

«Empowerment» i helsefremmende arbeid



Kommentar og debatt

For å møte dagens utfordringer i folkehelsearbeidet har Helsedepartementet uttrykt at helsefremmende arbeid basert på en empowerment-ideologi bør styrkes. En slik ideologi er intuitivt appellerende i vår kultur. Empowerment-begrepet kan imidlertid stå i fare for å bli et innholdsløst moteord. Derfor ser vi i denne kronikken litt nærmere på empowerment både som teori, strategi og et praktisk verktøy.

Først presenteres en oversikt over bakgrunn og faktorer som kan påvirke empowerment både på et individuelt nivå, gruppe/organisasjons- og samfunnsnivå. Oversikten beskriver hvordan disse faktorene kan nedfelles i utforming av mål og valg av metoder.

Oversikten danner utgangspunkt for noen praktiske eksempler på hvordan empowerment-ideologien ble utviklet i arbeidet med ulike prosjekter i avdeling for helsefremmede arbeid i tidligere Statens helseundersøkelser. Erfaringer fra disse prosjektene brukes for å diskutere styrker og svakheter ved anvendelse av empowerment-ideologien i praksis.

Vi har tidligere beskrevet hvordan idégrunnlaget i det helsefremmende arbeidet har utviklet seg fra opplysningsarbeid til empowerment (1). I denne artikkelen vil vi se nærmere på «empowerment» og vise eksempler på hvordan dette har vært forsøkt anvendt i praktiske prosjekter i regi av Avdeling for helsefremmende arbeid i tidligere Statens helseundersøkelser.

Utfordringene for det helsefremmende arbeid er i endring i takt med store og raske samfunnsendringer og produksjon av ny kunnskap. Ifølge Freudenberg og medarbeidere (2) er det fire grunnleggende utfordringer i det helsefremmende arbeidet:

- Skillet mellom ulike former for sykdom (kroniske, infeksjøs og sosiale) viskes ut.
- Helsegapet mellom fattige og rike øker.
- Det blir mindre homogene og mer sammensatte populasjoner.
- Velferdssamfunnet endres.

Videre er det også vanskelig å forholde seg til en direkte årsak-virkning-tenkning om en del av tidens sykdommer fordi det er mange faktorer som spiller sammen. Det medfører

Marit Sørensen

marit.sorensen@nih.no

Norges idrettshøgskole

Postboks 4014 Ullevål stadion

0806 Oslo

Sidsele Graff-Iversen

Karen-Therese Haugstvedt

Nasjonalt folkehelseinstitutt

Postboks 4404 Nydalen

0403 Oslo

Toril Enger-Karlsen

Inger Grete Narum

Sosial- og helsedirektoratet

Postboks 8054 Dep

0031 Oslo

Arild Nybø

Frysjaeveien 1

0883 Oslo

også at det kreves sammensatte tiltak. Det regnes eksempelvis med at uførhet og tap av funksjon på grunn av mentale helseproblemer har vært sterkt undervurdert og vil komme til å øke (3).

Dette peker mot at man vil komme til å måtte ta den dimensjonen av helse som dreier seg om utfoldelse og mestring av utfordringer i eget liv mer på alvor (4, 5). Man må stimulere folks evne til å finne løsninger på sine problemer fremfor å løse problemene for dem. En strategi for å oppnå dette har internasjonalt fått betegnelsen empowerment (6). Dette er et begrep det har vært vanskelig å finne et dekkende norsk ord for. I en tidligere kronikk forsøkte vi å lansere begrepet mobilisering på norsk (1), men det ser heller ikke ut til å fungere godt, slik at vi her velger å bruke det opprinnelige engelske begrepet.

Hva er empowerment?

Begrepet springer ut fra et humanistisk menneskesyn. Det innebærer en grunnleggende antakelse om at mennesket under rimelige betingelser vil utvikle evner og ferdigheter som vil sikre overlevelse og et best mulig liv for både individet og fellesskapet. En forutsetning for dette er en opplevelse av tilstrekkelig kontroll over de faktorene som bestemmer vilkårene for en positiv utvikling. Empowerment kan defineres som en prosess hvor individer, grupper eller samfunn mobiliserer ressurser til å håndtere sine utfordrin-

Ramme

Helsefremmende intervensjoner

Må skreddersys til spesifikke populasjoner og settinger

Bør involvere deltakerne

Bør prøve å integrere alle nivåer (individ, gruppe, samfunn)

Bør koble aktuelle helseproblemer til en bredere sammenheng som livsbetingelser og visjoner om gode liv

Bør bygge på deltakernes styrker

Bør støtte spredning av innovasjon

Bør institusjonalisere vellykkede komponenter

Bør fremme behovet for ressurser og politiske endringer som trengs (2)

ger. Det motsatte av opplevd empowerment er maktesløshet.

Innen helsesektoren har normen vært at legens råd skal mottas og følges, men dette fungerer ikke alltid (7). Det har skjedd en omfattende fagutvikling for å oppnå atferdsendringer ved hjelp av pasientsentrering og forsterking av legens budskap (8, 9). Dette har vært rasjonelt i situasjoner med veldefinert sykdom og skader hvor diagnose og behandling raskt kunne hjelpe. Mer problematisk er det å gi gode råd når man ikke kan støtte seg til klare diagnoser, veldokumenterte risikofaktorer og erfaring med effektive intervensjoner (10). Enda vanskeligere er det å påvirke pasienters hverdagsvaner (9, 11).

Empowerment har ifølge en offentlig utredning ikke vært særlig utbredt som systematisk strategi og arbeidsmetode i Norge, men utredningen uttrykker et ønske om å styrke grunnlaget for at helsefremmende arbeid i større grad skal kunne ta slike strategier i bruk (5).

Det sies å være en bred enighet om de prinsipper for helsefremmende intervensjoner som vises i rammen.

Sammenheng mellom teori, prinsipper og praksis

Prinsipper bør være basert på en teori som er logisk og gir plausible forklaringer på sammenhengen mellom årsaker og tiltak. Teori om empowerment bør kunne være til hjelp ved en prioritering i de situasjoner som har sammensatte årsaker og krever tiltak med flere dimensjoner, f.eks. når det gjelder å peke ut hva som er primære og sekundære årsaker til helsetilstanden. Wallerstein (12) beskriver hvordan maktesløshet utgjør en risikofaktor for utvikling av sykdom, og hvordan empowerment på både individ-, gruppe- og samfunnsnivå kan motvirke en slik utvikling (13).

Men teorien bør videre gi retningslinjer for hvordan disse sammenhengene kan endres. Da må det ytterligere kunnskap til. Vi må for det første forholde oss til empowerment på både individ-, gruppe- og samfunnsnivå (14). At flere nivåer trekkes inn i empowerment-begrepet hindrer at empowerment gjøres til et individuelt ansvar. Vi må beskrive hva som er kjennetegn på et

mobilisert individ, en mobilisert gruppe eller samfunn (15). Vi må videre kjenne til hvordan maktesløshet og empowerment utvikles og hvilke faktorer som bidrar til denne utviklingen. Dette forsøker vi på i figur 1.

Denne modellen viser hvordan ulike nivåer av empowerment har sammenheng med hverandre. Videre viser den faktorer som påvirker empowerment på de ulike nivåene. Kolonnene til høyre viser hvordan disse faktorene kan danne grunnlag både for mål for arbeid og valg av virkemidler og metoder for å nå målene. Denne modellen er et veiledende eksempel som må tilpasses ulike individer, grupper eller samfunn og den konteksten de befinner seg i. I det følgende vil vi gi noen eksempler på hvordan en slik tenkning har utviklet seg gjennom arbeidet i Avdeling for helsefremmende arbeid i det tidligere Statens helseundersøkelser, og hvordan denne tenkemåten har artet seg i konkrete prosjekter i avdelingens regi.

Utvikling av strategier for å utvikle empowerment

Alt fra 1960- og 70-årene pågikk det en diskusjon om hvorvidt deler av «den nye sykkeligheten» egentlig burde betraktes som sykdom, eller om det heller var snakk om uførhet uten sykdom eller skade (16). Språkbruken på dette feltet er blitt kritisert idet det er anvendt «diagnoser» som peker mot en klar årsak når det gjelder lidelser hvor årsaken faktisk ikke er kjent (17). Denne problemstillingen er aktuell i forbindelse med sykefravær og uførhet knyttet til helseproblemer hvor tradisjonell diagnostikk og behandling ikke førte til målet. Både kvinner og menn med psykososiale problemer og belastningslidelser har i spesiell grad stilt helse- og sosialsektoren overfor problemer. Svært mange, også arbeidsføre, oppgav å ha plager i muskler og ledd (18). Ikke minst har yngre kvinner stått frem som en sårbar gruppe på disse områdene. Det ble i økende grad erkjent at helsesektoren alene ikke kan takle utfordringene knyttet til slike problemer.

På bakgrunn av dette ble en handlingsplan mot belastningslidelser lansert i 1994–98 (19). Planen var et samarbeid mellom flere departementer og finansierte blant annet paraprojektet «Kvinner, kropp og kommunikasjon» ved Senter for kvinneforskning

ved Universitetet i Oslo (20). Innen dette prosjektet ble det høstet erfaring med demokratiske og mobiliserende tilbud til kvinner i forhold til belastningslidelser. En inspirasjonskilde i dette arbeidet var en omfattende metodeutvikling for oppvurderende kommunikasjon med kvinnelige pasienter i allmenlegepraksis (21).

Prosjekter i regi av Statens helseundersøkelser

Valgfag jenter og selvtilitt

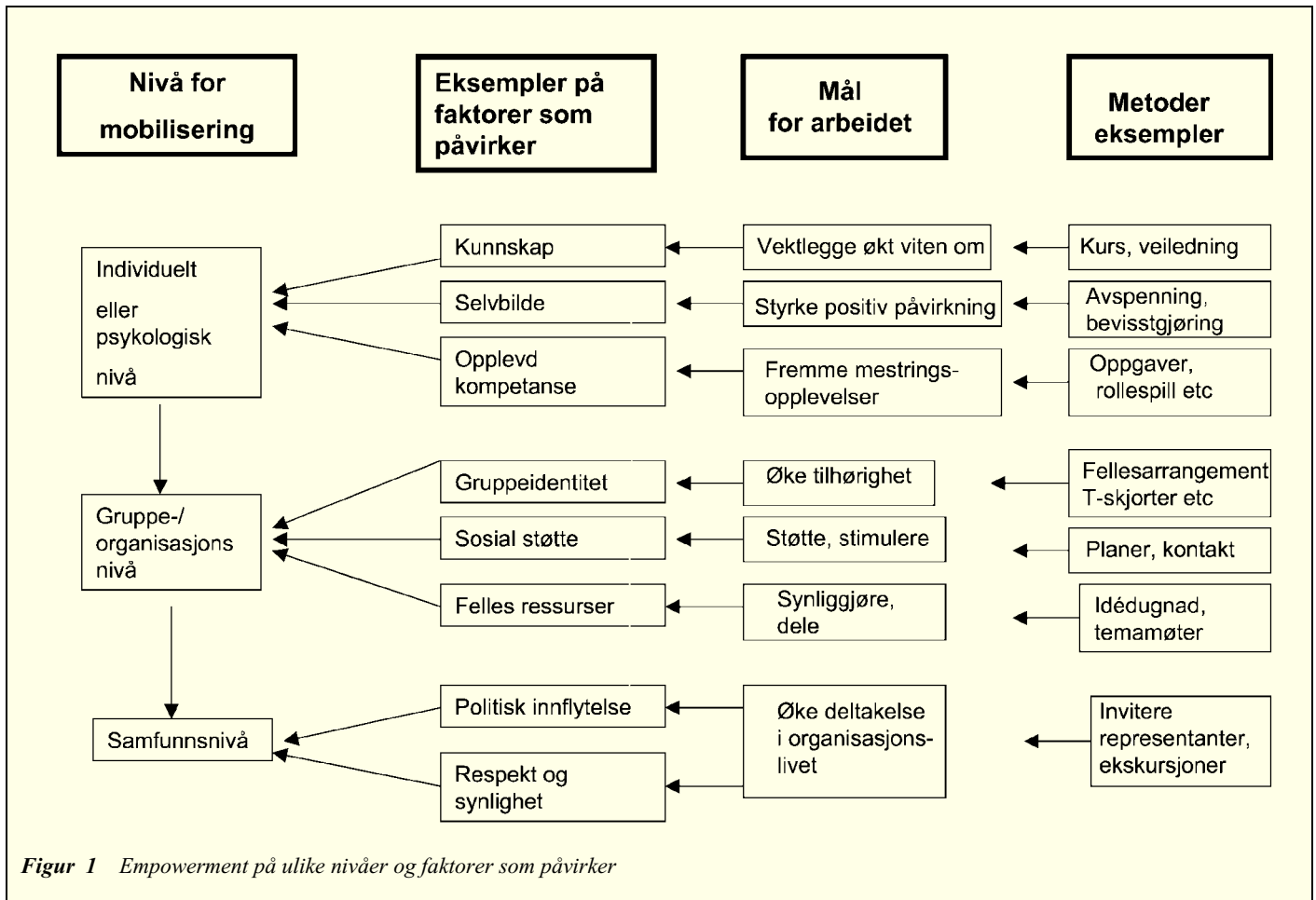
Dette var et prosjekt siktet mot jenter i ungdomsskolen som ble ansett å være i faresonen for belastningslidelser, spiseforstyrrelser eller andre problemer i overgangen til et voksent liv. Innholdet i valgfaget la vekt på aktuelle emner som grensesetting og selvheldstetnikker, forholdet til kosthold, tobakk og rusmidler, slanking og sminke, bruk av prevensjon og andre aktuelle emner for ungdom. Faget var populært blant elevene der det ble utprøvd. Mange ville gjerne være med, men valgfaget ble tilbudt bare til jenter lærerne syntes trengte det best. Det viste seg imidlertid at det var en slitsom jobb å undervise disse gruppene, og valgfaget er ikke blitt videreført etter prosjektperioden.

Kvinner i omsorgsyrker

En gruppe som er sterkt utsatt for belastningslidelser er kvinner i omsorgsyrker. Vårt første engasjement var å arrangere temadager om kvinner og belastningslidelser ved en del sykehus. Ved sykehusene i Asker og Bærum valgte de å følge dette opp med et kurstilbud i egenomsorg utviklet og gjennomført av Statens helseundersøkelser. Målet var å finne balansen mellom å ta vare på seg selv og gi til andre, og se seg selv som en aktiv medspiller i å forme livet i møte med enkeltmennesker, grupper og organisasjonen. For å oppnå dette ble det brukt teori, refleksjon, samtaler og øvelser i oppmerksomhet og avspenning (22). Begge de nevnte sykehusene har engasjert seg i utviklingen av et nettverk av «Helsefremmende sykehus» i Norge. Det er et prosjekt initiert av Verdens helseorganisasjon med bakgrunn i Ottawa-charteret fra 1986 (WHO, 1986), og er et forsøk nettopp på å løfte ansvaret for empowerment opp på samfunnsplan. Personalets helse er et av satsingsområdene for helsefremmende sykehus. Kursene i egenomsorg inngår som en del av de helsefremmende tiltak ved disse sykehusene.

Intervensjon for personer med et sykefraværproblem

Sykefravær er en utfordring for den sykmeldte, arbeidslivet og hele velferdssamfunnet og Statens helseundersøkelser har data fra 40-åringundersøkelsene som blant annet belyser trygdestatus. Dette var bakgrunnen for et engasjement i et prosjekt om sykefravær i samarbeid med NHO. Man forsøkte i første runde å definere målgrupper ut fra koblinger av ulike typer registre med helse-



Figur 1 Empowerment på ulike nivåer og faktorer som påvirker

data. Resultatene av dette demonstrerte sykefraværets kompleksitet (23). Det var ikke mulig å definere noen målgruppe ut fra denne type data. Valget falt derfor på en tilnærming i form av rekruttering i samarbeid med to bedrifter og de aktuelle trygdekontorer.

En pedagogisk gruppeintervensjon ble utviklet for ansatte med et sykefraværspromblem høsten 2000. Intervensjonen var basert på en modell anvendt i forhold til rehabilitering av belastningslidelse (8). Gjennom et program basert på erfaringslæring og veiledningsmetodikk skulle deltakerne ha mulighet til å mobilisere egne og gruppens ressurser og arbeide med sin selvoppfatning, særlig i forhold til sykefraværarbeid og videre arbeidsinnsats. Gjennom å arbeide i grupper, ønsket man også å stimulere til økt fellesskap og derigjennom empowerment på gruppenivå. Det å være sykmeldt kan i seg selv svekke individets empowerment idet man er i fare for å utvikle en passiv, ansvarsfraskrivende pasientrolle. Mange har liten tro på sin kunnskap om egen funksjon og situasjon, og lytter til ulike spesialisters vurderinger og forslag til tiltak. Over tid kan tilværelsen bli fremmedgjørende, preget av manglende kontroll og ansvar. Dette kan svekke tilliten til egen evne til å vurdere muligheter og ressurser. Troen på at man kan klare arbeidet kan avta. En uklar selvforståelse vil i tillegg kunne utydeliggjøre kom-

munikasjonen med hjelpende instanser (ledere, ansvarlige for helse og miljø, helse-tjeneste og trygdeetat). Ofte medfører situasjonen isolasjon og begrensning av muligheter til å delta i et fellesskap og utvikle empowerment på gruppenivå.

Prosessen krever deltakelse. Før eventuelle endringer kan vurderes, må den enkelte erkjenne sitt utgangspunkt. Deltakerne definerer derfor selv sine mål, behov og i hvilket tempo de ville ta neste steg. For å tydeliggjøre deltakernes selvoppfatning valgte vi ulike avslappings- og oppmerksomhetsøvelser sammen med bevegelser til musikk og det å sette ord på egne følelser og erfaringer underveis. Eksempler på øvelser er oppmerksomhet mot egen kropp, fantasireiser, ufullendte setninger og tegninger. Øvelsene brukes for å gi nye oppdagelser og økt bevissthet. Gjennom å sette ord på oppdagelser blir de bekreftet og forankret, og fører til at følelser kan håndteres bedre.

Grupper ble valgt som arena for å styrke deltakernes tilhørighet og forventning om utvikling. Erfarne gruppeledere er nødvendig for å sette deltakernes følelser, oppmerksomhet, oppdagelser og valg i sentrum. Frivillig deltakelse og taushetsplikt sammen med forventet fremmøte var viktig for å skape et aksepterende, stabilt fellesskap der deltakerne trygt kunne prøve ut egne bevegelser, følelser, tanker og reaksjoner. Gruppens

tro på egen energi skulle styrkes gjennom felles erfaringer. Gruppens innhold ble aktualisert for den enkelte gjennom loggskrivning. I tillegg trente deltakerne på å overføre endringene til andre arenaer gjennom selvvalgte hjemmeøvelser. Man antok at opplevelse av mestring og bekreftelse fra andre ville utvikle tro på egne muligheter.

Kurs i kommunikasjon og samhandling
I 1994 gjorde Statens helseundersøkelser en undersøkelse om behov for nye kurstilbud blant kommunelegene og ledende helse-søstre i to fylker. Resultatet viste at kurs/seminar om kommunikasjon og samhandling var ønsket.

I tråd med evalueringen fra en prøveperiode, utviklet Statens helseundersøkelser et kursopplegg om dette temaet. Kursene ble koblet opp til Aksjonsprogrammet barn og helse (1995–99). Det ble gjennomført totalt 80 kurs i tidsrommet 1995–98. Kursopplegget var et metodeopplæringsprosjekt for ulike yrkesgrupper som arbeider med barn og ungdom. Målet for kursene var å gi et bidrag til kompetanse i samhandling voksne imellom, egenomsorg, og sist, men ikke minst – et metodisk og praktisk bidrag til hvordan voksne kan bli bedre allierte med barn og unge. Metodikken i kursopplegget baserte seg på «parsamtale» (re-evaluation co counseling) (24). Redskapet var «Lytt til barn»-

metodikken fra Parents Leadership Institute. Dette instituttet har gitt ut heftene vi har brukt, ofte omtalt som «barneheftene».

Kurspakken kom i stand med utgangspunkt i brukermedvirkning. Behovet og ønsket ble meldt fra brukerne, leger, helse-søstre og foreldre. Parsamtale-teorien har som grunnforutsetning at mennesker er født med en enorm intelligens i betydningen evne til å tenke nytt, klart og fleksibelt, og et stort behov for å samarbeide med andre mennesker (25). Denne evnen blir forstyrret av manglende oppmerksomhet og krenkende opplevelser som starter tidlig i livet. Teorien postulerer at dersom utlading (som latter, gråt, skjelving, svetting) av disse følelsene finner sted i kjærlige omgivelser som støtter og anerkjenner følelsene, vil mennesker spontant heles (26). Utlading av følelser blir sett på som menneskets naturlige helingsmekanismer av følelsessår. Konsekvensen av utladingene er gjenoppretting av den klare, fleksible tenkningen som gjør mennesker i stand til å tenke og handle rasjonelt i forhold til egne behov, men også til innlevelse og rettferdighetstenkning i et større perspektiv. Den delen av teorien som spesielt går på å støtte foreldre og andre voksne i det å være gode allierte for barn og unge, har til felles med andre foreldreutdanningsprogrammer at den vektlegger opplæring i foreldreferdigheter, fremmer forståelse for samspillmekanismer i familien, og gir informasjon om barns generelle utvikling. Metoden er likevel unik i sin vektlegging av sosial støtte til gruppedanninger som kan minne om selvhjelpsgrupper med sikte nettopp på empowerment og styrking av den enkelte gjennom gruppen (27). Her vil man sette individuelle familiebekymringer/-problemer inn i en større sosial sammenheng. Tanken er at når den enkelte voksne/forelder får støtte til å utlade og luften sine tanker og frustrasjoner i et lyttende og støttende miljø som kan ta imot den utladingen som måtte komme, vil denne prosessen fungere frigjørende og lede ikke bare til en større individuell handlekraft, men også til at gruppefelleskapet i sin tur kan mobiliseres i form av tiltak på lokalsamfunns- eller kommunenivå. Nøkkelverktøyet er utlading og lytting, henholdsvis fra en hovedperson og en eller flere medhjelpere.

Veileder om forebygging og behandling av osteoporose

En helt annen type prosjekt vi har hatt, har foregått ved at en bredt sammensatt ekspertgruppe har utarbeidet: *Osteoporose, forebygging og behandling*. Dette er en veileder for allmennpraktiserende leger og annet relevant helsepersonell (28). Langt på vei er beinskjørhet et veldefinert problem som kan møtes med spesifikke tiltak. Hvorfor trekke inn empowerment når det dreier seg om en tradisjonell, kunnskapsbasert veileder? For det ene har det å utvikle og spre holdbar kunnskap et element av styrking i yrkesut-

øvelsen på gruppenivå. Her var det sentralt at representanter for de viktigste brukerne var med i ekspertgruppen, allmennlegene ved Norsk selskap for allmennmedisin og pasientene ved Osteoporoseforeningen. For det andre handler veilederen ikke bare om hvilke medikamenter som er effektive, men også om helsefremmende arbeid i konsultasjonen og hvordan lege/helsepersonell kan kommunisere innholdet på en god måte (29). En kortversjon av veilederen er utarbeidet til bruk i dette arbeidet.

Diskusjon

I de eksemplene som er beskrevet her er det tatt i bruk flere strategier for å motvirke en følelse av maktesløshet. De inkluderer individuell refleksjon, avspenningsteknikker, kunnskap og erfaring om samspillet mellom kropp, tanker, reaksjonsmønstre og samhandling med omgivelsene. Videre har man brukt øvelser i kommunikasjon og selvhevdelse. For å styrke empowerment på gruppenivå har man stimulert til fellesskap med andre i samme situasjon, deltakelse, idédugnader og sosial støtte.

Empowerment-tenkningen har fått fotfeste innen forebyggende og helsefremmende arbeid. Ottawa-charteret ble til i 1986, og NOU 1998: 18, «Det er bruk for alle», beskriver empowerment og brukerstyring som viktige strategier for å styrke folkehelsearbeidet (5, 6). Slike strategier gir ikke i seg selv garanti for suksess. Det trengs å utvikle hensiktsmessige kontaktformer og man trenger folk som er kvalifiserte for og villige til å arbeide etter slike prinsipper, noe som ofte kan oppleves slitsomt. Ved brukerstyring legges det til grunn at brukerne har innsikt og kunnskap som forutsetninger for å styre. Videre kan det være problematisk å prøve ut på en holdbar måte om arbeidet har effekt.

Empowerment-ideologien er intuitivt appellerende, men den konkrete anvendelsen må vurderes kritisk som ved enhver form for intervensjon. Vi har derfor forsøkt å tydeliggjøre forskjeller på teori, prinsipper og strategi og hvordan disse kan gi retningslinjer for praktiske utforminger av mål og valg av metoder.

De former for helsefremmende arbeid som er presentert her, har sider som er verdt ettertanke. En viktig kritikk av helsefremmende arbeid har vært at det individualiserer samfunnsskapt problemer (28). Empowerment-teorien prøver å unngå dette problemet ved å inkludere gruppe- og samfunnsnivåene i sin analyse. Spørsmålet er hvorvidt man lykkes med dette i praktisk arbeid. Dersom for eksempel arbeidssituasjonen strukturelt sett er helseskadelig ved at det stilles for store krav til effektivitet, kombinert med at lønn og andre forhold gir signal om lav sosial anseelse, hvor mye makt kan man mobilisere til å endre dette? Det er selvfølgelig av verdi at enkeltpersoner og grupper kan få det bedre ved å finne måter å håndtere sin situasjon på. Men er det mulig å skape grunnlag for å

endre strukturen som skaper problemet? Får empowerment-tanken plass i de politiske strukturene som setter agendaen for arbeidslivet eller omsorgen for barn? Får man de mer privilegerte lagene i samfunnet til å gi mer makt til svake grupper i praksis? Det er pekt på at interessen for empowerment kan settes i bås med ideologier som fremmer frivillighet, desentralisering og konsum og derigjennom ansvarsfraskrivelse for det offentlige (30). Som våre eksempler viser, er det mulig å få til arbeid med empowerment på gruppenivå, men å få det løftet til samfunnsnivå krever store miljøer og mye innsats.

Et annet forhold er hvorvidt man i praksis unngår «ekspertveldet», det at noen forvalter løsningene på hvordan helsen skal ivaretas. Dette hviler mye på metodikken i tiltakene, og at kursledere er profesjonelle og svært bevisst sin rolle. Det er tvilsomt om slike kurs kan fungere som politiske drivkrefter i seg selv, men i noen sammenhenger kan man spore praktiske konsekvenser tilbake til slike tiltak. Som eksempel kan nevnes etablering av organisasjoner og videre prosjekter (f.eks. United to End Racism og No Limits For Women).

Det er også spørsmål om kjønnsperspektiv. Den type tiltak som er presentert her ser alt i alt ut til å appellere mest til voksne kvinner, særlig de tiltakene som retter seg mot arbeidslivet. Det er primært kvinner som deltar. Derfor bør det prøves ut om andre modeller kan være mer appellerende for menn og andre aldersgrupper. Det kan nevnes at det pågår forsøk med empowerment-tiltak i barne- og ungdomsmiljøer (31).

Heller ikke alle kvinner opplever større mobilisering gjennom tiltakene. Kan det tenkes at de som ikke endrer sin situasjon etter å ha deltatt, føler seg enda mer «disempowered» ved slike tiltak? Marginalisering og forstørring av avvik er et reelt problem for noen dersom de trenger andre former for tiltak eller deres situasjon gjør at tiltaket ikke passer dem. Det blir et moralsk dilemma hvorvidt man skal unnlate å sette i gang tiltak som kan være nyttige for noen fordi andre kan få det verre. Frivillighet, bevissthet om dette og god metodikk er så langt vi kan se den eneste løsningen på dette.

Beattie (32) beskrev helsefremmende arbeid omkring dimensjonene autoritetsbasert/forhandlet og individuell/kollektiv. De tiltak vi har beskrevet, er alle primært mer «forhandlet» enn «autoritetsbaserte», de er frivillige, ikke-styrende, og forsøker på individuelt nivå, gruppevis eller gjennom parorientering både å gi personlig veiledning og utvikle gruppebevissthet og gruppesamhold. Med de nevnte kritiske bemerkninger in mente, håper vi at denne oversikten kan være klargjørende og stimulere til videre helsefremmende arbeid.

Litteratur →

Litteratur

1. Sørensen M, Graff-Iversen S. Hvordan stimulere til helsefremmende atferd? Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 720–4.
2. Freudenberg N, Eng E, Flay B, Parcel G, Rogers T, Wallerstein N. Strengthening individual and community capacity to prevent disease and promote health: in search of relevant theories and principles. Health Educ Q 1995; 22: 290–306.
3. Murray CJL, Lopez AD, red. The global burden of disease. WHO/Harvard school of public health/Verdensbanken, 1996. Lancet 1997; 349: 1498–504.
4. Ramm J. God helse, flere sykdommer. Samfunnspeilet 1997; 2: 4–9.
5. Norges offentlige utredninger. Det er bruk for alle. NOU 1998: 18. Oslo: Statens forvaltnings-tjeneste, Seksjon statens trykning, 1998: 160.
6. Ottawa Charter for Health promotion. Genève: WHO, 1986.
7. Maiman LA, Becker MH. The health belief model: origins and correlates in psychological theory. Health Education Monographs 1974; 2: 237–353.
8. Haugli L, Steen E. Profesjonsbaserte sannheter og alternativ virkelighetsforståelse – tradisjonelle og utradisjonelle måter å handle på i møter med mennesker med kroniske muskelsmerter. I: Hurlen P, Nordhagen R, red. Folkehelse i forandring. Oslo: Universitetsforlaget, 1996: 55–67.
9. Fugelli P, Mabeck CE. Påvirkning av livsstil i konsultasjonen. Medicinsk årbog 1991. København: Munksgaard, 1991: 9–22.
10. Gulbrandsen P. Social context in general practice. Disclosure, recognition and management. Oslo: Intitute of general practice and community medicine, University of Oslo, 1998.
11. Arborelius E. Hur förmå patienter att ändra livsstil? Framgångsrika strategier finns. Läkartidningen 1994; 91: 990–5.
12. Wallerstein N. Powerlessness, empowerment and health: implications for health promotion programs. Am J Health Promot, 1992; 6: 197–205.
13. Wallerstein N. Empowerment and health: the theory and practise of community change. Comm Dev J 1992; 28: 218–27.
14. Schultz AJ, Israel BA, Zimmerman MA, Checkoway BN. Empowerment as a multi-level construct: perceived control at the individual, organizational and community levels. Health Educ Res 1995; 10: 309–27.
15. Israel BA, Checkoway B, Schulz A, Zimmerman M. Health education and community empowerment: conceptualizing and measuring perceptions of individual, organizational and community control. Health Educ Q 1994; 21: 149–70.
16. Behan RC, Hirschfeld AH. Disability without disease or accident. Arch Environment Health 1966; 11: 655–9.
17. Feinstein AR. The Blame-X syndrome: problems and lessons in nosology, spectrum, and etiology. J Clin Epidemiol 2001; 54: 433–9.
18. Hoddevik GH, Selmer R. Kroniske korsryggssmerter hos 40–42-åringer i 12 norske fylker. Tidsskr Nor Lægeforen 1999; 119: 2224–8.
19. Fra belastning til utfordring og handling. Handlingsplan for forebygging av belastningslidelser (1994–98). Strategier og tiltak. Rapport I-0785 B. Oslo: Sosial- og helsedepartementet, Statens trykksakekspedisjon, 1999.
20. Lilleas UB. Kropp, kjønn og arbeid. Materialisten 1994; 22, nr. 1: 31–50.
21. Malterud K. Allmennpraktikerens møte med kvinnelige pasienter. Oslo: TANO, 1990.
22. Narum IG. Omsorg – egenomsorg. Rapport 1/2001. Oslo: Statens helseundersøkelser, 2001.
23. Claussen B, Haugstvedt KTS. Hvem er stønadsmottakere, og representerer de en mulig arbeidsreserve? Rapport fra NHO-prosjekt nr. 1604, trinn 1. Oslo: Statens helseundersøkelser, 2000.
24. Karlsen TE. Korleis vaksne kan vere betre allierte med barn og unge. Sluttrapport fra kursopplegget Kommunikasjon og samhandling. Rapport 1/2000. Oslo: Statens helseundersøkelser, 2000.
25. Jackins H. The human situation. Seattle, WA: Rational Island Publishers, 1991.
26. Jackins H. The human side of human beings. Seattle, WA: Rational Island Publishers, 1994.
27. Wolfe RB. Listening to children: three studies toward developing, evaluating, and replicating a new approach to parent education, support, and empowerment. Doktoravhandling. Evanston, IL: Northwestern University, 1997.
28. Falch JA, Meyer HE, Nybø A, red. Osteoporose. Forebygging og behandling. Oslo: Statens helseundersøkelser, 2001.
29. Aarø LE. Health promotion – moderne forebygging med radikal profil? I: Elvebakken KT, Fjær S, Jensen TØ, red. Mellom påbud og påvirkning. Tradisjoner, institusjoner og politikk i det forebyggende helsearbeidet. Oslo: Ad Notam, Gyldendal, 1994: 50–9.
30. Farrant W. Addressing the contradictions: health promotion and community health action in the United Kingdom. Int J Health Services 1991; 21: 423–39.
31. Rønningen GE, Hauger B. Medvirkning fra barn og unge i helsefremmende og forebyggende arbeid. Rapport 12/99. Tønsberg: Høgskolen i Vestfold, 1999.
32. Beattie A. Knowledge and control in health promotion: a test case for social policy and social theory. I: Gabe J, Calnan M, Bury M, red. The sociology of health service. London: Routledge, 1991: 162–202.

○