

Helsefremming i spesialisthelsetjenesten

Gørill Haugan og Toril Rannestad (red.)

Helsefremming i spesialisthelsetjenesten

CAPELEN DAMM
AKADEMISK

© CAPPELEN DAMM AS, Oslo, 2020

ISBN: 978-82-02-63191-8

1. utgave, 1. versjon

E-utgaven baserer seg på 1. trykte utgave, 2016

Elektronisk tilrettelegging: [Bøk Oslo AS](#)

Sats/design: Laboremus Oslo AS

Publikasjonen er en fagfellevurdert, vitenskapelig antologi.

Materialet i denne publikasjonen er omfattet av åndsverklovens bestemmelser. Uten særskilt avtale med forlaget er enhver eksemplarframstilling og tilgjengeliggjøring bare tillatt i den utstrekning det er hjemlet i lov eller tillatt gjennom avtale med Kopinor, interesseorgan for rettighetshavere til åndsverk.

www.cda.no

akademisk@cappelendamm.no

Forord

Det helsefremmende perspektivet vil bli sentralt i årene som kommer, også i spesialisthelsetjenesten. Feltet «*helsefremmende sykehus og helsetjenester*» har sitt utspring i *Ottawacharteret* fra 1986, hvor punkt 5 omhandler en reorientering av helsetjenestene. Ideen bak termen *helsefremmende sykehus* var at sykehusene, utover ansvaret for å yte kliniske og kurative tjenester, i økende grad bør utvikles i en helsefremmende retning. Videre kom også et helseperspektiv med langt sterkere vekt på faktorer som kan styrke helse (salutogenese) tydelig frem i *Budapesterklæringen om helsefremmende sykehus* fra 1991.

I lys av denne utviklingen er det avgjørende at utdanningene og læreverkene utvikler seg i tråd med dette; helsefremming må inn på timeplanene, pensumlistene og i helsetjenestens bevissthet og arbeidsmetoder. Studenter på både bachelor- og masternivå trenger gode læreverk om temaet helsefremming i spesialisthelsetjenesten så vel som i kommunehelsetjenesten. Denne boka er en oppfølger av vår første bok med tittelen *Helsefremming i kommunehelsetjenesten* som ble utgitt på Cappelen Damm Akademisk i 2014. De to bøkene kan gjerne leses i sammenheng, men står også utmerket godt hver for seg. Begge er sydd over samme lest, med tre deler; del 1 inkluderer det salutogene teorigrunnlaget, del 2 tydeliggjør ved hjelp av nyere sykepleieforskning hvordan sykepleiere og andre helsearbeidere kan arbeide helsefremmende i møte med ulike pasientgrupper, mens del 3 belyser noen salutogene systemforutsetninger i helsetjenesten.

Samtlige forfattere i de to bøkene om helsefremming i henholdsvis kommune- og spesialisthelsetjenesten er i forskningsfronten på sine respektive felt. Alle førsteforfattere er sykepleiere med doktorgrad eller tilsvarende.

Vi retter en stor takk til Cappelen Damm Akademisk forlag og alle der som har bidratt til at boka foreligger. En særlig takk går til forfatterne.

Trondheim mars 2016

Gørill Haugan og Toril Rannestad

Innhold

Sykepleie som helsefremmende livshjelp	15
---	-----------

Finn Nortvedt

Kapittel 1

Helsefremming i spesialisthelsetjenesten	19
---	-----------

Toril Rannestad og Gørill Haugan

Spesialisthelsetjenesten	19
--------------------------------	----

Sykdom	22
--------------	----

Helse	23
-------------	----

Forebygging	25
-------------------	----

Helsefremming	26
---------------------	----

Livskvalitet	29
--------------------	----

Helsefremming og sykepleie	30
----------------------------------	----

Avslutning	32
------------------	----

Kapittel 2

Helsefremmende helsearbeid – patogenese og salutogenese	34
--	-----------

Gørill Haugan og Toril Rannestad

Å fremme helse i helsetjenesten – salutogenese	34
--	----

Holistisk forståelse av helse	37
-------------------------------------	----

Salutogenese og patogenese – en syntese	39
---	----

De salutogene essensene	41
-------------------------------	----

Håp er en dynamisk livskraft	42
------------------------------------	----

Mening er en buffer	43
---------------------------	----

Opplevelse av sammenheng er en livsorientering	43
--	----

Self-transcendence er helende og gir velvære	44
--	----

Resiliens er styrke til å tåle belastninger	45
---	----

Livskvalitet er vitaliserende og påvirker helsen	45
--	----

Mestring er summen av indre energi og handlingsevne	46
---	----

Opplevd sosial støtte gir lettelse og frigir energi	46
---	----

Empowerment er maktomfordeling	47
Helsefremmende interaksjon er kompetent påvirkning	47
De salutogene helseprosessene og interaksjonen mellom dem	48
«Livselven» – intervensjoner rettet mot god helse	50
Avslutning	51

DEL 1

SENTRALE SALUTOGENE TEORIER OG BEGREPER	57
--	----

Kapittel 3

Håp	59
<i>Tone Rustøen</i>	
Betydningen av håp for helsefremming	59
Hva håp innebærer	60
Definisjon av håp	60
To sfærer i håp	63
Ulike dimensjoner av håp	63
Håp og relaterte fenomener	65
<i>Håp og mestring</i>	65
<i>Håp og livskvalitet</i>	65
Hvordan det forskes innenfor håpfeltet	66
Kartlegging av håp	66
Intervensjoner	68
Avslutning	69

Kapittel 4

Mening – teori og forskning	73
<i>Gørill Haugan</i>	
Opplevelse av mening i livet	74
Frankls teori – «vilje til mening»	77
Fire grunnsetninger og tre grunnleggende begreper	79
De tre substansielle begrepene i Frankls teori om mening	80
Hvordan måles opplevelse av mening-i-livet?	84
Å fremme mening er å fremme helse	85
«Ikke hvordan du har det, men hvordan du tar det»	86
Å fasilitere og støtte pasienters søken etter mening	87
Avslutning	90

Kapittel 5

Resiliens	99
<i>Unni Karin Moksnes og Mary-Elizabeth Bradley Eilertsen</i>	
Hvordan kan resiliens defineres og forstås?	100
Samspillet mellom risikofaktorer og beskyttende faktorer	101
Betydningen av risiko	101
Betydningen av beskyttende faktorer	103
Hvordan måles resiliens?	104
Kauai-undersøkelsen – en studie av resiliens hos barn	106
Modeller for å forstå betydningen av resiliens	108
Implikasjoner for praksis og forskning	109
Avslutning	110

Kapittel 6

Empowerment som helsefremmende strategi i sykehuset	113
<i>Sidsel Tveiten</i>	
Hva er empowerment?	113
Empowerment som begrep	114
Empowerment og helse	115
Empowerment som helsefremmende strategi i sykehus	118
Helsefremmende sykehus	121
Lærings- og mestringssenter	121
Empowerment-intervensjoner	122
Noen empiriske studier	126
Avslutning	127

DEL 2

HELSEFREMMENDE TILNÆRMINGER TIL ULIKE

PASIENTGRUPPER I SYKEHUS	131
---------------------------------------	-----

Kapittel 7

En helsefremmende fødselsomsorg	133
<i>Ingvild Aune og Unn Dahlberg</i>	
Fremming av den normale fødselen	135
En salutogen tilnærming til fødsel og barseltid i spesialisthelsetjenesten ..	138
Fødselssamtalen som en helsefremmende strategi	140
Mor-barn-vennlig initiativ	141
Utfordringer knyttet til å jobbe helsefremmende innenfor	
fødselsomsorgen i spesialisthelsetjenesten	142
Avslutning	143

Kapittel 8

Å vente på å få ein diagnose på sjukehus 149

Tove Giske

Kven er utredningspasienten? 149

Teorien «Førebuande venting» 150

 Fire ulike strategiar 151

 Førebuande venting – å balansere mellom håp og fortvilning 153

 Førebuande venting – ulike mønstre i utredningsprosessen 154

Helsefremming for pasientar som ventar på ein diagnose 156

Avslutning 157

Kapittel 9

Helsefremming hos barn og ungdom som overlever kreft 160

– livskvalitet, psykososial helse og sosial støtte

Mary-Elizabeth Bradley Eilertsen

Kreft hos barn og ungdom 160

 Overlevelse hos barn og ungdom med kreft 161

Livskvalitet og psykososial helse hos barn og unge som overlever kreft 162

Utfordringer knyttet til helsefremmende faktorer blant barn og ungdom som overlever kreft 163

Psykososial helse: foreldre- og lærer-proxy-rapport 164

Livskvalitet og psykososial helse: barn og ungdom, selvrappport og foreldre-proxy-rapport 165

Sosial støtte for barn og unge som overlever kreft 166

Sosial støtte – en helsefremmende faktor blant barn og ungdom som overlever kreft 167

Implikasjoner av helsefremmende faktorer – klinisk praksis og forskning ... 168

Avslutning 168

Kapittel 10

Helsefremmende sykepleie i møte med kreftsyke og deres

utfordringer i sykehus 174

Sigrunn Drageset, Marie Kvamme Mæland og Sidsel Ellingsen

Kreftpasienten i sykehuset 176

 Usikkerhet og uforutsigbarhet 176

Komplekst og krevende behandlingsforløp 176

Helsefremmende sykepleie 177

 Å godta pasienten som et individ, ikke en diagnose 177

 Å skape trygghet og forutsigbarhet i en uforutsigbar situasjon 180

 Å vise til muligheter istedenfor begrensninger 182

Utfordringer som konsekvens av dagens organisering av kreftomsorgen ...	183
Avslutning	185

Kapittel 11

Helsefremming blant hjertesyke i sykehus	190
---	------------

Tone M. Norekvål, Linda Ernsten og Kari Hanne Gjeilo

Forskning på livskvalitet og helsefremming	192
Fysisk aktivitet og trening som helsefremmende tiltak blant hjertesyke	194
En positiv livsholdning som helsefremmende ved alvorlig hjertesykdom ...	197
Avslutning	200

Kapittel 12

Fast-track behandlingslinjer er helsefremmende for pasienter som skal opereres for slitasje i kne- og hofterledd	206
---	------------

Vigdis Schnell Husby og Bjørg Aglen

Pasienter med slitasje i kne- og hofterledd	206
Pasientforløp og behandlingslinjer	207
Fast-track pasientforløp	208
Er fast-track behandlingslinjer helsefremmende?	209
Pasientopplæring	210
Å motivere til trening	213
Pårørende som helsefremmende ressurs	214
Forberedelse til utskriving	215
Hvordan oppleves tidlig utskriving av pasientene?	216
Avslutning	218

Kapittel 13

Eldre innlagt i somatiske sykehus	223
--	------------

Anne-Sofie Helvik

Eldre innlagte og helsefremmende faktorer	223
Depresjon	224
Systematisk kartlegging av depressive symptomer	225
Dagliglivets aktiviteter (ADL)	226
Systematisk kartlegging av ADL-funksjon	228
Kognitiv funksjon	229
Systematisk kartlegging av kognitiv funksjon	230
Helsefremmende faktorer og tiltak	231
Avslutning	232

Kapittel 14

Helsefremming for personer med psykisk lidelse innlagt i sykehus 236

Nina Helen Mjøsund

Helsefremming i sykehus – en salutogen helseforståelse 236

Kunnskapsgrunnlag for helsefremming 237

En salutogen modell av helse 238

En salutogen modell av psykisk helse 241

Psykiske plager og lidelser er vanlig 245

Salusedukasjon og psykoedukasjon 247

Fremtiden for helsefremmende sykepleie i psykisk helsevern 249

Avslutning 250

DEL 3

FORUTSETNINGER OG STRATEGIER 255

Kapittel 15

Helsefremmende sykehus og helsetjenester – illustrert ved tre

eksempler 257

Arne Orvik, Karen Therese Sulheim Haugstvedt og Kjersti Johanne Fløtten

Helsefremming i helseorganisasjoner 257

Helsefremmende sykehus og helsetjenester: en WHO-bevegelse 258

Helseorganisasjoner som helsefremmende settinger 261

Strategier og standarder for HPH-sykehus og helsetjenester 262

Eksempler på helsefremmende prosjekter ved et HPH-sykehus 264

Helsefremming i et helhetlig forløp for kolspasienter 265

Veiledningsprogram for foreldre
til barn med ulike funksjonsnedsettelse 267

Helsefremmende arbeidsplasser i sykehusavdelinger 270

HPH – et bidrag til bærekraftig utvikling i helsetjenesten? 273

Avslutning 274

Kapittel 16

Rehabilitering i spesialisthelsetjenesten 278

Ola Bratås

Rehabilitering 278

Funksjonshemning 279

Internasjonal klassifikasjon av funksjon, funksjonshemning og helse ... 279

Rehabilitering i et helsefremmende perspektiv 280

Brukermedvirkning 281

Individuell plan 281

Rehabilitering i spesialisthelsetjenesten	282
Mål med rehabilitering	283
Rehabiliteringsprosessen	283
Ulike rehabiliteringstiltak	285
Tverrfaglig team	286
Rehabilitering – ansvar og oppgavedeling mellom kommuner og spesialisthelsetjeneste	287
Avslutning	289

Kapittel 17

Opplæring og undervisning av pasienter i sykehus	292
---	-----

Kjersti Grønning

Definisjoner	294
Teoretiske modeller og metodikk	295
Fokus på sykdom eller helse?	296
Pasientskoler	297
Effekt og nytteverdi av pasientundervisning	298
Avslutning	301

Kapittel 18

Helsefremmingens etiske dimensjoner	304
--	-----

Berge Solberg og Geir Arild Espnes

Dårlig helse – individets eller samfunnets skyld?	304
Like valg bør vurderes likt selv om konsekvensene av valgene er ulike	305
Helsefremming gjennom tvang	306
Helsefremming uten å fjerne valgfrihet	307
Helsefremming og paternalisme	308
Helsefremming i et klasseperspektiv	309
Ikke alt fokus på helse er helsefremmende	310
Avslutning	311

Epilog	313
---------------------	-----

Bidragstere	315
--------------------------	-----

Redaktørene	315
-------------------	-----

Øvrige bidragstere	315
--------------------------	-----

Stikkord	321
-----------------------	-----

Sykepleie som helsefremmende livshjelp

Finn Nortvedt¹

Denne boken omhandler sykepleierens rolle i helsefremmende arbeid fra ulike innfallsvinkler i spesialisthelsetjenesten. Sykepleierens helsefremmende aktiviteter handler ikke bare om å forebygge og behandle sykdom, men handler dypest sett også om å opprettholde, beskytte og redde liv. Vi har lett for å tenke at det kun er den behandlende medisin som har denne rollen. Og det er udiskutabelt at moderne kirurgi og medisinsk behandling er livreddende. Men også god og kvalifisert sykepleie redder liv og er nødvendig for pasientens restitusjon og helse. Den moderne sykepleiens grunnlegger Florence Nightingale påpekte dette da hun vektla hvorfor det var sykepleiens viktigste oppgave å legge forholdene til rette i og rundt pasienten, slik at hans egne naturgitte og selvhelbredende krefter kunne få virke.

Og dette er helsefremming i den beste betydning av ordet når det er livet selv som står på spill og skal beskyttes. Professor Ingunn Elstad sier det slik om sykepleie i sin bok *Sjuepleietenkning* (2014): «Menneske som går gjennom krevjande fasar kan trenge kyndig hjelp rett og slett med å leve så godt som mulig. Det er sjuepleie».

Jeg opplevde dette selv konkret og med overbevisende kraft i forbindelse med akutt og kritisk sykdom etter en kreftoperasjon sommeren 2011. Jeg fikk erfare min egen yrkesgruppes kompetanse konkret og direkte på egen kropp. Det er min faste overbevisning at jeg ikke hadde overlevd hadde det

¹ Nortvedt er ansatt som dosent ved Institutt for sykepleie, Høgskolen i Oslo og Akershus.

ikke vært for den kompetente og livreddende sykepleien jeg mottok denne tyngste sommeren i mitt liv.

Hva var det jeg opplevde som gjør at jeg kan hevde dette med en slik overbevisning selv nå snart fire år i ettertid? Mine opplevelser og erfaringer i denne livsperioden har satt varige spor. Det dreide seg om helt grunnleggende fenomener som å bli berørt og stelt av kyndige hender; hender som formidlet fasthet og ro, og som bidro til å skape en livgivende trygghet. Denne tryggheten ble erfart selv når livet var truet, og jeg som alvorlig syk pasient koblet til respirator på intensivavdelingen var på vippepunktet mellom liv og død. Selv da opplevde jeg meg ivaretatt og rolig, konsentrert og trygg. Redsel og angst var fraværende disse avgjørende dagene og nettene. Jeg har lett etter svar på dette paradokset. Hvordan var det mulig å oppleve trygghet og kontroll i en slik situasjon der det står om livet? Mitt svar er og blir ikke annet enn at det skyldtes sykepleien. Sykepleiere som gjennom handlinger med sine hender og sine ord bandt meg til livet både kroppslig/fysisk og psykisk. Sykepleierne var mitt anker, mitt bånd til livet i disse kritiske dagene.

Disse erfaringene har lært meg at det er i det lille, det som synes nesten ubetydelig, det som er så nært at vi nesten ikke ser det, det som er så banalt at vi ikke har ord og språk for det, at sykepleiens kjerne ligger. Som et urbilde på omsorg var min avhengighet av sykepleierne lik spedbarnets avhengighet av sine omsorgspersoner for å overleve livets første dager. Det er sirkulært dette, en gjentakelse fra livets første stunder, timer og dager som bringes tilbake igjen i minner framkalt av sykdom og krise. Det er to erfaringer fra mitt eget sykeleie som jeg vil bruke for å illustrere dette.

Det ene er et fotbad som fant sted på min tredje dag på intensivavdelingen. Jeg var ekstubert og koblet fra respirator og hadde kommet meg over den mest akutte krisen etter reoperasjon for mekanisk ileus med påfølgende sepsis noen dager i forveien. Jeg var sliten og medtatt; likevel kom en av mine kontaktsykepleiere og fortalte at jeg måtte opp på sengekanten, og at han skulle gjøre fotbad og barbering. Umiddelbart tenker jeg: «Hva er dette; fotbad?» Jeg protesterer og sier det kan jeg ikke, det går ikke, jeg greier det rett og slett ikke. Jeg er utslått og kraftløs. Selv den minste bevegelse er en anstrengelse, og det å sitte oppe forekommer meg som en umulighet. Men denne sykepleieren er besluttet, og på en eller annen måte, og med

hjelp av andre, sitter jeg plutselig der og balanserer på sengekanten. Jeg ser samtidig ned på kroppen min og skjønner at her har det skjedd dramatiske ting. Jeg har på disse døgnene tapt nærmere 12 kilo i vekt og føler meg som en ribbet fugleunge der jeg sitter og dingle med beina.

Fotbadet og barbering blir gjennomført og gir en følelse av velvære midt oppe i alt det plagsomme. Det skummende varme vannet og massasjen av føttene gir en kontakt med egen kropp som, i tillegg til å være godt der og da, også får betydning for meg når jeg senere skal forstå og bearbeide mine opplevelser fra denne perioden. Akkurat dette stedet, fotbadet og barbering, framstår i ettertid for meg som en øy; en frihavn fra all lidelsen og det plagsomme som hadde invadert kroppen min. Det var kontrasten i det sildrende varme vannet og faste rytmiske hender som masserte føttene mine. Fremdeles lar jeg meg berøre når jeg tenker tilbake på og snakker om dette. Jeg har reflektert mye over hva det var ved denne situasjonen, fotbadet, som ble så viktig for meg.

Det er noe arketypisk ved dette. Fotbadet som et urgammelt symbol på og virkeliggjøring av praktisk omsorg. Og det sitter som spikret i min erindring som noe godt, som skapte øyeblikk av velvære i en situasjon som ellers var kritisk, uforutsigbar og ytterst belastende.

En voldsom og intens tørste var kanskje den verste og mest belastende opplevelsen jeg hadde under mitt opphold på intensiv. En hendelse husker jeg spesielt. Den kan synes ubetydelig, men var viktig nettopp ved at den brøt monotonien og rekken av plager, ved å installere et øyeblikk av plutselig nytelse: Det var feiring på avdelingen. Jeg hørte stemmer, latter. Jeg var ekstubert og lå og prøvde å slappe av mens tørsten herjet like intenst. Da plutselig kommer sykepleier M, ber meg lukke opp munnen og stikker en liten teskje vaniljeis i munnen min. Aldri har noe smakt så godt, kjølig, svalende, og jeg nyter en intens vaniljesmak. Vi ler, og situasjonen skapte et brudd i forhold til plager og monotoni som var fantastisk der og da. Mer skal det ikke til enn en teskje vaniljeis når det kommer i den rette stunden og på den rette måten.

Dette er eksempler på en sykepleie som gjennom sin praktiske omsorg verner og beskytter liv. Det er livet som er viktig – og livet overskrider døden. På tross av plager og at alt ikke er som før, så er livet der! Det er når menneskelivet er truet av sykdom og kriser, at livet blir dyrebart. Som

noe vi for all del ikke vil miste. Samtidig kan det noen ganger også være menning i å gi opp; gli inn i mørket og bevisstløsheten når lidelsen blir for sterk og uutholdelig. Ut fra dette perspektivet kan en si at alt liv strever i en splittelse mellom liv og død, mellom lys og mørke, og mellom passiv tilbaketrekking og aktiv utadretting. Det blir tydelig når man er syk. Sykepleieren står i akkurat dette og trengs i denne spenningen mellom det å være til og ikke være til gjennom samtale, observasjon og kroppslig stell. Denne nærheten til grunnleggende livsprosesser gjør sykepleien spesiell; samtidig er også dødens prosess en del av livsprosessene. Ergo er sykepleie også nærhet til døden.

Det at vi skal dø, at livet er endelig, og ikke minst at det gjelder oss alle, tilfører en dimensjon til livene våre og det å leve som gir livet her og nå en helt spesiell verdi. Vi lever med vissheten om at dette livet er endelig. Samtidig er det livet som er viktig. Vi lever ikke fordi vi skal dø, men fordi vi er gitt en tid for å leve og realisere våre drømmer og potensialer, i fellesskap med andre, men også alene. Vissheten om døden medfører en oppfordring til å nyte og glede oss over det livet vi har.

Mennesket trenger hjelp til å gå videre når sykdom og helsesvikt truer med å dominere det livet som skal leves. Denne hjelpen er konkret og knyttet til aktiviteter og gjøremål som er en del av pasientens tilværelse, og som han normalt ivaretar selv. Det er når helsesvikt inntreffer, at dette må ivaretas av andre. Å bli invitert inn i de mest ømtålige, intime, sårbare områdene og stundene i et menneskes liv innebærer en spesiell tillitserklæring. Stellet og pleien av den syke og utsatte kroppen forankrer pasienten til livet. Det er et konkret uttrykk for en aktivitet som forbinder liv og død. Og her står pasienten aldri alene, men inngår i et menneskelig fellesskap med yrkesutøvere som kan og vil hans beste.

Sykepleie handler om å berge liv ikke bare i fysisk forstand, men også i sjelelig og åndelig forstand. God sykepleie er helsefremmende. For å utnytte det helsefremmende potensialet i sykepleie og alt helsearbeid trengs kunnskap om hvilke fenomener som kan være særlig helsefremmende, og som representerer et spesielt potensial for å fremme menneskers helse og velvære i spesialisthelsetjenesten. Denne boka er et bidrag til denne viktige kunnskapen.

Helsefremming i spesialisthelsetjenesten

Toril Rannestad¹ og Gørill Haugan²

Dette kapitlet omhandler sentrale begreper vi må være bevisst på når vi jobber for mer helsefremming i spesialisthelsetjenesten: sykdom, helse, forebygging, helsefremming og livskvalitet. Hva innebærer disse begrepene, hvordan forholder de seg til hverandre, og hvordan har forståelsen av dem betydning for den praksisen vi utøver?

Spesialisthelsetjenesten

Før begrepene gjennomgås, må «landskapet» der vi befinner oss i denne boken tydeliggjøres. Ansvaret for spesialisthelsetjenesten ble i 2002 overført fra fylkeskommunene til staten, og staten har organisert tjenestene i fire helseforetak. Begrepet spesialisthelsetjeneste svarer ikke til et presist medisinsk begrep, men omfatter i hovedsak helsetjenester som krever tilgang til spesialisert kunnskap og ressurser. Spesialisthelsetjenesteloven (1999) nevner særlig sykehusene, der medisinsk undersøkelse, diagnostisering og behandling tilbys, og der pasienten kan bli hele døgnet om det er nødvendig av medisinske grunner. Mange som kommer i kontakt med spesialisthelsetjenesten, er svært syke og trenger døgntilrettelagt behandling og pleie. Samtidig blir stadig flere pasienter behandlet poliklinisk med korte møter mellom pasient og behandler. Andre tjenester i spesialisthelsetjenesten som

¹ Rannestad er ansatt som professor ved NTNU Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet.

² Haugan er ansatt som førsteamanuensis ved NTNU Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet.

ikke nødvendigvis ligger til sykehusene, er laboratorietjenester, akuttmedisinsk beredskap, behandling for rusmiddelavhengighet, og andre. De fleste tjenestene drives av staten, men noen er private.

I Ottawacharteret som ble utarbeidet på den første internasjonale konferansen om helsefremming i 1986, ble det påpekt at helsetjenesten må «reorienteres» i en mer helsefremmende retning, i tillegg til å yte kliniske og kurative tjenester (WHO, 1986). Spesialisthelsetjenesten har fått et lovfestet ansvar for å bidra til å fremme folkehelsen og forebygge sykdom, konkretisert i tre hovedområder:

- Forebygging og helsefremming for personer som kommer i kontakt med spesialisthelsetjenesten.
- Overvåking av sykdom og risikoforhold, samt kunnskaps- og kompetanseutveksling relatert til folkehelse.
- Helsefremming og forebyggingstiltak.

Helsetjenestene i Norge står nå midt i et reformarbeid. Samhandlingsreformen (2009) medfører to store endringer: 1) flytting av tjenester fra spesialisthelsetjenesten til kommunehelsetjenesten, og 2) sterkere fokus på helsefremmende arbeid. En større satsing på kommunehelsetjenesten betyr likevel ikke at spesialisthelsetjenesten svekkes, men rollene og oppgavene vil endres. Sykehusene skal utvikles i en retning av mer rendyrking av de spesialiserte oppgavene som bare spesialisthelsetjenesten skal håndtere, og levere spesialiserte helsetjenester av høy internasjonal kvalitet. Videre forventes det at spesialisthelsetjenesten skal bidra til kompetanseutveksling og kompetanseoppbygging i kommunehelsetjenesten.

I forbindelse med den femte internasjonale konferansen om helsefremming, i Mexico i 2000, ble forholdet helsefremming i helsesektoren undersøkt nærmere (Lopez-Acuña, 2000). Her skilles det mellom helsesektorens ansvar for helsefremming, forebygging, behandling og rehabilitering, slik figur 1.1 viser. I området over kurven er det tenkt at helse skal være det ledende paradigmet i utformingen av tiltak, mens sykdom er paradigmet under kurven. Figuren illustrerer at helse skal være et gjeldende prinsipp i alle de fire områdene, men tilnærmingen varierer. Helse er selvsagt den dominerende rettesnoren i alt helsefremmende arbeid. Her vektlegges alt