

Sykepleiere må ha kunnskap om helsefremmende arbeid på individ- og samfunnsnivå

Mange sykepleiere synes at forebyggende og helsefremmende arbeid er uklart og vanskelig å forholde seg til i det daglige arbeidet. Derfor bør de få innsikt i disse begrepene gjennom utdanningen.

Gro Beate Samdal

Førstemanuensis

Fakultetet for helsefag, VID vitenskapelige høyskole og Det medisinske fakultet, Universitetet i Bergen

Forebyggende og helsefremmende arbeid

Sykepleierutdanning

Sykepleien 2021 109 (86988) (e-86988)

DOI: 10.4220/Sykepleiens.2021.86988

Hovedbudskap

Det er viktig at sykepleiere forstår forskjellen mellom helsefremmende og forebyggende arbeid på individ- og på samfunnsnivå hvis de skal ha evne og mot til å argumentere mot en helsefiendtlig politikk, altså en politikk som ikke fremmer helse i befolkningen. Sykepleierutdanningen må gi studentene innsikt i begrepene. På den måten kan sykepleiere ikke bare arbeide med de fattige, men også mot fattigdommen.

Sykepleierutdanningen har fått et samfunnsansvar for å utdanne studenter til refleksjon og kritisk tenkning rundt årsakene til god eller dårlig helse og forståelse av forebyggende og helsefremmende arbeid.

Det gjelder ikke bare på pasientnivå (mikronivå), men også med tanke på politiske og samfunnsmessige rammebetingelser for helse på befolkningsnivå (makronivå).

En studie viser at mange sykepleiere synes begrepene forebyggende og helsefremmende arbeid er ulne og vanskelig å forholde seg til i det daglige arbeidet (1). Som lærer for bachelorstudenter erfarer jeg også begrepsforvirring, og arbeidet med ny studieplan har vært krevende fordi også lærere forstår begrepene forskjellig.

Det gjelder spesielt forskjellen mellom forebyggende og helsefremmende arbeid 1) til pasienter på individ- eller mikronivå og 2) på samfunnsnivå, altså politisk, økonomisk, sosialt og kulturelt (makronivå).

Eksempler på forebyggende og helsefremmende arbeid på mikronivå er når sykepleiere veileder pasienter om gode helsevaner når det gjelder mat, aktivitet og tobakk. Eksempler på makronivå er myndighetenes regulering av tobakk med røykeloven, forbud mot reklame, røyking på offentlig sted og avgifter og restriksjoner på salg av tobakk.

Folkehelsearbeid har mange definisjoner

Formålet med denne artikkelen er å gi en kort redegjørelse av begrepene forebyggende og helsefremmende arbeid, folkehelse og folkehelsearbeid.

Det er umulig å gi definisjoner som alle kan enes om. Ulike aktører legger ulikt innhold i begrepene, og den offentlige debatten er ofte preget av aktørenes faglige ståsted, for eksempel et medisinsk, sosialmedisinsk eller samfunnsfaglig perspektiv (2).

La oss likevel begynne med begrepet «forebyggende helsearbeid», som er ganske innarbeidet. Imidlertid er begrepet ganske ulogisk fordi helse er noe vi ønsker å fremme, ikke forebygge. Løsningen kan være å si «forebygging», som favner et bredere spekter.

Sykepleiere bruker begrepet «sykdomsforebygging», men i arbeid med folkehelse i den norske befolkningen (makronivå) er det viktig å gripe inn i årsaker og prosesser før det utvikler seg til sykdommer. Det vil si å redusere sannsynligheten for uønskede og negative fenomener og redusere risiko.

Det kan for eksempel være tiltak for å redusere forbruk av tobakk, rusmidler og usunne matvarer, redusere inaktivitet eller redusere solesponering. Det er med andre ord mye som kan forebygges, men hovedkategoriene som Garsjø beskriver, er sykdom, kriminalitet, sosiale problemer og ulykker (2).

Sykepleiere er vant til å jobbe på individnivå

Sykepleierutdanningen skal gi studenter innsikt i sammenhengen mellom helse, utdanning, arbeid og levekår og evne til å bidra til god folkehelse og arbeidsinkludering, både for det enkelte mennesket og grupper i samfunnet (3).

For sykepleiere kan det være en stor omstilling å endre perspektivet fra individet til samfunns- og befolkningsrettet forebyggende og helsefremmende arbeid. Utdanningen er i hovedsak rettet mot å ivareta den enkelte pasients behov for sykepleie. Enkelt sagt har sykepleierne større tradisjon for å jobbe med de fattige enn mot fattigdommen.

«Utdanningen er i hovedsak rettet mot å ivareta den enkelte pasients behov for sykepleie.»

Tradisjonelt har sykepleieutdanningen på lik linje med andre helse- og sosialutdanninger vektlagt kunnskap på individ- og gruppenivå og individuelle årsaksforklaringer på helseproblemer (2).

I de senere årene har sosialmedisinsk og samfunnsfaglig kunnskap fått mer plass i utdanningen. Men fremdeles står de politiske årsaksforklaringene i skyggen av den individorienterte forklaringsmåten.

Enkelte hevder at for helsesykepleiere har utviklingen gått i motsatt retning av det som sentrale myndigheter ønsker (4, 5). Når stadig mer av helsesykepleierens tid og ressurser går til individuell oppfølging av barn og ungdommer med problemer på bekostning av folkehelsearbeid rettet mot alle barn og unge, får den individuelle problemforståelsen dominere.

Hva er folkehelse og folkehelsearbeid?

Folkehelse defineres som befolkningens helsetilstand og hvordan helsen fordeler seg i en befolkning (6). Helsetilstanden i Norge er generelt god sammenliknet med mange andre land. Imidlertid har de mest privilegerte i samfunnet best helse, og sosiale helseforskjeller øker (7).

De med lang utdanning og god økonomi lever lenger og har færre helseproblemer enn grupper med lavere utdanningsnivå og dårligere økonomi (8). Det er forskjeller i levealder mellom kommuner og mellom bydeler, særlig i Oslo (9).

Sosioøkonomiske forskjeller gjelder også fordeling av nesten alle sykdommer og plager. Flere kroniske sykdommer kan i stor grad forklares ved befolkningens levevaner over tid (8).

Definisjoner

Folkehelse: befolkningens helsetilstand og hvordan helsen fordeler seg i en befolkning.

Folkehelsearbeid: samfunnets totale innsats for å opprettholde, bedre og fremme befolkningens helse gjennom å svekke faktorer som medfører helserisiko, og styrke faktorer som bidrar til bedre helse.

Kilde: [Kommunetorget.no](http://kommunetorget.no).

Målet for norsk folkehelsearbeid er: 1) Vi skal være blant de tre landene i verden som har høyest levealder, 2) befolkningen skal oppleve flere leveår med god helse og trivsel og reduserte sosiale helseforskjeller, og 3) vi skal skape et samfunn som fremmer helse i hele befolkningen (8).

Samhandlingsreformen (10) beskriver folkehelsearbeid som samfunnets samlede innsats for å påvirke faktorer som har positive og negative effekter på helse.

I en rapport fra Helsedirektoratet henvises det til to akser i folkehelsearbeidet (11). Forebygging er innsats langs den defensive akse, det vil si å opprettholde befolkningens helse ved å forhindre at uønskede og negative situasjoner som sykdom, kriminalitet, sosiale problemer, ulykker eller skade oppstår (2).

«Det som er helsebeskyttende, kan også være en risikofaktor.»

De negative påvirkningsfaktorene er nedbrytende for helsen, enten det er ting vi spiser og drikker, eller de befinner seg i det sosiale eller fysiske arbeidsmiljøet rundt oss. Helsefremming er innsats langs den offensive akse, det vil si å fremme og styrke beskyttelsesfaktorer som fører til god helse (2).

De positive påvirkningsfaktorene er styrkende faktorer i miljøet rundt oss, vårt forhold til våre nærmeste og de nettverkene vi inngår i, og i hvilken grad vi opplever at livet har mening, er forutsigbart og håndterbart. Dette er beskyttelses- eller mestringsfaktorer som gir individer og grupper bærekraft og styrke.

Det er imidlertid viktig å huske at de samme aktørene og arenaene kan ha både gode og negative funksjoner. For eksempel kan familien, gruppetilhørigheten og nærmiljøet være en suksessfaktor for at det går godt, eller det kan være det motsatte – en årsak til vold i nære relasjoner og omsorgssvikt. Det som er helsebeskyttende, kan også være en risikofaktor.

Vi må satse på forebyggende tiltak

Forebyggende tiltak som skal hindre utvikling av kronisk smittsomme sykdommer, som nasjonale informasjonskampanjer for å øke fysisk aktivitet i befolkningen, kan sammenfalle med samfunnspolitiske og helsefremmende mål om byutvikling og gode bomiljø.

Eksempler på slike mål er å redusere bilisme, tilrettelegge for at folk kan gå og sykle, øke kollektivtransporttilbudet og ha flere grønne lunges. På samme måte kan helsefremmende tiltak også ha en forebyggende effekt. For eksempel kan arbeids- og boligpolitikken påvirke menneskers somatiske, psykiske og sosiale tilstand (2).

Vi må derfor satse på både å forebygge eller hemme risikofaktorer og fremme beskyttelsesfaktorer og gode prosesser i hele samfunnet (11), for eksempel tiltak som bedrer inkludering i arbeidslivet og hindrer utenforskap.

Sykepleiere brukte mest tid på sekundærforebygging

Sykepleierne er en stor og viktig yrkesgruppe for individrettet forebyggende og helsefremmende arbeid (mikronivå) i alle deler av helse- og omsorgssektoren og er dermed viktige for befolkningens helse. Begrepene primær, sekundær og tertiær forebygging brukes for å peke på hvor i årsakskjeden tiltaket settes inn.

I studien jeg nevnte innledningsvis, sier sykepleierne at sekundærforebygging (hindre tilbakefall eller forverring av sykdom og skade) og tertiærforebygging (minske følger av sykdom og funksjonsnedsettelse) er mer vanlig enn primærforebygging (forhindre risiko, for eksempel skade og sykdom) (1).

Sykepleierne i studien brukte mest tid på sekundærforebygging, det vil si å hindre forverring av sykdom ved å motivere til økt fysisk aktivitet, bedre søvnhygiene og sunt kosthold.

Studien kan tolkes i retning av at det er rom for at sykepleiere i større grad kan vektlegge arbeid med å forutse fremtidige risikotilstander eller negative tilstander og generelt styrke pasientens egne ressurser (primærforebygging).

Imidlertid sier myndighetene at folkehelsearbeid ikke omfatter individrettet diagnostikk, behandling, pleie og omsorg, habilitering og rehabilitering, noe som er en vesentlig del av sykepleierens arbeid i kommunale helse- og omsorgstjenester og spesialisthelsetjenesten.

Kommunen har ansvar for folkehelsearbeidet

Folkehelsearbeid er per definisjon befolkningsrettet (makronivå) i motsetning til tiltak på individnivået (mikronivå) (11). Myndighetene sier at avgrensningen ikke er en nedvurdering av helsetjenestene, men at hensikten er å synliggjøre en nødvendig funksjonsfordeling.

Verken folkehelsearbeidet eller den kliniske virksomheten er tjent med et så vidt folkehelsebegrep at det inkluderer alle aktiviteter i samfunnet relatert til helse.

Ansvar for folkehelsearbeidet er lagt til kommunen. «Helse i alt vi gjør» er et grunnleggende motto her (6). Forebyggende og helsefremmende arbeid tilhører ikke en bestemt yrkesgruppe med en egen utdanning, men er et tverrsektorielt og tverrfaglig ansvar med mange forskjellige folkehelseaktører.

Eksempler er helsesykepleiere og jordmødre i helsestasjons- og skolehelsetjenesten som bidrar til å skape gode oppvekstvilkår for barn og fremmer gravides, barselkvinnens og spedbarns helse.

Andre folkehelseaktører er for eksempel bedriftssykepleiere som følger opp ansattes helse med tanke på miljø og sikkerhet på arbeidsplassen, lærere og barnehageansatte, politiet og teknisk etat med plan- og bygningssaker.

«Forebyggende og helsefremmende arbeid tilhører ikke en bestemt yrkesgruppe med en egen utdanning.»

I de senere årene er det kommet egne stillinger som folkehelsekoordinatorer og folkehelsestrateger som jobber på tvers av fag og sektorer i kommunen. En studie viste at 26 prosent av disse hadde sykepleiefaglig utdanningsbakgrunn (12).

Frisklivssentraler ble i 2011 etablert som en del av myndighetenes strategi for å forebygge utvikling av kroniske sykdommer og motvirke sosiale forskjeller i helse. En kartlegging av ansatte på frisklivssentralene viser at sykepleiere utgjorde den nest største yrkesgruppen (25 prosent), mens fysioterapeuter utgjorde cirka 50 prosent (13).

Forebyggende og helsefremmende arbeid angår oss alle. Sentrale aktører i arbeidet er politikerne, velferdsprofesjonene, næringslivet, frivillige organisasjoner, brukerne selv, deres familie og sosiale nettverk og lokalsamfunnet.

Befolkningsrettede politiske tiltak har best effekt

Per Fugelli (1943–2017) sa at det viktigste helsearbeidet skjer på Stortinget, ikke sykehuset, og at ordførere er viktigere enn legen (14). Det er de politiske befolkningsrettede tiltakene som har størst effekt på forskjeller i helse, og dermed på folkehelsen totalt sett (9, 15). Bare de strukturelle faktorene kan fjerne selve årsakene til uhelse.

For å drive mest mulig effektivt må folkehelsearbeidet baseres på kunnskap om hva som er årsaken til uhelse, og hvilke tiltak som er mest effektive. Mange synes å tro at jo mer sykdom vi forebygger i helsetjenestene, jo mer helse skaper vi, men det er behov for tiltak og virkemidler i andre sektorer enn helsesektoren (2, 5).

Faktorer som påvirker helsen, såkalte helsedeterminanter, kan være inntekt, sysselsetting, oppvekst, utdanning, sosiale nettverk, bo- og nærmiljø, kultur, helsetjenester og helsevaner. Siden årsakene til ulikhet i helse er tverrsektorielle, komplekse og sammensatte, kan det være vanskelig å si hva som er årsak, og hva som er virkning (2).

Sykepleiere er samfunnsaktører og premissleverandører

Folkehelsearbeid er en arena for interessekamp og en prioritering mellom ulike verdier i samfunnet. Vårt menneske- og samfunnssyn sier noe om hvordan vi forstår menneskers motiver og handlinger, og konkurrerende virkelighetsoppfatninger gjør derfor valg av virkemidler kontroversielt (2): hensynet til individets frihet til å velge eller samfunnets ansvar.

Det er viktig at sykepleiere forstår helsefremmende og forebyggende arbeid i en kontekst som rommer både biologi, psyke og samfunn, og at de ser sin egen rolle i en større helhet.

Utdanning av sykepleiere må utvikle studentens evne og mot til å argumentere mot en helsefiendtlig politikk. Sykepleiere har ofte ansvar for det enkelte mennesket, men er også ansatt i mange ulike posisjoner i samfunnet, hvor de kan delta i debatter om utvikling av folkehelsearbeidet og bidra til å forme samfunnet i riktig retning.

Sykepleiere bør gi uttrykk for bekymring hvis samfunnsutviklingen får negative konsekvenser for sårbare grupper, og for eksempel gi innspill til lokale planer og nasjonale høringer eller ytre seg i mediene. NSF har utviklet en politisk plattform for sykepleie og folkehelsearbeid (4). Bare på den måten kan sykepleiere arbeide med de fattige og mot fattigdommen.

Referanser

1. Melby L, Mandal R. Forebyggende og helsefremmende (folkehelsearbeid) blant sykepleiere i helse- og omsorgstjenesten. Oslo: Sintef; 2015. Rapport A27128. Tilgjengelig fra: https://www.nsf.no/Content/2865938/cache=1457425814000/Rapport_A27128_Folkehelsearbeid_21.09.15_ENDELIG.pdf (nedlastet 01.10.2021).
2. Garsjø O. Forebyggende og helsefremmende arbeid. Fra individ- til systemorientert tenkning og praksis. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2018.
3. Forskrift 1. juli 2019 nr. 412 om nasjonal retningslinje for sykepleierutdanning. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2019-03-15-412> (nedlastet 01.10.2021).
4. Politisk plattform for folkehelse. Sykepleie og folkehelsearbeid 2017–2020. Oslo: Norsk Sykepleierforbund; 2017.

5. Aglen BS, Olufsen V, Espnes G-A. Helsefremming og sykdomsforebygging er ikke to sider av samme sak. Sykepleien. 2018;106(70809):(e-70809). Tilgjengelig fra: <https://sykepleien.no/sites/default/files/pdf-export/pdf-export-70809.pdf> (nedlastet 01.10.2021).

6. Lov 24. juni 2011 nr. 29 om folkehelsearbeid (folkehelseloven). Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-29> (nedlastet 01.10.2021).

7. Meld. St. 13 (2018–2019). Muligheter for alle. Fordeling og sosial bærekraft. Oslo: Finansdepartementet; 2019. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-13-20182019/id2630508/> (nedlastet 01.10.2021).

8. Folkehelseinstituttet. Folkehelse rapporten – Helsetilstanden i Norge. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2018. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/nettpub/hin/> (nedlastet 01.10.2021).

9. Helsedirektoratet. Anbefalte tiltak mot sosial ulikhet i helse. Fagrådet for sosial ulikhet i helse; 2018. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/tema/sosial-ulikhet-i-helse> (nedlastet 01.10.2021).

10. St.meld. nr. 47 (2008–2009.) Samhandlingsreformen. Rett handling – på rett sted – til rett tid. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2009.

11. Helsedirektoratet. Folkehelsearbeidet: veien til god helse for alle. Oslo: Helsedirektoratet; 2010. Tilgjengelig fra: <https://www.fritidforalle.no/folkehelsearbeidet-veien-til-god-helse-for-alle.5796787-356506.html> (nedlastet 12.10.2021).

12. Amdahl P. For mye snakk om folkehelse kan skape motvilje i kommunene. Sykepleien. 22.10.2019. Tilgjengelig fra: <https://sykepleien.no/2019/10/mye-snakk-om-folkehelse-kan-skape-motvilje-i-kommunene> (nedlastet 01.10.2021).
13. Ekornrud T, Thonstad M. Frisklivssentraler i kommunane. Ei kartlegging og analyse av førebyggjande og helsefremjande arbeid og tilbod i norske kommunar i perioden 2013–2016. Oslo: Statistisk sentralbyrå; 2018. Rapport 2018/27. Tilgjengelig fra: <https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/frisklivssentraler-i-kommunane--358705> (nedlastet 01.10.2021).
14. Nordberg KE, Klevstad G. Ordføreren er viktigere for folkehelsa enn kommunelegen. Vestvågøy: Vestvågøy kommune; 2021. Tilgjengelig fra: <https://www.vestvagoy.kommune.no/aktuelt/ordforere-n-er-viktigere-for-folkehelsa-enn-kommunelegen.10647.aspx> (nedlastet 28.10.2021)
15. Helsedirektoratet. Ti tiltak for å redusere sykdomsbyrden og bedre folkehelsen. Oslo: Helsedirektoratet; 2018.