



HÖGSKOLAN
TROLLHÄTTAN · UDDEVALLA

Hälsofrämjande arbete - en utmaning för sjuksköterskors omvårdnadsutövning

**Författare: Gitte Ekström, Susanne Ericsson & Madeleine Högbring
Handledare: Ann-Charlott Lindström**

**Enskilt arbete i omvårdnad 10 poäng, fördjupningsnivå 1
Sjuksköterskeprogrammet 120 poäng, kurs SSK 00:V**

**Institutionen för omvårdnad
Maj 2002**

Titel:	Hälsofrämjande arbete - en utmaning för sjuksköterskors omvårdnadsutövning
	Health promotion - a challenge for nurses in nursing practice
Författare:	Gitte Ekström Susanne Ericsson Madeleine Högbring
Handledare:	Ann-Charlott Lindström
Institution:	Institutionen för omvårdnad, Högskolan i Trollhättan/Uddevalla
Arbetets art:	Enskilt arbete i omvårdnad, fördjupningsnivå 1
Antal sidor:	35
Kurs:	Sjuksköterskeprogrammet 120 poäng, SSK: 00V
Datum:	Maj 2002

ABSTRACT

The aim of this study has been to investigate the occurrence of health promotion in nursing practice. Since Nightingale nurses have been viewed as having a role to play in promoting health of people, but have during the last century been set aside in favour of a medical approach. More recently, with the advent of the Health For All Movement, initiated by the World Health Organization in 1978, the attention has again been focused on what nurses can do to promote health in nursing practice.

A systematic literature review was conducted in order to develop a new theoretical perspective for health promotion nursing practice. To be able to reach the aim of this study, three questions were formulated.

Health promoting nursing practice is seen as the way forward for the nursing profession. The difficulties encountered in attempting this integration and accomplishing a shift from a traditional medical perspective to a new approach to health promotion are discussed and critiqued. Specifically conflicts that occur at an interpersonal and organizational level are identified and proposed as explanations for the slow implementation of health promoting nursing.

Keywords: Health promotion, health prevention, nurse teaching communication, the patient role and interaction

Nyckelord: Hälsöfrämjande, sjukdomsförebyggande, sjuksköterskans kommunikation i undervisning, patientrollen och interaktion

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	1
BAKGRUND	1
Synen på hälsa genom tiderna	1
<i>Hur begreppet hälsa kan beskrivas</i>	2
<i>WHO:s betydelse för utveckling av hälsofrämjande arbete</i>	3
<i>Sjuksköterskors hälsofrämjande arbete</i>	4
Hälsofrämjande- och sjukdomsförebyggande arbete	5
<i>Förändrat synsätt hos sjuksköterskor</i>	7
SYFTEN	8
METOD	9
Sökmetod	9
Urval och avgränsningar	10
Artikelöversikt	10
Analys och bearbetning av artiklarna	11
Validitet	12
RESULTAT	12
Hälsofrämjande arbete i sjuksköterskors omvårdnad	12
<i>Ett psykosocialt perspektiv i hälsofrämjande arbete</i>	13
<i>Patienters egenvårdskontroll</i>	14
Hinder och möjligheter för hälsofrämjande arbete	17
<i>Organisationens struktur och resurser</i>	18
<i>Mer kunskap om hälsofrämjande arbete</i>	19
<i>Reflektion och erfarenhet</i>	20
<i>Utbildning och förändrat synsätt</i>	21

DISKUSSION	23
Metod	23
Resultat	24
<i>Hälsofrämjande arbete i sjuksköterskors omvårdnad</i>	24
<i>Hinder och möjligheter för hälsofrämjande arbete</i>	25
<i>Hälsofrämjande arbete fordrar utbildning</i>	26
KONKLUSION	28
REFERENSER	29
Bilaga 1	35

INLEDNING

Som blivande sjuksköterskor är intresset stort för människors hälsa och värdet av att hälsofrämjande arbete bedrivs inom omvårdnad. Det medicinska synsättet är problem- och sjukdomsorienterat och har dominerat de senaste seklen. Det hälsofrämjande arbetet har kommit i skymundan, men idag förespråkas ett förhållningssätt där människors hälsa står i fokus. Världshälsoorganisationen (WHO) har en central roll och betydelse för en utveckling, där mål för hälsa och hälsofrämjande arbete prioriteras. I lagar och styrdokument för hälso- och sjukvården, ligger numera också en betoning på sjuksköterskors skyldighet att arbeta på ett sådant sätt att människors hälsa främjas.

BAKGRUND

Synen på hälsa genom tiderna

Hälsa är något som människor eftersträvat i alla tider, men är inget absolut begrepp, utan något som kan och bör vara under ständig förändring (Bergstrand, 2000; Downie, Tannahill & Tannahill, 1996). Ur ett idéhistoriskt perspektiv beskriver litteraturen hur antika, judiska och kristna förebilder har haft betydelse för vår tids syn på hälsa, både i ett religiöst, filosofiskt och etiskt perspektiv. Människor antogs ha levt i harmoni med naturen, vilken ansågs ha en läkande kraft. De kunde inte helt förstå och kontrollera naturen och för att uppnå hälsa var det naturligt att anpassa sig efter den. Sjukdom blev något självförvällat, då människor inte levt enligt naturens föreskrifter (Qvarsell, 1991). Antikens greker betraktade hälsa som en av de största angelägenheterna i livet. Platon (427 – 347 f. Kr.) menade att hälsa var ett naturligt tillstånd som människor borde eftersträva, vilket Hippokrates (460 – 377 f. Kr.), utvecklade till ett mer helhetstänkande. Hippokrates ansåg att kropp och själ borde vara i balans med varandra, för att hälsa skulle kunna uppnås. Under 1500- och 1600-talet förändrades synen på hälsa. Det helhetstänkande som den grekiska medicinen förespråkade ändrades, vilket innebar att kropp och själ särskiljdes och sågs inte längre som en helhet. Naturvetenskapen fick sitt

genombrott och uppfattningen om hälsa blev mer individualistisk och sjukdomsorienterad (Kristoffersen, 1998; Edelman & Mandle, 1994). Synen på hälsa ändrades ytterligare under 1800-talet och fick en negativ definition. Den moderna medicinska vetenskapen kom att etableras allt mer genom den ökande kunskapen i patologi, fysiologi och bakteriologi, vilket så småningom ledde till en ännu mer förfinad utveckling av att kunna bota sjukdomar. Med det nya synsättet på hälsa, ur ett medicinskt perspektiv, likställdes hälsa med frånvaro av främmande och skadliga materier i kroppen (Qvarsell, 1991).

Hur begreppet hälsa kan beskrivas

Nightingale (1820–1910) som var en föregångare vad gäller sjuksköterskors hälsoarbete, beskriver att människors hälsa har att göra med (Kristoffersen, 1998) ”att inte bara vara frisk, utan också fullt kunna utnyttja alla de förmågor vi besitter” (s.351). Nightingale menar att hälsa är den samma för både friska och sjuka människor och innebär förmåga att aktivt utnyttja egna resurser på ett meningsfullt sätt. Två andra omvårdnadsteoretiker med tydliga beskrivningar av hur hälsa kan definieras är Eriksson och Watson. Kristoffersen (1998) menar att Eriksson inte ser hälsa som något som människor har utan något som människor är. Även Erikssons definition av hälsa framkommer och förklaras på följande sätt ”hälsa är ett integrerat tillstånd av sundhet, friskhet och en känsla av välbefinnande men inte nödvändigtvis frånvaro av sjukdom” (s.399). Det yttersta syftet med omvårdnad är att främja hälsa, där människor bör åstadkomma ett tillstånd av tillit, tillfredsställelse, kroppsligt och andligt välbehag, samt en känsla av utveckling för att stärka hälsa (Eriksson, 1986). I Bentling (1995) framkommer att Watson anser att hälsan är individuellt och kulturellt beroende och hänger samman med värderingar, livsideal och egna resurser, där olika uppfattningar om hälsan ger olika behov av omvårdnad. Kristoffersen (1998) belyser att Watson betraktar hälsa som mer än bara frånvaro av sjukdom och ger följande beskrivning av Watsons definition av hälsa ”hälsa handlar om enhet och harmoni i sinne, kropp och själ. Hälsa handlar också om graden av överensstämmelse mellan det uppfattade självet och det upplevda självet” (s. 405).

Enligt Sarvimäki & Stenbock-Hult (1996) förverkligar människor sin hälsa genom fem dimensioner. Det handlar om det biofysiska, det sociokulturella, det emotionella, det intellektuella och det andligt existentiella. Det biofysiska innebär balans och harmoni med en kroppslig integration hos människor. Det sociokulturella handlar om samspelet, balansen och harmoni i människors sociala miljö och nätverk. Det emotionella står för balans och harmoni i människors känsloliv. Det intellektuella handlar om människors balans och harmoni i tankeverksamheten och det andligt existentiella innefattar bland annat tankar om livets mening och egenvärde. Människor har hälsa i det avseendet där det råder samordning, enighet och jämvikt mellan dimensionerna, där människors vilja, mål och kapacitet framhålls. Att ha hälsa och ohälsa är inga entydiga tillstånd i det avseendet att människor antingen har fullständig hälsa eller fullständig ohälsa, eftersom graden varierar från människa till människa.

WHO:s betydelse för utveckling av hälsofrämjande arbete

WHO som bildades 1946 definierar enligt Folkhälsosekretariatet (1996) hälsa som ”Hälsa är inte bara frånvaro av sjukdom utan också ett tillstånd av fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande” (s.1). För att styrka och utveckla definitionen kring hälsa, anordnade WHO 1978 en internationell konferens i Alma-Ata. Där gjordes en sammanfattning av de insatser, som ansågs nödvändiga för att nå ett nytt mål, med hälsa i fokus. Ett projekt startades som fick benämningen, Hälsa för alla (WHO, 1985). Syftet med projektet var enligt Folkhälsosekretariatet (1996) och Folkhälsoinstitutet (1999) att arbeta för bästa möjliga hälsa för alla, genom att främja och skydda människors hälsa under hela livet och att minska förekomsten av de vanligaste sjukdomarna. För att lyckas med målet ges människor möjlighet, att ta ansvar för sin hälsa och själva forma sina liv. Därmed hade ett nytt hälsoprogram börjat ta form. För att kunna förstärka och förtydliga hälsoarbete, som lutade sig mot projektet Hälsa för alla, kom WHO 1985 med en resolution om hälso- och sjukvårdens utveckling för de kommande 15 åren, som fick benämningen Hälsa för alla år 2000. En definition utformades kring hälsofrämjande verksamhet, som blivit allmänt accepterad av samtliga medlemsländer i WHO:s Europa region (WHO, 1985). I Ewles & Simnett (1994) ges följande beskrivning av

definitionen, ”Hälsofrämjande verksamhet är en process som syftar till att göra människor kapabla att öka sin kontroll över och förbättra sin egen hälsa” (s. 35). WHO:s definition av hälsofrämjande verksamhet representerade enligt Ewles & Simnett (1994) ett viktigt steg bort från ett rent sjukdomsorienterat synsätt. Hinchliff, Norman & Schober (1998) menade att det i första hand var denna förändring, som bidrog till att definitionen i högre grad kom att sättas i samband med sjuksköterskors omvårdnadsarbete. En annan viktig poäng var att hälsans subjektiva sida framhävdes och kom att beskrivas i högre grad. Synen på människors hälsa innehöll inte längre enbart det objektivt mätbara, utan fick en starkt individuell och subjektiv aspekt. Människors egna upplevelser av trivsel, glädje, tillfredsställelse och förmåga att hantera sina liv eller upplevelse av vantrivsel, modlöshet, meningslöshet och apati blev betydelsefullt. Detta förändrade synsätt blev viktigt för att förstå hur människors upplevelser av hälsa kan uttryckas. WHO (1985), Hinchliff et al. (1998) och Medin & Alexandersson (2000) menar att utvecklingen av WHO:s definitioner från 1978 och 1985, har påverkat hälso- och sjukvårdens lagar och styrdokument, vilket medfört att ett nytt synsätt inom omvårdad börjat ta form.

Sjuksköterskors hälsofrämjande arbete

Hälsofrämjande arbete är ingen ny uppgift för sjuksköterskeprofessionen, men för att förstå sjuksköterskeprofessionens utveckling och WHO:s betydelse för denna, är det av betydelse att se tillbaka några år i tiden (MacDonald, 1998). För cirka 60 år sedan prioriterades enligt Caraher (1994) lydnad och att sjuksköterskor borde förespråka tron på den medicinska kunskapen i sitt yrkesutförande. Under 1960- och 1970-talen erbjöds patienter hopp om att ”går du sönder så lagar vi dig och ät, drick, var glad och vi ska bota din sjukdom” (s.546). Det naturvetenskapliga synsättet och de medicinska arbetsuppgifterna dominerade inom hälso- och sjukvården och hälsofrämjande arbete var mindre tydligt i sjuksköterskors omvårdnad.

Idag är attityden till hälsa förändrad inom hälso- och sjukvården. Patienten bör enligt de styrdokument, vilka reglerar denna verksamhet, bemötas utifrån sin helhet som

människa och inte enbart behandlas som en sjukdom. Patientens möjligheter till mognad och utveckling bör beaktas och att alla är lika mycket värda, att varje människa är unik och därmed bör behandlas individuellt (Sarvimäki & Stenbock-Hult, 1996). Hälsa är målet för sjuksköterskors omvårdnad (Bentling, 1995) och i lagar och författningar som till exempel hälso- och sjukvårdslagen (HSL) uppmanas personal att verka för god hälsa och att det bör ske i samråd med patienten, utifrån dennes prioriteringar (SFS 1982:763). Även Socialstyrelsens allmänna råd om omvårdnad inom hälso- och sjukvården (SOSFS 1993:17) betonar att sjuksköterskor i omvårdnadsarbetet bör främja hälsa och förebygga ohälsa, där patienten ses ur ett helhetsperspektiv och inte enbart med fokus på sjukdomstillstånd.

Hälsofrämjande- och sjukdomsförebyggande arbete

Att tala om hälsans premisser innebär en medvetenhet om att hälsa kan beskrivas ur flera perspektiv. Vanligt förekommande är, att tala om sjukdomsförebyggande respektive hälsofrämjande arbete. Det sjukdomsförebyggande arbetet innebär att förebygga, bota och lindra sjukdom. Det hälsofrämjande arbetet kan beskrivas vara något mer än att förebygga sjukdom och handlar om att underlätta för människor att göra hälsosamma val. Hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande samverkar med varandra, men fodrar olika tillvägagångssätt för att få människor att må bättre (Medin, 2001). Den viktigaste skillnaden är att hälsofrämjande arbete har sin utgångspunkt i att motivera människor till beteendeförändringar.

Hälsofrämjande synsätt handlar om att engagera sig i patienter och deras välmående utifrån deras psykosociala livssituation, vilket kan leda till större intresse och deltagande i utvecklingen av den egna hälsan (Bergstrand, 2000; Hinchliff et al., 1998; King, 1994; Pender, 1996). Psykosocialt synsätt innebär en förståelse för att patienters utveckling påverkas av hur samhället är organiserat, vilket får konsekvenser för hälsoförbättrande åtgärder. Vidare innebär det att patienter känner sig förstådda, bekräftade, trygga och omhändertagna. För att kunna förmedla psykosocialt stöd i omvårdnadsarbetet, fordras ett individuellt närmande av sjuksköterskor till patienter och

deras situation, där utgångspunkten är patienters egna upplevelser (Smebye, 1998; Kristoffersen, 1998).

Drivkraften för hälsofrämjande arbete består av aktiviteter eller handlingar, som ökar välbefinnandet och frigör mänskliga hälsopotentialer, hos individen, familjen och i samhället. Det sjukdomsförebyggande arbetet syftar mer till att aktivt undvika sjukdom, upptäcka den tidigt, eller behålla funktioner inom sjukdomen (Bergstrand, 2000; Hinchliff et al., 1998; King, 1994; Pender, 1996). Figur 1 visar på att sjukdomsförebyggande arbete delas in i tre kategorier och därefter följer en förklaring till primärt-, sekundärt- och tertiärt sjukdomsförebyggande arbete.

Sjukdomens naturliga förlopp		
⇒	⇒	⇒
Före sjukdom (Prepatogena perioden)	Under sjukdom (Patogena perioden)	Långvarig sjukdom (Kronisk patogen period)
Allmänna och specifika hälsofrämjande åtgärder	Tidig diagnos och behandling	Behandling av handikapp, rehabilitering
Primärt sjukdomsförebyggande	Sekundärt sjukdomsförebyggande	Tertiärt sjukdomsförebyggande

Figur 1. Modell för sjukdomsförebyggande arbete utifrån var i sjukdomsförloppet hälso- och sjukvården ingriper. Modifierad efter Medin & Alexandersson (2000, s.139).

- Primärt sjukdomsförebyggande arbete består av aktiviteter och handlingar som inriktar sig på att förebygga uppkomsten av en specifik sjukdom eller funktionshinder hos individen, familjer och samhälle. Här inkluderas även aktivt skydd mot onödiga stressorer (Bergstrand, 2000; Hinchliff et al., 1998; King, 1994; Pender, 1996).
- Sekundärt sjukdomsförebyggande arbete betonar tidig diagnos och snabbt ingripande för att stoppa patologiska processer. Därmed förkortas varaktighet och svårighet, vilket gör det möjligt för individen att återfå normal funktion på ett tidigt stadium (a.a.).

- Tertiärt sjukdomsförebyggande arbete börjar när defekter eller handikapp är irreversibla. Rehabilitering som är målet för tertiär prevention, innebär mer än att förhindra sjukdomsprocesser. Rehabiliteringen bygger på att återge patienter optimal nivå av funktion trots handikapp (a.a.).

Figur 2 visar hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbete sett ur två hälsoperspektiv.

Hälsofrämjande

- Syftar till att öka välbefinnande och motiverar till beteendeförändring
- Hälsobegreppet utgår ifrån människans egna individuella handlingsförmåga och innebär något mer än frånvaro av sjukdom

Sjukdomsförebyggande

- Syftar till att förebygga sjukdom och skador
 - Hälsobegreppet utgår ifrån sjukdom
-

Figur 2. Hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbete sett ur två hälsoperspektiv. Modifierad efter Medin (2001, s.106).

Hälsofrämjande arbete är enligt figur 2 och litteraturen inte specifikt inriktat på sjukdom- eller hälsoproblem, vilket sjukdomsförebyggande arbete förklaras vara. En grundläggande målsättning för hälsofrämjande arbete är att öka patienters förmåga att kontrollera de aspekter i deras liv som påverkar hälsan. Till en viss del, innebär detta att minska riskerna för sjukdom, men hälsofrämjande kan förbättra hälsa, utan att nödvändigtvis reducera den allmänna sjukdomen eller specifika riskfaktorer (Pender, 1996; Ewles & Simnett, 1994; Hinchliff et al., 1998).

Förändrat synsätt hos sjuksköterskor

Den historiska utvecklingen med det medicinska synsättet i fokus påverkar enligt Caraher (1994) dagens sjuksköterskor och gör det svårt att arbeta hälsofrämjande i

förhållande till sjuka människor, trots att hälsofrämjande arbete blivit en erkänd del av sjukvården. Hälsofrämjande arbete, vars handling har sitt fokus på självständighet och eget engagemang, överensstämmer inte alltid med utvecklingen av omvårdnad som profession, vilken bygger på kompetent utövande, ofta baserat på expertkunskap. Även sjukhusen som institution motverkar utveckling av hälsofrämjande arbete i den kliniska miljön, eftersom organisationens struktur fordrar följsamhet och ordning. För att kunna arbeta hälsoinriktat, bör sjuksköterskors fokus enligt Bentling (1995) och Lindsey & Hartrick (1996) ändras från sjukdomscentrerat synsätt till att se patienters utgångsläge med egna resurser, intressen och möjligheter till medverkan. Med denna grundinställning blir det lättare för patienter att förstå och bli intresserad av den egna hälsan. Ett förändrat synsätt hos sjuksköterskor kan ge insikt om att inte enbart vara problemfokuserad i mötet med patienter, utan även ser till helheten. Hälsofrämjande arbete grundar sig till exempel på ett aktivt lyssnande, en interaktionsprocess och att känna igen mönster, för att kunna förutse handlingar och positiva förändringar hos patienter. I processen ingår att sjuksköterskor utformar förslag till livsstilförändring tillsammans med patienter. Patienter ges då möjlighet till reflektion över beteendemönster och får därmed ny kunskap och förståelse om sin livssituation. Detta förhållningssätt i omvårdnad beskrivs ofta stärka patienter.

SYFTEN

Syftet med denna litteraturstudie är att studera hur hälsofrämjande arbete kommer till uttryck i sjuksköterskors omvårdnadsutövning, samt vilka hinder respektive möjligheter som förekommer.

Frågor till litteraturen är följande:

- På vilka sätt framträder hälsofrämjande arbete i sjuksköterskors omvårdnad?
- Vilka hinder för hälsofrämjande arbete beskrivs?
- Vilka möjligheter förekommer för utveckling av sjuksköterskors hälsofrämjande arbete?

METOD

Metoden för datainsamling var litteraturstudier. Den kunskap som hämtats från litteratur är enligt Patel & Davidson (1998) kunskap från teorier, modeller och kunskap från tidigare studier inom det aktuella området. Nyberg (2000) skriver att litteraturstudier till största delen består av en omfattande teoridel, vilket utgörs av att samla in data, ordna data, omstrukturera data, göra egna analyser och synteser av information, som samlats in av andra författare. En litteraturstudies mål är enligt Notter & Hott (1996) att bidra till sjuksköterskeprofessionens kunskapsbas och yrkesutövning. Backman (1998) skriver att litteratursökning huvudsakligen kan ske genom följande tre sökmetoder: manuell sökning, datorbaserad sökning och konsultation. Enligt Nyberg (2000) kan två till sju sökord anges i en litteraturstudie. Målsättning med litteraturstudien har varit att följa de normer som författarna ovan förespråkade, vilket presenteras under följande rubriker.

Sökmetod

Patel & Davidson (1998) och Nyberg (2000) skriver att bibliotekens databaser och tidskriftsamlingar är till stor hjälp vid sökande av litteratur. Med detta som grund har författarna huvudsakligen använt datorbaserad och manuell sökning. Litteraturen har sökts enbart på engelska och svenska, men vissa träffar gav även norsk litteratur. Artiklarna söktes via databaserna PubMed, SweMed och Spriline med sökorden health promotion, the patient role, health education, interaction, health prevention, communication och nurse teaching. Den svenska översättningen användes i Spriline och sökorden användes i olika kombinationer med varandra, vilket gav ett stort antal träffar. Författarna har i några fall också sökt vidare på referenslistor i litteratur inom området, för att få tillgång till källhänvisningar. Manuell sökning gjordes på högskolans bibliotek i Vänersborg och på Uddevalla sjukhusbibliotek.

Urval och avgränsningar

Urvalet avgränsades till att artiklarna skulle vara publicerade mellan åren 1990–2002. Författarna lade inte fokus på någon specifik yrkeskompetens inom sjuksköterskeprofessionen eller specifik sjukdom, utan studien inriktades på betydelsen av hälsofrämjande arbete inom all omvårdnad för sjuksköterskor.

De artiklar som bearbetades var av vetenskaplig karaktär. Enligt Spri (1996) är kriterier för en vetenskaplig artikel att den ska vara publicerad för första gången i en tidskrift som är refererbedömd. För att kunna avgöra om artiklarna uppfyllde kriterierna för vetenskaplighet, lästes och granskades de 78 artiklarna som valts ut. Enligt Nyberg (2000) bör valet av primär- eller källmaterial göras med arbetets syfte som utgångspunkt, där dokument och handlingar bör granskas för att kunna se vilka som ger de mest tillförlitliga svaren. Svensk, norsk och engelsk litteratur bearbetades av författarna och artiklarna skulle svara på en eller flera av frågeställningarna för att anses vara relevanta. Litteraturen är till största delen från det vårdvetenskapliga forskningsområdet, där vetenskapliga tidskrifter med artiklar om hälsofrämjande arbete visade sig vara begränsade. Detta ledde till att många av de utvalda vetenskapliga artiklar som ingår i resultatet, togs ur tidskriften *Journal of Advanced Nursing*. Litteratur från samhälls- och medicinskt område ingår också i studien. Av de 78 utvalda artiklarna, uppfyllde 30 kriterierna för att ingå i resultatet. De artiklar som valdes ut var empiriska studier och litteraturstudier. Studierna är fokuserade på sjuksköterskors omvårdnadsarbete, inom sjukhus och primärvård.

Artikelöversikt

I resultatet har 30 artiklar bearbetats och analyserats. För att skapa en övergripande bild av artiklarnas forskningsområde, fokus, metod och perspektiv, presenteras de i en artikelöversikt. Synsätt på hälsa, hälsofrämjande arbete, livsstilsfrågor och utbildning var de områden som belystes i artiklarna och presenteras som rubriker. Artiklar som belyser företagssköterskor och skolsköterskor har räknats in tillsammans med distrikts-

sköterskor. I primärvården, är företagssköterskor, skolsköterskor och distriktssköterskor inräknade. I översikten förkortas distriktssköterskor, DSK, sjuksköterskor, SSK och hälsofrämjande HF. I tabellen blir summan av varje rad 30, vilket motsvarar antalet artiklar. Siffran inom parantes, motsvarar antal artiklar inom respektive område. Artikelöversikten följer som bilaga 1 på sidan 35 och presenterar de 30 artiklar som ingår i resultatet.

Analys och bearbetning av artiklarna

Nyberg (2000) menar att sammanställningen av resultatet ska göras så tilltalande och tydlig som möjligt för läsaren. Vidare menar han att problem och frågeställningar utgör grunden för hur upplägget av resultatdelen kommer att se ut. Detta har varit författarnas ambition att ta fasta på och i analysarbetet gjordes på följande sätt. När författarna analyserade texten i artiklarna användes tre frågeställningar och dessa var, på vilka sätt framträder hälsofrämjande arbete i sjuksköterskors omvårdnad, vilka hinder för hälsofrämjande arbete beskrivs och vilka möjligheter framkommer för utveckling av sjuksköterskors hälsofrämjande arbete. Som en första del läste författarna artiklarna individuellt, för att se om det förekom hälsofrämjande arbete i sjuksköterskors omvårdnad. Där efter gick författarna tillsammans igenom vilka artiklar som uppfyllt den första frågeställningen. Den andra delen bestod av att uppmärksamma hinder respektive möjligheter i ett sådant arbete. Författarna läste och granskade artiklarna individuellt, med frågeställningarna som utgångspunkt och därefter analyserade och bearbetade författarna artiklarna tillsammans. Slutligen analyserades artiklarna ytterligare en gång individuellt, för att se om frågeställningarna blivit helt och korrekt besvarade. Därefter gjorde författarna en sista sammanställning tillsammans, för att se om artiklarna besvarat syftet och frågeställningarna för att kunna ingå i resultatet.

Validitet

För att styrka de områden som belystes i artiklarna, valde författarna att presentera artiklarna i en artikelöversikt, där artiklarnas forskningsområde, fokus, metod och perspektiv presenteras. Notter & Hott (1996) och Patel & Davidson (1998) menar att validitet syftar till att undersöka det som avses att undersökas och att det bör göras på ett tillförlitligt sätt, vilket innebär att det får en bra reliabilitet.

RESULTAT

Resultatet presenteras med en struktur, kopplad till frågeställningarna. Författarnas första fråga till litteraturen var på vilka sätt hälsofrämjande arbete framträdde. Resultatet visade att sjuksköterskor som arbetade hälsofrämjande, menade att det var viktigt att se till patienters psykosociala helhet och uppmuntrade till egenvårdskontroll. Dessa två aspekter kom att användas som underrubriker. Den andra och tredje fråga till litteraturen var vilka hinder respektive möjligheter som kunde påvisas. Dessa beskrevs ofta tillsammans, varför författarna valt att presentera detta resultat under en gemensam rubrik. Hinder och möjligheter förknippades ofta med organisatoriska och strukturella aspekter, därför har detta blivit en del i resultatredovisningen. I artiklarna framkom att det hälsofrämjande arbetet, har att göra med kunskap och synen på hälsa, samt den yrkesmässiga reflektionens betydelse. Avslutningsvis tar författarna upp utbildning, förändrat synsätt och dess betydelse för sjuksköterskors hälsofrämjande arbete.

Hälsofrämjande arbete i sjuksköterskors omvårdnad

Studier av Caraher (1994), Haddock & Burrow (1997), Lithner & Zillning (1998), Borup (1998a), Borup (1998b) och Sönnerberg, Edgren & Welin (2001) visade att hälsofrämjande arbete framkom mer eller mindre påtagligt i sjuksköterskors omvårdnad. Det visade sig i Mitchell, Closson, Coulis, Flint & Gray (2000) och Strands (1998) studier att sjuksköterskor som deltagit i en förändringsprocess från ett sjukdoms-

orienterat arbete till ett hälsofrämjande, menade att förändringen varit positiv. Med det nya synsättet upplevde sjuksköterskor en större tillfredsställelse i sin omvårdningsutövning.

Ett psykosocialt perspektiv i hälsofrämjande arbete

Studier av Naumanen-Tuomela (2001), Kovero (1999), Mitchell et al. (2000) och Strand (1998) visade att sjuksköterskor såg till patienters psykosociala verklighet, för att kunna utgå och bygga på patienters behov. Med detta synsätt beskrevs sjuksköterskor arbeta hälsofrämjande genom att de lyssnade aktivt på patienters berättelser och genom att ge råd med alternativ att välja mellan. Resultatet visade att patienter var delaktiga genom att ta en aktiv roll i hälsorådgivningen och kunde därmed identifiera problem och hjälpa till att lösa dessa. Känslan av kontroll ökade och skapade möjlighet till motivation för hälsofrämjande handlingar och attityder. Likaså visade studien av Sönerberg et al. (2001) att sjuksköterskor verksamma inom diabetesvård hade liknande hälsofrämjande synsätt och arbetsmål. Sjuksköterskorna arbetade utifrån diskussionsgrupper där patienternas psykosociala verklighet fick bestämma ämnesområden för diskussionerna. De psykosociala faktorerna beskrevs som, att inte se patienterna som objekt, utan som en hel människa med intellekt, känslor och med vilja till självbestämmande. För att göra patienterna delaktiga och ge dem inflytande i vård och behandling, fordrades att sjuksköterskorna gav information och mötte patienterna där de befann sig i sin livssituation. Resultatet visade att patienterna fick större förståelse, insikt och kontroll över sin livssituation. De blev även mer aktiva och delaktiga i beslut som berörde deras egen omvårdnad.

Studier av Borup (1998a) och Borup (1998b) visade att danska skolsköterskor, vilka hade börjat arbeta hälsofrämjande i mötet med elever, såg eleverna ur deras psykosociala livssituation. Eleverna själva fick möjlighet att välja diskussionsämne, som var viktiga och trovärdiga för dem, då de besökte skolsköterskorna vid skolhälsovården. Skolsköterskorna arbetade med att försöka se och förstå eleverna utifrån var i sin utveckling de befann sig och förväntade sig inte att de skulle ha anammat och accepterat

en vuxens definition av vad som främjar hälsa. Resultatet visade inte hur effektivt det hälsofrämjande samtalet varit, men var ett första steg i en inlärningsprocess, där eleverna själva deltog och pratade om ämnen som främjar hälsa. Eleverna deltog genom att komma till skolsköterskan för en årlig hälsokontroll. I detta möte hade skolsköterskan även en hälsodialog med eleven, som utgick ifrån elevens egna funderingar runt hälsa. Flickorna tog oftast upp ämnen som berörde förhållandet till föräldrar och vänner, hygien, menstruation, pubertet, huvudvärk, magont och sorgsenhet. Pojkarna pratade oftare om läxor, sport, ryggvärk, alkohol och det de själva upplevde sig vara bra på. Norton (1997) påvisade i sin studie att skolsköterskorna i sitt hälsofrämjande arbete insett att de inte enbart skulle inrikta sig på att ge information och undervisning om hälsa i mötet med eleverna, utan även se till deras livssituation. Detta innebar att skolsköterskorna inte enbart fokuserade sig på elevernas beteendeförändringar när de främjade hälsa, utan också såg till den omgivande skolmiljön i vilken eleverna fattade sina beslut. Detta kunde ske genom förslag från skolsköterskan till skolledning. Det kunde gälla förslag på hälsosammare val i godisautomat och matsal. Med hälsosammare val menades frukt i godisautomater, salladsbuffé och olika rätter att välja mellan i matsalen, som till exempel kött, fisk och vegetarisk rätt. Den psykosociala dimensionen i dessa hälsosamtal visade sig på så vis också vara betydelsefullt i sammanhanget.

Patienters egenvårdskontroll

I en studie av Caraher (1994) som handlade om hälsofrämjande arbete på sjukhus, belystes att det var viktigt för patienters självständighet och egenkontroll att utveckla en bra vårdrelation med sjuksköterskor, vilket beskrevs som en process. I det första skedet av processen var patienter överlåtna till sjukvården, till det bemötande och den omvårdnad de fick. Därefter arbetade sjuksköterskor med att utveckla omvårdnaden, genom att förklara och involvera patienter i sjukdomsbilden. Här uppmärksammade sjuksköterskor också patienters resurser och livssituationer och en ömsesidig respekt utvecklades. Detta kunde ske under hela vårdtiden, vilket gav patienter möjlighet att aktivt delta i sin omvårdnad, samt bevara sin integritet och självständighet. För att

stödja patienters egna resurser, diskuterade sjuksköterskor och patienter som ett sista skede, vilken omvårdnad och rehabilitering som var bäst lämpad efter sjukhusvistelsen.

Lithner & Zillings (1998) studie belyste effekten av preoperativ information, för att kunna se hur det påverkade patienters hälsa postoperativt. Det framkom att patientcentrerad preoperativ information var viktig, där sjuksköterskor var lyhörda för patienters behov och gav psykologiskt stöd. Detta förekom genom att sjuksköterskor hade undervisning både individuellt och i grupp, vilket visade sig vara effektivt och minskade oro och rädsla. Även preoperativa informationsbroschyrer före inläggning av patienter, visade sig vara en bra metod. Patienterna var då förbereda och kunde ställa frågor kring operationen. Resultatet blev att patienters egenvårdskontroll ökade, de blev lugnare, behovet av smärtlindring minskade och vårdtiden postoperativt blev kortare.

Liknande resultat visade sig i Haddock & Burrows (1997) studie. Där framkom att vid preoperativ information för patienter som rökte, sågs dessa utifrån sina tidigare erfarenheter. Denna erfarenhet kunde innebära att patienterna hade utvecklat rökhosta, men som inte hade medfört förändrade rökvanor. Genom att sjuksköterskorna gav ny information om riskerna med rökning generellt och i samband med operation, kunde patienterna integrera ny information med tidigare erfarenhet och kunskap. Denna kunskap var till exempel att patienterna var väl medvetna om att det fanns vissa risker med rökning, men eftersom stöd och motivation saknats, hade de inte slutat röka. När sjuksköterskorna i sitt möte med patienterna tog tillvara tidigare erfarenhet och kunskap, kunde de diskutera den skriftliga informationen. Den skriftliga informationen lade tonvikt på de positiva aspekterna av en rökfri miljö på sjukhuset och av att sluta röka. Vidare presenterades specifik information om rökningens skadliga effekter och råd om hur de preoperativt kunde upphöra eller minska sin rökning. Efter att ha läst informationen kunde patienterna diskutera innehållet med sjuksköterskorna och fick då möjlighet att berätta om sin rädsla, oro och få tillrättalagt eventuella missförstånd. Här kunde sjuksköterskorna upptäcka var patienterna befann sig kunskapsmässigt och vilken erfarenhet de hade. Detta kom att bli grunden för samtalen. Resultatet blev att patienterna fick större insikt om sin sjukdom, oron minskade och möjlighet gavs till självständiga beslut om den egna hälsan. Studien visade att patienterna var delaktiga

och kände sig förstådda av sjuksköterskorna, vilket stärkte deras egenvärde och gav hopp inför framtiden. Vidare framkom att patienterna upplevde sjuksköterskornas lyhörddhet som den bästa hjälpen de kunde fått. Med lyhörddhet menade de att kunna prata med någon som lyssnar och som förstår vad som sägs och någon som visar intresse, utan att ge order och döma. Av resultatet att döma, kände sig patienterna inte heller skyldiga eller misslyckade som människor.

I Strands (1998) studie kring rehabilitering av sjukdom och skador på sjukhus, visade resultatet att en del sjuksköterskorna hade ett väl utvecklat hälsofrämjande synsätt. Där planerades långsiktiga mål med förståelse för patienternas livssituation. Denna förståelse för patienternas livssituation innebar att sjuksköterskorna arbetade understödjande, för att kunna motivera deras vilja, självständighet, hopp och skapa tillit i omvårdnadsrelationen. Detta kunde ske genom kommunikation med visad respekt för patienternas åsikter och ställningstaganden. Likaså var kontinuiteten viktig för tryggheten och att sjuksköterskorna hade ett anpassat individuellt bemötande av patienterna. Vidare resulterade detta i att patienterna kunde göra egna meningsfulla val och kände sig kompetenta i att gå vidare och känna mening med rehabiliteringen. Målet med rehabiliteringen var att patienterna var delaktiga, tog ansvar och använde sina egna resurser, vilket sjuksköterskorna uppmuntrade och gav positiv respons till. Det framkom även att kunskap var viktigt för patienternas bearbetning och förståelse av den egna situationen. Detta sågs som en process, vilket krävde samarbete mellan sjuksköterskorna och patienterna, där de tillsammans kom fram till en lösning. Resultatet blev att patienterna upplevde att de fick större egenvårdskontroll, vilket innebar att de tog eget ansvar för sin rehabilitering.

I Lindsey & Hartricks (1996) studie om sjuksköterskors omvårdnadsarbete, framkom att det fanns skillnader i hur patienterna och sjuksköterskorna uppfattade hälsofrämjande synsätt. Resultatet visade att patienterna under sjukhusvistelsen upplevde att de under vårdtiden förlorade kontrollen över sin egen hälsa och läkande förmåga. Patienterna kände sig maktlösa i omvårdnadsprocessen eftersom de inte fick möjlighet till aktivt deltagande i beslut, som ansågs relevanta för deras tillfrisknande och hälsa. Anledningen till upplevelsen var att sjuksköterskorna enbart arbetade utifrån

omvårdnadsdiagnoser, vilka grundade sig på patienternas medicinska problem. Patienterna blev friska, men beskrev att de kände sig sämre mentalt efter sjukhusvistelsen. Anledningen var att patienterna inte fått delta i omvårdnadsprocessen och att det påverkat deras hälsa negativt. Resultatet blev att patienterna kände sig otillfredsställda med omvårdnaden. Sjusköterskorna där emot, uppfattade omvårdnaden och behandlingen som lyckad, eftersom patienterna blev friska från sjukdom.

Hinder och möjligheter för hälsofrämjande arbete

Figur 3 sammanfattar de hinder och möjligheter för hälsofrämjande arbete i sjuksköterskors omvårdnad, som framkommit i studierna av artiklarna. I underrubriker förklaras hur dessa förhåller sig till varandra och vad de handlar om. Organisationens struktur presenteras tillsammans med ökade resurser, som underrubrik. Kunskapsbrist respektive reflektion och erfarenhet presenteras var för sig, medan medicinskt synsätt och hälsofrämjande synsätt knyts ihop med brister i utbildning och handledning samt utbildning som möjlighet.

Hinder ⇒	Möjligheter ⇒
Organisationens struktur	Ökade resurser
Kunskapsbrist	Reflektion och erfarenhet
Medicinskt synsätt	Hälsofrämjande synsätt
Brister i utbildning och handledning	Utbildning

Figur 3. Hinder och möjligheter som framkom i artiklarna.

Organisationens struktur och resurser

Resultaten visade att sjuksköterskor menade att hälsofrämjande arbete var bra, men en utmaning för personalens arbetssätt och grundläggande värderingar. Sjuksköterskor tyckte dock att hälsofrämjande arbete blev opraktiskt, eftersom det står i konflikt med det medicinska synsättet, som påverkat den nuvarande organisationens struktur (Delaney, 1994; McBride, 1994; Caraher, 1994). I Smith, Masterson & Smith (1999) och Bensons (1998) studier framkom att det fanns två anledningar till varför hälsofrämjande arbete motarbetades. En anledning var den höga arbetsbelastningen på klinikerna, vilket berodde på bristande resurser och tid. Den andra var att betoningen fortfarande låg på sjukdom och arbetsuppgifter som utformades därefter. Resultaten visade att med det rådande synsättet blev det svårt att införa hälsofrämjande arbete i omvårdnad. I studien av Whitehead (1999) visade det sig att akutsjuksköterskor kände sig maktlösa att införa hälsofrämjande arbete i praktiken. De menade att en grundläggande förändring bör ske i organisationens struktur, som tillät sjuksköterskor att ändra från ett medicinskt synsätt till ett mer hälsofrämjande. Ytterligare hinder som framkom för en framåtsträvande utveckling av hälsofrämjande arbete, var avdelningar vilka påverkade varandras synsätt. I Mitchell et al. (2000) och McBrides (1994) studier framkom att det tar tid att förändra en stor organisation, vilket skulle ses som en process, där det fordrades överlåtelse från organisationens styrelse till vårdpersonal. Vidare menade Delaney (1994) att organisationen borde välkomna ett hälsofrämjande synsätt som en resurs, istället för att se det som ett hinder.

I Naumanen-Tuomela (2001) och Koveros (1999) studier om finska företagssköterskor och deras arbete med hälsofrågor, framkom att tid saknades för hälsofrämjande arbete, på grund av organisationens struktur. Företagssköterskor uppfattade att företagshälsovårdens mål var att vara så kostnadseffektiv som möjligt, där organisationen såg till kortsiktiga lösningar, vilket inte kunde göras med hälsofrämjande arbete. Likaså visade Cowleys (1995) studie att distriktsköterskor menade att organisationens struktur och mål inte bidrog till skapa utrymme för hälsofrämjande arbete, eftersom det inte var ekonomiskt mätbart. Caraher (1994) belyste att hälsofrämjande arbete endast var välkommet och uppmuntrat av organisationen, om det visade sig att den reducerade

patienters vårddagar, minskade behovet av smärtlindring och ovillkorligen sparade pengar. Om det hälsofrämjande arbetet gagnade patienter var inte av intresse. Whitehead (2001a) påvisade att kliniker under en period kunde söka bidrag för att utveckla hälsofrämjande arbete. Organisationen gav ingen vägledning och stöd till sjuksköterskor, eftersom ledningen saknade kunskap om det hälsofrämjande arbetets struktur. Resultatet blev att många sjuksköterskor upplevde hälsofrämjande arbete som en extra arbetsbörda. I McBride (1994) och Mitchell et al. (2000) framkom att sjuksköterskor såg beslut och vägledning från organisationen vara viktigt för att kunna genomföra förändringar. Genom stöd och uppmuntran i form av utbildning, ökad tillgång av tid och resurser, upplevde sjuksköterskor en möjlighet att kunna utveckla hälsofrämjande arbete.

Mer kunskap om hälsofrämjande arbete

Resultatet visade att sjuksköterskor trodde sig arbeta utifrån ett hälsofrämjande synsätt, men i själva verket handlade det om information och utbildning kring hälsofrågor. Sjuksköterskor arbetade ofta med envägskommunikation och såg sig som experter på patienters livsstil (Macereth, 1995; Whitehead, 2001a; McBride, 1994; Lindsey & Hartrick, 1996). Norton (1997) och Whitehead (2001b) visade på att sjuksköterskor behövde mer kunskap om hälsofrämjande arbete, vilket innebar mer än att ge information och undervisa i hälsa. För att kunna arbeta hälsofrämjande fordrades en ökad medvetenhet om att patienters livsstil och miljö var utgångspunkten för omvårdnad. Sjuksköterskor som enbart hade fokus på patienters sjukdom och inte kunskapen om det psykosociala, gjorde det svårt för patienter att ta hälsosamma beslut. Detta visade sig medföra en ökad risk för att patienter eventuellt anammade en livsstil som på sikt skadade hälsan.

Naumanen-Tuomela (2001) belyste att finska företagssköterskor som arbetade hälsofrämjande, såg sig behöva mer kunskap om det psykosociala för att kunna se helheten kring sina klienter. Företagssköterskorna menade att de behövde träffa

klienterna på arbetsplatserna, för att få en ökad förståelse för klienterna och deras arbetssituation.

I McBrides (1994) studie av sjuksköterskors övertygelse om och deras attityd till hälsofrämjande arbete, framkom att intresset för hälsofrämjande arbete var litet hos en del av sjuksköterskorna och de var därför ineffektiva i den rollen. Anledningar till ineffektivitet berodde enligt sjuksköterskorna på bristande kunskap om kommunikation och hur sjuksköterskorna såg till patienternas psykosociala livssituation. Med detta menade sjuksköterskorna att de ville ha kunskap om hur de kunde utveckla en hjälpande och understödjande relation till patienterna. Andra sjuksköterskor var mer öppna för hälsofrämjande arbete, men såg att de behövde mer rutin och kunskap för att kunna arbeta med en psykosocial helhet. Studierna fokuserade också på behovet av utbildning och kunskapsutveckling för att ett hälsofrämjande arbete skulle kunna bedrivas.

I Borup (1998a) och Borups (1998b) studier framkom att danska skolsköterskor såg sitt hälsofrämjande arbete som viktigt, men de var ofta osäkra på hur elever kunde bemötas. Skolsköterskor menade att de behövde mer kunskap om hur de tar till vara och bygger på elevers psykosociala verklighet. Lindholm & Wärnå (2001) påvisade att forskning om hälsofrämjande verksamhet inte gav tillräcklig kunskap för skolsköterskor. Skolhälsovården använde hälsofrämjande modeller, där forskningen hade sitt ursprung i ett pedagogiskt, sociologiskt eller psykologiskt perspektiv. Resultatet visade att denna typ av forskning inte gav tillräckligt med kunskap för den utmaning skolsköterskor mötte i sitt hälsofrämjande arbete. Skolsköterskorna menade att de behövde ytterligare kunskap som lyfte fram hälsans ontologi, det vill säga det som låg under olika hälso-beteenden, där elevernas aktiviteter och det egna ansvaret för hälsan betonades.

Reflektion och erfarenhet

I Hartrick, Lindsey och Hills (1994) studie fick sjuksköterskor reflektera över omvårdnad och hur de interagerar med patienter. Det visade sig att sjuksköterskor ofta ifrågasatte den traditionellt sjukdomscentrerade omvårdnaden, där sjuksköterskors

expertkunskap oftast stod i fokus. I Strand (1998) framkom att sjuksköterskor som hade arbetat inom rehabilitering minst tre år, använde sig av kunskap baserat på erfarenhet. Genom reflektion ökade förståelsen för patienters behov och livssituationer, vilket blev utgångspunkten för omvårdnadsarbetet. Likaså påvisade Mitchell et al. (2000) och Kovero (1999) vikten av reflektion och diskussion mellan sjuksköterskor. Resultatet visade att personal som regelbundet träffades och utbytte erfarenhet, fick ökad förståelse och insikt som ledde till nya ställningstaganden med ett förändrat bemötande av patienter. Vidare fick sjuksköterskor ökad självinsikt och större respekt för sina kollegor, deras arbetsinsats och kunskap. ”Idag vill jag möta människan som människa. Jag tror att erfarenhet ger säkerhet, man behöver inte söka någon bestämd roll” (Kovero, 1999, s.20).

Utbildning och förändrat synsätt

Resultatet visade att sjuksköterskeutbildningen var under förändring, när det gällde hälsofrämjande synsätt, men att mer tonvikt borde läggas på hälsofrämjande arbete, för att sjuksköterskestuderande skulle kunna få mer kunskap om de olika dimensioner som ingår i den hälsofrämjande processen (King, 1994; Hope, Kelleher & O'Connor, 1998; Liimatainen, Poskiparta, Karhila & Sjögren, 2001). I Rush (1997) framkom att det skett förändringar av hälsofrämjande synsätt i utbildningen för sjuksköterskor, men att det fortfarande var under utveckling på klinikerna. McDonald (1998) visar på att det i Storbritannien utvecklades en läroplan för sjuksköterskeutbildning som ingick i ett projekt, vilket fick namnet Projekt 2000. Målet var att förse studenter med kunskap och förmåga, för att effektivare kunna arbeta hälsofrämjande. Läroplanen byggde delvis på att hälsa inte enbart var psykiskt välmående och frånvaro av sjukdom utan inkluderade psykosociala faktorer. Resultatet visade att de studenter på sjuksköterskeutbildningar, som ingick i projektet, hade ett hälsofrämjande synsätt efter avslutad utbildning. ”Health promotion is educating them about how they can help themselves best...and help us to help them” (s. 216). Det framkom dock att studenter som gått en traditionell utbildning, ansåg att hälsofrämjande arbete var oetiskt och manipulativt.

Vidare visade en studie av Smith et al. (1999) att sjuksköterskestuderande inte menade att hälsofrämjande arbete var av intresse, eftersom de inte förstod innebörden av hälsofrämjande synsätt. Det framkom att en orsak kunde vara litteraturen för sjuksköterskestuderande. Litteraturen tog upp hälsofrämjande arbete, men gav inte praktisk vägledning om hur sjuksköterskor kunde arbeta för att främja hälsa hos patienter. Ytterligare orsak var att studenter upplevde bristande entusiasm hos legitimerade sjuksköterskor. Vidare påvisade studien att studenter ville bli sjuksköterskor för att i första hand vårda sjuka människor och inte för att främja hälsa. Det framkom även att det fanns legitimerade sjuksköterskor som i första hand ville arbeta med ett sjukdomscentrerat synsätt och att de inte såg hälsofrämjande arbete tillhöra sjuksköterskeprofessionen. "Someone else can do it (health promotion), I rather be saving lives". "If you wanted to come into nursing to do health promotion you'd do health visiting. Yes health visitors want to do a job that's promoting health" (s.235).

I studier av Olsson (1999) och Liimatainen et al. (2001) framkom att sjuksköterskestuderande efterlyste mer kunskap hos handledare på praktikplatser om hälsofrämjande arbete och hur sjuksköterskeutbildningen var upplagd. Sådan kunskap sågs medföra ökad förståelse och förbättra samarbetet mellan handledare och student. Även gapet mellan skola och praktikplats ansågs kunna minskas. Studien visade att utan ökad förståelse fanns det en risk att studenter efter utbildningens slut, anammade ett sjukdomscentrerat synsätt i sin omvårdnad. Whitehead (2001c) belyste att sjuksköterskeutbildningar fortfarande bedrev undervisning med sjukdom i fokus. Resultatet visade på att sjuksköterskeutbildningen borde gå från ett medicinskt synsätt till mer hälsofrämjande- och helhetstänkande synsätt. Det framkom i Lindsey & Hartricks (1996) studie att sjuksköterskor borde lämna experttänkande och envägskommunikation för att kunna arbeta hälsofrämjande. Resultatet visade att sjuksköterskor borde förstå att hälsofrämjande arbete var en process för patienter. För att främja patienters självständighet och egenkraft borde sjuksköterskor se sig som yrkespersoner i syftet att främja patienters hälsa. Mitchell et al. (2000) påvisade att en grundläggande förändring av hälsofrämjande synsätt skulle ta många år att förändra. Studien visade att förändring av tanke och handling hos sjuksköterskor inte kunde bli framtvungad genom utbildning som talade om och förklarade varför saker borde bli

annorlunda. Det framkom av resultatet krav på en förändring i värdering, tro och handling hos all personal, för att kunna arbeta hälsofrämjande. Det framkom också att tiden då sjuksköterskor såg sig veta vad som var bäst för patienter, gick mot sitt slut och att egenvård och delaktighet, baserat på en dialog och respekt, var en utmaning för framtidens omvårdnadsarbete.

DISKUSSION

Metod

Författarna menar att en litteraturstudie är en möjlig och framkomlig väg för att ringa in och belysa aktuella forskningsproblem. En fördel med litteraturstudier som metod, är att författarna kunnat studera vad andra forskare redan har undersökt. Detta belyser också tydligt hur mångfacetterat forskningsfältet är och hur många problemområden som ryms inom hälsofrämjande forskning kopplat till sjuksköterskors yrkesutövning. En annan fördel är att kunna se vilka områden som det behövs mer forskning kring. Nackdelen har varit att författarna inte själva kunnat göra intervjuer som belyser hur hälsofrämjande arbete framträder i sjuksköterskors omvårdnad.

Fördelen med att vara tre författare har inneburit att författarna kunnat läsa fler artiklar för att kunna välja ut de som var relevanta för syftet. Författarna har fått ett omfattande resultat, eftersom fler artiklars innehåll har kunnat studerats och jämförts. Det har även medfört att författarna tillsammans reflekterat, analyserat och diskuterat artiklarna, för att få fram olika synvinklar kopplade till studiens syften och frågeställningar.

Resultat

Hälsofrämjande arbete i sjuksköterskors omvårdnad

Hälsofrämjande arbete i sjuksköterskors omvårdnad framkommer i resultatet på olika sätt och i varierande grad. Ett sätt är att sjuksköterskor belyser vikten av att se till patienters psykosociala verklighet, vilket bland annat innebär att ha förståelse för patienters vardagliga liv och vad som ingår i detta. Författarna anser att denna förståelse är betydelsefull i omvårdnadsarbetet, eftersom sjuksköterskor därmed kan arbeta med att understödja och stärka patienters självständighet. Författarna anser att sjuksköterskor bör arbeta understödjande och att det är väsentligt att sjuksköterskor tar del av vad patienter upplever som hälsa och livskvalitet. Med en förståelse för patienters psykosociala verklighet kan sjuksköterskor anpassa information och undervisning till att gälla sådant som motiverar patienter till hälsosamma beslut och val. Med att ha förståelse för patienters psykosociala verklighet menar författarna att sjuksköterskor ser till patienters helhet, det vill säga till mer än bara det som är sjukt. Detta innebär också att patienters egna upplevelser blir utgångspunkten för omvårdnadsarbetet. Vidare kan då sjuksköterskor arbeta stödjande för att hjälpa patienter till beteende och livsstilsförändringar, vilket bland annat framkommer i Naumanen-Tuomela (2001) och Sönnnerberg et al.s (2001) studier. Författarna menar att det endast är patienter själva som kan åstadkomma beteende- och livstillsförändringar, vilket även Strand (1998) påvisar i sin studie. Författarnas tankar kring detta förstärks genom att Lindsey & Hartrick (1996) påvisar att patienter som inte får bli delaktiga i omvårdnadsprocessen, förlorar sin självständighet, integritet och känner sig maktlösa.

I resultatet framkommer att hälsofrämjande arbete i form av stödgrupper, är effektivt och stärker patienters egenkontroll (Sönnnerberg et al., 2000). Författarna menar att detta är en bra arbetsmetod, eftersom patienters frågeställningar är utgångspunkten för diskussionerna. Med en sådan utgångspunkt menar författarna att patienters egenkontroll stärks, vilket innebär att patienter blir delaktiga och tar ansvar för sin egen hälsa. Författarnas åsikt är att om patienters egenkontroll stärks är det en början för livsstilsförändringar. Denna uppfattning sammanfaller med det Haddock & Burrows

(1997) belyser i sin studie. De fokuserar på sjuksköterskors bemötande av patienter i rökavvänjningsgrupper preoperativt. Det sätt som sjuksköterskorna bemötte patienterna på hade till följd att patienters egenkontroll stärktes. Författarna undrar dock vilka andra aspekter förutom patienters psykosociala livssituation och egenvårdskontroll, som sjuksköterskor anser vara viktiga i hälsofrämjande arbete, som inte framkommer i studien. Att inte fler aspekter belystes kan eventuellt bero på att forskningen kring hälsofrämjande arbetsmetoder är relativt ny, vilket framkommer i Lindholm & Wärnå (2001), där sjuksköterskor uttrycker en önskan om ny forskning som berör hälsofrämjande arbete. Författarna undrar om sjuksköterskor har tagit del av den forskning som finns kring hälsofrämjande arbete? Frågorna har väckts på grund av att det enligt litteraturen förefaller som om sjuksköterskor inte alltid arbetar på detta sätt. I lagar och styrdokument som Socialstyrelsens allmänna råd (SOSFS; 1993:17) om omvårdnad inom hälso- och sjukvården, påvisas att det är sjuksköterskans skyldighet att hålla sig ajour med den senaste forskningen och utvecklingen.

Hinder och möjligheter för hälsofrämjande arbete

Resultat visar på att en del sjuksköterskor är positiva till hälsofrämjande arbete men sjuksköterskorna menar bland annat att organisationens struktur med ett medicinskt synsätt motarbetar utvecklingen. Författarna undrar om det verkligen är organisationen i sig som motverkar utveckling av hälsofrämjande arbete? Eller är det så att sjuksköterskor är ovilliga och rädda för ett förändrat arbets- och synsätt? Författarna menar att om sjuksköterskor är villiga att anta den utmaning som en förändring innebär, kan det få positiva effekter för omvårdnadsarbetet, vilket även framkommer i Mitchell et al. (2000) och Strand (1998). Ytterligare en orsak som återkommer i flera artiklar, är att sjuksköterskor menar att organisationens ekonomiska situation, vilken innefattar tid och resurser, motverkar utvecklingen av hälsofrämjande arbete. Om det är så vad beror det på? Författarna anar att det kan ha att göra med det synsätt som uttrycks styra organisationens beslut. Satsas det på grund av detta mest pengar och tid på att utveckla teknologi och medicinska produkter, eftersom det framkommer att organisationen endast välkomnar hälsofrämjande arbete om det ger snabbt resultat och ekonomisk

vinst? Författarna menar att om hälsofrämjande arbete får utrymme, tid och tillåts vara den process som det innebär, tror författarna att det ändå till slut skulle bli ekonomiskt lönsamt. Författarna vill dock belysa att medicinsk kunskap och teknologi inte är fel i sig, men tror att de bör kombineras med ett hälsofrämjande synsätt för att kunna ge bästa möjliga omvårdnad, vilket styrks av Mitchell et al. (2000). Författarnas övertygelse är att om sjuksköterskor kan stödja patienter till bättre hälsa, fordras mer än ett medicinskt synsätt, eftersom författarna menar att sjuksköterskor bör se till mer än bara sjukdom hos patienter i sin omvårdnad.

Hälsofrämjande arbete fordrar utbildning

Det framkommer att en del sjuksköterskor har föga intresse för hälsofrämjande arbete. En bidragande orsak är bristande kunskap om kommunikation, patienters psykosociala livssituation och hur man understödjer patienter. Författarna tror att om sjuksköterskor får möjlighet till utbildning, skulle det eventuellt leda till ökat intresse och större förståelse för hälsofrämjande arbete. Denna kunskap kan ge insikt om betydelsen av det hälsofrämjande arbetets positiva effekter. Författarna tror också, att om sjuksköterskor får denna kunskap och utbildning kommer deras experttänkande och envägs-kommunikation att minska. Författarna menar att om sjuksköterskor får insikt om vad ett hälsofrämjande synsätt är, ger detta möjligheter till förändrat arbetssätt inom omvårdnadsutövningen.

Författarna menar att det är värt att belysa vikten av yrkesmässig reflektion som enligt resultatet har visat sig hjälpa sjuksköterskor att utveckla hälsofrämjande synsätt. Författarna undrar om hälso- och sjukvårdsorganisationen som den ser ut idag, ger utrymme för sjuksköterskor att få tid för yrkesmässig reflektion? Detta gäller tid, både individuellt och tillsammans med kollegor. Om så sker, menar författarna, kan detta leda till högre motivation och yrkeskollegialt stöd i arbetsgrupper. Detta stöds även av Mitchell et al. (2000).

Det framkommer i King (1994) och Hope et al. (1998) att sjuksköterskeutbildningen är under förändring och att det i dag förespråkas ett mer hälsofrämjande synsätt. Detta framkommer även i sjuksköterskeutbildnings kursplan på Högskolan i Vänersborg. Författarna menar att det är viktigt att sjuksköterskestuderande får kunskap om att hälsofrämjande arbete är en del av omvårdnadsarbetet och inte en extra uppgift. Med detta menar författarna bland annat att studielitteratur kan vara vägledande och ge kunskap om hur sjuksköterskor kan använda hälsofrämjande i praktiken. Då kan det bli möjligt för sjuksköterskor att känna igen beteendemönster hos patienter och göra systematiska observationer och beskrivningar av hälsofrämjande aktiviteter. Detta styrks även av Smith et al. (1999). Författarna menar att sjuksköterskestuderande även behöver kunskap om psykosociala aspekter kring patienter, för att kunna understödja till hälsosammare val. Författarna menar att hälsofrämjande synsätt i sjuksköterskeutbildningen är positivt, därför att det kan leda till en förändrad syn på hälsa inom omvårdnad. Med kunskap om hälsofrämjande arbete kan sjuksköterskor ta tillvara patienters egna resurser och inte enbart se till sjukdom. Författarna tror dock att fokusera på hälsa inte betyder att sjuksköterskestuderande kan utesluta att studera sjukdomar. Det ligger i sjuksköterskors ansvarsområde att också kunna hjälpa till vid utredning och behandling av sjukdom, för att få en bra omvårdnad. Detta framkommer även i Kings (1994) studie. Författarna har uppmärksammat att sjuksköterskor i sin omvårdnadsutövning, pendlar mellan sjukdomsförebyggande- och hälsofrämjande arbete och i många fall används båda samtidigt. Det ena utesluter inte det andra.

Resultatet visar på att det finns risk för att sjuksköterskestuderande med ett hälsofrämjande synsätt, under sin praktiktid inte orkar med den utmaning som ett nytt synsätt för med sig. Anledningen till detta är att sjuksköterskestuderande möter okunskap och oförståelse av sina handledare. Resultatet visar också på att sjuksköterskestuderande efterlyser större samarbete mellan skola och praktikplats. Författarna undrar därmed om det finns ett intresse hos legitimerade sjuksköterskor att ta del av läroplanen och det hälsofrämjande synsätt som är under utveckling? Dessa frågor har författarna inte funnit svar på, men det var tankar som väcktes under arbetets gång.

KONKLUSION

Studien har haft sitt fokus på hur hälsofrämjande arbete förekommer i sjuksköterskors omvårdnad och vilka hinder och möjligheter ett sådant arbete är förenat med. Återkommande i resultatet är att sjuksköterskor menar att det är viktigt att se till patienters psykosociala livssituation. Sjuksköterskor menar att detta är viktigt, för att kunna göra det möjligt för patienter att bli delaktiga i sin omvårdnad och därigenom bevara egenvårdskontrollen. Sjuksköterskor beskriver att organisationens struktur är ett hinder för hälsofrämjande arbete och efterlyser mer tid och ekonomiskt stöd. Resultatet visar även på att organisationen, sjuksköterskor och sjuksköterskestuderande bör ändra ett sjukdomsinriktat synsätt till ett mer hälsofrämjande synsätt. Att detta synsätt bör ändras styrker författarna med att Hinchliff et al. (1998) skriver att redan Nightingale hade ett förhållningssätt som främjade hälsa och en framtidsvision som hon formulerade ”I look forward to the day when there are no nurses of the sick, only nurses of the well” (s. 73). Därför efterfrågar författarna vidare forskning som belyser vad det finns för effekter att vinna med hälsofrämjande arbete. Författarna menar att det behövs styrka, kraft och mod hos sjuksköterskor, eftersom hälsofrämjande arbete är en utmaning i omvårdnadsutövningen.

REFERENSER

Backman, J. (1998). *Rapporter och uppsatser*. Lund: Studentlitteratur.

Benson, A., & Latter, S. (1998). Implementing health promoting nursing: the intergration of interpersonal skills and health promotion. *Journal of Advanced Nursing*, 27, 100-107.

Bentling, S. (1995). *Sjuksköterskeprofessionen. Vetenskapliga idéer och kunskapsutveckling*. Stockholm: Liber AB.

Bergstrand, M. (2000). *Hälsorådgivande samtal. Kommunikativa strategier i samspel mellan distriktssköterska och patient*. Avhandling. Stockholm: Stockholms Universitet, Pedagogiska institutionen.

Borup, I. (1998a). Pupils' Evaluation of Contacts with the School Health Nurse. *Vård i Norden*, 3, (18), 26-31.

Borup, I. (1998b). Pupils' Experiences of the Annual Health Dialogue with the School Health Nurse. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 12, 160-169.

Caraher, M. (1994). A sociological approach to health promotion for nurses in an institutional setting. *Journal of Advanced Nursing*, 20, 544-551.

Cowley, S. (1995). Health-as-process: a health visiting perspective. *Journal of Advanced Nursing*, 22, 433-441.

Delaney, F. (1994). Nursing and health promotion: conceptual concerns. *Journal of Advanced Nursing*, 20, 828-835.

Downie, R., Tannahill, C., & Tannahill, A. (1996). *Health Promotion Models and Values*. 2nd edition. Oxford: University Press.

Edelman, C., & Mandle, C. (1994). *Health promotion. Throughout the Lifespan*. 3rd edition. St. Louis: Mosby-Year Book.

Eriksson, K. (1986). *Vårdandets idé*. Stockholm: Almqvist & Wiksell.

Ewles, L., & Simnett, I. (1994). *Hälsoarbete - en praktisk vägledning*. Lund: Studentlitteratur.

Folkhälsoinstitutet. (1999). *Hälsa 21: en introduktion till "Hälsa för alla" - policyn för WHO:s europaregion*. Stockholm.

Folkhälsosekreterariatet. (1996). *Folkhälsorapport 4: WHO:s 38 hälsopolitiska mål för Europa tillämpade på Göteborg: förslag till strategier och prioriterade åtgärder*. Göteborg.

Haddock, J., & Burrows, C. (1997). The role of the nurse in health promotion: an evaluation of a smoking cessation programme in surgical pre-admission clinics. *Journal of Advanced Nursing*, 26, 1098-1110.

Hartrick, G., Lindsey, E., & Hills, M. (1994). Family nursing assessment: meeting the challenge of health promotion. *Journal of Advanced Nursing*, 20, 85-91.

Hinchliff, S., Norman, S., & Schober, J. (1998). *Nursing practice & health care. A foundation text*. 3rd edition. London: Arnold.

Hope, A., Kelleher, C., & O'Connor, M. (1998). Lifestyle practices and health promoting environment of hospital nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 28, (2), 438-447.

King, P.M. (1994). Health promotion: the emerging frontier in nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 20, 209-218.

Kovero, C. (1999). Den upplevda yrkesrollen och dess relation till bemötande av klienten. *Vård i Norden*, 2, (19), 17-25.

Kristoffersen, J.N. (1998). Olika syn och perspektiv på hälsa och sjukdom. I: Kristoffersen, J.N. (red.) *Allmän omvårdnad, del 1*. Stockholm: Liber AB.

Kristoffersen, J.N. (1998). Omvårdnadskunskap. I: Kristoffersen, J.N. (red.) *Allmän omvårdnad, del 1*. Stockholm: Liber AB.

Kristoffersen, J.N. (1998). Teoretiska modeller i omvårdnad. I: Kristoffersen, J.N. (red.) *Allmän omvårdnad, del 1*. Stockholm: Liber AB.

Liimatainen, L., Poskiparta, M., Karhila, P., & Sjögren, A. (2001). The development of reflective learning in the context of health counselling and health promotion during nurse education. *Journal of Advanced Nursing*, 34, (5), 648-658.

Lindholm, L., & Wärnå, C. (2001). Från hälsokontroll till hälsoinseende – integrering av vårdvetenskapliga forskningsresultat inom skolhälsovården. *Vård i Norden*, 4, (21), 26-31.

Lindsey, E., & Hartrick, G. (1996). Health-promoting nursing practice: the demise of the nursing process? *Journal of Advanced Nursing*, 23, 106-112.

Lithner, M., & Zilling, T. (1998). Ökar preoperativ information patientens välbefinnande postoperativt? *Vård i Norden*. 1, (18), 31-33.

MacDonald, T. (1998). *Rethinking Health Promotion A Global Approach*. London: Routledge.

Mackereth, C.J. (1995). The practice nurse: roles and perceptions. *Journal of Advanced Nursing*, 21, 1110-1116.

McBride, A. (1994). Health promotion in hospitals: the attitudes, beliefs and practices of hospital nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 20, 92-100.

McDonald, E. (1998). The role of Project 2000 educated nurses in health promotion within the hospital setting. *Nurse Education Today*, 18, (3), 213-220.

Medin, J. (2001). Om hälsa, hälsofrämjande, functional foods och mervärdesmat. *Scandinavian Journal of Nutrition/ Näringsforskning*, 45, 105-107.

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

Mitchell, G.J., Closson, T., Coulis, N., Flint, F., & Gray, B. (2000). Patient-focused care and human becoming thought: connecting the right stuff. *Nursing Science Quarterly*, 13, (3), 216-224.

Naumanen-Tuomela, P. (2001). Finnish occupational health nurses' work and expertise: the clients' perspective. *Journal of Advanced Nursing*, 34, (4), 538-544.

Norton, L. (1997). Health promotion and health education: what role should the nurse adopt in practice? *Journal of Advanced Nursing*, 28, (6), 1269-1275.

Notter, L., & Hott, J. (1996). *Forskningsmetodik inom omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur.

Nyberg, R. (2000). *Skriv vetenskapliga uppsatser och avhandlingar med stöd av IT och Internet*. Lund: Studentlitteratur.

Olsson, H. (1999). Quality of competence in the role of nursing – as result of education, professional practice and research. *Vård i Norden*, 1, (19), 5-10.

- Patell, R., & Davidson, B. (1998). *Forskningsmetodikens grunder. Att planera, genomföra och rapportera en undersökning*. Lund: Studentlitteratur.
- Pender, N. (1996). *Health promotion in nursing practice*. 3rd edition. East Norwalk: Appleton & Lange.
- Qvarsell, R. (1991). *Vårdens idéhistoria*. Stockholm: Carlssons Bokförlag.
- Rush, K.L. (1997). Health promotion ideology and nursing education. *Journal of Advanced Nursing*, 25, 1292-1298.
- Sarvimäki, A., & Stenbock-Hult, B. (1996). *Vård ett uttryck för omsorg*. Stockholm: Liber AB.
- SFS. (1982). *Hälso- och sjukvårdslagen*. Svensk författningssamling, 1982:763. Stockholm: Allmänna förlaget.
- Smebye, K. (1998). Sociala relationer. I: Kristoffersen, J.N. (red.) *Allmän omvårdnad, del 2*. Stockholm: Liber AB.
- Smith, P., Masterson, A., & Smith, S.L. (1999). Health promotion versus disease and care: failure to establish "blissful clarity" in British nurse education and practice. *Social Science & Medicine*, 48, (2), 227-239.
- SOSFS (1993:17). Socialstyrelsens allmänna råd om omvårdnad inom hälso- och sjukvården. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Spri (1996). *Vad är en vetenskaplig artikel? Riktlinjer och litteraturtips*. Stockholm: Spri.
- Strand, K. (1998). Det er viljen det gjelder. Viljen frigör eller feller. *Vård i Norden*, 4, (18), 41-45.

Sönnerberg, E., Edgren, L., & Welin, L. (2001). Patientrollen i en värld i förändring – resultat av en studiecirkel för diabetespatienter. *Vård i Norden*, 4, (21), 38-41.

Whitehead, D. (1999). The nature of health promotion in acute and community settings. *British Journal of Nursing*, 7, (8), 463-467.

Whitehead, D. (2001a). A stage planning programme model for health education/health promotion practice. *Journal of Advanced Nursing*, 36, (2), 311-320.

Whitehead, D. (2001b). A social cognitive model for health education/health promotion practice. *Journal of Advanced Nursing*, 36, (3), 417-425.

Whitehead, D. (2001c). Health education, behavioral change and social psychology: nursing contribution to health promotion? *Journal of Advanced Nursing*, 34, (6), 822-832.

WHO. (1985). *Targets for health for all. Target in support of the European regional strategy for health for all*. World Health Organization, Regional Office for Europe. Copenhagen: WHO, Regional Office for Europe.

Tabell 1. Artikelöversikt av de 30 artiklar som ingår i resultatet.

	Syn på hälsa	HF:arbete	Livsstilsfrågor	Utbildning
Forskningsområde	Primärvård (3)	Primärvård (4)	Sjukhus/ utbildning (1)	SSK:praktik (1)
	Sjukhus (2)	Sjukhus (6)		SSK- utbildning (2)
	Primärvård/ sjukhus/ utbildning (4)	Primärvård/ sjukhus/ utbildning (6)		Sjukhus/SSK- utbildning (1)
Fokus	DSK (3)	DSK (4)	SSK/SSK- studerande (1)	SSK- studerande (2)
	SSK (2)	SSK (6)		SSK-lärare (1)
	DSK/SSK (4)	DSK/SSK (6)		SSK/SSK- studerande (1)
Metod	Litteratur- studie (5)	Litteratur- studie (9)	Kvantitativ studie (1)	Litteratur- studie (1)
	Kvalitativ studie (4)	Kvalitativ studie (4)		Kvalitativ studie (1)
		Kvantitativ studie (3)		Kvantitativ studie (2)
Perspektiv	Hälso- perspektiv (7)	Upplevelser/ attityder av HF:arbete (3)	SSK:s egna livsstil och hur den påverkar HF:samtal (1)	Reflektion av hälsosamtal och inlärnings- process av HF:arbete (1)
	Information/ bemötande av patienter (1)	Hälsodialog, DSK – elev (2)		Kunskap (1)
	Psykosocialt perspektiv (1)	Sociologiskt perspektiv av HF:arbete (1)		Hälsofrämjande kontra sjukdomsföre- byggande (1)
		Information/ bemötande av patienter (2)		Undervisning av HF:arbete (1)
		HF:arbete i utveckling (7)		
		Termer/begrepp av HF:arbete/ omvårdnads- litteratur (1)		

Högskolan i Trollhättan/Uddevalla
Institutionen för omvårdnad
Box 1236
462 28 Vänersborg
Tel 0521-26 42 01 Fax 0521-26 42 99
www.htu.se