

Evaluering av "Sats på sikkerhet for barn"

Rapport RF-96/041

Vår referanse: 711.2/813181	Forfatter(e): Aase Sitter og Anne Næss Myhrvold	Revisjonsnr. / dato: 1/24.06.96
Ant. sider: 48 + 4 vedlegg	Oppdragsgiver(e): Statens helsetilsyn	Forskningsprogram:
ISBN: 82-7220-764-8	Gradering: Åpen	Åpen fra (dato): 24.06.96

Emne:

Rapporten inneholder resultater fra evalueringen av prosjektet "Sats på sikkerhet for barn". Prosjektet har vært en nasjonal satsning for å redusere risiko for ulykker i hjem, skole og fritid for barn mellom 0 og 15 år, samt å styrke kommunenes innsats i ulykkesforebyggende arbeid blant barn gjennom miljørettet og individrettet helsevern.

RF-Rogalandforskning har evaluert prosjektet "Sats på sikkerhet for barn" gjennom telefonintervju med ulike sentrale og kommunale aktører innen ulykkesforebyggende arbeid.

Evalueringen har lagt hovedvekt på etableringen av varige rutiner innen sikkerhetarbeid for barn, tverrfaglig/tverrsektoriell aktivitet på dette området og vurdering av informasjonsmaterialets kvalitet og innhold. Vi har også sett på organiseringen av prosjektet, som en forklaringsvariabel på "hvorfor prosjektet ble som det ble".

Emne-ord:

Sikkerhet, barn, ulykkesforebygging, helsetjenesten, informasjon, evaluering,

Ingen del av dette dokumentet kan reproduseres i noen form uten skriftlig tillatelse fra RF - Rogalandforskning ©.



Prosjektleder
Aase Sitter



Kvalitetssikrer
Terje Lie



for RF - Miljø og Næringsutvikling
Martin Gjelsvik

Sammendrag

"Sats på sikkerhet for barn" (SSB) har vært et ulykkesforebyggende prosjekt i regi av Statens helsetilsyn (Htil) med start i 1990. SSB er en etterfølger av prøveprosjektet "Sikkerhet for aktive barn" (SAB) som foregikk i Rogaland, Vestfold og Sør-Trøndelag.

RF-Rogalandforskning har hatt ansvaret for den eksterne evalueringen av prosjektet "Sats på sikkerhet for barn". Undersøkelsene er foretatt ved hjelp av telefonintervju med ulike aktører på statlig nivå, fylkesnivå og kommunenivå. Det er utført telefonintervju med tilsammen 57 personer.

SSB utviklet seg til å bli et "helseopplysningsprosjekt". Knapp bemanning og manglende tradisjonell prosjektorganisering i Htil tilsier at erfaringene fra "Sats på sikkerhet for aktive barn", SAB knapt kunne følges opp. Her var en av konklusjonene at det er vanskelig å nå frem med holdningsskapende informasjon - særlig hvis det ikke kombineres med andre tiltak.

Evalueringen vil omfatte mer enn å undersøke grad av måloppfyllelse i forhold til definerte mål. Evaluering er utvidet til å omfatte en systematisk innsamling av data for å skille og analysere virkninger av et *forsøk på å skape endringer* på området. Hensikt med evalueringen er å finne noen forklaringer på hvorfor prosjektet utviklet seg som det gjorde, dvs. "hvorfor vegen ble som den ble". Grunnen til at vi i tillegg også gjør en målevaluering, er at dette gir god informasjon om forebyggingsaktiviteter og erfaringer med disse, selv om målene ikke ble styrende og heller ikke søkt oppfylt, på grunn av endrede forutsetninger.

Prosjektetbeskrivelsen inneholdt følgende mål:

1. Å redusere risikoen for ulykker blant barn fra 0 - 15 år med særlig vekt på ulykker i hjem, skole og fritid.
2. Å styrke kommunenes innsats i det ulykkesforebyggende arbeidet blant barn gjennom miljørettet og individrettet helsevern i overensstemmelse med kommunehelsetjenesteloven paragraf 1-4 og kap. 4a.

Målgruppene var ment å være:

Fylkeslegene, kommunehelsetjenesten (helsestasjons- og skolehelse-tjenesten), og gjennom disse andre kommunale etater, næringslivet, barnehagepersonell, frivillige organisasjoner, ansatte i grunnskolen, foreldre og barn.

Det ble lagt vekt på følgende forhold i evalueringen:

- I hvilken grad det har lyktes å etablere varige og operative systemer for barne-sikkerhetsarbeid, og synliggjøring av sikkerhetsarbeid i planarbeid.

- I hvilken grad har det blitt utviklet tverrfaglig og tverretatlig samarbeid, og i hvilken grad er dette et virkemiddel i det ulykkesforebyggende arbeid.
- Kvalitetsmessig vurdering av informasjonsmateriellet brukt i prosjektet.
- Vurdering av hvorvidt slike prosjekter er effektive instrumenter i forvaltningen, for å øke innsatsen på ulike forhold.

Varig operativt system for formidling:

Evalueringen viser at informasjonsmaterieell for bruk i helsestasjonen var meget godt, spesielt gjelder dette "foreldre-mappen". Helsesøstre var godt fornøyde med inndeling av informasjonen i forholdet til det undersøkelses-opplegget som finnes for småbarn i helsestasjonen. Informasjon fra SSB ble delt ut ved ulike helsestasjonsbesøk og alltid tatt opp i samtaler med foreldrene. Alle kommunene som ble evaluert brukte denne mappen på tilnærmet lik måte, selv om ulykkesforebyggende arbeid ellers var svært ulikt både på kommuneplan og på fylkeslegenivå.

I evalueringen viser det seg at alle de 24 helsestasjons-tjenestene som er kontaktet, har etablert et varig og operativt system for formidling av informasjon til småbarnsforeldre, ved å benytte hele eller deler av informasjonsmateriellet i SSB.

Skolehelsetjenesten prioriterer ikke sikkerhetsarbeid:

Informasjonsmateriellet for skolebarn ble i liten utstrekning brukt av skolehelsetjenesten. Der hvor kommunene er aktiv innenfor ulykkesforebyggende arbeid generelt er det noe større aktivitet på ulike forhold som f. eks. tryggere skolevei, sikring av skolegård o.l. Jevnt over viser evalueringen at skolehelsetjenesten, dvs. helsesøstre, ikke prioritert sikkerhetsarbeid for skolebarn.

Evalueringen viser at 17 av 24 ikke prioriterer sikkerhetsarbeid i skolen, og av disse oppgir 7 at kapasitetsproblemer for helsesøstre er hovedgrunnen til manglende fokusering på sikkerhetsarbeid for skolehelsetjenesten.

Vurdering av informasjonsmaterieell

Evalueringen tok for seg vurdering av det informasjonsmaterieell som ble laget/revidert i prosjektet. Informasjonen til småbarnsforeldre blir vurdert til meget godt både for innhold og kvalitet. De fleste synes informasjonsmengden er passe stor og godt skrevet, sammen med illustrasjonene gir dette et godt produkt. De fleste helsesøstre er av den oppfatning at foreldrene leser informasjonen i foreldre-mappen.

Spredning av informasjon i ulik form trekkes frem som svært ønskelig og noe mangelfullt i prosjektet. Informasjonsmateriellet i SSB er stort sett basert på skriftlig informasjon. Enkelte informanter vurderer bruk av video som mye mer tilgjengelig for å nå foreldre, enn hva tilfelle er med brosjyrer o.l. For å nå "de foreldre man ellers ikke når" ble det trukket frem forslag om bruk av små "reklame-snutter" foran f.eks. nattfilmer på TV.

Informasjonen rettet mot skoler, basert på brosjyrer og video, deler helsesøstrene i to grupper. Den ene gruppen synes informasjonen er god nok, selvom de ikke har brukt den i særlig grad, noe som skyldes tildels kapasitetsproblemer og dels uenighet om ansvar. Den andre gruppen mener materialet for skolen ikke er godt nok. Informasjonen burde i større grad vært fokusert og tilrettelagt for hver av gruppene; barn, foreldre og lærere.

Tverrfaglig - tverretattlig samarbeid vanskelig

Ulykkesforebyggende arbeid for barn bør ha en viss forankring i tverrfaglig/tverretattlig samarbeid. Evalueringen av SSB viser at det har vært liten grad av tverrfaglig/tverretattlig samarbeid. Materialet har orientert seg mot helsetjenesten, med helsesøster i fokus. Det var ment at helsesøster skulle være pådriver for tverretattlig samarbeid, men dette har ikke fungert spesielt godt. Det er viktig at andre aktuelle aktører innenfor ulykkesforebyggende arbeid får tilsendt eget materiell, som lett kan kobles med helsetjenestens materiell.

Informanter innefor teknisk etat og undervisning/barnehage etaten opplyser om liten eller ingen tverrfaglig aktivitet på området for ulykkesforebygging. Enkelte steder er det en viss kobling mellom helsesøstre og teknisk etat for bl.a. kontroll av lekeplasser.

Sikkerhetsarbeid inn i handlingsplaner o.l.

Det viser seg at kommunene generelt er blitt mer opptatt av sikkerhetsarbeid de siste årene. Dette skyldes sannsynligvis en større fokusering på forebyggende arbeid, men for enkelte kommuner settes dette i klar sammenheng med SSB. For endel kommuner er forebyggende aktivitet på startplanet for å komme i system, i tilknytning til internkontroll.

Det meddeles fra flere informanter at det de siste 6-7 årene har skjedd en endring i holdningen til disse tema. Det er en større bevissthet hos aktørene innenfor helseetaten til at dette er viktige satsningsområder for kommunene generelt. Det viser seg imidlertid at for endel kommuner er det lite som gjøres konkret i planleggingsstadier. Det speiler at sikkerhets-politikken ikke er spesielt godt fremhevet.

Lav aktivitet innefor sikkerhetsarbeid for barn på fylkeslegeplan

Evalueringen viser tildels liten aktivitet innenfor ulykkesforebyggende arbeid hos fylkeslegene. Av de 10 evaluerte fylkeslegekontorene var det hele 4 som hadde ingen eller svært liten aktivitet innenfor område ulykkesforebygging blant barn. Disse kjente ikke til SSB, og hadde ikke ulykkesforebygging som prioritert område. Kontaktperson for ulykkesforebyggende arbeid finnes ikke hos alle fylkeslegekontorene i dag.

Til tross for liten aktivitet på dette området hos fylkeslegene, har kommunene (helsestasjonstjenesten) likevel bra formidlingsrutiner av ulykkesforebyggende materiell til småbarnsforeldre.

De fylkeslegekontorene som er aktive innenfor ulykkesforebyggende arbeid og kjenner til prosjektet SSB har vært aktive innenfor dette området i lengre tid. Dette betyr at

formidling av informasjon var satt i system tidligere. De kommunene der fylkeslegen arbeider med barnesikkerhet har ofte en bredere fokusering på sikkerhetsarbeid for barn i forhold til kommuner der fylkeslegen ikke er aktiv.

Samarbeid med frivillige organisasjoner

Ulykkesforebyggende arbeid har lang tradisjon i endel frivillige organisasjoner. Evalueringen har sett spesielt på kontakten mellom helsetjenesten og ulike frivillige organisasjoner. Det viser seg imidlertid at det ikke er utpreget stor kontakt mellom frivillige organisasjoner og f.eks. helsestasjonene. Et fåtall helsetjenester opplyser om noen fellesaktiviteter i enkelte kortvarige aksjoner, med f. eks. Trygg Trafikk, Røde Kors og Sanitetsforeninger.

I SSB er ikke materiellet vinklet for å nå de frivillige organisasjonene. For å få til et samarbeid bør materiellet være laget slik at det kan være et grunnlagsmaterieell. Videre opplever helsesøstrene at det er opp til helsesøstrene selv om samarbeid skal finne sted, og utfra kapasitetsproblemer vil dette sjeldent være mulig.

Næringslivet og sikkerhetsutstyr

Når det gjelder bruk av sikkerhetsutstyr til barn har dette en kort tidshorisont. Sammenlignet med perioden på 80-tallet har tilgjengeligheten til utstyr økt betydelig frem til idag. Sikkerhetsutstyr er nå i stadig større grad blitt standardutstyr og produktene er i større grad integrert i ordinære varer og forretninger, ikke i spesialforretninger.

Det har vært kontakt med SSB og et grossist/detaljistfirma, og som en "spin-off" har reklame for sikkerhetsutstyr fått en plass på enkelte helsestasjoner. SSB har imidlertid hatt en nokså beskjeden rolle når det gjelder samarbeid med næringslivet om sikkerhetsutstyr.

Forklaringer på prosjektets endring i forhold til de oppsatte målene antar vi ligger både i knappere personellressurser og den interne organiseringen av prosjektet i Htil.

Vi ser av denne undersøkelsen at mye lokalt initiativ er avhengig av ildsjeler, samtidig som prosjektet vektlegger systematikk og varighet for på den måten å løfte aktivitetene utover individnivå. Vi tror at selv om det nå er en vridning i retning av vektlegging av system og systematikk, trenger lokalmiljøene ildsjelene.

Prosjektet utviklet seg til å bli et informasjons-/helseopplysningsprosjekt for målgruppen helsesøstre, og altså mye "smalere" enn tenkt i utgangspunktet.

SSB viser at typiske prosjektoppgaver med hell kan gjennomføres nokså integrert i en etablert organisasjonsstruktur.

Tradisjonell prosjektorganisering og forventninger om hva en kan oppnå gjennom en slik ad-hoc-organisering kan ha utspilt sin rolle som statlig virkemiddel for en periode.

Innhold

Sammendrag	i
Innhold.....	vi
Forord.....	vii
1. INNLEDNING	1
1.1 Hva er forebygging, skader og ulykker?	1
1.2 Forebyggende arbeid for barn.....	3
1.3 Kort om skadebildet.....	5
1.4 Virkemidler i det ulykkesforebyggende arbeidet.....	6
1.5 Hvem har ansvar for hva innen det forebyggende arbeidet?.....	8
1.5.1 De viktigste forebyggingsarenaene.....	8
1.5.2 Mot et helhetsperspektiv i det forebyggende arbeidet	10
2. EVALUERINGSMETODE	13
2.1 Strategi.....	14
2.2 Metode og datatilfang	14
3. SATS PÅ SIKKERHET FOR BARN	16
3.1 Bakgrunn.....	16
3.2 Prosjektets utgangspunkt.....	16
3.2.1 Målsettingene i prosjektet.....	16
3.2.2 Organisering av prosjektet.....	17
3.2.3 Tiltak.....	18
4. RESULTATER	19
4.1 Innledning	19
4.2. Etablering av varige og operative systemer for ulykkesforebyggende arbeid i kommunen	19
4.2.1 Helsestasjonstjenesten	19
4.2.2 Skolehelsetjenesten.....	20
4.2.3 Vurdering av informasjonsmateriell	22
4.3. Forebyggende arbeid for barn i kommunen	23
4.3.1 Tverretatlig samarbeid i kommunen.....	23
4.3.2 Fylkeslegens rolle	25
4.3.3 Handlingsplaner	25
4.3.4 Samarbeid med frivillige organisasjoner.....	26
4.4 Næringslivet og sikkerhetsutstyr	27
5. DISKUSJON	29
6. VIDERE ARBEID.....	34
7. REFERANSELISTE.....	38
8. VEDLEGG	40

Forord

Denne rapporten inneholder RF-Rogalandforskning evaluering av det nasjonale prosjektet "Sats på sikkerhet for barn". Prosjektet varte fra og med 1990 til og med 1992, og med et tilleggsår i 1993.

Evalueringen er et oppdrag fra Statens helsetilsyn. Rammene for evalueringen er å fremskaffe kunnskap som kan danne beslutningsgrunnlag for hvordan det ulykkesforebyggende arbeidet for barn kan videreføres når prosjektet "Sats på sikkerhet for barn" er avsluttet.

Vi takker informantene som velvillig har stilt sin tid til disposisjon.

RF-Rogalandforskning takker også Statens helsetilsyn for oppdraget.

Stavanger, februar 1996



Aase Sitter

Prosjektleder

1. Innledning

Statens forurensningstilsyn, SFT, satte i 1987 igang prøveprosjektet "Sikkerhet for aktive barn" (SAB). Dette ble gjennomført i samarbeid med fylkeslegene i Rogaland, Sør-Trøndelag og Vestfold.

Hensikten med dette prosjektet SAB var å redusere ulykker blant barn under sju år ved å utarbeide og prøve ut et informasjonsopplegg for målrettet spredning av informasjon om barnesikkerhet. De viktigste målgruppene var småbarnsforeldre og helsesøstre.

I 1989 samarbeidet Statens helsetilsyn (Htil) og SFT om videreføringen av prosjektet. Fra 1990 tok Htil over hovedansvaret for videreføringen av arbeidet, siden Htil hadde nettverk mot helsestasjoner og helsesøstre. *Prøveprosjektet, SAB, dannet dermed basis for et nasjonalt opplegg; prosjektet "Sats på sikkerhet for barn", SSB.*

Statens helsetilsyn ønsket evaluering av prosjektet "Sats på sikkerhet for barn", og RF-Rogalandsforskning har utført dette arbeidet.

Videre i dette kapittelet gir vi en introduksjon til begrepene *forebygging, skader og ulykker*. Deretter beskriver vi kort historisk oversikt over forebygging av barneulykker her i landet, og en oversikt over det generelle skadebildet, de viktigste forebyggingsarenaene og hvem som har ansvar for hva på de ulike arenaer.

I neste kapittel gjør vi rede for metode, datatilfang og evalueringens teoretiske forankring.

Kapittel 3 omhandler utgangspunktet for prosjektet "Sats på sikkerhet for barn" slik det er formulert i prosjektbeskrivelsen. Denne prosjektbeskrivelsen ble ikke formelt vedtatt, og etter endrede rammebetingelser ble den heller ikke fulgt opp eller revidert. Vi kommer også inn på de endrede rammebetingelsene.

I kapittel 4 presenterer vi resultatene fra evalueringen, og setter disse inn i en ramme av endrede rammebetingelser. Under diskusjonskapitlet kommer vi nærmere inn på "relativiseringen" og forklaringer på de endrede forutsetningene for prosjektet. Vi vil også diskutere hvilken rolle prosjektet "Sats på sikkerhet for barn" fikk i det skadeforebyggende arbeidet i kapittel 5, og kort skissere "veien videre" i kapittel 6.

1.1 Hva er forebygging, skader og ulykker?

Vi skiller mellom *kurativt og forebyggende* arbeid. Den tradisjonelle oppfatningen av å være frisk innebærer kun et fravær av sykdom, men i nyere oppfatninger er det ikke nok å ikke være syk for at man skal ha god helse. Tre poeng er viktig i denne sammenheng:

- Helse skapes gjennom et balansert bytte mellom kropp, sinn og sosialt liv
- Helse innebærer at man har et positivt overskudd som gir trivsel og livsglede

- Selv om man har en kronisk sykdom eller funksjonshemming, er det mulig å fremme helsen (Hjort, 1989). Man kan godt skille mellom subjektiv helse (den enkeltes oppfatning av egen helsetilstand) og objektiv sykdom (tilstedeværelse av en diagnose eller sykdom).

Et *utvidet* helsebegrep inkludere både det å forebygge sykdom og det å fremme helsen. Arbeidet for å nå dette målet omfatter:

- *Forebyggende tiltak*, nærmere bestemt en reduksjon i sykdom, skader, sosiale problem, dødelighet og risikofaktorer.
- *Helsefremmende tiltak* som tar sikte på å bedre livskvalitet, trivsel og muligheter til å mestre utfordringer og belastninger en utsettes for i dagliglivet.

Forebyggende tiltak har som mål å redusere eller hindre forekomst av sykdommer, skader, sosiale problem, dødelighet og risikofaktorer (St.meld. nr. 37, 1992-93). *Helsefremmende tiltak* derimot, har som mål å bedre livskvaliteten, trivsel og muligheter til å mestre de utfordringer og belastninger som vi utsettes for i dagliglivet (St.meld. nr. 37, 1992-93). WHO har definert helsefremmende arbeid som "den prosessen som gjør at mennesker kan bedre den individuelle og kollektive kontrollen over vilkårene for sin helse" (Guldvog & Hjort, 1988). Dette danner to ulike perspektiv, hvor en innenfor det skadeforebyggende arbeidet er opptatt av hvordan en kan finne *virkemidler* som hindrer skader.

Vi vil definere *ulykker* som: "En ufrivillig plutselig hendelse som kan medføre skader på person eller materiell" (Elvik, 1991, a). De fleste definisjoner inkluderer en ulykke som en plutselig, uventet og ikke-intendert hendelse. En ulykke er et avvik fra en normal-prosess eller en sekvens av hendelser der årsaken kan ligge i en hurtig endring av det ytre miljøet, feil i produkter og utstyr, og/eller personers adferd. Et viktig skille går mellom synet på ulykker som en plutselig uforutsett hendelse, der oppmerksomheten rettes mot hva som gikk galt i selve ulykkessituasjonen, og ulykker som resultat av en prosess der en også vil være opptatt av de sosiale og tekniske prosessene som ledet frem til ulykken.

Vi skiller også mellom ulike *skadetyper*. Ulykkesskader, voldsskader, selvpåførte skader, skader i krig og lovlig inngrep og skader hvor det er uklart om det er påført med hensikt eller ikke.

Når det gjelder ulykkes- eller skadeforebygging, er dette tiltak der formålet enten er å redusere antall ulykker eller risikoen for ulykker, eller redusere forventet omfang av skader, etter at en ulykke har skjedd (Elvik, 1993).

Begrepsutviklingen innen forebygging er i dag svært sammensatt, og som det fremgår av definisjonene, spenner disse fra rent medisinsk tenking til en samfunnsfaglig og sosialpolitisk tenkemåte. Helsevesenet kan bare stå for 10% av den forebyggende virksomheten, resten må skje i andre sektorer (St.meld. nr. 37), og forebygging vektlegger både medisinske fag og adferdsfag. St.meld. nr. 37 illustrerer mangfoldet i dagens tenkning omkring forebyggende og helsefremmende arbeid.

Tiltakene i prosjektet "Sats på sikkerhet for barn" retter seg i første rekke mot det ulykkesforebyggende arbeidet.

1.2 Forebyggende arbeid for barn; kort historikk

Det ulykkesforebyggende arbeidet i Norge kan spores tilbake til en artikkel fra 1952 i Nordisk Hygienisk Tidsskrift, skrevet av professor H. Natvig. Her påpekes ulykkesproblemet i hjem og på fritiden, og hvordan en burde arbeide med forebygging. Barneulykker var i fokus fordi mange barn druknet i brønner, som en følge av dette arbeidet kom "Brønnloven" i 1957.

Det videre arbeidet med forebygging av ulykker kan deles inn i tre faser. Det systematiske ulykkesforebyggende arbeidet ble initiert av at de frivillige organisasjonene, som tok initiativ til opprettelsen av et eget landsråd mot hjemmeulykker og et tilsvarende råd mot drukningsulykker. Begge rådene ble støttet av det offentlige, men de slet med små ressurser, og i 1974 ble begge rådene nedlagt. Dette medførte et spørsmål i Stortingets spørretime om forebyggende arbeid i hjem og fritid. Statsråden svarte med å opprette "Harvei"-utvalget, som i 1977 la frem et forslag om å styrke dette arbeidet, bl.a. ved å opprette et eget skaderegister. Et forslag fra mindretallet gikk ut på at en skulle starte med *barneulykkene*. Dette forslaget fikk gjennomslag, og i det systematiske ulykkesforebyggende arbeidet som vokste frem ble barnesikkerhet "flaggbæreren" og forløperen for de andre ulykkesforebyggende arenaene som etterhvert vokste frem; trafikk,- brann- og arbeidsulykker.

Den andre fasen for forebyggende tiltak for barn ble innledet med at forbruker- og produktsikkerhetsmyndighetene i det daværende Forbruker- og administrasjonsdepartementet (FAD), tok initiativ til å fjerne farlige produkter fra markedet. Som en del av dette arbeidet startet et ulykkesregistreringsprosjekt ved Sentralsykehuset i Rogaland i 1977.

Flere initiativ i denne fasen hadde sitt utspring fra Forbruker- og produktsikkerhetsmyndighetene. I hele perioden arbeidet en med å få helsemyndighetene til å gå inn på feltet.

En annen viktig milepæl i denne fasen var FNs Barneår i 1979. FAD foreslo i den forbindelse å utarbeide en handlingsplan mot barneulykker. I 1981 ble Handlingsutvalget mot barneulykker, HUMBU, nedsatt av Forbruker- og administrasjonsdepartementet (FAD). HUMBU hadde to års virketid. Arbeidet var konsentrert om samordning av de sentrale myndigheters virksomhet for å forebygge ulykker for barn, innsamling av ulykkesdata og informasjonsarbeid vedrørende ulykkesforebyggende tiltak. Dette utvalget arbeidet i to år med relativt rikelige ressurser, og mange tiltak ble iverksatt. I 1983 bestemte regjeringen at HUMBU skulle fortsette som en permanent ordning, og at det skulle forankres i Sosialdepartementet. Imidlertid var Sosialdepartementet lite villig til å bruke ressurser på arbeidet, selv om de hadde fått oppgaven. For å unngå at arbeidet stoppet opp, engasjerte FAD og Sosialdepartementet i 1983 en person til å følge opp arbeidet til HUMBU under navnet "Aksjon mot barneulykker" (AMBU), og fulgte på den måten opp det arbeidet HUMBU hadde satt igang.

I 1985 ble Samarbeidsutvalget for barnesikkerhet, SamBa opprettet i Helsedirektoratet, som en etterfølger av HUMBU. I de første årene hadde dette utvalget svært lite ressurser, og var derfor relativt passive. Utvalget bestod av 20 medlemmer fra departementene, statlige etater og frivillige organisasjoner. SamBa ble nedlagt 1.1.1993 og SamBas barnesikkerhetsarbeid ble overført til Skadeforebyggende forum i Sosialdepartementet, og barnesikkerhet ble et fire-årig prosjekt under Skadeforebyggende forum, med start i september 1993.

I 1982 ble en ny lov om kommunehelsetjenesten innført. Her fikk kommunehelsetjenesten bl.a. i oppgave å utarbeide ulykkesforebyggende tiltak. I 1988 ble St.meld. nr. 41 (1987/88) "Nasjonal helseplan" lagt frem. Her er bl.a. ulykkesforebyggende tiltak foreslått. Samme året fikk SamBa mer ressurser, og aktivitetene skjøt fart.

Produktsikkerhetsmyndighetene tok initiativ til, og fikk igang det ulykkesforebyggende prosjekt: "Sikkerhet for aktive barn", SAB. Prøveprosjektet "Sikkerhet for aktive barn" startet i oktober 1987 som en aksjon for forebygging av barneulykker i Vestfold, Rogaland og Sør-Trøndelag.

I 1986 tok Sosialdepartementet over det *sentrale ansvaret* for barnesikkerhetsarbeid, og dannet Samarbeidsutvalget for barnesikkerhet (SamBa).

I 1989 startet et stort prosjekt i dengang Helsedirektoratet: "Miljørettet helsevern". Helsedirektoratet var også sekretariat for utarbeidelsen av "Handlingsplan for det forebyggende arbeidet i hjem, skole og fritid", i et samarbeid mellom Sosialdepartementet, Miljøverndepartementet, Forbruker- og administrasjonsdepartementet (senere Familie- og forbrukerdepartement), Kommunal- og arbeidsdepartementet og Kirke, undervisnings og forskningsdepartementet.

Det ble etterhvert avklart at Sosialdepartementet hadde en koordinerende rolle i det ulykkesforebyggende arbeidet mot hjem, skole og fritid, på bakgrunn av den nye loven om kommunehelsetjenesten. Det ble også foreslått at Helsedirektoratet skulle overta prosjektet "Sikkerhet for aktive barn" - SAB, og at det skulle bli landsdekkende. I den forbindelse skiftet prosjektet navn til "Sats på sikkerhet for barn", SSB.

Med dette hadde altså helsevesenet overtatt koordineringsansvaret for forebygging av ulykker, noe som danner den tredje fasen. Dette skjedde i 1989 og var en viktig milepæl i det ulykkesforebyggende arbeidet (Barnesikkerhetsarbeidet i Norge 1988-1990).

Som vi ser har det ulykkesforebyggende arbeidet for barn vært svært fragmentert, med mange aktører på banen og liten grad av koordinering og samordning.

1.3 Kort om skadebildet

Ut fra ulykkesarenaen skiller en mellom trafikk-, arbeids-, skole-, hjemme-, idretts- og fritidsulykker. Ulykker kan og inndeles ut fra alder og kjønn hos de som rammes.

Transportøkonomisk Institutt (Elvik, 1991) har beregnet de samfunnsøkonomiske kostnader ved personskader etter ulykker til ca. 24. mrd. kroner årlig. Trafikkulykkene står for 33% av kostnadene, arbeidsulykkene for 31% og hjemmeulykkene til for 20%.

I Sosialkomiteens innstilling (Innst. S. 118 - 1994-94) heter det:

"Komiteen har videre merket seg at hjemmeulykker er den kategorien av ulykker som er størst, og som stadig øker, særlig blant eldre. Ulykker i hjemmet, i trafikken og på arbeidsplassene skaper store helsemessige problemer. Ulykker tar mange liv, fører til mange varige men og har nær sammenheng med utviklingen av kroniske lidelser og redusert sosial funksjonsevne."

Ser vi på tall fra dødsårsaksstatistikken når det gjelder dødelighet på grunn av ulykker, dør årlig ca. 2000 personer. I 1992 ble ca 374 000 pasienter med ulykkeskader behandlet på sykehus/legevakt. Samtidig regner en med at totalt 523 000 fikk behandling av leger pga ulykker (Skaderegisteret, Folkehelsa). Vi ser en nedgang i antall dødsulykker for trafikk og fritid i perioden 1984-93 (Statistisk sentralbyrå, vedlegg 1). Av de ulike ulykkesgruppene har trafikkulykker vist den største tendensen til nedgang. For yrkesulykkene har det vært et mer stabilt nivå de siste årene, men nivået er noe lavere enn de foregående årene. For fritidsulykkene ser vi en tendens til nedgang fra 1991.

Når det gjelder brann og hjemmeulykker er det vanskelig å trekke ut noen bestemt tendens; vi ser et nokså stabilt nivå.

Ser vi på dødsstatistikken når det gjelder aldersgruppene 0-14 år har det vært en nedgang fra 1984 til 1993, med henholdsvis 8,9 og 4,7 pr. 100.000 (vedlegg 2).

For aldersgruppen 15-24 år er det og en fallende tendens fra 1984 til 1993, med henholdsvis 30,7 og 20,6 pr. 100.000.

For aldersgruppen 25-64 år har nivået sunket noe de siste tre årene, men ellers har det vært et nokså konstant nivå.

For aldersgruppen 65-79 år er det en fallende tendens, særlig siden 1990.

For aldersgruppen over 80 år viser tallene en fallende tendens frem til 1992, men i 1993 var det igjen en betydelig økning.

For dødsulykkene totalt er det en nedgang som følge av trafikkulykkene.

Hjemmeulykker er den mest omfattende ulykkesarena. Ifølge Skaderegisteret gjelder dette 32,5% av de ulykkene hvor skadearena er registrert.

Ulykker rammer i stor grad barn og unge. Ca. 97 000 barn og unge under 15 år ble i 1992 behandlet av sykehus og legevakt pga skader etter ulykker, og ulykkene er den største dødsårsak blant barn. Aldersgruppen 10-19 år rammes hyppigst av ulykker. I den

yngste aldersgruppen (0-9 år) og den eldste (80 år og eldre) er ulykkesfrekvensen også høyere enn gjennomsnittet (St.meld. nr. 37 (1992-93)).

I motsetning til forebygging mer generelt, er ulykker et område hvor forebyggende tiltak kan gi resultater forholdsvis raskt. Dette har sammenheng med at ulykker er fenomen som er kvantifiserbare, hvor det kan settes klare resultatmål, og hvor tiltakene kan målrettes, selv om det også er sider ved ulykker som sorg, tap og smerte som ikke kan kvantifiseres.

Selv om datagrunnlaget for personskader er noe usikkert, er det allikevel holdepunkter for å hevde at forebyggende tiltak har god effekt (St. meld. nr. 37 (1992-93)).

En rekke forsøk viser at *ulykker kan forebygges*. Ved systematisk innsats over tid vil ulykkestallene kunne reduseres, noe som man har klart med 30% i Falköping, (Schelp, 1987) og med 58% på Værøy i løpet av en ti-års periode ((1979-1989), Telnes, 1992). Harstad har vært en aktiv ulykkesforebyggende kommune, og er med i Folkehelsas ulykkesregistrering. En studie herfra viser også at systematisk ulykkesforebygging gir resultater (Ytterstad, 1995). Skadeforebyggende forum har vært engasjert i Årdal, gjennom "Årdal tenk tryggleik"-prosjektet. Her har to av tre ulykker forsvunnet (Skadeforebyggende forum, 1995).

Studier rettet mot barn viser også at foreldre i høy grad fjerner potensielt farlig gjenstander for å sikre sine barn mot ulykker, og at de også installerer forskjellig sikkerhetsutstyr i hjemmet. Foreldres bevissthet i dette arbeidet har økt (Vislie, 1989, Boyesen, upublisert). Dette indikerer at nasjonale kampanjer mot hjemmeulykker som ble implementert i denne perioden, har fått foreldre til å redusere ulykker i sine hjem (Thuen, 1993). Vi kommer tilbake til forskjellige kampanjer og prosjekter rettet mot barneulykker og reduksjon av risikofaktorer når det gjelder barn.

Målet innenfor det skade- og ulykkesforebyggende feltet er at en innen år 2002 skal ha samordnet planleggingen og utviklingen av en sikkerhetskultur på alle beslutningsnivåer og sektorer, for å få til en nedgang i antall skader som fører til dødsfall, sykehusinnleggelse og legebehandling på grunn av ulykker. Tverretattlig og tverrfaglig samarbeid fremholdes som sentrale virkemidler for å nå denne målsettingen, og "helhetstenking", "samordning" og "desentralisering" er stikkordene. Såvel norske som internasjonale undersøkelser og forsøk viser med andre ord at det innen år 2000 er mulig å redusere sykkelighet og dødelighet i befolkningen og å nå målet om 25% reduksjon i ulykkesdødelighet fra 1980 til år 2000 (St. meld. nr. 37 (1992-93)).

1.4 Virkemidler i det ulykkesforebyggende arbeidet

Som vi har vært inne på, har de sentrale myndighetene ansvar for forebyggende virksomhet. For gjennomføringen av den statlige politikken i sikkerhetsarbeidet er myndighetene avhengige av en rekke virkemidler, men har allikevel begrensede virkemidler til disposisjon for måloppnåelse. Statlig initierte prosjekter, av kortere eller lengre varighet, har i en periode vært et sentralt virkemiddel for måloppnåelse i det ulykkesforebyggende arbeidet.

Når vi i denne rapporten refererer til prosjekt og prosjektorganisering tenker vi på kjennetegn som:

- En egen selvstendig organisasjon
- Klare mål som kan konkretiseres til handling
- Tidsavgrenset
- Innebygget erfaringslæring; tett kobling mellom prøving og læring

Prosjekt som arbeidsform brukes vanligvis der en søker etter nye løsningsmodeller eller nye arbeidsformer, og der en ønsker å mobilisere nye grupper og nye ressurser. En slik organisering går gjerne på tvers av sektorer, fag og "kulturer". Prosjekt som arbeidsform har også den fordel at aktivitetene kan frikobles fra sedvane og regler og gjennomføres raskt. Prosjektorganisering brukes ofte der det skal gjennomføres:

- *Tiltak*, der det er kjente virkemidler og der en er rimelig trygg på resultatet.
- *Utviklingsarbeid*, hvis endringene går i retning av nye og ofte nokså generelle mål for en organisasjon/sosialt system.
- *Forsøk*, der en vil prøve ut og søke ny praksis, nye løsninger på gamle eller nye oppgaver og samtidig produsere kunnskap om vilkårene for å lykkes.

Engasjement av kortere eller lengre varighet er vanligvis en måte å få tilført mer arbeidskraft for å løse prioriterte arbeidsoppgaver, der det ikke finnes en *fast* stillingshjemmel for oppgaven. Engasjementet kan avvikles, men i forvaltningen er engasjement ofte en forløper for etablering av en fast stillingshjemmel.

På 80-tallet har det vært gjennomført mange prosjekt for å redusere skader og ulykker blant barn. Prosjektet "Sats på sikkerhet for barn" føyer seg inn som ett blant flere virkemidler i den sammenhengen. Det har også vært en utvikling i retning av å vektlegge tverrfaglig og tverretattlig aktiviteter som "virkemiddel".

Det har vært gjennomført endel forskning omkring virkemidler i det ulykkesforebyggende arbeidet generelt, men også spesielt rettet mot barn. Hva virker og hva virker ikke, og hvorfor, har vært sentrale problemstillinger.

Innenfor forebyggingsfeltet har *helseopplysning* lange tradisjoner. En vanlig definisjon av helseopplysning er:

"helseopplysning er en hvilken som helst intensjonell aktivitet som er iverksatt for å oppnå helse- eller sykdomsrelatert læring, dvs. en relativt permanent forandring i et individs ferdigheter eller disposisjoner. Effektiv helseopplysning kan således forårsake endringer i kunnskap og forståelse eller annen måte å tenke på; den kan påvirke eller klarlegge verdier; den kan endre oppfatning eller holdninger; den kan fasilitere ervervelsen av ferdigheter; og den kan endre atferd eller livsstil" (Tones og Tilford, 1994).

Vi skiller etterhver mellom tre forhold når det gjelder modeller for helseopplysning: Hvilken *ideologi* den bygger på, de *pedagogiske virkemidlene* og den underliggende *teoretiske modellen*. Ideologi handler om hvilke prinsipper informasjonsinnsatsen skal tuftes på: valgfrihet eller tvang, individuelt eller kollektivt ansvar. Valget på dette området

har i sin tur konsekvenser for valg av overordnet pedagogisk virkemiddel, for eksempel i hvilken grad man skal bruke overtalelsesstrategi eller aktivt verdivalg, som igjen har betydning for hva som skal være kriteriet for vellykkethet. Den underliggende teoretiske modellen for menneskelig læring er imidlertid hele tiden den samme, nemlig varianter av modellen: *kunnskap, holdning, atferd*. Sagt med andre ord handler helseopplysning om helserelatert læring ved bruk av pedagogiske virkemidler; mens *hva* man ønsker folk skal lære handler mest om ideologi og verdier (NFR, 1995).

"The Health Belief Model" er en slikt teoretisk modell som ligger til grunn for ulykkesrelaterte prosjekter. Ifølge denne modellen er helserelaterte handlinger avhengig av:

- *Opplevd fare* ved en bestemt hendelse/trussel
- *Opplevd alvorlighetsgrad* ved hendelsen/trusselen
- *Opplevd fordel* ved å endre adferd slik at hendelsen/trusselen reduseres
- *Opplevd barriere* ved å endre atferd

Undersøkelser viser at denne HMB-modellen står for ca 50% av forklaringskraften ved helserelaterte adferd (Norman, 1985).

Det har i liten grad vært reist spørsmål ved verdivalget knyttet til sikkerhetsarbeidet for barn. Med ujevne mellomrom dukker imidlertid en slik verdidebatt opp i media. Her fokuseres det på at "sikkerhetssamfunnet" overbeskytter barna og fratrar dem mulighetene til å lære og mestre risikofylte situasjoner. I SSB står *de pedagogiske virkemidlene* sentralt, og den underliggende teoretiske modellen er at ny *kunnskap* fører til endrede *holdninger*, som så i sin tur fører til endret *atferd*. Vi ser prosjektet "Sats på sikkerhet for barn" som ett av flere tiltak for å redusere skader og ulykker hos barn i nasjonal sammenheng.

1.5 Hvem har ansvar for hva innen det forebyggende arbeidet?

Her vil vi gi en kort omtale de veletablerte skadearenaene brann, trafikk og arbeid, samt skole, hjem og fritidsarenaene for ulykker. Vi peker på noen sentrale NOUer, innstillinger og lovverk, samt oppgave- og ansvarsfordeling innen ulykkesforebygging mer generelt, noe som viser en utvikling i retning av et mer helhetlig perspektiv.

1.5.1 De viktigste forebyggingsarenaene

Forebygging *Brann* er den eldste ulykkestypen vi har. Forsikringsvirksomhet startet innen dette området allerede på 1920-tallet. Brannvernloven (1970) har til "formål å sikre mennesker, dyr og materielle verdier mot brann, og å begrense skadevirkningene i branntilfeller". I loven er det fastsatt krav for å hindre brann og tiltak for å redusere skadeomfanget. Feltet er gjennomregulert med Kommunal- og arbeidsdepartementet som ansvarlig departement og med direktorat, og ikke minst et sterkt brannvern i alle

kommuner. Norge har en svært god lovgivning når det gjelder brann, og i St.meld. nr. 15 (1991-92) omtales strategier og tiltak mot brann.

Antall drepte i brannulykker steg noe mot slutten av 1960-tallet, men ellers har brannulykker vært nokså konstant de siste 20 årene.

Brannulykker har hatt en betydelig økning det siste året, særlig gjelder dette industribranner. Brannulykker utgjør små tall i fht. hjem, skole og fritidsulykkene.

Når det gjelder brannvern er dette arbeidet i liten grad forebyggende, og det er nå et ønske om å vri brannvernets innretning mer i retning av forebygging.

Trafikkulykkene utgjør en annen betydelig skadearena. På slutten av 1950-årene ble bilen frigitt i Norge. Dette førte til økt antall biler og trafikkulykker, og mot slutten av 1960-årene var det et betydelig antall skader og dødsulykker. Dette førte til at det ble satt igang en innsats på trafikksikkerhetsområdet, noe som førte til at trenden ble brutt og ulykkene begynte å synke, til tross for økning av bilparken. På 1960-tallet skjedde det en systematisk samordning og organiseringen av trafikksikkerhetstiltak med utvikling av lovverk, direktorat, forskningsinstitusjoner og fylkes- og kommunale trafikktutvalg. Trygg Trafikk ble opprettet i denne perioden, og i dag er Norge ledende på trafikk-sikkerhetsområdet.

Vegtrafikkloven (1965) formål er sikker trafikk for alle. Loven setter krav til kjøretøy, til fører og til trafikken som sådan, og i St.meld. nr. 34 (1992-93) redegjøres det for en nasjonal plan i trafikksikkerhetsarbeidet.

Med økonomisk oppgang ser vi økt bilbruk og dermed også ulykker, og den positive trenden er i ferd med å snu. Det hevdes at det meste er tatt ut på sikkerhetstiltak, og at endringer i trafikksikkerhetsarbeidet nå må hentes innenfor holdningstiltak.

Når det gjelder innsats for å sikre *arbeidstakere full trygghet mot fysiske og psykiske skadevirkninger* har dette lange tradisjoner. Ved oppstart av oljeutvinning i Nordsjøen, på begynnelsen av 1960-tallet, fikk arbeidsulykker fornyet interesse. Etter arbeidsulykken på Alpha-plattformen i 1975, hvor fem arbeidere omkom, ble Halden-utvalget nedsatt for å tilpasse arbeidsmiljøloven til offshore-virksomheten. Den høye ulykkesfrekvensen i Nordsjøen skapte en felles forståelse om at sikkerheten i Nordsjøen måtte styrkes. I 1977 ble den nye Arbeidsmiljøloven gjort gjeldene på de faste installasjonene.

Arbeid for et sikrere miljø for arbeidstakere skjøt ytterligere fart gjennom Forskrift om internkontroll, og NOU 1992: 30 fokuserer på lønnsomhetsperspektivet for alle parter i dette arbeidet.

Forskrift om internkontroll (ikrafttredelse januar, 1992), har som formål å fremme arbeidsmiljø og sikkerhet, å verne mot helse- og miljøskader fra produkter, å verne det ytre miljøet mot forurensning og å sikre en bedre behandling av avfall. Dette skal gjøres ved at den som er ansvarlig for virksomheter *organiserer systematiske tiltak* for å påse at de krav som stilles til sikkerhet i Lov om arbeidervern og arbeidsmiljø, Brann og eksplosjonslovgivningen, Lov om forurensninger og avfall, Lov om produktkontroll, Sivilforsvarslovgivningen og Lov om tilsyn med elektriske anlegg og elektrisk utstyr. Gjennomføring av forskriften forutsetter et system som bl.a. skal inneholde mål for

miljø- og sikkerhetsaktiviteter og organisering, rutiner og prosedyrer for dette området. I tillegg til *systemkrav* inneholder forskriften også et *dokumentasjonskrav*.

NOU: 1987:10; Internkontroll i en samlet strategi for arbeidsmiljø og sikkerhet, og NOU: 1987:32; Internkontroll i virksomhetenes og tilsynsorganenes arbeid med arbeidsmiljø og sikkerhet, danner bakgrunn for forskriften.

Når det gjelder *hjem, skole og fritidsulykkene* er dette feltet betydelig mindre regulert enn brann, trafikk og arbeid, til tross for at det er en arena med betydelige kostnader, og ulykkestallene er stigende. I 1993 var det 1 328 døde, 24 000 ble behandlet på sykehus og 185 000 fikk legebehandling. For 1994 var kostnadene beregnet til 615 mill. kr. i utbetalt personskadeforsikring (Skadeforebyggende forum, årsrapport 1995). Målet er 25% reduksjon i ulykkesdødeligheten fra 1980 til år 2000 (St.meld. nr. 37 (1992-93)).

Forebygging innen brann, trafikk og arbeid skjer innenfor svært organiserte og sektoriserte system, preget av strategisk og langsiktig tenking. Feltet er godt regulert med lover, forskrifter og direktorat for tilsyn og kontroll med etterlevelse av reguleringene.

Forebygging innen hjem, skole- og fritid, og for gruppene barn, unge og eldre, er langt mindre regulert, og preget av kortvarige aksjoner og svært tidsavgrenset støtte til lokale prosjekter. En av grunnene til at feltet henger etter i strukturering er fordi det angår den private sfære og at det ikke er klarlagt hvilke myndigheter som har ansvar og det er ikke knyttet strafferettslig ansvar til disse arenaene.

1.5.2 Mot et helhetsperspektiv i det forebyggende arbeidet

Her vil vi kort peke på de mest sentrale lover, meldinger og utredninger knyttet til forebygging mer generelt, og sikkerhet og forebygging av ulykker spesielt.

Ved behandling av *Stortingsmelding nr. 41*, (1987-88), Helsepolitikk mot år 2000, vektla Sosialkomiteen spesielt forebyggende og helsefremmende arbeid. Her fremgår det bl.a. at forebyggende og helsefremmende arbeid har generelt svært langsiktige målsettinger. Resultatene kan først vise seg etter flere årtier. Dette er en viktig begrunnelse for at forebygging krever en spesiell innsats og skjerming fra sentralt hold (St.meld. nr. 41).

Det har vært reist spørsmål om en trenger en egen *forebyggingslov*:

"Sosialdepartementet mener at vi er bedre tjent med å få forebyggingsansvaret inn i eksisterende lovverk fordi enhver sektor bør ha et ansvar for å ivareta helseeffekter i egen virksomhet. Dette prinsippet er i tråd med forskrift om internkontroll". "Vi skal bort fra detaljkontroll og over til å kontrollere at virksomheter kan dokumentere en planmessig egenaktivitet for helse, miljø og sikkerhet" (St.meld. nr. 37, (1992-93) s 113).

I tillegg til lover, forskrifter og NOUer som virkemidler i det forebyggende arbeidet er en utvikling i retning av et desentralisert samfunn der mennesker har reelle muligheter for å delta i utforming av omgivelsene og influere på egen livskvalitet. Dette er også i samsvar med det såkalte Ottawa-charteret, som ble vedtatt på en konferanse arrangert av WHO i 1986. I en publikasjon fra WHO heter det bl.a.:

"Folk ønsker ikke bare å være representert, men vil delta. Dette er spesielt tilfelle når det angår forhold vedrørende helse, livskvalitet og miljøkvalitet, særlig i lokalsamfunnet. Det tjueførste århundret vil bli "tidsalderen for det deltakende

demokrati". Helsefremmende arbeid vil derfor i høy grad være i samsvar med denne nye tilnærmingen til demokrati".

I *Stortingsmelding nr. 37*, Utfordringer i helsefremmende og forebyggenede arbeid, gir Sosialdepartementet en tilråding om hvordan en i Norge skal håndtere dette arbeidet. Meldingen bygger på NOU 1991:10; Flere gode leveår for alle. Meldingen fremhever forebygging av ulykker og skader som ett av fire prioriterte områder; psykososiale problemer, belastningslidelser og ulykker-skader. Under Stortingets behandling av denne ble også astma og allergi inkludert som det fjerde satsningsområdet.

I *Lov om helsetjenesten i kommunene* (november, 1982), blir helseavdelingene i kommunene pålagt å foreslå helsefremmende og forebyggende tiltak, og å medvirke til at andre offentlige etater tar hensyn til helserelevante faktorer. Ifølge loven har helsesektoren plikt til å skaffe seg oversikt over sykkelighet i kommunen, og å gi informasjon om dette, og om årsaksforhold, til de etater som har mulighet til å gjøre noe med det. Loven gir ikke individet garanti for trygge omgivelser, men danner et viktig grunnlag for at offentlige og private virksomheter skal prioritere risikoreducerende tiltak. *Helsetjenestens "overvåkende" oppgave utfordrer tradisjonell sektortenkning på kommunalt nivå og stiller krav til samarbeid og koordinering på tvers av sektorer* slik St.meld. nr. 37 legger opp til.

I Innstillingen (nr. 118, 1993 - 94) understrekes det at når kommunene pålegges å samordne sine forebyggende aktiviteter på tvers av sektorer (Lov om helsetjenesten i kommuner), må en slik samordning også skje mellom departementene. Utgangspunktet for departementenes egen innsats er at forebyggende arbeid er et felles ansvar for mange sektorer. "I Norge har vi satset på en integrert modell i det forebyggende arbeidet". "Sosialdepartementet ønsker å anvende den samme integrerte modell for organisering av arbeidet på sentralt nivå". Dette innebærer at Sosial- og helsedepartementet har fått ansvaret for å *koordinere* det forebyggende arbeidet på sentralt myndighetsnivå.

Når det gjelder ulykker og skader er dette et område hvor effekten av tiltak vil være størst i andre sektorer enn i helsesektoren (Innst. S. nr. 118, 1993-94). F.eks. har *Plan- og bygningsloven* (juni, 1989) bl.a. som mål å sikre alle befolkningsgrupper mot skader. Den fokuserer særlig på å sikre barns oppvekstmiljø, gjennom å utvikle planer som gir barn og unge trygghet mot fysiske og psykiske skadevirkninger.

Hvis vi ser på *ulike myndigheters ansvar* for forskjellige arenaer har Sosial- og helsedepartementet og Htil ansvar for generell forebyggingen. Samferdselsdepartementet med Vegdirektoratet har ansvar for trafikk, Kommunaldepartementet med Direktorat for arbeidstilsyn og Direktorat for brann og eksplosjonsvern har ansvar for arbeid og brann. Kommunaldepartementet og Statens bygningstekniske etat har også ansvar for bolig og hjem. Kulturdepartementet har ansvar for idrett og sport. Barnehager og lekeplasser sorterer under Barne- og familiedepartementet. Friluft, hav og sjø kommer inn under Miljøverndepartementet og Justisdepartementet. Miljøverndepartementet har også ansvar for ytre miljø på alle arenaer. Barne- og familiedepartementet og Miljøverndepartementet har et ansvar for produkter på alle arenaer. Samferdselsmyndighetene er ansvarlig for trafiksikkerhets-arenaen.

Her har vi gitt et utsnitt av sentrale arenaer og lovverk, men som nevnt er det en lang rekke lover som har som formål å hindre at ulykker oppstår, eller å redusere omfanget av

skadene. Vi har talt opp ialt 40 lover som har sikkerhet og skadeforebygging som sitt primære eller sekundære mål. I tillegg finnes det 10 "rene" produktlover (NOU 1992:32).

De lovene vi har trukket frem her er lovgivning som ikke i første rekke regulerer befolkningens atferd, men som skaper mulighet for at *offentlige aktører* kan drive helsefremmende og forebyggende arbeid. Slik lovgivning innebærer et *potensiale* for forebygging.

Som det fremgår av denne korte gjennomgangen er det mange myndighetsorgan som er involvert i det ulykkesforebyggende arbeidet, noe som kan føre til at feltet blir fragmentert. Både St.meld. nr. 41 og 37, samt den nevnte innstillingen understreker at om tiltak skal få virkning og ressurser utnyttes effektivt, kreves det *samordning* og *helhetssyn*.

Eksemplene fra lovverket, Stortingsmeldinger og NOUer viser at sentrale myndigheter har påtatt seg ansvar for det ulykkesforebyggende arbeidet i Norge. Imidlertid kommer forebyggende aktiviteter alltid i konflikt med andre verdier, feltet er derfor preget av politikk.

2. Evalueringsmetode

Evaluering defineres ofte som "å undersøke effekter av politikk eller program ved hjelp av objektive og systematiske metoder, for å se i hvilken grad målene er oppnådd".

Ut fra vår forståelse, er evaluering mer enn å undersøke grad av måloppfyllelse i forhold til definerte mål (rasjonalistisk perspektiv). Vi vil utvide definisjonen, og forstår evaluering som *en systematisk innsamling av data for å skille og analysere virkninger av et forsøk på å skape endringer på et gitt område*. Et slikt induktivt opplegg fokuserer på *prosess*, eller et holistisk design (Almås, 1990).

Ut fra dette vil vi ikke bare se på mål og måloppfyllelse, en intensjon/realitetstilnærming, men vi vil også identifisere endring over tid innenfor det feltet som oppleves som "problematisk". En slik relativisering av problemgrunnlaget skaper vansker, men åpner samtidig opp for interessante problemstillinger og minsker sannsynligheten for å konkludere med at prosessen har vært negative, nettopp fordi vi går utover et *effekt-perspektiv*. Det skjer ganske ofte at evalueringsstudier tar utgangspunkt i et ideal om å løse problemet *fullt ut*, og dermed står i fare for å konkludere med at aktiviteten har vært mindre vellykket. Spesielt er dette et viktig perspektiv innen forebyggende arbeid, fordi effektene her er vanskelig å påvise; sammenhenger og resultatene viser seg først etter lengre tid.

I denne evalueringen vil vi trekke veksler på begge de nevnte perspektivene. I kapittel 3 gjør vi rede for prosjektet slik det var tenkt i utgangspunktet, men vi kommer også inn på de endrede rammebetingelsene. I kapittel 4 under resultater presenterer vi funnene og setter disse inn i en ramme av endrede betingelser. I dette kapitlet foretar vi i hovedsak en intensjon/realitetsevaluering ut fra noen av de sentrale delmål som forelå i prosjektbeskrivelsen ved prosjektstart. Hovedmålene er på et "høyt" og generelt nivå, og kan ikke brukes i en målevaluering. Grunnen til at vi gjør en målevaluering, til tross for endrede forutsetninger, er at dette gir god informasjon om forebyggingsaktiviteter og erfaringer med disse, selv om målene ikke ble styrende og heller ikke søkt oppfylt.

Under diskusjonskapitlet komme vi nærmere inn på "relativiseringen" og de endrede forutsetningene for prosjektet, ved å se på den interne prosessen i prosjektet. Hensikt er å finne noen *forklaringer* på hvorfor prosjektet utviklet seg som det gjorde, dvs. "hvorfor vegen ble som den ble".

Når det gjelder *resultater* eller effektmål sikter vi til de endringene som er skapt gjennom prosjektet SSB. Her tenker vi særlig på hva som egentlig er oppnådd, hvilke oppgaver som er ivaretatt og på hvilken måte.

Vi oppfatter det slik at grad av vellykkethet må sees i forhold til det som rent faktisk ble oppnådd undervegs i prosjektet, og ikke ut fra den intensjonen som ble formulert i prosjektbeskrivelsen ved prosjektets start.

2.1 Strategi

Formålet med evalueringen er i første rekke å *fremskaffe kunnskap som kan danne beslutningsgrunnlag for hvordan det ulykkesforebyggende arbeidet for barn kan videreføres når prosjektet SSB er avsluttet.*

Prosjektet er blitt vurdert i forhold til mål og virkemidler. Evalueringen har omfattet vurderinger av i hvilken grad igangsatte aktiviteter har bidratt til å realisere målene for forebygging og effekten av utviklingen av ulykkesomfang og mønster i aldersgruppen 0 - 15 år. Et sentralt spørsmål har vært om informasjonen og tiltak har vært formet og presentert på en slik måte at de har virket etter hensikten.

Det ble lagt vekt på følgende forhold i evalueringen:

- I hvilken grad det har lyktes å etablere varige og operative systemer for barne-sikkerhetsarbeid, og synliggjøring av sikkerhetsarbeid i planarbeid.
- I hvilken grad har det blitt utviklet tverrfaglig og tverretattlig samarbeid, og i hvilken grad er dette et virkemiddel i det ulykkesforebyggende arbeid.
- Kvalitetsmessig vurdering av informasjonsmaterialet brukt i prosjektet.
- Vurdering av hvorvidt slike prosjekter/aksjoner er effektive instrumenter i forvaltningen for å øke innsatsen på ulike forhold.

2.2 Metode og datatilfang

Undersøkelsene er foretatt ved hjelp av telefonintervju med ulike aktører på statlig nivå, fylkesnivå og kommunenivå. Det er utført telefonintervju med tilsammen 57 personer. Informantene er:

- Sentrale personer i statlig sikkerhetsarbeid (7)
- Ansatt ved fylkeslegens kontor (10)
- Ledende helsesøstre/helsesøstre (24)
- Helse og sosial sjef (6)
- Teknisk sjef (3)
- Ansatte ved kommunal sektor for skole, undervisning og barnehage (4)
- Detaljister/grossister for sikkerhetsutstyr (3)

Telefonintervju ble valgt for lettere å få fatt i reelle data og for å kunne vurdere informasjonen direkte fra informantene. Det er likevel en vanskelig prosess å oppnå kontakt på telefon med informanter i "en hektisk hverdag". Samtidig har enkelte informanter hatt problemer med å huske så langt tilbake når det gjelder endel detaljer vi har spurt etter. Dette gjelder ikke minst for informanter som kan si noe om de

organisatoriske forholdene internt i Htil. Flere personer har gått over i andre stillinger, og andre var i permisjon. Generelt ser det ut til at få personer har hatt oversikt over de interne forholdene når det gjelder organisering av prosjektet SSB, og det er også vanskelig for informantene å huske så langt tilbake, og å skille ulike satsningsområder i forvaltningen fra hverandre. I denne rapporten kan vi derfor bare formidle de *inntrykkene* vi har fått gjennom intervjuene.

3. Sats på sikkerhet for barn

3.1 Bakgrunn

Helsedirektoratet var øverste helsefaglige myndighet for forebygging av ulykker i lokalsamfunnet når dette prosjektet startet i 1990. De lokale helsemyndigheter har med hjemmel i kommunehelsetjeneste-loven et spesilt ansvar for å redusere ulykkesfaren og tilrettelegge for et miljørettet helsevern i sin kommune. Helsestasjons- og skolehelse-tjenesten er sentrale i dette ulykkesforebyggende arbeidet blant barn og unge.

Helsedirektoratet ønsket å sette inn ressurser spesielt på områdene *hjem, skole og fritidsulykker*, som en oppfølging av Handlingsplanen for forebygging av ulykker i hjem, skole og fritid (1991).

"Sats på sikkerhet for barn" bygger på SFTs prøveprosjekt "Sikkerhet for aktive barn" som ble gjennomført i fylkene Rogaland, Sør-Trøndelag og Vestfold.

I 1989 samarbeidet Helsedirektoratet og SFT om videreutviklingen av prosjektet "Sats på sikkerhet for barn". Fra 1990 tok Helsedirektoratet hovedansvaret for videreføringen av arbeidet.

3.2 Prosjektets utgangspunkt

3.2.1 Målsettingene i prosjektet

Målene for prosjektet var i utgangspunktet:

1. å redusere risikoen for ulykker blant barn fra 0 - 15 år med særlig vekt på ulykker i hjem, skole og fritid.
2. å styrke kommunenes innsats i det ulykkesforebyggende arbeidet blant barn gjennom miljørettet og individrettet helsevern i overensstemmelse med kommunehelsetjeneste-loven paragraf 1-4 og kap. 4a.

Målgrupper prosjektet var ment rettet mot var: Fylkeslegene, kommunehelsetjenesten (helsestasjons- og skolehelse-tjenesten), og gjennom disse andre kommunale etater, næringslivet, barnehagepersonell, frivillige organisasjoner, ansatte i grunnskolen, foreldre og barn.

3.2.2 Organisering av prosjektet

Sentralt

Ansvar for videreføring av *prøveprosjektet* ble lagt til Htil. I den sammenheng fikk prosjektet ny organisering og nye midler, og fikk navnet "Sats på sikkerhet for barn" og ble utvidet til et tre-årig, landsomfattende tiltak hvor hovedmålgruppen var helsesøstre og fylkeslegenivået. Dette var et nettverk som Htil forvaltet.

Prosjektperioden var satt til 3 år, og startet i 1990. Prosjektet fikk ca. 1 mill. kr. pr. år fra Sosial- og helsedepartementet. Dette beløpet gikk ikke til lønn. Prosjektet ble forlenget med ett år og varte altså ut 1993. Drøyt en million kroner ble også stilt til disposisjon for det fjerde og utvidede året. I tillegg var BFD inne med midler til utarbeiding av brosjyremateriell. Her var beløpet i overkant av kr. 500.000.-. de to første årene, og i underkant de to neste årene.

Det ble ansatt en person i prosjektet, og denne var også prosjektleder. Avdelingsdirektør for forebyggingsavdelingen i Htil fungerte som prosjektets "styringsgruppe".

Samarbeidspartnere sentralt skulle være Samarbeidsutvalget for barnesikkerhet (SamBa), Samarbeidsorganet for helseopplysning, SOHO, og ellers relevante aktører i Htil.

I 1995 ble materiellet og sjekklisterne oppdatert med midler fra Sosial- og helsedepartementet. Oppfølging av materiellet, slik det er gjort senest i 1995 er også et eksempel på målsettingen om varighet.

Omorganisering i Htil

I forbindelse med omorganisering av Htil i 1994 ble det opprettet et *miljømedisinsk kompetansesenter* på Folkehelse. Prosjektet "Miljørettet helsevern" i Htil inngikk i det nevnte kompetansesenteret og prosjektleder for SSB ble overført hit. Dermed fikk prosjektleder også sin fysiske plassering på Folkehelse. Dette skjedde noe i forkant av den større omorganiseringen.

Ved det miljømedisinske kompetansesenteret på SIFF ble det opprettet tre engasjementstillinger, og prosjektleder for "Sats på sikkerhet for barn" fikk en av de tre stillingene. Disse prosjektstillingene ble senere permanente ved SIFF.

Etter en samarbeidsavtale mellom Htil og Statens institutt for folkehelse, SIFF, ble arbeidsgiveransvaret for prosjektet overført fra Htil til SIFF i oktober 1990, men med fortsatt *arbeidssted* i Htil. Prosjektet ble i sin helhet overført til SIFF i 1993.

Ut fra endrede rammebetingelsene og forutsetningene blir det viktig å fokusere på *hva som rent faktisk er oppnådd undervegs i prosjektet*, slik det neste kapitlet i hovedsak redegjør for.

Fylkeslegenivå

Fylkeslegens kontaktperson for ulykkesforebyggende arbeid skulle bidra i forhold til SSB sammen med Fylkeskomiteen for helseopplysning (SOHO). Fylkesmannen, skoledirektøren, fylkeskultursjefen m.fl. kunne også trekkes inn i dette arbeidet.

Kommunenivå

Kommunehelsetjenesten har hovedansvaret for ulykkesforebyggende arbeid i kommunen og skulle bli den viktigste samarbeidspartner både gjennom helsestasjonene og skolehelse-tjenesten.

Det ble pekt på som viktig å få til tverrsektorielt ansvar for forebyggende arbeid i kommunen. Dette burde gjøres gjennom å arrangere møter og seminarer for ulike faggrupper og sektorer i kommunen, opprette tverretatlige arbeidsgrupper eller politiske oppnevnte utvalg. Frivillige organisasjoner burde også trekkes med i arbeidet der det er mulig.

3.2.3 Tiltak

Informasjonsmateriell og kurs/seminarer

I prøveprosjektet "Sikkerhet for aktive barn" ble det laget informasjonsmateriell for barn opp til 7 år, dette materialet ble revidert og trykket opp på nytt, mens materiell for aldersgruppen 7 til 15 år ble utviklet i SSB.

Informasjonsmaterialet for bruk i helsestasjon og i skolen omfattet "foreldremappen" til småbarnsforeldre, veiledningsperm for helsepersonell, brosjyrer, plakater, sjekklister, klistremerker, undervisningsmateriell og video.

Tiltak fra sentralt hold skulle omfatte kursing av ansatte hos fylkeslegen og andre aktuelle samarbeidspartnere på fylkesnivå. Videre skulle tiltak fra fylkesnivå omfatte kursing av ansatte i kommunehelsetjenesten, samt pådriver- og koordinator-rollen for ulykkesforebyggende arbeid inn i kommunen.

Prosjektet SSB og "Aksjon hjemmeulykker" sammenfalt noe i tid. Prosjektet AmH ble igangsatt i 1988 og gikk over tre år. Dette var et samarbeidsprosjekt mellom staten og frivillige organisasjoner. Målet var å gi lokale utvalg informasjon slik at de kunne iverksette tiltak på lokalt nivå som bidro til å senke antall hjemmeulykker. Det var en fordel at disse prosjektene gikk parallellt, da de kunne utnytte hverandres informasjonsmateriell.

4. Resultater

4.1 Innledning

Innen forebyggende aktiviteter generelt har vi et problem når det gjelder å påvise sammenheng og å måle effekter og resultater knyttet til ulike styrkingstiltak. Denne evalueringen er ikke noe unntak i så måte. Enkelte evalueringer av ulykkesforebyggende prosjekt tar utgangspunkt i nedgang i ulykker og skader. Dette prosjektet har ikke nedgang i ulykkene som et resultatmål, selv om vi nedenfor gir et bilde av status på ulykkesfeltet.

Ser vi på utviklingen for ulykkestilfeller i aldersgruppen 0-14 år, basert på Folkehelsas registreringer i fire byer, ser vi en svært stabil trend fra 1990 til 94. Tallene er noe høyere for gutter enn for jenter. (Se vedlegg 4). Her må det tas forbehold om at kategoriene for registreringer er lite eksplisitte, og at en dessuten regner med at ca. 20% av ulykkene behandles hos primærlege.

Målsetningen om redusering av risiko for ulykker blant barn, omfatter barn fra 0 til 15 år, med særlig vekt på områdene *hjem, skole og fritid*. Barn fra 0 til 7 år blir fulgt opp under helsestasjonstjenesten, og barn fra 7 til 15 år kommer inn under skolehelsetjenesten.

Målsetningen omfatter som tidligere sagt ikke tallfestet reduksjon av ulykker, men *reduksjon av risiko for ulykker*. Dette kan oppnåes ved ulike forebyggende tiltak både i hjem, skole og fritid.

Hvorvidt *risikoen* for ulykker er redusert er også vanskelig å måle, men evalueringen av denne aksjonen har prøvd å se på de forhold som er viktige for at risiko for ulykker reduseres. I dette kapitlet ser vi blant annet på i hvilken grad det har lyktes å etablere varige og operative systemer for ulykkesforebyggende arbeid, hvordan informasjonsflyten har foregått og hvorvidt det er utviklet tverrfaglig/tverretatelig samarbeid som resultat av "Sats på sikkerhet for barn". Evalueringen inneholder også en kvalitetsmessig vurdering av informasjonsmateriellet i prosjektet.

4.2. Etablering av varige og operative systemer for ulykkesforebyggende arbeid i kommunen

4.2.1 Helsestasjonstjenesten

Forebyggende arbeid har vært og er, en svært viktig del av helsesøstres arbeid. Det har foregått ulike ulykkesforebyggende aksjoner de siste 10 årene, hvor helsesøster har vært en sentral person i flere av disse aksjonene. Evalueringen av "Sats på sikkerhet for barn" har prøvd å skille mellom hva som har vært etablerte prosedyrer i ulykkesforebyggende arbeid for helsesøstre tidligere, og hva som er et resultat av dette prosjektet.

Helsesøstre har tatt utgangspunkt i den informasjonen som ble laget i prosjektet SSB og har satt dette i et system for utdeling, i forhold til samtaleemner på ulike alderstrinn. Informasjonsmateriellet (i utgangspunkte den såkalte "foreldre-mappen") deles ut etter faste mønstre, første gang som regel ved hjemmebesøk og senere ved ulike helsestasjonsbesøk. I samtale med foreldrene tar helsesøster opp emner om *sikkerhet* og *barn*, med utgangspunkt i barnas alder og ferdigheter. Endel kommuner tar også ulykkesforebyggende tema med i foreldreforbereidene kurs. Foreldremappen har blitt en "bruksmappe" for foreldrene, og en mappe foreldrene bringer med seg til helsestasjonsbesøk. Ulik informasjon om sikkerhet og forebygging fra helsestasjonen samles i denne mappen.

Informantene hevder at informasjonsformidlingen har blitt satt i system som følge av SSB. Det er blitt større bevissthet hos helsesøstre vedrørende ulykkesforebyggende arbeid og evalueringen viser at formidlingen foregår på tilnærmet lik måte selv om kommunene som sådan ikke har lik ulykkesforebyggende strategi. Helsesøstre påpeker at det tidligere kunne være svært avhengig av *personen* hvorvidt denne tok sikkerhetstenkning opp i samtaler med foreldre, eller delte ut informasjonsmaterieil. Dette er ikke tilfelle i dag, *da helsestasjonen har fått et system for formidling av informasjon*, som dermed naturlig gir plass for samtaler om disse tema.

Helsetjenestesektoren opplever tildels stor utskiftning av personell, og undersøkelsene våre viser at helsesøstre ikke er noe unntak. Til tross for utskiftninger av helsesøstre, fungere formidlingsprosedyrene innenfor området *ulykkesforebygging til småbarnsforeldre*. Formidling av ulykkesforebyggende materieil har dermed blitt endel av helsesøsternes arbeidsoppgaver og dette viser at det ikke lenger er tilfeldigheter som rår.

De aller fleste helsesøstre opplever tilbud om forskjellige aksjoner positivt, men det har vært en tendens til *økende antall aksjoner innefor tilnærmet samme område*. Dette skaper lite gunstige forhold, og helsesøstre bruker mye tid til å orientere seg i dette. Det fremheves som positivt med *samlede* aksjoner, hvor påvirkning av målgruppene kommer gjennom ulike kanaler. Endel helsesøstre påpekte vanskeligheter med gjennomføring av slike aksjoner i små kommuner hvor bemanningen er lav, men aksjonene like tallrike.

I evalueringen av "Sats på sikkerhet for barn" viser det seg at alle de 24 helsestasjonstjenestene som er kontaktet i evalueringen, har etablert et varig og operativt system for formidling av informasjon til småbarnsforeldre, ved å benytte hele eller deler av informasjonsmateriellet laget i aksjonen.

4.2.2 Skolehelsetjenesten

Forprosjektet "Sikkerhet for aktive barn" omfattet barn fra 0 til 7 år, mens hovedprosjektet også skulle dekke opp til 15 år. Det ble derfor laget et eget materieil for skolebarn i SSB. Dette materiellet bestod i vesentlig grad av ulike brosjyrer om sykkelulykker/bruk av sykkelhjelm, samt video som omhandlet det samme tema.

Evalueringen viser at det gjennomgående var en mindre fokusering hos helsesøstre når det gjaldt sikkerhetsarbeid i skolehelsetjenesten enn i helsestasjonstjenesten. Skolehelsetjenesten er noe ulikt organisert fra sted til sted, og *ansvarsfordelingen vedrørende*

ulykkesforebyggende arbeid i skolen er også uklar. Enkelte kommuner har fast ansatte helsesøstre til skolehelsetjenesten, mens de fleste kommuner har helsesøstre ansatt i helsetjenesten med arbeidsplass både i helsestasjonstjenesten og i skolehelsetjenesten.

I Lov om helsetjenesten i kommunene blir helseavdelingene i kommunene pålagt å foreslå helsefremmende og forebyggende tiltak, og å medvirke til at andre offentlige etater tar hensyn til helserelaterte faktorer. Dette medfører et ansvar for helsetjenesten og dermed for skolehelsetjenesten. Det er på den andre siden rektor som har det overordnede ansvar for å koordinere, lede og samle hele skolens personale om de skadeforebyggende tiltak. Forskrift om internkontroll krever at virksomheter, i dette tilfelle skolen, til enhver tid må kunne dokumentere skriftlig overfor tilsynsmyndigheter at et internkontrollsystem er etablert (se kap. 1.5.1).

Prosjektets informasjonsmaterieell for skolebarn ble i liten utstrekning brukt av skolehelsetjenesten. Evalueringen omfattet 24 helsesøstre, hvor totalt 6 stykker ga tilbakemelding om at sikkerhetsarbeid i skolen var et prioritert område for skolehelsetjenesten. Av disse 6 var det 4 som benyttet informasjonsmateriellet i prosjektet, ofte i kombinasjon med annet informasjonsmaterieell. Disse informantene brukte informasjonsmateriellet ovenfor elevene i undervisning og ved helsekontroller, samt ved foreldremøter på skolen, mens enkelte formidlet informasjonsmateriellet videre til lærere.

Evalueringen viser at 17 av 24 *ikke prioriterer sikkerhetsarbeid i skolen*, og av disse 17 oppgir 7 at kapasitetsproblemer for helsesøstre er hovedgrunnen til manglende fokusering på sikkerhetsarbeid for skolehelsetjenesten. Helsesøstre i skolehelsetjenesten har dagen full av arbeidsoppgaver som vaksinerings og endel psykososiale problemstillinger. Nedprioritering av forebyggende arbeid i skolen har mulig sammenheng med helsesøstrenes oppfattelse av at det er andre aktører som kan følge opp dette arbeidet. Evalueringen viser at 6 av de 17 skolehelsetjenestene som ikke prioriterer sikkerhetsarbeid i skolen, mener at dette er skolens område. *Enkelte informanter mener med dette at skolen selv er ansvarlig for formidling og fokusering på ulykkesforebygging blant barn.*

Skolen i samarbeid med bl.a. politiet bidrar til å sette fokus på trafikk, sykling og hjelmbruk i de fleste kommuner. Vurderinger for "nedprioriteringer" fra skolehelsetjenesten kan også sees i sammenheng med uttalelser fra informanter som "opplever småbarn og helsestasjonen som helsesøsters viktigste område for ulykkesforebyggende arbeid, fordi det er her det nytter".

Der hvor kommunene er aktiv innenfor ulykkesforebyggende arbeid generelt er det noe større aktivitet på ulike forhold knyttet til skolen som f. eks. tryggere skolevei og sikring av skolegård, enn tilfelle er i kommuner med liten aktivitet innenfor ulykkesforebyggende arbeid.

Det er her viktig med informasjonsmaterieell til, og aktivitet fra andre aktører, spesielt innenfor kommunale etater for skole, undervisning og kultur.

Evalueringen viser at helsesøstre som eneste målgruppe ikke er tilstrekkelig for å ivareta ulykkesforebyggende arbeid i skolen. Jevnt over viser undersøkelsen at skolehelsetjenesten ikke prioriterer sikkerhetsarbeid for skolebarn.

4.2.3 Vurdering av informasjonsmateriell

Evalueringen omfattet kvalitetsmessige vurderinger av det informasjonsmateriell som ble laget/revidert i prosjektet.

Informantene fremhever sterkt *behovet for "nøytralt" og kvalitetsmessig godt informasjonsmateriell*. Vi vet at informasjonsmateriell fra Htil gjerne blir oppfattet som å ha et "grantistempel". Det har etterhvert blitt mye informasjonsmateriell i omløp innenfor ulykkesforebyggende tema, og helsesøstre vurderer materiellet nøye. Det viser seg å være endel uegnet materiell da salgs- og markedskrefter fører til at "budskapet" veksler mellom markedsføring og nøytral informasjon. Helsesøstre er positive til ferdigtrykket informasjonsmateriell, hvor det er rom for lokale tilpasningsmuligheter.

Prosjektets materiell har vært populært også i andre sammenheng, f.eks. er det blitt tatt i bruk i Danmark, og senere også oversatt til engelsk og islandsk.

Materiell til småbarnsforeldre

Informasjonsmateriell fra SSB som ble benyttet i helsestasjonene er i vesentlig grad "foreldremappen", med informasjon oppdelt i egne småhefter, etter barnas alder. Småheftene ble samlet i en egen plastmappe. De fleste informantene synes informasjonsmengden er passe stor og godt skrevet, sammen med illustrasjonene gir dette gode produkter. Informasjonsmateriellet er lettlest og vurderes til lettforståelig. Informasjonsmateriellet inneholdt også sjekklister for hjem, gårdsbruk, dagmamma, barnehager o.l. Sjekklister har blitt benyttet i ulik grad, men informantene ser det som positivt med skjema som krever aktivitet fra foreldrene. Enkelte hever at dette burde vært mye mer fokusert i resten av informasjonsmateriellet.

Plakater til bruk i helsestasjonen, ofte sammen med tavle for sikkerhetsutstyr, er mye benyttet og viser helsestasjonens fokusering på disse tema. Forsikringsselskap og forhandlere av sikkerhetsutstyr i lokalsamfunnet er ofte aktive i forhold til bruk av en slik oppslagstavle med fokus på sikkerhet.

Spredning av informasjon i ulik form trekkes frem som svært ønskelig og noe mangelfullt i prosjektet. Informasjonsmateriellet i prosjektet er stort sett basert på skriftlig informasjon, spesielt for å nå småbarnsforeldre. Enkelte informanter vurderer bruk av levende bilder som mye mer tilgjengelig for målgruppen foreldre, enn brosjyrer og annet skriftlig materiell. Derfor burde det i større grad vært fokusert på formidling ved bruk av f. eks. video om ulykkesforebygging i helsestasjonene. For å nå "de foreldre man ellers ikke når" ble det trukket frem forslag om små "reklame-snutter" foran detektimen eller foran nattfilmer på fjernsynet.

De fleste helsesøstre er av den oppfatning at foreldrene leser informasjonen i foreldremappen, da denne er lettlest og i små posjoner. Evalueringen samsvarer med Boyesens erfaringer fra undersøkelser vedrørende foreldres informasjonskanaler for ulykkesforebygging, som i dette tilfelle først og fremst var media, dernest helsestasjonen (upublisert, dr. avhandlings arbeid). Videre viser det seg at "foreldremappen" ofte tas med på helsestasjonsbesøk, og at foreldre tar opp spørsmål vedrørende ulike forebyggende tiltak.

Informasjonsmateriellet myntet på småbarnsforeldre blir stort sett vurdert til meget godt både for innhold og kvalitet.

Skolemateriell

Informasjonsmateriellet som er rettet mot skolen; elever, foreldre og lærere vurderes ulikt av informantene, vurderingene deler informantene i to hovedgrupper. Den ene gruppen vurderer informasjonsmateriellet som godt. Dette til tross for at endel ikke har brukt materiellet spesielt aktivt. Årsakene til liten bruk av materiellet forklares vesenlig med helsesøstrenes kapasitetsproblemer og dels uenighet om ansvar for formidling av sikkerhetsinformasjon. I prosjektets "skoledel" er det fokusert hovedsakelig på trafikk og spesielt sykkelulykker, slik at det er disse temaene som har fått størst oppmerksomhet der det i det hele tatt har blitt brukt. Det kom fram i undersøkelsene at enkelte informanter ønsket en sterkere fokusering også på andre områder av ulykkesforebygging for denne målgruppen.

Sistnevnte ønske gjelder også for den andre gruppen av informanter som mener informasjonsmateriellet for skolen ikke er godt nok. Det burde i ennå sterkere grad vært benyttet ulike former for spredning av informasjon som f.eks. video, reklamefilmer på kino o.l. I tillegg burde informasjonen tatt for seg en bredere fokusering av sikkerhetsproblematikken. Informasjonen burde også i større grad vært tilrettelagt for hver enkelt av gruppene; barn, foreldre og lærere.

Informasjonsmateriellet for bruk til elever, foreldre og lærere ble ikke brukt i særlig grad: Halvparten av helsesøsterne sier likevel at informasjonsmateriellet var godt, den andre halvdelten mener derimot at materiallet fra mangelfullt og for lite spesifikt.

4.3. Forebyggende arbeid for barn i kommunen

4.3.1 Tverretatlig samarbeid i kommunen

I følge Stortingsmeldingen nr. 37 (1992-93) er målet innenfor det skade- og ulykkesforebyggende feltet at det *innen år 2002 skal være samordnet planlegging og utvikling av en sikkerhetskultur på alle beslutningsnivåer og sektorer, for å få til en nedgang i antall skader som fører til dødsfall, sykehusinnleggelses og legebehandling på grunn av ulykker*. Tverretatlig og tverrfaglig samarbeid fremholdes som sentrale virkemidler for å nå denne målsettingen, og "helhetstenking", "samordning" og "desentralisering" er stikkord som fremhever viktige strategier.

Informasjonsmateriellet og fokuseringen i dette prosjektet har orientert seg mot helsetjenesten i kommunen, med helsesøster i fokus. Det ble ikke sendt ut materiell til andre etater/sektorer i kommunene. Helsesøster ble sett på som den sentrale personen i prosjektet, men målsettingen inneholdt også bevisstgjøring igjennom kursing og seminarer for andre aktuelle kommunale aktører i ulykkesforebyggende arbeid.

Det påpekes fra over halvparten av helsesøster-informantene at det hjelper lite at de alene får informasjonsmateriell, som var tenkt brukt tverrfaglig/tverretatlig. *Det er viktig at andre aktuelle aktører på områder innenfor ulykkesforebyggende arbeid får tilsendt eget materiell, som lett kan kobles med helsetjenestens materiell.*

5 av tilsammen 24 helsesøstre fremhever kapasitetsproblemer som en av årsakene til liten tverrfaglig aktivitet, da det ble fokusert på helsesøstre som "primus motor" for slike aktiviteter. Det viser seg at spesielt i små kommuner er det "umulig" å nå over aktiviteter som forutsetter ekstrainsats fra helsesøstre til tverretatlig samarbeid, da det som oftes bare er en til to helsesøsterstillinger i slike kommuner.

Av de 24 kommunene som er undersøkt, oppgir 5 helsesøstre at det foregår godt eller forholdsvis godt tverrfaglig samarbeid i kommunen på det ulykkesforebyggende område for barn. Det er derimot vanskelig å vurdere om det tverrfaglige samarbeidet som finner sted er et resultat av SSB eller har andre årsaker. Når det gjelder tverretatlig samarbeid generelt i kommunen viser intervjuene med ulike aktører i andre kommunale etater at det er liten aktivitet innenfor ulykkesforebyggende arbeid for barn. Det kommer videre frem at det for enkelte kommuner har skjedd en bevisstgjøring på dette området, og at enkelte kommuner setter dette i system i interkontrollarbeidet.

Informanter innefor teknisk etat opplyser om liten eller ingen tverretatlig aktivitet på området for ulykkesforebygging. Informanter fremhever videre at det ihvertfall har blitt en større fokusering på ulykkesforebygging på 90-tallet, men at det er svært lite samarbeid med helseetaten på dette området. Det var ingen av informantene som kjente til prosjektet "Sats på sikkerhet for barn". Teknisk etat har rette endel oppmerksomhet mot utbedring av lekeplasser og friarealer. På dette området er det en forholdsvis utbredt bruk av sjekklister til kontrollgjennomgang. Enkelte kommuner har fått til noe samarbeid mellom helsetjenesten og teknisk etat vedrørende gjennomgang av lekeklassene.

Det fremheves videre at fokuseringen på det ulykkesforebyggende området og hvor stor aktivitet det er avhenger stort sett av hvorvidt *internkontrollsystem* fungerer eller ikke.

Informanter innenfor skole, undervisning, kultur og barnehage-sektorene påpeker generelt for liten aktivitet innefor ulykkesforebygging blant barn og liten grad av tverrfaglig/tverretatlig samarbeid. Det ser igjen ut til at der det er internkontrollsystemer, ofte sammen med enkelte *ildsjeler* innefor ulike etater, får de til tverretatlige samarbeidsgrupper når det gjelder ulykkesforebygging for barn.

Omorganiseringer innefor kommunene er svært vanlig, og enkelte informanter viser til liten aktivitet innefor skadeforebyggende arbeid som følge av store omorganiseringer i kommunen de siste årene. Det er samtidig en viss grad av optimisme i forhold til utstrakt tverrfaglig/tverretatlig samarbeidsmuligheter etter omorganiseringene.

Det var ment at helsesøstre skulle være pådriver for tverretatlig samarbeid, men evalueringen viser at dette ikke har fungert spesielt godt.

Evalueringen av "Sats på sikkerhet for barn" viser at det har vært liten grad av tverrfaglig/tverretatlig samarbeid som resultat av prosjektet.

4.3.2 Fylkeslegens rolle

Fylkeslegen fører tilsyn med kommunehelsetjenesten og bør derfor være sentral i rollen som pådriver for ulykkesforebyggende arbeid, og bør være en naturlig koordinator og pådriver for ulykkesforebyggende arbeid blant barn i kommunene.

Av de 10 evaluerte fylkeslegekontorene var det hele 4 som hadde svært liten eller ingen aktivitet innenfor område ulykkesforebygging blant barn. Disse kjente ikke til prosjektet SSB, og hadde ikke ulykkesforebygging som prioritert område. Evalueringen av fylkeslegene omfatter ikke fylkeslegene i de tre fylkene Rogaland, Vestfold og Sør-Trøndelag, som var med i prøveprosjektet SAB.

Etablering av stillingsinstrukser på området ulykkesforebygging for barn ser ut til å mangle endel steder. Videre rapporteres det om at dette tidligere kunne være en ansatt sitt arbeidsområde, men ved stillingsfratredelse har dette ikke blitt tatt opp i arbeidsoppgavene for nyansatte. *Kontaktperson for ulykkesforebyggende arbeid finnes ikke ved alle fylkeslegekontorene i dag.*

Evalueringen stod igjen med 6 fylkeslegekontor som er aktive innenfor ulykkesforebyggende arbeid for barn, hvorav 5 av disse kjente til prosjektet "Sats på sikkerhet for barn". Det viser seg at disse aktørene også har vært aktive innenfor ulykkesforebyggende arbeid lenge før prosjektet "Sats på sikkerhet for barn" startet. Dette innebærer blant annet at formidlingen av informasjon til kommunene var satt i mer eller mindre system tidligere. Fylkeslegens aktivitet i pådriverrollen varierer noe fra sted til sted. Enkelte kontaktpersoner hos fylkeslegen fremhever problemer med oppfølging overfor kommunene etter avsluttede aksjoner, da det ofte er et mylder av ulike aksjoner som pågår samtidig.

Til tross for at endel av fylkeslegene ikke har vært aktive på området ulykkesforebygging blant barn, har likevel helsestasjonstjenesten i kommunene bra aktivitet innenfor formidling av ulykkesforebyggende materiell (spesielt foreldremappen) til småbarnsforeldre.

De kommunene som opplever en aktiv fylkeslegen innenfor ulykkesforebyggende arbeid, ser ut til å ha en bredere fokusering på sikkerhetsarbeid for barn, i forhold til kommuner der fylkeslegen ikke er spesielt aktiv.

Evalueringen viser tildels liten aktivitet innenfor ulykkesforebyggende arbeid hos fylkeslegene.

4.3.3 Handlingsplaner

Regjeringen vedtok i 1989 rikspolitiske retningslinjer for å styrke barns og unges interesser i den kommunale planleggingen. Retningslinjene gjelder kommunenes tilrettelegging av barn og unges oppvekstmiljø etter Plan og bygningsloven formålsparagraf (§ 2). I Plan og bygningsloven heter det bl.a. "at planlegging skal spesielt sikre barn og unge gode oppvekstvilkår, at kommunen skal skaffe barn som blir fratatt leke og rekreasjons-områder, fullverdige erstatninger". Videre skal alle kommuner ha "en person i bygnings-rådet som ivaretar barns interesser".

Flere kommuner har satt ulykkesforebygging på dagsorden de siste årene. Det meddeles fra flere informanter at det de siste 6-7 årene har skjedd en endring i holdningene på dette feltet. Det er en større bevissthet hos aktørene i helseetaten til at dette er viktige satsningsområder for kommunene generelt. Det avspeiler at for endel kommuner er . Det speiler at sikkerhetspolitikken ikke er spesielt godt ivaretatt. Det kommer frem at dette er områder som helsetjenesten i kommunen tar seg av, og som det ikke er "nødvendig" å sette i en større sammenheng. Enkelte helsesjef-informanter har en svært passiv holdning til ulykkesforebygging i planarbeidet.

Det er likevel en generell oppfatning av at sikkerhet og ulykkesforebygging står mer sentralt i kommunenes arbeid nå enn tidligere. Enkelte kommuner viser til stor aktivitet på planleggingsstadiet og til etablering av tverrfaglige samarbeidsformer som fokuserer på ulykkesforebygging. Hvorvidt denne aktiviteten kan settes i sammenheng med SSB er derimot vanskelig å si.

Det viser seg at hvem som er "barnas representant i bygningsrådet" variere mye fra kommune til kommune. Enkelte kommuner har ansatt konsulenter (f. eks nærmiljøkonsulent) som ofte arbeider med handlingsplaner o.l., og som i noen tilfeller er barnas representant i bygningsrådet. Andre representanter for barn i bygningsrådet viser seg å være helsesøster, helse- og sosialsjefen, kommunelegen m.fl..

1. januar 1992 trådte forskrift om internkontroll i kraft. Målet med forskriften er å sikre at virksomheter, private så vel som offentlige, planlegges, organiseres og vedlikeholdes etter gjeldende lover og regler (se kap. 1.5.1). Det er svært forskjellige aktiviteter innenfor arbeidet vedrørende internkontroll. Det er ikke alle kommuner som har et operativt internkontrollsystem, men enkelte kommuner har et gjennomarbeidet system for sikkerhet, helse og miljø. Det viser seg at i slike kommuner inneholder handlingsplaner som regel strategier for skadeforebyggende aktiviteter.

Det ser ut til at sikkerhet og ulykkesforebygging står mer sentralt i kommunens arbeid nå enn tidligere, selvom det er store variasjoner fra kommune til kommune. Det er vanskelig å se hvilken påvirkning SSB har hatt på kommunenes strategiarbeid og planutvikling.

Det er ser videre ut til at kommuner med aktivt internkontrollsystem har en større grad av skadeforebyggende fokusering i forhold til kommuner uten gjennomarbeidet internkontrollsystem.

4.3.4 Samarbeid med frivillige organisasjoner

Ulykkesforebyggende arbeid har lang tradisjon i endel frivillige organisasjoner. Frivillige organisasjoner kan være en pressgruppe for bestemte interesser og dette vil kunne påvirke kommunale aktører til større aktivitet innenfor visse områder. Det viser seg at samarbeid mellom kommunale etater og frivillige organisasjoner er lite utbredt de fleste steder når det gjelder ulykkesforebyggende tema. De frivillige organisasjonene har tradisjonelt vært tilbakeholdne med tett samarbeid med offentlig sektor. Det er mulig at tradisjon, samt økonomiske forhold har holdt dette samarbeidspotensialet nede. Helseetaten fremhever samtidig stort tidspress som en av årsakene til liten virksomhet mot frivillige organisasjoner.

Evalueringen har sett spesielt på kontakten mellom den aktive utførende sektoren i helsestaten; helsetjenesten og ulike frivillige organisasjoner. Det viser seg også her at det er liten kontakt mellom gruppene og få etablerte samarbeidsformer. Et fåtall kommunale helsetjenester opplyser om noen fellesaktiviteter i enkelte kortvarige aksjoner, med f. eks. Trygg Trafikk, Røde Kors og Sanitetsforeningen. De vanligste fokuseringsområdene er trafikk, sykkel og hjelmbruk.

I prosjektet "Sats på sikkerhet for barn" er ikke materiellet vinklet for å nå de frivillige organisasjonene. For å få til en slik samordning bør materiellet være laget slik at det kan være et grunnlagsmaterieell for samarbeid.

Informantene ønsket større grad av samarbeid med frivillige organisasjoner, men skepsisen var stor til hvorvidt et utbredt samarbeid lar seg gjennomføre.

4.4 Næringslivet og sikkerhetsutstyr

Næringslivet, spesielt de som arbeider med sikkerhetsutstyr i forhold til barn, har også vært en målgruppe i prosjektet.

Når det gjelder bruk av sikkerhetsutstyr for barn har dette en kort tidshorisont. Uni Storebrand startet med salg av sikkerhetsutstyr for barn i 1985, for å følge opp ulike barneprojekt de satte igang. I en periode var Uni Storebrand både detaljist og grossist på sikkerhetsutstyr. I 1987 ble denne virksomheten i Uni Storebrand solgt til Sverige, men ble kjøpt tilbake til Norge i 1989.

Sammenlignet med perioden på 80-tallet har tilgjengeligheten til utstyr økt betydelig frem til idag. Flere seriøse og mindre seriøse firma har startet med salg av sikkerhetsutstyr. Det har vært noe turbulens på dette markedet, med stadig skifte av eiere både på grossist og detaljistnivå. En positiv forklaring på dette kan være at sikkerhetsutstyr i stadig større grad har blitt standardutstyr og at produktene i større grad integreres i ordinære varer og forretninger, utover spesialforretninger. Vi tolker det allikevel dithen at salg av sikkerhetsutstyr ikke er noen "lukrativ" nisje.

Bilsikring for barn under fire år er nå påbudt. Dette illustrerer utviklingen av et felt, fra å være ignorert til å bli lovpålagt. Sikring i bil har ellers vært et vanskelig område. Det finnes spesialiserte produkter, men det er mye gal bruk av utstyret. En venter stadig på ISO-standarder på sikkerhetsutstyr og har tro på at dette vil hjelpe. Spørsmålet er når disse standardene blir ferdige og hvordan feltet skal håndteres i den mellomliggende perioden.

Både detaljister og grossister innen sikkerhetsutstyr mener at småbarnsforeldre er blitt mye mer bevisste og flinkere til å sikre sine barn. Det har vært kontakt mellom SSB og et grossist/detaljistfirma, og som en "spin-off" har reklame for sikkerhetsutstyr fått en plass på enkelte helsestasjoner. Sikkerhet er også kommet inn som tema på helsestasjoner; "det hjelper godt at de snakker skadeforebyggende på helsestasjoner".

Det ser ut til at foreldre har fått større kjennskap til slikt utstyr, og større bevissthet om nytten ved bruk av sikkerhetsutstyr, noe som kan tolkes dithen at småbarnsforeldre, i større grad enn tidligere, har sin oppmerksomhet rettet mot barnas sikkerhet.

Når vi ser på ulykkesstatistikken for hjem og fritidsulykker er det allikevel forhold som peker mot at markedet for slikt utstyr har et potensiale. Vi har intervjuet en aktør på sikkerhetsutstyr for barn som satser på denne nisjen, bl.a. med reklame for sikkerhetsutstyr i TV2 og samarbeid med forsikringsbransjen.

Undersøkelser viser at når foreldre blir spurt om hvor de har fått informasjon om sikkerhetstiltak, svarer de fleste at de har fått dette gjennom media, dernest at de har fått informasjonen gjennom helsestasjonene (Boyesen, upublisert).

SSB har imidlertid hatt en nokså beskjeden rolle når det gjelder samarbeid med næringslivet om sikkerhetsutstyr.

5. Diskusjon

Prosjektets styring og organisering undervegs i prosessen

Når prosjektet SAB fikk "nytt liv" i Htil, lå som nevnt prøveprosjektet til grunn for den nye aktiviteten. I prøveprosjektet hadde en ambisjoner om videreføring i form av et landsomfattende prosjekt hvor en hadde tatt mål av seg til å kombinere *holdningsskapende informasjon* med andre tiltak for å nå frem med "budskapet."

Når SSB ble organisert som et *prosjekt* var det trolig for å få til en prioritering av sikkerhet for barn ved å tilføre ressurser i form av personell og økonomi. Det var ikke noen *fast stilling* for denne aktiviteten i Htil, og en måte å komme igang på var nettopp å organisere arbeidet som et prosjekt.

Prosjektet synes å ha hatt gode økonomiske betingelser i forhold til bemanningens størrelse. Det er snarere et spørsmål om hvordan *en* person har kunnet omsette de økonomiske ressursene prosjektet hadde. Her viser det seg at produksjon av materiell og gratis utdeling av dette, samt store opplag og kostnader med utsendelse har ført til at "midlene har gått med". I tillegg kommer også produksjon av to videoer, en til barneskolen og en for ungdomsskoletrinnet. Produksjon av slikt materiell er som kjent ressurskrevende.

Med en prosjektbemanning på *en* person var en viktige premiss for prosjektets størrelse og omfang gitt. En slik knapp bemanning tilsier at erfaringene fra prøveprosjektet ikke kunne følges opp og utvides til å gjelde hele landet.

SSB hadde en organisering under skiftende rammebetingelser, noe som kan forklare prosessen undervegs. Det skjedde *en betydelig nedjustering av delmål og virkemidler* undervegs i prosjektet. Prosjektbeskrivelsen for SSB ble aldri vedtatt i noe styringsorgan, og var i så måte ikke forpliktende. Som nevnt fungerte avdelingsdirektør for forebyggingsavdelingen i Htil som prosjektets "styringsgruppe", og vi er ikke kjent med at det kom innspill om kurskorrigeringer fra "styringsgruppen". Prosjektbeskrivelsen ble ikke korrigert for endringer undervegs, og korrigeringer er heller ikke nedfelt i andre dokumenter, noe som gjør det vanskelig å foreta en evaluering.

Fra prosjektbeskrivelsen går det frem at prosjektet var ment å være et avgrenset "tiltak, organisert som et prosjekt i tradisjonell betydning, og på bakgrunn av prøveprosjektet hadde en i utgangspunktet høyere ambisjoner enn det som rent faktisk ble gjennomført. Det ble i for liten grad trukket på erfaringene fra forprosjektet hvor en av konklusjonene var at det er vanskelig å nå frem med holdningsskapende informasjon - særlig hvis det ikke kombineres med andre tiltak. Prosjektet utviklet seg til å bli et informasjons/helseopplysningsprosjekt. Ifølge en av våre informanter hadde en *vel* store forventninger til hva en kunne oppnå gjennom helseopplysning.

BFD bidro som nevnt med midler til brosjyremateriell, men i Htil det ble forventet at BFD skulle bidra med mer enn de rent faktisk gjorde. Ifølge vår informant følte BFD på sin

side at prosjektet tok en noe annen retning enn tenkt; de var ikke fornøyd med styringen av prosjektet. Vår informant hevder at BFD samarbeidet med Htil etter en skriftlig avtale (kontrakt), og at det ut fra disse forutsetningene var en lite stram styring av prosjektet; "det virket som prosjektet ikke fikk de nødvendige forutsetninger i Htil". Vår kilde mente også at det ble trukket for lite veksler på erfaringer fra prøveprosjektet. For BFD som samarbeidspart var det frustrerende at aktiviteten ikke ble organisert og styrt som et formelt prosjekt, dette var deres forutsetning for å delta. I forhold til samarbeidspartene manglet det redegjørelse for *hvorfor* forutsetningene ble endret.

Etterhvert som prosjektet skred frem blir det klart at det ikke oppfylte et sentralt krav til prosjektorganisering som innebærer en *egen selvstendig prosjektorganisasjon*. Det er vanskelig å se sporene av SSB drevet som et prosjekt, adskilt fra den ordinære virksomheten i Htil; organiseringen som et *prosjekt* mer var en formalitet. Ifølge våre informanter utviklet prosjektet seg til å bli "det muligens kunst"; mål og virkemidler ble til undervegs ut fra hva som var mulig der og da.

Vi antar at det i første rekke var prosjektets *organisering* og *bemanning* som la viktige forutsetninger for hvorfor det "ble som det ble" i forhold til prøveprosjektet, men forklaringer må også sees på bakgrunn av andre forhold internt i Htil. Hvor den endelige beslutningen om organisering og bemanningens størrelse ligger, har vi ikke klart å bringe på det rene. Vi kan ikke se spor av aktører eller krefter som arbeidet for å få prosjektet større, for på den måten å ivareta flere av prøveprosjektets ambisjoner. Ifølge prosjektleder så hun det ikke som et mål å gjøre prosjektet så stort som SFT la opp til i prøveprosjektet. *Hun så heller ikke på sitt arbeid som et "prosjekt" i betydning av at det var noe som skulle vare et gitt antall år, for så å avvikles*. Poenget var å få til ting som skulle bli varige ved å etablere system for aktivitetene på ulike nivå. Prosjektleder var påpasselig med ikke å signalisere til helsesøstre at dette var et "prosjekt som ville gå over". Tvert imot var poenget å få sikkerhetsaktiviteter inn i permanente ordninger.

Ifølge våre informanter var det ulik oppfatning om hvordan en skulle jobbe forebyggende i Htil. SSB hadde forebyggingsaktiviteter som rettet seg mot ulykker i *hjem, skole og fritid*. Dette var aktiviteter som ikke fikk noe varig fotfeste i Htil, noe overføringen til Sosial- og helsedepartementet og SIFF er en bekreftelse på. Når det store prosjektet "Samlet plan", og "Miljørettet helsevern" under dette, startet opp i Htil i -89 var det *forurensningsproblematikk* som stod i fokus. Ifølge en av våre informanter "fulgte ulykkene bare med på lasset". Det ulykkesforebyggende arbeidet var altså organisert under miljømedisin. Vi antar at dette var forhold som spilte inn og neppe ga de beste betingelser for prosjektet SSB. Sosial- og helsedepartementet stilte riktignok fem mill. kr. til disposisjon for forebyggende aktiviteter i Htil, men det har trolig vært stor konkurranse om disponeringen av disse ressursene. Tradisjonelt er det ikke de svake gruppene som barn, ungdom og eldre som "vinner" når det er drakamp om knappe ressurser.

De interne forklaringer på prosjektets endring i forhold til de oppsatte målene antar vi ligger i:

- *Knappere personellressurser*
- *Uklarhet om prosjektets status /organisering*
- *Prioritering av denne type forebyggende aktiviteter i Htil*

Som vi har vært inne på, er prosjektorganisering en måte å få skaffe tilveie ressurser i form av personell og økonomi til prioriterte aktiviteter. Vi ser ikke noe kritikkverdig i det og synes heller ikke det faktum at prosjektet *ikke* ble styrt og gjennomført som et tradisjonelt prosjekt etter de kriteriene vi skisserte i 1.4 er spesielt problematisk. Det kan snarere oppfattes som rasjonelle valg i den aktuelle situasjonen. Vi synes derimot at det er problematisk når det ikke noe sted er redegjort for de endrede forutsetningene og begrunnelsene for disse. Det ville økt muligheten for læring om organisatoriske betingelser for å lykkes med gjennomføringen av tiltak innenfor den statlige forvaltningen.

Vårt inntrykk er at oppdraget ikke ble gjennomført i hht. "bestillingen" rent organisatorisk. Fordi "oppdraget" ikke ble organisert som et tradisjonelt prosjekt blir det vanskelig i forbindelse med evalueringen å få tak i "hva det egentlig var". *Hvorfor* det ble slik har vi heller ikke fått skikkelig grep om. Informantene på dette nivået er få, og de har problemer med å huske detaljer så langt tilbake i tid. Her har vi formidlet *inntrykkene* fra intervjuene så langt vi kom i denne omgang.

Tverrfaglig og tverretatlig samarbeid

Tverrfaglig og tverretatlig samarbeid anses som en viktig arbeidsform innen forebyggende virksomhet. Imidlertid tar det tid og det krevers også spesielle ressurser for å utvikle et slikt samarbeid. Det var flere mål om tverrfaglig og tverretatlig samarbeid, på flere nivå, som ikke ble gjennomført. Vi kan nevne samarbeid med SOHO sentralt og med fylkes-SOHO. Med *en* ansatt i prosjektet er det rimelig at dette måtte tones ned.

Prosjektet hadde også som mål å etablere et nettverk i forhold til fylkeslegene, bl.a. gjennom kursvirksomhet. Hensikten var at fylkeslegekontorene skulle spre prosjektet SSB videre til helsesektoren på kommunalt nivå. Dette er også et mål som fordrer endel innsats. Fra prosjektet "Sikkerhet for eldre", som også hadde fylkeslegekontorene som "brohode" for spredning til kommunehelsetjenesten, har vi sett at fylkeslegene har begrenset kapasitet til å følge opp eksternt "pålagte" oppgaver, selv med "gulrøtter" i form av kurstilbud og andre tiltak. Det kan se ut som det er en trettthet tilstede i fylkeslegeetaten for å følge opp ulike sentralt initierte oppgaver (Sitter, 1994).

Det ble også lite tverrfaglig/etatlig samarbeid på kommunalt nivå. Intervjurunden viser at helsesøstre er en gruppe som er pålagt mange oppgaver, og som strever med å oppfylle disse. Det er heller ikke å forvente at helsesøstre, ut fra sin organisatoriske plassering og funksjon, kan være pådrivere i et tverrfaglig og tverretatlig samarbeid med f.eks. teknisk etat når det gjelder å få igang samarbeid med disse. Teknisk sektor har fra andre sammenhenger vist seg svært autonome og vanskelig tilgjengelig for slikt samarbeid, selv om etaten er høyst relevant når det gjelder å forebygge ulykker blant barn og unge (op.cit).

I skolesammenheng er helsesøstre en marginal gruppe, og har de antakelig heller ikke legetimitet til å initiere endringer av noe omfang.

I intervjurunden understrekte informantene betydningen av å henvende seg til "rett adresse" med informasjon som skal gi grunnlag for tverrfaglig samarbeid; alle de som er tenkt involvert i prosjektet må få tilnærmet lik informasjon. Dette er strategier en anvendte i prosjektet "Sikkerhet for eldre" utarbeidet en "skreddersydd" materiell til ulike grupper som det var relevant å inkludere i det tverrfaglige samarbeidet. Allikevel viser tverrfaglig samarbeid seg vanskelig å gjennomføre.

Det kan se ut som om en i for stor grad har satset på helsesøstre som nøkkel- personell og spredningsfaktor til andre sektorer.

Informasjonskampanjer

Prøveprosjektet SAB konkluderer bl.a. med at: "Erfaringer viser at det er vanskelig å nå frem med holdningsskapende informasjon - særlig hvis det ikke kombineres med andre tiltak". Det *ideelle* ville vært og kombinert ulike virkemidler for å nå ulike målgrupper. En kan innvende at med denne kunnskapen la prosjektet for ensidig vekt på utelukkende informasjon. Ser vi på de personellmessige ressursene som var til disposisjon er det derimot ikke å forvente at en person kunne rekke over mer.

Det er i liten grad etablerte rutiner i virksomhetene slik at opparbeidet erfaring og kompetanse blir tatt vare på. En slik "organisatorisk hukommelse" er lite innarbeidet som varige prosedyrer og rutiner i det ulykkesforbyggende arbeidet i kommunene. Det er likevel en generell oppfatning at sikkerhet og ulykkesforebygging står mer sentralt i kommunens arbeid nå enn tidligere. *Evalueringen viser imidlertid at helsestasjons-tjenestene har etablert et varig og operativt system for formidling av informasjon til småbarnsforeldre, ved å benytte hele eller deler av informasjonsmateriellet laget i aksjonen.*

En tidligere undersøkelse av sikkerhetsarbeid i fem kommunene i landet viser at de kommunene som jobber nærmest "grasrota" med ulike sikkerhetstiltak, oppnår mest når det gjelder nedgang i antall ulykker, mens de kommunene som jobber mest med å få sikkerhetsarbeid inn i de kommunale planene oppnår minst nedgang i ulykkestallet. Vi vet også at for å skape *varige* aktiviteter på barnesikkerhetsområdet er det viktig å få sikkerhetsarbeidet inn i de kommunale planene, og at slike endringer må begynne på toppen i den kommunale forvaltningen om en skal lykkes (Boyesen, 1994). Ulykkesforebygging er et langsiktig arbeid. Evalueringen av SSB viser at noen få kommuner har forholdsvis stor aktivitet på planleggingsstadiet og til etablering av tverrfaglige samarbeidsformer som fokuserer på ulykkesforebygging. Det kan se ut til at kommuner som har et operativt internkontrollsystem, har gjennomarbeidet system for helse, sikkerhet, og miljø, og dermed strategier for skadeforebyggende aktiviteter. Hvorvidt dette gir utslag på ulykkesfrekvenser kan evalueringen ikke si noe om.

Fylkeslegeetaten var et annet "brohode" ut til kommunene. Her kan det se ut som det fungerte rimelig greit ved de fylkeslegekontorene som hadde ansatt teknisk hygienisk personell i forbindelse med satsingen på "Miljørettet helsevern". De fleste fylkeslegekontorene hadde imidlertid ikke slikt personell, og her ble det også satset mindre på ulykkesforebyggende arbeid i forhold til kommunene.

Ifølge våre informanter var det tungt å få til et samarbeid med andre departement i dette prosjektet, og det tverrdepartementale arbeidet ble ikke så omfattende som tenkt i utgangspunktet.

*Evalueringen viser at prosjektet utviklet seg til å bli et informasjons-
helseopplysningsprosjekt for målgruppen helsesøstre, og er altså blitt mye "smalere" enn
tenkt i utgangspunktet.*

Generelle erfaringer

Vi ser at sentralt initierte prosjekter utformes som om alle de aktører som prosjektet er ment å omfatte, står på samme nivå eller er kommet like langt. Vi vil understreke behovet for *differensierte eller skreddersydde opplegg*, ut fra at lokalmiljø ofte er i forskjellige faser i sine aktiviteter innenfor et gitt område. På det tidspunktet et sentralt initiert prosjekt settes igang, forutsetter vi at tiltaket treffer alle i målgruppen, men fordi virksomhetene har forskjellig erfaring og ståsted, blir responsen høyst ulik. Selv om organisasjonene får materiellet, kan det være en barriere å ta det i bruk. Å ta materiellet *i bruk* krever også ressurser og prioriteringer. De som allerede er aktive innen temaet har lettere for "å koble seg på" ut fra at temaet er kjent og at de har et *opplevd behov* for materiell i forhold til de som ikke har noen gjenkjennelse i problemstillingene. Dette har den konsekvens at de beste blir bedre og de dårlige blir stående på stedet hvil. Hvis en har som mål å skape et likt resultat krever det ulik innsats i forhold til ulike målgrupper.

Vi ser av denne undersøkelsen at mye lokalt initiativ er avhengig av *ildsjeler*, samtidig som prosjektet vektlegger systematikk og varighet for på den måten å løfte aktivitetene *utover individnivå*. Vi tror at selv om det nå er en vridning i retning av system og systematikk trenger lokalmiljøene ildsjelene. Vi tror også at ildsjelene trenger prosjekter, i den forstand at de får stimuli for sitt engasjement og bekreftelse på at det de har jobbet med alene, får en legetimitet gjennom et gitt prosjekt. Vi vil understreke nødvendigheten av et *samspill mellom struktur og individ*, slik vi ser eksempler på både i dette prosjektet og f.eks. i "Sats på sikkerhet for eldre".

6. Videre arbeid

Myndighetene har nå i en tjuårs-periode organisert det ulykkesforebyggende arbeid for barn etter en prosjektmodell. Som vi har vært inne på er kampanje- eller prosjektmodellen et viktig statlig virkemiddel for måloppnåelse. Vi ser og at det har vært relativt mange prosjekt innen ulykkesforebygging for barn, og det ser ut som det nå er en viss "prosjekttretthet ute og går".

I den nærmeste fremtid vil vi anta at det er lite å hente gjennom tradisjonell prosjektorganisering av ulike aktiviteter, kanskje spesielt innen ulykkesfeltet for barn, siden forbedringer på dette feltet i lang tid har vært initiert med prosjekt som virkemiddel. *Tradisjonell prosjektorganisering og forventninger om hva en kan oppnå gjennom en slik ad-hoc-organisering kan ha utspilt sin rolle som statlig virkemiddel for en periode.* "Omdøping" av tradisjonelle prosjekt til f.eks. "styrkingstiltak" er et uttrykk for dette fenomenet. Vi ser også en vridning i retning av systemtilnærminger, dvs. tiltak for at bestemte aktiviteter kommer inn i *planer, system og rutiner* som skal sikre kontinuitet selv om selve prosjektaktiviteten opphører. Målsettinger om å skape "varige endringer" eller en form for "perpetuum mobile" ved å etablere systematikken på feltet er et ønskelig mål som både "Sats på sikkerhet for eldre" og SSB har vektlagt. Erfaringene viser at det heller ikke for dette målet er noen "kjappe" løsninger.

Vi vil likevel fremholde at prosjektorganisering har ført flere goder med seg. Her vil vi fremheve:

- Dagsordenbygging og oppmerksomhet
- Endrede prioriteringer
- Svake gruppers sak får legetimitet
- Utrede forhold for utsatte grupper
- Støtte til profesjoner for å gjennomføre oppgaver der de selv ikke er sterke nok til å gjennomføre
- Utløse ressurser

En alternativ måte å organisere tiltak på kan være gjennom *øremerking* av ressurser til spesielle tiltak som f.eks. systemarbeid. En slik styring gjennom øremerking, hvor tiltakene i større grad integreres i virksomhetene, er mer i samsvar med prinsipper for systematikk og åpner også i større grad opp for differensierte og skreddersyde metoder.

Fra tidligere undersøkelser vet vi at det er noen forutsetninger for at prosjekt i lokalmiljø skal lykkes. Høy faglig kompetanse og tilstrekkelige ressurser er nøkkelerier. Dernest er det viktig at det aktuelle prosjektet har forankring i lokalmiljøet, at arbeidet foregår på tvers av enheter og fag og at det i forkant har vært gjort et grundig forarbeid med klare mål og klar ansvars plassering for aktivitetene. Lokalt samarbeid både på kommunalt og

interkommunalt nivå, og nyttegjøring av allerede etablert struktur, samt at temaet kommer inn på de kommunale handlingsplanene, oppgis å være viktige forutsetninger for å lykkes med prosjektarbeid på lokalt nivå (Sitter, 94).

Erfaringer viser imidlertid at om en skal skape *bærekraftige systemendringer* tar det *lang tid* og krever andre strategier og tiltak enn f.eks. informasjonskampanjer. *Etablering eller endring av system er en langt tyngre prosess som krever forankring i ledelsen/linjen.* Av dette følger at de mest optimale betingelser for systemendringer skjer gjennom langsiktig og kontinuerlig arbeid f.eks. gjennom handlingsplaner og sikkerhetsledelse på flere nivå, slik en har erfart gjennom det ulykkesforebyggende arbeidet i Stavanger kommune (Boyesen, 1994). Det ser ikke ut til å være noen "snarveier" til endring av sosiale system.

Som vi var inne på er prosjekter kjennetegnet ved tett kobling mellom *prøving og læring*. Etter de mange prosjektene som er gjennomført på det ulykkesforebyggende feltet, er det utviklet mye kompetanse. Problemet er at denne kompetansen har vært svært spredd. I forbindelse med intervju av informanter for evaluering av flere forebyggende prosjekt, ser vi f.eks. at mange av informantene har sluttet eller gått over i andre stillinger.

Vi har inntrykk av at det er høy turn-over for stillinger rettet inn mot forebyggende arbeid i forvaltningen. Dette gjelder både på kommunalt nivå og fylkeslegenivå. Naturlig nok blir det derfor mange nyansatte som arbeider på dette feltet, og det blir vanskelig å skape kontinuitet i arbeidet. Vi tror dette gjelder på alle forvaltningsnivå. Grunnet prosjektorganisering forsvinner mye kompetansen ut av de organisasjonene som har bruk for denne, for å få til et kontinuerlig og systematisk arbeid f.eks. innenfor det ulykkesforebyggende feltet.

De sentrale myndighetene har også behov for den kompetanse som er opparbeidet gjennom mange ulike tiltak, for å integrere kunnskapen i *en politikk for forebygging*. Gjennom *varige organisatoriske tiltak* må en tilstrebe å ta vare på denne kunnskapen, samt å utvikle ny, på alle nivå i forvaltningen.

Vi har nå hatt en periode hvor prosjektorganisering har vært en strategi for å utløse friske penger. Vi antar at aktivitetene i seg selv i mange tilfeller hadde vært best tjent med en integrert organisering og stabile arbeidsforhold for personellet. Det er rimelig at forsøk og nybrottsarbeid utvikles gjennom prosjektorganisering, men det er ikke rimelig at dette pågår i flere tiår. Tiden burde være inne for at ulykkesforebyggende arbeid for grupper og områder som ikke ivaretas av arbeidslivet, kommer inn i faste organisatoriske former på alle forvaltningsnivå.

Vi har vært inne på at det ulykkesforebyggende arbeidet i Norge er gitt høy prioritet for den kommende 10-årsperioden. Dette gir grunnlag for aktivisering av det tverrdepartementalt samarbeid i Samordningsgruppa SOG, hvor åtte departement deltar for å utvikle en nasjonal handlingsplan for hjem, skole- og fritidsulykker. Sosial- og helsedepartementet har ansvar for *samordning* av det tverrdepartementale forebyggende arbeidet på sentralt myndighetsnivå. En er nå midt i arbeidet med å utvikle handlingsplaner for dette arbeidet.

Et tiltak for å samordne kompetansen ligger også i at koordinering av barnesikkerhetsarbeid er lagt til Skadeforebyggende forum. Riktignok er både Skadeforebyggende forum

og Barnesikkerhetsprosjektet tidsavgrenset. Vi er i en situasjon hvor vi står i fare for at kontinuiteten opphører og kompetansen forvitrer.

Helse- miljø og sikkerhet (HMS) for *arbeidstakere* har lenge vært et tema i arbeidslivet, mens for svakere grupper som barn og eldre har HMS-arbeidet ikke hatt den samme fremgangen. På arenaene *hjem, skole og fritid* er det fremdeles et stort potensiale for forbedringer. Det gjelder ikke minst for ulykker og skader. Det er derfor en stor utfordring å *organisere* og tilrettelegge det forebyggende arbeidet i Norge på en slik måte at resultatet for *alle* grupper av befolkningen bedres.

Denne undersøkelsen, og flere tilsvarende evalueringer, styrker oppfatningen av at vi har behov for et "mellomliggende" organisasjonsnivå mellom sentralforvaltningen og kommune-Norge. Vi etterlyser en organisasjon som kan være en sentral ressursbase og tilby lokale miljø "hjelp til selvhjelp" gjennom å skape kontinuitet og aggregere kunnskap og erfaringslæring på feltet. En slik "mellomliggende" organisasjon kan tilby en virksomhet mer skreddersydde og differensierte opplegg, slik vi etterlyste. En slik sentral organisasjon kan også sørge for oppdatering og tilgjengelighet for utarbeidet materiell fordi det viser seg at mange aktører ikke kommer igang med tiltak før en gitt aksjon eller prosjek er avsluttet. Slik kan mye ressurser og god læring holdes oppe og øke den marginale nytten av prosjektinvesteringer. Skadeforebyggende forum er en eksempel på en organisasjon som kan bygges ut til å bli en slik sentral ressursbase. (Se RF-rapport 95/195).

Den fragmenterte forebyggende virksomheten er nå forhåpentlig et tilbakelagt stadium, også når det gjelder svake grupper som faller utenfor arbeidslivets lover og forordninger.

Vi ser imidlertid flere problem:

- For det første er det et spørsmål om helsesektoren i betydning "sjukvård" er den rette sektor for *forebyggende* virksomhet. Sektoren har mange og lange tradisjoner på "*reparasjon*". Særlig gjelder det helseprofesjonene. I tilfelle kreves det politisk vilje og nytenking for å "løfte" forebyggende virksomhet ut av "reparasjonskonseptet".
- For det andre vil vi hevde at det forebyggende feltet er så tverrsektorielt i sitt vesen at det fordres arbeid på *sektorovergripende* nivå. Vi har riktignok ikke tradisjoner for en slik overgripende organisering for oppgaveløsning på sentralt myndighetsnivå, med unntak av Finansdepartementet. Så lenge beslutninger om forebyggende aktiviteter ikke er sentralisert i en overgripende enhet/avdeling el., vil forebyggende arbeidet trolig fortsatt fremstå som fragmentert. Feltet vil allikevel kunne bli adskillig mer strukturert og mer preget av kontinuitet og sammenheng om det ulykkesforebyggende arbeidet reguleres inn i flere *faste* stillinger.
- Sentrale myndigheter har behov for et fagorgan for input og for å følge opp statlig politikk. De ytre etatene er slike fagorgan, og Sosial- og helsedepartementet har mange ytre etater. Med større satsing på forebygging tror vi det er behov for en etat som spesifikt arbeider for å utvikle forebyggende strategier og ivareta forebyggende oppgaver på et lavere myndighetsnivå. Vi vil hevde at en "forebyggingsetat" vil være en formålstjenlig organisering på et lavere forvaltningsnivå, slik vi har argumentert for i RF 95/195, hvor vi foreslår Skadeforebyggende forum organisert som en slik ytre etat.

Statens institutt for folkehelse er en slik etat som har arbeid knyttet til forebyggingsfeltet. SIFF har en forsknings- og statistikkprofil, som neppe vil være hensiktsmessig for de aktivitetene som vi tror en "forebyggingsetat" bør ivareta.

Vi anser det som viktig å tilstrebe en fast organisering av de forebyggende aktivitetene generelt, og sikkerhet for barn spesielt, på et "mellomliggende" nivå. Ulykkesforebygging, spesielt for svake grupper, fortjener bedre rammebetingelser enn det vi har sett til nå.

7. Referanseliste

- Almås, R., 1990: Evaluering på norsk, Universitetsforlaget.
- Baklien, B., 1993: Evalueringsforskning i Norge, Tidsskrift for samfunnsforskning, årgang 34, 261-274.
- Boyesen, M. 1994: Ulykkesforebyggende arbeid i kommunene, Rogalandsforskning 202/94.
- Elvik, R. 1991, a: Ulykkest teori, Transportøkonomisk institutt.
- Elvik, R. 1991: Hva koster ulykkene samfunnet?. Transportøkonomisk institutt.
- Elvik, R Hva koster skadeforebygging? Transportøkonomisk institutt.
- Guldvog, B.& Hjort, P.F 1988: Helse for alle gjennom forebyggende arbeid:
Oversikt over grunnlag og muligheter, forslag til tiltak. SIFF, Arbeidsnotat nr. 5/88.
- Hjort, P.F. 1989: Tanker om et forskningsprogram om forebyggende helsearbeid i Norge. En rapport til NAVF
- Innstil. nr. 118, 1993-94. Innstilling til St.meld. nr 37, 1992-93.
- NFR, 1995: Hiv/aids-forebyggende arbeid i Norge. En evaluering. Del III, s. 24.
- Norman, R. M., 1985: The nature and correlates of health behavior. Health promotion studies series no. 2, Ottawa: Health promotion Directorate.
- NOU: 1987:10: Internkontroll i en samlet strategi for arbeidsmiljø og sikkerhet. Kommunal- og arbeidsdepartementet.
- NOU: 1987:32: Internkontroll i virksomhetenes og tilsynsorganenes arbeid med arbeidsmiljø og sikkerhet. Kommunal- og arbeidsdepartementet.
- NOU 1991:10: Flere gode leveår for alle
- NOU 1992:32: Bedre struktur i lovverket
- NOU 199:30: Det gode arbeidsmiljø er lønnsomt for alle
- Samarbeidsutvalget for barnesikkerhet, 1990: Barnesikkerhetsarbeidet i Norge 1988-1990.

- Schelp, L., 1987: Epidemiology as a Basis for Evaluation of a Community Intervention Programme on Accidents. Karolinska Institute, Sundbyberg, Sverige.
- Sitter, A., 1994: Sammenfatning og dokumentasjon - styrkingstiltaket "Sats på sikkerhet for eldre. Rapp. nr. 9, Fylkeslegen i Rogaland.
- Sitter, A., 1994: Suksesskriterier i det ulykkesforebyggende arbeidet - erfaringer fra ulike prosjekt. Fylkeslegen i Rogaland.
- Sitter, A., 1995. Den stygge andungen - Evaluering av skadeforebyggende forum. RF 95/195.
- Skadeforebyggende forum, 1995: Et trygt Norge - til hvilken pris? Årskonferanserapport.
- St.meld. nr. 41 (1987/88): Helsepolitikken mot år 2000 Nasjonal helseplan
- St. meld. nr. 15 (1991-92): Tiltak mot brann.
- St.meld. nr. 34 (1993-93): Norsk veg- og trafikkplan 1994-97 Nasjonal plan for trafikksikkerhet: "Trafikk mot år 2000".
- St.meld. nr. 37, (1992-93): Utfordringer i helsefremmende og ulykkesforebyggende arbeid.
- Tellnes, G, 1992: Forebyggende medisin. Red. Tor Bjerkedal. Ad Notam, Gyldendal.
- Tones, K. & Tilford, S. 1994: Health education. Effectivness, efficiency and equality. Capman & Hill, London.
- Thuen, F. 1993: Accident related behavior among children and young adolescents: Prediction and prevention. Universitetet i Bergen, 1993.
- Vislie, A, 1989: Informasjonskampanjer som virkemiddel ved forebygging barneulykker. NIBER-rapport nr. 8/1989.
- Ytterstad, B., 1995: The Harstad Injury Prevention Study. ISM-skriftserie nr. 33, University og Tromsø.
- Ørving, E., 1989: Erfaringer fra et forsøksprosjekt. Sikkerhet for aktive barn. Statens forurensningstilsyn.

8. Vedlegg

Vedlegg 1: Dødelighet i Norge på grunn av ulykker. Dødsårsaksstatistikken, Statistisk sentralbyrå.

Vedlegg 2: Dødelighet i Norge 1971-1993, totalt og fordelt på forskjellige aldersgrupper. Dødsårsaksstatistikken, Statistisk sentralbyrå.

Vedlegg 3: Oversikt over de forskjellige myndigheter, viktig frivillige organisasjoner, næringsliv og/eller større forskningsinstitusjoner som arbeider skadeforebyggende i en eller flere av de forskjellige ulykkestypene/arenaene i Norge. Skadeforebyggende Forum.

Vedlegg 4: Tabell ulykkestilfeller for personer i aldersgruppen 0-14 år bosatt i de fire byene med etablert skaderegister. Skaderegisteret ved Statens Institutt for Folkehelse.

Dødeligheten i Norge på grunn av ulykker, pr. 100 000 av befolkningen

Kilde: Dødsårsaksstatistikken til Statistisk sentralbyrå

År	Yrkesulykker, inkl. drukning og trafikk	Trafikkulykker	Brann	Hjemmeulykker	Fritidsulykker	Totalt	(Hjem- og fritidsulykker)
1981	2,8	9,3	1,8	22,2	8,5	44,6	30,7
1982	3,1	10,3	1,3	21,6	10,1	46,4	31,7
1983	3,7	10,3	1,1	21,4	7,8	44,3	29,2
1984	2,4	10,4	1,6	23,0	7,6	45,1	30,7
1985	2,9	10,1	1,7	24,7	9,4	48,8	34,1
1986	3,1	11,6	1,2	23,6	9,0	48,5	32,6
1987	3,1	10,0	1,6	22,9	8,6	46,2	31,5
1988	2,3	8,6	1,2	24,8	8,9	45,8	33,7
1989	2,2	9,6	1,5	25,0	9,3	47,6	34,3
1990	2,1	8,2	1,6	23,1	10,4	45,4	33,5
1991	2,1	7,7	1,5	23,8	6,3	41,5	30,3
1992	2,0	7,4	1,7	22,2	6,8	40,6	28,8
1993	2,1	6,5	1,4	25,3	5,5	40,8	30,8

Dødelighet i Norge 1971 - 1993, totalt og fordelt på forskjellige aldersgrupper. Kilde: Dødsårsaksstatistikken,

År	0 - 14	15 - 24	25 -64	65 - 79	80 +	Totalt	Totalt 0 -79
1971	24,6	41,4	40,0	92,4	481,4	50,9	40,3
1972	20,5	44,4	34,3	93,4	485,7	49,3	39,0
1973	21,9	40,9	36,1	100,0	544,9	52,4	40,5
1974	19,8	40,9	35,8	94,9	493,7	50,3	39,4
1975	21,6	41,1	35,3	92,7	479,3	50,4	39,4
1976	17,7	36,6	33,8	84,0	467,8	47,2	35,3
1977	15,3	35,0	29,5	87,3	496,9	46,1	33,8
1978	17,2	32,8	26,5	79,9	546,6	45,8	31,6
1979	16,3	32,1	30,8	77,9	508,6	46,8	33,3
1980	11,7	40,7	35,5	89,2	507,8	51,0	37,2
1981	11,7	29,1	27,8	82,0	509,9	45,5	31,0
1982	10,9	37,6	29,6	80,2	492,0	47,3	33,0
1983	8,8	33,3	26,9	75,6	491,6	44,9	30,1
1984	8,9	30,7	25,7	79,8	508,1	45,6	29,7
1985	10,7	33,2	31,4	74,3	523,0	49,9	32,9
1986	10,4	39,9	26,4	76,4	533,0	49,0	31,8
1987	7,4	35,3	25,4	74,6	509,5	46,7	29,1
1988	7,9	29,9	25,1	70,4	530,8	47,1	28,4
1989	9,4	28,7	27,9	75,4	494,6	49,4	20,5
1990	10,5	27,1	27,5	72,8	441,6	46,5	30,0
1991	6,7	22,6	23,5	64,9	445,0	41,3	25,4
1992	7,1	23,3	23,6	68,0	394,5	40,2	26,0
1993	5,7	20,6	22,2	62,8	475,0	41,4	23,8

Oversikt over de forskjellige myndigheter, viktige frivillige organisasjoner, næringsliv, større forskningsinstitusjoner med ansvar og/eller som arbeider skadeforebyggende i en eller flere av de forskjellige ulykkestypene/arenaene i Norge (* finansierer Skadeforebyggende forum)

Ulykkesarena/ Ulykkestype	Sentral myndighet lover/forskrifter	Direktorat	Tilsyn, inspektorat	Frivillige organisasjoner	Næringsliv	Forsknings inst.
Generell forebygging	Sosial- (og helse-) departementet *	Statens helsetilsyn	Fylkeslege Kommunelege	Humanitære I) organisasjoner		Statens inst. f. folkehelse
Trafikk	Samferdselsdeparte- mentet *	Vegdirektoratet	Politi Teknisk etat	Trygg Trafikk	Forsikring *	TØI SINTEF
Arbeid, også i landbruket	Kommunaldeparte- mentet *	Direktoratet for arbeidstilsynet	Dir. f. arb.tils. (sentralt)	Arbeidsmiljøsent Bondelag	Forsikring * Bedrifter	SINTEF Arb.forsk.
Brann	Kommunaldeparte- mentet *	Direktoratet for brann og eksplosjonsvern	Brannvesen (kommunalt)	Norges Brann- vernforening	Forsikring * Bedrifter	SINTEF
Bolig, hjemme	Kommunaldeparte- mentet *	Statens bygnings- tekniske etat (SBE)	Bygningsråd (kommunalt)	Humanitære I) organisasjoner		Norges byggforsk.
Idrett, sport	Kulturdepartementet		Park/Idrett (kommunalt)	Idrettsorga- nisasjoner		Norges Idrettskøysk
Skole	Kirke, undervisn.- og forskningsdep.		Skoleetat (kommunalt)			
Barnehage, lekeplass	Barne, familiedeparte- mentet *		Teknisk etat (kommunalt)	Humanitære I) organisasjoner		
Friluft, hav, sjø	Miljøverndepartem. Justisdepartementet		Park/teknisk (kommunalt)			
Gate, ikke trafikkulykker	Samferdselsdeparte- mentet	Vegdirektorat	Teknisk etat (kommunalt)			
Produkter (på alle arenaene)	Barne, familiedep. * Miljøverndepartementet	Produkttilsyn	Produkttilsyn (sentralt)	Humanitære I) organisasjoner	Bedrifter	SIFO - For- bruksforsk
Ytre miljø (på alle arenaene)	Miljøverndepar- temtentet		Teknisk etat (kommunalt)	Humanitære I) organisasjoner		

1) Humanitære org.: Røde Kors, Nasjonalforening for folkehelsen, Norsk folkehjelp, Norske Kvinners Sanitetsforening, etc.

Skaderegisteret ved Statens Institutt for Folkehelse (Folkehelsa) innhenter opplysninger om alle personskader som kommer til behandling ved Harstad sykehus / legevakt, Regionsykehuset i Trondheim, Sentralsjukehuset i Rogaland / Stavanger legevakt og Buskerud sentralsykehus / Drammen legevakt.

Tabellen nedenfor gjelder ulykkestilfeller for personer i aldersgruppen 0-14 år bosatt i de fire byene.

Insidens pr 1000:

	1990	1991	1992	1993	1994	Hele perioden
Gutter:						
0-4	126	126	127	126	124	126
5-9	127	126	120	127	124	125
10-14	154	147	155	146	143	149
0-14	135	132	133	132	130	132
Jenter:						
0-4	96	102	100	105	91	99
5-9	88	82	88	91	85	87
10-14	131	127	135	133	118	129
0-14	105	103	107	109	97	104