

Forståelse av helsefremming i sykepleie

Åse Gammersvik og Herdis Alvsvåg

Førsteforfatter: Åse Gammersvik, Høgskolelektor ved Haraldsplass diakonale høgskole, Bachelor i sykepleie, Ase.gammersvik@haraldsplass.no

Andreforfatter: Herdis Alvsvåg, Førsteamanuensis ved Haraldsplass diakonale høgskole, Herdis.alvsvag@haraldsplass.no

Sammendrag

Helsefremming er i følge ICN's etiske retningslinjer for sykepleiere, en sentral sykepleiefunksjon. Folkehelsearbeidet i Norge bygger på Ottawacharteret og er basert på empowermentstrategi. Det vil si at pasientens stemme skal tas på alvor og tenkningen skal endres mot mer såkalt brukerorientering. Artikkelen drøfter hvilken forståelse av helsefremming som gjør seg gjeldende på sykepleierstudentenes læringsarenaer.

Studien som artikkelen tar utgangspunkt i er basert på en kvalitativ tilnærming. Tre fokusgrupper bestående av veiledere som sykepleierstudentene forholder seg til i høgskole og i praksisstudier er blitt intervjuet om helsefremming. Empirien viser at helsefremming i hovedsak knyttes til helseopplysning og forebygging av sykdom. Dessuten spørres det om det er hensiktsmessig å skille mellom helsefremming og forebygging.

Artikkelen drøfter mulige grunner til at forståelsen av helsefremming er uklar på sykepleierstudentenes læringsarenaer. Det argumenteres for at det trengs en bevisstgjøring av hva helsefremming i tråd med Ottawacharteret kan bety i sykepleien.

* Referee

Nøkkelord

Den helsefremmende sykepleierfunksjon, helsefremming, empowerment, makt og avmakt, sykepleierutdanning

Introduksjon

Hensikten med artikkelen er å bidra til større innsikt i og refleksjon omkring forståelse og utførelse av helsefremming. Gjennom flere

år som lærer ved sykepleierutdanningen, har forskjeller på helsefremming og forebygging i sykepleiefaglig sammenheng vært utfordrende å forstå. Dette motiverte til

fordypning i temaet i en masterstudie der problemstillingen er: Hvordan forstås og utøves helsefremming i sykepleierstudentenes læringsarenaer? (Gammersvik, 2006). Denne artikkelen er avgrenset til å få fram hvordan helsefremming kan forstås og utføres av en gruppe lærere og sykepleiere som veileder sykepleiestudenter hhv i høyskole og i praksisstudier, ved å presentere empirisk materiale fra denne studien. Funnene drøftes i relasjon til ulike måter å forstå helsefremming på og deres relevans til sykepleierfaget.

Selv om empirien relateres til sykepleierutdanning, kan tema og funnene ha relevans for andre helsefagutdanninger og i annen helsefagutøvelse.

Sykepleierstudenten lærer på to læringsarenaer: høyskolen og det kliniske feltet. Begge preger fremtidige sykepleieres fagforståelse. Sykepleiers grunnleggende ansvarsområder er i følge ICN's yrkesetiske retningslinjer "å fremme helse, å forebygge sykdom, å gjenopprette helse og å lindre lidelse" (Norsk Sykepleierforbund 2007). Her er fire områder fremhevet, der å fremme helse er ett av dem. Disse er integrert i en helhet, og hvem som er mest fremtredende er avhengig av situasjon, tid og sted (Kristoffersen 2005).

I dagens sykepleierutdanninger brukes den norske sosialmedisiner Mælands definisjon på helsefremming (Mæland 2002). Han definerer helsefremming som "den prosessen som setter den enkelte så vel som fellesskapet i stand til økt kontroll over forhold som virker inn på helsen, og derigjennom bedrer sin egen helse" (s.17). Sykdomsforebygging definerer han som å forhindre eller utsette sykdomsforløp, hindre sykdom i å manifestere seg eller minske følgerstilstander. Mæland (2002) benevner helsefremming og sykdomsforebygging som komplementære, og kaller dem til sammen forebyggende arbeid.

Folkehelsepolitikken i Norge har som mål å gjøre det lettere for den enkelte å ta ansvar for egen helse, og å øke kompetansen i å endre helseatferd og levevaner (St. meld. nr 16: 2002-2003). Ekspertstyrt tenkning skal endres til brukerstyrt tenkning. Sykepleieren er betydelig bidragsyter i helsetjenesten og arbeider mot liknede mål. Tenkningen i norsk folkehelsepolitikk bygger på ideologien som fremkommer i Ottawacharteret (WHO 1986). Tenkningen i charteret er inspirert av pedagogen Paulo Freires politiske modell for utdanning, der befolkningen gjennom utdanning og bevisstgjøring skulle mobiliseres til å bli kritiske og aktive for å bedre sine kår (Hauge 2003). Folkehelsepolitikken har til hensikt å dreie fokus mot hva som kan bidra til å fremme helse, i stedet for ensidig være rettet mot å forebygge sykdom (Hauge 2003). Hovedstrategier i Ottawacharteret er helsefremmende politikk, kapasitetsbygging og empowerment, på alle nivå i samfunnet (Naidoo og Wills 2000). Med dette menes at i all politikk skal det tas hensyn til hva som fremmer befolkningens helse. Folk flest skal utdannes til å ta ansvar for seg selv og ha kunnskap om hva som bidrar til god helse. Det skal gjøres gjennom delegering av makt nedover i samfunnssystemene. Dette blir en kontinuerlig lære- eller utviklingsprosess både for individ og samfunn. Hver sektor har sitt arbeidsfelt og strategiene rettes mot sektorens ansvarsområder (Hauge 2003). Sykepleiers ansvarsområder er oftest rettet mot syke eller hjelpetrengende pasienter, altså på individnivå. Ved bruk av empowermentstrategi i fagutøvelsen, skal sykepleier bidra til at pasientens kapasitet eller mestringsevne i daglige utfordringer økes, ved å gi makt og myndighet til pasienten. Dette kalles individuell empowerment (Naidoo og Wills 2000). Sykepleieres arbeid og sykepleierutdanningens virksomhet skal gjenspeile samfunnsutviklingen og være i samsvar med nasjonale og internasjonale helse- og utdanningspolitiske føringer (Kunnskapsdepartementet 2008). Med dette som bakteppe ser vi at sykepleierutdanningen skal utdanne

sykepleiere som bruker empowermentstrategi.

Det finnes lite tidligere norsk forskning om forståelse av helsefremming i sykepleiefaget. Imidlertid har Alstveit (2002) gjort en kvalitativ studie av forståelse av helsefremming og forebygging hos helsesøstre i Norge, der det kommer fram at helsesøstre ser på helsefremming som en forlengelse av sykdomsforebyggende arbeid, og at sentrale føringer for helsesøsters arbeid er utydelige når det gjelder forskjeller på helsefremming og forebygging. Den amerikanske sykepleieforskeren Gibson (1991) har med utgangspunkt i Ottowacharterets tenkning om helsefremming, gjort en begrepsanalyse av empowerment relatert til sykepleie. Empowerment er et komplekst begrep. Hun definerer empowerment som en prosess i å hjelpe klienten til å få kontroll over faktorer som berører deres liv både på individuelt og strukturelt nivå. Videre deler hun empowermentprosessen inn i flere faser fra første møte med situasjonen til løsninger er funnet, der sykepleier veileder underveis. I følge Stang (2006) og Tveiten (2007) er empowermentbegrepet et vanskelig begrep å oversette til norsk. Stang bruker benevnelsen bemyndigelse, mens Tveiten velger empowerment. Individuell empowerment defineres av Stang (2006) som makt-overføring, og deles inn i tre hovedelementer: å stimulere den hjelpetregendes ressurser og muligheter, å fremme krefter og energi og å redusere faktorer som skaper stress.

Sykepleieforskerne Benson og Latter (1998) tilknyttet Nigthingale Institute i London, har arbeidet med ulike måter å forstå helsefremming på. De kaller tilnæringsmåten henholdsvis før og etter Ottawa-charterets tilblivelse for "den tradisjonelle" og "den nye" måten å fremme helse på. Den "tradisjonelle" er autoritær og dirigerende, sykepleier er her ekspert. Den "nye" er preget av samarbeid og empowermentstrategi. Hvordan en kan innlemme empowerment i praktisk sykepleie er belyst

av sykepleieforskerne Eldh, Ehnfors og Ekman (2004) fra Stockholm. Felles forståelse og respekt for hverandre i sykepleier - pasientrollen, er avgjørende. McDonald (1998) har evaluert et utdanningsprosjekt i Skottland som vektla helsefremming med empowermentstrategi, kalt Project 2000. Viktige funn var at helsefremmende ferdigheter ikke ble utviklet før dette var trent på i kliniske studier. Johnsdottir, Litchfield og Pharris (2004) belyser anvendelse av og utfordringer i sykepleiefaget knyttet til empowermentstrategi, og poengterer viktigheten av kritisk refleksjon over fagutøvelsen.

Teoretisk perspektiv

I Ottowacharteret (WHO 1986) fremheves et skifte i helsesyn. Helse forstås som noe mer enn fravær av sykdom. Helse gjelder ens velvære. Sosiologen Antonovsky (2000) har gjennom sin teori om salutogenese (det som produserer helse) bidratt til å rette fokus mot en utvidet helseforståelse. Helse kan eksempelvis forstås som en vare, et menneskelig potensiale, mestringsevne, lykke eller livskvalitet, og helsebegrepet forstås ulikt i ulike perspektiv og fagfelt (Naidoo og Wills 2000). For eksempel vil helse i et behavioristisk perspektiv, være et produkt av sunne livsstilsvalg og fokus rettes mot atferdsendringer, mens i et sosioøkonomisk perspektiv er helse et produkt av sosial, økonomisk og miljø-messig påvirkning. Tradisjonelt har det biomedisinske miljø forstått helse som fravær av sykdom (Andrews 2003).

Jensen og Johnsen (2000) har skjematisk satt opp skiller mellom behandling, forebygging og helsefremming. Behandling tar sikte på å fjerne sykdom, forebygging å unngå sykdom og i helsefremming er handlingskompetanse målet. De to første er ekspertstyrt, mens i helsefremming er "borgeren" hovedaktør. De to første er styrt av risikotenkning, mens helsefremming er styrt av mulighets-

tenkning. Behandling forklares bio-medisinsk, forebygging sosialmedisinsk, mens helsefremming har en bredere forståelsesramme, der både miljøets belastning, levekår og hverdagens krav spiller inn. Vi har et dynamisk samspill mellom levekår, stressorer, læreprosesser og ”opplevelse av sammenheng” (Antonovsky 2000). Læreprosessen bidrar til å øke pasientens mestringsevne ved å gjøre den aktuelle situasjonen mer ”begripelig”, ”håndterbar” og ”meningsfull” (Antonovsky 2000). Det medfører at pasienten får ”en opplevelse av sammenheng i tilværelsen”, og bedre helse. Det er individuelle forskjeller på hvordan en mestrer stress. Læreprosesser er personlige og relasjonelle. Samtidig er læring avhengig av at det tilrettelegges for slike prosesser, for eksempel gjennom institusjonelle rammer og støttende læringsmiljø (Jensen og Johnsen 2000).

Den svenske sosiologen Starrin (1997) skiller mellom helsefremmingsforståelser ved å sammenligne ulike verdsett i en idealtypisk tankemodell. Den klassiske folkehelsemodellen relateres til et paternalistisk verdsett. Eksperten vet hva som er best for andre. Helse sees på som fravær av sykdom, målet er å bli frisk. En gjør for pasienter, gir råd og dirigerer. I den folkelige helsemodellen har menneskers mening lik verdi og betydning, og mobilisering, delaktighet og samarbeid verdsettes. Hjelper og den som trenger hjelp samarbeider ”sida vid sida” for å oppnå helse. En fremmer helse ved å styrke ressurser og handlingskompetanse, og å endre betingelser.

Sykepleierteoretikerne Benner og Wrubel (2003) har i likhet med Antonovsky et utvidet helsesyn, og ser på helse som en utviklingslinje mellom ”uhelse” og ”optimal helse”, der å mestre de påkjenninger livet gir medfører bedre helse. I dette arbeidet skal sykepleier ta utgangspunkt i pasientens situasjon og kontekst, og hva som er viktig for han, og invitere han inn i et samarbeid

for å finne måter å møte utfordringen på som er akseptable for begge.

Metode og etikk

Studien er kvalitativ og inspirert av hermeneutisk-fenomenologisk tenkning. Spørsmålet er hvilken forståelse av helsefremming sykepleierstudentene møter i utdanningen (Gammersvik 2006). For å finne ut av dette har jeg gått veien om hvilken forståelse og erfaring sykepleierstudentenes lærere og deres praksisveiledere har i forhold til helsefremming. Hvordan helsefremming er tematisert i fagplaner og pensumlitteratur er ikke undersøkt. Dette er en avgrensning og en begrensning ved denne undersøkelsen. Lærere og praksisveiledere vil imidlertid ha stor innflytelse over hvilken forståelse studentene utvikler.

Fokusgruppeintervju

Det ble gjort fokusgruppeintervju med to lærergrupper, en gruppe fra to ulike sykepleierutdanninger i Norge, og en sykepleiergruppe som veileder sykepleierstudenter i kliniske studier. Begge arenaer, høgskole og praksisfelt, bidrar til utvikling av studentenes kunnskap, holdninger og ferdigheter. Fokusgrupper er egnet når en ønsker å få fram kunnskaps-, tenke- og handlemåte som er kulturelt verdsatt i et miljø (Krueger 1994, Halkier 2002).

Utvalgsriteriene var at deltakerne skulle ha minimum to års yrkeserfaring. Lærerne skulle representere alle studieår. Sykepleiere skulle representere både spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten, og ha veiledet sykepleierstudenter. I forkant ble intervjuguide med åpne spørsmål laget (Gammersvik 2006). Forståelse av begrepene ”helsefremming”, ”forebygging” og ”empowerment” på individnivå, og utførelse av helsefremming og empowerment i praktisk arbeid, var hovedtema i intervjuene. For å kunne konsentrere meg

om intervjuerrollen, ble assistent brukt. Assistenten hadde ansvar for det praktiske. I tillegg bidro assistenten i en oppsummering i etterkant av hvert intervju. Det ble utført et prøvefokusgruppeintervju med kollegaer for å få erfaring med intervju i gruppesammenheng, prøve ut intervjuguiden og samarbeidet med assistenten.

Hver gruppe bestående av 5-6 personer ble intervjuet i 1 ½ time. Hvert intervju startet med introduksjon om studien og intervjuet, og kort skriftlig idemyldring om begrepene helse/sykdom, helsefremming, forebygging og empowerment, i den hensikt å åpne opp for refleksjon (Halkier 2002). Deretter ble forståelser, erfaringer og meninger etterspurt. Fordi begrepene som hadde oppmerksomhet i intervjuene er abstrakte, ble det ikke forventet fasitsvar, men heller beskrivelser med egne ord. Beskrivelser ble utfordret ved å etterspørre praktiske eksempler, og dvele ved disse i gruppen. Intervjuet ble avsluttet med refleksjon over utfordringer i forhold til helsefremming. Det ble gjort jevnlig oppsummeringer underveis og stilt spørsmål ved om utsagn var oppfattet korrekt. Intervjuene ble tatt opp på lydbånd, gjennomført i løpet av 6 uker og hvert intervju ble transkribert, kodet og foreløpig analysert før neste intervju. Det gav anledning til å lære av hvert intervju og rette opp mangler (Fog 2004).

Analysen startet med å lese gjennom hvert intervju flere ganger. Noen naturlige meningsenheter i teksten vokste fram (Kvale 1997), og disse ble fortettet slik at informantenes forståelse ble kortere og mer presist uttrykt. Meningsenhetene ble organisert til større temaer, som ble beskrevet med empiriske utsagn både fra lærere og sykepleieveiledere. Til slutt ble disse temaene sett i lys av problemstillingen. Slik ble alle intervjuene analysert. I etterkant ble det lyttet til intervjuene på nytt for å finne styrken i utsagnene. Det ble lagt vekt på hvor ofte, hvor detaljert og hvor mange som beskrev samme tema, og en merket seg endring av mening hos en og samme person.

Etiske overveielser

Prosjektet ble meldt til Norsk samfunnsvitenskapelige datatjeneste (NSD). Deltakelse ble godkjent av ledelsen ved aktuelle arbeidssteder. Det ble innhentet informert samtykke.

Studien baserer seg på et lite utvalg og på tre gruppesamtaler. Denne studien har ikke til hensikt å generalisere funnene. Fokusgruppene og funnene er situasjonsbundne. Funnene kan likevel ha allmenn interesse, fordi de peker på betydningsfulle oppfatninger om helsefremming som gjør seg gjeldende på sykepleiestudentenes læringsarenaer. Hensikten er å tolke fram noe allment og kaste lys over noe som kan gjøres til gjenstand for en dypere fagrefleksjon. En kan avsløre noe allment gjennom enkeltberetninger fra få personer, som en ikke kan avsløre ved et stort utvalg (Andreassen 2008).

Underveis i studien arbeidet jeg med egen forforståelse, fordi i møte med andre eller en tekst er en alltid et subjekt med erfaring, kunnskap og meninger. Forforståelsen kan påvirke informantenes mening og studiens resultat (Kvale 1997, Fog 2004). Den må bevisstgjøres slik at det skapes en distanse. Samtidig er forforståelsen nødvendig. Teorien kan for eksempel bidra til å skape en produktiv distanse ved at en i empirien ser meninger og temaer en uten teoretiske begreper ville vært blind for, dvs. at forskeren er teoriladet (Fog 2004). Forforståelse er preget av min bakgrunn som helsesøster og interessen for helsefremming, mestring og læring. Forforståelsen har blitt utfordret i forskningsprosessen. Jeg har lagt til rette for å ”interviewe sandheden frem” (Andreassen 2008:6), ved å tilstrebe distanse til egne meninger, ved å skrive logg om egen prosess og forforståelse, og systematisk fulgt forskningsprosessen.

Funn og drøfting

I det følgende presenteres de fremanalyserte temaene med utsagn. Temaene drøftes underveis i lys av ulike helsefremmingsforståelser. Deretter drøftes relevans og utfordringer i forhold til sykepleie. Både lærere og sykepleiere i utvalget er i hovedsak samstemte i forståelse og utøvelse av helsefremming i daglig arbeid (Gammersvik 2006). Sykepleierne forklarer forståelse gjennom praktiske eksempler i større grad enn lærerne.

Ekspertstyrt - instruering

Informantene relaterte i hovedsak helsefremming til å gi informasjon eller helseopplysning. Når de beskriver hvordan de fremmer helse sier de: *”da legger jeg vekt på å gi god informasjon”*, helsefremming er hvordan den enkelte kan *”bemidles”* eller *”skoleres”*. Dette kan forstås som at ekspertten formidler kunnskapen og at pasientens rolle er å ta imot kunnskapen. Sykepleier instruerer pasienten, og motiverer pasienten til å følge opp ved å forklare: *”... vi instruerer pasienten til å vippe med bena for å forebygge trombose eller for å få pasienten til å gå. Og da er det viktig at vi forklarer grunnen til hvorfor det er viktig å gå de syv skrittene...”*. Utsagnet kan tolkes som et uttrykk for at helsefremming forstås som ekspertstyrt forebygging av sykdom.

Starrin (1997) skiller i sin tankemodell mellom ulike former for helsefremming ved karakteristiske verdsett. Hvilke verdier som ligger til grunn viser seg gjennom måten en tenker og handler på.

I et paternalistisk verdsett vet hjelperen hva som er best, og kan derfor definere hva pasienten trenger (Starrin 1997). Følgende utsagn fra informantene illustrerer dette: *”Jeg kan noe som pasienten ikke kan, og som jeg vet han trenger for å forstå”*. Intensjonen er å hjelpe pasienten. Slik kommenteres sonednedlegging hos en pasient som spiser lite: *”for vi mener det*

godt, for vi vet at pasienten trenger næring for å få energi til å trene”. Videre fremheves viktigheten av gode skriftlige rutiner i forhold til hvordan en gjør det og hva en informerer om: *”da har vi mange skriftlige rutiner på hvordan vi gjør det på post, før operasjon og etter operasjon”*. I rutinene er det definert på forhånd hva som er viktig å informere om og å gjøre, for å sikre at pasientene får god oppfølging i relasjon til sykdommen.

En paternalistisk tilnærming i helsefremming preges av risikotenkning, og er ekspertstyrt. Når det gjelder informasjon er det sykepleieren som definerer innhold og tidspunkt for informasjon ut fra sin ekspertise, og etter oppsatte rutiner. Pasienten sees ikke som en samarbeidende partner. Eksperten vet hva som er best og vi kjenner igjen *”den klassiske folkehelsemodellen”* (Starrin 1997). Det kaller Jensen og Johnsen (2000) for ekspertstyrt-behandling/forebygging.

En *”sida vid sida”* strategi som i *”den folkelige helsemodellen”* ville gitt uttrykk for horisontale linjer mellom den som gir og mottar hjelp, og deres mening får lik verdi og betydning (Starrin 1997). Pasienten har kunnskap som sykepleier trenger og sykepleier har kunnskap som pasienten trenger. Sykepleier vil justere innholdet i samtalen med pasienten i forhold til hva som uttrykkes i situasjonen, og ofte vil pasienten kunne gi uttrykk for sine behov for informasjon. Sykepleier veileder i stedet for å skolere eller instruere. Rutinebeskrivelser kan være et godt redskap, men i bruken av disse er sykepleiefaglig skjønn ut fra en helhetlig forståelse av pasientsituasjonen, nødvendig.

Samarbeid - læreprosess

”Den folkelige måten” (Starrin 1997) eller *”den nye måten”* (Benson og Latter 1998) å forstå helsefremming på har utspring i Ottawacharterets forståelse av helsefremming, og har empowerment som strategi

(Hauge 2003). Borgeren skal gis makt og myndighet og være medvirkende i forhold til saker som angår hans liv (Jensen og Johnsen 2000). Noen av informantene var ukjente med empowermentbegrepet. Andre forsto empowerment som selvbestemmelse eller brukerens rett til å si ja eller nei til helsearbeiderens forslag: *"... det er lovpålagt at det skal være bruker-medvirkning eksempelvis i forhold til individuelle planer"*. De var usikre på hva empowerment eller brukermedvirkning ville innebære i daglige oppgaver i sykepleie. Men de har erfart i praktisk arbeid at pasienten bør være delaktig: *"brukeren må være med selv, ellers er jo alt bortkastet"*. Noen beskriver læreprosesser eksempelvis i forhold til å leve med utlagt tarm: *"de får være med å bestemme hvor stomien skal ligge, ... etter operasjonen er de med på stomistell ... de ser på og deretter deltar de selv"*. Medvirkning knyttes til den undervisende sykepleierfunksjonen, men ikke til helsefremming. Når situasjoner har i seg en undervisningsoppgave kan det se ut som empowerment i noen grad bli brukt.

Ved å forstå empowerment som pasientens læringsprosess (Gibson 1991) er det behov for både sykepleier og pasientens ressurser. Pasienter har varierende erfaring og kunnskap, og de har ulike ressurser, støtte og krav fra omgivelsene. De lever under forskjellige kår. Stresset som sykdom og behandling medfører, oppleves forskjellig (Jensen og Johnsen 2000). Sykdomstilstanden kan bestemme hvor mye medvirkning en kan forvente. Slike forhold medfører at fremgangsmåten og grad av støtte får mangfoldige uttrykk. Det gjelder om at både den som trenger hjelp og den som hjelper sammen bidrar til å tenke muligheter og øke handlingskompetanse hvor det er aktuelt.

I følge Stang (2006) er sykepleiers oppgave å stimulere pasientens ressurser og muligheter, og å veilede slik at pasienten kan ta i bruk egne krefter. Det motsatte er å instruere eller "gjøre for" pasienten.

Eksempelvis kan sykepleier ved hjelp av forflytningsteknikk lett få pasienten opp av sengen etter operasjonen uten særlig deltakelse fra pasienten. Dette vil bidra til å forebygge sengeleiekomplikasjoner, noe som er viktig. Hvis en skal fremme pasientens personlige mestring slik at han får mer kontroll over den aktuelle situasjonen, er maktoverføring og samarbeid stikkord. Gjennom en dynamisk samhandlingsprosess der "begges kompetanse" brukes, kan pasienten veiledes skritt for skritt mot mestring (Starrin 1997). Da gir en pasienten mulighet til å "å komme seg opp" på sin måte, og med faglig støtte av sykepleier blir situasjonen riktig for begge. I et sykdomsforløp er det mange slike situasjoner. Ofte kan pasientene etter hvert ta mer ansvar. Totalsituasjonen blir mer forståelig, håndterlig og meningsfull (Antonovsky 2000). Helsefremming handler om å omformulere tidligere forståelse, kroppslig kunnskap og mening, slik at den nye situasjonen som sykdommen medfører mestres (Benner og Wrubel 2003). Det gjelder å finne det optimale. Noen ganger handler det om problemløsning, andre ganger om måter å mestre utfordringer på. Helsefremming handler om at både sykepleier og institusjonen tilrettelegger for slike prosesser (Jensen og Johnsen 2000).

I intervjuene fremstår empowerment som en rettighet, mindre som tilnæringsmåte eller læreprosess. En rettighet skal sikres, mens empowerment har mål om læring og samarbeid. Det har konsekvenser for synet på helse.

Ulike mål - ulike helsesyn

I intervjumaterialet trer syn på helse indirekte fram gjennom beskrivelser av praktiske eksempler på helsefremming: *"Helsefremming av kirurgiske pasienter er tydelig, de kommer inn på sykehus og får et nytt kne eller hofteledd, og de reiser hjem med bedre helse, de har fått mer helse enn før"*. Mål er å bli frisk av sykdom. Dette er i følge Starrin (1997) et verdisett i "den

tradisjonelle folkehelsemodellen”. Når helse fremmes er informantene opptatt av å beskrive problem og sykdomsrisiko. Helsefremming postoperativt handler om å passe på eksempelvis dren, urinkateter, blodtrykk, hudfarge og å henge opp intravenøs væske. Pasienten skal aktiviseres: ”... fordi de da kan unngå ting som atelectaser, trombose og pneumoni. Det er ikke helsefremming å bare bli liggende i sengen”. Det som er i fokus styres av risikotenkning i forhold til utvikling av komplikasjoner (Jensen og Johnsen 2000). Dette er viktige funksjoner når pasienten trenger behandling og sykdomsforebygging, men er noe annet enn helsefremming (Jensen og Johnsen 2000).

I sykehjem og i hjemmesykepleien vil det være større fokus på mestring av daglige utfordringer over tid. I hjemmesykepleien har hjelperen en besøksrolle, og pasienten får naturlig større innflytelse på sin situasjon. Her har gjerne behandling en mindre sentral plass. I intervjumaterialet finnes også mestring og trivsel inkludert i helseforståelsen: ”helsefremming er å tilrettelegge med hjelpemiddel slik at de kan bo lengst mulig hjemme, dette at de trives hjemme og at de føler de klarer seg”. Sykepleierstudentene møter ulike helsesyn i praksis. Det er rimelig at helsesyn henger sammen med hvor sykepleieren har sitt arbeid.

Informantenes forståelser av helse kan være et uttrykk for den kulturen som er på arbeidsstedet eller i helsetjenesten generelt, både med hensyn til språkbruk og i forhold til opptatthet av sykdom. Om sykepleiefaget skal ha et utvidet helsesyn som rettesnor i arbeidet, er bevissthet om hva dette betyr i praktiske situasjoner av betydning. I klinisk arbeid flyter ulike funksjoner sammen, og en tenker ikke over hvilken sykepleierfunksjon en utøver til enhver tid, den behandlende, den forebyggende og den helsefremmende. Problemet er at hvis grunnsynet i sykepleiefaget er at helse oppnås ved fravær av sykdom, vil helsefremming være avgrenset

til å gjelde forebygging av sykdom. Målet for helsefremming er å mestre å leve med sykdommens utfordringer gjennom sykdomsforløpet, og for forebygging er målet å forhindre sykdomsutvikling.

I empirien flyter helsefremming og forebygging over i hverandre: ”å skille dem er kunstig”, ”å forebygge er å fremme helse”. I følge Gibson (1991), Benson og Latter (1998), Starrin (1997) og Jensen og Johnsen (2000) er delaktighet og samarbeid med pasienten et viktig skille på arbeidsmåte når en skal fremme helse slik Ottawa-charteret skisserer. For å mestre å leve med sykdommens ulike faser er pasientens læringprosess hovedfokus.

Det kan være mange forhold som bidrar til at forståelsen av helsefremming og forebygging glir over i hverandre. Ett forhold kan være at helsefremming og sykdomsforebygging hos noen defineres som forebygging, som i Mælands definisjon (Mæland 2002). Begrepet forebygging henleder tanken mot sykdom eller sykdomsforebygging. Sett i lys av dette er det ikke rart at informantene ikke så hensikten med å skille helsefremming og forebygging. ”Resept for et sunnere Norge” er navnet på den siste Stortingsmeldingen om folkehelsepolitikken (St.meld. nr 16: 2003-2003). Ordet resept assosieres med behandling. Folkehelsearbeidet kalles her forebyggende arbeid. Alstveit (2002) mener at helsefremming og forebygging er uklart definert i Veilederen for helsesøstre. I Rammepplan for sykepleierutdanning (Kunnskapsdepartementet 2008) kan en se det samme. Helsefremming og forebygging beskrives som om de er en enhet. I rammeplanens kapittel om pleie, omsorg og behandling er helsefremmingsbegrepet utelatt. I stedet kobles helseopplysning og forebygging sammen. Dette kan oppfattes som at helsefremming er synonymt med å gi helseopplysning. Samtidig leser sykepleierstudentene i et av de vanlige læreverkene om grunnleggende sykepleie at helse,

livskvalitet og mestring er sentrale mål i yrkesutøvelsen (Kristoffersen 2005).

Andrews (2003) problematiserer endringer i det ideologiske grunnlaget for forebyggende helsearbeid med utgangspunkt i WHO og Ottawacharteret fra 1986. Hun mener at WHO ikke har gjort skikkelig rede for helsebegrepet. Andre hevder at helsefremming i Norge fortsatt er top-downinitiert og at det er uklare grenseganger mellom helsefremming og forebygging i offentlige dokumenter. Videre påpekes det at det er uenighet mellom aktørene på ulike felt om både mål og fremgangsmåter, og at teoriutvikling er påvirket av biomedisinske forskningsmetoder (Anderssen 1997).

Intervjumaterialets uklare forståelse av helsefremming og forebygging kan ha sin bakgrunn i litteraturens vage og til dels overlappende framstilling av begrepene. For at sykepleierstudenten skal få en klarere forståelse av hva helsefremming og sykdomsforebygging er i sykepleie, må det ryddes i begrepsbruken. Det gjelder på et overordnet styringsnivå, på læreboknivå og for de konkrete utøvende leddene. Uten en forståelse av forskjeller og likheter mellom helsefremming og sykdomsforebygging, er det en fare for at helsefremming blir forvekslet med sykdomsforebygging på studentenes læringsarena. Sykdomsforebygging er viktig, men ved siden av det skal sykepleieren i følge ICN's yrkesetiske retningslinjer, også fremme helse, gjenopprette helse og lindre lidelse (Norsk sykepleierforbund 2007).

Ny forståelse – noen utfordringer

Som nevnt betyr helse ifølge Ottawacharteret mer enn fravær av sykdom, og empowermentstrategien er avgjørende (Hauge 2003). Som en følge av dette blir "den nye måten" å fremme helse på viktig (Benson og Latter 1998). Sykdomsforebygging og helse-

fremming er begge viktige funksjoner i sykepleien, men de er forskjellige.

Kjerneverdiene i de yrkesetiske retningslinjer er helhetlig omsorg, retten til medbestemmelse, respekt for iboende verdighet, barmhjertighet, omsorg, ivaretagelse av integritet og retten til ikke å bli krenket (Norsk Sykepleierforbund 2007). Dette utfordrer oss i å ta i bruk helsefremming på "den nye måten". For pasienten vil samarbeidsorientert sykepleie si at pasienten tilkjennes makt til å være delaktig. Det motsatte er å umyndiggjøre. Samtidig vil pasienter i ulik grad kunne være delaktige, samarbeide og lære. Det er pasient-situasjonen som er sykepleiers utgangspunkt for handling. Det fleste vil kunne bidra noe selv. Umyndiggjøring og paternalistiske holdninger kan oppleves som maktovergrep, og tingliggjøring av pasienten kan medføre maktesløshet (Stang 2006, Starrin 1997). Dette taler for at vi må ha et reflektert forhold til våre arbeidsmåter. "Den nye måten" kan være fornuftig, når målet er mestring, handlingskompetanse og helse.

Sykepleieteoretikerne Benner og Wrubel (2003) skriver at å fremme helse er en grunnleggende sykepleieoppgave. Når helse fremmes er pasientens opplevelse, situasjon og kontekst utgangspunkt. Hva som er viktig og betydningsfullt for pasienten skal spille med. Gjennom en dynamisk samhandlingsprosess inviteres pasienten til å delta, og i denne prosessen er sykepleier veileder (Tveiten 2007, Stang 2006).

Å invitere pasienten inn i et samarbeid gir et mangfold av muligheter. Sykepleier må bruke viten og erfaring, samt klokskap og forstand og kreativitet for å komme fram til det som er rett og godt for pasienten. Det vil si faglig skjønn (Alvsvåg 1997). Det finnes ingen oppskrift, men sykepleier veileder pasienten skritt for skritt mot måter å håndtere situasjonen på som er akseptable for begge. I fokusgruppediskusjonene var informantene inne på de etiske utfordringene ved å gi pasienten for stor råderett, fordi

dette kan bli en ansvarsfraskrivelse der faglig skjønn må vike for pasientens rett til å bestemme. En informant sier: ”*dette med empowerment har vi lenge forstått som ensidig å gjelde pasienten. Vi glemmer at vi har en kompetanse vi skal ivareta... hvor går grensen for hva vi kan tillate... nå er det blitt slik at det er pasienten som får det siste ordet...*”. Pasientens rettighet kom i et konkurranseforhold til faglig forsvarlig sykepleie. Blir det sykepleiefaglige underordnet gagnar ikke dette pasienten. Spesielt hvor pasientene har få ressurser eller har andre meninger enn sykepleieren, vil ”svak paternalisme” (Martinsen 2005) komme til anvendelse. Det handler om at samtidig som fagpersonen har kunnskap og erfaring som skal gjøres gjeldende, tar en også høyde for pasientens eget syn og oppfatning. Forstås empowerment ensidig som pasientens autonomi, kan det vanskelig forenes med faglighet, og det kan resultere i unnlattelsessynder (Martinsen 2005). Ved å forstå empowerment som en prosess (Gibson 1991), vil faglig skjønn bli justert i takt med pasientens prosess og med voksende og minkende kompetanse. Dette er avansert sykepleie og en balanserer hele tiden mellom ”ettergivenhet” og ”formynderi” som begge fører feil av sted (Martinsen 2005). Bevissthet om maktrelasjonen er avgjørende: En kan medvirke til at pasienten utvikler maktesløshet og dårlig mestring (Stang 2006, Benner og Wrubel 2003, Eldh et. al. 2004). Å motvirke dette krever fagrefleksjon der de erfarne og de mindre erfarne sykepleierne reflekterer sammen (Martinsen, 2005). Sykepleierstudenten lærer av den refleksjonen som foregår i høgskolen og i klinikken (Jonsdottir et. al. 2004). Refleksjon omkring hva forebygging, helsefremming og empowerment innebærer på studentenes læringsarenaer, kan medvirke til at studenten utvikler økt faglig bevissthet. Fordi sykepleier arbeider i et komplekst helsevesen i et komplekst samfunn, er refleksjon over maktrelasjoner mellom individer og system nødvendig. I et utdanningsforløp er det også nødvendig med

praktisk trening i helsefremmende ferdigheter (McDonald 1998).

Ulike syn på helse kan føre til ulik praktisk handling når helse fremmes. Både Martinsen (2005) og Stang (2006) hevder at det norske helsevesen og sykepleien, er influert av det biomedisinske synet på helse. Empirien viser at informantene var opptatt av sykdom og sykdomsrisiko. Behandling og til dels forebygging har en bio-medisinsk forklaringsramme (Jensen og Johnsen 2000). Noen vil mene at helsefremming i Norge også influeres av slik tenking (Anderssen 1997, Andrews 2003)

En gjennomgripende holdningsendring mot empowermentstrategi gir utfordringer. Et biomedisinsk menneskesyn og markedsøkonomi som helsevesenet er influert av, kan vanskeliggjøre helhetlig sykepleie (Stang 2006, Jonsdottir et. al. 2004). Hvilke oppgaver sykepleier har og hvordan de skal løses på ulike arenaer, kan bestemmes av et markedsstyrt helsevesen, der troen på at en kan behandle seg til et godt liv er sterk (Lian 2006). Sykepleie måles da i forhold til tellbare indikatorer for standardiserte oppgaver. Dette gir lite rom for samarbeidsorientert sykepleie, der det sykepleiefaglig skjønnet bestemmer fremgangsmåten. Pasientens læreprosess og sykepleiers arbeidsmåte er avhengig av hvordan myndigheter og institusjoner satser på tilrettelegging for læring (Jensen og Johnsen 2000). Levekår setter grenser og gir muligheter for hvilke stressorer pasienter og befolkning blir utsatt for.

Konklusjon og veien videre

Lærere og sykepleiere som veileder sykepleierstudenter i kliniske studier, uttrykker i intervju at helsefremming først og fremst er å gi helseopplysning, at sykdom og komplikasjoner er fokus og at målet er å bli frisk. Det stilles dessuten spørsmål ved om det er hensiktsmessig å skille mellom

helsefremming og forebygging. Det som kommer til uttrykk faller inn under betegnelsen ”den tradisjonelle” måten å forstå helsefremming på (Benson og Latter 1998). Det vil dermed også være denne forståelsen som i hovedsak gjør seg gjeldende på sykepleierstudentenes læringsarena som omfattes av undersøkelsen. Helsefremming etter ”den nye måten” med empowermentstrategi, er mer ukjent i sykepleie. I artikkelen argumenteres det for at helsefremming bør dreies mot ”den nye måten” å forstå helsefremming på. Dvs. helsefremming med empowermentstrategi i tråd med tenkningen i Ottawacharteret. Det gir utfordringer til alle aktørene i helsevesenet og i helsefagutdanningene. Samtidig blir det viktig å klargjøre og problematisere tenkningen og begrepsbruken i Ottawacharteret, slik flere har pekt på (Anderssen 1997, Andrews 2003). Helsefremmingsbegrepets ytelser og grenser på individnivå i helse- og omsorgsfagene bør undersøkes nærmere. Helsefremming inngår som en del av sykepleiers omsorgsfunksjon. Hvordan dette kan konkretiseres i forhold til sykepleie til ulike pasienter, bør det forskes på. Ikke minst er det viktig å få større innsikt i og å utvikle handlingskompetanse i forhold til ”den nye måten” å forstå helsefremming på.

Litteraturliste

- Alstveit M (2002) *Helsefremming som ”det lille ekstra”. En kvalitativ studie om hva helsefremming betyr for helsesøstre.* Hovedfagsoppgave i helsefag hovedfag. Universitetet i Bergen.
- Alvsvåg H (1997) *Sykepleie – mellom vitenskap og pasient.* Fagbokforlaget, Bergen.
- Anderssen N (1997) Et kritisk blikk på helsefremmingsbevegelsen. In *Kunnskap, kropp og kultur. Helsefaglige grunnlagsproblemer* (Alvsvåg H et al. red.). Ad Notam Gyldendal, Oslo pp. 325-349.
- Andreassen TE (2008) Videnskabens sande karakter: Sandhetens nødvendighet. *Tidsskrift for sygeplejeforskning*, 24, 3-12.
- Andrews T (2003) ”Nytt” ideologisk grunnlag for forebyggende helsearbeid. En diskusjon på makt og endring. *Tidsskrift for velferdsforskning*, 6, 30-42.
- Antonovsky A (2000) *Helbredets mysterium: at tåle stress og forblive rask.* Amnon Lev- Hans Reitzel Forlag, København.
- Benner P & Wrubel J (2003) *Omsorgens betydning i sykepleie. Stress og mestring ved sundhet og sykdom.* Munksgaard, København.
- Benson A & Latter S (1998) Implementing health promotion nursing: the integration of interpersonal skills and health promotion. *Journal of Advanced Nursing* 27, 100-107.
- Eldh AC, Ehnfors M & Ekman I (2003) The phenomena of participation and non-participation in health care - experiences of patients attending a nurse-led clinic for chronic heart failure. Sweden. *European Journal of Cardiovascular Nursing* 3, 239-246.
- Fog J (2004) Med samtalen som utgangspunkt. Det kvalitative forskningsintervjuet. Akademisk Forlag, København.
- Gammersvik Å (2006) *Den helsefremmende sykepleierfunksjonen i daglig arbeid og kompetansebygging av denne i sykepleierutdanningen.* Mastergradsoppgave i helsefremmende arbeid og helsepsykologi. Universitetet i Bergen.
- Gibson CH (1991) A concept analysis of empowerment. *Journal of Advanced nursing* 16, 354-361.
- Halkier B (2002) *Fokusgrupper.* Samfundslitteratur & Roskilde, Universitetsforlaget.
- Hauge H (2003) *Hvordan kan samfunnsvitenskap bidra til helsefremmende arbeid? In Helsefremmende arbeid i en brytningstid.* Fra monolog til dialog

- (Hauge H & Mittelmark M red).
Fagbokforlaget, Bergen.
- Jensen TB & Johnsen TJ (2000)
Sundhetsfremme i teori og praksis. En lære-, debat- og bruksbok på grunnlag af teori og praksisbeskrivelser. Forlaget Philosophia, Århus.
- Jonsdottir H, Litchfield M & Dexheimer Pharris M (2004) The relational core of nursing practice as partnership. *Journal of Advanced Nursing* 47, 241-249.
- Kristoffersen NJ (2005) Sykepleierens oppgaver og ansvar i helsetjenesten. In *Grunnleggende Sykepleie* (Kristoffersen NJ, Nortvedt F & Skaug EA red.). Gyldendal Akademisk, Oslo.
- Krueger RA (1994) *Focus Groups. A Practical Guide for Applied Research*. Sage, London.
- Kunnskapsdepartementet (2008) *Rammeplan for sykepleierutdanning: fastsatt 25. januar 2008*. Kunnskapsdepartementet, Oslo.
- Kvale S (1997) *Det kvalitative forskningsintervjuet*. Gyldendal Norsk Forlag, Oslo.
- Lian O (2006) Den moderne eos-myten om mediakalisering som modernitetsfenomen. *Sosiologisk tidsskrift* 14, 63-87.
- Martinsen K (2005) *Samtalen, skjønnnet og evidensen*. Akribe Forlag, Oslo.
- McDonald E (1998) The role of Project 2000 educated nurses in health promotion within the hospital setting. *Nurse Education Today* 18, 213-220.
- Mæland J. G (2002) *Forebyggende helsearbeid – i teori og praksis*. Tano Aschehoug, Oslo.
- Norsk Sykepleierforbund (2007) *ICN's yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Norsk Sykepleierforbund, Oslo.
- Naidoo J & Wills J (2000) *Health Promotion. Foundation for Practice*, 2nd edn. Baillière Tindall, London.
- Stortingsmelding nr 16 (2002-2003) *Resept for et sunnere Norge: folkehelsepolitikken*. Helsedepartementet, Oslo.
- Stang I (2006) *Makt og bemyndigelse – om å ta pasient- og brukermedvirkning på alvor*. Universitetsforlaget, Oslo.
- Starrin B (1997) *Empowerment som tankemodell. In Frigörande kraft. Empowerment som modell i skola, omsorg och arbetsliv* (Forsberg E & Starrin B red.). Gothia, Stockholm, pp. 9-33.
- Tveiten S (2007) *Den vet best hvor skoen trykker -: om veiledning i empowermentprosessen*. Fagbokforlaget, Bergen.
- World Health Organization (1986) *Charter for health promotion*. Available at: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/index.html> (accessed 18 May 2008)