

MASTEROPPGAVE

Ernæring, helse og miljø

November 2010

Helsefremmende arbeid

i skjæringspunktet mellom ernæringspolitikk og utdanningspolitikk.

*Dekker Kunnskapsløftets læreplaner for helsearbeiderfaget
samfunnets behov for kompetanse innen fagfeltet kosthold og ernæring?*

Elizabeth Andersen

Høgskolen i Akershus
Avdeling for helse, ernæring og ledelse
Lillestrøm



Sammendrag

Oppgavens bakgrunn og formål. Sammenhengen mellom kosthold og helse er dokumentert vitenskaplig, og ikke minst har studier vist, at helsefremmende arbeid har effekt i forhold til de kostrelaterte sykdommer. Formålet har vært å se på fagfeltet kosthold og ernæring i ernæringspolitikken og utdanningspolitikken for dermed å kunne vurdere hvorvidt læreplan for helsearbeiderfaget i Kunnskapsløftet 06 dekker den kompetanse samfunnet trenger hos en helsefagarbeider innen kosthold og ernæring som en del av det helsefremmende arbeid. Kosthold og ernæring settes inn i et utvidet helseperspektiv som omfatter fysiske, psykiske og sosiale sider. Videre sees kosthold og ernæring som en vesentlig del av omsorg.

Forskningsspørsmål: Oppgaven har fire forskningsspørsmål. Det første forskningsspørsmål tar for seg helse, helsefremmende arbeid og kostens betydning fysisk, psykisk, sosialt og omsorgsrelatert. Det andre har fokus på læreplaner, læreplanarbeid i ulike perspektiv og kompetansebegrepet. Studie av faglitteratur i forhold til de to første forskningsspørsmål utgjør teorigrunnlaget for dokumentanalysen. Det tredje forskningsspørsmål omfatter en historisk presentasjon av faget kosthold og ernæring. Det fjerde forskningsspørsmål belyser og diskuterer hvorvidt læreplaner for helsearbeiderfaget dekker den kompetanse samfunnet trenger med vekt på kosthold og ernæring.

Metode: er en kvalitativ hermeneutisk studie av faglitteratur og dokumentanalyse av ernæringspolitiske og utdanningspolitiske dokumenter.

De ernæringspolitiske dokumentene representerer et tidsmessig spenn fra 1995 til i dag og omfatter både internasjonale og nasjonale dokumenter. De utdanningspolitiske dokumenter omfatter grunnlagsdokumenter som Opplæringsloven og Den generelle læreplan i tillegg til læreplanene for Vg1 helse- og sosialfag og Vg2 og Vg3 helsearbeiderfag.

Viktige funn fra studien av faglitteratur bekrefter den betydning kosthold og ernæring har for den fysiske helse. Det legges også stor vekt på betydningen av kosthold og ernæring for menneskets psykiske og sosiale og kulturelle helse, velvære og livskvalitet. Læreplanarbeid må sees i en politisk, historisk og samfunns- og kulturell kontekst, og samfunnets behov for kompetanse avspeiler seg i læreplanene. Kompetansebegrepet er komplekst og må forstås ut fra et psykologisk, sosiologisk og pedagogisk ståsted. Helsefagarbeideren må videre ha de personlige egenskaper, som inngår i begrepet egnethet. Faget kosthold og ernæring har spilt en stor rolle i Folkehelsearbeidet. I begynnelsen var ansvaret for kostholdet først og fremst

lagt til familien og i hjemmet. Senere ble faget mer individualisert og med Kunnskapsløftet er yrke og profesjonsutdanning blitt vektlagt i større grad.

Dokumentanalysen av de ernæringspolitiske og utdanningspolitiske dokumenter viser at kosthold og ernæring blir verdsatt i et utvidet helseperspektiv som del av den fysiske, psykiske, sosiale og omsorgsrelaterte helse. I de dokumenter, som retter seg mot helsepersonalets yrkesutøvelse, er omsorg vektlagt. Helsepersonell skal ivareta pasienten¹ på hans/hennes premisser. Samtidig har helsepersonell et faglig ansvar og skal utøve yrket i tråd med Helsepersonelloven. Autorisasjon av helsefagarbeideren som egnet er forankret i loven.

Konklusjon: Oppgaven tar kun for seg den formelle læreplan for helsearbeiderfaget og kun kompetanse innen kosthold og ernæring. Med disse begrensninger kan man si at læreplanen for helsearbeiderfaget dekker den kompetansen samfunnet trenger med vekt på kosthold og ernæring i ganske god, men varierende grad. Sammenfaldet er størst for kosthold og ernæring i et fysisk helseperspektiv. De ernæringspolitiske dokumenter legger et medansvar for helsepolitikkenes mål om å redusere de sosiale ulikheter i helse til helsefagarbeideren. Studien tar ikke for seg læreplanen, slik den blir implementert verken i skolen eller i lærebedrifter. Det er først etter to år i skole og to år i lære at lærlingen blir vurdert og autorisert som egnet. Selv om læreplanen for lærlingtiden er en del av Kunnskapsløftet, er det ikke skolen, men lærlingbedrifter og fagfolk, som bedømmer den endelige sluttkompetanse.

¹ Dokumentene benytter ulike betegnelser: pasienter, brukere, beboer. Det er ikke noen tydelig tendens. Samhandlingsreformen benytter både pasient og bruker. Det samme gjør læreplanene. I oppgaven benyttes "pasienter" som betegnelse for de personer, som er innenfor helse- og omsorgstjenesten.

Summary

The background and aim of this study. The relationship between food intake and health is well documented and studies show that health promoting activities have a positive effect on food - related diseases. The aim has been to discuss the field of food and nutrition between politics of health and politics of education. The study discuss in what degree the curriculum fulfill the competence the society needs from auxiliary nurses in the field of food and nutrition in a health promoting perspective. Food and nutrition are viewed in an extended health perspective, being important to the physical, psychical and social health and wellbeing. Further more food and nutrition are an important part of nursing.

Research questions. The first question addresses the concepts of health, health promoting and the importance of food and nutrition physically, psychically, socially and in nursing. The second is focused on curriculum, the making of curriculums and the concept of competence. These two chapters are part of the theory and therefore the foundation for the analysis of the political documents. The third question offers a historical presentation of food and nutrition as a school subject. The fourth question discusses if the curriculum of auxiliary nurses covers the competence the society needs regarding the field of food and nutrition.

Method: a qualitative hermeneutic analysis of scientific literature and health and educational political documents. The nutritional documents represent a period from 1995 till today and are both international and national. The educational documents are the curriculums for the first and second year in Upper Secondary School and the two years as an apprentice.

Important findings: Food and nutrition has been recognized more and more as part of health promotion in a wide health perspective, important to the quality of life. Construction of curriculum must be seen in a political, historical and social-cultural context. The concept of competence is complex and is influenced by psychology, sociology and pedagogic. Competence, in this aspect, involves knowledge, ability, attitude and personal qualities. The competence required by society will be implemented in the curriculums. Food and nutrition has played an important role in health promoting through its history. First food and nutrition as a school subject was a domain of family and home, later the subject has been individualized and professionalized.

The analysis of the nutritional documents shows that food and nutrition are part of the professional responsibility of the auxiliary nurses. Personnel in the health service are expected

to attend to the patients on her/his premises. As authorized personnel an auxiliary nurse must exercise the job in a standard stated by the law.

Conclusions. The study only deals with the formal curriculum and is limited to competence regarding the field of food and nutrition. With these limitations in mind, one may say, that the curriculum for auxiliary nurses covers the competence, the society needs to good, but various degrees. The concurrence is highest in regard to the physical health. The documents of health politics put a joint responsibility for reducing the health differences in the population on the auxiliary nurse. The study does not go into how the curriculum is implemented in schools and institutions. After two years as a student and two years as an apprentice, the official approval and authorization is given by the Official Authorization Office based on the assumption, that he/she has the personal qualities required. Even though the curriculum also applies for the years as an apprentice, it is not the school - but the institutions and experts who grade and value the final level of competence.

Forord

Jeg er oppvokst i Danmark og utdannet som husholdningslærer på Suhr's Seminarium i København. Som ferdigutdannet husholdningslærer i 1978 fikk jeg tilbudt jobb i Norge, og da det var arbeidsledighet i Danmark, reiste en venninne og jeg til Kvinesdal. Jeg har opplevd to store skolereformert: Reform 94 (R94) og Kunnskapsløftet 06 (KL06). Gjennom årene har jeg undervist på studieretning/programområde helse- og sosialfag i fagene helsefag, helsefremmende arbeid, kosthold og ernæring samt naturfag. De siste 15 år har jeg i tillegg vært studieinspektør/avdelingsleder.

I R94 var kosthold og ernæring en egen modul med mange detaljerte mål innen faget Helsefag på studieretning helse- og sosialfag. I KL06 inngår kosthold og ernæring i de felles mål for faget Helsefremmende arbeid på programområdet helse- og sosialfag. Umiddelbart kan det se ut som fagfeltet kosthold og ernæring har blitt redusert. Målformuleringene i KL06 er imidlertid sammensatte og med høg taksonomi, og denne uklarhet omkring fagfeltets plassering og status er en medvirkende årsak til mitt valg av tema for oppgaven.

En annen medvirkende årsak er knyttet til behovet for å se på sammenhengen mellom ernæringspolitikken og utdanningspolitikk. For det første bør det være overensstemmelse mellom de ernæringspolitiske føringer innenfor feltet kosthold og ernæring og det, som står i læreplanene som dokumenter. Det er oppgavens forskningsområde. For det andre må selve undervisningen følge lærerplanene for faget. Læreplaner tolkes, fortolkes og gjennomføres i klasserommet og lærebedrifter, men disse områder er utenfor oppgaven. Som faglærere må vi imidlertid erkjenne, at vi er en del av læreplanarbeidet og læreplantolkning. Vi har ansvar for å være oppdatert på innholdet i de dokumenter, som direkte (utdanningspolitiske) og indirekte (ernæringspolitiske), skal styre planlegging, gjennomføring og evaluering av undervisningen. Lærere og ledere må kunne se utenfor skolens verden og holde seg faglig, metodisk og pedagogisk oppdatert.

Skolefaget "*kosthold og ernæring*"² har utviklet seg i tråd med samfunnets krav og utfordringer, og det å kjenne til dets historie, har gitt meg et mer nyansert bilde av dets betydning og plass i folkehelsearbeidet. Jeg er dypt imponert over det pionerarbeid, som ble utført av dyktige og engasjerte kvinner og menn.

² Kosthold og ernæring har hatt mange navn gjennom historien slik det fremgår i kapittel 5. Her brukes kosthold og ernæring som betegnelse på faget uavhengig av tid og navn.

Analysen av de utvalgte dokumentene bekreftet noen av mine antakelser men ga meg også mange overraskelser. Jeg er ydmyk i forhold til hvilken betydning kosthold og ernæring har spilt gjennom årene for folkehelsen og samfunnets utvikling. Selv om utfordringene i dag har endret seg, er betydningen av kosthold og ernæring stadig av stor betydning både individuelt og på samfunnsnivå. Undervisning i kosthold og ernæring i skolen er like viktig i dag som før, og den bør gis i et helsefremmende perspektiv. Å jobbe med oppgaven har ikke bare økt min faglige og metodiske kompetanse men også vist meg, hvor meningsfull min jobb som lærer i dette faget er.

Jeg vil takke mine to veiledere Anne Smehaugen og Oddhild Bergsli. De har støttet meg, gitt meg veiledning, råd og hjelp på en fantastisk varm og omsorgsfull måte. Jeg har sett frem til hvert møte, og uansett hvor mye som måtte endres, forbedres eller forkastes av oppgaven etterpå, klarte de alltid å gi meg mot til å fortsette.

Jeg vil også takke mine barn, familie og venner. De har holdt ut med meg og støttet meg, og det har betydd mer, enn jeg kan uttrykke.

Innhold

Sammendrag	1
Summary	3
Forord	5
Tabeller.....	12
DEL I.....	14
KAPITTEL 1 INNLEDNING	14
1.1 To politiske felt med innflytelse på folks helse.....	14
1.2 Mål, forskningsspørsmål og avgrensning	15
1.3 Introduksjon til oppgavens sentrale begrep	17
1.5 Forankring i helse- og ernæringspolitikk	19
1.6 Forankring i utdanningspolitikk	21
1.7 Oppgavens oppbygging	23
DEL II	25
KAPITTEL 2: HELSE, HELSEFREMMEDE ARBEID, KOSTHOLD OG ERNÆRING.....	25
2.1 Helsebegrepet	25
2.2 Folkehelsearbeidet og det helsefremmende arbeid.....	28
2.3 Kosthold og ernæring i ulike perspektiv	31
2.3.1 Kostens ernæringsmessige betydning for helse og sykdom	32
2.3.2 Kostens betydning for identitet.....	33
2.3.3 De sosiologiske og kulturelle sider av kosten.....	34
2.3.4 Kosthold i egenomsorg og omsorg for andre.....	36
2.4 Helsefremmende arbeid relatert til kosthold og ernæring	36
2.5 Relevans for oppgaven	38
KAPITTEL 3: LÆREPLAN, LÆREPLANARBEID, FAG OG KOMPETANSE	39
3.1 Læreplaner og læreplanarbeid	39
3.2 Læreplanarbeid i politisk perspektiv	42

3.3 Læreplanarbeid i historisk perspektiv	43
3.4 Læreplanarbeid i et samfunns- og kultur perspektiv	44
3.4.1 Giddens`s strukturalisme.....	46
3.4.2 Bourdieu og hans sosiologiske teori om forholdet mellom utdanning og kultur	48
3.5 Læreplanarbeid i et helseperspektiv	50
3.6 Et skolefag blir til	52
3.6.1 Interne faktorer	53
3.6.2 Eksterne faktorer.....	54
3.7 Kompetansebegrepet	55
3.7.1 Kompetanse fra en psykologisk synsvinkel	56
3.7.2 Kompetanse fra en sosialpsykologisk synsvinkel	57
3.7.3 Kompetanse fra en faglig – pedagogisk synsvinkel	58
3.8 Samfunnets behov for kompetanse hos helsefagarbeidere	60
3.9 Relevans for oppgaven	62
DEL III	64
KAPITTEL 4: METODE.....	64
4.1 Vitenskapsteoretisk og vitenskapsfilosofisk tilnærming	64
4.2 Hermeneutisk tilnærming	65
4.2.1 Forforståelse.....	66
4.2.2 Min forforståelse.....	67
4.2.3 Den hermeneutiske sirkel, dobbelt- og trippelhermeneutikk.....	67
4.3 Dokumentanalyse	68
4.3.1 Kilder i dokumentanalysen.....	69
4.4 Forskningsprosessen.....	70
4.5 Analyseverktøy og kategorier.....	72
4.6 Oppgavens troverdighet, bekreftbarhet og overførbarhet.....	74
DEL IV	76

KAPITTEL 5: FAGET KOSTHOLD OG ERNÆRING	76
5.1 Faget kosthold og ernæring i et folkehelseperspektiv	76
5.2 Fra Folkeskolen til Kunnskapsløftet.....	80
5.3 En historisk oversikt over viktige faktorer og aktører i fagets utvikling	82
KAPITTEL 6 ERNÆRINGSPOLITISKE DOKUMENTER	86
6.1 World Health Organization Global Strategy for diet, physical activity and health.....	87
6.1.1 Helsebegrepet og helsefremmende arbeid i den globale strategi.....	88
6.1.2 Anbefalinger	89
6.1.3 Helsepersonale: utdanning og ansvar	89
6.1.4 Sammenfatning	90
6.2 Stortingsmelding nr 16 (2002-2003). Resept for et sunnere Norge. Folkehelsepolitikken	92
6.2.1 Helsebegrepet og det helsefremmende arbeid i St.meld. nr. 16.....	93
6.2.2 Anbefalinger for et sunnere Norge	94
6.2.3 Helsepersonell og yrkesutøvelse.....	94
6.2.4 Sammenfatning	95
6.3 Norske anbefalinger for ernæring og fysisk aktivitet. Sosial og helsedirektoratet 2005	96
6.3.1 Helsebegrepet og det forebyggende arbeid i Norske anbefalinger	96
6.3.2 Anbefalinger	97
6.3.3 Sammenfatning	97
6.4 Nasjonalt råd for ernæring. <i>Et sunt kosthold for god helse</i> . Strategisk plan 2005-2009	99
6.4.1 Helsebegrepet og det helsefremmende arbeid i Strategiplanen.....	99
6.4.2 Anbefalinger, visjon og mål	100
6.4.3 Sammenfatning	100
6.5 Kostråd for å fremme folkehelsen og forebygge kroniske sykdommer i Norge	102
6.5.1 Helse og helsefremmende arbeid i rapporten	102
6.5.2 Anbefalinger	103
6.5.3 Sammenfatning	104

6.6	Handlingsplan for et bedre kosthold i befolkningen. <i>Oppskrift for et sunnere kosthold</i>	105
6.6.1	Helsebegrepet og det forebyggende arbeid i Handlingsplanen.....	106
6.6.2	Anbefalinger og helsepersonale.....	106
6.6.3	Sammenfatning	108
6.7	St.meld. nr. 47(2008-2009). Samhandlingsreformen	110
6.7.1	Helsebegrepet og det forebyggende arbeid i Samhandlingsreformen.....	111
6.7.2	Anbefalinger for et styrket forebyggingsarbeid i helsetjenesten	112
6.7.3	Sammenfatning	113
6.8	Lov om helsepersonell og Statens autorisasjonskontor for helsepersonell	115
6.8.1	Helsebegrepet og det forebyggende arbeid i helsepersonelloven	115
6.8.2	Anbefalinger og krav til helsepersonell.....	116
6.8.3	Sammenfatning	117
6.9	Retningslinjer for kosthold i helseinstitusjoner.....	118
6.9.1	Helsebegrepet og det helsefremmende arbeid i Retningslinjene.....	118
6.9.2	Anbefalinger for kosthold og ernæring og helsepersonell.....	119
6.9.3	Sammenfatning	120
6.10	Kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene. Forskrift og veileder.....	122
6.10.1	Helsebegrepet i forskriften og veilederen.....	122
6.10.2	Anbefalinger for kosthold og ernæring og helsepersonell.....	122
6.10.3	Sammenfatning	123
6.11	Ernæring i helsetjenesten. Sosial og helsedirektoratet 2007	125
6.11.1	Helsebegrepet og det helsefremmende arbeid i rapporten	125
6.11.2	Kompetansebehov	126
6.11.3	Sammenfatning	126
6.12	Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring.....	128
6.12.1	Helsebegrepet, helsefremmende arbeid og anbefalinger	128
6.12.2	Sammenfatning	130

6.13 Ernæringspolitiske dokumenter, sammenfatning og konklusjon	132
KAPITTEL 7 UTDANNINGSPOLITISKE DOKUMENTER.....	134
7.1 Opplæringsloven	135
7.1.1 Helsebegrepet, det helsefremmende arbeid og kompetanse	136
7.1.2 Sammenfatning	136
7.2 Den generelle læreplan.....	138
7.2.1 Den generelle læreplan, helse og helsefremmende arbeid	139
7.2.2 Kompetanse.....	140
7.2.3 Sammenfatning	142
7.3 Læreplaner fra Vg1 helse- og sosialfag til Vg3 helsearbeiderfag	144
7.3.1 Kosthold og ernæring i læreplaner Vg1, Vg2 og Vg3 for helsearbeiderfaget	145
7.3.2 Læreplan Vg1 helse- og sosialfag og kompetanse	147
7.3.3 Vg2 og Vg3 helsearbeiderfag og kompetanse.....	148
7.3.4 Sammenfatning av kompetanse innen fagfeltet kosthold og ernæring	148
7.4 Kompetanseplattformen for fagarbeider.....	150
7.5 Utdanningspolitikk; oppsummering og sammenfatning.....	151
DEL V	153
KAPITTEL 8 KONKLUSJON OG AVSLUTNING.	153
8.1 Forskningsspørsmål 1: Fagfeltet kosthold og ernæring i relasjon til helse	153
8.2 Forskningsspørsmål 2: Læreplaner, fag og samfunnets behov for kompetanse	155
8.3 Forskningsspørsmål 3: Skolefaget kosthold og ernæring	156
8.4 Forskningsspørsmål 4: Dekker læreplanen den kompetanse samfunnet trenger?	158
8.4.1 Kompetanse i kosthold og ernæring fra et fysisk helseperspektiv	158
8.4.2 Kompetanse i kosthold og ernæring fra et psykisk helseperspektiv.....	161
8.4.3 Kompetanse i kosthold og ernæring fra et sosialt helseperspektiv	163
8.4.4 Kompetanse i kosthold og ernæring fra et omsorgsrelatert helseperspektiv	165
8.5 Kritiske refleksjoner	168

8.6 Avsluttende konklusjon og betraktninger.....	171
LITTERATUR	175

Tabeller

Kapittel 2

2.1 Tre oppfatninger av helse; som fravær av sykdom, som ressurs og som velbefinnende	26
---	----

Kapittel 3

3.1 Ulike helsebegrep i skolesammenheng	51
---	----

Kapittel 4

4.1 Dokumenter i dokumentanalysen delt inn i de to politiske felt	69
4.2 Forskningsprosessen	71
4.3 Analyseverktøy 1: Anbefalinger for <i>kosthold og ernæring</i> i et helhetlig helseperspektiv	72
4.4 Analyseverktøy 2: Anbefalinger for <i>kompetanse</i>	73
4.5 Analyseverktøy 3: Samfunnets behov for kompetanse hos helsefagarbeideren	73

Kapittel 5

5.1 Historisk oversikt over fagets utvikling og et utvalg av interne og eksterne aktører.	83
---	----

Kapittel 6

6.1 WHO`s globale strategi: anbefalinger for fagfeltet kosthold og ernæring	90
6.2 WHO`s globale strategi: anbefalinger for kompetanse	91
6.3 St. meld. nr. 16: anbefalinger for fagfeltet kosthold og ernæring	95
6.4 St. meld. nr. 16: anbefalinger for kompetanse	95
6.5 Norske anbefalinger for ernæring: anbefalinger for fagfeltet kosthold og ernæring	98
6.6 Norske anbefalinger for ernæring: anbefalinger for kompetanse	98
6.7 Strategiplan 2005 – 2009: anbefalinger for fagfeltet kosthold og ernæring	101
6.8 Strategiplan 2005 – 2009: anbefalinger for kompetanse	101
6.9 De nye kostråd: anbefalinger for fagfeltet kosthold og ernæring	104
6.10 Handlingsplan for et bedre kosthold: anbefalinger for fagfeltet kosthold og ernæring	109
6.11 Handlingsplan for et bedre kosthold: anbefalinger for kompetanse	109
6.12 Samhandlingsreformen: anbefalinger for fagfeltet kosthold og ernæring	114
6.13 Samhandlingsreformen: anbefalinger for kompetanse	114

6.14	Helsepersonelloven: anbefalinger for kompetanse	117
6.15	Retningslinjer for kosthold i institusjon: anbefalinger for kosthold og ernæring	120
6.16	Retningslinjer for kosthold i institusjon: anbefalinger for kompetanse	121
6.17	Kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene: anbefalinger for fagfeltet kosthold og ernæring	124
6.18	Kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene: anbefalinger for kompetanse	124
6.19	Ernæring i helsetjenesten: anbefalinger for fagfeltet kosthold og ernæring	127
6.20	Ernæring i helsetjenesten: anbefalinger for kompetanse	127
6.21	Nasjonale faglige retningslinjer: Miljø, måltid og pasienthensyn	129
6.22	Nasjonale faglige retningslinjer: anbefalinger for fagfeltet kosthold og ernæring	130
6.23	Nasjonale faglige retningslinjer: anbefalinger for kompetanse	131
6.24	Sammenfatning av de ernæringspolitiske dokumenter	132

Kapittel 7

7.1	Opplæringsloven: anvisninger for kompetanse	137
7.2	Den generelle læreplan: anvisninger for kompetanse	142
7.3	Læreplaner Vg1, Vg2, Vg3: anbefalinger for fagfeltet kosthold og ernæring	146
7.4	Læreplaner Vg1, Vg2, Vg3: anbefalinger for kompetanse	149
7.5	Sammenfatning de utdanningspolitiske dokumenter.	151

Kapittel 8

8.1	Samfunnets behov for kompetanse hos helsefagarbeider i forhold til kosthold og ernæring i et fysisk helseperspektiv	159
8.2	Samfunnets behov for kompetanse hos helsefagarbeider i forhold til kosthold og ernæring i et psykisk helseperspektiv	161
8.3	Samfunnets behov for kompetanse hos helsefagarbeider i forhold til kosthold og ernæring i et sosialt helseperspektiv	163
8.4	Samfunnets behov for kompetanse hos helsefagarbeider i forhold til kosthold og ernæring i et omsorgsrelatert helseperspektiv	166

DEL I

KAPITTEL 1 INNLEDNING

1.1 To politiske felt med innflytelse på folks helse

Politikk er et kontinuerlig samspill mellom staten og resten av samfunnet. Den er både forankret i vår historie og er samtidig med å skape vår fremtid; *"Politikk er historie i aksjon"* (Roger Butterfield, www.ordtak.no/). Politikere har ansvar for å velge de riktige løsninger på samfunnets utfordringer og problemer i dag og inn i fremtiden. Det er ikke alltid en lett situasjon. Det er mange aktører på den politiske arena med ulike, og til tildels motstridende, interesser og behov. Ofte blir det en kamp om en begrenset mengde ressurser - økonomiske, materielle og menneskelige.

Helseforskjeller i Norge har ikke blitt mindre de siste årene, det kan derimot se ut som helseulikhetene mellom inntektsgruppene øker. Undersøkelser både i Norge og internasjonalt viser at det er en klar sammenheng mellom helsetilstand og sosial posisjon. *"Jo bedre posisjonert vi er mht. yrke, inntekt eller utdanning, jo mindre dødelighet, sykdom, selvrappporterte helseproblemer og konsekvenser av sykdom"* (St.meld. nr. 16 (2002-2003), 2003, s 47). Skolen er en av de få arenaer, der helsepolitikken kan nå alle - uavhengig av sosial status. Som del av det helsefremmende arbeid er kosthold og ernæring et satsningsområde for å utjevne helseulikheter og forbedre folkehelsen (St. meld. nr. 16 (2002-2003), 2003, Dep. 2006).

Skolen har et tosidig formål. Opplæringen skal dels gjøre elevene i stand til å mestre egne liv, dels skal den utvikle den kompetansen, arbeidslivet etterlyser: *"Elevane og lærlingane skal utvikle kunnskap, dugleik og holdningar for å kunne mestre liva sine og for å kunne delta i arbeid og fellesskap i samfunnet"* (Opplæringsloven, § 1-1). Samfunnet trenger helsefagarbeidere med kompetanse innen fagfeltet kosthold og ernæring, dersom helse- og omsorgstjenesten skal følge opp de ernæringspolitiske føringer. Hun/han vil, slik Handlingsplanen uttrykker det, *"ha en innflytelse på andres kosthold"* (Dept. 2006, s 87). Vi som jobber i skolen har en del av ansvaret for å utdanne helsefagarbeidere. Jeg ønsker i denne oppgaven å ta oppfordringen fra *Handlingsplan for et bedre kosthold i befolkningen*:

I forbindelse med Kunnskapsløftet revideres også læreplanene for utdanningsprogrammene i videregående opplæring (...). Blant de yrkesfaglige utdanningsprogrammene er det særlig Helse- og sosialfag og Restaurant- og matfag som er relevante med hensyn til temaer som mat, kosthold og helse.

I de nye læreplanene for disse fagene har ernæring og kosthold en sentral plass. Elevene skal blant annet lære å sette sammen enkle måltid og kunne vurdere energi- og næringsinnhold opp mot helsemyndighetenes anbefalinger om et sunt kosthold. Når elevene kommer ut i arbeidslivet vil de ha innflytelse på andres kosthold. *Det vil være viktig å følge med på hvordan de nye temaene om ernæring og kosthold blir ivaretatt i opplæringen.*" (Dept. 2006, s 87. Min utheving).

1.2 Mål, forskningsspørsmål og avgrensning

Ernæringspolitikken kommer blant annet til uttrykk i generelle helsedokumenter og i mer ernæringsrettede dokumenter som stortingsmeldinger, handlingsplaner, retningslinjer etc.

Utdanningspolitikk kommer blant annet til syne i læreplaner for hele utdanningssystemet fra barnehage til høgere utdanning samt i lovverk og forskrifter, for eksempel Opplæringsloven.

Dersom utdanningspolitikken følger intensjonene i ernæringspolitikken må det komme til uttrykk i de utdanningspolitiske dokumenter. Oppgavens mål er dermed:

- **Å belyse og diskutere sentrale felt og begreper som handler om å fremme folks helse innen ernæringspolitikk og utdanningspolitikk og drøfte samsvaret mellom disse.**

Oppgaven konkretiseres og avgrenses til læreplanene for helsearbeiderfag i Kunnskapsløftet 2006 og til fagfeltet kosthold og ernæring³. Fagfeltet er representert som mål i programfaget Helsefremmende arbeid. Læreplanene for helsearbeiderfag omfatter videregående trinn 1 helse- og sosialfag (Vg1 HS), videregående trinn 2 helsefagarbeider (Vg2) og videregående trinn 3 helsefagarbeider (Vg3). Det tredje året gjennomføres vanligvis som to år i lære, enkelte fylker tilbyr dog Vg3 i skole. Den generelle læreplan legger premissene og setter de overordnede mål gjennom en utdypning av verdigrunnlag og menneskesyn.

I oppgaven er læreplan begrenset til *"den formelle læreplan"* i Goodlads teori om læreplannivå⁴. Oppgaven har ikke som mål å forske på hvordan politikken gjennomføres i praksis. Andre politiske felt påvirker ernærings- og utdanningspolitikken, men disse vil ikke bli belyst her. Valg av dokumentanalyse er begrunnet ut fra oppgavens studieobjekt (dokumenter) og dens mål og forskningsspørsmål.

³ Her brukes fagfeltet kosthold og ernæring som betegnelse på de mål i læreplanen som omhandler alle forhold rundt fagfeltet. I KL06 er fagfeltet ikke representert som egen modul eller eget fag.

⁴ Goodlads læreplannivå presenteres nærmere i kapittel 3, den formelle læreplan er den vedtatte læreplan som tekst.

For å oppfylle oppgavens mål er fire forskningsspørsmål utarbeidet:

1. *Hvordan kan fagfeltet kosthold og ernæring forstås i relasjon til helse og det helsefremmende arbeid?* (Del II, kapittel 2).

Sentrale felt og begrep:

- Helsebegrepet, folkehelsearbeidet og det helsefremmende arbeid.
- Kosthold og ernæring i et fysisk, psykisk, sosiokulturelt og omsorgsperspektiv.

2. *Hvordan kan ulike perspektiver på utvikling av læreplaner og fag belyse hvilke typer kompetanser som er etterspurt av samfunnet med fokus på helsefremming generelt og helsefagarbeideren spesielt?* (Del II, kapittel 3).

Sentrale felt og begrep:

- Læreplanarbeid i en politisk, historisk, sosiologisk, kulturell og helsemessig sammenheng, herunder teori om et fags tilblivelse
- Kompetansebegrepet i relasjon til samfunnets behov hos helsefagarbeideren.

3. *Hvordan har skolefaget kosthold og ernæring⁵ utviklet seg historisk i et helse- og ernæringsperspektiv?* (Del IV, kapittel 5).

Sentrale felt og begrep:

- Skolefaget kosthold og ernæring i utdanningssystemet og dets plass i folkehelsearbeidet.
- Faget belyst i et kort historisk og læreplanteoretisk lys med utgangspunkt i sentrale aktører.

4. *I hvilken grad dekker læreplanen (KL06) for helsefagarbeiderfaget den kompetanse samfunnet trenger hos en helsefagarbeider innen fagfeltet kosthold og ernæring som del av det helsefremmende arbeid?* (Del IV, kapittel 6 og 7, Del V, kapittel 8).

Dette spørsmålet skal besvares gjennom dokumentanalyse av ernæringspolitiske og utdanningspolitiske dokumenter. Analysen bygger på begrepsforståelse og forhåndsdefinerte kategorier som er fremkommet gjennom arbeidet med de tre foregående forskningsspørsmålene.

De to første forskningsspørsmål utgjør en del av teorigrunnlaget for oppgaven og danner også grunnlag for utvikling av kategorier i analyseverktøyet for dokumentanalysen av de ernæringspolitiske og utdanningspolitiske dokumenter. Her benyttes en studie av faglitteratur. Denne kunnskap har dessuten verdi i seg selv.

⁵ Skolefaget kosthold og ernæring brukes som betegnelse for fagfeltet i læreplan- og skolesammenheng. Faget/fagfeltet har hatt mange ulike navn, se presentasjonen av fagets historiske utvikling i kapittel 5.

Det tredje forskningsspørsmål er en presentasjon av faget kosthold og ernæring på bakgrunn av teorien fra de to første forskningsspørsmål og en studie av faglitteratur. Det fjerde forskningsspørsmål besvares gjennom dokumentanalyse av ernæringspolitiske og utdanningspolitiske dokumenter. Resultatene fra dokumentanalysen danner grunnlag for å kunne drøfte samsvar mellom de to politiske felt og besvare det fjerde forskningsspørsmål.

1.3 Introduksjon til oppgavens sentrale begrep

Oppgavens sentrale begrep introduseres i mål og forskningsspørsmål som ”*sentizing concepts*” (Blumer, 1954). *Sentizing concepts* indikerer studiens retning; ved ”*merely (to) suggest directions along which to look*” (Blumer, 1954, s 9). Samtidig gir de rom for en åpen tilnærming, ”*loose thinking*”. Det er, sier Blumer, også nødvendig å bruke begrep på en strukturert måte gjennom ”*strict thinking*” og de valgte ”*sentizing concepts*” må testes, forbedres og foredles underveis – de ”*must be tested, improved and refined*” (Blumer, 1954, s 10).

Oppgavens begre, som *sentizing concepts*, introduseres og blir diskutert for å kunne utvikle kategorier til bruk i analyseverktøy.

Helsefremmende arbeid er sammen med forebyggende arbeid en del av Folkehelsearbeidet.

Handlingsplanen for bedre kosthold i befolkningen har følgende definisjon:

Folkehelsearbeid – arbeidet som gjøres for å styrke de faktorer som fremmer god helse, og svekke de faktorer, som bidrar til sykdom, også omtalt som helsefremmende og forebyggende arbeid (Dep. 2006, s 8).

Oppgaven har et helsefremmingsperspektiv, men det betyr ikke at det forebyggende arbeid er mindre verdifullt. I mange tilfeller er det vanskelig å skjelne de to fra hverandre – de går ofte hånd i hånd. Fagfeltet kosthold og ernæring er en del av programfaget ”Helsefremmende arbeid” på alle kurs innen programområdet helse- og sosialfag. Kosthold og ernæring kan dermed settes inn i et utvidet helseperspektiv i tråd med Handlingsplanens definisjon av helse:

Helse: omfatter fysisk, psykisk og sosial helse og inkluderer livskvalitet og overskudd så vel som fravær av sykdom og plager (Dep. 2006, s 8).

Kosthold og ernæring blir ofte brukt som et sammenhengende begrep både privat og i det offentlige rom, som om alle forstår og oppfatter det på samme måte. Det er imidlertid ikke tilfellet. Handlingsplan for bedre kosthold i befolkningen definerer ”*kosthold*” og ”*ernæring*” som to atskilte begrep:

Kosthold: er det totale inntaket av mat og drikke over tid, og inkluderer næringsstoffinntak og måltidsrytme

Ernæring: er sammenhengen mellom mat, næringsstoffer og helse og omfatter behovet for energi og hvordan næringsstoffene fordøyes og omsettes i kroppen (Dep. 2006, s 8)

Kostholdet er det som faktisk blir spist, mens ernæring handler om matens betydning fysiologisk og for helse. Forskning omkring både *kosthold* og *ernæring* danner grunnlag for de offentlige anbefalinger for et sunt kosthold. I noen situasjoner er det viktig å holde de atskilt. For eksempel ved forskning omkring hva folk rent faktisk spiser sett i forhold til hva, de bør spise.

De fysiologiske sider av kosthold og ernæring er dokumentert i forhold til for eksempel hjerte- og karsykdommer (WHO, 2004, St. meld. nr. 16) og må ikke settes til side. Kroppen har sine grunnleggende behov, men maten vi spiser betyr mye mer for oss. Allerede i 1825 skrev Brillat-Savarin⁶: ”Si meg hva du spiser, så skal jeg si deg hva du er” (Brillat-Savarin, 1825, s 33). Maten vi spiser påvirker ikke bare vår fysiske helse men forteller også, hvem vi er psykisk, sosiologisk og kulturelt (Bourdieu i Wilken, 2008).

Kosthold og ernæring omfatter i en yrkesmessig sammenheng også et omsorgsperspektiv. Helsefagarbeiderens arbeidsområder omfatter ”å arbeide med helsefremmende pleie- og omsorgstiltak” og ”å arbeide etter gjeldende (...) ernæringsmessige (...) prinsipper” (Statens hjemmeside for yrkesvalg, 2010-2011).

Teori om læreplanarbeid og konstruksjon kan hjelpe oss å forstå hvordan læreplaner blir til. På samme måte kan teori om fags generelle utvikling gi en bedre innsikt i ett spesielt fags innhold, mål og plass i skole og samfunn. Læreplaner er offisielle dokumenter vedtatt i Stortinget og viser hva politikerne ønsker. De bærer med seg en dobbelhet: Ulf P. Lundgren sier at læreplanen har ”et Janus-ansikt”

På den ene siden skal læreplanene være et *styringsdokument* for lærerens læreplanarbeid og undervisning. Ut fra utdanningsmyndighetenes visjoner skal læreplanen gi konkrete råd og retningslinjer for arbeidet i skole og klasserom. På den andre siden kan vi se på læreplanen som et slags *politisk manifest* som formidler standpunkter i skolepolitiske spørsmål (Engelsen, 2003, s 15).

⁶ Brillat-Savarin (1755 – 1826). Fransk jurist, forfatter, embetsmann og levende opptatt av gastronomi.

Læreplaner utvikles og endres i takt med utviklingen i samfunnet, de er en del av en historisk, politisk og kulturell kontekst. Samfunnets behov for kompetanse implementeres i læreplanene gjennom de prosesser, som går forut for de ferdige læreplaner (Engelsen, 2003).

Læreplanene beskriver kompetansen helsefagarbeideren skal oppnå innen fagfeltet kosthold og ernæring. Kompetansemålene beskrives som kjennetegn i forhold til kunnskaper, ferdigheter og holdninger. I tillegg er kompetanse en makt- og kulturfaktor i samfunnet (Smehaugen, 2006) og den er personlig *”det personlige bidraget ses som en nødvendig komponent i all kunnskap”* (Polanyi 1962 i Smehaugen, 2006, s 63).

Å jobbe som helsepersonell krever mer enn kunnskaper, ferdigheter og holdninger. Det stilles også krav til gode personlige egenskaper. Statens Autorisasjonskontor definerer slike personlige egenskaper som *”egnethet”* (<http://www.safh.no/>). Som medmennesker vil vi alltid ha en virkning på andre, stor eller liten, god eller dårlig både privat og profesjonelt. Erkjennelsen av, at vi kan gjøre livet bedre eller dårligere for andre, bør styre vår atferd, ikke minst i yrkessammenheng. Vi kan alle bidra til den andres lykke – eller ikke, slik Løgstrup skriver. Det er det grunnleggende etiske krav han hevder, mennesket står overfor; det er den etiske fordring for alle, og ikke minst for helsepersonell:

Af den elementære afhængighed og umiddelbare magt udspringer fordringen om at tage vare på det af den andens liv, der er afhængigt af een, og som man har i sin magt, idet det dog ud fra den samme fordring er udelukket, at varetagelsen nogensinde kan bestå i for den andens egen skyld at tage hans selvstændighed fra ham. Ansvar for den anden kan aldrig bestå i at overtage hans eget ansvar (Løgstrup, 2006, s. 39).

1.5 Forankring i helse- og ernæringspolitikk

Oppgaven er forankret dels i ernæringspolitikk dels i utdanningspolitikk. For å nå målene for helsepolitikken, herunder mål relatert til kosthold, benyttes fire strategier: helse/kostholdopplysning og undervisning, lovgivning, personlig veiledning og nærmiljøaktiviteter. (Mæland, 2005). Som all annet politisk arbeid er det helsefremmende arbeid *kontekstuel*t

Ved at det eksisterer i en gitt historisk, politisk og kulturell sammenheng. Videre ser vi at det er *aktører* på banen og at helsefremmende arbeid også kan ses som å handle om *maktrelasjoner*, der aktører handler med hensikter for å oppnå noe” (Anderssen, 1997, s 342).

Norge har sluttet seg til WHO's Global Strategy for Health: *"The overall goal and the strategy is to promote and protect health through healthy eating and physical activity"*

(WHO, 2004). Denne helsestrategi har fire hovedmål:

1. Reduce risk factors for chronic diseases that stem from unhealthy diets and physical inactivity through public health actions.
2. Increase awareness and understanding of the influences of diet and physical activity on health and the positive impact of preventive interventions.
3. Develop, strengthen and implement global, regional, national policies and actions plans to improve diets and increase physical activity that are sustainable, comprehensive and actively engage all sectors.
4. Monitor science and promote research on diet and physical activity (WHO, 2004).

Sunn kost, sunne kostvaner og valg av helsefremmende matvarer ser ut til å kunne redusere risikofaktorene for sykdommer, og det er styresmaktens ansvar å planlegge og gjennomføre tiltak for å oppnå dette. Ikke minst skal bevissthet om og betydning av kostens forebyggende virkning økes hos befolkningen og hos fagfolk (WHO, 2004).

I Norge fulgte politikere opp WHO's globale mål i St.meld, nr. 16 (2002 – 2003) *Resept for et sunnere Norge. Folkehelsepolitikken med "fire veier til et friskere Norge"*:

1. Skape forutsetninger for å kunne ta ansvar for egen helse
2. Bygge allianser for folkehelsa
3. Helsetjenestene: forebygge mer for å reparere mindre
4. Utvikle ny kunnskap (St. meld. nr. 16 (2002 – 2003), 2003, s 8-9).

I 2006 vedtok de nordiske land en felles plan for bedre helse gjennom kost og fysisk aktivitet: *"A better life through diet and physical activity"* (Nordic Council of Ministers, 2006). Det ble satt opp nordiske mål og visjoner for 2011 og 2021 for å stoppe utviklingen av kostrelaterte sykdommer. Disse mål bygger på WHO's globale mål og danner sammen med disse grunnlagene for Handlingsplanen for Norden (Nordic Councils of Ministers, 2006).

Elleve departement gikk sammen om en felles plan for Norge: *"Handlingsplan for et bedre kosthold i befolkningen (2007-2011) Oppskrift for et sunnere kosthold"* Handlingsplanen var et gjennombrud for samarbeid på tvers av departement og fastslo at *"samfunnet har et ansvar for å tilrettelegge for gode kostvaner"* (Dept, 2006, forord).

Planen legger vekt på tiltak, som skal rette seg mot hele befolkningen med spesiell vekt på barn, ungdom og eldre. I barne- og ungdomsårene legges grunnlaget for spisevaner, som kan

påvirke helsen livet ut. Mange eldre har kostrelaterte plager og sykdommer, og et godt kosthold kan øke livskvaliteten. Gjennomføring av målene bygger på 5 strategier:

1. Bedre tilgjengelighet av sunne matvarer
2. Kunnskap hos forbrukere
3. Kompetanse hos nøkkelpersoner
4. Lokal forankring av ernæringsarbeid
5. Styrket ernæringsarbeid i helsetjenesten (Dept. 2006, s 17).

I 1987 holdt WHO Europa et møte om underernæring i sykehus og pleieinstitusjoner. Det ble lagt vekt på både de ernæringsmessige sider men også på matens betydning for det hele menneske, og det ble utarbeidet retningslinjer som ”*skal inneholde sociale og psykologiske mål; bevarelse af personens identitet, selvagtelse og selvbestemmelse*” (WHO, Holm, 2003, s 274). Helsefagarbeiderens rolle som nøkkelperson innen helsetjenesten med ansvar for hele mennesket og ernæringsarbeidet blir tydeliggjort i alle disse dokumenter.

De utvalgte ernæringspolitiske dokumenter representerer et bredt spekter av internasjonale og nasjonale dokumenter fra perioden 1995 til i dag. Disse presenteres i tidsmessig rekkefølge:

- Retningslinjer for kosthold i helseinstitusjoner. Statens Ernæringsråd, 1995.
- Lov om helsepersonell. Helse- og omsorgsdepartementet, (1999).
- WHO's Global Strategy for diet, physical activity and health, 2002
- Stortingsmelding nr 16 (2002-2003). *Resept for et sunnere Norge. Folkehelsepolitikken.*
- Kvalitet i pleie- og omsorgstjenesten. Forskrift og veileder. Sosial- og helsedirektoratet. 2004
- Norske anbefalinger for ernæring og fysisk aktivitet. Sosial- og helsedepartementet 2005.
- Nasjonalt råd for ernæring. *Et sunt kosthold for god helse.* Strategisk plan 2005-2009
- Ernæring i helsetjenesten. Sosial- og helsedirektoratet. 2007.
- Handlingsplan for et bedre kosthold i befolkningen (2007-2011). *Oppskrift for et sunnere kosthold.*
- St.meld. nr. 47(2008-2009). *Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett.*
- Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring. Helsedirektoratet. 2009.
- Nasjonalt råd for ernæring. Utkast til *Kostråd for å fremme folkehelsen og forebygge kroniske sykdommer i Norge.* 2010.

1.6 Forankring i utdanningspolitikk

Et lands utdanningssystem er et resultat av landets historie, samfunnsmessige organisering og ikke minst dets behov for kunnskaper, ferdigheter og holdninger. I en gjensidig prosess skjer det en tilpasning ut fra behov og ideologi, verdier og grunnleggende menneskesyn. Det er en

viss treghet i systemet, da utdanningssystemet ikke reagerer fort i forhold til endringer, og kartet svarer ikke alltid med terrenget:

Når det gjelder utdanning, er tidens gang således en så væsentlig dimension, at vi i samfund under sterk social forandring så og sige uddanner nutidens barn og unge hovedsakelig på grunnlag av fortidens erfaringer, men til et liv i fremtidens samfund (Hansen, 2003, s 11).

Lærerplaner er resultater av valg. Ikke bare det som blir valgt, men også det som blir valgt bort. Disse valg avspeiler samfunnet på godt og vondt. Samfunnets dannelsesideal bestemmer, hvorfor vi gjør, som vi gjør, hva vi underviser i og hvordan vi underviser. Opplæring og oppdragelse går hånd i hånd for å gi barn og unge den type dannelse og utdanning, samfunnet etterspør (Brostrøm & Hansen, 2004).

Utdanningsreformer og læreplaner er ikke minst resultat av arbeidsmarkedets behov for arbeidskraft. Det offentlige er den største arbeidsgiver i helse- og sosialsektoren. Behov for personell som kan utøve sitt yrke etter de til enhver tid rådende retningslinjer er viktig. I St.meld. nr 25 (2005-2006) *Mestring, muligheter og mening* legger regjeringen vekt på mat og måltid i omsorgstjenesten i og utenfor institusjon (St.meld. nr 25, (2005-2006) 2006).

I Læreplanen for helsefagarbeider, Vg2 beskrives den brede kompetansen som kreves for å følge opp intensjonene i St. meld. nr. 25: Utdanningen skal

Medvirke til å dekke behovet for kompetente helsefagarbeidere som kan møte pasienter, brukere og pårørende på profesjonell måte, og bidra til at samfunnets behov for helse- og omsorgstjenester blir ivaretatt både i kommunal helse- og sosialtjenesten og i spesialisthelsetjenesten (...).

Videre skal opplæringen bidra til å gjøre helsefagarbeideren skikket til å observere og bruke kunnskap om ulike sykdommer, skader og lidelser, og til å iverksette forebyggende eller behandlende tiltak innen eget ansvars- og kompetanseområde (Læreplan Vg2, formål, s 1).

De utvalgte utdanningspolitiske dokumenter er de gjeldende lover og fagplaner i Kunnskapsløftet 06:

- Opplæringsloven. Kunnskapsdepartementet, (1998).
- Den generelle læreplan. Utdanningsdirektoratet.
- Læreplan videregående kurs 1 helse- og sosialfag
- Læreplan videregående kurs 2 helsefagarbeider
- Læreplan videregående kurs 3 helsefagarbeider
- Kompetanseplattform for helsefagarbeider.

1.7 Oppgavens oppbygging

Kapittel 1: Innledning

Her presenteres oppgavens tema, overordnede mål, forskningsspørsmål, sentrale begrep og tema samt valg av metode. Det redegjøres for oppgavens forankring i ernærings- og utdanningspolitikken og de utvalgte dokumenter presenteres.

Kapittel 2: Helse – helsefremmende arbeid – kosthold og ernæring.

Her presenteres og diskuteres teori omkring felt og begrep relatert til forskningsspørsmål 1 gjennom en studie av faglitteratur. Denne studie ligger til grunn for valg av kategorier og analyseverktøy som vil bli brukt i dokumentanalysen av de politiske dokumenter. Videre gir studien et fundament for å kunne gi en historisk oversikt over faget kosthold og ernæring.

Kapittel 3: Læreplanarbeid – læreplaner- fag – kompetanse.

Kapittel 3 presenterer og diskuterer de tema og begrep som retter seg mot læreplaner, utvikling av fag og kompetanse på bakgrunn av det andre forskningsspørsmål 2. Teori om utvikling av fag inngår i presentasjonen av kosthold og ernæring som skolefag og danner grunnlag for analyseverktøy og kategorier for dokumentanalysen.

Kapittel 4: Metode

Her beskrives oppgavens hermeneutiske tilnærming og min forforståelse presenteres. Forskningsprosessen med forskningstilnærming anskueliggjøres i et skjema og det gis en beskrivelse av fremgangsmåten i dokumentanalysen. Oppgavens analyseverktøy og kategorier presenteres og oppgavens legitimitet diskuteres.

Kapittel 5: Skolefaget kosthold og ernæring.

Dette kapittel tar for seg skolefaget kosthold og ernærings historiske utvikling gjennom en presentasjon av viktige, om ikke alle, aktører. Kapittel 5 setter faget og aktører inn i et samfunns-, ernærings- og folkehelseperspektiv på bakgrunn av det tredje forskningsspørsmål.

Kapittel 6: Ernæringspolitiske dokumenter

I dette kapittel blir de utvalgte ernæringspolitiske dokumentene presentert og resultatene fra analysen vises gjennom analyseverktøyet. Hvert dokument behandles for seg. En samlet oversikt for alle dokumentene skal danne grunnlag for den etterfølgende sammenligning mellom de to politiske felt.

Kapittel 7: Utdanningspolitiske dokumenter

Utdanningsdokumentene, som er valgt, blir analysert og tolket i dette kapittel. Dokumentene blir overveiende behandlet hver for seg og avslutningsvis blir resultatene fra alle dokumentene vist i en oversikt. Denne oversikt brukes i sammenligningen mellom de to politiske felt.

Kapittel 8: oppsummering og konklusjon.

I kapittel 8 oppsummeres forskningsspørsmål 1, 2 og 3. Funn fra dokumentanalysen fra de to politiske felt sammenholdes for dermed å kunne drøfte og svare på oppgavens fjerde forskningsspørsmål. Videre retter jeg et kritisk blikk på forskningsprosessen og funn, før jeg avslutter med å se på oppgavens betydning i dag og tenker fremover i tid.

DEL II

KAPITTEL 2: HELSE, HELSEFREMMEDE ARBEID, KOSTHOLD OG ERNÆRING

I dette kapittel vil tema og de grunnleggende begrep i relasjon til det første forskningsspørsmål bli presentert og diskutert.

1. *Hvordan kan fagfeltet kosthold og ernæring forstås i relasjon til helse og det helsefremmende arbeid?*

Helsebegrepet drøftes som begrep som innledning til presentasjon av folkehelsearbeidet. Både det helsefremmende og forebyggende arbeid vil bli diskutert men med vekt på det første. Kosthold og ernæring drøftes i følgende perspektiv: fysisk, psykisk, sosialt, kulturelt og som omsorg. Disse perspektiv er i tråd med et utvidet helsebegrep. Endelig settes fagfeltet kosthold og ernæring i relasjon til det helsefremmende arbeid. Teorien omkring de aktuelle begrep vil inngå i utviklingen av kategorier og analyseverktøy for den etterfølgende dokumentanalyse i tillegg til å belyse forskningsspørsmålet.

2.1 Helsebegrepet

Helsebegrepet er sentralt for oppgaven. Synet på sykdom og helse har endret seg drastisk gjennom tidene, fra sykdom som gudenes straff, til determinisme og kroppen som ulike systemer og organer til et helhetlig og psykososialt begrep, slik WHO's helsedefinisjon fra 1946 definerer helse:

Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity (WHO 1946 i Mæland, 2005).

Helse som *"fullstendig fysisk, mentalt og sosialt velbefinnende"* var ambisiøs og ble oppfattet som utopisk i en verden med sult og smittsomme sykdommer. Senere, i WHO's deklarasjon *"Helse for alle innen år 2000"*, ble helse definert som *"evnen til å kunne leve et økonomisk og sosialt produktivt liv"* (Mæland, 2005, s 25). Hjort⁷ har definert helse som *"å ha overskudd i forhold til hverdagens krav"* (Hjort i Mæland, 2005, s 26).

⁷ Peter F. Hjort (1924 – 2001). Norsk medisiner spes. Innenfor samfunnsmedisin. Ble den første rektor på Universitetet i Tromsø 1972. Jobbet aktivt med Folkehelse, var med i Gruppe for helsetjenesteforskning fra 1975, senere ble han knyttet til Statens institutt for folkehelse frem til pensjonsalder.

WHO's definisjon fra 1946 kan virke ekskluderende for noen grupper, for eksempel mennesker med funksjonshemming, som kan oppleve å ha god helse og livskvalitet i for eksempel Hjorts definisjon. I ulike faser av livet kan mennesket fungere mindre optimalt og vil ha lite overskudd – men kan allikevel oppleve å ha god helse i den fysiologiske betydningen av ordet (Mæland, 2005).

Helse kan sees på som fravær av sykdom, som ressurs eller som velbefinnende slik det er oppsummert i Tabell 1.1

Tabell 2.1

Tre oppfatninger av helse etter Herzlich,(1973) og Mæland (1989) (Mæland, 2005, s 26).

	Som fravær av sykdom	Som en ressurs	Som velbefinnende
Tilstand	Å være	Å ha	Å fungere
Beskrivelse	Fravær av sykdomstegn og symptomer	Robusthet Styrke motstandskraft	Opplive velvære Aktiv Gode relasjoner
Relasjon til sykdom	Ødelegges av sykdom	Gir motstand mot sykdom	Kan oppleves til tross for sykdom

De tre definisjoner eksisterer side om side, men vektlegges ulikt i ulike deler av samfunnet og i ulike kulturer. Ofte forsterkes en utvikling positivt eller negativt. De som har god helse lever i et bedre miljø, har mer overskudd, flere ressurser, bedre tilgang til helsetjenester etc. De er i ”den gode sirkel” mens andre lever i ”den dårlige sirkel”, der faktorene påvirker hverandre negativt. (Mæland, 2005, s 26).

Den tradisjonelle medisin tok ansvaret for egen helse fra den enkelte, han/hun fikk pasientrollen, ble passive og opplevde hjelpeløshet (Illich i Mæland, 2005). Skal det forebyggende arbeid ha effekt, må den enkelte nyttiggjøre seg de tilbud, informasjonen, opplysning etc. som gis. Engasjement og kunnskap hos befolkningen er utgangspunktet for evnen til å ta de riktige valg på egne vegne (Mæland, 2005).

Livskvalitet har ”*langt på vei erstattet helse som overordnet begrep. Også livskvalitet har mange betydninger og gjenspeiler ulike oppfatninger om hva ”det gode liv” er. Mens helsebegrepet hovedsakelig har fått et biomedisinsk innhold, uttrykker livskvalitet mer psykologiske og (i noe mindre grad) sosiale aspekter ved tilværelsen*” (Mæland, 2005, s 25).

Helse i en vid forståelse toner ned de fysiologiske sider. At et menneske kan ha god livskvalitet og samtidig ha en medisinsk diagnose viser, at de psykologiske og sosiologiske sider av helsebegrepet er viktige. Helse blir da et spørsmål om å oppleve

- * kontroll og mestring
- * sosial rolleoppfyllelse og funksjonering
- * personlig vekst og velvære
- * sosial samhörighet og identitet (Mæland, 2005, s 68).

Ingen reagerer likt på sykdom og ikke alle blir syke selv om de utsettes for de samme risikofaktorer som andre. Fra før vi blir født, blir vi påvirket av mange helsefremmende og sykdomsfremkallende faktorer. Salutogenese omfatter alle faktorer som styrker helsen (Antonovsky i Mæland, 2005). Grunnet for helse legges allerede i fosterstadiet, og de første år av barnets liv og morens ernæringstilstand har vist seg å ha stor betydning (Barker i Sommerschild, 1998).

Antonovsky⁸ mente at en viktig faktor i salutogenesen er opplevelsen av verden som forutsigbar og sammenhengende: "*Sense of coherence*". Helse blir en opplevelse av å mestre virkeligheten og det "*dreier seg om en opplevelse av å kunne influere på sitt eget liv*" (Sommerschild, 1998, s 52).

Begrepet "*Sense of coherence*" innbefatter tre faktorer: "*Comprehensibility*": å kunne forstå situasjonen og se på livet som forutsigbart og fornuftig; "*life is predictable and makes sense*". Den andre faktor er "*Meaningfulness*": å finne god mening i å forsøke og føle at livet har en berettigelse følelsesmessig: "*life makes sense emotionally*". Den tredje faktor er: "*Manageability*": å ha tro på at vi kan finne frem til løsninger og være i stand til å møte livets utfordringer; "*possession of empowering resources to meet life's demand*". Antonovsky forkastet inndelingen enten frisk eller syk. Vi befinner oss på en akse mellom de to (Sommerschild, 1998).

Salutogenese (helseutvikling) er å ha fokus på de faktorer som gjør oss friske. (Sommerschild, 1998, s 52, Tones & Tilford, 2001, s 3). Å ha oppmerksomheten rettet mot det som styrker helsen er essensen i det helsefremmende arbeid, og da er helse ikke bare fravær av sykdom men også en ressurs og en opplevelse av velbefinnende.

⁸ Aaron Antonovsky (1923 – 1994). Israelsk, amerikansk sosiolog. Opptatt av forholdet mellom stress, helse og velvære og utviklet teorien salutogenese

2.2 Folkehelsearbeidet og det helsefremmende arbeid

Siden Verdens Helseorganisasjons konferanse i Alma Ata i 1978 og ikke minst Den første Internasjonale Konferansen om Helsefremming ble gjennomført i Ottawa i 1986, har helsefremmende arbeid stått sentralt innen helse- og utdanningssektoren. Ottawa – charteret definerte det helsefremmende arbeid som *”den prosess som gjør folk i stand til å bedre og bevare sin helse”* (Mæland, 2005, s 66).

Charteret understreker at det helsefremmende arbeid har klar sammenheng med politikk og må skje på alle samfunnets nivåer. De fem innsatsområder i charteret er:

Å bygge opp en sunn helsepolitikk – ”plassere helse på saklisten til de bestemmende organer på alle områder og nivåer”.

Å skape et støttende miljø – ”helsefremmende arbeid skaper leve- og arbeidsforhold som er trygge, stimulerende, tilfredsstillende og trivelige”.

Å styrke lokalmiljøets muligheter for handling – ”helsefremmende arbeid skal styrke lokalsamfunnet når det gjelder å prioritere, avgjøre, planlegge tiltak og gjennomføre dem for å kunne oppnå en bedre helse”.

Å utvikle personlige ferdigheter – ”helsefremmende arbeid skal støtte personlig og sosial utvikling ved å sørge for informasjon, helseopplysning og kunnskap om mestringsteknikker”.

Å tilpasse helsetjenesten – ”helsesektorens rolle må i økende grad bevege seg i en helsefremmende retning, utover ansvaret for å yte kliniske og kurative tjenester”.
(Helsedirektoratet. forebygging.no.2009)

Folkehelsearbeidet omfatter både det helsefremmende og det sykdomsforebyggende arbeid, som gjøres i samfunnet. I det helsefremmende arbeid jobbes det aktivt for å tilføre gode, positive og sunne faktorer til miljøet. Forebyggende arbeid handler om å fjerne eller reduserer de faktorer som fremkaller sykdom. Helsetjenesten må satse mer på helsefremmende arbeid (Helsedirektoratet. forebygging.no.2009)

Folkehelsearbeidet er resultat av ønsker og behov fra mange aktører: politikere, byråkrater, ulike fagmiljø og fagfolk, organisasjoner, næringsliv og befolkningen selv. Dette arbeidet kjennetegnes av, at resultatene av innsatsen kan være vanskelig å dokumentere. Området kan være konfliktfylt, for eksempel kan prioriteringer innen helsetilbud sette opp ulike grupper mot hverandre. En annen side av slike prioriteringer er, at det kan virke uetisk å bruke ressurser på forebygging, mens/dersom syke ikke får den behandling de trenger (Mæland, 2005).

Sosial- og helsedepartementet utredet utfordringer for det helsefremmende og sykdomsforebyggende arbeid gjennom NOU 1991:10 *Flere gode leveår for alle*. Utredningen ble fulgt opp av St. meld. nr. 37 (1992-93) *Utfordringer i helsefremmende og forebyggende arbeid*. Et av de problemer vi står overfor er ulikheter i helsetilstanden i ulike deler av befolkningen, og i den henseende er Norge ikke bedre stilt enn andre land i Europa. St.meld. nr. 26 (1999-2000) *Om verdier for den norske helsetenesta. Skilnader i helsetilstanden* tar for seg dette problem.

Vurdert ut frå statistikk på gruppenivå, er skilnaden mellom dei gruppene som kjem best og dei som kjem dårlegast ut i alle fall ikkje blitt mindre dei siste tiåra... Det er grunn til å merke seg at faktorar som den einskilde sjølv har vesentleg kontroll over, slik som helsefremjande åtferd, ikkje ser ut til å ha avgjerande verknad på desse skilnadene (St.meld. nr. 26 (1999-2000), 1999).

Årsakene til utvikling av sykdom og helse ligger ikke bare i atferd og livsstil, men også i måten samfunnet er organisert og tilrettelagt på (St. meld. nr. 26 (1999-2000) 1999). Alle deler av samfunnet må ”tenke forebygging” og forebyggende arbeid må vektlegges, ”i *det sjukdomsførebyggjande og helsefremjande arbeidet skortar det enno mykje på korleis andre samfunnssektorar tek omsyn til helseforhold i si planlegging*” (St.meld nr 26, (1999-2000), 1999).

Senere, i St. meld. nr. 16 (2002-2003) *Resept for et sunnere Norge. Folkehelsepolitikken*, blir den enkeltes livsstil tillagt langt større betydning. St.meld. nr. 16 (2002-2003) viser også til forholdet mellom den reparerende og pleiende behandling og det forebyggende helsearbeid

En av flere slike faktorer er helsetjenestenes reparerende, rehabiliterende og pleiende virksomhet. Denne viktige innsatsen, som naturlig nok får mye oppmerksomhet, er likevel ikke det mest avgjørende for helse- og sykdomsutviklingen. Våre egne valg og hvordan vi sammen innretter samfunnet innenfor en rekke ulike områder spiller en langt viktigere rolle. Det er denne «store helsepolitikken» som er tema for meldingen (St.meld. nr. 16 (2002-2003) 2003, s 5).

Stortingsmeldingen gir strategier for et sunnere Norge ”ved å forebygge mer kan vi reparere mindre. Regjeringen ville gi folkehelsearbeidet et løft gjennom en politikk som bidrar til flere leveår med god helse i befolkningen som helhet og redusere helseforskjeller mellom sosiale lag, etniske grupper og kjønn (St. meld. nr.16 (2002-2003) 2003, s 6).

Livsstil påvirker helsa – og livsstilen påvirkes av det miljø vi lever i. ”Den enkeltes valg av helseatferd er i stor grad bestemt av det sosiale miljøet” (s 50) fastslår St.meld. nr. 20 (2006-2007), *Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller*. Skal man fjerne disse

helseforskjeller må man gjøre noe med årsakene til de sosiale ulikheter. I dette arbeid ble det valgt ut fire satsningsområder: kosthold, fysisk aktivitet, røyking og annen helseatferd.

Skal arbeidet få virkning må det ”gjøres enklere og mer nærliggende å endre helseatferd – fra usunne til sunne vaner” (St.meld. nr. 20 (2006-2007) 2007, s 9). Flere tiltak nevnes i St. meld. nr 20 for å gjøre gode valg enklere. Eksempler er å øke tilgjengelighet av sunne alternativ, som for eksempel fysisk aktivitet, vann og frukt eller grønt i barnehager og skoler, økt livsstilsveiledning i helsetjenesten, opprettelse av lærings- og mestringssentre, ernæringsveiledning, røykeavvenning, bruk av grønn resept etc. Gjennom lovregulering, begrensning i markedsføring, avgifter etc. kan forbruk av usunne valg begrenses, for eksempel med et forbud mot reklame for usunn mat og drikke rettet mot barn.

St.meld. nr. 47 (2008-2009) *Samhandlingsreformen* oppsummerer betydningen av folkehelsearbeidet, dets kompleksitet og legger atter engang vekt på at det kreves et samarbeid på tvers mellom alle samfunnssektorer:

Folkehelsearbeid er samfunnets samlede innsats for å påvirke det som fremmer og vedlikeholder befolkningens helse, og innsats for å beskytte mot eller redusere faktorer som medfører helserisiko. For å fremme folkehelse er hovedstrategien å påvirke forutsetningene for levekår og helse. Helsetilstanden i befolkningen, og fordelingen av denne, påvirkes av ulike forhold av sosial karakter, av miljøfaktorer, levevaner, økonomiske forhold og biologiske forutsetninger. Påvirkningsfaktorene befinner seg i flere samfunnssektorer på alle forvaltningsnivåer (...). Regjeringen vil på denne bakgrunn understreke betydningen av et bredt og tverrsektorielt folkehelsearbeid (St.meld. nr. 47 (2008-2009) 2009, s 72 – 73).

Helse/kostholdopplysning og undervisning er en viktig faktor i folkehelsearbeidet (Mæland, 2005). Freire⁹ ville at folket skulle frigjøre seg, bli kritiske og utvikle en kritisk bevissthet – ”critical consciousness raising” (CCR). Gjennom utdanning, for eksempel helseutdanning – vil folk kunne vurdere egne forutsetninger, finne årsakene til deres problemer, kunne vurdere disse og utvikle en plan for å endre virkeligheten i en bedre retning. Freire utviklet sin teori i forhold til fattigdom og undertrykkelse, men den kan overføres til helse og livsstil. Dersom mennesker utvikler en kritisk bevissthet, vil det aktivt endre atferd

People will not only be aware of social issues, understand them and believe that it is possible to change their circumstances; they will also feel indignant and want to translate understanding into action (Tones & Tilford, 2001, s 53)

⁹ Paolo Freire (1921 – 1997). Brasiliansk pedagog, kjent for sin frigjørings-teori CCR, kritisk pedagogikk og demokratisk opplæring. Fikk UNESCOs pris Utdanning for fred i 1986.

Det er dermed et stort potensiale i *helseundervisning*, *helseopplysning* og *veiledning* gjennom ulike kanaler. Gjennom undervisning ønsker vi å gi elevene (uansett alder og hvor) – ikke bare allmenndannelse, men også dannelse innen helse: ”*Health literacy*¹⁰”:

En persons kapasitet til å skaffe seg, fortolke og forstå grunnleggende helseinformasjon og helsetilbud, samt å ha kompetanse til å bruke slik informasjon og slike tilbud på et vis som virker helsefremmende for vedkommende (Summerfield i Sverre Pettersens oversettelse, Pettersen forelesning HiAK, 2003).

Empowerment er å oppleve kontroll over sitt liv, kunne delta aktivt i samfunnet, forstå og bruke kunnskap og mestre utfordringer. Empowerment og health literacy kan gi den enkelte et bedre grunnlag for å styrke sin helse, ”*følgelig har denne kontrollen også konsekvenser for mental og fysisk helse*” (Mæland, 2005, s 70).

Det forebyggende arbeid har til hensikt å påvirke mennesker til å ta de riktige, sunne valg, men en annen side av empowerment er, at den enkelte kan bestemme seg for å ta usunne valg på tross av all informasjon og undervisning. Det kan i siste ende være et spørsmål om prioritering; gleden ved en risikoatferd kan ha høyere verdi end risikoen for sykdom. I en avveining av for og imot i et helseregnskap kan resultatet bli ulikt fra person til person. Det krever imidlertid kunnskap og kompetanse å ha full innsikt i de ulike sider av regnskapet (Mæland, s 2005).

2.3 Kosthold og ernæring i ulike perspektiv

Begrepet kosthold omfatter situasjoner som innkjøp, tilberedning, selve måltidet, oppvasken og opprydding, bruk av rester i et økonomisk og økologisk perspektiv, høytider og festdager, måltidet for en og måltidet for mange, fra den lille snacks til den store 5 retters middag, den norske nistepakken med brunost til den Middelhavlands inspirerte salat. Ernæringsmessig er kosten både helsefremmende, forebyggende og behandlende, for eksempel som diett ved plager og sykdom. Mat uttrykker følelser og de gode relasjoner som for eksempel vennskap, kjærlighet, omsorg. Mat kan også være makt og tvang. Kosthold og ernæring dekker våre fysiologiske behov, men maten vi spiser er også en del av vår identitet og kulturelle tilhørighet (Brillat-Savarin1825, Bourdieu 2008).

¹⁰ ”health literacy” eller helsefremmende allmenndannelse har betydning for individets helsetilstand. Begrepet stammer fra USA, og defineres som ”*The degree to which individuals have the capacity to obtain, process and understand basic health information and services needed to make appropriate health decisions*”

Med bakgrunn i diskusjonen omkring et utvidet helsebegrep og det helsefremmende arbeid blir kostens betydning for det enkelte menneske drøftet i følgende perspektiv: fysisk, psykisk, sosiokulturelt og i forhold til omsorg. I den videre presentasjon forsøker jeg å skjelne mellom de ulike perspektiv. Grensene mellom dem er imidlertid uklare, og de påvirker hverandre gjensidig.

2.3.1 Kostens ernæringsmessige betydning for helse og sykdom

”Matkultur og ernæring er ikke det samme, men derimod to perspektiver på det å spise”

(Holm, 2003 s 151). Matkulturen vi lever i forteller oss hva som er bra og ikke bra. Den utvikler seg og påvirkes av mange forhold, også av helsemyndighetenes anbefalinger og råd om ernæring. Forholdet mellom det matkulturelle og det ernæringsmessige perspektiv er imidlertid uoversiktlig og problematisk (Holm, 2003)

Helsemyndighetenes anbefalinger omfatter først og fremst kostens innhold av næringsstoffer i forhold til kroppens fysiologiske behov på individuelt og gruppenivå. På verdensbasis er ikke minst nok mat det viktigste. I Norge er helse/sykdom mer knyttet til for mye mat og for energitett mat (St. meld. nr. 16 (2003 – 2004) 2002).

I WHO's helse rapport fra 2002 pekes det på 10 risikofaktorer som *”står bak en tredjedel av alle tilfeller av for tidlig død på verdensbasis”*. I vår del av verden er *”minst en tredjedel av sykdomsbyrden resultat av fem av disse: tobakk, alkohol, høyt blodtrykk, høyt kolesterolnivå og fedme”*. (St. meld nr. 16 (2002 – 2003) 2003, s 22). De siste tre relaterer seg til kosthold med et høgt innhold av fett, sukker og salt. I WHO's Technical Report 916 pekes det på sammenhengen mellom kost og helse: *”Diet and nutrition are important factors in the promotion and maintenance of good health throughout the entire life course”* (WHO, 2003, s 4).

Overvekt er et av de største helsemessige problemer verden står overfor; WHO bruker uttrykket *”a global epidemic”* i rapporten *”Obesity: preventing and managing the global epidemic”* (WHO 1997 i Sosial- og helsedirektoratet, 2004a). Overvekt og fedme er risikofaktor for sykdommer som type-2 diabetes, høgt blodtrykk, hjerteinfarkt, gallesten, leddplager, enkelte kreftformer, infertilitet etc. Motsatt kan kostholdet ha en helsefremmende effekt gjennom et anbefalt inntak av linolensyre, fisk og fiskefett, grønnsaker, frukt, fiber og antioksidanter (Sosial- og helsedirektoratet, 2004a).

Ulike tiltak som rettes mot livsstil og endring av uheldige vaner har vist seg å ha god effekt på risiko for hjerte- og karsykdom. Også i forhold til diabetes har det vært positive resultater av kost- og mosjonsveiledning og endring i livsstil (St.meld. nr 16 (2002 – 2003) 2003).

På verdensbasis har det vært en voldsom vekst i de kroniske kost-og livsstilsrelaterte sykdommer. I 2008 vedtok FN en handlingsplan mot ikke- smittsomme sykdommer, og 15. juni 2009 ble en allianse for å styrke innsatsen mot livsstilsrelaterte sykdommer: ”The Global Alliance for Chronic Diseases” opprettet av verdens seks største land (forskning.no, 2009).

2.3.2 Kostens betydning for identitet

Identitet utvikles gjennom hele livet, den er ikke statisk og gitt en gang for alltid, og vi har flere identiteter avhengig av, hvilken sosial arena vi opptre på. I dagens samfunn med skiftende normer, holdninger og verdier skaper mennesket sin identitet kontinuerlig. *”Det er som om, man næsten konstant skal foretage valg, som markerer overfor en selv og andre, hvem man er, og hvor man er på vej hen”* (Holm, 2003, s 52). Å velge spise- og kostvaner er en del av identitetsarbeidet psykologisk, sosialt og kulturelt.

Spise- og kostvaner avhenger av flere faktorer, blant annet kjønn og utdanning. Menn med høyere utdanning har mer ”feminine” spisevaner enn andre menn. Kvinner er mer opptatt av sunnhet, spiser mer frukt, grønnsaker, lyst kjøtt og meieriprodukter. Menn derimot spiser mer rødt kjøtt og vil ha ”skikkelige” måltider med poteter og saus. Kvinner møtes over en kopp kaffe og noe søtt, mens menn har et bedre måltid. Årsakene til dette ligger dels i oppvekst og dels i forventninger. I tillegg plasserer vi andre mennesker og ting på rangstiger, og *”vi kan forestille os, at der findes både en kulinarisk og en social rangstige”* (Holm, 2003, s 61).

Kvinnens plassering høyere oppe på den sosiale rangstige vil muligvis påvirke deres spisevaner gjennom å endre deres preferanser (Holm, 2003).

Helseopplysningen opprettholder de sosiale ulikheter. De som har kunnskaper fra før nyttiggjør seg informasjonen, mens de som har lite kunnskap opplever å bli snakket ned til. De ressurssterke oppnår empowerment og derigjennom en sterkere posisjon, mens de ressursvake kan oppleve å bli stigmatisert, og sykdom kan oppfattes som selvforskyldt av både dem selv og miljøet (victim blaming) (Anderssen, 1997, Tones & Tilford, 2001).

Helsefokusering i ekstrem grad, helseisme, kan ødelegge både helsen og livet til folk. Blir vi for opptatt av kost og helse, trening og sunnhet, redsel for å bli syk og gammel kan livskvaliteten reduseres drastisk (Mæland, 2005).

Ropes det ulv, ulv for mange ganger virker det forvirrende, og virkningen av det som egentlig skulle styrke den enkelte, kan virke mot sin hensikt (Mæland, 2005). Dette er et helseparadoks *”ved å fokusere på det truende i tilværelsen kan helseopplysning bidra til økt engstelse og gi dårligere mestringsevne...slik kan folk bli avhengige av medisinsk ekspertise”* (Barsky, 1988 i Mæland, 2005, s 83).

2.3.3 De sosiologiske og kulturelle sider av kosten

Sterke følelser er knyttet til maten, måltider og valg av både råvarer og tilberedning. Smakspreferanser forener eller atskiller folk, og at det er vår sosiale tilhørighet som bestemmer, hva vi spiser. *”De ulike livsstilselementene (mat, møbler) står i hierarkisk forhold til hverandre og er uttrykk for en sosial rangorden”* (Bourdieu i Wilken, 2006, s 59). I et slikt perspektiv blir livsstil ikke bare et resultat av et individuelt fritt valg. *”Livsstilen speiler seg med/mot familiemedlemmer, venners, naboers eller arbeidskollegers preferanser, både for å markere fellesskap og for å markere avstand”* (Botten, 1992, s 56).

At tilhørighet innen en gitt kultur har sammenheng med helse og sykdom har blitt dokumentert i flere studier for eksempel av subkulturer med felles livsstil som adventister, avholdsfolk, kjønn etc. (Botten, 1992). Livsstil handler om de valg vi gjør i det daglige på alle livets områder. Disse valg kan sees på som individuelle, men de skjer i et samspill med omgivelser, i en kontekst, og er dermed forankret i sosiale relasjoner; *”gjennom sin livsstil signaliserer individet utad hvem det er eller ønsker å være, og hvilke grupper og verdier det ønsker å identifisere seg med og ta avstand fra”* (Botten, 1992, s 56).

Det er en klar sammenheng mellom sosioøkonomisk status og helse. *”Vi registrerer samtidig en sterk sosial ulikhet når det gjelder helseproblemer og faktorer som påvirker helsen. Risikofaktorer er ofte spesielt konsentrert i sårbare deler av befolkningen”* (St.meld. nr 16 (2002 – 2003) 2003, s 8). Vi har kunnskapene om matens betydning i det forebyggende helsearbeid, og denne kunnskapen blir kommunisert igjennom undervisning, helsekampanjer, media etc. Allikevel er det vanskelig å endre uheldige spisevaner spesielt i de laveste sosioøkonomiske grupper. *”Den sosialøkonomiske helseulikhet har økt i Norge i løpet av de siste tretti årene”* (St.meld. 16 (2002 – 2003) 2003, s 12).

Ulikheten gjør seg også gjeldene i forhold til dødelighet. De som tjener mest har best utdannelse, høy sosial posisjon og lever lengst. Kvinner i denne gruppen har de beste forutsetninger for å leve lenge. Enslige kommer dårligere ut enn samboende, og i forhold til pleie- og omsorgssektoren er det viktig. Kosten - og ikke minst spisesituasjonen - kan gi bedre helse, øke trivsel og muligvis forlenge livet (St.meld. nr 16, (2002 – 2003) 2003).

Økonomi og sosial tilhørighet forklarer imidlertid ikke fullt ut spisemønstre, også mer praktiske forhold i hverdagen påvirker kostholdet. *”Det er for enkelt å tro at disse forskjeller (inntak av matvarer) bare skyldes økonomiske overveielser”*.. for å kunne forstå kostholdsforskjeller i befolkningen må det forskes mer på *”familie- eller arbeidssituasjon, opplevelse av tidsknapphet og prioriteringer i forhold til matvarevalg og tilberedning”* (Holmboe & Wandel & Mosdøl, 2004).

I rapporten *”Mat i farta”* presenteres tendenser i forbruket av hurtigmat. Det har skjedd positive endringer fra 1990 årene til 2007: valg av matvarer med mye sukker og mettet fett har gått ned, men ikke langt nok ned i forhold til myndighetenes mål. Og inntak av frukt, grønt og fiber er enda for lavt. Men flere uttaler at de foretrekker sunn mat. *”Mat i farta”* er et moderne fenomen, vi spiser ikke bare sittende men også stående, gående og kjørende. Tidspress gjør at man handler ferdig- og hurtigmat. Men det er stadig *”et klasseskille i matfatet”* (Aftenposten, 20.06.09). De med høg utdanning tar bedre ernæringsmessige valg, mens de med færre ressurser velger alternativer med mer fett og mer sukker. Crotty (1999) mener at det skaper en *”ernæringsmessig underklasse”* (Crotty i Bugge, Lillebø & Lavik, 2009, s 330).

Forbruksmønstre er en måte å vise at man tilhører de høgere sosiale lag, dette fenomen *”snobbmotivet”* er ikke så omfattende som Simmels¹¹ begrep *”gruppefunksjon”*. Sistnevnte omfatter alle atferdsmønstre som har til hensikt å markere avstand mellom *”vi/oss”* og *”dem/de andre”*. Det kan både være en måte å ta vare på sin kultur og identitet, som flyktninger og innvandrere som beholder sine kostvaner, men det kan også være en måte å diskriminere og utestenge (Holm, 2002).

¹¹ Simmel, Georg (1858 – 1918). Tysk sosiolog, opptatt av individualitet – fragmentering, samhandling er nøkkelen, å være som de andre, forløper for forskning på sosiale nettverk.

2.3.4 Kosthold i egenomsorg og omsorg for andre

Det er et stort aspekt av omsorg i det å gi og ta imot mat, både privat og offentlig. I den private sfære er omsorgen av en annen karakter enn i den profesjonelle. Den private gis i et gjensidig forhold og er uttrykk for et personlig subjekt - subjekt forhold, der den som gir og tar kan bytte roller (Wærness, 1999).

I et yrkesmessig perspektiv er omsorgen profesjonell og kan lett få karakter av et subjekt – objekt forhold. I institusjoner, som for eksempel sykehus, kan pasienter bli krenket gjennom systemets rutiner. Man må skifte ut sitt tøy, følge rutiner for alt og maten tar ikke hensyn til individuelle ønsker og behov. Fra et administrativt synspunkt er det forståelig, men for den enkelte kan det medføre dårligere trivsel og dårligere helse (Holm, 2003).

Det er viktig å ha respekt for den, som trenger omsorgen. I både privat og offentlig utøvelse er godt omsorgsarbeid kjennetegnet av respekt for den, som trenger hjelp. *”Godt omsorgsarbeid innebærer at en styrker den omsorgstrengendes selvhjulpenhet så langt som mulig. Den omsorgstrengende skal verken overbeskyttes eller forsømmes”* (Wærness, 1999, s 49).

Innen offentlig omsorgsarbeid ser man ofte at effektivitet er i høysetet. *”Det er det resultatorienterte arbeidet som får høy status(...) mens det trivselskapende arbeidet blir usynlig, nedvurdert og nedprioritert”* (Bungum i Wærness, 1999, s 58). Å være profesjonell og utøve en omsorg som bygger på evne til innlevelse og samtidig kunne bruke faglig kunnskap og kompetanse er essensen i omsorgsrasjonalitet.

Pleie- og omsorgspersonale må ha innsikt i sin egen rolle, være faglig kompetent og ha forståelse for klienten. De må *”regne med at usikkerhet, angst og ambivalens er vesentlige innslag i klientrollen”* (Wærnes, 1999, s 56). Omsorgsrasjonalitet innebærer *”at en søker å styrke den omsorgstrengende selvhjulpenhet så langt som mulig, og samtidig(...) være forberedt på at den omsorgstrengendes hjelpebehov kan bli større”* (Wærnes, 1999, s 56).

2.4 Helsefremmende arbeid relatert til kosthold og ernæring

Å redusere sykdommer og styrke helse og livskvalitet henger tett sammen med maten vi spiser. De fleste livsstilssykdommer har sammenheng med et usunt kosthold (St.meld 16. 2002-2003) 2003). Med *”Handlingsplan for et bedre kosthold i befolkningen (2007-2011) Oppskrift for et sunnere kosthold”* gikk 11 departement sammen for å jobbe mot

handlingsplanens to hovedmål: å endre kostholdet i tråd med helsemyndighetenes anbefalinger og redusere sosiale forskjeller i kosthold (Dept. 2006, s 13).

St.meld. nr. 20 (2006-2007) *Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller* så på årsakene til forskjellene i befolkningens helseatferd og tiltak som kan gjøre det enklere å velge rett *"For å legge til rette for endringer i befolkningens helseatferd, er det nødvendig å endre de bakenforliggende og strukturelle årsaker til atferden"* (St.meld. nr. 20 (2006-2007) 2007, s 9) og et av fire områder der helseatferden i følge meldingen kan bedres er kostholdet.

Utfordringene i ernæringspolitikken *"er å redusere inntaket av fett og da særlig mettet fett, og øke forbruket av grønnsaker og frukt i alle grupper i befolkningen. Det er også viktig å stimulere til økt forbruk av grove kornprodukter og fisk og til redusert inntak av sukker og salt"* (St.meld. nr. 20 (2006-2007) 2007, s 5).

Også stortingsmeldinger innenfor utdanningspolitikken tar for seg det forebyggende helse- og ernæringsarbeid. St. meld. nr 30 (2003 – 2004) *Kultur for læring* trekker frem både fysisk aktivitet og mat:

Fysisk aktivitet og mat og drikke er forutsetninger for god læring. Det bidrar til å skape et godt læringsmiljø og til at elevene får best mulig utbytte av opplæringen. Fysisk aktivitet, mat og drikke vil også ha betydning som generelle helsefremmende tiltak (St. meld. nr 30 (2003 – 2004) 2004, s 52)

Folkehelseinstituttet har ansvar for diverse folkehelsestudier. Disse inneholder data om befolkningens helsetilstand og om sammenhengen mellom ulike faktorer. Flere av disse studier inneholder informasjon om kostvaner og helsetilstand for ulike grupper, og de er viktige i det forebyggende helse- og ernæringsarbeid (Folkehelseinstituttet.no, 2008).

FN organisasjonene WHO og FAO har gitt næringsstoffanbefalinger fra før siste krig. Fra 1940 har de amerikanske anbefalinger Recommended Dietary Allowances vært retningsgivende for andre land. I 1981 kom de første felles nordiske anbefalinger. De norske anbefalinger (SHDir 2005) baserer seg på Nordic Nutrient Recommendations 2004 (NNR). Anbefalingene ble i 2004 utvidet med anbefalinger for fysisk aktivitet.

NNR fra 2004 er basert på vitenskaplig dokumentasjon. De skal brukes i planlegging, undervisning, mat- og ernæringspolitikk og kostvurdering og *"gi grunnlag for et kosthold*

som gir energi og næringsstoffer for optimal vekst, utvikling, funksjon og helse gjennom hele livet” (Sosial- og helsedirektoratet, 2005, Nes, Muller & Pedersen, 2006).

2.5 Relevans for oppgaven

I kapittel 2 er sentrale begrep og felt med utgangspunkt i forskningsspørsmål 1 blitt presentert og diskutert.

Studien har vist at de ernæringspolitiske dokumenter betrakter kosthold og ernæring som en del av det helsefremmende arbeid. Helsefremming og forebygging går hånd i hånd. Man gjør to ting samtidig *”Forebygging dreier seg altså både om å ”vanne roser” og å ”luke ugrass””* (Schancke, 2001). Kosten vi spiser skal dekke kroppens behov for næringsstoffer. Næringsmidler kan virke både helsefremmende i forhold til å *vanne roser* og hjelpe frem helse og forebyggende i forhold til å *luke* bort, det som er skadelig. Målet er ikke kun å bevare helsen men også bedre den, øke trivselen og gi best mulig livskvalitet jevnfør Ottawa charterets definisjon av det helsefremmende arbeid.

De psykiske, sosiale og kulturelle sider av kosten har stor innflytelse på livskvalitet og velvære. For syke mennesker har kosten en direkte effekt på helse/sykdom, men kosten og matsituasjonen vil oftest bety mye også for livskvalitet, velvære og sosial tilknytning. De ulike positive – eller negative – virkninger kan forsterkes eller forringes. Trives vi vil det påvirke andre sider av helse. Når andre trenger hjelp i forhold til mat og spisesituasjonen blir kosthold og ernæring en del av omsorgen.

Studien av faglitteratur har til hensikt å gi økt innsikt for en bedre analyse av de politiske dokumenter samt gir grunnlag for å sette opp kategorier til bruk i dokumentanalysen.

Kategorier for fagfeltet kosthold og ernæring:

- 1) *Fysisk: kost som årsak til sykdom eller som helsefremmende faktor, som ressurs og som medisin*
- 2) *Psykisk: kost som identitetskaper, i ”hvem er jeg”, selvfølelse, trivselsfaktor*
- 3) *Sosiokulturelt: kost som sosial faktor, tilhørighet, tradisjons- og kulturbærer, men også en kilde til klassekiller.*
- 4) *Omsorg: kost som omsorg og livskvalitet for andre, å møte motparten med empati og respekt, kunne nyte mat og trives i spisesituasjonen.*

KAPITTEL 3: LÆREPLAN, LÆREPLANARBEID, FAG OG KOMPETANSE

I dette kapittel blir forskningsspørsmål 2 belyst og drøftet:

2. *Hvordan kan ulike perspektiver på utvikling av læreplaner og fag belyse hvilke typer kompetanser som er etterspurt av samfunnet med fokus på helsefremming generelt og helsefagarbeideren spesielt?*

Målet er å diskutere sentrale begrep innenfor læreplaner og læreplanarbeid i et politisk, historisk og samfunns- og kulturelt perspektiv for en dypere forståelse før analysen av de utdanningspolitiske dokumenter. For å kunne kartlegge skolefaget kosthold og ernæring i et ernærings- og historisk lys vil jeg gå inn i teorien omkring hvordan et fag utvikles og skapes. Videre vil kompetansebegrepet bli presentert på et generelt grunnlag før helsefagarbeiderens kompetanse og rolle i samfunnet drøftes. Studien av faglitteratur skal videre gi grunnlag for valg av kategorier for kompetanse til bruk i dokumentanalysen av de politiske dokumenter.

3.1 Læreplaner og læreplanarbeid

Et av de viktigste spørsmål i skole og utdanning er: hva er skolens oppgave? Hvilke innbygde inntensjoner ligger det i fagene og deres innhold, hvilken rolle spiller de i en samfunnsideologisk sammenheng og hvilke kunnskaper, ferdigheter etc. ønsker man å ivareta og bringe videre til neste generasjon? ”Rent generelt vil man kunne si at det til forskjellige tider gjør seg gjeldende ulike ”skoleideologier” som får gjennomslagskraft i læreplanarbeidet” (Taylor & Richards i Gundem, 2008, s 48).

Det finns flere definisjoner på, hva en læreplan er. I definisjonen fra Grunnskolen i Norden, NU 1977:5 fremtrer læreplanen som et styringsdokument med fokus på elevenes læringsutbytte og organisering: ”Sentrale virkemidler som gir en nærmere utforming av de generelle mål som er satt for skolen, og som gir bestemmelser om timeplan, faginnhold, arbeidsmåter og vurdering” (Grunnskolen i Norden, NU 1977: 5 i Gundem, 1990).

Stenhouse¹² presenterer en annen definisjon av læreplan i en angelsaksisk - pedagogisk tilnærming, der læreplanen er ”et forsøk på å kommunisere de vesentligste prinsipper og trekk ved et pedagogisk forslag på en slik måte at det kan gjøres til gjenstand for kritisk granskning og lar seg overføre til pedagogisk praksis”, (Stenhouse i Engelsen, 2003, s 15 - 16). Her er

¹² Lawrence Stenhouse (1926 – 1982). Inspirert av John Dewey (1859 – 1952) som var opptatt av læringsprosessen som “learning by doing”. Stenhouse ville avskaffe skillet mellom det en lærer på skolen og utenfor skolen. Eleven lærer gjennom handling og erfaring.

det et større rom for variasjon innen undervisningspraksis, og fokus er rettet mer mot læringsprosessen.

Det angelsaksiske begrep curriculum har et videre innhold enn det nordiske begrep læreplan. Curriculum kommer fra det latinske ord "currere" som betyr *løpebane*. I løpebane ligger det implisitt at "*løpet er staket opp før det begynner*" (Gundem, 1990, s 22). I den angelsaksiske forståelse har curriculum utviklet seg til en videre begrepsforståelse; fra å være mest opptatt av "banen" til å se selve "løpet" som det viktigste. Læreplaner er i den norske tradisjon en tekst eller et dokument utarbeidet "*for styring fra de sentrale skolemyndighetene rettet mot det som skjer i skolen*" (Gundem, 1990, s 21).

Læreplanen er både retrospektiv og fremtidsskuende (Skarpenes, 1997, s 6.) Skolens innhold reflekterer samfunnets menneskesyn, kunnskapssyn og dannelsesideal. Ut fra bl.a. disse utvikles samfunnets skoleideologiske strømninger og pedagogiske retninger (Gundem, 2008). Et lands læreplaner er et bilde av samfunnet og dets intensjoner og strukturer. Goodson¹³ betegner den skrevne læreplan som et kart over terrenget;

The written curriculum is but the visible, public and changing testimony of selected rationales and legitimating rhetoric of schooling. As such it both promulgates and underpins certain basic intentions of schooling as they are operationalized in structures and intentions In short, the written curriculum provides us with testimony, a documentary source, a changing map of the terrain; it is also one of the best official guide books to the institutionalized structure of schooling (Goodson, 1988, s 16).

Problemer i samfunnet avspeiler seg i skolens læreplaner og i tiltak for å forebygge disse. På samme tid kan skolen få skyld for de samme problemer, "*Samfunnets problemer blir til skolens læreplan*" (Engelsen, 2003, s 15).

Goodlads¹⁴ teori om læreplannivå, eller "*læreplanens framstillingsformer*" som han selv kaller dem, kan anskueliggjøre læreplanarbeidet og prosessen fra tanke til ferdig produkt (Goodlad i Gundem, 2008). Læreplanen fremtrer i ulike former: den ideologiske, den formelle, den oppfattede, den iverksatte og den erfarte:

Den *ideologiske* er et speil av samfunnets ulike gruppers ideologier, strømninger i tiden, kulturarv, internasjonale påvirkninger etc.

¹³ Ivor F. Goodson . (1943 -). Engelsk pedagog. Forsket på forholdet mellom læreplan og samfunn, ønsket en alternativ pedagogikk som støttet opp om sosial inkludering.

¹⁴ John I. Goodlad (1920 -). Canadisk pedagog, forsker, forfatter, utviklet læreplanens framstillingsformer. Han mener at utdanning er en grunnleggende rettighet

Den *formelle* læreplan er den vedtatte og et minste ”felles multiplum”, ofte vag i sine formuleringer og overordnet. En pedagogisk plattform for videre arbeid.

Den *oppfattede* læreplan er individuell, historisk og kontekstuell. Viktig å reflektere over hvorfor vi oppfatter den, som vi gjør; se i et lys av fordommer og forforståelse.

Den *iverksatte* læreplan er den gjennomførte læreplan i undervisningssituasjonen, avhenger av både lærere, elever, rammefaktorer etc.

Den *erfarte* læreplan er elevens utbytte først og fremst, men også læreres. De tar med seg den erfarte inn i en ny fortolknings situasjon (Goodlad i Gundem, 2008).

Illich¹⁵ mente at skolen eksisterte for mye på samfunnets og økonomiens premisser, og at det var en skjult læreplan, ”*hidden curriculum*”. Den skjulte læreplan sørger for en videreføring av den sosiale orden gjennom en overføring av de strukturer og verdier, som er herskende i samfunnet ”*lessons that are not consciously taught; they are implicit in school procedures*” (Engelsen, 2003, s 17).

Læreplanarbeidet kan være grobunn for konflikter. Ikke bare oppstår det konflikter i forhold til innholdet i læreplanen, også dypere konflikter kan utvikle seg. Det kan gjelde spørsmålet om hva hensikten med selve utdanning og skole er. ”*In such a manner, the conflicts over the definition of written curriculum offer visible, public and documentary evidence of the continuing struggle over the aspirations and purposes of schooling.* (Goodson, 1988, s 12).

Alle skolereformer bærer preg av den politiske situasjon i Norge på det tidspunkt, den ble planlagt og vedtatt. I ettertid blir lærerplaner endret i tråd med nye politiske konstellasjoner. I et historisk lys har læreplaner vært med å forme – og selv blitt formet av samfunnet og de politiske maktforhold. Valg av læreplanteori, som grunnlag for læreplanarbeid, utvikling og konstruksjon, er avgjørende for hvilke mål som blir tatt med – eller ikke tatt med – i prosessen. Selve synet på læreplan er avgjørende for læreplanens innhold, form og intensjon. (Gundem, 1990, 2008).

Å se på læreplaner fra ulike perspektiv er et forsøk på å strukturere, men i virkelighetens verden er grensene flytende. Læreplanene blir drøftet i et politisk, historisk og et samfunns- og kultur perspektiv.

¹⁵ Ivan Illich (1926 – 2002). Østerriksk filosof og prest.

3.2 Læreplanarbeid i politisk perspektiv

Politikk består av en rekke teknikker (technologies), praktikker (practises) og intensjoner og det som blir realisert og kjempet om sentralt og lokalt. *"Policy is both text and action, words and deeds, it is what is enacted as well as what is intended"* (Ball, 1994, s 10)

Politikk som praksis oppstår og skapes i en lokal kontekst og er dermed ustabil på grunn av maktforhold mellom aktører og deres handlinger. Staten er den sentrale aktør med en varierende grad av makt og kontroll, men politikk må ikke kun sees i et slikt perspektiv. Andre aktører vil påvirke prosessen, også de aktører som selv er objekter for politikk som tekst. *"Control (or dominance) can never be totally secured, in part because of agency, embodied agency of those people who are its object"* (Clegg i Ball, 1994, s 11).

Ball¹⁶ bruker ulike begrep: *"policy as text"* og *"policy as discourse"*. De er to sider av samme sak. *"Policy as discourse"* er en forutgående og tilstadighet pågående diskusjon om hva som er riktig. *"Policy as practice"* er utøvelsen av politikken (Ball, 1994). Diskurs er mer enn å bruke språk eller tale. Vi er stemmene, kunnskapen og maktrelasjonene, når vi opptrer eller deltar i en diskurs. I et komplekst moderne samfunn eksisterer det mange diskurser av alle varianter. De kan være splittende, selvmotsigende og inkonsekvente, men de dominerende er viktige å gjenkjenne og analysere fordi de "tar patent" på sannheten og den riktige kunnskap. *"Discourses are about what can be said, and thought, but also about who can speak, when, where and with what authority"* (Ball, 1994, s 21).

Å være i posisjon til å produsere "sannhet" og "kunnskap" gir mulighet for å utøve makt. I diskursen foretar aktørene valg; noen ord, begreper og kombinasjoner av emner velges mens andre velges bort. Foucault¹⁷ (1974) uttrykte det slik: *"Discourse may seem of little account, but the prohibitions to which it is subject reveal soon enough its links with desire and power"* (Foucault i Ball, 1994, s 22).

Endringer på den politiske arena kan medføre endringer i teksten. For eksempel kan regjeringsskift medføre utskiftninger i de som produserer teksten, og på den måten kan det oppstå *"interpretations of interpretations"* (Rizvi & Kemmis i Ball, 1994, s 17). Fra *"policy as text"* til *"policy as practice"* skjer det en dekodning; *"for any text a plurality of readers must*

¹⁶ Stephen J Ball (1950 -). Engelsk Karl Mannheim professor i sosiologi. Ball og Goodson studerte lærernes liv og karriere.

¹⁷ Michel Foucault (1926 – 1984). Fransk filosof og idehistoriker, grunnlegger av diskursanalysen og opptatt av forholdet mellom makt og kunnskap

necessarily produce a plurality of reading” (Codd i Ball, 1994, s 16). Det kan være lang vei fra intensjonene og politikken på skrivebordet til utøvelsen i virkeligheten.

3.3 Læreplanarbeid i historisk perspektiv

Den tyske tradisjonelle danningsteori ligger til grunn for den norske læreplantenkning i dette århundre, både teoretisk og praktisk, der mennesket står sentralt som både ånd og natur (Gundem, 1990). Læreplaner er et konsept av nyere dato og ble innført i sammenheng med en skole for alle: *“the words class and curriculum seem to have entered educational discourse at a time when schooling was being transformed into a mass activity”* (Hamilton & Gibbon i Goodson, 1988, s 25). På det individuelle plan møter vi skolen med vår egen skolehistorie på godt og vondt, innenfor en kultur. På samme måte er skolen og utdanning en del av vår nasjonale historie og kultur:

How learning is organized, how it is perceived, how issues about it are debated are always rooted in the particularities of national histories, of national habits, and national aspirations, (Reid i Gundem & Hopmann, 1998, s 12)

Et historisk blikk på læreplanarbeid kan ha flere fordeler. For det første gir det en bedre forståelse av den generelle utvikling av skole og utdanning, for det andre kan en historisk innsikt avdekke fallgruver og tidligere feilgrep og på den måten være en veiviser. På et dypere nivå bidrar historien til utvikling av teori, og den utgjør en nødvendig kritisk funksjon (Franklin i Gundem, 2008, s 95). Læreplanen har alltid en hensikt, bevisst eller ubevisst, og den er et artefakt utviklet i en sosial kontekst (Goodson i Gundem, 2008).

Historiske studier som fokuserer på læreplanen, vil sannsynligvis bidra til innsikter som ellers lett blir ignorert (...) læreplanhistorie avslører hva samfunnet verdsetter når det gjelder kunnskap og ferdigheter (Gundem, 2008, s 95).

Begrepet læreplankoder ble utviklet av Lundgren¹⁸. Disse er de underliggende læreplanprinsipper og disse *”er iboende i utviklingen av skolefag og blir følgelig identifisert i flere studier relatert til skolefagenes sosiale utvikling”* (Gundem, 2008, s 105). De er filosofien bak læreplanene, og Lundgren taler om fire koder: den moralske, den klassiske, den realistiske og den rasjonelle læreplankode. Den klassiske læreplankode er latinskolenes kode, den moralske er dannelsens og 1800 tallets læreplankode, den realistiske er naturvitenskapens og industrialiseringens kode. Den rasjonelle er progressivismens¹⁹ og begynnelsen av 1990

¹⁸ Ulf P. Lundgren (1942 -). Svensk professor i pedagogikk og læreplanteoretiker.

¹⁹ Progressivisme: betydning for den pedagogiske progressivisme, *”learning by doing”*, begynnelsen av 1990-årene før den kalde krigen

tallets læreplankode. Læreplankodene er grunnleggende i forståelsen av læreplanutvikling (Gundem, 2008).

Den historiske utvikling er avhengig av de prosesser som finner sted i et samfunn. Læreplan og læreplanarbeid blir satt inn i et samfunns- og kulturelt perspektiv generelt, før Giddens's²⁰ og Bourdieu's²¹ teorier om samfunn, kultur og utdanning presenteres.

3.4 Læreplanarbeid i et samfunns- og kultur perspektiv

Sosiologisk har læreplanen et intensjonelt aspekt gjennom *læreplanens avspeilende, formidlende/informerende og styrende funksjon* (Gundem, 1990, s 33). Endringer i samfunnet som skiftende ideologier avspeiler seg kontinuerlig *”Sagt på en annen måte, fordi læreplanen er menneskeskapt, vil den være en refleksjon av menneskenes egne aktiviteter og fortolkninger”* (Gundem, 1990, s 33).

Kunnskap er en del av og en følge av de sosiale og kulturelle aspekter, i tillegg er den et produkt av maktstrukturer og kontrollsystemer i et samfunn, med Bernsteins²² ord: *”how a society selects, classifies, distributes, transmits and evaluates the educational knowledge it considers to be public, reflects both the distribution of power and the principles of social control”* (Bernstein i Goodson, 1988, s 160). Forandringer i læreplaner følger strømningene i samfunnet, og de dominerende samfunnsgrupper vil forsøke å motvirke de retningene som underminerer deres egne verdier, rådende maktforhold og privilegier i egen interesse (Goodson, 1988).

Læreplankodene blir koblet til reproduksjonsprosessen. Denne teori blir støttet av blant annet Bourdieu. Teorien vektlegger fagenes og læreplanens innflytelse som en stabiliserende faktor i samfunnet: *”reproduksjonsteori(...) hvor fokusering på skolefagenes reproduktive funksjon og skolekunnskap forstått som et resultat av både kulturell og sosial reproduksjon står sentralt”* (Gundem, 2008, s 105).

Det er middelklassen som i følge Bernstein har størst utbytte av utdanningssystemet.

Middelklassen legger premissene og fører de gjeldende kulturelle og sosiologiske strukturer

²⁰ Anthony Giddens, født 1938. Britisk sosiolog, kjent for teorien om strukturalismen og hans holistiske syn på moderne samfunn

²¹ Pierre Bourdieu (1930 – 2002). Fransk sosiolog, opptatt av klasser, maktstrukturer i samfunnet, kulturell og økonomisk kapital. Gjennomførte mange studier både i Nord Afrika og Frankrike, utdanningssystemet sentralt

²² Basil Bernstein (1924 – 2000). Britisk sosiolog og språkforsker. Kjent for teorien om språkkoder.

videre. "(...) *det er middelklassen som er i posisjon i statsapparatet og som definerer skolens gyldige kommunikative og kunnskapsmessige system som innprenter og internasjonaltiserer rådende kulturmønstre*" (Smehaugen, 2006, s 71).

Kultur i snever betydning brukes ofte i forhold til manerer og god smak, men i en sosial kontekst er kultur verdifri. Kultur bør defineres mye bredere og omfatter mange sider av vårt samfunn "*that complex whole which includes knowledge, belief, art, morals, law, custom and other capabilities acquired by man as a member of society*" (Taylor i Stenhouse, 1978, s 7). Kultur kjennetegnes av tre forhold; for det første overføres eller arves den av kommende generasjoner, for det andre læres den videre og for det tredje deles den mellom individer i en kultur:

(...) first, culture is transmitted, it constitutes a heritage or a social tradition; secondly, it is learned, it is not a manifestation, in particular content, of man`s genetic constitution; and third, it is shared (Parsons i Stenhouse, 1978, s 7).

Kultur er både et produkt av sosial interaksjon så vel som et grunnlag for den: "*As well as being a product of social action, culture is also a determinant of it*" (Stenhouse, 1978, s 8). Som en konsekvens vil det i læreplanarbeid, læreplankonstruksjon og i skolen foregå en konkurranse mellom ulike subkulturer. Kapital og økonomiske interesser har så stor innflytelse på undervisning og utdanning at det, i følge Bernstein, er tale om en krise. Krisen er kulturell, da undervisning er tilpasset arbeidslivet og økonomien i så stor grad, at den sosiale orden og kultur blir truet (Bernstein i Ball, 1994).

Utdannelsessystemets krise beskrives også av Habermas²³ (1985) som en kulturell krise: "*the so-called inflation of expectations and the lack of willingness to acclaim and obey, which is based on tradition*". Utdannelsen må gjøre alt for å ta vare på tradisjoner, da disse er garantien for at samfunnet ikke utvikler seg mindre moralsk og etisk: "*cultural modernity should make room for a healthy sense of tradition*" (Habermas i Ball, 1994, s 8).

Forandringer i samfunnet fremtvinger endringer i læreplanene. Ønsket og behov for endring kan komme innenfra eller utenfor skolen. Årsaker til læreplanendringer kan være for eksempel brede sosiale, økonomiske, politiske og pedagogiske bevegelser, innflytelsesrike personer eller grupper og organisasjonsmessige forhold (Gundem, 1990). Samtidig er tradisjoner og tidligere erfaringer en del av de nye planer; "*We are therefore bound by previous*

²³ Jürgen Habermas (1929 -). Tysk filosof og sosiolog. Jobbet med bl.a. sosiale teorier og epistemologi (læren om viten og erkjennelse)

forms of reproduction even as we become creators of new ones. (Goodson, 1998, s 13). Det kan være motforestillinger mot nye planer og nye fag, men ofte skjer en gradvis ”tilvenning” slik at det, når læreplanen iverksettes, ikke oppleves som en stor omveltning. Det som betyr noe i denne sammenheng er beskaffenheten av den forutgående konstruksjon av læreplanen, hvilke intensjoner som ligger bak og de grunnleggende ideologiske grunnsyn. Den nye læreplanen som presenteres, kan oppfattes som noe gitt, a fait accompli. ”*Nothing could be further from the truth*” (Goodson, 1998, s 33).

I det ”senmoderne” samfunn også kallet viten- og informasjonssamfunnet, eller risikosamfunnet, har kultur og tradisjoner blitt så ustabile, at man kan snakke om en ”*kulturell frigjøring*” (Jensen, 2002). Jensen²⁴ kaller det for oppbruddssamfunnet, der det settes spørsmålstegn ved de etablerte tradisjoner og verdier; ”*oppbruddet består i at de eksisterende verdier ikke lenger angiver nogle strukturer at forholde sig til*” (Jensen, 2002, s 13).

3.4.1 Giddens` s strukturalisme

Giddens` s strukturalismeteorien var ”*hans forsøk på at overskride den spænding, der eksisterer mellem individ og samfund*” (Kaspersen, 2001, s 50). Giddens innførte nye begrep som sosial praksis, agent, handling, struktur og system, for å kunne forklare samfunnsutviklingen.

Strukturalismeteorien gjør dualismen²⁵ om til en *dualitet*, det vil si at ”*menneskets handlinger på samme tid strukturer og er strukturert av samfundet*” (Kaspersen, 2001, s 52). Begrepet sosial praksis betegner nettopp denne gjensidighet mellom individ og samfunn. Den sosiale praksis kan forklare hvordan det sosiale liv produseres og reproduseres gjennom de handlinger og intensjoner som utøves av og i et samspill mellom agent, struktur og system (Kaspersen, 2001).

Hos Giddens er begrepet handling ikke definert som en enkeltstående sådan, men som en prosess. Livet består av en kontinuerlig rekke av hendelser uten start eller slutt. Handlinger kan være rutinemessige, automatiske og baserer seg på en *praktisk bevissthet* (practical consciousness). Giddens viser at selv de ubevisste og rutinemessige handlinger krever refleksjon, hvis vi skal tilpasse oss og fungere i interaksjon med andre mennesker. Handlingsrasjonalitet og refleksiv regulering henger tett sammen, de foregår i en

²⁴ Bente Jensen. Dansk lektor Danmarks pædagogiske Universitetsskole, forsker på motivasjon og læring og kompetanse.

²⁵ Dualisme, betyr *todelt* og omfatter to uforenlige grunnbegreper for å forklare tilværelsen, f.eks. kropp og sjel, godt og ondt. I forbindelse med sosiologi oppfattes mennesket og samfunnet som to selvstendige begrep

vekselvirkning mellom det å henholdsvis vurdere årsaken til og henholdsvis konsekvensen av handlingen. Det meste av disse prosesser foregår i det praktiske bevissthetsnivå og er med til ”at skabe og genskabe samfundet fra dag til dag. De giver samfundet et strukturelt/systemagtigt ansigt” (Kaspersen, 2001, s 60)

På et høgere refleksivt nivå, *den diskursive bevissthet*, kan vi argumentere rundt våre handlinger, gi forklaringer – og dermed har vi også mulighet for å endre våre handlinger. Giddens beskriver det som *diskursiv praksis*, og det er denne praksis, som gir mennesket som agent mulighet for å påvirke systemer og strukturer. Det er flytende overgang mellom praktisk og diskursiv bevissthet og praksis. Ofte er det hendelser eller andre mennesker som får oss til å reflektere over handlingene våre, og dermed se muligheten for å endre tidligere handlingsmønstre. Det er først og fremst den praktiske bevissthet og agentens kyndighet som både skaper og opprettholder det sosiale liv og den sosiale praksis (Kaspersen, 2001).

Giddens` s handlingsmotivasjonen kommer inn, når vi ikke lenger driver ubevisst med i strømmen av handlinger. Giddens er inspirert av psykologien, først og fremst Eriksson²⁶ og Freud²⁷. Vi velger de handlinger som gir trygghet. Gjennom denne prosess oppnås det, Giddens kaller *ontologisk sikkerhet*. Rutiner i hverdagen er trygghetsskapende (Kaspersen, 2001).

Giddens skjelner mellom struktur og system. Handlingene som gjentas av individer i samspill/interaksjon med andre eller med kollektiver, betegner Giddens som et *sosialt system*. Sosiale system oppstår når agentenes handlinger reproducerer den sosiale praksis. Strukturen er derimot noe som ikke innbefatter en handlende agent, men strukturer gir føringer for de handlinger agenten velger. Giddens bruker også begrepet strukturelle egenskaper om det sett av regler og ressurser, agenten har til rådighet i sine skapende og nyskapende handlinger. Bevisstheten om disse regler og ressurser ligger i hukommelsen, ofte uten at vi er dem bevisst, men i det øyeblikk vi beveger oss opp på det diskursive bevissthetsnivå, blir de erkjent hos oss. Regelbegrepet er relatert til den rutineaktige praktiske bevissthet, et sett med formler som forteller oss ”*how to get on in social life*” (Wittgenstein i Kaspersen, 2001). Ressursbegrepet er derimot knyttet til makt: det å ha makt eller å ha ”*transformativ kapasitet*” (Giddens i Kaspersen, 2001).

²⁶ Erik Homburger Eriksson (1902-1994). Dansk, tysk, amerikansk psykolog. Kjent for hans psykososiale stadier, otte faser/kriser gjennom livet der personen utvikler enten en grunnleggende positiv eller negativ holdning.

²⁷ Sigmund Freud (1856 – 1939). Østerrisk nevrolog og psykiater. Kjent for hans teori om underbevisstheten og barndommens betydning for menneskets psyke.

Å handle er det samme som at utøve makt: *”At være i stand til at handle anderledes betyder at være i stand til at intervenere i verden eller afstå fra en sådan intervention med den virkning at influere en spesifikk proces eller tilstand”* (Giddens i Kaspersen, 2001, s 63). Det impliserer at det er evnen til at handle – ikke motivene for å handle som gir makt. Denne evne til å handle kaller Giddens *transformativ kapital*. Makt inngår i handlingsbegrepet gjennom interaksjon med andre. Gjensidigheten omfatter både et autonomiforhold og et avhengighetsforhold. Slike maktforhold er ikke alltid jevnbyrdige, men ifølge Giddens har den svake part/agent alltid mulighet for å yte motstand. I det øyeblikk en agent ikke lenger kan yte motstand, handle og utøve makt, slutter den å være en agent (Kaspersen, 2001).

Giddens` s agenter omfatter både individer, kollektiver, institusjoner og organisasjoner. Deres makt og innflytelse avhenger av de ressurser de har til rådighet. Ressurser kan deles inn i allokativer og autoritative ressurser. De allokativer ressurser omfatter tilgang til og kontroll over de materielle fenomener, mens de autoritative omfatter kontroll over mennesker og andre aktører. Giddens er opptatt av å se på, hvordan de to former for ressurser gjensidig påvirker hverandre og forårsaker forandringer i sosiale samfunn. Der konsentrasjonen av allokativer og autoritative ressurser er størst, og hvor det dermed er en opphoping av makt, vil det utvikle seg sentrer av transformativ kapasitet innenfor avgrensede områder. Giddens kaller disse ”locales” for power containers og eksempler på sånne kan være byer, virksomheter, nasjonalstater, skoler, organisasjoner etc. (Kaspersen, 2001).

3.4.2 Bourdieu og hans sosiologiske teori om forholdet mellom utdanning og kultur

Bourdieu kritiserer Giddens for hans generalisering av menneskers muligheter. Bourdieu mener at mennesket er mye mer bundet av begrensninger og lever innen faste mønstre over tid. Han bruker habitusbegrepet for å *”betegner et system af varige dispositioner, som bestemmer, hvordan vi oppfatter, bedømmer og handler i verden”* (Bourdieu i Kaspersen, 2001, s 245).

Bourdieu`s handlingsteori går ut på at menneskelige handlinger ikke er resultat av intensjoner, men av noe helt annet, nemlig de disposisjoner, som bare ”er der”. Man tenker ikke over målet, eller over hva andre vil gjøre, i spillet utfører aktører handlinger stort sett ubevisst *for å være i spillet* (Bourdieu, 1994).

Habitusbegrepet omfatter også ulike typer og mengder av sosial, kulturell og økonomisk kapital og omfatter to prosesser: *”individets tilegnelse av kunnskap som gjør det i stand til å*

handle meningsfylt i verden (internasjonalisering av objektive strukturer) og individets omsetting av denne kunnskap til praktisk handling (eksternaliseringen av internaliserte strukturer)” (Wilken, 2008, s 36). Habitus beskriver bakgrunnen og rammene for individenes (agentenes) praksis, mens felt er de sosiale arenaene som praksis utspiller seg innenfor (Wilken, 2008). Ritualer vil forsøke å sikre at individer blir innenfor sitt felt, og i følge Bourdieu bidrar han/hun selv til å fastholde ritualer og disposisjoner

Ritualer er innviende handlinger som konstituerer, grunnlegger, til og med finner opp, og som gjennom opplæring leder mot varige disposisjoner. Den universelt anvendte strategien for å oppnå varig forkastelse av fristelsen til å bryte ut, består i å naturalisere forskjellen, å gjøre den til en del av ens natur gjennom innprenting og kroppsliggjøring i form av habitus (Bourdieu, 1996, s 33).

Varige disposisjoner blir innprentet som klassebestemt smak (eksempelvis klær, mat, språk etc.) som uttrykk for en sosial posisjon. Ikke bare ytre ting men også måten å være på (språk, gang, spise etc.) inngår i begrepet. Man foretrekker klassebestemte handlingsmønstre. Prosessen forutsetter at alle tror på ritualene (Bourdieu, 1996). Bourdieu beskriver disposisjoner og smakspreferanser som ”livsvarige”, i hvert fall er de stabile over tid. Men dersom det er noe man ønsker, og omgivelsene aksepterer det, kan individet endre sine disposisjoner (Kaspersen, 2001)

Doxa er de dominerende gruppers synspunkt og fremstår som universelt og blir representert ved de som hersker og utformer Staten. Den eksisterende common sense, eller doxa, er et resultat av en historisk kamp mellom ulike agenter/aktører. Innen samfunnsforskning er det derfor nødvendig å *”opphøve historien og vende tilbake i fortiden, det vil si ned i det ubevisste, alternativene som ble tilsidesatt”* (Bourdieu, 1994, s 72).

Statens mål er - ifølge Bourdieu - å reprodusere samfunnet gjennom overføring av kultur:

Kulturen har en samlende kraft: Staten bidrar til å samordne det kulturelle markedet gjennom å standardisere alle slags koder, juridiske, lingvistiske, metriske og gjennom å homogenisere ulike former for kommunikasjon, især de byråkratiske (Bourdieu, 1994, s 59)

På den måten former Staten de *mentale strukturer* som rettferdiggjør de sosiale inndelinger i klasser²⁸. I skolen påtvinges allmennheten den dominerende kulturen og den oppnår dermed legitimitet i alle grupper i samfunnet (Bourdieu, 1994).

Den symbolske kapitalen er ”en hvilken som helst egenskap” i form av ”hvilken som helst form for kapital: fysisk, økonomisk, kulturell, sosial” som kan brukes til utøvelse av symbolsk makt (Bourdieu, 1996, s 61). Symbolsk makt er nesten magisk og kan oppnå det samme som fysisk eller økonomisk styrke. Den oppnår legitimitet fordi både de som besitter symbolsk makt og de, den utøves på, tror på den.

Symbolsk makt er den usynlige makten som bare kan utøves med delaktighet av de som ikke vet at de ligger under for den, eller endatil ikke vet at de utøver den (Bourdieu, 1996, s 38).

Staten kan utøve symbolsk makt fordi den både viser seg objektivt, gjennom sine strukturer, og subjektivt, det vil si at den finns i bevisstheten hos statens individer. Staten besitter ulike former for kapital: fysisk styrke, økonomisk kapital, kulturell kapital, informasjonskapital og symbolsk kapital på et høgere nivå enn andre aktører. Overføring av makt og status skjer gjennom en ”reproduksjon av ulikhet” (Bourdieu i Wilken 2008, s 9). Utdanningssystemet, mener han, er en av de viktigste arenaer for denne reproduksjon.

3.5 Læreplanarbeid i et helseperspektiv

Elevene har rett til å være i et godt miljø, som tar hensyn til deres helse og trivsel jevnfør paragraf 9a-1. Generelle krav i Opplæringsloven²⁹:

Alle elevar i grunnskolar og vidaregåande skolar har rett til eit godt fysisk og psykososialt miljø som fremjar helse, trivsel og læring.

Da Opplæringsloven er en forskrift står elevenes rettigheter sterkt. Elevene skal også tas med i ”et kontinuerlig og systematisk arbeid for å fremme helsa, miljøet og tryggheten for elevene” (Opplæringsloven, § 9a-4 og 5). Den Generelle Læreplan, som omfatter grunnskole, videregående skole og voksenopplæring i Kunnskapsløftet³⁰, beskriver 7 sider av mennesket. I arbeidet med utarbeidelsen av planen var det forslag om å ta med ”det sunne menneske” (Hansen, 1996).

²⁸ Klasser er ikke kun avhengig av økonomiske relasjoner, men også av symbolske relasjoner og kapital. Klassestrukturen avhenger av den til den eksisterende arbeidsfordeling og ikke til produksjonsforhold som hos Marx, og omfatter arbeiderklasse, kapitalister, borgerskap, middelklasse, intellektuelle osv (Wilken, 2008).

²⁹ Kalles elevenes arbeidsmiljøparagraf. Arbeidsmiljøloven gjelder ikke for elever i skolen.

³⁰ Den generelle læreplan ble videreført fra Reform 94 til Kunnskapsløftet.

Læreplan i mat og helse for 1. – 10. trinn betegnes som et allmenndannende fag: ”*Faget mat og helse skal som allmenndannende fag medverke til at elevane får innsikt i og evne til å velje og reflektere kritisk rundt mat og måltid, slik at dei får kunnskap til å møte livet praktisk, sosialt og personleg*” (formål for faget). Opplæringen skal gi elevene kunnskaper og ferdigheter, utvikle kreativitet og sosial kompetanse, gi økt forståelse for kulturelle forskjeller og ”*medverke til ein medviten og helsefremjande livsstil*” (Utdanningsdirektoratet, 2010, formål).

Naturfag er et gjennomgående fag i Kunnskapsløftet fra 1. – 10. trinn i barneskolen og første år på videregående skole. Mål for hovedområdet Ernæring og helse på Vg1 i videregående skole omfatter næringsstoffer, sporstoffer, mineraler, fordøyelsen, omsetting av næringsstoffer, livsstilsykdommer og slanking. Fra 1. august 2010 er modulen Ernæring og helse obligatorisk for alle elever i videregående skole. Formål med faget er å gi elevene ”*kunnskap og kritisk vurdering av informasjon på dette området for å kunne ta ansvar for egen kropp og fysisk og psykisk helse*” (Utdanningsdirektoratet, 2010, formål).

Helsebegrepet i skolen er et utvidet helsebegrep, slik det fremgår av nedenstående tabell etter Smehaugen (2005).

Tabell 3.1 Ulike helsebegrep i skolesammenheng, etter Smehaugen 2005

	Utvidet helsebegrep	Avgrenset helsebegrep
Fokus og mål	Det sunne og livskraftige: etisk, sosialt, psykisk og fysisk	Fravær av sykdom
Muligheter	Stort potensiale for å gjøre skolens lærings- og omsorgsmiljø mer menneskelig i betydningen av å ta hensyn til naturlige menneskelige behov for trygghet, tillit, læring, mestring, utvikling etc.	Oversiktlig og håndterlig for standardisert forskning, for politiske retningslinjer og for praktiske tiltak

Et utvidet helsebegrep omfatter stadig flere sider av menneskets tilværelse. Et utvidet helsebegrep stiller store krav til skolen, den må ta hensyn til eleven på en helhetlig måte. Helse og sykdom kan defineres subjektiv basert på en personlig opplevelse eller objektivt basert på medisinske kriterier. Å bruke ”*et ensidig objektivt sykdomsbegrep krever et objektivt normalitetsbegrep*” mens ”*et ensidig subjektivt helsebegrep vil kunne føre til relativisme*”

(Smehaugen, 2005, s 7). I det første tilfelle definerer og overtar andre (paternalisme). I det siste blir ansvaret for helse overført til den enkelte (fraskrivelse av ansvar).

I skolen kan et utvidet helsebegrep utfordre oss. Dersom liten mestringsevne i forhold til det, som er normalt, kobles opp mot en medisinsk - diagnostisk forklaringsmodell, vil tiltak og tilrettelegging av læring kun iverksettes, når det foreligger en medisinsk begrunnelse.

Resultatet kan gjøre det vanskelig å skille seg ut, vil redusere variasjon og *"føre til medikalisering"* (Smehaugen, 2005, s 7). På den annen side kan en snever forståelse av helse, som fravær av sykdom, *"gi rom for mangfold som det normale"* (Smehaugen, 2005, s 7).

At skolen driver med helseundervisning har mange fordeler; befolkningen blir sunnere, det blir færre sykedager, høyere produktivitet, færre utgifter til behandling av helserelaterte sykdommer, det skapes arbeidsplasser innen helseundervisning, økt velvære og trivsel - og undervisning er et bidrag til demokratiet (Pettersen, 2003 forelesning HiAK).

3.6 Et skolefag blir til

Ivor F. Goodson betraktes som grunnleggeren for et historisk syn på skolefaget utvikling. Han mente at det var viktig å se på utviklingen i et historisk lys *"denne tradisjon vektlegger skolefagenes sosiale konstruksjon og egenart ved skolefagenes sosiale historie"* (Gundem, 2008, s 107).

Fremkomsten av et fag er et resultat av en legitimeringsprosess. Nye fag oppstår fortrinnsvis i utdanningsmiljø men kan også oppstå utenfor skolen og utdanningssektoren. En definisjon av et fag som bifalles av de fleste fagfolk, utdannelsesorganisasjoner, departement og media er denne:

The general test for a discipline is that it should be the characteristic activity of an identifiable organized tradition of men of knowledge , that is of persons who are skilled in certain specified functions that they are able to justify by a set of intelligible standards (Phenix i Goodson, 1988, s 163).

Når først et fag har blitt godkjent i det akademiske miljø vil det ha livets rett og oppfattes som *fait accompli*. Prosessen frem til akademisk status kan forstås i et aktør- og strategiperspektiv; *"To understand the progressing along the route to academic status it is necessary to examine the social histories of school subjects and to analyze the strategies employed in their constructions and promotion"* (Goodson, 1988, s 164).

Hverdagen i skolen og i undervisningssituasjonen kan gjøre det nødvendig å endre og tilpasse faget, og det kan være vanskelig å kjenne igjen fagets opprinnelige innhold. Andre meninger om faget gjennom ”significant others”³¹ kan også gi andre oppfattelser og tolkninger av faget, og lokale forhold kan spille inn (Goodson, 1988). Aktører vil utøve innflytelse innenfor gitte samfunnsstrukturer. Disse er ikke evige eller uforanderlige, men mens de ”lever” definerer de regler og rutiner for aktørenes handlinger; ”rules of the game”.

These structures, which might be viewed from the actor`s standpoint as the “rules of the game”, arise at a particular point in history, for particular reasons: until changed they acts as a structural legacy constraining, but also enabling, contemporary actors (Goodson, 1988, s 187).

”The rules of the game” eller ”a cognitive map of curriculum influence” omfatter såvel interne som eksterne faktorer. Med de interne menes de, som er innenfor utdannelsessystemet i motsetning til de, som er utenfor. Det er derfor av interesse å se på hvordan ”internal affairs” of curriculum are linked with ”external relations” (Goodson, 1988, s 193).

3.6.1 Interne faktorer

De interne faktorer omfatter 1. Invention (oppfinnelse/skapelse), 2 Subject as coalitions (fag som resultat av koalisjon) og 3. Establishment: coalition in action (etablering gjennom felles handling) (Goodson, 1988).

Invention

Fag kan oppstå av pedagogiske eller utilitaristiske grunner eller de tjener spesielle mål eller funksjoner. Ofte dukker ideer til faget opp flere steder og vokser seg sterkere etter hvert som pedagoger prøver ut de nye ideer, eller elever selv etterlyser det nye. I andre tilfeller kan det være miljø utenfor skolen eller tanker i tiden ”climates of opinion” som initierer de nye fag. De fleste inventions utvikler seg ikke videre; ”only a few of these potential beginnings lead to further growth” for eksempel når aktører ser faget som et middel til å skape nye identiteter eller yrker. (Goodson, 1988, s 190).

Subjects as coalitions

Fag kan oppstå som resultat av samarbeid mellom ulike aktører, som går sammen i en koalisjon. ”The subject community” er ikke en homogen gruppe. Det oppstår konflikter mellom aktører med varierende innflytelse, og blir konfliktene for store dannes det gjerne

³¹ Significant others kan oversettes til betydningsfulle mennesker. Deres innflytelse kan endre faget i forhold til det som var intensjonen.

profesjon eller fagorienterte organisasjoner. Koalisjoner mellom ulike aktører kan øke deres innflytelse (Goodson, 1988).

Establishment: Coalitions in action

Fra å være spredte pedagogiske tanker og forsøk utvikles faget gjennom gruppenes argumentasjon for å gjøre faget til en *"academic discipline"* for å oppnå status og ressurser. Koalisjoner av subgrupper vil promotere faget videre og gi det et godkjenningsstempel som *"real science"*. Prosessen er fullbyrdet når faget blir integrert i det høgere utdanningssystem (universitet). Fagets innhold og avgrensning blir *"defined by university scholars and it is to the structure of their material interests and resulting aspirations that we must look to explain curriculum change"* (Goodson, 1988, s 191).

3.6.2 Eksterne faktorer

Eksterne faktorer kan fremkalle eller være årsak til interne faktorer, men kan også virke uavhengig. Det gjelder spesielt de praktiske, yrkesrelaterte fag som ofte påvirkes av økonomiske og industrielle interesser.

Ulike aktører utenfor skolen ønsker – og vil påvirke skolen og læreplaner. Debatten som foregår mellom de ytre aktører er vital for fagets utvikling, og de foregår så vel innenfor og mellom formelle og uformelle grupper/aktører. Alle samfunnets grupper kan være aktører, men i skolesammenheng er de vanligste skoleadministratorer, politikere, skolefolk, foreldre og elever, men også grupper og aktører som representerer yrkes-, industrielle- og økonomiske interesser.

External forces and structures emerge not merely as sources of ideas, promptings, inducement and constraints, but as definers and carriers of the categories of content, role and activity to which the practice of schools must approximate in order to attract support and legitimation (Goodson, 1988, s 192).

I den offentlige debatt vil noen aktører/grupper dominere mer enn andre; de kan langt på vei definere hva kunnskap er. Er disse grupper også i besittelse av økonomisk makt, kan man anta at de vil gi høgere status til nettopp de fag, som kreves for å øke den økonomiske gevinst. Allikevel kan man av og til se at slike *"tekniske"* fag ikke får høg status hos de øverste sosiale lag av samfunnet. De velger heller de *"akademiske"* fag (Goodson, 1988, s 164).

Uten legitimering vil et fag forsvinne ut av læreplaner og skole. En viktig side av fagets godkjenning offentlig er bruk av retorikk, ord og deres assosiasjoner ute i samfunnet. Det må være en gjenkjennelse og aksept.

The choice of appropriate labels and the association of them in the public mind with plausible rhetoric's of justification can be seen as the core mission of those who work to advance or defend the subject of the curriculum (Goodson, 1988, s 193).

Et skolefags eksisterer dog i minst like stor grad i kraft av sitt kunnskapsinnhold. Ny kunnskap er nødvendig for å kunne følge med nasjonalt, internasjonalt og globalt; *“But although it is important to consider those public traditions known as the disciplines of knowledge as elements in culture, it is equally important to consider them not as culture, but in their own terms – as knowledge”* (Stenhouse, 1978, s 15).

3.7 Kompetansebegrepet

Hva kompetanse er og hvordan den skapes har vært et filosofisk spørsmål siden oldtiden. ”Episteme”, fra gresk epistemi, betyr ”vitenskap”, ”viten” eller ”kunnskap”. Kompetanse kommer fra det latinske ”competere” som kan oversettes til ”å svare til”, ”å passe sammen med” eller ”være egnet til”.

Vi bruker begrepene kunnskap og kompetanse ganske tilfeldig i daglig tale om intelligens, kunnskap, viten, ferdigheter, erfaringer, evner, mestring etc. Kunnskapsbegrepet har til dels blitt avløst av og inngår i kompetansebegrepet. Kompetanse blir brukt i betegnelse fag-, sosial-, gjennomførings-, metode-, endringskompetanse etc. Utdannelse i videregående skole kan gi yrkeskompetanse eller studiekompetanse (Mæland, 2005, Jensen, 2002, Generell læreplan, 1993).

Begrepet kvalifikasjoner omfatter de typer kompetanser som kreves for å utføre et arbeid. Personen bruker sjeldent hele sitt potensiale, det vil avhenge av psykologiske, sosiologiske og omkringliggende faktorer (Jensen, 2002).

Et individs potentialer i form af den samlede, tilegnede viden, forståelse, kunnen og færdigheder. Kompetanser er afledt af, hva personen har lært faglig og sosialt, og det uttrykker, hva der kan aktiveres, ikke hvad der bliver brugt (Jørgensen 2001 i Hansen, 2003, s 92).

Den allmenne kunnskap – ”artikulert kunnskap” – har vært vektlagt og satt høyere enn ”den tause kunnskap” som kjennetegner yrkesutdanning. Den tause kunnskap omfatter praktisk

kunnskap, riktig yrkesutøvelse, kompetanse og kvalifikasjoner. Taus kunnskap er at *”man bare vet hvordan man skal gjøre det”* (Engelsen, 2003).

I læringsprosessen går man fra et lavere *opplæringsnivå* til å bli *en kompetent yrkesutøver*, og kanskje videre til *ekspertnivå*. Kompetanse kan tilegnes uten at man tenker over det, man bare kan det. (Jensen, 2002). Det doble praksisfelt henspiller på den innflytelse praksis kan få for utviklingen av den personlige kompetanse/kyndighet. Dersom praksis er i konflikt med teori, vil praksis som regel overskygge teorien; *”Kompetanser utfoldes og videreudvikles gjennom praksis”* (Jensen, 2002). Kompetansebegrepet inngår i problemstillingen og blir drøftet i ulike perspektiv for å utvikle kategorier for kompetanse i analyseverktøyet:

- Kompetanse fra en psykologisk synsvinkel
- Kompetanse fra en sosialpsykologisk synsvinkel
- Kompetanse fra en faglig-pedagogisk synsvinkel.

3.7.1 Kompetanse fra en psykologisk synsvinkel

Et individs selvbilde vil påvirke muligheten for å øke kompetansen. *”Det er individets egen vurdering av ferdighetene som nærer selvbildet, og denne er ikke alltid sammenfallende med den reelle kompetansen”* (Sommerschild, 1998, s 41). Den, som har et godt selvbilde, vil være mindre redd for å prøve seg, mens et dårlig selvbilde kan stoppe den, som egentlig er flinkere. Selvbildet utvikles i møte med andre. Vi speiler oss i dem, vi best kan identifisere oss med og som betyr mest for oss (Sommerschild, 1998). Hva vi kan, vår kompetanse, definerer hvem vi er og gir oss identitet (Jensen, 2002).

Motivasjon og engasjement er drivkraften for kunnskapstilegnelse (Jensen 2002, Holthe, 2009). Mennesket vil velge ut den kompetanse som vil gi et godt selvbilde, oppmerksomheten rettes mot den, og det som ikke oppleves som meningsfullt velges bort gjennom persepsjon (Bang, 2006). Tilegnelse av kunnskap og kompetanse er avhengig av to ting: dels av personens begrepsforståelse og dels av hans/hennes evne til å plassere inn ny viten i den personlige virkelighet. Erfaringer som finns fra før kan stenge for eller åpne opp for ny erfaring gjennom assimilering av den nye kunnskap (Polanyi, 1962 i Smehaugen, 2006).

Det er avgjørende for kunsten å lære noe nytt er at personer har noe kjent å bygge ny kunnskap på. Her er det persepsjoner kommer inn i bildet og hjelper å bygge bro mellom det kjente og det ukjente (Smehaugen, 2006, s 65).

Kompetanse skifter og utdateres og genererer nye behov og oppmerksomhet – prosessen vil gjenta seg:

Any body of knowledge is likely to be of only temporary significance. For the knowledge which develops from the use of a given concept usually discloses new complexities of the subject matter which call forth new concepts. These new concepts in turn give rise to new bodies of enquiry and, therefore, to new and more complete bodies of knowledge stated in new terms (Schwab i Stenhouse, 1978, s 20).

Et av kjennetegnene ved oppbrudds- eller risikosamfunnet er kravet om fleksibilitet på alle områder. En tvang til fleksibilitet *”truer det menneskelige dannelsesprosjekt i tanke, verdier og menneskets utvikling af menneskets egne visioner om det gode liv i dette hæsblæsende kapløp”* (Jensen, 2002, s 16). Den enkeltes identitetsutvikling og selvkonstruksjon både bli påvirket av og påvirke kunnskaps- og kompetansebegrepet. I oppbruddssamfunnet, det ”senmoderne” samfunnet, er det nye typer kompetanser, som etterspørres, *”Selvkonstruksjonsarbeidet blir avgjørende for den menneskelige utvikling; dette aspekt kommer til at fylde meget som grundlæggende del af kompetanceudviklingen”* (Jensen 2002, s 21).

I et sosiologisk perspektiv er kompetanse et resultat av samfunnets behov, men skillet mellom et psykologisk og en sosiologisk tilknytning er mer utfyllende enn motsigende: *”This viewpoints of philosophy and sociology of knowledge are complementary rather than contradictory”* (Stenhouse, 1978, s 23).

3.7.2 Kompetanse fra en sosialpsykologisk synsvinkel

Det å bli sosialisert inn i samfunnet er en livslang øvelse, og det er sterke dynamiske prosesser, som er i aksjon. *”Siden livsstil dannes og får sin mening i samspill med andre, blir det lite relevant å snakke om livsstil som et individuelt fritt valg”* (Mæland, 2005, s 56).

Banduras³² læringsteori gir en forståelse av mennesket i samspill med sine omgivelser. Vi observerer andre og utnytter deres erfaringer i tillegg til våre egne. Ved valg av atferd må det eksisterer en tro på å kunne gjennomføre en handling; *mestringsforventning (self-efficacy)*. Uten en slik forventning vil det oppleves som uten hensikt å prøve. Dersom personen har tro på at handlingen/atferden vil føre til et ønsket resultat, opplever han/hun *resultatforventning (outcome efficacy)* (Mæland, 2005). I forhold til utvikling av kompetanse er det spesielt en positiv mestringsforventning som kan medføre endring i kompetanse og atferdsmønster. Det

³² Albert Bandura (1925 -). Kanadisk psykolog, kjent for begrepet self-efficacy, tro på å kunne mestre.

kan ha stor betydning, hvis man ønsker å endre vaner og uheldig livsstilmønstre (Mæland, 2005).

For å få til læring må det være en vis grad av motivasjon, dernest trengs det et felles begrepsapparat – hvis ikke ”*vil partene sitte på hver sin planet, eller ikke snakke samme språk*” (Bang, 2006, s 31). I Bernsteins teori tilegner vi oss språkkoder som en følge av den sosiale kontekst, vi lever i. Språkkoden går ikke direkte på ordforråd eller lingvistikk men på måten, vi bruker språket. Bernstein opererer med to koder: en ”*restricted code*” som er forbundet med ”*a lower class community*” og ”*en elaborated code*” brukt av ”*the middle-class*”. Behersker man koden, som brukes i skolen og som langt på vei er middelklassens, vil man få mer utbytte av kunnskapsformidlingen. De, som har en begrenset språkkode, vil ha en dårlige sjanse for å lykkes i skole og samfunn (Giddens, 1993, Smehaugen, 2006).

3.7.3 Kompetanse fra en faglig – pedagogisk synsvinkel

Den store danske Encyklopædi, bind 11 gir denne definisjon av kompetanse:

Kompetance (...) (af kon- og petere ”stræbe efter, forlange”), kunnen, dygtighed. Udtrykket bruges i pædagogik og psykologi om kundskaber og færdigheder. I psykologien skal kompetance forstås sammen med potentiale på den ene side og præstasjon på den anden side...

I skolen blir kompetansen målt i forhold til fagplanens mål. Målene sier noe om hvilke kunnskaper, ferdigheter og holdninger elevene skal sitte igjen med ved avslutningen av undervisningen. Bloom³³ anså kompetanse som ”*the recall of specifics and universals, the recall of methods and processes, or the recall of pattern, structure, or setting*” (Bloom i Stenhouse, 1978, s 17). Det finns andre taksonomier, men Blooms taksonomi brukes enda mye i den norske skolen ved vurdering av måloppnåelse.

Måloppnåelsen til eleven blir gradert etter en skala fra 1 – 6 i videregående skole, der karakteren 1 er stryk og 6 er best. Med innføring av Kunnskapsløftet skal elevenes innsats og aktivitet ikke telle med på fagkarakteren. Elevenes forutsetninger skal ikke inngå i vurderingen av måloppnåelse i forhold til læreplaner. Ved vurdering i orden og atferd derimot skal det tas hensyn til elevenes forutsetninger. Det er sluttkompetansen som står på kompetansebevis og vitnemål.

³³ Benjamin Bloom (1913 - 1999). Jødisk-amerikansk pedagog og psykolog. Kjent for Blooms taksonomi, 1950, et klassifiseringssystem for å måle nivå av kunnskap i skolen: kunnskap, forståelse, anvendelse, analyse, syntese og vurdering

Dannelse, utdanning, kompetanse og egnethet.

Ifølge Imerslund³⁴ betegner kompetanse ” *gjørne det som har å gjøre med det omgivende samfunnets krav til enkeltindividet, særlig i arbeidslivet (...), det vil si de kunnskaper og ferdigheter, som kreves for å utføre arbeidet* ” (Imerslund, 2000). Kompetanse og dannelse henger sammen, det er ” *umulig å tenke seg dannelse uten noe av det som dekkes av kompetansebegrepet, og det er også umulig å forestille seg kompetanse i forhold til ulike livs og samfunnsfunksjoner uten noen form for dannelse* ” (Imerslund, 2000).

Dannelse er å heve seg til et høyere nivå, slik at man kan sette sine egne kunnskaper og ferdigheter i et nytt perspektiv. Dermed blir dannelse et spørsmål om måten, man utøver yrket sitt på. En av de syv aspekter av mennesket i Den Generelle Læreplan er det allmenndannede menneske. Elevene skal tilegne seg den felles kulturarv og forberede seg for et samfunnsnivå på alle områder. Dannelse er ” *noe som er felles for mange mennesker, og som tjener fellesskapets sak* ” (Imerslund, 2000). Dannelse er så vel en prosess som et resultat:

Kompetanse betegner de kunnskaper og ferdigheter enkeltindividet har skaffet seg som svar på de krav om verden, særlig arbeidslivet, stiller til mennesket. Dannelse betegner i siste instans de grunnholdninger eller grunnverdier individet møter verden med. Enda mer forenklet kunne en si: Dannelse betegner menneskets *holdning*, kompetanse betegner menneskets *beholdning* (Imerslund, 2000).

Skolens oppgave er helt klart å gi elevene kompetanse, men kompetanse uten dannelse er ikke mulig, de to påvirker hverandre og gjenspeiler hverandre ” *som ytterpunkter på en akse med glidende overganger* ” (Imerslund, 2000). Kompetansen samfunnet etterspør beskrives ofte som kunnskaper og ferdigheter. Det understrekes imidlertid at måten arbeidet utøves på er like viktig gjennom holdninger til arbeidet og ikke minst til arbeidsfellesskapet. Egenskaper som blir etterspurt i dagens arbeidsliv er blant annet ” *fantasi, kreativitet, fleksibilitet og samarbeidsevne* ” (Imerslund, 2000).

I en artikkel i KRL-nettets artikkelsamling: *Danningsperspektivet i profesjonsutdanningene* tar Per Anders Aas, Høgskolen i Oslo, utgangspunkt i den store sunamiulykke i Asia og Mads Gilberts kronikk i Aftenposten. Mange liv kunne vært spart dersom de, som hadde informasjon om sunamien, hadde varslet også de fattige på de utsatte steder. Det var tid nok, men de som kunne ha informert uttalte ” *vi har ingen kontakter i adresseboka i denne delen av verden* ”. Det hadde vært sunn fornuft – ” *uprofesjonell common sense* ” å varsle for eksempel via TV og media og ikke minst mobiltelefoner.

³⁴ Knut Imerslund (1944 -). Norsk filosof, opptatt av (brenner for) Alf Prøysen.

Mange liv kunne vært reddet og Aas sitt anliggende er, at mennesket – uansett i eller utenfor en profesjon – må ta ansvar og handle menneskelig og etisk. Yrkesutøvelse uten dannelse lar oss stå igjen med bare utdanning:

Vi er avhengig av en sterk, spesialisert profesjonsutøvelse, yrkesbevissthet og gjerne yrkesstolthet. Fagkompetanse skal aldri foraktes og kan alltid forøkes.

Vi er også avhengig av en elementær menneskelig myndighet, en dømmekraft og handlekraft som nærmest pr. definisjon er et lekmannsfenomen, som bare delvis kan dyrkes fram gjennom profesjonsutdanning og profesjonsutøvelse – fordi den gjelder *hele* mennesket og ikke bare yrkesmennesket. Den gjelder mennesket i alle forhold der det møter kravet om å opptre *menneskelig*, dvs. som moralsk og politisk ansvarlig.

I denne myndige beredskapen ligger et krav om en *kritisk* holdning: kan jeg nå stole på at rutinene er sikre, at noe andre tar ansvar? Og det ligger et krav om *fantasi*. Hva gjør du når adressen ikke står i boka? Alt står ikke i boka (Aas, 2005)

Hellesnes³⁵ bruker begrepet dannelse langt på vei som en motsetning til kompetansebegrepet i ”*Ein utdana mann og eit dana menneske*”. Kompetanse kan gir oss et syn på mennesket og samfunnet som ulike deler, mens dannelse gir et helhetlig syn. Danninga er en livslang interaksjon med andre, den er avhengig av en aktiv innsats mellom mennesker – ”*du kan dannes men ikke utdannes til et menneske*” (Imerslund, 2000).

3.8 Samfunnets behov for kompetanse hos helsefagarbeidere

I St.meld. nr. 25 (2005-2006) *Mestring, muligheter og mening*, presiseres det, at skal Norge kunne gi et godt nok helsetilbud, krever det økt kapasitet av personell og økt kompetanse hos disse. Med bakgrunn i personellutfordringer og som et delprosjekt under Omsorgsplan 2015 i St. meld.25 (2005 – 2006), ble det utarbeidet en ny kompetanse- og rekrutteringsplan: Kompetanseløftet 2015.

Kompetanseløftet 2015 har som mål å øke rekruttering til omsorgstjenesten og skaffe et ”*personell med nødvendig fagkompetanse til den kommunale pleie- og omsorgstjenesten*”. Gjennomføringen av tiltakene er basert på samarbeid mellom flere aktører. Et av virkemiddel er ”Aksjon helsefagarbeider” i forbindelse med innføringen av KL06 og det nye helsearbeiderfag. Kompetanseløftet skal ”*sikre brutto tilgang på omkring 4 500 helsefagarbeidere pr år gjennom ulike tiltak, herunder Aksjon helsefagarbeider, Rekrutteringskampanjen og gjennom voksenopplæringstiltak*” (Helse- og omsorgsdepartementet, Kompetanseløftet 2015).

³⁵ Jon Hellesnes (1939 -). Norsk forfatter og filosof.

Regjering oppfordrer omsorgstjenesten til å medvirke i kompetanseutvikling hos nye helsefagarbeidere gjennom opprettelsen av læreplasser; ”*med bakgrunn i det store behovet for arbeidskraft i omsorgstjenesten i årene framover, har Helse- og omsorgsministeren og Kunnskapsministeren oppfordret kommunene om å opprette flere læreplasser*” (Helse- og omsorgsdepartementet, Kompetanseløftet 2015).

Nasjonal helseplan (2007 – 2010) er et grunnlagsdokument for utviklingen av en kompetent helsetjeneste og utarbeidelsen av en strategisk plan og ramme for personell- og utdanningsområdet. Grunnutdanningen i videregående skole, for eksempel helsefagarbeidere, skal tilpasses de nye typer kompetanse som Samhandlingsreformen krever i fremtiden. St.meld. nr. 47 (2008-2009) *Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid* har et eget kapittel (13) om behovet for ”*et kompetent helsepersonell – i alle deler av helsetjenesten*” (St.meld. nr. 47 (2008-2009) 2009, s 125).

Kompetente helsefagarbeidere

Helsefagarbeidere gjennomfører 2 år i skole og 2 år i lære før de kan søke om autorisasjon. Statens Autorisasjonskontor gir helsepersonell en godkjenning på forhånd av *egnethet* til yrket. For å kunne utøve yrket som helsefagarbeider kreves det mer enn kunnskaper og ferdigheter:

For å kunne arbeide i et av disse yrkene må man ha profesjongodkjenning (autorisasjon eller lisens). Profesjongodkjenning innebærer en forhåndskontroll av skikkethet (at man har nødvendige faglige kunnskaper og ferdigheter) og egnethet (at man har de personlige egenskaper som kreves for å være helsepersonell) før det gis tillatelse til å arbeide i yrket (Statens autorisasjonskontor for helsepersonell, 2010).

Begrepet egnethet er nevnt i flere sammenhenger. Statens Autorisasjonskontor beskriver egnethet som ”*de personlige egenskaper som kreves for å være helsepersonell*” uten å gi en nærmere beskrivelse av hva disse egenskaper er.

Lister Opplæringskontor skriver på sin hjemmeside følgende om personlige egenskaper:

Å være helsefagarbeider krever at du liker å ha nær kontakt med mennesker i alle aldre. Personlig egnethet er dessuten svært viktig. Du må være pliktoppfyllende, pålitelig og ta ansvar etter hvert som utdanningen gir deg nye oppgaver. Du vil samarbeide med andre yrkesgrupper, men også kunne jobbe selvstendig (Lister opplæringskontor, 2010).

Videre sies det at helsearbeideren skal kunne møte

(...) kravene til blant annet etisk refleksjon, evne til kommunikasjon og personlig egnethet. Mens de øvrige fagene tar utgangspunkt i møtet med pasienter/brukere i avgrensede situasjoner, er den helhetlige pleie- og omsorgsfunksjonen som helsefagarbeiderne har, spesiell for denne personellgruppen.
(Lister opplæringskontor, 2010)

Stikkord for personlig egnethet er her: pliktoppfyllende, pålitelig, kunne ta ansvar, kunne samarbeide, være selvstendig, ha etisk refleksjon, evne til kommunikasjon og kunne gi en helhetlig pleie og omsorg.

På Statens hjemmeside for yrkesvalg presenteres helsefagarbeiderens oppgaver og igjen kravet til egnethet: *”Det er viktig med personlig egnethet i forhold til yrkesutøvelsen”*. Her nevnes et utvalg av arbeids- og ansvarsoppgaver:

- å yte faglig forsvarlig og omsorgsfull helsehjelp, med brukeren i sentrum
- å arbeide med helsefremmende, forebyggende og rehabiliterende pleie- og omsorgstiltak
- å vise gjennom yrkesutøvelsen at respekten for menneskeverdet er den grunnleggende verdi, og å utføre arbeidet i henhold til etiske retningslinjer og brukermedvirkning.
- å observere, planlegge, kommunisere og delta i det totale behandlingsopplegget for pasienten/brukeren
- å samarbeide med pasienten/brukeren, pårørende og andre yrkesgrupper, uavhengig av kulturell bakgrunn, livssyn og sosial status
- å bruke kultur og kulturopplevelser som helsefremmende og mobiliserende tiltak (Statens hjemmeside for yrkesvalg, 2010).

Viktige stikkord er brukeren i sentrum, vise respekt, etiske retningslinjer og brukermedvirkning, kunne kommunisere, delta i det totale behandlingsopplegg, samarbeide, ta hensyn til kulturell bakgrunn og livssyn, åpenhet, respekt, selvstendighet – og opptre som både arbeidstaker, medarbeider, fagperson og medmenneske. Ringen er sluttet tilbake til Per Anders Aas og Jon Hellesnes.

3.9 Relevans for oppgaven

Læreplaner reflekterer og er et bilde på samfunnet og dets organisering og dets rådende ideologi. Når helse- og ernæringspolitikken setter opp mål innen kosthold og ernæring er skole og utdanning en av de viktigste arenaer. Læreplanen som et speilende, informerende og styrende dokument (Gundem i Engelsens, 2003) kan gi en bedre forståelse av skolefaget kosthold og ernæring og dets utvikling. Betraktninger omkring dette presenteres i kapittel 5.

Oppgaven er rettet mot den formelle læreplan, men den oppfattede og iverksatte læreplan vil være en del av min tilnærming. De forutgående prosesser, beskrevet som den ideologiske læreplan av Goodlad, inngår ikke i oppgaven som sådan, men kommer til uttrykk gjennom aktørperspektivet i lys av teorien om interne og eksterne faktorer i den historiske presentasjon av fagets utvikling (kapittel 5). Teorien omkring læreplaner og læreplanarbeid gir videre et bedre grunnlag for å kunne analysere dokumentene og besvare forskningsspørsmål 4 (kapittel 7).

Studien av faglitteratur i forhold til kompetansebegrepet har videre til hensikt å avklare og definere kategorier til bruk i dokumentanalysen. Studien har vist at kunnskaper, ferdigheter og holdninger er kjente begrep i samfunnet generelt og ikke kun i yrkeslivet og i skolen.

Begrepet egnethet er en essensiell del av helsefagarbeiderens kompetanse og hører med i en videre analyse av så vel de ernæringsrelaterte dokumenter som av læreplanene. Oppgaven er begrenset til kompetanse innen kosthold og ernæring i det helsefremmende arbeid, men dersom vi som mennesker oppfyller krav til kompetanse på ett område av vår yrkesutøvelse, er det store sjanser for, at vi også gjør det på andre områder. Grunnleggende for helsepersonell er å ha et helhetlig menneskesyn.

Samfunnet har et behov for en bred kompetanse. De utdanningspolitiske dokumenter bruker kunnskaper, ferdigheter og holdninger. For helsepersonell er egnethet en forutsetning for autorisasjon. På denne bakgrunn blir følgende fire kategorier for kompetanse brukt i dokumentanalysen:

- Kunnskaper
- Ferdigheter
- Holdninger
- Egnethet.

DEL III

KAPITTEL 4: METODE

I dette kapittel vil jeg redegjøre for metode, forskningsprosessen samt analyseverktøy med kategorier. Jeg har valgt en hermeneutisk tilnærming i dokumentanalysen. Forskerens forforståelse er et av hermeneutikkens kjennetegn, og jeg vil redegjøre for min forforståelse. Dokumentanalyse drøftes og de utvalgte dokumenter introduseres. I dette kapittel vil jeg også reflektere over de valg, jeg har gjort, og hva de kan ha betydd for oppgavens funn, konklusjoner og forskningsmessige verdi.

4.1 Vitenskapsteoretisk og vitenskapsfilosofisk tilnærming

Vitenskapsteori tar for seg vitenskapene i seg selv og deres kjennetegn. Vitenskap og forskning har som mål å gi en ny og dypere forståelse av virkeligheten. Det finns ikke en "Sannhet" selv om *"sannhet er et ideal vitenskapen streber mot, men aldri med sikkerhet kan vite å ha oppnådd"* (Pettersen, 2007, s 4). Mens kvantitative metoder ofte vektlegger utbredelse og antall, søker de kvalitative metoder å gå i dybden, finne sammenheng og betydning og vektlegger den samfunnsmessige kontekst (Thagaard, 2003). Da oppgaven tar for seg kulturelle og sosiale fenomener, hører den til under samfunnsvitenskapene, og den har en kvalitativ tilnærming. *"Et fellestrekk ved kvalitative tilnærminger er at de data forskeren analyserer, foreligger i tekst(...) Hvilken form teksten har, er avhengig av hvilken metode forskeren benytter seg av"* (Thagaard, 2003, s13). Teksten er de utvalgte politiske dokumenter.

I kvalitativ forskning vil det finne sted både en beskrivelse og en fortolkning av fenomener. Dermed blir forskerens forforståelse og ståsted sentral. Kvalitativ forskning har en åpen tilnærming til begrep som utgangspunkt for studien. Blumer beskriver dem som *"sentizing concepts"* som *"bør gi retningslinjer for hva som er viktig for utviklingen av kvalitative perspektiver"* (Blumer 1954 i Thagaard, 2003, s 20).

I samfunnsvitenskapene er en hermeneutisk tilnærming relevant *"fordi mye av disse fagenes datamateriale består av meningsfulle fenomener, for eksempel handlinger, muntlige ytringer og tekster"* (Gilje & Grimen, 1993, s 144).

Vitenskapsfilosofien betrakter vitenskapen utenfra og reflekterer over forskningen i seg selv og hvordan den utøves. *"Vitenskapsfilosofi er ikke vitenskap, men refleksjon over vitenskaplig aktivitet og kunnskap"* (Gilje & Grimen, 1993, s 17). Vitenskapsfilosofi kan deles inn i normativ og deskriptiv: *"Mens normativ vitenskapsfilosofi (...) forsøker å si noe om hvordan vi bør tenke og handle, (...) forsøker deskriptiv vitenskapsfilosofi å si noe om hvordan mennesker faktisk tenker og handler, og hvilke forutsetninger de faktisk bygger på i sin tenkning og handling"* (Gilje & Grimen, 1993, s 21). Oppgaven er overveiende deskriptiv i sin tilnærming gjennom studie og analyse av begrep, felt og dokumenter. De data, som kommer frem, vil beskrive *"det som foreligger forut for erfaringer, og som delvis er med på å bestemme hvilke erfaringer man kan ha"* (Gilje & Grimen, 1993, s 21). I det avsluttende kapittel vil jeg tillate meg å filosofere over normative trekk ved studiens funn.

4.2 Hermeneutisk tilnærming

Hermeneutikken har røtter tilbake til Aristoteles. Ordet hermeneutikk kommer fra de greske ord "hermeneuein" og "hermenia" som betyr henholdsvis å tolke og fortolkning (Dahlberg, Drew & Nystrøm, 2001). Fortolkningen går videre enn å tolke, fortolkningen skjer i en gitt sammenheng og vil finne en *"dypere mening enn det som er umiddelbart innlysende"* (Thagaard, 2006, s 37). I fortolkningen vil forskerens forforståelse inngå, og vi må tolke ikke bare teksten, men også tolkningen av teksten.

Schleiermacher³⁶ (1768 – 1834) introduserte hermeneutikken som en metode til å tolke og en teori for å forstå tolkningen i seg selv. Diltheys (1833 – 1911) hermeneutikk vektla det psykologiske aspekt og fokuserte på *"lived experience"* (Ryslett, 2007). Fenomenologi er en del av grunnlaget for hermeneutikken i nyere tid. Vi ser ikke ting eller fenomener som de er, men slik vi oppfatter dem. Fenomenologien betyr *"det som viser seg"*. (Ryslett, 2007, Dahlberg et.al, 2001).

Heidegger (1889 – 1976) anerkjente livsverden - "lifeworld" - begrepet fra Husserl (1859 – 1938), men brukte uttrykket "being-in-the-world". *"The human world is always present; as humans, we always live in an existential context"* (Dahlberg et al., 2001, s. 79).

³⁶ Friedrich D. E. Schleiermacher anses som grunnleggeren av moderne hermeneutikk innenfor teologi. Wilhelm Dilthey utviklet hermeneutikken videre til andre felt som metafysikk, etikk, epistemologi. Edmund Husserl, tysk filosof regnes som grunnleggeren av fenomenologien og påvirket hermeneutikken. Martin Heidegger jobbet under Husserl. Gadamer, Habermas og Ricoeur, deltok i debatten og utviklet hermeneutikken på 1900 tallet.

Gadamer³⁷ utviklet den moderne hermeneutikken. Han var opptatt av åpenhet, vi må ha et åpent sinn hvis vi skal ”*see the otherness of something*”. Gadamer sier videre at det ikke finnes en riktig eller ekte tolkning, men at vår tolkning vil være avhengig av konteksten på et gitt tidspunkt (Dahlberg et.al, 2001).

4.2.1 Forforståelse

I hermeneutikken er forforståelse et grunnleggende aspekt i fortolkningsprosessen. Forforståelse, eller ”for-dommer”, er nødvendige for å kunne forstå fenomener. Uten forforståelse vil vi ikke vite, hva vi skal se etter. Poppers³⁸ begrep ”forventningshorisonter” gir forskningen retning. Kunnskaper om det emne man forsker på, er ofte årsak til selve forskningen (Gilje & Grimen, 1993).

Bakgrunnskunnskap hos forsker er en fordel, men kunnskap kan også være et handikap, dersom den ”skygger” for andres kunnskap eller hindre forskeren i å være åpen for ny viten, erfaringer etc. Det er viktig å ha en vis avstand til emnet for å se nye sider og få ny kunnskap frem. Forskeren kan ellers være for styrende i prosessen (Brekke, 2006; Dahlgren et al., 2001). Situasjonen er utgangspunktet for forståelse. To viktige metodiske prinsipper i forhold til forforståelse er, for det første å bevisstgjøre seg og anerkjenne sin forforståelse som forsker overfor seg selv og leseren. For det andre må forskeren ”*sætte sin forforståelse på spil*” (Fredslund, 2004, s 100).

Forskeren tar egne erfaringer og kriterier inn i tolkningsprosessen, forståelseshandlingen³⁹, og skaper sin egen forventningshorisont og forståelseshorisont. *Horisonten* er den *rekkevidde* utsynet har eller kan få. En snever horisont vil begrense hva vi ser, og det vil være nærliggende å fokusere på det som er nært og kjent. Motsatt vil en bred horisont åpne opp for å se forbi det kjente, oppdage nye ting men også kunne se det kjente i en større sammenheng. I forståelseshandlingen møtes to horisonter når forskeren setter seg inn i den andres⁴⁰ horisont. Dette kaller Gadamer for horisontssammensmeltning – det skapes noe nytt gang på gang (Fredslund, 2004).

³⁷ Hans-Georg Gadamer (1900 – 2002). Tysk filosof, ansees som skaperen av den moderne hermeneutikken, studerte hos Martin Heidegger.

³⁸ Karl Poppers (1902 – 1994). Østerriksk og britisk filosof og professor. Opptatt bl.a. av sosial og politisk filosofi, vitenskapsteori, epistemologi. Kjent for prinsippet om falsifikasjon i vitenskaplig metode.

³⁹ Forståelseshandling er ifølge Gadamer en forståelsesprosess der vi bringer vår forforståelse med.

⁴⁰ ”den andres” eller ”den annen” brukes som synonym for tekst i vid forstand, også dokumenter

4.2.2 Min forforståelse

Utdanning innen kosthold og ernæring gir meg et faglig fundament for å kunne forstå ernæringsmessige anbefalinger og råd. Jeg er opptatt av, at kosthold og ernæring betyr mer for oss enn å skulle dekke de fysiologiske behov. Jeg tenker at mennesket består av kropp og sjel, det er autonomt men avhengig av andre, det trenger et godt psykososialt miljø, omsorg, nærhet og trygghet. Mat kan dekke de fysiologiske behov ja, men mat er også følelser og relasjoner mellom mennesker. Mat kan brukes som trøst, belønning – og som makt.

For meg er en omsorgspersons viktigste oppgave ”å se” den andre, se hele mennesket med alle dets behov og ønsker. Det betyr ikke at hjelpepleieren skal servere alle typer usunne matvarer til en pasient, selv om han/hun ber om det. Det profesjonelle ansvar er å kunne kombinere ulike hensyn og samarbeide med pasienten, slik at han/hun opplever å bli tatt på alvor. Så i praksis kan det bety at man inngår kompromiss: da blir det sunt for både kropp og sjel. En kopp kaffe med kake av og til kan skape trivsel og velvære.

Min forståelse av læreplanen gjennom 30 år som lærer er først og fremst pedagogisk.

Igjennom årene har jeg brukt mange læreplaner, og jeg må være ærlig å si, at jeg i tolkningen av disse har vektlagt det, som lå mitt hjerte nærmest. Selv om vi som kollegaer samarbeider om tolkning av læreplaner, vil vi som individuelle personer aldri tolke helt likt. For eksempel opplever vi, at vi har vektlagt ulike mål i undervisningen, når vi er sensorer for hverandre ved eksamen. For meg kan det se ut som faget kosthold og ernæring har mistet status i læreplaner på programområdet helse- og sosialfag, men det er ikke nødvendigvis riktig. Det kan påvirke min tolkning av dokumentene; det som bekrefter våre forventninger er lettere å få øye på.

Min bakgrunn fra Danmark påvirker min måte å se og tolke ting på. Selv etter så mange år opplever jeg stadig, at jeg er litt ”dansk”. På den andre siden er ”det norske” også en stor del av meg, min historie og min horisont. Å ha med begge sider tror jeg kan være positivt for min evne til å se nye aspekter og være åpen. Dette er min situasjon i Gadammers betydning av ordet.

4.2.3 Den hermeneutiske sirkel, dobbelt- og trippelhermeneutikk

Den hermeneutiske sirkel beskriver prosessen der forståelse utvikles gjennom en vekselvirkning mellom del og helhet. Forskeren endrer fokus og beveger seg fremover mot en dypere forståelse. Sammenhengen mellom fenomen, forforståelse og kontekst er det som ligger i den hermeneutiske sirkel. Ved å skifte fra å tolke helheten til å tolke de enkelte deler –

i en dialog med teksten - vil man forhåpentlig finne frem til sammenhenger (Gilje & Grimen, 1993).

Dobbelt hermeneutikk er i følge Giddens at *”forskeren fortolker en virkelighet som allerede er fortolket av de som deltar i den samme virkeligheten”* (Thagaard, 2006, s 39). Offentlige dokumenter er skrevet av mennesker, og teksten er et resultat av disse menneskers forståelseshorisont, fordommer og forventninger (Fredslund, 2004, Thagaard, 2006).

En kritisk teori setter handlinger inn i en mer omfattende sammenheng og ser på samfunnets strukturer og ideologier bak handlinger. Alvesson og Skoldberg (1994) betegner det som en slags trippelhermeneutikk. *”Fokus rettes mot prosessene som bidrar til at bestemte interesser fremmes på bekostning av andre. Denne tilnærming innebærer et kritisk standpunkt til etablerte institusjoner og interesser i samfunnet”* (Thagaard, 2006, s 40).

Trippelhermeneutikk inngår ikke i dokumentanalysen som sådan, men jeg vil sette mine funn innen de to politiske felt i relasjon til samfunnets behov for kompetanse i sluttdiskusjonen. Da vil jeg drøfte om samfunnets behov er ivaretatt. I presentasjonen av faget kosthold og ernæring i et historisk perspektiv kommer jeg inn på hvilke aktører og interesser, som har hatt innflytelse uten å gå dypere inn i konflikter og kamper. Faget kosthold og ernæring er et eksempel på hvordan de ulike læreplanteorier fungerer sett i et sosiologisk-kulturelt perspektiv både i forhold til Giddens strukturalismeteorier og Bourdieu teori om symbolsk og kulturell makt og habitus (Kaspersen, 2001, Bourdieu, 1996, Wilken, 2008).

4.3 Dokumentanalyse

Offentlige dokumenter er skrevet av mennesker i en historisk, politisk, kulturelt og sosialt kontekst. *”Tekster eksisterer aldri i et tomrom”* (Brekke, 2006, s. 22). Dokumentanalyse *”skiller seg fra data forskeren har samlet inn i felten ved at dokumentene er skrevet for et annet formål enn det forskeren skal bruke dem til”* (Thagaard, 2006, s 59).

Dokumenter kan omfatte alle typer skriftlige kilder, så vel private som offentlige. Offentlige dokumenter, som stortingsmeldinger, er tilgjengelige for alle, og de kan analyseres fra ulike sider, for eksempel hensikt, innhold og hvordan mål skal iverksettes. En viktig side av dokumentanalyse er sammenhengen dokumentet opptre i *”kildene må vurderes i forhold til den konteksten de er utformet i”* (Thagaard, 2006, s 60). Dokumenter er påvirket av de kjennetegn og strømninger i tiden som gjelder for samfunnet (Brekke, 2006).

Politisk tekst hører til sjangeren prosatekst og betegnes som realistiske ”Den representerer en påstand om samsvar mellom litterære strukturer på den ene siden, og virkeligheten på den andre” (Hansen, 1996, s 10). Men tekster vil alltid kun være en versjon av virkeligheten og ikke virkeligheten selv. Læreplaner og helsedokumenter vedtas politisk i Stortinget på forvaltningsnivå og er autorative, med høy status. Som tekst har de en funksjon; de ønsker å være delaktige i endring og samtidig selv bidrar til endringer i konsensus. Tekstene blir dermed ”funksjonelt handlende (...) de konstituerer en virkelighet, og setter i gang menneskelig handling for å endre denne virkeligheten” (Hansen, 1996, s 10).

Læreplaner er et eksempel på hvordan dokumenter må utvikle seg i takt med samfunnet, som Bjørg Gudem uttrykker det: ”Utdanning blir ofte betraktet som et middel for forandring og fornying i samfunnet, og i denne sammenhengen blir læreplanen et viktig dokument”. (Engelsen, 2003, s 14). Offentlige dokumenter har stor påvirkningskraft og representerer det, som er verdifullt i samfunnet.

4.3.1 Kilder i dokumentanalysen

Å velge ut noen dokumenter/tekster betyr å velge bort andre, og det i seg selv påvirker forskningsresultatet. Vi må imidlertid leve med det faktum, at vi, som forskere, ikke kan belyse alle sider ved et tema, men bare kan belyse deler av en større helhet. ”Det betyr ikke at vi ikke kan tillate oss å mene noe om den delen vi retter søkelyset mot” (Hovdenak i Engelsen, 2003, s 248). Det er allikevel viktig å se på og belyse den del, vi har rettet søkelyset mot, som del av en større helhet. Dokumentene fremgår av tabell 4.2:

Tabell 4.1: Oversikt over dokumenter i dokumentanalysen delt inn i de to politiske felt.

Ernærings- politiske	<p>Verdens Helseorganisasjons Globale Strategi for diet, physical activity and health. 2002. Stortingsmelding nr 16 (2002-2003). <i>Resept for et sunnere Norge. Folkehelsepolitikken.</i></p> <p>Norske anbefalinger for ernæring og fysisk aktivitet. Sosial- og helsedirektoratet 2005</p> <p>Nasjonalt råd for ernæring. <i>Et sunt kosthold for god helse.</i> Strategisk plan 2005-2009</p> <p>Nasjonalt råd for ernæring: Utkast til kostråd for å fremme folkehelsen og forebygge kroniske sykdommer i Norge. 2010.</p> <p>Handlingsplan for et bedre kosthold i befolkningen (2007-2011). <i>Oppskrift for et sunnere kosthold.</i></p> <p>St.meld. nr. 47(2008-2009). <i>Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid</i></p> <p>Lov om helsepersonell, sist endret 01.01.2010</p> <p>Retningslinjer for kosthold i helseinstitusjoner.</p> <p>Kvalitet i pleie- og omsorgstjenesten. Forskrift og veileder. Sosial- og helsedirektoratet. 2004.</p> <p>Ernæring i helsetjenesten. Sosial- og helsedirektoratet, 2007.</p> <p>Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring. Helsedirektoratet. 2009.</p>
-------------------------	--

Utdannings-
politiske

Opplæringsloven
Den generelle læreplan
Læreplan for Vg1 helse- og sosialfag
Læreplan for Vg2 helsefagarbeider
Læreplan for Vg3 helsefagarbeider
Kompetanseplattform for helsefagarbeider

De ernæringspolitiske dokumentene ble valgt ut fra et tidsperspektiv og er dels internasjonale, dels nasjonale. Alle utvalgte kilder i denne studie er offentlige dokumenter. Som kilder må de antas å være ekte og tidshistoriske. Kilder formidler budskap som kan være kognitive eller normative. De kognitive kilder er fortellende, mens normative er vurderende og anbefalende. Læreplaner er normative kilder, de gir anbefalinger, uttrykker holdninger, stiller krav og retningslinjer. De ernæringspolitiske dokumenter er både normative og kognitive. De inneholder fagstoff, statistikk etc. (kognitiv) men er tydelig normative i deres anbefalinger og påskrifter (Jacobsen, 2004).

Valg av ernæringspolitiske dokumenter er bredt og omfattende. De mer generelle dokumenter er grunnleggende og omfatter flere samfunnssektorer, og de legger premissene. I tillegg er utvalget supplert med dokumenter som retter seg mot helsepersonalets rolle i forhold til det helsefremmende arbeid og kosthold og ernæring. Antall dokumenter økte i løpet av studien, det ble naturlig å ta med et bredt og representativt utvalg av dokumenter i takt med økt innsikt i temaet. Det er et kjent fenomen i kvalitativ analyse av dokumenter; *”etter hvert som stadig flere tekster studeres, analyseres og tolkes, blir problemstillingen bedre og bedre belyst, samtidig som forskeren får økende forståelse av hvilke andre tekster som er relevante og fruktbare for analysen”* (Grønmo, 2004).

De utdanningspolitiske dokumentene omfatter ikke bare læreplaner for helsearbeiderfaget men også grunnlagsdokumentene som Opplæringsloven og Den generelle læreplan. Opplæringsloven og læreplanene er rettskraftige dokumenter og har dermed stor tyngde. Disse dokumentene ble valgt ved begynnelsen av forskningsprosessen. Det har ikke vært aktuelt å endre eller utvide. Det er de aktuelle dokumentene.

4.4 Forskningsprosessen

I forskningsmessig sammenheng er det to hovedmåter å tilnærme seg og skaffe seg kunnskaper om virkeligheten på: induktiv og deduktiv. Kvalitative studier har tradisjon for en

induktiv og kvantitative studier for deduktiv tilnærming. I mange studier skjer det imidlertid en veksling mellom disse.

Prosesen har ikke gått fra A til Å, men gått frem og tilbake og mellom del og helhet

(hermeneutisk sirkel) både i forhold til det aktuelle dokument og mellom dokumentene.

Analysen av de ernæringspolitiske dokumenter kastet nytt lys over de utdanningspolitiske, og etter å ha lest de siste måtte jeg returnere til de første.

Tabell 4.1 gir en oversikt over prosessen kapittel for kapittel og med min deduktive, induktive og kritiske tilnærming til de ulike deler av oppgaven.

Tabell 4.2: Oversikt over forskningsprosessen

Forskningsprosess	Deduktiv tilnærming - forforståelse	Induktiv tilnærming	Kritisk tilnærming
Kapittel 1: Innledning Valg av tema og mål Forskningsspørsmål Sentrale felt og begrep	Min historie Mine erfaringer Min oppfattelse Faget og yrket mitt	Forskningsspørsmål som åpner for ny tolkning Sette begrep inn i ulike perspektiv	To politiske felt med samme mål? Læreplan for helsearbeiderfaget som del av ernæringspolitikk
Kapittel 2: Teori Helse – kosthold - ernæring Helsebegrepet Folkehelsearbeide Helsefremmende arbeid	Kosthold og ernæring i et vidt helsebegrep Forslag til kategorier og analyseverktøy	Studie av faglitteratur Endelig utarbeidelse av kategorier og analyseverktøy	Kritisk refleksjon under valg av relevant teori
Kapittel 3: Teori Læreplanteori – fag - kompetanse Læreplanarbeid Skolefags utvikling Kompetansebegrepet	Egen erfaring med læreplaner og fag Forslag til kategorier og analyseverktøy	Studie av faglitteratur Endelig utarbeidelse av kategorier og analyseverktøy	Kritisk refleksjon under valg av relevant teori
Kapittel 4: Metode Hermeneutisk tilnærming Forforståelse Forskningsprosessen Dokumentanalyse og dokumenter Analyseprosessen og analyseverktøy Oppgavens forskningsverdi	Valgte dokumenter før analyse Forslag til analyseverktøy	Forskningsprosessen: åpenhet og refleksivitet Dokumenter valgt underveis (ny innsikt)	Åpenhet om forforståelse Metasyn på egen forskning
Kapittel 5: Faget kosthold og ernæring Historisk utvikling Ulike skoleepoker Kunnskapsløftet	Pedagogisk Opplevelse av at faget har blitt nedprioritert	Studie av faglitteratur Ny respekt for aktørene og faget	Aktørperspektivet, interesser og fagets plass i folkehelsearbeidet/skole

Kapittel 6: Ernærings-politiske dokumenter Historisk presentasjon Dokumentanalyse	Jobb, utdanning, master Analyseverktøy og kategorier sikre sammenlignbare data	Hermeneutiske sirkel, åpenhet, refleksjon Se nye ting	Kritisk til teksten og egen forståelse. ”Se bak teksten”
Kapittel 7: Utdannings-politiske dokumenter Historisk presentasjon Dokumentanalyse	Jobb, utdanning Analyseverktøy og kategorier sikre sammenlignbare data	Hermeneutiske sirkel Se nye ting	Kritisk til teksten og egen forståelse. ”Se bak teksten”
Kapittel 8: Diskusjon og konklusjon Sammenligning av data Konklusjoner og slutninger: Forskningsspørsmål og Overordnet mål Kritikk	Forventninger	Åpen for ny tolkning Trekke konklusjoner	Kritikk av resultater Dataenes betydning for faget som sådan og for samfunnet

4.5 Analyseverktøy og kategorier

I dokumentanalysen presenteres de politiske dokumenter i en historisk kontekst med vekt på deres plass i folkehelsearbeidet, før de settes inn i et helseperspektiv. Dokumentenes anbefalinger og råd for kosthold og ernæring og for helsepersonell er sentrale for oppgaven og disse beskrives og drøftes. For å kunne analysere dokumentene og etterpå gjøre en sammenligning av ernæringspolitikken og utdanningspolitikken ble det utarbeidet tre analyseverktøy på bakgrunn av valg av begrep og studien av faglitteratur i kapittel 2 og 3.

Analyseverktøy 1 har fokus på kosthold og ernæring:

Tabell 4.3: Analyseverktøy 1.

Anbefalinger for kosthold og ernæring i et helhetlig helseperspektiv.

Kategorier for kosthold og ernæring	Anbefalinger til fagfeltet kosthold og ernæring
<i>Fysisk</i>	
<i>Psykisk</i>	
<i>Sosial</i>	
<i>Omsorg</i>	

Analyseverktøy 2 setter kompetansebegrepet i sentrum:

Tabell 4.4: Analyseverktøy 2 Anbefalinger for kompetanse

Kategorier for kompetanse	Anbefalinger for kompetanse
<i>Kunnskaper</i>	
<i>Ferdigheter</i>	
<i>Holdninger</i>	
<i>Egnethet</i>	

Tabellene fremstår uten oppdeling i forhold til kategoriene. Det er flytende overganger mellom for eksempel psykisk og sosial helse og mellom for eksempel kunnskaper/ferdigheter og holdninger/egnethet. Det er flere nivå av kompetanse, men det tar analyseverktøy og dokumentanalysen ikke stilling til. Man kan imidlertid si generelt at kompetansetilegnelse oftest starter med kunnskap og ferdigheter, og at holdninger og egnethet er en personlig reise som omfatter både utdanning og dannelse jevnfør Imerslund m.fl.

For å kunne sammenligne resultatene fra analysen av de ernæringspolitiske og utdanningspolitiske dokumenter settes funn inn i analyseverktøy 3. Kategoriene for kompetanse settes i relasjon til de to politiske felts behov.

Tabell 4.5: Analyseverktøy 3:

Samfunnets behov for kompetanse hos helsefagarbeideren

Kompetanse innen fagfeltet kosthold og ernæring	Ernæringspolitiske dokumenter	Utdanningspolitiske dokumenter
Kunnskaper		
Ferdigheter		
Holdninger		
Egnethet		

Sammenligningen gjennomføres i fire operasjoner ut fra de fire helseperspektiv; fysisk, psykisk, sosialt og omsorgsrelatert.

4.6 Oppgavens troverdighet, bekreftbarhet og overførbarhet

Analyse og tolkning har som mål å produsere ny kunnskap. Denne kunnskap kommer fra data som *"representerer både meg som forsker og den eller det som utforskes"* (Brekke, 2006, s. 34). Forskeren setter data sammen med teori inn i en tekst og presenterer en *"overskridende erkjennelse"*, men denne erkjennelse vil ikke være fullstendig identisk med det som skjedde eller er teksten (Brekke, 2006, s. 34). Kvalitativ forskning setter krav til troverdighet, bekreftbarhet og overførbarhet ved vurdering av studiens forskningsmessige verdi og legitimitet (Marshall & Rossmanns 1989, i Thagaard, 2003).

Troverdighet *"sier noe om forskningen utføres på en tillitsvekkende måte"* (Thagaard, 2003, s 21). Hermeneutisk forskning vil fremstille en fortolkning ut av mange mulige. Dermed blir refleksivitet og åpenhet om forskeren og hans/hennes argumentasjon viktig (Fredlund, 2004). Troverdighet omfatter så vel prosess som relevans i innhold. *"Metaperspektivet på egen tekstanalyse og tekstfortolkning er viktig for troverdigheten av prosjektresultatene"* (Brekke, 2006, s 23). Selve forskningsprosess og min forforståelse er forsøkt redegjort for og beskrevet. Troverdigheten og relevans i det utvalgte innhold har jeg forsøkt å ivareta slik Grønmo (2004) beskriver det, ved å være åpen for nye tolkninger og åpen for å gjøre revideringer og nyanseringer.

De utvalgte politiske dokumenter reflekterer ulike sider og innfallsvinkler og de er relevante og autentiske. De ernæringspolitiske dokumenter omfatter både de generelle og de som retter seg mot helse- og omsorgstjenesten. En annen måte å se de ernæringspolitiske dokumenter er deres tilnærming til kosthold og ernæringsfeltet. Noen retter seg mot de fysiologiske sider av kosten (for eksempel Norske anbefalinger), mens andre dokumenter er opptatt av alle sider av kostens betydning for helse: psykisk, sosialt, kulturelt og omsorgsrelatert. Til sammen presenterer de ernæringspolitiske dokumenter et bredt utvalg. Den store bredde på dokumentene, at de representerer et langt tidsperspektiv og at de er skrevet av ulike forfattere/utgitt av ulike instanser øker kvaliteten av funn og konklusjon. De utdanningspolitiske dokumenter er valgt ut fra oppgavens mål og forskningsspørsmål.

Bekreftbarhet *"knyttes til kvaliteten av tolkningen, og om den forståelse det enkelte prosjekt fører til, støttes av annen forskning"* (Thagaard, 2003, s 21). I forhold til kvaliteten av

tolkningen og ny forståelse har valg av kategorier vært sentralt. Med en åpen og helhetlig tilnærming ser man nye ting, man ikke forventet, men det er samtidig viktig å ikke gå seg vill. For å hindre det brukte jeg de valgte kategorier så konsekvent som mulig, selv om det viste seg å være vanskelig å skjelve klart mellom noen av disse. Selv om det skapte noen analytiske problemer, var det på samme tid en fin anskueliggjørelse av, hvor integrert det utvidete helsebegrep er i politiske dokumenter, og hvor sammensatt de to begrep; kosthold og ernæring og kompetanse, er. Hvilken betydning det kan ha medført for oppgavens funn blir diskutert i kapittel 8.

Det er gjort flere studier omkring kosthold og ernæring innen pleie- og omsorgstjenesten med ulike mål og forskjellige metoder, men det er ikke vært mulig for meg å finne studier med ernæringspolitiske dokumenter og utdanningspolitiske dokumenter som forskningsobjekt og dokumentanalyse som metode.

Det er ikke krav om overførbarhet i kvalitativ forskning, men dersom *”tolkningen som er basert på en enkelt undersøkelse også kan gjelde i andre sammenhenger”* (Thagaard, 2003, s 21), vil det øke studiens verdi. Studien kan muligvis ha en overføringsverdi i utformingen av analyseverktøy 1 og 2 ved å sette kompetansebegrepet i sammenheng med andre faglige felt enn kosthold og ernæring. I analyseverktøy 3 kan et eller begge de politiske felt byttes ut med andre.

I kapittel 8 vil studiens funn bli drøftet i forhold til troverdighet, bekreftbarhet og overførbarhet.

DEL IV

KAPITTEL 5: FAGET KOSTHOLD OG ERNÆRING

I dette kapittel er målet å redegjøre for oppgavens tredje forskningsspørsmål:

- 3 *Hvordan har skolefaget kosthold og ernæring utviklet seg historisk i et helse- og ernæringsperspektiv?*

Først gis en kort historisk presentasjonen av faget kosthold og ernæring med utgangspunkt i folkehelsearbeidet og de personer, som deltok i dette arbeid. Videre blir fagets plass og utvikling innen utdanningssystemet beskrevet. Forholdet mellom folkehelsearbeidet, ernæringsarbeid, utdanningssystem og noen utvalgte aktører blir satt inn i en oversikt. Studie av litteratur om faget, om folkehelsearbeid og helse (kapittel 2) og om læreplaner og fags utvikling (kapittel 3) ligger til grunn for presentasjonen. Dette kapittel er en del av forskningsarbeidet.

5.1 Faget kosthold og ernæring i et folkehelseperspektiv

Faget ble til gjennom innsatsen og viljen til enkeltindivider, institusjoner og organisasjoner, og det spilte en vesentlig rolle i folkehelsepolitikken. Dets utvikling henger også tett sammen med folkeopplysningsbevegelsen, kvinnebevegelsen og arbeiderkvinnebevegelsen.

Personligheter som Hanna Winsnes, Fernanda Nissen, Katti Anker Møller, Eilert Sundt og Albin Koch jobbet for større bevissthet omkring og kunnskap om kosthold og helse. Deres arbeid var avgjørende for fagets tilblivelse og utvikling.

Hanna Winsnes⁴¹ kokebok *”Lærebok i de forskjellige Grener av Husholdningen”* utkom i 1845 og var Norges første kokebok. Den har siden kommet i utallige opplegg - siste gang i 1921. Winsnes var opptatt av utdanning, dannelse og kvinners rett til en organisert fagopplæring i husmoryrket. En slik opplæring burde være både teoretisk og praktisk, *”Vel ved jeg at skriftlig Meddelelser aldrig kan erstatte praktisk Undervisning..”* (Tenford, 1959, s 7).

Den vanligste måten å lære seg husstell på var å gå i lære hos de erfarne husmødre; enten hos sin egen mor eller i andre husholdninger *”ved at modtage Veiledning enten af sin egen Moder*

⁴¹ Hannah Winsnes (1789 – 1872). Norges første kvinnelige forfatter. Utga både kokebøker, religiøse skrifter, barnebøker og krim. De siste under pseudonymet Hugo Schwartz.

eller av en Matmoder” (Tenfjord, 1959, s 9). Jenter fra rike familier fikk organisert opplæring, ikke bare i husstell men også i religion, etikk og praktiske ferdigheter. Mange av de fattige og foreldreløse jenter gikk i tjeneste hos bedrestilte familier. Eugenia Stiftelsen i Oslo og Stavanger startet i begynnelsen av 1800 tallet en organisert opplæring for disse jentene (Tenfjord, 1959).

Daniel Cornelius Danielssens⁴² reiste rundt i landet og rapporterte i etterkant om dårlig ernæring og mye sykdom i befolkningen, *”sild og fisk spises halvrått, surmelken gammel og muggen, osten rått*” (Tenfjord, 1959, s 12). Hygienen var også forferdelig. Som en følge av slike forhold og den høge rate av smittsomme sykdommer ble Lov om Sundhedscommissioner av 16. mai 1860, i folkemunne kalt Sunnhetsloven, vedtatt. Sunnhetsloven hadde som formål å regulere det man i dag kaller forebyggende helsearbeid. Sunnhetskommisjoner bestående av distriktslege, ofte prest og lensmann samt 12 sindige menn, reiste rundt og ga opplæring og veiledning om hygiene, ernæring, drikkevann etc. Kommisjonene opplevde at vaner kunne være vanskelige å endre (Tenfjord, 1959).

Kostens betydning for helse - ikke bare fysisk men også psykisk, sosialt og kulturelt – som en faktor i et utvidet helsebegrep kommer frem i et sitat fra 1863: *”De færreste Mennesker have en Anelse om hvilken Indflydelse Næringen ikke alene udøver paa Lægemedets og Aandens Sundhed og Styrke, paa Sjælens Tilfredshed og Fred, paa Familiens, ja ofte paa hele Landets Velstand og Lykke*” (Albin Koch i Tenfjord, 1959, s 17).

Politikere så på de økonomiske konsekvenser av befolkningens forbruksmønstre. Ny kunnskap om ernæring og husholdningens kost- og innkjøpsvaner ble viktig for samfunnsøkonomien, statsbudsjett og tollsatser. Det ble god økonomi å sikre befolkningen god helse gjennom kosten (Myrvang, 2004).

Etter et opphold i Tyskland utga Asbjørnsen⁴³ under psevdonymet Clemens Bonifacius kokeboken *”Fornuftig Madstell*” i 1864. Asbjørnsen var opptatt av mat og matlaging i et nasjonaløkonomisk perspektiv: *”Den enkeltes forbruk var ingen privatsak, men et spill med landets ressurser*” (Myrvang, s 81). Asbjørnsens bok satte i gang *”grautstriden*” mellom han og Eilert Sundt. Asbjørnsen mente at bondekoner sølte med melet og at de var ukyndige i

⁴² Daniel Cornelius Danielssen (1815 – 1894) Lege, ledende forsker innen spedalskhet og hudsykdommer.

⁴³ Peter Christian Asbjørnsen (1812 – 1885) Forfatter, zoolog, forsker. Skrev Norske Folkeeventyr med Jørgen Moe

matstellet, mens Sundt⁴⁴ tok bondekonenes parti. For Asbjørnsen var det de ernærings- og helsemessige sider av kosten som var viktigst, og da var det ikke nok å bygge på tradisjoner. Det *”trengtes kyndighet og vitenskapelig dannelse for å bedømme hva som var det fornuftige matstellet”* skrev han i bokens innledning (Myrvang, Myklebust & Brenna, 2004, s 81). Sundt tapte striden. (Tenfjord, 1959).

Sammenhengen mellom befolkningens helse og arbeidsevne på den ene siden, og kosten de spiste på den andre siden, var tema for et foredrag i Polyteknisk forening tidlig på 1890-tallet. Tittelen for foredraget var *”Folkeernæring og Nasjonalernæring”* og foredragsholder var ernæringsfysiologen Sophus Torup⁴⁵. Staten hadde innført den nye ernæringskunnskap i fengsler og i militæret og etter hvert ville skolekjøkkener kunne formidle kompetanse ut i alle hjem, også til de dårligst stilte. Kvinner ble viktige politiske aktører i forvaltningen av samfunnets ressurser *”lenge før kvinnestemmeretten hadde fått sine talsmenn og – kvinner”* (Myrvang, 2004, s 82).

Opplæring og utdanning var viktig og erkjent. Den første husmorskole Abildsø så dagens lys i privat regi i 1865, og i 1876 kom den første stortingsbevilgning til husstellssopplæring. I de neste år ble flere og flere husmorskoler opprettet rundt i landet. Det første skolekjøkken startet i Sandefjord 1890. Året etter sto det første pedagogisk tilrettelagte skolekjøkken klar på Kampen skole i Kristiania på initiativ av Helga Helgesen⁴⁶. Hun hadde søkt myndighetene om å sette i gang skolekjøkkenundervisning og fått godkjenning (Tenfjord, 1959). I 1892 satte hun i gang *”Statens kurs til utdannelse av skolekjøkkenlærerinner”* på Kampen (Store norske leksikon).

Stortingsproposisjon nr 69 (1908) *”Angående ordningen av husmorskoler og Statens lærerineskole i husstell”* plasserte ansvaret for tidsmessig husstelloplæring hos staten. Det var imidlertid mangel på lærere til å undervise på husmorskoler og andre skoler med

⁴⁴ Eilert Sundt (1817 – 1875) Samfunnsforsker, prest. Opptatt av og forsket på fattigdomsproblemer og omstreifere. Reiste mye rundt i landet og mente at tilstanden ikke var så dårlig blant folk som Danielssen mente

⁴⁵ Sophus Carl Fredrik Torup (1861 – 1937) Født i Danmark. Professor i fysiologi Universitet i Kristiania fra han var 28 år, opptatt av ernæring i befolkningen og ved polarekspedisjoner, samarbeidet med Amundsen. Var med i komiteen for opprettelse av Lærerineskole i husstell.

⁴⁶ Helga Bernhardine Helgesen (1863 – 1936). Lærer og kokebokforfatter. Ønsket å bedre forholdene til fattige og underernærte barn og jobbet for å få faget inn i skolen. Var aktiv i oppbyggingen av Stabekk. Hennes kvinnesaksengasjement kom til uttrykk også i arbeidet ved Statens Filmkontroll da hun klippet bort en scene der to menn betraktet en badende jente med monokler. Hun synes de var motbydelige (Myrvang i Myrvang, Myklebust & Brenna, 2004).

undervisning i husstell. Kvinner, som ville undervise som lærere, tok ulike kurs i Norge eller i utlandet både i offentlig og privat regi. Situasjonen var uholdbar, og staten burde ta på seg ansvaret for en nasjonal og stabil utdanning *”thi heraf er skolekjøkkensagens videre fremgang først og fremst betinget”* (Helgesen 1899 i Tenfjord, 1959, s 39).

I årene 1907-1908 ble lærerutdannelsen planlagt, og i januar 1909 begynte de første elevene sin utdanning på Øvre Stabekk Gård, *Statens lærerinneskole i husstell*. I prosessen frem mot Stortingets behandling av saken 21. juli 1908 hadde mange aktører vært på banen: Landbruksdepartementet, Kirkedepartementet, Stortingets sosialkomité, Norske Kvinners Nasjonalråd, kvinneorganisasjoner, arbeiderbevegelsen i tillegg til sterke personligheter (Tenfjord, 1959).

Gjennom 30- og 40 årene opprettet staten en rekke råd og nemnd som ledd i folkehelsearbeidet. I 1936 ble Husstellkontor i Landbruksministeriet og Statens forsøksvirksomhet i husstell opprettet. Statens forsøksvirksomhet skulle møte kravene om forskning og forsøk omkring ernærings spørsmål (Tenfjord, 1959).

I 1937 ble Statens Ernæringsråd opprettet som en viktig faktor i informasjons- og veiledningsarbeidet. Krigen var en krisetid med mangel på matvarer og Statens Kostholds nemnd ble opprettet for å hjelpe folk gjennom en vanskelig tid, for eksempel gjennom aksjonen *”Riktig kosthold i en krisetid”* (1939). Statens husstell lærere fikk i oppgave å veilede befolkningen om kosthold under krigen. Statens Opplysningskontor i husstell og Statens Husstellråd ble opprettet og fungerte fra 1940. Stabekk ble rekvirert av den tyske marine i 1943, men undervisningen fortsatte på ulike steder frem til 9. oktober 1945. Da kom elever og tilsatte tilbake til Stabekk Gård (Tenfjord, 1959).

Stabekk endret navn flere ganger. Fra 1963 til 1981 het den Statens *lærerskole i husstell*, og fra 1982 til 1984 *Statens husstellhøgskole Bekkestua*. I 1985 fusjonerte skolen med Statens skole for husøkonomer og Statens skole for kostholdsøkonomer og ble til *Stabekk Høgskole*. I 2003 flyttet utdanningen til Kjeller og samlokalisert med Høgskolen i Akershus (HiAK). Høgskolen, om den har ligget på Stabekk eller på Kjeller, har gjennom 100 år betydd mye for utviklingen av faget både i grunnskolen og videregående skole, ikke minst innen området helse- og sosialfag. Videre har HiAK et stort tilbud av utdannelse og driver forskning innen ernæring med vekt på helsefremmende arbeid, allmenndanning og health literacy (Høgskolen i Akershus, 2010 - 2011).

5.2 Fra Folkeskolen til Kunnskapsløftet

Folkeskoleloven av 1908 ga kommunene mulighet for å innføre faget ”huslig økonomi” for jenter og i årene 1896 – 1939 beholdt faget dette navn. Dersom skolene valgte å innføre faget måtte det ikke gå ut over andre fag. I 1919 var faget ”skolekjøkken” på plass i 43 byer og 37 landkommuner. Folkeskoleloven av 1936 gjorde faget obligatorisk for jenter i byene men frivillig på landet. Faget ble omdøpt til husstell i 1939 med innføring av Normalplanen for by og landsskolen og ble obligatorisk for alle jenter (Tenfjord, 1959).

Med Stortingsmelding nr. 61, 1959 ble skillet mellom by - og landsfolkeskolene fjernet. Faget fikk nytt navn: heimkunnskap og det ble obligatorisk for både jenter og gutter.

Undervisningen ble lagt om og omfattet nu ”*biologiske, emosjonelle og sosiale sider ved menneskets fellesskap*” (Kristiansen i Bergsli, forelesning, 2009).

Husmorskoler

I 1916 åpnet Oslo kommunale Husmorskole som ble Fernanda Nissen⁴⁷ videregående skole til den ble nedlagt i 1991. Nissen mente at skolene måtte ta ansvar for opplæringen i matstell, barnestell og hygiene. Husmorskoler ble opprettet i byer og på landet, drevet av private, organisasjoner og det offentlig. Det var dog ikke alle som hadde råd til å gå på husmorskole et år. Med Lov om videregående opplæring 1974 kom husstell inn i de yrkesfaglige linjer. Loven ga ungdom rett til tre års utdanning etter grunnskolen – ”*så vidt mulig*”. Man ønskede å få all videregående utdanning inn i samme system (Kunnskapsdepartementet, 1990).

Videregående skoler

I perioden frem til Reform 94 hadde faget ulike navn og omfang innen studieretningene husstell, husstell og søm, sosial- og helsefag, helse- og sosialfag og helse- og miljøfag. Generelt kan man si at det ble tatt bort timer fra den praktiske del av faget gjennom denne periode. På grunnkurs helse- og sosialfag var kosthold og ernæring en modul med 4 uketimer i studieretningsfaget helsefag. Fagplanen hadde spesifiserte mål for så vel kunnskaper, ferdigheter og holdinger. På VKI og VKII hjelpepleier var kosthold og ernæring moduler i studieretningsfaget sykepleie med støttefag (Utdanningsdirektoratet, læreplaner R94).

⁴⁷ Petra Gregorine Fernanda Nissen (1862 – 1920). Kvinnesaks kvinne og arbeiderpartipolitiker. Kjempet for bedre vilkår for de fattige, for barn, for bedre fødsler og bedre ernæring. Arbeidet for opprettelse av husmorskoler. Var også kulturengasjert og var med på å bygge opp Folketeatret.

Aktørene i læreplanarbeidet for R94 var først og fremst en kulturelite og departementet selv. Det var ingen representanter fra pedagoger og elever. Gudmund Hernes brukte i følge Skarpenes og Hovdenak utestengningsmekanismer, marginalisering av noen premissleverandører, differensiering (noen får uttale seg, andre ikke), tilbakeholding av informasjon og harselering. Reformen ble generelt vedtatt i lyntogs fart med korte høringsfrister og innspill ble ikke lyttet til – alt prelet av ”*på en statsråd som vet hvilken skole han vil ha*” (Hovdenak, 2000, s 97).

R94 ble kritisert for å være for instrumentell. Reformen beskrev og ønsket konformitet, men samfunnet utviklet seg mot mangfold. På bakgrunn av evaluering av R94 ble det en debatt om utdanningsspørsmål, individuelle tilpasninger, mangfold og lokalt læreplan- og skoleutvikling. Elevperspektivet kom mer frem (Hovdenak, 2000).

Kunnskapsløftet

Med Kunnskapsløftet ble fagplanene for hjelpepleierutdannelsen og omsorgsarbeiderutdannelsen slått sammen til helsefagarbeiderutdanning. Helsearbeiderfaget har tre læreplaner, Vg1, Vg2 og Vg3 med de samme tre programfag: Helsefremmende arbeid, Kommunikasjon og samhandling og Yrkesutøvelse. Kosthold og ernæring inngår som mål i programfaget Helsefremmende arbeid. I motsetning til tidligere læreplaner angir KL06 ikke et ukentlig timetall for kosthold og ernæring. Læreplanens mål beskriver den kompetanse eleven skal oppnå ved fullført utdanning.

Programfaget Helsefremmende arbeid legger vekt på det forebyggende og ser kostholdet som en viktig del av en helsefremmende livsstil:

Helsefremjande arbeid som programfag handlar om samanhengen mellom livsstil og fysisk og psykisk helse. I dette inngår verdien av kosthold og fysisk aktivitet, forebygging av livsstilssjukdommar og hindring av smitte. ... (Læreplan Vg1 helse- og sosialfag, omtale, s 2)

Helsefremmende arbeid dreier seg om hva levevaner, fysisk aktivitet og kosthold betyr for å forebygge sykdom og fremme helse (Læreplan Vg2 helsearbeiderfag, omtale, s 2).

Behovet for kunnskap er stadig tydelig til stede, men formuleringer og målene i de nye fagplaner forandret seg, elevens sluttkompetanse beskrives som store og helhetlige mål. Læreplanens funksjon som styrende for organisering ble mindre i forhold til R94, men den er stadig styrende for innhold og mål, speilende og informerende (Gundem i Engelsen, 2003).

Aktører i KL06 hadde et mye bredere sammensatt fundament og det var nye toner med åpen debatt og ikke minst var sammensetningen av læreplangruppene annerledes enn for R94 (Hovdenak, 2000). Faget kosthold og ernæring har endret seg gjennom årene, og en demokratisk implementering av endringer i skolen vil gå lettere og føles mer meningsfull enn en udemokratisk. Ikke minst må det være åpenhet omkring årsaken til endringer (Goodson, 1998). Utvelgelsesprosessen til de 14 læreplangrupper:

Universiteter og høyskoler, fylkesmennenes utdanningsavdelinger, lærer- og skoleorganisasjoner og de nasjonale sentrene ble invitert til å komme med forslag på personer de mente var aktuelle for læreplangruppene(...).Kriteriene for å bli bedt om å delta var blant annet erfaringer med tidligere læreplanarbeid, tidligere arbeid med kompetanseutvikling og faglighet. Læreplangruppene ble deretter satt sammen slik at de som helhet ivaretar flest mulig av de gitte kriteriene (Linge, 2004).

I tillegg var det et åpent samarbeidsmiljø mellom fagplangruppene, Faglige råd, Fylkesmannens referansegrupper, ressurspersoner/fagmiljø, Sosial- og helsedirektoratet, Utdanningsdirektoratet og bearbeidningsgrupper. Høringsprosessen var åpen (Bjarkøy, 2007).

5.3 En historisk oversikt over viktige faktorer og aktører i fagets utvikling

Historien viser at faget og dets tallskvinner og menn var opptatt av kosthold og ernæring som en faktor i folkehelsearbeidet. Som viktige aktører fikk de innflytelse på fagets plass i folks private liv, i undervisningssystemet og i helsepolitikken.

Faget har endret seg i takt med eksterne og interne faktorer, samfunnets epoker, forskning og kunnskap om ernæring, tradisjoner og ikke minst strømninger i tiden – samfunnets livsverden (Goodson, 1998, Jensen, 2002). For eksempel har faget i overensstemmelse med utviklingen i samfunnet for øvrig endret fokus fra det forebyggende til det helsefremmende arbeid. Det var imidlertid helt fra begynnelsen en forståelse av kosten som en del av et utvidet helsebegrep (Koch i Tenfjord, 1959).

I tabell 5.1 er det flytende overganger mellom interne og eksterne faktorer og aktører. Mange av aktørene opererer både internt og eksternt og representerer alle lag i befolkningen.

Oversikten omfatter ikke alle de hendelser og aktører, personer eller institusjoner/organisasjoner, som er - eller har vært - delaktige i fagets historie.

Tabell 5.1.

En kort historisk oversikt over fagets utvikling og et utvalg av interne og eksterne aktører.

Faktorer	Interne aktører	Eksterne aktører
<p>Fagets fødsel, 1800-</p> <p>Invention: <u>Fysiske forhold:</u> Betydning for helse Bekjempelse av sykdom, feil- og underernæring, dårlig hygiene</p> <p><u>Psykososiale forhold:</u> Åndens sundhet og styrke: øke velbefinnende og overskudd Redusere ulikheter i helse pga dårlige levevilkår</p> <p><u>Økonomiske:</u> Bedre helse gir mindre fravær, større produksjon, mindre utgifter til helse</p> <p>Coalitions: Samarbeid flere grupper/aktører</p> <p>Establiment: Akademisk fag Høgere utdanning Gjenkjenning og aksept</p>	<p>Personer som: Hanna Winsnes Katti Anker Møller Helga Helgesen Albin Koch Daniel C. Danielssen Peter C. Asbjørnsen Eilert Sundt</p> <p>Den første husmorskole Abildsø 1865 Eugenia Stiftelsen (beg. 1800)</p> <p>Første skolekjøkken Sandefjord 1890 Skolekjøkkenundervisning Kampen: Helga Helgesen</p> <p>Lærerutdanning Øvre Stabekk 1909 <i>Statens lærerinneskole i husstell</i> Først 1årig, fra 1919 2årig</p>	<p>Folkeopplysningsbevegelsen Kvinnebevegelsen Arbeiderkvinnebevegelsen</p> <p>Politikere 1860: Lov om sunhedscommissioner Sundhedskommisjoner (1860)</p> <p>Sophus Torup: folkeernæring – nasjonal ernæring Asbjørnsen – Sundt: Grautstriden Stortinget: Ernæringsdebatt – forbruksmønstre Kvinner som politiske aktører</p> <p>Landbruksdepartementet Kirke departementet Stortingets Sosialkomite Norske Kvinners Nasjonalråd Kvinneorganisasjoner Arbeiderkvinnebevegelsen Komité, bl.a. Sophus Torup</p> <p>Stortingsproposisjon nr 69 1908 <i>"Angående ordningen av husmorskoler og Statens lærerinneskole i husstell"</i></p>
<p>Støttefunksjoner</p>		<p>Statens forsøksvirksomhet i husstell, 1936 Statens Ernæringsråd, 1937 Statens kostholdnemnd, 1939 Statens opplysningskontor for husstell, 1940</p>

<p>Skolefag: Huslig økonomi 1896- 1939 <i>Opplæring i matstell, bidra til utjevning av sosiale forskjeller</i></p> <p><i>Husmoryrket med ansvar for familie, matlaging</i></p>	<p>Kommunale skoler på frivillig basis for jenter</p> <p>1919: faget "skolekjøkken" i 43 byer og 37 landkommuner</p> <p>1936: obligatorisk for jenter på landet</p>	<p>Folkeskolelovene av 1889 Folkeskoleloven av 1908</p> <p>Lov av 1936 om folkeskolen på landet (nr. 8) og om folkeskolen i kjøpstedene (nr 9).</p>
<p>Husstellfag 1939 <i>Husmoryrket med ansvar for familie, matlaging</i></p>	<p>Obligatorisk fag for jenter</p>	<p>Normalplanen for by og landsskolen</p>
<p>Heimkunnskap 1959 <i>Biologiske, emosjonelle og sosiale sider ved menneskets fellesskap</i></p>	<p>Obligatorisk også for gutter</p> <p>9 års obligatorisk skolegang for alle</p>	<p>1959: Stortinget ny lov om folkeskolen</p>
<p>Husmorskoler 1916 <i>Vekt på utøvelsen av kokekunst, utøvelsen av husmoryrket</i></p>	<p>Kommunale husmorskoler rundt i landet, den første i Oslo</p> <p>1963: Statens lærerskole i husstell</p> <p>1966: Universitetet i Oslo: ernæringslinje</p>	<p>Fernanda Nissen</p> <p>Private, offentlige, organisasjoner</p>
<p>Husstellfag 1974 <i>Vekt på utøvelsen av kokekunst, utøvelsen av husmoryrket</i></p>	<p>Rett til videregående utdanning</p> <p>Alle utdanninger i samme system</p> <p>Yrkesfaglige linjer</p> <p>1979: 3årig faglærerutdanning først som forsøk, deretter godkjent 1986</p> <p>1982: Statens husstellhøgskole</p> <p>1985: hovedfag i ernæring, helse og miljø</p> <p>1985: Stabekk Høgskole</p>	<p>Lov om videregående opplæring 1974</p> <p>Kultur- og vitenskapsdepartementet</p>
<p>Kosthold og ernæring: Modul i Helsefag: Helse- og sosialfag Helse- og miljøfag Sosial- og helsefag 1994 <i>Vekt på forebyggende arbeid og kosten som del av livsstil</i> <i>Yrkesutøvelse</i></p>	<p>Mer fokus på teori</p> <p>Kompetanse viktig: fagkompetanse, sosialkompetanse, metode- og sosial kompetanse</p> <p>Fra eget fag til en modul i faget Helsefag</p> <p>2003: Høgskolen i Akershus</p>	<p>Reform 94 Videregående skoler</p> <p>Kulturelite</p> <p>Utdanningsdepartementet</p> <p>Gudmund Hernes</p> <p>Arbeidslivet, økonomiske hensyn</p>
<p>Kosthold og ernæring som mål i Helsefremmende arbeid Helse- og sosialfag 2006 <i>Vekt på forebyggende arbeid og kosten som del av livsstil</i> <i>Kosten som faktor i arbeidet mot sosiale ulikheter, yrkesutøvelse</i></p>	<p>Kompetansemål</p> <p>Grunnleggende ferdigheter</p> <p>Ernæring en modul i naturfag</p> <p>Ernæring inngår i programfaget helsefremmende arbeid</p>	<p>Kunnskapsløftet 2006 Videregående skoler</p> <p>Læreplangruppe satt sammen mer bredt og med pedagoger</p> <p>Faglig råd</p> <p>Ressurspersoner/fagpersoner</p> <p>Fylkets referansegruppe</p> <p>Sosial- og helsedirektoratet</p> <p>Utdanningsdirektoratet</p> <p>Høringsrunde/Debatt</p>

Faget har hatt mange navn fra Huslig økonomi, Husstellfag, Heimkunnskap til Kosthold og ernæring som del av Helsefag (R94) og Helsefremmende arbeid (KL06). Navnene forteller historien på sin måte. Betegnelsen *Huslig økonomi* hadde sammenheng med statens behov innen flere felt: ernæringspolitikk, helsepolitikk og ikke minst den økonomiske politikken (Myrvang, 2004). Folkehelsearbeidet skulle styrkes i hjemmet, ressurser skulle brukes hensiktsmessig, og det var husmoren som hadde ansvaret. I en rekke år var undervisning kun obligatorisk for jentene. Det var de, som hadde hovedansvaret for familiens ernæringstilstand⁴⁸ og husholdningsøkonomi. Både *Husstell* og *Heimkunnskap* og *Husmorskolen* plasserte fortsatt faget og ansvaret i hjemmet hos husmoren. Fra 1959 ble faget obligatorisk for både jenter og gutter (Lov om folkeskolen), men først ved innføring av R94 og spesielt KL06 ble fokus flyttet fra hjemmet og husmoren til arbeidsliv og yrkesutøvelse. Samhandlingsreformen viser hvilken betydning faget har som del av den kompetanse samfunnet har behov for ”i alle deler av helsetjenesten” (St.meld. nr. 47 (2008 – 2009), 2009, s 125).

Faget er også et tradisjonsbærende og identitetsskapende fag. Under krigen spilte miljøet rundt Stabekk en viktig rolle. Undervisning i skole og i samfunnet for øvrig var med til å gi folk en bedre helse fysisk, psykisk og sosialt. Smakspreferanser vises i kosten, og i kriser finner vi tilbake til de preferanser som gir identitet, fellesskap og trygghet. Vi velger det trygge som gir ontologisk sikkerhet (Bourdieu, 1996, Giddens i Kaspersen, 2001, Tenfjord, 1959).

Samtidig blir tradisjoner utfordret av nye impulser. I dagens oppbruddssamfunn har skolefaget kosthold og ernæring mulighet for å være en stabiliserende faktor, for eksempel gjennom å ta vare på hele mennesket og de kulturelle tradisjoner. Faget innbefatter også omsorgsperspektivet som ivaretar respekt og empati for andre. I et historisk og ernærings- og helseperspektiv har faget stått for både utdanning og dannelse fra Hanna Winsnes til i dag. Dannelse kan være en motvekt mot det tempo som kan true ”*det menneskelige dannelsesprosjekt*” (Jensen, 2020).

⁴⁸ Ernæringsarbeid i dag i regi av WHO har størst innsats på kvinner, barn og undervisning samt informasjon

KAPITTEL 6 ERNÆRINGSPOLITISKE DOKUMENTER

De ernæringspolitiske dokumenter presenteres i et helseperspektiv med fokus på anbefalinger for kosthold og ernæring før de analyseres på bakgrunn av 1) deres tilnærming til fagfeltet kosthold og ernæring og 2) deres tilnærming til helsefagarbeiderens kompetanse. Hvert dokument analyseres først. En oversikt vil dernest forsøke å samle anbefalingene for fagfeltet kosthold og ernæring og anbefalinger for kompetanse.

Dokumentene deles inn i de generelle strategier og stortingsmeldinger og i dokumenter med vekt på helsefagarbeiderens kompetanse og yrkesutøvelse. WHO's Global Strategy ligger til grunn for de etterfølgende dokumenter og de behandles i denne rekkefølge.

Gruppe 1: Generell helse og ernæringsdokumenter

- Verdens Helseorganisasjons Globale Strategi for diet, physical activity and health. 2002.
- Stortingsmelding nr 16 (2002-2003). *Resept for et sunnere Norge. Folkehelsepolitikken.*
- Norske anbefalinger for ernæring og fysisk aktivitet. Sosial- og helsedirektoratet 2005
- Nasjonalt råd for ernæring. *Et sunt kosthold for god helse.* Strategisk plan 2005-2009
- Nasjonalt råd for ernæring: Utkast til kostråd for å fremme folkehelsen og forebygge kroniske sykdommer i Norge. 2010.
- Handlingsplan for et bedre kosthold i befolkningen (2007-2011). *Oppskrift for et sunnere kosthold.*
- St.meld. nr. 47(2008-2009). *Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid*

Gruppe 2: Helsepersonell og yrkesutøvelse

- Lov om helsepersonell, sist endret 01.01.2010
- Retningslinjer for kosthold i helseinstitusjoner. Statens Ernæringsråd, 1995.
- Kvalitet i pleie- og omsorgstjenesten. Forskrift og veileder. Sosial- og helsedirektoratet. 2004.
- Ernæring i helsetjenesten. Sosial- og helsedirektoratet, 2007.
- Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring. Helsedirektoratet. 2009.

De nye forslag til kostråd finns enda kun som et utkast. Samhandlingsreformen er på nåværende tidspunkt ikke godkjent i Stortinget. Implementering av reformen har imidlertid allerede startet i mange kommuner. Det ser ut til, at den vil legge føringer for helse- og omsorgsetaten i årene som kommer. I analysen har jeg ikke vektlagt et dokument mer enn et annet.

6.1 World Health Organization Global Strategy for diet, physical activity and health

Ordet strategi forbindes ofte med militære aksjoner for å nå målet: å seire. I forbindelse med de problemer verden står overfor i forhold til kostrelaterte sykdommer trengs det en strategi: *”med en strategi menes her et sammensatt program eller en handlingsplan med mange aktiviteter, hvor hver aktivitet har et klart mål og utgjør en integrert del av den totale strategi”* (Barikmo, 2007).

World Health Assembly (WHA) er det øverste beslutningsdyktige organ i WHO og møtes hvert år i mai i Geneve. Alle 192 medlemsland er representert. Utfordringene verden står overfor er store. I 2001 sto ikke-smittsomme sykdommer for nesten 60 % av 56 millioner dødsfall årlig på verdensbasis og 47 % av verdens sykdomsbyrde (s 2). WHA ba i 2002 i en resolusjon (WHA 55.23) WHO om å utarbeide en global strategi for å forebygge ikke-smittsomme sykdommer. Det ble avholdt seks regionale konferanser med medlemsland, det ble gjennomført et uttrakt samarbeid og konsultasjoner med andre internasjonale og private partnere (stakeholders), og det ble opprettet et uavhengig internasjonalt sammensatt ekspertutvalg på ernæring og fysisk aktivitet i arbeidet frem mot strategien (s 1).

Viktige grunnlagsdokumenter for strategien var bl.a. The World Health Report 2002 og 2003 samt WHO's Technical Report 916: Diet, nutrition and the prevention of cronic diseases. Forskning viste dels at kroniske sykdommer kan forebygges og dels at forebygging er den mest lønnsomme strategi økonomisk og menneskelig. I mai 2004 vedtok WHO strategien.

Visjonen for strategien kommer til uttrykk i punkt 16, The Opportunity:

A unique opportunity exists to formulate and implement an effective strategy for substantially reducing deaths and disease worldwide by improving diet and promoting physical activity. Evidence for the links between these health behaviors and later disease and ill-health is strong. Effective interventions to enable people to live longer and healthier lives, reduce inequalities, and enhance development can be designed and implemented. By mobilizing the full potential of the major stakeholders, this vision could become a reality for all populations in all countries (s 3).

Strategien skal *“promote and protect health”* gjennom fire mål (objectives). Av disse er spesielt de to første aktuelle: 1) Risiko for kostrelaterte sykdommer skal reduseres og 2) Bevissthet omkring kostens betydning og effekt av helsefremmende arbeid skal økes (WHO, 2004).

WHO jobber vedvarende for å bekjempe ernæringsrelaterte problemer som underernæring, feilernæring og dårlig ernæring til spedbarn og barn (s 1). WHO gir i strategien en innføring i de utfordringer verden står overfor, snakker om en unik mulighet for å sette inn tiltak, formulerer mål, presenterer bevis for at det nytter å aksjonere, setter opp prinsipper for aksjoner – og ikke minst – WHO legger ansvaret for gjennomføring til medlemsstatenes regjeringer, offentlige og private instanser (stakeholders) og ulike regionale, nasjonale og lokale aktører. Den globale strategi bør ligge til grunn for nasjonale strategier og anbefalinger. Helsedepartementet er spesielt viktig og ansvarlig for samarbeid med andre deler av samfunnet, og det bør bygges på allerede eksisterende strukturer (s 6).

6.1.1 Helsebegrepet og helsefremmende arbeid i den globale strategi

WHO's definisjon av helse er i tråd med et vidt helsebegrep "*a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity*". Denne definisjon finnes på hjemmesiden til WHO. I den globale strategi blir kosthold (diet) sett i sammenheng med fysisk aktivitet i det helsefremmende arbeid.

En av de utfordringer verden står overfor er den økende andel av eldre mennesker. I denne sammenheng nevnes spesielt utviklingslands stigende utfordring på dette punkt. Det sies også at forebygging og vedlikehold av god helse "*maintaining the health*" er viktig uansett hvilken alder vi er i (s 3) og det legges vekt på et livslangt (life-course) perspektiv i forebygging og et sunt kosthold helt opp i alderdommen (s 5). Det er bevis for at man kan beholde helsa langt opp i alderdommen med en sunn livsstil;

People can remain healthy into their seventh, eighth and ninth decades, through a range of health-promoting behaviors, including healthy diets, regular and adequate physical activity, and avoiding of tobacco use. Recent research has contributed to understanding of the benefits of healthy diets. Physical activity, individual action and population-based public health interventions (s 4).

Regjeringer har en sentral rolle i forebyggende arbeid; "*Governments have a central role to create an environment that empowers and encourages behavior changes by individuals, families and communities, to make positive, life-enhancing decisions on healthy diets..*" (s 3).

Det helsefremmende arbeid skal være tverrfaglig og bredt (broader, comprehensive and coordinated) der alle sider av ernæring blir ivarettatt, for eksempel under- og feilernæring, overvekt, matsikkerhet, spedbarnsernæring (morsmelk) etc. (s 5).

Ernærings- og helsetilstand avhenger av sosial status, kultur, tradisjoner, kjønn og alder og de nasjonale strategier må dermed ta hensyn til disse faktorer. *”The prevalence of noncommunicable diseases related to diet may vary greatly between men and women. Patterns of diets differ according to sex, culture and age”* og videre *”Dietary habits are often rooted in local and regional traditions”* (s 5). Strategien har en klar sosioøkonomisk profil, og det er lagt spesiell vekt på aktiviteter rettet mot fattige grupper: *”Priority should be given to activities that have a positive impact on the poorest population groups and communities”* (s 5).

6.1.2 Anbefalinger

På bakgrunn av forskning, internasjonale og nasjonale eksperter gir strategien anbefalinger som skal forebygge ikke-smittsomme sykdommer. De generelle anbefalinger for kostens sammensetning:

- achieve energy balance and a healthy weight
- limit energy intake from total fats and shift fat consumption away from saturated fats to unsaturated fats and towards the elimination of *transfatty acids*
- increase consumption of fruits and vegetables, and legumes, whole grains and nuts
- limit the intake of free sugars
- limit salt (sodium) consumption from all sources and ensure that salt is iodized

Disse anbefalinger fra WHO er ment å danne grunnlag for nasjonale strategier for kosthold og fysisk aktivitet og nasjonale anbefalinger for kosthold (s 4).

6.1.3 Helsepersonale: utdanning og ansvar

Utdanning av helsepersonell er et avgjørende punkt for implementering av strategien; *”Training of health personnel, dissemination of appropriate guidelines, and availability of incentives are key underlying factors in implementing these interventions”* (s 10). Det legges vekt på at regjeringer satser på det forebyggende arbeid innen helsetjenesten og helsearbeidere skal kunne bruke mer tid på å forebygge gjennom økonomiske indisier *”to encourage and enable health professionals to dedicate more time to prevention”* (s 9).

Helsepersonell skal kunne gi råd så vel til pasienter som pårørende, i *”advice on benefits”* er det nesten tale om undervisning. I tillegg skal personale kunne hjelpe pasienter å legge om dårlige vaner. *”Routine contacts with health-service staff should include practical advice to patients and families on the benefits of healthy diets, combined with support to help patients initiate and maintain healthy behaviors”* (s 9).

Helsepersonell har en bred kontaktflate og den kontakt kan gi store gevinster på det personlige plan. Gevinster omfatter også de samfunnsøkonomiske:

Health-care providers, especially for primary health care, but also other services (such as social services) can play an important part in prevention. Routine enquiries as to key dietary habits and physical activity, combined with simple information and skill - building to change behavior, taking a life-course approach, can reach a large part of the population and be a cost-effective intervention (s 9).

Helsepersonell, og også helsefagarbeidere, har et stort ansvar i møtet med brukere/pasienter. I beskrivelsen av deres kompetanse ligger alle sider av samfunnets behov for kompetanse i kosthold og ernæring. Gode holdninger er nødvendige for å kunne gjennomføre intensjonene; *“to promote and protect health by guiding the development of an enabling environment for sustainable actions at individuals”*.

I pleie- og omsorgssektoren er det et yrkesetisk ansvar å legge til rette for en helsefremmende kost. Ernærings- og utdanningspolitikken må understøtte prinsippene slik at kostens betydning for helse blir erkjent: *“to increase the overall awareness and understanding of the influences of diet”* (s 3). Utdanning bør fortsette igjennom det yrkesaktive liv som etter- og videreutdanning. På den måten kan helsepersonell øke sin egen health literacy og hjelpe andre, også marginaliserte grupper (s 7).

6.1.4 Sammenfatning

Strategien ser på kosthold og ernæring som en viktig faktor i det helsefremmende arbeid.

Tabell 6.1. WHO`s globale strategi: anbefalinger og krav til fagfeltet kosthold og ernæring.

Kategorier for kosthold og ernæring	Anbefalinger og krav til fagfeltet kosthold og ernæring i strategien
Fysisk:	<i>To reduce the risk factors for non - communicable diseases that stem from unhealthy diets</i>
Psykisk:	<i>Diet may vary greatly between men and women. Patterns of diets differ according to sex, culture and age</i>
Sosialt:	<i>Patterns of diets differ according to sex, culture and age. Dietary habits are often rooted in local and regional traditions</i>
Omsorg:	<i>To promote and protect health by guiding the development of an enabling environment for sustainable actions at individuals.</i>

Anbefalinger for kostholdet gjelder først og fremst kosthold i et fysiologisk/fysisk perspektiv men i strategien erkjennes de psykiske og sosiale sider. Samfunnet trenger helsepersonell med en tverrfaglig kompetanse som omfatter kunnskaper og ferdigheter. Videre trengs det gode holdninger og ansvarlighet. Nedenstående tabell viser at helsepersonell ikke bare må kunne veilede pasienter men også kunne skape et støttende miljø.

Tabell 6.2 WHO`s globale strategi: anbefalinger for kompetanse

Kategorier for kompetanse	WHO's anbefalinger for kompetanse
Kunnskap Ferdigheter Holdninger Egnethet	<i>Routine contacts with health-service staff should include practical advice to patients and families on the benefits of healthy diets, combined with support to help patients initiate and maintain healthy behaviors</i> <i>To promote and protect health by guiding the development of an enabling environment for sustainable actions at individual</i>

6.2 Stortingsmelding nr 16 (2002-2003). Resept for et sunnere Norge.

Folkehelsepolitikken

Det sentrale budskap i denne stortingsmelding kommer til uttrykk i innledningen: *”Den store helsepolitikken: forebygge mer for å reparere mindre”* (s 5). Den store helsepolitikken omfatter de forebyggende tiltak som gjøres både individuelt og kollektivt. Samfunnet må legge til rette for de gode valg og problemene eies av flere samfunnssektorer. Da St. meld. nr 16 kom, var den en oppfølging av St. meld. nr 37 (1992 – 93) *Utfordringer i helsefremmende og forebyggende arbeid*. Samfunnet stod overfor nye utfordringer, for eksempel *”økt globalisering, et fler- kulturelt samfunn, et krevende arbeidsliv, og rusproblematikk”*. Det fantes dokumentasjon for at *”en tredel av den samlede sykdomsbyrden i industrialiserte land skyldes de fem risikofaktorene tobakk, alkohol, høyt blodtrykk, kolesterol og overvekt”* (s 6).

I tillegg var St. meld. nr 16 en oppfølging av WHO`s globale strategi. Ny kunnskap omkring helse og livsstil gjorde det politisk og praktisk mulig å vedta stortingsmeldingen. Den har to hovedmål for folkehelsearbeidet:

- *Flere leveår med god helse i befolkningen som helhet*
- *Å redusere helseforskjeller mellom sosiale lag, etniske grupper og kjønn* (s 8).

Det forebyggende arbeid skulle styrkes på alle nivå. Ansvar for det forebyggende arbeid skal ikke bare ligge på den enkelte men også på samfunnet. Helsetjenesten nevnes spesielt: *”folkehelsearbeidet må forsterkes også innenfor helsetjenesten”* (s 6). Utgangspunktet, eller diagnosen i medisinsk term, for stortingsmeldingen var først og fremst utviklingen av livsstilssykdommer. Meldingen skrev ut fire resepter for å nå målene:

1. *Skape gode forutsetninger for å kunne ta ansvar for egen helse.*
2. *Bygge allianser for folkehelse.*
3. *Helsetjenestene: forebygge mer for å reparere mindre*
4. *Utvikle ny kunnskap* (s 8-9).

I tillegg til de fire veier har St.meld. nr. 16 en kvinnehelsestrategi. Man ønsker å styrke forskning omkring kvinners helseproblemer for å kunne tilpasse det helsefremmende arbeid til kvinners behov. Spiseforstyrrelser er et stort problem spesielt for unge kvinner (og menn) og Strategiplanen mot spiseforstyrrelser omfatter forebyggende tiltak i tillegg til behandling. Beinskjørhet rammer mest eldre kvinner, årsakene er delvis kjent, men kosthold er en faktor og forebygging er viktig (s 122).

Innvandrerkvinner har ansvar for familiens kosthold og ernæringstilstand, og det er viktig at de får veiledning. *”For å yte bedre helsetjenester til personer med etnisk minoritetsbakgrunn skal opplæring og veiledning av helsepersonell styrkes innenfor rammen av eksisterende opplæringsprogrammer”* (s 124).

Meldingen retter seg mot helsefremmende og forebyggende arbeid og ikke så mye mot behandling, pleie og omsorg, unntatt for kvinnehelse (s 7). Tiltak rettet mot livsstil og endring av denne i en positiv retning har vist seg å ha virkning, spesielt der disse omfatter flere risikofaktorer (s 92-93).

6.2.1 Helsebegrepet og det helsefremmende arbeid i St.meld. nr. 16

Folkehelsearbeid defineres som både helsefremmende og forebyggende arbeid;

”folkehelsearbeid innebærer å svekke det som medfører helserisiko, og styrke det som bidrar til bedre helse” (s 6). Helsefremmende og styrkende faktorer omfatter både fysiske og psykososiale forhold. Livet bør *”ha mening og være forutsigbart og håndterbart”* (s 6).

WHO's definisjon av helse blir dermed omdefinert i stortingsmeldingen. WHO's definisjon *”kan antyde et likhetstegn mellom god helse og et godt liv. I denne meldingen legges isteden til grunn at vi ønsker god helse for å kunne leve et godt liv, på linje med trygge lokalsamfunn og meningsfullt arbeid”* (s 6). God helse blir en av flere ”investeringsfaktorer” for å kunne leve det gode liv.

Kosthold og ernæring som del av det helsefremmende arbeid har en viktig plass på bakgrunn av de helseproblemer vår del av verden strider med; av de fem største risikofaktorer er tre relatert til kosten (høyt blodtrykk, kolesterol og overvekt) og dermed kommer *”tiltak av typen fysisk aktivitet, kosthold og røykeslutt i fokus”* (s 7). Det fins en sosial ulikhet i forhold til helseproblemer og hvilke risikofaktorer vi utsettes for. Det gjelder også de ernæringsrelaterte helseproblemer. *”For eksempel er forekomsten av hjerteinfarkt og overvekt betydelig større blant grupper med lav sosial status”* (s 13). Det som kan påvirke helse kan *”være ting vi spiser eller drikker, eller de befinner seg i det sosiale eller fysiske miljøet rundt oss”* (s 6).

Kostens betydning beskrives som del av vår fysiske, psykiske, sosiale helse og vår kultur:

Mat og spisevaner er en viktig del av vår kultur og har stor betydning for riktig ernæring og for sosialt, mentalt og fysisk velvære. I Norge er det i første rekke den ernæringsmessige sammensetningen av kostholdet som har betydning for folkehelsen (s 35).

6.2.2 Anbefalinger for et sunnere Norge

Hovedmålet er å *”bidra til at befolkningens kosthold får en sammensetning som er i tråd med Sosial- og helsedirektoratets anbefalinger”* og at kostholdet skal redusere de kostholdsrelaterte helseskader i befolkningen. Kosten skal være helsemessig trygg, tilfredsstillende forbrukernes krav og være produsert på en bærekraftig og miljøvennlig måte (s 35). Det norske kostholdet har blitt magrere og flere spiser grønnsaker og kornprodukter. Det har hatt gunstig virkning på frekvensen av hjerte- og karsykdommer og hjerteinfarkt som dødsårsak. Men kostholdet kan stadig forbedres (s 13). Overvekt og diabetes type 2 vil stille helsevesenet overfor store utfordringer i fremtiden dersom spisevaner ikke endres (s 14-15)

Anbefalinger for kostholdet er i tråd med Sosial- og helsedirektoratets anbefalinger:

- *å redusere inntak av fett, spesielt mettet fett, sukker og salt*
- *å øke inntaket av frukt og grønnsaker, grove kornprodukter og fisk (s 35).*

Utsatte grupper skal vektlegges for å redusere sosiale helseforskjeller og et av flere virkemidler er økt kompetanse (s 36).

6.2.3 Helsepersonell og yrkesutøvelse

Skolens rolle som formidler av kompetanse skal styrkes. Kompetanse omfatter kunnskap og ferdigheter for elever og lærere både i grunnskolen og i pedagogiske høyskoler. Dette er beskrevet under tiltak for barn og ungdoms kosthold, men sett i sammenheng med den oppgave helsetjenesten har i forhold til formidling av kunnskap, er dette også viktig i forhold til eldre og andre pasientgrupper (s 38, 51). Den veiledning som formidles innen for helsetjenestens rammer oppleves som individuell og relevant (s 51).

Helsefagarbeideren skal veilede og hjelpe brukeren/pasienten til å ta de gode valg, men det er alltid en situasjon som krever respekt, innlevelse og en yrkesetisk forankring; *”Det er forbundet med store etiske utfordringer å påvirke andre mennesker, både enkeltpersoner og grupper. Et slikt arbeid må ta utgangspunkt i respekt for ulike verdivalg og ha en grunnleggende samfunnsmessig aksept”* (s 6). I noen tilfeller vil personer fortsette å velge usunt på tross av de råd som gis. Da er det viktig å ha positive holdninger til dem og ikke påtvinge dem de *”riktige og sunne”* valg. Det vil være å sette i verk tiltak som *”framstår som formynderi”* (s 7). Slike dilemma og situasjoner møter helsefagarbeideren i yrket, og en god yrkesutøver vil balansere mellom å veilede, gi råd og samtidig ha respekt for den andre.

6.2.4 Sammenfatning

St. meld. nr. 16 (2002 – 2003) ser på kosthold og ernæring i et utvidet helseperspektiv. Maten vi spiser betyr noe for oss fysisk, psykisk og sosialt. Helsepersonell må se kostholdet som en del av omsorgs- og yrkesutøvelsen.

Tabell 6.3. St. meld. nr. 16: anbefalinger for fagfeltet kosthold og ernæring

Kategorier for kosthold og ernæring i	Anbefalinger og krav til fagfeltet kosthold og ernæring
Fysisk	<i>Flere leveår med god helse i befolkningen som helhet</i>
Psykisk Kulturelt	<i>Mat og spisevaner er en viktig del av vår kultur og har stor betydning for riktig ernæring og for sosialt, mentalt og fysisk velvære.</i>
Sosialt	<i>Å redusere helseforskjeller mellom sosiale lag, etniske grupper og kjønn</i>
Omsorg	<i>Veiledning og informasjon som del av omsorg, uten at det framstår som formynderi</i>

Kompetanse er grunnlaget for å kunne få gjennomslag for målene. I kompetansebegrepet ligger så vel kunnskaper og ferdigheter. Det stilles krav til yrkesutøveren i forhold til måten kunnskapene brukes i møtet med "den andre".

Tabell 6.4. St. meld. nr. 16: anbefalinger for kompetanse

Kategorier for kompetanse	Anbefalinger for kompetanse
Kunnskaper Ferdigheter	<i>Anbefalinger for kosthold og ernæring, kunnskaper om næringsinnhold, ferdighet i forhold til valg og tilberedning av matvarer</i>
Holdninger	<i>Det er forbundet med store etiske utfordringer å påvirke andre mennesker, både enkeltpersoner og grupper.</i>
Egnetet	<i>Et slikt arbeid må ta utgangspunkt i respekt for ulike verdivalg og ha en grunnleggende samfunnsmessig aksept</i> <i>Ikke iverksette tiltak som "framstår som formynderi"</i>

6.3 Norske anbefalinger for ernæring og fysisk aktivitet. Sosial og helsedirektoratet 2005

De første anbefalinger for kostholdet ble første gang utarbeidet i 1954. De gjeldende norske anbefalinger er utarbeidet av Sosial- og helsedirektoratet og erstatter Statens ernæringsråds ”Norske næringsstoffanbefalinger” fra 1997 og bygger på Nordic Nutrition Recommendations 2004 - Integrating nutrition and physical activity (NNR 2004). De nordiske land har jobbet sammen om anbefalingene siden 1980 med revisjoner i 1989, 1996 og 2004. Revisjoner er resultat av forskning. Man ønsker kontinuitet men gjør forandringer, der det er vitenskapelig dokumentasjon på ny kunnskap. Det er ikke de store endringer som ble gjort i 2005 utgaven. Arbeidet med anbefalinger ledes av en arbeidsgruppe nedsatt av Nordisk arbeidsgruppe for kost og ernæring under Embetsmannskomiteen for næringsmiddelspørsmål, Nordisk Ministerråd. Andre samarbeidspartnere er ernæringseksperter, myndigheter, bransjeorganisasjoner og utdanningsinstitusjoner. Nasjonalt råd for ernæring har sluttet seg til Norske anbefalinger for ernæring og fysisk aktivitet (forord).

Det overordnede formål med anbefalingene er å *”gi retningslinjer for ernæringsmessig sammensetning av et kosthold som danner grunnlag for en generelt god helse”* (s 4).

Kostholdet skal

1. *Tilfredsstill de primære behov for næringsstoffer, dvs. sikre de fysiologiske behov i forbindelse med vekst og funksjon,*
2. *Gi forutsetninger for en generelt god helse og minske risikoen for sykdommer som har sammenheng med kostholdet (s 4).*

Anbefalingene dekker behovet for næringsstoffer over en lengre periode (gjennomsnittskost), og gjelder for grupper av friske mennesker. Bruksområdet for anbefalingene er så vel kostplanlegging og vurdering av kostholdet, til undervisning, opplysningsvirksomhet og mat- og ernæringspolitikk (s 4).

6.3.1 Helsebegrepet og det forebyggende arbeid i Norske anbefalinger

I det overordnede formål fremgår det at anbefalingene skal gi grunnlag for en *”generelt god helse”* (s 4) som kun relateres til de fysiologiske sider av helsebegrepet; *”verdiene inkluderer en sikkerhetsmargin som tar høyde for forskjeller i behov og fysiologiske forhold”* (s 4).

Kostholdet skal i tillegg minske risikoen for kostholdsrelaterte sykdommer. *”Å minske risiko”* kan sees på som *”å forebygge”* og i forbindelse med de anbefalinger for ulike næringsstoffer brukes begrepene *”forebygging”* og *”å forebygge”* i flere eksempler:

- Med tanke på forebygging av koronar hjertesykdom er det viktigste å minske inntaket av de nevnte fettsyrene (s 6)
- Moderasjon av det totale fettinntak er viktig for å forebygge fedme (s 6).
- Et tilstrekkelig fiberinntak motvirker forstoppelse og kan sannsynligvis bidra til å redusere risikoen for overvekt og tykktarmskreft (s 6)
- Begrensning i inntaket av sukkerholdig drikke kan være viktig i forhold til forebygging av overvekt (s 7).

6.3.2 Anbefalinger

Anbefalingene gjelder for grupper av friske, vil ”sannsynligvis dekke behovet hos så godt som hele befolkningen” og omfatter:

- Anbefalinger for fordeling av energigivende næringsstoffer (fett, protein, karbohydrat) som andel av totalt energi inntak, og anbefalinger for inntak av kostfiber
- Anbefalinger for inntak av vitaminer og mineralstoffer. Verdiene inkluderer en sikkerhetsmargin som tar høyde for forskjeller i behov og fysiologiske forhold
- Anbefalinger for inntak av salt.
- Anbefalinger for inntak av alkohol.
- Referanseverdier for energiinntak
- Anbefalinger for fysisk aktivitet (s 4).

Anbefalingene gjelder først og fremst for planlegging av kostholdet til grupper med blandet alderssammensetning og for voksne og barn over to år. For barn under to år gis det anbefalinger dels for amming og dels for overgang til vanlig mat.

Kostens sammensetning av protein, fett og karbohydrat og energiprosenter beskrives grundig og er generelle. Anbefalingene for vitaminer og mineraler er aldersdifferensiert og gis også som anbefalinger i forhold til energiinntak.

Enkelte grupper har spesielle behov, for eksempel gravide og eldre. Helsepersonell kan ha ansvar for eldre med lavt energi inntak. For en slik energireduert kost anbefales det å gi tilskudd til kosten, da det er lite realistisk, at behovet for vitaminer og mineraler ellers vil bli dekket; det anbefales å ”vurdere om det bør gis et multivitamin-mineraltilskudd i tillegg til kostholdet” (s 11). Kunnskap og ferdigheter i ernæring er derfor viktig i tillegg til vurderingsevne.

6.3.3 Sammenfatning

Kosthold og ernæring betraktes ut fra et fysiologisk helsebegrep, de psykososiale sider nevnes ikke. Den omsorgsmessige siden nevnes i forbindelse med lave energiinntak for eksempel eldre.

Tabell 6.5. Norske anbefalinger for ernæring: anbefalinger for fagfeltet kosthold og ernæring

Kategorier for kosthold og ernæring	Anbefalinger til fagfeltet kosthold og ernæring
Fysisk	<p>Tilfredsstille de primære behov for næringsstoffer, dvs. sikre de fysiologiske behov i forbindelse med vekst og funksjon,</p> <p>Gi forutsetninger for en generelt god helse og minske risikoen for sykdommer som har sammenheng med kostholdet.</p> <p>Verdiene inkluderer en sikkerhetsmargin som tar høyde for forskjeller i behov og fysiologiske forhold</p>

Kunnskap om ernæring er nødvendig for dels å kunne lese og forstå anbefalingene og dels for å kunne planlegge en kost i tråd med anbefalingene. Helsepersonell med ansvar for kosthold for pasient- og brukergrupper må kunne ta ansvar og vurdere kostholdet mot behov og ulike forhold.

Tabell 6.6. Norske anbefalinger for ernæring: anbefalinger for kompetanse

Kategorier for kompetanse	Anbefalinger for kompetanse
Kunnskaper	Vurdere om det bør gis et multivitamin-mineraltilskudd

6.4 Nasjonalt råd for ernæring. *Et sunt kosthold for god helse. Strategisk plan 2005-2009*

Strategidokumentet for 2005 – 2009 er utarbeidet av Nasjonalt råd for ernæring, et uavhengig råd oppnevnt av Helse- og omsorgsdepartementet i 2003 ”basert på visjonen om et sunt kosthold for god helse gjennom hele livet” (s 2). Planen bygger på tre dokumenter: WHO's globale strategi for ernæring, fysisk aktivitet og helse 2004, St.meld. nr 16 (2002 – 2003) *Resept for et sunnere Norge* og Norske anbefalinger for ernæring og fysisk aktivitet 2005. Kosthold har stor betydning for befolkningens helsetilstand, og planen presenterer ulike mål og konkrete tiltak:

- *Tiltak som gjør det lettere å foreta sunne valg*
- *Tiltak innenfor utdanningsinstitusjonene*
- *Tiltak i sosial- og helsetjenestene*
- *Økt satsing på forskning og overvåking*
- *Kommunikasjonstiltak (s 4).*

Tiltak innenfor utdanningsinstitusjoner skal ”sikre grunnleggende kunnskap om kost og helse samt sikre ferdigheter i tilberedning av mat” (s 4). Det er ikke spesifisert skoleslag eller programområde. Det er en øking av kunnskaper og ferdigheter generelt. Tiltak innen sosial- og helsetjenesten er viktige virkemiddel for å nå målene, og en gjennomføring av tiltak er avhengig av kompetanse hos helsepersonell; ”Det er et klart behov for ernæringsfaglig kompetanse blant alt helsepersonell” (s 14).

En innsats innen eldreomsorgen vil kunne gi eldre en bedre helse og livskvalitet; ”mange eldre har en ernærings situasjon som gjør dem skrøpeligere enn de trengte å være” (s 15). Arbeidsoppgaver i denne sammenheng omfatter praktisk matarbeid, innkjøp, tilpasning til brukerens behov og hjelp i spisesituasjon. Det er et overordnet mål i ernæringsarbeidet er ”å redusere sosiale forskjeller i helse” (s 5).

6.4.1 Helsebegrepet og det helsefremmende arbeid i Strategiplanen

Strategiplanen bruker ”god helse” i visjon og tittel. I en utvidet tekst til visjonen defineres helse til mer enn fysisk helse; ”I et helsefremmende og forebyggende perspektiv omfatter helse mer enn fravær av sykdom. I tillegg til fysisk helse, inkluderer det trivsel og velvære” (s 10). Matkultur nevnes som et område man må ta hensyn til i utvikling av råd og tiltak (s 5), dermed får helsebegrepet også en sosial-kulturell dimensjon. Vår lokale kultur blir utfordret av globalisering, vi får nye matvaretilbud og matinntrykk. Vi spiser mer ute, og matlaging har blitt underholdning på TV og andre medier.

Planen har en sentral plass i det forebyggende og helsefremmende arbeid;

”Ernæringsarbeidet må sees i sammenheng med det totale folkehelsearbeidet” (s 4).

Forebygging er viktigere enn behandling; *”Innsatsen for et sunt kosthold er knyttet til målet om å forebygge helseproblemer og fremme god helse. Å unngå eller å redusere omfanget av ernæringsrelaterte helseproblemer er viktigst”* (s 5). For mennesker med kroniske sykdommer kan kostholdet brukes både som behandling, forebygging og helsefremmende tiltak (s 9).

De fysiologiske behov forandrer seg gjennom livet, og det samme gjelder for helseproblemene. Ernæringsarbeidet bør ha et livslangt perspektiv *”Helsefremmende og forebyggende ernæringsarbeid må ha en helhetlig tilnærming til menneskets livsløp og forskjellige behov i ulike faser av livet”* (s 7).

Kompetanse hos helsepersonell er viktig hvis helseproblemer skal reduseres *”Offentlige helse- og sosialtjenester på alle nivå må utføres av kompetent personell, enten det gjelder forebygging eller behandling av ernæringsrelaterte helseproblemer”* (s 5).

Trygg mat samt de globale og miljømessige sider av mat- og ernæringspolitikk og kostholdet blir tatt med i det helsefremmende perspektiv. Det er spennende og viktig, men er ikke en del av oppgaven.

6.4.2 Anbefalinger, visjon og mål

Visjonen for *”Et sunt kosthold for god helse gjennom livet”* utdypes slik

Et sunt kosthold er i samsvar med anbefalinger for kostens sammensetning av næringsstoffer, samtidig som det er variert, smakfullt og i tråd med kulturelle verdier. Det er summen av hva som spises og drikkes, hvor mye og hvor ofte, som er avgjørende i det lange løp (s 10).

Visjonen skal nås gjennom mål og innsatsområder for kostholdet er:

- å øke forbruket av grønnsaker, frukt, bær og grove kornvarer
- å redusere inntaket av hardt fett (mettet fett og transfett)
- å redusere inntaket av energitette, næringsfattige matvarer (s 4).

6.4.3 Sammenfatning

Kosthold og ernæring defineres inn i et helsebegrep nærliggende WHO's definisjon av helse.

Videre vurderes kostholdet som en del av det omsorgsarbeidet helsepersonell utøver.

Tabell 6.7 Strategiplanen 2005 - 2009: anbefalinger for kosthold og ernæring

Kategorier for kosthold og ernæring	Anbefalinger for fagfeltet kosthold og ernæring
Fysisk	<i>Et sunt kosthold er i samsvar med anbefalinger for kostens sammensetning av næringsstoffer, ...</i>
Psykisk	<i>samtidig som det er variert, smakfullt og ...</i>
Sosialt	<i>i tråd med kulturelle verdier.</i>
Kulturelt	
Omsorg	<i>Ernæringsarbeid må ha en helhetlig tilnærming til menneskets livsløp og forskjellige behov i ulike faser av livet</i>
	<i>Mat og matkultur er viktige rammer for dagliglivet</i>

Helsepersonell trenger en bred kompetanse, kunnskaper og ferdigheter i tillegg til gode holdninger som sikrer at pasienter/eldre får den ernæring de har behov for.

Tabell 6.8 Strategiplanen 2005 - 2009: anbefalinger for kompetanse

Kategorier for kompetanse	Anbefalinger for kompetanse
Kunnskap	<i>Sikre grunnleggende kunnskap om kost og helse ..</i> <i>..samt sikre ferdigheter i tilberedning av mat</i> <i>Mange eldre har en ernæringsssituasjon som gjør dem skrøpeligere enn de trengte å være</i>
Ferdigheter	<i>Det er et klart behov for ernæringsfaglig kompetanse blant alt helsepersonell</i> <i>Offentlige helse- og sosialtjenester på alle nivå må utføres av kompetent personell</i>
Egnethet	<i>Ernæringsarbeid må ha en helhetlig tilnærming til menneskets livsløp og forskjellige behov i ulike faser av livet</i>

6.5 Kostråd for å fremme folkehelsen og forebygge kroniske sykdommer i Norge

Nasjonalt råd for ernæring la frem sitt forslag til nye kostråd 10. mai 2010. Rapporten med de 13 foreslåtte rådene bygger på ” *studier som dokumenterer en sammenheng mellom inntak og risiko for sykdom og død*” (s 4). En arbeidsgruppe nedsatt av Nasjonal råd for ernæring i 2006 har gått igjennom mange forskningsfunn og et stort vitenskaplig materiale. Forskning innen kosthold og ernæring er i rask utvikling og nye studier publiseres daglig. I mange tilfeller blir det gitt nye og motstridende råd, og det kan være vanskelig for mange å orientere seg om ” *hva som er bygget på solid kunnskap og hva som er foreløpige resultater eller spekulasjoner*” (s 322). Fagfeltet er komplisert og det kan sjeldent trekkes sikre konklusjoner. De konkrete råd er derfor et resultat av en helhetlig vurdering basert på skjønn. Rådene må være enkle å forholde seg til for alle og kunne tilpasses norsk mattradisjoner (s 4, 322).

Rådene for kosten er først og fremst rettet mot primærforebygging (s 4). De 13 kostråd skal hjelpe den enkelte til et sunnere kosthold ved å gi konkrete og kvantitative anvisninger, der det er mulig. Rapporten var ”på høring” eller åpen for kommentarer fra eksterne fagmiljøer, fagpersoner og brukergrupper frem til 17. juni. Deretter ferdigstilles rapporten og offentliggjøres høsten 2010 (s 1, 3).

6.5.1 Helse og helsefremmende arbeid i rapporten

Det forebyggende aspekt er sterkt representert i rapporten; ” *kostrådene er hovedsakelig rettet mot primærforebygging av kroniske kostrelaterte sykdommer hos voksne personer i Norge*” (s 4). Helsefremmende brukes ikke i rapporten. De fysiske sider av helse er nesten enerådende i rapporten. Selv om den enkelte ikke følger alle rådene, vil all endring i kostvaner til det bedre kunne gi en helsegevinst. Man har tatt hensyn til de forskningsbaserte dokumentasjoner for kostens betydning for fysisk helse, som er enten overbevisende eller sannsynlige⁴⁹. Man har gått ut fra sammenhengen mellom inntak av matvarer og risiko for sykdom eller død når det gjelder de konkrete råd. De 13 råd vil kunne redusere forekomsten av de kostrelaterte sykdommer som hjerte- og karsykdommer, høgt blodtrykk, kreft, fedme, diabetes type-2 og osteoporose (s 12).

⁴⁹ Vitenskaplig krav til årsakssammenheng kan deles i 5 grupper: overbevisende årsakssammenheng, sannsynlig årsakssammenheng, mulig årsakssammenheng, begrenset informasjon/ingen konklusjon og årsakssammenheng usannsynlig. Det settes strenge krav til dokumentasjon på årsakssammenheng på de første to

I kapittel 3 drøftes kostens betydning i en utvidet betydning av helse. For det første er retten til fullgod mat for alle nedfelt i Norsk lov (Menneskerettighetsloven). Den enkelte skal sikres trygg mat, nok mat og *”et ernæringsmessig fullgodt kosthold, som grunnlag for et aktivt liv med god helse”* (s 10). For det andre har kosthold også betydning for *”de økonomiske og sosiale forhold i samfunnet. Mat er en viktig kulturbærer i alle samfunn, og det man spiser påvirkes av religion og ideologisk overbevisning”* (s 10).

6.5.2 Anbefalinger

Rådene og anbefalingene bygger på det internasjonale og nordiske samarbeid gjennom WHO og Nordisk Ministerråd (s 13). Anbefalinger gjelder for friske mennesker og skal gi de nødvendige næringsstoffer for normal vekst og god helse samt minske risiko for de vanligste folkesykdommer (s 4). I tillegg skal rådene kunne brukes i kostplanlegging.

Man har tidligere brukt næringsstoffbaserte råd, men ikke alle forstår disse rådene og kan utnytte dem. Matvarebaserte kostråd kan være en større hjelp i det daglige kost/matvalg, og de nye råd setter opp klare kvalitative anbefalinger, der det er mulig. Matvaregrupper som for eksempel frukt, grønnsaker og fisk har en god effekt på helse, uten at man helt vet hvorfor. De næringsstoffbaserte råd *”fokuserer hovedsakelig på fysiologiske behov som energi og næringsstoffer”* mens de matvarebaserte *”fokuserer på forebygging av kroniske sykdommer”*. De næringsstoffbaserte kostråd har gitt en bedre helse på flere områder, for eksempel hjerte- og karsykdommer. Det kan imidlertid være tilfeller, der matvarebasert og næringsstoffbasert forskning kan gi motstridende resultater. Et eksempel er ny forskning på inntak av fete meieriprodukter og egg, som ikke nødvendigvis gir økt risiko for hjerte- og karsykdommer. Derfor gis anbefalingene ofte som en kombinasjon av næringsmiddel- og næringsstoffbaserte råd (s 13, 327).

De 13 råd er ikke satt opp i prioritert rekkefølge:

1. Det anbefales et kosthold som hovedsakelig er plantebasert og som inneholder mye grønnsaker, frukt, bær, fullkorn og fisk, og begrenset mengde rødt kjøtt, salt, tilsatt sukker og energirike matvarer.
2. Det anbefales at man opprettholder balanse mellom energiinntak og energiforbruk
3. Det anbefales minst 5 porsjoner grønnsaker, frukt og bær hver dag
4. Det anbefales minst 4 porsjoner fullkornsprodukter hver dag
5. Det anbefales fisk tilsvarende 2-3 middagsporsjoner hver uke
6. Velg magre meieriprodukter
7. Velg magert kjøtt og magre kjøttprodukter og begrenset inntaket av rødt kjøtt og bearbeidet kjøtt
8. Velg matoljer, flytende margarin eller myk margarin

9. Vann anbefales som drikke
10. Begrens inntaket av tilsatt sukker
11. Begrens inntaket av salt
12. Kosttilskudd er unødvendig for de fleste
13. Det anbefales at alle daglig er i fysisk aktivitet i minst 30 minutter (s 5 – 9).

I flere av rådene anbefales det å bruke nøkkelhullsmerkede produkter⁵⁰. Eldre nevnes spesifikt i to av rådene. I råd 11 vises det til at ”eldre ofte har høy risiko for blodtrykksrelatert sykdom” og må begrense inntaket av salt (s 8). Kostråd 12 om kosttilskudd nevner personer med lavt energiinntak, som ”bør ta et multivitamin - mineraltilskudd. Dette gjelder spesielt eldre som spiser lite” (s 9). I rapporten utdypes og begrunnes de 13 råd grundig.

6.5.3 Sammenfatning

De 13 kostråd vil gi en bedre fysisk helse i befolkningen. Kostens betydning for andre sider, for eksempel psykisk og sosialt beskrives og det antydes en sammenheng mellom god fysisk helse/god kost og et aktivt liv (s 10).

Tabell 6.9 De nye kost råd: anbefalinger for fagfeltet kosthold og ernæring

Kategorier for kosthold og ernæring	Anbefalinger og råd til fagfeltet kosthold og ernæring
Fysisk	<p>Sammenhenger mellom inntak av ulike matvarer og forskjellige sykdommer</p> <p>13 råd vil kunne redusere forekomsten av de kostrelaterte sykdommer som hjerte- og karsykdommer, høgt blodtrykk, kreft, fedme, diabetes type-2 og osteoporose</p> <p>Fokuserer hovedsakelig på fysiologiske behov som energi og næringsstoffer</p>
Psyksisk	
Sosialt	Mat er en viktig kulturbærer i alle samfunn, og det man spiser påvirkes av religion og ideologisk overbevisning
Kulturelt	

Kompetanse er ikke nevnt i forslagene.

⁵⁰ Nøkkelhullet er myndighetenes merkeordning for sunnere matvarer, brukes i Norge, Sverige, Danmark. Helsedirektoratet og Mattilsynet har ansvar for merkeordningen. Skal gjøre det lettere for forbrukerne å velge og kan være et pedagogisk hjelpemiddel til å fremme en kost i tråd med anbefalingene

6.6 Handlingsplan for et bedre kosthold i befolkningen. *Oppskrift for et sunnere kosthold.*

Handlingsplanen er en operasjonalisering av St.meld. nr. 16 (2002-2003) *Resept for et sunnere Norge* og bygger på WHO's Globale Strategy og Nordisk handlingsplan for bedre helse og livskvalitet gjennom kosthold og fysisk aktivitet (2006). Handlingsplanen er et tverretatlig samarbeid av 12 departement og underskrevet av 11 statsråder og har en helt spesiell forankring i det politiske miljø. Mange aktører deltok i utarbeidelsen av planen: offentlig, privat og frivillig sektor, organisasjoner, fagorganisasjoner, høgskoler og fylker (forord).

Kosthold blir betraktet som en av de viktigste satsningsområder i det helsefremmende og sykdomsforebyggende arbeid sammen med fysisk aktivitet og visjonen for handlingsplanen er *"Bedre helse i befolkningen gjennom et sunt kosthold"* (s 13). Hovedmål for handlingsplanen er å

1. *Endre kostholdet i tråd med helsemyndighetenes anbefalinger*
2. *Redusere sosiale forskjeller i kostholdet.* (s 13)

Planen bruker virkemidler og strategier for å nå målene. Virkemidler omfatter tiltak av pedagogisk, normativ, økonomisk og fysisk art. Disse kan være individrettede eller befolkningsrettede, og de siste er spesielt viktige for å endre de strukturer, som øker de sosiale forskjeller i fordeling av sykdom og helse (s 17).

Planen setter opp delmål og konkrete virkemidler og tiltak for de 10 innsatsområder. I tillegg legger planen vekt på fem strategier. Disse bygger på strategiene fra St. meld. nr. 16.

Innsatsområder og virkemidler	Strategier
1. <i>Kommunikasjon om mat og kosthold</i>	1. <i>Bedre tilgjengelighet av sunne matvarer</i>
2. <i>Sunn mat i et mangfoldig marked</i>	2. <i>Kunnskap hos forbrukerne</i>
3. <i>God ernæring fra starten av</i>	3. <i>Kompetanse hos nøkkelgrupper</i>
4. <i>Sunne måltider i barnehage og skole</i>	4. <i>Lokal forankring av ernæringsarbeidet</i>
5. <i>Mat og helse i arbeidslivet</i>	5. <i>Styrket ernæringsarbeid i helsetjenesten</i>
6. <i>Ernæring i helse- og sosialtjenesten</i>	
7. <i>Fokus på kosthold i folkehelsearbeidet</i>	
8. <i>Kompetanse om kosthold</i>	
9. <i>Forskning, overvåking og dokumentasjon</i>	
10. <i>Ernæring i internasjonalt perspektiv</i>	

Menneskerettighetskonvensjonen og norsk rett ”Menneskerettighetsloven” artikkel 11 gir alle rett til fullgod mat. Det betyr at *”myndighetene er forpliktet til å legge til rette for alle grupper i befolkningen har mulighet til å ha et fullgodt kosthold”* (s 12). I helseinstitusjoner er denne forpliktelse delegert til helsepersonell.

6.6.1 Helsebegrepet og det forebyggende arbeid i Handlingsplanen

Handlingsplanen definerer helse på sin måte; *”helse - omfatter fysisk, psykisk og sosial helse og inkluderer livskvalitet og overskudd så vel som fravær av sykdom og plager”* (s 8).

Folkehelsearbeidet og det helseforebyggende arbeid skal styrke de faktorer som fremmer helse og svekke de som bidrar til sykdom. En del av det helsefremmende og forebyggende arbeid er ernæringsarbeidet, som defineres som *”arbeidet relatert til ernæring og kosthold som har til hensikt å fremme helse og forebygge og behandle sykdom”* (s 8). Her kommer betydningen av kosthold og ernæring frem også i behandling av sykdom. Forebyggende arbeid omfatter primær-, sekundær- og tertiærforebyggende arbeid, og kosten betyr noe på alle nivå.

Grunnlaget for god helse gjennom sunt kosthold legges i barne- og ungdomsårene. Å drive helsefremmende arbeid må ta hensyn til at behov endres gjennom livet (s 7). Det er et viktig prinsipp i handlingsplanen at de sosiale forskjeller skal reduseres, det betyr at innsatsen i denne gruppe av befolkningen må øke mest. Planen gir ikke spesielle mål for kosthold og ernæring for eldre. Det blir sagt at *”mattilbud, kosthold og ernæringsstatus til brukere av pleie- og omsorgstjenesten kartlegges. Resultatene vil kunne danne grunnlag for framtidige målsettinger for eldres kosthold”* (s 13). Kompetanse hos nøkkelpersoner og styrking av ernæringsarbeidet i helsetjenesten er to av fem strategier i planen (s 17).

6.6.2 Anbefalinger og helsepersonale

Målet er at flere skal få et sunt kosthold, i planen defineres sunt kosthold i en vid betydning både fysisk, sosialt og kulturelt

Et sunt kosthold oppfyller helsemyndighetenes anbefalinger for ernæring, samtidig med at det er variert, smakfullt og i tråd med den enkeltes kulturelle verdier. Det er summen av hva som spises og drikkes, hvor mye og hvor ofte, som er avgjørende i det lange løp. Regelmessige måltider er en vesentlig del av det å ha et sunt kosthold (s 8).

Kosthold og maten vi spiser tilpasses kontinuerlig den historiske utvikling. Globaliseringen, import av varer, reisevirksomhet, teknologisk utvikling, endringer i familiestruktur, arbeidsliv, likestilling etc. påvirker oss på alle områder. I ulike perioder av livet har vi ulike behov så vel fysisk, psykisk, sosialt og omsorgsmessig (s 7).

Anbefalinger for ernæringsmessig sammensetning utarbeides av norske helsemyndigheter, og omfatter energi, energigivende næringsstoffer, vitaminer og mineraler (s 9). Planens generelle mål for utviklingen av kostholdet omfatter, foruten anbefaling om at spedbarn skal ammes, følgende mål: øke forbruket av grønnsaker, poteter, frukt, bær, grove korn- og brødvare, fisk og sjømat. Forbruket av følgende matvarer skal reduseres: fete meieri- og kjøttprodukter, spisefett, salt, sukker, sukkerholdige brus og drikke, søtsaker, snacks og fete potetprodukter. I tillegg er det viktig å fremme gode måltidsrytmer og bruk av vann som tørstedrikk (s 10 - 12). De kvantitative mål konkretiserer målene i forhold til befolkningens inntak gjennom enten en økning eller reduisering av de ulike matvaregrupper med +/- 20 % (s 14).

Maten betyr mye for eldre. Den skaper trivsel og skal fremme helsen. Eldre har spesielle ernæringsbehov knyttet til nedsatt energibehov, dårlige appetitt og ulike plager (s 16). Selv om planen ikke gir mål for kostholdet for eldre er omsorgstjenestens rolle tydeliggjort i innsatsområdet *”Ernæring i helse- og sosialtjenesten”*

Regjeringen ønsker å legge vekt på mat og måltider som en viktig del av omsorgstjenestens virksomhet, både på sykehjem og i hjemmetjenesten. Kommunen har en viktig oppgave i å tilrettelegge for en god ernærings situasjon for brukere av pleie- og omsorgstjenesten. Gode verktøy og kompetanse hos helsepersonell og kjøkkenpersonell er en forutsetning for å kunne gi et godt mattilbud og god veiledning om kosthold, både i forebyggende øyemed og i behandling (s 63)

Hyppighet av underernæring i helseinstitusjoner er mellom 20 – 50 % i enkelte undersøkelser fra nordiske land avhengig av sykdoms- og aldersgruppe. Sykdom er ofte årsak til underernæring, og de mest syke er de mest underernærte. Også feilernæring og overvekt eller fedme er et stort ernæringsproblem for brukere av pleie- og omsorgstjenesten. Dårlig tannstatus, tygge- og svelgeproblemer, kvalme, problemer med å få handlet og tilberedt mat kan være årsak til dårlig ernæringstilstand. For hjelpepersonell, som jobber i institusjon, i omsorgsboliger eller i hjemmebasert omsorg er det viktig at de har kompetansen som kan sikre brukere/pasienter *”et ernæringsmessig og sosialt tilfredsstillende kosthold”* (s 66).

Fra innsatsområde 6, *Ernæring i helse- og sosialtjenesten*:

Helsetjenesten skal styrke innsatsen i det forebyggende og helsefremmende arbeidet. Utfordringen for helsetjenesten er å bidra til at pasienter og brukere har kunnskap og forståelse til å kunne sette sammen et fullverdig kosthold, når endringer i kosten er nødvendig. Det er også en utfordring å gi et tilfredsstillende mattilbud til brukere av pleie- og omsorgstjenester og pasienter i institusjon (s 63)

Ulike grupper av helsepersonell må jobbe sammen. Helsefagarbeiderens kompetanse er mer grunnleggende, og han/hun må kunne samarbeide med og vite når det er riktig å henvise til fagpersoner med spesialkompetanse i ernæring.

Omsorg og veiledning til minoritetsspråklige nevnes som et område, der helsepersonell må få kompetanse i kommunikasjon og formidling. *”Måten rådene kommuniseres er derfor avgjørende for om man oppnår atferdsendring hos brukeren”* (s 71). Dette er sagt i forbindelse med minoritetsspråklige, men dette prinsipp gjelder i all veiledningspedagogikk.

Innsatsområdet 8 *Kompetanse om kosthold* peker på betydningen av opplæring i grunnskole, videregående skole og høgere utdanningsinstitusjoner. Det ernæringsmessige arbeid kan kun gjennomføres dersom helsepersonell har nok og riktig kompetanse:

Flere yrkes- og personellgrupper har direkte eller indirekte innvirkning på folks kosthold og kostvaner. Det er av stor betydning for det helhetlige ernæringsarbeidet i samfunnet at disse gruppene har relevant og oppdatert kunnskap om mat, måltider, kosthold og ernæring, med hensyn til hvilke grupper i befolkningen de har med å gjøre (s 87).

I videregående skole og innen programområdet helse- og sosialfag utdannes helsepersonell som i deres yrkesaktive liv vil få innflytelse på andres liv. Elevene skal ha kunnskaper om og ferdigheter i å sette sammen kostholdet ut fra helsemyndighetenes anbefalinger. Det nevnes spesifikt at kunnskapen må kunne brukes; eleven/helsefagarbeideren skal *”gjøres i stand til å anvende denne kunnskapen i sitt daglige virke”* (s 87).

6.6.3 Sammenfatning

Handlingsplanens tilnærming til kosthold og ernæring bygger på kostens betydning fysisk, psykisk, sosialt og kulturelt. Kosten skal også være en integrert del omsorgen.

Tabell 6.10 Handlingsplanen: anbefalinger for fagfeltet kosthold og ernæring

Kategorier for kosthold og ernæring	Anbefalinger og krav til fagfeltet kosthold og ernæring
Fysisk	<i>Et sunt kosthold oppfyller helsemyndighetenes anbefalinger for ernæring..</i>
Psykisk	<i>samtidig med at det er variert, smakfullt og...</i>
Kulturelt	<i>I tråd med den enkeltes kulturelle verdier.</i>
Sosialt	<i>Maten betyr mye for eldre. Den skaper trivsel og skal fremme helsen</i>
Omsorg	<i>Et ernæringsmessig og sosialt tilfredsstillende kosthold</i> <i>Regjeringen ønsker å legge vekt på mat og måltider som en viktig del av omsorgstjenestens virksomhet, både på sykehjem og i hjemmetjenesten.</i>

Kompetanse hos helsepersonell er en grunnleggende faktor for gjennomføring av planen. Kompetansen omfatter kunnskaper, ferdigheter, holdninger og egnethet (kommunisere, respekt, vite når man skal hente assistanse).

Tabell 6.11 Handlingsplanen: anbefalinger for kompetanse

Kategorier for kompetanse	Anbefalinger for kompetanse
Kunnskaper	<i>...(helsepersonell) har relevant og oppdatert kunnskap om mat, måltider, kosthold og ernæring, med hensyn til hvilke grupper i befolkningen de har med å gjøre</i>
Ferdigheter	<i>gjøres i stand til å anvende denne kunnskapen i sitt daglige virke</i> <i>gode verktøy og kompetanse hos helsepersonell er en forutsetning for å kunne gi et godt mattilbud og god veiledning om kosthold</i>
Holdninger	<i>Kompetansen som kan sikre brukere/pasienter et ernæringsmessig og sosialt tilfredsstillende kosthold</i>
Egnethet	<i>Helsefagarbeiderens kompetanse er mer grunnleggende, og han/hun må kunne samarbeide med og vite når det er riktig å henvise til fagpersoner med spesialkompetanse i ernæring.</i> <i>Måten rådene kommuniseres er derfor avgjørende for om man oppnår atferdsendring hos brukeren</i>

6.7 St.meld. nr. 47(2008-2009). Samhandlingsreformen

St.meld. nr. 47 (2008-2009). Samhandlingsreformen. *Rett behandling – på rett sted – til rett tid* er et resultat av et tverrfaglig samarbeid mellom mange aktører deriblant bruker- og ansatte organisasjoner, KS, frivillige organisasjoner, offentlige og private helseforetak, enkeltpersoner. En ekspertgruppe har gitt råd og veiledning, og det ble avholdt to folkemøter, et i Alta og et på Ål. Samhandlingsreformen skal følges opp av forslag til konkrete tiltak (s 19).

Selv om Norge bruker store ressurser på helse har resultatene ikke stått til forventningene. Samtidig stiger andelen av eldre i befolkningen. *”Flere blir syke, flere blir gamle, flere trenger hjelp over lengre tid, flere sykdommer kan behandles med ny teknologi og kjøene til spesialisthelsetjenesten vokser”* (forord). Behandling må kombineres med en sterkere satsning på det forebyggende arbeid. I dag *”brukes penger feil i helsetjenesten”* og *”Utviklingen er rett og slett ikke bærekraftig”* (forord).

Det er samfunnsøkonomisk lønnsomt å satse på forebygging, og det skal gjennom økonomiske insentiver lønne seg å jobbe forebyggende i helsevirksomheter. Helsetjenestene i kommunene skal styrkes, tilbudet i spesialisthelsetjenesten skal opprettholdes og all helsevirksomhet skal samordnes (forord).

Nettopp koordinering og samhandling innen helse- og omsorgstjenesten har vært et problem inntil nå. De to viktigste utfordringer er 1) pasientens behov for et helhetlig tilbud og 2) den nåværende økonomiske belastning for samfunnet. NOU 2005: 03, *Fra stykkevis til helt – en sammenhengende helsetjeneste* (Wisløff – utvalget) satte fokus på problemene og kom med flere forslag til endringer. Hovedutfordringene slik de presenteres i dokumentet er:

- Pasientens behov for koordinerte tjenester besvares ikke godt nok
- Tjenestene preges av for liten innsats for å begrense og forebygge sykdom
- Demografisk utvikling og endring i sykdomsbildet gir utfordringer som vil kunne true samfunnets økonomiske bæreevne (s 13).

Det brukes for mye ressurser på behandling i forhold til forebygging. Dette dilemma eksisterer i hverdagen, der forebygging ofte taper til fordel for behandling. For å kunne utnytte ressursene kreves det mer forskning *”om hvordan ressursene bør settes inn i de ulike leddene i kjeden fra forebygging, diagnosearbeid, behandling og rehabilitering”* (s 13).

Samhandling skal skje gjennom fem hovedgrep:

- 1 Klarere pasientrolle
- 2 Ny framtidig kommunerolle
- 3 Etablering av økonomiske insentiver
- 4 Spesialisthelsetjenesten skal utvikles slik at den i større grad kan bruke sin spesialiserte kompetanse
- 5 Tilrettelegge for tydeligere prioriteringer (s 14 – 16).

Disse skal følges opp av ulike tiltak bla. innen utdanningspolitikk. Pasienten skal ha en aktiv rolle i sitt eget liv og medinnflytelse på sitt helse- og omsorgstilbud. Man tenker at pasienten skal ha et helhetlig tilbud – et *”pasientforløp”*. Slike forløp defineres som

Den kronologiske kjeden av hendelser som utgjør pasientens møte med ulike deler av helse- og omsorgstjenestene. Gode forløp kjennetegnes ved at disse hendelser er satt sammen på en rasjonell og kordinert måte for å møte pasientens ulike behov (hovedgrep 1, s 14-15).

Kommunene skal videre sikre kompetanse hos fagpersoner. Det forebyggende arbeid skal skje på alle de områder kommunene har ansvar for gjennom et forpliktende samarbeid mellom kommuner/samarbeidende kommuner og helseforetak (hovedgrep 2, s 15).

6.7.1 Helsebegrepet og det forebyggende arbeid i Samhandlingsreformen

Tidlig intervensjon kan hindre, utsette eller redusere sykdom. Helse omfatter fysiske, psykiske og sosiale aspekter. Ulike lidelser og sykdommer krever en helhetlig tilnærming til pasientforløp, der hver enkelt pasient får dekket sine behov gjennom en individuell tilpasning (samhandling) (s 49). Kommunene må tilpasse seg nye krav og forventninger og dermed få en *”ny framtidig kommunerolle slik at de i større grad enn i dag kan oppfylle ambisjonene om forebygging og innsats tidlig i sykdomsforløpene”* (s 25).

Helse- og omsorgstjenesten skal utvikles i et helhetsperspektiv, der det forebyggende arbeid skal intensiveres. Det er tale om forebyggende arbeid primært, sekundært og tertiært.

Primærforebygging har som mål å oppnå god helseatferd, være frisk og unngå sykdom og skade. I sekundærforebygging er målet å forebygge tilbakefall og holde seg frisk.

Tertiærforebygging lærer mennesker med sykdom å leve med problemet, men hindre at det blir verre (s 86). Å forebygge og sette inn tiltak tidlig vil øke den enkeltes mestringsevne, det vil virke helsefremmende og gi bedre livskvalitet både før utvikling av sykdom men også etter man har fått en medisinsk diagnose (s 15). Alta kommune opprettet kommunale diabetesteam i 1999 som har jobbet både mot pasienter og mot helsepersonell med gode resultater (s 64).

For mange blir behandlet i sykehus fordi de ikke får plass i det kommunale tilbud. En styrking av det kommunale tilbud kan minke presset på spesialisthelsetjenesten – og redusere de menneskelige lidelser ved sykdom (s 23).

Folkehelsearbeidet skal ha en sosial profil og legge til rette for gode levevilkår. Kommunene er pålagt å ha en egen folkehelsekoordinator (s 73). Samhandlingsreformen forslår at kommunene jobber med forebygging på systemnivå, setter inn tiltak på områder som har størst effekt av disse tiltak, gir sine borgere lærings- og mestringstilbud, styrker helsestasjoner og skolehelsetjenesten og – ikke minst – øker kompetansen innen helse- og omsorgstjenesten. Et område der kompetanse bør økes er ernæring (s 29), for eksempel i forbindelse med tidlig intervensjon mot type 2 diabetes og behandling for ernæringssvikt (s 27-28).

Det er et dokumentert behov for å styrke spisskompetansen i ernæring i primærhelsetjenesten. Dette gjelder særlig i forhold til underernæring blant eldre, og i forebygging og behandling av fedme og behandling av kroniske sykdommer som hjerte- og karsykdommer, type 2 diabetes og kreft” (s 86).

6.7.2 Anbefalinger for et styrket forebyggingsarbeid i helsetjenesten

Stortingsmeldingen referer til de helsemessige problemer relatert til usunt kosthold. Å endre uheldige levevaner vil gi gevinster både for den enkelte og for samfunnet. Ikke bare vil man leve lenger, men man vil oppnå bedre helse i de år man lever. En kombinasjon av flere uheldige levevaner kan gi en kumulert risiko for å bli syk. Å jobbe mot endringer til en sunnere livsstil på flere områder har vist seg å ha god effekt (s 80-81).

Samhandlingsreformen setter opp de samme anbefalinger for kostholdet som andre offentlige dokumenter: redusere inntak av mettet fett, sukker og salt og øke inntaket av grove kornprodukter, frukt, grønnsaker, fiske, umettet fett (s 79). Forsøk viser at økt inntak av frukt og grønnsaker i skolen for 12-13 årige gir et bedre sosialt miljø og bedre konsentrasjon i timene. I et forsøk med måltid på skolen fant man at læringsmiljøet og sosial kompetanse og allmenndanning ble forbedret (s 82).

”Helsepersonell er den største og viktigste innsatsfaktoren i helsetjenesten” og det er et stort behov for nye årsverk fremover. Mellom 2020 og 2030 vil antall pleietrengende stige voldsomt (s 36).

Realisering av helsepolitikkenes mål forutsetter:

- At det utdannes riktig omfang av de ulike typer helsepersonell, og at utdanningen gir kompetanse som er tilpasset helse- og omsorgstjenestens behov
- At vi får den nødvendige fordelingen av kompetanse og ressurser som understøtter de politiske målene
- At gruppene er opplært til og har utviklet holdninger og verdier som samsvarer med og understøtter det helsepolitiske verdigrunnlaget og de helsepolitiske målene (s 36).

Utdanning av helsepersonell må endres i tråd med de nye krav i Samhandlingsreformen. Ny kunnskap skal bygge på forskning i grunnutdannelser og videre- og etterutdanning (s 126). Høgskoler og universiteter er i stor grad autonome, de fastsetter selv det faglige innhold i utdanningene, mens den videregående skole følger nasjonale læreplaner. Uansett utdanningsnivå er en utdanning og yrkestittel *”identitetsskapende og kan gi den enkelte bedre evne til å forstå sammenhenger i samfunnet. Samtidig kvalifiserer den for arbeidslivet og danner grunnlag for den enkeltes arbeidsinnsats”* (s 128).

Et kompetent helsepersonell tar seg ikke kun av de oppgaver som oppstår isolert her og nå for en pasient, men har evne til å se pasienten og hans/hennes behov i en større sammenheng, fysisk, psykisk og sosialt. Omsorg gis profesjonelt i et gjensidig forhold med pasienten og i samarbeid med andre personalgrupper. Innen helseforetak må det forebyggende og helsefremmende arbeid få større prestisje og status (s 130).

Helsepersonell skal møte pasienter med respekt og handle fra et brukerperspektiv. *”Mange kjenner seg maktesløse og sårbare i møtet med helsetjenesten og det er derfor viktig at møtet preges av respekt for pasienten og pasientens integritet. God samhandling kan i dette perspektivet være viktig for å bidra til sosial likhet innenfor helse- og omsorgstjenestene, og er således en viktig del av verdigrunnlaget.. Alle som arbeider i helsetjenesten har plikt til å legge pasientperspektivet til grunn for sine handlinger”* (s 51).

6.7.3 Sammenfatning

Anbefalinger for kosthold og ernæring er de samme som anbefalinger gitt i andre dokumenter. Med fokus på forebyggende tiltak er kosthold og ernæring et naturlig innsatsområde. Kostholdet har innflytelse på vår fysiske, psykiske og sosiale helse og inngår i omsorgen som gis.

Tabell 6.12 Samhandlingsreformen: anbefalinger for fagfeltet kosthold og ernæring

Kategorier for kosthold og ernæring	Anbefalinger for fagfeltet kosthold og ernæring
Fysisk	<i>Redusere inntak av mettet fett, sukker og salt og øke inntaket av grove kornprodukter, frukt, grønnsaker, fiske, umettet fett</i> <i>Forebygge sykdom</i>
Psykisk	<i>Helhetlig tilbud, pasientforløp, pasienten aktiv og medinnflytelse,</i>
Sosialt	<i>Dekke alle behov hos pasienten</i>

Kompetanse oppnås ikke kun innenfor utdanningssystemet men også i arbeidslivet og gjennom yrkesutøvelse (s 126). I kompetansebegrepet vektlegges forskningsbasert kunnskaper men også ferdigheter, holdninger og yrkesutøvelse fremholdes.

Tabell 6.13 Samhandlingsreformen: anbefalinger for kompetanse

Kategorier for kompetanse	Anbefalinger for kompetanse
Kunnskap	<i>Det er et dokumentert behov for å styrke spisskompetansen i ernæring i primærhelsetjenesten</i>
Ferdigheter	<i>Gode forløp kjennetegnes ved at disse hendelser er satt sammen på en rasjonell og kordinert måte for å møte pasientens ulike behov</i> <i>Utdanningen gir kompetanse som er tilpasset helse- og omsorgstjenestens behov</i>
Holdninger	<i>At gruppene er opplært til og har utviklet holdninger og verdier som samsvarer med og understøtter det helsepolitiske verdigrunnlaget og de helsepolitiske målene</i> <i>God samhandling kan i dette perspektivet være viktig for å bidra til sosial likhet innenfor helse- og omsorgstjenestene, og er således en viktig del av verdigrunnlaget</i>
Egnethet	<i>Viktig at møtet preges av respekt for pasienten og pasientens integritet.</i> <i>Alle som arbeider i helsetjenesten har plikt til å legge pasientperspektivet til grunn for sine handlinger</i>

6.8 Lov om helsepersonell og Statens autorisasjonskontor for helsepersonell

Lov om helsepersonell (helsepersonelloven) regulerer helsepersonells yrkesutøvelse, virksomheter som yter helsehjelp (§ 2) og autorisasjon av helsepersonell i Norge (§ 3).

”Lovens formål er å bidra til sikkerhet for pasienter og kvalitet i helsetjenesten samt tillit til helsepersonell og helsetjeneste” (§ 1) og gjelder *”helsepersonell og virksomheter som yter helsehjelp i riket”* (§2).

Virksomheter omfatter helseinstitusjoner som hører under lov om spesialisthelsetjenesten og lov om kommunehelsetjenesten. Autorisert helsepersonell samt personell i apotek og elever/studenter defineres som helsepersonell i loven (§ 3).

Forholdet mellom lov, forskrift, rundskriv og veileder er hierarkisk. Loven står øverst og deretter kommer forskrift. Lovteksten innebærer et rettskrav, men en lov er ikke alltid helt tydelig. Det kan stå ”skal” og ”må” - men også ”kan”. Rundskriv og veiledere skal fungere som hjelpedokumenter, når loven skal tolkes. Helse- og omsorgsdepartementet har ansvar for å håndheve loven (utøvende makt; regjering), mens det er Stortinget som har vedtatt den (lovgivende makt). Lover revideres underveis av Stortinget, ofte på bakgrunn av regjering og komiteer. Som med utviklingen av Stortingsmeldinger, handlingsplaner etc. har mange aktører mulighet for å påvirke lovarbeid gjennom komitéarbeid, høringer etc. Når loven er vedtatt i Stortinget legitimeres den, og reaksjons- og straffetiltak kan iverksettes, dersom helsepersonell bryter loven.

6.8.1 Helsebegrepet og det forebyggende arbeid i helsepersonelloven

Helsebegrepet er ikke spesielt definert eller beskrevet i loven. Derimot nevnes *helsebevarende og forebyggende arbeid* i § 3 definisjoner: *”Med helsehjelp menes enhver handling som har forebyggende, diagnostisk, behandlende, helsebevarende eller rehabiliterende mål og som utøves av helsepersonell”*.

Å hindre sykdom, skade eller psykososiale problemer er pålagt helsepersonell gjennom meldeplikt. Forhold som kan medføre fare for pasienter skal meldes jevnfør Kapittel 3. Krav om organisering av virksomheten. Meldeplikt i kapittel 6: Opplysningsplikt m.v. har til hensikt å forebygge skade på person (§ 31), forhold som kan *”føre til tiltak fra sosialtjenesten”* (§ 32) og *”tiltak fra barneverntjenesten”* (§ 33).

6.8.2 Anbefalinger og krav til helsepersonell

Viktige paragrafer i helsepersonelloven vektlegger pasienten og hans/hennes sikkerhet og yrkesutøverens kompetanse. Hjelpen skal være forsvarlig og omsorgsfull. Helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp, som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig (§ 4).

Helsepersonell søker om godkjenning og autorisasjon gjennom Statens Autorisasjonskontor.

I Helsepersonelloven er denne regulert av § 48 *Vilkår for autorisasjon*:

Rett til autorisasjon etter søknad har den som: a) bestått eksamen i vedkommende fag ved norsk universitet, høyskole eller videregående skole, b) har gjennomført praktisk tjeneste fastsatt i forskrift gitt av departementet, c) er under 75 år og d) ikke er uegnet for yrket.

Godkjenningen gis som en forhåndskontroll, og kan trekkes tilbake, dersom det viser seg at han/hun ikke oppfyller kravene til god yrkesutøvelse. Profesjongodkjenning innebærer en forhåndskontroll av skikkethet (at man har nødvendige faglige kunnskaper og ferdigheter) og egnethet (at man har de personlige egenskaper som kreves for å være helsepersonell) før det gis tillatelse til å arbeide i yrket. Kun personell med autorisasjon kan bruke yrkestitler som for eksempel helsefagarbeider. Autorisasjon – og lisens eller spesialistgodkjenning – kan tilbakekalles, suspenderes og/eller begrenses dersom yrkesutøveren er *”uegnet til å utøve sitt yrke forsvarlig”* (kap. 9, 10).

Det er krav om etisk og faglig standard hos yrkesutøveren. I de tilfeller helsepersonell ikke har nok kompetanse er det helt nødvendig å innhente hjelp eller henvisne til andre. En holdning som hindrer dette eller som er til hinder for samarbeid er ikke akseptabelt; *”Helsepersonell skal innrette seg etter sine faglige kvalifikasjoner, og skal innhente bistand eller henvisne pasienter videre der dette er nødvendig og mulig. Dersom pasientens behov tilsier det, skal yrkesutøvelsen skje ved samarbeid og samhandling med annet kvalifisert personell* (§ 4).

Helsepersonell har plikt til å informere brukere/pasienter (§ 10) jevnfør pasientrettighetsloven § 3-2 til § 3-4: *”Pasienten skal ha den informasjon som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen. Pasienten skal også informeres om mulige risikoer og bivirkninger”*.

6.8.3 Sammenfatning

Kosthold og ernæring nevnes ikke i helsepersonelloven. Helsefremmende og forebyggende handlinger er en del av de handlinger, som utøves hver dag i helsetjenesten, og en sunn og god kost kan være en del av disse. Omsorg og utøvelse av omsorg i møtet med pasienter er selve kjernen i helsepersonells yrkesidentitet. Kompetanse er grunnmuren i en forsvarlig yrkesutøvelse.

Tabell 6.14 Helsepersonelloven: anbefalinger for kompetanse

Kategorier for kompetanse	Anbefalinger for kompetanse
Kunnskap	<i>Helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig</i>
Ferdigheter	
Holdninger	<i>Helsepersonell skal innrette seg etter sine faglige kvalifikasjoner, og skal innhente bistand eller henvise pasienter videre der dette er nødvendig og mulig.</i>
Egnetet	<i>Dersom pasientens behov tilsier det, skal yrkesutøvelsen skje ved samarbeid og samhandling med annet kvalifisert personell</i> <i>Pasienten skal ha den informasjon som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen. Pasienten skal også informeres om mulige risikoer og bivirkninger</i>

6.9 Retningslinjer for kosthold i helseinstitusjoner

Statens ernæringsråds Retningslinjer for kostholdet i helseinstitusjoner foreligger i utgaven fra 1995. De første retningslinjer ble utgitt i 1982 og revidert i 1985. En ny revidert utgave vil sannsynligvis foreligge høsten 2010. Retningslinjene tar utgangspunkt i at kostholdet skal sees på *”som en del av det øvrige behandlingsopplegget”* på lik linje med andre tiltak *”intensjonen er å sette pasientens kosthold inn i en helhet der alle ledd er like viktige”* (forord, s 3). Retningslinjene er beregnet til bruk innen somatiske og psykiatriske avdelinger/institusjoner og hjemmebasert omsorg. I 1995 antok man at liggetid på sykehus ville gå ned, mens behov for poliklinisk virksomhet ville øke. Andelen av eldre med behov for omsorg i og utenfor institusjon vil gi et økende press på hjemmetjenester ifølge Retningslinjene (s 8). Dermed vil den kommunale hjemmetjeneste *”ha en nøkkelfunksjon i arbeidet med mat og matstell til mottakere av tjenesten”* (s 8).

Boken har alle som jobber i institusjon som målgruppe: ledelse, de som jobber på avdelingen og de som jobber på kjøkkenet. Helsefagarbeideren er med i målgruppen. Statens Ernæringsråd har hentet faglige råd og bidrag fra flere hold i utarbeidelsen av retningslinjene: kliniske ernæringsfysiologer, ernæringsfysiologer, kjøkkensjefer og folk *”som til daglig arbeider med kosthold til pasienter og pleietrengende så vel i klinikk som på kjøkken”* (s 3).

6.9.1 Helsebegrepet og det helsefremmende arbeid i Retningslinjene

St. meld. nr. 37 (1992 – 1993) *Utfordringer i forebyggende og helsefremmende arbeid* viste til et uutnyttet potensiale i kostholds- og ernæringsarbeid i helsevesenet for å fremme befolkningens helse generelt og for dem som er syke

Det blir derfor en utfordring å intensivere kostholdsinnnsatsen i helsevesenet. Bedre kostholdsveiledning for dem som har blitt syke og bedre ernæringsomsorg i helseinstitusjonene er utfordringer for framtiden. Ernæringsarbeidet ved behandling av syke må prioriteres i større grad (s 7).

”Maten har stor betydning for helse og trivsel både for friske og syke” (s 6). For pasienter er det *”hevet over enhver tvil”* at behandlingsresultat, god allmenntilstand og trivsel har sammenheng med kostholdet. (s 9). Internasjonale og nasjonale undersøkelser viser at risiko

for komplikasjoner og dødelighet ved kirurgi øker dersom pasienten har en dårlig ernæringsstatus⁵¹. Det samme gjelder for resultater fra medisinsk behandling. (s. 9).

Matens forebyggende og helsefremmende effekt kan utnyttes mer i forhold til sykdommer. Mat som medisin bør være en sentral del av behandlingen. I noen tilfeller er kostholdet den vesentligste eller eneste behandling. Retningslinjene setter opp målsetting for nesten alle kostformer, og den har i mange tilfeller to formål. For det første har kostrådene til hensikt å redusere plager og symptomer og opprette så normal funksjon og helse som mulig. For det andre skal kostholdet gi en bedre ernæringsstatus, og dermed kan kostrådene også virke helsefremmende (kapitler om kostformer).

Kostrådgivning er avgjørende for om pasienten klarer å bedre eller forbedre sine kost- og spisevaner. *”Kostrådgivning må derfor ta utgangspunkt i det enkelte individets matvaner og livsform for øvrig, og rådgiver og pasient/pårørende må sammen komme til enighet om hvilke endringer som kan aksepteres”* (s 10).

6.9.2 Anbefalinger for kosthold og ernæring og helsepersonell

Boka inneholder 9 kapitler hvorav 6 går direkte på ulike kostformer: hverdagskost, mat for syke i institusjon, mat ved underernæring, mat med annen konsistens, spesialkost og kost ved sjeldne sykdommer. For hvert av disse kapitler gis det en innføring i kostformen og dens evt. utfordringer, råd om ernæringsmessig sammensetning, væsketilførsel, måltider, valg av matvarer, menyforslag og oppskrifter. Boka tar også opp spesielle behov for ulike aldersgrupper, psykiatriske pasienter, funksjonshemmede og innvandrere.

I noen tilfeller gir de anbefalte kostråd pasienter en dårligere livskvalitet, for eksempel hvis pasienten har dårlig appetitt eller blir kvalm, har smerter eller ikke tåler mange typer matvarer og kosten dermed blir ensformig (s 6). Boka gir råd og anbefalinger for slike utfordringer. Det er viktig å *”individualisere maten og serveringen, slik at det som serveres, er tilpasset den enkelte”* (s 84). Maten skal være appetittvekkende og variert. (s 69).

”Like viktig som at maten gjør godt, er det at den smaker godt og ser godt ut” (s 9). Ved måltidet må pasienten selv bestemme hva de vil ha, hvor mye de vil ha og selve måltidet skal være preget av en god trygg atmosfære. Det må være tid nok til å spise i eget tempo og med

⁵¹ Ernæringsstatus er her definert som en pasients helsetilstand i forhold til en tilstrekkelig eller optimale tilførsel av næringsstoffer, Retningslinjene s 9.

rom for *”bordbønn eller egne personlige ritualer”* (s 10). Det stilles krav til miljøet, spisestuen bør være koselig og lys med frisk luft og god belysning (s 6, 11). Måltider – både menyen og måltidsfordeling og spisesituasjonen – kan i noen tilfeller ha en pedagogisk verdi gjennom å vise hvordan sunn mat kan se ut og smake (s 6, 10).

Mat og måltider kan også brukes i det habiliterende og rehabiliterende arbeid. Å delta i måltidet kan gi opplevelse av mestring gjennom selvhjulpenhet og opptrening av motoriske ferdigheter (s 10). Mestringsfølelse er en vesentlig del av opplevelse av å ha helse. Pasienter skal også oppleve å bli tatt på alvor gjennom medbestemmelse, han/hun må *”i størst mulig grad gis reell mulighet til å bestemme over sitt daglige kosthold”* (s 8).

”Ingen mat gir næring før den er spist” (s 3). Retningslinjene peker på, at skal tilbudet være tilfredsstillende, krever det et godt samarbeid mellom alle yrkesgrupper i helse- og omsorgstjenesten (s 3). Ansvarsforhold er viktige å avklare både på avdeling og på kjøkken (s 6). Kompetanse om kosthold og ernæring i alle ledd av prosessen fra planlegging, innkjøp, tilberedning og servering er helt avgjørende; *”det er av avgjørende betydning at kompetansen i ernæring/klinisk ernæring blant helse- og pleiepersonell og kjøkkenansatte styrkes”* (s 8).

6.9.3 Sammenfatning

I følge Retningslinjene er den største utfordringen *”å tilby appetittvekkende og tilstrekkelig mat av høy kvalitet, servert under trivelige forhold og med hjelp som er tilpasset den enkeltes behov”* (s 8).

Tabell 6.15 Retningslinjer for kosthold i institusjoner:
anbefalinger for fagfeltet kosthold og ernæring

Kategorier for kosthold og ernæring	Anbefalinger for fagfeltet kosthold og ernæring
Fysisk	<i>Det må gis tilstrekkelig mat av høy kvalitet i tråd med retningslinjer Maten har stor betydning for helse og trivsel</i>
Psykisk	<i>Mulighet for bordbønn eller egne personlige ritualer Individualisere maten og serveringen</i>
Sosialt	<i>Ta utgangspunkt i det enkelte individets matvaner og livsform Servert under trivelige forhold og med hjelp som er tilpasset den enkeltes behov</i>
Omsorg	<i>Gis reell mulighet til å bestemme over sitt daglige kosthold</i>

Skal anbefalinger og mål for kostråd kunne gjennomføres krever det en god og oppdatert kompetanse hos all personell innen helse- og omsorgssektoren: ”intensjonen er å sette pasientens kosthold inn i en helhet der alle ledd er like viktige og som en del av det øvrige behandlingsopplegget”

Tabell 6.16 Retningslinjer for kosthold i institusjoner: anbefalinger for kompetanse

Kategorier for kompetanse	Anbefalinger for kompetanse
Kunnskap	<i>Det er et stadig behov for oppdatert kunnskap innenfor kostbehandling</i>
Ferdigheter	<i>Det er av avgjørende betydning at kompetansen i ernæring/klinisk ernæring blant helse- og pleiepersonell og kjøkkenansatte styrkes</i>
Holdninger	<i>Servert under trivelige forhold og med hjelp som er tilpasset den enkeltes behov</i>
Egnethet	<i>Kostrådgivning må derfor ta utgangspunkt i det enkelte individets matvaner og livsform for øvrig, og rådgiver og pasient/pårørende må sammen komme til enighet om hvilke endringer som kan aksepteres</i>
	<i>Det kreves et godt samarbeid og en avklart ansvarsfordeling omkring pasientens kosthold</i>
	<i>Gis reell mulighet til å bestemme over sitt daglige kosthold</i>

6.10 Kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene. Forskrift og veileder.

Forskriften følger opp et arbeid over flere år for å øke kvaliteten i pleie- og omsorgstjenesten. St. meld. nr. 31 (2001-2002) *Avslutning av handlingsplan for eldreomsorgen* hadde spesielt fokus på *”brukeropplevd kvalitet, valgfrihet og individuell tilrettelegging av tjenestetilbudet”* (s 6). En ny melding: St. meld. nr. 45 (2002-2003) *Betre kvalitet i dei kommunale pleie- og omsorgstjenestene* la vekt på tilrettelegging etter den enkelte omsorgsmottakers behov og ønsker gjennom en helhetlig satsning på kvalitet, valgfrihet og individuell tilpasset tilbud (s 6). Forskriften fungerer som en veileder til loven. Nytt i denne forskrift er harmoniseringen av tjenestene innen både helse og omsorgstjenestene, den omfatter altså begge lovene. *”Sosial- og helsedirektoratet ønsker å understreke betydningen av at tiltak ses i sammenheng og integreres på tvers av virksomhetsområder”* (s 2).

6.10.1 Helsebegrepet i forskriften og veilederen

Eldre mennesker er den største gruppe av mottakere av pleie- og omsorgstjenester. Andre grupper er barn, unge og voksne med funksjonshemminger. Tjenesten skal *”dekke grunnleggende behov”* (§ 1) i vid forstand, der behov defineres bredt og omfatter fysiologiske, psykososiale og kulturelle behov. *”Helsefremmende”* nevnes i forbindelse med næring (mat og drikke) og et variert kosthold (§ 3). Tiltak for å støtte opp om og bedre pasienters *sosiale forhold, samvær og fellesskap med andre, aktivitet, normal livs- og døgnrytme, unngå unødig sengeopphold, ro, god personlig hygiene, medisinsk undersøkelse, behandling, rehabilitering* vil/kan virke helsefremmende (§ 3).

6.10.2 Anbefalinger for kosthold og ernæring og helsepersonell

Kvalitetsbegrepet knyttes dels opp mot egenskapene ved produktet og/eller tjenesten dels opp mot verdier og normer. Tjenester som gis innen pleie- og omsorgstjenesten skjer innen den personlige sfære; *”Pleie- og omsorgstjenester handler ofte om å yte tjenester som griper inn i den enkeltes liv og hverdag. Kvalitet på tjenestene er derfor knyttet til brukernes opplevelse av livskvalitet og viktige verdier i den enkeltes liv. Tjenestene må derfor utformes slik at mottakerne opplever at de blir respektert og verdsatt”* (s 7).

I forskriftens § 2 går det frem, at personer, som mottar pleie- og omsorgstjenester skal få sine behov ivaretatt *”med respekt for det enkelte menneskes selvbestemmelsesrett, egenverd og livsførsel”* (§1, Formål). I § 3 i kapittel 2 konkretiseres hvordan fagpersonell kan oppfylle dette kravet gjennom et system av prosedyrer. Et av disse punkter skal sikre at *”fysiologiske*

behov som tilstrekkelig næring (mat og drikke), variert og helsefremmende kosthold og rimelig valgfrihet i forhold til mat blir dekket". Det skal også gis *"tilpasset hjelp ved måltider og nok tid og ro til å spise"*. Noen ønsker å være alene mens de spiser, mens andre liker å spise med andre. Sosiale behov som samvær med andre og fellesskap nevnes også, ikke direkte i forbindelse med kosthold, men måltider er en mulighet for fellesskap og samvær (§3). Derimot nevnes respekt for den enkeltes livsførsel, et begrep som kan relateres til kultur, religion etc. (s 12).

Helsepersonell må ha kompetanse i bruk av prosedyrer og i forskriften blir ulike forhold ved kvalitetskontroll foreslått. Jeg vil nevne et par av disse siden de viser betydningen av god yrkesutøvelse: *"At brukerne blir møtt av fagpersoner som har den nødvendige faglige og menneskelige kompetansen"* og *"At ansatte praktiserer gode holdninger"* (4.10).

Det er en balansegang mellom å hjelpe for mye og hjelpe for lite (s 22). *"Ansatte i pleie- og omsorgstjenesten befinner seg ofte i spenningsfeltet mellom disse to fallgruvene"* og *"Kunnskap, selvinnsikt og empati utgjør den kompetansen som kreves for en profesjonell holdning hos fagpersonen i møte med pasienten eller brukeren"* (s 22). For mye hjelp blir paternalisme, å hjelpe for lite kan være omsorgssvikt. En profesjonell holdning hos helsepersonell må omfatte ikke bare kunnskap og ferdigheter men også selvinnsikt og empati (s 22).

En måte å oppnå større kvalitet i tjenestene er brukerundersøkelser. Indikatorer eller kjennetegn kan beskrive kvaliteten på en tjeneste. Den enkelte vil ha en subjektiv opplevelse av kvalitet, men noen kjennetegn kan være representative, som for eksempel i forbindelse med måltider: *"et pent dekket bord, valgfri drikke til maten, valgfrihet med hensyn til når du vil spise, tilbud om mellommåltider, tilgang til drikke, næringsrikt og variert kosthold, eventuelt mulighet for valg av middagsmeny og sikker mat"* (IK-mat⁵²) (s 30).

6.10.3 Sammenfatning

Forskriften ser kosthold og ernæring som en viktig del av pleie- og omsorgstjenesten. Det vektlegges at tjenesten ikke kun skal forholde seg til de fysiologiske behov hos brukere. De psykiske og sosiale behov er like viktige.

⁵² Forskrift om internkontroll for å oppfylle næringsmiddelovgivningen

Tabell 6.17. Kvalitet i pleie- og omsorgstjenesten:
anbefalinger for fagfeltet kosthold og ernæring

Kategorier for kosthold og ernæring	Anbefalinger for fagfeltet kosthold og ernæring
Fysisk	<i>Tilstrekkelig næring (mat og drikke), variert og helsefremmende kosthold og ...</i>
Psykisk	<i>Tilpasset hjelp ved måltider og nok tid og ro til å spise</i>
Sosialt	<i>Et pent dekket bord, valgfri drikke til maten, valgfrihet med hensyn til når du vil spise, tilbud om mellommåltider, tilgang til drikke, variert kosthold, eventuelt mulighet for valg av middagsmeny og sikker mat</i>
Omsorg	<i>Med respekt for det enkelte menneskes selvbestemmelsesrett, egenverd og livsførsel</i>

Pleie- og omsorgstjenesten trenger personell med kunnskaper, ferdigheter og gode holdninger, etisk bevissthet og empati uten å være overbeskyttende og paternalistiske. Disse kjennetegn sammenfaller med de personlige egenskaper i begrepet egnethet.

Tabell 6.18 Kvalitet i pleie- og omsorgstjenesten: anbefalinger forkompetanse

Kategorier for kompetanse	Anbefalinger for kompetanse
Kunnskap	<i>Fagpersoner med nødvendige faglige kunnskaper.</i>
Ferdigheter	<i>Et pent dekket bord, valgfri drikke til maten, valgfrihet med hensyn til når du vil spise, tilbud om mellommåltider, tilgang til drikke, næringsrikt og variert kosthold, eventuelt mulighet for valg av middagsmeny og sikker mat</i> <i>Gi tilpasset hjelp ved måltider..</i>
Holdninger	<i>Menneskelig kompetanse</i> <i>At ansatte praktiserer gode holdninger</i>
Egnethet	<i>Kvalitet på tjenestene er derfor knyttet til brukernes opplevelse av livskvalitet og viktige verdier i den enkeltes liv. Tjenestene må derfor utformes slik at mottakerne opplever at de blir respektert og verdsatt</i> <i>Kunnskap, selvinnsikt og empati utgjør den kompetansen som kreves for en profesjonell holdning hos fagpersonen i møte med pasienten eller brukeren</i> <i>.. med respekt for det enkelte menneskes selvbestemmelsesrett, egenverd og livsførsel</i>

6.11 Ernæring i helsetjenesten. Sosial og helsedirektoratet 2007

I forordet til rapporten plasseres ernæring og kosthold inn i helsetjenesten som *”en naturlig del i behandling, pleie og omsorg av syke”* (s 3). Ernæring bør være en del av annen behandling av sykdom og for noen diagnoser er kosten helt avgjørende (s 3). Rapporten, eller utredningen, er en del av grunnlaget for Handlingsplanen for bedre kosthold i befolkningen, 2007 (s 3).

Det finns som nevnt tidligere dokumentasjon på sammenhengen mellom matinntak og helsetilstand, men *”ernæring vektlegges ikke i tilstrekkelig grad og mange pasientgrupper får ikke den kostbehandling de har behov for”* i helsetjenesten (s 6). Det er for lite kompetanse hos helsepersonell og for få ressurser. Ledelsen for institusjonen/tjenesten må ta ansvar, ta i bruk retningslinjer/prosedyrer (for eksempel fra kvalitetsforskriften) og sørge for opplæring av personalet (s 6, 33) fremholder rapporten. Det er for få ernæringsfysiologer, og de som er, jobber på Øst- og Sørlandet. Sammenlignet med andre land ligger Norge på bunn med 1 ernæringsfysiolog pr 60 000 innbyggere. Til sammenligning har Sverige 1 per 22 000 innbyggere og USA 1 per 4 500 (s 31, 38)

6.11.1 Helsebegrepet og det helsefremmende arbeid i rapporten

Kosthold og ernæring settes i sammenheng med fysisk helse. En god ernæringsbehandling vil ha en god helsegevinst og bør være en del av behandlingen under sykdom. De sosiale skjevheter og ulikheter i befolkningen medfører en større belastning av kostrelaterte sykdommer i lavere sosioøkonomiske lag av befolkningen. Helsetjenesten kan ikke avhjelpe dette på egen hånd, men bør bidra aktivt til å utjevne disse forskjeller (s 11). Utsatte grupper og høyrisikogrupper må prioriteres. Underernæring finns i deler av befolkningen, spesielt hos eldre og kronisk syke. *”Undersøkelser tyder på at helseforetakene i liten grad har rutiner for rapportering av underernæring”* og for noen pasienter forverrer ernærings situasjonen seg under opphold i institusjon (s 14). Dette øker risikoen for en forverring av sykdom og høyere dødelighet.

En god ernæring handler ikke bare om matens næringsinnhold og tilberedning men også om andre forhold: *”som et hyggelig spisemiljø, nødvendig hjelp til å spise, god fordeling av måltidene gjennom døgnet, tilpassede porsjonsstørrelser med mer. Det er derfor viktig at det tas hensyn til alle disse forholdene når en planlegger mattilbudet på en institusjon eller i åpen omsorg”* (s 33). Kosthold og ernæring er en del av den omsorg som gis.

”Ernæringsarbeidet i helsetjenesten omfatter generelt helsefremmende arbeid og individ- og smågrupperettet høyrisikoorientert forebyggende arbeid..” (s 6). Innen helsetjenesten er det sekundærforebyggende arbeid mer aktuelt enn primærforebygging. Kosten kan forebygge komplikasjoner for eksempel ved hjerteinfarkt, diabetes og andre sykdommer (s 9). Det er imidlertid viktig at helsetjenesten - i tillegg til å behandle – også må *”legge til rette for et aktivt helsefremmende arbeid”* (s 9). Det kan for eksempel gjøres i samarbeid med lokale aktører.

6.11.2 Kompetansebehov

Skal kosthold og ernæring bli en del av behandling, pleie og omsorg trengs det en *”kompetanseheving av ulike helsepersonellgrupper”* (s 15). Blant helsepersonellgrupper nevnes hjelpepleiere. Det var før Kunnskapsløftet 06, i dag tilsvarer det helsefagarbeidere (s 18). Helsefagarbeidere jobber først og fremst i pleie- og omsorgstjenesten med eldre brukere. Mange av disse har en dårlig ernæringstilstand og trenger hjelp og veiledning, de kan ha fysiske plager, være ensomme og ha psykososiale problemer eller oppleve andre problemer.

”Det er naturlig at ernæringsfokuset kommer inn i pleie- og omsorgstjenestene først og fremst gjennom hjelpepleiere (helsefagarbeidere), for det er de som i størst grad møter tjenestemottagerne” (s 26). De må derfor få den nødvendige kunnskap og kompetanse (s 26, 36).

6.11.3 Sammenfatning

”Helsetjenesten står foran en rekke utfordringer på ernæringsområdet” (s 9). Disse er knyttet til kostens betydning for helse, fysisk, psykisk og sosialt. Det er dessverre for mange med en dårlig ernæringstilstand og underernæring, men med en større innsats både i helsefremmende og forebyggende arbeid, innen behandling, pleie og omsorg er det store muligheter for å kunne bedre situasjonen.

Tabell 6.19 Ernæring i helsetjenesten: anbefalinger for fagfeltet kosthold og ernæring

Kategorier for kosthold og ernæring	Anbefalinger for fagfeltet kosthold og ernæring
Fysisk	<i>En god ernæringsbehandling vil ha en god helsegevinst og bør være en del av behandlingen under sykdom.</i>
Sosialt	<i>De sosiale skjevheter og ulikheter i befolkningen medfører en større belastning av kostrelaterte sykdommer i lavere sosioøkonomiske lag av befolkningen</i>
Psykisk	<i>Et hyggelig spisemiljø, nødvendig hjelp til å spise, god fordeling av måltidene gjennom døgnet, tilpassede porsjonsstørrelser med mer. Det er derfor viktig at det tas hensyn til alle disse forholdene når en planlegger mattilbudet på en institusjon eller i åpen omsorg</i>
Omsorg	<i>En naturlig del i behandling, pleie og omsorg av syke</i>

Å kunne møte utfordringene krever en større kompetanse hos helsepersonell, ikke bare hos helsefagarbeidere men hos alle yrkesgrupper.

Tabell 6.20 Ernæring i helsetjenesten: anbefalinger for kompetanse

Kategorier for kompetanse	Anbefalinger for kompetanse
Kunnskap	<i>Kompetanseheving av ulike helsepersonellgrupper Det er naturlig at ernæringsfokuset kommer inn i pleie- og omsorgstjenestene først og fremst gjennom helsefagarbeidere</i>
Ferdigheter	<i>Et hyggelig spisemiljø, nødvendig hjelp til å spise, god fordeling av måltidene gjennom døgnet, tilpassede porsjonsstørrelser med mer.</i>
Holdninger	<i>Det er derfor viktig at det tas hensyn til alle disse forholdene når en planlegger mattilbudet på en institusjon eller i åpen omsorg</i>

6.12 Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring

Retningslinjene ble utarbeidet av en arbeidsgruppe nedsatt av Helsedirektoratet på initiativ av Norsk Selskap for Klinisk Ernæring i 2006. Arbeidsgruppen og en ekstern referansegruppe jobbet frem til august 2008. Retningslinjene var ute på intern høring høsten 2007 og ekstern høring høsten 2008. Retningslinjene revideres hvert tredje til fjerde år (s 33, 37).

Mål for retningslinjene er *”å sikre god kvalitet ved forebygging og behandling av underernæring”* (forord). Målgruppen er personell og ledere i helsetjenesten og fire tiltak foreslås:

1. å vurdere ernæringsmessig risiko
2. å gi personer i ernæringsmessig risiko målrettet ernæringsbehandling
3. å dokumentere ernæringsstatus og – tiltak i pasientens journal og epikrise
4. å videreformidle dokumentasjonene til neste omsorgsnivå.

Å identifisere ernæringsstatus er nødvendig for å kunne sette i verk tiltak og retningslinjene omfatter et verktøy som kan brukes. Helseforetakene og kommunene har ansvar for å sikre *”at ernæring blir en integrert del av behandlingstilbudet i helse- og omsorgstjenesten”* (s 9).

Forekomsten av underernæring er dokumentert grundig, det samme gjelder de helsemessige konsekvenser og økonomiske konsekvenser. Ikke minst er det store menneskelige konsekvenser. Et aktivt forebyggende arbeid innen målrettet ernæringsarbeid viser seg å ha stor effekt, for eksempel viser tall fra Danmark, Nederland, Storbritannia og USA at liggetid i sykehus kan reduseres med minimum 20 %. Årsakene til den dårlige ernæringsbehandling kan være: 1) manglende engasjement fra ledelsen, 2) manglende pasientinnflytelse, 3) *manglende kunnskaper om ernæring blant alle yrkesgrupper*, 4) uklare ansvarsforhold og 5) mangel på samarbeid mellom ulike faggrupper (s 10 – 13).

6.12.1 Helsebegrepet, helsefremmende arbeid og anbefalinger

Retningslinjene skal sikre at personer som er i risiko for underernæring blir fanget opp. Det er et primærforebyggende tiltak. For de, som har utviklet underernæring, er det viktig å få behandling for å forebygge sekundære helsekonsekvenser. I primærhelsetjenesten skal alle beboere i institusjoner og innen åpen omsorg *”vurderes for ernæringsmessig risiko ved innleggelse/vedtak og deretter månedlig, eller etter annet faglig begrunnet individuelt opplegg”*. I spesialisthelsetjenesten skal alle vurderes ved innleggelse og deretter regelmessig. (s 8).

Underernæring har store konsekvenser for den fysiske helse, og en ernæringsplan som tilpasses den enkelte kan gi store helsegevinster. Planen skal omfatte tiltak og oppfølging, gi informasjon om pasientens energi- og væskebehov, energi- og væskeinntak etc. Videre bør det tas hensyn til ernæringsstatus, appetitt, matvaner, tannstatus, tyggeevne etc. Alle tiltak skal være individuelle og angi oppstart, opptrapping, oppfølging og avslutning (s 17).

De individrettede tiltak starter gjerne med spisesituasjonen for eksempel ved å gjøre den til en trivelig og hyggelig opplevelse ”med delikat mat i hyggelige måltidsmiljø”. Et tiltak som kan gi økt trivsel og bedre appetitt kan øke matinntaket. På samme måte kan matens konsistens gjøre det lettere å tygge og svelge. Matens betydning sosialt, psykologisk og kulturelt er viktig å ta hensyn til (s 19) og hvert måltid bør planlegges ut fra hensynet til miljø, måltid og pasient (s 20).

Tabell 6.21 Miljø, måltid og pasienthensyn, slik den fremstår i rapporten, s 20.

Miljøhensyn	Måltidshensyn	Pasienthensyn
<ul style="list-style-type: none"> • Daglige rutiner • Spiseplass • Servering • Hygiene • Trivsel og ro • Personell • Spisehjelp • Redskaper • Aktivisering • Informasjon 	<ul style="list-style-type: none"> • Måltidsfordeling • Sammensetning • Størrelse • Utseende • Lukt • Smak • Temperatur • Konsistens • Næringsinnhold 	<ul style="list-style-type: none"> • Stress, uro, sykdom • Funksjonshemming • Behandling • Aktivitetsnivå • Kunnskap om rettigheter og tilbud • Vaner og ønsker

I de tilfeller der pasienten ikke får nok næring i seg kan det bli aktuelt å gi aktiv ernæringsbehandling (sonde og/eller intravenøs ernæring). Dette bør ikke gjøres før, det er nødvendig. Alle former for ernæringsbehandlinger har i seg etiske spørsmål, for eksempel ”sentrale etiske prinsipper som autonomi, ikke skade, gjøre det gode, barmhjertighet og rettferdighet som alltid må ligge til grunn for de valg som gjøres” (s 22).

Helsepersonell må forholde seg til Lov om helsepersonell og dens krav om forsvarlighet og omsorgsprinsippet samt pasientens rett til medbestemmelse.

Ved valg av tiltak eller behandlingsform må det også vurderes i hvilken grad pasienten evner å følge opp råd og veiledning vedrørende for eksempel ernæringsmessige forhold.

Helsepersonells kompetanse, ferdigheter og erfaring kan ha stor betydning for å få et vellykket resultat av helsehjelpen. Det er derfor viktig at helsepersonell har tilstrekkelig kompetanse, herunder kunnskaper om ernæring, og om hvordan spesielle ernæringsmessige behov skal og kan imøtekommes. (s 26).

Utdanningsinstitusjoner har ansvar for å gi opplæring etter læreplaner, og disse bør ivareta helsepersonells behov for kompetanse. I det yrkesaktive liv trengs det videre- og etterutdanning, og helseforetakene og kommunene har ansvar for å *”bidra til at helsepersonell i tjenesten får tilstrekkelig opplæring om ernæring”* (s 31).

6.12.2 Sammenfatning

Retningslinjene for å forebygge underernæring tar opp i seg mange av de aspekter som har blitt nevnt før både i forhold til kosthold og ernæring og kompetanse hos helsefagarbeidere.

Tabell 6.22 Retningslinjer for forebygging av underernæring:
anbefalinger for fagfeltet kosthold og ernæring

Kategorier for kosthold og ernæring	Anbefalinger for fagfeltet kosthold og ernæring
Fysisk	<p>Å sikre god kvalitet ved forebygging og behandling av underernæring</p> <p>Informasjon om pasientens energi- og væskebehov, energi- og væskeinntak etc.</p> <p>Videre bør det tas hensyn til ernæringsstatus, appetitt, tannstatus, tyggeeve etc</p>
Psykisk	<p>Med delikat mat i hyggelige måltidsmiljø, matvaner</p>
Sosialt	<p>Et tiltak som kan gi økt trivsel og bedre appetitt kan øke matinntaket.</p>
Kulturelt	<p>Matens betydning sosialt, psykologisk og kulturelt er viktig å ta hensyn til (s 19) og hvert måltid bør planlegges ut fra hensynet til miljø, måltid og pasient</p>
Omsorg	<p>At ernæring blir en integrert del av behandlingstilbudet i helse- og omsorgstjenesten</p>

Kosthold og ernæring blir behandlet som del av et bredt helsebegrep, der det legges vekt på de etiske sider av helsepersonells yrkesutøvelse. Alle sider ved måltidet må ivaretas og det må gjøres ut fra hensynet både til pasienten, måltidet og miljøet.

Kompetanse hos helsepersonell er en forutsetning for gjennomføring av retningslinjene.
manglende kunnskaper om ernæring blant alle yrkesgrupper,

Figur 6.23 Retningslinjer for forebygging av underernæring: anbefalinger for kompetanse

Kategorier for kompetanse	Anbefalinger for kompetanse
Kunnskap	Miljøhensyn – måltidshensyn - pasienthensyn
Ferdigheter	<i>Helsepersonells kompetanse, ferdigheter og erfaring kan ha stor betydning for å få et vellykket resultat av helsehjelpen.</i>
Holdninger	<i>Det er derfor viktig at helsepersonell har tilstrekkelig kompetanse, herunder kunnskaper om ernæring, og om hvordan spesielle ernæringsmessige behov skal og kan imøtekommes.</i>
Egnethet	<i>Forsvarlighet og omsorgsprinsippet samt pasientens rett til medbestemmelse.</i>
	<i>Sentrale etiske prinsipper som autonomi, ikke skade, gjøre det gode, barmhjertighet og rettferdighet som alltid må ligge til grunn for de valg som gjøres</i>

Sosial- og helsedirektoratet nedsatte en arbeidsgruppe sommeren 2003 på oppfordring av Helsedepartementet. Arbeidsgruppen skulle ”vurdere når overvekt og fedme aktivt bør forebygges i helsetjenesten”. Gruppen la frem en rapport om ”Forebygging og behandling av overvekt/fedme i helsetjenesten” i 2004. I rapporten foreslås det å sette i gang flere tiltak, flere av disse er sammenfallende med de tiltak, som er foreslått i retningslinjene i forhold til underernæring:

- Utarbeide nasjonale faglige retningslinjer for forebygging, utredning, diagnostikk og behandling av overvekt/fedme
- Kompetanseheving av helsepersonell (to av flere forslag til tiltak).

Sosial- og helsedirektoratet ønsker å gjennomføre flere prøveprosjekt for å få erfaringer fra ulike typer forebygging og behandling. De faglige retningslinjer skal utarbeides og helsepersonell få økt kompetanse innen feltet (Helsedirektoratet, 2010).

6.13 Ernæringspolitiske dokumenter, sammenfatning og konklusjon

Som avslutning på analysen settes kategoriene for kosthold og ernæring i forhold til kategoriene for kompetanse. De mest sentrale og gjennomgående utsagn fra dokumentene er valgt ut i tabell 6.24.

Tabell 6.24: Sammenfatning av de ernæringspolitiske dokumenter.

	Kunnskaper	Ferdigheter	Holdninger	Egnethet
Kosthold & ernæring i et fysisk helseperspektiv	<p><i>Fysiologiske behov</i> <i>Vekst og funksjon</i> <i>Næringsstoffer</i> <i>Energi</i> <i>Væske</i> <i>Ernærings-relaterte sykdommer</i> <i>Underernæring</i> <i>Overvekt</i> <i>Ernæringsstatus</i> <i>Tilskudd</i> <i>Anbefalinger</i> <i>Sikker mat</i></p>	<p><i>Velge mat og tilberede mat etter behov og anbefalinger</i></p> <p><i>Tilpasse porsjoner</i></p> <p><i>Energiinntak og væskeinntak</i></p> <p><i>Kosthold og ernæring ulike grupper</i></p> <p><i>Ferdigheter i å gi og tilberede mat</i> <i>Sikker mat</i></p>	<p><i>Flere leveår med god helse til befolkningen</i></p> <p><i>Mat og spisevaner er en viktig del av vår kultur – stor betydning fysisk</i></p> <p><i>En viktig del av pleie og behandling</i></p>	<p><i>Veiledning og informasjon</i></p> <p><i>Det er forbundet med store etiske utfordringer å påvirke andre</i></p> <p><i>Omsorg</i></p>
Kosthold & ernæring i et psykisk helseperspektiv	<p><i>Trivsel</i></p> <p><i>Mat og spisevaner er en viktig del av vår kultur – stor betydning mentalt</i></p>	<p><i>Tiltak for et trivelig måltidsmiljø</i></p> <p><i>Hensyn til matvaner, hjelp og ro til å spise</i></p> <p><i>Øke appetitt</i></p> <p><i>Variert, smakfullt</i></p>	<p><i>Pasienten aktiv</i></p> <p><i>Valgfrihet</i></p> <p><i>Medbestemmelse</i></p> <p><i>Respekt for ulike verdivalg, egenverd og livsførsel</i></p>	<p><i>Veiledning og informasjon</i></p> <p><i>Det er forbundet med store etiske utfordringer å påvirke andre</i></p> <p><i>Respekt for pasienten og pasientens integritet</i></p> <p><i>Føle seg verdsatt</i></p>
Kosthold & ernæring i et sosialt helseperspektiv	<p><i>Mat og spisevaner er en viktig del av vår kultur – stor betydning sosialt</i></p> <p><i>Menn</i> <i>Kvinner</i> <i>Ulike aldre</i> <i>Eldre</i></p>	<p><i>I tråd med kulturelle verdier</i></p> <p><i>Mat kulturbærer</i></p> <p><i>Sosialt tilfredsstillende måltid</i></p> <p><i>Pent dekket bord</i></p>	<p><i>Å redusere helseforskjeller mellom sosiale lag, etniske grupper og kjønn</i></p> <p><i>Respektere alle grupper</i></p>	<p><i>Veiledning og informasjon</i></p> <p><i>Det er forbundet med store etiske utfordringer å påvirke andre</i></p> <p><i>God samhandling kan være viktig for å bidra til sosial likhet</i></p>

Kosthold & ernæring i et omsorgsperspektiv	<i>Kompetanse som er tilpasset helse- og omsorgstjenestens behov</i> <i>Forsvarlighet</i> <i>Sentrale etiske prinsipper som autonomi, ikke skade, gjøre det gode, barmhjertighet og rettferdighet må ligge til grunn for de valg som gjøres</i>	<i>Kompetanse som er tilpasset helse- og omsorgstjenestens behov</i> <i>Forsvarlighet</i> <i>Sentrale etiske prinsipper som autonomi, ikke skade, gjøre det gode, barmhjertighet og rettferdighet må ligge til grunn for de valg som gjøres</i>	<i>Praktiserer gode holdninger</i> <i>Holdninger som samsvarer med det helsepolitiske verdigrunnlaget og de helsepolitiske mål</i>	<i>Veiledning og informasjon uten det fremstår som formynderi</i> <i>Sentrale etiske prinsipper som autonomi, ikke skade, gjøre det gode, barmhjertighet og rettferdighet må ligge til grunn for de valg som gjøres</i> <i>Integrert behandlingstilbud</i> <i>Plikt til å legge pasientperspektivet til grunn for sine handlinger</i> <i>Forsvarlighet og omsorg</i>
---	---	---	---	--

Dokumentene har ulikt fokus. Noen tar først og fremst for seg de fysiske/fysiologiske sider av kosthold og ernæring mens andre dokumenter, som Handlingsplan for et bedre kosthold i befolkningen, Kvalitet i pleie- og omsorgstjenesten og Samhandlingsreformen har en helhetlig tilnærming. I disse dokumentene sees kosthold og ernæring i et bredt helseperspektiv og kompetanse defineres som kunnskaper, ferdigheter og holdninger. Begrepet ”*egnet*” nevnes spesifikt i Helsepersonelloven. I andre dokumenter beskrives personlige egenskaper som kan ligge innenfor egnethetsbegrepet, slik disse beskrives på Statens hjemmeside for yrkesvalg og Lister opplæringskontor.

Kosthold og ernæring har, dersom man legger analysen av de ernæringspolitiske dokumenter til grunn, betydning for menneskets fysiske, psykiske og sosiale helse. Analysen viste også at kosthold og ernæring er en del av profesjonell pleie og omsorg. Samfunnet har behov for yrkesutøvere med kunnskaper, ferdigheter, holdninger og de gode personlige egenskaper.

Tabell 6.24 vil bli brukt når oppgavens forskningsspørsmål skal besvares i kapittel 8, men først blir de utdanningspolitiske dokumenter analysert i kapittel 7 ved hjelp av de samme analyseverktøy.

KAPITTEL 7 UTDANNINGSPOLITISKE DOKUMENTER

I dette kapittel analyseres følgende utdanningspolitiske dokumenter

- Opplæringsloven
- Den generelle læreplan
- Læreplan for Vg1 helse- og sosialfag
- Læreplan for Vg2 helsefagarbeider
- Læreplan for Vg3 helsefagarbeider
- Kompetanseplattform for helsefagarbeider

I analysen av de utdanningspolitiske dokumenter vil jeg se på bruken av helsebegrepet og forståelse av det helsefremmende arbeid med hovedfokus på fagfeltet kosthold og ernæring. Deretter vil analysen gå inn i kompetansebegrepet relatert til kosthold og ernæring. Analysen er ikke begrenset til kosthold og ernæring innenfor programfaget helsefremmende arbeid. Omsorg utøves gjennom mer enn kosthold og ernæring, og planens kompetansemål fra de to andre programfag Kommunikasjon og samhandling og Yrkesutøvelse inngår i måten omsorgen gis på. ”Programfagene utgjør en helhet (...) opplæringen skal (...) bidra til å fremme kreativitet og en helhetlig kompetanse som er anvendelig i helse- og sosialsektoren” (formål, Vg1, s 1). Analyseverktøy 1 og 2 brukes, der det er mulig. Avslutningsvis sammenfattes anbefalinger og råd i en oversikt med alle kategorier.

Opplæringsloven og Den generelle læreplan gjelder for hele skoleverket, mens læreplaner og kompetanseplattformen kun tar for seg utdannelsen til helsefagarbeider. Opplæringen skal bygge på alle dokumentene, og selv om de to første neppe blir brukt i den daglige planlegging og gjennomføring av undervisningen, bør de være fundamentet for den aktivitet som skjer i skolen.

Fellesfagene er stort sett like for alle programområder i de yrkesfaglige utdannelser. Disse ferdigheter skal integreres i programfagene og skal gi en bedre forståelse og innsikt. Fagkompetansen skal økes gjennom å kunne: uttrykke seg muntlig og skriftlig, kunne lese, kunne regne og kunne bruke digitale verktøy. Det er ferdigheter helsefagarbeideren trenger i sin yrkesutøvelse og i samfunnet; ”Grunnleggende ferdigheter er avgjørende for å kunne lykkes i forhold til jobb og for å kunne delta i samfunnslivet. En sterk satsing på grunnleggende ferdigheter – bl.a. innen lesing, skriving og regning er kjernen i Kunnskapsløftet” (Kunnskapsminister Øystein Djupedal 13. juni 2006, <http://www.regjeringen.no/>).

7.1 Opplæringsloven

Lov om grunnskolen og den videregående opplæring, ”Opplæringsloven”, regulerer all aktivitet som finner sted i den norske skole fra 1. – 13. trinn. Loven gjelder også for opplæring i bedrifter. Formålet med opplæringen er omfattende og krevende, og skole og hjem må samarbeide for å lykkes. Vår fortid er viktig for å forstå nåtiden og kunne møte fremtiden, og opplæringen skal bygge på kristne og humanistiske verdier og respekt for menneskeverdet og naturen. Kultur er viktig, både den norske og internasjonale, og et kulturelt mangfold må ivaretas i et demokratisk land (§ 1-1 formål).

Opplæringen skal videreformidle kunnskaper, dugelighet og holdninger som kan sette elevene i stand til å mestre sine liv og delta i samfunnet som aktive, ansvarlige, etiske og miljøbeviste borgere. Skolen plikter å vise elevene respekt og gi dem utfordringer som ”*fremmer dannelse og lærelyst*”. Opplæringsens § 1-1 gjengis nedenfor fordi den i mine øyne sammenfatter visjonen om et samfunn, hvor hvert enkelt menneske kan leve i et symbiotisk forhold til sine medmennesker og naturen:

§ 1-1. Formålet med opplæringa

Opplæringa i skole og lærebedrift skal, i samarbeid og forståing med heimen, opne dører mot verda og framtida og gi elevane og lærlingane historisk og kulturell innsikt og forankring.

Opplæringa skal byggje på grunnleggjande verdiar i kristen og humanistisk arv og tradisjon, slik som respekt for menneskeverdet og naturen, på åndsfridom, nestekjærleik, tilgjeving, likeverd og solidaritet, verdiar som òg kjem til uttrykk i ulike religionar og livssyn og som er forankra i menneskerettane.

Opplæringa skal bidra til å utvide kjennskapen til og forståinga av den nasjonale kulturarven og vår felles internasjonale kulturtradisjon.

Opplæringa skal gi innsikt i kulturelt mangfald og vise respekt for den einskilde si overtyding. Ho skal fremje demokrati, likestilling og vitskapleg tenkjemåte.

Elevane og lærlingane skal utvikle kunnskap, dugleik og holdningar for å kunne meistre liva sine og for å kunne delta i arbeid og fellesskap i samfunnet. Dei skal få utfalde skaparglede, engasjement og utforskartrøng.

Elevane og lærlingane skal lære å tenkje kritisk og handle etisk og miljøbevisst. Dei skal ha medansvar og rett til medverknad.

Skolen og lærebedrifta skal møte elevane og lærlingane med tillit, respekt og krav og gi dei utfordringar som fremjar danning og lærelyst. Alle former for diskriminering skal motarbeidast.

Forskrift til opplæringsloven har som oppgave å *”fille ut dei overordna måla og prinsippa for opplæringa”* (§ 1-5, Opplæringsloven). Forskriften setter rammende for fag- og timefordeling, vurdering, dokumentasjon, eksamen, krav til personale etc.

7.1.1 Helsebegrepet, det helsefremmende arbeid og kompetanse

Hjorts definisjon av helse *”å ha overskudd i forhold til hverdagens krav”* finner gjenklang i opplæringens mål *”å utvikle elevenes kunnskap, dugleik og holdningar for å kunne meistre liva sine”*. § 1-1 nevner ikke ordet helse, derimot er det flere formuleringer som kan forbindes med begrepet *”livskvalitet”* (Mæland, 2005): en opplæring som skal fremme *”respekt for menneskeverdet og naturen, åndsfriidom, nestekjærleik, tilgjeving, likeverd og solidaritet, verdiar”*.

I livskvalitet legger Mæland også sosial tilhørighet og identitet, og en del av vår identitet ligger i vår kultur. Barn og unge skal kjenne til sin egen kultur. Formål for opplæringen er også å utdanne elevene til *”kunne delta i arbeid og fellesskap i samfunnet”*. Å ha en jobb er ikke bare viktig for identitet og psykisk helse, det gir også et sosialt nettverk og gode relasjoner. Ikke minst gir jobben mulighet for personlig vekst.

Opplæringen skal legge grunnlaget for et yrkesaktivt liv. Samfunnet trenger kompetente yrkesutøvere som kan *”utfalde skaparglede, engasjement og utforskartrong”* og *”kunne ”tenkje kritisk og handle etisk”*. På arbeidsplassen og i samfunnet må de ta medansvar, vise toleranse og respekt for andres tradisjoner og kultur. Utdannelsen skal være en dannelsesreise og gi *”danning og lærelyst”*. Opplæringens formålsparagraf pålegger skolen å gi elevene dannelse og innsikt, kunnskaper, ferdigheter og holdninger slik at de *utvikler* en atferd *”forankra i menneskerettane”*.

Opplæringsloven setter krav til skoleeiere om å skape et fysisk og psykososialt godt læringsmiljø for elevene *”som fremjar helse, trivsel og læring”* (§ 9a-1). Forskrift til Opplæringsloven bestemmer rammene for hvordan. Loven sier ikke noe om kosthold og ernæring som et tilbud i skolen, men det har siden 1946 vært politisk diskutert.

7.1.2 Sammenfatning

Opplæringen skal gi elevene et grunnlag for å ta vare på seg selv og samtidig bli gangs mennesker. Skal samfunnet fungere må det utdannes fagfolk med kunnskaper, ferdigheter og gode holdninger. En felles kulturarv, etisk forankring, medmenneskelighet, demokrati og

dannelse er limet som holder samfunnet sammen. Opplæringsloven gir de overordnede mål, når det gjelder fagområder må man inn i hver enkelt læreplan.

Tabell 7.1 Opplæringsloven: anvisninger for kompetanse

Kategorier for kompetanse	Mål for opplæringen
Kunnskap	<i>Utvikle elevenes kunnskap, dugleik og holdningar for å kunne meistre liva sine</i>
Ferdigheter	<i>Utvikle respekt for menneskeverdet og naturen, åndsfridom, nestekjærleik, tilgjeving, likeverd og solidaritet, verdiar.</i>
Holdninger	<i>Kjenneskap og forståelse for egen og felles kultur</i>
Dannelse	<i>Utvikle en atferd som er forankra i menneskerettane.</i>
	<i>Kunne delta i arbeid og fellesskap i samfunnet, demokrati</i>
	<i>Utfordringer som fremmer dannelse og lærelyst</i>
	<i>Tenke og handle etisk</i>

7.2 Den generelle læreplan

Den generelle læreplan er felles for grunnskolen, videregående skole og voksenopplæring og ble vedtatt av Stortinget ved innføring av Reform 94. Sammen med læringsplakaten, fag- og timefordeling og læreplaner for fag inngår den i Læreplanverket for Kunnskapsløftet. Den generelle læreplan bygger på *”prinsipielle synspunkter fra de sentrale utdanningspolitiske dokumenter som Stortinget har behandlet og sluttet seg til de siste par år”* (forord) og planen er grunnlaget for alt som skjer i skolen og: *”utdypar overordna mål for opplæringa og skildrar verdiar, kultur og kunnskap som er grunnlaget for grunnskulen og vidaregåande opplæring”* (Utdanningsdirektoratet, 28.07.2010).

Opplæringens mål er å gi elevene et grunnlag for å møte livets utfordringer i dag og inn i fremtiden. Utviklingen i samfunnet medfører et behov for livslang læring og utvikling; fremtiden vet vi lite om og opplæringen *”må derfor tilføre holdninger og kunnskaper som kan vare livet ut, og legge fundamentet for de nye ferdighetene som trengs når samfunnet endres raskt”* (s 5).

Norge har fem lover innen opplæring: Grunnskoleloven, Lov om videregående skole, Lov om fagopplæring i arbeidslivet, Lov om voksenopplæring og Lov om folkehøgskoler. Deres formålsparagrafer har noen felles målformuleringer og disse blir i planen satt sammen i følgende hovedområder: religion og etisk orientering, skapende evner, arbeid, allmenndannelse, samarbeidsformer og natur og miljø (s 2).

Den generelle læreplans syv sider av mennesket bygger på disse hovedområder og er følgende:

- Det meningssøkende menneske
- Det skapende menneske
- Det arbeidende menneske
- Det allmenndannede menneske
- Det samarbeidende menneske
- Det miljøbeviste menneske
- Det integrerte menneske

De pedagogiske prinsipper beskrives i innledningen. Skal opplæringen lykkes må opplæringen ta hensyn både til elevenes livssituasjon, læringsevne, kreativitet etc. og samtidig ha fokus på opplæringens overordnede mål: *”Opplæringens mål er å utvide barn, unges og voksnes evne til erkjennelse og opplevelse, til innlevelse, utfoldelse og deltakelse”* (s 5).

Opplæringen har dermed to innfallsvinkler, den *”har ikke bare egenverdi for eleven, men har også som mål å forberede de unge til å påta seg arbeidslivets og samfunnslivets oppgaver”* (s 17), men begge bygger på det samme verdigrunnlag, menneskesyn og de fostringsoppgaver samfunnet har. På den ene siden står samfunnets behov for kunnskaper, ferdigheter og holdninger hos samfunnsborgere sentralt, på den andre siden er den enkelte elevs behov for tilrettelegging og individuelle behov viktig. *”Sluttmålet for opplæringen er å anspore den enkelte til å realisere seg selv på måter som kommer fellesskapet til gode – å fostre til menneskelighet for et samfunn i utvikling”* (s 40).

7.2.1 Den generelle læreplan, helse og helsefremmende arbeid

Hjem, skole og samfunn har ansvar for å utvikle normer som ivaretar menneskeverdet, moral og hensyn til andre. Opplæringen skal sette elever i stand til å mestre livets utfordringer og *”Den (opplæringen) skal gi hver enkelt elev kyndighet til å ta hånd om seg selv og sitt liv, og samtidig overskudd og vilje til å stå andre bi”* (s 5). Helse og helsefremmende arbeid nevnes ikke direkte, men *”å mestre utfordringer”* ligger igjen tett opp av Hjorts (Hjorts 1994, Mæland, 2005) definisjon av helse: *”å ha overskudd i forhold til hverdagens krav”*.

Menneskets behov for å kunne kontrollere, mestre, ha sosial tilhørighet, føle velvære, og utvikle sin identitet i tillegg til å oppleve verden som forutsigbar og sammenhengende (Antonovsky, 1987, Mæland 2005) møtes i Det meningsseekende menneske:

Oppfostringen skal bygge på det syn at mennesker er likeverdige og menneskeverdet ukrenkelig. Den skal befeste troen på at alle er unike; enhver kan komme videre i sin egen vokster, og individuell egenart gjør samfunnet rikt og mangfoldig (s 7).

De psykiske og sosiale sider av helse sikres gjennom den enkeltes rett til å utvikle seg i *”friheten til å tro, tenke, tale og handle uten skille etter kjønn, funksjonsevne, rase, religion, nasjon eller posisjon”* (s 7). Å dekke de individuelle behov må skje på en måte som viser respekt for andres behov, likeverd, kultur og tradisjoner; *”Oppfostringen skal fremme likestilling mellom kjønn og solidaritet på tvers av grupper og grenser”* (s 7).

Mennesker med funksjonshemninger beskrives som de *”som har andre forutsetninger enn flertallet”* (s 10). Det kan være sykdom men også nød, sorg og hendelser, som kan medføre at vi alle kan trenge eller *”blir avhengig av andres omsorg”* (s 10). Funksjonshemming som begrep omfatter her både de fysiske, psykiske og sosiale sider av helse og disse settes i sammenheng med omsorgsbegrepet.

Planen sier ikke noe om, hvorvidt denne omsorg skal gis privat eller offentlig. Samfunnet har normer som regulerer atferd på alle områder, ikke minst innen yrkesetikk og arbeidsmoral. Elevene må forstå de moralske krav som stilles, og opplæring skal sikre at arbeidsoppgaver holder en høy kvalitet slik at *”det hindrer skade og fremmer helse”* (s 9).

Det skapende menneske er den kreative siden av mennesket med evnen og viljen til å uttrykke seg på sin egen måte. Uten viljen til å gå inn i fremtiden vil den enkelte oppleve å mislykkes og miste troen på seg selv og verden som meningsgivende. Skolen skal gi elevene lyst og tro på seg selv, gi elevene *”lyst på livet, mot til å gå løs på det og ønske om å bruke og utvikle videre det de lærer”* (s 11). Å kjenne til den historiske utvikling av levevilkår kan gi en bedre innsikt i hvordan livsstil påvirker helse og sykdom. Det gjelder ikke minst for å kunne forstå de sosioøkonomiske virkninger på helse hos befolkningen.

I Det samarbeidende menneske legges det vekt på elevens rett til et ryddig og rolig miljø, der alle har plikter og ansvar for å *”utvikle innlevelse og følsomhet for andre, å gi praksis i å vurdere sosiale situasjoner og fremme ansvar for andres tarv”* (s 31).

”Livsstil påvirker helse” (s 35) settes i sammenheng med forbruk, miljø og forurensning. Matproduksjon er en del av verdens utfordringer. Problemene er sammensatte og løsninger må derfor imøtekomme denne kompleksiteten. Det miljøbeviste menneske kan ta bedre og helsefremmende valg med innsikt i den virkning vårt levesett har på miljøet (s 36).

7.2.2 Kompetanse

Den generelle læreplan benytter begrepene kunnskaper, ferdigheter og holdninger for å beskrive opplæringens mål. Allmenndannelse er essensiell for at samfunnet skal utvikle seg demokratisk og for den enkeltes mulighet for *”helhetlig personlig utvikling og mangfoldige mellommenneskelige relasjoner”* (s 25).

Den generelle læreplan er som dens navn impliserer generell i sin tilnærming til kompetanse. Kosthold og ernæring og helsefagarbeider nevnes ikke, men dens mål gjelder alle, uansett hva vi gjør, eller hvor vi er. *”Opplæringen skal kvalifisere for produktiv innsats i dagens arbeidsliv, og gi grunnlag for senere i livet å kunne gå inn i yrkes som ennå ikke er skapt”* (s 5).

Samfunnets kunnskapsmengde er under stadig utvikling gjennom menneskets evne til å tenke nytt, undre seg, stille spørsmål og arbeide vitenskaplig; *”utdanningen skal også gi elevene kompetanse til å skaffe seg og vinne ny kunnskap”* (s 15). I yrkesutøvelse er det viktig å vite når ”gammel” kunnskap skal skiftes ut med ”ny”. De etiske sider av forskning krever at den enkelte har et bevist forhold til *forskningen* i seg selv; *”Den forskning som sprenger grenser for hva som er mulig, må møtes av verdier som setter grenser for hva som er tillatt”* (s 15).

God allmenndannelse er *”en forutsetning for å kunne velge utdanning og senere skjøtte arbeid med kompetanse, ansvar og omhu”* (s 25). Kunnskap som begrenses til et bestemt område øker faren for uheldige og farlige effekter av det vi gjør. Kunnskap bør være helhetlig og tverrfaglig uten at den må bli overflatisk og useriøs (s 25). Det er nødvendig med en opplæring som

(...) skal gi god allmenndannelse ved konkret kunnskap om menneske, samfunn og natur som gir overblikk og perspektiv; ved kyndighet og modenhet for å møte livet – praktisk, sosialt og personlig og ved egenskaper og verdier som letter samvirket mellom mennesker og gjør det rikt og spennende for dem å leve sammen (s 25).

Allmenndannelse er utviklet på felles bakgrunnsinformasjon og referanserammer – og er *”den dannelsen alle må være fortrolige med om samfunnet skal forbli demokratisk og samfunnsmedlemmene myndige. Opplæringen må derfor gi gode muligheter for sammenhengende oppbygging av kunnskaper, ferdigheter og holdninger”* (s 28).

Den lokale kultur utfordres av påvirkninger utenfra, utviklingen går fort og alt endrer seg i stor fart. Mennesker trenger forankring i sin historiske arv og egen kultur. Allmenndannelse hjelper oss å se vår historiske forankring og *”hvordan utviklingen av ferdigheter, innsikt og viten er noe av det mest fantastiske mennesker har lært å gjøre sammen – historisk og globalt. Den styrker evner og holdninger som gir samfunnet rikere vekstmuligheter i framtiden”* (s 29).

Skolen og opplæringen *”rettes også mot de personlige egenskaper en ønsker å utvikle, og ikke bare mot faginnhold. Nøkkelen er å utforme omgivelser som gir rike muligheter for barn og unge til å utvikle bevist samfunnsansvar og handlingskompetanse for rollen som voksen”* (s 32). Planen beskriver *”livskunnskap”* som et mål for opplæringen fra fellesskapet i skole og opplæring, som skal bringes videre ut i yrkeslivet. Dette er kunnskap som ligger opp mot allmenndannelse.

Elevene opplæres i ferdigheter som gjør dem til delaktige på arbeidsplasser og i samfunnet: den første er trening og utvikling av sosialt ansvar. Med det menes evne i å treffe avgjørelser, kunne sette opp regler og følge dem og kunne takle uventede situasjoner. Den andre er å utøve disiplin og kunne organisere, for eksempel kunne samordne, lede og foreslå løsninger. Den siste og tredje er organisasjonsforståelse og konflikthåndtering. I alle arbeidsfellesskap kan det oppstå problemer som trengs å løses på en hensiktsmessig måte (s 32).

7.2.3 Sammenfatning

I planen defineres mål som a) noe en arbeider mot og b) noe en kan vite om en nærmer seg eller ikke. I planen presenteres opplæringens mål igjennom de syv mennesketyper frem til opplæringens sluttmaal: *”Sluttmalet for opplæringen er å anspore den enkelte til å realisere seg selv på måter som kommer fellesskapet til gode – å fostre til menneskelighet for et samfunn i utvikling”*.

Planen setter opp flere motstridende mål for opplæringen. Det integrerte menneske må kunne takle å møte samfunnets motstridende krav, som for eksempel å kunne være selvstendig – og kunne samarbeide. Ta vare på egen kultur – og vise respekt for andres. Være personlig – og være profesjonell.

Derfor trengs det en allsidig og tverrfaglig kompetanse uansett hvilket fagfelt vi snakker om. Kompetanse må kombineres med en etisk bevissthet og ansvarlighet hos den enkelte, da hvert valg vi tar og hver eneste handling vi utøver, kan få konsekvenser for andre på godt og vondt. Opplæringen er en karakterdannelse som en prosess og et resultat. Kunnskap kan gi makt og kan misbrukes; derfor må kunnskap følges av ansvar, etisk og sosialt bevissthet (s 40).

Tabell 7.2 Den generelle læreplan: anvisninger for kompetanse

Kategorier for kompetanse	Mål for opplæringen
Kunnskap	<p><i>Oppgaver skal løses med fagkunnskap til gang for andre slik at det hindrer skade og fremmer helse.</i></p> <p><i>Utdanningen skal også gi elevene kompetanse til å skaffe seg og vinne ny kunnskap</i></p> <p><i>Sammenhengende oppbygging av kunnskaper, ferdigheter og holdninger</i></p>

Ferdigheter	<i>Tilføre holdninger og kunnskaper som kan vare livet ut, og legge fundamentet for de nye ferdighetene som trengs når samfunnet endres</i>
Holdninger	<i>Gi kyndighet til å ta hånd om seg selv og sitt liv, og samtidig overskudd og vilje til å stå andre bi</i>
Dannelse	<i>Dannelsen alle må være fortrolige med om samfunnet skal forbli demokratisk og samfunnsmedlemmene myndige.</i> <i>God allmenndannelse er en forutsetning for å kunne velge utdanning og senere skjøtte arbeid med kompetanse, ansvar og omhu</i>
Personlige egenskaper	<i>Rettes også mot de personlige egenskaper en ønsker å utvikle, og ikke bare mot faginnhold.</i> <i>Kunne velge utdanning og senere skjøtte arbeid med kompetanse, ansvar og omhu</i> <i>Opplæringen har ikke bare egenverdi for eleven, men har også som mål å forberede de unge til å påta seg arbeidslivets og samfunnslivets oppgaver</i> <i>Sluttmålet for opplæringen er å anspore den enkelte til å realisere seg selv på måter som kommer fellesskapet til gode – å fostre til menneskelighet for et samfunn i utvikling</i> <i>Utvikle innlevelse og følsomhet for andre, å gi praksis i å vurdere sosiale situasjoner og fremme ansvar for andres tarv</i> <i>Friheten til å tro, tenke, tale og handle uten skille etter kjønn, funksjonsevne, rase, religion, nasjon eller posisjon</i> <i>Fremme likestilling mellom kjønn og solidaritet på tvers av grupper og grenser</i> <i>Livskunnskap</i>

7.3 Læreplaner fra Vg1helse- og sosialfag til Vg3 helsearbeiderfag

I analysen av læreplaner vil jeg ta for meg Vg1 helse- og sosialfag for seg mens Vg2 og Vg3 helsearbeiderfag blir analysert under et. På første året retter læreplanen seg mot en generell innføring før elevene tar et endelig yrkesvalg. Det andre og tredje året skal lede frem til en yrkestittel og de to læreplaner er tett knyttet til hverandre med en progresjon i mål og forventet kompetanse.

Alle læreplaner i KL06 er bygd opp etter samme struktur:

- Formål for felles programfag
- Struktur i felles programfag
- Omtale av felles programfag
- Timetall i felles programfag
- Grunnleggende ferdigheter i felles programfag
- Kompetansemål i felles programfag
- Vurdering i felles programfag

I formål for felles programfag sees fagene under ett. Opplæringen i fagene har betydning både for den enkelte og for samfunnet; Vg1 helse- og sosialfag skal *”gi elevene en plattform for videre yrkesvalg”* og *”medvirke til å dekke kompetansebehovet i samfunnet innenfor oppvekst-, helse- og sosialtjenestene”* (formål Vg1, s 1). Vg2 og Vg3 skal *”medvirke til å dekke behovet for helsefagarbeidere”* og utdanne helsefagarbeidere som kan *”utføre omsorg og grunnleggende sykepleie”* (formål Vg2 og 3, s 1).

At et fag kalles *”helsefremmende arbeid”* er en tydelig markering av dette arbeidets betydning. Helsefremmende er valgt fremfor forebyggende. Det helsefremmende arbeid omfatter både den enkelte og samfunnet. Fagene skal gi elevene kunnskap om sammenhengen mellom helse og livsstil, det skal undervises i *”det helsefremmende arbeid, livsstilssykdommer og arbeidsmiljø”* (formål, s 1).

De felles programfag er Helsefremmende arbeid, Kommunikasjon og samhandling og Yrkesutøvelse. Kompetansemålene for de enkelte fag beskriver den sluttkompetanse, elevene skal oppnå ved slutten av opplæringen. KL06 har høge taksonomiske nivå for å beskrive den ønskede kompetanse: drøfte, forklare, grunngi og vurdere i tillegg til å gjøre rede for, som er den mest brukte. Læreplaner i KL06 sier ikke noe om veien frem til måloppnåelse.

Sluttkompetansen måles på Vg1 som standpunktkarakter i hvert av de tre programfag. På Vg2 har elevene i tillegg til standpunkt en tverrfaglig praktisk eksamen. Etter to år som lærling må eleven opp til en fagprøve før han/hun kan søke om autorisasjon.

7.3.1 Kosthold og ernæring i læreplaner Vg1, Vg2 og Vg3 for helsearbeiderfaget

På Vg1 blir det helsefremmende arbeid vektlagt; det *”handler om sammenhengen mellom livsstil og fysisk og psykisk helse”* og om *”forebygging av livsstilssykdommer”* (omtale, s 2). Kosthold og ernæring blir satt i sammenheng med livsstil og *”i dette inngår verdien av kosthold..”* (omtale, s 2). Et kompetansemål i helsefremmende arbeid dreier seg om kosthold og ernæring der elevene skal være aktive og *”sette sammen enkle måltider og vurdere energi- og næringsinnholdet i tråd med anbefalinger om et sunt kosthold fra helsestyringsmaktene”* (kompetansemål, s 3). I planen blir kosthold og ernæring ikke satt i sammenheng med helse psykisk eller sosialt. Opplæringen skal *”legge til rette for utvikling av faglig forståelse gjennom kunnskap, refleksjon, etisk bevisstgjøring, respekt og toleranse”* (formål, s 1).

Fagfeltet kosthold og ernæring inngår i kompetansemålene på både Vg2 og Vg3. På Vg2 skal elevene kunne gi brukere/pasienter et kosttilbud ut fra deres *”funksjonsnivå, alder og behov, og i tråd med norske anbefalinger”* (kompetansemål, s 2). Elevene skal *”kunne planlegge og begrunne”* kostholdet (kompetansemål, s 2). Maten skal være trygg og sunn; *”lage trygge og sunne måltider for ulike brukere i tråd med norske anbefalinger om ernæring”* (kompetansemål, s 2). At den er sunn er logisk, men at den er trygg kan åpne for flere tolkninger. Trygg kan være smittefri og uten farlige stoffer, men trygg kan også bety at spisesituasjonen skal oppleves som trygg.

På Vg3 utvides betydningen av kosthold og ernæring til også å omfatte trivsel i kompetansemålene; *”tilberede måltider som ivaretar brukernes helse og trivsel, og begrunne forslagene i tråd med norske anbefalinger for ernæring”* (kompetansemål, s 2). Ved sykdom er næringstilstand og næringsopptak en del av helsefagarbeiderens ansvarsområde, i noen tilfeller må tiltak settes inn på bakgrunn av kunnskap om sykdomslære; *”identifisere underernæring og feilernæring og foreslå tiltak for å forebygge og behandle disse”* (kompetansemål, s 3). Dette står i kompetansemål for yrkesutøvelse, ikke for helsefremmende arbeid.

Læreplanene for Vg1, Vg2 og Vg3 har de samme mål i forhold til reklame og grunnleggende ferdigheter. Elevene skal kunne vurdere kostholdsinformasjon i reklame og media (kompetansemål, s 3) og de skal lære *”å kunne regne”*. Det er en kompetanse elevene trenger *”i arbeidet med problemstillinger omkring helse, ernæring og kosthold”* (grunnleggende ferdigheter, s 2).

Tabell 7.3 Læreplan for helsearbeiderfag, Vg1, Vg2, Vg3:
anbefalinger for fagfeltet kosthold og ernæring

Kategorier for kosthold og ernæring	Mål fra læreplanene
Fysisk	<i>Kosthold for å forebygge sykdom og fremme fysisk (...) helse</i> <i>Energi- og næringsinnholdet i tråd med anbefalinger om et sunt kosthold fra helsestyringsmaktene</i>
Psykisk	<i>Kost ut fra funksjonsnivå, alder og behov</i> <i>Hva kosthold betyr for å fremme (...) psykisk helse</i>
Sosialt	<i>Kunnskap om og respekt for norsk, samisk og andre kulturer og tradisjoner</i>
Omsorg	<i>Måltider som ivaretar brukernes helse og trivsel, og begrunne forslagene i tråd med norske anbefalinger for ernæring</i>

Omsorg kommer tydeligere frem i mål for Kommunikasjon og samhandling og Yrkesutøvelse enn i programfaget Helsefremmende arbeid. Å vise respekt og skape trygghet er et par eksempler på å vise omsorg. Omsorgsaspektet inngår i all det en helsefagarbeider gjør.

7.3.2 Læreplan Vg1 helse- og sosialfag og kompetanse

Kompetansemålene for faget Helsefremmende arbeid setter opp mål for opplæringen som elevens sluttkompetanse: *”mål for opplæringen er at eleven skal kunne... ”*. Det første mål er å kunne *”gjøre rede for sammenhengen mellom helse og livsstil”* (kompetansemål, s 3). I lys av det neste mål å kunne *”drøfte og gi eksempler på hva den enkelte og samfunnet kan gjøre for å bedre egen helse og folkehelse, både psykisk og fysisk”* konkretiseres det helsefremmende arbeid . Helsefremming skjer innen flere tiltak: kosthold, smitte, fysisk aktivitet, ergonomi etc. (kompetansemål, s 3).

Kompetanse omfatter kunnskaper, ferdigheter og holdninger som nevnes i flere sammenhenger: *”kunnskap om og respekt for norsk, samisk og andre kulturer og tradisjoner”, ”kunnskaper og ferdigheter innenfor kommunikasjon og samhandling” og ”bevisstgjøring av egne holdninger og ferdigheter”* (formål, s 1).

Utdannelsen skal gi elevene respekt for andre kulturer og tradisjoner (formål, s 1). Det utdypes nærmere i kompetansemål for faget Kommunikasjon og samhandling; *”faget handler om møtet mellom mennesker, uavhengig av alder, språk, kultur, religion, livsførsel eller funksjonsnivå”* (omtale, s 2). I møtet med mennesker vil en kommunikasjon som bygger på respekt kunne være helsefremmende. I forbindelse med kosthold og ernæring handler det om å respektere brukerens/pasientens psykiske og sosiale behov. Mål for opplæringen i kommunikasjon er å kunne *”gjøre rede for hva som kjennetegner kommunikasjon som fremmer helse, trivsel og velvære”* (kompetansemål, s 3).

Helse- og sosialsektoren trenger personell som kan *”yte god service og ta medansvar for arbeidsmiljøet”* (formål, s 1). Mennesker som opplever yrkesidentitet, yrkesforståelse og stolthet gjør en bedre jobb i møtet med andre *”programfaget (kommunikasjon og samhandling) omfatter bevisstgjøring av egen væremåte og egen atferd overfor brukere”*.

Samfunnet krever at yrkesutøvere *”viser sosial kompetanse... yter service og legger vekt på brukermedvirkning”* (omtale, s 2). Elevene skal vite hva empati er – og de skal kunne *”vise empati i sin væremåte”* (kompetansemål, s 3).

Omsorg settes inn i en profesjonell kontekst. Omsorg skal ha en form som er tilpasset brukeren og gir brukeren utviklingsmuligheter og den skal inngå i et tverrfaglig og helhetlig opplegg i samarbeid med andre (kompetansemål, s 3).

7.3.3 Vg2 og Vg3 helsearbeiderfag og kompetanse

Helsefagarbeidere skal *”fremme trivsel, fysisk og psykisk helse”* og *”gjennom helsefremmende arbeid forebygge isolasjon og legge til rette for et aktivt liv”* (formål, s 1). Helsefagarbeideren skal kunne iverksette forebyggende tiltak i tillegg til behandling ved sykdom og lidelser. I beskrivelsen/omtalen av faget Helsefremmende arbeid blir levevaner satt i sammenheng med helse, og *”faget handler om profesjonell helsehjelp, pleie, omsorg og aktiviteter som fremmer helse, trivsel og livskvalitet”* (beskrivelse, s 1). Kosthold og ernæring nevnes som en del av både det forebyggende og helsefremmende arbeid generelt på Vg2 nivå. I beskrivelsen for Vg3 blir kostholdet satt i sammenheng med både fysisk og psykisk helse *”faget handler om (...) hva levevaner, fysisk aktivitet og kosthold betyr for å forebygge sykdom og fremme fysisk og psykisk helse”* (beskrivelse, s 1).

Vg3 planen bringer kultur inn i helsebegrepet og det helsefremmende arbeid; *”faget handler om (...) kultur som helsefremmende og mobiliserende tiltak”*(beskrivelse, s 1). I kompetansemålene på Vg3 forventes det at elevene etter ferdig utdanning kan *”vurdere faktorer som fremmer psykisk helse”* og *”bruke kultur og kulturopplevelser som helsefremmende tiltak”* (kompetansemål, s 2).

Kompetansemålene for Helsefremmende arbeid omhandler flere sider av dette arbeidet; ernæring, hygiene, habilitering, ulykker etc., og opplæringen skal gjøre elevene i stand til *”å gi eksempler på aktiviteter som fremmer helse, trivsel og livskvalitet”* på Vg2 (kompetansemål, s 2). På Vg3 skal elevene i tillegg kunne *”planlegge og gjennomføre tiltak som fremmer trivsel og bidrar til økt livskvalitet”*. (kompetansemål, s 2). Helsebegrepet er i stor grad sammenfaldende med Hjorts (1994) og Mælands (2005) definisjoner av helse.

7.3.4 Sammenfatning av kompetanse innen fagfeltet kosthold og ernæring

I tabell 7.4 gis en samlet oversikt, der kategorier for kompetanse settes i forhold til fagfeltet kosthold og ernæring.

De ulike sider av kompetanse - kunnskap, ferdigheter, holdninger og egnethet – inngår i flere av målene. For fagfeltet kosthold og ernæring er det forsøkt å følge kategoriene fysisk, psykisk, sosial og omsorgsrelatert, men rekkefølgen er ikke helt i overensstemmelse med denne rekkefølge. Læreplanens mål er vide og har en helhetlig tilnærming til temaet, og det avspeiler seg i målformuleringene. Tabellen gir dog en oversikt.

Tabell 7.4. Læreplan helsearbeiderfaget, Vg1, Vg2, Vg3: anvisninger for kompetanse

Kategorier for kompetanse	Mål for opplæringen
Kunnskaper	<p><i>Hva kosthold betyr for å forebygge sykdom og fremme fysisk og psykisk helse</i></p> <p><i>Sammenhengen mellom livsstil og fysisk og psykisk helse og forebygging av livsstilssykdommer</i></p>
Ferdigheter	<p><i>Sette sammen enkle måltider og vurdere energi- og næringsinnholdet i tråd med anbefalinger om et sunt kosthold fra helsestyringsmaktene</i></p> <p><i>Kunnskap om og respekt for norsk, samisk og andre kulturer og tradisjoner</i></p> <p><i>Lage trygge og sunne måltider for ulike brukere</i></p> <p><i>Tilberede måltider som ivaretar brukernes helse og trivsel</i></p>
Holdninger	<p><i>Planlegge og gjennomføre tiltak som fremmer trivsel og bidrar til økt livskvalitet</i></p> <p><i>Drøfte og gi eksempler på hva den enkelte og samfunnet kan gjøre for å bedre egen helse og folkehelse, både psykisk og fysisk</i></p>
Egnethet	<p><i>Identifisere underernæring og feilernæring og foreslå tiltak for å forebygge og behandle disse</i></p> <p><i>Faglig forståelse gjennom kunnskap, refleksjon, etisk bevisstgjøring, respekt og toleranse</i></p> <p><i>Viser sosial kompetanse... yter service og legger vekt på brukermedvirkning</i></p> <p><i>Vise empati i sin væremåte</i></p>

7.4 Kompetanseplattformen for fagarbeider

Kompetanseplattform for helsearbeiderfaget beskriver fagarbeiderens arbeids- og ansvarsområder og hvor han/hun kan jobbe. Kompetanseplattformen finns som et dokument fra Utdanningsdirektoratet og på nettsider som Skoleportalen.no og vilbli.no.

I motsetning til en del andre yrkesgrupper innen helse og sosialtjenesten har helsefagarbeideren en *”helhetlige pleie- og omsorgsfunksjonen som er spesiell for denne personellgruppen”*

Helsefagarbeideren utfører praktisk pleie, omsorg og miljøarbeid for pasienter og brukere av helse- og sosialtjenesten. Helsefagarbeideren utøver sitt fag med utgangspunkt i pasientens/brukerens forutsetninger, med sikte på å bedre livskvaliteten og funksjonsnivået for den enkelte.

I dagens samfunn skjer endringer fort og helsefagarbeideren må besitte *”utviklings- og endringskompetanse”*. Helsefagarbeideren skal *”yte faglig forsvarlig og omsorgsfull helsehjelp”* og personlig egnethet er viktig. Kompetanse og egnethet går hånd i hånd, og det kreves kunnskaper og ferdigheter. Den enkelte må ha selvinnsikt og ha evne og vilje *til ”i sitt arbeid å være bevisst på sin selvstendige rolle som arbeidstaker, medarbeider, fagperson og medmenneske”*.

De oppgaver som nevnes i plattformen sammenfaller i stor grad med de anbefalinger, som gis i Helsepersonalloven, de ernæringspolitiske og de utdanningspolitiske dokumenter. Fra plattformen gjengis de oppgaver, som kan relateres til fagfeltet kosthold og ernæring:

- *å yte faglig forsvarlig og omsorgsfull helsehjelp, med brukeren i sentrum*
- *å arbeide med helsefremmende, forebyggende og rehabiliterende pleie- og omsorgstiltak*
- *å vise gjennom yrkesutøvelsen at respekten for menneskeverdet er den grunnleggende verdi, og å utføre arbeidet i henhold til etiske retningslinjer og brukermedvirkning.*
- *å observere, planlegge, kommunisere og delta i det totale behandlingsopplegget for pasienten/brukeren*
- *å samarbeide med pasienten/brukeren, pårørende og andre yrkesgrupper, uavhengig av kulturell bakgrunn, livssyn og sosial status*
- *å bruke kultur og kulturopplevelser som helsefremmende og mobiliserende tiltak*
- *å arbeide etter gjeldende hygieniske, ernæringsmessige og ergonomiske prinsipper (Utdanningsdirektoratet, 2006).*

Kompetanseplattformen brukes i stor grad av lærebedrifter, opplæringskontor, opplæringsringer og prøvenemnd i de to års læretid elevene har i ulike institusjoner. Den finnes også på Statens hjemmeside for yrkesvalg vilbli.no. I skolen er den ikke så aktuell, da plattformen beskriver den endelige kompetanse etter bestått fagprøve og autorisasjon.

7.5 Utdanningspolitikk; oppsummering og sammenfatning

I tabell 7.5 settes kategorier for fagfeltet kosthold og ernæring i sammenheng med kategorier for kompetanse

Tabell 7.5 Sammenfatning av de utdanningspolitiske dokumenter:

	Kunnskaper	Ferdigheter	Holdninger	Egnethet
Kosthold & ernæring i et fysisk helseperspektiv	<p>Hva som kan fremme fysisk helse</p> <p>Kunne planlegge og begrunne sammensetningen av kostholdet for ulike brukere ut fra funksjonsnivå, alder og behov i tråd med anbefalinger for ernæring</p> <p>Identifisere underernæring og feilernæring og foreslå tiltak for å forebygge og behandle disse</p>	<p>Sette sammen enkle måltider og vurdere energi- og næringsinnholdet i tråd med anbefalinger om et sunt kosthold</p> <p>Lage trygge og sunne måltider for ulike brukere</p> <p>Gjennom helsefremmende arbeid forebygge isolasjon og legge til rette for et <u>aktivt</u> liv</p>	<p>Drøfte og gi eksempler på hva den enkelte og samfunnet kan gjøre for å bedre egen helse og folkehelse, både psykisk og fysisk</p>	<p>Kunnskaper innenfor kommunikasjon og samhandling</p> <p>Faget (yrkesutøvelse) handler om møtet mellom mennesker, uavhengig av alder, språk, kultur, religion, livsførsel eller funksjonsnivå</p>
Kosthold & ernæring i et psykisk helseperspektiv	<p>Hva som kan fremme psykisk helse</p> <p>Kunne planlegge og begrunne sammensetningen av kostholdet for ulike brukere ut fra funksjonsnivå, alder og behov i tråd med anbefalinger for ernæring</p>	<p>Planlegge og gjennomføre tiltak som fremmer trivsel og bidrar til økt livskvalitet</p> <p>Tilberede måltider som ivaretar brukernes helse og trivsel, og begrunne forslagene i tråd med norske anbefalinger</p> <p>Gjennom helsefremmende arbeid forebygge isolasjon og legge til rette for et aktivt liv</p>	<p>Drøfte hva respekt og toleranse for andres kulturer og tradisjoner, livssyn og sosiale status innebærer og drøfte hva dette betyr for å fremme fysisk og psykisk helse</p>	<p>Kommunikasjon som fremmer helse, trivsel og velvære</p> <p>Faget (yrkesutøvelse) handler om møtet mellom mennesker, uavhengig av alder, språk, kultur, religion, livsførsel eller funksjonsnivå</p>

Kosthold & ernæring i et sosialt helseperspektiv	<i>Hva som kan fremme trivsel</i> <i>Kunnskap om og respekt for norsk, samisk og andre kulturer og tradisjoner</i>	<i>Bruke kultur som helsefremmende og mobiliserende tiltak</i>	<i>Kunnskap om og respekt for norsk, samisk og andre kulturer og tradisjoner</i>	<i>Viser sosial kompetanse... yter service og legger vekt på brukermedvirkning</i>
Kosthold & ernæring i et omsorgsperspektiv	<i>Drøfte hva faglig forsvarlig og omsorgsfull hjelp innebærer</i> <i>Faglig forståelse gjennom kunnskap, refleksjon, etisk bevisstgjøring, respekt og toleranse</i>	<i>Bevisstgjøring av egne holdninger og ferdigheter</i>	<i>Bevisstgjøring av egne holdninger og ferdigheter</i>	<i>Bevisstgjøring av egen væremåte og egen atferd overfor brukere</i> <i>Utøve arbeidet på en måte som ivaretar den enkelte brukers selvstendighet, følelse av likeverd og tilhørighet</i> <i>Vise empati i sin væremåte</i> <i>Være et talerør for pasienten</i>

Flere av utsagnene dekker mer enn en kategori. Det hadde også vært mulig å sette flere utsagn inn i oversikten, men de som er valgt ut mener jeg kan sammenfatte og avspeile læreplanens intensjoner.

Kun en liten del av utdanningspolitikken er presentert i tabellen ovenfor på samme måte som sammenfatningen av de ernæringspolitiske dokumenter, tabell 6.24, kun viser en liten del av ernæringspolitikken: den del som har med helsearbeiderfaget å gjøre.

Funn fra analysen av de politiske dokumenter slik den fremstår i de to sammenfattende tabeller vil danne grunnlag for drøfting av forskningsspørsmål 4 i kapittel 8.

DEL V

KAPITTEL 8 KONKLUSJON OG AVSLUTNING.

I dette kapittel vil jeg gi en kort oppsummering av funnene knyttet til de tre første forskningsspørsmål, siden disse er diskutert underveis. Hovedvekten vil ligge på det siste forskningsspørsmål. Jeg vil sammenligne funn fra analysen av de ernæringspolitiske dokumenter med funn fra analysen av de utdanningspolitiske dokumenter for hver av de fire kategoriene for kosthold og ernæring i forhold til de fire kategorier for kompetanse. Formålet er å kunne besvare det fjerde forskningsspørsmål.

Jeg vil deretter rette et kritisk blikk på forskningsprosessen og de slutninger jeg har trukket. Jeg tillater meg deretter å sette mine funn i sammenheng med samfunnets interesser, og avslutningsvis vil jeg forsøke å se oppgaven i et fremtidsrettet perspektiv.

8.1 Forskningsspørsmål 1: Fagfeltet kosthold og ernæring i relasjon til helse

Hvordan kan fagfeltet kosthold og ernæring forstås i relasjon til helse og det helsefremmende arbeid?

Forskingsspørsmålet hadde tre formål:

- 1) å øke min innsikt i og kunnskap om de sentrale felt og begrep omkring helse, folkehelsearbeidet og det helsefremmende arbeid
- 2) å være et grunnlag for valg av kategorier i analyseverktøy 1 for fagfeltet kosthold og ernæring
- 3) å kunne presentere skolefaget kosthold og ernæring i et helse- og ernæringsperspektiv

Studien har gitt et bedre faglig fundament for dokumentanalysen, og som oppsummering av diskusjonen rundt helsebegrepet og det helsefremmende arbeid har studien vist at:

- Helse brukes innen de to politiske felt i et utvidet helsebegrep, forstått som fysisk, psykisk og sosial helse
- Folkehelsearbeidet har historisk sett økt sitt fokus på det helsefremmende arbeid i forhold til det forebyggende i de analyserte ernæringspolitiske og utdanningspolitiske dokumenter.

- Sammenhengen mellom kosthold og ernæring og helse er dokumentert, og kosthold og ernæring er implementert i de valgte dokumenter som en viktig del av det helsefremmende arbeid
- Kosthold og ernæring er et sammensatt begrep som kan sees i et utvidet helseperspektiv.
- I tillegg er kosthold og ernæring en vesentlig del av omsorgsbegrepet og utøvelsen innen helse- og omsorgstjenesten

Det andre formål var å avklare kategorier for kosthold og ernæring til analyseverktøy 1. Kosthold og ernæring ble satt inn i et utvidet helseperspektiv i tillegg til et omsorgsrelatert helseperspektiv som kategorier:

- Kosthold og ernæring i et fysisk helseperspektiv
- Kosthold og ernæring i et psykisk helseperspektiv
- Kosthold og ernæring i et sosialt helseperspektiv
- Kosthold og ernæring i et omsorgsrelatert helseperspektiv

Kategoriene er til dels sammenfallende. I studien omkring forskningsspørsmål 1 var det ofte et sammenfall mellom de ulike perspektiv, for eksempel mellom psykiske, sosiale og kulturelle forhold. For eksempel er det vanskelig å skjelne mellom og avklare hvordan livsstil blir påvirket av de livsvilkår vi omgis av, og hvordan de påvirker helsen (Botten, 1992). Økonomi og utdanning påvirker helsetilstanden (St. meld.nr 16 (2002-2003) 2003), men disse sider kommer ikke frem i kategoriene direkte. Den omsorgsrelaterte siden av kosthold og ernæring er dels privat og dels offentlig. I oppgaven er det den profesjonelle siden, som er representert, men de to er gjensidig avhengige. Det ytes mye omsorgsarbeid i den private sfære. I utgangspunktet var disse fire sider av kosthold og ernæring sentizing concepts, som ble stående som kategorier for kosthold og ernæring etter studien av faglitteratur.

I presentasjonen av faget kosthold og ernæring er dets betydning innen Folkehelsearbeidet, det helsefremmende arbeid dets betydning for utviklingen av det norske samfunn anskueliggjort. De som kjempet for faget forstod allerede da langt på vei hvilken betydning kosthold og ernæring har for menneskets helse - fysisk, psykisk og sosialt. I tillegg var de klar over fagfeltets samfunns- og økonomiske sider.

8.2 Forskningsspørsmål 2: Læreplaner, fag og samfunnets behov for kompetanse

Hvordan kan ulike perspektiver på utvikling av læreplaner og fag belyse hvilke typer kompetanser som er etterspurt av samfunnet med fokus på helsefremming generelt og helsefagarbeideren spesielt?

Forskningsspørsmålet hadde tre formål:

- 1) å øke min innsikt i og kunnskap om de sentrale felt og begrep omkring læreplaner, læreplanarbeid og kompetanse
- 2) å være et grunnlag for valg av kategorier i analyseverktøy 2 for fagfeltet kompetanse
- 3) å kunne presentere skolefaget kosthold og ernæring i et historisk og læreplanperspektiv

Studie av faglitteratur viste at læreplan og læreplanarbeid er resultat av mange ulike prosesser innen samfunnets sosiale, kulturelle og politiske strukturer. Studien kan kort oppsummeres slik:

- Læreplanen speiler samfunnet, informerer om prioriteringer og styrer.
- Den ideologiske læreplan omformes til den formelle læreplan, et politisk dokument.
- Agenter/aktører som besitter makt i en eller annen form kan påvirke læreplanens innhold.
- Opphoping av makt finns hos noen agenter/aktører, og de vil forsøke å bruke læreplanen til å reprodusere den rådende sosiale praksis.
- Hver enkelt dekker læreplanen, og det kan være stor avstand fra den formelle læreplan til den oppfattede, den iverksatte og den erfarte læreplan.
- Et fag utvikles på grunnlag av behov for kompetanse innen ulike deler av samfunnet og samtidig som faget forankres i kultur og tradisjoner. og forutsetter en aktiv handling fra agenter/aktører.
- Kompetanse omfatter kunnskaper, ferdigheter og holdninger i utdanningsdokumenter
- Kompetanse omfatter i tillegg personlige egenskaper definert som egnethet i de ernæringspolitiske dokumenter
- Kompetansen som etterspørres av samfunnet vil være med å forme læreplanene
- Dannelse og utdanning inngår i kompetansebegrepet.

Det andre formål var å avklare de foreslåtte kategorier for kompetanse. De fire kategorier ble etter studien av faglitteratur:

- Kompetanse som kunnskaper
- Kompetanse som ferdigheter
- Kompetanse som holdninger
- Kompetanse som egnethet

De tre første er kjente fra skolen. Kategorien egnethet brukes kun i de ernæringspolitiske dokumenter som har fokus på helsefagarbeideryrket og yrkesutøvelse innen pleie- og omsorgstjenesten. Egnethet måtte defineres ved hjelp av de personlige egenskaper, som blir brukt for eksempel på Statens hjemmeside for yrkesvalg og Lister opplæringskontor.

Dannelse inngår også i egnethetsbegrepet. For helsepersonell er slike personlige egenskaper ikke bare ønskelig – de er en forutsetning for autorisasjon. Det er ikke mange yrker som har en slik offentlig godkjenning, og det forplikter.

I presentasjonen av skolefaget kosthold og ernæring tok jeg utgangspunkt i studien av faglitteraturen om læreplaner, fag og kompetanse. Oppsummering omkring fagets utvikling, innhold, utvikling etc. tas opp i oppsummeringen av forskningsspørsmål 3.

8.3 Forskningsspørsmål 3: Skolefaget kosthold og ernæring

Hvordan har skolefaget kosthold og ernæring utviklet seg historisk i et helse- og ernæringsperspektiv?

Forskingsspørsmål 3 hadde som hensikt

- 1) å øke kunnskaper om fagets betydning innenfor ernæringspolitikk og utdanningspolitikk
- 2) å være en del av forskningsarbeidet.

Studie av litteratur omfattet faglitteratur fra forskningsspørsmål 2 og 3 og ble satt i sammenheng med en studie av litteratur om fagets utvikling. En kort oppsummering:

- Helseperspektiv: forankret i Folkehelsearbeidet, ønske om å minke ulikheter i helse mellom sosiale grupper, elevers rett til et miljø som fremmer helse
- Ernæringsperspektiv: forankret i Folkehelsearbeidet, de kostrelaterte sykdommer, samfunnets behov for arbeidskraft, forebygge sykdom og dødelighet
- Politisk perspektiv: politikk som diskurs, tekst, praksis. Diskurs som reguleringsmekanisme: hvem får delta og hvem får ikke delta. Diskurs om formål med faget i et individ- og samfunnsperspektiv vil avspeiles i teksten (navn på faget)

- Samfunns- og kulturperspektiv: læreplanen avspeiler, gir prioriteringer og styrer i en prosess der det skjer gjensidig påvirkning
- Giddens` s strukturalismeteorologi: agent- og maktperspektiv viser seg bla gjennom de interne og eksterne aktører og deres innflytelse basert på behov
- Bourdieu`s teori om habitus og symbolsk makt: aktør- og maktperspektiv der de med mest makt har størst innflytelse, læreplanene virker reproduserende, kosthold og ernæring er tett forbundet til smakspreferanser og vil være med å stabilisere den gjeldende praksis, habitus
- Dens reproduserende virkning gjennom for eksempel tradisjon, kultur og språkkoder
- Individperspektiv: faget kan være identitetsskapende og trygghetsskapende. Kan videre være en del av dannelsesprosessen i et oppbruddssamfunn

Med legitimeringen av faget gjennom lovverk og implementering av faget i skolen og i faglærerutdanning rundt 1900-tallet ble faget anerkjent som *"real science"* og *"academic discipline"* (Goodson, 1988). Faget har imidlertid hatt varierende grad av status i samfunnet og i skolen. Det kan ha sammenheng med at faget er mer teknisk enn akademisk (Goodson, 1988).

Trender i samfunnet har satt sitt preg på læreplanen, og mange vil ha et ord med når fagfeltet skal defineres som kompetanse. Det er ikke tvil om at faget har en viktig funksjon i dagens samfunn. Handlingsplan for et bedre kosthold i befolkningen påpeker viktigheten av å *"følge med på hvordan de nye temaene om ernæring og kosthold blir ivaretatt i opplæringen"* (Dept., 2006, s 87). Vi står overfor alvorlige utfordringer i forhold til de kostrelaterte sykdommer, og her er skole og utdanning sentrale hvis disse skal løses. De må løses i samarbeid med andre deler av helse- og omsorgstjenesten og jo tidligere innsats jo bedre⁵³. Samfunnets problemer kommer klart til syne i læreplan for faget gjennom en dreining fra å være et fag for hjemmet til å bli et fag for yrkesutøvelse (Engelsen, 2003).

Kampen om innflytelse på læreplanarbeidet har ikke vært en del av oppgaven, men i et makt- og aktørperspektiv er det tydelig, at de som blir tatt med og får komme til orde vil ha mest innflytelse (Ball, 1994, Bourdieu, 1996, Giddens, 1993 har blitt diskutert i et slikt perspektiv). I etableringsfasen var Landbruksdepartementet og Kirkedepartementet eksterne aktører, og deres agenda var ganske forskjellige. Jeg skal ikke gå inn i denne diskusjon og

⁵³ Andre viktige tiltak er for eksempel helsestasjoner, barnehage etc.)

problemstilling, men det er viktig å se læreplanen som et artefakt utviklet i en politisk, sosial og kulturell kontekst. (Goodson i Gudem, 2008). Det betyr også at oppmerksomhet må rettes mot *hvem som sier hva* i diskursen og læreplanarbeidet. De miljøer, som bør ha innflytelse er aktører med en bred kompetanse faglig og pedagogisk. Stabekk har vært og Høgskolen i Akershus er en viktig agent/aktør i læreplanarbeid og fungerer som en power container. Dersom man handler vil man kunne utøve makt og få innflytelse (Giddens i Kaspersen, 2001).

De internasjonale utfordringer er langt større med sult, feil- og underernæring av utrolige dimensjoner. De menneskelige lidelser er vanskelige å forstå og ta inn over seg. Følgene av den høye sykkelighet og dødelighet truer lands infrastruktur, økonomi og utvikling. WHO påpeker at sult og fattigdom også truer utvikling av demokrati og respekt for menneskelivet (WHO, 2003, 2004, 2008). Sett i det perspektiv har fagfeltet et stort potensiale i fredsarbeid og utviklingsarbeid. Dette kom til uttrykk i WHO`s tusenårsmål, der 7 av 8 mål har sammenheng med kosthold og ernæring direkte eller indirekte (Barikmo, 2007).

8.4 Forskningsspørsmål 4: Dekker læreplanen den kompetanse samfunnet trenger?

I hvilken grad dekker læreplanen for helsearbeiderfaget den kompetanse samfunnet trenger hos en helsefagarbeider innen fagfeltet kosthold og ernæring som del av det helsefremmende arbeid?

Det fjerde forskningsspørsmål besvares ved å sammenligne funn fra dokumentanalysen. Sammenligningen gjøres for hver av de fire kategorier for kosthold og ernæring opp mot kompetansebehovet slik det fremstilles innen ernæringspolitikken og utdanningspolitikken. Analyseverktøyet skjeller mellom kategoriene, selv om det i noen av utsagn/sitat er flytende overganger. Skjemaet må derfor leses med det for øye.

8.4.1 Kompetanse i kosthold og ernæring fra et fysisk helseperspektiv

Den fysiske side av kosthold og ernæring er den letteste kategori å skille fra de andre. I Maslow`s behovspyramide må de fysiologiske behov dekkes før man kan gå videre oppover. Selv om det kan sies å være en forenklet fremstilling, er det ikke tvil om, at kroppen er helt avhengig av næringsstoffer og energi gjennom væske og mat for å fungere. Følgene av feil- og underernæring fører til sykdom og evt. død. For den enkelte betyr det forringet livskvalitet for han selv og for familien. Det er en situasjon, som fører med seg psykiske, sosiale og økonomiske problemer på alle nivå av samfunnet (WHO, 2008).

Tabell 8.1 viser et utvalg av stikkord og sitater fra dokumentene.

Tabell 8.1

Samfunnets behov for kompetanse hos helsefagarbeider i forhold til kosthold og ernæring i et fysisk helseperspektiv

Kompetanse	Ernæringspolitiske dokumenter	Utdanningspolitiske dokumenter
Kunnskaper	<p>Fysiologiske behov</p> <p>Vekst og funksjon</p> <p>Næringsstoffer</p> <p>Energi, væske</p> <p>Ernæringsrelaterte sykdommer</p> <p>Underernæring, overvekt</p> <p>Ernæringsstatus</p> <p>Tilskudd</p> <p>Sikker mat</p> <p>Anbefalinger</p>	<p>Hva som kan fremme fysisk helse</p> <p>Kunne planlegge og begrunne sammensetningen av kostholdet for ulike brukere ut fra funksjonsnivå, alder og behov i tråd med anbefalinger for ernæring</p> <p>Identifisere underernæring og feilernæring og foreslå tiltak for å forebygge og behandle disse</p>
Ferdigheter	<p>Valg og tilberede mat etter behov og anbefalinger</p> <p>Tilpasse porsjoner</p> <p>Energiinntak og væskeinntak</p> <p>Kosthold og ernæring ulike grupper</p> <p>Ferdigheter i å gi og tilberede mat</p> <p>Sikker mat</p>	<p>Sette sammen enkle måltider og vurdere energi- og næringsinnholdet i tråd med anbefalinger om et sunt kosthold</p> <p>Lage trygge og sunne måltider for ulike brukere</p>
Holdninger	<p>Flere leveår med god helse til befolkningen.</p> <p>Mat og spisevaner er en viktig del av vår kultur – stor betydning fysisk.</p> <p>En viktig del av pleie og behandling</p>	<p>Drøfte og gi eksempler på hva den enkelte og samfunnet kan gjøre for å bedre egen helse og folkehelse, både psykisk og fysisk</p>
Egnethet	<p>Veiledning og informasjon</p> <p>Det er forbundet med store etiske utfordringer å påvirke andre</p> <p>Omsorg</p>	<p>Kunnskaper innenfor kommunikasjon og samhandling</p> <p>Faget (yrkesutøvelse) handler om møtet mellom mennesker, uavhengig av alder, språk, kultur, religion, livsførsel eller funksjonsnivå</p>

Kunnskaper: Læreplanene bruker ”å kunne planlegge og begrunne sammensetningen av kostholdet i tråd med anbefalinger for ernæring”. Det dekker på sin vis alt som kommer inn under fysiske og fysiologiske behov hos alle grupper av mennesker uansett alder, kjønn, funksjonsnivå med mer. Det er lagt vekt på forebygging av *ernæringsrelaterte sykdommer* i de ernæringspolitiske dokumentene. Det finner gjenklang i de utdanningspolitiske: ”*fremme fysisk helse*”. Å kunne vurdere ”*Ernæringsstatus*” er en forutsetning for å tilrettelegge for et tilpasset kosttilbud. I læreplanen kreves det at elevene skal kunne ”*identifisere underernæring og feilernæring og foreslå tiltak*”. Det krever gode kunnskaper om kosthold og ernæring i tillegg til innsikt og forståelse for hvilke tiltak, som kan forebygge og behandle disse.

Ferdigheter: Kunnskaper skal kunne utøves gjennom ferdigheter. Det poengteres i både de ernæringspolitiske og utdanningspolitiske og de *nasjonale anbefalinger* skal følges. De ernæringspolitiske bruker ”å *tilberede etter behov*”. For eksempel nevnes *porsjonsstørrelse*. At maten skal være sikker og trygg er felles. Som nevnt tidligere kan ”*trygg*” tolkes på flere måter, men i forbindelse med fysiologiske behov velger jeg å sette likhetstegn mellom sikker mat og trygg mat. De ernæringspolitiske dokumenter retter seg mer mot helsetjenesten, for eksempel ”*gi og tilberede mat*” som del av pleie- og omsorg.

Holdninger: I de ernæringspolitiske dokumenter må helsefagarbeideren være positiv og arbeide ut fra den kjensgjerning at kostholdet har stor betydning for helse (for seg selv og andre). Hans/hennes jobb er en del av samfunnets innsats for å gi ”*flere leveår med god helse til befolkningen*”. Samfunnet er avhengig av hver enkelt helsefagarbeider. I de utdanningspolitiske dokumenter skal helsefagarbeideren drøfte hvordan og ”*hva samfunnet kan gjøre for å bedre (...) folkehelse*”. Det er ikke krav om å være delaktig gjennom aktiv innsats.

Egnethet: Møtet med andre er viktig og den *etiske utfordring* er en del av yrkesutøvelsen. Omsorg og samhandling, kommunikasjon og respekt – det er litt ulike ord, men i bunn og grunn er det måten yrket utøves – i tråd med Løgstups etiske utfordring (Løgstrup, 2006), som vektlegges i både de ernærings- og de utdanningspolitiske dokumenter. Ernæringsdokumentene legger vekt på omsorgsdelen, mens utdanningsdokumentene rettes mot møtet mellom mennesker.

Sammendrag: Det er godt samsvar mellom de ernæringspolitiske og utdanningspolitiske dokumenter i forhold til kosthold og ernæring i et fysisk helseperspektiv for de fire kategorier av kompetanse.

8.4.2 Kompetanse i kosthold og ernæring fra et psykisk helseperspektiv

Psykisk og sosial helse er nært knyttet opp til hverandre. Vi bruker ofte betegnelsen *psykososial eller psykososialt*, for eksempel i forbindelse med psykososialt arbeidsmiljø. Her viser psykisk først og fremst til identitet. Identitet utvikles og skapes i en sosial sammenheng. Å være sterk eller svak psykisk trenger nødvendigvis ikke å samsvare med god eller dårlig sosial kompetanse.

I tabell 8.2 presenteres et utvalg av stikkord og sitat for kosthold og ernæring i et psykisk helseperspektiv. Igjen er det flytende overganger.

Tabell 8.2

Samfunnets behov for kompetanse hos helsefagarbeider i forhold til kosthold og ernæring i et psykisk helseperspektiv

Kompetanse	Ernæringspolitiske dokumenter	Utdanningspolitiske dokumenter
Kunnskaper	Trivsel	Hva som kan fremme psykisk helse
	Mat og spisevaner er ... av stor betydning mentalt	Kunne planlegge og begrunne sammensetningen av kostholdet for ulike brukere ut fra funksjonsnivå, alder og behov i tråd med anbefalinger for ernæring
Ferdigheter	Tiltak for et trivelig måltidsmiljø	Planlegge og gjennomføre tiltak som fremmer trivsel og bidrar til økt livskvalitet
	Hensyn til matvaner, hjelp og ro til å spise	Tilberede måltider som ivaretar brukernes helse og trivsel, og begrunne forslagene i tråd med norske anbefalinger
	Øke appetitt	
Holdninger	Variert, smakfullt	
	Pasienten aktiv	Drøfte hva respekt og toleranse for andres kulturer og tradisjoner, livssyn og sosiale status innebærer og drøfte
	Valgfrihet	

	<i>Medbestemmelse</i>	<i>hva dette betyr for å fremme fysisk og psykisk helse</i>
	<i>Respekt for ulike verdivalg, egenverd og livsførsel</i>	
<i>Egnethet</i>	<i>Veiledning og informasjon</i>	<i>Kommunikasjon som fremmer helse, trivsel og velvære</i>
	<i>Det er forbundet med store etiske utfordringer å påvirke andre</i>	<i>Faget (yrkesutøvelse) handler om møtet mellom mennesker, uavhengig av alder, språk, kultur, religion, livsførsel eller funksjonsnivå</i>
	<i>Respekt for pasienten og pasientens integritet</i>	
	<i>Føle seg verdsatt</i>	

Kunnskaper: De ernæringspolitiske dokumenter gir uttrykk for, at kostholdet kan påvirke trivselen og har stor betydning for vår *mentale helse*. Dokumenter innen utdanning ser kostholdet som en viktig del av det helsefremmende arbeid; ”*hva som kan fremme psykisk helse*”. Kostholdet skal tilpasses den enkelte.

Ferdigheter: Her er det stor grad av overensstemmelse mellom resultatene fra dokumentene. Det er ikke nok å tilberede maten, den må også tilbys i et *trivelig og rolig miljø* som tar hensyn *til smak og variasjon* ifølge ernæringspolitiske anbefalinger. Disse svarer godt overens med utdanningens vektlegging av trivsel, *økt livskvalitet*.

Holdninger: Igjen er det stor likhet mellom de anbefalinger som gis. Ord som *respekt og verdier* nevnes i både de ernæringspolitiske og utdanningspolitiske. Det legges vekt på pasienten som en aktiv medspiller, *valgfrihet og medbestemmelse* brukes i ernæringsdokumentene. Læreplanene bruker ”*respekt og toleranse for andres kulturer og tradisjoner, livssyn*”. Det er imidlertid en forskjell mellom å *utøve respekt* slik det kreves i de ernæringspolitiske dokumenter og det å *drøfte* hva respekt er i de utdanningspolitiske.

Egnethet: Samfunnet ønsker helsefagarbeidere, som kan utøve jobben med evne til empati og respekt. *Etikk, respekt og pasientens integritet* er vesentlige. Pasienten skal ”*føle seg verdsatt*” poengterer de ernæringspolitiske dokumenter. I de utdanningspolitiske tilsvares disse med krav til ”*møtet mellom mennesker, uavhengig av alder, språk, kultur, religion, livsførsel eller funksjonsnivå*”. Alle mennesker har den samme retten til *helse, trivsel og velvære*. *Veiledning og informasjon* om pasientens situasjon herunder de ernærings- og

kostholdsmessige sider, er en viktig del av helsefagarbeiderens yrkesutøvelse, nedfelt også i Helsepersonelloven. Det forutsetter en god *kommunikasjon* som møter pasienten der han/hun er, på den måten vil den virke *helsefremmende*, slik flere utdanningspolitiske dokumenter vektlegger.

Sammendrag: Det er godt samsvar mellom dokumentene for kunnskaper. For de andre kategorier er det variasjoner. Ernæringsdokumentene er igjen opptatt av omsorgen i ferdigheter i en mer konkret måte, for eksempel å gi hjelp til å spise. For holdninger er det en variasjon i forhold til respekt. De ernæringspolitiske dokumenter forutsetter implisitt at respekten utøves, og ikke bare drøftes. Det samme kan sies for toleranse. De utdanningspolitiske bruker drøfte, som ikke forteller om eleven faktisk kan utøve respekt og toleranse. For egnethet er det ganske stort sammenfall, det er tale om gradforskjeller.

8.4.3 Kompetanse i kosthold og ernæring fra et sosialt helseperspektiv

Det sosiale betyr mye for mennesker: samvær, trygghet, relasjoner og å kunne dele opplevelsen med andre (Botten, 2002). Det å lage mat for andre i en familie kan være en arena for omsorg, kjærlighet og beskyttelse. Mange eldre, syke og pleietrengende, spesielt kvinner, mister denne arena, når de flytter inn i en institusjon eller blir avhengig av andres hjelp.

Kulturelle særtrekk blir utfordret av andre kulturers kostvaner, og samtidig er kulturen under press fra hverdagens tempo. Den sosioøkonomiske tilhørighet betyr mye for kostens helsemessige verdi, det finns en ”*ernæringsmessig underklasse*” (Bugge, Lillebø & Lavik, 2009). Utdanningssystemet kan bidra aktivt til å minke de helsemessige ulikheter.

Tabell 8.3

Samfunnets behov for kompetanse hos helsefagarbeider i forhold til kosthold og ernæring i et sosialt helseperspektiv

Kompetanse	Ernæringspolitiske dokumenter	Utdanningspolitiske dokumenter
Kunnskaper	<i>Mat og spisevaner er en viktig del av vår kultur – stor betydning sosialt</i>	<i>Hva som kan fremme trivsel</i>
	<i>Menn,</i>	<i>Kunnskap om og respekt for norsk,</i>
	<i>Kvinner</i>	<i>samisk og andre kulturer og tradisjoner</i>
	<i>Ulike aldre, eldre</i>	

<i>Ferdigheter</i>	<i>I tråd med kulturelle verdier</i> <i>Mat kulturbærer</i> <i>Sosialt tilfredsstillende måltid</i> <i>Pent dekket bord</i>	<i>Bruke kultur som helsefremmende og mobiliserende tiltak</i>
<i>Holdninger</i>	<i>Å redusere helseforskjeller mellom sosiale lag, etniske grupper og kjønn</i> <i>Respektene alle grupper</i>	<i>Kunnskap om og respekt for norsk, samisk og andre kulturer og tradisjoner</i>
<i>Egnethet</i>	<i>Veiledning og informasjon</i> <i>Det er forbundet med store etiske utfordringer å påvirke andre</i> <i>God samhandling kan være viktig for å bidra til sosial likhet</i>	<i>Viser sosial kompetanse... yter service og legger vekt på brukermedvirkning</i>

Kunnskaper: Kultur er viktig og det bør helsefagarbeideren ha kunnskap om. Det sosiale omkring mat og kosthold er viktig for vår trivsel. De kulturelle ulikheter skyldes ikke kun ulik nasjonalitet eller geografisk tilhørighet; de gjør seg også gjeldene i forhold til *kjønn og alder*. De ernæringspolitiske dokumenter erkjenner at kultur er viktig og nevner ulike grupper. De utdanningspolitiske nevner ”norsk, samisk og andre kulturer og tradisjoner” og er dermed mer åpen i sine formuleringer, samtidig utelukkes ingen grupper. Både de ernæringspolitiske og utdanningspolitiske referer til kostens betydning som sosial trivselsfaktor.

Ferdigheter: Kunnskapene om viktigheten av å respektere andres kultur og tradisjoner bør resultere i *mat og måltider i tråd med kulturelle verdier*. De utdanningspolitiske legger vekt på kultur som *helsefremmende og mobiliserende tiltak*. Måltidet skal være ”*sosialt tilfredsstillende*” og ”*bordet skal være pent dekket*” fremholder de ernæringspolitiske dokumentene. Begrepet mobiliserende handler om å samle krefter og finne måter å finne pasientens ressurser. Det er et begrep som inngår i helsesektorens forebyggende og helsefremmende tiltak rettet mot hverdagens utfordringer.

Holdninger: Helsepolitikken viser seg her: helsefagarbeideren skal jobbe for ”å redusere helseforskjeller mellom sosiale lag”. Dette nevnes ikke i læreplanene for helsefagarbeider, men i den generelle læreplan for det samarbeidende menneske står det, at vi alle har ”ansvar for andres tarv”. Det er full enighet om at *respekt* er en grunnleggende egenskap.

Egnethet: På nytt legges det vekt på *etikk og samhandling* i ernæringspolitikken. Utdannelsen skal utvikle den *sosiale kompetanse* og lære eleven å *yte service* og jobbe sammen med pasienten gjennom *brukermedvirkning*. Etikk er vesentlig innen ernæringspolitiske dokument.

Sammendrag: Det er godt samsvar i forhold til kunnskaper. Ferdigheter har i de ernæringspolitiske dokumenter et praktisk tilsnitt, mens de utdanningspolitiske bruker mobiliserende tiltak, som er et begrep knyttet til pleie- og omsorgsutøvelse. For holdninger er det mindre samsvar. Ernæringspolitikken fordrer at helsepersonell aktivt skal jobbe for å redusere helseforskjeller, det vil si at helsefagarbeideren har et stort ansvar for gjennomføringen av helse- og sosialpolitikken slik den fremstår i St. meld. nr 16 og Samhandlingsreformen. Utdanningsdokumentene bruker kunnskap og respekt for andre kulturer, men sier ikke noe om ansvar. I forhold til egnethet sier de utdanningspolitiske dokumenter at helsefagarbeideren skal vise sosial kompetanse, mens de ernæringspolitiske ønsker god samhandling som kan være viktig for å bidra til sosial likhet. Igjen er det et krav om aktiv deltakelse til helsefagarbeideren fra de ernæringspolitiske dokumenter. Sosial kompetanse omfatter ikke dette aspekt, men retter seg mot helsefagarbeiderens evne til å agere i samhandling med andre.

8.4.4 Kompetanse i kosthold og ernæring fra et omsorgsrelatert helseperspektiv

Kosthold og ernæring er en viktig del av omsorgsbegrepet og utøvelsen. Kompetansen, samfunnet etterspør og har behov for, er kompleks. Det er staten som regulerer autorisasjon og dermed avgjør når helsepersonell er egnet eller ikke. Det avspeiler seg i de helse- og ernæringspolitiske dokumentene. Det er kun leger som sverger til Den hippokratiske edd, men i Helsepersonelloven finns noen av de samme etiske prinsipper: ”*Jeg vil bruke mine evner for det beste for mine pasienter i samsvar med min dyktighet og min dømmekraft og aldri volde noe skade*”.

De utdanningspolitiske dokumenter legger vekt på måten kosthold og ernæring ivaretas som en del av omsorgen. I tabell 8.4 presenteres et utvalg av utsagn.

Tabell 8.4

Samfunnets behov for kompetanse hos helsefagarbeider i forhold til kosthold og ernæring i et omsorgsrelatert helseperspektiv

Kompetanse	Ernæringspolitiske dokumenter	Utdanningspolitiske dokumenter
<i>Kunnskaper</i>	<p><i>Kompetanse som er tilpasset helse- og omsorgstjenestens behov</i></p> <p><i>Sentrale etiske prinsipper som autonomi, ikke skade, gjøre det gode, barmhjertighet og rettferdighet må ligge til grunn for de valg som gjøres</i></p> <p><i>Forsvarlighet</i></p>	<p><i>Drøfte hva faglig forsvarlig og omsorgsfull hjelp innebærer</i></p> <p><i>Faglig forståelse gjennom kunnskap, refleksjon, etisk bevisstgjøring, respekt og toleranse</i></p>
<i>Ferdigheter</i>	<p><i>Kompetanse som er tilpasset helse- og omsorgstjenestens behov</i></p> <p><i>Sentrale etiske prinsipper som autonomi, ikke skade, gjøre det gode, barmhjertighet og rettferdighet må ligge til grunn for de valg som gjøres</i></p> <p><i>Forsvarlighet</i></p>	<p><i>Bevisstgjøring av egne holdninger og ferdigheter</i></p>
<i>Holdninger</i>	<p><i>Praktiserer gode holdninger</i></p> <p><i>Holdninger som samsvarer med det helsepolitiske verdigrunnlaget og de helsepolitiske mål</i></p>	<p><i>Bevisstgjøring av egne holdninger og ferdigheter</i></p>
<i>Egnethet</i>	<p><i>Veiledning og informasjon uten det fremstår som formynderi</i></p> <p><i>Sentrale etiske prinsipper som autonomi, ikke skade, gjøre det gode, barmhjertighet og rettferdighet</i></p> <p><i>Integrert behandlingstilbud</i></p> <p><i>Legge pasientperspektivet til grunn for sine handlinger</i></p> <p><i>Forsvarlighet og omsorg</i></p>	<p><i>Bevisstgjøring av egen væremåte og egen atferd overfor brukere</i></p> <p><i>Utøve arbeidet på en måte som ivaretar den enkelte brukers selvstendighet, følelse av likeverd og tilhørighet</i></p> <p><i>Vise empati i sin væremåte</i></p> <p><i>Være et talerør for pasienten</i></p>

Kunnskaper: Kunnskapene skal *tilpasses helse- og omsorgstjenestens behov* samtidig som pasienten blir ivaretatt. Omsorgen skal være i samsvar med de *etiske prinsipper* i følge ernæringspolitiske dokumenter, og utøveren skal være seg *etisk bevisst* ifølge de utdanningspolitiske. Lovens sentrale krav til personale omfatter ”*ikke skade, gjøre det gode, barmhjertighet, forsvarlighet, rettferdighet*”. Forsvarlighet er et av de viktigste begrep i Helsepersonelloven. I mål fra læreplanene skal elevene ”*drøfte hva faglig forsvarlig og omsorgsfull hjelp innebærer*” og de skal ha ”*faglig forståelse gjennom kunnskap*”.

Ferdigheter: Også her skal ferdighetene *tilpasses helse- og omsorgstjenesten* og pasientens behov og omsorgen skal ha den samme kvalitet. De utdanningspolitiske dokumenter taler om en ”*bevisstgjøring av egne (holdninger) og ferdigheter*”. Her er det rom for tolkning. Dersom man ser denne formulering i sammenheng med målet ovenfor om ”*faglig forståelse gjennom kunnskap, refleksjon, etisk bevisstgjøring, respekt og toleranse*” kan man med rimelighet anta at de utdanningspolitiske dokumenter langt på vei er på linje med de ernæringspolitiske.

Holdninger: Helsefagarbeideren skal ha og ikke minst ”*praktisere gode holdninger*”, kreves det i de ernæringspolitiske dokumenter. Disse holdninger skal ”*samsvare med det helsepolitiske verdigrunnlag og de helsepolitiske mål*”. Samfunnet trenger personale, som ser sammenhengen mellom det de gjør i yrket – og det som er statens verdigrunnlag og mål (St. meld. nr 16 for eksempel). De utdanningspolitiske dokumenter ønsker en ”*bevisstgjøring av egne holdninger*”. Bevisstgjøring sikrer ikke en riktig atferd, men, som for ferdigheter, vil en faglig forståelse som bygger på *kunnskap, refleksjon, etisk bevisstgjøring, respekt og toleranse* (under kunnskaper) øke sannsynligheten for at helsefagarbeideren også praktiserer de gode holdninger.

Egnethet: Her oppsummeres kvalitetene på en egnet helsefagarbeider. Ernæringspolitikken krever mer enn utdanningspolitikken. Utdanningen følger dog opp om intensjonene i ernæringspolitikken. Igjen er *veiledning og informasjon* viktig i et ernæringspolitisk øyemed. Målet er å bedre helsen i befolkningen *uten å utøve formynderi*. De *etiske prinsipper* og Helsepersonelloven står sentralt. Den enkelte pasient skal få et *integrert tilbud* basert på hensynet til pasienten. I utdanningspolitiske dokumenter er det samsvar for mange av kravene: ”*bevisstgjøring om egen væremåte og atferd.. . ivareta den enkeltes brukers selvstendighet, følelse av likeverd og tilhørighet*”. Her er det et krav at bevissthet følges av en atferd preget av *empati*. Ernæringspolitikken bruker ”*barmhjertighet og rettferdighet*”. Utdanningen skal gjøre helsefagarbeideren kompetanse til å være et *talerør for pasienten*. I

begge tilfeller er helsefagarbeiderens oppgave å ivareta pasienten. Egnethet og omsorg er i harmoni med omsorgsrasjonalitet slik Wærnes beskriver den (Wærnes, 1999).

Sammendrag: I forhold til kunnskaper er det godt samsvar for forsvarlighet og omsorg. Det er naturlig at ernæringspolitiske dokumenter har et krav om at kompetansen skal tilpasses helse- og sosialtjenestens behov, da den er arbeidsgiver samt politisk og økonomisk ansvarlig. Det samme gjelder for ferdigheter og holdninger; helsefagarbeideren er en del av helsepolitikken. Samtidig legger de ernæringspolitiske dokumenter også pasienthensynet og perspektivet til grunn for sine anbefalinger; for eksempel gjennom brukermedvirkning. Bevisstgjøring skal sikre en praktisering i tråd med etiske prinsipper, mens de utdanningspolitiske dokumenter ikke er like konsekvent. De bruker å kunne drøfte, refleksjon, bevisstgjøring for kunnskaper, ferdigheter og holdninger, men under egnethet er det krav om også å kunne utøve kompetanse.

8.5 Kritiske refleksjoner

Valg av dokumentanalyse i en hermeneutisk tilnærming har vært hensiktsmessig. Taylor setter tre vilkår til et studieobjekt i hermeneutisk fortolkning: det må *gi mening*, det må kunne skilles mellom *mening og uttrykk* og subjektet må *gi mening for sosiale aktører*. Samfunnsvitenskapene oppfyller i mange tilfeller disse vilkår, for eksempel når studieobjektet er sosiale handlinger, ytringer, tekster etc. Politiske tekster er et studieobjekt i hermeneutisk betydning (Taylor i Gilje & Grimen, 1995).

Valget av de politiske dokumenter kan diskuteres. Det finns mange dokumenter å velge imellom innen helse- og ernæringspolitikk. De valgte dokumenter er ulike nok til å dekke flere områder og formål. Retningslinjer for kosthold i institusjoner er ventet at komme i en ny revidert utgave. Dessverre har den blitt forsinket. De 13 nye kostråd er kun et forslag enda. Begge dokumentene er allikevel tatt med for å få et bredt innsyn i anbefalinger og tilnærming til fagfeltet. Jeg har ikke vektlagt noen dokumenter mer enn andre. Det kan anføres at de nyeste burde fått en større plass i analysen. Noen dokumenter er mer sentrale for helsefremmende arbeid og kosthold og ernæring, for eksempel Handlingsplanen, mens andre er mer sentrale for helsefagarbeideren, for eksempel Helsepersonelloven. I analysen er det ikke tatt hensyn til disse betraktninger. Funn fra de ernæringspolitiske dokumenter viser dog, at det er fler likheter enn ulikheter mellom dem. De som skiller seg mest ut er de, som kun tar for seg den fysiologiske side, for eksempel Nasjonale anbefalinger.

For de utdanningspolitiske dokumenter har utvalget vært mindre. Læreplanene for Vg1 helse- og sosialfag og Vg2 helsefagarbeider, som begge gjennomføres i skolen, må sies å være obligatoriske. Læreplan for Vg3 helsefagarbeider gjennomføres i lærebedrifter, men jeg mener denne planen måtte være med i analysen. Først etter bestått fagprøve etter de to år i lære blir eleven/lærlingen uteksaminert som helsefagarbeider, og kan søke autorisasjon. Med et kompetansebevis fra skolen og et fagbrev vil Statens Autorisasjonskontor gi autorisasjon. Opplæringsloven og Den generelle læreplan gir anbefalinger for de allmenndannende egenskaper og de personlige egenskaper, som etterlyses i de ernæringspolitiske dokumenter. Både loven og den generelle læreplan hører med i analysen, mener jeg. Uten å ta hensyn til disse ved utdanning av fagarbeidere eller elever med generell studiekompetanse, ville vi miste de grunnleggende verdier samfunnet bygger på. Vi kunne stå i fare for å oppnå utdanning uten dannelse slik for eksempel Imerslund og Habermas bemerker (Bernstein & Habermas i Ball, 1994, Imerslund, 2000).

Kategoriene for fagfeltet kosthold og ernæring og for kompetanse har vært vanskelige å bruke, og er en svakhet ved analysen. Å sette kosthold og ernæring i et helseperspektiv, fysisk, psykisk, sosialt, var en oppfølging av studien av faglitteratur, og analysen av dokumentene støttet opp om denne tilnærming til fagfeltet. At omsorg er en vesentlig del av hjelpepleierens yrkesutøvelse kommer tydelig frem i for eksempel Helsepersonelloven, men kosthold og ernæring i et omsorgsrelatert helsebegrep er et uttrykk for min regning. Det finns dog mange utsagn i dokumentene som støtter opp om en slik fortolkning. Men i analysen oppstod det vanskeligheter når utsagn skulle settes inn i analyseverktøyet, slik nedenstående eksempler viser:

”Å redusere helseforskjeller mellom sosiale lag, etniske grupper og kjønn” (side 142). Her er det tale om både fysisk, psykisk og sosial helse.

”Drøfte hva respekt og toleranse for andres kulturer og tradisjoner, livssyn og sosiale status innebærer og drøfte hva det betyr for å fremme fysisk og psykisk helse” (side 162). Her er det fysiske og psykiske tydelig, men kategorien omsorg vil også kunne sies å komme inn under dette sitat.

Omsorgskategorien var den vanskeligste å håndtere. Ordet omsorg ble sjeldent brukt direkte i forbindelse med kosthold og ernæring. Sitat som *”Kompetanse som er tilpasset helse- og omsorgstjenestens behov”* (side 143) kan omfatte kosthold og ernæring, men det er tjenestens behov, og ikke pasientens behov som nevnes. Sees flere sitat i sammenheng kommer dog

hensynet til pasienten frem: *”sentrale etiske prinsipper som autonomi, ikke skade, gjøre det gode, barmhjertighet og rettferdighet må ligge til grunn for de valg som gjøres”* (side 143). Omsorg og forsvarlighet nevnes spesielt i de dokumenter, som retter seg direkte mot helsepersonell.

Kategoriene for kompetanse kunne på samme måte være vanskelig å skjelne. Kunnskaper, ferdigheter og holdninger samsvarer med alle dokumentene. Verken de rene ernæringspolitiske eller utdanningspolitiske dokumenter nevner ordet *”egnethet”*, derimot forekommer det i de helsepolitiske dokumenter, som ligger til grunn for helsepersonells godkjenning. Jeg mener derfor, at oppgaven ikke kunne vært gjort uten å ta med egnethet som en kategori, men er klar over at begrepet er vanskelig å definere og forklare. I flere tilfeller var det vanskelig å skjelne og plassere utsagn i forhold til kategoriene. Nedenstående eksempel kan stå som representant:

”Kunnskap om og respekt for norsk, samisk og andre kulturer og tradisjoner” som i tillegg til å omfatte kategorien kunnskaper også omfatte holdninger.

I analyseverktøy 1, 2 og 3 (presentert i kapittel 4 og brukt i kapittel 6, 7 og 8) settes kategorien omsorg i sammenheng med kategorien egnethet. Det er i møtet mellom disse to, at kjernen i helsefagarbeiderens utøvelse kommer til uttrykk, men det samtidig den konstellasjon, jeg er mest usikker på. Begrunnelsen for allikevel å se på disse to begrep sammen, er at det viser hvilken type kompetanse samfunnet er avhengig av, dersom vi skal bevare det menneskelige og helsefremmende aspekt av kosthold og ernæring. På tross av disse betraktninger valgte jeg å beholde de valgte kategorier, da de etter min mening, anskueliggjør essensen i studiens forskningsspørsmål og mål.

Studien av den formelle læreplan har satt min evne til å løsrive meg fra mine erfaringer fra den oppfattede og iverksatte læreplan på prøve. I utgangspunktet var min opplevelse, at fagfeltet kosthold og ernæring var blitt redusert gjennom de siste års skolereformer. Denne opplevelse bygger på min forforståelse av læreplanen i klasserommet. I virkeligheten er målene veldig høye og omfattende. Hvorvidt det har skjedd en reduksjon av fagfeltet i forhold til R94, kan jeg ikke si noe om. Det vil kreve en studie av læreplanene opp mot hverandre, men den formelle læreplan for helsearbeiderfaget er i mine øyne, en læreplan som tar hensyn til fagfeltet. Den praktiske del av faget kan dessverre reduseres i forhold til før, hvor meget vil avhenge av organisering av undervisningen på den enkelte skole.

De ernæringspolitiske dokumenter var jeg på forhånd mindre kjent med. Jeg hadde lest mange av dem, men ikke alle, og ikke på en så grundig og analyserende måte. Det er utrolig mye stoff i stortingsmeldinger, rapporter etc. og her var det vanskelig å velge ut de viktigste anbefalinger og omforme dem til stikkord og sitater til bruk i analyseverktøy og skjema. Det er mange av deres anbefalinger, tiltak og strategier som *kan* omfatte kosthold og ernæring. Jeg har forsøkt å være nøktern og ikke legge fagfeltet inn i teksten. Andre forskere kunne ha valgt andre ord, andre sitat, men det er et kjennetegn ved hermeneutikken.

Det er ønskelig at oppgavens funn kan brukes på andre fagfelt innen helsearbeiderfaget eller på andre utdannelser. Andre fagfelt kunne være hygiene og fysisk aktivitet.

Kosthold/ernæring og fysisk aktivitet blir satt i sammenheng i flere dokumenter, for eksempel Nordisk plan for fysisk aktivitet og ernæring. Andre læreplanen innen helse- og sosialfag som har kosthold i sine læreplanmål er barne- og ungdomsarbeider, helsesekretær, tannhelsesekretær og hudpleier. Disse læreplaner vektlegger kosthold og ernæring i varierende grad, men sammenhengen mellom kosthold og helse og det helsefremmende aspekt⁵⁴ går igjen. For disse utdannelser vil oppgavens resultater kunne ha en faglig interesse og mulig overføringsverdi, selv om det ikke har vært noe mål for denne studien.

8.6 Avsluttende konklusjon og betraktninger.

Oppgavens fire forskningsspørsmål ble stilt for å kunne vurdere, om læreplanen for helsearbeiderfaget dekker den kompetanse samfunnet trenger med vekt på kosthold og ernæring samt å kunne oppfylle oppgavens mål:

Å belyse og diskutere sentrale felt og begreper som handler om å fremme folks helse innen ernæringspolitikk og utdanningspolitikk og drøfte samsvaret mellom disse.

Ernæringspolitikken og utdanningspolitikken begrep og felt ble belyst og drøftet gjennom det første og andre forskningsspørsmål som et utgangspunkt for det tredje og fjerde forskningsspørsmål.

Skolefaget kosthold og ernæring eksisterer mellom helse- og ernæringspolitikken på den ene siden og utdanningspolitikken på den andre i et symbiotisk forhold. Dette avhengighetsforhold bekrefter teorien om læreplaner og deres funksjon i samfunnet, og hvordan de er et resultat av samfunnets behov for kompetanse hos den enkelte privat og

⁵⁴ Faget Helsefremmende arbeid finns i alle programområder innenfor helse- og sosialfag, og på alle trinn.

profesjonelt (Gundem i Engelsen, 2003). Livsstilssykdommer er et eksempel på hvordan behov for endringer i atferd kanaliseres inn i læreplaner. Påvirkning skjer også fra utdanningspolitikken og skolen til helse- og ernæringspolitikken, for eksempel setter krav til elevens fysiske, psykiske og sosiale læringsmiljø fokus på helsepolitiske mål og tiltak (Opplæringsloven).

Teori omkring de sentrale begrep og felt var grunnlag for kategorier til bruk i dokumentanalysen. Innen begge de politiske felt viste funn, at helseperspektivet står sterkt, og at helsefremmende arbeid vektlegges stadig mer ut fra menneskelige og økonomiske hensyn. Norge har ikke råd til *ikke* å fremme helse innen alle politiske felt. Helsefremmende arbeid må implementeres og være en del av all politisk planlegging og aktivitet.

Fagfeltet kosthold og ernæring har ikke bare en viktig rolle i det helsefremmende arbeid innen helse- og omsorgstjenesten. Også innen skole og utdanning har kosthold og ernæring fått en større plass som del av læringsmiljø, læringsutbytte, trivsel og helse (St.meld. nr. 16 (2002-2003) St.meld. nr. 47 (2008-2009) 2009, Opplæringsloven).

Kompetansekategoriene kunnskap, ferdigheter og holdninger deles av de politiske dokumenter. Ernæringspoliske føringer kan ikke nås uten et kompetent personell, og utdanningspolitikken mål er å øke elevenes kompetanse. Personlige egenskaper som etterlyses i Helsepersonelloven som egnethet tilsvarer de egenskaper både ernæringspolitikken og utdanningspolitikken etterlyser.

De politiske dokumenter har blitt belyst for å kunne drøfte samsvaret mellom ernæringspolitikk og utdanningspolitikk når det gjelder å fremme folks helse. Oppgavens formål kan kort konkluderes slik

Generelt sett er det en rimelig grad av samsvar mellom deres tilnærming til de faktorer, som oppgaven har hatt fokus på: helsebegrepet, det helsefremmende arbeid, fagfeltet kosthold og ernæring og kompetansebegrepet.

For kompetansebegrepet er det imidlertid en forskjell for personlige egenskaper eller "egnethet". De ernæringspolitiske, spesielt Helsepersonelloven forutsetter at helsepersonell er i besittelse av disse for å kunne gi autorisasjon.

Videre var målet å vurdere om læreplanen for helsearbeiderfaget dekker den kompetanse samfunnet har behov for. Funn fra analysen har blitt diskutert ovenfor i 8.4.1, 8.4.2, 8.4.3 og 8.4.4, og oppgavens fjerde forskningsspørsmål sammenfattes nedenfor:

Dekker læreplanverket den kompetansen samfunnet trenger hos en helsefagarbeider med vekt på kosthold og ernæring?

Kosthold og ernæring i et fysisk helseperspektiv:

Det er godt samsvar for de fire kategorier av kompetanse.

Kosthold og ernæring i et psykisk helseperspektiv:

Det er godt samsvar mellom dokumentene for kunnskaper. For ferdigheter og holdninger er det en forskjell. Ernæringsdokumentene setter krav til utøvelse av omsorg, respekt etc. De utdanningspolitiske bruker drøfte uten å sette krav til atferd. For egnethet er det ganske stort sammenfall.

Kosthold og ernæring i et sosialt helseperspektiv:

Det er godt samsvar i forhold til kunnskaper og ferdigheter. For holdninger er det mindre samsvar. De ernæringspolitiske dokumenter er alene om å fordre at helsepersonell tar ansvar for helsepolitikken. For egnethet sier de utdanningspolitiske dokumenter at helsefagarbeideren skal vise sosial kompetanse, mens de ernæringspolitiske ønsker god samhandling som kan være viktig for å bidra til sosial likhet.

Kosthold og ernæring i et omsorgsrelatert helseperspektiv:

I forhold til kunnskaper er det godt samsvar for forsvarlighet og omsorg. For de ernæringspolitiske dokumenter er helsefagarbeideren en del av helsepolitikken gjennom utøvelse av kunnskap, ferdigheter, holdninger og egnethet. De utdanningspolitiske krever ikke en aktiv innsats bortsett fra under kategorien egnethet. Pasienthensynet er sentralt for begge de politiske felt.

Læreplanverket dekker i stor grad den kompetanse samfunnet trenger og har behov for hos en helsefagarbeider innen fagfeltet kosthold og ernæring.

Samfunnet gir helsepersonell og helsefagarbeideren et medansvar for å utjevne sosiale forskjeller i helse. Dette ansvar kommer ikke tydelig frem i læreplanene.

Helsefagarbeiderens utdanning og kompetanse er viktig å forske på. Innen for utdanningspolitikken er det av avgjørende betydning at andre fremstillingsformer av læreplanen følger opp helse- og ernæringspolitikken (Goodson). En studie av den gjennomførte læreplan og erfarte læreplan ville vist, hvordan virkeligheten kan være, i hvert fall i en tolkning av virkeligheten gjennom kvantitative og kvalitative metoder.

Etter to år i skole går elevene ut i lære. I gjennom to år får elevene opplæring i ulike institusjoner og på den måten skjer det kompetanseutvikling i praksisfeltet (Jensen, 2002). Det skjer også mye overføring av taus kunnskap i læretiden, og praksis og teori er ikke alltid i harmoni med hverandre (Engelsen, 2003). Læreplanen for Vg3 skal ligge til grunn for opplæringen i lærebedriftene, men sjansen for at det kan oppstå variasjoner i kompetanseutvikling og kvaliteten på sluttkompetansen er tilstede. Det kan ha stor betydning for hvilken type helsefagarbeidere, samfunnet får. Forskning omkring dette tema kunne vært interessant og nyttig å forske på.

Avslutningsvis vil jeg sette et kritisk blick på statens rolle. Gjennom å definere og sette opp anbefalinger for ernæringspolitikken utøver den makt. Staten kan i siste ende bestemme hvilke forskningsresultater, som skal ligge til grunn for anbefalingene. Den skaper konsensus og de mentale strukturer den ønsker (Giddens, 1993, Bourdieu, 1994). Kunnskap om kosthold og ernæring endres, nye forskningsresultater stiller spørsmål ved tidligere oppfattelser, men de offisielle anbefalinger har endret seg lite gjennom mange år. De nye 13 kostråd erkjenner dog, at det finns forskning, som ikke harmonerer med gammel kunnskap, for eksempel i forhold til fete meieriprodukter. Det blir også sagt i forslagene, at vi ikke vet alt ennå, for eksempel om hvordan antioksidanter virker (Nasjonalt råd for ernæring, 2010)..

Staten skal ikke endre rådene, så fort det kommer et nytt funn eller en tendens blir moderne, men den kan virke ganske sta og formynderisk, når det gjelder, hva som er sunt og usunt. Det er jo et tankekors tatt i betraktning dens krav til helsepersonell om ikke å utøve formynderi.

LITTERATUR

- Aas, Per Anders (2005). *Danningsperspektivet i profesjonsutdanningene*. KRL Nettverk for religion og livssyn. Lest 1. mars 2010.
<http://www.krlnett.no/art/index.php?nid=1&vis=92>
- Aftenposten Lest: 20.06.2009.
- Anderssen N (1997). *Kunnskap, kropp og kultur. Helsefaglige grunnlagsproblemer*. Oslo: Ad Notem Gyldendal.
- Ball Stephen J. (1994). *Education Reform. A critical and post-structural approach*. Buckingham: Open University Press.
- Bang T (2006). I begynnelsen var ordet – om kommunikasjon, kommunikasjonsmodeller, massekommunikasjon og interaktivitet. I: T. Bang (red), *Makt og spinn i mediene* (s 19 – 38). Oslo: Abstract forlag.
- Barikmo, Ingrid (2007). *Ernæringsssituasjonene nasjonalt og globalt. Strategier og tiltak*. Forelesning 21.09.07. Høgskolen i Akershus.
- Bergsli, Oddbjørg (2009). *Likestilling og kjønn. YFL HS 2009*. Høgskolen i Akershus.
- Bjarkøy, Unni (2007). *Kunnskapsløftet – fokus på læreplaner. Fagdag for helsearbeideren*. Lest 4. desember 09.
www.fylkesmannen.no/Kunnskapsloftet_fokus_pa_lareplaner_nordnorge_mPI0LX82715ge.pdf.file
- Blumer, H. (1954) "What is wrong with social theory?" *American Sociological review* 19. (1) pp. 3-10.
- Botten, Grete (2002). *Refleksjoner over endringer i folkehelsearbeidet*. Senter for helseadministrasjon. Oslo: UiO.
- Bourdieu Pierre (1996). *Symbolsk makt*. Oslo: Pax Forlag.
- Brekke, Mary (2006). Analyse og fortolkning av tekst i forskningen. I: Brekke Mary. Red. Å *begripe teksten. Om grep og begrep i tekstanalyse*. Kristiansand: Høgskoleforlaget.
- Brenna, Brita (2004). Kapitalismens fortropper. I: Myrvang, Sissel, Myklebust, Sissel & Brenna, Brita, *Temmet eller uhemmet* (s 79 – 82). Oslo: Pax Forlag.
- Brillat-Savarin, Jean-Anthelme (2007). *Smakens fysiologi*. Oslo: Spartacus.
- Bugge A, Lillebø K & Lavik R (2009). "Mat i farta" – muligheter og begrensninger for nye og sunnere spisekonsepser i hurtigmarkedet. Fagrapport nr. 2-2008. Oslo: SIFO
- Dahlberg Karin, Drew, Nancy & Nyström, Maria. (2001). *Reflective lifeworld research*. Lund: Studentlitteratur.
- Departementene (2006). *Handlingsplan for bedre kosthold i befolkningen (2007-2011). Oppskrift for et bedre kosthold*. Oslo: Departementene.

- Engelsen Britt Ulstrup. (2003). *Ideer som formet vår skole? Læreplanen som idebærer – et historisk perspektiv*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Folkehelseinstituttet.no, (2008). *Folkehelsestudier*. lest 20. september 2010.
http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=233&trg=MainArea_5661&MainArea_5661=5631:0:15,3570:1:0:0:::0:0
- Forebygging.no. Hjemmeside. Lest 2009 – 2010.
http://www.forebygging.no/fhp/d_emneside/cf/hApp_101/hPkey_1/hParent_1/hDKey_1
- Forskning.no (2009) *Allianse for global helseforskning*. Lest 3. juli 2009.
<http://www.forskning.no/artikler/2009/juni/223123>)
- Fredslund, Hanne. (2004). Hermeneutisk analyse. I: Koch, Lene & Vallgård, Signild (red). *Forskningsmetoder i folkesundhetsvidenskab*. København: Munksgaard Danmark
- Giddens A (1993). *Sociology. Second edition*. UK: Polity Press.
- Gilje Nils & Grimen Harald. (1993). *Samfunnsvitenskapenes forutsetninger. Innføring i samfunnsvitenskapenes vitenskapsfilosofi*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Goodson Ivor F (1988). *The making of curriculum. Collected essays*. London: The Falmer Press.
- Brostrøm, Stig & Hansen, Mogens (2004). *Didaktikk og dannelse. Bearbeidet og kommentert av Bjørg Brandtzæg Gudem*. København: Damm & søn.
- Grønmo, Sigmund (2004). *Samfunnsvitenskapelige metoder*. Kap. 10. Bergen: Fagbokforlaget.
- Gudem Bjørg Brandtzæg (1990). *Læreplanpraksis og læreplanteori. En innføring*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Gudem Bjørg Brandtzæg (2008). *Perspektiv på læreplanen*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Gudem Bjørg B. & Hopmann Stefan (1998). Didaktik Meets Curriculum. I: Bjørg B. Gudem & Stefan Hopmann (Red.), *Didaktik and/or Curriculum. An International Dialogue*. (s 1-8). New York: Peter Lang Publishing.
- Hansen Erik Jørgen (2003). *Uddannelsessystemerne i sociologisk perspektiv*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Hansen Guro (1996). *1990-årenes dannelsesdiskurs – eller humanismens vilkår i vår tid. KULT skriftserie nr 55*. Oslo: Norsk forskningsråd.
- Helsedirektoratet (2005). Forebygging og behandling av overvekt/fedme i helsetjenesten. Lest 11. juni 2010.
http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/forebygging_og_behandling_av_overvekt_fedme_i_helsetjenesten_2554
- Helsedirektoratet. Forebygging.no. Lest 10. oktober 2009.
http://www.forebygging.no/fhp/d_emneside/cf/hApp_101/hPKey_405/hParent_8/hDKey_1
- Helsedirektoratet (2009). *Nasjonale retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring*. Oslo: Helsedirektoratet.

- Helse- og omsorgsdepartementet, *Kompetanseløftet 2015*. Lest 16. april 2010.
<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/kampanjer/omsorg/kompetanselofet-2015.html?id=439259>
- Helsepersonelloven (1999). *Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven)*. LOV-1999-07 02-64. Helse- og omsorgsdepartementet.
- Holm, Lotte (2003). *Mad, mennesker og måltider – samfundsvidenskabelige perspektiver*. København: Munksgaard Danmark.
- Holmboe-Ottesen G & Wandel M & Mosdøl A (2004). Sosiale ulikheter og kosthold. I: *Kompendium 1/2. Spesialisering. Mat, ernæring og samfunn*. Høgskolen i Akershus.
- Holthe, Åse (2009). *Kompetanseplan for utdanningssektoren 2009-2010*. Kristiansand: Vest Agder Fylkeskommune
- Hovdenak, Sylvi Stenersen (2000). *90-tallsreformene. Et instrumentalt mistak?* Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Hovdenak, Sylvi Stenersen (2006). Tekstanalyse i diskursanalytisk og hermeneutisk perspektiv. I: Brekke Mary. Red. *Å begripe teksten. Om grep og begrep i tekstanalyse*. Kristiansand: Høyskoleforlaget.
- Høgskolen i Akershus (2010-2011). *Studiene ved Høgskolen i Akershus 2010-2011*. Lest 12. oktober 2010. <http://www.hiak.no/index.php?ID=3&lang=nor>
- Imerslund, Knut (2000), *Om dannelse og kompetanse. Hva er skolens oppgave i et nytt årtusen?* Samtiden. Tidsskrift for politikk, litteratur og samfunnsspørsmål 5/6 2000. Lest 1. mars.2010. www.samtiden.no/00_5-6/art5.htm
- Jacobsen, Ingrid Horg (2004). *Åndelig utvikling eller åndelig forsømmelse? En studie av grunnopplæringens verdigrunnlag. Hovedoppgave*. Lillestrøm: Høgskolen i Akershus.
- Jensen, Bente (2002). *Kompetence og pædagogisk design*. Kap. 2,3,4. København: Nordisk Forlag AS
- Kaspersen, Lars Bo (2001). *Anthony Giddens – en introduktion til en samfundsteoretiker*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Kirke-, utdannings- og forskningsdepartementet(1993). *Læreplan for grunnskolen, videregående opplæring og voksenopplæring. Generell del*. Oslo: KUF.
- Kunnskapsdepartementet (2006). Læreplaner for Vg1 helse- og sosialfag. Vg2 helsefagarbeider, Vg3 helsefagarbeider og Kompetanseplattform for helsefagarbeider. Oslo: Utdanningsdirektoratet. Lest 1. januar 2010
<http://www.uttanningsdirektoratet.no/grep/Utdanningsprogram/?utdprogrid=111275>
- Kunnskapsdepartementet (1999). *Nyttige lærepenger*. Lest 1. januar 2010,
<http://www.regjeringen.no/nn/dep/kd/Dokument/NOU-ar/1999/nou-1999-33/7/1.html?id=356207>
- Linge, Solhild (2004). *Kortfattet informasjon om situasjonen på MDD. Læreplangruppe for Vg1*. Lest 4.oktober 2009. <http://www.home.hib.no/AL/Kpdrama/Kpvev/div/mdd.doc>

- Lister opplæringskontor. *Knutepunkt for fagopplæring i offentlig sektor. Helsearbeiderfag.* Lest 1. januar 2010
<http://www.opplaringskontor.no/?vis=artikkel&fid=4730&id=0707200814283610547&t=Helsefagarbeider>
- Løgstrup, K.E. (2006). *Den etiske fordringen.* S 1-40. København: Gyldendal
- Myrvang, Christine (2004). Flapperfeminismens konsumetos. Konsum som opprør og frigjøring på 1920-tallet. I: Myrvang, Sissel, Myklebust, Sissel & Brenna, Brita, *Temmet eller uhemmet* (s 79 – 82). Oslo: Pax Forlag.
- Mæland John Gunnar (2005). *Forebyggende helsearbeid i teori og praksis.* Oslo: Universitetsforlaget.
- Nasjonalt råd for ernæring (2005). *Et sunt kosthold for god helse. Strategisk plan med forslag til tiltak for perioden 2005 – 2009 skrevet på oppdrag fra Sosial- og helsedirektoratet.* Oslo: Helsedirektoratet.
- Nasjonalt råd for ernæring (2010). *Kostråd for å fremme folkehelsen og forebygge kroniske sykdommer i Norge. Utkast.* Oslo: Helsedirektoratet. Lest 2. Juni 2010.
http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00290/Kostr_d_for_fremm_290779a.pdf
- Nes, M & Muller H & Pedersen J (2006). *Ernæringslære.* Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Nordic Council of Ministers (2006). *A better life through diet and physical activity. Nordic Plan of Action on better health and quality of life through diet and physical activity.* Copenhagen: Nordic Council of Ministers.
- Nordic Council of Ministers (2004). *Nordic Nutrition Recommendations 2004. 4th edition. Integrating nutrition and physical activity.* Copenhagen: Nordic Council of Ministers.
- Opplæringsloven (1998). *Lov om grunnskole, og den videregående opplæring (Opplæringsloven).* LOV-1998 – 07 – 17 – 61. Oslo: Kunnskapsdepartementet.
- Pettersen, Sverre (2007). *Innføring i vitenskapsteori – en skriftsamling.* Lillestrøm: HiAK
- Ryslett Kari (2007). *“Warning, schools can damage your health” En komparativ studie av skolemåltidets sosiale og pedagogiske betydning I Norge og Finland. Masteroppgave.* Lillestrøm: Høgskolen i Akershus.
- Schancke, Vegard. A. (2001). *Helsefremmende og forebyggende tilnærming til rusmiddelfeltet.* Lest 2. Oktober 2009. http://www.forebygging.no/fhp/d_emneside/cf/hApp_101/hPKey_9187/hParent_1/hDKey_1
- Skarpenes Ove (1997). *Læreplankonstruksjon – et møtepunkt for kunnskap og politikk. En studie av Reform-94.* KULT skriftserie nr 96. Oslo: Norges forskningsråd.
- Slattery Patrick (1995). *Curriculum development in the postmodern era.* New York: Garland.
- Smehaugen, Anne (2005). Skolen som helsefremmende arena. Muligheter og utfordringer for et inkluderende lærings- omsorgsmiljø. I: Møllen K, Olsen E & Torgrimsby T. *Rapport fra dagskonferansen 28. Oktober 2004. Skolen som helsefremmende arena – med fokus på mat og måltider.* Lillestrøm: Høgskolen i Akershus.

- Smehaugen, Anne (2006). Personlig kunnskap – relasjonell læring. I: Askerøi, Else & Eikeland, Olav (red). *Som gjort, så sagt? Yrkeskunnskap og yrkeskompetanse. Forskningsserie 13/2006*. Lillestrøm: Høgskolen i Akershus.
- Sommerschild H (1998): Mestring som styrende begrep. I Gjørum B, Grøholt B og Sommerschild H (red): *Mestring som mulighet i møte med barn, ungdom og foreldre*. Oslo: Tano Aschehoug
- Sosial- og helsedirektoratet (2004a). Forebygging og behandling av overvekt/fedme i helsetjenesten. I: *Kompendium 1/2. Spesialisering. Mat, ernæring og samfunn*. Høgskolen i Akershus.
- Sosial- og helsedirektoratet (2004b). *Kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene. Veileder til forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting etter kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven*. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet.
- Sosial- og helsedirektoratet (2005). *Norske anbefalinger for ernæring og fysisk aktivitet*. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet.
- Sosial- og helsedirektoratet (2007). *Ernæring i helsetjenesten. Rapport*. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet.
- Statens autorisasjonskontor for helsepersonell. Lest 2. januar 2010. <http://www.safh.no/>
- Statens Ernæringsråd (1995). *Retningslinjer for kosthold i helseinstitusjoner*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Statens hjemmeside for yrkesvalg. Lest 8. april 2010. <http://www.vilbli.no/>
- Statens hjemmeside for yrkesvalg (2010 – 2011a). *Yrker og yrkesveier. Kunnskapsløftet*. Lest 22. september 2010. http://www.vilbli.no/4daction/WA_Kompetanse?Kompetanse=V.HS3003.
- Statens hjemmeside for yrkesvalg, (2010 – 2011b). *Yrker og yrkesveier. Kunnskapsløftet. Helsefagarbeider*. Lest 22. september 2010. http://www.vilbli.no/4daction/WA_Kompetanse?ASP=23264700&Ran=95044&Niva=V&Kurs=V.HSHSF1----V.HSHEA2----V.HSHEA3----&Return=WA_Kompetanseoppslag&TP=12-10-10&Kompetanse=V.HS3003
- Stenhouse Lawrence (1978). *An introduction to curriculum research and development. Chapter 1,2*. London: Heinemann Educational Books.
- St. meld. nr. 37 (1992-93) 1993 *Utfordringer i helsefremmende og forebyggende arbeid*. Lest 1. oktober 2009. http://www.forebygging.no/fhp/d_emneside/cf/hApp_101/hPKey_432/hParent_4/hDKey_1
- St.meld. nr. 26 (1999-2000) 1999. *Om verdier for den norske helsetenesta. Skilnader i helsetilstanden*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. Lest 1. oktober 2009. <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/19992000/stmeld-nr-26-1999-2000-.html?id=192850>.
- St.meld. nr. 16 (2002-2003) 2003. *Resept for et sunnere Norge. Folkehelsepolitikken*. Oslo: Helsedirektoratet.
- St. meld. nr 30 (2003 – 2004) 2004. *Kultur for læring*. Oslo: Utdannings- og forskningsdepartementet.

- St.meld. nr. 25 (2005-2006) 2006. *Mestring, muligheter og mening. Fremtidens omsorgsutfordringer*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- St.meld. nr. 20 (2006-2007) 2007. *Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- St.meld. nr. 47 (2008-2009) 2009. *Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Tenfjord, Jo (1995). *I arbeid for Norges hjem. Statens lærerskole i husstell, Stabekk, 1909 – 1959. Trekk fra husstelloplæringens utvikling i Norge*. Oslo: Landbruksdepartementet.
- Thagaard Tove. (2003). *Systematikk og innlevelse. En innføring i kvalitativ metode*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Tones K & Tilford S (2001). *Health promotion effectiveness, efficiency and equity*. Chapter 1, 6. Cheltenham: Nelson Thornes.
- Utdanningsdirektoratet (15.06.06). Helsearbeiderfaget. Kompetanseplattform for fagarbeider. Oslo: Utdanningsdirektoratet.
- Utdanningsdirektoratet (2010). Læreplan i Mat og helse. Lest 10. februar 2010. <http://www.udir.no/grep/Lareplan/?laereplanid=129973>.
- Utdanningsdirektoratet (2010). Læreplan i Naturfag. Lest 10. februar 2010. <http://www.udir.no/grep/Lareplan/?laereplanid=1099072>,
- Utdanningsdirektoratet (28.07.2010). Den generelle læreplan. Lest 17. april 2010. http://www.udir.no/upload/larerplaner/generell_del/generell_del_lareplanen_bm.pdf
- Utdanningsdirektoratet, Lest 12. oktober 2010. <http://www.udir.no/Artikler/Lareplaner/Meldingar-og-styringsdokument/>
- WHO (2002). *The World Health Report 2002. Reducing Risks. Promoting Healthy Life*. Geneva: World Health Organization.
- WHO (2002). *Food and health in Europe: a new basis for action. Summary*. Copenhagen: World Health Organization Europe
- WHO/FAO (2003). *Diet, Nutrition and the Prevention of Chronic Diseases. Technical Report 916*. Geneva: World Health Organization
- WHO (2004). *Global strategy on diet, physical activity and health*. Geneva: World Health Organization.
- WHO (2008) *The World Health Report 2008. Primary Health Care (Now More Than Ever)*. Lest 5. September 2009. <http://www.who.int/whr/2008/en/index.html>
- Wilken Lisanne (2008). *Pierre Bourdieu*. Trondheim: Tapir akademisk forlag.

Wærness K (1999). Omsorg, omsorgsarbeid og omsorgsrasjonalitet – refleksjoner over en sosialpolitisk diskurs. I: Thorsen K & Wærness K (red.) *Blir omsorgen borte? Eldreomsorgens hverdag i den senmoderne velferdssaten*. I: Kompendium nr. 9/2007. *Master i ernæring, helse- og miljøfag. MAEK101. Kompendium 2*. Høgskolen i Akershus.

Nettsider som bakgrunnskilder

European Commission website. *Public Health*. Lest 7. november 2009.

http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/nutrition/nutrition_en.htm

European Observatory on Health Systems and Policies. Website. Lest 5. november 2009.

http://www.euro.who.int/observatory/about/20020524_23

FAO. Website. *Agriculture and Consumer Protection*. Lest 7. September 2009.

<http://www.fao.org/docrep/v7700t/v7700t02.htm>

Kunnskapsdepartementet, *NOU 1999. Nyttige lærepenger*. Lest 20. mai 2010.

<http://www.regjeringen.no/nr/dep/kd/Dokument/NOU-ar/1999/nou-1999-33/7/1.html?id=356207>

Norden. *De nordiske landenes offisielle samarbeid*. Hjemmeside. Lest 5. september 2009.

<http://www.norden.org/no/samarbeidsomraader/matvarer>

WHO *Health Promotion*. Website. Lest 5. september 2009.

<http://www.who.int/healthpromotion/en/>

WHO *Media Centre*. Website. Lest 6. September 2009.

<http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/wha3/en/>

WHO *Regional Office for Europe*. Website. Lest 5. September 2009. <http://www.euro.who.int/>