



# Sosial ulikhet i helse

## *Skolebaserte tiltak, sosial utjevning og barns fysiske aktivitet*

**VID Vitenskapelige Høyskole**

*VU Helsesøster 2016*

**Kandidatnummer:**

644, 645

**Antall ord:** 2917

**Dato:** 14. mai 2018

**Veileder:** Live Nordhagen

**Tillater du at artikkelen blir publisert i Brage?**

**JA, jeg tillater (sett kryss)**

**NEI, jeg tillater ikke**

# **Sammendrag**

## **Innledning med bakgrunn**

Andelen barn som vokser opp i familier med vedvarende lav inntekt øker. Disse barna har gjennomgående dårligere helse og er mindre fysisk aktive. Fysisk aktivitet forebygger sykdom og henger tett sammen med annen positiv helseatferd. Grunnlaget for levevaner legges i skolealderen og gjennom sitt forebyggende og helsefremmende arbeid kan skolehelsetjenesten bidra til å utjevne sosiale helseforskjeller. Helsesøster har en viktig oppgave i å identifisere særlige utfordringer i tjenesten, samt planlegge og gjennomføre tiltak. Hensikten med denne artikkelen er å undersøke hva forskning sier om effekten av skolebaserte tiltak for å utjevne sosial ulikhet i fysisk aktivitet.

## **Metode**

I februar og mars 2018 ble det gjort systematiske litteratursøk i relevante databaser etter eksisterende litteratur som omhandlet effekten av skolebaserte tiltak, sosial ulikhet og fysisk aktivitet. Fire artikler ble inkludert.

## **Resultat**

Skolebaserte tiltak kan redusere eller forverre sosial ulikhet. Helseopplysning kan bidra til å øke ulikhet, men også redusere den dersom den kombineres med andre virkemidler. Sammensatte tiltak med hovedvekt på strukturelle tiltak for å legge forholdene til rette for fysisk aktivitet, hadde effekt på alle elever uavhengig av sosioøkonomisk bakgrunn og i favør av barn med lav sosioøkonomisk status, slik at ulikheten ble utjevnet.

## **Konklusjon/oppsummering**

Skolebaserte tiltak kan både forverre og redusere sosial ulikhet i fysisk aktivitet. Gjennom å ha kunnskap om hvilke metoder som har dokumentert effekt, kan helsesøster planlegge og gjennomføre målrettede og effektive tiltak og slik bidra til sosial utjevning.

## **Nøkkelord**

Skolebaserte tiltak, Sosial ulikhet, Fysisk aktivitet

## **Abstract**

### **Introduction and background**

The number of children growing up in low income families is increasing. The health of these children is poor and they are less physically active. Physical activity prevents disease and is closely linked to other positive health behaviors. The foundation for living habits is laid while in school and the school health service can level out social inequalities by delivering health promotion programs. The school health nurse has an important task identifying particular challenges in addition to plan and implement interventions. The purpose of this article is to investigate what research says about the effect of school-based interventions to reduce social inequalities in physical activity.

### **Method**

During February and March of 2018 a systematic search was performed in relevant databases with the aim to find existing literature that disclose the effect of school-based interventions, social inequalities and physical activity. Four articles were included.

### **Results**

School-based interventions may narrow or widen social inequalities. Health education may contribute to widen inequalities, but also narrow differences if it is combined with other means. Multi- level interventions based on structural change to promote physical activity was found to have effect on all students, regardless of socioeconomic background. Students of low socioeconomic status were favourably reached, so that inequalities were reduced .

### **Conclusion**

School-based interventions may narrow or widen social inequalities in physical activity. The school health nurse can plan and implement targeted and effective interventions by having knowledge of methods with documented effect, in order to reduce social inequalities.

### **Key words**

School-based interventions, Social inequalities, Physical activity.

## **Innledning og bakgrunn**

De fleste barn i Norge har det bra og har gjennomgående god helse (Helsedirektoratet, 2018). Andelen barn som vokser opp i familier med vedvarende lav inntekt er derimot økende og i 2015 var nærmere 10% av norske barn berørt (Statistisk sentralbyrå, 2017). Barn har få muligheter til å påvirke sine rammer og sosiale forutsetninger, og fattigdom reduserer deres mulighet til å leve gode liv med god helse. Det påvirker barns helsetilstand på kort sikt, men øker også risikoen for sykdom, uførhet og tidlig død senere i livet (Mæland, 2016). Barn fra familier med lav sosioøkonomisk status har økt risiko for overvekt, astma og psykiske vansker. De har dessuten mindre tilgang på ressurser som sunt kosthold, frisk luft og fysisk aktivitet (Aarø & Klepp, 2017).

Variasjon i helse kan relateres til sosioøkonomiske forskjeller allerede i barne- og ungdomsårene. I en omfattende undersøkelse av norske skoleungdommer ble det funnet sosioøkonomiske ulikheter for alle de kartlagte områdene av skoleelevers helse og helseatferd. Blant annet rapporterte elever med lav sosioøkonomisk status at de spiste mindre sunt, var mindre aktive og hadde mer helseplager og mindre livstilfredshet enn jevnaldrende som vokste opp i hjem med høyere sosioøkonomisk status (Samdal, 2016). I sum representerer dette en overeksponering for risikofaktorer som vil kunne redusere barn og unges livssjanser og mestringsmuligheter (Bekken, Dahl & van der Wel, 2018). I et helsefremmende og forebyggende perspektiv er det derfor avgjørende at tiltak mot sosiale ulikheter i helse særlig rettes mot barns livssituasjon (Mæland, 2016). Nasjonal faglig retningslinje for det helsefremmende og forebyggende arbeidet i helsestasjon, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom sier at tidlig innsats overfor barn og unge i vanskeligstilte familier er vesentlig for forebygging av sosiale og helsemessige problemer (Helsedirektoratet, 2017).

Helseatferd er atferd som enten øker eller reduserer risikoen for sykdom (Aarø, 2014). Ulike typer helseatferd henger ofte sammen. Fysisk aktivitet henger sammen med annen positiv helseatferd som sunt kosthold og lavt forbruk av fett og sukker. Barn fra familier med lav sosioøkonomisk status er mindre fysisk aktive både i skoletiden og på fritiden (Wold, 2017). Dette er bekymringsfullt fordi fysisk aktivitet fremmer normal vekst og utvikling og har en forebyggende effekt mot en rekke sykdommer. I tillegg gir fysisk aktivitet overskudd, virker positivt på humøret og gir mulighet for sosialt samvær (Helsedirektoratet, 2018). For barn og unge foreligger det nasjonale anbefalinger om 60

minutter variert fysisk aktivitet per dag (Helsedirektoratet, 2008). Den viktigste langtidseffekten av å etablere et mønster av fysisk aktivitet i barneårene er at det skapes en livslang bevegelsesglede, som fører til aktivitet også i voksenlivet (Helsedirektoratet, 2017; Wold, 2017).

Skolealderen er en viktig fase fordi grunnlaget for levevaner i voksen alder legges i denne perioden (Mæland, 2016). Skolehelsetjenesten har en unik plassering som et sted der ”alle” barn kan nås. Gjennom tverrfaglig samarbeid skal tjenesten bidra til å fremme fysisk og psykisk helse, fremme gode sosiale og miljømessige forhold og forebygge sykdommer og skader (Helsedirektoratet, 2017). I tillegg skal skolehelsetjenesten bidra til at elevene får en helsefremmende livsstil. Helsesøster har en viktig oppgave i å identifisere særlige utfordringer i tjenesten og på bakgrunn av helsetilstand, påvirkningsfaktorer og ressurser planlegge og gjennomføre effektive tiltak (Mæland, 2016; Aarø & Klepp, 2017). Når det planlegges tiltak for å redusere sosioøkonomisk ulikhet er det avgjørende at man ser på bakenforliggende årsaker og bruker metoder som har vist seg å ha dokumentert effekt (Haugland, 2017). Helseopplysning er et viktig virkemiddel i det forebyggende og helsefremmende arbeidet og handler om læring i vid forstand. Mange setter imidlertid spørsmålsteget ved om helseopplysning når fram dit den skal (Mæland, 2016).

Sammensatte tiltak tar for seg flere av de faktorene som påvirker barns helserelaterede atferd og kan påvirke flere helseproblemer samtidig og på flere nivåer (Aarø, 2017). De siste ti årene har forskning vist at det er mulig å påvirke elevenes helseatferd gjennom slike skolebaserte tiltak (Haugland & Grimsmo, 2014). Universelle og selektive tiltak, i tillegg til tidlig innsats, er viktige prinsipper for å utjevne sosial ulikhet i helse.

Skolehelsetjenesten er i en god posisjon for å kunne utjevne sosiale helseforskjeller. (Helsedirektoratet, 2017). Fysisk aktivitet kan være en tilnæringsmetode i alt helsefremmende arbeid og forskning viser at fysisk aktivitet er i en særstilling når det gjelder virksomme tiltak, både når det gjelder effekt på helse, læring og sosial ulikhet (Haugland & Haug, 2014; Haugland & Grimsmo, 2014).

Det er fra nasjonalt hold utarbeidet flere strategier og kunnskapsoppsummeringer som skal bidra til å utjevne sosiale helseforskjeller. Disse trekker fram skolehelsetjenesten som den viktigste arenaen for forebyggende og helsefremmende arbeid (Helsedirektoratet, 2017). Vår erfaring fra praksis viser derimot at det gjøres lite på lokalt nivå for å motvirke sosial ulikhet. Det finnes mye kunnskap om sammenhengen mellom sosial ulikhet og helse, men

mindre kunnskap om tiltak som kan motvirke ulikhetene (Giæver, 2013). Ennå mindre vet man om positive og potensielt uheldige effekter av intervensjoner i skolehelsetjenesten (Helsedirektoratet, 2017). Hensikten med artikkelen er å finne ut hva nyere forskning sier om effekten av skolebaserte tiltak på fysisk aktivitet hos barn med lav sosioøkonomisk status. Herav problemstillingen:

### **Hvordan kan skolebaserte tiltak bidra til å utjevne sosial ulikhet i fysisk aktivitet?**

## **Metode**

Valg av tiltak i helsetjenesten bør i størst mulig grad baseres på forskningsbasert kunnskap (Nordtvedt, Jamtvedt, Graverholt, Nordheim & Reinart, 2012). I denne litteraturstudien er det utført systematiske søk etter artikler i relevante vitenskapelige databaser. En litteraturgjennomgang gir god mulighet til å få oversikt over begrensede forskningsfelt og eventuelt mangler i forskningsfeltet (Polit & Beck, 2014).

Litteratursøket ble utført i perioden februar og mars 2018. Det ble søkt i databasene SveMed+, PsycInfo, PubMed, CINAHL og Cochrane. Søkeordene var socioeconomic inequalities, socioeconomic factors, socioeconomic status, social class, school based interventions, school health services, exercise og physical activity. Det ble brukt AND og OR for å kombinere søkeordene. Antall treff og inkluderte artikler presenteres i tabell 1.

*Tabell 1: Oversikt over antall relevante og inkluderte artikler*

<b>Database</b>	<b>Treff</b>	<b>Relevante</b>	<b>Inkluderte</b>
SveMed+	0	0	0
PsycINFO	73	2	2
PubMed	183	7	2 (1)
CINAHL	24	2	0 (1)
Cochrane	36	1	0 (1)
I alt	316	12	4

Inklusjonskriteriene var at forskningen skulle være nyere enn ti år, fagfellevurdert og skandinavisk- eller engelskspråklig. Artikler som ble ekskludert omhandlet tiltak rettet mot spesielle grupper eller var utført i land det ikke er naturlig å sammenligne seg med. Overskrifter ble først lest og videre sammendragene på de som virket relevante. Artikkene som svarte på problemstillingen ble lest i fulltekst og vurdert ut fra Folkehelseinstituttets sjekklister (Folkehelseinstituttet, 2014).

### **Etiske vurderinger**

Vi har etter beste evne forsøkt å ivareta artiklenes opprinnelige hensikt og utvist nøyaktighet ved oversetting. Vi har vært bevisst vårt etiske og juridiske ansvar i bruk av andres resultater og forskning. Allikevel kan vår forforståelse av emnet ha preget utvelgelse og fortolkning, og alle studier som berører temaet ble muligens ikke funnet gjennom vårt søk.

### **Resultat**

*Tabell 2: Funn i artiklene*

<b>Forfatter, utgivelsesår, land</b>	<b>Hensikt</b>	<b>Metode/design</b>	<b>Deltagere</b>	<b>Resultat/ konklusjon</b>
Vander Ploeg, K. A., Maximova, K., McGavock, J., Davis, W. & Veugelers, P. (2014).  Canada	Å studere om et skolebasert tiltak økte graden av fysisk aktivitet ved intervensjonsskolen, om effekten varierte med sosioøkonomisk status, vekt og tidligere aktivitetsnivå og om tiltaket økte eller reduserte ulikhet i helse.	Et kvasi-eksperimentelt før- og etter design med en parallell ikke-ekvivalent sammenligningsgruppe.	358 i intervensjonsgruppen, 845 i kontrollgruppen. Aldersgruppe 10-11 år, gutter og jenter.	Det skolebaserte tiltaket økte graden av fysisk aktivitet hos alle barn, men spesielt hos de overvektige, de som var minst aktive og hos de med lav sosioøkonomisk status, i den grad at ulikheten ble utlignet. Tiltaket reduserte ulikhet i helse.

De Bourdeaudhuij, I, Simon, C., De Meester, F., Van Lenthe, F., Spittaels, H., Lien, N., Faggiano, F., Mercken, L. & Haerens, L. (2011).  England	Å undersøke effekten av høy og lav sosioøkonomisk status i forhold til effekt på fysisk aktivitet.	Systematisk review som er reanalyisert.	3 europeiske studier utgitt i perioden 2004-2008. Aldersgruppe 11-15 år.	Ingen signifikant forskjell mellom høy og lav sosioøkonomisk status i effekt på fysisk aktivitet. Barn med høyere sosioøkonomisk status hadde bedre effekt av intervensjonen på lang sikt. De som fikk foreldrestøtte i tillegg til intervensjonen hadde best effekt. Studien viser ingen signifikant reduksjon eller forverring av ulikhet.
Moore, G.M, Littlecott, R. T., Waters, E. & Murphy, S. (2015).  England	Å studere effekten av ulike skolebaserte tiltak på barn og unges helseatferd og om tiltakene forverrer eller reduserer sosial ulikhet i helse.	Systematisk reviw.	98 studier utgitt i perioden 2008-2014. Aldersgruppe 4-18 år.	Skolebaserte tiltak som inneholder helseopplysning kan forverre ulikhet, mens skolebaserte tiltak som inneholder endringer i miljøet kan bedre ulikhet. Skolebaserte tiltak kan forverre, redusere eller ha ingen effekt på ulikhet.
Bastian, K. A., Maximova, K., McGavock, J. & Veugelers P. (2015).  Canada	Å undersøke om sosial ulikhet i fysisk aktivitet er større på fritiden og om et skolebasert tiltak for å øke fysisk aktivitet også har effekt på fritid og i helger slik at ulikhet blir redusert.	Et kvasi-eksperimentelt før- og etter design med en parallell ikke-ekvivalent sammenligningsgruppe.	358 i intervensjonsgruppen, 845 i kontrollgruppen. Aldersgruppe 10-11 år, gutter og jenter.	Studien viser at ulikheten er større på fritiden og i helgene. Det skolebaserte tiltaket førte til en større økning i fysisk aktivitet hos de med lav versus høy sosioøkonomisk status, i den grad at ulikheten ble utjevnet.

### Helseopplysning som skolebasert tiltak

I artikkelen til Moore, Littlecot, Turley, Waters & Murphy (2015) rapporterte 20 av 98 studier om effekt på sosioøkonomisk ulikhet. Ti av dem viste en nøytral effekt, mens fire av dem rapporterte om at tiltaket førte til økt ulikhet. Ingen av intervensjonene som baserte seg på helseopplysning alene reduserte ulikhet, mens alle intervensjoner som forverret ulikhet inneholdt en helseopplysningskomponent. Helseopplysning alene var i tillegg til sammensatte tiltak, den mest brukte intervensjonsformen.



## **Sammensatte tiltak som skolebasert tiltak**

I artikkelen til Moore et al. (2015) rapporterte seks studier, som omhandlet fysisk aktivitet og annen helseatferd, om en positiv effekt på sosioøkonomisk ulikhet. Alle studiene som reduserte ulikhet inneholdt endringer i det fysiske miljøet, enten alene eller i kombinasjon med helseopplysning. Sammensatte tiltak kunne forverre sosioøkonomisk ulikhet dersom en effektiv komponent ble satt sammen med en som var ineffektiv. Vander Ploeg, Maximova, McGavock, Davis & Veugelers (2014) fant i sin studie at et sammensatt tiltak førte til at elevene ved intervensjonsskolene økte sitt aktivitetsnivå betydelig mye mer enn elevene ved kontrollskolene, slik at sosioøkonomisk ulikhet ble utjevnet. Den største intervensjonseffekten hadde elever fra husholdninger med lavest inntekt og utdanning, de overvektige og de minst aktive elevene. Gjennom endringer i det fysiske miljøet, opplæring av lærere og samarbeid med foreldre og lokalsamfunn ble mange forhold påvirket samtidig. Hovedfunnet i artikkelen til De Bourdeaudhuij et al. (2011) var at intervensjoner ikke automatisk reduserer eller forverrer ulikhet. Tiltak med hovedvekt på strukturelle tiltak for å legge miljøet og forholdene til rette for fysisk aktivitet, hadde effekt på alle elever uavhengig av sosioøkonomisk bakgrunn. Elevene med høy sosioøkonomisk status hadde betydelig bedre intervensjonseffekt etter 3 og 4 år. De elevene som fikk foreldrestøtte i kombinasjon med intervensjonen hadde signifikant større økning i fysisk aktivitet enn elevene som fikk intervensjonen alene. Studien til Bastian, Maximova, McGavock & Veugelers (2015) undersøkte om et sammensatt skolebasert tiltak også førte til økt aktivitet på fritiden. Intervensjonen la til rette for å skape varierte aktiviteter etter skoletid og foreldrene ble oppmuntret til å danne et støttende system ved å delta i aktiviteter sammen med barna og oppmuntre dem til å være fysisk aktive. Intervensjonsgruppen økte graden av fysisk aktivitet signifikant mye mer enn kontrollgruppen, både i helgene og på fritiden, slik at ulikheten ble utjevnet. Elevene med lav sosioøkonomisk status hadde den største intervensjonseffekten.

## **Diskusjon**

### **Helseopplysning**

Moore et al. (2015) viser i sin artikkel at tiltak basert på helseopplysning ofte er ineffektive og faktisk kan gjøre ulikhetene større. Helseopplysning har tradisjonelt vært en viktig

metode i skolehelsetjenesten (Haugland & Misvær, 2014). Gjennom helseopplysning kan helsesøster påvirke holdninger og styrke elevenes motivasjon og muligheter til å handle helsefremmende. Ikke all helseopplysning fungerer etter hensikten. Erfaringsmessig er helseopplysning mindre effektivt overfor de med lite utdanning og lav sosioøkonomisk status (Mæland, 2016), og det er et paradoks at effekten av forebyggende tiltak kan være minst der problemene er størst. Intervensjoner rettet mot personfaktorer som kunnskap og holdninger kan virke mot sin hensikt gjennom stigmatisering av de man ønsker å hjelpe (Helsedirektoratet, 2016). De sosiale normene i familien er svært avgjørende for barns holdninger til fysisk aktivitet (Aarø, 2014). Problemet med helseopplysning er at den ikke tar hensyn til de forholdene elevene lever under. Nasjonale myndigheter vektlegger betydningen av bakenforliggende årsaker til sosial ulikhet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2007). Om helseproblemer i stor grad er et produkt av de familieforholdene de lever under, er det liten grunn til å tro at problemene løses gjennom helseopplysning alene. Skolehelsetjenesten har store muligheter for variasjon i metoder, og helsesøster bør veksle mellom ulike tilnærminger slik at alle barn, uavhengig av sosial tilhørighet, nås (Haugland & Grimsmo, 2014; Helsedirektoratet, 2017). Moore et al. (2015) viser at helseopplysning også kan bidra til å redusere sosial ulikhet, dersom den kombineres med andre virkemidler. Derfor er det viktig at helsesøster ikke slutter med helseopplysning, men kjenner til forutsetninger for at helseopplysning i skolen skal være effektiv (Aarø, 2014). Målrettet helseopplysning som er individualisert, som anvender toveiskommunikasjon og som bruker flere typer påvirkninger, er mest effektiv. Viktige suksessfaktorer er at tiltaket bygger på helsepedagogiske prinsipper, at det er forankret i skolens ledelse, at det er avsatt nok tid og ressurser til gjennomføringen og at man sikrer langsiktig oppfølging (Mæland, 2016). Det er nødvendig å engasjere elevene aktivt, slik at det ikke blir en form for helseopplysning der de voksne vet best og elevene først og fremst må lytte. Når en prøver å påvirke elevens helserelaterte atferd gjennom helseopplysning, er det også viktig å se hvordan en kan gjennomføre organisatoriske tiltak og legge til rette det fysiske miljøet ved skolen slik at det blir enklere for elevene å være fysisk aktive og generelt ta sunne valg (Aarø, 2014).

### **Sammensatte tiltak**

Moore et al. (2015) viser i sin artikkel at alle studier som reduserte ulikhet inneholdt endringer i det fysiske miljøet. Både Vander Ploeg et al. (2014) og De Bourdeaudhuij et al.

(2011) viser at skolebaserte tiltak som har hatt hovedvekt på strukturelle tiltak for å legge miljøet og forholdene til rette for fysisk aktivitet, har hatt effekt på alle elever uavhengig av sosioøkonomisk bakgrunn. Artikkelen til De Bourdeaudhuij et al. (2011) blir trukket fram av nasjonal, faglig retningslinje (Helsedirektoratet, 2017) som et eksempel på hvordan sammensatte tiltak kan virke sosialt utjevne. Slike tiltak anerkjenner at helseproblemer ikke bare handler om feil og mangler ved individet og viser seg å ha best effekt på lang sikt. Sammensatte tiltak er den viktigste faktoren for å fremme fysisk aktivitet, det vil si tiltak på flere områder der man kan påvirke og samarbeide med elever, ansatte i skolen, foreldre og lokalsamfunn. Tiltak som inkluderer familien, nabolag og uteområder i omgivelsene blir særlig vektlagt (Haugland, 2017). Ved planlegging av fysisk aktivitet i skolemiljøet har skolehelsetjenesten en viktig rolle som støttespiller og rådgiver i arbeidet med å tilrettelegge for aktiviteter som er tilpasset ulike elevgrupper (Helse- og omsorgsdepartementet, 2007). Mangel på gode leke- og fritidsarealer kan hemme spontan fysisk utfoldelse og lek. Det er spesielt viktig for elever med lav sosioøkonomisk status at skole- og oppvekstmiljø gir anledning til variert lek (Bastian et al., 2015). Her har helsesøster en viktig pådriverrolle overfor skole og kommune slik at det skapes miljøer og samfunnsforhold som gjør sunne valg enklere (Mæland, 2016; Aarø, 2014).

I studien til Bastian et al. (2015) kommer det fram at et skolebasert tiltak påvirket elevenes aktivitetsnivå også på fritiden. Fysisk aktivitet utenfor skoletiden er et viktig bidrag til barns totale aktivitetsnivå (Mæland, 2016). Tiltaket til Bastian et al. (2015) baserte seg blant annet på å øke foreldreinvolveringen og elevene med lav sosioøkonomisk status hadde best effekt av intervensjonen. Det er interessant at tiltaket klarte å øke foreldrestøtten, fordi tidligere forskning har vist at foreldre med lav sosioøkonomisk status i mindre grad stimulerer til eller selv deltar sammen med barna sine i ulike fritidsaktiviteter (Samdal et al., 2012). Psykososiale faktorer som støtte og oppmuntring anerkjennes i stadig sterkere grad som viktige beskyttelsesfaktorer og forskningen viser klare effekter av støtte og stimulering når det kommer til atferdsendring knyttet til fysisk aktivitet (Helsedirektoratet, 2017; Helsedirektoratet, 2008). Disse effektene skyldes at følelsesmessig og praktisk støtte øker mulighetene for mestring (Helse- og omsorgsdepartementet, 2007). De som kommer fra ressursvake familier er mindre fysisk aktive på fritiden og deltar mindre enn andre barn i fritidsaktiviteter (Bakken, Dahl & van der Wel, 2018). Ut fra dette vil elever med lav sosioøkonomisk status være en viktig målgruppe for skolebaserte tiltak (Wold, 2017).

Moore et al. (2015) viser at sammensatte tiltak også kan øke sosioøkonomiske ulikheter. Dersom en effektiv helseopplysningskomponent settes sammen med en ineffektiv endring i miljøet kan ulikheter forverres. Dette tyder på at det kan være vanskelig å sette sammen gode intervensjonskomponenter. Forutsetninger for å lykkes er å ha kjennskap til risiko- og ressursfaktorer i miljøet ved hver enkelt skole og forhold som eventuelt kan motvirke eller forsterke effekten av tiltak. Intervensjoner som skal fremme fysisk aktivitet bør være tilpasset geografiske og kulturelle forhold dersom de skal virke sosialt utjevne (Haugland, 2017). Tiltak i skolehelsetjenesten bør ses i sammenheng med forhold utenfor helsetjenesten og skolen. Det finnes bakenforliggende og strukturelle årsaker til sosial ulikhet som skolehelsetjenesten umulig kan løse alene. Gjennom tverrfaglig samarbeid bør helsesøster bidra med avhjelpende og kompenserende tiltak som kan dempe uheldige konsekvenser av fattigdom (Barne- likestillings og inkluderingsdepartementet, 2015). Universelle tiltak som suppleres med selektive tiltak for utsatte grupper blir vektlagt i nasjonale strategier. For å utjevne sosial ulikhet trenger man tiltak som har positiv helseeffekt for alle, men størst effekt for de som trenger det mest (Folkehelseinstituttet, 2016; Helse- og omsorgsdepartementet, 2007).

### **Metodediskusjon**

To oversiktsartikler er inkludert i denne litteraturstudien. Oversiktsartikler gir informasjon fra mange studier der det er forsket på samme emne eller tiltak og veier tyngre enn enkeltstudier (Nordtvedt et al., 2012). Oversiktsartikkelen til Moore et al. (2015) er omfattende og gir et balansert bilde av eksisterende forskning på området. En svakhet ved oversiktsartikler er at det ved oversettelse til felles begreper foreligger en risiko for mistolkning og tap av opprinnelig betydning.

Kvantitativ forskning besvarer best effektspørsmål (Nordtvedt et al., 2012). Kandidatenes erfaring med å tolke og hente ut statistiske data er derimot begrenset, og dette kan ha ført til mistolkninger.

Det er en svakhet ved litteraturgjennomgangen at studiene benytter ulike mål på sosioøkonomisk status. Dette har utfordret sammenfatning og sammenlikning av resultatene. Det har ikke vært tradisjon for å undersøke effekten av sosioøkonomisk status i intervensjonsstudier knyttet til fysisk aktivitet. Få studier gjør det derfor vanskelig å avgjøre om skolebaserte tiltak reduserer eller forverrer slik ulikhet. Behovet for videre forskning og en sammenfatning av hvilke metoder som best analyserer og rapporterer om

effekt av sosioøkonomisk status synes klart. Dette for å kunne sammenlikne på tvers av studier.

Ingen av studiene inkluderte skolehelsetjenesten direkte i gjennomføringen av det skolebaserte tiltaket. Dette svekker overføringsverdien til helsesøsters hverdag. Det er et problem at tiltaksforskning har hatt svak involvering av skolehelsetjenesten. Det sees et behov for forskning gjort i Norge/Norden og med en større involvering av skolehelsetjenesten for å gi mer presise og overførbare resultater.

## **Konklusjon**

Det er et stort nasjonalt fokus på å redusere ulikhet i helse, men det foreligger lite kunnskap om positive og potensielt uheldige effekter av tiltak i skolehelsetjenesten. Denne litteraturgjennomgangen viser til ny forskningsbasert kunnskap som konkluderer med at skolebaserte tiltak både kan redusere og forverre sosial ulikhet i fysisk aktivitet.

Strukturelle tiltak for å legge miljøet og forholdene til rette for fysisk aktivitet viser seg å ha særlig god effekt og helseopplysning bør alltid kombineres med andre virkemidler.

Gjennom å ha kunnskap om hvilke metoder som har dokumentert effekt, kan helsesøster planlegge og gjennomføre målrettede og effektive tiltak og slik bidra til sosial utjevning.

Det trengs en sterkere involvering av skolehelsetjenesten i gjennomføring av tiltak rettet mot å fremme fysisk aktivitet. Helsesøster spiller en avgjørende rolle som initiativtaker og pådriver for tiltak organisert i både skole og lokalmiljø. I framtiden bør helsesøster i større grad fremme fysisk aktivitet gjennom aktiv deltakelse og ikke bare gjennom helseopplysning alene.

## Referanseliste

- Aarø, L. E. (2014). Om å påvirke helseatferd. I Haugland, S. & Misvær, N (Red.), *Håndbok for skolehelsetjenesten* (2. utgave, 2. opplag) (s. 93-107). Oslo: Kommuneforlaget.
- Aarø, L. E. & Klepp, K.-I. (2017). Hva former vår helserelaterte atferd? I K.-I. Klepp & L. E. Aarø (Red.), *Ungdom, livsstil og helsefremmende arbeid* (4. utgave, 1. opplag) (s. 38-63). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Barne- likestillings- og inkluderingsdepartementet (2015). *Barn som lever i fattigdom. Regjeringens strategi (2015-2017)*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/barn-som-lever-i-fattigdom/id2410107/>
- Bastian, K. A., Maximova, K. McGavock, J. & Veugelers (2015). Does School- Based Health Promotion Affect Physical Activity on Weekends? And, Does It Reach Those Students Most in Need of Health Promotion? *PLOS ONE*. 10(10): e0137987. doi: 10.1371/journal.pone.0137987.
- Bekken, W., Dahl, E. & van der Wel, K. (2018). *Sosiale ulikheter blant barn og unge. Hva kan norske kommuner gjøre? Noen tilnærminger*. Fakultetet for samfunnsvitenskap, OsloMet- storbyuniversitetet. Hentet fra <http://www.hioa.no/Forskning-og-utvikling/Hva-forsker-HiOA-paa/Forskning-og-utvikling-ved-Fakultet-for-samfunnsvitenskap/Sosialforsk/Sosiale-ulikheter-i-helse/Ny-rapportserie-Sosiale-ulikheter-i-helse-blant-barn-og-unge>
- De Bourdeaudhuij, I., Simon, C., De Meester, F., Van Lenthe, F., Spittaels, H., Lien, N.,.....Haerens, L. (2011). Are physical activity interventions equally effective in adolescents of low and high socio-economic status (SES): results from the European Teenage project. *Health Education Research*. Oxford University Press. doi:10.1093/her/cyq080
- Folkehelseinstituttet (2014). *Sjekkliste for vurdering av forskningsartikler*. Hentet fra <https://www.fhi.no/kk/oppsummert-forskning-for-helsetjenesten/sjekkliste-for-vurdering-av-forskningsartikler/>
- Folkehelseinstituttet (2016). *Utjevning av sosiale helseforskjeller*. Hentet fra <https://www.fhi.no/hn/helse/utjevning-av-sosiale-helseforskjeller/>
- Giæver, Ø. (2013). *Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller- i teori og praksis. Underlagsrapport til Sosial ulikhet i helse: En norsk kunnskapsoversikt*. Høyskolen i Oslo og Akershus.
- Haugland, S. (2017). Skolehelsetjenesten: en unik posisjon. I K.-I. Klepp & L. E. Aarø (Red.), *Ungdom, livsstil og helsefremmende arbeid* (4. utgave, 1. opplag) (s. 329-345). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Haugland, S. & Grimsmo, A. (2014). Skolehelsetjenesten i et samfunnsperspektiv. I Haugland, S. & Misvær, N (Red.) *Håndbok for skolehelsetjenesten* (2. utgave, 2. opplag) (s. 27- 45). Oslo: Kommuneforlaget.
- Haugland, S. & Haug, E. (2014). Helseovervåking og helseopplysning: fysisk aktivitet. I Haugland, S. & Misvær, N (Red.), *Håndbok for skolehelsetjenesten* (2. utgave, 2. opplag) (s. 262- 273). Oslo: Kommuneforlaget.
- Haugland, S & Misvær, N. (2014). Helseovervåking og helseopplysning: noen nøkkelfaktorer. I Haugland, S. & Misvær, N (Red.), *Håndbok for skolehelsetjenesten* (2. utgave, 2. opplag) (s. 256- 262). Oslo: Kommuneforlaget.
- Helsedirektoratet (2009). *Aktivitetshåndboken*. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/463/Aktivitetshandbok-en-IS-1592.pdf>

- Helsedirektoratet (2016). *Prinsipper for tiltaksutforming*. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/folkehelse/folkehelsearbeid-i-kommunen/veivisere-i-lokale-folkehelseiltak/prinsipper-for-tiltaksutforming>
- Helsedirektoratet (2017). *Nasjonal faglig retningslinje for det helsefremmende og forebyggende arbeidet i helsestasjon, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom*. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/Retningslinjer/Helsestasjons-og-skolehelsetjenesten.pdf>
- Helsedirektoratet (2018). *Folkehelsepolitisk rapport 2017: Indikatorer for det tverrsektorielle folkehelsearbeidet*. Rapport IS- 2698. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/1428/Folkehelsepolitisk-rapport-2017.pdf>
- Helse- og omsorgsdepartementet (2007). *Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller*. St. meld. nr 20 (2006-2007). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/Stmeld-nr-20-2006-2007-/id449531/>
- Moore, G. F., Littlecott, H. J., Turley, R., Waters, E. & Murphy, S. (2015). Socioeconomic gradients in the effects of universal school- based health behaviour interventions: a systematic review of intervention studies. *BMC Public Health*. School of Social Sciences, Cardiff University. DOI 10.1186/s 12889-015-2244-x.
- Mæland, J. G. (2016). *Forebyggende helsearbeid: folkehelsearbeid i teori og praksis* (4. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Nortvedt, M. W., Jamtvedt, G., Graverholt, B., Nordheim, L. V. & Reinart, L. M. (2012). *Jobb kunnskapsbasert! En arbeidsbok*. Oslo: Akribe.
- Polit, D. F. & Beck, C. T. (2014). *Essentials of nursing reserch: appraising evidence for nursing practice*. Philadelphia: Wolters Kluwer Health.
- Samdal, O., Bye, H. H., Torsheim, T., Fismen, A.-S., Haug, E., Smith, O. R. F. & Wold, B. (2012). *Trender i sosial ulikhet i helseatferd*. Tidsskrift for ungdomsforskning 2012, 12 (2): 21-41. Hentet fra <https://journals.hioa.no/index.php/ungdomsforskning/article/view/1023>
- Samdal, O., Mathisen, F. K. S., Thorsheim, T., Diseth, Å. R., Fismen, A.- S., Larsen, T., Wold, B. & Årdal, E. (2016). *Helse og trivsel blant barn og unge*. HEMIL- rapport 2016, Universitetet i Bergen. Hentet fra <http://mhfa.no/helse-og-trivsel-blant-barn-og-unge-hemil-rapport-2016/>
- Statistisk sentralbyrå (2017). *Barn i lavinntektsfamilier*. Hentet fra <https://www.ssb.no/inntekt-og-forbruk/artikler-og-publikasjoner/ett-av-ti-barn-tilhorer-en-husholdning-med-vedvarende-lavinntekt>
- Vander Ploeg, K. A., Maximova, K., McGavock, J., Davis, W. & Veugelers, P. (2014). Do school- based physical activity interventions increase or reduce inequalities in health? *Social Science & Medicine*. 0277-9536. <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.04.032>
- Wold, B. (2017). Ungdom og fysisk aktivitet: helse, motivasjon og tiltak. I K.-I. Klepp & L. E. Aarø (Red.), *Ungdom, livsstil og helsefremmende arbeid* (4. utgave, 1. opplag) (s. 208- 335). Oslo: Gyldendal akademisk.