

Psykologiens rolle i helsefremmende arbeid

Hvilken rolle kan positiv psykologi og andre områder i psykologi spille i helsefremmende arbeid? Psykologiens bidrag blir belyst med eksempler fra forskningsprosjekter i skolen.

TEKST

Bente Wold

Oddrun Samdal

PUBLISERT 1. oktober 2005

ABSTRACT:

Psychology and health promotion: Illustrative examples from Norwegian scholastic institutions
The authors maintain that psychologists' professional expertise should be an important, relevant and central part of health promotion in schools and other organizations. Theoretical models such as social cognitive theory, theory of planned behaviour, self-determination theory, and the PRECEDE-model can easily be applied to planning and evaluation of health promotion programmes. The authors present two examples that demonstrate psychology's contribution to health promotion in Norwegian schools. They conclude that resources should readily be made available, thereby enabling psychologists to spend more time focusing on disease prevention and health promotion from an organizational perspective.

EMNER

Psykologi

helsefremmende

teori

Helsefremmende arbeid

Helsefremmende arbeid er et begrep som ble introdusert på en internasjonal konferanse i regi av Verdens Helseorganisasjon i Ottawa, Canada i januar 1986. Representantene på konferansen utarbeidet et felles charter om helsefremmende arbeid – det såkalte Ottawa-charteret (på norsk: Helsedirektoratet, 1987). Der ble helsefremmende arbeid definert som «En prosess der individer eller lokalsamfunn gjøres i stand til å få økt kontroll over forhold som har innvirkning på helsen, og på den måten forbedre sin egen helse». Det ble fremmet et slagord om at den viktigste strategien var «å gjøre sunne valg til lette valg». Det er senere holdt flere konferanser, den siste i Bangkok i august 2005, der et nytt charter ble utformet. Dette legger vekt på betydningen av globalisering av helse og internasjonale avtaler. Det understreker

hvilket ansvar bedrifter og institusjoner i privat og offentlig sektor har for å legge til rette for utvikling av god helse.

I Norge er de offentlige målsetningene for helsefremmende arbeid nedfelt i flere stortingsmeldinger. Den siste av disse er Stortingsmelding nr. 16 (2002–2003) «Resept for et sunnere Norge». I meldingen framheves det at enkeltmennesker har ansvaret for sin egen helse, samtidig som alle samfunnssektorer har ansvar for å legge til rette for utvikling av god helse. De overordnede målene er flere sunne leveår i befolkningen, og å redusere ulikheter i helse mellom sosioøkonomiske grupper, etniske grupper og kjønn. Det framholdes som et ideal at sikker kunnskap skal ligge til grunn for både politikk og praksis i folkehelsearbeidet. Tiltak som planlegges og iverksettes, skal så langt som mulig ta utgangspunkt i kunnskap om årsaker og virkninger.

Meldingen prioriterer tiltak rettet mot livsstilssykdommer (hjerte- og karsykdommer, kreft, diabetes type 2) og psykiske lidelser, særlig depresjon. Sunne livsstilsvalg har fått en sentral plass, og barn og unge prioriteres. Fysisk inaktivitet, usunne matvaner, bruk av tobakk og andre rusmidler utgjør de viktigste innsatsområdene. Stortingsmeldingen bygger på målene i Opptrappingsplanen for psykisk helse (1999–2006) og vektlegger strategier for å forebygge psykiske problemer og lidelser og fremme sunn helse.

Meldingen retter søkelyset mot sentrale utfordringer når det gjelder å få til en samlet innsats for å bedre barns og unges psykiske helse. Den vektlegger strategier som satser på 1) informasjonsarbeid for å fremme åpenhet og kunnskap om psykisk helse for å endre holdninger og forebygge psykiske problemer, 2) å styrke relasjoner innad i familien, 3) at omgivelsene, pårørende, skole, fritidssektoren og hjelpeapparatet setter barn og unges egne ressurser og mestringsevne i sentrum.

I tråd med dette er hovedstrategiene innenfor helsefremmende arbeid å:

- bygge opp en helsefremmende politikk
- skape støttende miljøer for helse og utvikling
- styrke lokalsamfunnets muligheter for kontroll over egen framtid
- utvikle personlige ferdigheter som setter folk istand til å gjøre valg som fremmer helsen
- reorientere helsetjenesten mot forebyggende helsearbeid

Innenfor de fem hovedområdene kan også psykologi spille en vesentlig rolle, både i form av bidrag fra forskning og praksis, særlig i tilknytning til hvordan en kan skape støttende miljøer og utvikle personlige ferdigheter. Slike problemstillinger er sentrale i positiv psykologi, og helsefremmende arbeid er et viktig område for positive psykologer.

«Skolen er elevenes arbeidsplass, og det psykososiale arbeidsmiljøet på skolen kan være et viktig

angrepspunkt for helsefremmende tiltak, slik det har vært for voksnes arbeidsmiljø»

I Norge er HEMIL-senteret (Forskningssenter for Helsefremmende arbeid, miljø og livsstil) det mest sentrale forskningsmiljøet i helsefremmende arbeid. Senteret ble opprettet i 1988 med støtte fra Nasjonalforeningen for folkehelsen, og er tilknyttet Det psykologiske fakultet ved Universitetet i Bergen. Det er samarbeidssenter for Verdens Helseorganisasjon, og et internasjonalt anerkjent forskningsmiljø med stor doktorgradsproduksjon. Miljøet er tverr- og flerfaglig, og halvparten av de 40 ansatte er psykologer. Internasjonalt er HEMIL-senteret unikt, ettersom det er uvanlig at et forskningsmiljø innenfor helsefremmende arbeid er dominert av psykologer.

De viktigste forskningsområdene ved senteret er

- forebyggende og helsefremmende arbeid, evaluering av tiltak
- helseatferd og livsstil, særlig blant ungdom
- det nære miljøets betydning for helse og trivsel
- mobbing og antisosial atferd
- helsepolitikk
- u-landsrelatert forskning innenfor temaområdene

Bidrag fra psykologi - teoretiske modeller

Innenfor HEMIL-senterets virksomhet, som i helsefremmende arbeid generelt, bidrar psykologisk fagkunnskap med begreper, teorier og metoder som anvendes for å planlegge, gjennomføre og evaluere helsefremmende arbeid. Det er utviklet flere ulike modeller til dette formål, der blant annet Green og Kreuters (1999) PRECEDE-modell kan anbefales. En tilpasset versjon av denne modellen (kalt HEMIL-modellen) er oversatt til norsk (Klepp et al., 1995). Modellen er basert på begreper og modeller fra sosialpsykologien, men trekker også inn kunnskap fra andre områder i psykologien og fra andre disipliner som organisasjonsteori. Deltakelse og «empowerment» er sentrale strategier. Målgruppen for tiltak skal selv bidra til å identifisere og prioritere de viktigste målene. Modellen legger vekt på en analytisk og systematisk tilnærming. Det første steget er å undersøke hvilken livskvalitet målgruppen har, ved hjelp av objektive og subjektive målinger (for eksempel sykefravær, produksjons- og prestasjonsnivå, og opplevd livstilfredshet). Basert på disse målingene blir det i samarbeid med målgruppen utarbeidet mål for hvilke effekter tiltaket skal ha på dens livskvalitet.

Modellen bidrar med en systematisk analyse av hvordan målene kan oppnås ved å finne ut hvordan for eksempel bedre skoletrivsel kan nås gjennom tiltak rettet mot enkeltindividers atferd og miljø. Helsefremmende arbeid er en kombinasjon av opplysning, ferdighetslæring og miljørettet arbeid. Hensikten er å gi folk økt kontroll over forhold som påvirker deres helse. Modellen fokuserer på atferd, fordi endring av

helse og livskvalitet er avhengig av at folk foretar seg noe som kan føre til endring, enten direkte som ved røykeslutt, eller indirekte gjennom teknologiske eller miljømessige forhold. Størst effekt oppnås når tiltakene rettes mot de viktigste forholdene som påvirker individers atferd (for eksempel deres motivasjon, kunnskap og forsterkingsbetingelser), samt sosiale (for eksempel andres atferd og holdninger) og tilretteleggende faktorer (for eksempel endringer i fysiske og organisatoriske rammer og tilgang til ressurser).

Resultater av tiltak må analyseres *før* de planlegges. På denne måten blir en tvunget til å begynne planleggingsprosessen fra enderesultatet. En blir oppmuntret til å stille spørsmål om *hvorfor* noe skal gjøres, før en tenker ut *hvordan* det skal gjøres. Sagt på en annen måte, de forhold som er viktige for å oppnå et godt resultat, må vurderes før tiltaket blir planlagt; hvis de ikke blir det, vil tiltaket være basert på gjetninger og stå i fare for å slå feil. Modellen legger også vekt på å fastsette klare delmål for de ulike fasene i prosessen.

Innenfor en slik tilnærming er kunnskap om teoretiske atferdsmodeller og resultater fra psykologisk atferdsforskning helt vesentlig. Sosial kognitiv teori (for eksempel Bandura, 1997) benyttes ofte som grunnlag for å forstå hvordan atferd påvirkes av individets mestringsforventninger («self efficacy») og observasjonslæring (imitasjon av rollemodeller). Innenfor helsepsykologien er det dessuten utviklet egne teorier for helseatferd, for eksempel teorien om planlagt atferd (Ajzen, 1991).

Skolen som arena for helsefremmende arbeid

Som et eksempel på hvordan disse teoriene kan benyttes i helsefremmende arbeid, vil vi presentere et prosjekt om skoleregler om røyking. Skolen er av flere grunner en viktig arena for helsefremmende arbeid (Aarø, 1997). Målrettet helseundervisning kan gi eleven kunnskap som skal til for å gjøre informerte valg med betydning for helse. Helsefremmende arbeid og utdanning har sammenfallende interesser – å legge forholdene til rette for autonome mennesker som er i stand til å gjøre frie valg for sine egne liv.

Skolene har stor betydning som sosiale arenaer. Helsefremmende arbeid ser helse som et samspill mellom sosiale, økonomiske og individuelle forhold. Arbeidsmiljøforskning viser at positiv helse utvikles i et arbeidsmiljø der belastning er tilpasset individuelle forutsetninger, der arbeideren har medinnflytelse over arbeidsbetingelsene, og der arbeideren opplever høy grad av støtte fra medarbeidere og ledelse. Skolen er elevenes arbeidsplass, og det psykososiale arbeidsmiljøet på skolen kan være et viktig angrepspunkt for helsefremmende tiltak, slik det har vært for voksnes arbeidsmiljø.

På skolen treffer tiltak en hel generasjon samtidig (Aarø, 1997). Dette åpner for en større effektivitet enn tiltak på andre arenaer. Sammenlignet med familie-arenaen er skolen langt lettere å påvirke, fordi tiltak ikke bryter inn i den private sfære. Helsefremmende arbeid kan implementeres gjennom ordinær skolevirksomhet.

Nasjonal tobakkslovgivning og ungdoms røyking

Skolens rolle som norm-sender dannet utgangspunkt for et forskningsprosjekt ved HEMIL-senteret som studerer hvordan nasjonal tobakkslovgivning og lokale skoleregler henger sammen med 15-åringers oppfattelse av tobakksrøyking og egen røykeatferd. Nasjonale regler om restriksjoner av røyking på skolen er ulike i de syv deltakende landene (Danmark, Finland, Norge, Tyskland, Skottland, Wales og Østerrike). Norge og Finland har de strengeste restriksjonene (Wold, Torsheim et al., 2004) med forbud om røyking blant 15-årige elever og restriksjoner av røyking blant lærere (i Finland er røyking blant lærere forbudt unntatt på svært spesielle steder, og i Norge er det ulovlig for lærere å røyke innendørs på skolen). Vi ønsket å studere hvordan slike nasjonale påbud henger sammen med skolenes egne regler, om dette igjen har sammenheng med om elevene blir eksponert for lærere som røyker, og om dette har betydning for elevenes holdninger, normer og intensjoner om røyking, og eventuelt om de røyker. Tidligere undersøkelser har vist at det er en rekke forhold som påvirker ungdoms røyking, særlig kjønn, foreldres røyking og sosioøkonomisk status. Derfor ønsket vi å kontrollere for disse faktorene.

De teoretiske antagelsene om hvordan elevenes røyking kan bli påvirket, er basert på Banduras sosial-kognitive teori, særlig prinsippet om modell-læring, og teorien om planlagt atferd (Ajzen, 1991), der det antas at intensjoner om atferd kan predikere atferd. Intensjoner blir formet av ungdoms holdninger til røyking, deres subjektive normer (om de tror at andre vil at de skal røyke eller ikke, og hvor mye de bryr seg om hva andre mener), og opplevd atferdskontroll eller mestringsforventning i forhold til det å ikke begynne å røyke.

Data ble samlet inn i nasjonalt representative utvalg av 15-årige skoleelever (N = 10 890) og representanter fra lærerne på hver skole i 1998. Resultatene viser at det var store variasjoner i skolenes regler om tobakksrøyking både mellom land og innen land, og at en restriktiv nasjonal lovgivning ble reflektert i strengere skoleregler (Wold, Currie et al., 2004). Videre var en restriktiv nasjonal lovgivning korrelert med mindre total eleveksponering for lærere som røyker i skoletiden. Et interessant funn var imidlertid at det ser ut til å være en bieffekt av svært strenge restriksjoner ved at de økte sannsynligheten for at elevene ble eksponert for røykende lærere utendørs, særlig i Norge. Eksponering for lærere som røyker, hang sammen med egenrapportering av røyking, både i skoletiden og generelt.

Resultatene støtter også antagelsene fra sosial kognitiv teori om at elever som rapporterer at de er eksponert for røykende lærermodeller på skolen, har mer positive holdninger og normer vedrørende røyking generelt, og mer positive intensjoner om å røyke når de blir 17 år gamle. I henhold til teorien om planlagt atferd henger dette igjen sammen med egen røykeatferd når de er 15 år gamle (Wiiium, Brevik & Wold, i trykk; Wiiium, Wold & Torsheim, i trykk).

Disse resultatene illustrerer hvordan psykologiske teorier kan bidra til økt innsikt i hvordan helsefremmende strategier rettet mot tobakksfrihet på ulike samfunnsmessige nivåer kan påvirke enkeltindividet.

Europeisk nettverk av helsefremmende skoler

Et annet skolebasert prosjekt ved HEMIL-senteret benyttet PRECEDE-modellen til planlegging, gjennomføring og evaluering av den norske delen av et europeisk nettverk om helsefremmende arbeid i skolen (HEFRES) (Wold & Samdal, 1999). Det europeiske nettverket ble initiert tidlig på 1990-tallet av Verdens Helseorganisasjon, EU og Europarådet, og i Norge var det et samarbeid mellom Utdanningsdepartementet og Helsedepartementet. HEMIL-senteret ble bedt om å lede prosjektet i Norge. Et strategisk utvalg av ti skoler (barneskoler, ungdomsskoler og kombinerte skoler) fra hele landet deltok.

Målet var å samarbeide om utvikling av gode modeller for helsefremmende arbeid i skolen. Resultatet skulle føre til anbefalinger om arbeidsmåter som lett kunne overføres til andre skoler, det skulle ikke være nødvendig med tilføring av nye ressurser til skolene. De tre internasjonale organisasjonene som står bak prosjektet, har formulert en rekke kriterier for en helsefremmende skole som de deltakende skolene har forpliktet seg til å oppfylle. Særlig viktig var samarbeid mellom skole, skolehelsetjeneste, foreldre og lokalmiljø.

Skolene identifiserte selv sine ressurser og svakheter, og kom fram til prioriterte mål for sitt helsefremmende arbeid. Skolenes styrke lå først og fremst i utformingen av tiltak, og mindre på konkrete målbeskrivelser. Målene var ofte implisitt i tiltakene ved at tiltak ble foreslått som mål og omvendt. Alle skolene valgte i utgangspunktet å fokusere på elevenes situasjon, og de fleste valgte trivsel blant elevene som sitt viktigste mål («Et godt sted å være, er et godt sted å lære»).

I henhold til planleggingsmodellen ble det lagt vekt på hvordan elevenes atferd og forhold ved skolemiljøet henger sammen med trivsel. Flere skoler identifiserte trygghet på skolen i form av fravær av mobbing og hærverk, og den estetiske utformingen av inne- og utearealer som viktige miljømessige satsingsfelt for trivsel. Atferdsmessig var det særlig tradisjonell helseatferd som fysisk aktivitet og kosthold som ble prioritert, men sosiale ferdigheter ble også vektlagt av mange. Ved flere skoler kom det fram at det var ønskelig å gjennomføre tiltak rettet direkte mot lærernes arbeidsmiljø, noe som sannsynligvis var et resultat av økt bevissthet og innsikt i helsefremmende arbeid. Dersom elevene skulle kunne trives, må lærerne trives også, og det er ikke nødvendigvis noe som kommer av seg selv.

Viktige betingelser knyttet til endring av slike atferds- og miljømessige forhold er oppmerksomhet, kunnskap, holdninger og motivasjon. Tiltak som tar sikte på å fremme fysisk aktivitet, sunt kosthold og sosiale ferdigheter, bør derfor inneholde en slik informasjons- og motivasjonskomponent. Dette kan ofte gjøres i en vanlig undervisningssituasjon, og det finnes mange gode lærepakker som kan benyttes til formålet. Klassemøter, tema- og prosjektarbeid kan også være gode metoder for å fremme oppmerksomhet og motivasjon for trivselsskapende arbeid.

Det er viktig å sørge for at elevene i størst mulig grad selv er med på å bestemme hva de skal gjøre. Ved planlegging og utvikling av tiltakene var det vanlig at skolene inkluderte

elever og lærere ved at disse ble spurt om hvilke tiltak de ønsket. Noen skoler lot elevene bestemme hva en «start-kasse» på 5 000 kr skulle brukes til. På flere av skolene kom det fram at elevene var opptatt av fysisk aktivitet, ved at de foreslo innkjøp av diverse apparater og materiell som kunne brukes i friminuttene, blant annet kurvballstativ. Utsmykning av skolen, både inne og ute, var også populære ønsker. Andre viktige forhold som kan tilrettelegge for endringer er ferdighetstrening, enten det er å lære basketball, matlaging eller sosial trening gjennom rollespill og drama.

«Suksess-skolen integrerte helsefremmende arbeid i skolehverdagen og inkluderte elever i prosjektgruppen»

I henhold til PRECEDE-modellen er det likevel ikke tilstrekkelig at tiltakene fører til en styrking av betingelser og tilrettelegging av endring. Dersom en ønsker at positive endringer i fysisk aktivitet, kosthold, hærverk og mobbing skal vedvare, må tiltakene også ivareta forhold som virker belønnende eller forsterkende. Det er ikke nok at man er motivert til å forandre seg og at omgivelsene gjør forandringen mulig, en må føle at en «får noe igjen for» forandringen, ellers vil de fleste gi opp, og effekten over tid blir liten. Sosial støtte, ros og oppmuntring fra venner, lærere og foreldre kan fungere som belønning. Elevenes opplevelse av å få tilfredsstilt fundamentale behov kan også virke forsterkende. For barn og unge er skolemiljøet viktig for tilfredsstillelse av sosiale behov for tilhørighet og å bli akseptert, samt mer personlige behov for mestring, selvstendighet og autonomi. Tiltak som tar sikte på å integrere elever ved at de skal gjøre noe sammen, kan tilfredsstille behov for tilhørighet. Tiltak der elevene skal lage produkter på egen hånd eller ta ansvar for spesielle aktiviteter (f.eks. kantinedrift), kan fremme opplevelsen av selvstendighet og mestring.

Skolene planla en stor mengde med tiltak, og mange var åpenbart basert på erfaringer med lignende tiltak ved skolen. Til en viss grad var tiltakene rettet mot ordinær undervisningsaktivitet, men det er likevel slående at de fleste tiltakene innebar at både lærere og elever måtte ut av klasserommene, og til dels også vekk fra skolen. Det virker faktisk som at det å bryte den faste rutinen i seg selv ble opplevd som positivt og velgjørende.

Det kan synes som både lærere og elever ved mange av skolene i utgangspunktet hadde en oppfatning av at dette trivselsarbeidet ikke var forenlig med den vanlige skolehverdagen, og at de dermed i starten oppfattet helsefremmende arbeid som noe som kom i tillegg til annen aktivitet ved skolen. Ved enkelte skoler ble imidlertid de nye aktivitetene raskt integrert som en del av skolens vanlige aktivitet.

Det har vært lagt vekt på at prosjektet skulle være samlendende på skolenivå, og ikke et prosjekt som kun ble gjennomført i klasserommet av interesserte lærere. Skolene ble oppfordret til å inkludere alle i skolesamfunnet i planleggingen og gjennomføringen av tiltak. Flere av skolene har sett dette arbeidet som et nyttig verktøy til å samle og

koordinere mange av skolens eksisterende tiltak. Disse skolene definerte Helsefremmende skoler-prosjektet som en paraply for skolens totale virksomhet knyttet både til undervisning og utvikling av det sosiale miljøet. Tiltak og strategier settes inn i en sammenheng der målet er å bedre mestring, trivsel og helse for alle på skolen. Andre skoler har vurdert HEFRES-aktiviteter som mer isolerte miljø- og helsetiltak som kommer i tillegg til deres ordinære virksomhet. Den ordinære virksomheten forstås her ofte som fagrelatert undervisning i klasserommet. Også disse skolene vil vurdere helse og trivsel som en viktig premis for elevenes læring og lærernes forutsetning for å gjøre en best mulig undervisningsjobb. Men hovedmålet vil likevel være læring.

Som et ledd i å institusjonalisere og integrere HEFRES-tiltakene som en fast del av skolens hverdag har skolene vært oppfordret til å lage en egen strategiplan for helsefremmende arbeid og å integrere disse i skolens virksomhetsplan. Strategiplanen innebærer tverrfaglige planer for helseundervisningen og for miljøtiltak. På det siste møtet med skolene i 2003 kom det fram at alle skolene, med unntak av en, hadde utarbeidet slike planer som en fast del av sine rutiner.

«Skoler etterspør ikke psykologers kompetanse, fordi den ikke er kjent, og psykologer tror deres kompetanse i forebyggende arbeid ikke er etterspurt»

Analyser av spørreskjemadata og intervjuer med elever, lærere og rektorer, dokumenter og observasjoner av skolene tyder på at fire av skolene kom godt i gang med sitt arbeid og oppnådde endringer blant lærere og elever i løpet av de fem første årene, mens de seks andre skolene fremdeles hadde et stykke vei å gå. De viktigste kjennetegnene ved de fire «suksess-skolene» var at de i større grad:

- integrerte helsefremmende arbeid i skolehverdagen
- brukte en kombinasjon av ovenfra-og-ned- og nedenfra-og-opp-implementering
- inkluderte elever i prosjektgruppen
- hadde en støttende og effektiv rektor
- hadde et godt utgangspunkt

Den nasjonale prosjektgruppen bestod av pedagoger og psykologer. Våre viktigste erfaringer ligger i arbeidet med å etablere samarbeidsstrukturer for et skoleprosjekt, systematisere aktiviteter og bruke erfaringene til å etablere helsefremmende arbeid som en del av skolens basisvirksomhet. Bidrag fra psykologi var vesentlig i forhold til organisasjons- og implementeringsteori, og for å identifisere og analysere mekanismer som skolene benyttet for å øke skoletrivsel og endre atferd (blant annet Ryan og Decis

Self Determination Theory (2000), sosial kognitiv teori (Bandura, 1997) og Karazek og Theorells (1990) teori om krav-kontroll i arbeidsmiljøet).

Bidrag fra PPT-psykologer i helsefremmende arbeid

I HEFRES-prosjektet var altså psykologisk kunnskap nyttig i planlegging, gjennomføring og evaluering av prosjektet på nasjonalt nivå, men på skolenivå var psykologer nærmest fraværende. Det handler trolig om rammefaktorer som ressurser, men også prioritering i skolen og den pedagogisk-psykologiske tjenesten (PPT). Før det er aktuelt å studere nærmere relevante bidrag fra psykologer i skolen, er det derfor nødvendig å sikre at psykologer faktisk bruker tid på helsefremmende arbeid.

Psykologer og PPT står overfor samme utfordring som skolehelsetjenesten i sitt samarbeid med skolen. For det første oppleves det at ressursene til å drive helsefremmende og forebyggende arbeid er små. Tidsressursene i PPT ser mange steder ut til hovedsakelig å være avsatt til elever med atferds- og lærevansker og deres individuelle behov for oppfølging. En tilsvarende situasjon opplever ansatte i skolehelsetjenesten, særlig i en tid med kraftige kutt i denne tjenesten (Hjälmhult, Wold & Samdal, 2002).

Både helsesøster og psykolog opplever at det er vanskelig å etablere et tett samarbeid med skolen. Denne opplevelsen viser seg i mindre grad å være knyttet til manglende ressurser. Det er en ensom og krevende oppgave for én person å etablere samarbeid med en hel skoleorganisasjon med mindre skolen selv aktivt etterspør kompetansen som psykologer eller helsesøstre representerer. De fleste skoler viser seg å ha nok med sin egen interne virksomhet og har ofte ikke tilstrekkelig innsikt i hvilken kompetanse psykologer kan bidra med i helsefremmende arbeid i skolen. Dermed har vi en dårlig sirkel. Skoler etterspør ikke psykologers kompetanse, fordi den ikke er kjent, og psykologer forholder seg ikke aktivt til skoler, fordi de tror deres kompetanse i forebyggende arbeid ikke er etterspurt.

I skolens helsefremmende arbeid er det bruk for psykologenes kompetanse både på individ og organisasjon. På organisasjonssiden kan psykologer være en viktig støttespiller for skoleledelsen i dens oppfølging og tilrettelegging av helsefremmende prosjekter. Fra organisasjonspsykologien og konkrete tiltaksprosjekter vet vi at ledelsen må være aktiv i å vise retning og synliggjøre hvordan et prosjekt bidrar til skolens overordnede mål. Videre må ledelsen motivere og tilrettelegge for at både lærere og elever blir hørt når viktige valg i tilknytning til prosjektet skal gjøres. Ledelsen skal identifisere behov og tilrettelegge for kompetanseheving for personalet, og sikre at prosjektet nedfelles i skolens virksomhetsplaner. Skoleledelsen vil ha stor nytte av at en skolepsykolog deltar som rådgiver, blant annet som hjelp til å identifisere viktige ledelsesoppgaver i helsefremmende arbeid.

Psykologer kan også spille en sentral rolle i kompetansehevingsvirksomheten. Mange tilnærminger og undervisningsopplegg (for eksempel VærRøykFri og Steg for steg) innenfor helsefremmende arbeid bygger på psykologisk teori (for eksempel positiv psykologi, Self Determination Theory, teorien om planlagt atferd og sosial

læringsteori). De fleste lærere har ikke kjennskap til disse teoriene og har derfor heller ikke innsikt i betydningen av at bestemte tilnærminger må gjennomføres for at en helsefremmende tilnærming eller et ferdigutviklet undervisningsopplegg skal ha effekt.

Gjennom ferdighetstrening og modell-læring kan en fremme elevens sosiale kompetanse i forhold til empati, sinnekontroll og problemløsning. Videre kan psykologer gi veiledning i hvordan lærere kan tilrettelegge for oppfølging av elever med spesielle behov gjennom ulike gruppetilnærminger eller ved å trene lærere i kommunikasjonsmetoder som de kan bruke i klassen.

Avslutning

Ettersom psykologer har kompetanse både på individ og organisasjon, er det en viktig utfordring å sørge for at denne kompetansen i større grad brukes i skoler og andre viktige arenaer for helsefremmende arbeid. Dette kan gjøres gjennom fire tilnærminger:

- Prioritering av ressurser til at psykologer i større grad kan bruke tid på helsefremmende arbeid (en slik virksomhet vil på lengre sikt redusere behovet for individuell hjelp, da problemer kan forebygges heller enn behandles)
- Psykologer må motiveres til å bruke mer tid på helsefremmende arbeid og bli seg bevisst hvilken rolle de kan spille her
- Psykologer må synliggjøre sin kompetanse innenfor helsefremmende arbeid for skoler og andre viktige arenaer for tiltak
- Skoler og andre arenaer må motiveres til å invitere psykologer til å delta i deres helsefremmende arbeid, slik at psykologene slipper alltid å måtte være pådrivere i samarbeidet

I tillegg til å være en viktig ressurs for skoler og andre institusjoner og målgrupper i deres konkrete helsefremmende arbeid kan psykologer også spille en sentral rolle i kommunale og statlige organer som har som formål å stimulere skoler og andre etater til å drive helsefremmende arbeid.

Bente Wold

HEMIL-senteret

Universitetet i Bergen

Christiesgt. 13

5015 Bergen

Tlf 55 58 32 23

E-post Bente.Wold@psyhp.uib.no

Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 42, nummer 10, 2005, side 897-902

TEKST

Bente Wold

+ Vis referanser

Referanser

- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behaviour. *Organisational behaviour and Human Decision Processes*, 50, 179-211.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: W. H. Freeman.
- Green, L. W., & Kreuter, M. W. (1999). *Health promotion planning. An educational and ecological approach* (3rd ed.). California: Mayfield Publ.
- Helsedepartementet (2003). *Resept for et sunnere Norge. Folkehelsepolitikken*. Oslo: 179.
- Hjälmhult, E., Wold, B., & Samdal, O. (2002) Skolehelsetjenesten og helsefremmende arbeid: Samarbeid mellom helsesøstre og lærere ved de norske skolene i «Europeisk Nettverk av Helsefremmende skoler». *Vård i Norden*, 1, 42-46.
- Karasek, R., & Theorell, T. (1990). *Healthy work. Stress, productivity, and the reconstruction of working life*. New York: Basic Books.
- Klepp, K. I., Wilhelmsen, B. U., & Wold, B. (1995). Planlegging og gjennomføring av det helsefremmende arbeidet - HEMIL-modellen. I K. I. Klepp, F. Thuen F., & B. U. Wilhelmsen (Red.), *Ungdom for helse* (ss. 47-70). Oslo: Kommuneforlaget.
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development and well-being. *American Psychologist*, 55, 68-78.
- Wiium, N., Breivik, K., & Wold, B. (i trykk). The relationship between smoker role models and intentions to smoke among adolescents. *Journal of Youth and Adolescence*.
- Wiium, N., Wold, B., & Torsheim, T. (i trykk). Normative processes and adolescents' smoking behaviour: A multilevel analysis. *Social Science and Medicine*.
- Wold, B., Currie, C., Roberts, C., & Aarø, L. E. (2004). National policies on school smoking restrictions in 8 European countries. *Health Promotion International*, 19, 482-488.
- Wold, B., & Samdal, O. (Red.). (1999). Helsefremmende arbeid med barn og ungdom: utvikling av et godt skolemiljø. HEMIL-rapport, 4. Hemil-senteret, Universitetet i Bergen.
- Wold, B., Torsheim, T., Currie, C., & Roberts, C. (2004). National and school policies on restrictions of teacher smoking: A multilevel analysis of student exposure to teacher smoking in seven European countries. *Health Education Research*, 19, 217-226.
- Aarø, L. E. (1997). Skolen - ressurs eller risikofaktor? I K. I. Klepp & L. E. Aarø (Red.), *Ungdom, livsstil og helsefremmende arbeid* (ss. 214-225). Oslo: Universitetsforlaget.