 graders temperatur og ventilasjonsanlegg på full kapasitet hele døgnet i 6 måneder etter ferdigstilling.

I skolehelsetjenesten vil årlig hygienisk inspeksjon være en viktig oppgave i arbeidet for å bedre innklimaet i skoler. Inspeksjonen bør foregå målrettet på bakgrunn av innkomne miljøklager fra elever og lærere samt fokusere på inneluft og mulige forurensningskilder som teppegulv, fuktskader, støvmengder og radioaktive gasser. Skolehelsetjenesten må derfor markedsføre overfor skolens institusjoner, herunder elveråd, Foreldrenes arbeidsutvalg (FAU), lærerkollegiet, skolens ledelse og elever at den trenger henvendelser vedrørende skolens inneklima. Helsetjenesten bør også påse at det finnes, som ledd i internkontrollsystemet, en skriftlig beskrivelse av hvordan frisklufttilførsel sikres i skolen. Dette kan skje via forskriftsmessig ventilasjonanlegg eller lufterutiner i klasserom. Det bør presiseres at det er leder av skolen som er ansvarlig for at bestemmelsene i forskriften overholdes, og at eier av virksomheten er ansvarlig for å etablere internkontrollsystem. Om skolen ikke har et effektivt ventilasjonssystem, anbefales ikke dobbelttimer (36,37).

### *Helsefremmende tiltak*

De helsefremmende tiltakene bør søke å skape et engasjement for bedret innelima hos barna og de som har ansvaret for barnas innemiljø. I stedet for bare å informere om helseskadelige miljøfaktorer bør skolehelsetjenesten heller utfordre elevene til selv å foreslå hva som vil være med på å bedre innelimaet på egen skole. Skolehelsetjenesten bør kunne bidra med informasjon i den grad dette etterspørres av lærer og elever. Dette vil utvikle elevenes personlige ferdigheter i retning av selv å ta ansvar for eget innemiljø, samtidig som skolens ledelse vil møte krav om konkrete forbedringer fra brukerne selv. Hvilken form denne typen helsefremmende arbeide bør ha i den enkelte skole kan variere, men det beste ville vært om det kunne integreres som en naturlig del av undervisningen. Skolehelsetjenestens oppgave vil da i første rekke være som pådriver i skolens planprosess, slik at engasjement og kunnskap om innelima kommer på dagsorden.

### **Anbefalinger**

- Helsestasjons- og skolehelsetjenesten bør utarbeide rutiner for den generelle informasjonen til foreldre om viktige tiltak for å forebygge astma og allergi hos barn.
- Helsestasjons- og skolehelsetjenesten bør utarbeide rutiner for å gi familier med atopisk belastning en målrettet kostinformasjon og informasjon om adekvate miljøtiltak.
- Helsestasjons- og skolehelsetjenesten bør ta initiativ til opprettelse av selvhjelpsgrupper for foreldre med barn som har astma og allergi.
- Helsestasjons- og skolehelsetjenesten bør arbeide med forebygging av aktiv og passiv røyking.
- Helsestasjons- og skolehelsetjenesten bør bidra til å øke skolens kunnskap og handlingsberedskap i forhold til barn med astma og allergi.
- Helsestasjons- og skolehelsetjenesten bør synliggjøre behovet for å innføre en modell for det miljørettede arbeidet i skolen.

### **Referanser**

1. Croner S, Kjellmann NI. Natural history of bronchial astma in childhood. A prospective study from birth up to 12-14 years of age. *Allergy* 1992; 47: 150-7.
2. Søyseth V, Kongerud J, Boe J. Allergen sensitization and exposure to irritants in infancy (1998 in press).
3. Holt J, Bolle R. Forekomst av atopisk sykdom. En spørreundersøkelse blant skolebarn i Nordland. *Norsk epidemiologi* 1993; 3 (3) : 42-43.
4. Bolle R. Utbredelse av astma, høysnue og atopisk eksem blant skolebarn i Nord-Norge. *Norsk epidemiologi* 1993;3 (3): 40-41.
5. Nystad W, Magnus P, Røksund O, Svindal B, Hetlevik Ø, Carlsen KH. Prevalence of asthma using the ISAAC-questionnaire, and age-specific incidence rates among school children. Presented at the Annual Congress of the European Respiratory Society, Barcelona 1995.
6. Skarpaas IJK, Gulsvik A. Prevalence of bronchial asthma and respiratory symptoms in school children in Oslo. *Allergy* 1985; 40: 295-299.



7. Steen-Johnsen J, Bolle R, Holt J et al. Lifetime prevalence and severity of asthma. The impact of pollution and place of residence. Manuskript 1995.
8. Lympny P, Welsh KI, Cochrane GM et al. Genetic analysis of the linkage between chromosome 11q and atopy. *Clin Exp Allergy* 1992; 22: 1085-1092.
9. Sandford AJ, Shirakawa T, Moffatt MF et al. Localisation of atopy and subunit of highaffinity IgE reseptor (FcRI) on chromosome 11q. *Lancet* 1993; 341: 332-4.
10. Peat JK, Woolcock. *Clin Exp Allergy* 1991; 21: 573-81.
11. Peat JK et al. Asthma severity and morbidity in population sample of Sydney schoolchildren: Part II—Importance of house dust mite allergens. *Aust.NZJ Med*1994; 24: 270-276.
12. Munir et al. 1995 *Allergy* 50; 55-64.
13. Brunekeef B, Dockery DW et al. Home dampness and respiratory morbidity in children. *Am Rev Respir Dis* 1989; 140: 1363-67.
14. Brunekeef B. Damp housing and adult respiratory symptoms. *Allergy* 1992; 47: 498-502.
15. Brunekeef B, Vehoeff AP et al. The role of sensitization to dust mites and moulds in explaining the relationship between home dampness and childhood respiratory symptoms. *Proceeding of Indoor Air 1993; Vol 1: 153-158.*
16. Spengler J, Neas L, Nakai S et al. Respiratory symptoms and housing characteristics. *Proceeding of Indoor Air 1993; 1: 165-170.*
17. Cook DG et al. Passive exposure to tobacco smoke in children aged 5-7 years: individual, family and community factors. *BJM* 1994; 308: 384-9.
18. Søyseth V, Kongerud J, Haarr D et al. Relation of exposure to airway irritants in infancy to prevalence of bronchial hyper-responsiveness in schoolchildren. *Lancet* 1995; 345: 217-220.
19. Stoddard JJ and Miller T. Impact of parental smoking on the prevalence of wheezing respiratory illness in children. *Am J Epidemiol* 1995; 141: 96-102.
20. Pope CA III. Respiratory illness associated with community air pollution in Utah, Salt Lake, and Cache Valleys. *Arch Environ Health* 1991; 46: 90-97.
21. Pope CA III, Dockery DW. Acute health effects from PM10 pollution on symptomatic and asymptomatic children. *Am Rev Respir Dis* 1992: 1123-1128.
22. Schwartz J, Dockery DW. Particulate air pollution and daily mortality in Steubenville, Ohio. *Am J Epidemiol* 1992; 135: 12-19.
23. Schwartz J, Dockery DW. Increased mortality in Philadelphia associated with daily air pollution concentrations. *Am Rev Respir Dis* 1992: 142: 600-604.
24. Kajosaari M. Food allergy in Finnish children aged 1 to 6 years. *Acta Paediat Scand* 1982; 71: 815-819.
25. Kemeny DM et al. The IgE and IgG subclass antibody response to foods in babies during the first year of life and their relationship to feeding regimen and the development of food allergy. *J Allergy Clin Immunol* 1991; 87: 920-929.
26. Furlan J, Suskovic S, Rus A. The effect of food on the bronchial response in adult asthmatic patient, and the protective role of Ketotifen. *Allergol Immunopathol* 1987; 15: 73-81.
27. Fuglsang G et al. Prevalence of intolerance to food additives among Danish school children. *Pediatr Allergy Immunol* 1993;4:123-129.
28. Feingold BF. Hyperkinesis and learning disabilities linked to artificial food flavours and colours. *Am J Nurs* 1975: 797-803.
29. Høst A. Cow's milk protein allergy and intolerance in infancy. *Pediatr Allergy Immunol* 1994; 5 (suppl 5): 5-36.
30. Johnston SL et al. Community study of role of viral infection in exacerbations of asthma in 9-11 year old children. *BJM* 1995; 310: 1225-29.
31. Parson et al. Increased specific IgE production in lungs after induction of acute stress in rats. *J Allergy Clin Immunol* 1995; 95: 765-770.
32. Sheridan JF, Dobbs C, Brown D, Zwilling B. Psychoneuroimmunology: stress effects on pathogenesis and immunity during infection. *Clin Microbiol Rev* 1994; 7: 200-212.
33. Innst. S. 118 (1993-94). St. meld. nr. 37 (1992-93) Utfordringer i helsefremmende og forebyggende arbeid.

34. St. meld. nr. 37 (1992-93): Utfordringer i det helsefremmende og forebyggende arbeid.
35. Statens helsetilsyn (1995): «Inneklima - en veileder for kommunehelsetjenesten». IK-2489.
36. Teknisk-hygienisk forum (1995): «Inneklima - arbeid i boligen. En veileder»
37. Lov om helsetjenesten i kommunene av 19.11.82 nr 66.
38. «Handlingsplan for godt inneklima i Norge», IK-2493. Statens helsetilsyn, 1997.
39. Veileder til forskrift om miljørettet helsevern i skoler og barnehager. IK-2619, 3-98. Statens helsetilsyn.

## **5.6 Forebygging av tobakkskader og rusmisbruk**

### **Innledning**

Tobakk er den viktigste enkeltårsaken til dårlig helse og for tidlig død som kan forebygges (1). Klarer vi å forebygge at barn og unge begynner å røyke, vil det blant annet resultere i flere fremtidige røykfrie foreldre. Et godt tobakksforebyggende arbeid gir også store helsemessige og økonomiske gevinster for både individ og samfunn.

I helsestasjons- og skolehelsetjenesten møter vi barn og unge som har det vanskelig på grunn av foreldrenes rusmisbruk. Noen blir skadet allerede i fosterstadiet, mens andre lever under urolige og ustabile forhold. Mellom 160 000 og 230 000 barn vokser opp i hjem der en eller begge foreldrene misbruker alkohol slik at det går utover barna (2).

I dette kapittelet behandles helsestasjonen og skolehelsetjenesten hver for seg.

### **Nasjonale mål**

WHO har som mål at mer enn 80% av verdens befolkning skal være røykfrie i år 2000. I Norge ble dette fulgt opp i 1989 med Handlingsplan for røykfritt Norge i år 2000 (3). I 1993 kom Handlingsplan for et tobakksfritt Norge 1994-1998 (4). Denne planen har som mål at andelen dagligrøykere i aldersgruppen 15 år skal være under 5% innen 1998 og at andelen dagligrøykere i aldersgruppen 16-24 år skal reduseres til under 20% i 1998 (mot 29% i 1992-94). Blivende foreldre, småbarnsforeldre og barn og ungdom opp til 18 år har høyest prioritet i det tobakkskadeforebyggende arbeidet. Av dette følger at informasjon om tobakkskader og holdningsskapende arbeid må intensiveres både ved svangerskapskontroller, helsestasjonen og i skolen.

## Bakgrunn for forebyggende arbeid i helsestasjonen

### Tobakk

Statens tobakkskaderåds undersøkelser viser at i 1995 røykte ca. 33% av den norske befolkningen. I aldersgruppen 25-54 år ligger andelen mellom 35 og 40% både for kvinner og menn, og det er i denne aldersgruppen vi finner de fleste dagligrøykerne (1). For noen år siden lå norske fødende kvinner på verdensstopp når det gjaldt røyking, men etter målrettet innsats er andelen som røyker gått ned fra 30% til 22% ved fødselen. Spontanabort, svangerskapskomplikasjoner, fosterdød, død under og like etter fødselen forekommer hyppigere dersom mor røyker. Dersom vi overfører resultater fra undersøkelser i Sverige og USA til norske forhold, betyr det at 60 av 600 dødfødsler hvert år kunne vært unngått dersom mødrene ikke hadde røykt under svangerskapet (4). Også passiv røyking kan medføre skader på fosteret. Røykere har oftere enn ikke-røykere problemer med å få til en tilfredsstillende melkeproduksjon i ammeperioden (5).

En rekke helseskadelige effekter av passiv røyking er rapportert hos barn. Utslag av passiv røyking er størst når begge foreldrene røyker, og øker med antall sigaretter som røykes hjemme. Barn som vokser opp med røyk i hjemmet, er i gjennomsnitt oftere syke enn barn fra hjem hvor det ikke røykes. Akutte luftveissykdommer som bronkitt og lungebetennelse er dominerende. Flere undersøkelser viser at barn har økt risiko for å utvikle astma dersom det røykes i hjemmet. I tillegg kan andre allergiske plager som f.eks. høysnue utløses eller forverres (6).

### Alkohol

Ved bruk av alkohol i svangerskapet fraktes alkoholen via mors blod over i morkaken og til fosterets blodomløp. Den mest karakteristiske skade ved stort alkoholinntak hos mor er føtalt alkoholsyndrom (FAS), og består av hjerneskade og mentalretardasjon, veksthemming, avvikende ansiktstrekk og misdannelser. Undersøkelser fra Ullevål sykehus tyder på en hyppighet av alkoholskader på 1:1000 fødsler ved fødeavdelingen. Vi mangler sikker viten om skadevirkningene av et moderat alkoholbruk, men mye tyder på at også et moderat forbruk kan gi fosterskader med utslag i lav fødselsvekt, økt perinatal dødelighet og enkelte trekk fra det føtale alkoholsyndrom (7). Dette tilsier at det er sikrest at den gravide ikke bruker alkohol i svangerskapet. Det fødes ca. 60 barn med FAS i Norge hvert år. Det er vanskelig å dokumentere hvor mange barn som fødes med mer og mindre diffuse skader pga alkoholbruk i svangerskapet. Dersom mor drikker alkohol når hun ammer, går alkoholen direkte over i morsmelken, og melken får den samme alkoholkonsentrasjonen som morens blod. De fleste medisiner går også over i morsmelken.

### Narkotika

Barn som fødes av kvinner som har misbrukt narkotika under svangerskapet, har ofte store plager de første levemånedene, men deretter blir plagene mindre synlige. Det er heller sjelden at disse barna senere viser seg å være mentalt

retarderte. Men mange av dem viser seg å ha konsentrasjonsvansker, lærevansker og stor motorisk uro ved skolealder. Hvorvidt godt tilrettelagt omsorg kan minske barnas vansker, vet man ikke nok om i dag (8).

Graviditet hos stoffmisbrukere er oftest ikke planlagt eller ønsket. Svangerskapskontrollene kan bli få og sporadiske, særlig i begynnelsen av svangerskapet. Det er viktig å huske på at narkotikamisbruk nesten uten unntak har startet med bruk av tobakk og alkohol, og mange fortsetter som blandingsmisbrukere (9). Det helsemessig belastende og uregelmessige livet en narkoman kvinne fører, øker risikoen for svangerskapskomplikasjoner som spontan abort, svangerskapsforgiftning, hemming av fosterets tilvekst, intrauterin fosterdød, for tidlig fødsel, infeksjoner m.m. Den gravide stoffmisbruker er ofte i liten grad motivert for å endre sin livsstil. Mange fortsetter sitt misbruk og livnærer seg av prostitusjon og kriminalitet langt inn i siste del av graviditeten. Tiltak for å bedre den sosiale situasjonen og for å behandle selve misbruket blir vanskeliggjort og utilstrekkelige. Graviditeten kan bety et vendepunkt for enkelte narkomane kvinner. En ny og økt motivasjon for å bli stoff-fri må utnyttas konstruktivt i et avvenningsopplegg (ibid).

#### **Aktuelle hjelpeinstanser**

Borgestadklinikken i Telemark er opprettet som kompetansesenter med gravide rusmisbrukere som særlig ansvarsområde. Av prosjekter som gjelder metodeutvikling kan Midtbyen helsestasjon i Trondheim kommune nevnes. Dette prosjektet tar sikte på å gi et helhetlig tilbud til gravide rusmisbrukere, med oppfølging av støttetiltak i sped- og småbarnsalderen.

Kristiansand kommune startet i 1994 «Prosjekt forsterket helsestasjon for gravide rusmiddelmisbrukere og misbrukere med små barn». Prosjektet har følgende 4 hovedmålsettinger:

- Avdekke problemets omfang i hele Vest-Agder.
- Gi et kvalifisert helsestasjonstilbud til gravide rusmiddelmisbrukere, slik at fosteret ikke blir utsatt for rusmidler i svangerskapet.
- Følge mor, far og barn i minimum ett år etter fødsel.
- Utvikle en ressurs- og kompetansefunksjon på problemområdet.

Ullevålsteamet i Oslo er et observasjons- og tiltaksapparat for gravide stoffmisbrukere organisert som et konsultasjonsteam for førstelinjetjenesten i Oslo kommune. Teamet gir råd til gravide med mange belastninger etter henvisning fra og i samarbeid med helsestasjoner og sosialkontorer. Ullevålsteamet består av jordmor, barnevernskonsulent og psykolog, og Aline spebarnsenter og Ullevål sykehus samarbeider om driften.

## Strategier, metoder og tiltak

### Tobakk

Nedgang i røyking blant gravide de senere årene viser at aktiv røykeintervensjon overfor gravide gir effekt. Det har vært fokusert mye på røyking i svangerskapet både i media og gjennom andre organ. Kreftforeningen har utarbeidet materiale til bruk ved røykeslutt i svangerskapet.

Allmenpraktiserende leger har vært opptatt av røyking og graviditet. Det har blant annet vært gjennomført et prosjekt blant allmenpraktiserende leger i Hordaland som viser at enkel intervensjon blant gravide førte til en fordobling av den andel kvinner som 18 måneder etter intervensjonen fremdeles var ikke-røykere (10). I tillegg har jordmors inntreden i svangerskapsomsorgen hatt en viss betydning for røykenedgangen. Det er også gjennomført en undersøkelse blant røykende gravide for å få forståelse for hvorfor de røyker under svangerskapet (11). Denne informasjonen kan gi økt innsikt for leger og jordmødre som møter røykende gravide.

Jordmor og lege som arbeider med svangerskapsomsorgen bør kartlegge røyking og antall sigaretter og registrere opplysningene i svangerskapsjournal. De må motivere den røykende gravide til å slutte å røyke. Det må informeres om tilbud om røykeslutt, og det er viktig å også involvere partneren. Den gravide må resten av svangerskapet følges opp i forhold til røyking, og tilbud om hjelp til røykeslutt bør være tilgjengelig hele tiden. Jordmor og helsesøster kan eventuelt samarbeide om røykesluttkurs.

Ved hjemmebesøk etter fødsel bør man ta opp passiv røyking, og drøfte med foreldrene hva de har tenkt å gjøre for at barna skal vokse opp i et røykfritt miljø. Tilbud om røykesluttkurs bør gis på nytt til foreldrene. Det er utarbeidet informasjonsmateriell om røyking til foreldre og veiledningsmateriell for helsepersonell. Det er viktig å vise interesse, empati og omsorg, og ikke bruke pekefinger og moralisere. Barnets beste er en viktig motivasjonsfaktor for å legge om røykevanene.

### Rusmisbruk (alkohol og narkotika)

Helsestasjonen har en viktig oppgave når det gjelder å gi støtte til vanskeligstilte små- og spedbarnsforeldre, arbeide med gravide rusmiddelbrukere og bidra til å forebygge omsorgssvikt (12). Rusmiddelmisbruk hos den gravide blir registrert i svangerskapsjournalen på samme måte som bruk av tobakk. Tidlig intervensjon er viktig, og med et utrednings-, observasjons- og tiltaksapparat rundt gravide rusmiddelmisbrukere har vi et utgangspunkt for å planlegge og koordinere tiltakene. Tiltaksplanen for gravide rusmiddelmisbrukere og rusmiddelmisbrukere med barn har som mål å forebygge misbruk som kan skade den gravide kvinnen og fosteret, og forebygge misbruk som fører til skadelige oppvekstvilkår for barn. Et av delmålene i tiltaksplanen sier: «Helsestasjonene bør kunne identifisere risikotilfeller, gi informasjon om skadevirkninger, gi råd og veiledning og sikre henvisning til hjelpeinstanser ved behov» (ibid).

Det er sammenheng mellom misbruk av rusmidler, omsorgssvikt og barnevernssaker. Når rusmiddelmissbrukere får barn, oppstår det spesielle problemer. Barnets behov for et trygt oppvekstmiljø kommer ofte i konflikt med foreldrenes rett til å ha foreldreansvaret. Foreldrene gis hjelp og støtte slik at de blir i stand til å ivareta foreldreansvaret. I denne sammenheng kan det blant annet stilles krav om avhold fra misbruk hvis de skal få beholde barnet. I en endelig avveiningssituasjon veier hensynet til barnet tyngst (13).

Helsestasjonen følger opp familier med rusmisbruk med hjemmebesøk og hyppige helsestasjonsbesøk. Ut fra kunnskap om hvilke konsekvenser problematisk rusmiddelbruk har for barns helse og trivsel, er det naturlig at helsestasjonen bidrar med kunnskap og arbeider med holdningsendringer. I metodebok for helsestasjonen, «Forebyggende rusmiddelarbeid» (2), er det satt opp forslag til hvordan man snakker om bruk/misbruk av rusmidler i helsestasjonen. Det skisseres hvordan man kan ta opp tema med foreldre både på foreldreforbereidende kurs, hjemmebesøk og på fastsatte helseundersøkelser (1-års- og 4-årsundersøkelsen). Før en tar fatt på et slikt systematisk arbeid er det viktig å bli bevisst egne holdninger og kunne arbeide ut fra en positivt aksepterende holdning. Temaet er følsomt og vanskelig, og helsearbeidere bør øke sin kompetanse på dette feltet.

## **Bakgrunn for forebyggende arbeid i skolehelsetjenesten**

### **Tobakk**

Det er et felles ansvar å sørge for at barn og ungdom ikke kommer inn i et avhengighetsforhold til helseskadelige stoffer som tobakk. Fra 1.1.96 ble aldersgrensen for kjøp av tobakk hevet til 18 år. I tillegg har endringer av lov om vern mot tobakkskader av 9. mars 1973 ført til at det er færre arenaer der tobakksrøyking er tillatt (14). Med hjemmel i denne loven sier forskrift om miljørettet helsevern i barnehager og skoler m.v. av 1.12.1995 at det ikke skal røykes i skolens inneområde (15).

Den største rekruttering av røykere skjer i ungdomsskolen. Det skjer en gradvis økning i antall røykere i 13 til 16-årsalderen. Gruppepress og miljøpåvirkning er viktige årsaker til røykestart. Foreldrenes røykevaner og holdninger har også stor betydning. Jo lengre røykedebuten utsettes, desto større er sannsynligheten for varig røykfrihet. Av de som begynner å røyke i ungdomsskolealder, fortsetter 70 - 80% å røyke som voksne (16). For aldersgruppen 16-19 år var andelen dagligrøykere 25% i 1995 og av-og-til røykere 20%. Dette er den høyeste andelen av-og-til-røykere som noen gang er målt i denne aldersgruppen. I handlingsplan for røykfrie skoler legges det vekt på at hovedtyngden av det røykeforebyggende arbeidet skal legges i grunnskolen og med en oppfølging i den videregående skolen (17).

### **Alkohol**

På tross av at det er 18 års aldersgrense for kjøp av alkohol i Norge, var gjennomsnittsalder for første gang ungdom smaker alkohol 14,7 år for bruk av øl, 15,1 år for vin og 15,3 år for bruk av brennevin i årene 1993-95 (18). Øl er den mest populære alkoholdrikken blant ungdom. Dette gjelder på landsbasis, blant gutter og jenter og i de ulike aldersgrupper. Dette kan ha sammenheng med at øl for de fleste er lettere tilgjengelig enn vin og brennevin. Det er langt flere i Trøndelag og Nord-Norge som oppgir å ha smakt hjemmebrent enn i andre deler av landet. For årene 1993-95 oppgav i alt 83% av ungdom mellom 15 og 20 år at de hadde drukket alkohol noen gang. Det gjennomsnittlige alkoholforbruket blant ungdom er noe redusert i 1990-årene. Gutter drikker noe mindre enn tidligere, mens alkoholforbruket blant jenter er stabilt. (ibid).

### **Narkotika**

Ca. 90% av ungdom mellom 15-20 år i årene 1993-95 oppgir at de aldri har prøvd narkotiske stoffer (18). Ca. 9% av dem sier at de har brukt cannabis (hasj eller marihuana). I de fleste tilfeller dreier dette seg om en eller noen få gangers bruk. Et par prosent oppgir at de bruker cannabis jevnlig (10 ganger eller mer i løpet av de siste seks månedene). Oslo skiller seg fra resten av landet når det gjelder bruk av narkotika, her er det over 20% som har brukt cannabis. De fleste unge i alderen 15-20 år mener at det fortsatt bør være straffbart å omsette cannabis, men andelen av dem som mener det bør legaliseres har økt fra 2,1% i 1981 til 5,5% i 1995. Det er bare en liten gruppe som har erfaring med bruk av såkalte «harde» narkotiske stoffer. Det er for eksempel henholdsvis 0,4% unge på landsbasis og 4,5% av ungdommen i Oslo som har prøvd Ecstasy (18).

### **Strategier, metoder og tiltak**

Forebyggende arbeid mot tobakk og andre rusmidler blant elever må ta utgangspunkt i deres livssituasjonen her og nå. Det er viktig for ungdom å bli akseptert av venner, være selvstendige, prøve ut og gjøre ting på sin egen måte osv. Utfordringen er å bidra til at ungdom omsetter dette til atferd og ferdigheter som utelukker bruk av rusmidler. Eksperimentering med røyk og alkohol er utbredt blant ungdom, og det forebyggende arbeidet må rette seg mot hele barne- og ungdomsgruppen.

Den nye læreplanen L-97 for grunnskolen legger opp til temaorganisert undervisning på tvers av fagene, og prosjektarbeid er en sentral arbeidsmetode (19). Under temaet kropp og helse for 5.-7. klasse skal elevene ha undervisning om virkningen av tobakk og rusmidler. Dette tas også opp på 8.-10. klassetrinn. Skolehelsetjenesten bør være med i planlegging av rusforebyggende undervisning når den enkelte skole lager sine egne læreplaner. Den videregående skolen er også en viktig arena når det gjelder forebygging av bruk av tobakk og rusmidler.

Samtalegrupper kan være et egnet tiltak for å øke barns og unges handlingsberedskap i forhold til bruk av rusmidler. «Du bestemmer»-metoden kan bidra til å forsterke ønsket atferd og å endre uønsket atferd blant elevene (20). I forhold til elever som misbruker rusmidler eller elever med en vanskelig hjemmesituasjon på grunn av rusmisbruk, må skolehelsetjenesten samarbeide med hjem, skole og andre hjelpetjenester for barn og unge.

### **Tobakksfrie barn og unge**

Skolen er elevenes arbeidsplass i 13 år. Skolen har en viktig funksjon når det gjelder kunnskaper og holdningsskapende arbeid i forhold til rusmidler. Det er viktig med et målrettet røykeforebyggende arbeid over tid som kan gi varig effekt på elevenes røykevaner.

Det er ikke tilstrekkelig å rette tiltakene bare mot grunnskoleelevene. Det er også behov for en målrettet innsats overfor de eldre tenåringene, både for å styrke den røykfrie elevkulturen i festsammenheng og for å få dagligrøykere til å slutte (21).

Det røykeforebyggende opplegget «Røykfrie klasser» (22) har vært brukt i mange skoler, og i kommunene Marnardal og Steigen pågår det oppfølgingsstudier av unge som tidligere deltok i røykfrie klasser i ungdomsskolen. Kreftforeningens prosjekt «VÆR røykFRI» er prøvd ut i en del klasser med gode resultater (23). Det er et elevinvolverende opplegg som alle landets ungdomsskoler inviteres til å bruke. Elevene oppmuntres til å bli trygge på seg selv og ta selvstendige valg, sette egne grenser og si nei til tobakk. Et klasse- og skolemiljø der elevene har respekt og omsorg for hverandre og lærere og elever fungerer godt sammen, bidrar til trivsel og kan hjelpe den enkelte elev til å være røyk- og rusfri. Det viser seg at røykfrie unge sjelden prøver seg på cannabis (hasj og marihuana).

I Sverige (Gotland) er det gjort gode erfaringer i det tobakksforebyggende arbeidet med å ha unge røykfrie informanter (20-25 år) på besøk i ungdomsskolene. I Sverige og Danmark er det utarbeidet tobakksforebyggende opplegg til bruk i skolen: «Tobak i skolan - välj själv!» (24) og «Nej Tak! Elevenes bog om rygning» (25).

For den videregående skolen vil det etterhvert komme eget undervisningsmaterieell. Statens tobakksskaderåd har et utviklingsprosjekt Pilot i Vest-Agder (1996-99). Prosjektet vil kunne gi erfaringer som senere kan brukes i resten av landet. Det er nødvendig å ha et oppfølgingsarbeid i den videregående skolen. Det viser seg at elever som er røykfrie ved utgangen av grunnskolen, lett kan etablere et fast røykemønster i løpet av den videregående skolen (16).

Selv om det har vært en viss utjevning i atferd mellom jenter og gutter på områder som for eksempel røyking, alkohol og fritidsaktiviteter, er det fortsatt kjønnsforskjeller når det gjelder helseatferd (26). Når det gjelder røyking er det i dag like vanlig blant jenter som blant gutter. En undersøkelse viser at gutter begynner å røyke senere enn jenter, og at faktorer som vekt, kroppsbilde og



slankeatferd er viktigere for jenters røyking enn for gutter ved 15 års alderen. Dette kan tyde på at røykeforebyggende tiltak i større grad bør ta hensyn til motiver for å røyke og at tiltak rettet mot jenter og gutter bør iverksettes på ulike alderstrinn (27).

Arbeidet for røykfrie unge må ha som basis: samarbeid mellom lærere, foreldre, elevene, skolehelsetjenesten og ikke minst de unges fritidsmiljø. Skolehelsetjenesten kan være en aktiv pådriver og inspirator i det røykeforebyggende arbeid i grunnskolen og i den videregående skolen. Forskning viser at sosiale faktorer har stor betydning for røykeadferd, og foreldre, venner og lærere er viktige forbilder (8).

### **Forebygging av rusmisbruk**

I de senere år er det utviklet flere undervisningsprogram som bygger på teoretiske og pedagogiske prinsipper for å endre elevenes rusmiddelvaner (28). Skolehelsetjenesten bør i samarbeid med skolen bruke slike programmer når det rusmiddelforebyggende arbeidet ved skolen skal planlegges. «Unge og rusmidler» er et program, utgitt av Rusmiddeldirektoratet, som har vist seg å gi gode resultater. Programmet har som mål å forebygge rusmiddeldebut og redusere eksperimentering med alkohol blant 13-14 åringer gjennom:

- 1) å styrke elevenes sosiale normer om å la være å drikke
- 2) å styrke elevenes forventninger om å mestre drikkepress og
- 3) å redusere elevenes forventninger om positive virkninger av alkoholbruk (ibid).

Redusert tilgjengelighet av alkohol er et tiltak for å redusere alkoholbruk blant ungdom under 18 år. Alkoholforebyggende tiltak overfor elever i videregående skoler bør inkludere langing som tema og fokusere på de negative konsekvensene av at de skaffer alkohol til yngre ungdom. Erfaringer fra alkoholforebyggende programmer viser at det kan være lettere å motivere ungdom til å ta ansvar overfor yngre elever enn å endre sin egen atferd (29). For å redusere tilgjengeligheten av alkohol blant ungdom under 18 år, synes det også viktig at håndheving av eksisterende lovgivning styrkes (30).

### **Anbefalinger**

- Helsestasjonen bør utarbeide prosedyrer for hvordan man skal arbeide systematisk for å gi foreldre, individuelt og i gruppe, kunnskaper om tobakk og rusmidlers innvirkning på barnet.
- Helsestasjonen bør ta i bruk Metodebok for forebyggende rusmiddelarbeid i helsestasjonene.
- Helsestasjons- og skolehelsetjenesten bør utarbeide prosedyrer for tiltak og samarbeidsrutiner ved mistanke om rusmisbruk eller erkjent rusmisbruk.
- Helsestasjons- og skolehelsetjenesten bør i egen regi eller sammen med andre fagfolk eller frivillige organisasjoner gi tilbud om røykeavvenningskurs til sped- og småbarnsforeldre og skoleelever.

- Skolehelsetjenesten bør ta initiativ til å gjennomføre undervisningsopplegg som tar sikte på å redusere andel unge som begynner å røyke.
- Skolehelsetjenesten bør ta initiativ til å drive samtalegrupper eller ta i bruk metoden «Du bestemmer» i skolen.
- Skolehelsetjenesten bør være pådriver til at skolen tar i bruk «VÆR røykFRI»-prosjektet.
- Skolehelsetjenesten bør delta på foreldremøter og informere om tobakk- og rusbruk blant ungdom, samt gjøre foreldrene oppmerksom på hvilke muligheter de selv har til å påvirke barns og unges røyke- og rusvaner.
- Skolehelsetjenesten bør sammen med andre instanser i lokalmiljøet være pådrivere for å få etablert rusfrie fritidstilbud for ungdom.
- Helsestasjons- og skolehelsetjenesten bør være pådrivere for å engasjere lokalsamfunnet og media i det tobakks- og rusforebyggende arbeidet.
- Skolehelsetjenesten bør på bakgrunn av sin kontakt med ungdom informere medisinsk-faglig rådgiver og politisk og administrativ ledelse i kommunen om hvordan alkohol- og røykeloven fungerer i forhold til ungdom.
- Skolehelsetjenesten bør sammen med sosial- og barneverntjenesten, skolen, politi, PPT og frivillige organisasjoner utvikle planer for det rusmiddelforebyggende arbeidet i kommunen.

### Referanser

1. Sosial- og helsedepartementet (1996): Folkehelse rapporten.
2. Melkeraaen H (1998): Forebyggende rusmiddelarbeid. Metodebok for helsestasjonene. I-0912B. Sosial- og helsedepartementet og Rusmiddeldirektoratet.
3. Handlingsplan for røykfritt Norge i år 2000.
4. Sosial- og helsedepartementet (1993): Handlingsplan for et tobakksfritt Norge 1994-98.
5. Sanner T (1994): Tobakk og kvinner. En rapport fra helseministeren.
6. Sanner T (1992): Helsekonsekvenser ved røyking - Tobakk og barn. En rapport fra sosialministeren.
7. Nordhagen R (1993): Barns helse i Norge. Statens Institutt for Folkehelse, Oslo.
8. Aline spebarnsenter - Ullevål sykehus (1992): Behandling av barn som har vært utsatt for rusmisbruk i svangerskapet. Skriftserie nr. 6. Oslo.
9. Meberg A, Slørdahl S (1993): Hva skader fosteret? Effekter av alkohol, narkotika og tobakksrøyking under svangerskapet. Ny rev. utgave. Edruskapsrørslas studieforbund og Det hvite Bånd, Oslo.
10. Haug K, Fugelli P, Aarø LE, Foss OP. (1994): Is smoking prevention in general practice more successful among pregnant than non-pregnant women? Family Practice 11: 111-116.
11. Haug S (1995): Røyking og graviditet - en kvalitativ tilnærming. Hemil-Rapport nr. 12/95. Universitetet i Bergen.
12. Stortingsmelding nr. 69 1991-92 Tiltak for rusmiddelbrukere. Sosialdepartementet.
13. Hansen Frid A. (red) (1995): Barn som lever med foreldres rusmisbruk. ad Notam Gyldendal, Oslo.
14. Lov om vern mot tobakkskader av 9. mars 1973.
15. Forskrift om miljørettet helsevern i barnehager og skoler m.v. 1. des. 1995.
16. Statens Tobakkskaderåd (1996): Tobakksbruk og holdninger i Norge, utviklingen 1973-95.
17. Kirke-, utdannings- og forskningsdepartementet (1993): Handlingsplan for røykfrie skoler.

18. Skretting A. (1996): Ungdom og rusmidler. Rusmiddeldirektoratet og Statens institutt for alkohol- og narkotikaforskning.
19. Kirke-, utdannings- og forskningsdepartementet (1996) Læreplanverket for grunnskolen.
20. Bremberg S. (1990): Elevhålsans teori och praktik: Ett verktyg for utveckling av hälsovård i skolan: hälsoinformation, skolmiljö, hälsokontroller m.m. Studentlitteratur, Lund.
21. Statens Tobakskaderåd (1995): Strategi for røykfrie videregående skoler. Røykfri ungdom - røykfri framtid.
22. Skaar SB, Hauge A. (1995): Røykfrie klasser. Nasjonalforeningen for Folkehelsen, Oslo.
23. Den Norske Kreftforening i samarbeid med Statens Tobakskaderåd og Nasjonalforeningen for Folkehelsen (1997): VÆR røykFRI , et undervisningsopplegg om tobakk for ungdomsskolen.
24. Stockholms läns landsting (1996): Tobak i skolan – välj själv! Undervisningsprogram. Stockholm.
25. Bering P. (1989): Nej Tak! Elevenes bog om tobak og rygning. Tobakskaderådet, København.
26. Hafstad A, Søgaard AJ. (1997): Forebyggende tiltak bør være kjønnsesifikke. Tidsskr Nor Lægeforen 117: 3341.
27. Friestad C, Klepp KI (1997): Røyking, kroppsbilde og slankeatferd blant ungdom. Tidsskr Nor Lægeforen 117: 3342-6.
28. Klepp KI (1997): Rusmiddelforebyggende arbeid. I: Klepp KI, Aarø LE. (red.): Ungdom, livsstil og helsefremmende arbeid. Universitetsforlaget, Oslo.
39. Klepp KI, Aarø LE. (1991): Ungdom, livsstil og helsefremmende arbeid, Universitetsforlaget, Oslo.
30. Klepp KI, Natvig HA, Waahlberg RB. (1996): Opplevd tilgang på alkohol blant ungdomsskoleelever. Tidsskr Nor Lægeforen 116: 3133-5.

## 5.7 Samliv og seksualitet

Forebygging av uønskede svangerskap og abort har lenge vært et viktig nasjonalt satsningsområde. Studier viser at tenåringsgraviditeter i industrialiserte land fører til negative helsemessige, sosiale og økonomiske konsekvenser for mor og barn. Forskning har vist at ungdom med mye kunnskaper om seksualitet og prevensjon debuterer senere enn ungdom med lite kunnskaper (1). Undersøkelser tyder også på at konkret seksualundervisning kombinert med positive holdninger til seksualitet, fører til nedgang i risikoatferd (2). Det blir en utfordring å nå de unge før de har etablerte seksualvaner for å bidra til at de får en trygg basis når det gjelder seksualiteten.

### Situasjonsbeskrivelse

Den seksuelle debutalderen har vært ganske stabil i Norge siden 1970-årene: halvparten av alle jenter har hatt sitt første samleie ved 17,3 år, og halvparten av alle gutter har hatt sitt første samleie ved 18 år (3).

Antall aborter har vært på jevn tilbakegang siden begynnelsen av 90-årene. Nedgangen har vært størst i de to yngste aldersgruppene 15-19 år og 20-24 år, og i 1993 var aborttallet blant kvinner under 20 år lavere enn noen gang etter at lov om svangerskapsavbrudd ble vedtatt (4). Med unntak av Sverige er det likevel flere aborter og svangerskap blant tenåringer i Norge enn i de andre nordiske landene. I Norge foretas flest aborter i aldersgruppen 20-24 år (26,5 pr. 1000 kvinner).

### Nasjonale mål

I Handlingsplan 1995-98 for forebygging av uønskede svangerskap og abort fremsettes følgende mål (5):

- Forekomst av uønskede svangerskap og abort skal reduseres med minst 5% i aldersgruppen 15-19 år og 8% i aldersgruppen 20-24 år
- Ungdom skal ha et best mulig utgangspunkt for å velge ønskede svangerskap i fertil alder, dels gjennom god kunnskap om samliv, seksualitet og prevensjon - dels gjennom utvikling av konkret handlingsberedskap i seksuelle situasjoner

### Bakgrunn for strategier, metoder og tiltak

Ungdoms seksualatferd er karakterisert ved en stegvis erfaringsoppsamling (6). For de fleste tar det flere år fra de får sin første kjæreste til de har sitt første samleie. Norsk ungdom er imidlertid en heterogen gruppe, og den største utfordringen er å komme dem i møte med tiltak som tar hensyn til deres forskjellige behov.

Resultater fra større ungdomsundersøkelser og erfaringer fra Helsetilsynets grønne linje gir oss nyttig informasjon om kunnskapsnivået blant ungdom (5). Noen generelle tendenser er:

- De yngste aldersgruppene mangler basiskunnskaper om kroppsutvikling, seksualitet, samlivsrelasjoner og prevensjon (7, 8).
- Det er relativt store regionale forskjeller i ungdoms kunnskaper om viktige sider ved samliv og seksualitet, noe som tyder på at mange ungdommer fortsatt ikke får den seksualundervisning og veiledning de har krav på (9, 10).
- Behov for kunnskap og tiltak er relatert til kjønn og alder og til den sosiale situasjon ulike ungdomsgrupper befinner seg i. Gutter og jenter bruker f.eks. ulike kommunikasjons- og informasjonskilder når det gjelder samliv og seksualitet (11, 12).
- Mange tror at «de fleste unge ligger sammen». Denne flertallsmisforståelsen må avlives.
- Ungdom legger hovedvekt på følelser når de innleder et forhold. Viktigste grunn til at de har sex er at de er forelsket. Samtidig er de yngste (15-16 år) mest opptatt av seksuell lek, mens samleie er noe de ønsker å utsette til de er mer voksne (9).
- Både gutter og jenter trenger trening i konkrete handlingsstrategier i seksuelle situasjoner. Undersøkelser viser for eksempel at de kan la seg «presse» til sex i situasjoner der de i utgangspunktet ikke har lyst, og til å ha samleie uten beskyttelse (13, 14).
- Ungdom trenger veiledning og støtte til å sette egne grenser.
- Ungdom har positive holdninger til prevensjon og ca. 70% oppgir at de har brukt en eller annen form for prevensjon ved første samleie. I utgangspunktet er kondom det vanligste prevensjonsmiddelet – med overgang til p-piller i langvarige/etablerte seksuelle forhold (5, 15).
- De mest betydningsfulle formidlere av informasjon om samliv, seksualitet og prevensjon til ungdom er helsepersonell, eldre kamerater og kjærester (7, 11,16).

### **Strategier, metoder og tiltak**

Aktuelle problemstillinger for skolehelsetjenesten er:

- Hvordan kan skolehelsetjenesten sørge for at ungdom får best mulig kunnskap om kropp, seksualitet og prevensjon?
- Hvordan kan skolehelsetjenesten sørge for at ungdom får gode mestringsstrategier i forhold til seksuelle situasjoner?
- Hvordan kan skolehelsetjenesten best mulig veilede i forhold til seksuelle problemstillinger?

Det er en tillitserklæring at ungdom ser på helsepersonell som viktige informanter når det gjelder samliv og seksualitet. Forskning og erfaringer tilsier at hvis undervisning og veiledning til ungdom om samliv og seksualitet skal lykkes, er det nødvendig at de:

- har en bred og positiv tilnærming til samliv og seksualitet som legger vekt på følelser og relasjoner
- formidler et konkret faktagrunnlag - kroppsutvikling, seksuell lek, samleie, prevensjonsbruk etc.
- legger hovedvekt på trening i sosial mestring, det vil si selvtillit og handlingsberedskap i seksuelle situasjoner. Det omfatter blant annet trening i å tolke signaler fra andre og å gi klare signaler i erotiske situasjoner
- tar utgangspunkt i ungdommenes kjønn, alder, kunnskapsmessige og kulturelle ståsted
- respekterer ungdoms behov for anonymitet og privathet, det vil si at undervisningen ikke gjennomføres av voksne som står dem for nært
- at den som underviser eller veileder ikke forveksler eller blander sammen personlig moral med helsefaglig etikk

Skolehelsetjenesten bør i samarbeid med skolen og elever utarbeide plan for hvordan undervisning om samliv og seksualitet skal gjennomføres i skolen. I planen bør det inngå mål og delmål for undervisningen, hvem som er målgruppe, valg av tema i forhold til klassetrinn, valg av metode og beskrivelse av tiltak, tverrfaglig samarbeid og evaluering. I prosjektet SOS Unge jenter hadde lærerne klasseromsundervisningen, og skolehelsetjenesten snakket med elevene i grupper og ga tilbud om individuelle samtaler (18).

Kommunikasjon er viktig når det gjelder samliv og seksualitet, både for å fjerne misforståelser og for å lære å tolke signaler og å gi klare signaler. Men det må tas hensyn til at jenter og gutter har ulike biologiske, psykiske og sosiale erfaringer (2), og det kan være hensiktsmessig å dele elevene i grupper etter kjønn. Det må også vurderes om det er behov for samtalegrupper i forhold til spesielle problemstillinger eller etnisitet.

Skolehelsetjenesten bør tilby individuell rådgivning og veiledning ved behov. Aktuelle problemstillinger kan være prevensjon, uønsket graviditet, problemer i forhold til kjæreste eller foreldre, seksuell identitet, seksuelle overgrep eller seksuelt overførte sykdommer. Noen unge debutterer tidlig seksuelt, og risikerer både uønsket graviditet og seksuelt overførbare sykdommer (2, 6). Dette er en gruppe som trenger individuell veiledning på et tidlig tidspunkt for å styrke handlingsberedskapen i seksuelle situasjoner.

### **Anbefalinger**

- Skolehelsetjenesten bør delta i skolens planlegging for å integrere undervisning om samliv og seksualitet både i grunnskolen og den videregående skolen.
- Skolehelsetjenesten bør i samarbeid med lærere og elever utvikle modeller og metoder for undervisning i samliv og seksualitet.
- Skolehelsetjenesten bør bistå lærerne med helsefaglig kompetanse og relevant informasjonsmateriell som kan brukes i undervisning om samliv og seksualitet.

- Skolehelsetjenesten bør ha både individ- og grupperettede tilbud for ungdom om seksualitet og prevensjon, eventuelt i samarbeid med andre.
- Skolehelsetjenesten bør samarbeide med lærerne i videregående skole om undervisning i samliv og seksualitet til avgangsklassene.
- Skolehelsetjenesten bør samarbeide med og informere om helsestasjon for ungdom dersom kommunen har et slikt tilbud.

### Referanser

1. Walløe L. (1978): Seksualitet, familieplanlegging og prevensjon i Norge. Universitetsforlaget, Oslo
2. Arianson H, Riise G. (1997): Eros i bur eller flygeopplæring? I: Klepp KI, Aarø LE: Ungdom, livsstil og helsefremmende arbeid. Universitetsforlaget, Oslo.
3. Træen B. (1995): Ungdom og seksualitet. ad Notam Gyldendal, Oslo.
4. St.meld. nr.16 (1995-96) Om erfaringer med lov om svangerskapsavbrudd m.v.
5. Handlingsplan 1995-98 for forebygging av uønskede svangerskap og abort (1994): Statens helsetilsyn, Sosial- og helsedepartementet, Barne- og familiedepartementet.
6. Jacobsen R. (1997): Ungdoms seksuelle erfaringer. I: Klepp KI, Aarø, LE (red.): Ungdom, livsstil og helsefremmende arbeid. Universitetsforlaget, Oslo.
7. Træen m.fl. (1992): The real and the ideal: gender differences in heterosexual behaviour among Norwegian adolescent. Journal of community and applied social psychology vol 2, 227-37.
8. Ollendorff U. (1994): Spørreundersøkelse blant ungdom. Senter for ungdom, samliv og seksualitet.
9. Hvalstad M, Ollendorff U. (1993): SUSS-telefonen - evalueringsrapport. Senter for ungdom, samliv og seksualitet.
10. Bolle W, Stensen R, Pettersen SB. (1994): Lev i lag i Lofoten. Evalueringsrapport.
11. Vennix P, Curfs P, Ketting E (1993): Condoomschroom. Jongens over seksualiteit, antconceptie en SOA-preventie. NISSO studies no. 14.
12. Verbik B (1993): Hvorfor er det svært at tale med drenge om sex? Sex og sundhed nr. 3.
13. Johannesen B, Solsvik M, Stenseth S. (1990): Jentekveld i 5 akter. Fra kunnskap til handling. Rapport fra tiltak blant utsatte jenter. Helsedirektoratet.
14. Rademakers J M, Din gena J J. (1991): Contraception and interaction. The prevention of pregnancy by teenagers in the Netherlands. CIP, Haag.
15. Statens Institutt for Folkehelse (1993): Rapport fra seksualvaneundersøkelsene i 1987 og 1992.
16. Senter for ungdom, samliv og seksualitet (1996): Seksualundervisning - hva mener ungdom. Resultater fra en spørreundersøkelse på SUSS telefonen. SUSS 1995 og 1996.

## 6 Oppfølging av barn og unge med særlige behov

### Innledning

Alle foreldre skal tilbys helsestasjons- og skolehelsetjeneste. Tilbudet omfatter somatiske undersøkelser, veiledning, vaksinasjon, helseopplysning, gruppetiltak, m.v. Tilbud til alle innebærer også vurdering av brukernes behov for å kunne differensiere tilbudet. En god oppslutning om det generelle tilbudet er viktig for tjenestene for å nå fram til dem som i tillegg har et utvidet støtte- og hjelpebehov.

### Kommunehelsetjenestens ansvar

Etter lov om helsetjenesten i kommunene har primærhelsetjenesten et medansvar for tidlig identifisering og hovedansvar for oppfølging av barn og unge med særlige behov (1). Dette presiseres også i forskriftene for helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Det innebærer først og fremst et overvåkingsansvar for å sikre at familienes behov for helsetjenester er dekket, og at tilbudet fungerer. I praksis vil det ofte si at helsetjenesten har ansvar for å igangsette en prosess som sikrer nødvendig oppfølging over tid. Retningslinjer for helsestasjonvirksomheten, pkt. 1.2 (2) uttrykker det slik:

*«Barn med mulig eller sikker sykdom/funksjonshemming bør vies spesiell oppmerksomhet og henvises til nødvendig spesialundersøkelse. Det forutsettes også at helsestasjonen, med foreldrenes samtykke, har oversikt over utviklingen hos og ansvar for oppfølging av disse barna.»*

*«Helsestasjonen skal koordinere/iverksette tiltak for vanskeligstilte familier for å forebygge kriser, i nødvendig samarbeid med andre instanser.»*

### Hvem er barn og unge med spesielle behov?

Barn og unge med kronisk sykdom og funksjonshemming er blant dem som inngår i denne gruppen og blir omtalt i Somatiske undersøkelser av barn og unge fra 0-20 år. IK-2611, 1-98. Anbefalingene i rapporten er at helsestasjons- og skolehelsetjenesten:

- bidrar til at barns/familiens behov for helsetjenester er dekket, og koordinerer samarbeidet mellom hjelpeinstanser/spesialister i 1. og 2. linjetjenesten.
- er medansvarlig for at det etableres ansvarsgrupper rundt funksjonshemmede og kronisk syke barn.
- bidrar til at det tverrfaglige samarbeidet organiseres og fungerer.



Barn med særlige behov skal ha et tilbud om å følge det ordinære programmet fra helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Dette er spesielt viktig der det er mange andre instanser på banen. Dette kapitlet tar opp tilbud, ansvar og rolle tjenestene bør ha overfor andre grupper av barn/familier og unge med særlige behov. Det blir også fokusert på behov for å dokumentere dette arbeidet.

## Situasjonsbeskrivelse

### Gråsonerbarn

Ved psykososial problematikk mangler ofte diagnose. Barn og unge det gjelder benevnes som «risikobarn/-ungdom», «vanskeligstilte barn/ungdom», «gråsonerbarn», «utsatte barn», «bekymringsbarn», «sårbare grupper». Gruppen er sammensatt med ulik risikobelastning. Relativt like årsaker og bakgrunn kan gi utslag i helt forskjellige problemer. Det spenner fra dem som befinner seg i en moderat risikosituasjon til de som lever i utrygg omsorgssituasjon. Det er en stor og vanskelig utfordring for primærhelsetjenesten å fange dem opp. Barn og unge som lever i risiko oppfattes ulikt med hensyn til behov, og det er ingen enighet eller felles definisjon.

Risikofaktorene finnes oftest i barns og ungdoms oppvekstsituasjon og -miljø og har hemmende virkning på deres psykososiale utvikling. De mer alvorlige risikofaktorene er bl.a. vold, seksuelle overgrep, foreldrekonflikter, kroniske belastninger, alvorlige og traumatiske livshendelser, fattigdom, foreldre med psykiatriske problem og rusmisbruk. Den største gruppen er imidlertid den som har fra moderate til mindre omfattende problematikk og vansker. Det kan gjelde premature barn, barn og unge som flytter mye, har lite nettverk, barn fra oppløste hjem, barn til aleneforeldre, ensomme barn og unge, innvandrere- og flyktningebarn, adoptivbarn og barn der foreldre generelt er usikre i forhold til barnets utvikling og trivsel (3).

### Sped- og småbarn

For den yngste aldersgruppen handler det ofte om forhold rundt amming, søvn, samspill, kolikk, mye gråt, ofte «småsyk», ernæring, språk, oppdragelse, grensesetting, utrygg omsorgssituasjon m.m. De fleste av disse faktorene karakteriseres som «vanlige vansker med vanlige barn». Behovet for støtte kan være kortvarig og problemene er klart innenfor helsestasjonens kompetanseområde. Oftest er det høyrisikofaktorer som trekkes frem ved karakterisering av barn med spesielle behov, men det er ingen grunn til å overse foreldres uttrykte individuelle behov som disse «småproblematikk»-faktorene utgjør. For mange kan disse skape høy grad av stress og engstelse i den viktigste utviklingstiden for barnet. Kvalifisert støtte og veiledning i fastlåste situasjoner kan forebygge kriser og utilstrekkelighet hos barn, unge og familien (4). Det er og viktig at helsepersonell orienterer seg og har oversikt over andre relevante hjelpeinstanser og henviser videre.

## **Barn og ungdom**

For skolebarn kjennetegnes psykososial problematikk ved følelsesmessige vansker, atferdsvansker, stadige «vondter», ensomhetsfølelse, angst, mobbing, skolevegtring, mistriivsel, spiseforstyrrelser, bruk av rusmidler m.m. Barn og unge rapporterer selv å ha helseplager av tilsynelatende mindre alvorlig karakter som hodepine og dårlig matlyst og mer alvorlige problemer som depresjon (5,6). Opplevde helseplager kan være uttrykk for behov for medisinsk eller psykologisk hjelp og bør tas alvorlig (ibid). Problemene kan også gjøre det vanskelig å følge undervisningen. Spesielt psykososiale vansker i skolealder er sammensatt og krever ofte innsats fra flere instanser. Ofte er det pedagogisk personell som registrerer at «noe er galt».

## **Bakgrunn for strategier, metoder og tiltak**

### **Ansvar og samarbeid**

Målgruppen må først og fremst fokusere på hva og hvordan de kan ha nytte av det helsefremmende og primærforebyggende tilbudet. Dersom helsestasjonens og skolehelsetjenestens målrettede innsats ikke fører til nødvendig endring, er det viktig å unngå at barn og unge med identifisert hjelpebehov blir værende i systemet til observasjon eller «se det an». Henvisning eller tverrfaglig samarbeid må iverksettes. Spesielt overfor mer krevende grupper er det i tillegg behov for annen metodikk, tilnærming og kompetanse, samt oftest et samarbeid med andre fagpersoner i 1. og 2. linjetjenesten. Personell innen barneverns- og sosialomsorgtjenesten, PPT, BUP, skole, barnehage og allmennlegetjenesten kan være viktige samarbeidspartnere.

Det er behov for overordnet diskusjon og avklaring i forhold til hvor mye engasjement og innsats helsestasjonen og skolehelsetjenesten skal påta seg i forhold til familier og barn og unge som har mestrings- og annen psykososial problematikk. Ofte er bekymringene eller vanskene for små og usikre til at de kvalifiserer til hjelp fra andre i hjelpeapparatet, eller foreldre er umotivert for slik hjelp. Det kan også være en terskel hos helsepersonell for å henvise. Derfor blir gjerne helsestasjonen alene med bekymringen eller problemet sammen med foreldrene.

Tidsbruken omkring denne gruppen er erfaringsmessig stor. Mye ressursbruk til tidlig sekundærforebygging går lett ut over de prioriterte helsefremmende og primærforebyggende oppgavene. På tiltakssiden er de lokale forhold også ulikt utbygget slik at helsepersonell i varierende grad har støttespillere i saker som bekymrer.

### **Lite dokumentert**

Problemstillinger som tidsbruk, forskjøvet oppmerksomhet og tiltaksansvar knyttet til dette området, er svært lite dokumentert. Kartleggingsundersøkelsen i skolehelsetjenesten viste at psykososiale problemer var et hyppig berørt tema

på alle klassetrinn (7). Hvilke ulike tema som inngikk kom ikke fram i undersøkelsen, men «Skolehelsetjenesten tar sannsynligvis opp dette temaet på ulike måter, og med ulik vektlegging, men det er helt klart at psykososiale problemer er viktig i skolehelsetjenestens innsats» (ibid., s. 27).

I ca. halvparten av alle konsultasjoner angis et problem (8). Dette er alt fra relativt uproblematisk småplager til alvorlige sykdommer og mer psykisk pregede problemstillinger. Ca 10% av konsultasjonene har tema alvorlige sykdommer eller utviklingsproblemer, og 8% har tema psykiske problemer og familieproblemer. En senere undersøkelse viser 11% med temainnhold av psykososial karakter (9).

Veileder for helsestasjonsvirksomhet (10) og Brukerveileder til helsekortet (11) anbefaler et oppfølgingssystem som dokumenterer behov for et utvidet tilbud. Dette bør videreutvikles. I flere utviklingsprosjekt har arbeidet med prosedyre, metode og innhold stått sentralt innen det psykososiale arbeidet både innen helsestasjonen og skolehelsetjenesten.

### **Kompetansen øker ved planarbeid**

Feltet har behov for at helsepersonell klargjør sitt kunnskapsgrunnlag og sine arbeidsmetoder. Økt bruk av kartlegging gir et bedre bilde av problemomfanget. En bevisstgjøring i forhold til strategi- og metodevalg gjennom planarbeid vil synliggjøre omfanget og gjøre mål og avgrensning klarere. Systematisk metodebruk vil også avdekke hvilke problemer helsestasjonen bekymrer seg for. Utvikling og utprøving av tiltak blir mer systematisk og dermed øker tilfang og pålitelighet av data.

Forebyggende arbeid overlapper med flere andre faggrupper og kan trolig være grunn til at de påvirker og definerer hvilken rolle og hvilket ansvar helsestasjonen og skolehelsetjenesten bør ha innen psykososialt arbeid. Ved større fokusering på planarbeid og målstyring vil vurdering av behov for kompetanse, kapasitet og ressurser bedres. Uten klare prioriteringer og begrensninger er det lett å miste det primærforebyggende perspektivet. Dette gjelder spesielt dersom forventningene skal innfries til dem som mener at ansvar og arbeid med høyrisikogrupper bør stå sentralt. Høye forventninger i tillegg til uklart ansvar og faglige avgrensninger representerer trolig et stort problem.

### **Strategier, metoder og tiltak**

Helsestasjonens og skolehelsetjenestens organisering, arbeidsmåte og posisjon overfor brukerne er et godt utgangspunkt for å komme tidlig til. Barn/familier og unge følges over tid, og dermed opparbeider helsepersonell seg kompetanse om hva som er ressurs, behov og/eller problem. Viktige forutsetninger for å opprettholde en lav terskel ved problemer, er tid til samtale, aktiv lytting, tillit, god tilgjengelighet og kontinuitet. Ved hjemmebesøk til nyfødte og ved de

somatiske helseundersøkelsene er det mulig å observere og vurdere behov for hjelp. Dette gir muligheter som må utredes og utvikles. Det trengs økt kompetanse til å utarbeide bedre identifiserings- og intervensjonsmodeller med mål, metode og innhold tilpasset målgruppen. Helsepersonell må skaffe seg innsikt i problemet gjennom kartlegging og sammen med familien og den unge komme fram til en tilfredstillende løsning. Brukernes ressurser og mulighet til medvirkning til problemløsning er avgjørende.

I det psykososiale arbeidet kan det være en fare for at helsepersonell overtar støttefunksjoner som hører naturlig hjemme i familie-, venne- og nabonetverket. Det er en utfordring å finne balanse mellom det å hjelpe enkeltfamilier med deres belastninger og det å aktivisere det sosiale nettverket i omgivelsene. Det er også viktig å ikke overta et behandlingsansvar som klart ligger hos andre instanser. Overordnede mål for slike tiltak må være å styrke egenomsorg eller omsorgsevne slik at innflytelse eller kontroll over egne helsevalg og sosial situasjon øker. Nyere forskning viser også at mange vanskeligstilte barn, unge og familier oppnår ferdigheter i å mestre nettopp pga de vanskelige forhold de lever under (12).

Håndtering av mer sammensatte og komplekse bekymringsaker krever systematiske tilnæringsmåter. Vurderingsprosessen i forhold til hvorfor og når en skal bekymre seg, kan variere i tid og er helt avhengig av tegn og symptomer som indikerer alvorlighetsgrad. Utover tid til observasjon og samtale er faglig kompetanse innen dette problemområdet en viktig faktor. Veiledningsbehov hos helsepersonell er stort. Helsepersonell bør ikke oppleve at de er alene med bekymringsfulle og usikre situasjoner som kan føre til uheldige konsekvenser og alvorlige lidelser for barn og unge.

### **Sentralt for strategi og metode**

Psykososialt arbeid er prosessorientert og må gjenspeiles i organisering, metoder og innhold. Arbeidsgruppen vil anbefale følgende vektlegging av prinsipper ved planlegging og utforming av utvidede støtte- og hjelpetilbud fra helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Tiltak må:

- tilrettelegges generelt for å nå alle - også gruppen med utvidet behov
- være allment akseptert som positive tilbud
- være tilpasset problemets omfang med brukers behov i fokus
- bygge på prinsipper for dialog/samtale
- overfor ungdom bygge på deres behov og interesser
- tilrettelegges slik at foreldrenes ressurser/erfaringer utveksles
- være ressursorientert
- være samarbeidsorientert - med bruker og andre fagpersoner
- iverksettes tidligst mulig ved bekymring for skjevutvikling
- vektlegge fokus på beskyttelsesfaktorer
- ha nettverkskapende hensikt

## Anbefalinger

- Helsestasjons- og skolehelsetjenesten bør synliggjøre arbeidsområdet for barn med særlige behov i virksomhetsplanen og få den behandlet og godkjent fra ansvarlig myndighetsnivå i kommune/bydel. Tjenestenes utvidede innsats med hensyn til ansvar, rolle og oppgaver må være avklart.
- Helsestasjons- og skolehelsetjenesten bør formidle kunnskaper om risikofaktorer i barns og unges omgivelser til faginstanser og ansvarlige for oppvekst.
- Helsestasjons- og skolehelsetjenesten bør opprettholde og videreutvikle forpliktende faglig og tverrfaglig samarbeid i kommune/bydel.
- Helsestasjons- og skolehelsetjenesten bør være initiativtaker til tiltak sammen med andre faggrupper uten nødvendigvis å ha ansvar for gjennomføring og opprettholdelse.
- Helsestasjons- og skolehelsetjenesten bør reorienteres mot strategier og metoder som har ressurser i fokus.
- Helsestasjons- og skolehelsetjenesten bør vurdere behovet for å utvikle spesielle metoder eller modeller innenfor utvidet støtte og hjelpetilbud, f.eks. forbedre kriterier for risikoidentifisering og tiltak- og oppfølgingsansvar.

## Referanser:

1. Lov om helsetjenesten i kommunene. 19.11.82 nr 66.
2. Retningslinjer for helsestasjonsvirksomheten. IK-19/90. Helse direktoratet.
3. Sommerschild H, Grøholt B (1997): Lærebok i barnepsykiatri. Tano Aschehoug, Oslo.
4. Skydda skyddsnätet! (1992): En utredning om barnhälsovårdens funktion och uppgifter under 90-talet. Socialstyrelsen.
5. Klepp KI m.fl. (1996): Selvrapportert helse blant yngre tenåringer. En treårs oppfølgingsundersøkelse. Tidsskr Nor Lægeforen nr 116: 2032-7.
6. Wold B, Aasen H, Aarø LE, Samdal O (1995): Helse og livsstil blant barn og unge i Norge. Hemil-Rapport 14/95. Universitetet i Bergen.
7. Elvbakken KT. (1997): Skolehelsetjenesten. Organisering, ressurser, tiltak og metoder. I: Undersøkelser i helsestasjons- og skolehelsetjenesten. IK-2618, 4-98. Statens helsetilsyn.
8. Paulsen B. (1990): Snakk med de på helsestasjonen. En analyse av bruk av helsesøstertjenesten. Norsk Institutt for Sykehusforskning, Trondheim.
9. Finnvold JE. (1994): Brukerkontakt i helsesøstertjenesten. En utvalgsundersøkelse. Rapport 94/22. Statistisk sentralbyrå.
10. Helse direktoratet (1990): Veileder for helsestasjonsvirksomheten. Barn 0-7 år. IK-2328, 3-90.
11. Kommunenes Sentralforbund, Helse direktoratet (1988): Brukerveiledning Helsekort. Sem & Stenersen, Oslo.
12. Sætre RH, Mathiesen KS, Nærde A. (1996): Barnefamilien – trivsel og levekår. Kommuneforlaget, Oslo.

## 7 Oppsummering og anbefalinger

Utgangspunktet for arbeidsgruppe 2 har vært å drøfte de seks innsatsområdene ulykkesforebygging, psykososiale problemer, ernæring, belastningslidelser, astma-allergi og inneklimateykdommer, og forebygging av tobakkskader. I tillegg er rusforebyggende tiltak og forebygging av uønskede svangerskap drøftet.

Helsefremmende og forebyggende arbeid i forhold til disse områdene er relatert til helsestasjons- og skolehelsetjenesten, og oppgavene og anbefalingene kan synes overveldende. I mange kommuner sliter disse tjenestene med små ressurser, med det resultat at også lovpålagte tjenester blir nedprioritert (f.eks. skolehelsetjeneste i videregående skoler).

I denne rapporten fremheves det at befolkningsstrategien bør oppprioriteres. Det begrunnes blant annet med at det beste sekundærforebyggende arbeidet skjer gjennom planlegging, tilrettelegging og gjennomføring av primærforebyggende tiltak. Helsefremmende og forebyggende arbeid baserer seg i stor grad på tverrfaglig og tverretattlig arbeid. Når det gjelder mange av tiltakene som er nevnt i denne rapporten, vil helsestasjonen og skolehelsetjenesten være initiativtaker og pådriver, og ikke nødvendigvis de instanser som skal gjennomføre alle tiltakene. Selv om det sies at det helsefremmende og primærforebyggende arbeidet bør oppprioriteres, må det ikke gå på bekostning av tilbud til dem som har spesielle behov.

Planlegging, med utgangspunkt i lokale forhold, er bakgrunnen for en helsestasjons- og skolehelsetjeneste som retter seg mot brukernes behov. Denne oversikten kan øke bevissthet i arbeidet og bidra til synliggjøring av tjenestene til samarbeidspartnere og ledelse.

På mange områder vil det være nødvendig med kompetanseheving for å møte brukernes behov. Dette vil, sammen med tilbud om veiledning til personalet, også bidra til å ivareta arbeidstakerne og hindre utbrenthet.

Her oppsummeres anbefalingene fra kapittel 5.

### **Psykososiale problemer**

- Helsestasjonen bør ha rutiner som beskriver det generelle tilbudet for tidlig støtte og veiledning til foreldre.
- Helsestasjons- og skolehelsetjenesten bør ha rutiner som beskriver det utvidede tilbudet til familier med psykososiale problemer.
- Helsestasjonen bør ta i bruk metoder som fremmer kontakt og tilknytning mellom foreldre og barn.
- Helsestasjonen bør ha tilbud om hjemmebesøk til alle nye foreldre.

- Helsestasjons- og skolehelsetjenesten bør ha tilbud om hjemmebesøk til familier med spesielle behov.
- Helsestasjonen bør ha tilbud om foreldregrupper for å styrke foreldrenes mestring, samspill med barnet, omsorgsevne, egenomsorg og sosiale nettverk.
- Skolehelsetjenesten bør i samarbeid med andre faggrupper ha tilbud om grupper til:
  - elever - for å styrke mestringsevne og sosialt nettverk, evt. bruke «Du bestemmer»-metoden.
  - foreldre - ved spesielle behov
- Helsestasjons- og skolehelsetjenesten bør medvirke til å etablere tverrfaglig og tverrsektorielt samarbeid som fokuserer på:
  - det sosiale miljøet
  - familier, barn og unge som har psykososiale problemer.
- Helsestasjons- og skolehelsetjenesten bør være pådrivere for å iverksette nærmiljøtiltak (åpen barnehage, nærmiljøtreff, ungdomsklubb).
- Skolehelsetjenesten bør være tilgjengelig på skolen til faste tider for elever som har behov for råd og veiledning.
- Helsestasjons- og skolehelsetjenesten bør ved behov starte selvhjelpsgrupper for familier og unge med psykososiale problemer.
- Det bør være tilbud om faglig veiledning for de ansatte innen helsestasjons- og skolehelsetjenesten.

### **Belastningslidelser**

- Helsestasjons- og skolehelsetjenesten bør utarbeide rutiner som beskriver hvordan den generelle og målrettede informasjonen til foreldre, barn og unge om motorisk utvikling og fysisk aktivitet skal ivaretas.
- Skolehelsetjenesten bør samarbeide med skole og fysioterapeut om elever som har forsinket sansemotorisk utvikling eller smerter fra muskel- og skjelettsystemet, slik at nødvendige tiltak kan iverksettes.
- Skolehelsetjenesten bør samarbeide med skolen om å få aktivitetene i og utenfor klasserommet tilpasset barns naturlige behov for bevegelse og variasjon.
- Helsestasjons- og skolehelsetjenesten bør sammen med barnehage og skole arbeide for å utvikle de fysiske, organisatoriske og kunnskapsmessige forutsetningene som skal til for å gi barn og unge et miljø som fremmer bevegelse og aktivitet.
- Helsestasjons- og skolehelsetjenesten bør være faglige premissleverandører når det skal tas beslutninger som har betydning for barns og unges oppvekstmiljø.

## **Ulykker og skader**

- Helsestasjonen bør utarbeide rutiner for informasjon om forebygging av barneulykker og utdeling av informasjonsmateriell ved hjemmebesøk, i konsultasjoner og i foreldregrupper.
- Skolehelsetjenesten bør utarbeide rutiner som omfatter informasjon om ulykkesforebygging ved de individuelle og gruppevise elevkontaktene og tilbud om undervisning i skolen om ulykkesforebygging og konfliktløsning.
- Skolehelsetjenesten bør gjennom samarbeid og deltakelse i skolens planlegging synliggjøre behovet for en miljørettet tilnærming i det ulykkesforebyggende arbeidet i skolen.
- Helsestasjons- og skolehelsetjenesten bør sammen med andre aktører i kommunen og fylkeskommunen ha ansvar for å utvikle lokale ulykkesforebyggende tiltak.
- Helsestasjons- og skolehelsetjenesten bør stimulere kommunen til å arbeide for å utvikle et skadeforebyggende program for kommunen.

## **Ernæring**

- Helsestasjonen bør utføre lokal kartlegging av amming for å kunne tilrettelegge tilbudet i forhold til brukers behov
- Helsestasjonen bør basere ammeveiledningen på de faglige anbefalingene utarbeidet av Mor-barnvennlig initiativ og Ammefagrådet
- Helsestasjons- og skolehelsetjenesten bør utarbeide rutiner som beskriver hvordan den generelle og den målrettede informasjon og samtale om kosthold og tannstell til barn og unge skal ivaretas.
- Helsestasjons- og skolehelsetjenesten bør i samarbeid med andre aktører spille en aktiv rolle i arbeidet for trivelige og sunne måltider i barnehager og skoler.
- Helsestasjons- og skolehelsetjenesten bør bidra til å øke kunnskap og handlingsberedskap for personell i barnehager og skoler i forhold til barn og unge med kostrelaterede sykdommer.

## **Astma, allergi og inneklimasykdommer**

- Helsestasjons- og skolehelsetjenesten bør utarbeide rutiner for den generelle informasjonen til foreldre om viktige tiltak for å forebygge astma og allergi hos barn.
- Helsestasjons- og skolehelsetjenesten bør utarbeide rutiner for å gi familier med atopisk belastning en målrettet kostinformasjon og informasjon om adekvate miljøtiltak.
- Helsestasjons- og skolehelsetjenesten bør ta initiativ til opprettelse av selvhjelpsgrupper for foreldre med barn som har astma og allergi.
- Helsestasjons- og skolehelsetjenesten bør arbeide med forebygging av aktiv og passiv røyking.



- Skolehelsetjenesten bør bidra til å øke skolens kunnskaper og handlingsberedskap i forhold til barn med astma og allergi.
- Skolehelsetjenesten bør synliggjøre behovet for å innføre en modell for det miljørettede arbeidet i skolen.

### **Forebygging av tobakkskader og rusmisbruk**

- Helsestasjonen bør utarbeide rutiner for hvordan man skal arbeide systematisk for å gi foreldre, individuelt og i gruppe, kunnskaper om tobakk og rusmidlers innvirkning på barnet.
- Helsestasjonen bør ta i bruk Metodebok for forebyggende rusmiddelarbeid i helsestasjonen.
- Helsestasjons- og skolehelsetjenesten bør utarbeide rutiner for tiltak og samarbeidsrutiner ved mistanke om rusmisbruk eller erkjent rusmisbruk.
- Helsestasjons- og skolehelsetjenesten bør i egen regi eller sammen med andre fagfolk eller frivillige organisasjoner gi tilbud om røykeavvenningskurs til sped- og småbarnsforeldre og skoleelever.
- Skolehelsetjenesten bør ta initiativ til å gjennomføre undervisningsopplegg som tar sikte på å redusere andel unge som begynner å røyke.
- Skolehelsetjenesten bør ta initiativ til å drive samtalegrupper eller ta i bruk metoden «Du bestemmer» i skolen.
- Skolehelsetjenesten bør være pådriver til at skolen tar i bruk «VÆR røykFRI»-prosjektet.
- Skolehelsetjenesten bør delta på foreldremøter og informere om tobakk- og rusbruk blant ungdom, samt gjøre foreldrene oppmerksom på hvilke muligheter de selv har til å påvirke barns og unges røyke- og rusvaner.
- Skolehelsetjenesten bør sammen med andre instanser i lokalmiljøet være pådrivere for å få etablert rusfrie fritidstilbud for ungdom.
- Helsestasjons- og skolehelsetjenesten bør være pådrivere for å engasjere lokalsamfunnet og media i det tobakks- og rusforebyggende arbeidet.
- Skolehelsetjenesten bør på bakgrunn av sin kontakt med ungdom informere medisinsk-faglig rådgiver og politisk og administrativ ledelse i kommunen om hvordan alkohol- og røykeloven fungerer i forhold til ungdom.
- Skolehelsetjenesten bør sammen med sosial- og barneverntjenesten, skolen, politi, PPT og frivillige organisasjoner utvikle planer for det rusmiddelforebyggende arbeidet i kommunen.

### **Samliv og seksualitet**

- Skolehelsetjenesten bør delta i skolens planlegging for å integrere undervisning om samliv og seksualitet både i grunnskolen og den videregående skolen.
- Skolehelsetjenesten bør i samarbeid med lærere og elever utvikle modeller og metoder for undervisning i samliv og seksualitet.

- Skolehelsetjenesten bør bistå lærerne med helsefaglig kompetanse og relevant informasjonsmateriell som kan brukes i undervisning om samliv og seksualitet.
- Skolehelsetjenesten bør ha både individ- og grupperettede tilbud for ungdom om seksualitet og prevensjon, eventuelt i samarbeid med andre.
- Skolehelsetjenesten bør samarbeide med lærerne i videregående skole om undervisning i samliv og seksualitet til avgangsklassene.
- Skolehelsetjenesten bør samarbeide med og informere om helsestasjon for ungdom dersom kommunen har et slikt tilbud.

Publikasjonen kan ha begrenset gyldighet.  
Spørsmål om innholdet rettes til Helsedirektoratet.

# Vedlegg 1

1

Er du barnets	1  <input type="checkbox"/> Mor 2  <input type="checkbox"/> Far	5
Hvilket år er du født?	_____	6-7
Hvilket år er barnet ditt født?	_____	8-9
Har du norsk som morsmål?	1  <input type="checkbox"/> Ja 2  <input type="checkbox"/> Nei	10
Hvis nei; hvilket morsmål har du?	_____	11-13
Hvor mange andre barn bor sammen med deg?	_____	14
Barnas alder (antall år):	_____	15-22
Hvem bor sammen med deg og barnet/barna? (Kryss gjerne av for fler)	<input type="checkbox"/> Ingen <input type="checkbox"/> Ektefelle/samboer <input type="checkbox"/> Foreldre <input type="checkbox"/> Andre	23 24 25 26
Er du:	1  <input type="checkbox"/> Gift 2  <input type="checkbox"/> Ugift 3  <input type="checkbox"/> Separert/skilt 4  <input type="checkbox"/> Enke/Enkeman	27
Hva slags utdannelse har du? (Oppgi <u>bare</u> høyest fullførte utdanning)	1  <input type="checkbox"/> 9-årig grunnskole el. mindre 2  <input type="checkbox"/> Videregående skole (10-12 år) 3  <input type="checkbox"/> 3-årig høyskole/universitet 4  <input type="checkbox"/> 4 år eller mer på høyskole/universitet	28
Er du :	1  <input type="checkbox"/> Heltidsarbeidende u/ hjemmet 2  <input type="checkbox"/> Deltidsarbeidende u/hjemmet 3  <input type="checkbox"/> Hjemmev./under utdanning/trygdet 4  <input type="checkbox"/> Annet	29

## OPPLEVELSE AV TILHØRIGHET TIL NABOLAGET

I hvor mange år har du bodd i det nærmiljøet du bor nå?	_____ år	30-31	
Hvor mange ganger har du flyttet i løpet av de siste 5 årene?	_____ ganger	32	
Føler du tilhørighet til nabolaget	1  <input type="checkbox"/> Ja - mye 2  <input type="checkbox"/> Ja - noe 3  <input type="checkbox"/> Nei - ingen	33	
Hvor mange naboer stopper du og snakker med når du møter dem?	1  <input type="checkbox"/> Ingen 2  <input type="checkbox"/> 1 3  <input type="checkbox"/> 2-5 4  <input type="checkbox"/> Fler enn 5	34	
Hvor mange familier/husstander i nabolaget kjenner du så godt at du besøker dem av og til?	1  <input type="checkbox"/> Ingen 2  <input type="checkbox"/> 1 3  <input type="checkbox"/> 2-5 4  <input type="checkbox"/> Fler enn 5	35	
Er du og naboene til hjelp for hverandre, f.eks. når det gjelder å:			
- Vanne blomster, ta inn post om noen er bortreist?	Ja 1  <input type="checkbox"/>	Nei 2  <input type="checkbox"/>	36
- Låne daglige ting?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	37
- Se etter hverandres barn som leker ute?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	38
Bor det andre småbarnfamilier i ditt nabolag?	1  <input type="checkbox"/> Ingen 2  <input type="checkbox"/> 1 3  <input type="checkbox"/> 2-5 4  <input type="checkbox"/> Fler enn 5 5  <input type="checkbox"/> Vet ikke	39	

Er det i ditt nabolag løkker, lekeplasser, steder for ball-lek os.v. hvor barn kan leke relativt trygt uten tilsyn?

- 1  Ja  
2  Nei  
3  Vet ikke

40

Blir det av og til organisert aktiviteter i nabolaget som f.eks. 17. mai-fester, dugnader, e.l.?

- 1  Ja, for voksne  
2  Ja, for barn og voksne  
3  Nei  
4  Vet ikke

41

Er det i ditt nærmiljø steder hvor dere naturlig møter hverandre og kan slå av en prat?

- 1  Ja  
2  Nei  
3  Vet ikke

42

Hvilke problemer mener du går ut oversmåbarnfamiliers trivsel og helse der du bor (Her kan du krysse av for flere)

Ja Nei

1

2

- |                          |                          |   |     |
|--------------------------|--------------------------|---|-----|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Mye ut- og innflytting  | 43  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Lite sosialt fellesskap   | 434 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Dyre boliger  | 45  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Lite offentlig kommunikasjon  | 46  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Manglende barnehage tilbud  | 47  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Mye pendling  | 48  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Mye biltrafikk, støy o.s.v.   | 49  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Luftforurensning  | 50  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Lang reisevei til arbeidet  | 51  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Manglende sikring av farlige steder i omgivelsene; trafikk, vann, skrenter o.s.v. | 52  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Mye alkohol- og rusmiddelmisbruk  | 53  |

Annet som: \_\_\_\_\_

54

## KONTAKT MED FAMILIE OG VENNER

Hvor ofte ser du, eller snakker du med i telefonen, følgende personer:

(Kryss av på alle linjene)

	1	2	3	4	5	0	
	<i>Nesten daglig</i>	<i>Hver uke</i>	<i>Hver måned</i>	<i>Sjeldnere enn hver måned</i>	<i>Ingen kontakt</i>	<i>Har ingen</i>	
Foreldre							
Søsken							55
Svigerfamilie							56
Annen slekt							57
Venner							58

Har du noen fortrolige (utenom ektefelle/samboer) som du kan snakke med om det meste?

- 1|  Jeg har ingen andre fortrolige
- 2|  Jeg har 1 fortrolig
- 3|  Jeg har 2 fortrolige
- 4|  Jeg har flere fortrolige

59

Får du praktisk hjelp og avlastning fra nære slektninger utenom ektefelle/samboer?

- 1|  Ja, svært ofte
- 2|  Ja, nokså ofte
- 3|  Ja, av og til
- 4|  Sjelden
- 5|  Nei, aldri

60

Får du praktisk hjelp og avlastning fra venner?

- 1|  Ja, svært ofte
- 2|  Ja, nokså ofte
- 3|  Ja, av og til
- 4|  Sjelden
- 5|  Nei, aldri

61

Når folk beskriver sin opprinnelige familie (foreldre og evt. søsken), bruker de ofte setninger som nedenfor. Hvordan stemmer disse beskrivelsene for deg? Sett ring rundt det tallet som best beskriver ditt forhold til din familie.

Jeg føler meg nær knyttet til min familie	Helt enig	1	2	3	4	5	Helt uenig	62
Min familie legger rimelig vekt på mine meninger	Helt enig	1	2	3	4	5	Helt uenig	63
Det forekommer ar jeg føler meg utenfor, selv i familien	Helt enig	1	2	3	4	5	Helt uenig	64

Når folk beskriver forholdet til sine venner, bruker de ofte setninger som nedenfor. Hvordan stemmer disse beskrivelsene for deg? Sett ring rundt det tallet som best beskriver ditt forhold til dine venner.

Jeg føler meg nær knyttet til mine venner	Helt enig	1	2	3	4	5	Helt uenig	65
Mine venner legger rimelig vekt på mine meninger	Helt enig	1	2	3	4	5	Helt uenig	66
Det forekommer ar jeg føler meg utenfor, selv blant venner	Helt enig	1	2	3	4	5	Helt uenig	67

**Alt i alt, synes du at du får tilstrekkelig:** (Kryss av på linjene for tallverdiene 1,2,3,4, eller 5, for hvor mye kontakt, omsorg/støtte, forståelse o.s.v. du alt i alt får fra andre. 1 betyr at du absolutt får tilstrekkelig, mens 5 betyr at du absolutt får for lite).

Kontakt	Ja	1	2	3	4	5	Nei	68
Omsorg/støtte	Ja	1	2	3	4	5	Nei	69
Forståelse	Ja	1	2	3	4	5	Nei	70
Respekt	Ja	1	2	3	4	5	Nei	71
Praktisk hjelp med barnet	Ja	1	2	3	4	5	Nei	72
Annen praktisk hjelp	Ja	1	2	3	4	5	Nei	73
Følelse av å høre til i et fellesskap	Ja	1	2	3	4	5	Nei	74

## BELASTNINGER OG VIKTIGE HENDELSER DET SISTE ÅRET

Har du i løpet av de siste 12 mndr. hatt mer langvarige vanskeligheter knyttet til følgende områder?  
(Angi først om du har hatt en slik belastning, deretter hvor stor belastningen eventuelt har vært. Sett kryss på hver av linjene)

Grad av belastning

1 2 1 2 3

	Ja	Nei	Noe	Ganske stor	Svært stor	
Boligproblem (vedlikehold, leieforhold o.l.)						75,76
Arbeid (arbeidsløshet, usikkert arbeid, vanskelige arbeidsforhold)						77,78
Problem med barnepass (barnehage, dagmamma, syke barn)						79,80
Økonomi (betaling av husleie, lån, forpliktelser o.l.)						81,82
Egen fysisk helse (funksjonshemming, kroppslig sykdom)						83,84
Samlivsproblemer (mye krangel, alvorlige samlivsproblemer, separasjon, skilsmisse)						85,86
Helseproblemer hos ektefelle (fysiske eller psykiske)						87,88
Helseproblemer hos barn (funksjonshemming, sykdom)						89,90
Problemer med barn (tilsyn, oppdragelse, skole, disiplin)						91,92

Takk for at du ville fylle ut spørreskjemaet. Målet med undersøkelsen er å samle informasjon som kan hjelpe oss i arbeidet med å lage mer barnevennlige bomiljøer og bedre støtte- og avlastningstiltak for småbarnsfamilier.

Undersøkelsen er anonym - uten angivelse av navn eller annet som gjør det mulig å kjenne igjen hvem som ga hvilke svar.



## STATENS HELSETILSYNS UTREDNINGSSERIE

			<b>PRIS</b>
1-1994	Neonatal kirurgi	IK-2445	(100)
2-1994	Tannhelse og behandlingsbehov hos fengselsinsatte	IK-2446	(100)
3-1994	Pasientjournalen	IK-2451	(100)
4-1994	Selvmordsforebyggende arbeid Bærumsmodellen	IK-2456	(100)
6-1994	Organisering av gastro-enterologisk cancerkirurgi i Norge	IK-2463	(100)
7-1994	Plutselig uventet død hos diabetikere under 40 år	IK-2465	(100)
8-1994	Laboratoriemedisin i Norge	IK-2466	(100)
9-1994	Spesialisthelsetjenester i indremedisin og kirurgi	IK-2467	(100)
10-1994	EØS/EU og helsesektoren	IK-2468	(100)
1-1995	Høydosebehandling med autolog stamsellestøtte ved maligne lidelser	IK-2497	(100)
2-1995	Småbarnsforeldres synspunkter på helsestasjonen	IK-2488	(100)
3-1995	Folkehelse – et nytt traktatfestet samarbeidsområde i EU	IK-2496	(100)
4-1995	Styring av høyspesialiserte funksjoner innen psykisk helsevern for voksne	IK-2506	(100)
5-1995	Organisering av diagnostikk og behandling med radiofarmaka i Norge	IK-2510	(100)
6-1995	Prioriteringer innen hjertekirurgi	IK-2511	(100)
1-1996	Spesialisthelsetjenester i indremedisin og kirurgi – Del 2	IK-2519	(100)
2-1996	Prioriteringer innen palliativ kreftbehandling	IK-2541	(100)
3-1996	Spesialisert rehabilitering av pasienter med leddgikt og beslektede sykdommer	IK-2544	(100)
1-1997	Faglige krav til fødeinstitusjoner	IK-2565	(100)
2-1997	Fremtidig struktur for blodbankene i Norge	IK-2571	(100)
3-1997	Organisering av kvalitetsarbeid i kommunhelsetjenesten	IK-2582	(100)
4-1997	El-overfølsomhet	IK-2599	(100)
5-1997	Tannhelsetjenesten	IK-2600	(100)
6-1997	Karsykdommer og røyking	IK-2602	(100)
1-1998	Somatiske undersøkelser (helseundersøkelser/screening) av barn og unge fra 0 – 20 år	IK-2611	(100)
2-1998	Kvalitetsstyrte helseorganisasjoner – til deg som leder	IK-2615	(100)
3-1998	Kvalitetsstyrte helseorganisasjoner – til deg som medarbeider	IK-2616	(100)
4-1998	Undersøkelser i helsestasjons- og skolehelsetjenesten	IK-2618	(100)
5-1998	Helsefremmende og forebyggende arbeid for barn og unge 0–20 år	IK-2621	(100)
6-1998	Katarakt som samfunnsproblem	IK-2626	(100)
7-1998	Oppfølging av personell som har tjenestegjort i internasjonale fredsoperasjoner	IK-2631	(100)

## STATENS HELSETILSYNS VEILEDNINGSSERIE

1-1994	Godkjenning som lege i Norge	IK-2447	(100)
2-1994	Målemetoder for inneklimateparametre	IK-2462	(100)
3-1994	Kvalitetsutvikling i helsetjenesten. Analyse-Tiltak-Evaluering	IK-2464	(100)
1-1995	Sped- og småbarnsernæring	IK-2475	(100)
2-1995	Behandling av saker om tillatelse til bruk av avløps slam	IK-2481	(100)
3-1995	Gruppearbeid – metoder og muligheter	IK-2484	(100)
4-1995	Inneklima – en veileder for kommunehelsetjenesten	IK-2489	(100)
5-1995	Veileder i svangerskapsomsorg for kommunehelsetjenesten	IK-2492	(100)
6-1995	Norsk vassforsyning, fylkesleganes tilsyn med kommunane	IK-2477	(100)
7-1995	Vondt i ryggen? Hva er det? Hva gjør vi?	IK-2508	(100)
8-1995	Retningslinjer for håndtering av cytostatika utenfor sykehus	IK-2520	(100)
1-1996	Retningslinjer for GMP i blodbanker	IK-2527	(100)
2-1996	Taushetspliktens betydning for samarbeidet mellom medisinsk nødmeldetjeneste og andre nødetater	IK-2531	(100)
4-1996	Veileder i rehabilitering av slagrammede	IK-2542	(100)
5-1996	Opplæringshefte ICD-10	IK-2549	(100)
1-1997	Retningslinjer for håndtering av antimikrobielle midler i helsevesenet	IK-2568	(100)
2-1997	Veiledning for utfylling av helseattest for førerkort m.v	IK-2562	(100)
1-1998	Veileder i habilitering av barn og unge	IK-2614	(100)

2-1998	Veileder for helsestasjons- og skolehelsetjenesten – barn og unge 0- 20 år . . . . .	IK-2617	(100)
3-1998	Veileder til forskrift om miljørettet helsevern i barnehager og skoler m.v . . . . .	IK-2619	(100)
4-1998	Behandling av ryggmargsskade i Norge . . . . .	IK-2620	(100)

## STATENS HELSETILSYNS SKRIFTSERIE

2-1994	Helsefremmende tiltak i kommunene . . . . .	IK-2471	(100)
1-1995	Sykepleietjenester i kommunene . . . . .	IK-2498	(100)
2-1995	Den fylkeskommunale habiliteringstjenesten – 3 år etter HVPU-reformen . . . . .	IK-2502	(100)
3-1995	Støtte til egen mestring – en veileder om organisering av sosial støtte i lokalsamfunnet, basert på erfaringer fra samarbeidsprosjektet Sorg og Omsorg . . . . .	IK-2507	(100)
4-1995	Handlingsplan mot selvmord 1994-1998 . . . . .	IK-2514	(100)
1-1996	Bærumsmodellen 1984-1994 . . . . .	IK-2524	(100)
2-1996	The National Plan for Suicide Prevention 1994-1998 . . . . .	IK-2539	(100)
1-1997	Retningslinjer for transfusjonstjenesten . . . . .	IK-2590	(100)
<b>Samling av lover, forskrifter og rundskriv</b>			
	Det psykiske helsevern . . . . .	IK-2607	(100)

Vi tar forbehold om endringer i priser.