

STRATEGI *för*

SJUKSKÖTERSKANS

HÄLSOFRÄMJANDE ARBETE





PRODUKTIONSFAKTA

UTGIVARE: Svensk sjuksköterskeförening

PROJEKTLEDARE: Inger Nordström Torpenberg

GRAFISK FORM & REPRO: Losita Design

BILDER: Digital Vision

TRYCK: Danagårds 2008

ISBN-NR: 978-91-85060-13-9

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

4	Förord
5	Inledning
6	Hälsa
6	Hälsa i ett biomedicinskt perspektiv
7	Hälsa i ett humanistiskt perspektiv
8	Hälsa i ett omvårdnadsvetenskapligt perspektiv
9	Hälsa i ett folkhälsovetenskapligt perspektiv
11	Hälsofrämjande omvårdnad
13	Förutsättningar för hälsofrämjande omvårdnad
13	Kunskapssyn
13	Förhållningssätt
14	Dialog
14	Delaktighet
15	Jämlikhet
17	Modeller/teorier för sjuksköterskans hälsofrämjande omvårdnadsarbete
17	Teorin om egenvårdsbalans
18	Empowerment pedagogiskt program
19	Problembaserat lärande
20	Stages of Changes – modellen (SOC) och motiverande samtal (MI)
21	Hälsofrämjande omvårdnad i framtiden
22	Svensk sjuksköterskeförenings förslag för en mer hälsofrämjande omvårdnad
22	I den patientnära omvårdnaden
23	Inom utbildning i omvårdnad
23	Inom omvårdnadsforskning
25	Referenser

FÖRORD

Svensk sjuksköterskeförening presenterar här för första gången en strategi för sjuksköterskans hälsofrämjande arbete. Svensk sjuksköterskeförening som företräder professionens kunskapsområde med syfte att främja forskning, kvalitet, utveckling och utbildning inom vård och omsorg vill bidra till utvecklingen av en omvårdnad som innebär att sjuksköterskor inom alla verksamhetsområden kan arbeta utifrån ett hälsofrämjande synsätt.

Genom att utveckla detta strategidokument vill Svensk sjuksköterskeförening tydliggöra omvårdnadens hälsofrämjande insatser och visa på hur kunskap om hälsa och hälsofrämjande kan användas i patientnära verksamhet.

Alla sjuksköterskor arbetar med hälsofrämjande arbete. Sjuksköterskors hälsofrämjande arbete, som bedrivs på person- grupp- och samhällsnivå, utgår från omvårdnadsvetenskaplig kunskap i kombination med medicinsk och folkhälsovetenskaplig kunskap tillsammans med den kliniska erfarenheten.

Inom omvårdnadsvetenskapen definieras begreppet hälsa som något annat och mer än frånvaro av sjukdom. Hälsa definieras som ett filosofiskt begrepp och inte enbart som ett medicinskt. Hälsans motsats anges därför som ohälsa. Sjuksköterskans insatser för att främja individuell hälsa kan innebära att förebygga och motverka sjukdom, lidande och död, men eftersom hälsa också kan förstås som en process som personen själv skapar och upplever i det dagliga livet kan insatserna ibland riktas mot att förstärka en persons resurser och förmågor samt att belysa mening i upplevelser.

Folkhälsovetenskaplig forskning har med hjälp av epidemiologiska studier på gruppnivå visat att stress, brist på motion och felaktiga kostvanor bidrar till en ökning av välbefinnandssjukdomar som fetma, förhöjt blodtryck och diabetes.

Alla sjuksköterskor har en viktig uppgift när det gäller att minimera risker för och förebygga sjukdomar likaväl som vi har till uppgift att bistå personer med ohälsoproblem. Sjuksköterskor har ansvar att påverka utvecklingen och i samhällsdebatten förmedla sin kunskap om hur människors sociala och ekonomiska villkor inverkar på hälsan.

Stockholm i april 2008

Ania Willman

Ordförande Svensk sjuksköterskeförening

INLEDNING

Hälsa är ett centralt begrepp för de flesta professioner inom hälso- och sjukvården men perspektiv och fokus för de hälsofrämjande insatserna kan skilja sig åt. Begreppet hälsofrämjande används allmänt i dokument och riktlinjer samt inom praktisk vård och forskning inom hälso- och sjukvården. Sveriges regering har fastslagit att vårdens insatser ska vara hälsofrämjande och i Socialstyrelsens kompetensbeskrivning för sjuksköterskor (2005) framgår att sjuksköterskan förväntas arbeta hälsofrämjande. I riktlinjer och styrdokument för hälso- och sjukvården anges att alla människor oavsett ålder, kön, etnisk eller social bakgrund har lika värde, möjlighet att påverka sin egen hälsa i positiv riktning och samma rätt till en god hälsa.

Redan år 1948 definierade Världshälsoorganisationen (WHO) hälsa som ett tillstånd av fullständigt fysisk, psykiskt och socialt välbefinnande. Därefter har definitionen reviderats flera gånger och numera beskrivs hälsa som en resurs i den dagliga tillvaron, inte som målet med livet utan snarare som ett medel för ett gott liv (WHO, 1986, 1998).

I de nyligen reviderade etiska riktlinjerna för sjuksköterskor framgår att sjuksköterskor har till uppgift att främja hälsa, förebygga sjukdom, återställa hälsa och lindra lidande (International Council of Nurses, 2005).

Även om begreppet hälsofrämjande således används allmänt inom hälso- och sjukvården finns det ett behov att klargöra och precisera vad hälsofrämjande omvårdnad innebär. Ordinarie föreningsstämma inom Svensk sjuksköterskeförening gav år 2004 styrelsen i uppdrag att utveckla en strategi för sjuksköterskans hälsofrämjande arbete. I uppgiften ingick att tydliggöra hälsobegreppet i omvårdnad och att göra detta särskilt i förhållande till kunskapsområdet folkhälsa. Styrelsen utsåg följande personer att ingå i arbetsgruppen: legitimerade sjuksköterskorna Ann-Charlotte Egmar, ordförande, Inger Nordström Torpenberg, projektledare, Gun Hörnkvist, Eva Joelsson-Alm, Ann-Cathrin Jönsson, Anna Lindquist, Maria Lundberg-Nyländer, Petra Svedberg och Susan Wilhelmsson.

Arbetsgruppen arbetade fram en faktabakgrund och bjöd därefter in sakkunniga sjuksköterskor till en workshop i februari 2007. Därefter har arbetet med strategin slutförts av Ann-Charlotte Egmar, Petra Svedberg och Susan Wilhelmsson. Övriga deltagare i arbetsgruppen och Svensk sjuksköterskeförenings styrelse har bidragit med granskning och ändringsförslag.

I riktlinjer och styr dokument för hälso- och sjukvården anges att alla människor oavsett ålder, kön, etnisk eller social bakgrund har lika värde, möjlighet att påverka sin egen hälsa i positiv riktning och samma rätt till en god hälsa.

HÄLSA

I alla tider har hälsa varit ett centralt värde i människans liv och något som tagit sig olika kulturella uttryck. Från att under antiken ha beskrivits som ett helhetsgrepp har begreppet gradvis snävats in, för att under modern tid ha fått betydelsen frånvaro av sjukdom.

Denna betydelse har levt kvar långt in på 1900-talet. Flera vetenskapsområden, däribland omvårdnadsvetenskapen har tagit avstånd från denna biomedicinska inriktning och betonar istället att hälsa är något annat och mer än frånvaro av sjukdom. Kunskapen om att personers tankar, känslor och relationer till andra människor påverkar kroppsliga reaktioner har gjort att den biomedicinska modellen inte anses tillräcklig för att förklara olika fenomen när det gäller hälsa, ohälsa och sjukdom.

Willman (1996) som studerade hälsobegreppet inom omvårdnad skriver mot bakgrund av en litteraturgenomgång att idag betraktas hälsa som ett relativt begrepp eftersom innebörden kan variera utifrån historisk tid, kulturell tillhörighet, välfärdsnivå och människosyn. Hälsa beskrivs som tillstånd, process, resultat, mål, medel eller som ändligt lidande. Hälsa kan inte definieras entydigt utan alla dessa beskrivningar visar istället på den mångfald som finns i begreppets tillämpning.

Mycket förenklat kan man sammanfatta att det finns två sätt att se på begreppet hälsa. I det ena perspektivet ses hälsa som motsats till sjukdom och detta tydliggörs i medicinens huvuduppgift att lindra/bota sjukdomar och att försöka återställa hälsa hos de personer som söker hjälp. Det andra perspektivet innefattar en utveckling mot ett holistiskt synsätt, ett synsätt som betraktar människan som en helhet. Till denna helhetssyn bidrar vetenskaper som till exempel psykologi, sociologi och antropologi med kunskaper om människan och om hennes syn på vad hälsa är. De båda perspektiven utesluter inte varandra och för att få en rimlig förståelse för människors hälsa och ohälsa måste kunskap om såväl holistisk hälsa som partikulär sjukdom inkluderas.

HÄLSA I ETT BIOMEDICINSKT PERSPEKTIV

Hittills är det den sjukdomsorienterade modellen av hälsa som dominerat litteraturen. Den medicinska vetenskapens expansion grundas på 1800-talets naturvetenskapligt orienterade medicin samt på de teknologiska landvinningar som möjliggjort att människokroppen kan studeras intill minsta byggsten. Även filosofiska antaganden, som att människans kropp och själ är skilda åt samt att kroppen fungerar mekaniskt och vid behov kan repareras har medverkat till medicinens dominans.



Begreppet hälsa har under 1900-talet präglats av synen på människokroppen som en maskin, visserligen invecklad och sofistikerad, men där skador kan repareras och funktioner återställas. Mot bakgrund av denna syn definieras hälsa som frånvaro av sjukdom. Det som hotar hälsan är det som orsakar sjukdom. Inom detta synsätt återfinns den biomedicinska modellen där sjukdom vanligen beskrivs som något som drabbar människan utifrån och där patienten inte aktivt behöver medverka i behandlingen (Qvarsell, 1991; Tamm, 1994; Willman, 1996). I den biomedicinska inriktningen ingår teorier som beskriver hälsa som frånvaro av sjukdom.

Boorse som utvecklade den biostatistiska teorin om hälsa, menar att den människa som är fri från alla sjukdomar är frisk (Boorse, 1977). Hälsa och sjukdom ses här som motsatspar och sjukdom i stället för hälsa står i fokus. Den konkreta tillämpningen av en sådan teori innebär att en person som avviker från det som är statistiskt normalt anses som sjuk eller defekt, medan den människa vars alla funktioner faller inom det statistiskt normala anses vara frisk.

HÄLSA I ETT HUMANISTISKT PERSPEKTIV

Inom det humanistiska perspektivet, som etablerades inom psykologin på 1950-talet, definieras hälsa inte som ett tillstånd utan som en process. Människan ses som aktivt skapande av mening och som en del av det sammanhang hon verkar i. Inom detta perspektiv återfinns flera modeller, till exempel hälsopedagogiska modeller och modeller som fokuserar på människans existens eller livsmiljö. Det gemensamma för dessa modeller är att de utgår från ett holistiskt synsätt på människan (Norberg m.fl. 1994; Willman, 1996; Medin & Alexandersson, 2000).

Enligt det holistiska synsättet (holism betyder hel, odelad) är helheten något mer än summan av dess delar och fokus läggs på människan som helhet och hennes handlingsförmåga i ett socialt sammanhang (Nordenfelt & Liss, 1991; Hellström, 1993).

Det holistiska hälsobegreppet betonar att människan har möjlighet och förmåga att avgöra vad hälsa innebär för den egna personen. Med detta menas att hälsa kan relateras till den berörda människan, hennes situation och mål i livet. Om en persons möjligheter att uppnå sina vitala mål på något sätt är reducerad har den personen någon form av ohälsa (illness). Sjukdom (disease) är en kroppslig eller mental process som orsakar lidande eller funktionsnedsättning vilket upplevs av individen (Nordenfelt, 2001, 2007).

En person har fullständig hälsa om, och endast om, hon eller han har möjlighet att nå alla sina vitala mål. Fritt översatt efter Nordenfelt (2001 sid. 9).

Det salutogenetiska synsättet som föreslås av Antonovsky (1991) ger exempel på ett hälsobegrepp i ett holistiskt perspektiv. Teorins utgångspunkt är att hälsa uppstår när personen upplever en känsla av sammanhang (KASAM). Antonovsky anser att den känsla av sammanhang en människa har är av avgörande betydelse för hur personen klarar av stressfyllda situationer. Det bärande begreppet i det salutogenetiska synsättet är begreppet KASAM, vars delbegrepp är begriplighet, hanterbarhet och



meningsfullhet. Alla tre delbegreppen har betydelse för huvudbegreppet men meningsfullheten anges som det centrala. Med begriplighet avses i vilken utsträckning människan upplever inre och yttre stimuli som förnuftsmässigt begripliga och inte kaotiska, slumpmässiga eller oväntade. Hanterbarhet innebär att personen upplever att det finns resurser som står till förfogande för att möta kraven från omvärlden, resurser som till exempel ett socialt nätverk. Med meningsfullhet avses i vilken utsträckning man känner att livet har en känslomässig innebörd, och hur man upplever att det är värt att investera och engagera sig i de problem och krav som livet ställer.

HÄLSA I ETT OMVÅRDNADSVETENSKAPLIGT PERSPEKTIV

Traditionellt har omvårdnad beskrivits som en verksamhet, men idag beskrivs omvårdnad som ett ämne, en vetenskaplig disciplin och som ett kunskaps- och forskningsområde. Mycket förenklat kan man säga att omvårdnadsforskningens uppgift är att söka kunskap om människan, hennes utveckling, hälsa och välbefinnande i samband med födelse, sjukdom, lidande och död. Människors resurser, upplevelser och förmågor utgör kärnan i det som studeras inom forskningsfältet.

Omvårdnad utgår från en humanistisk grundsyn med ett filosofiskt synsätt där människan ses som aktiv och skapande samt som en del i ett sammanhang. Ett grundläggande antagande inom disciplinen är att omvårdnad sker på personnivå. Därför spelar förståelsen av vad en människa är en viktig roll för frågan om vad hälsa och omvårdnad är, eftersom den förståelsen ligger till grund för våra värderingar. Inom omvårdnadsvetenskapen betraktas människan som en fri individ som har förmåga att göra val och ta ansvar och hon förstås både som en generell och unik varelse. Då hon är unik ska hon bemötas individuellt efter sina unika förutsättningar (Willman, 1996; Gustafsson & Willman, 1999).

Människan är inte reducerbar utan ska betraktas i ett helhetsperspektiv, hon ska ses som en enhet av kropp, själ och ande. Med andra ord, intresset ska varken riktas mot kroppen, själen eller anden var för sig utan mot enheten människa. Av detta följer att hälsa är relaterad till hela människan och formas av hennes upplevelser. Hälsa är en process som människan själv skapar och upplever i det dagliga livet. Personens upplevelse av hälsa kan påverkas av bland annat sjukdom, skada, lidande och smärta men även av fattigdom, arbetslöshet och avsaknad av sociala relationer. (Norberg, m.fl., 1994; Willman, 1996).

Socialstyrelsen (2005) anger i kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska att omvårdnadens syfte är att stärka hälsa, förebygga sjukdom och ohälsa, återställa och bevara hälsa utifrån patientens individuella möjligheter och behov, minska lidande samt att ge möjlighet till en värdig död. Socialstyrelsen anger också att omvårdnadsåtgärder i vid mening innebär att berörd personal i samverkan med patient, och när så är lämpligt även patientens närstående formulerar och tydliggör mål för fysisk, psykisk, social och andlig hälsa. Begreppet hälsa är abstrakt i flera omvård-

Inom omvårdnadsvetenskapen betraktas människan som en fri individ som har förmåga att göra val och ta ansvar och hon förstås både som en generell och unik varelse. Då hon är unik ska hon bemötas individuellt efter sina unika förutsättningar (Willman, 1996; Gustafsson & Willman, 1999).

nadsteoretiska texter men beroende på tidsperiod och rådande samhällsuppfattningar ges begreppet olika innebörd. Florence Nightingale, som ofta anges som den första omvårdnadsteoretikern, skrev redan under mitten av 1800-talet att hälsa och sjukdom är beroende av miljön, Nightingale (1860, refererad i Kray-Halldin, 1954).

Därefter har många omvårdnadsteoretiker definierat och tolkat hälsobegreppet, här kan Virginia Henderson, Imogene King, Dorothea Orem och Katie Eriksson nämnas.

HÄLSA I ETT FOLKHÄLSOVETENSKAPLIGT PERSPEKTIV

Folkhälsovetenskap (Public Health) är en tvärvetenskap som innefattar kunskaper från flera traditionella vetenskapsområden som på olika sätt studerar människa, hälsa, miljö och samhälle. Inom folkhälsovetenskapen finns flera inriktningar som till exempel epidemiologi, samhällsmedicin, socialmedicin, hälsopedagogik och miljömedicin. Folkhälsovetenskap bidrar med kunskap om befolkningens hälsa, hälsans bestämningsfaktorer och folkhälsoarbete. Våren 2003 fick Sverige nationella mål för folkhälsoarbetet (regeringens proposition 2002/03:35) och det övergripande målet är att skapa samhälleliga förutsättningar för en god hälsa på lika villkor för hela befolkningen.

Folkhälsa är ett uttryck som används för att beskriva befolkningens hälsotillstånd, som tar hänsyn till såväl nivå som fördelning av hälsan. En god folkhälsa handlar således inte bara om att hälsan bör vara så bra som möjligt, den bör också vara så jämnt fördelad som möjligt (Svanström, 2002). År 2000 definierade Nationella Folkhälsokommittén (SOU, 2000:91) folkhälsa enligt följande:

”Folkhälsa är ett begrepp som beskriver hälsa, sjuklighet och dödlighet liksom levnadsvanor, hälsorisker och skyddsfaktorer för hälsa i olika befolkningsgrupper. Begreppet innefattar inte bara summan av individernas hälsa utan även mönster av större eller mindre olikheter i hälsa som råder mellan olika grupper inom befolkningen” (SOU, 2000:91).

Inom folkhälsoarbete kan man urskilja två delar: att förebygga sjukdom och att främja hälsa. Dessa innefattar systematiska, målinriktade, hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser för att åstadkomma en god och jämlik hälsa, en hälsa för hela befolkningen. Insatserna grundar sig i politiska beslut beskrivna som målbeskrivningar på olika samhällsnivåer.

Trots en ökad välfärd i Sverige är det stora sociala skillnader i folkhälsan, i alla åldrar och oavsett kön (Socialstyrelsen, 2005). Psykisk ohälsa är vanligare i yngre åldrar, särskilt bland kvinnor. Mer än hälften av männen och drygt en tredjedel av kvinnorna i åldern 16–74 år i Sverige är överviktiga eller har fetma. Tobaksrökning är fortfarande kanske den största hälsorisk. Alkoholkonsumtionen har ökat med 29 procent under perioden 1996–2003. Männen dödstal ligger på en högre nivå än kvinnornas, i alla åldrar och oavsett dödsorsak. Kvinnor uppger sämre hälsa och fler långvariga sjukdomar än män. Personer med utländsk bakgrund beskriver sitt

Våren 2003 fick Sverige nationella mål för folkhälsoarbetet (regeringens proposition 2002/03:35) och det övergripande målet är att skapa samhälleliga förutsättningar för en god hälsa på lika villkor för hela befolkningen.

Socialstyrelsens folkhälsorapport (2005) slår fast att det inte finns någon starkare riskfaktor för sjukdom och död än socioekonomiska förhållanden.

allmänna hälsotillstånd som dåligt. Den samlade bilden tyder på att det finns viktiga skillnader i livsvillkor mellan inrikes och utrikes födda. Särskild betydelse har den låga sociala position som många invandrare får i Sverige oberoende av tidigare utbildning och arbetserfarenheter från sitt hemland. På samma sätt som åldern och sociala skillnader bör beaktas i beskrivningar av folkhälsan måste hänsyn till kön tas, då hälsoläget skiljer sig tydligt åt mellan könen. Bakom könsskillnaderna i folkhälsan finns skillnader som beror på mäns och kvinnors skilda livsvillkor. Socialstyrelsens folkhälsorapport (2005) slår fast att det inte finns någon starkare riskfaktor för sjukdom och död än socioekonomiska förhållanden.



I denna strategi utgår beskrivningen av hälsa från det humanistiska synsättet där hälsa ses som något mer och något annat än frånvaro av sjukdom. Det holistiska hälsobegreppet innebär att personen har möjlighet och förmåga att avgöra vad hälsa innebär för den egna personen. Med detta menas att hälsa är en subjektiv upplevelse som relateras till den berörda personen och hans/hennes mål i livet. Det holistiska hälsobegreppet har fokus på personen i hans/hennes sociala sammanhang.

HÄLSOFRÄMJANDE OMVÅRDNAD

Omvårdnadens huvudsakliga målsättning är hälsa ur den enskildes perspektiv och sjuksköterskan har en central uppgift i det hälsofrämjande arbetet. Intresset för begreppet hälsofrämjande (health promotion) har under de senaste åren ökat kraftigt vilket har lett till många försök att utveckla modeller, kliniska riktlinjer och strategier för hälsofrämjande arbete inom olika professioner.

Begreppet "health promotion" utgick från början av 1900-talet helt från den medicinska vetenskapen och då med fokus på sjukdomsprevention och hälsoutbildning (Nadioo & Wills, 2000). Termen hälsoutbildning användes fram till mitten av 1980-talet för att beskriva hälsofrämjande insatser baserade på ett expertkunnande med ursprung i både medicin och pedagogik. WHO (1986) har bidragit till att hälsofrämjande insatser har utvecklats till att mer inrikta sig på hälsa och välbefinnande hos hela befolkningen, där människor själva ska definiera de hälsoproblem som är relevanta för dem i relation till det sammanhang de lever i. Gorin och Arnold (2006) anser att det skett ett paradigmskifte inom hälso- och sjukvården, från ett sjukdomsorienterat till ett mer hälsofrämjande perspektiv.

Begreppet hälsofrämjande sammankopplas ofta med prevention (Downie, m.fl., 1996). Prevention syftar till att påverka livsstilsfaktorer och delas upp i primär, sekundär och tertiär prevention. Primär prevention syftar till att förhindra uppkomsten av ohälsa, sekundär prevention syftar till att hindra utvecklingen av en redan etablerad sjukdom och syftet med tertiär prevention är att minska begränsningarna som en funktionsnedsättning innebär eller rehabiliteringsinsatser.

Whitehead (2006) och Pender (1996) skriver att det finns betydelsefulla skillnader mellan att förebygga sjukdom och främja hälsa. Prevention bygger på kunskaper om vad som orsakar sjukdom och avsikten är att förhindra att en specifik sjukdom bryter ut, medan hälsofrämjande handlar om kunskap kring processer som leder till hälsa och där avsikten är att förbättra människans egenupplevda hälsa (Bing, 2003).

För att främja personens subjektiva hälsa krävs en ansats som innefattar delaktighet av personen själv. Detta ligger i linje med och poängteras av WHO (1986) som beskriver hälsofrämjande som "processer för att möjliggöra för människor att förbättra och öka kontrollen över sin hälsa". Enligt WHO är de grundläggande elementen i hälsofrämjande arbete: empowerment, jämlikhet, samarbete, delaktighet i samhället, självbestämmande, ömsesidigt hjälpande och delat ansvar (WHO, 1984). Konarski (1992) och Hanson (2004) använder begreppet hälsofrämjande som enbart ett renodlat hälsofrämjande salutogent perspektiv och beskriver att hälsofrämjande insatser

Enligt WHO är de grundläggande elementen i hälsofrämjande arbete: empowerment, jämlikhet, samarbete, delaktighet i samhället, självbestämmande, ömsesidigt hjälpande och delat ansvar (WHO, 1984).

inte är sjukdomsspecifika utan syftar till att utöka en positiv potential för hälsa. Den hälsofrämjande inriktningen inkluderar, till skillnad från prevention, inte ”risk” eller ”hot” som upphov till motivation för hälsofrämjande beteende (Pender, 1996).

Svedberg (2007) som studerat begreppet hälsofrämjande inom omvårdnad skriver mot bakgrund av en litteraturgenomgång att idag är begreppet hälsofrämjande till största delen förknippat med hälsoutbildning. Med hälsoutbildning menas framförallt att informera och påverka den enskildes livsstil och beteende för att främja hälsa eller motverka sjukdom. De interventioner som används i hälsoutbildning ska kännetecknas av samarbete, dialog, bemyndigande och respekt för den enskilde för att ses som en del i hälsofrämjande omvårdnad. De syftar till att personen ökar sitt kritiska tänkande och sin förmåga till att finna nya strategier för att hantera sitt liv (Benson & Latter, 1998).

Hälsofrämjande är ett större och vidare begrepp än hälsoutbildning där omvårdnaden fokuserar på personligt bemyndigande samt på att skapa förutsättningar för individen att delta i samhället (Maben & Clark, 1995; Whitehead, 2006). Berg och Sarvimäki (2003) skriver att den hälsofrämjande omvårdnaden bygger på en holistisk-existentiell ansats med en humanistisk syn på människan och inriktar sig på att förstå personens livsvärld i relation till hälsa, sjukdom och lidande i stället för att enbart fokusera på problem och diagnoser.



I denna strategi är utgångspunkten för hälsofrämjande omvårdnad att människor är kapabla till hälsa och välbefinnande oavsett sjukdom och ohälsotillstånd. Den hälsofrämjande omvårdnaden bygger på en humanistisk syn på människan och inriktar sig på att förstå personens livsvärld i relation till hälsa, sjukdom och lidande i stället för att fokusera på problem och diagnoser. Den hälsofrämjande omvårdnadens insatser förutsätts utgå från ett förhållningssätt som genomsyras av dialog, delaktighet och jämlikhet i mötet med personen.

FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR HÄLSOFRÄMJANDE OMVÅRDNAD

KUNSKAPSSYN

Kunskapssynen är en integrerad del av samhällets grundsyn. Förändringar i arbetsliv och samhälle formar mål för utbildning och attityder till lärande. Kunskapssynen uttrycks i styrdokument och läro- och kursplaners mål och numera har fokus flyttats från ren inläring till ett självständigt sökande efter kunskap och lärandemål (Högskoleförordningen, 2006:1053).

Patienten kan komma i underläge gentemot vårdpersonal eftersom patienter oftast saknar professionell kunskap och är i beroendeställning på grund av sjukdom eller ohälsa, vilket kan leda till att vårdpersonalens undervisning blir mer av inlärningskaraktär istället för lärandekaraktär (Friberg, 2001).

FÖRHÅLLNINGSSÄTT

Förhållningssätt betyder enligt Nationalencyklopedin (2000) att någon ger ”uttryck för en viss hållning”. Omvårdnad handlar i grunden om enskilda möten mellan sjuksköterska och patient. Det är i det vardagliga mötet med patienter och närstående som sjuksköterskor har sin största hälsofrämjande potential. Sjuksköterskors förhållningssätt i mötet med personer som befinner sig i en svår eller utsatt situation är av stor betydelse för personens upplevelse av vården samt möjlighet till återhämtning. Förhållningssättet avgör hur relationen mellan de deltagande personerna ska gestalta sig och vilket handlande de ger uttryck för.

I hälsofrämjande omvårdnad eftersträvas ett salutogent förhållningssätt, där sjuksköterskan fokuserar på att försöka förstå vad som skapar och upprätthåller en persons hälsa trots sjukdom. Utgångspunkten är att förstå personens livsvärld i relation till hälsa, illabefinnande och lidande och därmed de faktorer som bidrar till hälsa.

Sjuksköterskan främjar patientens hälsa genom att tillvarata och stödja patientens egna resurser, se det friska hos patienten, tro på hans eller hennes egen förmåga samt respektera patientens värderingar och meningsupplevelser. Alla människor har rätt att avgöra, och är kapabla att avgöra, vad hälsa innebär för den egna personen, det vill säga hälsa relateras till den berörda personen och hans/hennes situation och mål i livet.

Människan skapar sin egen hälsa och en av sjuksköterskans huvuduppgifter är att stärka patientens tilltro till sin förmåga och egna resurser. Det finns personer som har svårigheter med att uttrycka sig och att vara autonoma, till exempel personer med kognitiva störningar eller demenssjukdom. I dessa situationer innebär sjuksköterskans hälsofrämjande arbete att stödja personens egen autonomi så långt det är möjligt (Naue, 2008). När det behövs ska närstående eller vårdare engageras som

Sjuksköterskors förhållningssätt i mötet med personer som befinner sig i en svår eller utsatt situation är av stor betydelse för personens upplevelse av vården samt möjlighet till återhämtning.

personens språkrör för att tillgodose behov och främja hälsa. Om sjuksköterskan förändrar sitt sjukdomstänkande förhållningssätt till en mer positiv hälsofrämjande inställning har detta visat sig bidra till att patienten inges hopp om att en positiv förändring är möjlig (Svedberg, m.fl., 2003; Clark, m.fl., 2006).

DIALOG

I ett fungerande samspel skapas tillit, vilket är en förutsättning för att sjuksköterskan och patienten ska våga ge varandra förtroende och tillsammans verka för att förbättra patientens subjektiva hälsa.

Den hälsofrämjande processen får energi av att det finns en dialog mellan människor som syftar till att ge makt och möjligheter åt de människor som deltar i sammanhanget. Denna process startas och upprätthålls genom gemenskap och möjlighet att påverka, liksom upplevelsen av att ha ett eget värde i ett socialt sammanhang. Det är förmodligen varken den enskilda människans personliga egenskaper eller miljöns påverkan som väger tyngst utan störst betydelse har själva mötet, interaktionen (Hanson, 2004).

I ett fungerande samspel skapas tillit, vilket är en förutsättning för att sjuksköterskan och patienten ska våga ge varandra förtroende och tillsammans verka för att förbättra patientens subjektiva hälsa.

Information och utbildning ska uppfattas som någonting delat, inte förmedlat, för att främja kunskap och delaktighet i vården (Eldh, 2006). Kvaliteten i sjuksköterskans arbete utvärderas inte enbart genom effektiviteten i att förändra personers beteende utan snarare genom att deltagaren uppfattar dialogen som en värdefull hjälp att påverka det egna livet i önskvärd riktning (Buchanan, 2006). Lärandet kan främjas genom att på olika sätt skapa rum för detta, med det avses inte endast fysiska rum utan framförallt sjuksköterskans förhållningssätt. Ett öppet och stödjande klimat stimulerar lärande och bidrar till att det pedagogiska mötet blir möjligt (Svensk sjuksköterskeförening, 2007).

En hälsofrämjande intervention innebär ett samtal som bygger på personens egen mening och hur personen själv vill ha det i sitt liv för att känna välbefinnande. I samtal ställer sjuksköterskan frågor som hjälper patienten att tänka i nya och positiva banor samt att fokusera på vad som bidrar till att hans eller hennes hälsa stärks. Detta ställer krav på sjuksköterskans pedagogiska förmåga, då det inte är tillräckligt att endast förmedla faktakunskaper (Gedda, 2003).

Målet med information och undervisning är att underlätta patientens lärande genom att han eller hon skaffar sig ökade kunskaper och förmågor att fatta egna beslut och att utföra egna uppsatta mål på ett för patienten tillfredställande sätt (Svensk sjuksköterskeförening, 2007).

DELAKTIGHET

I hälsofrämjande omvårdnad är det centralt att stärka och uppmuntra patientens delaktighet. Begreppet delaktighet definieras som att ingå i ett socialt sammanhang, att vara involverad i de beslut som berör ens liv, likaså att dela och kommunicera

(Eldh, 2006). Delaktighet förutsätter en interaktion mellan minst två personer. För patienter innebär delaktighet att ha tilltro, att förstå och att ha kontroll. De situationer där delaktighet uppstått kännetecknas av att patienten respekteras som person och aktiv partner i planering av vården (Eldh, 2006). En förutsättning för att göra patienter delaktiga i vården och i beslutsprocessen är att en respektfull dialog förs mellan sjuksköterska och patient. Med ökad delaktighet och kunskap kan patienterna bättre utnyttja sina hälsofrämjande resurser och ta mer ansvar för och kontroll över sin livssituation, vilket leder till ökat välbefinnande (Zauszniewsky, 1997).

Sjuksköterskan ses som en engagerad vägledare som är i samspel med patienten för att stärka hans eller hennes potential för hälsa (Lindsey & Hartrick, 1996). Sjuksköterskan har också en viktig roll i att öka närståendes delaktighet i omvårdnaden. Skapande av en icke-hierarkisk relation mellan sjuksköterska och närstående, där alla bidrar med sin styrka och kunskap, kan bli terapeutiskt i sig och leda till ökad hälsa hos patienten (Saveman & Bezein, 2003).

Sjuksköterskan har kunskap om hur hon/han kan medverka till att stödja personen och närstående i den miljö de lever i likväl som att underlätta deras utveckling och förmåga att vara autonoma i den konkreta situationen. Personen och hans/hennes närstående bör vara i fokus i hälsofrämjande omvårdnad och i beslutsfattande processer för att dessa ska vara effektiva för dem själva (Nutbeam, 1998).

JÄMLIKHET

Jämställdhet är en del av det större begreppet jämlikhet. Jämställdhet handlar om relationen mellan könen medan jämlikhet åsyftar alla individers och grupper lika värde (Nationalencyklopedin, 2000). I omvårdnaden eftersträvas jämlikhet och ömsesidigt samarbete, där patienten ges möjlighet till medbestämmande, engagemang och kontroll (Crane-Ross, m.fl., 2006). Patienten betraktas som en jämlik person med förmåga och tillåtelse att fatta självständiga beslut (Berg & Sarvimäki, 2003). Detta underlättar personens medverkan och delaktighet i planeringen av en hälsofrämjande egenvård.

För att kunna bemöta patienten jämställt behövs kunskap om hur genus konstrueras i mötet mellan patient och sjuksköterska. Ordet genus är latin och betyder härkomst, släkt, stam, kön och är den grammatiska termen för femininum och maskulinum. Med begreppet genus avses att tankar och beskrivningar av manligt och kvinnligt är socialt konstruerade och är möjligt att förändra. Genus baseras på en kulturell tolkning av biologiska skillnader mellan män och kvinnor (Hirdman, 2003). Genusmedvetenhet skapas genom att försöka tydliggöra fördomar, föreställningar och invanda tänkesätt kring manligt och kvinnligt hos sig själv och i sin verksamhet. Att som sjuksköterska ha ett genusperspektiv innebär att synliggöra könsförhållanden och försöka förändra och utjämna dessa genom att skapa nya förhållningssätt och beteendemönster. Hur genus skapas i mötet mellan sjuksköterska och manliga/kvinnliga patienter är ännu otillräckligt beforskat (Socialstyrelsen, 2004).

En förutsättning för att göra patienter delaktiga i vården och i beslutsprocessen är att en respektfull dialog förs mellan sjuksköterska och patient.

Jämställdhet är en del av det större begreppet jämlikhet. Jämställdhet handlar om relationen mellan könen medan jämlikhet åsyftar alla individers och grupper lika värde (Nationalencyklopedin, 2000).



Per Eriksson/Johnér

MODELLER/TEORIER FÖR SJUKSKÖTERS KANS HÄLSOFRÄMJANDE OMVÅRDNADSARBETE

Det finns många olika teorier, program och modeller framtagna som beskriver faktorer och förutsättningar av betydelse för hälsofrämjande arbete. Svensk sjuksköterskeförening har valt att beskriva fyra av dessa som kan vara användbara i det kliniska omvårdnadsarbetet.

För att främja den enskilda personens intresse, ansvar och möjligheter att ta hand om den egna hälsan presenteras omvårdnadsteoretikern Orems egenvårdsteori och empowerment sett som ett pedagogiskt program. Två olika modeller för förändringar i personens egen livssituation, problembaserat lärande (PBL) och Stages of changes modellen (SOC) presenteras också.

TEORIN OM EGENVÅRDSBALANS

I Dorotea Orems egenvårdsteori, Self-Care Deficit Nursing Theory (Orem, 1985), beskrivs egenvårdskapacitet som en förvärvad förmåga som påverkas av förhållanden och faktorer i miljön. Orem definierar egenvård som "*aktiviteter som den enskilde initierar och utför i syfte att uppehålla liv, hälsa och välbefinnande*".

Teorin om egenvård betonar två idéer, dels egenvård som ett inlärt beteende men även egenvård som en medveten handling. Egenvårdsåtgärder varierar alltefter personens kulturella och sociala erfarenheter. Egenvårdsteorins grundläggande antaganden är att egenvård är en aktivitet som utförs av personen själv. Egenvården lärs in genom interpersonella relationer och kommunikation inom större sociala grupper.

Det är alla vuxna personers rättighet och ansvar att utöva egenvård, något som även kan innefatta ansvar för andra personer såsom spädbarn, barn, ungdomar och gamla (Selanders, m.fl., 1995).

Orem har identifierat fem olika metoder för hjälp och assistans, som att göra saker för patienten, vägleda patienten, stödja patienten fysiskt eller psykiskt, skapa en utvecklande miljö samt att undervisa. På ett sjukhus i södra Sverige har personalen, efter diskussioner i fokusgrupper kring omvårdnads mål, etik, vårdideologiskt synsätt och praktiskt vårdarbete valt ett gemensamt förhållningssätt. Målet är att omvårdnaden ska ge stöd och utveckla varje persons förmåga till egenvård, så att hon/han kan klara de dagliga aktiviteterna så bra som möjligt.



EMPOWERMENT PEDAGOGISKT PROGRAM

Empowerment är en ansats där patienten har en aktiv roll i sin egen vård och ansatsen har en väsentlig roll i hälsofrämjande omvårdnad (Berg & Sarvimäki, 2003) med betydelsen att ge bemyndigande och möjligheter till den enskilde att ta kontroll över sitt eget liv. Det finns inte någon allmänt accepterad översättning av begreppet, men det handlar om bemyndigande, maktmobilisering, självförstärkning och vardagsmakt (Medin & Alexandersson, 2000).

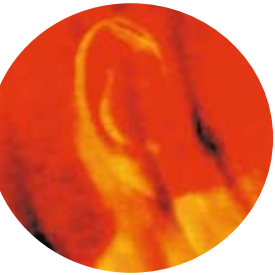
Empowerment bygger på ett synsätt och en människosyn där utgångspunkten är att alla människor har resurser och kapacitet att definiera sina egna problem och att utveckla handlingsstrategier för att lösa dessa. Omvårdnad med tydlig ansats av empowerment kan ses som en stödjande process med fokus på samarbete och på att ge personen möjligheter till att ta kontroll över sitt eget liv (Crane–Ross, m.fl., 2006). Strategier i omvårdnaden fokuserar på hur sjuksköterskan möjliggör för personen att utveckla sin egen förmåga och bemästra sin egen livssituation (Medin & Alexandersson, 2000; Svedberg, 2007).

Grundtanken i ett empowerment pedagogiskt program är att i grupp stödja en person till att uttrycka känslor och värderingar till sjukdomen, identifiera och lösa sina problem, utveckla sina egna resurser för egenvård, sätta sina egna mål och skapa en konkret handlingsplan utifrån dessa. Personen behöver, i dialog med andra, få utforska och reflektera över sitt sätt att tänka, göra och känna samt få möjlighet att pröva och utvärdera nya och förändrade beteenden i sin egen takt (Anderson m.fl., 1991; Funnell m.fl., 2005).

Sjuksköterskans uppgift är att handleda patienterna genom denna process och att hålla strukturen på träffarna, att ge korta föreläsningar och att uppmuntra deltagarna till att söka kunskap och att söka sina egna möjligheter. Empowerment pedagogiskt program i grupp har visat goda resultat när den använts som metod i diabetesvården. Här nedan presenteras några exempel.

Med empowerment pedagogiskt program som metod genomförde Adolfsson m.fl., (2007) en interventionsstudie i Sverige. Resultatet visade att patientens tillit till sin egen kunskap om diabetes ökade i empowermentgruppen i jämförelse med dem som fick vanlig diabetesvård. Adolfsson m.fl., (in press) intervjuade personer som deltagit i denna interventionsstudie. Personerna som deltog i empowermentgruppen beskrev relationen mellan dem och sjuksköterskan som ömsesidig, deras lärande skapades genom aktivt deltagande och de upplevde att de hade egenkontroll. De som fick vanlig diabetesvård beskrev i jämförelse att relationen var vertikal och byggde mer på en envägskommunikation, deras lärande handlade mer om att de skulle följa de råd de fick och de beskrev att sjuksköterskan var den som hade kontrollen.

I USA genomfördes en interventionsstudie där personerna som deltog i ett empowerment program i högre grad visade att de kunde identifiera och sätta mål, hantera stress, skaffa sig socialt stöd och fatta beslut om beteendeförändringar som gagnade dem med hänsyn till sjukdomen (Anderson m.fl., 1995). Dessutom förbättrades dessa personers blodglukosvärden i jämförelse med kontrollgruppen.



Empowerment bygger på ett synsätt och en människosyn där utgångspunkten är att alla människor har resurser och kapacitet att definiera sina egna problem och att utveckla handlingsstrategier för att lösa dessa.

Vuxna personer med typ 2 diabetes deltog i en studie med empowerment program i England (Deakin m.fl., 2006). Personerna uppvisade efter 14 månader ökad glykemisk kontroll, reducerade kolesterolvärden, minskad vikt och BMI och minskat behov av läkemedel. Dessutom ökade personernas kunskaper om sjukdomen diabetes, de hade ökad egenkontroll, self-management färdigheter och var tillfredsställda med behandlingen.

PROBLEMBASERAT LÄRANDE

Problembaserat lärande (PBL) är en pedagogisk idé och en metod som hämtades till Sverige på 1980-talet och som idag används inom många olika utbildningar, inte bara inom hälso- och sjukvårdsområdet (Silén, 2004).

Idag används PBL även i patientundervisning och är en metod för att kombinera undervisning, rådgivning och intervention för beteendeförändring där grundläggande begrepp utgörs av autonomi och självstyrt lärande.

PBL karaktäriseras av arbete i mindre grupper (basgrupper) med 6 till 9 deltagare och en handledare i varje grupp. Syftet med PBL i patientundervisning är att patienten ska kunna skaffa sig kunskaper som ger möjlighet till att genomföra livsstilsförändringar, vilket leder till att patienten har bättre möjlighet att klara av att leva med sin sjukdom (Tingström, 2005).

Underlaget för diskussioner vid basgruppsträffar utgörs av ”verkliga” livssituationer. Grundtanken är att utgå från patienternas förförståelse eftersom de har erfarenheter och kunnande vilket utgör basen för deras tolkning av omvärlden. Det är genom sin förförståelse som patienten bedömer om det hon/han möter är begripligt och meningsfullt (Silén, 2004).

Tingström m.fl., (2005) genomförde en interventionsstudie med patienter som hade hjärt-kärl sjukdom för att studera om ett PBL-baserat rehabiliteringsprogram påverkade patienternas livskvalitet. Patienterna valdes ut slumpmässigt till att antingen ingå i en PBL-grupp eller en grupp som fick sedvanlig behandling. Resultat visar att patienter i PBL-gruppen skattade sina förhoppningar för framtiden något högre och hade en något bättre allmän kondition jämfört med kontrollgruppen.

I en randomiserad, kontrollerad studie genomförde Sakardi och Rosenqvist (2004) ett program med undervisning i grupp under 12 månader till patienter med typ 2 diabetes. Interventionsgrupperna träffades 1 gång/månad. Kontrollgruppen gick på sedvanliga diabeteskontroller men erbjöds att delta i undervisningsprogrammet efter 2 år. Syftet var att tillvarata deltagarnas olika erfarenheter av att sköta sin diabetessjukdom men också att ge kunskaper om praktiska aspekter av sjukdomen så som kostråd, råd angående motion men också känslomässiga aspekter av att leva med sjukdomen. Resultatet visade att deltagarna blev mer nöjda med sina kunskaper om sjukdomen, motionerade mera och att HBA_{1c} värdet sjönk.



STAGES OF CHANGES – MODELLEN (SOC) OCH MOTIVERANDE SAMTAL (MI)

I Stages of Changes-modellen (SOC) eller som den också benämns, Transtheoretical Modell (TTM) är förståelsen för att personen använder olika förändringsstrategier central. Modellen ser förändringsarbete som en process i fem olika stadier: det förmedvetna, medvetandestadiet, förberedelsestadiet, aktivitetsstadiet och vidmakthållandestadiet (DiClemente & Prochaska, 1998; Prochaska m.fl., 2002). Beroende på var i processen personen befinner sig används olika metoder.

För att underlätta patientens förflyttning mellan de olika stegen kan en speciell samtalsmetod användas, så kallad motiverande samtal (MI, motivational interviewing). Denna metod har främst utvecklats inom missbrukarvården och har därefter fått en mer generell användning. MI är en patientcentrerad metod (Miller & Rollnick, 2002), där praktikern (sjuksköterskan) utan påtryckningar hjälper personen att för sig själv klargöra motiven för eller emot ett visst beteende.

I denna metod inarbetas flera av de inslag som visat sig verksamma i olika förändringsmodeller: att ge positiv förstärkning, stärka självtilliten och att övervinna ambivalens. I motiverande samtal använder man sig av ett antal tekniker vars syfte är att underlätta kommunikation och öka förståelsen. Teknikerna består av öppna frågor, reflekterande lyssnande, summeringar och uppmuntran. Man strävar efter att locka fram självmotiverande uttalanden. Med ökad medvetenhet kan den ambivalens som ofta präglar människors beteende reduceras och beslut om förändring underlättas.

Val av samtalsstrategi beror på personens beredskap till förändring. MI har metodmässigt utvecklats i två grenar, korta motiverande interventionssamtal och som en metod i ett längre behandlingsprogram (Rollnick m.fl., 1999).

Stages of Changes-modellen och patientcentrerad samtalsmetodik används ofta vid livsstilsförändringsbehandling till exempel vid tobaksavvänjning (Statens folkhälsoinstitut, 2007).

I en studie av Drevenhorn, m.fl. (2007) fick sjuksköterskor på vårdcentral som arbetade med patienter med hypertoni träning i metoden. Resultatet visar att kommunikationen med patienterna förbättrades och rådgivningen inkluderade fler livsstilsråd jämfört med före träningen.



HÄLSOFRÄMJANDE OMVÅRDNAD I FRAMTIDEN

Vård och omsorg står inför stora förändringar och utmaningar.

Kraven på hälso- och sjukvårdspersonalens kompetens och insatser ökar samtidigt som resurstilldelningen till vårdsektorn stramas åt.

Beroende på ökad omflyttning och förändrad befolkningsstruktur ser patientgrupperna annorlunda ut idag jämfört med tidigare. Patienterna uppvisar ofta komplexa ohälsa- och sjukdomspanorama. Sverige har en högkvalitativ medicinsk behandling med allt kortare vårdtider i specialistvården, vilket bl.a. innebär behov av avancerad vård i hemmet med hjälp av närstående. Vården av äldre med stora vårdbehov ökar, nya kunskaper krävs för att arbeta hälsofrämjande och förebyggande vid ohälsoproblem som till exempel psykisk ohälsa, mobbing bland barn och unga, våld, livsstilsjukdomar och sexuellt överförbara sjukdomar.

Sjuksköterskor arbetar idag inom många olika verksamhetsområden och olika vårdformer där arbetsuppgifterna kan vara mycket skiftande. Yrkesområdet omfattar vård av barn, ungdomar, vuxna och äldre. Socialstyrelsen (2005) anser att sjuksköterskan ska ha förmågan att tillvarata det friska hos alla personer och att identifiera och aktivt förebygga hälsorisker och vid behov motivera till förändrade levnadsvanor. Sjuksköterskan ska också kunna identifiera och bedöma patientens resurser och förmåga till egenvård, undervisa och stödja patienter och närstående, enskilt och i grupp med syfte att främja hälsa och förhindra ohälsa.

Ansvar för att sjuksköterskan i framtiden ska kunna anta ett mer hälsofrämjande synsätt, som utövare och forskare, ligger hos arbetsgivare, universitet och högskolor men även på sjuksköterskan själv. Svensk sjuksköterskeförening har identifierat ett antal åtgärder inom klinisk verksamhet, utbildning och forskning som bör prioriteras för att det hälsofrämjande arbetssättet inom omvårdnaden ska bli tydligare.

Socialstyrelsen (2005) anser att sjuksköterskan ska ha förmågan att tillvarata det friska hos alla personer och att identifiera och aktivt förebygga hälsorisker och vid behov motivera till förändrade levnadsvanor.

SVENSK SJKSKÖTERSKEFÖRENINGENS FÖRSLAG FÖR EN MER HÄLSOFRÄMJANDE OMVÅRDNAD

I DEN PATIENTNÄRA OMVÅRDNADEN

- Hälsöfrämjande metoder och rutiner måste införas för att kunna erbjuda patienter insatser för att främja och bibehålla hälsa.
- Sjuksköterskors hälsöfrämjande arbete behöver synliggöras i det patientnära arbetet, i omvårdnadsdokumentation och i uppföljningar. Kvalitetsindikatorer för det hälsöfrämjande omvårdnadsarbetet behöver utvecklas och registreras i de nationella kvalitetsregistren. Detta gör det möjligt att följa vårdens resultat såväl lokalt som nationellt.
- Mål för hälsöfrämjande arbete ska sättas i uppdrag, upphandlingar, avtal, budget och uppföljningsinstrument.
- Chefer och ledare uppmanas att implementera och integrera hälsöfrämjande modeller i vården. Dessutom ska de ge stöd och uppmuntran till sjuksköterskor på alla nivåer att arbeta hälsöfrämjande i det patientnära arbetet. Goda exempel bör lyftas fram och uppmärksammas.
- Sjuksköterskor bör kontinuerligt erbjudas kompetensutveckling i hälsöfrämjande omvårdnad.
- Framtidens hälso- och sjukvård måste bli mer hälso- och helhetsorienterad och vara en hälsoresurs för sitt lokalområde.¹ Hälsöfrämjande sjukhus och vårdorganisationer är en modell som kan underlätta för sjuksköterskor att arbeta med en hälsöfrämjande helhetssyn.
- Personalavdelningar bör utveckla metoder och rutiner till stöd för sjuksköterskor att utveckla en hälsöfrämjande livsstil (tobaksavvänjningsprogram, stresshantering etc.) och ett hälsöfrämjande förhållningssätt.

¹ Ett världsomspännande nätverk med över 625 sjukhus i 25 länder (WHO 2007). Det svenska nätverket för hälsöfrämjande sjukhus etablerades år 1996 och har idag 37 medlemssjukhus och vårdorganisationer.

INOM UTBILDNING I OMVÅRDNAD

- Det hälsofrämjande omvårdnadsperspektivet måste förtydligas i grund- och specialistutbildningar, både i teori och i verksamhetsförlagd utbildning.
- Dokumenterade behov och effekter av hälsofrämjande omvårdnad i patientnära verksamheter bör uppmärksammas i undervisningen.
- Ett hälsofrämjande omvårdnadsperspektiv ska finnas i all fortbildning.

INOM OMVÅRDNADSFORSKNING

- Fortsatt satsning på hälsofrämjande omvårdnadsforskning är nödvändigt. Via sådan forskning genereras ny kunskap kring god hälsofrämjande omvårdnad till enskilda och grupper. Öronmärkta medel till hälsofrämjande omvårdnadsforskning bör avsättas, som fakultetsanslag och som projektmedel.
- Kunskaper kring hur ohälsa kan förebyggas och hur hälsa kan främjas bör fördjupas ytterligare exempelvis inom områden som psykisk ohälsa, barn och unga vuxnas hälsa, äldres hälsa, närståendes behov och vårdmiljöns betydelse för hälsan.
- Forskning bör inriktas på att utvärdera sjuksköterskans hälsofrämjande insatser.
- Forskningen måste i ökad utsträckning fokusera på subjektiva upplevelser av hälsa och välbefinnande för att individualisera vården.
- Då forskningen inom hälsofrämjande omvårdnad idag till stor del har en beskrivande natur måste andra typer av studier genomföras. Forskningen måste i ökad utsträckning fokusera på randomiserade studier.
- Informationsteknologin innebär ökade möjligheter att effektivisera verksamheter, samt förbättra kommunikationen mellan vårdtagare och vårdgivare och mellan olika vårdgivare. Omvårdnadsforskning är en viktig del i en multidisciplinär forskningsansats som utvärderar informationsteknologins inverkan på individen och individens möjligheter till hälsa.



Per Magnus Persson/Johnér

REFERENSER

- Anderson, R.M., Funnell, M.M., Barr, P.A., Dedrick, R.F. & Davis, W.K. (1991). *Learning to empower patients results of professional education program for diabetes educators*. *Diabetes Care* 14 (7), 584-590.
- Anderson, R.M., Funnell, M.M., Butler, P.M., Arnold, M.S., Fitzgerald, J.T. & Feste, C.C. (1995). *Patient empowerment results of a randomized controlled trial*. *Diabetes Care* 18 (7), 943-949.
- Adolfsson-Thors, E., Starrin, B., Smidea, B. & Wikblad, K. *Type 2 diabetic patients' experiences of two different educational approaches – A qualitative study*. *International Journal of Nursing Studies* (article in press, available online at www.sciencedirect.com).
- Adolfsson, E.T., Walker-Engstrom, M.L., Smide, B. & Wikblad, K. (2007). *Patient education in type 2 diabetes – a randomized controlled 1-year follow-up study*. *Diabetes Research and Clinical Practice* 76 (3), 341-350.
- Antonovsky, A. (1991). *Hälsans mysterium*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Benson, A. & Latter, S. (1998). *Implementing health promoting nursing: the integration of interpersonal skills and health promotion*. *J Adv Nurs*, 27(1), 100-107.
- Berg, G. V. & Sarvimäki, A. (2003). *A holistic-existential approach to health promotion*. *Scand J Caring Sci*, 17(4), 384-391.
- Bing, V. (2003). *Små, få och fattiga om barn och folkhälsa*. Lund: Studentlitteratur.
- Boorse, C. (1977). *Health as a theoretical concept*. *Philosophy of Science*, 44, 542-573.
- Buchanan, D. (2006). *A New Ethic for Health Promotion: Reflections on a Philosophy of Health Education for the 21st Century*. *Health Education & Behavior*, 33, 290-304.
- Clark, A. P., Stuijbergen, A., Gottlieb, N. H., Voelmeck, W., Darby, D. & Delville, C. (2006). *Health promotion in heart failure – a paradigm shift*. *Holist Nurs Pract*, 20(2), 73-79.
- Crane-Ross, D., Lutz, W. J. & Roth, D. (2006). *Consumer and case manager perspectives of service empowerment: relationship to mental health recovery*. *J Behav Health Serv Res*, 33(2), 142-155.

Deakin T. A., Cade J. E., Williams, R. & Greenwood D. C. (2006) *Structured patient education: the Diabetes X-PERT Programme makes a difference.*

DiClemente, C. C. & Prochaska, J.o. (Ed.). (1998). *Toward a comprehensive transtheoretical model of changes. Stages of changes and addictive behaviors*
New York: Plenum Press.

Downie R S, Tannahill. C. & Tannahill A. (1996). *Health Promotion: Models and Values.* Oxford: Oxford University Press,.

Drevenhorn, E., Bengtson, A., Allen, J. K., Saljo, R. & Kjellgren, K. I. (2007). *Counseling on lifestyle factors in hypertension care after training on the stages of change model.*
Eur J Cardiovasc Nurs, 6(1), 46-53.

Eldh, A. C. (2006). *Patient participation – what is it and what is it not.*
Örebro Universitet, Örebro.

Friberg, F. (2001). *Pedagogiska möten mellan patienter och sjuksköterskor på en medicinsk vårdavdelning. Mot en vårddidaktik på livsvärdsgrund.*
Akad.avhandling Göteborgs universitet, Göteborg.

Funnell, M. M., Nwankwo, R., Gillard, M. L., Anderson, R. M. & Tang, T. S. (2005).
Implementing an Empowerment-Based Diabetes Self-management Education Program. *The Diabetes Educator*; 31; 53.

Gedda, B. (Ed.). (2003). *Sjuksköterskans pedagogiska verksamhet – villkor och processer.* Lund: Studentlitteratur.

Gorin, SS. & Arnold, J. (2006). *Health promotion in practice.*
San Francisco: Jossey-Bass.

Gustafsson, B. & Willman, A. (1999). *Allmän och specifik omvårdnad behöver klargöras.* Theoria, årgång 8, nr.2.

Hanson, A. (2004). *Hälsopromotion i arbetlivet.* Lund: Studentlitteratur.

Hellstrom, O. (1993). *The importance of a holistic concept of health for health care. Examples from the clinic.* Theor Med, 14(4), 325-342.

Hirdman, Y. (2003) 2:a (rev.) upplagan. *Genus: om det stabila föränderliga former.*
Malmö: Liber.

Högskoleförordningen 2006:1053.

International Council of Nurses, ICN. (2005). *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor*.

Konarski, K. (1992). *Jordmån för ett gott liv*. Jönköping: Ideskript Folkhälsogruppen.

Kray-Halldin, E. (1954) *Anteckningar om sjukvård*, översättning.
Svensk sjuksköterskeförenings Förlag.

Lindsey, E. & Hartrick, G. (1996). *Health-promoting nursing practice: the demise of the nursing process?* J Adv Nurs, 23(1), 106-112.

Maben, J. & Clark, J. M. (1995). *Health promotion: a concept analysis*. J Adv Nurs, 22(6), 1158-1165.

Medin, J. & Alexandersson, K. (2000). *Begreppen hälsa och hälsofrämjande – en litteraturstudie*. Lund: Studentlitteratur.

Miller, W. R. & Rollnick, S. (2002). *Motivational interviewing. Preparing people for change*. New York: The Guilford Press.

Mål för folkhälsan. (2002) Regeringens proposition, 2002/03:35. Stockholm.

Nadioo, J. & Wills, J. (2000). *Health promotion Foundation for Practice* (Vol. 2nd): Baillière Tindall.

Naue, U. (2008) 'Self-care without a self': *Alzheimer's disease and the concept of personal responsibility for health*. Med Health Care and Philos DOI 10.1007/s11019-008-9125-3.

Nightingale, F. (1859). *Notes on nursing – what it is and what it is not*.

Norberg, A., Engström, B. & Nilsson, L. (1994). *God omvårdnad: grundvärderingar*. Stockholm: Bonnier Utbildning AB.

Nordenfelt, L. (2007). *The concept of health and illness revisited*.
Medicine, Health Care and philosophy, 10, 5-10.

Nordenfelt, L. (Ed.). (2001). *Health, Science and ordinary Language*.

- Nordenfelt, L. & Liss, P.-E.(1991). *Hälsa sjukdom livskvalitet*. Tema hälso- och sjukvården i samhället. Linköping.
- Nutbeam, D. (1998). *Health promotion glossary*. Health Promotion International, 13, 349-364.
- Orem, D. (1985). *Nursing. Concepts of practice* (Vol. 3:e uppl). New York: McGraw-Hill Book Company.
- Pender, N. J. (1996). *Health Promotion in Nursing Practice*: Appleton & Lange, Stamford CT.
- Prochaska, J, Redding, C. & Evers, K. (2002). *The transtheoretical model and stages of change in Health behavior and health education* (Vol. sid 99-120). San Francisco: Jossey-Bass, John Wiley and Sons.
- Qvarsell, R. (1991). *Vårdens idéhistoria*. Stockholm: Carlssons.
- Rollnick, S., Mason, P. & Butler, C. (1999). *Health Behaviour Change. A guide for practitioners*. New York: Churchill Livingstone.
- Sarkadi, A. & Rosenqvist, U. (2004) *Experienced-based group education in Type 2 diabetes. A randomised controlled trial*. Patient education and Counseling 53: 291-298.
- Saveman, B.I. & Benzein, E. (2003). *Familjefokuserad omvårdnad – ett strategidokument*. Kalmar: Inst för hälso- och beteendevetenskap, Högskolan i Kalmar.
- Selanders, L.C., Schmieding, N. J. & Hartweg, D. L. (1995). *Anteckningar om omvårdnadsteorier IV*. Lund: Studentlitteratur.
- Silén, C. (2004). *Problembaserat lärande - pedagogisk idé och metod*. Linköping: Pedagogiska enheten Hälsouniversitetet Linköpings universitet.
- Socialstyrelsen. (2004). *Jämställd vård? Könsperspektiv på hälso- och sjukvård*. Stockholm.
- Socialstyrelsen. (2005) *Folkhälsorapport*. Stockholm.
- Socialstyrelsen. (2005). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*.

SOU 2000:91. (2000). *Hälsa på lika villkor – Nationella mål för folkhälsan*. Statens offentliga utredningar. Stockholm.

Statens Folkhälsoinstitut. (2007). *Tobaksavvänjning i hälso- och sjukvården – En kunskapssammanställning med praktiska råd och verktyg för hälso- och sjukvårdspersonalen*. Statens folkhälsoinstitut i samarbete med Socialstyrelsen.

Svanström, L. (2002). *En introduktion till folkhälsovetenskap*. Lund: Studentlitteratur.

Svedberg, P., Jormfeldt, H. & Arvidsson, B. (2003). *Patients' conceptions of how health processes are promoted in mental health nursing. A qualitative study*. J Psychiatr Ment Health Nurs, 10(4), 448-456.

Svedberg, P. (2007). *Health promotion intervention in mental health service*. Akad.avh., Lund Universitet, Lund.

Svensk författningssamling, (SFS). (1982). *Hälso- och sjukvårdslagen 1982:763*. Socialdepartementet.

Svensk sjuksköterskeförening. (2007). *Patientundervisning och patienters lärande*. Stockholm, Gothia förlag.

Tamm, M. (1994). *Modeller för hälsa och sjukdom*. Saltsjö-Boo: Tiger Förlag AB.

Tingström, P. (2005). *Problem-based learning in the rehabilitation of patients with coronary artery disease*. Akad.avh., Linköping University, Linköping.

Whitehead, D. (2006). *Health promotion in the practice setting: findings from a review of clinical issues*. Worldviews Evid Based Nurs, 3(4), 165-184.

WHO. (1948). *Constitution of the World Health Organization*. Chronicle of the World Health Organization, 1, 29-43.

WHO. (1984). *Health Promotion: A Discussion Document on the Concept of and Principles*. Geneva.

WHO. (1986). *Ottawa charter for health promotion*, First International Conference on Health Promotion, Ottawa. Geneve.

WHO. (1998). *Health promotion glossary*.

WHO. (2007) [http:// www.euro.who.int/eprise/main/who/progs/hph/home](http://www.euro.who.int/eprise/main/who/progs/hph/home).

Willman, A. (1996). *Hälsa är att leva. En teoretisk och empirisk analys av begreppet hälsa med exempel från geriatrisk omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur (akad.avh.).

Zauszniewsky, J. (1997). *Teaching resourcefulness skills to older adults*.
Journal of gerontological Nursing, 1, 14-20.



STRATEGI *för*

SJUKSKÖTERSKANS
HÄLSOFRÄMJANDE ARBETE



Svensk sjuksköterskeförening
Baldersgatan 1
114 27 Stockholm
Tfn: 08-412 24 00
Fax: 08-412 24 24
E-post: ssf@swenurse.se
Hemsida: www.swenurse.se