

Helsefremmende arbeid: erfaringer og utfordringer



Helse og samfunn

 Norges forskningsråd | Forskningsprogrammer

© Norges forskningsråd
Idé, tekst og design: Fete typer
Trykk: Gamlebyen Grafiske as
ISBN 82-12-02283-8 (trykksak)
ISBN 82-12-02284-6 (pdf)
Opplag: 500 eks
Mars 2006

INNHOOLD

3	Forord
4	Forskning om helse og samfunn
6	Hva er sykdom?
9	Alle har lik rett på helse
12	Ikke ett fett hva du spiser
15	Sammen blir vi sterke
18	I love U 4 ever
21	Rusmiddelbruk – holdninger endres
24	Benbrudd i Oslo
26	Programstyrets sammensetning
26	Finansiering

Forord

Forskningsrådets program Helse og samfunn (2001–2005) hadde det ambisiøse målet å bygge opp og spre kunnskap om samfunnsmessige forhold som påvirker helse, samt utvikle virkemidler i det helsefremmende og sykdomsforebyggende arbeidet. Prosjektene som presenteres i denne brosjyren, viser både mangfoldet i tema, faglige tilnærminger og metodiske innfallsvinkler som kreves innen forskning om helsefremmende og sykdomsforebyggende arbeid. Men enda viktigere, presentasjonene viser med all tydelighet det positive endringspotensialet som ligger i dette arbeidet. Befolkningen i bydel Romsås i Oslo ble mer aktive, flere sluttet å røyke og befolkningen fikk en gunstigere helseprofil som følge av et målrettet tiltaksprogram. Tilsvarende dokumenteres at skoleungdom legger om både seksualvaner og kostvaner som resultat av helsefremmende arbeid i skolen. Folkehelsepotensialet er stort om slike forskningsbaserte tiltak innarbeides i faste rutiner og gjennomføres i stor målestokk.

Samtidig peker resultatene fra programmets forskning på utfordringen som ligger i at vilkårene for det helsefremmende og sykdomsforebyggende arbeidet stadig endres, blant annet gjennom økt globalisering og at folks normer, preferanser og verdier endres. Politiske beslutninger innen ulike sektorer kan ha store, indirekte folkehelsekonsekvenser. Politikk-nærhet, endrede forutsetninger og stor ulikhet i helse også i den norske befolkningen representerer store forskningsmessige utfordringer. Dette illustrerer tydelig behovet for fortsatt og økt forskningsinnsats omkring helsefremmende og sykdomsforebyggende arbeid.



Knut-Inge Klepp
programstyreleder

Forskning om helse og samfunn

Kosthold, rusmiddelbruk og seksualitet kan ha konsekvenser for vår helse. Men handlingene våre inngår alltid i en sammenheng. De er meningsbærende og i kontinuerlig forandring. Hvilke rusmidler vi bruker, hvem vi har sex med og hva vi spiser forteller noe om hvem vi er, hvor vi kommer fra og hvilken tid vi lever i.

Hovedmålet for forskningsprogrammet Helse og samfunn har vært å bygge opp kunnskap om tiltak som kan virke helsefremmende og forebyggende på sykdommer som har sammenheng med sosiale, økonomiske og kulturelle forhold.

Tre stikkord har vært gjennomgående for forskningen: forebyggende helsearbeid, kulturelle perspektiver og deltakelse.

Forebyggende helsearbeid

Årsakene til mange helseproblemer er tilstrekkelig godt kjent til at forebyggende tiltak kan foreslås. Likevel er ikke kunnskap om hva som forebygger sykdom i seg selv noen garanti for at rådene blir fulgt. Kunnskapen når ikke fram til alle, eller folk tar ikke hensyn til den. Det er stor sosial ulikhet i helse


og også stor sosial ulikhet i holdning til helseinformasjon. Derfor var det viktig å sette i gang forskning omkring iverksetting av forebyggende tiltak, både for å identifisere effektive strategier, men også for å studere hvordan de påvirkes av ulike samfunnsmessige forhold.

Forskning på årsaker til sosiale helseforskjeller har vært lite, spredt og usystematisk her i landet. Spesielt har vi visst lite om hvilke forebyggende tiltak som er meningsfulle under norske forhold, hvilke som virker helseutjevne og hvilken utforming som gir best resultater i forhold til en helsepolitisk målsetting om utjevning. For eksempel kan informasjonskampanjer gi økt gjennomsnittlig effekt, men øke forskjellen mellom individer.

Kulturelle perspektiver

Mange av de fenomener som har avgjørende betydning i det helsefremmende og sykdomsforebyggende arbeidet, skyldes kulturelle faktorer. Med kulturelle faktorer mener vi her fortolkningsmønstre, holdninger, forestillinger, tegn, symboler, normer og verdier.

Helsefremmende og sykdomsforebyggende arbeid må søke de beste tilgjengelige forklaringer på hvorfor folk tenker



og handler som de gjør når det gjelder helse og sykdom. Flere av prosjektene i programmet har reist spørsmål som: Hvordan opplever folk sykdom, eller møtet med helsevesenet? Hvilke tanker gjør de seg om begreper som sykdom, sykdomsrisiko, helse og helbredelse? Hvordan formes oppfatninger om og opplevelser av sykdom og helse i samhandling med andre? Hvordan og hvorfor varierer slike oppfatninger mellom forskjellige grupper, og hvordan påvirker de sykdoms- og helserelatert adferd?

Betingelsene for god helse, helseproblemers utbredelse, helserelatert atferd og opplevelse av sykdom og helse varierer med kjønn, sosioøkonomisk status og etnisk bakgrunn. Å finne årsaker og mekanismer bak slike ulikheter er viktig, ikke minst fordi det i stor grad dreier seg om forskning på grupper som det helsefremmende og sykdomsforebyggende arbeidet bare i liten grad har maktet å nå fram til. Kjønn, sosial ulikhet og marginalisering har derfor vært sentrale brennpunkter for programmets forskning.

Deltakelse

De sosiale arenaer og fellesskap befolkningen deltar i til daglig, slik som familie, skole, arbeidssted og nærmiljø,

har stor betydning for mestring og livskvalitet. Sannheten om hvordan livet skal leves tilhører ikke ekspertene alene. I et samfunn hvor verdipluralisme er et kjennetegn, må velferdsstatens organisasjoner bidra til å ivareta det kunnskapsmessige mangfold. Dette innebærer at befolkningens hverdagskunnskap må få en styrket plass i forskning om helse og samfunn.

For forskerne har det vært en utfordring å forstå de prosesser som fører til at målgruppene selv er med og tar ansvar over tid for forhold som påvirker egen helse. Det har også vært viktig å belyse hvordan velferdssamfunnets organisasjoner og befolkningen kan samarbeide for best mulig å fremme folkehelsen. Dette krever et helhetsperspektiv, der individuelle forskjeller, samspill mellom mennesker og mellom mennesker og samfunnets organisasjoner og institusjoner studeres.

Tematisk har programmet spent vidt. I dette heftet presenterer vi resultater fra et utvalg prosjekter som har sett på sammenhengen mellom helse og rus, kosthold og seksualitet. I tillegg presenteres noen prosjekter som ser på betydningen av sosial ulikhet og mer overordnede kulturelle perspektiver på helse og sykdom.

Hva er sykdom?

Hva som oppfattes som sykt eller friskt styrer helsepolitikken og helsevesenet. Men begrepet «sykdom» er ikke entydig. Sykdomsbegrepet er ikke bare et vitenskapelig, men også et sosialt anliggende.

«Forskerne tror framtidig medisin vil gå dypere inn i forståelsen av hva legekunst egentlig er og finne tilbake til en kunnskapsbasis som integrerer vitenskap og kultur. Den enkelte pasient vil stå i fokus igjen.»

Forskere ved Senter for medisinsk etikk ved Universitetet i Oslo har undersøkt oppfatninger om sykdom gjennom historien. Helse er nært knyttet til en oppfatning om «det gode liv», og derfor et normativt anliggende. Debatten omkring sykdomsbegrepet er derfor av grunnleggende praktisk og teoretisk betydning mener forskerne. Det at noe er en sykdom, identifiserer en forpliktelse til å gjøre noe. Forskerne trekker frem ulike situasjoner der sykdomsbegrepet gis en viktig rolle, der begrepet kvalifiserer graden av hjelp den syke skal motta. De reiser spørsmålet om det norske sykdomsbegrepet har noen relevans i det moderne helsevesenet. Kanskje er det for upresist. Et mer differensiert vokabular, slik en har på engelsk, vil skille bedre mellom «sykdom», «skade», «kronisk tilstand», «alminnelig tilstand», «infeksjoner» og «sosial sykdom».

Verdinøytral medisin?

Forskerne mener det ikke er gitt at framtidens medisin vil være mer avansert og kompleks enn dagens. Den teknologiske medisins høye kostnadsnivå, de globale ressursbegrensningene samt kortsiktige politiske beslutningsperspektiver tvinger oss til å prioritere. Vi må søke enheter, forståelsesmodeller og teknologiske løsninger som er langt mindre ressurskrevende enn dagens.

Den «verdinøytrale» teknologiske medisin synes å møte en rekke etiske utfordringer. Moderne medisin er beskyldt for overbehandling og somatisering. Imperativet er at «alt som kan gjøres, skal gjøres». Forskerne tror framtidig medisin vil gå dypere inn i forståelsen av hva legekunst egentlig er og finne tilbake til en kunnskapsbasis som integrerer vitenskap og kultur. Den enkelte pasient vil stå i fokus igjen. Kanskje man i fremtiden vil trekke veksel på en antikk erkjennelse: «Vi skal unngå å forverre sykdommer som ikke er særlig alvorlige ved å behandle dem med medisiner».

Kritisk søkelys på risiko og kunnskap

Helsekameratene er en flerfaglig gruppe av forskere fra ulike fag og forskningsfelt med felles interesse for forskning om helse og sykdom i kulturelt perspektiv. Forskergruppen, har vært tilknyttet Rokkansenteret og har studert forholdet mellom eksperter og legfolks forståelse av risiko og trygghet. Spesielt har søkelyset vært rettet mot kunnskapsproduksjon, politikktutforming, forebygging og samspillet mellom eksperter og pasienter eller brukere.

Forskergruppens medlemmer representerer fagfeltene historie, etnologi, sosialantropologi, statsvitenskap, sosiologi og allmennmedisin. Gjennom tema som psykiatridhistorie, reproduksjon og kvinners helse har kulturens rolle

«Vi skal unngå å forverre sykdommer som ikke er særlig alvorlige ved å behandle dem med medisiner»

i sykdomsforståelse og risikohåndtering vært undersøkt. Helsekameratenes virkemidler har vært miljøbygging, rekruttering og utadrettet virksomhet. Forskergruppen har sammen utgitt boken *Helsebilder*, som handler om hvordan billedliggjøring i helsefeltet gjennom kampanjer og markedsføring avspeiler og former den kulturelle forståelsen av sunnhet og sykdom.

En doktorgradsavhandling om normalitetens historie, belyst ved historiske studier av sinnssykdom, er et

annet konkret resultat av Helsekameratenes virksomhet. I perioden ble det i tillegg holdt over tjuet fem seminarer, konferanser og workshops, samt en rekke lunsjseminarer der doktorgradsstudenter og andre forskere har presentert sine søknader, prosjekter og aritkkelutkast. Analyser er videreført i et oppfølgingsprosjekt som har rettet søke-lyset mot sykdomsforebygging ut fra en kritisk forståelse av risiko og helseressurser med vekt på den utsattes eget potensial til å vende sårbarhet til styrke.

PROSJEKT: Sykdomsbegrep mellom vitenskap og kultur.

PROSJEKTLEDER: Jan Helge Solbakk.

PROSJEKTDELTAKER: Bjørn Hoffmann.

PROSJEKT: Rammebevilgning – Oppbygging av forskningsmiljøet Helsekameratene i Bergen.

PROSJEKTLEDER: Kari Tove Elvebakken.



Alle har lik rett på helse ›

Rettferdighet og likhet er viktige verdier i norsk helsepolitikk. Tilgjengeligheten og kvaliteten på helsetjenester skal derfor være uavhengig av bosted, sosial tilhørighet, kjønn og alder.

«Til tross for en betydelig velstandsutvikling i etterkrigstiden, har sammenhengen mellom bosted og helse holdt seg stabil.»

Er det en sammenheng mellom pasienters sosiale og økonomiske posisjon og deres erfaringer med og vurderinger av behandlingen de har fått ved norske, offentlige sykehus? Dette ville forskere ved Høgskolen i Oslo finne ut. Prosjektet er basert på en spørreskjemaundersøkelse blant behandlede sykehuspasienter.

Undersøkelsen viser at det er liten forskjell i den informasjonen folk mener de får. Pasienter som er syketrygdet er likevel mer fornøyd med informasjonen enn andre pasientgrupper. Utdanning synes ikke å ha betydning for hvordan pasientene vurderer informasjonen, men pasienter med lav utdanning er mer fornøyd med sykehusoppholdet enn pasienter med høyere utdanning. For pasienter med høy utdanning er det opplevelsen som har mest å si for hvor fornøyd de er.

Selv om undersøkelsen gir kunnskap om hvordan pasienter i ulike utdanningsgrupper opplever sykehusoppholdet, gir den ikke grunnlag for å si om forskjellene i opplevelsen av oppholdet på sykehuset kan knyttes til behandlingen eller ulike forventninger. Kvalitativ analyse vil kunne avdekke viktig informasjon om samspillet mellom pasientgrupper og pleiepersonell.

Røykeloven og brune kafeer

Da røykeloven ble innført, var det enkelte som mente den ville ta knekken på de «brune» kafeene og sende stamgjestene ut i ensomhet. Et prosjekt ved NOVA viser at røykeloven ikke har hatt den effekten. 30 stamgjester ble intervjuet før og etter røykeloven ble innført 1. juni 2004. Intervjuene og feltarbeidet viste at de røykende stamgjestene ikke ga inntrykk av å være ressursvake personer som led spesielt verken sosialt eller personlig, av røykeforbudet. Det var motstand og kritikk av røykeforbudet blant stamgjestene, men forbudet ble respektert. Vanen med å gå ut for å ta en blås ble fort etablert, men noen sa at de røykte mindre enn før. Det var få av stamgjestene som kuttet røyken som en følge av røykeforbudet.

Regional ulikhet i dødelighet

Hvorfor er forskjell på dødeligheten i ulike regioner? Det var temaet for et annet prosjekt ved NOVA. Hypotesen var at stor inntektsulikhet i et geografisk område har en spesiell negativ effekt på dødelighetsnivået, i tillegg til de individuelle faktorer som påvirker dødsrisiko. Analysene av datamaterialet som innbefatter hele befolkningen i 1993

ga støtte til denne hypotesen. Analysen viste en tendens til at dødeligheten steg jo høyere inntektsulikheten var i regionen. Denne effekten av regional inntektsulikhet viste seg å være sterkere for de med lav utdanning og lav personinntekt, mens høystatusgruppens dødelighet i mindre grad var relatert til inntektsulikheten i bostedsregionen. Hva som forårsaker dette statistiske mønsteret er ikke fastslått. Dette spørsmålet vil prosjektet arbeide videre med.

Bosted går på helse løs

Til tross for en betydelig velstandsutvikling i etterkrigstiden, har sammenhengen mellom bosted og helse holdt seg stabil. I Oslo har skillet mellom fattig og rik tradisjonelt gått langs Akerselva, og fremdeles er dødeligheten 36 prosent høyere på østkanten enn på vestkanten. Forskere fra Instituttgruppen for samfunnsmedisinske fag ved Universitetet i Oslo undersøker nå hvordan det sosiale og det fysiske miljøet påvirker helse, og om bostedsmiljøet har en selvstendig effekt på helse. De vil også forsøke å finne ut hvilke miljøaspekter som er de viktigste. Prosjektet avsluttes i 2007, og er et uavhengig prosjekt innenfor forskningsområdet «Storbyhelse».

PROSJEKT: Sosial ulikhet i erfaringer og tilfredshet blant sykehuspasienter.

PROSJEKTLEDER: Espen Dahl.

PROSJEKT: Sosial ulikhet i helse: Miljøstøtte og prosjektstøtte.

PROSJEKTLEDER: Jon Ivar Elstad

PROSJEKT: The influence of the physical and the social environment on morbidity – a population based on multilevel study in Oslo, Norway.

PROSJEKTLEDER: Bjørgulf Claussen.

PROSJEKTDeltakere: Fredrik Niclas Piro og Øyvind Næss.

Ikke ett fett hva du spiser

Spisevaner kan ha store konsekvenser for helsen. Men mat handler ikke bare om god og dårlig ernæring. Hva vi spiser, hvor mye vi spiser og når vi spiser er også et uttrykk for vane, tradisjon og kultur. Kunnskapen om slike sammenhenger er viktig i forskningen om mat og helse.

«Mat er noe vi stort sett lager og spiser mens vi er friske, men samtidig med en bevissthet om konsekvensene spisingen har for fremtidig helse.»

Det er bred enighet om at nordmenn bør spise mer frukt og grønnsaker for å forebygge sykdom og for tidlig død. Gode vaner etablert i barndommen øker sjansene for at en spiser sunt også som voksen. Avdeling for ernæringsvitenskap, ved Universitetet i Oslo har utviklet pedagogiske tiltak som kan bidra til å øke frukt og grønnsaksspisingen blant skolebarn. 38 skoler deltok i prosjektet. På ni av skolene fikk elevene gratis frukt i et helt skoleår. Like mange skoler deltok, og måtte betale et abonnement 2,50 kroner per dag. I tillegg deltok 20 kontrollskoler.

Forsøket viser at barn spiser mer når frukt og grønt når det er tilgjengelig både på skolen og hjemme. På skolene med gratis frukt spiste barna nesten en porsjon mer frukt enn tidligere per skoledag. Det gjaldt alle barn, uavhengig av kjønn, sosial klasse og tidligere inntak. Samtidig spiste barn av foreldre med lav utdanning mindre snop, brus og potetgull.

Der abonnement på skolefrukt ble tilbudt økte inntaket blant elever som abonnerte sammenlignet med de som ikke abonnerte. Abonentene spiste sunnere – mer frukt og grønnsaker og mindre usunn snacks – før ordningen startet også. Forskerne tror barna som abonnerer kanskje er en spesielt motivert gruppe.

Spis og bli mett

Forskere ved Statens institutt for forbruksforskning har undersøkt hvordan arbeidsforhold og livsstil påvirker helsevaner og helseoppfatninger hos menn i forskjellige yrker, og hvordan de opplever barrierer for helsevaner knyttet til ernæring og fysisk aktivitet.

De 46 mennene i den kvalitative undersøkelsen var snekkere, sjåfører og ingeniører i alderen 35 til 57 år, bosatt i Oslo. Mennene, som fikk spørsmål om hverdagsliv, mat, arbeid og helsevaner, beskrev spising som en rutine, noe de gjorde for å bli mett. De satte pris på mat som helgekos, nytelse og smaksopplevelse, men maten de spiste var ikke noe signal om ulikhet og identitet. Kunnskapen fra prosjekt vil bli brukt til planlegging og iverksetting av forebyggende helsetiltak.

Spis i dag, for i morgen blir du syk

Mat er noe vi stort sett lager og spiser mens vi er friske, men samtidig med en bevissthet om konsekvensene spisingen har for fremtidig helse. Forskere ved Institutt for allmenn- og samfunnsmedisin, ved Universitetet i Oslo skal i perioden 2005 til 2008 undersøke kulturelle og sosiale fenomen knytte til at vi i økende grad tenker på maten som noe som sikrer helse og forebygger sykdom.

Studien retter oppmerksomhet mot de sosiale og kulturelle dimensjonene ved det å spise eller lage mat til seg selv og/eller andre i den hverdagslige konteksten, og i forhold til festmat og fritidsmat. Forskerne ser også på historisk praksis rundt det å behandle mat som en medisinsk substans, og hvilken betydning helsefokuset på maten har for rollen og erfaringen ved å være den som sørger for maten til seg selv og/eller andre mennesker.

Bare barnemat?

Et stadig mer internasjonalt matvaremarked skaper utfordringer for helsepolitikken. Forskere ved Stein Rokkan senter for flerfaglige samfunnsstudier og Universitetet i Bergen, undersøker i perioden 2004 til 2007 hva som kjennetegner en prosess hvor en flernasjonalt bestemmelse om næringsmidler skal innlemmes i norsk lovgivning.

EUs barnematdirektiv ble vedtatt i 1996 og skulle innlemmes i EØS-landenes næringsmiddelovgivning. Direktivet åpner for, og krever, berikelse av barnemat med vitaminer og næringsstoff. Spørsmålet om innlemelse av barnematdirektivet i norsk lovgivning utviklet seg til en dispuitt preget av politisk, juridisk og helsefaglig argumentasjon.

Av hensyn til barnehelsa var det et ønske å videreføre opprinnelig norsk praksis når det gjelder barnemat, med krav om påvist ernæringsmessige behov for berikingen. Holdningen ble støttet av forbrukermyndighetene og faglig ekspertise. I februar 2002 ble det meldt om at barnematdirektivet skulle innlemmes i EØS-avtalen. Dette forskningsprosjektet stiller spørsmålsteget ved hva matkontroversen dreide seg om. Hva var de ulike aktørenes rolle i prosessen rundt direktivet? Og hva tas hensyn til når en slik matbestemmelse vedtas?

PROSJEKT: Evaluering av tiltak for å øke forbruket av frukt og grønnsaker blant skolebarn.

PROSJEKTLEDER: Knut-Inge Klepp.

PROSJEKTDeltakere: Elling Bere, Mona Bjelland.

PROSJEKT: Menn, yrkesgruppe og helselivsstil: En kvalitativ studie.

PROSJEKTLEDER: Gun Roos.

PROSJEKTDeltaker: Margareta Wandel.

PROSJEKT: Pharmacologization of food and feeding: an ethnographic study of everyday food in transition.

PROSJEKTLEDER: Anne-Lise Middelthun.

PROSJEKT: Kontroverser om barnemat – kunnskap, risikoforståelse og politikk.

PROSJEKTLEDER: Grethe Halvorsen.



Sammen blir vi sterke >

Det er mulig å endre vaner, selv om det kan være vanskelig alene. Med litt hjelp går det lettere. Å komme i bedre fysisk form er en måte å få mer overskudd i hverdagen, og bedre helse på.

«Resultatene viser at det med lave kostnader er mulig ikke bare å endre folks holdninger, men også faktisk atferd og biologiske risikofaktorer gjennom befolkningsrettede tiltak i et lokalsamfunn.»

Det har lenge vært kjent at lite fysisk aktivitet øker risiko for sykdom og tidlig død. Men vi vet mye mindre om hvordan man skal motivere folk til økt fysisk aktivitet. I bydel Romsås i Oslo var det høy dødelighet av hjerte- og karsykdom gjennom 1990-årene. Mange av beboerne var dagligrøykere, og få var regelmessig fysisk aktive.

Helsetjenesten i bydel Romsås tok derfor initiativ til MoRo-prosjektet (Mosjon på Romsås), et samarbeid med Norges idrettshøgskole, Nasjonalt Folkehelseinstitutt og Fakultetsdivisjon Aker Universitetssykehus ved Universitetet i Oslo. Målsettingen var å fremme fysisk aktivitet i bydelen og evaluere tiltakene.

I 2000 ble befolkningen i Romsås og Furuset bydeler i alderen 30-67 år invitert til en helseundersøkelse, med spørreskjema, fysisk undersøkelse og blodprøver. For å kunne studere effekten av forsøket, ble intervensjonstiltak satt i gang på Romsås, men ikke på Furuset, og Helseundersøkelsen gjentatt i 2003 i begge bydeler.

Tiltakene var lagt opp for å øke bevisstheten om og endre kunnskaper og holdninger til fysisk aktivitet, men også for å utløse mestringsforventninger, opplevelse av kontroll, muligheter og sosial støtte for å være fysisk aktiv. Det ble satt i gang gratis mosjonstilbud med gåturer og innetrim, og en Folkesti og turløyper ble merket for å gjøre det lettere å være fysisk aktive i hverdagen.

Etter prosjektet var andelen fysisk inaktive redusert med 25 prosent på Romsås, mens mosjonsvanene endret seg lite i bydel Furuset. Gjennomsnittsvekten økte mindre og andelen av befolkningen som gikk opp i vekt var også halvert på Romsås sammenlignet med bydel Furuset. Tiltakene hadde også positiv effekt på blodtrykk, fettstoffer og glukose i blodet. Flere sluttet også å røyke.

Resultatene viser at det med lave kostnader er mulig ikke bare å endre folks holdninger, men også faktisk atferd og biologiske risikofaktorer gjennom befolkningsrettede tiltak i et lokalsamfunn. Få andre studier kan vise til tilsvarende resultater. Mosjonstiltakene fortsetter nå i regi av Frivillighetssentralen og Idrettslaget i bydelen.

Få bedre helse inn med skolemelka

Helsefremmende tiltak i barn og voksne sin hverdag kan bidra til at man øker bevisstheten og opplevelsen av både seg selv og hverdagen. HEMIL-senteret, ved universitetet i Bergen har sett på betydningen av å fremme elevenes psykososiale arbeidsmiljø. Forskerne har evaluert prosjektet Helsefremmende skoler, der 10 norske skoler i perioden 1994 til 1997 har arbeidet med helsefremmende tiltak. Evalueringsdata fra blant annet elever i 5. – 10. klasse dannet utgangspunktet for prosjektet. Resultatene viser at elever som opplever lav innflytelse og generelt liker seg dårlig på

skolen, røyker og drikker mer enn elever som har positive skoleopplevelser. Videre rapporterer disse elevene lavere livskvalitet og flere helseproblemer. Noen skoler oppnådde positiv endring på satsningsområder som fysisk aktivitet og mobbing. Et par skoler arbeidet systematisk med en bredere tilnærming for å fremme trivsel på klasse- og skolenivå, og disse oppnådde også en positiv utvikling på dette feltet.

Prosjektet har analysert hvilke faktorer som er viktige for vellykket implementering av helsefremmende tiltak i

skolen. Ledelsens rolle er avgjørende. Dessuten bør hele skolen utvikle eierskap til problemstillingene det arbeides med. Det må skje endringer i personalets holdninger og praksis, og endringer i elevenes skolemiljøopplevelser og helseatferd. Konklusjonen er at systematisk tiltaksarbeid som integreres på alle nivåer i skolen har potensial i seg til å bidra til endring i læreres praksis og elevers atferd og opplevelse.

PROSJEKT: MoRo – prosjektet (mosjon på Romsås) – En prospektiv evaluering av en lokal intervensjon med sikte på å fremme fysisk aktivitet i bydelen.

PROSJEKTLEDER: Roald Bahr

PROSJEKT: Romsåsprosjektet. Diabetes og hjerte-/ karsykdom i en multietnisk befolkning i Oslo øst – en livsstilsintervensjonsstudie.

PROSJEKTLEDER: Kristian Hanssen

PROSJEKTDeltaker: Anne Karen Jenum

PROSJEKT: Helsefremmende arbeid i skolen: betydningen av å fremme elevenes psykososiale arbeidsmiljø.

PROSJEKTLEDER: Bente Wold

PROSJEKTDeltaker: Oddrun Samdal



I love U 4ever

Blant ungdom er det de ivrigste brukerne av mobil og sms, som samleiedebuterer først. Mobiltelefon gjør det ikke bare lettere å etablere og opprettholde kontakt med venner og kjæreste, den senker også terskelen for sjekking, flørt og seksuelle tilnærmelser.

«Unge som har fått seksualundervisning bruker oftere prevensjon når de samleiedebuterer enn unge som ikke har fått opplæring. Det viser en studie Folkehelseinstituttet har gjort.»

Forskere ved Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring (NOVA) har fulgt to utvalg av norsk ungdom (ca. 11000 i alderen 13 -19 år) med ti års mellomrom (1992 og 2002). Prosjektet beskriver unge menneskers seksuelle livshistorie, fra tidlige tenår til ung voksen alder.

Tidligere debut

Studien viser at debutalderen har sunket et helt år for jenter i løpet av siste tiårsperiode, mens endringene for gutter er mindre. Oralsex introduseres omtrent samtidig som samleie. Jenter og gutter har like stor sannsynlighet for å gjøre seksuelle erfaringer uten faste kjærlighetsforhold.

Forskerne avliver myten om at ungdom er mer multi-seksuelle enn før. Mange jenter og noen gutter kliner med ungdom av samme kjønn, men det gjøres mest som en parodisk imitasjon. Mye tyder på at homoseksualitet fremdeles er mye mer truende og potensielt i konflikt med tradisjonelle kjønnsroller for gutter enn hva de er for jenter.

Noe av det mest overraskende forskerne fant var at de som var hyppige brukere av mobiltelefon hadde mye høyere sannsynlighet for å gjøre seksuelle erfaringer enn de som brukte mobiltelefonen sjeldnere. Mobiltelefonen gjør ungdom mer tilgjengelig for kontakt, skaper større fleksibilitet og gir mobilitet. Sms åpner nye muligheter for flørt, sjekking og erotiske tilnærmelser. Dristigheten og åpenheten øker.

Seksualundervisning hjelper

Unge som har fått seksualundervisning bruker oftere prevensjon når de samleiedebuterer enn unge som ikke har fått opplæring. Det viser en studie Folkehelseinstituttet har gjort.

Forskerne ønsket å kartlegge effekten av seksualundervisning for å forebygge uønsket graviditet blant ungdom. I 1999 gikk man inn med seksualundervisning i tiendeklasser i Nordland fylke. Budskapet var at prevensjonsbruk både er et felles ansvar, og et ansvar den enkelte har for seg selv.

«Jenter skal ha lov til å nyte sin egen seksualitet, og gutter lov til å sette ord på følelsene sine.»

Det ble lagt vekt på å formidle et positivt syn på sex, der jenter skal ha lov til å nyte sin egen seksualitet, og gutter lov til å sette ord på følelsene sine. Opplegget gjorde også angrepillen kjent for jenter og kondomer mer tilgjengelig for gutter. Hovedmålet med tiltaket var å undersøke om undervisningsopplegget ville få flere ungdommer til å bruke prevensjon.

Prosjektet fulgte ungdommene i en periode på halvannet år. Studien viser at det gav et positivt utbytte å drive seksualundervisning i skolen. 85 prosent av jentene og 68 prosent av guttene brukte prevensjon ved første samleie

i gruppen som hadde fått undervisning. I kontrollgruppen var tilsvarende tall 50 og 33 prosent. Hvis lærerne og helsearbeiderne hadde fått skolering og blitt motivert i forkant av undervisningen, ville effekten vært enda større, mener forskeren.

Forskeren studerte også i hvilken grad de unge følte at de mestret de seksuelle situasjonene og hvorvidt de opplevde sexpress. Når ungdommene følte at de kunne stoppe et samleie og føle intimitet med partneren, dess lavere var sannsynligheten for det å ha blitt presset seksuelt.

PROSJEKT: Ungdoms seksualitet: En prospektiv, longitudinell studie med vekt på forskjeller etter kjønn.

PROSJEKTLEDER: Willy Pedersen.

PROSJEKT: Effekt av intervensjon for å forebygge uønsket svangerskap blant ungdom. En randomisert, prospektiv intervensjonsstudie.

PROSJEKTLEDER: Bente Træen



Rusmiddelbruk – holdninger endres ›

Alkohol og andre rusmidler gir folk nytelse, glede og rus. Men de er også årsak til mange sosiale og helsemessige skader.

«Idag oppfattes avholdsbevegelsen som gammeldags, og vindrikkere som forvaltere av smak og gastronomi»

Et glass vin er for noen gift, for andre et uttrykk for kultur, smak og nytelse. Forskere ved Senter for studier av teknologi, innovasjon og kultur (TIK) har sett på endringer i alkoholkulturen gjennom det forrige århundre. Synet på alkoholdholdige drikkevarer har vært delt gjennom hele perioden. På første halvdel av 1900-tallet dominerte avholdsbevegelsen, med sin argumentasjon om at alkoholen virket ruinerende på den som drakk og dennes nærmeste omgivelser. Senere, når brennevin gradvis ble avløst av vin, ble holdningen endret. Vin var først en borgerlig og dyr drikk, men fra 60-tallet ble den oppfattet som folkelig, lett og rimelig. I dag oppfattes avholdsbevegelsen som gammeldags, og vindrikkere anerkjennes som forvaltere av smak, kultur og gastronomi. Blant vinkjennere dominerer likevel en viss puritanisme, mener forskerne. Vin skal helst nytes sammen med god mat, ikke brukes som et rusmiddel.

Narkotika blir også folkelig

Forskningen viser at alkoholkonsumet og narkotikabruken blant ungdom har økt de siste årene. Ett av syv barn mellom 13 og 15 har fått alkohol fra foreldrene det siste året. Nye narkotiske stoffer har blitt introdusert, og brukerne beskrives som vanlige, ressurssterke ungdommer. Alkoholpolitikken har også blitt mer liberal.

Forskere ved Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring (NOVA) har tatt for seg trender innen rusbruk blant ungdom. Ferske data fra en nasjonal studie av ca. 12000 ungdommer (13-19 år) har blitt analysert

opp mot en tilsvarende undersøkelse fra 1992. Prosjektet har undersøkt i hvilken grad narkotikabruk er i ferd med å bli normalisert.

Prosjektet har kartlagt tilgjengelighet av alkohol blant ungdom under 18 år og ungdoms oppfatning av illegale stoffer. Oppdatert, forebyggingsrelevant kunnskap om ungdom og rus er et interessant utbytte for prosjektet. Forskerne mener debatten om ungdom og rus er unyansert. Blant annet sier de at ungdoms bruk av hasj sjelden skaper problemer. Skadepotensialet er større når det gjelder alkohol. Bruken av narkotika er heller ikke så utbredt som de unge selv tror. Det er store forskjeller på antatt bruk og faktisk bruk av illegale stoffer, viser undersøkelsen.

Vår ruskultur er norsk

Også personer som kommer fra land hvor rusmisbruk er fordømt eller langt mindre utbredt rekrutteres til rusmiljøene. Men rusmiljøet er ikke mer aksepterende enn andre miljøer. En studie basert på seks personer med innvanderbakgrunn og tilhørighet i et heroinmiljø i Norge, viser at de forblir definert som «utlendinger» av andre i rusmiljøet, selv om de inngår i en norsk ruskultur. Informantene har gjennomgått en læringsprosess som har med deltakelse i norsk kultur å gjøre. De har lært seg rollene i rusmiljøene, og de har lært om det norske storsamfunnet. Likevel viser feltarbeidet at de i rusmiljøene ble rammet inn av den grunnleggende kategoriseringen som skiller mellom det å være norsk versus utlending.

Kunnskapsbasert narkotikapolitikk

Forholdet mellom kunnskap og politikk i norsk narkotikapolitikk er studert ved Rokkansenteret. Dette er en historisk studie som dekker perioden fra 1960 frem til i dag. Studien viser at forvaltningen helt fra starten prøvde å etablere et forskningsmessig grunnlag for tiltakene på feltet. Likevel har den folkelige fornuft og en sterk offentlig avvisning preget politikken frem mot slutten av 1990-tallet.

De seinere åra er preget av en tydeligere profesjonalisering av både behandling og forebygging av narkotikaproblemer. Det er etablert et bredere spekter av ulike løsningsmodeller på det narkotikapolitiske feltet. På tross av økt mangfold representerer forskningen fortsatt en form for liberal opposisjon til kravet om en entydig og effektiv narkotikapolitikk.

Hvorfor blir vi avhengige?

Folkehelseinstituttet, avdeling for rettsstoksikologi og rusmiddelforskning, har forskningsresultater som åpner for en

ny måte å forstå ruseffektene og det avhengighetsskapende potensialet til morfin. Forskerne har studert atferden til mus etter at de har inntatt morfin eller morfins nedbrytningsstoffer.

Musene reagerer med økt aktivitet, noe som sannynligvis har sammenheng med den stimulerende effekten rusmiddel har på hjernen. Man kan antagelig si noe om stoffets ruspotensial og om risiko for gjentatt bruk ved å studere aktivitetsøkningen etter et rusmiddel. Hos mennesker dannes to nedbrytningsstoffer etter inntak av morfin. Det ene stoffet har sterkere avhengighetsskapende virkning enn selve morfins. Dette biproduktet fører til økt følsomhet for rusmiddelets virkning, det vil si at rusmiddelets effekt forsterkes ved gjentatt inntak. Følsomhet for stoffet antas å bety mye for utvikling av avhengighet. Dette kan få betydning for behandling av pasienter som får morfinbehandling eller som er avhengig av heroin.

PROSJEKT: Vinen og folkehelsen – endringer i det alkoholpolitiske regimet i Norge, fra 1960 og frem til i dag

PROSJEKTLEDER: Sissel Myklebust

PROSJEKTDeltaker: Olav Nærland Hamran

PROSJEKT: Nye tider, nye trender – og nye grep? Om ungdom og rus i et nytt årtusen

PROSJEKTLEDER: Hilde Elisabeth Pape

PROSJEKT: Innvandrerungdom og rusbruk

PROSJEKTLEDER: Unni Wikan

PROSJEKTDeltaker: Geir Moshuus

PROSJEKT: Kunnskapsbasert? Politikkutforming og kunnskapsleveranser i norsk narkotikapolitikk.

PROSJEKTLEDER: Svanaug Fjær

PROSJEKT: Virkninger av morfinglukuronider knyttet til utviklingen av avhengighet med spesiell vekt på morfin-3-glukuronid. Studier i en dyremodell

PROSJEKTLEDER: Jørg Mørland

PROSJEKTDeltaker: Marte Handal

Benbrudd i Oslo

Østkanten i hovedstaden har høy forekomst av lårhalsbrudd. Forskerne har foreløpig mangelfull forklaring på hvorfor.

«På tross av en høy forekomst av vitamin D-mangel hadde ikke innvandrere med pakistansk bakgrunn lavere beinmasse enn etniske nordmenn»

Forskere ved Nasjonalt folkehelseinstitutt og Universitetet i Oslo, har undersøkt beinmassen til utvalg av befolkningen i hovedstaden, dette har de gjort for å finne mulige forklaringer på at Oslo ligger internasjonalt høyt på listene i lårhals- og håndleddsbrudd.

Studien omfatter nærmere 3500 av deltakerne i Helseundersøkelsen i Oslo (HUBRO), fra perioden 2000 til 2001. Det ble funnet noe lavere beinmasse hos deltakere fra Oslo øst enn vest, noe som kan være med å forklare en

høyer bruddhyppighet i Oslo øst. I en nasjonal sammenligning hadde deltakerne fra Oslo tilsvarende beinmasse som deltakere i Bergen og Tromsø by, men lavere beinmasse enn folk i Nord-Trøndelag. Dette samsvarer med høyere bruddhyppighet i bybefolkninger enn i befolkninger på landsbygda. Et annet interessant funn var at på tross av en svært høy forekomst av vitamin D-mangel hadde ikke innvandrere med pakistansk bakgrunn lavere beinmasse enn etniske nordmenn.

PROSJEKT: Osteoporose i Oslo. Hvorfor får Oslo-folk mer lårhalsbrudd enn andre?

PROSJEKTLEDER: Haakon E. Meyer

Programstyrets sammensetning

Medlemmer høsten 2005:

Professor Knut-Inge Klepp, (leder)	Universitetet i Oslo
Professor Charlie Eriksson,	Ørebro universitet
Professor Inger Torhild Gram,	Universitetet i Tromsø
Avdelingsdirektør Inger Gran,	Arbeids- og sosialdepartementet
Professor Gro Therese Lie,	HEMIL-senteret, Universitetet i Bergen
Professor Willy Pedersen,	Universitetet i Oslo
Prosjektdirektør Mari Trommald,	Sosial- og helsedirektoratet

Tidligere medlemmer

Professor Maurice Mittelmark,	Universitetet i Bergen
Professor Lena Gerholm,	Stockholm universitet
Professor Per Fugelli,	Universitetet i Oslo
Avdelingsdirektør Sissel Lyberg Beckmann,	Helse- og omsorgsdepartementet
Førsteamanuensis Irene Hetlevik,	Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, Trondheim
Professor Lisbeth Sachs,	Karolinska institutet, Sverige
Professor Harald Grimen,	Høgskolen i Oslo

Forskningsledere

Førsteamanuensis Oddrun Samdal, HEMIL-senteret, Universitetet i Bergen
Forskningsleder Ingeborg Rossow, SIRUS

Finansiering

Programmet har i perioden vært finansiert fra Arbeids- og sosialdepartementet (ASD), Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) og Kunnskapsdepartementet. Av den samlede rammen på 89,5 mill kroner bidro Sosial- og helsedepartementet (ASD og HOD var et departement fram til 2002) med 14,3 mill kroner, Helse- og omsorgsdepartementet med 52,8 mill kroner, Arbeids- og sosialdepartementet med 14,9 mill kroner og Kunnskapsdepartementet med 7,4 mill kroner.



Programmets hjemmeside

<http://www.forskningsradet.no/helsestil>

Her finner man videre lenke til alle programmets prosjekter med publikasjoner på NFI – Nasjonalt forskningsinformasjon



Norges forskningsråd

Postboks 2700 St. Hanshaugen

N-0131 Oslo

Telefon: 22 03 70 00

Telefaks: 22 03 70 01

post@forskningsradet.no

www.forskningsradet.no