



SALUTOGENESE GIR BEDRE BARNEHELSE

Trivsel. Helsefremmende tilnærming i skolehelsetjenesten

kan bidra til å fremme barnas fysiske, psykiske og sosiale helse.

MASTEROPPGAVE

Artikkelen bygger på

100% teori



DOI-NUMMER:

10.4220/Sykepleiens.2015.54641



Wenche Similä, Masterstudent, Institutt for sosialt arbeid og helsevitenskap, NTNU, SVT-fakultetet

I denne artikkelen diskuterer vi hvordan en salutogen tilnærming kan bidra til å oppfylle forventningene til en god primærhelsetjeneste for barn gjennom helsefremmende skoler og skolehelsetjenesten.

BARNEHELSE. I tråd med WHO's definisjon av helse sier Barneombudet at barnehelse ikke bare handler om å sikre barn mot sykdom (1). God barnehelse handler om å sikre fysisk, psykisk og sosial trivsel for barna. Barnekomiteen pålegger staten å utvikle en god primærhelsetjeneste for barn, spesielt i skolene. Råd og anbefalinger til skolehelsetjenesten, kommunene og statlige myndigheter handler om aktivt å oppsøke barn og unge med informasjon om tjenesten, meldeplikt og taushetsplikt. Dette omfatter at helseøstre aktivt involverer seg i kommunalt planarbeid og rapporterer om svikt i systemet. Skolehelsetjenesten utarbeider gode rutiner for samarbeid med elever og ansatte i skoler og kommunehelsetjenesten. Kommunene kartlegger og utvikler kompetanse på manglende områder, og tar barn og unge aktivt med i planleggingen. Myndighetene fastsetter en rettslig bindende minimumsnorm, øremerker midler, supplerer

skolehelsetjenesten med flere faggrupper og pålegger fylkesmenn tettere oppfølging, tilsyn og strengere reaksjoner overfor uforsvarlighet i kommunene. Og de må sørge for at barn og unge blir hørt ved tilsyn av virksomheten. I det følgende vil vi vise hvordan en salutogen tilnærming kan bidra til å oppfylle disse målene.

SALUTOGENESE. Salutogenese handler om prosessen som gjør at vi beveger oss i helsefremmende retning gjennom livet. Den salutogene tilnærmingen til helse, er formet som en modell, og er et forslag til et teoretisk grunnlag for helsefremmende arbeid (2). Salutogenesens to nøkkelkomponenter er et spørreskjema som viser menneskers opplevelse av sammenheng i livet, forkortet til SOC (The sense of coherence) (3). 29 punkter måler styrken på SOC gjennom å se på begripelighet, håndterbarhet og mening i en persons livsverden. SOC utvikler seg gjennom livet og kan si noe om styrken i vår helse, og om det er nødvendig å sette i gang forbedringstiltak (3). Den andre nøkkelkomponenten er et verktøy som beskriver generelle motstandsressurser hos mennesker (GRR). Dette er effektive faktorer for å unngå eller mestre et stort spekter av stressorer gjennom livet (se tabell 1). Antonovsky beskriver GRR som:

Livets elv. Etter en undersøkelse av styrken i SOC kan GRR brukes til å finne ut hvor det er mangler, og hvor man bør sette inn tiltak for å styrke de interne og/eller eksterne motstandsressursene. Salutogenesen beskrives også i metaforene «The river of Health» og «Health in the river of Life» (4). Her beskrives målet med modellen, som sammenliknes med å finne ut hva som gjør at en svømmer klarer å holde seg i bevegelse i riktig retning i livselven, og hvordan svømmeren finner støtte i vanskelige tider. I vanskelige tider er det viktigste å finne ut hva som trekker svømmeren mot fossefallet, og finne ressurser som kan lede svømmeren tilbake på riktig vei. Det vil fremme helse og forebygge at svømmeren glir ut i fossefallet (2).

HELSEFREMMEDE SKOLER. Bevegelsen for helsefremmende skoler oppsto som følge av konseptet fra WHO's folkehelsekonferanse i Ottawa i 1986 (5). Det europeiske nettverket for helsefremmende skoler (ENHPS) har vært den fremste katalysatoren for å utvikle helsefremmende skolekonsept i Europa (6). Norge ble inkludert i ENHPS i 1994 (7). Helsedirektoratet følger WHO og sier at helsefremming er «den prosessen som gjør folk i stand til å bedre og bevare sin helse» (8, s. 1). De refererer til

Fakta ●●●

Hovedbudskap

Det helhetlige og tverrkulturelt anvendelige salutogene konseptet tilbyr verktøy som kan brukes i skolehelsetjenesten gjennom forskning og praksis for å utvikle en helsefremmende strategi og oppfylle anbefalinger fra WHO om økt helse i befolkningen. Skolehelsetjenesten i Norge trenger en opprustning, staten har satt av midler, og kommunene må prioritere å bruke pengene der de er tiltenkt.

Nøkkelord

Les mer og finn litteraturreferanser på våre nettsider

- Skolehelsetjeneste
- Helsesøster
- Kommunehelsetjeneste
- Barn
- Ungdom



Tabell 1: Mapping-Sentence Definition of GRR (modifisert fra Antonovsky, 1979, s. 103. Brukt med tillatelse fra copyrightholder).

Ottawacharteret som understreker i fem hovedstolper (se Figur 1) at helsefremmende arbeid har en klar sammenheng med politikk, alle samfunnsnivåer og lokalmiljøet.

STØTTENDE OMGIVELSER. Rasmussen og Riwett (6) sier at Ottawacharteret identifiserer settinger hvor mennesker bor, arbeider og lærer som steder hvor helse skapes og vedlikeholdes. Det skjer gjennom å danne støttende omgivelser hvor mennesker kan ta vare på seg selv og andre, og ha kontroll over sin livssituasjon. Ifølge Whitehead (5) ble skoler identifisert som en av settingens nøkler til befolkningens helse. På oppdrag fra WHO kom en ekspertkomité i 1995 med retningslinjer for helsefremmende skoler. Retningslinjene består av følgende komponenter: Det fysiske miljøet i skolene, helsepolitikk i skolene, det

sosiale miljøet i skolene, samfunnsrelasjoner; inkludert foreldre, familie og eksterne instanser, personlige helseferdigheter og relasjoner til helsevesenet. Alle komponentene berører GRR; fysiske, makrososiokulturelle, interpersonlige, relasjonelle og kognitive karakteristikk. I sine siste arbeider utfordrer Antonovsky feltet for helsefremmende arbeid; til å omfavne salutogenese som et paradigme for forskning og praksis (9).

KONTAKTPERSON. Ervervet kunnskap om helsefremmende skoler kan gi ideer og inspirasjon til utvikling av tiltak. Pilotprosjekt i ENHPS la grunnlag for en internasjonal konsensus av helsefremming i skolene og utviklet nye verktøy og tjenester (6). ENHPS (10) omtaler ulike modeller som resultat av kontekstuelle fortolkninger.

En skotsk modell fra 2012 kalt GIR-FEC (Getting it right for every child), innebærer at helsetjenesten og skolen følger opp barna fra de blir født til de går ut av videregående skole. Alle barn og deres familier får tildelt en kontaktperson fra fødselen og ut videregående skole. Den kontaktpersonen har ansvar for å sette i verk observasjoner, kartlegging og tiltak dersom det er grunn til bekymring for barnet. Dette blir gjort etter «National Practice Model» som består av «The Wellbeing wheel», «My world triangle» og «The resilience matrix». Disse fungerer som veiledere og avdekker indikatorer på barnets «well being», hjelper de ansvarlige til å forstå barnets verden, undersøker behov og risikofaktorer, organiserer og analyserer informasjon når det trengs og planlegger aksjon og oppsummering. Kontaktpersonen har også ansvar for at både barnet og familien er trygge på at de kan ta kontakt og snakke om sine bekymringer. De skal oppleve at dette behandles konfidensielt og med respekt og være trygge på at de vil få hjelp. Over alt skal barnets synspunkter tas på alvor, og familien bli informert når det er passende. Når to eller flere instanser involveres i bistanden, skal det oppnevnes en ledende profesjonell koordinator. Denne personen blir familiens ho-

«God barnehelse handler om å sikre fysisk, psykisk og sosial trivsel for barna.»

vedkontakt og sørger for at involverte parter får den informasjonen de trenger, og for at barnet eller familien slipper å fortelle historien sin mange ganger. Den ledende profesjonelle er kjent med arbeidspraksisen i tjenestetilbudet, sørger for at barnet og familien kan forstå og delta i prosessen, fremmer samarbeid mellom partene og ser

til at planen for barnet blir gjennomført (11).

HELSESTØTTERS ROLLE. I Norge skal skolehelsetjenesten fokusere på det friske og se like mye etter sterke sider hos elevene, som etter risikofaktorer, problemer og sykdom (12). Whiteheads (5) review av forskning på helsefremmende skoler viser at helsesøstre har fokusert mer på konvensjonelle aktiviteter som screening, vaksiner og henvisninger av enkeltindivider, og den helsefremmende rollen er uklar og udefinert. En undersøkelse fra Barneombudet i 2013 om norske barns tilgang til likeverdige og gode helsetjenester, avdekket flere alvorlige mangler. Når barn trenger hjelp med sine problemer, må de banke på døren til en skolehelsetjeneste som altfor ofte er stengt. Barnas eget lavterskel helsetilbud er grovt underprioritert i mange kommuner. Tilbudet er fragmentert og lite tilgjengelig, og barn som har behov for hjelp fanges ikke opp (1). Dette er et paradoks når det står i regjeringens mål og innsatsområder om skolehelsetjenesten at «tjenesten når ut til alle» (13, s. 82). Whitehead (5) sier at forskning viser mangler på tilpasset opplæring, manglende evidens og evaluering av helseprogrammer, og forvirring rundt helsesøsterrollen. Den er ikke verdsatt og tilføres heller ikke ressurser av ledelsen og andre helseprofesjoner. Dette har ikke vært bra for moralen, tilfredsheten eller posisjonen til helsesøsterfunksjonen. Ifølge Barneombudet (1) er dagens situasjon i Norge at tjenesten kun tilbyr det aller mest nødvendige. Den har lange ventelister og liten mulighet til å være et reelt lavterskeltilbud til barn. I tillegg mangler helsesøstrene kompetanse om vold og overgrep, psykisk helse og om helseplager hos barn med fluktbakgrunn. Whitehead (5) sier at skolebasert helsefremming er et altfor viktig område til å bli overlatt til én disiplin, og helsesøsterfunksjonen ser ut til å ha fått tildelt urealistiske mål de skal nå.



TILTAK. Det er nødvendig med en bedre samordnet og kunnskapsbasert innsats, og det er behov for nødvendig dokumentasjon før tiltak iverksettes og i oppfølgingen av disse (12). Whitehead (5) sier at det bør opprettes nøkkelroller som kan lede og influere koordineringen av prosessen med gode helsefremmende skoleprogrammer, hvor aksjonsforskning foreslås som det mest effektive (5). Dette er forskning hvor informantene deltar aktivt i planlegging, gjennomføring og evaluering av tiltak (14). Skolehelsetjenestens unike mulighet for å tilby støtte hvor eleven aktivt deltar i prosessen er også lite stigmatiserende (15). Undersøkelser fra Barneombudet (1) viser at skolehelsetjenesten i Norge mangler om lag 1500 stillinger før helsedirektoratets anbefalte norm for tjenesten virkeliggjøres. Statens ansvar ligger i sikring av ressursene, kontroll av kvaliteten på tjenestene og sikring av klagemuligheten dersom tjenesten ikke er god nok. Dette omfatter også barns rett til å bli hørt. Ifølge Barneombudet er det få elever og foresatte som klager på tilbudet i skolehelsetjenesten (1). Regjeringen har ønske om å «utvikle metoder, verktøy og gode rutiner for mer systematisk og konsistent bruk av folkehelseøkonomiske vurderinger av tiltak i alle sektorer» (12, s. 153). «The European Health report» fra 2012 beskriver at det er vanskelig å velge verktøy for å måle helse og «well being». Det er ingen kriterier for hva som bør velges, utallige verktøy stiller ulike spørsmål og de fleste kan ikke brukes krysskulturelt eller innenfor ulike nivåer (16).

VERKTØY. Salutogenesens verktøy, SOC og GRR, er testet og funnet reliable og valide i helsefremmende arbeid (9). Kartleggingsverktøyet GRR, ser på generelle motstandsressurser hos et individ, en gruppe, en subkultur eller et samfunn som bidrar til å unngå eller mestre stressorer (4). Ved å bruke GRR i kartlegging av innhold og mangler i skolehelsetjenesten, kan man plassere ressurser og tilby den

støtten elevene og deres familier trenger. Mangler går på kapasitet, kunnskap, aksept av helsesøsterrollen, behov for flere disipliner som deler på ansvaret og en økning i antall stillinger. Her berøres flere generelle motstandsressurser; materielle, kognitive, verdimesse eller holdningsskapende, relasjonelle og makrososiokulturelle egenskaper ved skolehelsetjenesten (4).

MOTSTANDSRESSURSER. Styrking av GRR i skolehelsetjenesten kan bidra til å opprettholde og fremme helsen til individer som deltar i skolesamfunnet, og til å oppfylle målene i Otta-wacharterets hovedstolpe om «å styrke lokalmiljøets muligheter for handling» (8, s. 1). På individuelt nivå kommer både spørreskjemaet SOC og kartleggingsverktøyet GRR til nytte. GRR viser de generelle motstandsressurserne som bygger opp SOC, mens SOC måler opplevelsen av sammenheng i en persons liv. Jo sterkere SOC, jo bedre utgangspunkt for god helse (9). Ved å bruke GRR i kartlegging av behov og utarbeidelse av intervensjoner, og måling av SOC før og etter en intervensjon, kan effekten av tiltak måles. Er SOC styrket vil intervensjonen bidra til helsefremming.

SPIRAL. Salutogenese viser til livet som en spiral hvor stressorer fører til ny kunnskap som danner grunnlag for læring og styrking av SOC. En interaktiv prosess hvor aktiv deltakelse og bruk av SOC til refleksjon, kan styrke helsefremmende tanker og handlinger (4). En studie beskriver hovedfokus i en salutogen intervensjon som å øke personers bevissthet rundt eget potensial, interne og eksterne motstandsressurser som personlige kvaliteter, mestringsevne og sosial støtte, og evnen til å bruke sitt potensial til å øke mestring i dagliglivets kontekst (17). En sammenhengende og kollektiv strategi i helsefremmende skoler, som følges av aksjonsforskning for å måle aktiviteten (5), kan bidra til at elever og foreldre tør å si fra, og styrker

deres sjanser for å bli sett og hørt. SOC er prøvd ut på barn helt ned i tolvårsalderen, og barneutgaven, CSOC, kan brukes på barn helt ned i femårsalderen (18). Et instrument som kan følge elevene gjennom hele skolesettingen og følge helseutviklingen med forskning over lengre tidsperioder.

TVERRKULTURELT. SOC har også vist seg å være et tverrkulturelt anvendelig verktøy (9). Helsesøstre og andre aktører kan aktivt involvere seg i denne prosessen ved å bruke SOC og GRR som utgangspunkt for helsefremmende arbeid, hvor elever er deltakere i sin helsefrem-

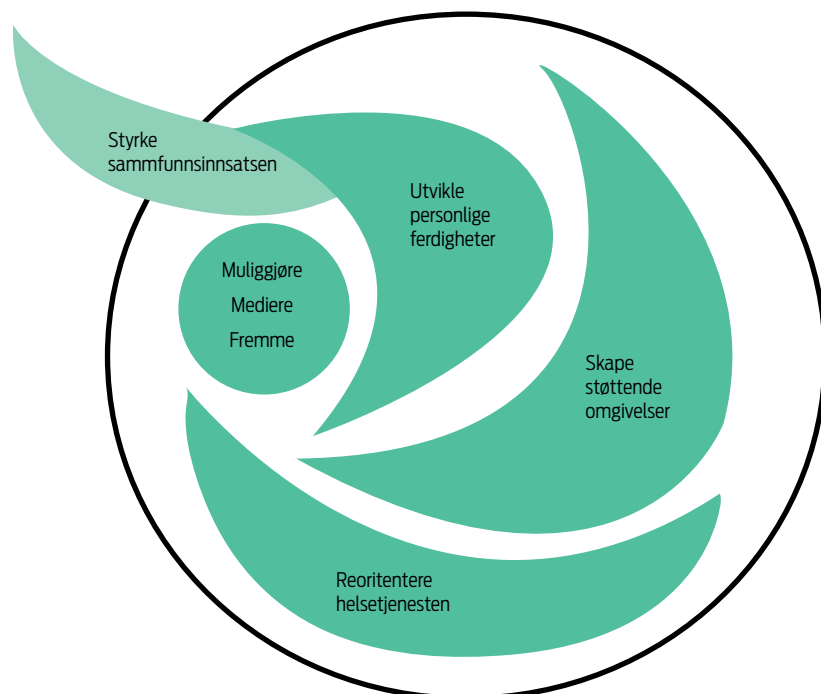
mingsprosess. WHO anbefalte en utdanningssetting i det underviste pensum, som kan ha en samordnet kapasitet i helsefremmende læring, livsførsel og arbeidsmetode (5). Forskning på SOC konseptet i undervisning sier at det viktigste er at elevene får

muligheten til å konstruere sitt eget tanke sett mot en sterkere opplevelse av realitet og forståelse. Læreprosessen blir en kontinuerlig interaksjon mellom eleven og lærestedet hvor forståelige og meningsfulle mønstre utvikler seg (19). Salutogenesen ser ut til å ha egenskaper for å følge opp retningslinjene fra WHO (5), utvikle en mer systematisk og konsistent bruk av folkehelseøkonomiske vurderinger av tiltak i skolehelsetjenesten (12), og oppfylle målene i to av Ottawa-charterets hovedstolper «å skape et støttende miljø» (8, s. 1) og «å utvikle personlige ferdigheter» (8, s. 1).

HELSE OG «WELL BEING». WHO sier at «well being» eksisterer i to dimensjoner, den subjektive og den objektive. Individets erfaringer med sitt eget liv – som kan sees i sammenheng med opplevelsen av sammenheng i livet (SOC), og en sammenlikning av livssituasjonen med sosiale normer og verdier

«Barnas eget lavterskel helsetilbud er grovt underprioritert i mange kommuner.»

Bygge offentlig helsepolitikk



Figur 1.

– som kan sees i sammenheng med generelle motstandsressurser (GRR). Helse og «well being» er interaktive og med noen felles determinanter; helse og sosiale systemer. Helse påvirker «well being», og «well being» kan forutsi noe om framtidig helse (16). Salutogenesen beskriver også helse som en interaktiv prosess som påvirker hvordan man oppfatter opplevelsen av sammenheng i livet (9), og mange av faktorene i de generelle motstandsressursene kan knyttes opp mot beskrivelser av settinger hvor helse skapes og opprettholdes (20). Gjennom «Helse for alle i 2020» ønsker man å utvikle en policy for hvordan samfunnet bruker midler på best mulig måte for å nå målet, og i denne sammenhengen er det viktig med en definisjon av og mål for «well being». (16). Etter salutogen tankegang kan «well being» være det å ha tilgang på tilstrekkelige generelle motstandsressurser (GRR), for å bygge helse og få en best mulig opplevelse av sammenheng i livet (SOC). WHO Regional

Office for Europe (2012) støtter bruken av helse og «well being» som mål i politikken, fordi de kan: 1) Gi evidens på mekanismer og verktøy som helsesektoren kan bruke for å forbedre «well being» i alle sektorer, 2) spre policy-relevant informasjon i samarbeidet med europeiske institusjoner eller andre medlemsland, og 3) undersøke hvordan «well being»-indikatorer bør tolkes og bli brukt i forbindelse med standardmål for dødelighet, sykkelighet og helsesystemets forbedring eller utvikling. «Well being»-indikatorer skal supplere heller enn å erstatte slike mål (16). Dette kan tolkes som en støtte til å bruke SOC og GRR fordi 1) de bidrar til evidens, 2) den tverrkulturelle anvendeligheten gjør at de kan brukes i alle land og kulturer og 3) de er verktøy som helsesektoren kan bruke til å forbedre helse og «well being». For eksempel i skolehelsetjenesten som er diskutert her.

KONKLUSJON. Salutogenesen ser ut til å ha egenskaper for å danne

en plattform for helsefremming i skolene. Nøkkelkomponentene, SOC og GRR, er verktøy som kan brukes for å finne områder som må styrkes i skolehelsetjenesten, og være utgangspunkt for reflekterende og støttende samtaler med elevene. De kan også bidra til å utvikle forståelige og meningsfulle forbindelser og utviklingstrekk mellom elev og lærested, og danne grunnlag for en sammenhengende og kollektiv strategi som kan følges av forskning. Vi mener aksjonsforskning vil være det mest effektive. Salutogenese kan også tilby mål på helse og «well being», ved at «well being» er det samme som å ha tilgang på tilstrekkelige generelle motstandsressurser (GRR) for å bygge helse og få en best mulig opplevelse av sammenheng i livet (SOC). Salutogenese kan bistå helsefremmende skoler og skolehelsetjenesten i arbeidet med å oppfylle de seks komponentene i retningslinjene fra WHO og hovedstolpene fra Ottawacharteret. ●

REFERANSER:

1. Barneombudet. Barneombudets fagrappport 2013. Helse på barns premisser. www.barneombudet.no. (26.9.2014)
2. Antonovsky A. The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health promotion international* 1996;11: 11-18.
3. Antonovsky A. *Unraveling the mystery of health*. San Francisco: Jossey-Bass Inc, & London: Jossey-Bass Limited, 1987.
4. Lindström B, Eriksson M. *The Hitchhiker's guide to Salutogenesis*. Health Promotion Research and the IUHPE Global Working Group on Salutogenesis (GWG-SAL), Helsinki: Folkhälsan Research Centre, 2010.
5. Whitehead D. The health promoting schools. What role of nursing? *Journal of Clinical nursing* 2006;15: 264-271.
6. Rasmussen V, Rivett D. The European network of health-promoting schools: an alliance and health, education and democracy. *Health Education* 2000;2:61-67.
7. ENHPS. The European Network of Health Promoting Schools, the alliance of education and health. <http://pgsaudemental.files.wordpress.com/2009/04/reeps.pdf> (Nedlastet: 3.10.14).
8. Helsedirektoratet. Helsefremmende arbeid. Publisert 29.03.2010 av Erik Iversen. <http://www.forebygging.no/Ordbok/F-K/Helsefremmende-arbeid/>
9. Antonovsky A. *Helsens mysterium*. Den salutogene modellen. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag, 2012.
10. ENHPS. Models of Health Promoting schools in Europe. Copenhagen: WHO regional office for Europe, 2002. [HTTP://www.schools-for-health.eu/uploads/files/Models_of_health_promoting_schools_in_Europe.pdf#page=67](http://www.schools-for-health.eu/uploads/files/Models_of_health_promoting_schools_in_Europe.pdf#page=67) (Nedlastet: 9.10.14).
11. The Scottish Government (2012) Getting it right for Children & Families. A guide to getting it right for every child. <http://www.scotland.gov.uk/Resource/0045/00458341.pdf> (3.10.14).
12. St.meld. nr. 34 (2012-2013). Folkehelsemeldingen. God helse-felles ansvar.
13. Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet. Satsing på barn og ungdom. Regjeringens mål og innsatsområder i statsbudsjettet 2014. <http://www.regjeringen.no/upload/BLD/Barn%20og%20Ungdom/Satsing> (26.9.2014).
14. Malterud K. Kvalitative metoder i medisinsk forskning. En innføring. Oslo: Universitetsforlaget, 2011.
15. Langaard K, Toverud R. (2010) Youth counselling in school health services: The practice of intentional attentiveness. *Vård i Norden* 2010; 30:32-36.
16. WHO. Regional office for Europe. The European Health Report 2012. Charting the way to well – being. [http://www.euro.who.int/\(1,10,2014\)](http://www.euro.who.int/(1,10,2014)).
17. Langeland E, Riise T, Hanestad BR, Nordtvedt MW, Kristoffersen K, Wahl AK. The effect of salutogenic treatment principles on coping with mental health problems. A randomised controlled trial. *Patient education and counseling* 2006;62: 212-219.
18. Margalit M. Loneliness and coherence among preschool children with learning disabilities. *Journal of learning disabilities* 1998; 31(2):173-180.
19. Lindström B, Eriksson M. From health education to healthy learning: implementing salutogenesis in educational science. *Scandinavian Journal of public health* 2011; 39:85.
20. Langeland E. Salutogenese og psykiske helseproblemer – en kunnskapsoppsummering. NAPHA (Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid). Rapport nr. 1/2014, s. 1-20.

FAGARTIKLER:

Fagartikler kan sendes til torhild.apall@sykepleien.no