

[Skriv inn firmanavn]

Psykisk helsearbeid – først og fremst risikorettet?

Skriftlig arbeid til spesialiteten i samfunnspsykologi

1. Innledning

Hensikten med denne oppgaven

Oppgavens tittel reiser spørsmål om det offentlige psykiske helsearbeidet i dag primært er innrettet mot å identifisere og håndtere risikofaktorer som kan føre til psykisk uhelse. Nært knyttet til offentlig psykisk helsearbeid finner vi de mye brukte begrepene 'forebygging' og 'helsefremming'. Begrepene er hyppig brukt i førende politiske dokumenter omhandlende psykisk helsearbeid i Norge, og de fremstår ofte – også i vitenskapelig sammenheng - som en slags tvillinger med samme opphav og meningsinnhold, der det ene nesten alltid nevnes sammen med det andre. Et sentralt tema i denne oppgaven vil være å belyse noen vesentlige forskjeller mellom *sykdoms-* og *plageforebyggende* og *helsefremmende* tiltak innenfor feltet psykisk helsearbeid. Forebyggings- og helsefremmingsfeltet er et svært omfattende og tverrfaglig felt. Oppgaven har ikke til hensikt å favne eller oppsummere alle relevante aspekter i forhold til oppgavens tittel. Den kan imidlertid være et lite innspill i debatten rundt hvordan psykologer og andre kan arbeide med psykisk helse rettet mot befolkningen, der arbeidsoppgavene ikke sorterer under behandlings- eller rehabiliteringsoppgaver.

1.1.Om 'psykisk helse'

Verdens Helseorganisasjons (WHO) offisielle og rådende syn på helse innebærer at helse er en subjektiv opplevelse av mentalt, fysisk og sosialt velbefinnende – og at helsen er klart påvirkelig av utenforliggende faktorer som fred, utdanning, sosial rettferdighet osv. – ikke bare noe som oppstår og eksisterer i individet (WHO, 1986). Dette synet på helse er holistisk, ved at helse heller ikke defineres som kun fravær av sykdom. Definisjonen innebærer altså at å ha en god helse er mer enn bare det å ikke være syk, og at det å hindre sykdom nødvendigvis ikke fører til god helse.

Når det gjelder området psykisk helse, har det de siste årene både i Norge og internasjonalt, vært vanlig å skille mellom *psykiske lidelser* (fyller kriterier for en psykisk lidelse ut i fra en diagnosemanual) og *psykiske plager* (plagsomme symptomer uten at en fyller alle kriteriene for en psykisk lidelse). Mye av det forebyggende arbeidet har nettopp vært rettet mot personer som har, eller står i fare for å utvikle, psykiske plager – altså et sykdomsforebyggende

perspektiv. Tilstedeværelsen av psykiske lidelser (gjennom diagnostikk) har vært ansett som indikasjon for bestemte typer behandling og rehabiliterende tiltak.

1.2. Offentlig psykisk helsearbeid i Norge: noen førende politiske dokumenter.

Psykisk helse har vært et relativt stort satsingsområde de siste ti årene i Norge. I 1999 vedtok Stortinget *Opptappingsplanen for psykisk helse (1999 – 2008)*, der det overordnede målet er *å styrke befolkningens psykiske helse, heve kvaliteten på tjenestetilbudet samt øke brukervedvirkningen*. Tilskuddene som er gitt gjennom Opptappingsplanen har i hovedsak gått til tiltak som sorterer under *behandling og rehabilitering* av personer med en *identifisert* psykisk plage eller lidelse ved at spesialisthelsetjenesten har blitt rustet opp, samt tilskudd til kommunale helsetjenester og PPT. Opptappingsplanen har også medført at arbeidslivet har fått et økt fokus på psykisk helse, om enn i langt mindre grad, gjennom samarbeid mellom de største arbeidstaker- og arbeidsgiverorganisasjonene. Selv om de overordnede målene i Opptappingsplanen er positivt formulert, synes strategiene i praksis å være risikorettede ved at psykiske problemer skal forebygges via tidligidentifisering og ved en opprustning av ulike behandlingstilbud. Stortingsmelding nr. 16 (2003), *Resept for et sunnere Norge*, tar også for seg hvordan det skal arbeides med psykisk helse i befolkningen. Også her ser vi at forebyggelse av vansker og problematisk atferd er det mest sentrale målet, både i helse- og i utdanningssektoren.

Sosial- og helsedirektoratet ga i 2007 ut to veiledere: *”Psykisk helsearbeid for barn og unge i kommunene”* og *”Psykisk helsearbeid for voksne i kommunene”*. Bakgrunnen for veilederne er en videreføring av målene i *Opptappingsplanen for psykisk helse 1999-2008*. Kommunens helsetjenester har som formål å fremme folkehelse, trivsel, gode sosiale og miljømessige forhold (jfr. Kommunehelsetjenestelovens § 1-2). I veilederne er det imidlertid først og fremst lagt vekt på at kommunene skal ha sin oppmerksomhet rettet mot grupper og enkeltpersoner som er i risiko for – eller som allerede har utviklet - psykiske lidelser. Man ser altså her at det psykiske helsearbeidet rettes inn mot identifisering av risikoutsatte personer og mot personer som kommer i kontakt med det kommunale systemet på grunn av sine psykiske plager. Dette er selvsagt nødvendige og viktige oppgaver i alle former for helsearbeid. Det er imidlertid lite i veilederne som sier noe om en mer proaktiv innfallsvinkel til psykisk helsearbeid, også veilederen omhandlende barn og unge. Barnehager og skoler nevnes som viktige arenaer for å fremme gode psykososiale miljøer, men at det psykiske helsearbeidet også her først og fremst skal dreie seg om å identifisere barn med problemer og forebygge forskjellige former for

atferdsvansker. Veilederne nevner også psykologenes rolle i det kommunale psykiske helsearbeidet. Her blir psykologens arbeidsoppgaver definert ved at det skal arbeides med forebygging via tidlig identifikasjon av skjevutvikling og psykiske vansker, utredninger og iverksetting av tiltak mot risikoutsatte grupper, samt behandlingsoppgaver.

2. Forebygging og helsefremming

2.1. Forebyggende og helsefremmende tiltak – det samme eller forskjellig ting?

Selv om det finnes en rekke forsøk på å definere begrepene `forebygging` og `helsefremming`, har det i praksis ofte vært en utfordring å skille dem fra hverandre (Breslow, 1999). Forebygging i form av å hindre plager og lidelser fra å oppstå har en lang historie med røtter innenfor medisin, mens helsefremming er et langt yngre og mer flyktig begrep, sannsynligvis oppstått som et resultat av at vi i økende grad er opptatt å utvide våre livspotensialer, ikke kun holde oss borte fra sykdom. Tradisjonelt har begrepet `helsefremming` blitt anvendt på tiltak som er ment å fremme positive sider ved helse – ikke forebygge plager eller sykdom. Verdens Helseorganisasjon (WHO) forsøkte i 1986 å definere begrepene nærmere i forbindelse med en internasjonal konferanse i Ottawa omhandlende forebyggende arbeid. Konferansen kulminerte i det såkalte Ottawa-charteret. Charteret definerte helsefremming (`health promotion`) som en overordnet *strategi* i forebyggende helsearbeid som skal gjelde alle sektorer i samfunnet, mens sykdomsforebygging (`disease prevention`) er en underordnet del av denne strategien. `Forebygging` (`prevention`) blir av WHO brukt som en sekkebetegnelse som favner både `helsefremming` og `sykdomsforebygging`. `Helsefremmende arbeid` blir likevel ofte brukt for å beskrive tiltak som har som mål å fremme positive sider ved helsen, for eksempel velbefinnende, trivsel eller mestring - altså ikke primært hindre sykdom (Aarø, 2000). Sammenblandingen av begrepene har sannsynligvis sitt utspring i at de fleste anerkjenner tankegangen om at tiltak som for eksempel kan øke subjektivt velbefinnende, også kan øke motstandskraften for å utvikle psykiske problemer. Bruken av begrepene er altså ikke entydig, heller ikke i vitenskapelig litteratur, også på tross av at WHO har forsøkt å legge føringer på å definere dem nærmere.

Secker hevdet i en artikkel fra 1998 at det fra 1980-tallet har vært en dreining i fokus mot plage- og sykdomsforebyggende aktiviteter fremfor forskning og tiltak rettet mot positive sider ved psykisk helse. Bl.a. viste hun til at ulike europeiske helsekonferanser rettet mot psykisk helse frem til slutten av 1990-tallet nesten ensidig dreide seg om tema som

tidligidentifisering og lavterskeltilbud (Secker, 1998). Ser vi på temaene for de siste helsekonferansene på 2000-tallet, gjør denne trenden seg fremdeles gjeldende. Tema som forebygging av atferdsvansker, forebygging av depresjon, tidligintervenering hos ungdom med dobbeldiagnoseproblematikk, forebygging av fødselsdepresjon og forebygging av psykologisk stress i forbindelse med kirurgi er typiske og dominerende tema. Agenda for slike forebyggende tiltak vil altså først og fremst være å hindre negativ utvikling, altså redusere eller hindre at det oppstår psykiske plager eller sykdom. Helsefremmende tiltak er på den andre side ikke orientert mot en sykdomsmodell eller diagnosemanual, men har som mål å fremme positiv utvikling ved å hjelpe mennesker med å utvikle kompetanser og livsstiler som kan opprettholde eller stimulere til velbefinnende og livskvalitet. Helsefremmende tiltak ser ofte også ut over rene individuelle helsefokuserede variabler som viktige i psykisk helsearbeid (Czeresnia, 1999).

Når det gjelder sykdomsforebyggende arbeid innenfor psykisk helse, har de mest innflytelsesrike modellene hatt en nær tilknytning til den medisinske modellen, der individrettet identifisering og forståelse av risikofaktorer er helt sentralt (Caplan, 1964; Mrazek & Haggerty, 1994). Helsefremmende tiltak har ofte hatt en nærmere tilknytning til atferdsvitenskapene, der en har forsøkt å forstå og beskrive individers vekst og utvikling, samt hvordan atferdspåvirkning og positiv endring kan skje hos mennesker. Tema som mestring, resiliens, trivsel, vekst og kontekst har her vært mer dominerende fremfor risiko og patologi. Innenfor psykologi har to av de mest kjente vært Bronfenbrenners økologiske modell (Bronfenbrenner, 1979) og Banduras mestrings-forventningsmodell (Bandura, 1986). Det eksisterer flere nyere psykologiske modeller som omhandler hvordan helserelaterte atferdsendringer skjer og hva som påvirker dem (bl.a. "Limburg-modellen" utarbeidet av Kok m.fl., 1996). Disse modellene har imidlertid ofte hatt et sykdomsforebyggende utgangspunkt, for eksempel hvordan redusere individers rusmiddelbruk.

La oss se litt nærmere på forskjellene mellom sykdomsforebyggende tiltak og helsefremmende tiltak innenfor området psykisk helse. I det påfølgende vil jeg for enkelthets skyld bruke 'forebygging', 'sykdomsforebygging' og 'sykdoms- og plageforebygging' synonymt, da de alle har samme mål – altså hindre negative konsekvenser.

2.2. Forebygging

Innen helsefeltet har dette vanligvis handlet om å *forhindre eller stoppe utviklingen av sykdomstilstander*, dvs. redusere insidens. Forebyggende helsearbeid er organisert rundt vitenskapelig informasjon og normative råd for å endre holdninger eller atferd, og å sette inn tiltak på ett, eller helst flere ulike nivåer, i forkant av negativ utvikling (Clark og Leavell, 1953; Aarø, 2000). Innenfor området psykisk helse vil dette derfor dreie seg om å forhindre eller stoppe utviklingen av psykiske problemer, heller enn å oppnå noe som folk ønsker. De to mest kjente og brukte modellene er psykiateren Gerald Caplans modell (1964) og Mrazek og Haggertys (1994), som egentlig er en videreutvikling av førstnevnte.

Caplan foretok en distinksjon mellom primær-, sekundær- og tertiær forebygging. Han anså *primærforebygging* som aktiviteter rettet mot alle for å redusere insidensen av psykiske lidelser. *Sekundærforebygging* var tiltak rettet mot personer eller grupper som viste tidlige tegn på problemer, og der begreper som tidligintervensjon og risikoidentifisering er sentrale. Caplans *tertiærforebygging* var ment som tiltak rettet mot mennesker som allerede hadde problemer, og der hensikten var å dempe intensitet og varighet av plagene.

I forbindelse med en rapport i regi av Institute of Medicine (IOM) i USA (1994), utarbeidet Mrazek og Haggerty en ny modell for *rent* forebyggende aktiviteter innenfor feltet psykisk helse. Som Caplan delte de forebyggende aktiviteter inn i tre ulike nivåer, der nivåene er kjennetegnet av hvilken målgruppe som er i fokus. *Universelle tiltak* er for alle og ikke rettet mot spesifikke grupper. *Selektive tiltak* anses som tiltak rettet mot personer eller grupper som er i en risikogruppe i forhold til å utvikle psykiske lidelser. *Indikative tiltak* er intervensjoner rettet mot personer som viser tegn til å utvikle psykiske problemer, men som nødvendigvis ikke fyller de diagnostiske kriteriene for en psykisk lidelse. Modellen rommer altså *ikke* behandling eller rehabilitering.

Som i Caplans modell er siktemålet til Mrazek & Haggertys modell å skissere en strategi for å redusere forekomsten av psykiske lidelser. Begge innfallsvinklene har den medisinske modellen i bunn og hører inn under forebyggende psykiatri, slik at *risikoidentifiseringstankegang* er sentralt. I Mrazek og Haggertys rapport kommer det også frem i klartekst at fremtidig forskning innenfor forebyggende psykisk helsearbeid, må forsøke å identifisere risikofaktorer og konsentrere seg om å utføre kontrollerte intervensjonsstudier. Rapporten deres definerte *vekk* helsefremmende arbeid, da dette ikke er rettet mot de spesifikke psykiske lidelsene i den amerikanske diagnosemanualen DSM. Fra en slik

synsvinkel kan det virke som om forfatterne mener at det vil eksistere universelle tiltak som kan forhindre spesifikke psykiske lidelser. IOM-rapporten har hatt stor internasjonal innflytelse på feltet etter at den kom ut i 1994. Ikke minst er Mrazek og Haggertys modell i dag godt kjent og akseptert blant psykologer.

Selv om forebygging av somatiske lidelser er langt mindre komplisert enn forebygging av psykiske problemer, synes det som om man i stadig større grad anvender den medisinske modellen og forebyggende psykiatri (jfr. Caplan og Mrazek & Haggertys modeller) som grunnlag for arbeid rettet mot psykisk helse i befolkningen. ”Hjernens tiår” på 1990-tallet har nok også bidratt til å forsterke dette, bl.a. ved at mye av forskningen innenfor psykisk helse i stor grad har vært fokusert på å finne biologiske og genetiske årsaker og korrelater til psykiske lidelser – altså et individrettet patologifokus (Albee, 1996). Selv om forskning på psykiske problemer har gitt oss svært mange viktige svar om risikofaktorer og langt mer effektive behandlingsformer, kan vi ikke alltid automatisk overføre denne kunnskapen til forebyggende tiltak. For eksempel kan vi anta at i en kompleks setting så kan én type intervensjon føre til ulike resultater hos forskjellige mennesker (multifinalitet), og at samme fenomen kan være utløst eller påvirket av ulike faktorer (multikausalitet). De aller fleste psykologiske og sosiale fenomener, det være seg psykiske plager eller psykologisk velbefinnende, har som regel en kompleks multifaktoriell etiologi av både miljømessig og nevrologisk/biologisk art, noe som gjør det vanskelig å identifisere enkle årsaker til at vi føler eller opplever verden som vi gjør. Denne kompleksiteten medfører at forebygging av psykiske lidelser som regel er langt mer komplekst og uoversiktlig enn forebygging av somatiske lidelser. Somatiske lidelser kan som oftest forebygges med intervensjoner som ikke er avhengig av den eller de som intervensjonerer (pillen har som regel samme virkning under ulike betingelser), noe som ofte ikke er tilfellet ved forebygging av psykiske problemer (den som intervensjonerer blir selv en del av intervensjonen). Som en kritikk til Mrazek og Haggertys tiltro til evidensbaserte programmer rettet mot å forebygge *spesifikke* psykiske problemer, kan det bety at selv om et program kan vise til dokumentert positiv effekt i én setting, kan det være uvirksomt i en annen.

Forebyggende tiltak kan noen ganger være vanskelig å markedsføre, spesielt dersom intervensjonene ligger innenfor det indikative eller selektive nivået, der tidligidentifisering av individer eller grupper med risiko for utvikling av psykiske problemer gjør seg gjeldende. Offentlig informasjon og debatt er ofte nødvendig i forkant (Orford, 1992). For mye fokus på

individet kan også medføre at en overser svært betydningsfulle og kanskje avgjørende faktorer – institusjonelle og samfunnsmessige som for eksempel fattigdom eller arbeidsløshet – som har stor innvirkning på menneskers liv (Fryer, 1998). Det er altså viktig å ikke alltid anta at intervensjoner må rettes mot individer (dvs. ”vertene”) når vi vil forebygge psykologiske problemer. Resultatet kan bli en form for ”blaming the victim”, noe som i seg selv kan skape og opprettholde psykiske problemer (Ryan, 1971; Aarø, 1986).

2.3 Helsefremming og helsefremmende tiltak

Selv om sykdomsforebygging og helsefremmende tiltak noen ganger kan være nesten overlappende (for eksempel kan fysisk aktivitet tjene både som forebyggelse av hjertekarsykdom og fremme mestringsfølelse), legger Verdens Helseorganisasjon vekt på at helsefremming bør skilles fra sykdomsforebygging, fordi sykdomsforebygging springer ut i fra helsesektoren der risikofaktorer og risikoatferd er fokus (fra WHO's Ottawa-charter, 1986). Helsefremming går altså langt ut over det å forebygge sykdom. Innenfor psykisk helsearbeid vil *helsefremmende tiltak* styre mot utvikling av kompetanser og ressurser, og tiltakene vil som regel rette seg mot alle i en gruppe eller setting, for eksempel alle elever i en skoleklasse eller alle arbeidstakere i en bedrift. Helsefremmingsideen er basert på å styrke individuell og kollektiv kapasitet for å håndtere ulike faktorer som påvirker vår psykiske helse, og intervensjonene foregår som regel i settinger som er en del av folks dagligliv (for eksempel skoler eller arbeidsplasser). Helsefremmende tiltak legger også stor vekt på brukermedvirkning i utformingen av tiltak heller enn de mer ekspertdrevne tiltakene en ser i forebyggende psykiatri.

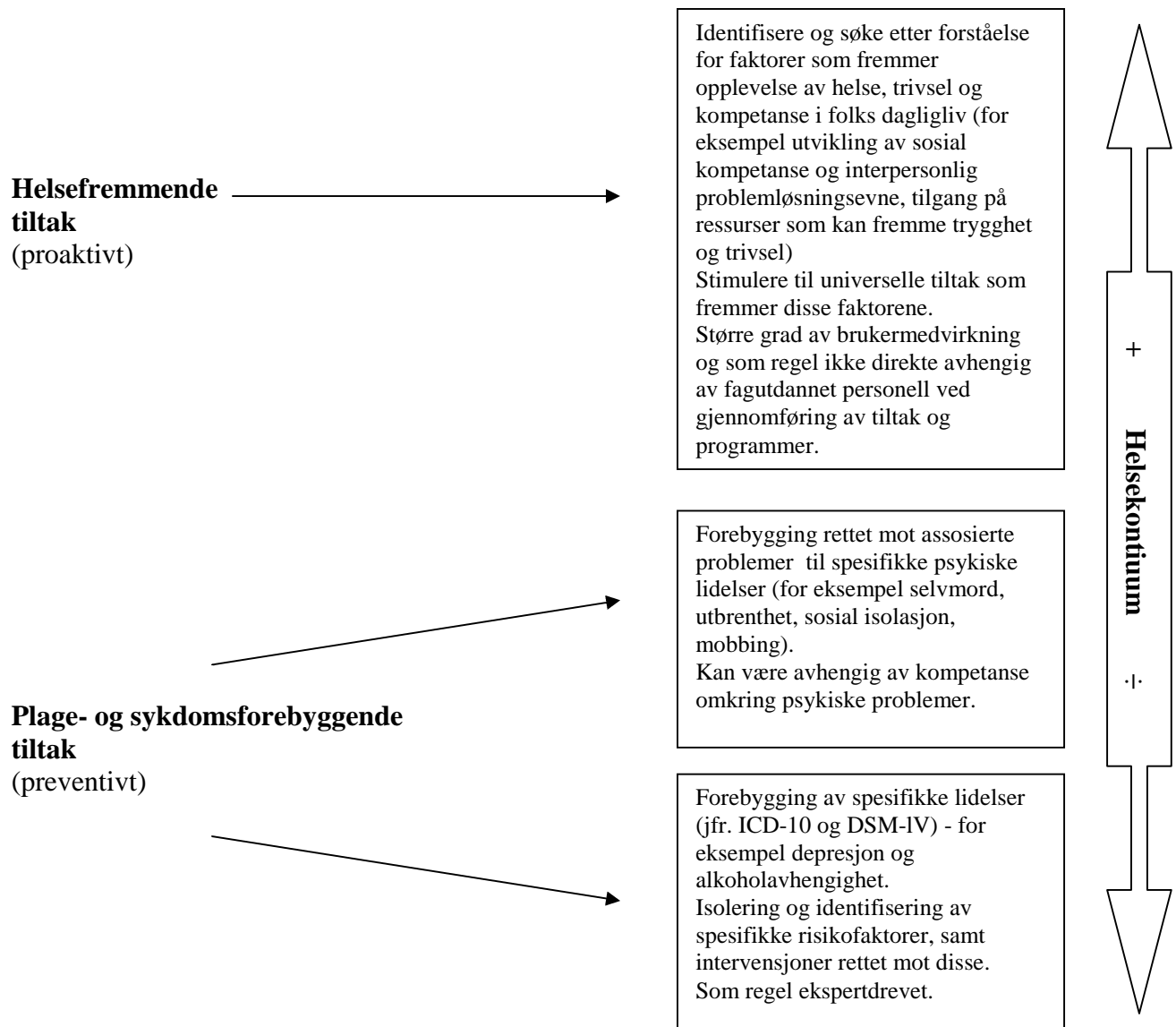
Mens det sykdomsforebyggende arbeidet først og fremst har vært rettet mot å identifisere individuelle risikofaktorer og intervensjoner rettet mot individer, har helsefremmende arbeid også dreid seg om å forsøke å gjøre noe med systemiske faktorer som for eksempel fattigdom eller utdanning i forsøk på å bedre folks psykiske helse. I slike tilfeller har man ofte hatt problemer med å dokumentere effekt av tiltak og programmer, fordi de mest brukte forskningsmetodene (som randomiserte kontrollstudier) er tilpasset for å undersøke og evaluere individuell atferd (Shiell & Hawe, 1996). Fordelen har imidlertid vært at slike helsefremmende tiltak sjelden er kontroversielle og derfor relativt enkle å sette ut i livet såfremt ressurser er tilgjengelige.

Psykologers utdannelse har i utgangspunktet vært i tråd med helsefremmingsideologien og hvordan man i form av intervensjoner kan legge til rette for menneskelig vekst og trivsel – ikke kun forebygge plager og problemer. Den psykologiske forskningen har primært vært individrettet, og viktige tema som vi kan kalle helsefremmende har vært slike som hvordan fremme sosial kompetanse, optimisme og problemløsningsevne hos skolebarn, men har også tatt for seg hvordan psykisk helse kan påvirkes av sosial utjevning, likestilling og en jevnere fordeling av makt (Secker, 1998; Fryer, 1998). Psykologien har imidlertid de siste tiårene hatt en stadig større tendens til å fokusere på individuelle risiko- og årsaksfaktorer til psykiske problemer og lidelser. Vi ser også at helsefremmende tiltak ofte sluses inn i Caplans og Mrazek & Haggertys modeller ved at tiltakene gjerne kalles primære eller universelle forebyggende aktiviteter, selv om altså disse modellene er konstruert for *forebyggende psykiatri* og der i alle fall sistnevnte forfattere avviser helsefremmende aktiviteter som relevant da arbeidet bør styres av å forebygge diagnostiske tilstander. Selv om helsefremmingsideen både er vital og lett å begeistres av, står feltet i fare for å bli akademisk og vitenskapelig uinteressant dersom det teoretiske fundamentet ikke utvikles og testes ut.

Oppsummert ser vi at en sykdomsforebyggende innfallsvinkel innenfor psykisk helsearbeid vil legge vekt på å *identifisere og forske på risikofaktorer* i utvikling av psykiske problemer, for eksempel depresjon eller rusmiddelavhengighet. Et viktig mål vil være å kunne sette inn (spesifikke) intervensjoner mot risikofaktorene så tidlig som mulig for å forhindre at plagene eller lidelsen oppstår. *Helsefremmende tiltak* vil derimot ha som mål å nå den positive delen på et psykisk helse kontinuum. Dette gjøres gjennom å vektlegge de kunnskapene vi allerede har om hvordan vi kan skape gode miljø, økt kompetanse eller velbefinnende hos enkeltpersoner eller grupper, samt identifisere og forstå faktorer som fremmer trivsel, mestring og sosial kompetanse i dagliglivet vårt. Forebyggende aktiviteter har ofte et mer individrettet fokus, mens helsefremmende aktiviteter også kan legge vekt på samfunnsmessige forhold som kan ha betydning for folks helse (for eksempel politikk, lovgivning, økonomi, utdanning osv.).

Forskjellen mellom sykdomsforebygging og helsefremming kan grovt sett illustreres som vist i figur 1.

Figur 1:



3. Å satse på forebyggende og helsefremmende tiltak

3.1. Gode grunner: individuelle og samfunnsmessige kostnader

Psykiske problemer virker negativt inn på menneskers funksjonsnivå på en rekke områder. Depresjon for eksempel, den mest utbredte av de psykiske lidelsene, koster det norske samfunnet trolig om lag 44 milliarder kroner per år i sykefravær og tapte arbeidsinntekter (Folkehelseinstituttet, 2008). Forskjellige psykiske problemer er ofte også en viktig medvirkende årsak til at unge mennesker ikke fullfører videregående skole, noe som kan medføre både negative sosiale og økonomiske ringvirkninger både for den enkelte og for samfunnsutviklingen generelt. Ifølge Folkehelseinstituttet viser både norske og internasjonale undersøkelser at om lag halvparten av befolkningen vil få en eller annen psykisk lidelse i løpet av livet, og at rundt 20-30% har hatt en lettere psykisk lidelse i løpet av det siste året. Prevalensen for mer alvorlige psykiatriske lidelser ligger på rundt 10 %. Verdens Helseorganisasjon antar dessuten, på bakgrunn av tall fra omfattende helseovervåkning, at psykiske vansker sannsynligvis vil være et økende problem i årene som kommer (WHO, 2002; Helse- og levekårsundersøkelsen, 2005).

Beregninger gjort av Statistisk sentralbyrå viser at kostnader for behandling av mennesker henvist til psykisk helsevern lå på vel 12,6 milliarder kroner i 2005, og at kostnader knyttet til økt behandlingsaktivitet har økt med rundt 24 %, korrigert for pris- og lønnsvekst, siden 1998. I kommunene har økning i personell innenfor psykisk helse-området steget fra 1600 personer i 2000, til 4500 personer i 2005. Den økte behandlingsaktiviteten i det psykiske helsevern og økningen i personell i kommunene er i tråd med deler av *Opptappingsplanens* mål. Helse- og levekårsundersøkelsen fra 2005 indikerer imidlertid at psykiske problemer i befolkningen ligger på samme nivå som i levekårsundersøkelsen fra 1998. Selv om økte bevilgninger sannsynligvis har bidratt til bedre tilgang og kvalitet på tjenester, og muligens også økt brukermidvirkningen, kan disse tallene bety at individrettet behandling og rehabilitering ikke er spesielt effektivt for å bedre den psykiske helsen på store grupper som det en hel befolkning er, i alle fall ikke på noen få år. Individuelle behandlingsformer for psykiske lidelser utover det rent medikamentelle er kostbart fordi det ofte er tidkrevende å få til endringer i psykoterapi, samt svært ressurskrevende å utdanne kvalifisert personell til slike behandlingsoppgaver. Disse to forholdene alene medfører at vi aldri vil kunne bli i stand til å tilby alle denne behandlingsformen, og som i praksis betyr lang ventetid for pasientene før de eventuelt får hjelp.

Å redusere forekomsten av psykiske problemer i befolkningen antas ikke bare å ha positive konsekvenser i form av økt livskvalitet, funksjonsevne og produktivitet for den enkelte, men også for de systemene som omgir individet i form av både familie, venner, skole- og arbeidsliv. Med andre ord vil det være en viktig samfunnsoppgave å forsøke å sette inn tiltak som kan føre til at omfanget av psykiske problemer er så lavt som mulig i befolkningen. *Men*, skal det psykiske helsearbeidet i Norge være i tråd med WHO's definisjon på helse, vil det også være viktig å *stimulere* til god psykisk helse i form av å *tilføre* noe fremfor kun å hindre plager og lidelser.

3.2. Viktige arenaer for sykdomsforebyggende og helsefremmende tiltak rettet mot psykisk helse.

Når det gjelder implementering kan helsefremmende og forebyggende tiltak gjøres på ulike nivåer og arenaer. Arbeidet kan rettes mot individer, familier, mot organisasjonssystemer, nærmiljøet eller større befolkningsgrupper. Noen ganger er tiltak utformet lokalt og foregår i mindre skala, eller det igangsettes større og mer systematiske programmer rettet mot mange. Forskningen viser at intervensjoner i form av rent opplysningsarbeid ikke er spesielt effektivt, men at intervensjoner gjerne må foregå på flere nivåer og arenaer samtidig for å gi en positiv effekt (Nutbeam, 1999; Aarø, 2000). Programmer utviklet de siste tiårene er derfor ofte kjennetegnet ved at de er basert på relativt omfattende teori og forskning, at intervensjonene er systematiske, foregår over en lengre periode, og at flere virkemidler kombineres sammen. Programmer finansieres ofte av midler fra det offentlige dersom de inngår som en del av politiske målsettinger (jfr. Opptappingsplanen). Det vektlegges i stadig større grad at intervensjoner skal kunne vise til vitenskapelig dokumenterte effekter, være evidensbaserte, som forutsetning for offentlig satsing og finansiering. Forskningen har derfor ofte dreid seg om undersøkelser av bestemte tiltak eller programmers effekt i en bestemt setting eller overfor en bestemt gruppe, sammenligninger av bestemte tiltak eller programmers effekt i ulike settinger eller overfor ulike grupper, eller meta-analyser av forskjellige studier. For å få gode nok svar på om tiltakene har effekt, for hvem, under hvilke betingelser og hvilke mekanismer som bidrar til endring, kreves det at programmet eller tiltakene har et godt forskningsmessig design (Orford, 1992).

De fleste tiltak og programmer innenfor psykisk helsearbeid er individrettede, og foregår gjerne i nøkkelsettinger som barnehager, skoler eller arbeidsliv. Det antas at spesielt forebyggende og helsefremmende tiltak rettet mot barn vil være mer effektivt enn

intervensjoner etter puberteten. I Norge finnes det en rekke anerkjente programmer i bruk. Mange av disse er godt tilpasset til barnehage- og skolehverdagen, og intervensjonene gjennomføres som regel av det pedagogiske personalet. En gjennomgang av et knippe programmer som kan vise til tilfredsstillende dokumentert effekt, indikerer at de aller fleste av dem primært har som mål å redusere emosjonelle problemer, rusmiddelbruk eller atferdsproblemer assosiert med psykiske lidelser. Kjente eksempler er Olweus' mobbeprogram, "PALS" og "De utrolige årene". Noen programmer har en mer blandet målsetting, slik at både forebygging av psykiske problemer og fremming av kompetanser vektlegges (for eksempel "Zippys venner"). Svært få av dem vektlegger fremming av sosial kompetanse og personlig vekst alene ("Du og jeg og vi to"). Det finnes også en rekke programmer rettet mot voksne. Noen foregår i arbeidslivet, og har gjerne psykososialt arbeidsmiljø som tema (for eksempel forebygging av mobbing). Mange tiltak for voksne er også rettet inn mot fagfolk som arbeider i det offentlige hjelpeapparatet, og som gjennom sitt arbeid kommer i kontakt med mennesker som har psykiske vansker eller rusmiddelproblemer. Intervensjoner vil i slike tilfeller nå frem til brukeren først når vedkommende kommer i kontakt med hjelpeapparatet (se Appendix for en oversikt over eksempler på programmer og tiltak for barn, ungdom og voksne i Norge).

Kravet til evidens har medført en favorisering av individrettede, sykdoms- og plageforebyggende intervensjoner, både fordi denne type forskning gjør det enklere å evaluere effekt på kort sikt, samt at den forebyggende psykiatrien har vært faglig dominerende på feltet. Denne individrettede tilnærmingen blir også anerkjent innenfor helseøkonomi, noe som gjerne medfører både politiske og økonomiske konsekvenser i forhold hva det lønner seg å forske på. Det er imidlertid en rekke andre kompliserte, samfunnsmessige forhold som kan virke inn på folks psykiske helse – altså forhold som ligger utenfor helsevesenets domene. Dette kan for eksempel høre inn under lovgivning (eksempelvis rett til fødselspermisjon) eller byplanlegging (eksempelvis tilfredsstillende støyvern, tilgang på lekeplasser eller grønne arealer).

3.3. Psykologer og psykisk helsearbeid - en orientering mot individualisert sykdomstenkning?

Albert Bandura hevdet for noen få år tilbake at vi som psykologer "have been more heavily invested in intricate theories of failure than in theories of success" (Bandura, 1998). Hva kan i så fall være grunnene til dette?

Før 2. verdenskrig var psykologer først og fremst opptatt av normalpsykologiske fenomener som motivasjon, læring, personlighet og seleksjon. Generelt var psykologers virksomhet ofte knyttet til å finne mer ut av hvilke faktorer som kunne fremme menneskelige prestasjoner og livskvalitet på ulike arenaer. Det som den gang lignet klinisk psykologi dreide seg for det meste om å hjelpe barn som hadde problemer på skolen (Maddux, 2005). I forbindelse med de menneskelige traumene som oppsto i kjølvannet av 2. verdenskrig, dukket det etter hvert opp et behov for fagfolk som hadde kunnskaper om behandling av psykiske problemer. Dette feltet hadde vært psykiaternes domene; nå var disse ikke lenger mange nok for å ta fatt i oppgavene, og en vendte seg derfor til psykologene. Spesielt i USA, gjennom opprettelsen av National Institute of Mental Health (NIMH), og som i hovedsak har vært besatt av psykiatere, ble det utover 1960- og 70-tallet lagt ut enorme midler til forskning på psykiske lidelser. Kriteriene for tildeling av midler var at forskningen skulle belyse årsaksfaktorer og effektive behandlingsformer. Psykologer ble etter hvert en svært viktig gruppe innenfor dette feltet, både som forskere og behandlere, først i USA og senere også i Europa. Resultatet av denne massive forskningsinnsatsen har selvsagt medført at vi har fått mye viktig kunnskap omkring helseskadelige faktorer og mer effektive behandlingsformer for psykiske problemer. Det har også ført til at diagnosemanualer som DSM har vokst fra å være et hefte på litt over 50 sider på 1950-tallet, til å bli et mursteinslignende verk på mer enn 900 sider i dag (DSMIV). Den psykologiske forskningen og psykologenes arbeidsoppgaver har i tråd med dette endret seg fra å være et bredt spekter av tema innenfor normalpsykologi, til å handle om identifisering av risikofaktorer og symptomer, diagnostikk og behandling. De fleste forbinder derfor i dag psykologer med fagfolk som behandler, eller på andre måter yter bistand til, mennesker med psykiske problemer. Selv om det gjennom hele psykologiens historie har vært stor akademisk interesse for temaer som subjektiv opplevelse av kontroll og mestring (bl.a. Bandura 1986; Folkman & Lazarus 1984), for hvilke faktorer som holder oss friske (bl.a. Antonovsky, 1987), og hvorfor noen er mer motstandsdyktige under stress enn andre (jfr. forskningen på fenomener som 'hardiness' og 'resilience' fra begynnelsen av 1980-tallet), hevder Albee (2000) at psykologer flest siden 1950-tallet i stadig større grad har godtatt den medisinske sykdomsmodellen som innfallsvinkel til å forstå, behandle og forebygge psykiske lidelser. Det settes et stadig større fokus på kliniske populasjoner fremfor på ikke-kliniske populasjoner, og fagspråk og terminologi preges av dette.

En alternativ tilnærming som har hatt relativt stor innflytelse de senere årene, og som kan tjene som teoretisk rammeverk i forhold til spesielt helsefremmende arbeid innenfor området

psykisk helse, er Antonovskys salutogenese (Antonovsky 1996). I tråd med helsefremmingsideen er den salutogene modell ikke orientert mot det patogene, eller mot risikofaktorer, og henvender seg derfor til alle. Denne modellen har spesielt vært opptatt av generelle individuelle motstandsressurser, som kan være alt fra sosial støtte, optimisme, selvtillit, innflytelse eller materielle ressurser, og hvordan disse kan fostre *personens opplevelse av mening og sammenheng i eget liv* – ”*sense of coherence*” (SOC). Antonovsky hevdet at denne variabelen – ”SOC” - kan studeres som en avhengig variabel for å finne mer ut av hva som kan bevege menneskene oppover på helseskalaen. Fremveksten av såkalt positiv psykologi de siste 5-10 årene lover også godt som teoretisk fundament for vitenskapelige studier av psykologiske vekstbetingelser og intervensjoner rettet mot å stimulere positiv psykisk helse (Seligman, 2005). Positiv psykologi legger stor vekt på at psykologien må forske mer systematisk på menneskelige styrker, beskyttende faktorer, positive følelser og de gode sidene ved livet fremfor at psykologien blir et fag som kun fokuserer på det dysfunksjonelle ved menneskene. Positiv psykologi ønsker seg vekk fra den medisinske modellen og diagnosemanualene som DSM-IV og ICD-10, og forsøker å minne oss på at diagnoser tross alt er mer eller mindre nyttige sosiale konstruksjoner – ikke selvstendige entiteter, fakta eller ”grunnstoff” som vi tilfeldigvis har oppdaget og beskrevet uavhengig av vår kulturelle kontekst. Denne bevegelsen innenfor nyere psykologi mener at psykologifaget, også den kliniske psykologien, bør investere mindre i å utvikle teorier og modeller relatert til mangler og sykdom, og fokusere mer systematisk på hvilke ”suksessfaktorer” som er nødvendige for å bedre den menneskelige tilværelsen. (Seligman, 2005; Maddux, 2005). Tilnærmingen har den siste tiden også blitt mer opptatt av intervensjoner og programmer som enkelt kan anvendes på ikke-kliniske grupper og enkeltindivider. I tråd med annen forskning, vektlegges det at en bør henvende seg spesielt til barn og unge i de systemene de er en del av i det daglige, fortrinnsvis barnehager og skoler (se Appendix for eksempler).

4. Oppsummering og noen forslag til fremtidige fokusområder

Et overveldende stort forskningsmateriale indikerer at forebyggende og helsefremmende aktiviteter kan være vel så effektive som enkelte former for *behandling* innen både medisin og psykologi. Spesielt viser forskningen at systematiske intervensjoner - både plageforebyggende og helsefremmende tiltak - i tidlige barneår kan ha en markant positiv effekt på barns

psykiske helse (Durlak og Wells, 1997; Thuen & Aarø, 2001). Det er også rimelig å anta at jo tidligere en kan sette inn helsefremmende, forebyggende eller mer behandlingsrettede tiltak i et menneskes liv, vil dette kunne ha en helsemessig positiv effekt for det samme individet også i senere ungdomsår og i voksen alder. Lavterskeltilbud rettet mot psykisk helse, for eksempel i form av rask og lett tilgjengelig psykologhjelp for barn og unge, vil i så henseende være svært gunstig i et folkehelseperspektiv. I den forstand vil det her være viktig at psykologer har god kunnskap om risikofaktorer, hvordan psykologiske problemer ytrer seg hos mennesker, samt kunnskap og ferdigheter knyttet til behandling av psykiske problemer.

Det kan imidlertid være viktig at offentlig psykisk helsearbeid, også psykologtjenester, ikke kun bør dreie seg om å intervensere mot potensielle psykiske plager og lidelser. Psykiske helse er mer enn fravær av sykdom; intervensjoner rettet mot å tilføre ”aktiva” (*assets*) og mobiliserende faktorer – og kanskje da spesielt overfor barn før de kommer i puberteten – kan være vel så viktig. Dette kan gjøres gjennom systematiske programmer i barns naturlige settinger som barnehager eller skoler. Resultater fra resiliensforskningen (resiliens = positiv tilpasning hos en person på tross av at vedkommende befinner seg i en negativ kontekst) indikerer at intervensjoner og programmer rettet mot barn bør ha positive målsettinger, ved at det først og fremst er viktig å fremme sunn utvikling og ulike former for kompetanse fremfor å legge for ensidig vekt på å hindre problemer. Resiliensforskningen foreslår tre parallelle strategier med hensyn til intervensjoner. Den ene handler om en *risikorettet strategi*, der forebygging av bl.a. rusmiddelbruk, vold og omsorgssvikt vil være viktige tema. En annen strategi vil legge vekt på å *øke generelle ’aktiva’ eller sosial kapital overfor barn*, ved for eksempel tilgang på kompetente og opplyste foreldre, lærere og andre omsorgspersoner, samt organiserte fritidsaktiviteter. Videre en *prosessfokusert strategi* som tar sikte på å mobilisere grunnleggende beskyttelsesfaktorer, og som går ut over å redusere risiko eller tilføre ytre ressurser. Strategien legger vekt på å påvirke psykologiske prosesser, for eksempel å lære barnet ulike mestringsferdigheter, eller intervensjoner overfor ”nybakte” foreldre for å stimulere til trygg tilknytning mellom barnet og foreldrene (Masten & Reed, 2005). Når det gjelder denne sistnevnte strategien, kan positiv psykologibevegelsen ha svært mye å tilby (se Appendix for nærmere beskrivelser). I den nasjonale veilederen omhandlende psykisk helsearbeid skrives det imidlertid lite om at psykisk helsearbeid skal handle om det ovenfornevnte. Her vektlegges så å si kun tidligidentifisering og lavterskeltilbud, altså en risikofokusert strategi for å redusere psykologiske problemer og atferdsproblemer. Psykisk helsearbeid synes også først og fremst å dreie seg om aktiviteter som skal foregå innefor det

kommunale lavterskeltilbudet ved at f.eks. PPT-kontorer, helsestasjoner eller NAV skal intervensere i forhold til sine klienter. Når det gjelder det psykiske helsearbeidet for voksne synes dette i enda større grad å være preget av at arbeidet skal rettes mot personer som er identifiserte hjelpetrengende i det kommunale apparatet. Psykisk helsearbeid rettet mot befolkningen er sannsynligvis mest virkningsfullt på andre arenaer enn i helsevesenet eller hjelpeapparatet, som i arbeidsliv eller utdanningsinstitusjoner – altså på arenaer der vi befinner oss i det daglige. Kommunene er for eksempel arbeidsgiver for et stort antall mennesker i Norge, og de har mange viktige roller og oppgaver overfor alle innbyggere i Norge utover det å drive med rene helseoppgaver. Potent psykisk helsearbeid behøver derfor ikke kun innskrenkes til kommunenes helseetater i form av å identifisere risikogrupper eller assistere hjelpetrengende.

En svært viktig arena for voksne mennesker er arbeidslivet. For eksempel har kvinner de siste tiårene blitt en stadig større del av arbeidsstyrken, slik at flere mennesker er i arbeid enn før, noe som kan ha konsekvenser for familieliv og økonomi. Samtidig skjer teknologiske endringer og omstillinger i arbeidslivet langt raskere enn før. Mange kvinner og menn opplever derfor store utfordringer med å kombinere familieliv og arbeidsliv på en god måte ved at en kjenner på tidsklemme, samt krav og forventninger til å fylle mange (og ofte motstridende) roller samtidig (Gran, 2006). En positiv motvekt til dette vil være å ha opplevelse av å ha stor innflytelse og rimelig grad av kontroll over egne arbeidsoppgaver og arbeidsdag, noe som igjen kan virke positivt inn på arbeidstakeres psykiske helse. Spreitzer har gjennom en årrekke gjennomført flere studier omhandlende arbeidstakeres opplevelse av myndiggjøring ('empowerment') på arbeidsplassen. Blant annet gjennomførte hun nylig en større studie der arbeidstakere i en rekke land ble stilt ulike 'empowerment'-relaterte spørsmål, som for eksempel hvor mye innflytelse de opplevde å ha på arbeidet sitt (Spreitzer, 2007). Resultatene indikerte blant annet en sterk sammenheng mellom subjektiv opplevelse av 'empowerment' og generelt konfliktnivå i det landet arbeidstakerne bodde, ved at høy grad av subjektiv myndiggjøring og innflytelse var negativt korrelert med konfliktnivå i landet. Selv om det er usikkert hvordan årsakssammenhengene går her, kan det tenkes at en rekke arbeidsrelaterte forhold kan virke inn på sosiale og politiske forhold i samfunnet – altså motsatt av hvordan en vanligvis tenker omkring dette. For eksempel kan det tenkes at arbeidstakere som opplever demokrati og lærer seg konfliktløsningsferdigheter på jobb, tar disse ferdighetene med seg over i andre sosiale settinger som for eksempel familieliv. Gode psykososiale forhold på jobb kan med andre ord virke stimulerende inn på positiv

samfunnsutvikling, for eksempel i form av lavt volds- og konfliktnivå – forhold som vi vet kan ha svært negative konsekvenser på folks psykiske helse om de er hyppig forekommende.

Andre viktige samfunnstrender som kan være relevant i et psykisk helseperspektiv, er at en langt større del av befolkningen enn tidligere, i alle fall i de skandinaviske landene, tar høyere utdanning. Studenter på universiteter og høyskoler kan derfor være store og viktige målgrupper for både sykdomsforebyggende og helsefremmende tiltak, og som en tidligere ikke har kunnet nå frem til på samme måte. Forebyggende psykisk helsearbeid kan her være ulike former for lavterskeltilbud til studenter som har psykiske problemer eller problemer relatert til studiesituasjonen. Helsefremmende tiltak kan være i form av gode karriereveiledningstjenester, tilgang på rimelige og trivelige studentboliger, undervisning og andre aktiviteter som legger til rette for sosial kontakt med andre studenter, tilgang på treningsfasiliteter eller god tilrettelegging for studenter som får barn i studietiden. Slike tiltak kan ha både en direkte og indirekte virkning på trivsel og psykisk velbefinnende for studentene.

Ellers er folks bruk av internett en annen arena som kan få økende betydning innenfor offentlig forebyggende og helsefremmende tiltak rettet mot psykisk helse. Estimer for noen få år tilbake viser at mellom 60 – 100 millioner mennesker daglig søker etter helserelatert informasjon (Cline & Haynes, 2001). Dette tallet har sannsynligvis økt, ettersom bruken av internett nærmest har vist en eksponentiell vekst. I forhold til psykisk helse, synes folks bruk av internett først og fremst å være i form av søken etter informasjon om psykiske problemer. I denne sammenheng kan internett ha en enorm positiv virkning i forhold til å alminneliggjøre psykiske plager og lidelser, gi nøktern informasjon om tema som mange synes det er vanskelig å søke hjelp for, eller informere om hvordan eller hvor en kan få hjelp. Annen bruk kan være tilgang på og interaktiv deltagelse i støttegrupper, eller direkte rådsøking hos profesjonelle helsearbeidere som for eksempel psykologer. Det er lett å se at internett, via blant annet omfattende og lett tilgjengelige opplysninger om psykisk helse, kan bidra til å myndiggjøre mennesker. Internettbruk kan selvsagt også på dette feltet ha flere ulemper, bl.a. kan kvalitet på den helseinformasjonen som er tilgjengelig av og til være vanskelig å vurdere for legfolk. Det kan også være vanskelig å vite hvordan folk oppfatter og håndterer slik helseinformasjon, samt i hvilken grad internettinformasjon er effektiv som helsefremmende og forebyggende aktiviteter. Jeg har for eksempel tidligere vist til at opplysningsarbeid alene sjelden fører til at folk endrer holdninger eller atferd.

Jeg har i denne oppgaven forsøkt å skissere en del hovedtrekk ved sykdomsforebyggende og helsefremmende tiltak rettet mot psykisk helse, samt forsøkt å belyse noen forskjeller mellom begrepene. Når det gjelder oppgavens tittel, har jeg gjennom å vise til litteratur forsøkt å peke på at mye av det offentlige psykiske helsearbeid i stor grad er innrettet mot individrettet risikoidentifisering og lavterskeltilbud, altså en i hovedsak sykdomsforebyggende innfallsvinkel til psykisk helse. Selv om en slik innfallsvinkel vil være helt nødvendig og nyttig i enhver form for helsearbeid, vil det i et folkehelseperspektiv være relevant å stille spørsmål ved om vi som *befolkning* oppnår bedre psykiske helse ved å fokusere mest på sykdomsforebyggende aktiviteter. Jeg har forsøkt å vise til at det vil være behov for at psykisk helsearbeid også bør dreie seg om andre forhold, både individrettede og befolkningsrettede tiltak. Individrettede tiltak kan handle om å jobbe systematisk med å *tilføre* mennesker ulike former for kompetanse som enten direkte eller indirekte er knyttet til psykisk helse, for eksempel å lære barn hvordan de kan bli mer optimistiske, øke sin sosiale kompetanse, problemløsende ferdigheter og empatiske evner. Jeg har også forsøkt å vise til at andre, mer overordnede samfunnsmessige forhold også kan ha stor betydning for psykisk helse i en befolkning. Endringer på samfunnsnivå kan være svært viktige for å bedre menneskers psykiske helseforhold. Bekjempelse av sosial nød, rasediskriminering eller en økning av utdanningsnivå og å sørge for gode boligforhold, kan være vel så viktig for en befolknings psykiske helsestatus sammenlignet med mer individrettede tiltak.

Referanser

- Albee, G.W. (1996). Revolutions and counterrevolutions in prevention. American Psychologist, 51 (11), 1130-1133.
- Albee, G.W. (2000). The Boulder model's fatal flaw. American Psychologist, 55, 247-248.
- Antonovsky, A. (1996). The salutogenic model as a theory to guide health promotion. Health Promotion International, 11(1), 11-18.
- Bandura, A. (1986) Social foundations of thought and action: a social cognitive theory. Englewoods Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Bandura, A. (1998). Swimming against the mainstream: Accenting the positive aspects of humanity. Sitert i artikkel av Maddux. Se i Handbook of positive psychology (2003). Snyder, C.R. & Lopez, S.J. (red.)
- Breslow, L. (1999). From disease prevention to health promotion. Journal of American Medical Association, 281 (11), 1030-1033.
- Bronfenbrenner, U. (1979). The ecology of human development: Experiments by nature and design. Cambridge MA: Harvard University Press.
- Caplan, G. (1964). Principles of preventive psychiatry. New York: Basic Books.
- Cline, RJW. & Haynes, K.M. (2001). Consumer health information seeking on the internet: the state of the art. Health Education Research, 16, 6, 671-692.
- Cowen, E. (2000). Now that we all know that primary prevention in mental health is great, what is it? Journal of Community Psychology, 28 (1), 5-16.
- Czeresnia, D. (1999). The concept of health and the difference between prevention and promotion. Cad. Saùde Pùblica, Rio de Janeiro, 15 (4), 701-709.
- Durlak, J.A. & Wells, A.M. (1997). Primary prevention mental health programs for children and adolescents: A meta-analytic review. American Journal of Community Psychology, 25, 115-152.
- Folkehelseinstituttets nettsider (www.folkehelseinstituttet.no): "Psykiske plager og lidelser – fakta om psykisk helse i Norge" (september 2007).
- Fryer, D. (1998). Community Psychology: practicing what we don't teach. Utkast til artikkel senere publisert i Clinical Psychology Forum, desember 1998.
- Fryer, D. (1998) Handouts fra forelesning. Department of Psychology, University of Stirling.
- Leavell, H. & Clark, E.G. (1953). Preventive medicine for the doctor in his community. New York: McGraw Hill.
- Kok, G., Schaalma, H., DeVries, H., Parcel, G. & Paulssen, T. (1996). Social psychology and health education. European Review of Social Psychology, 7, 241-282.
- Maddux, J.E (2005). Stopping the madness: positive psychology and the deconstruction of the illness ideology and the DSM. I Snyder, C.R & Lopez, S.J. (Eds.) Handbook of positive psychology (s.13-25). Oxford University Press.

- Masten, A.S. & Reed, M.-G. (2005). Resilience in development. I Snyder, C.R & Lopez, S.J. (Eds.) Handbook of positive psychology (s.13-25). Oxford University Press.
- McQueen, D. (2001). Strengthening the evidence base for health promotion. Health Promotion International, 1(3), 261-268.
- Mrazek, P.J. & Haggerty, R.J. (1994). Reducing risks for mental disorders: Frontiers for preventive intervention research. Washington, D.C, Institute of Medicine, National Academy Press.
- Nutbeam, D. (1999). The challenge to provide 'evidence' in health promotion. Health promotion International, 14 (2), 99-101.
- Orford, J. (1992). Community Psychology. Theory and practice. John Wiley & Sons Ltd.
- Ryan, W. (1971). Blaming the victim. New York: Random House.
- Search Institute (2006). 40 developmental assets for early childhood (ages 3 to 5), middle childhood and adolescence. Building blocks of healthy development that help young people grow up healthy, caring and responsible. www.search-institute.org
- Secker, J. (1998). Current conceptualizations of mental health and mental health promotion. Health Education Research, 13 (1), 57-66.
- Seligman, M. (2003) Positive psychology for ninth graders. Authentic Happiness Newsletters. University of Pennsylvania. Se www.authentichappiness.sas.upenn.edu/newsletter
- Seligman, M. (2005). Positive psychology, positive prevention and positive therapy. I Snyder, C.R & Lopez, S.J. (Eds.) Handbook of positive psychology (s.3-9). Oxford University Press.
- Shiell, A. & Hawe, P. (1996). Health promotion community development and the tyranny of individualism. Health Economics (5), 241-247.
- Sosial- og helsedirektoratet (2007). Veileder for psykisk helsearbeid for barn og unge i kommunene.
- Sosial- og helsedirektoratet. Nyhetsbrev om Opptappingsplan om psykisk helse. Nr. 4 – 2007.
- Spreitzer, G. (2007). Taking stock: a review of more than twenty years of research on empowerment at work. I Cooper, C. & Barling, J. (Eds.) I Handbook of Organizational Behavior. Sage Publications.
- SSB (2005). Levekårsundersøkelsen om helse, omsorg og sosial kontakt. Statistisk Sentralbyrå.
- Statistisk sentralbyrås nettsider (www.ssb.no)
- Stortingsproposisjon nr. 63 (1997-98). Opptappingsplanen for psykisk helse 1999-2006. Sosial- og helsedepartementet.
- Stortingsmelding nr. 16 (2002-2003) Resept for et sunnere Norge. Folkehelsepolitikken. Helsedepartementet.
- Tuen, F. & Aarø, L.E (2001). Psykisk helse forebyggende arbeid. En litteraturgjennomgang. Tidsskrift for Norsk Psykologforening, 38, 410-423.
- Aarø, L.E. (1986). Health behaviour and socioeconomic status. A status among the adult population in Norway. Doktorgradsavhandling. Universitetet i Bergen.
- Aarø, L.E. (2000). Helsefremmende arbeid i arbeidslivet. I Einarsen og Skogstad (red.) Det gode arbeidsmiljø. Krav og utfordringer (s. 333-359). Fagbokforlaget.

World Health Organization (1986). Ottawa Charter for Health Promotion. First International Conference on Health Promotion. Ottawa, 21. November 1986.

World Health Organization (2002) Prevention and promotion in mental health. Mental health: evidence and research. Department of mental health and substance dependence. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data. Geneva.

www.forebygging.no. Kunnskapsbase og interaktiv arena for forebyggende og helsefremmende arbeid med særlig vekt på rusforebygging.

Appendix

Eksempler på programmer rettet mot barn og unge

Programmene nedenfor er vurdert og anbefalt av en forskergruppe i regi av Sosial- og Helsedirektoratet i 2006. Arbeidet resulterte i rapporten "Forebyggende innsatser i skolen". Programmene ble inndelt i kategoriene "Program med dokumenterte resultater" og "Program med god sannsynlighet for resultater".

- **Olweus' mobbeprogram:** Målet er å redusere mobbing blant skolens elever. Rettet mot alle elever på skolen. (HEMIL-senteret/Universitetet i Bergen). Tilhørende kategorien "Program med dokumenterte resultater".
- **"Steg for steg":** Målet er å lære prososiale ferdigheter, redusere impulsiv og aggressiv atferd. Rettet mot barn mellom 1. og 7. klasse (Committee for Children i USA/ Nasjonalforeningen for folkehelsen). Tilhørende kategorien "Program med god sannsynlighet for resultater".
- **"Zippys venner":** Målet er å forebygge emosjonelle vansker ved å stimulere til bedre mestring av dagligdagse problemer. Rettet mot barn mellom 6 til 8 år (Partnership for Children (PFC)/Voksne for barn) som. Tilhørende kategorien "Program med dokumenterte resultater".
- **"PALS":** Målet er å redusere ulike former for problematferd gjennom prinsipper hentet fra PMTO-modellen. Kan rettes mot alle elever eller utsatte grupper i skolen (Atferdssenteret) Tilhørende kategorien "Program med dokumenterte resultater".
- **"To do or not to do":** Målet er å øke ungdommers kunnskaper om risiko og skader ved bruk av rusmidler. Rettet mot elever på 9. Skoletrinn (Stiftelsen Bergensklinikkene). Program tilhørende kategorien "Program med god sannsynlighet for resultater".
- **"Kjærlighet og grenser":** Målet er primært å forebygge bruk av tobakk, alkohol og narkotika blant tenåringer. Rettet mot elever i 10-14 års alder, samt deres foreldre (Borgestadklinikken). Program tilhørende kategorien "Program med god sannsynlighet for resultater".
- **"KREPS":** Målet er å redusere atferdsproblemer gjennom å styrke sosial kompetanse. Rettet mot elever med problematferd (Høgskolen Stord/Haugesund). Program tilhørende kategorien "Program med god sannsynlighet for resultater".
- **"De utrolige årene":** Målet er å forebygge og redusere atferdsproblemer hos barn gjennom litt ulike program for foreldre og barn. Rettet mot barn mellom 3 og 8 år som viser tegn til atferdsproblemer eller har vanskelige omsorgsbetingelser. Basert på Webster-Stratton. (RBUP Nord). Program tilhørende kategorien "Program med dokumenterte resultater".
- **"Du og jeg og vi to":** Målet er å fremme barns sosiale kompetanse. Barn i alderen 3 -6 år og som går i barnehage. (Kari Lamer). Program tilhørende kategorien "Program med dokumenterte resultater".
- **"Det er mitt valg":** Målet er å hjelpe barn med å utvikle positiv sosial atferd, personlig vekst og lære dem å ta selvstendige valg, samt bedre elevemiljøet i klassen. Ulike tiltak rettet mot elever fra 1. trinn i barneskolen og helt opp til videregående skole ("Lions Quest"/Lions Club International). Program tilhørende kategorien "Program med god sannsynlighet for resultater".

Noen eksempler på tiltak rettet mot voksne:

- **”VIVAT”- Førstehjelp ved selvmordsfare:** Målet er å redusere selvmord blant mennesker med psykiske lidelse. Rettet mot helsepersonell som kommer i kontakt med selvmordstruede mennesker (Universitetssykehuset i Nord-Norge).
- **”Treningskontakter”:** Målet er å forebygge bruk av rusmidler og bedre psykisk og fysisk helse gjennom regelmessig fysisk aktivitet. Tiltaket er rettet mot personer med rusmiddelavhengighet og psykiske problemer. Personene i tiltaket får tilgang på en treningskontakt som kan motivere og være med på trening (Stiftelsen Bergensklinikkene i samarbeid med et stort antall kommuner og idrettslag).
- **”Godt samliv”:** Gratis samlivskurs for nybakte foreldre. Hensikten med kurset er å gi støtte og inspirasjon til nybakte foreldre i en periode med store forandringer og utfordringer i hverdagen. (Barne- ungdoms- og familiedirektoratet).
- **”Jobbing uten mobbing”:** Prosjekt i samarbeid mellom Arbeidstilsynet og arbeidslivsorganisasjonene. Satsingen skal bidra til å forebygge mobbing i arbeidslivet gjennom å bevisstgjøre og ansvarliggjøre aktørene på den enkelte arbeidsplass. Fokus er å gjøre aktørene på den enkelte arbeidsplass i stand til å forebygge og håndtere mobbing og trakassering (se www.jobbingutenmobbing.no).

**”Search Institute”:
eksempler på betydningsfulle ’aktiva’ i barn og
unges utvikling**

Eksempel på bruk av positiv psykologi overfor skoleungdom