



**Diakonissehjemmets
Høgskole**



**Diakonissehjemmets høgskole
Ulrisdal 10
5009 Bergen**

2005

ISSN 0809-7070

ISBN 82-7928-078-2

SAMMENDRAG

1.0	INTRODUKSJON	4
1.1	<i>Bakgrunn</i>	4
1.2	<i>Presisering om å fremme helse og forebygge sykdom</i>	5
1.3	<i>Avgrensning, hensikt og problemstillinger</i>	6
1.4	<i>Tidligere forskning om temaet</i>	7
2.0	TEORETISK REFERANSERAMME	8
2.1	<i>Helsefremmende arbeid</i>	8
2.2	<i>Forebyggende arbeid</i>	9
2.3	<i>Den helsefremmende og forebyggende funksjonen i sykepleiefaget</i>	10
3.0	METODE	
3.1	<i>Design</i>	10
3.2	<i>Utvalg</i>	11
3.3	<i>Datainnsamling</i>	11
3.4	<i>Kort om analyse</i>	12
4.0	HVILKEN PLESS HAR DET HELSEFREMMEDE OG FOREBYGGENDE ARBEID I SYKEPLEIYRKET?	13
4.1	<i>Hvilke oppgaver utfører sykepleierne generelt og hvilke plass har helsefremmende og forebyggende arbeid?</i>	13
4.2	<i>Er det sammenheng mellom utdanningssted og utføring av helsefremmende og forebyggende arbeid</i>	15
4.3	<i>Er det forskjell mellom arbeidsarena og i hvor stor grad sykepleiere utfører helsefremmende og forebyggende arbeid</i>	17
4.4	<i>Hvorfor er det noen som ikke utfører helsefremmende og forebyggende arbeid?</i>	19
4.5	<i>Hvordan rengerer av sykepleiernes egen trivsel med ulike arbeidsoppgaver</i>	19
5.0	NOEN REFLEKSJONER	21
6.0	AVSLUTNING med konklusjon	22

LITTERATURLISTE

SAMMENDRAG

Dette FOU prosjektet omhandler helsefremmende og forebyggende arbeid i sykepleiefaget og hvilken rolle sykepleieutdanningen og arbeidsarenaer har i forhold til utføring og trivsel med denne sykepleiefunksjonen. Bakgrunnen er forskningsprosjektet "Yrkesløp og yrkesverdier" i regi av Helse Vest og Diakonissehjemmets Høgskole (Førland 2000 og 2003). Data fra 590 sykepleiere utdannet vår 2000 har svart på et omfattende spørreskjema. To spørsmål om helsefremmende og forebyggende arbeid og sykepleiernes svar er brukt i dette prosjektet.

Det viser seg at 6 av 10 utfører den helsefremmende og forebyggende funksjonen hver dag eller som oftest når de er på jobb. Dette betraktes som en vanlig oppgave som sykepleierne er bevisst på og opptatt av. Det er forskjell på hvor ofte sykepleiere utfører helsefremmende og forebyggende arbeid sett i relasjon til hvilken høgskole de er utdannet ved. Det kan diskuteres om dette har med holdninger hos lærere, valg av litteratur, systematisk tilrettelegging for helsefremming og forebygging i studiet å gjøre. Det kan også handle om praksisstudiets vektlegging av disse funksjonene. Sykepleiere som arbeider i psykiatrisk sykehus og i hjemmesykepleien utfører oftest disse funksjonene. De som arbeider i sykehjem og i somatiske sykehus utfører sjeldnest helsefremming og forebygging. Dette kan ha sammenheng med sykepleierollen og pasientrollen, og med hvilke verdier og praksis som er rådende på gjeldende arena. Noen sykepleiere utfører sjelden eller aldri helsefremmende og forebyggende oppgaver. En kan undre seg over om dette har bakgrunn i kunnskapsmangel, manglende bevissthet i forhold til denne funksjonen eller forvirring om begrepene helsefremming og forebygging. Det kan også tenkes at sykepleiere definerer helsefremmende oppgaver under en annen funksjon eksempelvis den undervisende funksjon. Sykepleiere trives middels med helsefremmende og forebyggende arbeid. Den funksjonen de trives best med, utfører oftest og dermed er mest opptatt med er medisinsk behandlerfunksjon. Dette gjelder alle arbeidsarenaer. En kan spørre seg om behandlingsfunksjonen har overtatt for pleie- og omsorgsfunksjonen i sykepleiefaget.

Etter mitt syn skal sykepleier både forebygge og fremme helse på alle arbeidsarenaer. Sykepleiefaget bør drøftes i forhold til veivalg mht funksjonsområder (Valset, 2005). Skal sykepleierne ha fokus på behandlerfunksjonen i så stor grad som de har og forvalte ekspertrollen? Eller skal sykepleieren også ha en mer veiledende funksjon? Når brukeren/pasienten i større grad skal ha medansvar for egen helse, må han gies større myndighet. Utdanningen har et ansvar for å delta i å øke bevisstheten om den helsefremmende og forebyggende funksjonen i sykepleiefaget der bemyndigelse/brukermedvirkning på individplan er sentral.

1.0 INTRODUKSJON

1.1 Bakgrunn

Men dette FOU- arbeidet ønsker jeg å rette oppmerksomheten mot sykepleiere og i hvilken grad disse utfører og trives med helsefremmende og forebyggende arbeid. Tradisjonelt har helsesøster tatt størst del i det helsefremmende og forebyggende arbeidet, og da rettet mot den friske befolkning. Forebygging i sykepleiefaget er fra gammelt av velkjent. God hygiene brukes eksempelvis for å forebygge infeksjoner og aktivisering av pasienter hindrer utvikling av sengeleiekomplikasjoner. Allerede under Krimkrigen arbeidet Florence Nightingale med å forebygge infeksjonssykdommer hos skadde soldater (Kristoffersen, Nortvedt og Skaug, 2005).

I sykepleieutdanninger er helsefremmende og forebyggende arbeid ofte lagt til egne moduler der samfunnsperspektivet og helsesøsters arbeid er i fokus. Helsefremming og forebygging er altså skilt ut som spesialistsykepleiers ansvar og kan oppfattes om en perifer oppgave for sykepleiere som arbeider med syke.

Sykepleiere har gode kunnskaper om sykdomsprosesser, hva som utvikler disse og relevante behandlingsmuligheter. De har også kunnskap om hva som påvirker helsen. Rammepaner for sykepleieutdanningen (fra 1987, 2000 og 2004), sier at helsefremmende og forebyggende arbeid er sentralt i sykepleiefaget og er en del av yrkesgrunnlaget. I forhold til helsefremmende arbeid nevnes styrking av positive faktorer hos individet eller i miljøet. Sykepleiere skal også ha kunnskap om risikofaktorer av individuell og/eller miljømessig karakter og ha innsikt i tiltak for å fremme helse og forebygge sykdom både i spesialisthelsetjenesten, kommunehelsetjenesten og i lokalmiljøet. Sykepleiere møter mennesker i alle livsfaser og på ulike avdelinger både i og utenfor institusjoner. Muligheter til å fremme helse og forebygge sykdom er derfor i høy grad til stede (Kristoffersen, Nortvedt og Skaug, 2005). Sykepleieren møter pasienten først og fremst på individnivå. Ved forståelse for hvilken betydning miljøet har for pasienten, kan sykepleieren indirekte fremme helse og forebygge sykdom i forhold til pasientens omgivelser, altså på systemnivå. Eksempelvis kan en hjertepasient veiledes og støttes til røykeslutt individuelt, gjennom røykfrie sykehus og ved å inkludere pårørende i pasientens røykeavvenningsprosess.

Noe av bakgrunnen for valg av tema er at jeg har fått tilbud om å bruke noen data fra forskningsprosjektet "Yrkesløp og yrkesverdier" i regi av Helse Vest og Diakonissehjemmets høgskole (Førland 2003, Alvsvåg og Førland 2004). Dette prosjektet som Oddvar Førland står

ansvarlig for, undersøker nyutdannede sykepleieres erfaringer i møte med sykepleieryrket. Utvalget består av 590 sykepleiere utdannet vår 2000 ved alle sykepleiehøgskoler i Hordaland, Rogaland og Sogn og Fjordane. Disse har svart på et omfattende spørreskjema. Det foreligger data ett år og 3 1/2 år etter endt utdanning. Tilfredshet med sykepleieutdanningen sett i forhold til de oppgaver som yrkeslivet krever, opplæring på nytt arbeidssted, yrkestilknytning, arbeidsmiljø, arbeidsbelastninger, jobbtilfredshet, arbeidsoppgaver på ulike arbeidsarenaer, yrkesverdier og yrkeserfaringer er noe av det som etterspørres. Hensikten er mellom annet å kartlegge for å kvalitetssikre utdanningen og fremskaffe data som kan bidra til å belyse sykepleiernes yrkesløp, yrkesverdier og arbeidssituasjon.

1.2 Presisering om å fremme helse og forebygge sykdom

Begrepet helsefremming er definert av WHO i Ottawacharteret som ”den prosess som gjør folk i stand til å bedre eller bevare sin helse” (Mæland, 2002). På det individuelle nivået vil det si å gjøre pasienten delaktig og medansvarlig når det gjelder å bli frisk og oppnå god helse. Pasienten skal trekkes inn i beslutningsprosesser og støttes i hensiktsmessige valg. I helsefremmende terminologi heter dette empowerment/bemyndigelse eller brukermedvirkning på individnivå. Det betyr at sykepleier må møte pasienten med respekt og invitere til samarbeid. Sykepleierollen blir omgjort fra ekspertrolle til å få en mer veiledende funksjon.

I forebygging derimot er tilnærmingen problemorientert. Helse vil her være definert som fravær av sykdom (Espnes og Smedlund, 2002). Sykepleier skal da forhindre sykdom, at sykdom forverres eller at komplikasjoner og skader oppstår. Fokus rettes i forebygging mot sykdommen, mens i helsefremming rettes fokus mot pasientens mestring og livskvalitet. God mestring indikerer bedre helse. Å fremme helse og forebygge sykdom er komplementære tilnærminger, og skjer ofte samtidig i en sykepleie-pasientrelasjon. Eksempelvis når en pasient har en fysisk sykdom er sykepleiers oppgaver rettet mot behandling og forebygging i forhold til sykdommen. Dette er forebygging. Samtidig er oppgaven å veilede pasienten i prosesser der han etter hvert opplever mestring og ansvar for den livssituasjonen sykdommen medfører, slik at livskvalitet fremmes på sikt. Dette er helsefremming på individplan.

Begrepene helsefremming og forebygging kan begrepsmessig virke forvirrende. Mæland (2002) skiller ikke disse tydelig fra hverandre, mens WHO har et tydelig skille (Espnes og Smedlund, 2002). Rammeplanene for sykepleieutdanningen skiller heller ikke disse tydelig (Rammeplan fra 1987, 2000). Begrepene ramses opp i samme setning, som om de er en enhet og står for det

samme. Jeg antar at disse to begrepene kan fremstå som en enhet også for de nyutdannede sykepleierne. I dette prosjektet skiller jeg heller ikke begrepene.

I følge sentrale føringer skal helsefremming og forebygging ha større plass i helsetjenesten generelt (St. meld. 37:1992-1993 og St. meld 16: 2002-2003). Mæland hevder at forebygging har svak plass i helsefaglige utdanninger og at helsearbeidere ikke ser dette som en sentral oppgave (Mæland, 2002). Jeg har interesse av å finne ut av om sykepleiere ser helsefremming og forebygging som viktige og sentrale oppgaver og om det er samsvar mellom sentrale føringer og det som skjer i forhold til satsningen på denne funksjonen. Jeg er også interessert i om sykepleiere som er utdannet ved de ulike høgskoler angir ulik praksis i forhold til helsefremmende og forebyggende arbeid.

1.4 Avgrensning, hensikt med prosjektet og problemstillinger

Jeg ønsker å se nærmere på sykepleiefunksjonen helsefremming og forebygging. I spørreskjemaspørsmålene som er utgangspunktet for min analyse er det ikke skilt mellom helsefremming og forebygging, slik heller ikke Mæland (2002) gjør.

Hensikten med dette prosjektet er å kartlegge sykepleieres opptatthet og fokus på helsefremmende og forebyggende arbeid sett i relasjon til bakgrunnsvariabler som nåværende arbeidssituasjon. Jeg ønsker å få en oversikt over denne funksjonen i forhold til andre funksjoner i sykepleieyrket. Jeg ønsker også å se om det kan antydes en sammenheng mellom utføring av helsefremmende og forebyggende arbeid etter hvilken utdanningsinstitusjon sykepleierne er utdannet eller hvor de arbeider.

I et annet prosjekt (Gammersvik, nr 4/2005) har jeg gjennomført en analyse av fagplaner for sykepleierutdanninger gjeldende for de sykepleierne som gikk ut i 2000. Hensikten i det prosjektet var å finne ut om en kan antyde sammenheng mellom utdanningsprogram og forankring av helsefremmende og forebyggende arbeid i sykepleiepraksis.

Jeg ønsker å bidra til økt bevissthet hos utdanningsinstitusjoner om den helsefremmende og forebyggende funksjonen i yrket, og hvordan en kan tilrettelegge for dette temaet i undervisningsprogrammene.

Problemstillinger

For å en større oversikt over utføring av den forebyggende og helsefremmende sykepleiefunksjon ble følgende problemstillinger formulert:

1. Hvor ofte utfører sykepleiere helsefremmende og forebyggende helsearbeid og hvordan trives de med denne arbeidsoppgaven?
2. Er det er sammenheng mellom utdanningssted og arbeidsarena, hvor ofte de utfører helsefremmende og forebyggende arbeid, samt rangering av trivsel med arbeidsoppgavene?

1.5 Tidligere forskning om temaet

Det er gjort mye forskning på helsefremmende og forebyggende arbeid i sykepleiefaget og i medisinske fag eksempelvis innen mentalhygiene, krisemestring, sykehushygiene, sykdomsforebygging, epidemiolog og genforskning for å nevne de mest sentrale. Det er imidlertid vanskelig å skille den helsefremmende og forebyggende funksjonen i sykepleiefaget fra andre arbeidsoppgaver her, omsorgstiltak, hygienetiltak, pedagogisk funksjon, helseopplysning og veiledning har innvevd elementer av strategier fra helsefremmende eller forebyggende arbeid (Haugstett 2002 og Ravnstad 2003).

Benson og Latter (1998) som er tilknyttet Nightingale Institute i London, har gjort en kvalitativ studie om helsefremmende sykepleie om integrering av mellommenneskelig kompetanse og helsefremming. De kommer frem til at det er et filosofisk skifte mellom to former for helsefremming på individnivå: den tradisjonelle og den nye. Den tradisjonelle var autoritær og dirigerende, der var sykepleierne eksperten. Denne hadde fokus på å gi råd. Den nye var klientsentrert og preget av samarbeid og empowerment/brukermedvirkning. Forfatterne hevder at sykepleierne fremdeles har den tradisjonelle tilnærmingen i stor grad. De mener at den nye formen for helsefremming gir store utfordringer til sykepleieutdanningen og praksisfeltet, og at utdanningsprogrammene må integrere kunnskap, ferdigheter og holdninger i forhold til empowerment/brukermedvirkning. Utfordringen blir også at konflikter kan oppstå med den dominerende medisinske ideologi, som representerer en naturvitenskapelig tilnærming. Samtidig vil sykepleierrollen endres.

Sjögren, Poskiparta, Liimatainen og Kettunen (2003) fra Finland har gjort en dokumentanalyse av pensumlitteratur ved to sykepleiehøgskoler. I undersøkelsen fant de at litteratur om "den nye" tilnærmingen med empowerment ikke var inkludert i pensum. De drøfter utfordringen med å finne pensum om temaet og om hvordan en kan lære helsefremming og empowerment i sykepleiestudiet

rent metodisk. Lærerne har forskjellige undervisningsområder som de prioriterer, slik at det kunne bli konflikter om hvilke litteratur som skal brukes. Ikke alle hadde forståelsen for at helsefremming og empowerment skal inn i alle modulene som en generell tilnæringsmåte. Utvikling av en felles forståelse og holdning i lærerkollegiet var nødvendig for å påvirke studentenes holdning.

McDonald (1998) har evaluert et utdanningsprosjekt i Skottland, Project 2000. Hun intervjuet to sykepleiegrupper: en gruppe med vanlig utdanning og en som hadde hatt et spesielt opplegg der helsefremming var vektlagt. Dette var sykepleiere som arbeidet i sykehus med syke mennesker. Hun fant at sykepleiere utdannet etter Project 2000 hadde et mye videre og et mer holistisk syn på helse enn de andre. De inkluderte ikke bare fysisk velvære og fravær av sykdom, men også psykososiale faktorer som uavhengighet, omstendigheter hjemme og utvikling av selvfølelsen i helsebegrepet. For å fremme helse var kommunikasjonsferdigheter viktig. De vektla også å forhandle med pasienten, å involvere både pasienten og de signifikante andre i prosessen, empowerment og delaktighet. Viktige funn var at selv om teoretisk forberedelse i å fremme helse var tilstede i utdanningen, ble ikke helsefremmende ferdigheten utviklet før dette var trent på i praksisstudier. Her hadde praksisveilederes og lærernes holdning og ferdigheter stor betydning. Det var også viktig at teori om helsefremming ble gjort eksplisitt i pensum.

Solfrid Vatne (1998) har gjort kvalitative studier i psykiatriske institusjoner. Hun sier at brukermedvirkning på individnivå må først og fremst rettes mot samspillet mellom behandler og bruker. Hjelperelasjonen må endres fra motspill til samspill pga av kritikken mot dagens helsevesenet. Kritikken har gått på en rekke ting: informasjonsgjerrighet, dårlig ivaretagelse av pasientens rettigheter, at hjelperen tar monopol på pasientproblemene, at medvirkning blir brukt som et behandlingstriks, at tilgjengeligheten er for dårlig, tvetydighet i samhandlingen og krenkende og pasifiserende systemer.

2.0 TEORETISK REFERANSERAMME

I det følgende vil jeg kort presentere hvilken teori eller fagområder helsefremming og forebygging støtter seg på, og relatere dette til sykepleierfaget.

2.1 *Helsefremmende arbeid*

Den ideologiske bakgrunnen for helsefremmende arbeid har sitt opphav i frigjøringsbevegelser, demokratisk, kritisk og feministisk teori (Stang i Hauge og Mittelmark, 2003). Helsefremmende ideologi støtter seg derfor til flere fagområder. Målet er å motvirke undertrykking, diskriminering, umyndiggjøring, objektivisering og tingliggjøring. Individet selv skal i størst mulig grad råde over sitt eget liv og gies muligheter til å bruke sine ressurser.

Aaron Antonovsky (2000) salutogenetiske teori fra 1979, kan klargjøre tenkningen bak helsefremming. Salutogenese betyr faktorer som fremmer helse. Han var opptatt av hva som er årsaken til at folk opprettholdt sin helse i stedet for hva som gjorde dem syke. Han fant tre hovedfaktorer som fremmet helse: at situasjonen individet er i var forståelig, meningsfull og håndterbar. Individets opplevelse av sammenheng i tilværelsen kalt SOC, ble styrket ved at disse tre faktorene var oppfylt. Barndommens sosialisering er medbestemmende for hvordan en persons generelle motstandskraft utvikles. Stor grad av SOC (sence of coherence) indikerer bedre helse, og de som har det vil i større grad enn andre velge en livsstil som fremmer helsen. Valget av hensiktsmessige mestringsstrategier vil påvirke helsen positivt. Hans tanker blir regnet som et skifte fra forebygging av sykdommer mot den nye tenkningen, der fremming av helse er fokus. Sykepleiers oppgave blir i en slik sammenheng å veilede pasienter til økt SOC og mestring.

Utgangspunktet for den helsefremmende bevegelsen var en økende bevissthet internasjonalt om behovet for å fremme helse. Ottawacharteret fra 1986 uttrykker et positivt og holistisk syn på helse og er i følge (Mæland, 2002) ”grunnloven” i helsefremmende arbeid. Helse er en tilstand av fysisk og psykisk velvære, og å fremme helse blir fremhevet som et kollektivt ansvar (WHO’s Department of Health Promotion, 1998: Ottawacharteret). Å bygge opp en helsefremmende politikk, skape støttende miljø og styrke lokalsamfunnets muligheter for kontroll over egen framtid var noen strategier i ”grunnloven”. Å utvikle personlige ferdigheter som setter folk i stand til å gjøre valg som fremmer helsen og å reorientere helsetjenesten mot helsefremmende og forebyggende arbeid, var også innsatsområder i Ottawacharteret (Mæland, 2002). I dette prosjektet er det de to siste funksjonene jeg er spesielt opptatt av.

Norge har sluttet seg til dette charteret. Norges myndigheter behandler helsefremming og forebygging i mellom annet i St. meld. Nr. 37, (1992-93): utfordringer i helsefremmende og forebyggende arbeid, Nou nr 1998:18:Det er bruk for alle og i St. meld. Nr 16 (2002-2003): Resept for et sunnere Norge. Disse fremhever helsearbeideres ansvar i forhold til å bidra i arbeidet med å fremme helse og forebygge sykdom.

2.2 Forebyggende arbeid

Utgangspunktet for forebygging er en naturvitenskapelig tilnærming (Mæland, 2002). En mener at det finnes objektiv sykdom som en skal enten forhindre blir utviklet (primærforebygging), en skal forhindre komplikasjoner ved allerede oppstått sykdom (sekundær forebygging) eller en skal forhindre skade eller lyte etter en gjennomgått sykdom (tertiær forebygging). Ulike typer sykdommer kan forebygges ut fra årsakssammenhenger og kunnskaper om hvilke faktorer som kan påvirke sykdomsutvikling (Mæland 2002). Sykdom kan påvirkes i et samfunns-, gruppe- eller individperspektiv. For sykepleiere vil det vesentlig berøre forebygging i et individperspektiv.

2.3 Den helsefremmende og forebyggende funksjonen i sykepleiefaget

Kristoffersen, Nortvedt og Skaug (2005) omtaler sykepleie som fag og yrke. Sykepleie er beskrevet forskjellig av ulike sykepleieteoretikere. De vektlegger ulike sider ved sykepleiefaget. Fellestrekk er pasienten og hans helsetilstand og at sykepleieren har som sentrale mål pasientens helse, livskvalitet og mestring. Omsorg er et annet felles trekk. Verdier og fagkunnskap er integrert i utøvelsen av faget og i samhandling med pasienten. Respekt, barmhjertighet, ivaretagelse av pasientens integritet, retten til å være medbesluttende og retten til ikke å bli krenket er bærende verdier (Yrkesetiske retningslinjer 2001). Fagets funksjoner beskriver den konkrete utøvelsen av de praktiske handlingene. Disse er følgende: Den helsefremmende og forebyggende -, den behandlende-, den lindrende-, den rehabiliterende-, den undervisende-, den administrative- og den fagutviklende funksjon (Kristoffersen, Nortvedt og Skaug, 2005). Den helsefremmende og forebyggende funksjonen er rettet både mot friske og syke. All god sykepleie omfatter helsefremmende og forebyggende tiltak. Sykepleien i praksis er en integrert helhet, selv om vi analytisk kan splitte den opp i ulike funksjonsområder. Tid, sted og situasjon bestemmer hvilken eller hvilke funksjoner som er mest fremtredende.

3.0 METODE

Jeg vil her presentere design, utvalg, datainnsamling og analysearbeidet jeg har gjort i FOU prosjektet. Hensikten med prosjektet er å få en større innsikt i hvilken utstrekning helsefremmende og forebyggende funksjoner blir vektlagt i sykepleieryrket og om det kan antydes noen sammenheng mellom utførelse og arbeidsarena/utdanningssted som sykepleieren har sin utdanning fra eller hvor de nå arbeider.

3.1 Design

Forskningsprosjektet "Yrkesløp og yrkesverdier" i regi av Helse Vest og Diakonissehjemmets høgskole, som jeg har hentet data fra, er en longitudinell prospektiv kohortstudie, der utvalget følges over et tidsperspektiv på 6 år (Førland 2003). Mitt FOU prosjekt er en tverrsnittstudie, da jeg bare har brukt svar fra spørreundersøkelsen 3 ½ år etter endt utdanning (Ringdal, 2001). Foruten bakgrunnsvariabler som kjønn, alder og stillingskategori, brukte jeg svarene der den helsefremmende og forebyggende funksjonen kommer fram eller sees i sammenheng med andre funksjoner. Disse spørsmålene har faste svarkategorier, og prosjektet har derfor en kvantitativ tilnærming. Under datainnsamling (kap. 3.3) er spørsmålene presentert.

3.2 Utvalg

Utvalget i prosjektet bestod av alle ferdigutdannede sykepleiere i år 2000 i Helse Vest sitt område (590 sykepleiere). Følgende høgskoler deltok: Høgskolen i Bergen, Høgskolen i Stavanger, Diakonissehjemmets høgskole, Høgskolen Stord/Haugesund avdeling Stord, Høgskolen Stord/Haugesund avdeling Haugesund og Betanien Sykepleiehøgskole. Svarprosenten var 58 %.

Utvalget som jeg brukte i mitt FOU- prosjekt omfatter altså alle sykepleiere vel 3 år etter endt utdanning og er representative for de spørsmål jeg stiller i min studie. De er strategisk valgt slik fordi problemstillingene ikke kan besvares med andre utvalg enn de som er av interesse for problemstillingen (Magnus og Bakketeig, 2003). Etter 3 år har mange sykepleiere endret arbeidsplass. Utvalget er trukket etter hvilken høgskole de har gått på, og i spørreskjemaet er arbeidsarena etterspurt. Jeg har ikke tatt hensyn til hvor de geografisk jobber, selv om det også finnes data på det. Ved spørreundersøkelsens tidspunkt var det avgitt følgende antall svar fra utvalget: 168 svar fra sykepleiere med arbeidsarena sykehus, 71 svar fra sykepleiere med arbeidsarena sykehjem, 49 svar fra sykepleiere med arbeidsarena hjemmesykepleie og 54 representerer svar fra sykepleiere fra andre arbeidsarenaer.

Deltakerne i dette FOU- prosjektet utgjør et utvalg på 343 av hele populasjonen på 590, som består av alle sykepleiere som ble ferdig utdannet år 2000 fra sykepleierutdanninger i Vestlandsregionen. De ble utdannet etter den samme rammeplanen (Rammeplan av 1987). Dette kan åpne for at funnene i prosjektet kan generaliseres til totalpopulasjonen.

3.3 Datainnsamling

Spørreskjemaet ble sendt ut i posten til alle i utvalget med svarfrist og frankert returkonvolutt. For å øke svarprosenten ble respondenten purret en gang. Sammen med spørreskjemaet fulgte også informasjon om studiens hensikt og om frivillighet til å delta. Helse Vest var arbeidsgiveren til mange sykepleierne i undersøkelsen. Denne nærheten kan være en motiverende faktor for at respondentene ønsket å delta.

I spørreskjemaet var det lagt inn instruksjon foran spørsmålene. En entydig instruksjon er viktig for at respondentene skal forstå spørsmålene på mest mulig lik måte og slik at svarene blir sammenlignbare (Mordal, 1989). Jeg bruker en annen forskers data, slik at det er instruksjonen og forståelsen til denne forskeren som ligger i spørreskjemaet. Hovedgrunnene til at jeg har valgt å behandle helsefremming og forebygging som en enhet i dette prosjektet, er at i spørreskjemaet og i spørsmålsformuleringen fremstilles disse som en enhet.

Følgende spørsmål ble brukt fra Førlands (2003) spørreskjema: Hvor ofte utfører du følgende arbeidsoppgaver (arbeidsoppgavene er oppramset)? Svarkategorier er Hver gang jeg er på jobb, Ikke hver gang, men Som oftest, Noen ganger, Sjelden og Aldri. De ble så bedt om å svare på: Hvilke av disse arbeidsoppgavene trives du best med? Ranger hvilke av disse arbeidsoppgavene du trives best med ved å bruke tallverdier, der 1 angir høyest prioritet og 7 lavest. Arbeidsoppgavene de skulle rangere var: Arbeidsarenaene var sykehjem, sykehus, hjemmesykepleien og andre. Arbeidsoppgavene var vask og stell av pasient, medisinsk behandlerfunksjon, helsefremmende og forebyggende arbeid, administrasjon/koordinering, undervisning/veiledning, psykososial støttefunksjon og fagutvikling.

De uavhengige variablene i de to spørsmålene jeg valgte ut fra Førlands studie (2000) er høgskole, arbeidsarena og arbeidsoppgaver.

De avhengige variablene (de som er et resultat av påvirkningen) jeg valgte ut for å få svar på problemstillingene handler om frekvens av utførelse og rangering av arbeidsoppgaver relatert til eget utdanningssted og arbeidsarena. Målenivå er på nominalt og ordinalt nivå. I tillegg bruker jeg demografisk informasjon som alder og stillingsbetegnelse. Hvert spørsmål har flere svarkategorier.

3.4 Kort om analyse

Dataanalysen ble primært foretatt ved hjelp av statistikkprogrammet SPSS (Statistical Package for the Social Sciences), (Ringdal, 2001). Rådata ble kodet om og lagt inn i en datamatrise i elektronisk form. Tallene og verdiene er satt opp i ulike tabeller (tabellanalyser) og i en grafisk fremstilling for å visualisere verdiene. Dette gjør tolkning av datamaterialet lettere og muliggjør at en finner svar på problemstillingene.

Ved å bruke sykepleiernes svar på de to spørsmålene om hvor ofte de utfører ulike oppgaver og hvordan de rangerer trivselen av disse i en analyse, har jeg prøvd å finne svar på hvordan sykepleierne trives med helsefremmende og forebyggende arbeid.

4.0 HVILKEN Plass HAR DET HELSEFREMMEDE OG FOREBYGGENDE ARBEID I SYKEPLEIEYRKET?

Jeg har sett på den helsefremmende og forebyggende sykepleiefunksjonen i relasjon til de andre sykepleiefunksjonene. I det følgende presenterer jeg hvor ofte sykepleierne utfører de ulike oppgaver sammenlignet med helsefremmende og forebyggende oppgaver. Deretter relaterer jeg funnene til utdanningssted og arbeidsarena. Til slutt presenterer jeg hvordan sykepleierne rangerer helsefremming og forebygging i relasjon til andre oppgaver. Under hvert avsnitt drøfter jeg funnene. For å få et sammenlignbart mål ser jeg på prosentfordeling fordi antallet i utvalgene fra høgskolene og antall som arbeider ved de ulike arbeidsarenaene er forskjellig.

4.1 *Hvilke oppgaver utfører sykepleiere generelt og hvilken plass har helsefremmende og forebyggende arbeid?*

I tabellen under vises hvilke arbeidsoppgaver sykepleierne i utvalget utfører uansett hvilke arbeidsarena de har.

Tabell 1: Hvor ofte utføres bestemte arbeidsoppgaver? Svar i prosent.

	Hver gang jeg er på jobb eller som oftest	Noen ganger	Sjelden eller aldri
Medisinsk behandlerfunksjon	89	6	4
Psykososial støttefunksjon	73	23	4
Vask og stell av pasient	67	11	21
Helsefr.og forebyggende funksjon	60	27	14
Administrasjon/koordinering	60	28	11
Undervisning/veiledning	39	45	16
Arbeid med fagutvikling	18	39	43

6 av 10 utfører den helsefremmende og forebyggende funksjonen hver dag eller som oftest når de er på jobb. Dette må da betraktes som en vanlig oppgave, som sykepleierne er bevisst og opptatt av.

Den medisinske behandlerfunksjon er den funksjonen eller den oppgaven som utføres hyppigst. 9 av 10 utfører denne oppgaven hver gang de var på jobb eller som oftest. Dette er en arbeidsoppgave som sykepleierne utfører svært ofte, er bevisst og opptatt av. Deretter kommer den psykososiale behandlerfunksjonen og vask og stell av pasient, som 7 av 10 utfører hver gang eller som oftest de er på jobb.

Mange helsefremmende og forebyggende oppgaver ligger skjult i andre oppgaver. Funnene kan derfor ikke si noe absolutt om den helsefremmende og forebyggende funksjonen. Vask og stell av pasient er en slik oppgave. I et stell vil sykepleier blande mange funksjoner eksempelvis gi kroppspleie, samtale, gi støtte, gi informasjon, hjelpe og stimulere pasienten til å mestre sykdom, og forebygge sengeleiekomplikasjoner (Kristoffersen, Nordtvedt og Skaug, 2005). Sykepleier vil observere pasientens psykiske og fysiske tilstand, effekt av tiltak og behandling, aktivitet og trivsel. Sykepleier vil agere i forhold til alt dette. Det er derfor vanskelig å sammenligne hvor mye som gjøres for å fremme helse og forebygge sykdom og det er vanskelig å vite om sykepleierne svarer bevisst på enten det ene eller det andre. En kan på samme måte tenke seg at i behandlerfunksjonen ligger en del forebyggende helsearbeid. Helseopplysning er en helsefremmende og forebyggende oppgave og som ofte er lagt til funksjonen undervisning og veiledning. I denne undersøkelsen kan en derfor ikke få eksakte svar på hvor mye av de ulike oppgavene som utføres, bare en generell oversikt over hvor ofte oppgavene blir utført.

En kan stille seg undrende til om sykepleiere er oppmerksom på i hvor stor grad de utfører helsefremmende og forebyggende arbeid. Når en slik funksjon ligger skjult i andre arbeidsoppgaver vil det også være vanskelig å dokumentere og synliggjøre i hvor stor grad sykepleiere utfører helsefremmende og forebyggende arbeid. Sykepleiere kan bli beskyldt for å være for lite opptatt av dette, og dermed ikke følge de sentrale retningslinjer som er gitt. Bevisstheten om helsefremming og forebygging kan også mangle hos arbeidsgiveren eller i utdanningen av samme grunn. I samhandling og i diskusjoner med andre yrkesgrupper som definerer helsefremming tydeligere, vil det gjøre sykepleierens helsefremmende og forebyggende funksjon usynlig.

Behandlingsfunksjonen har størst plass, og kan være et uttrykk for at denne har overtatt for pleie- og omsorgsfunksjonen i sykepleiefaget (Valset, 2005).

Konklusjon:

6 av 10 utfører den helsefremmende og forebyggende funksjonen hver dag eller som oftest når de er på jobb. Helsefremming og forebygging kan ligge skjult i andre arbeidsoppgaver, fordi sykepleie består av sammensatte oppgaver, der flere tiltak utføres parallelt.

4.2 Er det sammenheng mellom utdanningssted og utføring av helsefremmende og forebyggende arbeid?

I det følgende presenterer jeg hvor ofte sykepleiere utfører helsefremmende og forebyggende arbeid i forhold til hvor de har studert sykepleie. Kan det tenkes at utdanningsstedet påvirker hvor ofte sykepleierne utfører slikt arbeid? Utdanningssted er anonymisert i tabellen.

Tabell 2: Hvor ofte sykepleierne utfører helsefremmende og forebyggende arbeid i forhold til hvor de studerte sykepleie. Prosent. N=320.

	<i>Hver gang jeg er Å jobb eller som Oftest</i>	<i>Noen ganger</i>	<i>Sjelden eller aldri</i>
<i>Høgskole C</i>	65	22	12
<i>Høgskole E</i>	63	32	5
<i>Høgskole D</i>	60	30	9
<i>Høgskole G</i>	60	30	9
<i>Høgskole B</i>	59	23	18
<i>Høgskole F</i>	57	26	16
<i>Høgskole A</i>	46	29	25

Høgskolene har jevnt over rimelig lik profil i forhold til hvor ofte de sykepleierne som var utdannet ved deres institusjon utfører helsefremmende og forebyggende arbeid. Høgskole C, E og A merker seg noe ut. Forskjell på Høgskole A og C er 20 %. Det vil si at sykepleiere fra Høgskole C utfører gjeldende funksjon 20 % hyppigere enn sykepleiere som er utdannet fra Høgskole A. Samtidig merker også Høgskole A seg negativt ut ved at 25 % dvs ¼ av sykepleierne sjelden eller aldri utfører helsefremmende og forebyggende arbeid. Til sammenligning kan en se at sykepleiere utdannet ved Høgskole E har bare en andel på 5 % dvs 5 av 100 som sjelden eller aldri utfører denne funksjonen. Ut fra dette er det visse forskjeller på hvor studentene er utdannet med henhold til utøvelsen av forebyggende og helsefremmende oppgaver. Høgskole A kommer dårligst ut både når det gjelder hvor ofte de utfører helsefremmende og forebyggende arbeid og på andel som sjelden eller aldri utfører denne oppgaven, mens Høgskole C og E har en bedre profil.

Sykepleierutdanningen er delvis kvalitetssikret ved statlige føringer. Rammeplaner for sykepleierutdanningen (fra 1987, 2000, 2004) gir sentrale retningslinjer for innhold og struktur i utdanningen. Disse føringene er imidlertid ikke detaljerte, slik at den enkelte høgskole kan gjøre en del egne valg. Statlige kontrollordninger og godkjenning av utdanningsinstitusjoner er andre måter som sentrale myndigheter bruker for å kvalitetssikre mest mulig lik utdanningskvalitet over hele landet. Ingen av disse sentrale virkemidlene synes å sikre at like holdninger med tanke på vektlegging av det helsefremmende og forebyggende ved de ulike høgskolene blir utviklet. Dette kan være en av grunnene til forskjellene mellom Høgskole A og Høgskole C.

En kan trekke inn flere forhold der høgskolene kan påvirke de ferdigutdannede sykepleierne både til å utføre og ikke utføre helsefremming og forebygging. For det første kan forståelsen og bruk av begrepene helsefremming og forebygging gi en forskjell (Benson og Latter, 1998). Dernest vil de holdninger lærerne har til helsefremming og forebygging ved de ulike høgskolene ha betydning (Sjøgren et. al., 2003). Dette kan komme til uttrykk i fagplaner, timeplaner, litteraturvalg og undervisning. Dersom det legges vekt på helsefremmende og forebyggende arbeid i studentenes praksisstudier kan det være medvirkende til en positiv innstilling (McDonald, 1998). Det er av stor betydning om utdanningen systematisk legger til rette for økt vektlegging av den helsefremmende og forebyggende funksjonen generelt (McDonald, 1998). Det at lærerne kiver om hvilken litteratur eller hvilken funksjon som er viktigst, kan gi tilfeldig prioritering (Sjøgren et. al, 2003). En god balanse betinger at det er en levende diskusjon og refleksjon i lærerkollegiet om sykepleiefaget (Valset, 2005). Samtidig bør høgskolen være kritisk og analyserende til krav fra praksis og studentflokk.

Valset (2005) debatterer om sykepleiens hovedmål i dag er å bidra til medisinsk diagnostikk og behandling, og mener det er grunn til å stoppe opp for å ta et veivalg av sykepleien som fag. Vektlegging av helsefremming og forebygging er en del av denne diskusjonen som også høgskolene må engasjere seg i.

Et annet forhold som kan drøftes er om det er utdanningen, praksisstedet eller arbeidsarenaen som har størst betydning for hvor ofte sykepleieren utfører denne funksjonen. Det er 3 år siden sykepleierne i utvalget er utdannet. Holdninger og verdier på arbeidsarenaen i forhold til helsefremming og forebygging, kan etter hvert som tiden går få større betydning enn utdanningen for hvor vidt sykepleierne utfører disse funksjonene. McDonald (1998) hevder at helsefremming og forebygging først blir lært når temaet er inkludert både i teoristudier og praksisstudier.

Konklusjon

Det er forskjell på hvor ofte sykepleiere utfører helsefremmende og forebyggende arbeid sett i relasjon til hvor de er utdannet. Det er også noe forskjell på hvor mange sykepleiere som sjelden eller aldri utfører denne funksjonen. Hva som ligger til grunn for disse forskjellene er det vanskelig å gi noe klart svar på.

4.3 Er det forskjell mellom arbeidsarena og i hvor stor grad sykepleierne utfører helsefremmende og forebyggende oppgaver?

I tabellen under er den helsefremmende og forebyggende funksjonen knyttet opp til hvilke arena sykepleierne arbeider i.

Tabell 3: Andeler som utfører bestemte arbeidsoppgaver hver gang de var på jobb eller oftest på ulike arbeidsfelt. Prosent.

Arbeidsoppgaver	Sykehus		Sykehjem	Hjemme-sykep	Alle
	Som.	Psyk			
Medisinsk behandlingsfunksjon	98	85	88	88	89
Psykososial støttefunksjon	69	100	72	75	73
Vask og stell av pasient	72	0	89	67	67
Helsefr. og forebyggende arbeid	53	70	54	71	60
Administrasjon/koordinering	49	85	63	78	60
Undervisning/veiledning	38	45	23	57	39
Arbeid med fagutvikling	15	30	15	22	18

Svarene antyder at det er forskjeller mellom hvilke arbeidsarenaer sykepleierne jobber i og frekvens av utføring av ulike arbeidsoppgaver. Helsefremmende og forebyggende arbeid utføres i hjemmesykepleien og i psykiatrisk sykehus av 7 av 10 sykepleiere hver gang eller nesten hver gang de var på jobb. Denne funksjonen utføres bare av 5 av 10 sykepleiere ved somatisk sykehus og i sykehjem. Behandlerfunksjonen er den funksjonen som utøves oftest ved de fleste arenaer. Dette stemmer overens med det en intuitivt erfarer og kan være et uttrykk for arbeidets art ved en institusjon som behandler syke, noe som litteraturen om dette støtter (Kristoffersen, Nortvedt og Skaug, 2005, Valset 2005 og Vatne, 1998).

Utføring av den helsefremmende og forebyggende funksjonen av lavest i sykehjem. Dette er litt merkelig sett i relasjon til at stell og vask av pasient utføres 9 av 10 ganger sykepleier er på jobb. Betyr det at sykepleier ikke har fokus på å fremme helse hos den eldre pasient? Betyr det at inaktivitetsproblemer ikke blir forebygget? En vet at sykehjemspasienten har stort hjelpebehov og mange er svært hemmet i sin aktivitet. Mye av pasientkontakten, stimuleringen og forebyggingen foregår i stellesituasjonen. En kan undre seg over om dette handler om at sykepleierne ser det som nytteløst eller uten verdi å stimulere ressurser hos de sykeste eldre på sykehjem. Det kan ha sammenheng med vårt samfunns lovprisning av ungdommen og tendensen vi i vårt samfunn har til å nedgradere de eldre til fordel for de yngre, og at denne trenden også gjenspeiles ubevisst i sykepleiernes holdninger.

Det er rimelig at det i hjemmesykepleien og i psykiatrien arbeides med helsefremming og forebygging. Pasientkategorien er en annen enn i sykehjem og på somatisk sykehus. I hjemmesykepleien er pasienten alene det meste av døgnet. Det vil si at sykepleieren er avhengig av at pasienten i hovedsak skal mestre dagliglivet selv. For å få dette til er det nødvendig å involvere både pasient og pårørende i mestring av dagliglivet. Hjemmesykepleiernes pasienter er også friskere enn sykehjemspasienten, og kan lettere si i fra om sine behov og krav. Pasienten møter sykepleieren i eget hjem og sykepleieren blir en gjest i dette møtet, noe som kan bidra til en mer respektfull og gjestlig måte å møte pasienten på. I helsefremmende ideologi er brukerperspektivet og helsearbeiderens holdning til å fremme prosesser som gjør den enkelte i stand til å ta vare på egen helse, avgjørende (Mæland, 2002).

I psykiatrien er det å sette pasienten i stand til å mestre eget liv en del av behandlingen. Å sette i gang utvikling og læringsprosesser er fokus. For å få dette til blir sykepleierrollen endret til en mer veiledende rolle, der brukermedvirkning blir viktig (Vatne, 1998). Sykdom er ofte i bakgrunnen,

mens pasientatferd er i forgrunnen. Vi kan også se av tabell 3 at psykososiale støttefunksjoner er viktig i de psykiatriske institusjonene, noe som også er viktig i helsefremming og forebygging. Dette kan være et eksempel på at det forebyggende og helsefremmende kan ligge gjemt i en annen funksjon, og dermed utføres oftere enn angitt i svaret.

Konklusjon

Det er forskjell mellom utføring av helsefremmende og forebyggende arbeid etter hvilke arbeidsarena sykepleierne arbeider i. Sykepleieren i psykiatrisk sykehus og i hjemmesykepleien utfører oftest slike oppgaver og sykepleiere i sykehjem og somatisk sykehus sjeldnere. Dette kan ha sammenheng med sykepleierrollen og pasientrollen, og med hvilke verdier og praksis som er rådende på gjeldende arena.

4.4 Hvorfor er det noen som aldri utfører helsefremmende og forebyggende arbeid?

I tabell 1 og 2 ser en at det noen sykepleiere som oppgir at de sjelden eller aldri utfører helsefremmende og forebyggende arbeid. Det er underlig at det går an å arbeide som sykepleier og ikke utføre helsefremmende og forebyggende arbeid i hele tatt. Betyr det kunnskapsmangel, manglende bevissthet i forhold til denne viktige funksjonen eller er det et uttrykk for begrepsforvirring? Er det utdanningen som definerer helsefremmende og forebyggende arbeid annerledes eller gir utdanningen et annet innhold i funksjonen enn praksisfeltet? En analyse av fagplanene ved høyskoler, som jeg gjør i et annet prosjekt kan gi noe svar på dette (Gammersvik, nr. 4/2005). En kan også undre seg om dette handler om den dominerende medisinske tilnærmingen som finnes i sykehus og at omsorgsperspektivet og samhandlingen med pasienten er på vikende front, en diskusjonen som ikke er av ny dato (Valset, 2005). Det kan også tenkes at sykepleierne utfører funksjonen med at de benevner den med andre ord.

4.5 Hvordan rangerer sykepleierne egen trivsel med arbeidsoppgaver generelt og i forhold til helsefremmende og forebyggende arbeid?

I den følgende tabellen fremstilles hvilke oppgaver sykepleierne oppgav at de trivdes best med.

I spørreskjemaet skulle sykepleierne sette opp et tall mellom 1 og 7. Tallet 1 stod for den oppgaven de trives best med og 7 for den de trives dårligst med. Midtpunktet er 4. Dess lavere tall, dess høyere rangering. I kolonnen "Alle" vises gjennomsnittelig rangering for alle sykepleierne i utvalget.

Tabell 4: Sykepleiernes trivselsrangering i forhold til arbeidsoppgaver. Gjennomsnittsverdier mellom 1 og 7.

ARBEIDSOPPGAVER	TRIVSELSRANGERING				
	Sykehus		Sykehjem	Hjemmesykepleie	Alle
	Som.	Psyk			
Medisinsk behandlingsfunksjon	2,04	3,89	2,74	2,94	2,57
Helsefr. og foreb. arbeid	4,19	3,27	4,18	3,16	3,81
Administrasjon/koordinering	4,09	3,78	3,79	3,73	3,97
Undervisning/veiledning	3,96	3,78	4,05	4,40	3,99
Psykososial behandlingsfunksjon	3,98	2,38	4,54	4,43	4,07
Arbeid med fagutvikling	5,05	4,56	4,27	4,37	4,65
Vask og stell av pasient	4,56	6,24	4,21	4,85	4,77

Medisinsk behandlerfunksjon er den funksjonen som tydelig merker seg ut som arbeidsoppgaven sykepleierne trives best med. De helsefremmende og forebyggende oppgavene trives sykepleierne middels med. Denne funksjonen rangeres høyest i hjemmesykepleien og på psykiatriske avdelinger. Samtidig er det samsvar mellom trivselsrangering og utføring av denne funksjonen på sykehjem og somatisk sykehus, dvs. lavere trivsel som fører til sjeldnere utføring.

Alvsvåg og Førland (2004) fant i sin undersøkelse at den medisinske behandlerfunksjonen var den funksjonen som sykepleierne ønsket bedre vektlagt i utdanningen. Det er denne funksjonen de utfører hyppigst, de trives best med og føler behov for mer kunnskaper om. Det kan diskuteres om dette er et uttrykk for hva som blir forventet både av sykepleieren selv og på arbeidsarenaen, og om det er et uttrykk for et rådende verdisyn i vårt samfunn (Alvsvåg og Førland, 2004). Valset (2005) er bekymret for denne rolleforskyvningen, der det medisinske overtar mer og mer i sykepleiefunksjonen. Det er også dette Kari Martinsen og Patricia Benner og andre kontinuerlig har vært bekymret for (Kristoffersen, Nordtvedt og Skaug, 2005).

Konklusjon:

Sykepleiere trives middels med helsefremmende og forebyggende arbeid. Den funksjonen de trives best med, utfører mest og dermed er mest opptatt med er behandlerfunksjonen. Det gjelder alle arenaer. Dette kan ha noe med sykepleierollen å gjøre sett i relasjon til forventninger og verdinormer.

5.0 NOEN REFLEKSJONER

Etter mitt syn skal sykepleier både forebygge og fremme helse på alle arenaer som de arbeider. Denne studien viser ikke tydelig i hvor stor grad denne funksjonen utføres, fordi mange slike oppgaver er inkludert i annet arbeid (Kristoffersen, Nordtvedt og Skaug, 2005).

Et annen utfordring er at det ikke skilles mellom helsefremming og forebygging. Dette er problematisk ikke bare fordi tiltakene i helsefremming og forebygging er ulike, men også fordi tenkningen bak er ulik. Den første handler om pasientens mestring av livsverden, altså de subjektive og myke verdiene. Den andre handler om den objektive sykdommen. Begrepene er i denne studien ikke skilt fra hverandre. En vet ikke helt hva en får svar på. Samtidig kan det være slik at sykepleiere vanligvis ikke skiller mellom disse to begreper. Det er mulig at sykepleierne har den ”gamle” tilnærmingen til helsefremming på individnivå. I følge Benson og Latter (1998) var den tradisjonelle dirigerende og autoritær (ekspertrollen) i motsetning til den ”nye” som er en mer veiledende funksjon.

Verdien av helsefremming kan være vanskelig å dokumentere og derfor vanskelig å argumentere for som viktig i en travel sykepleiehverdag, der undersøkelser og behandling dominerer.

Tradisjonell forebygging kan lettere forsvares fordi en kan vise til objektive resultater (Valset, 2005). Samtidig får behandlerfunksjonen ressurser, fordi nettopp forebygging er så vanskelig å dokumentere. Vårt samfunn vil ha raske resultater. Forebyggingsresultater krever tiår. En kan argumentere for ressursbruk på skader etter en trafikkulykke, mens hvordan det er å leve med en funksjonshemming etter en ulykke er mer perifer i sykehuset. Pasienten blir skrevet ut og andre deler av helsevesenet overtar. Pasienten kan bli en kasteball mellom flere systemer om han ikke mestrer denne situasjonen. Livskvaliteten kan bli betydelig forringet og nye helseproblemer kan oppstå.

Sentralt hos ulike sykepleieteoretikere er pasientens helse, livskvalitet og mestring (Kristoffersen, Nordtvedt og Skaug, 2005) og at en skal se mennesket ut fra et helhetssyn. Behandling for en sykdom alene blir for snevert i sykepleieutøvelsen. Å stimulere pasienten til å bruke iboende ressurser til å mestre både sykdommen og livet ellers starter i det første møte og tilpasses den enkeltes situasjon. Det er imidlertid tydelig at funnene i dette prosjektet viser at den helsefremmende og forebyggende funksjonen sett under ett er en oppgave som sykepleiere både utfører og trives med. Dette til tross for utydelig begrepsbruk.

Vi må blåse nytt liv i debatten om sykepleiefaget og utdanningen i forhold til innhold og veivalg (Valset 2005). Det er også nødvendig at vi er bevisst på ”den nye måten” å fremme helse på, og slik følger sentralt gitte retningslinjer. Sykepleieutdanningene har et stort ansvar i utdanningen av sykepleiere. Grunnholdninger dannes og fagets innhold og fokus trer fram. De ulike praksisarenaer som er høgskolenes samarbeidspartnere må også inviteres inn som samtalepartnere i utdanningen for å sette helsefremming og forebygging på kartet på alle arbeidsarenaer dert sykepleierstudentene har studiepraksis.

6.0 Avslutning

Utgangspunktet mitt var om det er sammenheng mellom sentrale føringer om økt fokus på helsefremmende og forebyggende arbeid og det som blir gjennomført i høgskoler og på ulike arbeidsarenaer. Er det slik at det helsefremmende og forebyggende arbeidet er oppgradert arbeidsoppgave i helsetjenesten og sykepleiefaget slik St. meld 37 (1992-93) og NOU nr. 1998 gir føringer om? Funnene viser at sykepleiere utfører ofte helsefremmende og forebyggende arbeid. Det er forskjell på grad av utføring etter hvilke høgskole de er utdannet ved og ved hvilke arena de jobber i. Det skiller imidlertid ikke mellom helsefremming og forebygging i undersøkelsen. Den gir derfor ikke noen tydelig pekepinn om helsefremming. Det antas at disse to begrepene blir tolket som en side av same sak av respondentene. Det har stor interesse om ”den nye” formen for helsefremming er integrert i faget. Dette sier undersøkelsen ingenting om. Å gjøre pasienten delaktig, medansvarlig og bemyndiget er noe av føringene i NOU 1998.nr 18: Det er bruk for alle. Det er gitt enda sterkere føringer om dette i den nye St. melding Nr 16 (2002-2003): Resept for et sunnere Norge og i de nye helselovene. Hva dette betyr for sykepleiefaget generelt må drøftes. Utdanningene har et stort ansvar. Slike føringer er også tatt med i den nye Rammeplanen for sykepleierutdanningen av 2004. I rapporten ”Helsefremming og forebyggende arbeid – hvordan kommer helsefremmende og forebyggende arbeid til uttrykk i Statlige Rammeplaner og hvordan videreføres det i fagplaner i sykepleieutdanninger?”, har jeg tatt opp utdanningens rolle i dette arbeidet (Gammersvik, nr 4/2005).

Litteraturliste

- Aase K. A. og Østbye B. A. (2004): Sykehusreformen. 5000 årsverk kan bli borte. *Tidsskriftet Sykepleien* nr 01/2004
- Alvsvåg, H. og Førland, O. (2004): *Nyutdannede sykepleiere sitt syn på sykepleieutdanningen i lys av erfaringer som yrkesaktive*. Paper til konferansen Kunnskap i bevegelse. Høgskolen i Stavanger 10.-11. mars 2004
- Antonovsky A. (2000): *Helbredets mysterier*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Benson A. og Latter S. (1998): Implementing health promotion nursing: the integration of interpersonal skills and health promotion. London. *Journal of Advanced Nursing* 27, 100-107
- Espnes G. A. og Smedlund G. (2002). *Helsepsykologi*. Oslo: Gyldendahl Akademisk.
- Førland O. (2000): *Prosjektbeskrivelse: Yrkesløp og yrkesverdier for sykepleiere i Helse-Vest området*. Fra forsker.
- Førland O. (2003): *Nyutdannede sykepleiere i Vest-Norge: Avkastning i arbeidsmarkedet og jobbpreferanser*. Paper for 24. Meeting og nordic Health Economists` Stydy Group in Bergen 15-16 august 2003
- Gammersvik, Å (2005). *Arbeidsnotat nr.4 . Helsefremmende og forebyggende arbeid – hvordan kommer helsefremmende - og forebyggende arbeid til uttrykk i Statlige Rammepplaner for sykepleieutdanningen og hvordan videreføres helsefremmende og forebyggende arbeid i fagplaner ved sykepleieutdanninger?* Bergen: Diakonissehjemmets høgskole
- Haugstlett, J (2002): Hva informerer vi om- og hvordan gjør vi det? *Tidsskriftet Sykepleien* nr 15 - 2002.
- Helsedirektoratet (1987). *Ottawa charteret om helsefremmende arbeid*. Oversatt og utgitt av Helsedirektoratet fra WHO: Ottawa charter for health promotion.

Kirke-, utdannings- og forskningsdepartementet (1987, 2000). *Rammeplan og forskrift. Sykepleierutdanningen.*

Kristoffersen N. Nordtvedt F. Og Skaug E.A (red) (2005). *Grunnleggende sykepleie Bind 3.*
Oslo: Gyldendal Akademisk

Magnus P. Og Bakketeig L (2003): *Epidemiologi.* Revidert utgave. Oslo: Gyldendahl Akademisk

McDonald E. (1998): The role of Project 2000 educated nurses in health promotion within the hospital settings. *Nurse Education Today* 18: 213-220

Mordal T. (1989). *Som man spør får man svar.* Oslo: Tano forlag

Mæland J. G. (2002): *Forebyggende arbeid i teori og praksis.* 3. opplag. Oslo: Universitetsforlaget

Norsk Sykepleierforbund (2001). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere.* Oslo: Norsk sykepleierforbund. <http://www.sykepleierforbundet.no/>.

NOU 1998:18. Det er bruk for alle. Styrking av folkehelsearbeidet i kommunene

Ravnestad M. (2003): Sjukepleiaren sin pedagogiske funksjon. *Tidsskriftet Sykepleien* nr 7-2003

Sjögren A., Poskiparta M, Iimatainen L. & Kettunen T. (2003). Teachers' views om curriculum development in health promotion in two Finnish polytechnics. Finland. *Nurse Education today.* 2003 Feb;23(2):112-22.

Ringdal K. (2001): *Enhet og mangfold*. Bergen: Fagbokforlaget

Stang, I (2003). Bemyndigelse. i Hauge, H. og Mittelmark, M. (red) 2003. *Helsefremmende arbeid i en brytningstid. Fra monolog til dialog?* Bergen: Fagbokforlaget.

St. meld. 37 (1992-93): Utfordringer i helsefremmende og forebyggende arbeid.

St.meld. nr 16. (2002-2003). Resept for et sunnere Norge. Folkehelsepolitikken.

Utdannings- og forskningsdepartementet: *Rammeplan for sykepleieutdanningen fastsatt 1. juli 2004*

Valset S. (2005). *Veivalg i sykepleien*. Oslo: Gyldendahl Akademisk

Vatne, S. (1998). *Pasienten først? Om medvirkning i et omsorgsperspektiv*. Bergen: Fagbokforlaget



Stiftelsen
Bergen
Diakonissehjem

Diakonissehjemmet Høgskole