

Helseopplysning om astma til barnehagebarn

Utprøving av dukkefilm

Gry Mette D. Haugen og Åshild Wesche Selmer

Innledning¹

Helseundersøkelser viser en dramatisk økning i forekomsten av astma og allergi hos norske barn og unge. Mens under 5 prosent (i aldersgruppen 0-17 år) hadde allergi inkludert astma i 1968, 13 prosent i 1975, og 20 prosent 1985, var mer enn en firedel av barn og unge (26 prosent) rammet i 1995 (Grøtvedt 1997). Astma er trolig den mest utbredte kroniske lidelse som rammer barn i dag, og diagnosen er en av de hyppigste årsakene til legebesøk og sykehusinnleggelser (Finnvold 2000). Medisinsk er astma en forsnerving av luftveiene som skyldes en kronisk betennelse og sammenrekning i luftveiene. Betennelsen gjør at luftveiene blir overfølsomme overfor ytre påvirkning, for eksempel pollen, som andre ikke reagerer på. Astma i moderat eller alvorlig grad påvirker barnets fysiske, sosiale og psykiske utviklingsmuligheter, og kan ha stor innvirkning på hele familiens livssituasjon. Astma er slik en av de hyppigste årsaker til funksjonshemming hos barn (Langhammer & Holmen 1991).

Som en følge av den hyppige forekomsten av astma og allergi hos barn og unge er det også et økt behov for helseopplysning. Pasientopplæ-

¹ En stor takk til dr. med Turid Lingaas Holmen og allergisykepleier Annbjørg Røflo Skjørholm ved Helse Nord-Trøndelag, Hf, Sykehuset Levanger, for gode faglige råd og tilbakemeldinger underveis.

ring for astma hos større barn har med tiden blitt en naturlig del av behandlingen ved landets sykehus, for eksempel i form av astmaskoler². Helse Nord-Trøndelag HF, Sykehuset Levanger, har i flere år arbeidet med helseopplysning rettet mot barn og unge, og har siden 2000 gjennomført et utviklingsprosjekt om astma inndelt i tre moduler etter alder: 1) astmaskole for ungdom 13-16 år, 2) animasjonsprogram, CD, for barn i alderen 6-12 år, 3) dukketater som helseopplysning for barn i alderen 3-6 år³. Tidligere studier viser at helsetjenesten kan bedres i forhold til pasientinformasjon ovenfor barn og unge (Holmen m.fl. 1992, Langhammar m.fl. 2000), men foreløpig er lite gjort for å bedre tilrettelegging av informasjon om astma og allergi til små barn under skolealder (Selmer og Skjørholm 2005). Dette var bakgrunnen for at Helse Nord-Trøndelag, Sykehuset Levanger, i samarbeid med Høgskolen i Nord-Trøndelag (HiNT), Avdeling for musikk og drama, videreutviklet modul 3 ved å utarbeide en profesjonell dukkefilm⁴ som skulle fungere som helseopplysning⁵. I filmen møter vi Peter og hunden hans, Passopp. Peter hoster når han er sammen med Passopp og mamma Kaia tar han med til doktor Tralli for en undersøkelse. Det blir bekreftet at Peter er allergisk mot hunder, og at han har fått astma. Peter må ta astmamedisin hver dag, og Passopp må plasseres på kennel. Dette blir vanskelig for Peter, men ved hjelp av tryllemannen Trolli blir det en lykkelig slutt.

Målgruppen for filmen er barnehagebarn og ansatte, samt barn med astma og allergi og foreldre som er i kontakt med helsetjenesten. Hensikten er at små barn skal få informasjon om sykdommen sin og at friske barn skal få forståelse for hva det vil si å ha astma. "Helsefremmende arbeid omfatter tiltak for å bedre forutsetningene for god helse og tar sikte på å fremme trivsel, velvære og mulighetene til å mestre utfordringer og belastninger i dagliglivet" (Barne- og familiedepartementet 2005:88). Ved å formidle helseopplysning til barn, foreldre og personell ønsker man å foku-

² Astmaskoler er et nasjonalt helsetilbud til barn og unge med astma og allergi (se for eksempel NPAS www.astmasurf.com).

³ Gjennomført med midler fra Helse Midt-Norge og Helse og Rehabilitering. (For nærmere beskrivelse se: Selmer m.fl. 2003, 2005).

⁴ I dette prosjektet ville man utarbeide og prøve ut dukketeater som læringsmetode og formidling om astma til barn i alderen 3 til 6 år. Dukketeater som metode er imidlertid ressurskrevende og det ble derfor besluttet å produsere en dukkefilm. Ved å ha forestillingen på video-film/DVD vil en nå ut til et langt større antall barn, foreldre og barnehagepersonell. Norsk senter for barneforskning (NOSEB) har vært engasjert som faglig veileder i forbindelse med utprøving av dukkefilmen. Se Selmer og Skjørholm (2005) for nærmere beskrivelse.

⁵ Filmene leveres med et eget veilednings/brukerhefte rettet mot barnehagepersonale.

sere på viktigheten av å se løsninger og muligheter for at barn med astma kan leve mest mulig som friske barn. I denne artikkelen diskuteres erfaringene med utprøvingen av dukkefilmen i tre barnehager.

Med bakgrunn i disse erfaringene diskuteres følgende problemstilling: *Hvilke muligheter og utfordringer er knyttet til helseopplysning rettet mot barn i alderen 3-6 år, med barnehagen som arena?*

I avsnittene under vil vi først redegjøre for noe av bakgrunnen for studien: Hvorfor ønsket man å drive helseopplysning for barn i alderen 3-6 år i barnehagen? Og: Hvorfor ble det valgt dukkefilm? Videre følger en presentasjon av metodisk tilnærming samt beskrivelse av utprøvingen av dukkefilmen, før vi presenterer resultater og diskuterer problemstillingen. Avslutningsvis drøfter vi videre utfordringer knyttet til barnehagen som arena for helseopplysning.

Bakgrunn

Helseopplysning rettet mot barn i alderen 3-6 år

Folkehelsearbeid (helsefremmende arbeid) skal ha et livsløpsperspektiv og skal derfor rettes mot alle samfunnsgrupper og aldergrupper (Nord-Trøndelag Fylkeskommune, 2004). Vi vet at tidlig intervensjon påvirker helsen i senere liv og betydning av helsefremmende arbeid rettet mot barn og unge får derfor stadig økt fokus, særlig i en internasjonal sammenheng (Blair m.fl. 2003). I Norge, så vel som i andre vestlige land, har helsearbeid rettet mot barn stått i skyggen av helsearbeid rettet mot voksne og eldre. Dette skyldes i stor grad at barns helse har vært ansett som god sammenlignet med helsetilstanden for voksne og eldre, og at fokuset har vært rettet mot typiske "voksenlidelser" som hjerte- og karsykdommer (Blair m.fl. 2003). Samtidig vet man at mange av barn og unges helseproblemer varer livet ut og fokuset på helsearbeid for denne gruppen er derfor økende. I Norge er helseopplysning rettet mot barn under skolealder når det gjelder astma og allergi nesten fraværende. Dette til tross for at astma og allergi kan betegnes som en folkesykdom. "Allergiske sykdommer er også blant de hyppigste kroniske plager hos barn" (Sosial- og helsedirektoratet 2005:7).

Fordi stadig flere barn rammes av astma og allergi er det en offentlig helsemessig utfordring å ivareta behovene til disse barna samt øke kunnskapen om sykdommen generelt. Barn med astma kan i utgangpunktet leke og være i aktivitet på lik linje med jevnaldrene, samtidig som astma og al-

lergi kan virke hemmende i noen sammenhenger. Lek og moro er en naturlig del av barns hverdag som påvirker barnas selvbilde og deltakelse i kameratflokket. Informasjon til alle barn og deres nettverk om astma, og hva som utløser symptomer på sykdommen, er viktig for at barn med astma skal mestre hverdagen bedre. Selv om astma og allergi er utbredt blant barn og unge, er årsakene til sykdommene lite kjent: "Årsakene til astma, allergi og inneklimalager er dels ukjente, dels ufullstendig dokumentert, noe som igjen reflekterer den manglende evnen til å forebygge disse tilstandene i befolkningen" (Sosial- og helsedirektoratet 2005:5). I et folkehelseperspektiv, hvor fokus på å mestre utfordringer og belastninger i dagliglivet står sentralt, er det derfor av betydning å øke kunnskapen om astma og allergi i alle deler av befolkningen. En måte å møte slike helsemessige utfordringer på kan være å benytte barnehager som arena for helseopplysning slik det er utprøvd i dette prosjektet.

Barnehage som arena for helseopplysning

Fremveksten av barnehager har i perioden etter 2. verdenskrig vært et sentralt ledd i en økende offentlig barneomsorg (Korsvold 1997). "Barnehager var lenge en sjeldenhet i den norske barndommen" (Nilsen 2000:3) og i 1970 var barnehagedekningen på kun 2,8 prosent. I dag er barnehage mer en selvfølge, og i 2003 gikk mer enn to av tre (69 prosent)⁶ av landets 1-6-åringer i barnehage. Dekningsgraden varierer med alder. En av tre 1-åringer gikk i barnehage i 2003, mot hele 89 prosent av landets 5-åringer (Statistisk sentralbyrå 2005). Dette understreker hvor viktig barnehagen er, både i forhold til kontakt med jevnaldrende, integrering og sosialisering, men også som arena for læring og utvikling. Selv om barnehagen ikke fanger opp alle barn i aldergruppen 3-6 år, slik for eksempel helsestasjonene gjør, er barnehagen en arena hvor majoriteten av norske barn er lokalisert over lengre tid, og hvor de i trygge og kjente omgivelser kan ta del i helseopplysning. Videre er barnehagen en egnet arena fordi de ansatte har et pedagogisk ansvar og kjenner barna og deres behov. Barnehage som arena for helseopplysning er videre interessant fordi helseinformasjon kan initieres og samordnes gjennom kommunale planer og interkommunalt samarbeid. Som et forsøk på å nå frem til barnehagebarn med helseopplysning ble det i dette prosjektet benyttet estetiske virkemidler, nærmere bestemt dukketeater på film.

⁶ Medregnet plass i offentlige og private familiebarnehager.

Dukkefilm som medium for helseopplysning

Når det gjelder små barn i førskolealder, 3 til 6 år, har det vært en utfordring å finne metoder for opplæring som kan gi motivasjon for læring. Det finnes lite litteratur på opplæring og alternative undervisningsmetoder for denne aldersgruppen av barn med astma og allergi, men det er hevdet at dukketeater kan være en egnet metode både for terapi og helseopplysning (Braanaas 1993). Videre argumenterer Mykle (2000) for at barn gjennom dukketeater, musikk og lek vil kunne kjenne seg igjen og at det gjennom slike metoder kan være mulig å lære av, og avdramatisere det som ellers kan virke ubehagelig. Et viktig anliggende i dette prosjektet var å formidle helseopplysning på barns premisser og på barns arenaer, og dukkefilm ble dermed regnet som et egnet medium. I samarbeid med Høgskolen i Nord-Trøndelag, musikk og drama, ble det skrevet manus og musikk til dukkefilm. I tillegg til filmen er det utarbeidet et veiledningshefte til barnehagepersonalet med informasjon om astma og allergi, og forslag til hjelpemidler ved introduksjon av filmen.

Opplegg og gjennomføring

Stadig flere, fra ulike fag og miljø, påpeker viktigheten av å forstå barn og problemstillinger som handler om barn, ut fra et barneperspektiv (se for eksempel Tiller 1989, Alanen 1992, Qvortrup m.fl. 1994, Solberg 1994, Corsaro 1997, James m.fl. 1998, Christensen & James 2000, Nilsen 2000, Tingstad 2003, Kjørholt 2004). Samtidig som viktigheten av et barneperspektiv fremheves, er det en utfordring å ivareta dette i praksis. I dagliglivet som i forskningen er det i stor grad voksne og vår ”voksenforståelse” som styrer debatten og danner grunnlaget for vår viten, som påpekt av blant andre Thorne (1987:86): ”Our understanding of children tends to be filtered through adults’ perspectives and interests.”

I dette prosjektet var man i utgangspunktet interessert i å få fram barnas opplevelser og refleksjoner rundt undervisningsopplegget. Det ble derfor utviklet et opplegg basert på en kombinasjon av observasjon av og uformelle samtaler med barna. Ideelt sett, og for å ivareta barnas perspektiver, kunne man ønsket seg et bredere opplegg hvor man hadde observert barna med tanke på å innhente ”thick descriptions” (Geertz 1973) samt intervjuet barna både før, under og etter filmfremvisningen. Å intervju barn er imidlertid en krevende prosess ressursmessig⁷, og rammene i dette prosjektet åpnet ikke for en slik tilnærming. Vi valgte derfor å dra veksler på

⁷ Se for eksempel Andenæs (1996) og Gulbrandsen (1998) for studie av barns hverdagsliv.

erfaringene til de ansatte. De ansatte kjente barna godt, de visste hvordan barna oppførte seg til daglig, og kunne slik kontekstualisere sine observasjoner.

Det ble valgt ut tre barnehager der det var kjent at de hadde barn med astma som gikk til behandling ved sykehusets astma- og allergilaboratorium. Det ble sendt skriftlig informasjon til barnehagene, og til impliserte foresatte som alle samtykket i at barna deltok. Prosjektet ble svært positivt mottatt og alle tre barnehagene la forholdene godt til rette for utprøving av filmen. Studien ble forelagt og godkjent av Medisinsk etisk komité og av Norsk Samfunnsvitenskaplig Datatjeneste.

Til sammen 69 barn, 7 førskolelærere og 13 assistenter fra 3 barnehager i Nord-Trøndelag fikk se filmen og deltok i studien. Et utvalg ansatte fra hver barnehage, til sammen 4 førskolelærere og 3 assistenter, ble intervjuet.

Under filmfremvisningen satt barna samlet i en stor gruppe sammen med personalet. Allergisykepleier informerte og viste gjennom lek lungene i naturlig størrelse og forklarte hva astma er⁸. Barna fikk puste gjennom sugerør mens de holdt for nesen, for å kjenne hvordan det er å være tungpust. Filmene ble så vist, og etter filmen snakket allergisykepleier samlet med barna om det de hadde sett og hørt. Barna gikk deretter til sine faste grupper, og allergisykepleier snakket med barna enkeltvis mens forsker observerte. Noen barn valgte å tegne sine opplevelser. Observasjoner ble tegnet ned under hele denne prosessen og feltnotatene ble skrevet ut etter hvert besøk. I tillegg ble forskerens refleksjoner nedtegnet. Barnehagepersonalet fikk veiledningshefte som et hjelpemiddel.

Personalet ble intervjuet omtrent 2 uker etter filmvisningen. Alle intervjuene med de ansatte ble tatt opp på bånd. Hovedhensikten med å intervju personalet i tillegg til observasjon av barna, var å prøve å få tak i barnas reaksjoner umiddelbart etter filmfremvisningen og i dagene etter. Vi ønsket å vite om barna snakket om filmen og hva de snakket om. I kraft av sin pedagogiske posisjon kunne de ansatte videreformidle til oss sine observasjoner om barnas reaksjoner og eventuelle samtaler i barnegruppene i tiden (dagene) etter at filmen var vist, da vi ikke kunne være til stede og observere. Slik kunne vi dra vekslers på deres erfaringer både før og etter tidspunktet for filmfremvisningen i barnehagene.

⁸ I en av barnehagene var det de ansatte som informerte før filmvisningen og som hadde samtale med barna etterpå. Bakgrunnen for dette var at vi ønsket å prøve ut opplegget med og uten allergisykepleier til stede. For en mer detaljert beskrivelse av opplegg og fremgangsmåte, se Selmer og Skjørholm (2005).

I det følgende vil vi presentere erfaringer med hvordan barna og de ansatte ga uttrykk for at de opplevde filmen. Hvilke erfaringer gav filmen grunnlag for? Hvordan oppførte barna seg da filmen ble vist, og hvordan snakket de om filmen etter visningen? Hva la de ansatte vekt på da de skulle uttale seg om filmen og opplegget?

Erfaringer fra barnehagene

”Da blir jeg som Peter på filmen” – om gjenkjennelse, empati og forståelse

I alle tre barnehagene observerte man at barna fulgte interessert med både under gjennomgangen av veiledningsheftet og under visningen av filmen. Etter filmen, da barna satt i grupper for å snakke om sine opplevelser, var det utsagn av typen ”æ e allergisk mot blomsterstøv” og ”Hulda er allergisk mot kaniner” eller ”æ e ikke allergisk, men mammaen til Emil e allergisk” som gikk igjen. Disse utsagnene viser at filmen gav grunnlag for gjenkjennelse både hos barn som selv var plaget av astma og allergi og hos de som kjente noen med astma og allergi. En gutt på fire år som selv var allergisk mot hund og katt, forklarte om sin allergi at ”da blir jeg som Peter på filmen”.

Barna var videre opptatt av at ”rene klær”, ”vaske hender”, ”ta medisiner” og særlig ”ikke nesenusse” var viktige elementer for å holde seg frisk hvis en var plaget av astma og allergi. Utsagn som: ”Jeg nyser ikke når jeg møter dyr” eller ”jeg er heldig som ikke er allergisk ” illustrerer at barna har forståelse for problemene med allergi og at de viser empati for andre barn som er utsatt for astma og allergi.

I alle tre barnehagene gav de ansatte uttrykk for at filmen fenget barna, og spesielt barn som selv var rammet av astma og/eller allergi:

Jo, for ungene var jo helt oppslukt, og han ene til oss som har ganske mye astma selv, han var jo veldig oppslukt og fulgte spent med hele tida. Og han har vært opptatt av det etterpå også. Sånn som jeg oppfatter det så kjente han igjen situasjonen, og har snakka flere ganger om det etterpå. Det med å gi bort kjæledyr, det tror jeg var sterkt ja.

Videre understreket flere av de ansatte at ved å sette fokus på temaet fikk barn som selv var rammet av astma og allergi en følelse av at de ikke var

alene med problemene sine. Slik kunne opplegget virke som ufarliggjøring i forhold til egen sykdom for disse barna.

På tross av at astma og allergi har stor utbredelse var det tydelig at dette er et tema man i liten grad hadde behandlet i barnehagene. De ansatte understreket hvordan det i etterkant av filmvisningen kom fram at mange barn hadde personlige erfaringer med søsken og/eller venner som var plaget med astma og allergi. Slik førte filmen til at barna som satt inne med slike erfaringer nå snakket med de ansatte om dette.

Ifølge de ansatte førte opplegget i barnehagene også til positive reaksjoner fra foreldrene. Selv om prosjektet var lite og erfaringene slik sett begrensede, var responsen på opplegget fra alle grupper i hovedsak svært positiv.

Det er hevdet at det ikke er vesentlig annerledes å intervju og snakke med barn enn med voksne (Solberg 1994, Andenæs 1996) samtidig som barn av og til kan komme med utsagn som i utgangspunktet, ut fra vår voksenforståelse ikke gir mening. I en av barnehagene hvor allergisykepleieren informerte om astma og allergi før filmen ble vist, avbrøt en jente plutselig og sa: "Jeg er allergisk." På spørsmål om hva hun var allergisk mot svarte hun: "Mot søskenbarnet mitt." Ut fra et voksenperspektiv kunne dette utsagnet virke både useriøst og kanskje komisk, men ved nærmere samtaler med jenta kom det fram at hun ble syk hver gang hun hadde vært hos søskenbarnet sitt. Hun fikk alle symptomene allergisykepleieren hadde fortalt om, og kanskje var hun den første til å oppdage sin egen allergi? Uansett om denne jenta var allergisk eller ikke, illustrerer historien at også små barn (3 til 6 år) kan eksponeres for og knytte denne typen helseopplysning til egne erfaringer. Samtidig vet vi at barn og voksne ofte har ulike opplevelser, ulike preferanser og vurderinger. Spesielt kom dette til uttrykk da vi snakket om innholdet i filmen og utformingen av dukkene. Dukkene er skåret i tre og spesiallaget til filmen av dukkemaker Robert Smolik i Praha, Tsjekkoslovakia. Doktor Tralli og Tryllemannen Trolli var samme dukke utstyrt med forskjellige klær.

Var tryllemannen "Trolli" stygg eller kul, og var doktor "Tralli" snill eller slem?

Alle ansatte var positive til filmen og mente den fungerte godt som undervisningsmateriell og at den ga grunnlag for mye nyttig informasjon til barna. De fleste nevnte også at det var positivt med dukkefilm spesielt fordi det ikke lenger er mye dukkefilm på TV. I alle tre barnehagene var det

imidlertid negative bemerkninger til utformingen av dukkene blant de ansatte:

Men så har vi utforminga av dukkene! Den var litt, jeg synes den var for skremmende, Doktoren og Trolli da. Tryllemannen var nå grei, han kan jo se litt skummel ut, men doktoren synes jeg kanskje ikke skulle sett så skummel ut.

Flere av de ansatte reagerte på utseende til dukkene. De var bekymret for at barna skulle bli sittende igjen med et inntrykk av at doktoren var skummel og slik få et negativ bilde av leger og helsepersonell generelt. De voksnes inntrykk av at tryllemannen og doktoren var skumle står i kontrast til uttalelsene fra barna. Ett av barna som ble spurt direkte om han syntes Tryllemannen var skummel svarte at: "Nei, han var kul!" Da han fikk samme spørsmål om legen var svaret: "Nei, doktoren var snill han. Han hjalp Peter så han fikk medisin."

Under observasjonen av de 69 barna som filmen ble vist for, var det bare i ett tilfelle det ble registrert at ett av barna uttrykte redsel. Under filmvisningen reiste gutten seg forskrekket opp begge gangene Tryllemannen kom til syne på skjermen, samtidig som blikket og all hans oppmerksomhet var rettet mot skjermen. Selv om gutten kanskje var litt skremt var han samtidig trollbundet av filmen. En av de ansatte fortalte at hun hadde vært spesielt oppmerksom på om noen av barna ble skremt av Trolli og at hun fulgte spesielt med på hvordan barna ville reagere. I denne barnehagen var det ingen som ble redde. Dette virket noe overraskende på de ansatte. Samtidig ble det poengtert at fordi figurene var litt skumle bidro de også til å engasjere og holde barna fokuserte, og kanskje spesielt i forhold til barn som ellers kunne ha problemer med å konsentrere seg lenge om gangen.

Tryllemannen Trolli og doktoren gikk igjen som tema blant de ansatte. Selv om de så verdien av at disse figurene virket fengende og engasjerende overfor barna, var det ikke alle som helt kunne gi slipp på sin egen vurdering om at dukkene egentlig var for skumle, som illustrert i sitatet under:

Nei, det er ikke så mange som har sagt at det er skummelt. Det er liksom en sånn voksenobservasjon dette, så jeg er ikke helt sikker på det, men så er det jo så mange som, dem reagerer så forskjellig og dem som kanskje synes det var skummelt, dem vil kanskje ikke si det. Dem bær det i seg. Det er ikke godt å vite.

De voksnes bekymringer for at figuren skulle være skremmende så ikke ut til å gjelde for barna. Det er viktig å være klar over denne variasjon mellom barn og voksnes vurderinger av filmen. Barn og voksne opererer ofte på ulike arenaer, hvor de produserer sin egen kultur og etablerer sin egen forståelse av hvordan verden er. Selv om de voksne i denne sammenheng arbeider i barnehagene og slik er en del av barnas kulturelle hverdag, kan funnene ovenfor tyde på at vi her rører ved spesielle utfordringer knyt-

tet til at barn og voksne representerer ulike generasjoner og slik ulike kulturer.

Diskusjon

Er det spesielle utfordringer knyttet til helseopplysning rettet mot barn under skolealder?

Det er viktig å understreke at det alltid vil være store variasjoner innad i gruppen barn og gruppen voksne. Samtidig var barn og voksnes ulike opplevelser av dukkene et tema som gikk igjen i alle tre barnehagene, og illustrerer slik hvordan uttrykk som appellerer til barna ikke nødvendigvis appellerer til de voksne. Ziehe og Stubenrauch (1983) er inne på denne typen variasjon mellom barn og voksnes vurderinger når de snakker om tradisjonsødeleggelser. Det argumenteres for at dagens barn og unge ikke lenger er så påvirket av foreldregenerasjonen og av tradisjoner, men i sterkere grad opererer på egne arenaer, hvor de produserer sin egen kultur og etablerer sin egen forståelse av hvordan verden er. Det som ofte betegnes som funksjonstapping av familien, at barnehage, skole, ulike fritidsordninger og lignende tilbud i stor grad har ansvaret for oppdragelse og sosialisering av barna, muliggjør en sterkere grad av individuell formbar biografi, uavhengig av tradisjoner (Beck & Beck-Gernsheim 2002). I et slikt perspektiv blir det viktig å reflektere over hva det er som skiller barnas opplevelse av filmen fra de voksnes opplevelse og hvilke uttrykk som appellerer til barna.

Eksemplet med Trolli og doktoren illustrerer videre hvordan vi som voksne ofte har vanskelig for å slippe vår egen forutinntatthet og våre egne vurderinger. Som nevnt innledningsvis er det en økt forståelse for viktigheten av å få tak i barns kunnskap om sosiale prosesser fordi de ser og forstår verden annerledes enn voksne. James og Prout (1997:4) sier det slik: "Children's social relationships and cultures are worthy of study in their own right, and not just in respect to their social construction by adults." I all helseopplysning rettet mot barn vil det derfor være en utfordring å finne metoder og uttrykk som appellerer til barn og som kan nå barn på deres egne arenaer. Dukkefilm kan imidlertid være et slikt uttrykk.

Er dukkefilm et egnet medium for å formidle helseopplysning?

Innenfor Reggio Emilias filosofi hevdes det at barna har hundre språk og at "de hundre språkene er en metafor for de mange uttrykksmåtene et barn (og hvilket som helst menneske) opprinnelig har tilgang til for å forstå og

tolke seg selv og verden” (Jonstøij & Tolgraven 2003:29). Samtidig hevdes det innenfor denne filosofien at av barnas hundre språk frarøver vi dem nitini. Helseopplysning rettet mot barn og ungdom er i stor grad preget av et tradisjonelt undervisningsformat. Barn og foreldre får opplysning og informasjon gjennom helsestasjon og skole, enten via helsesøster eller gjennom brosjyrer og annet skriftlig materiale.

Erfaringene fra dette prosjektet tyder på at helsepersonell og myndigheter med fordel kan vurdere nye metoder for å gjennomføre helseopplysning rettet mot små barn. En av førskolelærerne poengterte at ved å benytte alternative undervisningsformer som for eksempel drama, teater og musikk, ville en kunne åpne et univers for barna: ”De tar imot budskapet på en annen måte, og så tenker de at ... sånn er det for noen barn som har astma.”

Ifølge Myskja (2003) har terapeutisk bruk av musikk et stort uutnyttet potensial som er spesielt egnet overfor eldre (geriatri) og barn (pediatri). Selv om det i forhold til helseopplysning ikke er snakk om terapi bør det diskuteres hvorvidt musikk som formidlingsmedium rettet mot barn bør vies større oppmerksomhet. Ifølge Myskja har musikk ”særlig vist seg effektiv i å fremme psykososiale parametre som evnen til å uttrykke følelser, bli mer uavhengig og samarbeide bedre med andre” (Myskja 2003:139). Dette er faktorer som vil være viktig ikke bare i forhold til terapi og helsebredelse, men også i forhold til helsefremmende arbeid blant barn. Å benytte barnehagen som arena for helsefremmende arbeid er imidlertid et relativt nytt fenomen. I det følgende diskuteres ulike aspekter ved dette.

Helseinformasjon i barnehagen – hvordan fungerte det?

Goodmann (1976) hevder at barns tilegnelse av kultur ikke bare skjer på en bevisst, uttalt og regelmessig måte, men at mye skjer ubevisst uten ord og planlegging. Hun mener det er en utbredt tendens til å undervurdere barna i forhold til hva de er i stand til å oppfatte, forstå og gi uttrykk for. Det er derfor viktig at barnehagene legger opp til en inkluderende kultur, der informasjon om astma og allergi kommer inn på en måte som ikke virker krenkende eller stigmatiserende. Medisinering i forbindelse med allergi og astma er et tema som stadig flere, både barn og ansatte, må forholde seg til, og en av de ansatte understreket betydningen av helseinformasjon i forbindelse med dette:

Det er mange som synes det er ekkelt dette å skulle ta medisin og sånn – hvordan omgivelsene reagerer på dem – er du dårlig så må du ha medisin – og kanskje må du ha medisin ganske fort noen ganger. Så jeg tror det er viktig med opplysning her ganske tidlig!

Samtidig kan et konkret eksempel fra praksis med medisinerer gi grunnlag for refleksjoner. I en av barnehagene var det ett barn med sterk astma som måtte medisineres hver dag. En av de ansatte fortalte at før visning av filmen ble dette barnet tatt til side og inn på kjøkkenet ved medisinerer, men etter filmen ville de andre barna se på når gutten fikk medisin. Årsaken til den tidligere praksisen med medisinerer på kjøkkenet, var slik det kom frem først og fremst knyttet til praktiske hensyn. Barnet ble tatt til siden og fikk medisin uten forstyrrelser og unødige avbrudd. Samtidig er det viktig å reflektere over hvilke konsekvenser denne typen praksis kan ha, både for det enkelte barn men også for barnegruppa som helhet. Nordin-Hultman (2004) argumenterer for at den ”utviklingspsykologiske diskursen” lett kan bli normerende for hvordan man ser på barn og barnehagepedagogikk. Tenkningen innenfor en slik diskurs, argumenterer Nordin-Hultman, kan føre til at barnehagemiljøet blir preget av at alle må gjøre det samme og at alle skal behandles likt. En konsekvens av dette kan være at flere og flere barn, ofte med spesielle behov, faller utenfor den gjennomsnittlige normen og dermed kan bli definert som problembarn eller bli stigmatisert på ulike måter. Det kan være en slik tenkning som lå til grunn for praksisen for medisinerer. Det at barnet etter visningen av filmen fikk medisin i ”åpenhet” illustrerer slik hvordan denne typen helseopplysning kan bidra til inkludering av de som har en kronisk sykdom. Det ble også understreket i samtale med en av de ansatte hvordan dette virket positivt for barnegruppa:

Og så opplevde jeg at enten det er astma og allergi, eller annen sykdom, eller andre ting man opplever hos andre unger, så er de veldig tolerante. De sier: ja, du må ha sånn medisin du ja, så er det ikke mer om det. De aksepterer ting som er litt annerledes på en fin måte!

Lignende erfaringer med astmaskolen tyder på at helseinformasjon kan gi økt forståelse i barne- og ungdomsgruppa for andre barn med for eksempel astmatiske og allergiske lidelser (Selmer m.fl. 2003). En mor fortalte for eksempel at hennes barn som var sterkt plaget av astma og allergi ble

mobbet på skolen på grunn av dette. Etter besøk av allergisykepleier med informasjon og visning av dukkefilmen "Peter og Passopp", hadde imidlertid mobberne fått et annet syn på astmaplager og mobbingen avtok for så å slutte helt.

Et sentralt pedagogisk mål med barnehagevirksomheten er at den skal bidra til økt toleranse og forståelse for annerledeshet. Man vet at mobbing forekommer i barnehager men man vet lite om utbredelsen (Barne- og familiedepartementet 2004). Et tidligere delprosjekt om helseopplysning rettet mot ungdom viser at eldre barn ofte ikke er åpne om astmaproblemene sine blant kamerater og lærere, og at mange gjemmer seg bort for å ta sin daglige medisin (Selmer m.fl. 2003). I et slikt perspektiv understrekes betydningen av å formidle helseopplysning i tidlig alder. En annen, og noe uventet dimensjon som kom opp i forbindelse med dette prosjektet, var at også de voksne satte pris på helseinformasjonen.

Helseinformasjon i barnehagen – voksenopplæring på barnas arena?

Flere av de ansatte la vekt på at filmen var informativ, ikke bare for barna, men også for dem selv. Ikke alle visste like mye om astma og allergi, mens andre, særlig de som hadde personlige erfaringer, hadde god innsikt på forhånd. Selv om samtlige understreket betydningen av hvor viktig det er med informasjon rettet mot barna, uttrykte flere et behov for mer vokseninformasjon. En av førskolelærerne som var utdannet for vel ett år siden fortalte for eksempel at de hadde kun en forelesning om astma og allergi under utdanningen. Selv hadde hun vært borte fra skolen den aktuelle dagen. Hun følte hun manglet vesentlige kunnskaper om astma og allergi, spesielt i forhold til helt konkrete hendelser som hvordan man kan lære seg å tolke signaler før et anfall, og hvordan man best mulig kan hjelpe barn som får anfall eller trenger hjelp på annen måte. Med slike refleksjoner i minnet kunne det være en idé å diskutere hvordan Rammeplan for førskolelærerutdanning (UFD 2003) ivaretar høgskolens ansvar for å forberede kommende førskolelærere til å drive forebyggende helsearbeid.

Det er et nasjonalt mål at ansatte i barnehager skal ha økt kompetanse om astma, allergi og inneklimalager: "Kompetansen hos barnehage- og skolepersonell om bedring av inneklimalaget skal heves, og veileder om miljørettet helsevern i skoler og barnehager skal distribueres til barnehager og skolepersonell" (Barne- og familiedepartementet 2005:95). I lys av nasjonale mål og ønsker om kompetanseheving viser erfaringene fra dette pro-

sjektet at barnehagen burde være en egnet arena for helseopplysning rettet mot både barn og voksne.

Konklusjon

Vi mener erfaringene fra dette prosjektet viser at barn i alderen 3-6 år kan eksponeres for og ha nytte av helseinformasjon. Filmen gav grunnlag for gjenkjennelse både i forhold til egne erfaringer og refleksjoner rundt temaet generelt, både barna seg i mellom og i samtaler mellom barn og ansatte. Prosjektet viser at denne typen helseinformasjon kan føre til økt forståelse og toleranse for annerledeshet. Dette kan virke forebyggende i forhold til unødige stigmatisering, mobbing og særbehandling i barnehagen.

Å møte barn som kompetente og delaktige aktører og med ulike språk som appellerer til barn, kan være en utfordring innenfor helsearbeid rettet mot små barn. Erfaringene fra dette prosjektet viser imidlertid at dukkefilm, drama og musikk, kan være uttrykk som appellerer til barna og deres kultur. Læring gjennom musikk og drama virket motiverende og vi mener det her ligger mange spennende muligheter for utvikling av nye metoder.

Erfaringene tyder videre på at barnehagen som arena for helseopplysningsarbeid åpner for flere muligheter. Som nevnt kunne det vært utviklet pedagogiske opplegg som oppfølging til dukkefilmen. Lignende opplegg kunne også vært utviklet til å øke forståelse for andre typer allergi (for eksempel matallergi) eller andre typer helseplager. En utfordring er imidlertid å balansere ønsket om økt helseinformasjon med de krav som pålegges de ansatte i barnehagen, både i forhold til praktisk gjennomføring og i forhold til krav om å drive folkehelseopplysning.

I forslaget til ny barnehagelov som skal iverksettes 01.01.06 blir det eksplisitt rettet fokus mot "Barnehagen som folkehelsearena" (Ot.prp.nr. 72 (2004-2005):32). Det hevdes at man i barnehagen bør bidra til at barn kan erverve kunnskaper, positive holdninger og vaner som fremmer en god helse, og at barnehagen slik er en sentral arena hvor forebyggende arbeid kan få stor betydning. Lovteksten i den nye loven blir endret etter forslag fra Sosial- og helsedirektoratet på den måten av begrepet helse innlemmes i teksten.⁹ I et slikt perspektiv burde mange muligheter åpnes for å videre-

⁹ " Sosial- og helsedirektoratet vil derfor komme med følgende anbefalinger til Barne- og familiedepartementet: Barnehagens rolle i forhold til å fremme helse blant barn under opplæringspliktig alder, bør komme tydelig frem av barnehageloven. Sosial- og helsedirektoratet foreslår at 'helse' blir tilføyd i lovforslagets § 2 om barnehagens innhold, under tredje ledd

utvikle lignede prosjekter. Også i Stortingsmelding nr. 16 (2002-2003), som trekker opp strategier og tiltak innen folkehelsearbeidet i Norge, hevd-
des det at forebyggende arbeid skal styrkes gjennom en mer systematisk og
helhetlig politikk. Barnehagen er en sentral arena for samfunnets tilrette-
legging for god helse og for forebyggende arbeid rettet mot små barn. Å
stimulere til helsefremmende opplysningsarbeid i barnehage vil slik være
et sentralt virkemiddel i folkehelsepolitikken.

Videre utfordringer

At stadig flere barn og unge rammes av astma og allergi er ikke særskilt for
Norge. I internasjonal sammenheng har arbeidet med å styrke helsefrem-
mende arbeid i forhold til astma og allergi sterkt fokus. ”Astma, allergi og
inneklimaplager er et prioritert satsingsområde også internasjonalt. Områ-
det har økt fokus i tråd med at miljø og helse i større grad sees i sammen-
heng i globale prosesser” (Sosial- og helsedirektoratet 2005:36).

Når det gjelder astma og allergi er barnehagen en sentral arena fordi
den er egnet for informasjonsarbeid, men barnehagen er også viktig i denne
sammenheng sett fra et forebyggende perspektiv. ”Det er hevdet at barne-
hagebarn har økt risiko for å utvikle astma mediert gjennom gjentatte luft-
veisinfeksjoner, sammenlignet med andre barn (Nystad m.fl. 2001).

Arbeidet med astma og allergi skal være et fremtidig satsingsområde.
I juni 2004 la EU fram sin strategi for miljø og helse for perioden 2004-
2015. ”Strategien har særlig fokus på barn og et prioritert område er astma
og allergi hos barn” (Sosial- og helsedirektoratet 2005:36). Tradisjonelt
sett er ikke barnehagen arena for helsefremmende arbeid fordi det er helse-
stasjon og foreldre/foresatte som har hatt denne funksjonen. Den nye nors-
ke regjeringens målsetting om full barnehagedekning i 2007, vil imidlertid
aktualisere barnehagen som arena for forebyggende helsearbeid ytterligere.
Med full barnehagedekning vil man nå fram til at alle landets barn og bar-
nehagen kan fungere på linje med helsestasjonen med hensyn til deknings-
grad.

om hva omsorg, oppdragelse og læring i barnehagen skal fremme” (Ot.prp.72 (2004-2005) s. 32). Og videre: ”Departementet foreslår å synliggjøre barnehagens rolle i forhold til å fremme barnas helse, ved at dette blir tilføyd i lovforslaget § 2 tredje ledd om hvilke formål omsorg, oppdragelse og læring i barnehagen skal fremme” (Ot.prp.72 (2004-2005) s. 33).

Ved å benytte nye virkemidler på nye arenaer slik vi har sett i dette prosjektet åpner en ikke bare for tverrfaglig folkehelsearbeid, men for en type helsearbeid som er et internasjonalt satsingsområde. Det er hevdet at grunnholdningen i pedagogikken i norske barnehager, sett i en internasjonal kontekst, må karakteriseres som barnesentrert (Kjørholt m.fl. 1990, Kjørholt 1994). Lek er en viktig del av pedagogikken og flere av de ansatte mente det ville være en fordel om filmen ble "lekt gjennom" i etterkant. Ved å videreutvikle prosjektet med "Peter og Passopp" til et større opplegg for helseopplysning rettet mot små barn, har man en unik mulighet, ikke bare til å utvikle nye og spennende metoder og teknikker, men også til å vedlikeholde flere av barnas hundre språk.

Litteratur

- Alanen, L. 1992. *Modern Childhood? Exploring the "Child Question" in Sociology*. Publication series A. Research reports 50. Jyväskylä: Institute for Educational Research.
- Andenæs, A. 1996. *Foreldre og barn i forandring*. Oslo: Pedagogisk Forum.
- Barne- og familiedepartementet. 2005. *Satsing på barn og ungdom. Regjeringens mål og innsatsområder i statsbudsjettet 2005*. Q-1075B. Oslo.
- Barne- og familiedepartementet. 2004. *Mobbing i barnehagen. Et hefte for deg som arbeider i barnehagen*. Q-1067B.
- Beck, U. & Beck-Gernsheim, E. 2002. *Individualization: Institutionalized Individualism and its Social and Political Consequences*. London: Sage Publications.
- Blair, M., Stewart-Brown, S., Waterston, T. & Crowther, R., red. 2003. *Child Public Health*. Oxford: Oxford University Press.
- Braanaas, N. 1993. *Dramafaget i barnehagen og småskolen: en antologi*. Oslo: Landslaget Drama i skolen.
- Christensen, P. & James, A., red. 2000. *Research with Children. Perspectives and Practices*. London and New York: Falmer Press.
- Corsaro, W.A. 1997. *The Sociology of Childhood*. London: Pine Forge Press.
- Finnvold, J. E. 2000. Er trygdetilbudet rettferdig fordelt? Grunn- og hjelpestønad til astmatiske barn. *Samfunnspeilet* 2000 14 (2):2-11.
- Geertz, C. 1973. *The Interpretation of Cultures*. New York: Basic Books.
- Goodman, M.E. 1976. *Barndomskulturen. Samfunn og kultur fra barnets synsvinkel*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Grøtvedt, L. 1997. Økende astma og allergi blant barn og unge. *Samfunnspeilet* 2000 11 (2):32-35.
- Gulbrandsen, L.M. 1998. *I barns dagligliv*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Holmen, T.L., Aas, K., Hjort, P.F. & Holmen, J. 1992. Barn med bronkial obstruksjon i allmennpraksis: behov for bedre oppfølging. *Tidsskrift for Den norske lægeforening* 112 (5):625-627.

- James, A., Jenks, C. & Prout, A. 1998. *Thorizing Childhood*. Cambridge, UK: Polity Press.
- James, A. & Prout, A., red. 1997. *Constructing and Reconstructing Childhood. Contemporary Issues in the Sociological Study of Childhood*. London: Falmer Press.
- Jonstøij, T. & Tolgraven, Å. 2003. *Hundre måter å tenke på. Om Reggio Emilias pedagogiske filosofi*. København: N.W. Damm & Søn.
- Kjørholt, A.T. 2004. *Childhood as a Social and Symbolic Space: Discourses on Children as Social Participants in Society*. PhD thesis. Trondheim: Norwegian Centre for Child Research/Department of Education, Norwegian University of Science and Technology (NTNU).
- Kjørholt, A.T. 1994. Institusjonalisering av barns liv – en barndom på avveier? Norsk barndom i et internasjonalt perspektiv. I: Aasen, P. & Haugaløkken, O.K., red. *Bærekraftig pedagogikk. Identitet og kompetanse i det moderne samfunn*. Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Kjørholt, A.T. 1990. *Pedagogisk tilbud til 4-7-åringer i internasjonalt perspektiv: en studie av England, Frankrike, Japan og USA*. Rapport nr. 18. Trondheim: Norsk senter for barneforskning.
- Korsvold, T. 1997. *Profesjonalisert barndom. Statlige intensjoner og kvinnelig praksis på barnehagens arena 1945-1990*. Nr. 20 i skriftserie fra Historisk Institutt. Akademisk avhandling. Trondheim: NTNU. Historisk Institutt, Det historisk-filosofiske fakultet/Norsk senter for barneforskning.
- Langhammer, A., Holmen, T.L. & Holmen, J. 2000. Behandling av barn med astma idealer og virkelighet. *Tidsskrift for Den norske lægeforening* 120 (4):449-53.
- Langhammer, A. & Holmen, T.L. 1991. *Bronkial astma hos barn og unge*. NSAMs handlingsprogram for allmennpraksis. Allmennpraktikerserien. Oslo: Tano.
- Mykle, B. 2000. The puppet and children's animative thoughts. *Ånd i hanske* 18 (2):32-35.
- Myskja, A. 2003. *Den musiske verden*. København: Reitzels forlag.
- Nordin-Hultman, E. 2004. *Pedagogiske miljøer og barns subjektskaping*. Oslo: Pedagogisk forum.
- Nord-Trøndelag Fylkeskommune. 2004. *Folkehelseplan for Nord-Trøndelag 2005-2008. Om styrking, utvikling og organisering av folkehelsearbeid*.
- Nilsen, R. D. 2000. *Livet i barnehagen. En etnografisk studie av sosialiseringprosessen*. Dr.polit.-avhandling. Trondheim: Pedagogisk institutt. Fakultet for samfunnsvitenskap og teknologiledelse. Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet.
- Nystad, W., Skrondal, A. & Magnus, P. 2001. Barnehage, infeksjoner og astma. *Tidsskrift for Den norske lægeforening* 121 (3):282-6.
- Ot.prp. 72 (2004-2005) *Om lov om barnehager (barnehageloven)*. Oslo.
- Qvotrup, J., Bardy, M., Sgritta, G. & Winterberger, H., red. 1994. *Childhood Matters. Social Theory, Practice and Politics*. Aldershot: Avebury.
- Selmer, Å.W., Brataas, H.V., Skjørholm, A.R. & Holmen, T.L. 2003. "Ikke kall det sykdom" – å være ung og ha astma. *Vård i Norden* 23 (4):11-15.
- Selmer, Å.W & Skjørholm, A.R. 2005. *Peter og Passopp, en opplysningsfilm om astma for barn fra 3-6 år*. Rapportserie. Rapport nr 1. Levanger: Helse Nord-Trøndelag HF.
- Solberg, A. 1994. *Negotiating Childhood. Empirical Investigations and Textual Representations of Children's Work and Everyday Life*. Stockholm: Nordplan.
- Sosial- og helsedirektoratet, 2005. *Forebygging av astma, allergi og inneklimalager. Strategi og tiltak 2005 -2009*.
- Statistisk sentralbyrå [hjemmeside på internett]. Oslo: SSB; [publisert 15. april 2005; sitert 31. august 2005]. <http://www.ssb.no/barnogunge/2005/barnehage/>.
- Stortingsmelding nr. 16 (2002-2003) *Resept for et sunnere Norge*. Oslo.

- Thorne, B. 1987. Re-visioning women and social change: Where are the children? *Gender & Society* 1 (1):85-109.
- Tingstad, V. 2003. *Children's Chat on the Net. A Study of Social Encounters in Two Norwegian Chat Rooms*. Trondheim: Norwegian Centre for Child Research.
- Tiller, P.O. 1989. *Hverandre. En bok om barneforskning*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Utdannings- og forskningsdepartementet. 2003. *Rammeplan for førskolelærerutdanning*. Fastsett 3. april 2003.
- Ziehe, T. & Stubenrauch, H. 1983. *Ny ungdom og usædvanlige læreprosesser: kulturel frisetelse og subjektivitet*. København: Politisk revy.

Gry Mette D. Haugen
Norsk senter for barneforskning
NTNU
NO-7491 Trondheim, Norge
e-post: gry.mette.haugen@svt.ntnu.no

Åshild Wesche Selmer
Helse Nord-Trøndelag, HF
Sykehuset Levanger, FOU
NO-7600 Levanger, Norge
e-post: aashild.selmer@hnt.no

R