

# Helsefremming i kommunehelsetjenesten



Gørill Haugan og Toril Rannestad

# **Helsefremming i kommunehelsetjenesten**

CAPELEN DAMM  
AKADEMISK

© CAPPELEN DAMM AS, Oslo, 2020

ISBN: 978-82-02-68606-2

1. utgave, 1. versjon

E-utgaven baserer seg på 1. trykte utgave, 2014

Elektronisk tilrettelegging: Bøk Oslo AS

Sats/design: Laboremus Oslo AS

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](http://www.cda.no)

[akademisk@cappelendamm.no](mailto:akademisk@cappelendamm.no)

# Forord

Med den økte satsingen på helsefremming i helsetjenestene er behovet stort for pensumlitteratur i sykepleier- og helsefagutdanningene (både bachelor- og masternivå) som beskriver helsefremming i alle ledd av helsetjenesten.

Det helsefremmende perspektivet i kommunehelsetjenesten vil bli sentralt i årene som kommer. Dermed er det avgjørende at utdanningene og læreverkene utvikler seg i tråd med denne utviklingen. Helsefremming må inn på timeplanene, pensumlistene og i helsetjenestens bevissthet og arbeidsmetoder. Denne boka inkluderer det salutogene teorigrunnlaget (Del 1), noen salutogene systemforutsetningene i helsetjenesten (Del 3), og tydeliggjør ved hjelp av nyere sykepleieforskning hvordan sykepleiere kan arbeide helsefremmende i kommunehelsetjenesten (Del 2). Del 2 omhandler stort sett helsefremming i et individperspektiv, selv om folkehelseperspektivet også er berørt. Den neste boka er allerede under utforming med mange dyktige medforfattere, og omhandler helsefremming i spesialisthelsetjenesten.

Vi retter en stor takk til alle som har bidratt til at boka i dag foreligger; takk til alle forfatterne, til Cappelen Akademiske forlag og forlagsredaktør Even Emaus.

Trondheim, 8. august 2014

Gørill Haugan og Toril Rannestad



# Innhold

## Kapittel 1

|                                                          |           |
|----------------------------------------------------------|-----------|
| <b>Helsefremming i kommunehelsetjenesten</b> .....       | <b>15</b> |
| <i>Toril Rannestad og Gørill Haugan</i>                  |           |
| Helsefremming .....                                      | 15        |
| Kommunehelsetjenesten .....                              | 16        |
| Et ressursorientert perspektiv .....                     | 19        |
| Morgendagens brukere av kommunehelsetjenesten .....      | 20        |
| Pårørende og lokalsamfunnets rolle .....                 | 21        |
| Velferdsteknologiens rolle .....                         | 22        |
| Kompetanse og fagutvikling i kommunehelsetjenesten ..... | 23        |
| Morgendagens kommunehelsetjeneste .....                  | 24        |
| Avslutning .....                                         | 25        |

## Kapittel 2

|                                                                                  |           |
|----------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>Salutogenese – et viktig steg for å forstå helse?</b> .....                   | <b>26</b> |
| <i>Geir Arild Espnes og Bengt Lindström</i>                                      |           |
| Historien om helsefremming .....                                                 | 28        |
| Salutogenese – oppdagelsen som førte til et kvantesprang i helseforståelse ..... | 29        |
| Antonovsky og metaforene .....                                                   | 30        |
| Salutogenese-forskning – et globalt anliggende .....                             | 31        |
| Sammenhengen mellom helse og u-helse (ease and dis-ease) .....                   | 32        |
| Helseelven .....                                                                 | 34        |
| Hvordan så Aron Antonovsky for seg den videre utviklingen av teorien? ...        | 35        |
| Avslutning .....                                                                 | 37        |

## Del 1

|                               |    |
|-------------------------------|----|
| «Å SVØMME I LIVETS ELV» ..... | 39 |
|-------------------------------|----|

## Kapittel 3

|                                       |    |
|---------------------------------------|----|
| <b>Opplevelse av sammenheng</b> ..... | 41 |
|---------------------------------------|----|

*Unni Karin Moksnes*

|                                                              |    |
|--------------------------------------------------------------|----|
| Hvordan kan begrepet opplevelse av sammenheng forstås? ..... | 42 |
| Generelle motstandsressurser .....                           | 45 |
| Hvordan kan opplevelse av sammenheng måles? .....            | 46 |
| Opplevelse av sammenheng i et livsløpsperspektiv .....       | 47 |
| Sammenhenger mellom OAS, helse og livskvalitet .....         | 48 |
| Avslutning .....                                             | 50 |

## Kapittel 4

|                           |    |
|---------------------------|----|
| <b>Livskvalitet</b> ..... | 52 |
|---------------------------|----|

*Toril Rannestad*

|                                                               |    |
|---------------------------------------------------------------|----|
| Begrepene livskvalitet og lykke .....                         | 52 |
| Ulike definisjoner på livskvalitet .....                      | 54 |
| Livskvalitet kan ikke måles direkte .....                     | 56 |
| Livskvalitet og helsefremming .....                           | 58 |
| Livskvalitet som rettesnor i helse- og omsorgstjenesten ..... | 59 |
| Avslutning .....                                              | 62 |

## Kapittel 5

|                                                          |    |
|----------------------------------------------------------|----|
| <b>Self-transcendence – en ressurs for velvære</b> ..... | 63 |
|----------------------------------------------------------|----|

*Gørill Haugan*

|                                                       |    |
|-------------------------------------------------------|----|
| Self-transcendence sykepleieteorii .....              | 64 |
| Tre grunnsetninger .....                              | 64 |
| «Interconnectedness» – selve essensen .....           | 66 |
| Tre sentrale begreper og relasjonene mellom dem ..... | 68 |
| Empirisk forskning på self-transcendence .....        | 70 |
| Self-transcendence og helsefremming .....             | 71 |
| Avslutning .....                                      | 74 |

## Kapittel 6

|                                                                     |    |
|---------------------------------------------------------------------|----|
| <b>Sosial støtte – et salutogent begrep og forskningsfelt</b> ..... | 76 |
|---------------------------------------------------------------------|----|

*Jorunn Drageset*

|                                                       |    |
|-------------------------------------------------------|----|
| Begrepsavklaring .....                                | 76 |
| Teoretisk tilnærming til begrepet sosial støtte ..... | 78 |

|                                                                                             |    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Hvordan kan en måle sosial støtte? .....                                                    | 80 |
| Sosial støtte og helsefremming .....                                                        | 81 |
| Hvordan kan kommunehelsetjenesten bidra til sosial støtte hos pasienter og pårørende? ..... | 83 |
| Avslutning .....                                                                            | 83 |

## Kapittel 7

|                                                                          |    |
|--------------------------------------------------------------------------|----|
| <b>Mestring</b> .....                                                    | 85 |
| <i>Sigrunn Drageset</i>                                                  |    |
| Begrepet mestring .....                                                  | 85 |
| To teorier om mestring .....                                             | 87 |
| Mestring – stress og emosjoner .....                                     | 87 |
| Mestring – positiv responsforventning .....                              | 91 |
| Håp som mestringsressurs .....                                           | 94 |
| Empirisk sykepleieforskning relatert til mestring – noen eksempler ..... | 95 |
| Avslutning .....                                                         | 96 |
| Hovedpunktene om mestring .....                                          | 97 |

## Del 2

|                                                      |    |
|------------------------------------------------------|----|
| <b>HELSEFREMNING BLANT ULIKE BRUKERGRUPPER</b> ..... | 99 |
|------------------------------------------------------|----|

## Kapittel 8

|                                                                                    |     |
|------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| <b>Helsefremming blant mentalt klare langtidspasienter i sykehjem</b> .....        | 101 |
| <i>Gørill Haugan</i>                                                               |     |
| Langtidspasienter i sykehjem .....                                                 | 102 |
| Åndsdimensjonens helsefremmende ressurser .....                                    | 105 |
| Helsefremmende sykepleie i sykehjem .....                                          | 108 |
| Smerte- og symptomlindring .....                                                   | 108 |
| Mening, håp og self-transcendence – fokus på «personen i kroppen» .                | 109 |
| Self-transcendence må ikke forveksles med begynnende mental sykdom .....           | 111 |
| Fortiden er stor – framtiden er liten .....                                        | 112 |
| Å skape helsefremmende fellesskap – fokus på livshistorie, ikke sykehistorie ..... | 113 |
| Pasientens energinivå skifter fra dag til dag .....                                | 114 |
| Avslutning .....                                                                   | 114 |

## Kapittel 9

### **Å arbeide helsefremmande i møte med personar med demens** ..... 116

*Solveig Hauge*

|                                                        |     |
|--------------------------------------------------------|-----|
| Teoretisk perspektiv .....                             | 119 |
| Når det som skjer, ikkje er til å forstå .....         | 119 |
| Når det som skjer, kan handterast og gjev mening ..... | 120 |
| Å aktivere pasientens meistringsressursar .....        | 121 |
| Korleis kan vi bli like flinke som Torill? .....       | 123 |
| Avslutning .....                                       | 124 |
| Meistring og demens .....                              | 125 |

## Kapittel 10

### **Helsefremmende tilnærminger til urininkontinens** ..... 126

*Anne Vinsnes*

|                                                              |     |
|--------------------------------------------------------------|-----|
| Inkontinens som folkehelseproblem .....                      | 126 |
| Hva er urininkontinens? .....                                | 127 |
| Psykososiale konsekvenser og virkning på livskvalitet .....  | 129 |
| Pasientenes forklaringsmodeller og mestringsstrategier ..... | 130 |
| Hva kan gjerest? Behandlingsopplegg .....                    | 131 |
| Holdninger .....                                             | 132 |
| Avslutning .....                                             | 133 |
| Urininkontinens .....                                        | 133 |

## Kapittel 11

### **En salutogen tilnærming til personer som lider av depresjon** ..... 135

#### **Økt mestring ved bruk av motstandsressursene fysisk aktivitet og friluftsliv**

*Eva Langeland og Bente Ovedie Skogvang*

|                                                                                                                       |     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Salutogenese, psykisk helse og velvære .....                                                                          | 136 |
| Forståelse av helse .....                                                                                             | 136 |
| Psykisk helse .....                                                                                                   | 137 |
| Depresjon .....                                                                                                       | 138 |
| Fysisk aktivitet og friluftsliv som motstandsressurser spesielt tilpasset<br>personer med depresjon og tristhet ..... | 139 |
| Hvordan kan helsepersonell bidra til økt mestring .....                                                               | 142 |
| Avslutning .....                                                                                                      | 145 |

## Kapittel 12

### **Helsefremming hos overlevende etter brystkreft og underlivskreft** ..... 148

*Toril Rannestad og Randi Reidunsdatter*

Overlevende etter brystkreft og underlivskreft ..... 148

Helseutfordringer blant overlevende etter brystkreft og underlivskreft ..... 150

Livskvalitet blant overlevende etter brystkreft og underlivskreft ..... 153

Helsefremming blant overlevende etter brystkreft og underlivskreft ..... 155

Avslutning ..... 159

## Kapittel 13

### **En helsefremmende barselomsorg** ..... 161

*Ingvild Aune og Vibeke Olufsen*

En salutogen tilnærming i barselomsorgen ..... 162

Utfordringer relatert til å ivareta barselkvinnen og familiens behov ..... 165

Tidlig utskrivning – jordmors helsefremmende oppgaver ..... 165

Helsestasjonen som en helsefremmende ressurs ..... 168

Helsesøsters helsefremmende oppgaver ..... 169

Relasjonell kontinuitet og tverrfaglig samarbeid som helsefremmende strategier i barselomsorgen ..... 170

Relasjonell kontinuitet ..... 170

Tverrfaglig samarbeid ..... 171

Avslutning ..... 173

## Kapittel 14

### **Helsefremming blant pårørende med omsorgsbelastning** ..... 175

*Bente Nordtug*

Kronisk sykdom og omsorgsbelastning ..... 175

Pårørendes omsorgsbelastning – kjønn og mestring ..... 176

Omsorgsbelastning og kjønn ..... 177

Belastning ved at familie og venner trekker seg bort ..... 179

Helsefremmende støttetiltak rettet mot omsorgsgiverne ..... 180

Avslutning ..... 183

## Kapittel 15

### **Selvhjelp og selvhjelpsgrupper** ..... 184

*Björg Aglen*

Selvhjelp og selvhjelpsgrupper ..... 185

Howdan kan helsetjenesten bidra til selvhjelp? ..... 187

Selvhjelp utfordrer ekspertrollen til helse- og omsorgspersonell ..... 187

|                                                         |     |
|---------------------------------------------------------|-----|
| Helse- og omsorgspersonell som nettverksarbeidere ..... | 188 |
| Forsterkede selvhjelpsgrupper .....                     | 189 |
| Selvhjelp integrert i helsehjelp .....                  | 191 |
| Selvhjelp, læring og mestring .....                     | 192 |
| Selvhjelp og rehabilitering .....                       | 193 |
| Kan selvhjelp være skadelig? .....                      | 193 |
| Avslutning .....                                        | 194 |

### **Del 3**

|                                                    |     |
|----------------------------------------------------|-----|
| <b>NOEN FORUTSETNINGER FOR HELSEFREMMING</b> ..... | 197 |
|----------------------------------------------------|-----|

#### **Kapittel 16**

|                                         |     |
|-----------------------------------------|-----|
| <b>Helsefremmende interaksjon</b> ..... | 199 |
|-----------------------------------------|-----|

*Gørill Haugan*

|                                                             |     |
|-------------------------------------------------------------|-----|
| Holistisk tilnærming til helse .....                        | 200 |
| Sykepleie som relasjonell praksis .....                     | 203 |
| Hva betyr det at mennesket er ånd? .....                    | 204 |
| Helsefremmende sykepleier-pasient-interaksjon .....         | 206 |
| Å måle sykepleier-pasient-interaksjon .....                 | 210 |
| Å utvikle helsefremmende interaksjon i helsetjenesten ..... | 212 |
| Avslutning .....                                            | 214 |

#### **Kapittel 17**

|                                                                     |     |
|---------------------------------------------------------------------|-----|
| <b>Positive arbeidslivserfaringer i kommunehelsetjenesten</b> ..... | 216 |
|---------------------------------------------------------------------|-----|

*Beate André*

|                                                                                   |     |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Utfordringer for de som arbeider i den kommunale helse- og omsorgstjenesten ..... | 216 |
| Arbeidsmiljø og -kultur i den kommunale helse- og omsorgstjenesten .....          | 217 |
| Positiv arbeidslivshelse i kommunal helse- og omsorgstjeneste .....               | 219 |
| Ledelse .....                                                                     | 220 |
| Gruppeatferd og relasjoner .....                                                  | 221 |
| Kommunikasjon .....                                                               | 221 |
| Strukturelle forhold .....                                                        | 222 |
| Kvalitet på pleien .....                                                          | 222 |
| Avslutning .....                                                                  | 223 |

## Kapittel 18

### Fagutvikling og praksisutvikling i kommunale helse- og

#### omsorgstjenester ..... 225

*Oddvar Førland*

#### Fagutvikling og praksisutvikling ..... 225

##### Utfordringsbildet ..... 227

##### Ressurser og samarbeidspartnere ..... 231

##### Læring og utvikling av kunnskap og ekspertise ..... 233

##### Komplementære kunnskapsformer ..... 235

##### Implementering av ny kunnskap ..... 237

#### Avslutning ..... 240

## Kapittel 19

### Velferdsteknologi som ressurs, mulighet og strategi i helse- og

#### omsorgstjenesten i kommunene ..... 242

*Sigrid Nakrem og Kristin Spilker*

#### Velferdsteknologi – et relativt nytt begrep ..... 243

#### Velferdsteknologi som ressurs og mulighet i helse- og

#### omsorgstjenesten i kommunene ..... 244

##### Teknologi for økt trygghet og sikkerhet ..... 245

##### Teknologi som ressurs for økt velvære og sosial kontakt ..... 245

##### Teknologi som ressurs i behandling og pleie ..... 247

#### Teknologi for utvikling av en personsentrert kommunal helse- og

#### omsorgstjeneste ..... 248

#### Teknologiens begrensninger og utfordringer ..... 250

#### Avslutning ..... 252

#### Epilog ..... 255

#### Referanser ..... 257

#### Stikkordsregister ..... 291

#### Bidragstyttere ..... 299



# Helsefremming i kommunehelsetjenesten

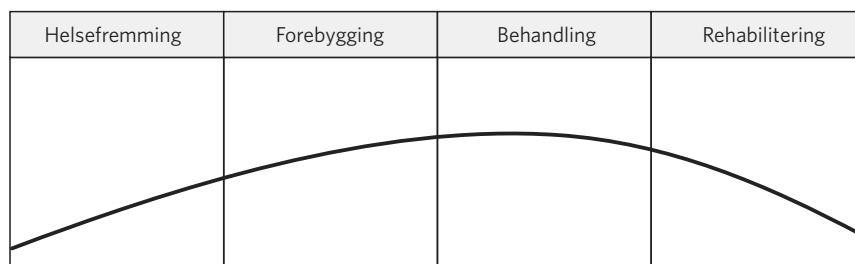
Toril Rannestad og Gørill Haugan

Kommunehelsetjenesten står foran et stort reformarbeid. Mens dagens helse-tjenester har stort fokus på behandling av sykdommer, viser de nye signalene at helsefremmende arbeid skal styrkes. Dette betyr at befolkningen i større grad skal mestre å ta ansvar for sin egen helse.

## Helsefremming

Helsefremming blir av Verdens Helseorganisasjon, WHO, definert som den prosessen som setter den enkelte, så vel som fellesskapet, i stand til å ta kontroll over forhold som virker inn på helsen. I Ottawa-charteret, som ble utarbeidet og godkjent på den første internasjonale konferansen om helsefremming i Ottawa, Canada i 1986, heter det at «Health promotion is the process of enabling individuals and communities to increase control over the determinants of health and thereby improve their health». Her understrekes det at helsefremmende arbeid har en klar sammenheng med politikk, alle samfunnsnivåer og med lokalmiljøet rundt oss. Målet er å bygge opp en sunn helsepolitikk, å skape et støttende miljø, og å styrke lokalmiljøets muligheter for handling. Samtidig er målet å utvikle indivi-ders helsefremmende ferdigheter ved å sørge for informasjon, helseopplys-ning og kunnskap om mestringsteknikker. I tillegg er målet å «re-orientere» helsetjenesten; «helsesektorens rolle må i økende grad bevege seg i en helse-fremmende retning, utover ansvaret for å yte kliniske og kurative tjenester» (Helsedirektoratet 1987).

Begrepet helsefremming blir noen ganger benyttet om all virksomhet som kan påvirke helsen positivt, enten det gjelder trivsels- og overskuddskapende tiltak eller problemreduserende tiltak. Det er imidlertid vanlig å skille helsefremmende arbeid fra forebyggende og problemreduserende arbeid. 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 helsefremming, forebygging, behandling og rehabilitering, slik figur 1.1 viser.



**Figur 1.1** Skillene mellom helsefremming, forebygging, behandling og rehabilitering

I området over kurven skal helse være det ledende paradigmet i utformingen av tiltak. I området under kurven er sykdom i fokus. Helse skal være et gjeldende prinsipp i hele figuren, men omfanget varierer. Helse er selvsagt den dominerende rettesnoren i alt helsefremmende arbeid. Her vektlegges alt som kan stimulere individer og samfunn til å få kontroll over og styrke det som gir god helse, velvære og funksjon. Innen forebyggende arbeid er også helse et sentralt begrep, men forebygging av sykdom har nødvendigvis sykdom i fokus. I kurativ behandling er det naturlig at sykdom og bekjempelsen av den har forrang, men også her er helse et aktuelt tema. I rehabiliteringsfasen forlates ofte sykdomsfokuset, og helse får igjen en større plass.

## Kommunehelsetjenesten

Helsetjenestene i Norge står midt i et stort reformarbeid. Samhandlingsreformen (Helse- og omsorgsdepartementet (HOD), 2008–2009), Folkehelsemeldingen (Helse- og omsorgsdepartementet (HOD), 2012–2013a) og Morgendagens omsorg (Helse- og omsorgsdepartementet (HOD), 2012–2013) er

noen av de meldingene som gir ny retning for tjenestetilbudet. Det varsles minst to store endringer som kan få konsekvenser for sykepleieres arbeid i framtiden: flytting av tjenester fra spesialisthelsetjenesten til kommunehelsetjenesten, og økt fokus på helsefremmende arbeid (Henriksen, 2012). Vi skal i dette kapitlet gå igjennom noen av forutsetningene som vektlegges i dette reformarbeidet i helsetjenesten.

Det skal legges mer vekt på helsefremmende og forebyggende arbeid, på økt brukerinnflytelse og økt støtte til pasientens egenmestring, på innsats tidlig i sykdomsforløpet, og på habilitering og hverdagsrehabilitering. Det legges opp til utbygging av lavterskeltilbud og at helsetjenestene flyttes nærmere der brukerne bor. Det skal utvikles nye kommunale tilbud både før, i stedet for og etter sykehusinnleggelse, og behandlingsforløpet mellom kommuner og sykehus skal bedres. Samhandlingsreformen er dermed også en kommunereform. Med inspirasjon fra figur 1.1 kan framtidens helsetilbud i Norge tenkes inndelt slik figur 1.2 viser.

| Folkehelse                              | Sykdomsbehandling                            | Leve med helsesvikt                                                         |
|-----------------------------------------|----------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|
| Fokus:<br>Helsefremming og forebygging  | Fokus:<br>Sykdom                             | Fokus:<br>Helsefremming, helhetlig helse, livskvalitet, mestring, ressurser |
| Mål:<br>At de friske skal forbli friske | Mål:<br>Riktig diagnose, behandling og pleie | Mål:<br>Å leve et godt liv på tross av helsesvikt                           |
| Arena:<br>Kommuner, alle sektorer       | Arena:<br>Spesialisthelsetjenesten           | Arena:<br>Kommunehelsetjenesten                                             |

**Figur 1.2** Framtidens helsetilbud

Det er bred enighet om at helse først og fremst skapes i folks hverdag; i hjemmet, på arbeid og i skole, i fritiden, i trafikken, osv. Erkjennelsen av «helse i alt vi gjør» er kjernen i folkehelsearbeidet. Det er derfor av største betydning at alle samfunnssektorer har helse som en klar målsetting i sine prioriteringer. Målet er at de friske skal forbli friske ved at kommunene tar ansvar for å legge forholdene til rette slik at folk skal kunne ta ansvar for sin egen helse. Vi holder oss nå innenfor venstre del av figur 1.2. Det meste av helsen produseres egentlig utenfor helsesektoren. Men helsetjenestene

spiller en viss rolle i en slik folkehelsesatsing, for eksempel med helsefremmende tiltak for hjemmeboende, friske barselkvinner (kapittel 13).

Når sykdom inntreffer, skal sykehusene på banen. Da er riktig diagnose og riktig medisinsk behandling for sykdommen i fokus, slik det vises i midtre del av figur 1.2. Medisinsk forskning er opptatt av å finne årsakene til sykdom, og effektiv medisinsk behandling. Tradisjonelt sett har sykepleiere hatt en viktig rolle i medisinsk behandling og en helt sentral rolle i omsorgen innen spesialisthelsetjenesten. Vi kommer tilbake til helsefremming i spesialisthelsetjenesten i oppfølgingen av denne boka, med aktuelle begreper, forskning på ulike pasientgrupper, og strategier for å kunne «re-orientere» også spesialisthelsetjenesten, slik Ottawa-charteret etterlyser.

Kommunehelsetjenesten er igjen arena etter at den akutte, spesialiserte medisinske behandlingen på sykehus er over. Stadig flere overlever tidligere dødelige sykdommer, som for eksempel kreft, men får ofte langtids seneffekter av sykdommen og behandlingen. Stadig flere blir også svært gamle med økt forekomst av sykdommer, helseplager og det vi kan kalle «helsesvikt». Her vil fokuset ikke være årsak til sykdommer (patogenese), men følgene av sykdom, og kilder til helse (salutogenese). Fokuset i denne delen av kommunehelsetjenesten er igjen helse, slik det vises i høyre del av figur 1.2. Helse er i denne sammenhengen ikke bare den fysiske helsen; kanskje vel så viktig er den psykiske, sosiale og eksistensielle helsen. I tillegg skal forholdene legges til rette for mestring, god livskvalitet og at pasientene skal kunne bruke tilgjengelige ressurser og leve et godt liv på tross av sykdom og helsesvikt. Kommunehelsetjenesten skal her spille en svært utstrakt og avgjørende rolle, og vi viser i denne boka noen eksempler på helsefremmingsstrategier blant noen pasientgrupper og brukere som lever videre med en eller annen form for helsesvikt (Del 2).

Samhandlingsreformen vektlegger at det ikke skal være vanntette skott mellom det tverrsektorielle kommunearbeidet, kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Mange beveger seg mellom disse områdene (alle tre delene av figur 1.2) i løpet av livet, og kommunehelsetjenesten skal overta en del oppgaver fra spesialisthelsetjenesten. For enkelthets skyld har vi likevel valgt å følge det skjematiske oppsettet slik figur 1.2 viser. Denne boka omhandler kommunehelsetjenesten, med aktuelle begreper og teorier som rettesnor for forståelse og handling, med eksempler på aktuelle grup-

per av både friske (venstre del av figur 1.2) og syke (høyre del av figur 1.2), og med forslag til helsefremmende tiltak. En slik lærebok kan ikke ta mål av seg til å presentere en fullstendig oversikt over alle mulige helsefremmingsstrategier og alle mulige brukere av kommunehelsetjenesten. Spesielt er en totaloversikt vanskelig å presentere i tider da kommunehelsetjenesten er i en støpeskje, slik dagens reformarbeid innebærer. Men vi skal nå se litt nærmere på noen av de områdene som vektlegges i de ulike stortingsmeldingene som rettesnor for framtidens helsetjeneste, med spesiell vekt på Meld. St. 29, 2012–2013 – Morgendagens omsorg.

Kort og godt kan vi si at det viktigste målet i kommunehelsetjenesten er ikke bare god helse, men også selve livet. De som arbeider her, må kjenne til de fleste av livets sider, og vil møte de fleste grunnleggende menneskelige behov. De må være i stand til å lage rammer som ivaretar disse behovene på en helhetlig måte, enten de er av fysisk, sosial, kulturell, psykisk eller eksistensiell art. Dette stiller store krav til kunnskap og kompetanse på tvers av mange fagfelt. Det er forskjell på å få tjenester for å overleve (spesialisthelsetjenesten i et nøtteskall?) og få assistanse til å leve et liv (kommunehelsetjenesten i et nøtteskall?).

I Folkehelsemeldingen legges mye av helsefremmingsarbeidet på kommunenes helse- og omsorgstjeneste. Det står at tjenesten har tre roller i det forebyggende arbeidet. Vi velger å tolke rollene dithen at arbeidet innbefatter også det helsefremmende arbeidet:

- Forebygging som en integrert del av helse- og omsorgstilbudet
- Helsekontroller, helseopplysning og livsstilsendring, opplysning, råd og veiledning for å forebygge sosiale problemer
- Støtte til det tverrsektorielle arbeidet gjennom oversikt og kunnskap om helseutfordringer, årsakssammenhenger og tiltak

## **Et ressursorientert perspektiv**

Fokus i kommunehelsetjenesten skal flyttes fra det syke til det friske, fra behandling til forebygging, helsefremming, selvhjelp og mestring, og å stimulere det som fungerer bra. Alle har helse selv om en medisinsk sett er syk, og ingen har bare sykdommer foruten ressurser som skal brukes til å

mestre eget liv og ta del i fellesskapet. Helt til det siste vil alle ha noe verdi-fullt å bidra med. Et slikt helhetlig ressursorientert perspektiv innebærer en mer aktiv pasient- og brukerrolle ved at de ressurser, evner og muligheter brukerne selv har for å mestre hverdagen, mobiliseres og utnyttes. Det skal legges til rette for at brukerne i større grad blir en ressurs i eget liv, og for at lokalsamfunnets innbyggere mobiliseres på nye måter og blir ressurs for hverandre. Planleggingen gjøres i samarbeid med dem det gjelder, og sykepleieren må erkjenne pasienten som likeverdig partner og som ekspert på eget liv. Helsetjenestene skal i større grad enn tidligere kartlegge og forstå brukernes helhetlige behov og ressurser, gi brukerne informasjon og støtte slik at de kan delta aktivt i beslutninger som angår dem, og sette befolkningen i stand til å ta et større ansvar. Det brukes begreper som medborger- og medvirkningsansvar, empowerment og myndiggjøring. En skal bort fra mottaker- og konsumentperspektiv til et medborgerperspektiv, og det forventes at folk tar ansvar for seg selv og fellesskapet. Med brukerstyrte ordninger kan for eksempel brukere med sammenfallende preferanser og behov på eget initiativ gå sammen om å utvikle fellesskapsløsninger, som særegne boformer. Å stille spørsmål om hva som er viktig i en persons liv, kan bidra til at vedkommende kommer i berøring med egen motivasjon og energi (Langeland, 2012). Brukermedvirkning betyr imidlertid ikke at sykepleieren fratas eller kan fraskrive seg sitt faglige ansvar. Brukernes erfaringskunnskap må balanseres opp mot sykepleierens ekspertkunnskap. Det er derfor en grense for hvor langt brukernes innflytelse går, og det er ikke gitt at en person har de ressursene og ferdighetene som kreves for å kunne ivareta egen helse.

## Morgendagens brukere av kommunehelsetjenesten

Vi står overfor en global demografisk utfordring uten sidestykke i historisk tid. Den aldrende befolkningen vil fortsette å øke, noe som får dyptgripende konsekvenser av både økonomisk, sosial, politisk og kulturell art (United Nations, 2002). I Norge vil antall personer over 67 år mer enn fordobles fra 2000 til 2050. De fleste eldre er friske, men de fleste syke er eldre. Alder er ingen sykdom, men den øker risikoen for å få sykdommer. Dette er ofte sykdommer og helsesvikt som ikke nødvendigvis kan kureres, men som man må leve med. Morgendagens brukere av kommunehelse-