

Helsefremming og Forebygging av:



Diabetes type 2 med arbeidsplassen som setting

Kandidater:

28

52

88

Antall ord: 9211

HSH-Haugesund

Kull 2005 Sykepleielinjen

”Den nåværende vestlige medisin kan sammenlignes med et velorganisert, heroisk og teknologisk meget avansert forsøk på å redde druknende mennesker opp av en frådende elv. Medlemmene av dette establishmentet, som med liv og sjel har kastet seg over denne oppgaven, ser aldri lenge nok ut over seg selv til å spørre om, hva det er som skjer lengre opp strømmen, rundt første sving, eller om, hvem eller hva det er som skubber alle disse menneskene ut i elven.” (fritt etter Antonovsky)

Innholdsfortegnelse

Innholdsfortegnelse	3
Innledning.....	4
Teoridel	6
Diabetes.....	6
Sykepleieperspektiv	7
Helse.....	8
Folkehelse.....	10
Helsefremming og forebygging	10
Arbeidsplassen som setting	13
Norske forhold.....	13
Metodedel.....	15
Valg av metode.....	15
Metodekritikk	17
Etiske aspekt.....	18
Resultat.....	18
Drøftingsdel.....	22
Diabetes.....	22
Sykepleieperspektiv	23
Helse og folkehelse	24
Helsefremming og forebygging.	25
Arbeidsplassen som setting	27
Norske forhold.....	27
Konklusjon	28
Avsluttning	30
Litteraturliste:	31

Innledning

Tema for oppgaven vår er helsefremmende og forebyggende arbeid og diabetes. Vi har valgt å gjøre et litteratursøk i nyere forskningsartikler for å se på hva den sier om sykepleieres mulighet til å drive helsefremmende og forebyggende arbeid på arbeidsplassen for å forhindre utvikling av type 2-diabetes. Utviklingen av livsstilssykdommer har særlig i vesten blitt en økende trussel for velferdssystemers ressurser og for det enkelte individs helse. Hjerte- og karsykdommer har tidligere vært viet mye fokus og vi ser i dag at disse sykdommene har minket i prevalens, noe de fleste ser som et resultat av folkehelsearbeid for å begrense inntaket av mettet fett i maten. Metabolsk syndrom og andre livsstilssyndromer er stadig oppe i media og livsstil er blitt et elsket og hatet tema alt ettersom samvittigheten er god eller dårlig. Diabetes har økt i prevalens over mange år og har nådd proporsjoner som fører til at den beskrives som en folkehelsestrussel og en epidemi verden over. Dette gir god grunn til bekymring når en ser på alvorligheten av sykdommen og de langtidskomplikasjoner og risikofaktorer for en tidligere død som denne sykdommen bringer med seg. Sammenhengen mellom diabetes og livsstil er blitt tydelig og gjør diabetes til den mest alvorlige livsstilsrelaterte sykdommen vi står ovenfor i dag. Vi mener derfor det er relevant å spørre om det er mulig å drive helsefremmende og forebyggende arbeid for å hindre den negative utviklingen av denne sykdommen i befolkningen. Selv om vårt fokus er på diabetes har vi god grunn til å anta at utfordringen andre livsstilsrelaterte sykdommer medfører for helsen vår også i varierende grad vil bli møtt ettersom de kan dele mye av årsaksforklaringen.

I oppgaven har vi brukt betegnelsen diabetes for å gjøre oppgaven lettere å lese. Diabetes omfatter i hovedsak 4 ulike lidelser (Wyller, 2006) og vi har tatt for oss type 2-diabetes dersom ikke noe annet er spesifisert. Vi har valgt å avgrense problemstillingen vår til å ta for seg arbeidsplassen som setting fordi vi tror vi kan møte diabetes-utfordringen på et tidligere stadium der enn i helsevesenet. Helsevesenet blir i vår tid karakterisert av enkelte som et ”sykevesen” og vi kan forstå anklager og frustrasjon når mennesker sitter med en opplevelse av at de må bli alvorlig syke før de kan få hjelp. Stadige oppslag i media og politiske diskusjoner viser til at det er en enorm kamp om ressursene i helsevesenet. Den medisinske utviklingen det siste århundret har vært eksplosiv og gjennomsnittlig levealder har økt betraktelig. Dette har skapt en eldrebølge som nå er i ferd med å skylle over landet vårt. Samtidig har den medisinske utviklingen skapt en medikalisering i samfunnet når en nå kan få

behandling for problemer som en tidligere så på som ”en del av livet”. Vi ser i dag tendensen til at bedrifter tar på seg et ansvar for å styrke helsen hos sine ansatte som et motsvar til helsevesenets utmattede ressursers utilstrekkelighet på dette området. Dette betyr på ingen måte at vi mener det rettferdiggjør en ansvarsoverflytting. Vi tror derimot at bedrifter kan ha mer av både motivasjon og ressurser og at de derfor kan være med på å drive frem utviklingen av helsefremmende og forebyggende arbeid i møte med diabetestrusselen. I nærmeste fremtid vil kanskje et godt og helhetlig bedriftshelsetjenestetilbud også ha mye og si for å lokke til seg og beholde arbeidere ettersom deler av arbeidsmarkedet i økende grad strever med å bemanne sine stillinger. Bedriftshelsetjenesten er et tverrfaglig fagfelt hvor sykepleiere har en naturlig plass og vi ønsker i denne oppgaven å se nærmere på sykepleierens rolle i et bedriftshelsetjenestelig svar på diabetesutfordringen. Et etisk aspekt ved oppgaven er om det vil gjøre urett mot rettferdighet- og likhetsprinsippet som vårt demokrati er forankret i hvis ressurssterke bedrifter tilbyr sine ansatte helsefremmende goder som flertallet av befolkningen for øvrig kanskje ikke har mulighet til å anskaffe seg?

Teoridel

Diabetes

Diabetes mellitus, den vanligste stoffskiftesykdommen i Norge, er i hovedsak to kroniske sykdommer; type 1-diabetes, type 2-diabetes, foruten svangerskapsdiabetes og *andre former* (som kronisk pankreatitt eller genetisk defekt i betacellefunksjonen) som også regnes med under kategorien diabetes mellitus. (Wyller, 2005) Når en i dagligtalen snakker om diabetes refereres det til type 1- eller type 2-diabetes uten at det alltid er klart hvilken av typene det er snakk om. Mange er nok heller ikke klar over at det er to helt forskjellige sykdommer. Type-1 diabetes skyldes at de insulinproduserende cellene blir ødelagt ved en autoimmun reaksjon, noe som fører til at en trenger kunstig tilførsel av insulin resten av livet. Denne sykdommen rammer oftest barn, ungdom eller unge voksne og årsaken er til nå ukjent. Type-2 diabetes skyldes nedsatt insulinproduksjon oftest kombinert med nedsatt insulinfølsomhet i cellene, insulinresistens, noe som i seg selv er et klart forvarsel om at en er i ferd med å utvikle type 2-diabetes. Tidligere ble denne sykdommen kalt aldersdiabetes ettersom den i hovedsak rammet eldre mennesker, mens en nå ser en utvikling hvor debutalderen stadig blir lavere og flere unge blir nå også diagnostisert med type-2 diabetes. Årsakene er langt på vei avklart og både arv og livsstil spiller inn. (Wyller, 2005. Allgot, 2002. Jacobsen, 2001. Statens legemiddelverk, 2001)

Både type 1- og type 2-diabetes er alvorlige sykdommer og kan medføre alvorlige komplikasjoner inkludert død. WHO anslår en økning i dødstilfeller med diabetes som årsak på 50 % de neste 10 årene dersom det en ikke klarer å snu den utviklingen vi ser i dag. (www.who.int) Utviklingen av diabetes det siste århundret har vært betydelig, både i Norge og i verden for øvrig, og diabetes seiler nå opp som en av de aller største helsemessige utfordringene over hele verden. I Norge er det i dag rundt 125 000 som har fått diagnostisert diabetes og en antar at det er tilsvarende like mange som har diabetes uten å ha fått diagnosen. En regner derfor med at ca 250 000 har diabetes i Norge og av disse har omtrent 25 000 type 1-diabetes og 225 000 har type 2-diabetes. På verdensbasis anslår en at nærmere 250 millioner har diabetes og prognosene tilsier en dobling frem mot 2025. (www.who.int, www.diabetes.no)

I denne oppgaven har vi valgt å ta for oss type 2-diabetes fordi denne sykdommen ser ut til i stor grad å påvirkes av flere faktorer foruten arv, noe som gjør det aktuelt å se i sammenheng med helsefremming og forebygging. Det genetiske arvematerialet synes å ha en del å si for i hvilken grad en er disponert for å utvikle sykdommen men det synes å være ulike livsstilsfaktorer som er avgjørende. Litteraturen fremstår å være rimelig enig om at feil kosthold og lite aktivitet utgjør de to største risikofaktorene og mange tar også med røyking som en tredje risikofaktor. (Statens legemiddelverk, 2001. Allgot, 2002. Poleszynski, 2007)

En sammenheng mellom øking i prevalens og forandring av livsstil i retning av et mer usunt kosthold og mindre aktivitet tilsier også at en ved å påvirke disse risikofaktorene vil påvirke utviklingen av type 2-diabetes. Dersom en kan bremse veksten av nye tilfeller vil dette spare eventuelle pasienter fra en utsatt tilstand hvor en er disponert for flere alvorlige komplikasjoner for ikke å nevne tid, frustrasjon og omkostninger det ellers vil være å leve med en kronisk sykdom. Samfunnet og helseapparatet vil også spare tid og penger på behandling og subsidiert legemiddelbruk. (Poleszynski, 2007)

Sykepleieperspektiv

International Council of Nurses(2008), ICN, definerer sykepleie på følgende måte:

Nursing encompasses autonomous and collaborative care of individuals of all ages, families, groups and communities, sick or well and in all settings. Nursing includes the promotion of health, prevention of illness, and the care of ill, disabled and dying people. Advocacy, promotion of a safe environment, research, participation in shaping health policy and in patient and health systems management, and education are also key nursing roles.

Her ser vi at helsefremming, forebygging og behandling blir likestilt som sykepleieoppgaver og at målgruppen er friske mennesker så vel som syke, samt at en kan utøve sykepleie rettett på alt fra et individuelt nivå til et samfunns nivå. Helsefremming og forebygging som en grunnleggende del av sykepleien kommer også tydelig til uttrykk i rammeplanen utarbeidet av kunnskapsdepartementet(2005).

Geir Vegard Berg viser i sin doktorgradsavhandling(2007) til at det helsefremmende og forebyggende aspektet i sykepleien også har stått sterkt hos flere sentrale sykepleieteoretikere og tar med navn som Henderson, Watson, Travelbee og Benner & Wrubel. Han mener derfor at han er på trygg grunn når han sier at sykepleiere ikke bare skal dreie seg om behandling av sykdom men at vi har et ansvar for å fremme helse og ikke ensidig ha et sykdomsrelatert fokus. Dette siste aspektet tar også Heiberg(2007) opp når hun viser til sykepleierens ”fremme-helse”-rolle som grunnleggende men samtidig kontinuerlig motarbeidet av en sykepleie forståelse som er forankret i et medisinsk sykdomsfokus. Desto viktigere blir det og fremholde den helsefremmende og forebyggende rollen i sykepleie.

En oppgave om helsefremming og forebygging i forhold til diabetes type-2 vil derfor i våre øyne ha livets rett og helt ærlig mener vi at det vil være direkte uansvarlig og ikke drive et slikt arbeid.

Helse

Begrepet helse er et stort og omfattende begrep og inngår som et sentralt og grunnleggende element i forståelsen av helsefremmende og forebyggende arbeid. Hva som legges i begrepet og hvordan det defineres er det ingen entydig internasjonal enighet om. Ulike forfattere belyser gjerne ulike aspekter ved begrepet, noe som igjen reflekterer de ulike ideologiske ståstedene. Tradisjonelt står den biomedisinske forståelsen sterkt i et helsevesen som i stor grad er knyttet opp mot sykehusdrift og behandling av sykdom. En biomedisinsk forståelse av helse kan også sies å være en patogen forståelse; en ser på hva som gjør en syk og helse vil da være å unngå sykdom. Dette igjen ligger nært opp mot en dikotomi begrepet, en svart-hvitt, enten-eller forståelse hvor sykdom blir motsetningen til helse. Helse som begrep er nødvendigvis nært knyttet opp til det medisinske fagområdet og har derfor hatt et patogent utgangspunkt i de fleste helsefaglige sammenhenger. Dersom en ser nærmere på dette kan det virke noe motstridende og knytte helse opp mot sykdom ettersom disse to begreper har diametralt forskjellig karakter. (Berg, 2007. Heiberg, 2007. Hansson, 2004. Tones & Green, 2004)

I det helsefremmende miljøet forstår en gjerne helsebegrepet i et mer holistisk perspektiv. Verdens helseorganisasjon (WHO) definerte i 1948 helse som:

”... a state of complete physical, mental and social wellbeing and not merely the absence of disease or infirmity.” (Hanson, s.58)

Flere har kritisert denne definisjonen for å være utopisk og ekstrem i sin utforming noe som fører til at helse blir uopnåelig for svært mange. Den har allikevel blitt stående selv om WHO i sitt program ”Helse for alle innen år 2000” som de lanserte på 70-tallet brukte en mer forsiktig beskrivelse av helse som ”evnen til å kunne leve et økonomisk og sosialt produktivt liv”(Mæland, 2007, s.25). WHO’s definisjon står sterkt i det helsefremmende miljøet fordi den ser mennesket som en helhet der helse ikke bare knyttes opp mot den mer tradisjonelle biomedisinske tankegangen. Hvordan ulike samfunnslag er organisert og betydningen av opplevelsen av mellommenneskelige forhold er blitt en vesentlig del av en ny helseforståelse (Hauge, 2003). Dette kan kanskje forklare hvorfor begrepet salutogenese har skapt stor begeistring hos mange forskere og helsepersonell. Salutogenese tar for seg helse i forståelsen av hvilke faktorer som holder oss friske og som opprettholder eller styrker helsen (Hansson, 2004). En salutogen forståelse vil i stor grad stå i motsetning til en patogen forståelse av hva helse er. Et begrep det er nærliggende og knytte opp mot den salutogene forståelsen er *kontinuum* som vil være motstykket til dikotomi; her råder en forståelse av *helhet* hvor det ikke finnes noen klare skiller. Helse i et kontinuum perspektiv beskriver helsen fra god til dårlig i en flytende skala hvor en samtidig kan være syk og ha en mer eller mindre god opplevelse av helse. Som Aron Antonovsky selv sier det:

”- Man can therefore be seen as more or less healthy or more or less ill.” (Antonovsky, 1987)

Det har vært en massiv forskning på ulike sykdomsfremkallende faktorer og nå etterlyses en bredere og tyngre forskning på hvilke faktorer som fører til økt helse (Tones & Green, 2004. Hanson, 2004).

En biomedisinsk og en holistisk tilnærming til helse gjenspeiler med andre ord forskjeller i ideologi; et biomedisinsk/patogent utgangspunkt vil se på helse i forbindelse med sykdom hvor disse to blir motsetninger og sykdom vil være mer eller mindre synonymt med uhelse. Et holistisk utgangspunkt ser mennesket som en helhet hvor sykdom bare er en av flere faktorer som påvirker helsen og hvor disse ikke er selvsagte motsetninger og hvor helse i seg selv blir sett på som en ressurs. Eller sagt med Hjort:

”Helse er å ha overskudd i forhold til hverdagens krav.”(Mæland, 2007, s.26).

Folkehelse

Vi har valgt å bruke en definisjon av folkehelse som utvalget bak NOU 1998:18 kom frem til:

”Folkehelsearbeid er samfunnets totale innsats for å opprettholde, bedre og fremme folkehelsen. I dette ligger nødvendigheten av å styrke verdier som gir det enkelte individ og grupper muligheter for ansvar, delaktighet, solidaritet, mestring og kontroll over eget liv og situasjon.”(Sosial- og helsedepartementet, 1998, s. 4)

De aktuelle departementene setter fra tid til annen ned ulike utvalg for å se på hvordan norske forhold og politikk fungerer på konkrete områder. Dette kan medføre ulike politiske dokumenter med mer eller mindre politisk påvirkningskraft for å stoke ut kursen videre for folkehelsepolitikken. Nasjonal handlingsplan for bedre kosthold i befolkningen 2007-2011(Departementene, 2007) er et tverrdepartementlig dokument som kom som en oppfølging av statens melding nr. 16(2002-2003) og gjenspeiler den økede uro rundt økning i overvekt hos befolkningen. Her kommer også et felles europeisk fokus på overvekt blant barn frem noe som ble manifestert ved tilblivelsen av et charter for å bekjempe den raske økningen i overvekt under WHO’s konferanse for Europas helseministre i 2006. Handlingsplanen for bedre kosthold i befolkningen har en klar sammenheng med Nordisk handlingsplan for bedre helse og livskvalitet gjennom kosthold og fysisk aktivitet(Nordisk ministerråd, 2006) og Nasjonal handlingsplan for fysisk aktivitet 2005-2009(Departementene, 2005). Her legges det frem forslag til flere tiltak og rammer i samfunnet for å muliggjøre målet om fysisk aktivitet tilsvarende minst 1 time daglig for barn og unge og minst en halv time daglig for voksne og eldre. Sammen utgjør disse handlingsplanene et betydningsfullt politisk helsefremmende og forebyggende engasjement hvor folkehelseperspektivet ligger til grunn.

Helsefremming og forebygging

Det å unngå farer og sørge for at en har det godt er en iboende menneskelig egenskap og helsefremmende og forebyggende arbeid kan sånt sett ikke sies og være noe nytt i historien. Men som begrep kan en trekke tråden til den første internasjonale helsekonferansen om *”Health Promotion”* som ble holdt i Ottawa i 1986 og som sammenfattet et charter heretter kalt Ottawa charteret(Berg, 2007. Mæland, 2005. Tones & Green, 2004. Poland, Green & Rootman, 2000). Health promotion tilsvarende i stor grad det norske begrepet helsefremming og gjenspeiler prinsipper som ble lagt til grunn i Ottawa charteret som har til hensikt og gjøre mennesker bedre i stand til å ha kontroll over og bedre sin helse. Denne tanken kommer best

til uttrykk i begrepet *empowerment*. På norsk brukes begrepene bemyndigelse, brukermedvirkning og lignende begreper men vi velger som mange andre har gjort og bruke det engelske begrepet ettersom det er blitt et anerkjent begrep i det norske fagmiljøet. (Mæland, 2005. Stang, 2003) Et annet viktig poeng er at innen det helsefremmende fagområdet blir helse sett på som en ressurs og ikke som en tilstand. Sosiale, personlige og fysiske aspekt vil derfor alle være sentrale når en snakker om helse. Det er derfor en nær sammenheng mellom den holistiske helseforståelsen som WHO har gitt oss og den ideologiske forståelsen som en finner i det helsefremmende miljøet. (Berg, 2007. Heiberg, 2007. Tones & Green, 2004. Poland, Green & Rootman, 2000)

Helsefremmende og forebyggende arbeid som betegnelse blir ofte sett under ett noe som skaper en del forvirring og frustrasjon. Helsefremmende arbeid har en relativt klar salutogen tilnærming mens forebygging i utgangspunktet er et eldre begrep som har røtter fra den biomedisinske og patogene forståelsen. Forebyggende arbeid settes nesten alltid i sammenheng med sykdom og deles inn i primær-, sekundær- og tertiærforebygging. Helsefremmende arbeid vil gi en indirekte forebygging av sykdom vil mange hevde og derfor se disse to begrepene som to sider av samme sak, mens andre ser disse to begrepene som ideologiske ulikheter og har et behov for å prøve å sette et klart skille. Hanson(2004) er en av dem som mener at det er en grunnleggende ideologisk forskjell og ser helsefremming som salutogent og forebygging som patogent i sin måte å beskrive både problem og tiltak, og konkluderer derfor med at disse begrepene ikke bør blandes men holdes adskilt som to ulike retninger. Andre igjen(Tones & Green, 2004. Poland, Green & Rootman, 2000) synes å innbefatte både forebygging og helsefremming i begrepet Health Promotion. Her ser vi en overbevisning av at en er tjent med å forstå dette som en retning hvor både det salutogene og patogene perspektivet er tilstede side om side. En slik forståelse av "health promotion" er det nok Mæland (2007) ønsker å samle i begrepet *helseforebyggende arbeid* hvor han slår sammen helse og forebygging i samme begrep. Om dette blir et akseptert og brukt begrep her til lands vil fremtiden vise. Enn så lenge er det helsefremmende arbeid som brukes mest; og da ser vi at med dette oftest forstår både det forebyggende(patogene) og helsefremmende(salutogene) aspektet. Vi har i vår oppgave basert oss på en forståelse av health promotion i tråd med sistnevnte forståelse samtidig som vi ser verdien av å ha kunne skille de to norske begrepene ideologisk fra hverandre og bruke dem mer presist.

En vesentlig utfordring for det helsefremmende arbeidet er å skape nok motivasjon til at en livsstilsendring varer lenge nok til at det blir en integrert del av livsførselen. Ved en akutt sykdom føler mange at de ikke har noe valg dersom de ønsker å beholde helsen, mens en ved helsefremmende og forebyggende arbeid ser at det er vanskelig og hente frem nok motivasjon til å skape forandring når behovet ikke så lett er synlig. Gode intervensjonsstrategier vil derfor avhenge av å være i stand til å motivere målgruppen.(Mæland, 2005. Hanson, 2004)

Antonovsky arbeid med en salutogen tilnærming til helse resulterte i teorien ”*Sense of Coherence*”- opplevelse av sammenheng. Her viser han til at begripelighet, håndterbarhet og meningsfulthet vil gi en positiv opplevelse av sammenheng som igjen vil føre til en positiv oppfattelse av situasjonen. Disse tre faktorene vil være styrkende for utviklingen av økt helse.(Antonovsky, 2000) Empowerment begrepet som kom i etterkant av Ottawa charteret har mye til felles med en slik forståelse og vil styrke opplevelsen av begripelighet, håndterbarhet og meningsfulthet.(Hanson, 2004. Tones & Green, 2004) På motsatt side så vil en *victim-blaming* svekke den enkeltes motivasjon og mottagelighet for helsefremmende tiltak ved at den skaper en negativ opplevelse hvor den som trenger hjelp opplever og sitte med skylden for sin egen tilstand. Dette begrepet henger sammen med en forståelse av at den livsstilen vi fører er et resultat av hvordan samfunnets ulike nivå er organisert. Vi har fostret frem et ideal som har ført med seg en krevende og stressfull hverdag hvor mange krav skal innfris. Vi har ikke tid til å gå eller sykle til jobb, lage mat fra bunnen av på den ”gamledagse” måten eller ta oss tid til å oppleve naturen rundt oss. Løsningen må derfor finnes i en samfunnsmessig reorganisering som skaper mulighet for en sunnere livsstil.(Tones & Green, 2004. Poland, Green & Rootman, 2000)

Vi har i den oppgaven valgt og ta for oss helsefremmende og forebyggende aspekt knyttet opp mot livsstil. Vi har derfor valgt å ikke gå nærmere inn på medikamentell forebygging selv om vi ser at dette er en viktig del av det forebyggende arbeidet til de som er kjent å være i en risikogruppe for å utvikle diabetes eller som nylig har fått sykdommen. Vi finner det dog interessant at ACCORD(www.accordtrial.org), en stor amerikansk og kanadisk studie om behandling av type 2-diabetes, av helsemessige hensyn måtte avsluttet en gruppe som fikk en ekstra streng insulin behandling for å holde blodsukkeret nede. Dette fordi det allerede tidlig gav indikasjoner på økt dødelighet i motsetning til livsstilsbehandling. Medikamentell behandling vil også måtte knyttes opp mot fastlege og faller derfor noe utenfor vår avgrensing til bedriftshelsetjenesten.

Arbeidsplassen som setting

Setting-begrepet handler om på hvilke arenaer en best kan drive helsefremmende arbeids.

WHO definerer på sin hjemmeside settings for helsefremmende arbeid som:

"...the place or social context of which people engage in daily activities in which environmental, organizational and personal factors interact to effect health and wellbeing."
(http://www.who.int/healthy_settings/about/en/)

Settingen hvor det helsefremmende arbeid utføres har mye og si for hvilke muligheter det har til å berøre oss og skape den tilsiktede forandringen. Hjemmet, skolen, arbeidsplassen og lokalsamfunnet er viktige settinger. Det er sentralt i den helsefremmende tankegangen helt tilbake til Ottawa charteret at settingen er av essensiell betydning. En god setting gir gode rammevilkår for å klare å skape en livsstilsendring der en ser at økt kunnskap alene ikke nytter. (Pooland, Green & Rootman, 2000)

I dagens samfunn er det slik at arbeidsplassen utgjør en viktig arena i våre liv. Her tilbringer vi mye av vår våkne tid og befinner oss kontinuerlig i et organisert samfunn som påvirker fysiske, psykiske og miljømessige faktorer i livet. Trivsel og følelsen av tilhørighet og håndterbarhet preger hverdagen vår på en avgjørende måte for helsen. (Hanson, 2004)

Norske forhold

Hjemme i Norge har vi de siste årene hatt en debatt rundt livsstil og diabetes som gjenspeiler internasjonale trender særlig innen kosthold. Ukebladspresen har flittig skrevet om mennesker som har vært overvektige og med blodverdier som definerer dem i en høyrisikogruppe for diabetes som nå har gått ned i vekt og fått bedret blodverdiene. Fedon Lindberg har skapt mange debatter med sine utsagn om det norske kostholdet som sammen med en sedat livsstil utgjør en stor risiko for å utvikle diabetes. (Lindberg & Lorenzen, 2001) Han har nå gått sammen med ulike andre aktører og startet et alternativ til Norges diabetesforbund, KOS (foreningen kostreform ved overvekt og sukkersykdommer), og utfordrer statens ernæringsråd til å revurdere sine kostanbefalinger som diabetesforbundet følger. (www.kostreform.no , www.diabetes.no)

Utgangspunktet for alle aktører er ønsket om helse for enkelt individet og alle er enige om at kosthold og fysisk aktivitet er avgjørende faktorer for utvikling av diabetes. Det er derfor

interessant og se en skarp debatt der begge sider begrunner sine råd i vitenskaplig forskning. Samtidig ser en den forvirrende effekten det har på store deler av befolkningen når sentrale skikkelser kommer med sterke men motstridende råd. Det er derfor sterkt ønskelig at en finner frem til hvilke tiltak som har god effekt for å forebygge diabetes slik at dette arbeidet kan foregå på en effektiv og omfattende måte.

Metodedel

Vi har vært noe usikre på hvordan vi skal definere metodebegrepet; slik vi forstår Dalland(2007) kan hele prosessen med å skrive oppgaven i seg selv defineres som metode(s. 80) og skal derfor redegjøres for, mens Rienecker og Jørgensen(2006) omtaler metode som en bestemt faglig anerkjent metode som skal følges etter de oppsatte regler for å kunne være vitenskapelig akseptabel(s. 181). Uten å gå nærmere inn i den diskusjonen velger vi å forholde oss til Dalland og beskriver i denne delen hvordan vi har søkt å finne svar på problemstillingen vår.

Valg av metode

Vi har valgt litteratursøk som metode for oppgaven vår fordi vi mener det vil være den mest praktiske og realistiske metoden for å finne svar på problemstillingen vår. Et intervju ville vært tidkrevende og ville vanskelig ha gitt oss gode svar på spørsmålet vårt i likhet med det en kan finne ved å summere opp forskning. Vi har valgt å gjøre et litteratursøk for å prøve å svare på vår valgt problemstilling. Et litteratursøk vil gi oss muligheten til å se på mye av den dokumentasjonen som er publisert rundt temaet; diabetes – forebygging og arbeidsplassen. Ved å gjøre bruk av internasjonalt godkjente og brukte databaser har vi tilgang til svært mye av det som finnes av betydningsfull dokumentasjon og forskning.

Alternativt kunne vi valgt å basere oppgaven vår rundt et intervjustudie av lokale bedrifters helsetjeneste. Vi vurderte dette som en dårligere løsning ettersom det ville være tidkrevende og få til gode intervjuer som ga oss nok data å jobbe med; forebygging av diabetes har nok kanskje ikke vært fokusert på nok i Norge og i bedriftshelsetjenesten med tanke på den utfordringen som en diabetesepedemi utgjør. Vi ønsker derimot gjennom et litteratursøk å undersøke hvilke faktorer som med positivt resultat har blitt benyttet i forbygging av diabetes hos ansatte i bedrifter i vestlige land.

Norsk forskning er publisert på engelsk eller norsk men har uansett et ”abstract” – sammendrag på engelsk slik at et søk med engelske søkeord skal fange opp eventuelle norske publikasjoner også. Vi har tatt utgangspunkt i ”Slik oppsummerer vi forskning” en håndbok fra Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten”(Bjørndal, 2006) som blir brukt som en

veileder i litteratursøk oppgaver som de selv utfører. Grunnet oppgavens begrensning i tid og størrelse var det urealistisk og gjøre en litteraturstudie etter internasjonalt anerkjente standarder som Cochrane eller Campbell systematiske metoder, men de sentrale elementene vil være de samme.

Det første vi gjorde var å sette oss inn i tema for oppgaven for å kunne avgrense og presisere problemstillingen vår og for å få en oversikt over hva teorien sier om de forskjellige elementene i tematikken. Deretter bygget vi opp en søkestrategi for å finne relevant forskningslitteratur for problemstillingen. Vi brukte OvidSP og gjorde søk i de internasjonale og anerkjente databasene Ovid Medline, Amed, British Nursing Index, EMBASE, Ovid Nursing Full Text Pluss og PsycINFO ved hjelp av MeSH-nøkkelord på engelsk. Vi brukte litt tid på å finne frem til gode søkeord noe som henger sammen med det vi anser som begrepsblanding og –forvirring når en bruker disse begrepene noe forskjellig i ulike språk og miljø, noe vi tar opp under metodekritikk. Dette gav oss følgende søkestrategi og resultat:

Search Strategy:

-
- 1 exp Diabetes Mellitus, Type 2/ or exp Diabetes Mellitus/ (205109)
 - 2 exp Health Promotion/ (55955)
 - 3 exp Public Health Practice/ (111822)
 - 4 Health Education/ (36402)
 - 5 Preventive Medicine/ or exp Preventive Health Services/ (107855)
 - 6 Health Behavior/ (26752)
 - 7 exp public health nursing/ (4041)
 - 8 workplace.mp. [mp=ti, ot, ab, nm, hw, sh, tn, dm, mf, tc, id] (28413)
 - 9 exp Occupational Health Nursing/ or exp Occupational Health/ or exp Occupational Health Services/ or Occupational Diseases/ (72527)
 - 10 2 or 3 or 4 or 5 or 6 or 7 (256291)
 - 11 8 or 9 (91950)
 - 12 1 and 10 and 11 (92)
 - 13 limit 12 to (english language and yr="2004 - 2008") [Limit not valid in: British Nursing Index; records were retained] (58)
 - 14 remove duplicates from 13 (49)
-

For å velge ut et representativt utvalg fra resultatet på 49 studier gikk vi gjennom hvert abstract og vurderte dem opp mot følgende eksklusjons- og inklusjonskriterier:

Eksklusjonskriterier: I strategien har vi lagt inn et filter som ekskluderer resultater eldre enn 2004 og resultater publisert på andre språk enn engelsk. Noen publikasjoner hadde ikke

abstract og var heller ikke mulig å få i fulltekst og dette ble derfor et naturlig eksklusjonskriterie. Vi valgte også og ekskludere studier utført i ikke-vestlige land.

Inklusjonskriterier: De klare inklusjonskriteriene var helsefremming/forebygging eller relaterte begrep, diabetes og arbeidsplass i sammenheng. Studier som så på allerede diagnostisert diabetes eller som ikke konkret inneholdt alle hovedelementene ble ikke inkludert.

Dette gav oss 11 studier hvorfra vi valgte de 5 som virket å være mest relevante i forhold til tema og problemstilling. Vi gjorde så et enkelt søk i SveMed for å se om vi kunne finne noen norske artikler med samme søkeord. Her fikk vi kun 1 resultat som også ble tatt med i oppgaven. En generell anbefaling ved litteratursøk i en bacheloroppgave er å velge ut 3 artikler. Vi fant det vanskelig å representere bredden i søkeresultat ved å bruke kun 3 artikler og valgte derfor å bruke 6.

Metodekritikk

Det å gjøre en litteraturstudie med søk i utenlandske databaser forutsetter at en bruker relevante søkeord for å oppnå god validitet. Dette kan være en utfordring på fagområder som "health promotion" hvor en ikke har konkrete, anerkjente definisjoner av sentrale begrep og hvor forfatterne også kan være preget av de ulike forståelsene som kan ligge i morsmålet og den nasjonale kulturen rundt begrepene helse, forebygging og helsefremming. Vi har derfor prøvd å søke bredt ved å ta med flere alternative begreper som alle beskriver noe av det samme. Det kan på den ene siden være at vi har utelatt viktige benevnelser av samme begrep, noe som fører til at sentrale publikasjoner ikke har kommet med i søket. På den andre siden kan det også være at vi har søkt for bredt og dermed inkludert litteratur som ikke er så sentral. Reliabiliteten bør likevel være opprettholdt ettersom vi har tatt med søkestrategien i sin helhet her i metodekapittelet.

Valgte artikler gir en forholdsvis bred oversikt over tema. To av artiklene har en utforming av mer tradisjonell intervensjonsprogram som har vært brukt flere år, to artikler er av en oppsummerende karakter og ser på ulike forskningsresultater, en artikkel er forankret i empowerment og en artikkel gir en oversikt over tema sett med norske øyne.

Etiske aspekt

Vi har brukt mange forskjellige kilder i denne oppgaven og har prøvd å være nøysomme med å angi våre kilder korrekt. Ved sekundærhenvisninger har vi så langt det er mulig søkt å få tak i den egentlige kilden for å bruke denne og yte den rettferdighet.

Resultat

- vi vil her gi en kort presentasjon av de 6 artiklene vi fant:

Forebygging av type 2-diabetes - en oversikt, Qvigstad(2004)

En økende forekomst av diabetes type 2 fører til at forfatter mener det er nødvendig å se på intervensjoner som kan forebygge sykdommen eller utsette debuten. Dette er en norsk produsert artikkel.

Dette er en oversiktsartikkel basert på et usystematisk søk i the Cochrane library og PubMed etter studier som inneholdt kunnskap om diabetes og farmakologi. Artikkelen viser at omlegging av livsstil og metformin-behandling som tilleggsalternativ kan forebygge eller stoppe utviklingen av sykdommen. Risikoutsatte bør identifiseres så tidlig som mulig og det må utarbeides et nasjonalt handlingsprogram for forebygging i primærhelsetjenesten og bedriftshelsetjenesten. Noen av farene med forebyggingsaspektet er at individet blir lei og ikke etterlever regime.

Med livsstilsendring menes bl.a. økt fysisk aktivitet og endrede kostholdsvaner. Identifisering av risikoutsatte kan gjøres ved screening og testing.

Health promotion behaviors that promote self-healing, O'Donnel(2004).

I denne artikkelen ser O'Donnel på mye av den dokumentasjonen som foreligger på "health promotion" og som viser at de forskjellige tiltakene som gjøres i stor grad har en positiv effekt. Formålet med artikkelen er å identifisere viktige forskningsområder for den nærmeste fremtiden som kan gi en bedre forståelse for påvirkningen helsefremmende atferd kan ha på selvhelbredelsen.

O'Donnel sier først noe om hva helse og "health promotion" er og viser en holistisk forståelse hvor han ser dette som sammensatt av fysiske, emosjonelle, sosial, åndelige og intellektuelle elementer. HP blir ved hjelp av American Journal of Health Promotion definert som kunsten å hjelpe mennesker til en livsstilsendring som gir bedre helse ved å øke forståelsen, endre atferden eller skape gode rammer som støtter sunne rutiner.

Etter å ha gått gjennom forskning som tar for seg forebygging av diabetes viser han at dette hovedsakelig dreier seg om kosthold og fysisk aktivitet. Han retter deretter mange viktige spørsmål rundt hvordan forskningen bør se på hvilke konkrete råd innenfor disse to områdene som gir en effektiv forebygging.

Employee perceptions of diabetes education needs, Wood & Jacobsen(2005).

Hensikten med studien var å identifisere ansattes, ønske/behov for diabetes opplæring/kursing. Studien besto av 13 ansatte, hvorav 7 hadde diabetes og 6 var i risikozonen for utvikling av sykdommen, ved et universitet i USA som ble delt inn i 3 interne utvalg. Utvalgene konkluderte med at fokus måtte være på generell informasjon om diabetes i tillegg til kunnskap som omhandlet sunnere kosthold, valg av restaurant mat, økt aktivitet, om nødvendigheten av spesialprodukter for diabetikere og vektlegging av fedme hos barn.

Konklusjonen var videre at bedriftsyrkepleiere kan bistå de ansatte med nødvendig veiledning og screening. De har også muligheten for å tilrettelegge for aktivitet og et sunnere kosthold på arbeidsplassen. Eksempelvis kan de ansatte oppmuntres til å ta trappene, parkere et stykke lengre vekk fra jobben og ta en spasertur i lunsjen. Bedriftsyrkepleiere kan informere avdelingssjefer hvordan de kan forholde seg til ansatte med diabetes. Diabetikerne kan få hjelp av bedriftsyrkepleierne til å mestre hverdagslige utfordringer som følger med sykdommen. Bedriftsyrkepleierne kan informere om sammenhengen mellom diabetes, overvekt og hjerte- karsykdommer. Hjelp de ansatte til å utvikle en trygghet når det gjelder valg relatert til helsehjelp, bedriftsyrkepleierne kan danne et arbeidsmiljø hvor de ansatte kan føle seg bedre fysisk og vite at arbeidsgiveren er opptatt av helsen deres. På tross av at informasjon om diabetes normalt sett ikke blir prioritert på arbeidsplassen, vil det å holde ansatte friske være økonomisk gunstig og bra for bedriften.

Prevention of type 2 diabetes by diet and lifestyle modification, Bazzano m.fl.(2005).

Studien har til hensikt å se på faktorer som kan føre til forekomsten av diabetes type 2 samt se på tiltak som bør iverksettes for å forebygge sykdommen. Dette gjøres ved et review-studie basert på et utvalg studier, i hovedsak hentet fra Medline med søkeordene: Diabetes mellitus type 2, primary prevention og lifestyle.

Dette gav et resultat som viser risikofaktorer for utviklingen av diabetes type 2: Overvekt, inaktivitet, dårlig kosthold, arv, alkohol og røyking. Kostholdsending og økt fysisk aktivitet er de faktorene som vektlegges mest når det gjelder forebygging av utviklingen. Helsepolitikk og lovverk spiller en viktig rolle for å få til livsstilsendringer hos befolkningen. Det er ikke bare individet som må vektlegges men også hele familien, arbeidsplass, skole og nærmiljø. Det konkluderes tilslutt med at det er mulig og forebygge type 2-diabetes og at helsearbeidernes har en sentral plass i det forebyggende arbeidet.

A worksite diabetes prevention program: two-year impact on employee health, Aldana m.fl.(2006).

Formålet med studien var å avgjøre hvilken innvirkning en 2 års forebyggende diabetesplan gav hos de som var med. Første trinn var en screening av alle interesserte ansatte for å avdekke hvem som var i faresonen. Deretter ble de som hadde forhøyede verdier av risikofaktorene med på en 2 timers oral glukose test samt undervisning om diabetes og risikofaktorer. Trinn 3 var selve forebyggings programmet som har til hensikt å minske risikofaktorene. Deltakerne, 37 personer, ble vurdert etter 6, 12 og 24 måneder ved å måle vekt, BMI, livvidde, blodsukker, insulin, kolesterol og aktivitetsnivå. Etter 6 mnd var blodsukker verdiene og den generelle formen bedret, etter 1 år ytterligere bedret og etter 2 år var de normale hos over halvparten av de deltakende (22 fullførte 2 år.) Tiltakene som ble igangsatt var fysisk aktivitet (minimum 150 minutt i uka), kosholdsomlegging (reduere inntak av fett) og støttegrupper. Disse tiltakene ble rettet mot hele gruppen for å forebygge diabetes hos de som ble funnet å være risikogruppa og de som ble funnet å ha type 2-diabetes.

Studien viser også at ansatte faller tilbake i gammelt mønster når de ikke følges opp. Dette kan skyldes det sosiale miljøet, reklamer for usunn mat, utrygge omgivelser for trening, lange arbeidsdager og stress. Studien påpeker videre at bedriftssykepleierne er unike i sin rolle der de kan foreta screeninger for tidlig å oppdage tegn på diabetes. De kan også være forebyggende veiledere for diabetesutsatte og kan følge opp disse over et lengre tidsperspektiv.

National type 2 diabetes prevention programme in Finland: FIN-D2D, Saaristo m.fl.(2007).

I Finland gjennomførte de i 2003-2007 et omfattende nasjonalt forebyggingsprosjekt av type 2-diabetes. Dette ble gjort med bakgrunn i forskning som viser at det nytter å forebygge sykdommen som de senere år har økt dramatisk i antall tilfeller. Det er spesielt overvekt og inaktivitet som er skyld i den negative utviklingen. Hovedaktørene som har ansvaret for prosjektet er førstelinjetjenesten og bedriftssykepleiere.

Prosjektet besto av tre samkjørte strategier for forebygging, hvor ett av fokusene rettet seg mot befolkningen generelt, ett mot høyrisiko gruppen og ett mot en tidlig fase av sykdomsutviklingen. Målet var å redusere antall tilfeller av- og utbredelsen av type 2-diabetes, å utvikle regionale og lokale modeller for forebygging og å evaluere effekt og kostnad av programmet. Spørreskjema, screening og livsstilskurs i grupper ble tatt i bruk. En pedagogisk tilnærming av empowerment karakter ble benyttet.

Studien viser at helsepersonalet spiller en kritisk rolle ettersom det vil være krav til å holde seg faglig oppdatert og en faglig motivasjon for å få god effekt av forebyggingstiltakene. God og tydelig planlegging, god organisering og evaluering anses som relevant for å få et godt resultat. Livsstilsintervensjoner er kjent å ha forebyggende effekt men gode strategier er ikke utarbeidet og vil være hovedmål for studien.

Drøftingsdel

Utgangspunktet for denne oppgaven var å se på hva om vi som sykepleiere kan drive helsefremmende og forebyggende arbeid på arbeidsplassen for å hindre utvikling av type 2-diabetes. Vi kommer nå til å summere opp den forståelsen de seks artiklene vi har kommet frem til har gitt oss og vil konkret se nærmere på perspektivtenkningen innen diabetes, sykepleie, helse og folkehelse, forebygging og helsefremming og bedriften som setting. Til slutt vil vi kort vurdere dette opp mot norske forhold før vi kommer med en konklusjon av drøftingen.

Diabetes

Samtlige artikler setter fokus på den store økningen i prevalens og tre av artiklene går så langt som å beskrive det som en epidemi og fire av artiklene sier at diabetes utgjør en betydelig trussel for helse verden over. Det blir knyttet en kobling mellom risiko for utvikling av type 2-diabetes og overvekt og det blir da naturlig å se økningen av begge disse i en sammenheng. Alle artiklene ser også den økende prevalensen av diabetes i lys av en livsstil med stadig mindre aktivitet og et dårligere kosthold.

Sentralt for perspektivet på diabetes er den direkte og indirekte helsetrusselen som denne sykdommen medfører. Den medfører alvorlige komplikasjoner og er i seg selv dødelig samtidig som det vises til en betydelig økning prevalens og dødelighet av hjerte- og karsykdom og kardiovaskulære sykdommer generelt hos diabetikere. Dette fører derfor store helsemessige utfordringer for det enkelte syke individ. Alle artiklene fastholder at det er mulig å forebygge eller i det minste og forsinke utvikling av diabetes og at det er nødvendig og sette inn gode tiltak umiddelbart. Tre av artiklene viser også til enorme økonomiske konsekvenser for samfunnet økonomisk og ved tapt arbeidskapasitet.

Kun i en av artiklene vises det til sosiale ulikheter og diabetes. Her trekkes det frem at den genetiske disposisjonen sannsynligvis er høyere hos flere minoritetsgrupper og utvikling av komplikasjoner er mer sannsynlig i de samme gruppene. Dette er minoritetsgrupper som er vil ha en lavere gjennomsnitts inntekt i forhold til hvite europeere, lengre arbeid dager og mindre ressurser til å motstå den økende trusselen som diabetes utgjør. Dette synes vi er et vesentlig

poeng og en utfordring for vår problemstilling; bedriftshelsetjenestetilbudet som gis til arbeidere fra minoritetsgrupper vil kanskje være dårligere enn det en gjennomsnittlig hvit europeer får dersom sistnevnte i større grad har mulighet til å besitte bedre stillinger i mer ressurssterke bedrifter? Nasjonale styringer kan være med på legge til rette for at en styrking av det forebyggende tilbudet i bedrifter ved å legge ned føringer og konkrete intervensjonsprogrammer som alle bedrifter fritt kan få disponere?

Sykepleieperspektiv

Vi valgte og ikke å ta med sykepleie som et av søkekriteriene i metoden vår ettersom vi anser helsefremming og forebygging i forhold til diabetes og bedrift å være en type arbeid som kan utføres av flere yrkesgrupper. Tre av studiene har heller derfor ikke noe fokus på hvem som er utfører og henviser til primærhelsetjenesten eller bedriftshelsetjenesten generelt. De tre andre studiene derimot har et tydelig fokus på hvem som vil egne seg som utfører og her går sykepleieren igjen. Den ene av de tre anser sykepleiere som den best egnede men ser med fordel at en har med leger også da denne anser at en lege vil skape høyere motivasjon og deltagelse hos målgruppen. De to siste trekker frem sykepleiere som sentrale utførere ettersom de kan utføre de forskjellige oppgavene som dette kan innebære; screening, blodprøver, undervisning og rådgivning.

Det er som sykepleierstudenter særlig interessant at av de artiklene hvor det sies noe om hvem som vil være egnet til å drive det helsefremmende og forebyggende arbeidet som artikkelen forfekter så er det sykepleiere som trekkes frem. At halvparten av artiklene ikke sier noe om utfører er naturlig ettersom hensikten med artiklene er å se på det helsefremmende og forebyggende arbeidet og ikke hvem som skal utføre dette. Ingen av artiklene antyder at dette ikke kommer inn under sykepleiers rolle, men bekrefter teorien indirekte ved å si at vi har en unik mulighet til å drive mye av dette arbeidet. Under sykepleierutdanningen har vi hatt en opplevelse av at forebyggende og helsefremmende arbeid er en viktig del av sykepleierrollen, men at dette ikke er et hovedområde for sykepleiere generelt. Det er en generell oppfatning på studiet at denne delen av sykepleierrollen knyttes opp mot helsesøstertjenesten eller andre videreutdannelser. Dersom det forebyggende og helsefremmende arbeidet er så sentralt og viktig for å bekjempe både diabetes og overvekt samt flere livsstilsykdommer som summen av disse artiklene tilsier så burde dette kanskje være mer vektlagt både i sykepleieutdanningen, primærhelsetjenesten og i helsetjenesten generelt?

Helse og folkehelse

Ingen av artiklene vi har sett på legger til grunn hvordan de definerer helse eller sier noe om deres forståelse av helsebegrepet. Dette kan være en konsekvens av at det helsefremmende miljøet er så u håndgripelig og presist og gir få avklaringer i hva arbeidet består i og hvordan det skal utføres (Seedhouse, 2005). Ut fra måten de skriver om helse og helseproblemer så har de fleste klart en tradisjonelt biomedisinsk, patogen forståelse. Dette er som forventet ettersom det virker å være den klart mest utbredte forståelsen blant helsepersonell. Samtidig så stiller vi oss undrende til at ikke en av artiklene har et bevisst og tydelig salutogent utgangspunkt noe som vi synes ville vært mer passende når en skriver om helsefremming og forebygging. Når det er sagt så er ikke den forståelsen av helse som disse artiklene legger til grunn utpreget biomedisinsk, det er nok mer mangelen på en bevisst og tydeliggjort forståelse som savnes. Alle artiklene nevner i større eller mindre grad faktorer som er viktige for å kunne opprettholde helsefremmende og forebyggende arbeid og som er av en karakter som ligger nærmere en salutogen enn en patogen forståelse. Dette gjelder faktorer som betydningen støttegrupper, tilrettelegging av tiltak i arbeidstiden og ytre strukturer som tilgang på sunn mat i bedriftens kantine.

To av artiklene definerer økningen i prevalens av diabetes som et klart folkehelseproblem. At de andre ikke tar dette opp handler nok slik vi leser artiklene mer om hva som er hensikten med artiklene enn at de ikke ser dette som en utfordring for folkehelsen. Alle artiklene er enige i at diabetes utgjør en vesentlig helsetrussel både i industriland og utviklingsland og at den omfatter alle samfunnslag. Dette i seg selv bør medføre et folkehelsepolitisk engasjement på nasjonalt og internasjonalt nivå. Som vi nevnte i avsnittet om diabetes ovenfor så er også et moment at diabetes og bedriftshelsetjenestens forhold til diabetes kan skape større sosiale ulikheter. Spørsmålet vi stiller oss er i hvilken grad det vil påvirke bedriftshelsetjenesten om forebygging av diabetes er et folkehelsepolitisk angående eller ikke?

Den økonomiske gevinsten ved å skape bedre helse hos de ansatte og unngå eller utsette utviklingen av diabetes poengteres i flere av artiklene, og det synes å være en konsensus om at det er god økonomi å drive helsefremmende og forebyggende arbeid mot diabetes og livsstilsykdommer selv om en er uenig i hvor effektivt det er – dette kommer selvsagt an på hvilke tiltak som blir iverksatt. Vi tror likevel at mange mindre bedrifter og bedrifter med

dårlig økonomi ikke vil se seg anledning til å gi de ansatte et godt bedriftshelsetjeneste tilbud. En satsning politisk på dette i et folkehelseperspektiv vil etter vår mening kunne skape en minste standard av hva bedrifter skal tilby sine ansatte av aktuelle tjenester og vil styrke den sosiale likheten.

Helsefremming og forebygging.

Når det kommer til helsefremming og forebygging i forhold til diabetes er samtlige av artiklene vi fant enige om at det er fullt mulig og det etterlater et forholdsvis utvetydig inntrykk; vektreduksjon og økt fysisk aktivitet vil ha en positiv effekt for å forebygge eller i det minste utsette utvikling av type 2-diabetes. Vektreduksjonen bør komme som resultat av et sunnere kosthold og økning av den fysiske aktiviteten. Ut fra de funnene vi har gjort ser vi at det er noe ulike tilnæringsmetoder for hvordan dette kan skje og hvilke intervensjoner som vurderes. To av artiklene nøyer seg med å slå fast at det er nødvendig og gå ned i vekt og øke aktivitetsnivået ved å vise til ulike studier uten å gå videre inn på hvordan dette kan implementeres i bedriftshelsetjenesten. De andre fire diskuterer forskjellige tiltak hvor vi ser at særlig 5 punkter er sentrale:

1. Tidlig intervensjon gir økt sannsynlighet for å forhindre utvikling av type 2-diabetes, en bør vurdere tiltak allerede ved BMI>25.
2. Screening av alle ansatte kan avdekke allerede diabetes tilfeller som trenger behandling og de som er i en risikosone hvor det er nødvendig og starte intervensjon.
3. Kunnskap om diabetes og risikofaktorer kan føre til adferdsendring.
4. Det er vanskelig og motivere for livsstilsendring og igangsatte intervensjoner gir ofte bare midlertidige forbedringer; sosiale og miljømessige strukturer som gruppeundervisning, kantinetilbud og felles aktiviteter i arbeidstiden viser positiv effekt og empowerment bør være et kjerneelement.
5. Finansiering av intervensjonsprogram påvirkes i stor grad av i hvilken grad programmet viser sannsynlighet for inntjening ved økt produktivitet og lavere sykefravær.

Vi ser at mye av det teoretiske grunnlaget vi har tatt utgangspunkt i har et fokus på begreper som salutogen tilnærming, empowerment og utfordringen med ikke å skape "victim-blaming" når en fokuserer på livsstil (Hanson, 2004, Heiberg, 2007, Hauge & Mittelmark, 2003, Tones & Green, 2004) Dette er sentrale element som vi kjenner igjen fra Ottawa-charteret. I de artiklene vi kom frem til ved vårt litteratursøk ser vi at disse begrepene ikke er særlig vektlagt,

foruten en noe begrenset empowerment forståelse. Dette igjen henger nok sammen med at de fleste av artikkelforfatterne kan ha en biomedisinsk helseforståelse. Vi savnet en mer grunnleggende salutogen forståelse og tydeligere pedagogiske intervensjonsprogrammer hvor empowerment var mer sentralt. Ingen av artiklene vurderte i hvilken grad intervensjon for å øke kunnskapsnivået rundt risikofaktorer i livsstil kunne skape en victim-blaming opplevelse hos mottakerene og i svært liten grad fokuserte artiklene på en reorganisering av samfunnsstrukturer for å skape anledning til å endre livsstilen. Noen av artiklene poengterer den støttende funksjonen sosiale strukturer har for å opprettholde motivasjon og fokus.

I teoridelen viste vi hvordan begrepene helsefremming og forebygging henger sammen og at de på mange måter overlapper hverandre. I artiklene vi har funnet ser vi også dette. Alle artiklene unntatt en(O'Donnel) skriver om forebygging mens den siste er konsekvent med å bruke begrepet helsefremming(Health Promotion). Når vi da går inn og ser på hvilke intervensjoner som beskrives så finner vi at det ikke er noe tydelig skille mellom de helsefremmende intervensjonene O'Donnel beskriver og de forebyggende intervensjonene som benyttes i de andre artiklene. I all hovedsak så er det snakk om livsstilsintervensjoner i form av bedre kosthold og økt fysisk aktivitet. Det er dog interessant å se at O'Donnel som har et klart helsefremmende fokus beskriver kosthold og fysisk aktivitet som det essensielle. Noe større fokus enn de andre artiklene på å øke bevissthet rundt livsstil, endringsskapende holdninger og å skape støttende miljø finner vi ikke her. Dersom vi skal trekke opp et skille mellom forebygging og helsefremming så vil det være i hvilken grad målgruppen omfatter alle ansatte eller bare de som er funnet å utgjøre en risikogruppe. Men, selv om målgruppen er alle ansatte så vil det i like stor grad være forebyggende mot diabetes og, om målgruppen er de i en risikogruppe så vil de forebyggende intervensjonene være helsefremmende. Vi ønsker likevel ikke å antyde at begrepene overlapper hverandre så mye når vi snakker om diabetes at det ikke har noen hensikt å skille dem fra hverandre. De ideologiske forskjellene som kan ligge bak de to forskjellige begrepene ser vi at kan være nyttige og klargjøre. Det er dog ikke uvesentlig at de artiklene vi fant som har et forebyggende perspektiv i ordlyden tar med helsefremmende og salutogene faktorer som støttende miljø, strukturelle rammer, økt bevissthet rundt livsstil konsekvenser og en styrking av folkehelsepolitiske planer for bedret kosthold og økt fysisk aktivitet.

Arbeidsplassen som setting

Fem av seks artikler fremholder arbeidsplassen som et godt utgangspunkt for å drive helsefremmende og forebyggende arbeid for å forhindre utvikling av diabetes, den siste artikkelen går ikke inn på setting. Vi tilbringer mye tid på arbeidsplassen, ofte er mye tverrfaglige ressurser tilgjengelige, kollegaer utgjør en viktig støttegruppe og en kan gjennom livsstilsforandringer hos ansatte også påvirke deres familier og nærmiljø. Alle artikkelforfatterne er enige om at samfunnsbaserte intervensjonsprogrammer er best egnede. I lys av det vil arbeidsplassen fremstå som et godt og oversiktlig organisert samfunn hvor det kan være overkommelig og iverksette intervensjonsprogrammer på flere nivåer. Dette ser vi at kan være mye mer utfordrende i lokalsamfunnet for ikke å snakke om storsamfunnet. Mange bedrifter har mulighet for å tilby egnet mat i kantina, treningslokale på arbeidsplassen, interne kurs og gruppearrangementer.

Et kritisk tema som vi ønsker å ta opp igjen her er prinsippet om likhet som to av artiklene tar for seg når de ser på arbeidsplassen som setting for helsefremmende og forebyggende arbeid. Størrelsen på bedriften og særlig typen bedrift har mye å si for hvilke muligheter bedriften ser seg selv i å ha og tilby ansatte. En langtransportbedrift og en bedrift i oljenæringen vil for eksempel sannsynligvis ha ulike utgangspunkt som kan være med på og forsterke de sosiale ulikhetene i helse som allerede finnes (Nasjonalt folkehelseinstitutt, 2007).

Norske forhold

De artiklene vi har funnet er alle skrevet ut fra vestlige forhold; tre er fra USA, en er fra Storbritannia, en er fra Finland og en fra Norge. Selv om organisering av folkehelse og velferd i Norge og USA kan ha vesentlige grunnleggende ulikheter så antar vi at funnene våre i stor grad er relevante for norske bedrifter. Demokratiet og likhetsprinsippet er fundamentale verdier i Norge og dette gjenspeiles i folkehelsepolitiske strategier for kosthold og fysisk aktivitet og i lover slik som arbeidsmiljøloven som igjen begrenser sosiale ulikheter i helse. Det finske intervensjonsprogrammet bør være særlig interessant og er et vår mening på mange måter forbilledlig for Norge i sin streben etter å møte diabetestrusselen med effektive tiltak.

Konklusjon

I et ukjent antall århundrer har mennesket levd på jorda og overlevd ulike kår. Utfordringene for helsen har vært mange og varierende og den medisinske utviklingen som har funnet sted det siste århundret står i en særklasse. Etter å ha oppnådd stadige nyvinninger og løsninger på problemer ser det nå som om utviklingen på noen områder kan ha snudd. Mye tyder på at utviklingen i samfunnet med en høyindustriell matproduksjon og arbeidsbesparende maskiner kan føre til en livsstil menneskekroppen ikke takler. Når risikoen for å utvikle diabetes er på minst 35 % (Aldana m.fl., 2006) bør en kunne konkludere med at den generelle livsstilen ikke er sunn. Summen av både den teoretiske litteraturen og artiklene fra søket tegner et skremmende bilde av den utfordringen vi står ovenfor i møte med en voksende bølge av nye tilfeller av diabetes. De alvorlige helsemessige konsekvensene av denne sykdommen sammen med den økonomiske utfordringen helsevesenet vil møte tilsier at en økt satsning på helsefremmende og forebyggende tiltak allerede burde vært igangsatt utover det som er gjort. Det har nok lenge vært mulig å se hvilken vei det bærer.

Artiklene bringer positive resultater; type 2-diabetes kan forebygges og et slikt arbeid er ikke begrenset til helsevesenet! Det er dog utfordringer. Det er viktig at det foregår et kontinuerlig folkehelsearbeid som er tverrfaglig og går omfatter ulike samfunnslag for å unngå en forsterkning av sosial ulikhet i helse. Typisk forebyggende arbeid omfatter screening og kartlegging av risiko for så å sette i gang intervensjonsprogram av de som er i risikozonen. Resultatet fra artiklene tyder logisk nok på det vil være vanskeligere å forebygge dersom det er mange og alvorlige risikofaktorer. Det er derfor viktig å prøve å sette i gang helsefremmende tiltak som fører til en livsstil hvor en ikke utvikler sentrale risikofaktorer og forebygging på et tidlig stadium. Dette arbeidet preges av store utfordring til å motivere de ansatte for adferdsendring.

Bedriften er en godt egnet setting for helsefremmende og forebyggende arbeid og dersom bedriftene selv ser at det er økonomisk og drive et slikt arbeid for å redusere sykefraværet og øke produksjonen så vil det være en nøkkel til å akselerere tilbudet. Dette avhenger av at en finner frem til gode intervensjonsprogrammer som gir god effekt og som klarer og skape og opprettholde motivasjonen hos de ansatte. Mye tyder på at dette henger sammen med en empowerment tilnærming hvor en også skaper ytre rammer for tilrettelegging og støtte på flere nivå i samfunnet. Ellers så virker de konkrete tiltakene å være opplagte; vi trenger å øke

aktivitetsnivået til minimum 30 minutter daglig og legge om til et kosthold som ikke fører til vektøkning. Sammenhengen mellom vektøkning og risiko for diabetes synes å være klar, likeså sammenhengen mellom vektreduksjon og forebygging av diabetes.

Avsluttning

Vi startet oppgaven med en illustrerende beskrivelse av utfordringen med helsefremming og forebygging. Nødvendigheten med å sette i gang økt helsefremmende og forebyggende arbeid for å snu utviklingen av prevalens for diabetes virker åpenbar. Dette medfører en kamp om ressurser i en tid da kampen allerede har pågått en stund og flere virker å være slitne. Helsevesenet virker i stor grad til å være oppslukt av krevende og kostbar behandling av sykdom. Dette gir konkrete og synlig resultater som forsvarer ressursbruken. Det er en stor utfordring for det helsefremmende arbeidet at det er så mye mer krevende og få fram god statistikk som viser effekten av arbeidet, samt å vinne gehør for holistiske tiltak i et miljø som er utpreget biomedisinsk forankret.

Vi synes det er positivt å se i denne oppgaven at bedriften som setting har mange gode forutsetninger for å kunne føre det helsefremmende og forebyggende arbeidet fremover og skape miljø for forandring slik at mange kan unngå og utvikle diabetes. For å kunne utbygge bedriftshelsetjenesten så trengs det også menneskelige ressurser i form av helsepersonell som må tas fra et sted. Vi har her sett at sykepleiere har en god forutsetning for å drive et slikt arbeid og er spent på å se om en økende andel av sykepleierne vil gå fra å gi behandlende omsorg til helsefremmende og forebyggende omsorg. Vi tror også at vi vil se et økt fokus på det helsefremmende og forebyggende aspektet ved sykepleierrollen i utdanningen i tiden som kommer

Litteraturliste:

- Aldana, S. m.fl. (2006) **A worksite diabetes prevention program : Two-year impact on employee health.** Tilgjengelig fra: OvidSp [lest: 04.03.08]
- Allgot, B. (2002) Diabetes og samfunnet. I: **Diabetes – grunnbok for sykepleiere og annet helsepersonell**, red. A. Skafjeld, s. 20-25. Oslo, Akribe
- Antonovsky, A. (2000) **Helbredets mysterium.** København, Hans Reizels Forlag
- Bazzano, L., Serdula, M. & Liu, S. (2005) **Review : Prevention of type 2 diabetes by diet and lifestyle modification.** Tilgjengelig fra: OvidSp [lest: 04.03.08]
- Berg, G. V. (2007) **Å fremme den eldre sykehuspasientens helse i lys av et folkehelse- og et holistisk-eksistensielt sykepleieperspektiv.** Dr.gradsavhandling, Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap Göteborg.
- Bjørndal, A., red. (2006) **Slik oppsummerer vi forskning.** Tilgjengelig fra: <http://www.kunnskapssenteret.no/filer/K-Handbok-2006.pdf> Lest: 11.02.08. [Side 1-65]
- Dalland, O. (2007) **Metode og oppgaveskriving for studenter.** Oslo, Gyldendal Akademisk.
- Departementene (2005) **Handlingsplan for fysisk aktivitet 2005-2009: Sammen for fysisk aktivitet.** Tilgjengelig fra: www.regjeringen.no
- Departementene (2007) **Handlingsplan for bedre kosthold i befolkningen 2007-2011: Oppskrift for et sunnere kosthold.** Tilgjengelig fra: www.regjeringen.no
- Hanson, A. (2004) **Hälsopromotion i arbetslivet.** Malmö, Studentlitteratur.
- Hauge, H. A. (2003) Hvordan kan samfunnsvitenskap bidra til helsefremmende arbeid? I: **Helsefremmende arbeid i en brytningstid – fra monolog til dialog?**, red. H. A. Hauge & M. B. Mittelmark, s. 15-38. Bergen, Fagbokforlaget
- Heiberg, I. G. (2007) **Helsefremmende arbeid og sykepleie – en diskursanalyse.** Mastergradsoppgave, Høgskolen i Vestfold.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2003) **Resept for et sunnere Norge, folkehelsepolitikken.** St.meld.nr.16(2002-2003) Tilgjengelig fra: www.regjeringen.no
- International Council of Nurses (2008) **The ICN definiton of Nursing.** Tilgjengelig fra: www.ich.ch/definiton [lest 14.02.08]
- Jacobsen, D., m.fl. (2001) **Sykdomslære: Indremedisin, kirurgi og anestesi.** Oslo, Gyldendal Akademisk
- Lindberg, F.A. & Lorenzen, E. (2001) **Naturlig slank : med kost i balanse.** Oslo, Pentagruel.

- Mæland, J. G. (2005) **Forebyggende helsearbeid : i teori og praksis**. Oslo, Universitetsforlaget.
- Nasjonalt Folkehelseintitutt (2007) **Rapport 2007:1 Sosial ulikhet i helse – en faktarapport**. Tilgjengelig fra: www.fhi.no [lest 03.03.08]
- Nordisk ministerråd (2006) **Nordisk handlingsplan for bedre helse og livskvalitet gjennom kosthold og fysisk aktivitet**. Tilgjengelig fra: <http://www.norden.org/pub/sk/showpub.asp?pubnr=2006:745>
- O'Donnel, M. (2004) **Health-promotion behaviours that promote self-healing**. Tilgjengelig fra: OvidSp [lest: 04.03.08]
- Poland, B.D., Green, L.W. & Rootman, I. (2000) **Settings for health promotion**. California, Sage Publications.
- Poleszynski, D.V. & Mysterud, I. (2004) **Sukker : en snikende fare**. Oslo, Gyldendal Akademisk.
- Poleszynski, D.V. (2007) **Kostkontroll – mot sukkersyke og for et friskere liv**. Oslo Baibooks.
- Qvigstad, E. (2004) **Forebygging av type 2-diabetes : en oversikt**. Tilgjengelig fra: SveMed. [lest 04.03.08]
- Rienecker, L. & Jørgensen, P.S. (2006) **Den gode oppgaven**. Bergen, Fagbokforlaget.
- Saaristo, T., m.fl. (2007) **National type 2 diabetes prevention programme in Finland : FIN-D2D**. Tilgjengelig fra: OvidSp [lest: 04.03.08]
- Seedhouse, D. (2004) **Health promotion : philosophy, prejudice, and practice**. West Sussex, England, John Wiley & Sons Ltd.
- Sosial- og helsedepartementet (1998) **Det er bruk for alle: Styrkning av folkehelsearbeidet i kommunene**. (NOU 1998:18) Tilgjengelig fra: www.regjeringen.no
- Stang, I (2003) Bemyndigelse: En innføring i begrepet og “empowerment-tenkningens” relevans for ansatte i velferdsstaten. I: **Helsefremmende arbeid i en brytningstid – fra monolog til dialog?**, red. H. A. Hauge & M. B. Mittelmark, s. 141-161. Bergen, Fagbokforlaget
- Statens legemiddelverk (2001) **Terapianbefaling: Behandling av type 2-diabetes**. Publikasjon 2001:03. Oslo, Statens legemiddelverk.
- Tones, K. & Green, J. (2004) **Health Promotion**. Noida, Sage Publications.
- Wood, F. & Jacobsen, S. (2005) **Employee perception of diabetes education needs : A focus group study**. Tilgjengelig fra: OvidSp [lest: 04.03.08]
- Wyller, V. (2005) **Det friske mennesket – det syke mennesket : Bind IV**. Oslo, Akribe.