



UIT

NORGES
ARKTISKE
UNIVERSITET

Norges Arktiske Universitet, campus Harstad

Institutt for vernepleien 28.04.2017

Ser dokker heile meg?

En kvalitativ studie om hvordan helsefremmende arbeid utøves og oppleves blant sykepleiere i spesialisthelsetjenesten

—

Karina Karlsen



Innholdsfortegnelse

Forord.....	4
Sammendrag.....	5
Abstract.....	8
1 Innledning.....	10
1.1 Tema og bakgrunn for valg av tema.....	10
1.2 Tidligere forskning.....	12
1.3 Forskningsspørsmål.....	14
1.4 Avgrensninger og presiseringer.....	16
1.5 Oppgavens struktur.....	17
2 Teori.....	18
2.1 Teoretisk rammeverk.....	18
2.1.1 Helse.....	18
2.1.2 Helsefremming.....	22
2.1.3 Empowerment.....	24
2.1.4 Kommunikasjon.....	26
2.1.5 Teori om opplevelse av sammenheng.....	27
2.1.6 Teori om omsorg.....	29
2.2 Sammenfatning.....	32
3 Metode og Forskningsdesign.....	34
3.1 Vitenskapsteoretisk ståsted.....	34
3.2 Fenomenologi.....	35
3.3 Hermeneutikk.....	36
3.4 Kvalitativ metode.....	37
3.5 Planlegging og informasjon.....	40
3.6 Rekruttering og utvalg.....	40
3.7 Gjennomføring av datainnsamlingen.....	42
3.8 Intervju.....	43
3.9 Forskerrollen og forforståelsen.....	45
3.10 Transkribering.....	47
3.11 Analysemetode.....	48

3.12	Etiske aspekter.....	51
3.13	Validitet, generalisering og reliabilitet	52
3.14	Metodekritisk refleksjon.....	53
4	Empiri	55
4.1	Innledning.....	55
4.2	Hovedkategori 1: Hva mener sykepleierne helsefremmende arbeid er?	56
4.3	Hovedkategori 2: Hvordan utøves og oppleves det av sykepleierne å utøve helsefremmende arbeid	59
4.4	Hovedkategori 3: Hvilke eventuelle utfordringer møter sykepleierne eventuelt i utøvelsen av det helsefremmende arbeidet?.....	61
4.5	Hovedkategori 4: Opplever sykepleierne at det helsefremmende arbeidet som blir utøvd har noen betydning og eventuelt hvordan	64
5	Analyse	66
5.1	Sykepleiernes oppfatning av hva helsefremmende arbeid er	67
5.1.1	Folkeskikk og god kommunikasjon som definisjon på helsefremming	69
5.1.2	Profesjonalitet og omsorg som definisjon på helsefremming.....	73
5.1.3	Individualitet og miljø som definisjon på helsefremmende arbeid.	77
5.2	Utøvelsens og opplevelsen sykepleierne har ved å utøve helsefremmende arbeid	82
5.2.1	Empowerment og kommunikasjon som utøvelse av helsefremmende arbeid	83
5.2.2	Omsorg og profesjonalitet som utøvelse av helsefremmende arbeid	88
5.3	Utfordringer sykepleierne møter i utøvelsen av det helsefremmende arbeidet	91
5.3.1	Medbestemmelsesrett som utfordring	92
5.3.2	Kommunikasjon som utfordring.....	93
5.3.3	Administrativt arbeid, tid og faglighet som utfordring.....	95
5.4	Sykepleiernes opplevelse av betydningen av det helsefremmende arbeidet som blir utøvd	101
6	Sammenfatning av hovedfunnene.....	104
7	Avslutning	106
	Litteraturliste	110
	Vedlegg	113
	Tabell over meningsfulle enheter i studien	113
	Samtykkeskjema.....	126
	Intervjuguide	128
	Godkjenning NSD.....	130

Forord

Å skrive en masteroppgave har for meg vært en strevsom vei og prosess. Mye er ofret og mange er forsaket på veien til resultatet. Reisen har vært utfordrende, frustrerende, givende og lærende.

Uten alle de flotte menneskene rundt meg som har oppmuntret, hjulpet og støttet, hadde denne reisen blitt tyngre enn den var. Dere vet alle hvem dere er. Ingen nevnt, ingen glemt.

Tusen takk til min flotte, omsorgsfulle mann som har vært der i alle fasene fra bunnløs fortvilelse til frustrasjon og tårer, fra håp til lettelse og glede. Du e best!

Mine kjære to søte små barn som ofte kom innom kjøkkenet, som jeg gjorde om til kontor, og gav meg et kyss på kinnet hver gang jeg hadde kommet meg videre. De oppmuntret og heiet på meg, og har perioder vært «fri» for mamma. Det finnes ingen som er så fantastisk som dere!

Frode, Tobias og Emile, eg ælska dokk over alt på jord.

Sist, men ikke minst vil jeg takke mine ledere og min veileder for god hjelp og støtte fra begynnelse til slutt. Dokk fortjene alle ei rose.

Sammendrag

Bakgrunn og hensikt: Fokuset på helse og helsefremmende arbeid har i den senere tid blitt satt et sterkt fokus på, og en rekke stortingsmeldinger har satt helsefremmende arbeid på dagsorden (Haugan & Rannestad, 2016). Disse stortingsmeldingene sier imidlertid lite om helsefremmende arbeid i spesialisthelsetjenesten. Da stortingsmelding nr. 47 (2008-2009), som vi kjenner som samhandlingsreformen, trådte i kraft, ble spesialisthelsetjenesten en stor del av det helsefremmende bildet ved at det skulle bli tettere samarbeid mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Det skulle også innføres kvalitetssikringsprogram som skulle bidra til at det ble færre feilbehandlinger og færre skader når pasientene var innlagt i spesialisthelsetjenesten. Forskning viser at sykepleierne er lite rustet til å møte disse nye kravene om utøvelsen av sin profesjonen (Mc Bride, 1994).

Studiens overordnede hensikt er å se på, beskrive og utvikle kunnskap om hvordan sykepleierne i spesialisthelsetjenesten opplever det å utøve det helsefremmende arbeidet som er satt på dagsorden i spesialisthelsetjenesten og om de møter på noen utfordringer i utøvelsen.

Datakilder og metoder: Studien har en kvalitativ tilnærming. For å undersøke problemstillingen min anvendes kvalitative intervjuer av sykepleiere i spesialisthelsetjenesten. Temaet for intervjuene var hvordan sykepleierne forstod helsefremming, hvordan de utøvde helsefremmende arbeid, om de møtte utfordringer i utøvelsen og om de kunne se om det helsefremmende arbeidet de utøvde hadde noen betydning for pasientene. Intervjuene ble tatt opp på bånd og i etterkant transkribert. Intervjuene ble analysert ved bruk av kvalitativ intervjuanalyse.

Funn: Sykepleierne var til å begynne med usikre på begrepet helsefremming helt til Sykepleierne var til å begynne med usikre på begrepet helsefremming helt til de fikk snakket rundt selve begrepet. Årsaken er at begrepet ikke blir mye brukt i spesialisthelsetjenesten, men de forstod likevel hva det innebar. Sykepleierne var usikre i sin rolle når det gjaldt helsefremmende arbeid. De to begrepene helsefremmende og sykdomsforebyggende gled over i hverandre i deres forståelse av begrepet og i utøvelse av sykepleiefaget. De kom raskt frem til at selv om de var usikre på begrepet helsefremming til å begynne med, kom de frem

til at helsefremmende arbeid er noe de gjør daglig, hele tiden. De fortalte at de mange ganger var frustrerte i utøvelsen av faget og i sin utøvelse av helsefremmende arbeid. De fikk brukt mindre av sin kompetanse og snakket mindre fag siden det administrative arbeidet hadde økt. De savnet en kompetanseheving. De hadde dårlig tid og lite ressurser å ta av også på grunn av økt administrativt arbeid. På grunn av sine økte ansvarsområder og endringer i måten de arbeidet på som delvis har kommet på grunn av samhandlingsreformen, fortalte informantene at de bommet på kommunikasjonen både innenfor sykepleien, tverrfaglig og med pasient og pårørende. Sykepleierne følte at de av og til kom på kollisjonskurs med empowermentbegrepet som var en sentral del av det helsefremmende arbeidet, men de visste at det var viktig og at pasientene måtte respekteres for sine valg.

De opplevde også at pasient og pårørende ble mer takknemlige, mer tilfredse, raskere mobilisert og raskere friske når de hadde fått utøvd profesjonen sin i et helsefremmende perspektiv. De mente at de kunne se at antall liggedøgn for pasientene var færre når de hadde utøvet et godt helsefremmende arbeid. Sykepleierne uttrykte at helsefremmende arbeid, når de hadde tid til det, gjorde dem glade og fornøyde, noe som ble spredt videre i yrkesgruppen og ga et godt arbeidsmiljø. Et godt arbeidsmiljø, påpekte informantene, var også viktig for at de skulle kunne utøve en god helsefremmende sykepleie. Når det kom til utøvelsen av faget sykepleie, var de alle enige om at grunnpilarene som etikken, omsorgen og folkeskikken var viktig for utøvelsen av et godt helsefremmende arbeid, noe de skulle ønske de fikk gjort mer av. Sykepleierne mente at alt arbeid de gjorde i utøvelsen av sin profesjon var helsefremmende.

Konklusjon: Sykepleierne i spesialisthelsetjenesten er usikre på begrepet helsefremming og de blander begrepene helsefremming og sykdomsforebygging. Sykepleierne føler at de mangler tilstrekkelig tid til å utøve helsefremmende arbeid slik som de ønsker og de føler at de får ikke tid til å snakke fag, snakke profesjon seg imellom. De mener at de mister mye verdifull pasienttid i administrativt arbeid som har kommet som et resultat av samhandlingsreformen. De føler det er utfordrende med empowermentprosessen, men ser betydningen av den. Sykepleierne ser også betydningen av at god pleie, god omsorg, god kommunikasjon, gode fagkunnskaper og prosedyrer er viktig for å kunne fremme helse. De ser at dette må være tilstede for en helhetlig pleie. Selv om de møter på utfordringer og at de føler at helsefremming ikke er satt inn i et system og ikke satt av tid til, så gjør de så godt de kan og med den tiden de har.

Helsefremmende arbeid i spesialisthelsetjenesten er et vidt begrep å studere og det finnes mange vinklinger på det. Ut fra de funnene jeg fant i min studie, kan det være hensiktsmessig å forske videre på dette feltet.

Nøkkelord: helse, helsefremming, empowerment, spesialisthelsetjeneste, helsefremmende sykepleie.

Abstract

Background and aim: Lately the focus on health and health promotion has been given a lot of attention. Several reports from the government have put health promotion as an agenda (Haugan & Rannestad, 2016). These reports do not say much about the importance of health promotions in hospitals and they don't say anything about how the nurses can do health promotion in hospitals. When the government report number 47 (2008-2009) came, health promotion in hospitals was sat on the agenda. This interaction reform said that the hospitals had to cooperate with the municipalities to serve the patients better and to give the patients' health promotion care. Research shows that nurses are not equipped to meet these new requirements how to do their job (Mc Bride, 1994).

This study's intension is to look at, describe and develop knowledge about how nurses in hospitals experience how it is to do health promotion and if they meet any challenges when they do it.

Data sources and methods: This study is a qualitative study. To study my problem, I interviewed nurses in hospital. The topic of the interviews were how the nurses understood health promotion, how they did health promotion, if they met challenges while doing health promotion and if they could see any effects when they had done health promotion. The interviews were recorded and transcript. Each interview was analyzed using analyzing methods for qualitative interview.

Findings: The nurses were unsure of the word health promotion and they were uncertain of their meaning when it came to health promotion in hospitals. The nurses mixed the two concepts health promotion and how to preventive illness. When they got the hang of the word health promotion, they meant that they did health promotion every day and all the time. The nurses were many times frustrated when they were trying to do their job and trying to do health promotion. The reason was the increased administration work. They felt that they had not time to use their knowledge and skills and they talked less about the importants of their profession.

Because of their increased responsibilities and changes in the way they were nursing, that partly had come because of the interaction reform, they missed on the communication. Both

within the nursing group, with other professions and with the patient and the family. The nurses felt that it sometimes were difficult to use empowerment in their work, however they knew that empowerment was important and that they had to respect the patient for their decisions.

They also saw that the patients and their families were more grateful, happier, more quickly mobilized when they had done health promotion. The nurses' thought that the patient spent fewer days in the hospital when they had done good health promotion. The nurses expressed that when they were able to do health promotion, it also made them happy and satisfied. This positive feeling was spread to the other nurses and it led to a good working environment. A good working environment was also an important for the nurses. A good environment did that they were more positive towards the patient. When it came to health promotion, they all agreed that the fundamental thing of nursing such as ethics, caring and good behaving were important for doing of a good health promotion. They all wishes that they could have more time doing health promotion and more time to the patient generally.

Conclusion: Nurses that works in hospitals are uncertain about health promotion and they mix the concepts of health promotion and disease prevention. Nurses feel they have lack of time to do health promotion work and they feel that they do not have time to talk about their profession. They feel that they lose a lot of valuable time with the patients because of the increased paper - and administrative work that have come as a result of the interaction reform.

The Nurses feels that the empowerment process is challenging, but they see the importance of it. They also see that good nursing, good care, good communication, good technical knowledge and procedures is essential to promote good health. They see that all of these things must be put together to give comprehensive care. Even if the nurses face challenges and that they feel that health promotion is not sat into a system they do the best they can.

Health promotion in hospitals is a big thing to study and there are many approaches to it. Based on the findings I found in my study, I think it can be necessary to do further research in this field so that we can do good health promotion work in the hospitals also.

Keywords: health, health promotion, empowerment, hospital, health care, nursing.

1 Innledning

Klokka er 05:45 torsdag den 18 november. Jeg står i soveromsdøren og ser på mine to små engler som sover. Det er helt stille. Det eneste jeg hører er lyden av den rolige trygge pusten til mine barn. Jeg merker at jeg holder pusten, skjelver og tårene renner nedover kinnene mine. Vil jeg se dem igjen? Min mann kommer bak meg, tar rundt meg og sier at vi må dra. Kysser meg ømt på hodet. Jeg vet han har det tungt han også. Han vet ikke hva som venter oss han heller. Hva skjer nå? Vi setter oss i bilen og kjører inn til sykehuset, jeg skal igjennom mitt livs største operasjon. Mine tanker kretser rundt spørsmålene, hva skjer hvis dette ikke går bra? Er de nok forberedt på sykehuset til dette? Vet de hva de gjør? Kan de ta vare på familien min, på meg? Klarer de å få meg hel igjennom denne prosessen? Klarer de å hjelpe meg til å takle hverdagen etterpå? Har altfor mange spørsmål og altfor få svar. Panikken tar meg ... jeg vil ikke ... jeg vil hjem.

Historien refererer til min egen opplevelse for noen år tilbake. Jeg var bekymret for at sykepleierne og legene ikke visste hva de gjorde, at de ikke var forberedt og jeg var bekymret for om de klarte å hjelpe meg tilbake til hverdagen som et helt menneske igjen. Komme tilbake til hverdagen med en god fysisk og psykisk helse. Dette var en del av bakgrunnen for mitt valg av tema, som førte til at jeg sitter her i dag med det forskningsspørsmålet jeg har valgt til min master. Slik startet min reise til det som i dag har blitt min masteroppgave.

Dette er en masteroppgave i funksjonshemming og deltagelse ved UiT, Norges arktiske universitet, campus Harstad. Masteroppgavens tema er helsefremmende arbeid blant sykepleierne i spesialisthelsetjenesten. Oppgaven vil ha relevans innenfor fagfeltet funksjonshemming og deltagelse ved at den tar for seg helsefremming som gjelder for alle menneskene i samfunnet og den har også et sykepleierfaglig perspektiv med relevans for sykepleiefaget.

1.1 Tema og bakgrunn for valg av tema

Jeg har valgt helsefremming i spesialisthelsetjenesten som tema for min master på bakgrunn av min opplevelse i møte med spesialisthelsetjenesten og fordi jeg synes at helse og helsefremming er et spennende felt. Helse som tema har eksistert helt tilbake til de greske

filosofene. Aristoteles (384-322 f.Kr.) uttalte at den aller beste måten å leve livet på vil være et liv som i størst mulig grad går ut på å anvende fornuften, og at et godt liv blant annet må inneholde elementer som god helse (filosofi.no). I nyere tid har vår tids lege og professor i sosialmedisin, Per Fugelli (1943-), sagt at mennesket er menneskets helse (Fugelli & Ingstad, 2009). Det betyr at det er relasjonene mellom menneskene som betyr noe og som kan gjøre at et menneske opplever god helse. I tradisjonell forståelse blir ordet helsefremming satt i sammenheng med å rette tiltak mot befolkningen. Dette gjennomføres ofte i forhold til det fysiske, psykiske og sosiale miljøet som befolkningen til daglig lever i eller gjennom ulike former for livsstilsveiledning. Helsefremmende arbeid er mye mer enn det. Helsefremmende arbeid er også å hjelpe til med å mestre de utfordringer og belastninger pasienter utsettes for (Haugan & Rannestad, 2016), slik som da jeg skulle inn til min operasjon.

Jeg er utdannet akutt sykepleier og har jobbet som spesialsykepleier i 16 år. Jeg har et brennende engasjement for sykepleie og for at resultatet av møtet mellom sykepleier og pasient skal bli helsefremmende for pasientene. Jeg ble selv akutt syk og fikk oppleve å være pasient. Jeg ble da oppmerksom som pasient på sykepleierne sine holdninger, deres bruk av tid, deres kunnskaper og hvordan dette bidro til min egen oppfatning av helsen min. Etter mine opplevelser fra møtet med sykepleiere i spesialisthelsetjenesten, satt jeg igjen med mange spørsmål og et ønske om å rette søkelyset mot sykepleierne sin utøvelse av sykepleiefaget inn mot det helsefremmende. Jeg var så heldig å få en samtale med professor Per Fugelli underveis i masterstudiet mitt, etter dette møtet ble temaet mitt bestemt. Jeg er nå lærer ved bachelorutdanningen i sykepleie og ser hvor viktig det er, også i spesialisthelsetjenesten, å fokusere på holdninger og omsorg i tillegg til å være en handledyktig sykepleier.

I tillegg har jeg sett at i de senere årene har det blitt et stort fokus på helsefremmende arbeid, både her i Norge og i verden for øvrig. Helsefremmende arbeid har blant annet blitt tatt opp i en rekke stortingsmeldinger. Allerede i stortingsmelding nr. 37 (1992-1993), «Utfordringer i helsefremmende og forebyggende arbeid», ble de utfordringene vi har i helse- Norge poengtert, og fokuset ble rettet mot helsefremming. Denne tråden ble igjen tatt opp av nåværende helseminister Bent Høie i stortingsmelding nr. 16 (2002-2003), under overskriften «Resept for et sunnere Norge». Disse stortingsmeldingene legger vekt på forebygging og helsefremming, men ingen av dem legger vekt på forebygging og helsefremming i spesialisthelsetjenesten (Helse- og omsorgsdepartementet, 2003) (sosialdepartementet, 1992-

1993). I januar 2012 ble lov om folkehelsearbeid iverksatt. Denne loven påla kommuner, fylkeskommuner og statlige myndigheter å fremme helse i alle sektorer. Samtidig trådte stortingsmelding 47 (2008-2009) i kraft 1. januar 2012. Denne fikk navnet «samhandlingsreformen» og var en forlengelse og videreutvikling av stortingsmelding nr. 16 (2002-2003). Reformen innebar at pasientrollen skulle styrkes, at pasientene skulle få bedre behandling der de bodde og at sykehusene og kommunene måtte samarbeide for å få et helhetlig pasientforløp (Haugan & Rannestad, 2016).

Samhandlingsreformen har som mål å gi helsetjenesten en ny retning. Den vektlegger det å forebygge fremfor det å bare reparere. Dette betyr at innsatsen mot god helse må tas i bruk tidligere enn det som har vært vanlig. Den skal også få de ulike instansene i helsetjenesten til å jobbe bedre sammen og ha en bedre og tettere dialog. Pasientene skal også få en sterkere brukermedvirkning. Kommunene får også flere oppgaver knyttet til helse. Dette betyr at kommunene skal fortsette behandlingen av pasientene når de kommer hjem fra sykehusene hvis pasientene trenger dette (Helse-og omsorgsdepartementet, 2014). For å få dette til, legger samhandlingsreformen plikt og ansvar på sykehusene og kommunene. Disse pliktene og ansvarsene er mange, men et av de er plikten til samarbeid mellom sykehusene og kommunene. En annen plikt er plikten til å samarbeide på tvers av avdelingene på et sykehus og mellom de ulike sykehusene. Som et resultat av samhandlingsreformen kom en del kvalitetssikringsprogram inn i helsetjenesten som skal sikre kvaliteten i behandling av pasientene. Et av disse programmene heter 24/7 og skal sikre kontinuerlig evaluering av den behandlingen som gis (Helse-og omsorgsdepartementet, 2014). Med dette ble helsefremming i spesialisthelsetjenesten satt i fokus. Men fremdeles i dag er det lite fokus i stortingsmeldingene på sykepleierne sin rolle i å utøve helsefremmende arbeid og deres forståelse for hva helsefremmende arbeid er.

1.2 Tidligere forskning

For å finne ut hvilken tidligere forskning som var gjort på området om helsefremmende arbeid i spesialisthelsetjenesten, måtte jeg søke i ulike databaser og med ulike søkeord. De databasene jeg hovedsakelig søkte i var EBSCO, Pub Med, Pro Quest, Oria, Munin, Helsebiblioteket og SVE Med+. Dette var de største databasene jeg brukte. Søkeordene jeg brukte var helse, helsefremming, forebygging, sykehus, spesialisthelsetjeneste, sykepleier, empowerment, individualitet, sykepleie. Disse sammensetningene av ord søkte jeg også på engelsk. Resultatet av disse søkene ble at det viser seg at flere har forsket på helsefremmende

arbeid og en del har sett på helsefremmende arbeid i sykehus, som for eksempel Casey Dymrna (2006) og Robinson og Hill (1999).

Forskningen har hos de fleste hovedsakelig basert seg på helsefremming knyttet til kvalitet og omstruktureringer i helsevesenet. Noen av disse forskerne sine funn krysser mine, men samtidig er ikke forskningsspørsmålene til disse studiene og mitt forskningsspørsmål det samme. Doktorgradsavhandlingen til Geir V. Berg (2007) handler om å fremme den eldre sykehuspasienten og har sett på dette fra pasientenes side, men også fra sykepleierne sitt syn på helsefremming av den eldre pasienten. Denne forskningen ligger nært min ved at den ser på helsefremming i spesialisthelsetjenesten, men samtidig undersøker han ikke sykepleierne sine opplevelser av det å utøve helsefremmende arbeid, hvordan de selv utøver helsefremmende arbeid og opplevelsen av betydningen av helsefremmende arbeidet for pasientene. Jeg har ikke funnet mye forskning som tar for seg sykepleierne sin utøvelse av helsefremmende arbeid og deres egne opplevelser av det. Det jeg har funnet av forskning som ligger nærmest mitt tema er Dean Whitehead (2005) sin publikasjon om «Health promotion hospitals: The role and function of nursing» (Whitehead, 2005), som konkluderer med at sykehusene må tilpasse seg og anstrenge seg mer for å fokusere på helsefremmende arbeid. Whitehead konkluderer videre med at sykepleiere som jobber i sykehusene må jobbe med, og ta initiativet til, helsefremmende arbeid. Sykepleierne bør også fremme helsefremmende reformer som blir satt i gang av reformer og de bør gjøre forsøk på å påvirke og implementere helsefremmende arbeid i sykehusene (Whitehead, 2005). Andre som har forsket på helsefremming er Anita McBride (1999). Hennes publikasjon om «Health promotions in hospitals: The attitudes, beliefs and practices of hospital nurses», forteller at sykepleiere i sykehusene ser en rolle for seg selv inn i den praktiske utøvelsen av helsefremmende arbeid. Sykepleierne i studien til McBride viste også positive signaler mot helsefremmende arbeid, men de følte at de manglet tid, trening og en systematisk tilnærming til hvordan utøve helsefremmende arbeid (Mc Bride, 1994). Av norsk forskning er Herdis Alvsvåg og Åse Gammersvik (2009) sine artikler om helsefremming, det som ligger nærmest mitt område. De sammenfatter sin undersøkelse om «Forståelse av helsefremming i sykepleie» med at det tenkes på helsefremmende arbeid på den «gamle» måten ved at det skilles lite mellom forebygging og helsefremming og at den «nye» måten å tenke helsefremming på med bruk av empowermentstrategier er mer ukjent i sykepleie (Gammersvik & Alsvåg, 2009). I tillegg har, som tidligere nevnt, Robinson og Hill (1999) skrevet om utfordringer som sykepleierne møter

i de omstruktureringer som staten har lagt føringer for med mål om «sunnere» sykehus. Artikkelen deres heter «Our healthier hospital? The challenge of nursing» (Robinson & Hill, 1999).

I stortingsmelding nr.34 (2012-2013), «God helse - felles ansvar», står det blant annet at folkehelsearbeidet skal bidra til god helse og bedre levekår i befolkningen. Den sier videre at god helse er en verdi i seg selv, og at god helse øker mulighetene for den enkeltes livsutfoldelse (Helse-og omsorgsdepartementet, 2012-2013). Dette vil si at sykepleiere skal jobbe for å fremme god helse hos befolkningen og da også hos pasientene som sykepleierne behandler i spesialisthelsetjenesten. Dersom pasientene ser mer positivt på sin egen helse, kan det føre til kortere liggetid på sykehus og en raskere tilbakeføring til hverdagslivet, noe som er til det beste for pasientene og som samtidig gir en økonomisk gevinst.

Det er ingen tvil om at det som sykepleierne sier og det de gjør kan være helsefremmende for pasientene. Forskning viser at det er viktig å være bevisst på sine egne holdninger i utøvelsen av sykepleieryrket (Hummelvoll, 2012). Det å være oppmerksom på våre egne verdier og holdninger, både det ubevisste og det bevisste, legger føringer for våre handlinger, hevder Hummelvoll (2012). Travelbee (1999) sier at gjennom kommunikasjon, nonverbalt eller verbalt, formidler sykepleieren omsorg for den hun har ansvaret for. Det er gjennom kommunikasjon vi formidler omsorg, trygghet og viser respekt.

Jeg ser at det er mangelfullt i forskningen om sykepleierne i spesialisthelsetjenesten sine egne opplevelser av å utøve det helsefremmende arbeidet, om de møter utfordringer når utøver helsefremmende arbeid og om de opplever at det har en betydning for pasientene at de utøver helsefremmende arbeid. Hvis jeg setter sykepleierne i studien min sine erfaringer og opplevelser sammen, kombinert med teori, så kan jeg bidra med ny kunnskap og ny forståelse på området helsefremming i spesialisthelsetjenesten.

1.3 Forskningsspørsmål

Masteroppgavens overordnede tema er sykepleie i spesialisthelsetjenesten og helsefremmende arbeid.

Hovedproblemstillingen er: **Hvordan utøves og oppleves helsefremmende arbeid blant sykepleiere i spesialisthelsetjenesten?**

Hensikten med oppgaven er å frembringe ny kunnskap om helsefremming i spesialisthelsetjenesten sett fra sykepleiernes ståsted i spesialisthelsetjenesten. Ny kunnskap om sykepleierne har kjennskap til hva helsefremming er, hvordan de selv opplever å utøve helsefremmende arbeid og om sykepleierne opplever at det har betydning for pasientene at sykepleierne utøver helsefremmende arbeid, og i tilfelle hvilken betydning det eventuelt har.

Jeg vil legge til noen underproblemstillinger til hovedproblemstillingen min. Dette gjør jeg fordi det skal bli lettere å følge min prosess i denne oppgaven. Intervjuguiden ble laget på bakgrunn av disse underproblemstillingene.

I den første delen av problemstillingen, som er hvordan sykepleierne utøver sitt helsefremmende arbeid, vil jeg først gå inn å se på hva sykepleierne forstår med begrepet helsefremming. Dette gjør jeg fordi jeg vil se om det må ligge en begrepsforståelse til grunn for å utøve helsefremmende arbeid. Videre under denne delen vil jeg ta for meg hvordan sykepleierne mener de utøver helsefremmende arbeid og hvordan utøvelsen oppleves.

I andre del av hovedproblemstillingen min, som er hvordan det oppleves av sykepleierne å utøve helsefremmende arbeid, kommer jeg først til å se på om sykepleierne møter utfordringer i utøvelsen av det helsefremmende arbeidet og for det andre vil jeg se på hvordan sykepleierne opplever betydningen av det helsefremmende arbeidet de utøver.

De fire punktene med underproblemstillinger jeg tar med meg videre inn i oppgaven er:

- 1.Hva mener sykepleierne helsefremmende arbeid er?
- 2.Hvordan utøves og oppleves det av sykepleierne å utøve helsefremmende arbeid?
3. Hvilke eventuelle utfordringer møter sykepleierne eventuelt i utøvelsen av det helsefremmende arbeidet?
4. Opplever sykepleierne at det helsefremmende arbeidet som blir utøvd har noen betydning og eventuelt hvordan?

Under hvert av disse punktene løfter jeg frem begreper som informantene mente var viktige for hva helsefremmende arbeid er, for utøvelsen av helsefremmende arbeid og for virkningen av helsefremmende arbeid.

Jeg vil i disse punktene sette fokus på viktigheten av å ta vare på menneskene i sin helhet og sette fokus på helsefremmende arbeid kombinert med de tekniske oppgavene, som det er mye av, i spesialisthelsetjenesten. I samfunnet i dag forventes det at sykepleieren skal yte helsehjelp i tråd med helsefaglige normer og lovverk for forsvarlig behandling. De blir også stilt overfor ulike situasjoner som krever kompetanse og etiske overveielser, samtidig som det forventes at de skal handle effektivt, hurtig, variert og kontrollert (Haugen, 2014). For å handle effektivt og innenfor det moralske, må sykepleieren være bevisst sin adferd og sin deltagelse i møte med pasienten, samt være trygg på sin kompetanse (Haugen, 2014).

Hovedmålet med studien er å innhente kunnskap som kan belyse utøvelsen og viktigheten av helsefremmende arbeid i spesialisthelsetjenesten. Dette er en utforskende studie hvor jeg søker kunnskap om hvordan helsefremmende arbeid i spesialisthelsetjenesten oppleves og utøves sett fra sykepleierne sin side. Min oppfatning, som er basert på erfaring og tidligere forskning fra andre, er at sykepleierne i spesialisthelsetjenesten ikke i tilstrekkelig grad er bevisst betydningen av helsefremmende arbeid, og heller ikke alltid vet at de utøver helsefremmende arbeid. Dette påpekte også Casey Dympna (2006) i sin forskning på sykepleierne sin forståelse av helsefremmende arbeid. Hun fant følgende i studien: « (...) nurses struggled to describe their understanding of health promotion (...) » (Dympna, 2006).

I neste avsnittet kommer en forklaring på ord og begreper som jeg bruker i oppgaven min. Jeg har valgt å forklare disse begrepene for å klargjøre betydningen. Dette er gjort bevisst for å gjøre det lettere å lese oppgaven.

1.4 Avgrensninger og presiseringer

For å belyse problemstillingen har jeg valgt å intervju sykepleiere ved ulike avdelinger i spesialisthelsetjenesten. Denne oppgaven baserer seg på sykepleieres erfaringer. Det innebærer at det spesielt under drøftingene i analysekapittelet vil bli fremstilt en del tanker og følelser som kom tydelig frem under intervjuene. Følelser vil alltid være en del av det å være sykepleier og det er ifølge Benner og Wrubel (1989) riktig og viktig og anerkjenne disse. Benner og Wrubel sier at tanker og følelser er like viktige og at de påvirker hverandre gjensidig (Benner & Wrubel, 1989). Det vil derfor være følelser fra sykepleierne sine opplevelser med i empiri- og analysekapittelet slik de fremkom fra informantene.

Underveis i oppgaven vil jeg bruke begrepet sengepost og avdeling om hverandre. Jeg kommer til å bruke både ordet informantene og sykepleierne om de personene som har blitt

intervjuet i studien min. I stedet for ordet sykepleier vil jeg komme til å bruke ordet han, som kommer av subjektet, en sykepleier. Andre begrepsavklaringer er erfaringer og avdelinger.

Erfaringer er ifølge Store Norske Leksikon (2011) er erfaring en «fellesbetegnelse på den informasjon individet erverver gjennom sansning og handling» (Holmen, 2011). I oppgaven er mine egne erfaringer basert på det jeg har opplevd og ervervet gjennom det å være sykepleier, pasient og pårørende. Erfaringene er også det som sykepleierne i studien min har opplevd og ervervet gjennom utøvelsen av profesjonen sin.

Avdelinger er ifølge direktoratet for e- helse er kliniske avdelinger og organisatoriske enheter innenfor en helseinstitusjon der hvor det utføres utredning, behandling og/eller rehabilitering av pasienters helserelaterte problemer (Direktoratet for e- helse, 2016). I denne oppgaven er ordet klinisk avdeling brukt om de ulike avdelingene på et sykehus som sykepleierne jeg har intervjuet jobber på.

1.5 Oppgavens struktur

Det er gjort rede ovenfor om tema, tidligere forskning, forskningsspørsmål og avgrensninger og presiseringer.

I kapittel to presenterer jeg teori som er rammeverket rundt studien. Videre i kapittel tre er studiens metode beskrevet. Her kommer forskningsdesignet frem, samt en beskrivelse av metodologisk ståsted.

Kapittel fire, som er empiri kapittelet, tar for seg relevante funn i studien som presenteres og sammenfattes. Disse blir beskrevet nærmere i kapittel fem, som er analyse kapittelet, og funnene vil bli drøftet der. I kapittel fem er drøftingen delt opp i fire ulike hovedkategorier som er knyttet til mine underproblemstillinger som jeg la frem i kapittel en under forskningsspørsmål. Under hver hovedkategori kommer det underkategorier som hver representerer funn som blir beskrevet og drøftet. Disse hovedfunnene blir sammenfattet i kapittel seks. Kapittel syv er avslutningen på oppgaven hvor jeg oppsummerer og sammenfatter funnene, samt at jeg anbefaler hva videre forskning innenfor helsefremming i spesialisthelsetjenesten bør fokusere på.

Jeg har satt informantenes direkte sitat i kursiv igjennom hele oppgaven slik at de kommer tydelig frem.

2 Teori

I denne delen av oppgaven skal jeg vise hvilket teoretisk rammeverk jeg har benyttet for å svare på min problemstilling om **hvordan utøves og oppleves helsefremmende arbeid blant sykepleiere i spesialisthelsetjenesten**. Jeg skal først kort presentere det teoretiske rammeverket jeg skal bruke før jeg utdyper de ulike teoriene som kan belyse de funnen jeg gjorde i studien min.

I oppgaven benytter jeg teorier om helse, hvor jeg bruker blant annet professor Per Fugelli sin teori om helse. Her presenteres også andre teoretikere for å gi et bredere teoretisk rammeverk på helse. Etter dette kommer teori om helsefremming og teori om empowerment, hvor blant annet arbeidet til Gammersvik og Larsen (2012) blir mye brukt. Deretter kommer teori om kommunikasjon, hvor det er hovedsakelig Eide og Eide (2007) sin teori som blir anvendt. Så presenterer jeg Antonovsky (1923-1994) sin teori om opplevelse av sammenheng, som på engelsk heter «sense of coherence». Dette forkortet kalles OAS i litteraturen. Til sist presenterer jeg Benner og Wrubel (1989) sin omsorgsteori.

Disse teoriene danner rammeverket for å drøfte og besvare min problemstilling. Jeg bruker også teoretikere som jeg har brukt under 1.0 for å støtte opp rundt empirien og drøftingen min. Dette er blant annet Gammersvik og Alsvåg (2009), Haugan og Rannestad (2016) og Mæland (2016) som har forsket og skrevet mye om helsefremming. De er alle opptatte av at kunnskap og bevissthet om helsefremming i sykepleie løftes tydeligere frem og ses både i et teoretisk og i et praktisk lys.

2.1 Teoretisk rammeverk

2.1.1 Helse

Helse har til alle tider vært en essensiell verdi for mennesket. Begrepet helse begynte sin utvikling allerede hos den greske filosofen Platon (427-347 f.kr). Han vurderte at god helse var et naturlig og moralsk ideal og at dette idealet burde alle mennesker forsøke å tilstrebe seg. Han sa allerede da at for å oppnå god helse måtte et menneskes ulike deler være i balanse med hverandre. Dette synet ble videreført av Hippokrates (460-377 f.kr) som blir betegnet som leggekunstens far. Ifølge han var helse en likevektstilstand hvor alle kroppens organer

fungerte i harmonisk fullkommenhet og skulle være tilpasset hverandre og omverden (Kristoffersen, 2011). Disse tankene ble videreutviklet og på 1400-tallet ble uttrykket menneskeverd brukt for første gang av renesansehumanisten Mirandola (Mirandola, 2013). Videre kom 1700-tallets opplysningsfilosofer på banen som understreket menneskets rett i samfunnet og tanker om rettferdig behandling (filosofi.no). Mange bruker i dag ordet helse uten å legge så mye betydning i det. Samtidig sier Mæland (2016) at hvis vi skulle gi en tydelig definisjon i dag på hva helse er, kan det være vanskelig siden det finnes så mange ulike definisjoner (Mæland, 2016). Gjennom Verdens Helseorganisasjon (WHO), som ble opprettet i 1948, kom helse på banen som et globalt begrep. Ut fra deres arbeid ble definisjonen på helse følgende: «Helse er definert som en tilstand av fullstendig fysisk, psykisk og sosialt velvære og ikke bare fravær av sykdom eller lidelser» (Helse-og omsorgsdepartementet, 2014).

Denne definisjonen har fått mye kritikk. Den har fått kritikk for å være noe utopisk og som en idealbeskrivelse (Mæland, 2016). Årsaken til kritikken er at denne definisjon sier at man har helse kun hvis man har fullstendig psykisk, fysisk og sosialt velvære. Ut fra denne definisjonen er det nesten ingen som har en god helse. I 1987 tilføyde Verdens Helseorganisasjon «åndelig velvære» inn i denne definisjonen, men fremdeles er denne definisjonen på helse nesten uoppnåelig (Haugan & Rannestad, 2016). Som et motstykke til denne definisjonen er det mange teoretikere som har utformet universelle helsedefinisjoner, og mange har meldt seg på dagsordenen i debatten om helse.

En av de som har satt preg på debatten om helse, er lege og professor i sosialmedisin Per Fugelli. Han er opptatt av at god helse avhenger av fellesskap med andre mennesker (Fugelli, 2014). Han mener at helse handler om mer enn det perfekte liv som fremkommer i definisjonen på helse som WHO utarbeidet. Han mener at det handler om en helhet. Mennesket er ikke bare en biologisk, men også en eksistensiell, sosial skapning. Fugelli har ut fra dette laget ligningen $H=f+k+s$. Her står H for helse, f står for flokk, k står for kropp og s står for sjel. Det han mener er, for at menneskene skal ha god helse, må man ha en tilhørighet noe sted, venner og familie. Man trenger en kropp som fungerer og sjelen må være tilfreds. Den må ha ro. Fugelli mener også at for å få en god definisjon på hva helse er, må man spørre folket. Man må spørre menneskene om deres meninger og forestillinger om helse. Uten at folket definerer hva helse er, kan man ikke oppnå god helse i samfunnet. Derfor gjennomførte Fugelli og Ingstad (2009) en kvalitativ undersøkelse over tre år hvor de spurte mennesker

rundt i Norge om hva som er viktig for at de skal ha god helse. Studien viste at forhold som mange pekte på som viktige, med tanke på hva som skaper god helse, var trivsel, funksjon, natur, humør, mestring og overskudd/energi. Ut fra disse funnene argumenterer Fugelli at det folkelige perspektivet på helse har tre kjennetegn (Fugelli & Ingstad, 2009):

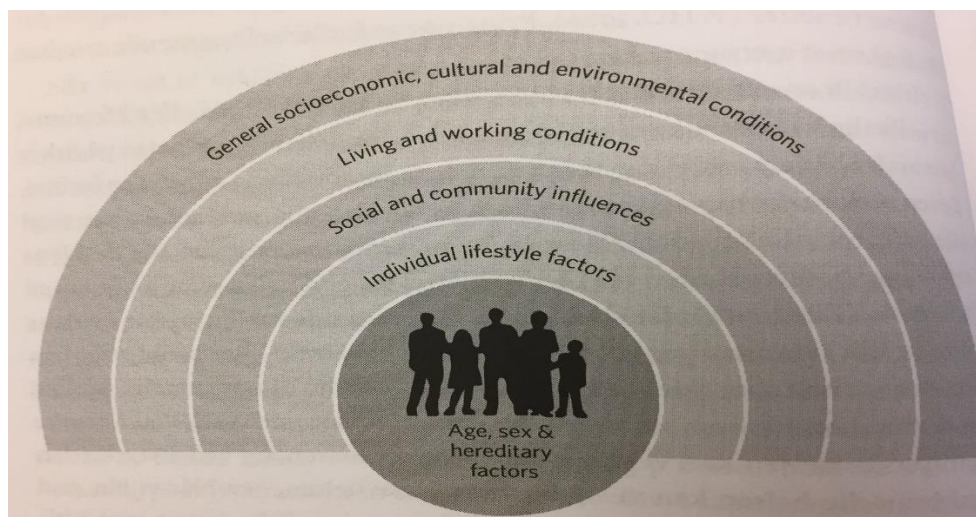
Helhet - helse er et holistisk fenomen, det er vevd inn i alle sider av livet og samfunnet.

Pragmatisme - helse er et relativt fenomen. Det erfares og avgjøres ut fra hva menneskene selv finner det rimelig å forvente.

Individualisme - helse er et personlig fenomen. Menneskene er ulike, derfor må helsen som mål bli forskjellig fra individ til individ (Fugelli & Ingstad, 2009).

Disse funnene samsvarer med lege Peter Hjort (1993) sin definisjon på helse, som sier at: «Helse er overskudd i forhold til hverdagens krav» (Hjort, 1993, s. 40). Denne definisjonen gjør at helse forstås som en ressurs til å takle de påkjenningene man utsettes for gjennom livet og som gjør oss i stand til å takle dem. Man kan altså ha en helse uten å være frisk eller uten å ha fravær av sykdom. Dette er en mer positiv definisjon og står i kontrast til definisjonen av helse til WHO (Mæland, 2016).

Mæland (2016) sier vi skiller mellom tre ulike oppfatninger av helse. Disse tre er: helse som fravær av sykdom, helse som ressurs og helse som velbefinnende. Det som er felles for disse tre oppfatningene av helse, er at de alle kan finnes igjen i forebygging som fagfelt (Mæland, 2016). Helse er altså ikke et nøytralt ord. Hvordan vi oppfatter helse vil variere etter hvordan vi forstår helse, forstår livet, våre verdier og våre kulturelle og sosiale forhold. Helse påvirkes av et utall av faktorer. Dette viser Whitehead og Dahlgren (1991) i sin modell om hva som påvirker helse. Modellen viser at i sentrum av modellen finner vi enkeltmennesket, samt dets alder, kjønn og genetiske og fysiske sammensetning. Disse spiller inn på helsen, men er ikke mulig å påvirke. Utenfor den innerste sirkelen med disse faktorer finner vi fire sirkler med ulike faktorer som er med på å påvirke helsen hos enkeltmennesket.



Figur 1. Faktorer som påvirker helse (Modell av Whitehead & Dahlgren, 1991 i Haugan og Rannestad, 2016).

Det har i lang tid vært en oppfattelse av at helse er tanken om det normale og det optimale. I den senere tid har begrepet helse blitt mer erstattet av begrepet livskvalitet. Dette begrepet har like mange ulike betydninger som begrepet helse. Mens begrepet helse i stor grad har fått et biomedisinsk innhold, har begrepet livskvalitet mer sosiale og psykologiske aspekter ved seg (Mæland, 2016).

Når vi ser på helse som et helhetlig perspektiv er det fordi vi ser på mennesket som en helhet. Man ser på mennesket som en helhet med sine fysiske, psykiske, sosiale og eksistensielle sider, som samhandler med andre mennesker i samfunnet. Vi påvirkes av andre mennesker og vi påvirker andre mennesker (Haugan & Rannestad, 2016). Når vi ser på mennesket som en helhet, må vi også se på helse som en helhet. Hvis vi ifølge Haugan og Rannestad (2016) bruker en slik helsedefinisjon inn i spesialisthelsetjenesten, vil det si at man ikke bare skal behandle sykdom, men man skal også hjelpe mennesker til helse på de andre områdene som påvirker helsen. Man kan også se på helse som en utviklingslinje mellom «uhelse» og «optimal» helse, der det å kunne mestre de påkjenningene som livet gir, medfører bedre helse (Antonovsky 1997, Benner & Wrubel 2014). Helse blir da vurdert som en ressurs. Dette er i samsvar med det Fugelli og Ingstad (2009) ser på som helse.

Ut i fra dette må sykepleierne i spesialisthelsetjenesten ha to tanker i hodet samtidig. Disse to fokusene er å fjerne sykdom og å fremme helse. De må også ha ulike strategier for handling i utøvelsen av disse to fokusene.

2.1.2 Helsefremming

Helsefremmende arbeid bygger på salutogenese som fokuserer på de faktorene som kan styrke de ressursene man har for å få god helse. Dette er i motsetning til sykdomsforebygging som tar utgangspunkt i biomedisinsk kunnskap om sykdom og risikofaktorer. En samlet betegnelse på det er patogenese (Haugan & Rannestad, 2016).

Helsefremmende arbeid tar altså utgangspunkt i salutogenese som er læren om hva som gir god helse. Salutogenese er teori som tar for seg fysisk og psykisk helse. Denne teorien fokuserer på hva som fremmer god helse og hva som gir hvert enkelt individ økt mestring og velvære. I dette perspektivet blir helse en ressurs som kan bygges opp eller brytes ned gjennom livsløpet (Mæland, 2016). Salutogenese ble utviklet som en motsatsteori til patologien. Patologien vektlegger årsaker til sykdom, mens salutogenesen vektlegger hva som fremmer helse (Lønne, 2016). Innenfor den salutogene forståelsen er det den sentrale helsen og holdningen til livet; holdninger til å takle stress og uventede forhold, som står i fokus. Aron Antonovsky (2012) kaller denne holdningen for «sense of coherence». Han hevdet at en viktig salutogen faktor er evnen til å oppleve verden som rimelig forutsigbar og sammenhengende (Antonovsky 2012). Denne teorien blir omtalt nærmere i 2.1.5 og blir videre i oppgaven omtalt som OAS, som betyr opplevelse av sammenheng.

Det helsefremmende arbeidet krever at man har andre ferdigheter og andre tilnæringsmåter enn det sykdomsforebyggende. I et helsefremmende arbeid må en tenke helhetlig (Haugan & Rannestad, 2016). Det helsefremmende arbeidet bygger på en sosial modell for helse og helsepåvirkning. Helse ses ikke på i hovedsak som et mål i seg selv, men heller som et hjelpemiddel for å oppnå andre mål i livet som man ønsker seg (Mæland 2016).

Helsefremmende arbeid har blitt definert som «prosessen som setter den enkelte så vel som fellesskapet i stand til økt kontroll over forhold som virker inn på helsen, derigjennom å bedre sin egen helse» (Mæland, 2016, s. 17). Denne definisjonen ble utarbeidet på den første internasjonale konferansen om helsefremmende arbeid i Ottawa, Canada i 1986. Dette ble kalt Ottawa - charteret. Denne fungerer fortsatt som en «grunnpilar» for det helsefremmende arbeidet.

Når sykepleierne i spesialisthelsetjenesten skal ta i bruk begrepet helse og setter det sammen med begrepet empowerment, får de helsefremming som et resultat. Helsefremmende arbeid er tiltak som tar sikte på å bedre livskvalitet, trivsel og mulighet for å mestre de utfordringer og

belastninger man utsettes for. Helsefremmende tiltak skal også redusere sannsynligheten for utvikling av risikofaktorer for sykdom (Gammersvik & Larsen, 2012).

Helsefremmende arbeid berører mange grenseoppganger til ulike områder, og innebærer alt det hvert enkelt menneske trenger for å ha det bra, det de trenger å få hjelp til og det de trenger for å mestre en situasjon. Internasjonalt står begrepet helsefremmende arbeid (health promotion) for tiltak som setter befolkningen i stand til i økende grad å kontrollere og forbedre helsetilstanden (Gammersvik & Larsen, 2012).

Politisk er helsefremmende arbeid satt på dagsorden, og her i Norge er det som tidligere nevnt spesielt gjennom stortingsmelding nr 47 (2008-2009), som er samhandlingsreformen, at helsefremming i spesialisthelsetjenesten har blitt satt fokus på. Internasjonalt kom helsefremming frem gjennom Alma - Ata deklarasjonen som videre forsterket de primærhelsetjenestetilnærmingene som WHO innførte i 1978. Deklarasjonen ble videreutviklet tidlig i 1980- årene under ordet: «Helse for alle i år 2000», hvor det ble slått fast at for å fremme god helse var det ikke bare innsats fra helsetjenesten, slik Alma -Ata deklarasjonen først sa, men også andre sektorer spiller en stor rolle i helsefremming. Videre ble denne tanken styrket ved flere konferanser, blant annet i Ottawa i 1986. Ottawa - charteret ble vedtatt på WHO konferansen i 1986. Det er et manifest for politisk handling som er basert på at helse defineres ulikt ut fra miljøet vi lever i og at de samfunnsmessige forutsetningene er ulike (Gammersvik & Larsen, 2012).

På denne konferansen kom WHO sin definisjon på helsefremming. Denne vektla menneskets ansvar for seg selv, som kunne styrkes ved bruk av medbestemmelse, empowerment og brukermedvirkning. Denne definisjonen til WHO sa følgende: «Health promotion is the process of enabling individuals' communities to increase control over the determinants of health and thereby improve their health» (WHO, 1986 i Haugan & Rannestad 2016, s. 30). Ifølge Haugan og Rannestad (2016) passer denne definisjonen godt til sykepleiernes nye rolle som nå er endret fra «å gjøre for» til «å gjøre sammen med» pasienten (Haugan & Rannestad, 2016).

Helsefremmende sykehus (Health Promotion Hospitals-HPH) har fått betegnelsen sin fra Ottawa - charteret fra 1986. Ideen bak HPH bevegelsen var at sykehusene burde utvikle seg i en helsefremmende retning (Haugan & Rannestad, 2016). Dette innebærer å videreutvikle

medisin og sykepleie. Dette blir til dels et brudd i en tradisjonell modell hvor man alltid har tenkt forebygging og behandling av sykdom og hvor hovedfokuset har vært på symptomer. I Budapesterklæringen om helsefremmende sykehus i 1991 ble erklæringen oppsummert slik:

Et helsefremmende sykehus yter ikke bare omfattende medisinsk behandling og sykepleie av høy kvalitet, men utvikler også en helsefremmende identitet, organisasjonsstruktur og - kultur som inkluderer aktiv deltagelse for pasienter og ansatte, (...) og samarbeider aktivt med sitt lokalsamfunn (WHO 1998, s. 11 i Haugan og Rannestad 2016, s. 258).

Her peker det helsefremmende ikke bare på direkte pasientarbeid, men også på de ansatte som jobber innenfor sykehuset. WHO sier her at hvis sykepleierne skulle kunne gi helsefremmende arbeid må de oppholde seg og jobbe i helsefremmende miljø. Det helsefremmende arbeidet med pårørende ble ikke satt i fokus her, men ble tydeligere fremhevet i Wienerdeklarasjonen for helsefremmende sykehus i 1997. Denne tar for seg tre målgrupper. Den første er pasient og pårørende, den andre er ansatte og den tredje er lokalmiljø (Haugan & Rannestad, 2016).

I sykepleieryrket har helsefremming lenge vært en sentral sykepleierfunksjon gjennom International Council Of Nurses (ICN) etiske retningslinjer (2011). Der står det at «Sykepleieren har ansvar for en sykepleiepraksis som fremmer helse og forebygger sykdom». Folkehelsearbeidet i Norge bygger på Ottawa - charteret (1986) og er basert på empowermentstrategi. Pasientens stemme skal tas på alvor og man skal utøve helsefremmende sykepleie ut fra pasientens individuelle behov (Haugan & Rannestad, 2016). Ifølge Fugelli (2010) kan en ikke basere seg på en rutinepreget tilnærming til alle, siden helse som begrep er ulikt fra person til person. Derimot kan man legge til rette for at pasienten kan utvikle og gjøre mest ut av sin egen helse gjennom ulike prosesser. I disse prosessene er anerkjennende holdninger fra helsepersonell og anerkjennelse av at pasientene har medbestemmelse i prosessen viktig (Fugelli 2010, referert i Gammersvik og Larsen, 2012). Denne medbestemmelsen kalles empowerment.

2.1.3 Empowerment

Sentralt i den helsefremmende tenkningen står begrepet empowerment. Man kommer ikke bort fra begrepet empowerment når man snakker om helse. Begrepet empowerment ble også i tillegg til helsefremming lansert i Ottawa - charteret i 1986. Å finne et norsk begrep for ordet

empowerment har vist seg å være vanskelig. Derfor er det engelske ordet empowerment blitt en del av det norske språket. Begrepet empowerment står sentralt i tilnærmingen til det helsefremmende arbeid og kan både være en prosess og et utfall (Gammersvik & Larsen, 2012). Ifølge Tveiten (2007) handler empowerment i veiledning om å få frem og styrke individets iboende ressurser for å ta kontroll over sitt liv. Det krever at autonomi og medbestemmelse får en sentral plass. Sentralt her er at pasientene må få makt og kontroll over sin egen helse (Mæland, 2016).

Empowerment dreier seg om den enkeltes mulighet til å ha aktiv innflytelse over sin situasjon. I Verdens Helseorganisasjon (WHO) heter det « (...) empowerment is a process through which people gain greater control over decisions (...)» (WHO 1998, s. 6).

Empowerment handler altså som tidligere nevnt om å ha eller ta mest mulig kontroll over det som påvirker egen helse. Sykepleiere skal være pasientenes samarbeidspartnere i denne prosessen (Gammersvik og Larsen 2012). Empowerment kan defineres som: «(...) en prosess der makt har blitt utviklet med det formålet å gi individer eller grupper av mennesker økte ressurser, styrke deres selvbilde og gjenbygge evnen til å kunne handle på egne vegne i sin hverdag» (Midtsundstad og Øyen, 2006 referert i Gammersvik & Larsen 2012, s. 41).

Empowerment innebærer altså maktomfordeling og foregår i samspillet i relasjonen mellom sykepleieren og pasienten. I helsefremmende arbeid dreier det seg om å gi pasienten plass, innflytelse og medvirkning i relasjonen og om at pasientene må få en større kontroll over seg selv og sine valg (Haugan & Rannestad, 2016).

Dette innebærer at sykepleierne må få mer kunnskap om forhold som påvirker helsen, slik at de kan påvirke beslutninger som har betydning for pasientenes helse. De skal også kunne delta mer aktivt for å kunne arbeide for et sunnere samfunn (Mæland, 2016). Videre i empowermentprosessen vektlegges det også at sykepleierne har kunnskap om både sykdom og helse for å støtte pasientens mestring og evne til å ta ansvar for egen helse (Haugan & Rannestad, 2016). Sykepleierne må i denne empowermentprosessen huske på at prosessen for å oppnå god helse er like viktig som resultatet (Mæland, 2016).

Det å føle at en har kontroll over sitt eget liv, er sentralt for menneskenes mestringsevne og selvbilde. Man må huske på at de menneskene som er i denne interaksjonen hvor empowerment er tilstede, er ikke målgrupper, men at de er aktive samarbeidspartnere (Mæland, 2016). Det som er viktig her er at sykepleierne gir fra seg makt og styring. Tanken

bak empowerment er også at når pasientene blir tatt med på beslutninger, skapes selvforsterkende sosiale prosesser. Dette gjør en i stand til å bedre takle de hendelsene som skulle komme. Pasientene tar kontroll over sin helse og egne mestringsevner (Mæland, 2016). For at pasientene skal være i stand til å ta større kontroll over sin egen helse, og at de sykepleierne skal kunne være pasientenes samarbeidspartnere, trengs det en dialog mellom partene, en kommunikasjon må være tilstede. Ifølge Freire (1999) er bevisstgjøring av sin egen situasjon viktig for å kunne ta styring i sitt eget liv. Den viktigste metoden ifølge han var gjennom dialog (Freire, 1999), noe som bringer meg over på neste begrep som er kommunikasjon.

2.1.4 Kommunikasjon

Begrepet kommunikasjon kommer av det latinske ordet *comunicare* som betyr å gjøre noe felles, delaktiggjøre en annen i, eller ha forbindelse med noen (Eide og Eide 2007). I dagligspråket brukes begrepet om en rekke ulike fenomener. Det dreier seg om alt fra personlige samtaler med en eller flere personer til chatting på internett. Det kan også være en massekommunikasjon gjennom globale satellittnettverk (Eide & Eide, 2007), som for eksempel facebook. Som en ser brukes begrepet om langt flere tilstander i dag enn tidligere. I dag har massemedia og nettbruk blitt en del av denne definisjonen. Uavhengig av hvilken plattform denne kommunikasjonen befinner seg på, så står en alltid i forbindelse med noen. Vi har en relasjon med en annen part. Kommunikasjon handler om å anerkjenne den andre, være åpen, lyttende og direkte. Enkelt forklart kan kommunikasjon defineres som utveksling av meningsfylte tegn mellom to eller flere parter (Eide & Eide, 2007).

Hjelpende kommunikasjon er noe mer enn en dagligdags kommunikasjon og er vanskeligere å utøve i forhold til den dagligdagse kommunikasjonen. Evnen til å kommunisere godt som profesjonell sykepleier er noe som kan læres (Eide & Eide, 2007). Det som er hovedelementene i en profesjonell kommunikasjon er at den er faglig forankret og at den hjelper pasienten. En hjelpende kommunikasjon er åpen og den bærer preg av at den er noe ubestemt og uforutsigbar. For at pasientene skal føle at en slik åpen og uforutsigbar kommunikasjon kan føre til noe bra, må det ligge en forutsetning for nærhet og kontakt. Dette kan føre til en god relasjon som igjen kan føre til muligheten til å gi hjelp og støtte (Eide & Eide, 2007). Hjelpende kommunikasjon er kompleks og utfordrende, men som tidligere nevnt så kan den læres, hovedsakelig gjennom erfaring og trening gjennom veiledning (Eide & Eide, 2007).

Profesjonell hjelpende kommunikasjon har et helsefaglig formål. Ulike helsepersonell kan ha ulike arbeidsoppgaver, men de har i all hovedsak samme mål. Disse målene er skrevet i den internasjonale kodeks for sykepleiere. Der står det at målet er å fremme helse, forebygge sykdom, gjenopprette helse og lindre lidelse (Eide & Eide, 2007). Som helsepersonell står du alltid i en rekke ulike relasjoner. I alle relasjoner reises det ulike etiske spørsmål og problemer. God kommunikasjon kan bidra til å løse disse etiske problemene som kan oppstå. Det sykepleierne også må huske på i en slik relasjonskommunikasjon er at manglende etisk refleksjon kan føre til at man ikke utøver god profesjonell og hjelpende kommunikasjon (Eide & Eide, 2007).

Når man står i disse relasjonene med hjelpende kommunikasjon, må en ta hensyn til at det kan finnes ulike hindringer for at det skal bli en god kommunikasjon. Det må tas hensyn til for eksempel hørsel, alder og kognitive evner og forutsetninger for å motta informasjon. Derfor må kommunikasjonen være tydelig og klar, samtidig som sykepleieren må være observant overfor pasientenes non verbale kommunikasjon (Kringelen & Finset, 2006).

Nonverbal kommunikasjon er den kommunikasjonen som skjer i relasjonene hvor partene ikke bruker ord, men kroppsspråk. Det kan være ansiktsuttrykk, kroppsholdning, blikk, nærhet og hvordan du står og går (Kringelen & Finset, 2006). Dette er kommunikasjon som sykepleieren må fange opp, men det er også noe som pasientene fanger opp fra sykepleierens side i en kommunikasjonsrelasjon. Vårt kroppsspråk er like viktig å kommunisere med som vårt verbale språk.

2.1.5 Teori om opplevelse av sammenheng

Aron Antonovsky (1923-1994) var en israelsk - amerikansk professor i medisinsk sosiologi. Han er mest kjent for sin teori om forholdet mellom stress, helse og velvære. Han mente det var et skarpt skille mellom syk og frisk, og utviklet derfor teorien om salutogenese som er det motsatte av begrepet patologi (Lønne, 2015). Patologi er læren om sykdommer og sykdomstilstander (Myhre, 1994). Har man en patologisk tilnærming forsøker man å forklare hvorfor folk blir syke. Den forsøker også å forklare hvorfor menneskene havner i en gitt sykdomskategori. Denne tenkningen kalles, som tidligere nevnt, patogenese (Antonovsky A. , 2012). Salutogenese er motsatsen til patogenese og fokuserer på hva som skaper grobunn for helse. En salutogen tilnærming stiller et helt annet spørsmål enn en patologisk tilnærming. Den spør hvorfor noen befinner seg i den positive enden av kontinuumet mellom helse og

uhelse. Den salutogene tilnærmingen kan også stille spørsmålet om hvorfor noen mennesker beveger seg i den positive retningen uavhengig av hvilken plassering de måtte ha til enhver tid på linjen mellom helse og uhelse (Antonovsky, 2012).

Det som er sentralt i Antonovsky (2012) sin teori om salutogenese er tanken om at man hele tiden beveger seg mellom en tilstand av helse og uhelse. Han mener at stressfaktorer som er direkte ødeleggende for organismen gjør at noen mennesker alltid beveger seg mot den enden av det han kaller uhelse. Svaret på det salutogene spørsmålet han laget seg for å komme til dette ble begrepet opplevelse av sammenheng (OAS). Antonovsky sin teori sier at man til tross for store påkjenninger kan tåle tilværelsen dersom man har noen «motstandsressurser». Disse motstandsressursene har Antonovsky identifisert og klassifisert under dette begrepet «opplevelse av sammenheng». Der deler han begrepet inn i de tre ulike komponentene begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet (Antonovsky, 2012 s. 40):

«Begripelighet» innebærer at både de ytre og de indre stimuliene man utsettes for oppfattes som kognitivt forståelig, ordnet, strukturert, sammenhengende og tydelige. Dette er i motsetning til det å møte noe som er tilfeldig, uforklarlig, kaotisk og i uorden (Antonovsky, 2012).

«Håndterbarhet» definerer Antonovsky som det å oppleve at man har tilstrekkelige ressurser å bruke til det man utsettes for. Har man det som skal til for å takle de kravene som det man blir utsatt for stiller, føles det ikke som om man er et offer for omstendighetene (Antonovsky, 2012).

«Meningsfullhet» innebærer at en har en motivasjon og en opplevelse av at en handling eller en opplevelse gir mening, at en er deltagende i de prosesser som skjer, og at de prosesser som skjedde ga mening i både følelsesmessig og i kognitiv forstand (Antonovsky, 2012).

Opplevelse av sammenheng (OAS) kan ifølge Antonovsky (2012) omdefineres slik:

Opplevelsen av sammenheng er en global innstilling som uttrykker i hvilken grad man har en gjennomgående, varig, men også dynamisk følelse av tillit til at stimuli som kommer fra et indre og ytre miljø, er strukturerte, forutsigbare og forståelige, man har ressurser nok til å kunne takle kravene som disse stimuliene stiller, og disse kravene er utfordringer som det er verdt å engasjere seg i (Antonovsky A. , 2012, s. 41).

Antonovsky påpeker at ikke hele tilværelsen behøver å gi mening i betydningen for å ha en opplevelse av sammenheng, men at hvert enkelt menneske setter noen personlige linjer for hva som er viktige for dem. Det som skjer innenfor disse linjene er det som er veldig viktig for dem, og det som skjer utenfor betyr ikke særlig mye.

Sammenhengen mellom disse tre komponentene er at de er uløselig knyttet til hverandre. For eksempel hvis du får en sterk uttelling på komponenten mestring, men får lav uttelling på håndterbarhet og meningsfullhet, har dette igjen påvirkning for hvilke ressurser du setter inn for å mestre den situasjonen du befinner deg i. God mestring avhenger av OAS samlet sett (Antonovsky, 2012).

2.1.6 Teori om omsorg

Patricia Benner (1942-) er professor i sykepleie ved The University of California. Hun er en kjent forsker og har sitt hovedfelt i kliniske ferdigheter, helse, stress og mestring. Hun har gitt ut en rekke bøker, men er mest kjent for sine bøker «From Novice to Expert» (1984) og «The Primacy Of Caring» (1989). Den siste skrev hun sammen med Judith Wrubel.

Judith Wrubel (1941-2005) var sykepleier og klinisk professor ved samme universitet som Benner. Hun har i likhet med Benner forsket mye på stress og mestring (Konsmo, 1995).

Benner og Wrubel sin teori om omsorg presenterer en tenkemåte (Konsmo, 1995). De presiserer at det er ingen oppskrifter på utførelse og handling i det de skriver. En sentral ide innenfor deres fenomenologiske grunnlagstenkning er at det er umulig å gjøre studier på mennesker som ikke sier noe om hvordan konteksten påvirker menneskene. De mener at sykepleierne må forstå den enkeltes situasjon for å kunne handle riktig (Benner & Wrubel, 2014).

Pasienter som klager på dårlig behandling poengterer ofte at det er mangel på omsorg. Et omsorgsfullt forhold til pasientene skaper den tilliten som skal til for at de føler at de får hjelp og omsorg. Ut i fra dette mener Benner og Wrubel at sykepleievitenskapen må bygge på omsorgsetikk og ansvarlighet for våre medmennesker (Konsmo, 1995).

Benner og Wrubel sin omsorgsteori legger hovedfokuset på at omsorg er grunnleggende både i menneskers liv og i sykepleie og at den er grunnleggende for menneskets eksistens (Benner og Wrubel 2014). De mener at det vi bryr oss om er det som definerer oss som menneske. De

sier videre at sykepleiere verken kan lindre eller helbrede pasientenes plager hvis de ikke bryr seg om pasientene og involverer seg i forhold til dem (Konsmo, 1995).

I denne teorien betyr omsorg at mennesker, begivenheter, prosjekter og ting betyr noe for mennesket. Omsorg vil si å ha ting som betyr noe, fordi det forener tanker, følelser og handling – viten og væren. Det å bry seg om noe gir også opphav til risiko, stress og sårbarhet. Omsorg hjelper mennesket til meningsfulle måter å mestre en vanskelig situasjon på. Benner og Wrubel bygger sin forståelse om stress på Lazarus (1985). De mener at stress og sårbarhet oppstår når et menneske opplever at det som er av betydning står i fare for å bli tatt fra dem. Mestring er det vi tar i bruk når disse betydningsfulle delene av livet vårt står i fare. Det er hvordan vi håndterer dette stresset som er mestring og de opplevelsene vi står igjen med etterpå. Benner og Wrubel mener at det ikke er noen oppskrift på hvordan man mestrer stress, men sier at menneskene mestrer det på ulike måter. Det er når disse mestringsprosessene bryter sammen at vi kan oppleve mer stress og bli syke (Konsmo, 1995).

Forhold, ting og hendelser vil ikke oppfattes som stressende om de ikke betyr noe for oss fordi det er omsorgen som setter opp forhold for hva som skaper bekymringer hos oss. Ved å ha omsorg for noe eller noen setter man seg selv i fare, og man gjør seg selv sårbar (Benner og Wrubel, 1989). Det å bry seg om noe utenfor en selv, binder en til dette og gjør en i stand til å verdsette det og handle utfra det. Omsorg er fundamental i den forstand at det å bry seg om skaper muligheter for å motta hjelp, og til å yte hjelp (Benner & Wrubel, 2014).

Benner og Wrubel mener at det som kjennetegner ekspertsykepleiere er at de har en makt. En makt til å styrke pasientene, makt til å omforme pasientene sin opplevelse av situasjonen, makt til å lære pasientene å leve med sine begrensede ressurser og makt til å helbrede. De har ikke makt til å tvinge, dominere eller kontrollere pasientene (Konsmo, 1995, s. 189).

Omsorgsbegrepet til Benner og Wrubel (2014) omfatter også helse og hva som fremmer helse. De sier at å fremme helse er en større oppgave enn det å forebygge sykdom. Årsaken til dette er at det å fremme helse ikke bare omfatter individets helse, men også hvordan familien, samfunnet og miljøet påvirker helsen hos hvert enkelt menneske (Konsmo, 1995). Det finnes ulike syn på hva helse er, men Benner og Wrubel mener på lik linje med Antonovsky at helse er en følelse av sammenheng som er knyttet til at man føler seg trygg på at ens indre og ytre omgivelser er beregnelige (Konsmo, 1995).

Videre mener de at et fenomenologisk syn på helse må omhandle så vel hva man er, som hva man kan bli. For å tenke slik må man ifølge Benner og Wrubel ikke skille kropp, sjel og tanker, og man må se på de mulighetene som ligger i den situasjonen en befinner seg i (Konsmo, 1995). Benner og Wrubel (1989) bruker ordet velvære istedenfor helse. Deres definisjon på helse er: «Velvære defineres som følelse av sammenheng mellom ens muligheter og ens nåværende praksis og det man opplever som meningsfullt i livet, og baseres på omsorg og det å føle at noen bryr seg om en» (Benner & Wrubel, 1989, s. 160). Selv om omsorgen står sentralt i denne definisjonen, poengterer de at vitenskapen, teknologien og praktiske ferdigheter er nødvendige verktøy for sykepleien, men at på toppen av dette må man ikke glemme det grunnleggende i mennesket, nemlig omsorgen (Benner & Wrubel, 2014).

I boken «The Primacy of Caring» (1989) videreutvikler Benner og Wrubel den teorien som ble beskrevet i Benners (1942-) bok «From Novice to Expert» (1984). Den teorien som ble grunnlagt i Benner sin bok er viktig å få med seg inn i denne oppgaven. Denne teorien bygger Benner (1984) på Dreyfus og Dreyfus (1979) sin forskning hvor de etter denne forskningen fant fem nivåer av praktisk kompetanse fra man er nybegynner til man er ekspert. Denne forskningen ble ikke gjort på sykepleiere, så Benner (1984) har overført Dreyfus brødrene sine nivåer til kliniske sykepleiere. De fem ulike trinnene til Benner (1984) er: nybegynner, avansert begyner, kompetent utøver, kyndig utøver og ekspert. Benner (1984) beskriver de fem ulike trinnene som følger:

Hos nybegynnere er atferden veldig begrenset og ufleksibel og regler er grunnlaget for handlingen. En nybegynner må konsentrere seg mye i utøvelsen av faget og er i liten grad i stand til å snakke eller til å lytte under utøvelsen. Reglene gjør at sykepleierne får erfaring, men må legges til side for å gå videre til neste nivå.

Neste nivå er avansert begyner og sykepleieren gjenkjenner en del relevante likheter fra lignende situasjoner. Denne gjenkjennelsen er konkret og er avhengig av at situasjonen er lik. Denne gjenkjennelsen blir tilført de reglene fra nybegynner trinnet. Sykepleierne trenger her hjelp til å se hva som må vektlegges eller prioriteres i situasjonen.

Neste trinnet er kompetent utøver. Sykepleieren er i stand til å sette opp en langsiktig og bevisst plan i hva som er viktig prioritering i utøvelsen av faget. Planen er laget på grunnlag av en analytisk og abstrakt overveielse av problemet. Sykepleieren utøver handlingen med

hele sin person, men mangler den kyndiges tempo og fleksibilitet. Sykepleieren har en følelse av å mestre de daglige utfordringene. Det tar to til tre år før sykepleieren er kyndig utøver av faget sitt.

Som kyndig utøver opplever sykepleieren situasjonene som oppstår som en helhet istedenfor som oppdelt i enkeltstående elementer. Sykepleierne ser disse situasjonene i et langsiktig perspektiv og kjenner igjen de ulike situasjonene og oppfatter avvik tidlig. Sykepleieren klarer ved hjelp av sansing og intuisjon å identifisere et problem, se hvilke mål som skal nås og hvilken plan som må lages..

Fra dette stadiet går sykepleieren over i det siste stadiet som er ekspert stadiet. En ekspert innenfor faget sykepleie handler flytende og naturlig. Sykepleierne vet hva som skal skje og hvordan det skal handles uten å tenke så mye over det. All utøvelse av faget går av seg selv. Årsaken til dette er at aktiviteten har blitt en naturlig del av sykepleieren. Sykepleieren foretar en helhetlig og intuitiv identifisering av situasjonen. Dette innebærer vurdering av problem, mål, plan, beslutning og handling. De reflekterer over sin praksis når det er tid til det og når det er snakk om avgjørende resultater. Eksperten må videre være åpen for uventede hendelser eller nye perspektiver å se noe på. Dette er viktig slik at de ikke får «tunnelsyn». En sykepleier må arbeide reflektert innenfor et felt i minst fem år for sykepleierne kan kalle seg ekspert. For å komme seg dit må sykepleieren reflektere over de erfaringene han gjør seg, gjerne ved hjelp av teori (Benner, 2000).

Disse trinnene gir et godt grunnlag og utgangspunkt for videre drøfting. Årsaken til det er at jeg har intervjuet sykepleiere som har jobbet ulikt antall år, jobber på ulike avdelinger og har ulike erfaringer med helsefremmende arbeid. Det kan derfor være interessant å sammenligne dette med de ulike nivåene til Benner.

2.2 Sammenfatning

I dette teori kapittelet har jeg gitt en teoretisk ramme rundt oppgaven. Jeg har gått inn på teorier til ulike teoretikere og filosofer. Det som er presentert her er teori om helse, helsefremming, empowerment, kommunikasjon, opplevelse av sammenheng og omsorg. Her er Fugelli som helseteoretiker sentral, men også andre teoretikere som Haugan og Rannestad, Mæland, Gammersvik og Larsen har blitt brukt. I teorien om kommunikasjon, har jeg i all hovedsak har brukt Eide og Eide. Kommunikasjon og helsebegrepet er viktig på alle plan i helsefremming og vil derfor også stå sentralt i oppgaven. Til sist har jeg presentert

Antonovsky sin teori om opplevelse av sammenheng og Benner og Wrubel sin omsorgsteori. Disse teoriene blir å følge som en rød tråd gjennom hele oppgaven. Jeg har også forklart en del begreper i teoridelen, slik at det skal bli lettere å følge empirien og analysen. I neste del av oppgaven vil jeg ta for meg den metodiske plattformen som ligger til grunn for min oppgave.

3 Metode og Forskningsdesign

For å kunne utføre intervjuene, analysere og belyse de funnene jeg har gjort slik at jeg kan svare på min problemstilling, må jeg velge en forskningsmetode som leder og viser meg vei gjennom prosessen. Det finnes ulike typer metoder og vitenskapsteorier å velge mellom. Metoder er framgangsmåter som skal gi svar på spørsmål og sikre kvaliteten i den kunnskapen vi får (Nyeng, 2012). Jeg har valgt å gjennomføre en kvalitativ studie basert på intervju og jeg har valgt å bruke en fenomenologisk-hermeneutisk tilnærming. Jeg kommer i dette kapittelet til å gå nærmere inn på metoden jeg har anvendt for å belyse min problemstilling. Først vil jeg her ta for meg mitt vitenskapsteoretiske ståsted, så går jeg nærmere inn på valg av kvalitativ metode. Etter dette kommer utøvelsen av intervjuene, framgangsmåten, og de ulike aspektene ved arbeidet av denne oppgaven.

3.1 Vitenskapsteoretisk ståsted

Gjennom hele filosofihistorien har spørsmålet om hva som er og hva som ikke er vært den store utfordringen og debatten fra antikkens filosofer opp til nåtidens filosofer (Aadland, 2011). Vi kan vel alle Shakespeares setning: «To be or not to be, that is the question». Drøftingen av dette være eller ikke være, kalles ontologi. Vitenskapsteorien tar utgangspunkt i slike spørsmål som om at er menneskene født gode? Fins Gud og kjærlighet? Er det mer inne på et pasientrom enn det jeg ser? Vitenskapsteorien søker metodisk å finne ut mest mulig sikre teorier om virkeligheten (Aadland, 2011). Aadland (2011) sier at vitenskapsteorien har sitt nedslagsfelt i vitenskapelig forskning og drøfter hva som er gyldige veier til sannhet om ulike fenomener (Aadland, 2011).

Jeg har i min oppgave valgt å bruke et fenomenologisk-hermeneutisk vitenskapsteoretisk ståsted. Grunnen til at det er nettopp disse to vitenskapsteoriene som jeg har valgt å bruke, er at de passer for å besvare min problemstilling og at i sykepleien og i utøvelsen av helsefremmende sykepleie, er det disse to teoretiske ståstedene som står sentralt.

Grunnen til at jeg har satt sammen mitt vitenskapsteoretiske ståsted til å være fenomenologisk-hermeneutisk er fordi jeg studerer et fenomen som er basert på opplevelser (fenomenologien) som jeg har en forforståelse for gjennom det å være sykepleier, pasient og pårørende. I tillegg har jeg gjennom fortolkning av intervjuene ervervet meg en forforståelse for temaet helsefremming (hermeneutikken). For at det skal bli lettere å forstå mitt valg skal jeg forklare fenomenologi og hermeneutikk hver for seg.

3.2 Fenomenologi

Fenomenologien har jeg valgt fordi fenomenologi er læren om, og studiet av ulike fenomener. Fenomenologi har et fokus på hvordan de ulike fenomenene oppleves fra et førstehåndsperspektiv. Det handler om å ta menneskene sine subjektive opplevelser på alvor (Heggstad & Knutstad, 2016). I profesjonen sykepleie møter man hele tiden mennesker som befinner seg i en situasjon hvor de har en sykdom. Dette møtet og denne sykdommen kan oppleves ulikt fra sykepleier til sykepleier og fra pasient til pasient. Ulike fenomener som kan oppstå i et slikt møte er for eksempel relasjon, livskvalitet og kommunikasjon. Sykepleierne kan forstå disse fenomenene ulikt og det er de subjektive opplevelsene jeg er ute etter i min undersøkelse. Det er de ulike fenomenene som sykepleierne i studien min opplever rundt helsefremming som jeg ønsker å studere.

En fenomenologisk tilnærming søker videre å forstå sosiale fenomener ut fra aktørenes egne perspektiver, samt beskrive hvordan menneskene oppfatter verden (Aadland, 2011). Det er nettopp dette jeg søker etter når jeg skal finne ut hvordan sykepleierne i spesialisthelsetjenesten opplever og utøver helsefremmende arbeid.

Mer bestemt handler fenomenologien om menneskenes livsverden. Begrepet livsverden ble hovedsakelig utviklet av fenomenologiens grunnlegger Edmund Husserl rundt år 1900. Husserl mener at man må tilbake til saken selv, til utgangspunktet for alle ting for å forstå enkeltmenneskets opplevelse av fenomenene som omgir oss. Han sier videre at den reelle verden «settes i parentes». Han mener med dette at de eneste tingene vi kan forholde oss til er slik de opptrer fremfor oss, men ved å reflektere over tingenes vesen kommer man frem til en dypere erkjennelse (Aadland, 2011). Vi kan aldri sammenligne våre forestillinger om de ulike fenomenene som framtrer og avgjøre hvilken oppfatning som er sann eller ikke. Årsaken til dette mener Husserl er at vi selv bare er fenomener for hverandre (Aadland, 2011).

I fenomenologisk tro forholder vi oss til andre mennesker og gjennom dem legger vi til tolkninger og inntrykk, og vi fyller ut mange sansebilder med utfyllende innhold ved hjelp av disse inntrykkene og tolkningene vi gjør oss i samspill med andre mennesker. Vi legger til hensikter, mening, sammenheng og formål og vi forholder oss til andre gjennom innlevelse eller empati (Aadland, 2011). Dette er det som gjøres gjennom de intervjuene jeg hadde med sykepleierne. De fikk snakke nokså fritt rundt temaet helsefremming og deres opplevelser og

erfaringer fikk komme frem, samtidig som jeg var bevisst mitt kroppsspråk og at jeg viste interesse og ved aktiv lytting til det sykepleierne fortalte.

Husserl mente at ved å ta bort teorier, perspektiver og forestillinger, og beskrive det vi er omgitt av og det vi gjør, nærmer vi oss kjernen i begrepet «livsverden» (Husserl, 1997). Dette vil si at jeg må legge mine fordommer, teorier og forventninger til side og se på hva som sykepleiere faktisk gjør og sier. Slik får jeg frem essensen i virkeligheten ifølge fenomenologien. Filosofene Heidegger, Sartre og Ponty har i senere tid videreutviklet fenomenologien. Til å begynne med fokuserte fenomenologien på bevissthet og opplevelse, men den ble altså etter hvert også utvidet til å innebefatte menneskets livsverden (Kvale & Brinkmann, 2015).

Den fenomenologisk orienterte psykologen Giorgi sier at fenomenologi er «studiet av strukturen og variasjonene i strukturen i den bevissthet som en ting, hendelse eller person fremtrer for» (Giorgi, 1975, s. 83 i Kvale og Brinkmann, 2015, s. 45). Det er nettopp dette jeg ønsket å se på. Jeg ønsker å se på opplevelsen som sykepleierne i spesialisthelsetjenesten hadde i sitt virke, slik de opplevde det, ikke hva teorien sa om helsefremmende arbeid.

Nå vi snakker om sykdom som et erfart fenomen og ikke som en diagnose, så er det fenomenologisk tenkning. Ser man et menneske som er redd, så er det fenomenologisk tenkning å se hvilken betydning den redselen har for personene som opplever den (Nortvedt, 2008). Mens fenomenologer er opptatt av å illustrere hvordan mennesker opplever fenomener i sin livsverden ut fra et subjektivt førstehåndsperspektiv, er hermeneutikere opptatt av fortolkning av mening (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 33).

3.3 Hermeneutikk

Hermeneutikken har jeg valgt som et vitenskapsteoretisk ståsted fordi jeg fortolker den teksten jeg har fått ut fra de intervjuene jeg gjennomførte. Jeg fortolket også underveis under intervjuene hva det var informantene mente. Jeg har også som sykepleier, pasient og pårørende lagt meg opp en formening om helsefremmende arbeid og hvordan sykepleierne i spesialisthelsetjenesten utøver den. Den franske filosofen Paul Ricoeur (1913-2005) definerte hermeneutikken som de regler som styrer tolkningen av en tekst (Aadland, 2011). Han sa at en tekst bare blir til noe hvis en tar imot den teksten og gjør teksten til sin egen eller ved at den blir satt inn i en aktuell situasjon (Aadland, 2011). Dette vil si at jeg for eksempel ikke kan se en frustrasjon, det er jeg som leser en frustrasjon i teksten. Kort kan vi si at

hermeneutikken er «jeg» - min forforståelse og fortolkningsevne. Dette bruker jeg i min oppgave når jeg skal finne empirien i min undersøkelse.

Hermeneutikk var opprinnelig læren om fortolkning av tekster. Hermeneutikk kan i dag bety eller brukes på to måter. For det første fortolker vi alltid omgivelsene våre når vi tenker, opplever eller gjør noe. For det andre er hermeneutikk en metode vi kan bruke når vi skal fortolke for eksempel en film, en sosial sammenheng eller en sang. Jeg fortolket underveis i intervjuene både sykepleierne sitt kroppsspråk når de snakket om helsefremming og det de sa om helsefremming.

Ifølge den filosofiske hermeneutikken hviler alle erkjennelsene på fortolkning (Lægreid & Skogen, 2015). Fortolkninger vil alltid finnes blant mennesker og i den verden vi lever i. Vi mennesker fortolker ting ulikt, men det vil likevel ikke si at den fortolkningen jeg gjør av verden og menneskene rundt meg ikke er sannhet. Den er sannheten slik jeg oppfatter den. Det informanter mine sa under intervjuene fortolker jeg på en måte, mens hvis det har vært noen andre som hadde lest intervjuene, ville de nok ha tolket den informasjonen annerledes enn det jeg har gjort.

Husserl var med sin fenomenologi en premissleverandør for moderne hermeneutikk (Aadland, 2011). Andre sentrale personer i hermeneutikken er Georg Gadamer (1900-2002). Han utviklet den moderne hermeneutikken og utviklet idéen om den hermeneutiske spiral som var bygd på bakgrunn av den hermeneutiske sirkel av Friedrich Ast (1908). Gadamer mente at den referansebakgrunnen du har kan du ikke gjøre noe med. Den du er, er du (Gadamer, 2012). Det er ut fra dette vi kan forstå verden på ulike måter og komme frem til ulike måter å oppleve, forstå og utøve verden på. Nettopp dette er viktig i min søken etter svar på problemsstillingen min. Selv om det er gjort tidligere forskning på lignende problemstillinger som min, vil likevel min forskning komme ut med andre svar, nettopp på grunn av min fortolkning og forståelse av det som mine informanter opplever og sier.

3.4 Kvalitativ metode

Denne studien er en kvalitativ studie. Kvalitativ forskning har fått økende anerkjennelse både innenfor medisinsk forskning og samfunnsforskning (Malterud, 2013).

Hvilke forskningsmetoder som velges for å bruke i en oppgave, om de er kvalitative eller kvantitative, er avhengig av problemstilling og studiens formål. Dersom formålet med en

studie er å finne ut noe om pasienters og helsepersonells opplevelser eller oppfatninger av sykdom og helsetjenester, og gjerne hvordan de kommuniserer om dem seg imellom, er ulike kvalitative forskningsmetoder velegnet (Malterud, 2013). Min problemstilling er å finne ut av sykepleieres opplevelser rundt helsefremmende arbeid, derfor er kvalitativ metode egnet til å besvare min problemstilling.

Videre sies det om kvalitative metoder at på områder der det finnes lite forskningsbasert kunnskap fra før, kan også kvalitative forskningsmetoder være velegnet. Kvalitativ forskning kan bidra til å bringe frem i lyset fenomener som har vært lite studert, og til å utvikle velegnede begreper for å studere slike fenomener (Fangen, 2015). Denne beskrivelsen for bruk av kvalitative metoder er også i tråd med min problemstilling hvor det som tidligere nevnt finnes lite forskning på det min problemstilling handler om. Kvalitative forskningsmetoder er virkemidler for å utvikle kunnskap om kvaliteter, egenskaper og karaktertrekk ved ulike fenomener. Når jeg bruker kvalitativ metode i min studie er det for å finne ut hva sykepleierne mener helsefremming er, hvordan det oppleves for sykepleierne å utøve helsefremmende arbeid, møter sykepleierne utfordringer i utøvelsen av det helsefremmende arbeidet og om sykepleierne opplever at helsefremmende arbeid har noen betydning for pasientene.

Ut fra dette har jeg valgt en kvalitativ forskningsmetode siden jeg ønsker å løfte frem sykepleierne sine erfaringer, tanker og opplevelser rundt helsefremmende arbeid. I kvalitative metoder er målet forståelse snarere enn forklaring (Malterud, 2013), og på bakgrunn av dette er det hensiktsmessig å anvende kvalitativ metode for å belyse min problemstilling.

Det finnes mange ulike veier til kunnskap innenfor den kvalitative forskningsmetoden. Hver av disse veiene representerer kunnskap med ulike nyanser. Jeg som forsker må velge hvilke strategier jeg må bruke for å få mest mulig data med relevans og validitet. De ulike strategiene innenfor kvalitativ forskning er det kvalitative intervju med ulike typer varianter, observasjonsstudier med ulik grad av deltagelse, dokumentanalyse og metaanalyse (Malterud, 2013). Min strategi for å hente inn data var gjennom semistrukturert intervju. Det semistrukturerte intervjuet baserer seg på at jeg har en temaguide som følger en fast rekkefølge og har kun åpne svar og kategorier (Jacobsen, 2005). Mitt intervju hadde åpne spørsmål med oppfølgingsspørsmål når det var noe informantene sa som jeg lurte på eller som var interessant å ta videre. Jeg hadde en intervjuguide med spørsmål i en fast rekkefølge slik

at jeg som ny forsker hadde noe håndfast til å hjelpe meg og til å rettlede meg under intervjuene.

Ved å bruke intervju som verktøy for å frembringe ny kunnskap om helsefremming basert på min problemstilling, ville jeg kunne få frem økt kunnskap og forståelse om sykepleierne i spesialisthelsetjenesten sin utøvelse og opplevelse rundt helsefremmende arbeid.

Det kvalitative forskningsintervjuet søker å forstå verden sett fra intervjupersonenes side. I forskningsintervjuer snakker vi med folk for å få vite hvordan de beskriver opplevelsene sine eller artikulere handlingsvalgene sine (Kvale & Brinkmann, 2015). Forskningsintervjuet bygger på dagliglivets samtale, men er samtidig en profesjonell samtale og går dypere enn hverdagslivets samtaler. Det har også en viss struktur og hensikt. Det er i slike intervju at det blir skapt kunnskap i et samspill eller interaksjon mellom intervjueren og den som blir intervjuet. Målet med intervjuet er å hente inn beskrivelser fra den verden vi forsker på for å kunne fortolke betydningen (Kvale & Brinkmann, 2015). I de nasjonale forskningsetiske komitéer står det at språk og handling har en meningsdimensjon som krever kvalifisert og refleksiv fortolkning for å utvikles til vitenskapelig kunnskap (Fangen, Katrine, 2015). Derfor må jeg i intervjusituasjonene være bevisst informantene sitt kroppsspråk, og hva er det de egentlig sier med bruk av det non verbale språket. Jeg må også være bevisst mitt eget kroppsspråk slik at ikke informantene får et inntrykk av at jeg ikke er interessert i det de forteller. Dette kan føre til at mye informasjon kan gå tapt. Dette var jeg oppmerksom på i møte med mine informanter.

Polit & Beck (2012) sier at fenomenologiske analyser innebærer rikt beskrivende rapporter, enten som beskrivende fenomenologi eller som tolkende fenomenologi som er det samme som hermeneutikk. Det er her tatt utgangspunkt i en fenomenologisk basert meningsfortettingsprosedyre basert på Malterud (2012) sin metode for systematisk tekstkondensering. Denne bygger på Giorgi (1975) sin prosedyre for meningsfortetting. Dette innebærer fyldige og nyanserte beskrivelser av fenomenene i intervjupersonene sitt dagligspråk (Kvale & Brinkmann, 2015). Giorgi forstår fenomenologi som en studie av struktur og variasjoner av struktur, det være seg person, objekt eller hendelse, slik strukturen presenterer seg i den enkeltes bevissthet. Dette vil si hva og hvordan fenomenene synliggjøres.

Ut fra denne teorien om kvalitative metoder mener jeg at en kvalitativ metode med en fenomenologisk- hermeneutisk tilnærming er best egnet for min oppgave.

3.5 Planlegging og informasjon

Planleggingen av datainnsamlingen begynte da prosjektskissen var levert og godkjent i mai 2016. I prosjektskissen ble det også laget en tidsplan jeg skulle forholde meg til.

Søknad til NSD ble sendt og godkjent i begynnelsen av juni samme år og etter planen min skulle intervjuene skje i løpet av sommeren. Kontakten med avdelingsledere ble tidlig etablert og jeg var i samtaler med de ulike oversykepleierne både på telefon og ved personlige møter på sykehuset. Min prosjektskisse, intervjuguiden samt godkjenningen fra NSD, ble sendt til oversykepleierne slik at de kunne se igjennom om dette var noe de kunne tenke seg å være med på. Oversykepleierne ga raskt beskjed om at dette var noe de hadde lyst til å være med på. De sendte dokumentasjonene videre til alle sine avdelingsledere på sine respektive avdelinger. Derfra ble det gitt informasjon om prosjektet både via skriftlig informasjon på mail, samt at ble det gitt informasjon om prosjektet på avdelingsmøtene. Sykepleierne som hadde lyst å være med måtte selv ta ansvar for å ta kontakt med meg. Datainnsamlingen startet etter at sykepleiere fra ulike avdelinger ringte meg. Flere sykepleiere responderte på henvendelsen og utvalget ble veldig bredt. Sykepleiere fra alle avdelinger innenfor kirurgiske og medisinske enheter på sykehusene meldte seg.

Da jeg hadde gjort mitt utvalg av kandidater til intervjuet, var jeg redd for at noen av sykepleierne skulle trekke seg underveis. Jeg var redd de kunne komme til å trekke seg på grunn av ulike hindringer som dårlig eller liten tid, for mye planlegging, eller for at de følte at dette ble for krevende, derfor avtalte jeg tid og sted ut i fra deres ønsker og behov. Dette gjorde jeg bevisst slik at alt skulle legges til rette for dem i håp om at ingen trakk seg fra undersøkelsen.

3.6 Rekruttering og utvalg

I all forskning må vi sørge for at vi lager oss noen strategier for utvelgelse av informanter slik at datamaterialet kommer til å inneholde det fenomenet vi vil forske på, samt at det blir et godt nok grunnlag for kunnskapens gyldighet og rekkevidde (Malterud, 2013). Ut fra dette var det viktig for meg å få sykepleiere fra spesialisthelsetjenesten til å melde seg til å delta i undersøkelsen min. I denne studien skulle sykepleierne sine opplevelse og deres utøvelse av helsefremmende arbeid studeres, og det var derfor viktig å få frem sykepleierne sine egne

opplevelser. Siden det skulle studeres hvordan sykepleierne i spesialisthelsetjenesten utøvde og opplevde helsefremmende arbeid, ble det som tidligere nevnt viktig å få intervjuet sykepleiere som jobbet på sykehus.

I en strategisk utvelgelsesprosess må man ta en avgjørelse på hvordan man skal gå frem for å få tak i den informasjonen som kan belyse problemstillingen best. Strategiske utvalg bygger ikke på tilfeldighetsprinsippet, men derimot systematiske vurderinger av hvilke informanter som ut i fra teoretiske og analytiske formål er mest relevant og mest interessant (Grønmo, 2004). For å få et større utvalg og en større bredde av sykepleiere med ulikt arbeid, tok jeg kontakt med oversykepleierne som kunne gi et klarsignal til sine respektive avdelingsledere på de ulike avdelingene. På den måten ble jeg sikret et bredt utvalg av sykepleiere og erfaringer. Jeg gjorde et strategisk utvalg av sykepleiere og arbeidsplass slik at jeg best mulig kunne belyse min problemstilling.

De utvelgelseskriteriene jeg hadde ved valg av informanter, var at de skulle være sykepleiere, de skulle jobbe i spesialisthelsetjenesten, de skulle helst jobbe i ulike avdelinger og de skulle ha jobbet ulikt antall år i spesialisthelsetjenesten. De syv som ble valgt var sykepleiere som hadde en spredning på hvor de jobbet ved de ulike kliniske avdelingene i spesialisthelsetjenesten, de hadde hatt jobben som sykepleier i ulikt antall år og de hadde ulike erfaringer gjennom sine ulike antall år i spesialisthelsetjenesten.

Det ble hentet inn informert samtykke hos totalt ti informanter. Alle var sykepleiere. Blant disse ti var det ni kvinner og en mann. Alderen på informantene var fra slutten av tjuårene til begynnelsen av sekstiårene. Hvor lenge de hadde jobbet som sykepleiere varierte fra ganske nyutdannede sykepleiere, til sykepleiere med relativt lang erfaring innenfor spesialisthelsetjenesten. Syv av disse valgte informantene ble intervjuet.

Kvale og Brinkmann (2015) sier at det skal intervjues så mange personer som det trengs for å finne ut av det man forsker på. De sier videre at antall intervju avhenger av forskningsspørsmålet og at man skal gjennomføre intervju til et metningspunkt er nådd. Dette vil si at ved å intervju flere personer, vil det ikke komme frem noe ny informasjon som er av vesentlig betydning for å besvare min problemstilling. Jeg gjennomførte syv intervjuer. Etter at intervju nummer fem var gjennomført, så jeg at den informasjonen jeg fikk etter intervju nummer seks og syv var nokså sammenfallende med den informasjonen jeg hadde fått i de

fem første intervjuene. Grunnen til at jeg fortsatte til jeg hadde intervjuet syv sykepleiere var at jeg var redd for at det skulle komme noen ny informasjon som jeg kunne gå glipp av. Jeg hadde i utgangspunktet bestemt meg for ti intervju, men så at etter at syv sykepleiere var intervjuet, var metningspunktet nådd.

Ved at det var så stor aldersspredning på sykepleierne, samt at det var så stor forskjell i hvor lenge de hadde jobbet som sykepleiere i spesialisthelsetjenesten, førte dette til at jeg fikk et stort og bredt perspektiv i sykepleierhåndlaget og utøvelsen av sykepleie.

Studien min ble i sin helhet gjennomført i ett helseforetak. Årsaken til dette var delvis på grunn av min familiesituasjon og delvis på grunn av tid og praktiske hensyn.

3.7 Gjennomføring av datainnsamlingen

Før jeg kunne ta kontakt med sykehuset og før søknaden kunne sendes til NSD, måtte en intervjuguide være på plass. Jeg måtte avgjøre hvordan intervjuene skulle gjennomføres.

Jeg valgte åpne intervju med en semistrukturert intervjuguide. Årsaken til at jeg valgte åpent intervju var at jeg skulle studere fenomenet helsefremmende arbeid og ville ha et mangfold av ulike perspektiver, nyanser og synspunkter (Jacobsen 2013). Målet med intervjuet var å hente inn informasjon fra informantenes livsverden for at jeg skulle kunne tolke betydningen (Kvale & Brinkmann, 2015). Temaene i intervjuguiden var felles for alle informantene, men underveis i de ulike intervjuene kom det opp tilleggsspørsmål og oppfølgende spørsmål etter hvert som informantene kom med svar som var interessante og viktige å følge opp.

Intervjuene ble som sagt utført etter informantenes ønske om tid og sted. To av informantene ønsket å gjennomføre intervjuene på sin fridag. Disse intervjuene ble gjennomført på mitt kontor. Resten av informantene ble intervjuet på sin arbeidsplass i arbeidstiden. Intervjuene ble planlagt godt i forkant.

Jeg fikk inntrykk av at informantene hadde lest intervjuguiden og satt seg inn i den. Ingen var i tvil om de skulle delta i studien. De ble informert i forkant av intervjuet om at de kunne trekke seg hvis de ønsket det og at informasjonen de gav meg ble lagret forsvarlig og slettet etter bruk. Jeg fikk samtykke fra alle om bruk av lydbånd.

Intervjuene ble tatt opp på lydbånd og transkribert i etterkant. Intervjuene foregikk i en periode fra mai til slutten av juni 2016. Alle intervjuene var med sykepleiere. Intervjuene

varte mellom 20 og 50 minutter. Tabellen under viser en oversikt over gjennomføringen av intervjuene.

Informant	Avdeling	Måned	varighet	Stilling
1	klinisk avdeling	mai	24 min	sykepleier
2	klinisk avdeling	mai	24 min	sykepleier
3	klinisk avdeling	juni	30 min	sykepleier
4	klinisk avdeling	juni	30 min	sykepleier
5	klinisk avdeling	juni	42 min	sykepleier
6	klinisk avdeling	juni	26 min	sykepleier
7	klinisk avdeling	juni	32 min	sykepleier

Figur 2. Tabell over intervjuene

3.8 Intervju

Intervjuer man gjennomfører i forskningsøyemed kalles forskningsintervju. Innenfor forskningsintervju kan man dele det opp i ulike typer intervju. Innenfor det kvalitative intervjuet kan man intervju flere samtidig eller intervju deltagere hver for seg (Malterud, 2013). Jeg har i min studie gjort individuelle intervju. Intervju med individuelle deltagere kalles av og til dybdeintervjuer eller semistrukturerte intervjuer. I det kvalitative forskningsintervjuet skal man ikke intervju uten mål og mening. Hvor «dypt» man skal gå i et intervju avhenger av ulike faktorer. Det kan være faktorer som hvilken problemstilling man har, relasjonen mellom deltaker og intervjuer og hvilke rammer som legges rundt intervjuet (Malterud, 2013). Årsaken til at intervjuene hadde en varighet fra 20 minutter til 50 minutter

var fordi informantene hadde ulik mengde med informasjon og pasienthistorier under intervjuene. Noen av informantene hadde mye de ville snakke om rundt helsefremming, mens andre bare svarte konkret på de spørsmålene jeg hadde. På tross av at det varierte så mye i antall minutter jeg intervjuet sykepleierne, følte jeg at jeg fikk tilstrekkelige utfyllende svar på spørsmålene mine. Jeg følte ikke at jeg trengte å gå «dypere» enn det jeg gjorde. Etter hvert intervju hadde jeg fått gode utfyllende svar og målet med intervjuene var nådd.

Forskningsintervjuet bygger på dagliglivets samtaler og er en profesjonell samtale (Kvale & Brinkmann, 2015). Kvale og Brinkmann (2015) sier videre at det er et intervju der det konstrueres kunnskap i samspill eller interaksjon mellom intervjueren eller den som blir intervjuet. Samtaler mellom mennesker innebærer at vi både mottar informasjon og gir informasjon. Gjennom samtaler blir den virkeligheten vi er en del av skapt (Malterud, 2013). Jeg intervjuet informantene en til en, slik at jeg og informantene skapte kunnskap sammen i en samtalerelasjon. Dette anså jeg som det beste for å få frem mest mulig kunnskap om min problemstilling.

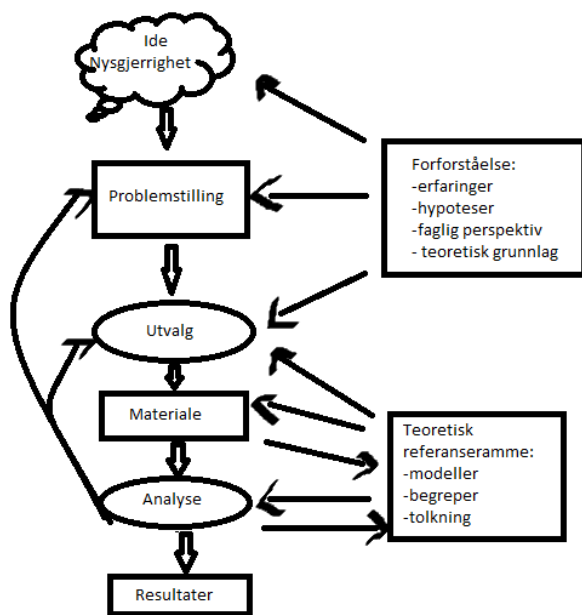
Jeg hadde som tidligere nevnt gitt informantene intervjuguiden i forkant av intervjuene fordi jeg tenkte at ordet helsefremming kunne skremme mange kandidater fra å melde seg til intervju. Grunnen til dette var at jeg visste at ordet helsefremming var et ord som er lite brukt i dagens helsevesen. Malterud (2013) sier at man selvsagt skal vise deltakeren hvilken kunnskap man er ute etter, eller så ender man opp med å snakke om ulike ting. Snakker man forbi hverandre ender det opp med at man har gjennomført et intervju uten mål og mening. Skjer dette kommer man ikke frem til noe dypere forståelse. Man kommer heller ikke frem til mer eller ny kunnskap. Videre sier hun at i et intervju får man best frem kunnskapen hvis man klarer å få deltakeren til å dele sine erfaringer i form av opplevde og erfarte hendelser, noe jeg klarte å få frem under intervjuene.

Noen ser på det kvalitative forskningsintervjuet som en praksis som innebærer å lure frem meninger som allerede finnes hos informantene. Andre igjen mener at det kvalitative forskningsintervjuet burde være en fri og kreativ prosess (Kvale & Brinkmann, 2015). Når formålet med intervjuet er å finne ut av noe man ikke visste fra før, eller for å åpne opp for nye spørsmål som angår problemstillingen, er åpne spørsmål det som fungerer best. Det vil si at det er viktig å ikke gjøre intervjuguiden for detaljert eller å følge den slavisk. Det blir et mer semistrukturert intervju. I et semistrukturert intervju kan man se på intervjuguiden som

en huskeliste fremfor å se på den som en mal. I en kvalitativ intervjusituasjon er det ikke ønskelig å standardisere intervjusituasjonen. Den bør heller revideres underveis i intervjusituasjonen (Malterud, 2013). Det var dette jeg tok hensyn til både da jeg laget min intervjuguide og når jeg intervjuet mine informanter. Jeg brukte intervjuguiden som en huskeliste og et hjelpemiddel. Temaet helsefremming ble fulgt, samt hovedspørsmålene som jeg hadde utarbeidet. Jeg stilte også noen oppfølgingsspørsmål der det var naturlig og de fikk snakke relativt fritt og også komme med eksempler hvis de ville. Intervjuet og intervjusituasjonen ble tilpasset til den enkelte deltaker.

3.9 Forskerrollen og forforståelsen

Når forskeren innhenter kvalitative data gjennom samtale og intervju, er det viktig å huske på at konteksten rundt den samtalen vil være en viktig ramme for utviklingen av den kunnskapen som skal frem. Dette vil si at det er viktig at forskeren har kunnskaper om dette og forstår hva som foregår mellom deltager og intervjuer, samt hvilken betydning denne kunnskapen har for tolkning og funn (Malterud, 2013). Jeg så at i løpet av intervjuene så ble det etterhvert etablert en relasjon mellom meg som forsker og informantene. Jeg opplevde at de raskt fikk tillit til meg, slik at intervjuet ble nesten som en samtale. Dette førte til at jeg fikk hentet mer informasjon ut av hvert spørsmål enn det jeg hadde tenkt. Informantene ga mye av seg selv og jeg fikk mange personlige opplevelser og erfaringer fra dem. Det var noen spørsmål som av og til måtte konkretiseres og jeg merket da at det kunne bli mer ledende enn jeg hadde tenkt. Min oppfattelse av deres reksjoner og svar er avgjørende i denne prosessen for hvordan jeg har analysert de dataene jeg har funnet. Moderne vitenskapsteori avviser forestillingen om den nøytrale forskeren som ikke utøver noen form for innflytelse på kunnskapsutviklingen. Mange ulike forhold spiller inn på forskningen og de valgene som blir gjort av forskeren, så spørsmålet er ikke hvorvidt forskeren påvirker prosessen, men hvordan han påvirker prosessen (Malterud, 2013). Figuren nedenfor viser forskerens rolle gjennom forskningsprosessen. Den er hentet fra Malterud (2011, s. 37):



Figur 3. Forskerens rolle gjennom forskningsprosessen

Figuren viser blant annet at forskeren sine erfaringer, kunnskaper og faglige interesser kan påvirke forskerspørsmålet, hvilket perspektiv som skal brukes og hvilken metode som er mest egnet og hvilket utvalg av informanter som er relevante. Disse faktorene påvirker i tillegg hvilke resultater som besvarer problemstillingen og hvordan konklusjonene skal vektlegges og formidles (Malterud, 2013).

Jeg går ikke inn i dette feltet med blanke ark og det er heller ikke tilfeldig at jeg velger helsefremmende sykepleie og spesialisthelsetjenesten som fagfelt. Som akuttsykepleier gjennom 16 år har jeg ervervet meg en del kunnskaper og oppfatninger innenfor dette temaet. Under utdanning og praksis har jeg ervervet meg en teoretisk plattform som jeg er klar over gir meg mer eller mindre bevisste forestillinger om hvordan jeg oppfatter holdninger og adferd hos sykepleiere, samt hvordan sykepleie blir utført og forstått i den kliniske hverdagen. Som de fleste mennesker har også jeg vært i kontakt med helsevesenet, både som pasient og som pårørende. Dette farger utvilsomt mine opplevelser og erfaringer over hva jeg mener er en god relasjon og sykepleie for å fremme en bedre helseoppfatning hos pasienter. Begrepet «bracketing», hentet fra fenomenologisk tenkning (Malterud, 2013) forklarer at dette krever at jeg som forsker, mestrer å sette egen forforståelse til side, ta nye briller på, slik at fenomenet

jeg forsker på får muligheten til å vise flest mulige sider ved sin egenart. Forskningens relevans og validitet vil synke dersom egne forestillinger overdøver svarene på forskningsspørsmålene (Malterud, 2013). Ut fra denne kunnskapen må jeg forsøke å ikke la mine erfaringer fra spesialisthelsetjenesten påvirke hva informantene svarer under intervjuene. Jeg må ikke stille ledende spørsmål slik at jeg får de svarene jeg ønsker og jeg må heller ikke ha opplevelsene mine med meg inn i intervjuene.

Det er umulig å nullstille min forforståelse. Samtidig vil den teoretiske referanserammen og de erfaringsmessige forutsetningene jeg stiller med inn i denne oppgaven, kunne styrke min evne til å gjøre en kvalifisert og systematisk analyse av min empiri som jeg får gjennom intervju. Det kan hende at de svarene jeg fikk under intervjuene er farget av at det er akkurat jeg som har foretatt intervjuene. De fleste informantene visste hvem jeg var og at jeg var tidligere kollega av dem. Men det kan også hende at informantene turte å være mer ærlig i svarene fordi de kjente meg. Kvale og Brinkmann (2015) sier at kvaliteten på den vitenskapelige kunnskapen og på de etiske beslutningene som treffes i kvalitativ forskning, er det forskeren som er ansvarlig for. Hvordan forskeren er som person og forskerens integritet er avgjørende for kvaliteten på forskningen. Årsaken til dette er at forskningsatferden er forbundet med forskerens moralske integritet, empati, sensitivitet og engasjement i moralske spørsmål. Forskeren i seg selv er det viktigste redskapet i intervjuet og til innhenting av kunnskap. Hvor mye kunnskap intervjueren klarer å få ut av sine deltakere er til syvende og sist avhengig av forskerens integritet, forskerens kunnskap, erfaring, ærlighet og rettferdighet (Kvale & Brinkmann, 2015). I intervjuene brukte jeg meg selv aktivt. Jeg tenkte på hvordan min kroppsstilling var, hvordan toneleie stemmen min hadde, hvordan jeg snakket med informantene og jeg viste at jeg lyttet aktivt og var interessert i det de hadde å si. Alt dette gjør at jeg skaper en relasjon til informantene og får et samspill. Jeg merket på meg selv at jeg gikk inn i intervjuene med teori og en erfaring rundt mitt forskerspørsmål, men måtte prøve å ikke ta det med meg inn i intervjuene slik at resultatet ble at det var informantenes stemme som ble hørt.

3.10 Transkribering

Intervjuene transkriberte jeg selv. Dette gjorde jeg bevisst slik at jeg fikk førstehåndsinformasjon og at mitt analysearbeid kunne skje fortløpende under transkriberingen. Jeg gjorde transkriberingen tidlig i etterkant av gjennomføringen av

intervjuene slik at jeg husket intervjuene og at hver pause og sukk stod klar for meg. Jeg husket kroppsspråket deres tydelig og kunne kode dette på en måte i transkriberingen.

Når intervjuene var ferdig transkribert ble de sortert etter tema for å lettere kunne se sammenhenger og funn opp mot hverandre.

Jeg trakk så ut sitater fra de forskjellige intervjuene og fargekodet disse under ulike tema. Jeg valgte en kategoriseringsform, en systematisk tekstkondensering som ble inspirert av Giorgi sin fenomenologiske analyse og modifisert i boken «Analyse av kvalitative data» av Kirsti Malterud (Malterud, 2013).

3.11 Analysemetode

Som det finnes ulike kvalitative forskningsmetoder, finnes det også ulike måter å utføre kvalitative dataanalyser på. I skandinavisk helsefaglig tradisjon er det særlig to ulike, men beslektede analysemodeller, som ofte går igjen, nemlig grounded theory (Strauss & Corbin, 1998) og fenomenologisk analyse inspirert av Giorgi (1985), og som er redusert av Malterud (2003) som systematisk tekstkondensering.

Jeg valgte å bruke systematisk tekstkondensering fordi den bygger på fenomenologisk analyse som er nært knyttet til kvalitative studier. I oppgaven bruker jeg intervju som metode, samt at oppgaven bygger på en fenomenologisk –hermeneutisk vitenskapsteori.

Systematisk tekstkondensering er som tidligere nevnt inspirert av Giorgi sin fenomenologiske analyse. Giorgi beskriver en analyse som foregår i fire trinn (Malterud 2013, s. 98):

1. Få et helhetsinntrykk
2. Identifisere meningsdannende enheter
3. Abstrahere innholdet i de meningsdannede enhetene
4. Sammenfatte betydningen av dette

Disse fire trinnene har jeg fulgt i min analyse av datamaterialet jeg satt igjen med etter transkriberingen. Dette er gjort bevisst for å vise at det er gjort en systematisk og refleksiv prosess for å imøtekomme de vitenskapelige kravene i en forskningsprosess (Malterud, 2013).

Når man bruker en tekstanalyse som metode for å analysere datamateriale som man har innhentet, starter det hele med rådataen (Malterud, 2013). I mitt tilfelle er det lydopptakene fra de intervjuene som jeg har utført som er min rådata.

Det første man gjør med dette materialet er å transkribere det. Transkriberingen foregikk parallelt med gjennomføringen av intervjuene. Lydfilene ble transkribert ordrett med pauser, latter og non verbal kommunikasjon, slik at jeg kunne forstå og få frem mest mulig av det informantene mente og ville få frem. Den non verbale kommunikasjonen jeg fikk frem var slike ting som sukk, pauser og lignende, men jeg fikk selvsagt ikke frem blikk, kroppsholdning og lignende. Årsaken til at jeg transkriberte både verbal og non verbal kommunikasjon, var for å forsikre meg om at jeg ikke gikk glipp av noe verdifull informasjon som var vesentlig for å besvare min problemstilling, samt at jeg fikk påbegynt min bearbeiding av datamaterialet. Dette styrker også validiteten med det materialet jeg presenterer i analysedelen ved at jeg er den som har førstehåndsinformasjonen fra informantene og at den informasjonen ikke er tolket av noen andre, i tillegg er det jeg som er intervjuer som husker informantene sitt kroppsspråk og reaksjoner. Det man må huske på i en slik prosess er at uansett om man transkriberer ord for ord, får man alltid en fordreining av hendelsen. Det er vanskelig å få ned på papiret den fulle meningen fra informantene, men målet er å få frem mest mulig nøyaktig og fange det som sies.

Vitenskapelig forsøker jeg å besvare min problemstilling på bakgrunn av en fenomenologisk - hermeneutisk metode, slik at analysen av datamaterialet er bygd på fortolkning (Malterud, 2013). De transkriberte intervjuene ble analysert i de fire ovenstående trinnene.

I trinn en måtte jeg bli kjent med materialet. Jeg måtte lese gjennom alle sidene og få et helhetsinntrykk. Deretter leste jeg gjennom den transkriberte teksten på nytt og vurderte ulike temaer som på en eller annen måte kunne gi meg svar på hvordan sykepleiere i spesialisthelsetjenesten opplevde og utøvde helsefremmende arbeid, samt hvordan de vurderer betydningen av det helsefremmende arbeidet de utøver. På dette trinnet er det viktig at en ut fra det fenomenologiske perspektivet setter egen forforståelse og teoretiske referanseramme midlertidig til side (Malterud, 2013). Jeg forsøkte å gjøre dette ved å tenke at de opplevelsene jeg hadde erfart selv ikke gjaldt de sykepleierne jeg skulle intervjuer. Dette gjorde jeg for å kunne stille meg åpen for det materialet viste meg.

For at arbeidet skulle bli mer oversiktlig og gjennomførbart var det viktig med en trinnvis strategi. Jeg leste flere ganger, fordøyde det jeg hadde lest over flere dager, gikk tilbake til materialet og fant nye temaer eller endret noen. Dette gjorde jeg i flere omganger. Da jeg hadde fått en oversikt og funnet de temaene jeg ville ha foreløpig kunne jeg gå videre til neste steg.

I trinn to måtte jeg igjen se på de temaene jeg hadde skrevet og finne en måte å sortere hovedgruppene på. Nå måtte jeg finne ut hvordan de skulle sorteres (Malterud, 2013). Jeg valgte å sortere etter underproblemstillingene mine. Jeg sortert de temaene jeg hadde skrevet inn i kategorier som kunne besvare problemstillingen min. Dette gjorde jeg for å få en oversikt og for å få noen underkategorier til mine hovedkategorier. Jeg måtte gå fra temaer til koder (Malterud, 2013). I neste steg i trinn to måtte jeg finne de meningsbærende enhetene. Dette innebefattet at jeg måtte finne tekst som på en eller annen måte bærer med seg kunnskap om ett eller flere av temaene fra første trinn (Malterud, 2013). Ifølge Malterud (2013) kan disse meningsbærende enhetene være korte eller lange.

Når jeg skulle finne de meningsbærende enhetene, måtte jeg ha med meg de foreløpige temaene som jeg hadde valgt ut i trinn en. Nå begynte jeg å systematisere disse enhetene og begynte å kode dem. Kodearbeidet tar sikte på å identifisere og klassifisere alle meningsbærende enheter i teksten (Malterud, 2013). Jeg måtte av og til stoppe opp å tenke hvorfor enkelte koder var kommet under akkurat den meningsbærende enheten, men nye funn underveis gjorde at temaene ble flyttet på. Etter hvert fikk jeg frem de rette meningsbærende enhetene under de rette kodene.

Videre i trinn tre skulle jeg abstrahere kunnskapen som jeg hadde fått igjennom andre analysetrinn. Dette fikk jeg ved å identifisere og kode de ulike meningsbærende enhetene. På dette trinnet skulle jeg systematisk hente ut mening ved å sammenfatte innholdet i de meningsbærende enhetene som var kodet sammen (Malterud, 2013). Det jeg oppdaget var at det var noen kodegrupper som jeg hadde valgt ut som ikke gav mange meningsbærende enheter. Det var også noen kodegrupper som ikke gav meg noen nye funn og heller ikke gav meg svar på hvordan sykepleiere i spesialisthelsetjenesten opplevde og utøvet helsefremmende arbeid. Jeg foretok noen endringer og stod så igjen med empiriske data av sorterte meningsbærende enheter. Jeg satt igjen med fire hovedgrupper med koder med underkategorier under hver hovedkategori. Nå tok jeg hver kodegruppe og jobbet systematisk

med dem. Jeg tok frem en og en underkategori slik at jeg ikke mistet oversikten. Jeg jobbet med de kategoriene ut fra mitt ståsted og mitt perspektiv. Til slutt satt jeg igjen med ti underkategorier, fordelt på fire hovedkategorier som jeg mente sa noe overordnet om sykepleiernes utøvelse av helsefremmende arbeid, deres opplevelse av det og deres opplevelse av betydningen av det helsefremmende arbeidet.

I trinn fire skulle jeg rekontekstualisere. Det vil si at jeg skulle sammenfatte det jeg hadde funnet i form av gjenfortellinger som kan legge grunnlag for nye beskrivelser eller begreper som kan deles med andre (Malterud, 2013). Det jeg måtte passe på her var å formidle teksten på en tillitsfull måte overfor informantenes stemmer og samtidig skulle det gi leseren innsikt og tillit (Malterud, 2013). Her ble intervjuet tolket av meg og gitt mening. Forskeren skal ifølge Kvale og Brinkmann (2015) på dette trinnet presentere nye perspektiver på fenomenet.

3.12 Etske aspekter

Denne studien har fulgt etiske regler for sykepleieforskning i Norden (1995). Etter vurdering med veileder, samt å ta en egen test på nettsiden til REK, fant vi at det ikke var nødvendig å få prosjektet godkjent av dem. Datamaterialet samt intervjuguiden og samtykkeskjema til informantene ble sendt til NSD og jeg fikk tillatelse til å hente inn data gjennom intervju. Det ble innhentet tillatelse fra oversykepleierne på avdelingene til å gjennomføre intervjuene.

Bruk av stemme og aktiv lytting ble bevisst brukt for å skape et tillitspreget forhold under intervjusituasjonen. Videre søkte jeg som forsker å vektlegge intervjupersonenes utsagn, uten å skape fordommer, noe som kunne skape ubehag og avstand i situasjonen. Ved gjennomføringen av intervjuene ble det lagt særlig vekt på å etterfølge informasjon gitt i informert samtykke. Jeg har vært bevisst på at det vitenskapelige ansvar for at forskningsprosjektet produserer verdifull kunnskap som er mest mulig kontrollert og verifisert, er tillagt meg som forsker (Kvale & Brinkmann, 2015).

De etiske betraktningene jeg har tatt hensyn til i tillegg til de etiske regler for sykepleieforskning i Norden er:

- Forstå og forholde meg til etiske prinsipper beskrevet i Helsinkideklarasjonen, Helseforskningsloven og Forskningsetikkloven (2009).

- Hensynet til nærhet. Hvor går grensen for hva og hvordan jeg kan spørre. Hva er legitimt og etisk å spørre om? Hvordan stilles spørsmålene? Hvem man stiller dem til og hvilke situasjoner?
- Vise hensyn i kunnskapen som overleveres etter endt arbeid
- Konfidensialitet. Alle skal føle seg trygge på at taushetsplikten blir ivaretatt.
- Ta hensyn til at det ikke må oppstå noen interessekonflikter. Huske at jeg er student, ikke sykepleier overfor sykepleierne.
- Behandle kunnskapen og informasjonen jeg får med respekt.
- Erkjenne at det ikke er sikkert at den ene og fulle sannhet kommer til syne.

Alt dette ble fulgt i mitt prosjekt gjennom alt fra godkjenningen fra de ulike instansene, til å få klarsignal til å starte på prosjektet fra de ulike partene, gjennom den informasjonen som ble gitt til informantene, intervjusituasjonene og hvordan jeg har håndtert den informasjonen jeg har fått.

3.13 Validitet, generalisering og reliabilitet

Validitet i forskning er å stille spørsmål om kunnskapens gyldighet (Malterud, 2013). Å validere er å spørre seg om de resultatene jeg har funnet og de konklusjonene jeg har trukket er riktige. Det er sjelden vi kan svare ja eller nei på om de svarene vi har funnet er sanne. Det viktigste er å se på hva metoden og materialet man har fått sier noe om (Malterud, 2013). Hvor den kunnskapen man har funnet er innhentet og de rammene rundt innhenting av informasjonen, er med på å bestemme hvor stor rekkevidde denne kunnskapen strekker seg i tid og rom. Et annet spørsmål som er viktig å spørre seg når det kommer til kunnskapens gyldighet er om man har brukt rett verktøy for å få frem kunnskapen og i hvilken grad den metoden man har brukt er egnet til å gi oss gyldige svar på de spørsmålene vi har stilt (Malterud, 2013). Jeg har i min oppgave fått svar på det jeg ønsket å få svar på da jeg startet dette prosjektet. Når det kommer til spørsmålet om rett verktøy er brukt, er også dette tatt opp tidligere i metodekapittelet mitt. Svaret på det er ja. Jeg var ute etter opplevelsene og erfaringene til sykepleierne i spesialisthelsetjenesten, derfor var intervju en velegnet metode.

Generalisering er å stille det enkle, men nokså vanskelige spørsmålet om mine funn kan overføres til andre sammenhenger (Malterud, 2013). Gjennom en teoretisk generalisering som innebærer at jeg danner en generell teori om hvordan virkeligheten er utfra små studier og hvordan fenomener henger sammen (Jacobsen, 2005), mener jeg at mine funn kan overføres

til andre sammenhenger og til andre grupper. Andre sykepleiere i andre helseforetak kan ha nytte av den, avdelingsledere kan få en bedre innsikt i hva som skal til for å løfte helsefremming frem. Også politikere kan dra nytte av denne kunnskapen for å komme frem til løsninger for helsefremming i spesialisthelsetjenesten. I tillegg tenker jeg at alle mennesker en gang i løpet av sitt liv kommer til å være enten pasienten eller pårørende i spesialisthelsetjenesten. Den kunnskapen jeg har funnet kan være oppklarende for disse gruppene slik at mange av de misforståelsene som kan oppstå ute i sykehusene mellom sykepleier og pasient/pårørende kan bli redusert og i beste fall unngått. Med tanke på at noen av funnene jeg gjorde i tillegg stemte overens med andre studier, kan vi anta at enkelte deler av funnene kan gjenkjennes. Samtidig er min egen erfaring i denne studien med på å gjøre resultatene valide. Den kunnskapen jeg har fått ut fra materialet mitt er som tidligere nevnt innhentet fra sykepleiere i spesialisthelsetjenesten og fra ett helseforetak, dette gjør at kunnskapen kanskje bare kan strekke seg innenfor dette helseforetaket, men det ikke noe jeg kan svare ja eller nei på.

Reliabilitet henviser til hvor pålitelig resultatene er. Hvor pålitelig og nøyaktig jeg har vært i utvelgelse av informanter, innsamling av data og bearbeiding av dataene (Kvale & Brinkmann, 2015). Det at jeg sendte det transkriberte materialet til informantene til gjennomlesing og fikk tilbakemelding på det, anser jeg som en styrke og gjør at det er større reliabilitet. Det at jeg selv har lang erfaring innenfor faget i spesialisthelsetjenesten, og at jeg har undervist i faget gjør at jeg lettere skjønner hva informantene mine snakket om, jeg visste hva jeg skulle spørre om for å sette fokuset på min problemstilling. Ved å ha kjennskap til dette fikk jeg et bredere perspektiv på mitt område. Ulempen ved at jeg har kjennskap til spesialisthelsetjenesten er at jeg kan være farget av mine opplevelser. Jeg har også diskutert mine funn med mine kollegaer og fått en bekreftelse på at de funnene jeg har gjort er gode funn og at mine tanker rundt disse funnene er i tråd med helsefremming som tema.

3.14 Metodekritisk refleksjon

Jeg har sett på opplevelsen til sykepleiere som utøver helsefremmende arbeid i spesialisthelsetjenesten. Jeg har brukt en kvalitativ forskningsmetode for å belyse min problemstilling. Fordelen med en kvalitativ analyse er at jeg kan gå i dybden av problemstillingen min og få mer meningsfulle svar. Utfordringen med en kvalitativ metode er at den for det første kan føre til at kunnskapen blir for smal og for det andre kan det hende at funnene mine ikke uten videre kan overføres til andre grupper. Men som jeg har pekt på

tidligere, så kan denne oppgaven overføres til andre grupper. Disse funnene kan gi en bedre forståelse og en større kunnskap om helsefremmende arbeid, samt at studien min kan øke bevisstheten hos sykepleierne når det kommer til utøvelsen av helsefremmende arbeid.

Det som kan være en svakhet med studien er at den er gjort innenfor ett helseforetak. De nyanser som kunne ha kommet frem gjennom ulike sykehuskulturer, kan falle bort ved en slik utvelgelse. Noe som kan være både en styrke og en svakhet ved oppgaven er at jeg selv har arbeidet lenge i den sykehuskulturen som sykepleier, og også vært der ofte og lengre tid av gangen som pasient. Dette kan bidra til at jeg kan se de ulike aspektene fra hver gruppe sin side. Selvsagt vil mine egne fortolkninger, opplevelser og kunnskaper farge mine intervju og mine funn, men jeg mener at det er flere sterke sider ved dette enn svake. Det at mine informanter vet hvem jeg er, kan også bidra til å farge resultatene, men jeg vil anta at de er profesjonelle og de tar på seg den profesjonaliteten i møte med meg.

Jeg ser også at det kunne ha vært mange flere som kunne ha vært med på å belyse problemstillingen min. Hadde jeg valgt helsearbeidere istedenfor bare sykepleiere, kunne resultatet blitt noe annerledes. Det hadde kanskje også blitt større variasjon av svar i studien og jeg hadde fått tak i flere yrkesgrupper sin utøvelse av helsefremmende arbeid og flere ulike typer opplevelser av utøvelsen av helsefremmende arbeid. Hadde jeg derimot ikke hatt fokuset på sykepleiere, hadde ikke dette blitt en oppgave med en sykepleiefaglig vinkling. På bakgrunn av dette og på grunn av begrenset tid, studiens omfang og problemstillingens fokus, valgte jeg disse kandidatene til studien min.

Det at informantene ikke hadde så stort kjennskap til ordet helsefremming, kan ha påvirket informantenes svar, og jeg tror at hvis jeg nå i etterkant hadde intervjuet de samme personene, kunne svarene ha blitt annerledes. Likevel tror jeg at essensen av mine funn hadde blitt de samme. Andre svakheter kan være at jeg er alene om å skrive oppgaven, svakhet ved at vi ikke er flere øyne som ser på funnene og kan tolke de på ulike måter, samt diskutere de funnene og de fortolkningene som foreligger. En annen svakhet kan være at jeg som intervjuer har påvirket informantene. Dette kan jeg ha gjort ubevisst siden jeg både har jobbet i spesialisthelsetjenesten og har vært pasient.

4 Empiri

4.1 Innledning

I dette kapittelet vil jeg presentere hovedfunnene i studien. Informantene vil ikke her bli presentert ved navn eller avdeling på grunn av løftet mitt om anonymitet. De vil stå som informantene eller sykepleierne i teksten.

Kategoriseringen av flere meningsfulle enheter fra informantene kommer som vedlegg i oppgaven. Alt som er oppsummert her i empirikapittelet er det som informantene sa under intervjuene om helsefremmende arbeid og som jeg har sammenfattet i stedet for å bare bruke direkte sitater. Jeg har kategorisert funnene etter underproblemstillingene mine som er presentert under punkt 1.3. Dette har jeg gjort for å belyse hovedproblemstillingen min som er: **Hvordan utøves og oppleves helsefremmende arbeid blant sykepleiere i spesialisthelsetjenesten?**

Den første underproblemstillingen som oppsummeres her er sykepleiernes oppfatning av hva helsefremmende arbeid er. Den andre underproblemstillingen som oppsummeres er hvordan sykepleierne utøver og opplever helsefremmende arbeid. Begge disse to underproblemstillingene handler om utøvelsen av det helsefremmende. Den tredje underproblemstillingen som oppsummeres, er funnene fra den delen av problemstillingen som tar for seg om sykepleierne møter utfordringer i utøvelsen av det helsefremmende arbeidet. Til sist oppsummeres funnene fra den fjerde underproblemstillingen som er om sykepleierne opplever at det helsefremmende arbeidet som blir utøvd har noen betydning og eventuelt hvordan.

Til sammen gir dette en helhetlig fremstilling av funnene som kan belyse min overordnede problemstilling. Jeg presenterer som nevnt hovedfunnene i fire hovedkategorier ut fra mine underproblemstillinger. Hver hovedkategori deles så inn i flere underkategorier. Som jeg redegjorde for i metodekapittelet er disse et resultat av den systematiske tekstkondenseringen jeg foretok under analysen av datamaterialet. Dette gjorde jeg for å få en bedre oversikt over underproblemstillingene mine og for å kunne belyse hovedproblemstillingen min på en god måte.

4.2 Hovedkategori 1: Hva mener sykepleierne helsefremmende arbeid er?

Når informantene ble spurt om å definere og/eller si hva helsefremmende arbeid er i spesialisthelsetjenesten, var det mange av informantene som måtte tenke seg om.

Sykepleierne var til å begynne med usikre på begrepet helsefremming helt til de fikk snakket rundt selve begrepet. Årsaken er at begrepet ikke blir mye brukt i spesialisthelsetjenesten, men de forstod likevel hva det innebar. De var usikre på ordet helsefremming i spesialisthelsetjenesten og måtte tenke seg om før de svarte. Det ble sagt følgende når jeg spurte om ordet helsefremming:

«Det er ikke et begrep vi bruker så mye» (informant 1)

«Jeg er noe usikker på ordet helsefremming» (informant 2)

«Er en stund siden jeg var på skolebenken og lærte om dette» (informant 3)

«Helsefremming ... det ordet må jeg smake litt på» (informant 4)

Når informantene begynte å få et grep om ordet ved at de hadde fått tenke seg om eller ved at jeg sa at de bare skulle snakke rundt ordet helsefremming, ble det lettere for dem å snakke om helsefremming. Det jeg fant under denne hovedkategorien om hvordan sykepleiere forstår helsefremming var sammensatt. Det kom frem ulike momenter på hva de mente helsefremming var. Dette var momenter som handlet om sykepleiernes utøvelse av faget, væremåte og holdning, til det miljøet som var rundt sykepleierne i sin arbeidshverdag. Når begrepet helsefremming var definert, sa noen av informantene følgende om helsefremming:

«Det er jo helsefremmende for pasientene at vi som sykepleiere kan oppføre oss, det å kunne hilse på pasientene» (informant 3)

«Alt rundt pasienten, hvordan jeg som sykepleier møter pasienten er viktig for å hjelpe dem å fremme god helse» (informant 4)

«At vi fremmer helsen til andre for å få dem friskere, mere kapabel til å takle hverdagen etter sykdom» (informant 5)

«Fremme helse ... altså dyrke det friske» (informant 6)

Sykepleierne var enige om at profesjonalitet var viktig, at de som sykepleiere måtte sette pasienten i fokus. De måtte vise omsorg, respekt, ha god folkeskikk overfor pasient og pårørende, og for hverandre. Sykepleierne måtte sette pasientene i stand til å takle sin sykdom og sin hverdag. De sa videre at de måtte gjøre seg gode sammen på tvers av faggruppene til det beste for pasientene. Informantene uttrykte følgende:

«Viktig at du utøver profesjonalitet mot pasient og pårørende, og for å gjøre det må du kunne jobben din» (informant 7)

«Legge til rette for at pasientene føler seg trygg og ivaretatt» (informant 3)

«(...) tverrfaglig samarbeid, sanke kunnskap hos hverandre, gjøre det slik at pasienten blir best mulig ivaretatt» (informant 6)

Videre var det viktig at hvis de ansatte ble hørt og at de fikk utøve sitt fag, førte dette til at de fant meningsfullhet i jobben sin. Dette bidro til at det ble færre sykemeldinger og at de holdt ut i jobben sin. Det var helsefremmende i seg selv. Om dette ble det sagt:

«At man får støtte i kollegiet er viktig» (informant 5)

«(...) man holder på med noe som er meningsfullt og at vi får brukt den kompetansen vi har og at man blir hørt ut i fra den fagkunnskapen man besitter (informant 7)

Det kom frem at helsefremming ble oppfattet som ferskvare og at det hele tiden måtte jobbes med det. Å jobbe med å fremme helse hos pasientene og med å faglig oppdatere seg selv på hva som skaper helsefremming hos pasientene. De sa blant annet at:

«Det handler om å ivareta den helsen de har. Det er jo litt som ferskvare, vi må jobbe med den hele tiden» (informant 1)

«Oppdaterte kunnskaper gjør at man blir trygg på sin rolle og sine arbeidsoppgaver. Det skaper trygghet hos pasientene og pårørende. Det er helsefremmende spør du meg» (informant 7)

Helsefremming var også ifølge informantene å legge til rette for pasienten, det var etikken og det var estetikken. Det kom tydelig frem hos informantene at helsefremming var ifølge dem noe mye mer enn bare prosedyrer og medisiner. De sa at:

«Vise vanlig høflighet, banke på døra før jeg går inn, presentere meg og møte blick»
(informant 4)

«Holde det ryddig og rent rundt pasienten, øker trivselen og velværet. Det å hjelpe de ut av senga for å stelle seg, gjør at de blir raskere mobilisert og at de føler seg bedre» (informant 2)

«Ei god natt søvn er viktig for bedre helse» (informant 3)

«Helsefremming er så mye mer enn bare å gi medisiner og gjøre prosedyrer» (informant 1)

Helsefremming skulle føre til en tillit. En tillit som skulle gjøre at pasientene åpnet seg og kommuniserte med sykepleierne slik at de fikk innblikk i hva pasientene måtte bekymre seg for og hva de trengte å få vite noe om. De kunne da se den enkeltes behov. De uttalte:

«Gjøre avtaler og holde dem» (informant 4)

«Vise at du bryr deg og har tid, da skaper du relasjoner som gjør at pasientene føler at de kan snakke om det som bekymrer dem» (informant 5)

Sykepleierne forstod helsefremming som noe som skulle dyrke det friske. Med det mente de at man også skulle holde fokus på det pasientene klarte, det som var bra med livet deres og det de kunne mestre. En av informantene sa:

«Fremme helse ... altså dyrke det friske. Sette mer fokus på det enn bare snakke sykdom»
(informant 6)

Helsefremming var for sykepleierne også trivsel, det å ha det bra på jobben og ha et godt arbeidsmiljø. En annen faktor som de vektla for trivsel og det å ha det bra i utøvelse av faget var meningsfullhet. Fant de en meningsfullhet i jobben sin førte det til trivsel og til en faglig og personlig blomstring. Det å inneha en fagkompetanse gjorde de i stand til å ivareta pasientene på en profesjonell måte. Det ble sagt:

«Vi må ha det bra på jobben for å kunne gjøre en god jobb» (informant 7)

Vi ser her at sykepleierne i spesialisthelsetjenesten ikke bare ser på helsefremming med det tradisjonelle synet av helsefremming som er endring av livsstil, men de ser det som det å

hjelpe pasientene til å ha det bra i den situasjonen pasientene befinner seg i, samt det å hjelpe pasienten til å takle hverdagen etter sykdom.

4.3 Hovedkategori 2: Hvordan utøves og oppleves det av sykepleierne å utøve helsefremmende arbeid

Informantene legger vekt på at det å være en god sykepleier og utøve faget på en profesjonell og dyktig måte, er hovedelementene i utøvelsen av helsefremmende arbeid. Pasientene må bli hørt og få være med på å ta avgjørelser om sitt eget liv og sin behandling. De som sykepleiere må passe på at de ikke behandler hver pasient likt, men skjønne at det er individuelle behov hos hver enkelt pasient. Sykepleierne må være lydhøre overfor pasientene og respektere deres valg og ønsker. Om disse forholdene sa de følgende:

«Pasientene må være med å velge hva de ønsker av behandling, og vi som sykepleiere må respektere deres valg» (informant 4)

«... medbestemmelse tenker jeg er viktig, at de ikke kommer til sykehuset og blir overkjørt ... det tenker jeg vi er for lite flink til ...» (informant 6)

«Vi må ikke behandle pasientene likt, men se de med de ulike behovene de har» (informant 2)

«Vær lydhør for at pasienten faktisk har tanker rundt det som skjer. Vi må ta på alvor det som blir sagt. Overtramp må ikke skje!» (informant 7)

Informantene understreker at for å kunne utøve sykepleie på en profesjonell måte, må sykepleierne være oppdaterte på sine fagkunnskaper og sørge for at all helsefremmende sykepleie som de utøver er forsvarlig. Forsvarlig sykepleie oppnås ifølge informantene gjennom kunnskaper, erfaringer og gjennom ulike former for kvalitetssikring i spesialisthelsetjenesten. Noen av informantene sa:

«(...) er du trygg og oppdatert i fagkunnskapen, blir du trygg i din rolle og vet hvordan du skal utøve profesjonalitet ovenfor pasient og pårørende ...» (informant 7)

«For å utøve forsvarlig sykepleie er vi pliktige til å få kunnskap» (informant 2)

«Behandlingsplaner, medisinsamstemming og pasientsikkerhetsprogrammet er noe av det vi har for å kvalitetssikre vårt arbeid» (informant 4)

«Kvalitetssikring gir forsvarlig sykepleie» (informant 3)

Sammen med sykepleierne sine prosedyrer og fagkunnskaper, må de ivareta pasient og pårørende på en slik måte at pasientene/pårørende føler seg ivaretatt og sett. Sykepleierne må skape rom for en god samtale og en god relasjon. Dette gjør de ved å bry seg om pasienten og finne ut hva pasienten har behov for. Sykepleierne må gi pasientene den hjelpen og den informasjonen de trenger. Samtidig må de være sensitive for hvilken informasjon hver enkelt pasient og pårørende er i stand til å ta imot. De sa følgende:

«(...) skape rom for en god samtale (...)» (informant 3)

«Skape en god relasjon som bidrar til trygghet og ivareta pasient og pårørende (...)» (informant 6)

«Det er viktig å huske på at pasientene er de viktige. Finne ut hva pasienten er opptatt av og bekymrer seg for, og gi den hjelp og informasjon som de trenger» (informant 4)

«Det er ikke slik at alle er A4 og at du må kjøre på med informasjon til pasientene som de kanskje ikke vil ha og som de kanskje ikke takler å få. Du må finne pasientene sine grenser» (informant 7)

Sykepleierne jeg intervjuet legger også vekt på at de må finne pasientene sine grenser. Det var kommet mange behandlingsplaner i den siste tiden som skulle sørge for kvalitetssikring i utøvelsen av helsefaget til pasientene. Noen av disse kvalitetssikringssystemene var utarbeidet av lokale krefter og noen var kommet fra regjeringens side. Eksempler på dette var FLYT, et pasientsikkerhetsprogram som skal sørge for at pasientene får den kvalitet og den sikkerhet de skal ha i avdelingen. Et annet program som kom fra regjeringens side, var programmet 24/7 som også skal kvalitetssikre behandlingen pasientene får. Dette var forhold som sykepleierne visste var en del av det helsefremmende arbeidet som de utøvde på avdelingene. En av dem sa:

«Behandlingsplaner, medisinsamstemming og pasientsikkerhetsprogrammet er noe av det vi har for å kvalitetssikre vårt arbeid» (informant 4)

Informantene sa at all den sykepleien de utøver fra det å si hei, til den mest avanserte pleien var helsefremmende arbeid. Den ene handlingen kunne ikke stå alene som helsefremmende, men alt det de gjorde hang sammen som en enhet for helsefremmende arbeid. En sa:

«(...) all sykepleiekunnskap vi har og utøver er helsefremmende ... observasjoner, relasjoner til prosedyrer (...)» (informant 2)

4.4 Hovedkategori 3: Hvilke eventuelle utfordringer møter sykepleierne eventuelt i utøvelsen av det helsefremmende arbeidet?

Utfordringer sykepleierne opplever å møte når de skal utøve helsefremmende arbeid, strekker seg fra de som jobber nærmest pasienten til ledelse og videre til regjeringens nivå. Dette er utfordringer som blant annet dreier seg om medbestemmelsesretten til pasienten, kommunikasjon med pasient og pårørende, utøvelsen av faget, faglig oppdatering, tid og ressurser og samhandlingsreformen. Alle disse utfordringene er, ifølge informantene, med på å hindre dem i å utøve helsefremmende arbeid. De er mange ganger hindret i å utøve helsefremmende arbeid, men de er også hindret i å gjøre et godt arbeid, slik de ser det. Om disse forholdene sa sykepleierne følgende:

«Den dagen vi har fire eller fem som trenger tilrettelegging, kan vi ikke gi det» (informant 1)

«Vi blir pålagt så mye mer hele tiden, og den tiden vi kunne brukt inne hos pasientene blir brukt på andre administrative ting» (informant 3)

Sykepleierne legger også vekt på at hvis de ser på helsefremming fra et mikronivå, så opplever sykepleierne at de av og til kommer på kollisjonskurs med deres profesjon og pasientenes medbestemmelsesrett. De føler at den jobben de er satt til å gjøre, og vet er best for pasienten, er vanskelig når pasientene ikke selv vil. Her kommer pasientens autonomi versus sykepleiernes profesjonalitet, og det å skulle hjelpe, på kollisjonskurs. Det ble sagt:

«Jeg føler av og til at vi kommer på kollisjonskurs med medbestemmelsesretten til pasientene og det som er min jobb» (informant 2)

Å kommunisere med pasient og pårørende kan være utfordrende. Sykepleierne mener at det mange ganger kan være utfordrende at pårørende og pasient ikke at skjønner at etter

samhandlingsreformen kom, skal ikke pasientene være på sykehuset til de er ferdigbehandlet. Kommunikasjonen svikter ifølge dem. En sykepleier sa:

«Mange ganger er det utfordrende med samarbeid med pårørende, spesielt etter samhandlingsreformen. De tror at en skal være på sykehuset til en er ferdigbehandlet, men slik er det jo ikke. Vi bommer på kommunikasjonen der» (informant 5)

Kommunikasjon tverrfaglig kan også være en utfordring, da alle med ulike fagprofesjoner har sine forforståelser og det kan være vanskelig å forstå hverandre.

Samhandlingsreformen har videre gjort det vanskelig å gi en fullverdig behandling til pasientene mener informantene. Når målet er å få pasientene raskest mulig ut av sykehuset og kommunene har inntaksstopp, da møter sykepleierne på utfordringer i det helsefremmende arbeidet. Det ble sagt at:

«Når det er inntaksstopp i kommunene og samhandlingsreformen er helt klar i sine retningslinjer, møter vi på utfordringer» (informant 3)

Sykepleierne forteller at i relasjonene med pasientene kommer ofte usikkerheten om det de har gjort er rett, om de har gjort nok, har de gjort for lite eller har de gjort for mye. Sykepleierne selv mener det er en fin balanse å skulle utøve profesjonen rett. Når de trenger å snakke med sine kollegaer kan det være vanskelig. Årsakene til at det kan være vanskelig er sammensatte. Mange føler at de ikke har støtte i kollegiet, de har ikke tid til faglig oppdatering eller tid til å snakke fag. De har ikke tid til å snakke om «fagtingene», snakke om behandlingsmiljøet, hvilke behandlingsmål de har på avdelingen og hvordan de utøver faget sitt. Hvis de kunne ha snakket om disse forholdene hadde de blitt mer bevisste på faget sitt. Ifølge informantene er ikke sykepleierne så bevisste sine handlinger, sitt fag og sin profesjon. Om disse tingene sa sykepleierne dette:

«Når man er usikker på om man gir for lite eller om man gir for mye» (informant 2)

«Vi har ikke tid til å snakke om fagtingene våre, om behandlingsmiljøet, hva vi gjør og hvordan utøver vi for eksempel respekt. Jeg tror vi har en lang vei å gå. Jeg tror ikke vi er så bevisst» (informant 7)

Sykepleierne mener at tilstrekkelig tid og ressurser kunne bidratt til at de kunne ha oppdatert seg faglig, snakke fag og gitt hverandre støtte. Studien viser at det de fleste sykepleierne mente de manglet mest av er tid.

Sykepleierne blir hele tiden pålagt mer og mer administrative oppgaver, og det er tiden med pasientene det går utover ifølge informantene. Sykepleierne sier at de heller ville brukt mer tid på pasientene. Det å sette inn flere ressurser når arbeidsmengden øker sier de er noe som sykehusene ikke har råd til eller hjemmel til. Avdelingssykepleierne har ikke mange sykepleiere å ta av, slik at det er vanskelig å sette inn flere sykepleiere i arbeid. Sykepleierne som jobber med direkte pasientrettet arbeid blir nedprioritert. Fokuset ligger ikke på deres arbeidsforhold, deres tidsklemme og deres økte mengde med administrative oppgaver. Dette fører til at mange ikke trives på jobb og det gjenspeiler seg i yrkesutøvelsen, i den profesjonen de skal utøve. En av informantene sa at:

«Folk på gulvet blir nedprioritert. Kollegaene finner ikke tid til å støtte hverandre. De trives ikke da i jobb. Det sier noe om tiden vi er i nå og som det kommer mer av. Pengene er de som rår» (informant 7)

Et interessant funn i akkurat denne konteksten med at sykepleierne som ble intervjuet føler at de ikke har tid, er at en av informantene mente at sykepleierne har tid, men at de *«dyrker denne vi har ikke tid»*, og at med små grep var det mulig å få bedre tid og da også skape en illusjon av tid ut mot pasientene.

Andre informanter sa at det var utfordrende å utøve helsefremmende arbeid når pasientene ikke ville være til bry fordi de så at sykepleierne hadde så dårlig tid og så mye å gjøre. Det ble sagt at *«Pasientene vil ikke være til bry. De ser at vi ikke har så god tid»* (informant 3). Det å stå med hånden på dørhåndtaket når du snakket med pasientene, var ikke heldig og gjorde pasientene stresset. De mente at satte de seg ned hos pasienten, kunne de skape et inntrykk av tid samtidig som de sparte tid. Alle parter ble da mer fornøyd.

4.5 Hovedkategori 4: Opplever sykepleierne at det helsefremmende arbeidet som blir utøvd har noen betydning og eventuelt hvordan

Sykepleierne merker at når de har utøvet sin profesjon slik at pasient og pårørende er fornøyde, så smitter det over på det kollegiale. Miljøet på avdelingene blir bedre, alle blir mer fornøyde. Informantene fortalte at pårørende og pasient smiler når den sykepleieren de er fornøyd med kommer inn til dem, personalet er hyggeligere mot hverandre og da mot andre pasienter. Det har stor ringvirkning. Ifølge sykepleieren er det det som holder sykepleierne i jobb, de gode tilbakemeldingene, de fornøyde pasientene og et godt arbeidsmiljø. Dette ble sagt:

«At pasientene er fornøyd har en stor ringvirkning» (informant 4)

«Gode resultater gjør at jeg blir påmint om hvorfor jeg jobber med dette» (informant 3)

«Miljøet på avdelingen blir bedre og alle blir mer fornøyde» (informant 1)

Når de har utført godt helsefremmende arbeid, ser de at pasientene føler seg tryggere, de senker skuldrene, de ligger ikke *«anspent over madrassen»* som en av informantene uttalte.

Når pasienter og pårørende får tilstrekkelig informasjon og det foreligger en god kommunikasjon, så hindrer det en god del reinnleggelser av pasientene. I tillegg ser de at når det er tilstrekkelig og rett mengde og tilpasset informasjon, så blir pasientene mobilisert raskere, de kommer seg raskere på beina, de blir tryggere og de kommer seg raskere hjem. De får mer kontroll over sin situasjon. Om disse forholdene ble det blant annet sagt:

«Hvis informasjon blir gitt rett og av en lege, hindrer du en del innleggelser og lengre opphold» (informant 6)

Det er når de har gjort ting rett i det helsefremmende arbeidet, at de ser de gode resultatene og at de får de gode tilbakemeldingene. De blir påmint hvorfor det er viktig å utøve helsefremmende arbeid, hvorfor det er viktig å være profesjonell, ha en skikkethet og egnethet inn i yrket og ha gode oppdaterte fagkunnskaper. Med dette mener de at alle de forholdene rundt helsefremmende arbeid som de har snakket om er viktige. Informantene gav uttrykk for at de selv ble glade når de har klart å få til helsefremmende arbeid. De sa:

«De positive tilbakemeldingene jeg får, legger jeg inn i en del av hjertet mitt. De holder meg gående i yrket mitt» (informant 3)

5 Analyse

Jeg skal i denne delen av oppgaven drøfte funnene fra intervjuene jeg gjennomførte med sykepleiere i spesialisthelsetjenesten. Jeg vil i analysekapittelet bruke de fire underproblemstillingene som jeg brukte i presentasjonen av funnene i forrige kapittel. Under hver av disse hovedkategoriene blir det presentert og drøftet ulike underkategorier/begreper som kom tydelig frem i empirien.

Hovedkategoriene er:

- 1.Hva mener sykepleierne helsefremmende arbeid er?
- 2.Hvordan utøves og oppleves det av sykepleierne å utøve helsefremmende arbeid?
3. Hvilke utfordringer møter sykepleierne eventuelt i utøvelsen av det helsefremmende arbeidet?
4. Opplever sykepleierne at det helsefremmende arbeidet som blir utøvd har noen betydning og eventuelt hvordan?

Disse hovedkategoriene har hver for seg som nevnt underkategorier/begreper som jeg skal drøfte. Grunnen til at jeg velger å gjøre det slik, er at hver underkategori har ulike funn under hver sin hovedkategori. For å få frem de ulike resultatene og se disse i lys av teori og tidligere forskning, kan det komme frem ny forståelse for problemstillingen min som er:

Hvordan utøves og oppleves helsefremmende arbeid blant sykepleiere i spesialisthelsetjenesten?

Jeg skal drøfte funnene mine opp mot teori og se denne drøftingen i sammenheng med min problemstilling. Jeg kommer i all hovedsak til å bruke teorien jeg la vekt på i teorikapittelet, men jeg kommer også til å supplere med andre teorier. Dette gjør jeg for å få frem flere nyanser samt å støtte bedre opp rundt funnene. I tillegg kommer jeg til å se på mine funn i forhold til tidligere forskning om helsefremmende arbeid.

5.1 Sykepleiernes oppfatning av hva helsefremmende arbeid er

Den kvalitative studien min viser at de fleste sykepleierne til å begynne med var usikre på begrepet helsefremming helt til de fikk snakket rundt selve begrepet. Årsaken er at begrepet ikke blir mye brukt i spesialisthelsetjenesten, men de forstod likevel hva det innebar. Som en av informantene sa: «*Jeg er noe usikker på ordet helsefremming*». Noen fortalte at de var glade for at de hadde fått intervjuguiden på forhånd slik at de kunne tenke litt på begrepet helsefremming i forkant av intervjuet. En annen av informantene sa at da han fikk høre om temaet helsefremming tenkte han «*hva er det hun mener? Helsefremming?*» Alle informantene hadde en mening om helsefremmende arbeid, men alle var usikre på om den var rett når det kom til spesialisthelsetjenesten. Når jeg skulle analysere, var det stort sprik i hva informantene la i begrepet helsefremmende arbeid. De la vekt på ulike forhold, alt fra skikkethet og egnethet til omsorg og prosedyrer. Gammersvik og Larsen (2012) peker i sin bok om helsefremmende arbeid på at det er vanskelig å sette en definisjon på hva helsefremming er. Årsaken er at vi har ulike perspektiver, ulike bakgrunner og ulike profesjonelle roller som påvirker hvordan vi definerer helsefremming (Gammersvik & Larsen, 2012).

Som min studie som nevnt viser, er mange av sykepleierne til å begynne med usikre på begrepet helsefremmende, men da informantene ble tryggere på begrepet, kom de frem til at mye av de tiltakene som har kommet i den senere tid i spesialisthelsetjenesten var helsefremmende tiltak, samt at den profesjonen de utøver som sykepleier er helsefremmende. En av informantene sa at «*(...) all sykepleiekunnskap vi har og utøver er helsefremmende ... observasjoner, relasjoner til prosedyrer (...)*». Det kom frem gjennom intervjusamtalene at begrepene helsefremming og sykdomsforebygging gikk hånd i hånd i sykepleierne sin praksis slik de beskrev det. Det ene begrepet stod som oftest i sammenheng med det andre. Ifølge Gammersvik og Larsen (2012) er det helt vanlig at begrepene helsefremming og sykdomsforebygging blir brukt om hverandre. Videre sier Gammersvik og Larsen at selv om disse begrepene blir brukt om hverandre og på mange områder er nokså like, noe som kommer tydelig frem i min undersøkelse, er det likevel noe som skiller helsefremmende arbeid og sykdomsforebyggende arbeid på viktige områder. Sykdomsforebyggende arbeid tar for seg spesifikke sykdommer og er opptatt av å hindre for eksempel en spredning eller en forverring av en sykdom, mens helsefremmende arbeid legger større vekt på hvordan enkeltindividers valg er begrenset av forhold som er utenfor deres kontroll (Gammersvik &

Larsen, 2012). Helsefremmende arbeid og sykdomsforebygging er komplementære heller enn alternativer til å bedre folkehelsen (Gammersvik & Larsen, 2012). Dette kom også tydelig frem under intervjuene med sykepleierne i spesialisthelsetjenesten. Samtidig som sykepleierne til å begynne med hadde problemer med å forstå begrepet helsefremmende arbeid knyttet til spesialisthelsetjenesten, mener de at alt arbeid de utøver er helsefremmende. Årsaken til dette kan være at de tenker at utøvelsen av profesjonen sykepleie er helsefremmende siden de jobber med menneskers helse. En annen årsak kan være at det bare er begrepet helsefremming som blir lite brukt og som ikke har blitt satt i fokus i spesialisthelsetjenesten, slik at det fremstår som fremmed for sykepleierne.

Sykepleierne la videre vekt på at hvis de utøver korrekt håndlag og reflektert sykepleie er det helsefremmende. Hvilket håndlag de utøver i sitt helsefremmende arbeid, kommer jeg inn på under punkt 5.2.

Sykepleierne sa også at det var viktig i det helsefremmende arbeidet å holde fokuset på hver enkelt pasient sine behov. De sa blant annet at «(...)» *tenker jo at det er litt sånn individuelt i forhold til hva den enkelte har behov for, hva som gir god helse hos den enkelte ...»* Ifølge Gammersvik og Larsen (2012) handler helsefremmende arbeid om hvordan man tilrettelegger for at det enkelte menneske skal oppleve større kontroll over eget liv og over egen helse. Derfor har helsefremmende arbeid fokus på empowerment og bygging av kapasitet hos den enkelte og hos lokalsamfunn (Gammersvik & Larsen, 2012).

At det ikke har vært så stort fokus på helsefremmende arbeid innenfor sykepleierfaget tidligere, er noe som gjenspeiler seg i intervjuene som jeg utførte blant sykepleiere i spesialisthelsetjenesten. Helsefremmende arbeid er ikke noe nytt, men fagfeltet har vokst og utviklet seg den siste tiden (Haugan & Rannestad, 2016).

Mine funn viser at sykepleierne ikke er helt bevisst sin betydning og rolle i helsefremmende arbeid, noe også tidligere forskning viser. Dette er akkurat det Casey Dymrna (2006) kom frem til i sin forskning av sykepleiernes forståelse av helsefremmende arbeid. Hun fant også at sykepleierne hadde problemer med å beskrive helsefremmende arbeid. I hennes artikkel kommer det frem at informantenes forståelse for helsefremmende arbeid dreide seg om å oppmuntre og undervise pasientene (Dymrna, 2006). Dette blir støttet av studien til Robinson og Hill (1999) som fant at «(...) hospital nurses have lack of knowledge and skills to put in

practice og health promotion (...)» (Robinson og Hill 1999, s. 13). Det som Robinson og Hill (1999) fant i sin studie som omfattet manglende kunnskap, fant ikke Dympna (2006), men den manglende forståelsen sykepleierne hadde om helsefremmende arbeid hadde de felles. Jeg fant i likhet med Dympna (2006) heller ikke at sykepleierne syntes at de manglet ferdigheter om det helsefremmende arbeidet, derimot var det utfordringer som hindret dem i å utøve helsefremmende arbeid, noe jeg skal komme tilbake til under 5.3.

Jeg skal videre gå inn på ulike forhold som informantene trakk frem i diskusjonen av hva de anser som helsefremmende arbeid i spesialisthelsetjenesten. I hovedkategori 1 ble det gjort en del funn som gjorde at det ble nødvendig at jeg delte de opp i tre underkategorier. Under samtalene var det noen tema som informantene løftet frem som gjorde dette nødvendig. De tre underkategoriene er:

1. Folkeskikk og god kommunikasjon,
2. Profesjonalitet og omsorg,
3. Individualitet og miljø.

5.1.1 Folkeskikk og god kommunikasjon som definisjon på helsefremming

På spørsmålet om hva sykepleierne la i begrepet helsefremmende arbeid og hva de mente helsefremmende arbeid er, ble det som tidligere nevnt noe usikkerhet rundt selve ordet helsefremming. De kom likevel fort frem til hva de la i begrepet og hva de tenkte rundt begrepet helsefremming.

Noe de fleste av informantene la vekt på, var egnethet og skikkethet til profesjonen sykepleie. De kalte det folkeskikk. De mener at det å kunne vise folkeskikk er viktig i møte med pasientene. Med begrepet folkeskikk legger de vekt på å oppføre seg, vise seg profesjonell og være høflig. En av sykepleierne sa følgende om folkeskikk: «*Det å kunne oppføre seg og være høflig legger til rette for trygge relasjoner og de kan føle seg trygg og ivaretatt*». Det å presentere seg og hilse anses som viktig. Det ble også sagt at det er viktig å møte blick og å være på samme nivå som pasienten. Med dette mener de at sykepleierne skal sette seg ned slik at de kommer i samme høyde som pasientene. Det er viktig å ikke ha en «*ovenfra og ned*» holdning. De understreker også dette med å gi et smil og sette seg ned, vise at de har tid til pasientene. En annen av sykepleierne sa at det var viktig å «*vise vanlig høflighet, banke på*

døra, presentere meg, ta i hånda, møte blikk, være på samme nivå. Sette meg ned, vise at jeg har tid, ikke stå med hånda på dørhåndtaket». Sykepleieren sa at klarer de å følge dette, er de på god vei inn i det helsefremmende arbeidet. De kan på denne måten skape en god relasjon til pasientene. Den gode relasjonen blir skapt på bakgrunn av god kommunikasjon, at pasienten føler seg sett, ivaretatt og trygg. En annen måte å skape en god relasjon på er ifølge informantene å skape trygghet. Det ble sagt: «å lytte og være tilstede», og «for å kunne innby til trygghet må du kunne jobben din». Det å skape trygghet er viktig for god relasjon.

Professor Per Fugelli sier at mennesket er mer enn bare privat kropp. Det er også sjel og kropp. Han sier at det å føle seg trygg er en av mange viktige komponenter for god helse (Fugelli, 2010). Klarer sykepleierne å huske på dette og klarer de å skape trygghet, kan de skape en god helse hos pasientene. Det å ha god oppførsel og det å skape trygge relasjoner er to av mange viktige faktorer i helsefremmende arbeid (Benner & Wrubel, 1989). Ifølge Florence Nightingale (1820-1910), som blir regnet som sykepleiens grunnlegger og mor, er det en selvfølge å utøve gode holdninger og god oppførsel. Det ble på den tiden ikke skrevet så mye om det å ha god oppførsel for å utøve god sykepleie. Tiden har endret seg slik at oppførsel er noe som har blitt nødt til å bli satt på dagsorden (Karoliussen, 2011). En som har lagt til oppførsel som en komponent for god sykepleie er Søster M. Simone Roach. Hun har skrevet om forpliktelse som menneske og som sykepleier. Hun sier at forpliktelse er en komplett følelsesmessig reaksjon ved at ens ønsker og plikter faller sammen og ved at personen gjør et bevisst valg for å handle i overensstemmelse med dette. I ordet forpliktelse ligger medfølelse, tillit, samvittighet og verdig oppførsel (Karoliussen, 2011). Roach mener at oppførsel som er anerkjent og som er riktig for den situasjonen en befinner seg i, er for lite påaktet i dagens helsevesen (Karoliussen, 2011).

At god folkeskikk er med på å være helsefremmende er ikke så vanskelig å forstå når vi ser på hva folkeskikk betyr. At det er helsefremmende å bli sett, bli behandlet med respekt og det å bli behandlet som et menneske, er nok noe de fleste av oss kan være enige om. Antonovsky (2012) sier i sin bok «Helsens mysterium» at for å få en sterk OAS så må det være høy begripelighet i det man utsettes for, for å komme seg sterkt ut av en personlig krise eller traume som en befinner seg i. Begripelighet handler om i hvilken grad man opplever at de stimuli man utsettes for, enten de er indre eller ytre, er kognitivt forståelige. Han sier at mennesker som møter på en forståelig, forventet handling i den situasjonen en befinner seg, kommer seg bedre mestret ut av en situasjon som man befinner seg i (Antonovsky, 2012).

Dette kan knyttes til forståelig oppførsel. Hvis pasienten ikke blir møtt med høflighet og god folkeskikk i en situasjon som de forventer dette, kan deres begripelighet i situasjonen bli endret. Ifølge informantene mine skal god folkeskikk være en selvfølge i helsevesenet. Hvis dette mangler kan pasientenes mestringssevne i forhold til sin sykdom svekkes (Antonovsky, 2012). Hvis pasientene føler at sykepleierne er sinte, sure og at de selv får en følelse at de er til bry, kan den helsefremmende sykepleien og behandlingen bli dårligere. Kommunikasjonen stopper opp, relasjonsbyggingen stopper opp og pasientene får ikke en fullverdig behandling (Eide & Eide, 2007). God oppførsel er noe som mine informanter er bevisste på. Mange nevner hvor viktig det er å hilse og ta pasient og pårørende i hånden. En av informantene sa at *«Jeg sier hei når jeg kommer på morgenen på jobb, og de skvetter liksom når jeg sier det»*. Her mener kanskje informanten at det ikke er så vanlig å hilse på hverandre i avdelingen og være høflig og blid.

Sykepleierne sier videre at kroppsspråk er viktig. I mange situasjoner må de ha smitteklær på inne hos pasientene, og da er det ifølge informantene viktig å ha et kroppsspråk som er vennlig og et blick som sier at *«jeg er her for deg»*. Det å ha et godt nonverbalt språk støttes av Eide og Eide (2007) som sier at nonverbal kommunikasjon er en grunnleggende profesjonell ferdighet som bidrar til å bygge opp tillit, trygghet og forståelse. Eide og Eide sier videre at uten denne ferdigheten kan det være vanskelig å oppnå en felles forståelse (Eide & Eide, 2007). Kan det være at dagens kommunikasjonsmåte i avdelingene er så endret fordi dagens sykehusmiljø er så hektisk og utfordrende og at høfligheter noe sykepleierne glemmer av. Samtidig er kommunikasjon og høflighet noe som de fleste blir opplært i fra barndommen (Eide & Eide, 2007) og som i tillegg er en del av sykepleierutdannelsen. Sykepleierne mener at det å være oppmerksomme på sitt eget kroppsspråk også er viktig i forhold til pasientene. Kroppsspråket er også med på å enten skape trygghet eller utrygghet. De mener at det ikke er mye som skal til, men at *«et smil og et høflig nikk er viktig»* og de mener at ved å være bevisst sitt eget kroppsspråk kan det skapes en bedre relasjon og følelse av tid ved bruk av enkle midler som *«å sette seg ned hos pasienten og være tilstede der du er»*. Kroppsspråket vårt er nonverbale uttrykksformer ifølge Eide og Eide (2007). De sier videre at de nonverbale uttrykksformene våre ofte uttrykker våre spontane reaksjoner. De uttrykker ikke bare de bevisste reaksjonene, men også de ubevisste reaksjonene og følelsene som kommer opp i de ulike situasjonene vi til stadighet befinner oss i. Slike reaksjoner kan være et smil, en bekymret rynke, et medfølelse blick og/eller måten vi bruker kroppen vår på. Alt er med på å

formidle noe til den andre part i en kommunikasjonsprosess. Mange ganger kan kroppsspråket være mer tydelig på hva vi formidler enn med ordene vi bruker (Eide & Eide, 2007). Dette vises godt hos sykepleierne hvis de sier noe, men kroppen deres viser noe annet. Dette skaper ikke en god kommunikasjon med pasientene, pårørende eller med kollegaene. Travelbee (1999) støtter Eide og Eide (2007) i dette og sier at non verbal kommunikasjon overfører budskap uten bruk av ord. Hun sier videre at den non-verbale kommunikasjonen alltid ledsager den verbale kommunikasjonen, som når to mennesker er i en samtale (Travelbee, 1999).

Under intervjuene kom det frem at sykepleierne er bevisste på hvordan de bruker sitt kroppsspråk. Det at de *«kan ikke stå med hånden på dørhåndtaket mens vi snakker med pasientene»* syntes de er viktig og at de *«gjør noe inne hos pasienten, mens tankene er i neste rom»*, det ser pasientene, sier de. Eide og Eide (2007) sier at vårt kroppsspråk er avgjørende for vår kontakt og trygghet i relasjoner som skal bygges eller som allerede er etablert (Eide & Eide, 2007). Når sykepleierne klarer å utøve god kommunikasjon med et menneske på en forståelig og høflig måte, blir det lettere å skape en relasjon til et annet menneske samtidig som det er lettere for den andre part å forstå sykepleieren. Dette legger et godt grunnlag for en god helsefremmende samtale. Her kan ikke sykepleierne si verbalt at de har tid eller at de bryr seg om pasientene hvis de ikke mener det. Kroppsspråket deres vil avsløre dem hvis de ikke har tid (Eide & Eide, 2007). Her kommer det inn en forskjell på hvor lenge sykepleierne har utøvd faget sitt. Benner (2000) har beskrevet hva som kjennetegner sykepleiere fra de er noviser til de er eksperter. Hun sier at som noviser er sykepleierne i liten grad i stand til å snakke eller til å lytte fordi de må konsentrere seg om den handlingen som foregår. Etter hvert som sykepleierne blir kjent med kommunikasjonsprosessen og med de handlingene de utøver, beveger de seg sakte videre fra nybegynner (novise), via avansert begynner, kompetent utøver, kyndig utøver til ekspert. Det kommer frem i undersøkelsen min at de sykepleierne som har jobbet som sykepleiere i lang tid, syntes at kommunikasjonsprosessen er mindre utfordrende, men de mener at det er viktig å utøve den rett og at kommunikasjonen da kan bli helsefremmende.

Noen av informantene mente også at høflighet i kollegiet var viktig. Det ble sagt at *«vi må ha det bra på jobben for å kunne gjøre en god jobb»*. Det informanten her mener er at hvordan sykepleierne behandlet hverandre, smittet over på pasientene og på pårørende. Dette kjenner vi som smitteeffekt og som blir omtalt av både Eide og Eide (2007) og Antonovsky (2012).

Videre sa en annen om arbeidsmiljø at «vi må ta vare på de ansatte slik at de kan gjøre en god jobb ut mot pasientene». Det vi ser her er at kommunikasjon og OAS befinner seg på alle ledd i prosessen. Alle har sin opplevelse av situasjonen og alle står kontinuerlig i en kommunikasjon med andre mennesker. God kommunikasjon er med på å skape et godt miljø på avdelingene både blant de som jobber der og alle de som befinner seg der (Eide & Eide, 2007). God kommunikasjon er noe informantene mine sa er viktig for å skape et godt arbeids og behandlingsmiljø, og et godt miljø som de vil være i og som bidrar til at de får god helse slik at de kan jobbe med helse hos pasientene.

Ved å skape et godt miljø for pasienter og ansatte, vise en verdig og god oppførsel, samt og se på pasientene som likeverdige mennesker, er sykepleierne i stand til å utøve profesjonalitet. Profesjonalitet og omsorg var to andre begrep informantene mente var helsefremmende.

5.1.2 Profesjonalitet og omsorg som definisjon på helsefremming

Profesjonalitet var noe som informantene snakket mye om under intervjuene. De vurderte det å være profesjonell som en viktig del av yrket sitt og en viktig del av det å jobbe helsefremmende. De knyttet det å være profesjonell til å ha fagkunnskap, kunnskap om sykepleiefaget og om sykdomslæren sin. En av informantene sa at «for å utøve helsefremming må du ha gode fagkunnskaper, de rette fagkunnskaper». Sykepleierne mente også at det var viktig å ha kunnskap om hvordan man behandler et medmenneske, kunnskap om prosedyrer og kunnskap om etikk og estetikk. Det ble sagt at «etikken må være tilstede. Uten den er det ikke omsorg der egnethet er på plass». Det refereres her til den høfligheten og oppførselen som de snakket om tidligere. De vektla også at det «å kunne erkjenne at man av og til ikke vet eller er kvalifiserte nok til å utføre en oppgave eller til å være i stand til å håndtere en situasjon», var også å være profesjonell. Det å kunne erkjenne at pasientene er egne selvbestemmende individer og har egne tanker og følelser var også viktig ifølge sykepleierne. De måtte «være lydhør for pasientene sine valg». Dette er i tråd med Fugelli (2010) sin påpekning om at en del av det å ha god helse er å bli sett og anerkjent for det mennesket du er. Han legger vekt på at det er viktig å ha verdighet og handlingsrom i eget liv. Dette kan sykepleierne skape ved å være profesjonelle, reflekterende og ha respekt for det pasienten føler, tenker og mener.

Sykepleierne mener at det i helsevesenet skapes lite rom og fokuseres for lite på det å være profesjonell. Det å være profesjonell og utøve profesjon er ifølge dem betryggende for

pasientene. Det innbyr til trygghet og gode relasjoner. En av informantene sa følgende: «*For å skape trygghet må du vise at du kan jobben din*».

En annen sa: «*Utøver vi den kunnskapen som man skal, så smitter det over til den dialogen man har til pasientene*». Dette viser at det å være profesjonell ifølge informantene har stor påvirkning på helsen hos pasientene. Denne typen profesjonalitet, mener sykepleierne jeg intervjuet, kan bidra til helsefremming hos pasientene i spesialisthelsetjenesten, og det er dette som kalles medisinsk profesjonalitet. Medisinsk profesjonalitet blir definert til å omfatte fire likeverdige deler. Disse delene er medisinsk kompetanse, humanisme, etterrettelighet og altruisme. Medisinsk kompetanse omfatter beherskelse av det medisinske kunnskapstilfanget, inkludert etisk og juridisk forståelse, praktiske ferdigheter, kommunikasjonsevner og evnen til å benytte disse elementene sammen i praksis (Stern, 2006). Når sykepleierne klarer å sette sammen disse komponentene, mener de selv at de klarer å utøve god helsefremmende sykepleie.

Det viser seg ut fra studien at det kan være helsefremmende både for pasient og sykepleier at det utøves profesjonalitet. En av informantene uttrykte det slik: «*At man holder på med noe som er meningsfullt. At vi får brukt den kompetansen vi har og at man blir hørt ut fra den fagkunnskapen man besitter, det tror jeg er helsefremmende*». Dette kan tyde på at det altså ikke bare er helsefremmende overfor pasientene at sykepleierne er profesjonelle, men det blir også helsefremmende for sykepleierne å få lov til å være profesjonelle. Det å få lov til å være profesjonell gjør det lettere «*å stå på*» i jobben og også lettere «*å holde ut*» i jobben. Det at det ikke gis rom for å være profesjonell mener sykepleierne kan være en av årsakene til at det er stor turnover på sykepleierne i spesialisthelsetjeneste. Videre mener de at grunnen til at sykepleierne ikke klarer å stå så lenge i den harde arbeidshverdagen, kan være at det er lite rom for profesjonalitet, det å drøfte profesjonalitet i hverdagen.

Ingen av informantene nevnte at det var viktig å holde seg selv faglig oppdatert. Om sykepleierne i undersøkelsen ikke tenkte på det å oppdatere seg på fagkunnskapen som noe som var viktig for å være profesjonell er usikkert. Det som er sikkert er at ifølge dem er ikke den faglige opplæring rundt helsefremming prioritert. Dette støttes av Dympna (2006) som fant at faktorer som utdanning og oppdatering innenfor helsefremming var barrierer for utøving av helsefremmende arbeid (Dympna, 2006). Det som verken studien min eller Dympna sin studie sier noe om, er hvordan sykepleierne skal kunne finne rom for faglig oppdatering i en allerede tidspresset arbeidssituasjon.

I sykepleiernes profesjonalitet står det å vise omsorg veldig sterkt og sentralt (Kristoffersen, 2011). Studien min viste at informantene mente at pasientene må settes i fokus og at omsorg er en viktig del av det å ivareta pasientene og i det å utøve helsefremmende arbeid. Omsorg kan være mye og er et vidt begrep. Fra det som en av informantene sa «*Holde det ryddig rundt pasienten, stelle dem, få de opp av sengen, fremme matlysten og slike ting, det gir dem en følelse av ivaretagelse*» til det å «*(...) hjelpe dem til å bli mer kapabel til å takle hverdagen etter sykdom, samt å hjelpe dem fremover*». Tidligere har omsorg vært forbundet med pliktighet og underkastelse (Benner & Wrubel, 2014). Det at omsorg ble forbundet med pliktighet og underkastelse, betyr at det å vise omsorg var noe du måtte gjøre på grunn av din profesjonalitet, ikke på grunn av din medmenneskelighet og din egen lyst til å ta vare på et annet menneske. Slik er ikke betydningen og oppfattelsen av omsorg lenger. Med utgangspunkt i et fenomenologisk menneskesyn ses mennesker alltid i forhold til andre mennesker, og de mellommenneskelige relasjonene vi har, definerer oss som person (Benner & Wrubel, 2014). Ifølge informantene kan omsorg som relasjonsbygging være helsefremmende. Sykepleierne må huske å gjøre som de selv påpekte, det å «*Lytte og være tilstede, det kan fremme deres helse*». Benner og Wrubel (2014) mener at omsorgen er grunnlaget for altruisme, ikke motsatt, som tidligere var oppfattelsen. Ut fra utsagnene ovenfor fra informantene, kan vi tydelig se at omsorg er mer enn selvpoffrelse. Det er noe annet enn total underkastelse og altruisme. Omsorg er ut fra dette fagkunnskaper for å kunne hjelpe pasientene fremover, kunnskaper om betydningen av etikk og estetikk og evnen til å være tilstede mentalt der du er (Benner & Wrubel, 2014).

Videre mener sykepleierne i studien at «*helsefremming ... det er skikkethet og egnethet*» og er en del av det som er viktig for å kunne drive helsefremmende arbeid. Det sykepleieren sier her er at uten å være medmenneskelig og uten å ville det beste for pasientene, er ikke en person egnet til å være sykepleier. Hvis sykepleieren ikke klarer å se lenger enn at det er en jobb for å betale regninger eller at de tenker at sykepleie bare er de tekniske prosedyrene, klarer de ikke å utøve en helhetlig pleie og ivaretagelse at pasientene. Hvis du ikke liker å hjelpe mennesker eller ikke liker kroppskontakt, er ikke sykepleieryrket noe for denne personen å jobbe med. En av informantene sa følgende om dette:

(...) når du skal skape relasjoner, må du ønske kontakt og nærhet med et annet menneske, og det er nok her egnethet kommer inn. Når du søker jobb står det jo egnethet som en egenskap som de ønsker (...).

Benner og Wrubel (2014) sier at for å klare å utføre disse handlingene på en god og reflektert måte, må man også ha et ønske om å hjelpe, et ønske om at det menneske som du har fått et ansvar for å hjelpe skal klare å nå sine mål, et ønske om være til stede for et annet menneske. Har du det, kommer altruismen som et resultat av det. Ifølge Benner og Wrubel (2014) kan man ikke si at omsorg er av betydning for å fremme helse hvis du ikke har lyst til å utøve omsorg, og du kan heller ikke utøve en god omsorg uten å føle at det er verdifullt. På lik linje med det sykepleierne i studien min mener om omsorg, så sier også Benner og Wrubel (2014) at omsorg er det grunnleggende i sykepleien. De mener at det er helt nødvendig at de bryr seg om pasientene sine. Sykepleierne må også involvere seg i dem, slik at sykepleierne skal kunne forstå pasienten og pasienten sin situasjon. På den måten kan sykepleierne klare å hjelpe pasienten ved å få kjennskap til pasientens ressurser og også til sykepleieren sine egne ressurser (Benner & Wrubel, 2014). Ved å utøve omsorg på dette nivået, og ut fra slike eksempler som det sykepleierne her gir, så får pasienten en opplevelse av ivaretakelse, en opplevelse av å bli sett. Dette skaper en OAS hos pasientene. Zautra og Hempel (1984, s. 97 referert i Antonovsky, 2012) skriver at det er en sammenheng mellom helse og velvære. Hvis det å gi omsorg kan gi velvære hos pasientene ved å føle seg sett og ivaretatt, så kan dette gi en sterkere opplevelse av OAS. Jo sterkere opplevelse vi får av OAS, jo lettere er det å mestre sin sykdom og få en bedre helse raskere (Antonovsky, 2012).

For å kunne gi et helhetlig helsefremmende tilbud så holder det ikke å bare se eller bare bry seg om pasientene. Ifølge sykepleierne i studien må de også *«kunne sitt fag og utøve sin profesjonalitet»*. Ifølge Benner og Wrubel (2014) så henger alt dette sammen. De mener at man ikke kan utøve sykepleie basert på bare tekniske prosedyrer, men man kan heller ikke utøve en fullverdig sykepleie med bare å vise omsorg. Profesjonalitet er sammensatt og komplekst. Det er alt som sykepleieyrket består av. Utøver man en fullverdig sykepleie og ser det mennesket man lindrer og hjelper kombinert med de prosedyrer som skal til, er helsefremming et resultat av det.

Videre når sykepleierne skulle si hva deres oppfattelse av helsefremmende arbeid var, stod individualitet og miljø som viktige begreper.

5.1.3 Individualitet og miljø som definisjon på helsefremmende arbeid.

I forståelsen for hva helsefremmende arbeid var, la sykepleierne også vekt på individualitet og miljø. De mente at disse to punktene var gode stikkord for hva de la i begrepet helsefremmende arbeid. En av informantene sa følgende om hva helsefremming er: «(...) *tenker jo at det er litt sånn individuelt i forhold til hva den enkelte har behov for, hva som gir god helse hos den enkelte*». Ifølge Gammersvik og Larsen (2012) må man, for å kunne ta vare på den enkelte og for å kunne fremme den enkeltes helse, se på hva det er den enkelte pasient har behov for. I et omsorgsperspektiv er alltid pasientens situasjon utgangspunktet med sine personlige og sosiale ressurser, men også med sine utfordringer og problemer (Gammersvik & Larsen, 2012). Det er nettopp dette sykepleieren her gir uttrykk for. Sykepleieren må ta hensyn til hva den aktuelle pasienten finner som problemfylt, hva pasienten opplever som skremmende og hva pasienten opplever som utfordrende. En av informantene sa at «*det er viktig å holde fokus på det pasienten klarer og det som er bra i livet hans*». Her ser vi at sykepleieren ser at man selvsagt også må se på hva pasienten opplever som positivt og finner behagelig for å kunne gi en helhetlig omsorg som helsefremmende arbeid. Benner og Wrubel (2014) sier at hvis ikke sykepleierne klarer å møte pasienten i hans/hennes problemer, blir det vanskelig å kunne gi en fullverdig omsorg og også vanskelig å gi fullverdig helsefremmende pleie. Sykepleieren må forstå den enkeltes situasjon for å kunne handle riktig (Benner & Wrubel, 2014). Hvorvidt sykepleierne klarer dette og i hvor stor grad, kommer blant annet an på hvor lenge de har jobbet med dette, hvor dypt plantet kunnskapen og ekspertisen ligger i dem (Benner, 2000). Antonovsky (2012) sier at hvis ikke pasienten får denne fulle individuelle pleien, en pleie som kan være både en fysisk og en psykisk pleie, kan pasienten få et lavt utslag på OAS. Dette gjør at pasienten ikke får brukt sine mestringsstrategier som skal til for å komme seg gjennom sin situasjon og sin hendelse. Situasjonen blir mindre håndterbar. Håndterbarhet defineres som en opplevelse at man har tilstrekkelige ressurser til å hjelpe, til rådighet og til å takle de utfordringer som kommer (Antonovsky, 2012). Ifølge informantene blir det lettere å jobbe helsefremmende når de behandler pasientene individuelt. Hvis ikke pasientene blir hørt eller behandlet individuelt, vil ikke sykepleierne være i stand til å hjelpe pasienten videre eller til å kunne hjelpe til med de bekymringer som måtte foreligge. Å tenke på pasienten og behandle pasienten som et individuelt menneske, setter sykepleierne i stand til å behandle og lindre pasienten raskere.

Sykepleierne la videre vekt på individualitet, og en sa følgende: «vi må legge til rette for den enkelte». Sykepleieren mener det er viktig at pleien til hver enkelt pasient tilrettelegges slik at den tilpasses ut fra pasienten sitt behov og ønske. Fugelli og Ingstad (2009) sier at helse er et personlig fenomen og hvert enkelt menneske er ulikt og må behandles ulikt (Fugelli & Ingstad, 2009). Når vi vet dette, vet vi også at veien til god helse blir forskjellig fra individ til individ. For å klare å behandle pasientene som individuelle mennesker med sine særegne behov og tanker, må sykepleierne sette seg inn situasjonen til pasientene sine. De må få kunnskap om pasientenes tanker, bekymringer og deres bakgrunnsforståelser. Med bakgrunnsforståelse mener Benner og Wrubel (2014) alt det som gir en person livserfaringer helt fra fødselen av. Dette er faktorer som kultur, subkultur, familie og egne opplevelser og hendelser. Bakgrunnsforståelse er ifølge dem det som er utgangspunktet for hvordan et menneske oppfatter sin verden. Dette i motsetning til formell og uttalt kunnskap. Dette er årsaken til at fenomenologer mener at man alltid må se en person i sin kontekst (Benner & Wrubel, 2014). Dette støttes av Fugelli (2012) som sier at menneskene ikke er et fremmedlegeme på jorden. Han sier at menneskene blir fellesskapt og er et resultat mellom møter med andre skapninger (Fugelli, 2012). Vi er ulike og individuelle på bakgrunn av de opplevelsene og møtene med andre mennesker vi har ervervet oss gjennom livet. Når man setter seg inn i denne bakgrunnsforståelsen for hver pasient, er det lettere å behandle eller lindre pasientenes symptomer. Vi kan som et eksempel på dette se på en problemstilling som nesten alltid kommer opp i en klinisk avdeling, og som er knyttet til en subjektiv opplevelse hos hver enkelt pasient, nemlig smerter. En av sykepleierne sa følgende:

(...) pasienten ringer på å spør etter smertestillende fordi han har vondt, hvor vi svarer at du har fått for ikke så lenge siden så du må vente. Hva sier vi egentlig da? Hva mener vi egentlig? Tror vi ikke pasienten eller sier vi da at jeg vil du skal ligge med smerter?

Denne måten å behandle pasienter på er respektløs og ikke helsefremmende arbeid, ifølge sykepleieren. Her sier sykepleieren videre at hvis de ikke bryr seg om å snakke med pasienten for å høre hvilke smerter og hvor sterke smerter han eller hun har, så lærer de ikke pasienten å kjenne slik at de kan hjelpe pasienten med smertelindring. Hvis sykepleierne lytter til pasienten og setter seg inn i bakgrunnen til pasientens smerter, så kan de gjennom samtale lære for eksempel at akkurat denne pasienten ikke tåler smerter så godt av ulike årsaker. Det kan også komme frem annen kunnskap, at pasienten tåler smerter godt eller at pasienten ikke ringer på fordi pasienten ikke vil være til bry. Dette betyr at sykepleierne må være ekstra

oppmerksomme på denne pasientens symptomer på smerte slik at pasienten kan bli riktig smertelindret. Smertelindring er som kjent viktig for både raskere tilheling og raskere mobilisering (Fredheim, et al., 2011). Dette er igjen helsefremmende. Benner og Wrubel (2014) tar avstand fra forsøk på å beskrive for eksempel smerter objektivt. De mener smerter er en subjektiv opplevelse som alltid er ladet med meninger og følelser. Videre sier de at dette synet på symptomer medfører flere problemer i helsevesenet, problemer ved at helsepersonell undervurderer viktigheten av bakgrunnsforståelsen til pasientene. Bakgrunnsforståelsen til pasientene kan si mye om hva symptomene betyr og hva som kan være knyttet til dem. Dette fører til at pasientenes livshistorie blir undervurdert. Pasientenes egne forståelser for symptomene sine dannes på bakgrunn av deres livshistorie. Det siste problemet med dette er at helsevesenets tankemønster gjør at pasientene må ha «*lisens*», som en av sykepleierne uttalte, for sin sykdom. Deres smerter må være legitimerbare og være tilknyttet en diagnose (Benner & Wrubel, 2014). Dette fører til at pasientene kan ha problemer med å kommunisere med sykepleierne, som igjen fører til at tilgangen til pasientenes bakgrunn blir redusert. En av informantene uttalte seg om nettopp dette med å få til en god dialog. Sykepleieren sa «*utøver vi den fagkunnskapen som man skal, så smitter det over til den dialogen man har til pasientene*». Dette viser at hvis sykepleierne har den fagkunnskapen de skal ha og utøver den rett og når de skal, så blir kommunikasjonene og relasjonen til pasientene bedre. Det helsefremmende arbeidet blir lettere å utøve.

Videre la informantene vekt på at de måtte «*sense*» hva det var pasienten trengte. Når var de for mye inne hos pasienten og når var de for lite. Når var det nok informasjon og når var det for lite informasjon. En av sykepleierne fulgte videre opp med dette «*å sense*» inne hos pasienten og sa at:

Selv om du sitter med masse informasjon og fagkunnskaper, skal du ikke utøse alt du kan om en diagnose til pasienten, du er nødt til å finne pasienten sine grenser for hvor mye han tåler.

Dette var forhold de sa de måtte ta med i vurderingen i utøvelsen av helsefremmende sykepleie og som kunne være vanskelig. De syntes det var vanskelig å «*sense*» disse grensene til pasientene. Professor Emerita Kari Martinsen (1943-) sier at det sykepleierne må være oppmerksomme på når de går inn i denne relasjonen med pasientene, er at de må være klar over at det er noen grenser innenfor et menneskes liv de ikke må trå over. Disse grensene er

like individuelle som det pasientene er. Disse grensene er personlige sfærer. Å være profesjonell innebærer at en kan se når det er på tide å trekke seg tilbake og la pasienten komme frem med sine tanker og følelser. Hun sier videre at det også i dette ligger at man kan se og oppdage integriteten til et annet menneske. Martinsen mener at alle har en personlig sfære som er forskjellig fra menneske til menneske og at denne integriteten eller sfæren er sårbar. Kommer vi for nær den eller trår over den, kan krenkelse oppleves. Der det er sårbarhet til stede vil det også være en mulighet for krenkelse tilstede (Martinsen, 2008). Alsvåg (2016) er ikke enig i dette og sier at som mennesker er vi avhengige av at våre grenser respekteres, men når vi som mennesker blir syke og sårbare kan det av og til være nødvendig at disse grensene overskrides. Dette er viktig for å åpne opp for en toveis forbindelse som kan føre til bedring av helsen og en lindring eller helbredelse (Alsvåg et al, 2016). Det er denne balansegangen sykepleierne finner vanskelig i relasjonen med pasientene. Det kom videre frem under intervjuene at sykepleierne mente at det var vanskelig å finne balansegangen mellom det å informere og det å samtidig skulle skåne pasientene. De mente at pasientene kunne se hvis informasjon ble holdt tilbake eller hvis noe *«ikke stemte»*. *«De ser tydelig hvis du flakker med blikket og at du holder tilbake noe de kanskje burde vite ... slikt er innebygd i oss mennesker»*. Ærlighet var viktig, men igjen måtte de *«sense»* om hva som var rett i situasjonen og hva som ble rett for akkurat den pasienten. *«Det er jo ikke alt rundt diagnosen de kan mestre å få der og da»*. Hvis sykepleierne klarer å se hver enkel pasient som et menneske med sine unike egenskaper, tanker og følelser, kan de bli bedre rustet til å utøve helsefremmende arbeid. Det å kunne *«sense»* er en oppgave som kan være utfordrende for sykepleierne. Det kan være utfordrende fordi sykepleierne som er i stand til å *«sense»* er en sykepleier som har stått i lignende situasjoner og som har reflektert over disse situasjonene tidligere og som henter denne ervervete kunnskapen frem når det er behov for den. Sykepleieren som mester dette er på god vei til å bli en kyndig utøver (Benner, 2000).

Hvis sykepleierne skal klare å stå i disse individuelle relasjonene som av og til kan være svært tunge, så trenger sykepleierne å ha et helsefremmende arbeidsmiljø rundt seg. Det var det siste momentet sykepleierne la vekt på når de skulle definere hva helsefremmende arbeid var, nemlig betydningen av miljø. Miljøet blant sykepleierne og miljøet på avdelingene var like viktig som de ovenstående punktene i hva helsefremmende arbeid var. De uttrykte at hvis det eksisterte et godt miljø og gode relasjoner på arbeidsplassen, var dette også helsefremmende. Å være profesjonell, å være støttende, å bli sett og være en god leder eller en god kollega er

helsefremmende arbeid. Sykepleierne sa følgende om miljø: *«Tar vi først og fremst vare på de ansatte som igjen tar vare på pasienten, så gjenspeiler det arbeidet»*. Videre sa de at det var viktig for miljøet og for det helsefremmende arbeidet å *«(...) sanke kunnskap hos hverandre, tverrfaglig samarbeid og gjøre det beste for pasientene sammen, det tenker jeg er helsefremmende arbeid»*. Det vi ser i disse uttalelsen er at sykepleierne ikke bare definerer helsefremmende arbeid i spesialisthelsetjenesten opp mot den jobben de gjør for pasient og pårørende, men de definerer det også til det som skjer i relasjonene innad i avdelingene og på tvers av faggruppene. De mener at de ulike faktorene henger sammen og står i en sterk sammenheng med hverandre. Antonovsky (2012) sier i sitt begrep av OAS at det å ta del i sosialt verdsatt beslutningstaking bidrar til at følelsen av det arbeidet man gjør gir mening. Glede og stolthet over det arbeidet man gjør gir en meningsfullhet.

Videre om miljø sa sykepleierne at *«vi må føle at vi blir satt pris på og respektert blant kollegiet for å ha det bra på jobben. Da gleder vi oss til å gå på jobb og vi blir mer positive»*. Et godt miljø smitter over på alle og utvikler seg til å bli noe positiv. Miljø var altså noe som informantene la vekt på som helsefremming. De mente at både arbeidsmiljøet og det faglige miljøet var en del av det helsefremmende arbeidet. De sa at *«ved å ha et godt miljø, er vi i bedre stand til å utøve helsefremmende arbeid og til å stå i jobben»*. De sa også at hvis de fant en meningsfullhet i jobben sin, så førte det til trivsel på jobben og i yrket og til en personlig blomstring. I undersøkelsen «Helse på Norsk» (2009) fant Fugelli og Ingstad at folk mente at trivsel var en faktor til helse. De fant ut at trivsel og helse hang nøye sammen. For å ha en opplevelse av god helse, måtte folk trives (Fugelli & Ingstad, 2009). Det er akkurat det sykepleierne i studien min sier at de trenger for å ha det bra og for å kunne utøve et godt helsefremmende arbeid.

Mæland (2016) sier at arbeid er viktig for den materielle velferden, men at den også er viktig for helsen. Den er viktig både på godt og på vondt. Mange knytter en selvfølelse til jobben sin og jobben er med på å skape en identitet av hvem du er. Den gir deg også en følelse av verdi og en følelse av å være til nytte. Arbeid kan også slite på helsen din. Hvis du mister jobben eller om du ikke har det bra på jobb, så kan dette utløse negative helsekonsekvenser. Forskning har vist at arbeid som oppleves som hektisk uten å være stimulerende er forbundet med hyppigere psykiske og fysiske sykdommer (Mæland, 2016). Informantene uttrykte at hvis arbeidsgiverne og arbeidstakerne sammen klarer å skape et godt miljø på arbeidsplassen, så bidrar det til at de ansatte trives bedre på jobb. I dette tilfelle sier sykepleierne at det fører

til et godt miljø som gjør at de bedre klarer å utføre helsefremmende arbeid. De sier videre at de makter å stå i jobben sin lengre, og det fører til færre sykemeldinger. Ifølge Mæland (2016) så fører et godt arbeidsmiljø til at det blir flere ansatte på jobb og belastningen på sykepleierne blir mindre. Man unngår en vond sirkel av sykemeldinger og belastninger, som igjen fører til nye sykemeldinger og enda større belastninger på de som står igjen i arbeidet (Mæland, 2016). Hvis arbeidsmiljø er noe man også klarer å holde fokus på i det helsefremmende arbeidet, kommer det både sykepleierne og pasientene til gode. Noen mennesker mener nok at sykepleierne er på jobb for å utøve et håndverk, ikke for å ha det sosialt eller bra. Sykepleierne skal se forbi sine egne behov å fokusere på pasientene. De skal ifølge Nightingale utøve sykepleie ut fra et altruistisk syn og at fokuset skal være pasientene (Nightingale, 1984). Sykepleierne mener imidlertid at det gamle sykepleiesynet med at sykepleie skal utøves altruistisk er borte. Som en av dem uttalte «*lønnen i himmelen er vel ikke gjeldende lengre*». Samfunnet har fått en økende forståelse for at sykepleierne også blir påvirket av de samme faktorene som det pasientene blir påvirket av og at de trenger å ha det bra rundt seg for å kunne gjøre en god jobb. Dette har gjort at det har blitt økt forståelse for viktigheten av et godt arbeidsmiljø.

I undersøkelsen min kom det videre frem at sykepleierne så på helsefremming som ferskvare, at det var noe som måtte jobbes med hele tiden. Hvordan sykepleierne jobbet med helsefremming skal vi nå se nærmere på.

5.2 Utøvelsens og opplevelsen sykepleierne har ved å utøve helsefremmende arbeid

I studien min fremkommer det at sykepleiere i spesialisthelsetjenesten mener at de utøver helsefremmende arbeid selv om de til å begynne med var usikre på begrepet helsefremming. Det helsefremmende arbeidet blir utøvd på ulike måter, samtidig som at det på noen områder er felles faktorer og opplevelse av det helsefremmende arbeidet. Hvordan de utøver og opplever helsefremmende arbeid kommer jeg til senere. Først skal jeg vise til hvordan helsefremmende arbeid har blitt et fokus i helsevesenet.

Viktige faktorer som kom frem under intervjuene og som hadde påvirkning på det helsefremmende arbeidet, var samhandlingsreformen og kvalitetsikringsprogrammene. Sykepleierne sa blant annet at «*pasientsikkerhetsprogrammet 24/7 og FLYT er alle sykehus*

pliktig å følge» og «(...) med samhandlingsreformen er det blitt mye mer administrativt som skal ordnes». Begynnelsen på spesialisthelsetjenesten sin viktighet innenfor utøvelse av helsefremmende arbeid kom med Stortingsmelding 16 (2010-2011) som sier at det å fremme helse og forebygge sykdom er et offentlig ansvar, og med Stortingsmelding 47 (2008-2009) som ble kalt «samhandlingsreformen». Som en følge av disse stortingsmeldingene har fokuset på helsefremmende arbeid økt, men fremdeles er det for lite fokus på spesialisthelsetjenesten.

Til tross for at det er lite fokus på det helsefremmende arbeidet i spesialisthelsetjenesten, mener sykepleierne i studien min at de gjør en viktig jobb i helsefremming og i forebygging. Mye av sykepleieoppgavene de gjør i sin hverdag mener de er helsefremmende arbeid, som en av dem sa *«alt jeg gjør rundt pasienten som er godt, bidrar til at pasienten får det bedre i sin helsetilstand»*. Helsefremming i sykepleie handler om alle de tiltak som rettes mot et menneske for å oppnå mestring av sin egen helse, slik at sykdom unngås eller at helseproblemer reduseres. Det handler også om at mennesket hjelpes til å mestre langvarige helseproblemer og konsekvensene av disse på best mulig måte (Lerdal og Fagermoen, 2011 referert i Gammersvik & Larsen, 2012). Sykepleien som skal utøves må gjøres med en forståelse og kunnskap for sykepleiefaget. Alle sykepleierne er utdannet og underlagt de etiske retningslinjer for sykepleiere. Der står det blant annet under punkt 2.1 at *«sykepleieren har ansvar for en sykepleiepraksis som fremmer helse og forebygger sykdom»* (ICN, 2011).

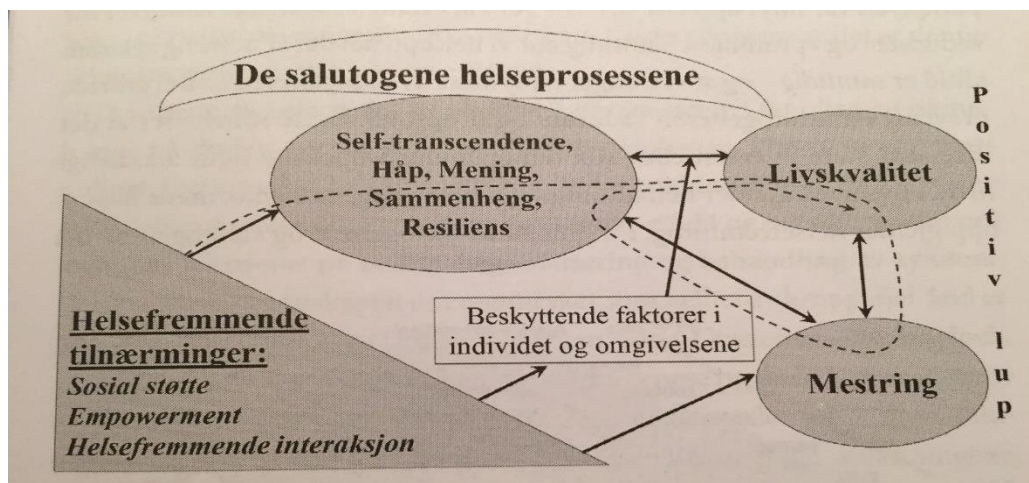
Videre skal jeg nå se på de ulike forhold som sykepleierne i studien vektla som viktige i utøvelsen og opplevelsen av det helsefremmende arbeidet de utøvde på de ulike kliniske avdelingene i spesialisthelsetjenesten. Disse er empowerment og kommunikasjon, omsorg og profesjonalitet.

5.2.1 Empowerment og kommunikasjon som utøvelse av helsefremmende arbeid

I studien min kom det frem at empowerment og kommunikasjon var to momenter som sykepleierne følte stod sentralt i deres utøvelse og opplevelse av helsefremmende arbeid. De mente at det å *«være lydhør overfor pasientenes ønske og spørsmål er viktig og at man langt på vei skal la pasientene bestemme over seg selv»*. Denne forståelsen er i samsvar med WHO's foreslåtte strategi for det helsefremmende arbeidet. Denne går i all hovedsak ut på at den enkelte og samfunnet øker sin kontroll over avgjørelser og handlinger som har med helse å gjøre. Sykepleierne i min studie la stor vekt på pasientens medbestemmelse og at deres stemme skal bli hørt. En av sykepleierne sa det slik: *«(...) la pasientene ha kontroll, fortelle*

dem hva som skal gjøres, hvilke medisiner de får (...)». Empowerment er en prosess som går ut på å omfordele makt fra fagpersoner eller eksperter til pasientene (Gammersvik & Larsen, 2012). Empowerment prosessen skal styrke den enkelte og baserer seg på tre grunnleggende prinsipper; at pasienten er ekspert på seg selv, medvirkning og maktomfordeling. Dette er tenkningen bak empowermentbegrepet. Dette er motsatsen til det paternalistiske tankemønsteret som har eksistert lenge i spesialisthelsetjenesten. I det paternalistiske begrepet ligger det motsatte av medvirkning, nemlig maktesløshet og opplevelsen av å ikke ha kontroll (Haugan & Rannestad, 2016). Å gi kontroll til pasientene er viktig i pasientenes mestringsstrategier, og i deres måte å takle sin sykdom på. Dette bryter med gammel kultur på sykehusene. Dette må sykepleierne være bevisste på i møte med pasientene og i utøvelsen av faget (Haugan & Rannestad, 2016).

Sykepleiernes oppfatning av å gi pasientene kontroll som helsefremming støttes også av Antonovsky (2012) som peker på at det er viktig å få en begripelighet rundt sin sykdom for å få en opplevelse av sammenheng (OAS) i sin situasjon. De som har stor grad av kontroll, mener og handler ut fra at de kan påvirke begivenheter de kan utsettes for, og ikke at de står maktesløse overfor ytre krefter (Kobasa og Maddi 1982, s. 1 i Antonovsky, 2012). Haugan og Rannestad (2016) skriver om de samme salutogene helseprosesser som Antonovsky (2012). I disse prosessene ligger ti salutogene begreper som gir oss innsikt i indre mentale og emosjonelle prosessene som foregår inni et menneske når sykepleierne møter dem. Under følger de ti begrepene og hvordan de interagerer med hverandre:



Figur 2 De salutogene helseprosesser. Hentet fra Haugan og Rannestad (2016, s. 49).

De av oss som er best i stand til å ta i bruk disse salutogene fenomenene, vil ha størst utholdenhet og mestringsevne i møte med verden, livet og de utfordringene som en møter på (Haugan & Rannestad, 2016). De sier også at det er viktig at sykepleierne blir bevisst disse salutogene fenomenene og tar de i bruk overfor pasientene (Haugan & Rannestad, 2016). Som et godt bevis på at sykepleierne gjør dette, sa en av informantene at det er viktig å spørre hver enkelt pasient om «*hva som er livskvalitet for deg*». Ifølge informanten er det lettere å få til helsefremmende arbeid hvis man har fokus på dette.

Til tross for at flere av sykepleierne i studien peker på at det å gi pasientene kontroll er helsefremmende, kan det mange ganger være vanskelig for sykepleierne. Sykepleierne sa at tanker som «*vi vet best*» måtte de legge fra seg i denne nye måten å tenke på. Sykepleierne sa at de i mange situasjoner er vant til å ta kontroll og de innehar vanligvis mye høyere fagkunnskap om helse enn det pasientene gjør. De sier videre at veldig mange pasienter i dag er godt informert om sin tilstand gjennom ulike informasjonssider på internett. En av informantene sa at «*pasientene kommer inn og vet av og til mer om en sykdom enn det vi gjør*». Dette i seg selv kan være ganske forvirrende og frustrerende for sykepleierne. Sykepleierne får på den måte enda mindre kontroll og har i mange situasjoner mindre kunnskap enn pasientene om sykdommen. Denne kontrollen er likevel viktig for pasientene. Fugelli (2010) sier at det å ha handlingsrom i eget liv er en viktig faktor for å ha god helse. Dersom sykepleierne kan gi pasientene det lille handlingsrommet pasientene trenger for å føle at de har kontroll og begripelighet, er det lettere å utøve et helsefremmende arbeid sammen med pasientene (Haugan & Rannestad, 2016). Videre sa informantene om medbestemmelse at: «*(...) medbestemmelse tenker jeg er viktig. At de ikke kommer til sykehuset og blir overkjørt. Det tenker jeg at vi er for lite flink til*». Her sier sykepleieren at de ikke er så bevisst rundt dette med medbestemmelse. Dette mener sykepleierne kan skyldes at det å gi fra seg kontrollen til pasientene som ikke besitter den fagkunnskapen de har, kan være veldig forvirrende og vanskelig. Ifølge Gammersvik og Larsen (2012) er det midlertidig ulike grader av medvirkning, og selvbestemmelse er den ultimate formen for medvirkning. Det kan i denne prosessen glemmes at det finnes to samhandlingsparter i denne prosessen, nemlig sykepleieren og pasienten. Sykepleieren er ekspert på det faglige og pasienten er ekspert på seg selv (Gammersvik & Larsen, 2012). Dette er en balanse som sykepleieren må huske på i sin relasjon med pasienten. Ifølge Benner (2000) er nesten alle sykepleierne noviser på dette området. Det er veldig få som har jobbet med å gi pasientene medbestemmelsesrett over lang

tid. For å bli god på et felt må man ifølge Benner ha jobbet med et spesialområde over lengre tid med hjelp av teori og refleksjon. Medbestemmelse som fokus kom ikke før samhandlingsreformen i 2012. I og med at dette er en relativt ny reform, har ikke sykepleierne jobbet lenge med dette og tatt det inn som en naturlig del av utøvelsen av faget. Ifølge informantene har helsepersonell lang tradisjon med å tenke at «*vi vet hva som er best for deg*». Gammersvik og Larsen (2012) sier at sykepleierne må huske på at de skal ikke gi opp kontrollen på fagkunnskapen, men på ekspertisen på pasienten selv. Dette støttes av Haugan og Rannestad (2016) som sier at empowerment innebærer maktomfordeling. Det innebærer å gi pasienten plass, innflytelse og medvirkning i relasjonen (Haugan & Rannestad, 2016). Dette er det som er vanskelig å skille i empowermentprosessen mellom sykepleier og pasient.

Tett knyttet til empowermentbegrepet er forhold som respekt og lydhørhet. En av sykepleierne sa det slik: «*Pasientene må være med å velge hva de ønsker av behandling, og vi som sykepleiere må respektere deres valg*». En annen sa: «*Vær lydhør for at pasienten faktisk har tanker rundt det som skjer. Vi må ta på alvor det som blir sagt. Overtramp må ikke skje!*». Det de sier her er at hvis sykepleierne ikke lytter til det som pasientene sier og ikke respekterer det, kan det få store konsekvenser, ikke bare fysiologisk i behandlingsøyemed, men også psykologisk. Mister pasienten innflytelse på sin egen situasjon, så opplever de å miste en del av det som Antonovsky (2012) kaller for meningsfullhet i sin OAS. Antonovsky understreker i sin bok «*Helsens Mysterium*» betydningen av å være involvert både som deltager i prosessene som former ens egen skjebne, og i sine egne daglige erfaringer (Antonovsky, 2012). Antonovskys studie viste at de med en sterk OAS på meningsfullhet, også hadde et sterkt engasjement for det de var opptatte av. Dette viser igjen som informantene pekte på at det er viktig å lytte til pasientene slik at de kan fortelle om hva som er viktig for dem, og hva som kanskje bekymrer dem. Slik kan sykepleierne hjelpe pasientene til å bedre mestre sin situasjon. En av sykepleierne sa at «*det kan være ganger vi opplever at pasientene er ferdigbehandlet og er frisk, men så er de likevel ikke friske og sykepleierne og legene lurere på hvorfor*». Da kan det være andre ting enn helsen som bekymrer dem slik at de ikke får en god helse. Som eksempel på det kan det være at pasienten ikke bekymrer seg for den operasjonen han skal gjennom, men for katten hjemme eller for om barna er ivaretatt. En av informantene sa følgende om akkurat dette:

Vi skulle informere en pasient om at han var hjertesyk, men det følte om han ikke forstod alvoret i sykdommen, men da vi undersøkte nærmere viste det seg at han var bekymret

fordi han ikke fikk telefonen til å virke, han var bekymret for dem hjemme. Han måtte ringe hjem å gi beskjed.

Kommunikasjon blir som man ser her veldig viktig. En studie av dialogen i empowermentprosessen (Tveiten og Ruud Knutsen, 2010 referert i Gammersvik og Larsen, 2012), viste nettopp at pasientene opplevde at dialogen med helsepersonellet var av stor betydning for muligheten til å ta kontroll over det som påvirket egen helse. Kommunikasjon er noe som er viktig i alle stadier vi befinner oss i og i alle situasjoner. Hvis vi kommuniserer på en god måte, kan det ha stor betydning for hvordan pasienten oppfatter sin egen helse (Eide & Eide, 2007). Ifølge Travelbee (1999) må man huske på at kommunikasjon er en dynamisk kraft som kan ha dyp innvirkning på mellommenneskelig nærhet i de ulike sykepleiesituasjonene som sykepleierne opplever og står i. Kommunikasjonen kan brukes til å støtte bort, til å bringe noen nærmere, til å såre, til å glede og til å hjelpe (Travelbee, 1999).

Sykepleierne la vekt på at det i den helsefremmende samtalen med pasientene var viktig å tenke på pasienten. En av sykepleierne sa at *«det er viktig å huske på at pasientene er de viktige. Finne ut hva pasientene er opptatt av og bekymrer seg for, og gi den hjelp og den informasjonen som de trenger»*. Dette vil si at samtalen både skal være faglig velbegrunnet og til hjelp for pasienten (Eide & Eide, 2007), men at den, ifølge Benner (2000), ikke må bli for profesjonell slik at sykepleierne ikke oppfatter uforutsette forhold som kommer frem (Benner, 2000). Et eksempel på et viktig forhold om kommunikasjon som en sykepleier bringer frem er informasjonsmengden til pasientene. Hun sa at:

Det er ikke slik at alle pasienten er A4 og du må kjøre på med informasjon til pasientene som de kanskje ikke vil ha og som de kanskje ikke takler å få. Du må finne pasientene sine grenser.

Det sykepleieren her peker på er at de faktisk kan gi både for lite, men også for mye informasjon. Samme informant fulgte opp med følgende:

Hvis de for eksempel sier til en pasient at han nå er frisk og sender han hjem fra avdelingen, så kommer han tilbake til en annen avdeling, til for eksempel opptrening, og så sier andre innenfor helsevesenet at vi ser du er hjertesyk og skal ha opptrening. Pasienten kan da bli mer syk fordi han aldri har tenkt på at han enda er hjertesyk for da han ble sendt

hjem var han jo frisk. Dette skaper engstelse og kan utløse noe som sykepleierne ikke har tenkt på og er forberedt på.

Som påpekt av Benner og Wrubel (2014) er informasjon en av de helsefremmende strategiene. Informasjonen som formidles kan bli god og håndterbar som pasientene kan bruke i sin mestringsstrategi i sin sykdom, eller den kan bli noe uforståelig, usammenhengende og kaotisk som gjør at pasientene ikke får hjelp i sin mestring (Antonovsky, 2012). Når man skal informere pasientene er det som sagt mye sykepleierne må huske på når de går inn i en kommunikasjon med pasientene.

I tillegg til de kommunikasjonstekniske ferdighetene må sykepleierne huske på hva pasienten kan takle, hvor mye og hva pasienten skjønner (Benner & Wrubel, 2014). Samtidig er kommunikasjon preget av et visst ubestemt og uforutsigbart preg som kan føre noe godt med seg gjennom nærhet og kontakt. Som en av sykepleierne sa, «*vi må skape rom for en god samtale*». En god samtale kan legge til rette for en god relasjon og samtidig gi mulighet for å gi god hjelp og støtte (Eide & Eide, 2007). Ved å legge til rette for dette, viser sykepleieren at hun har omsorg og vil hjelpe pasienten. Dette fremmer helse og er med på å få pasienten til å mestre hverdagen bedre.

5.2.2 Omsorg og profesjonalitet som utøvelse av helsefremmende arbeid

Sykepleierne i studien uttrykte tidlig i intervjuene at for å kunne utøve helsefremmende arbeid må alltid omsorgen og profesjonaliteten ligge som en bærebjelke i all sykepleie de utøver. De to begrepene hang tett sammen i informantenes svar på hvordan de utøver helsefremmende arbeid. Det ble sagt følgende: «*(...) både prosedyrer og omsorg er veldig viktig i utøvelsen av helsefremming*». Informantene uttrykte at helsefremmende arbeid og all sykepleie var bygd på god omsorg og en god profesjonalitet. Uten disse to begrepene kom man ikke i mål med helsefremmende sykepleie og med å behandle og pleie mennesker. En av sykepleierne sa videre under intervjuene at: «*(...) all sykepleiekunnskap vi har og utøver er helsefremmende. Alt fra observasjoner, prosedyrer, relasjoner og omsorg (...)*». Sykepleieren tenker her mennesket som en helhet og at det er helsefremmende hvis de ivaretar hele pasienten. Benner og Wrubel (2014) drøfter i sin bok hva det vil si å være en person. De har et holistisk menneskesyn. Det vil si at man kan ikke skille kropp og sinn, og vi kan ikke skille personene og situasjonen. Fugelli viser også til at mennesket ikke bare er en biologisk, men også en eksistensiell og sosial skapning (Fugelli, 2010). De mener at vi ikke kan dele mennesket opp i

kropp og sinn, men at menneske og helse har en mye større sammenheng enn bare anatomisk og fysiologisk. Tar man i bruk dette holistiske menneskesynet, så passer det godt med det sykepleieren her sier. I sitatet ovenfor viser sykepleieren at hun har et holistisk menneskesyn og at hun ser at alt det hun gjør, fra det å støtte pasienten til det å behandle pasienten, er sammensatt og helsefremmende. Hun ser at mennesket er sammensatt og at det fysiske mennesket er like viktig som det psykiske mennesket. Sykepleierne lærer også i løpet av sin utdanning om de yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere hvor det under punkt 2.3 står at de skal behandle pasienten som et helt menneske. Det står: «Sykepleieren ivaretar den enkelte pasients behov for helhetlig omsorg». Dette er et holistisk menneskesyn.

Videre sa en annen sykepleier om fagkunnskapen: «(...) er du trygg og oppdatert i fagkunnskapen, blir du trygg i din rolle og vet hvordan du skal utøve profesjonalitet overfor pasient og pårørende (...)». Her ser vi at også denne sykepleieren viser til fagkunnskap som en viktig del i utøvelsen av helsefremmende arbeid, men at også det å være profesjonell er viktig. Sykepleieren ser her et større helhetsbilde. Denne uttalelsen gjenspeiler også en ærekjærhet til faget og til yrket, og en hengivenhet til pasientene. Det kan være at sykepleierne tenker slik fordi det er det de har lært og erfart som er til det beste for pasientene. Ser vi på Benner (2000) sin teori «fra novise til ekspert», så sier hun at det å tenke helhetlig er noe som hverken en novise, en avansert nybegynner eller en kompetent utøver mestrer. Hun sier at når sykepleierne har jobbet innenfor et område i over tre år, kan sykepleieren begynne å se helheten (Benner, 2000). Dette vil si at det er mange sykepleiere i spesialisthelsetjenesten som ikke er i stand til å se dette helhetsbildet som det sykepleierne referer til her.

Informantene sa videre at «helsefremmende arbeid er mye mer enn bare å gi medisiner og utføre prosedyrer». De sa at omsorg for pasienten og pårørende er et viktig hovedelement i utøvelsen av helsefremming. Det finnes ingen fast oppskrift på hvordan man utøver omsorg i sykepleieryrket, men vi kan anta at hvis man bryr seg om og engasjerer seg i det man er involvert i, så kommer omsorgen naturlig. Kari Martinsen sier at omsorg som konkret handling krever begrunnelse. Denne begrunnelsen bygger på sykepleiernes faglige og etiske vurderinger av de ulike situasjonene (Martinsen, 2003). Det er dermed ikke sagt at omsorg kun er å se pasienten, det å støtte, holde hånden og være lyttende og forstående. Som sykepleier må man også utføre sine oppgaver som innebærer prosedyrer, medisiner og administrering. Alt dette satt sammen er med på å være helsefremmende for pasienten

(Benner & Wrubel, 2014). Man kan ikke separere det ene fra det andre. Gjør man det viser en verden at en er faglig oppdatert eller at man har et helhetlig menneskesyn.

Sykepleierne skal ifølge dem selv *«inneha en profesjonalitet»*. En av dem sa at dette innebærer å *«behandle hele mennesket og ha respekt for menneskene, kunnskapen og sykepleie som profesjon, samt den rollen en besitter som sykepleier»*. Dette synet støttes av Martinsen (2003) som legger vekt på både sanselig og erfaringsbasert kunnskap. Hun sier også at man må ha en helhetlig tenkning inn mot pasientene og at man kan ikke skille kropp og ånd (Martinsen, 2003), men man må anvende de redskapene som er kjent fra før i omsorgen (Martinsen, 2005). Dette dreier seg om sykepleiernes håndlag og praktiske kunnskaper og ferdigheter, og at man ikke kan utøve god omsorg uten å utøve praktiske ferdigheter.

Under intervjuene kom sykepleierne ofte innom kvalitet på behandlingen og de kvalitetsikringsprogrammene som var kommet etter samhandlingsreformen. En av informantene sa at: *«medisinsamstemming, behandlingsplaner og pasientsikkerhetsprogrammet er noe av det vi har fått for å kvalitetssikre vårt arbeid»*. Disse er kommet på bakgrunn av forskning og statistikker om feilbehandlinger som har vist at det ikke er nok med gode fagkunnskaper. Programmene skal sørge for at pasientene får det tryggest mulig på en best mulig kvalitetssikret måte (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015). Dette er kvalitetssikringsprogram som skal kvalitetssikre det arbeidet alle de ulike tverrfaglige yrkesgruppene utøver. Som en sykepleier sa om helsefremmende arbeid og kvalitetssikring: *«Det er jo absolutt helsebringende at pasienten får rett medisin til rett tid»*. Å være trygg, både som sykepleier og som pasient, leder til mestring og bedre behandling. Med bedre mestring opplever alle parter et høyere resultat på OAS (Antonovsky, 2012) noe som er helsefremmende både for pasientene og for sykepleierne.

Selv om disse programmene har kommet i spesialisthelsetjenesten, og skal kvalitetssikre pasientene og sykepleierne i sin hverdag, så finnes det ingen garantier for at disse blir fulgt. Ingen av de sykepleierne jeg intervjuet sa noe om hvordan de i sin hverdag, som de oppfattet som svært hektisk, hadde tid til å bruke disse programmene. Dersom kvalitetsikringsprogrammene er svært tidskrevende, kan det det hende at sykepleierne ikke får tid til å ta de i bruk. Det kan også hende at hvis kvalitetsikringsprogrammene er tidskrevende og de tas i bruk, så går det ut over kvalitetssikringen til pasientene. Det kan for eksempel gå

ut over den tiden sykepleierne kunne brukt inne hos pasientene for å hjelpe dem med blant annet de byggesteinene som Haugan og Rannestad (2016) sier er en del av de salutogene helseprosessene og som ble skissert under punkt 5.2.1. Man kan også se på kvalitetsikringsprogrammene som styrkende i utøvelse av sykepleien hvis sykepleierne har tid og ressurser til det, samt hvis sykepleierne finner de som viktige programmer som kan hjelpe de i hverdagen og som kan trygge pasientene.

5.3 utfordringer sykepleierne møter i utøvelsen av det helsefremmende arbeidet

Sykepleierne sa under intervjuene at *«de kom ikke bort fra at de møtte hindringer underveis i sin utøvelse av helsefremmende arbeid»*. De sa at de utfordringene de møter strekker seg fra sykepleierne som jobber i avdelingen, til ledelsen og videre opp til departementet. Dette støttes av Robinson og Hill (1999) som i sin studie fant at noen av hovedproblemene i helsefremmende utøvelse var *«(...) Unhealthy hospital environments and poor nursing management (...)»* (Robinson & Hill, 1999). Dette støttes også av Whitehead (2004) sin studie som fant at for å klare å utøve godt helsefremmende arbeid så må det skje endringer på det administrative og politiske plan. Hun fant følgende for at det kunne skje: *«This requires radical reform that focuses on the social and health policy context of organizations, the socio-political empowerment of its employers and clients, and the personal/collective positive health and welfare of its employers and clients»* (Whitehead 2005, s. 20). Disse funnene bekrefter det som sykepleierne i studien min omtalte som utfordrende. Det kan knyttes til det administrative, som omfatter ledelse, miljø og politikk.

Sykepleieren har mange funksjoner som skal fylles på et sykehus. Ifølge informantene er *«det mer og mer som blir pålagt oss hele tiden»*. Dette er ifølge dem oppgaver som å pleie, fremme helse, forebygge sykdommer og komplikasjoner. De skal støtte og behandle. De skal undervise, lede og administrere. Hver oppgave er hver for seg komplisert og sammensatt, og alle disse ulike oppgavene utøves gjerne samtidig. Ifølge Gammersvik og Larsen (2012) er det å utfylle alle de funksjonene en sykepleier innehar, samt det å utøve helsefremmende arbeid krevende. Det krever kunnskaper, ferdigheter, erfaringer, klokskap og faglig skjønn (Gammersvik & Larsen, 2012). Hvis sykepleierne innehar disse sidene er de rustet for å møte de utfordringene som ligger i en sammensatt pasientsituasjon (Gammersvik & Larsen, 2012).

Utfordringene som sykepleierne opplever i forhold til helsefremmende arbeid, foruten om de utfordringene som samhandlingsreformen ga og de sammensatte oppgavene som kreves i jobben, var medbestemmelsesrett, kommunikasjon og administrativt arbeid samt tid og faglighet. Dette opplevde de som store utfordringer i utøvelsen av helsefremmende arbeid. Alle de ulike utfordringene informantene mine forteller at de møter, var ifølge dem med på å hindre dem i å utøve helsefremmende arbeid på en god måte.

5.3.1 Medbestemmelsesrett som utfordring

Sykepleierne i studien fortalte at de mange ganger opplevde å komme på kollisjonskurs med deres fagkunnskap og pasientenes medbestemmelsesrett. En av sykepleierne sa:

(...) jeg føler det er vanskelig når pasientene vet risikofaktorene og velger likevel å ikke følge det vi sier, men jeg er blitt flinkere til å tenke at de tar egne valg og man kan ikke overstyre det. Det er jo til syvende og sist deres valg.

Dette er et eksempel på at når det kommer til å jobbe med helsefremming må sykepleierne omstille seg til å jobbe på en «ny» måte, omstille seg til en ny «rolle». Sykepleierne behandler ikke på pasientene, men de behandler sammen med dem (Andreassen, 2004, s. 52 i Gammersvik og Larsen, 2014). Sykepleierne forteller at det er vanskelig å finne seg i den situasjonen med at uavhengig av hvilken kunnskap sykepleierne sitter med og uansett hvilke råd og veiledninger de kommer med, så er det pasientene som tar den siste avgjørelsen. Hvis sykepleierne skal klare å finne en ny mening i utøvelsen av sin profesjon, må de tenke nytt og skape nye tanker som gir en forklaring på det de gjør. Antonovsky (1987) sier at de erfaringer man gjør seg som er basert på indre erfaringer, danner komponenten for begripelighet (Antonovsky, 1987). Sykepleierne sa at hvis de klarer å tenke og erfare at det er nyttig at pasientene er de som har det siste ordet, som bestemmer til slutt og at det har en positiv virkning, så er det lettere å begripe og forstå hvorfor sykepleierne må utøve sin profesjon sammen med pasientene. Denne medbestemmelsen er også en positiv ting for pasientene. Den skaper en meningsfullhet som gir en sterkere OAS. Antonovsky (1987) sier at medbestemmelse utgjør grunnlaget for komponenten meningsfullhet (Antonovsky A. , 1987). Pasientene får en sterkere meningsfullhet i sin sykdom og kan komme sterkere ut av den. Med en sterkere meningsfullhet kan det være lettere for sykepleierne å gi helsefremmende sykepleie som fungerer.

For å kunne gi en meningsfullhet og en god helsefremmende sykepleie må kommunikasjon være på plass, men også denne finner sykepleierne utfordrende noen ganger.

5.3.2 Kommunikasjon som utfordring

Informantene sier at de av og til ikke «treffer helt» på kommunikasjonen med pasient og pårørende og at det da lett oppstår misforståelser og hindringer i det helsefremmende arbeidet. Det ble sagt følgende om det:

Mange ganger er det utfordrende med samarbeid med pasient og pårørende, spesielt etter samhandlingsreformen. De tror de skal være på sykehuset til de er ferdigbehandlet, men slik er det jo ikke. Vi bommer på kommunikasjonene der.

Informantene mener at pasienters og pårørendes oppfatning av et sykehusopphold ikke har endret seg i takt med samhandlingsreformen. Joyce Travelbee (1999) sier at god kommunikasjon består av gjensidig forståelse og kontakt. Sykepleieren og pasienten vil oppleve og forstå ulike ting siden de ikke er i samme situasjon. Årsaken til dette er at de har ulik bakgrunn og ulik forståelse av situasjonen (Travelbee, 1999). Så at sykepleierne i undersøkelsen min sier at de «bommer» på kommunikasjonen til pasientene når de skal videre i behandlingssystemet, har ifølge Travelbee (1999) en naturlig årsak. Det som kan være løsningen på denne utfordrende kommunikasjonen når pasienten skal utskrives, er å begynne på begynnelsen i de fire forutgående og innbyrdes sammenhengende fasene for kommunikasjon som Travelbee beskriver. Dette er faser som man skal innlede med når man møter en pasient for å skape en gjensidig forståelse og kontakt. De fire fasene er: det innledende møte, fremvekst av identiteter, empati og sympati og medfølelse (Travelbee, 1999). Når man har gjort dette, kan en sette seg ned og forklare hva som har blitt endret gjennom samhandlingsreformen og hva som kommer til å skje videre. På denne måten er det lettere for pasient og pårørende å få en forståelse for at sykepleierne følger et system og hvorfor, samtidig som at pasient og pårørende kan få en mulighet til å fortelle hva de finner frustrerende og problematisk med utskrivningen. Dette kan skape en bedre gjensidig forståelse. Samtidig krever dette en kunnskap hos sykepleierne om kommunikasjon og en tid til å sette seg ned for å snakke.

Kommunikasjonen med pasient og pårørende er som nevnt utfordrende for sykepleierne, men også kommunikasjon med kommunene som har inntaksstopp oppleves som vanskelig. Informantene uttrykker at «samhandlingsreformen har gjort at vi snakker mot hverandre, ikke

med hverandre». Samhandlingsreformen pålegger kommunene og ta imot utskrivningsklare pasienter som kan behandles videre i kommunene. Når pasientene ikke kan sendes ut fra sykehusene fordi kommunene har inntaksstopp, fører dette til frustrasjon blant sykepleierne i spesialisthelsetjenesten. Informantene uttalte at *«når vi vet at vi har pasienter som kan og vil hjem, og ligger på korridor, blir det frustrerende»*. Her mister ifølge informantene alle parter den gjensidige forståelsen for hverandre og kommunikasjonene blir dårlig. Hvis alle parter kunne ha tatt seg tid til å sette seg inn i hverandres situasjoner, så kunne det kanskje vært mindre frustrasjoner slik sykepleierne vurderer det. Men som belyst tidligere, så er ikke dette så lett å finne tid og mulighet til.

Andre kommunikative utfordringer som informantene forteller om er mellom sykepleierne og andre tverrfaglige instanser innenfor helsevesenet. Det ble sagt at *«det er utfordrende å få legene med å planlegge tidlig nok»*. Det sykepleieren referer til her er at det er vanskelig å få legene til å forstå at det er nødvendig å planlegge tidlig slik at det blir mest mulig forutsigbart for pasientene når de skal hjem. Dette mener sykepleierne er med på å fremme helse. Ifølge Mæland (2016) skal det i en helsefremmende kommunikasjon være en helsefremmende samtale og pasientenes helse skal være hovedfokuset. Det er pasientene sine behov og ressurser det skal dreie seg om. Her kan misforståelser og kommunikasjonssvikt oppstå. Ulike instanser og yrkesgrupper har ulike ståsted og oppfatninger av hva som er god helse og hva som er viktig for pasientene. I tillegg snakker alle parter ut fra sin forståelse og bruker sin terminologi og vinkling på pasientens sykdom og behandling. Dette kan skape avstand mellom yrkesgruppene og de ulike instansene. Kommunikasjonen kan stoppe opp, noe som går ut over pasientene i denne prosessen (Mæland, 2016).

Samtaler med pasienter kan også være utfordrende og tung. En av sykepleierne uttalte at *«du må tørre å ta de samtalene, du må tørre å stille de viktige spørsmålene, du må støtte dem»*. Disse helsefremmende samtalene som skal gjøres med pasientene er viktige og de må innlede til tillit og ha en rolig atmosfære. Når pasienten og den som behandler pasienten sammen utforsker og kartlegger pasientens behov og ressurser, økes en selvinnsett i pasientenes tenkemåte, vurderinger og valgmuligheter (Mæland, 2016). Travelbee (1999) sier at målene en ønsker å nå i en interaksjon er å lære den syke å kjenne, fastslå og ivareta den sykes sykepleiebehov og å oppfylle sykepleiers mål og hensikter. For å klare å nå disse målene må noen forutsetninger være tilstede. Det må være innsikt i hva som oppnås i interaksjonen, hvorfor sykepleiers mål og hensikter skal oppfylles og hvordan pasient og

sykepleier/behandler kan samhandle og kommunisere slik at disse målene blir nådd (Travelbee, 1999). Dette er en kommunikasjonsprosess som tar tid og som man må sette av tid til. Man må ha evne til å lytte og til å gi pasienten tid i sitt tempo. Uten at pasienten får inntrykk av at sykepleierne har tid, skapes ikke tillit. Tillit er det viktigste i en åpen og god samtale (Travelbee, 1999).

Hvis tid er det viktigste i prosessen for å få til en god helsefremmende samtale, kan dette være vanskelig å få tid til i sykepleierne sin tidsutfordring. Dette kan være uheldig ifølge informantene. De sier at «(...) pasientene merker raskt hvis vi ikke har tid» og at da kan ofte «pasienten føle at de er til bry og de vil ikke åpne seg opp i en samtale». Sykepleierne får ikke gitt sin fulle oppmerksomhet til pasientene, noe som kreves i en helsefremmende samtale. Dette kan føre til at informasjon kan gå tapt. Dympna (2006) fant i sin studie at helsefremmende arbeid ble utøvd hvis sykepleierne hadde tid (Dympna, 2006). Det også det som er tilfellet blant sykepleierne i studien. Ifølge informantene er det på grunn av dårlig tid at den helsefremmende samtalen, det helsefremmende arbeidet og helhetstenkningen må vike. Hvis de skal de utøve helsefremming, må de ha tid og kunnskap om helsefremming. Dette utdypes videre i avsnittet nedenfor.

5.3.3 Administrativt arbeid, tid og faglighet som utfordring

Det å ta vare på et annet menneske er ifølge informantene noe de fleste sykepleierne har med seg som grunnlag inn i sykepleien, men tid er noe som sykepleierne ikke råder over. Det ble sagt at «vi springer raskere og raskere, men jeg vet ikke om det blir så mye mer gjort». Nesten alle sykepleierne i undersøkelsen ga uttrykk for at tid er noe de ikke har nok av og som gjør at de føler at de ikke strekker til i hverdagen når de skal utøve sykepleiefaget og helsefremmende arbeid. Begrensningen med ressurser i avdelingen gir utfordring når de i det helsefremmende arbeidet skal være både støttespiller, katalysator og samarbeidspartner. Informantene sa at «pasienten ser at vi har dårlig tid og de vil ikke være til bry». Pasientene skal i den helsefremmende prosessen få informasjon om hva som skjer og hva som skal skje. De skal holde ut den situasjonen de er i, komme seg forbi det som er vanskelig, samt at de skal forsøke å leve videre med den sykdommen de har eller det de står oppi (Gammersvik & Larsen, 2012). For at sykepleieren skal kunne veilede og hjelpe pasientene gjennom denne «reisen», så kreves det tålmodighet og tid (Gammersvik & Larsen, 2012). Tid er noe som sykepleierne ikke føler at de har nok av og som de sier at pasientene tydelig ser. På denne

måten blir det ifølge Gammersvik og Larsen (2012) en dårlig helsefremmende prosess for pasienten.

Benner og Wrubel (2014) mener at sykepleiere blir stresset av å ikke få utøvet de kravene som en situasjon krever. Slike forhold er spesielt vanskelig å mestre og utløser mye u håndterbart stress hos sykepleierne (Benner & Wrubel, 2014). Dette går ut over den delen som Antonovsky kaller den tredje komponenten i OAS, nemlig meningsfullhet. Når sykepleierne ikke lenger får gjøre de oppgavene de er engasjerte i og som de finner viktige og verdt å engasjere seg i, så mister de en del av sine mestringsstrategier i det å stå i jobben sin (Antonovsky, 2012). Ifølge Fugelli (2010) er det å finne mening en viktig faktor for helse. Uten mening i det vi gjør er det vanskelig å finne glede og harmoni. Dette skaper ikke god helse (Fugelli, 2010).

Sykepleierne trenger også god helse for å kunne stå i jobben sin. De trenger å finne en meningsfullhet i det de gjør slik at de kan utøve helsefremmende arbeid mot pasientene på en god og sunn måte. Sykepleierne jeg intervjuet fortalte at de alltid gikk rundt med dårlig samvittighet overfor pasientene og tenkte på «den samtalen de ikke fikk med en pasient» eller «den kaffekoppen med en pasient de skulle ha prioritert». De følte de ikke strakk til og de fikk heller ikke gjort jobben sin. Dårlig samvittighet kan utløse stress hos sykepleierne. Ifølge Benner og Wrubel (1989) kan stress utløses av noe man bryr oss om som står i fare for å gå tapt eller at vi ikke får til noe man har veldig lyst til å få til (Benner & Wrubel, 1989). I dette tilfellet har sykepleierne dårlig samvittighet for at de ikke får bruke så mye tid inne hos pasientene som de ønsker. Sykepleierne sier at de føler de ikke får gjort jobben sin på en kvalitetsmessig og faglig god måte og det gjør at de går rundt med dårlig samvittighet overfor pasientene og pårørende. Dette kan igjen utvikle seg til stress, sykdom og sykemeldinger. Dette viser at det å gi god pleie og behandling til pasienter og pårørende, er noe som sykepleierne har som verdi og som et mål i utøvelsen av sin profesjon. Sykepleierne sa at når sykemeldingene begynte å komme ble det større belastning på de som var igjen i avdelingen og det var vanskelig å få nye sykepleiere inn i sykefraværet. Det ble sagt følgende om dette: «Vi har jo ikke mye ressurser å ta av til enhver tid, og den dagen fire eller fem trenger tilrettelegging, kan vi ikke gi det». Dette blir en vond sirkel å komme seg ut av. Det blir da vanskelig å tilrettelegge for dem som trenger det, og det blir også vanskelig å få inn annet personale for å hjelpe dem som er igjen i avdelingen. Dette fører ifølge informantene til større arbeidsbelastning på de som er igjen og flere sykemeldinger kan komme. Når

arbeidshverdagen blir preget av frustrasjon, fortvilelse og stor arbeidsbelastning over lang tid blir det utfordrende å utøve helsefremmende arbeid. I tillegg vet sykepleieren at hvis de ikke springer raskere, utfører flere ting samtidig og behandler pasientene raskere, er det pasientene det går utover. Man kan spørre seg om den dårlige tiden kan føre til at sykepleierne feilbehandler pasientene. Er så tilfelle, så nytter det ikke at de jobber raskere og har ulike kvalitetssikringsprogrammer. Hvis sykepleierne bruker kortere tid inne hos pasientene, gir uttrykk for at de ikke har tid og utfører prosedyrene raskere, kan det føre til at pasientene føler seg utrygge. De føler seg til bry og dårlig ivaretatt. Dette kan igjen føre til dårligere kvalitet på behandlingen og at både pasientene og sykepleierne sin OAS blir dårligere. Dette fører til stor frustrasjon og økt stress (Antonovsky, 2012, Benner & Wrubel, 2014).

Når sykepleierne jobber på denne måten lenge nok og ikke får vise sin faglighet eller snakke om sin faglighet, så klarer de ikke å stå lenge i jobben sin. Det ble uttrykt følgende: *«Vi har ikke tid til å snakke om fagtingene våre, om behandlingsmiljøet, hva vi gjør og hvordan utøver vi for eksempel respekt. Det syntes jeg er synd og lite heldig»*. Denne sykepleieren ser ikke bare den begrensede tiden sykepleierne har hos pasientene som en utfordring, men også sykepleierne sin tid til å snakke om faglighet. Sykepleieren mener at det settes av altfor lite tid til å snakke fag, snakke behandling og snakke om profesjonen. Dette kan også ifølge informantene være vanskelig for sykepleierne og for behandlingsmiljøet. Sykepleierne sier videre at det å føle at de ikke får støtte hos sine kollegaer på grunn av at de ikke har snakket fag, ikke har snakket om behandlingsmålene i avdelingen og hvordan faget utøves i avdelingen, på grunn av lite tid, gjør at sykepleierne kanskje ikke er så bevisste sine handlinger og sin profesjon. Dette kan i aller høyeste grad være med på å påvirke det helsefremmende arbeidet i en negativ retning. Gammersvik og Larsen (2012) sier at omstillingen til den «nye» helsefremmende måten å jobbe på med empowermentbegrepet i fokus, krever at sykepleierne reflekterer i fagfellesskapet omkring de ulike vanskelige situasjonene som kan oppstå (Gammersvik & Larsen, 2012). Ifølge informantene er det ikke tid til dette med de få ressursene som råder på en klinisk avdeling som en følge av de økte administrative pålagte oppgavene som har kommet med samhandlingsreformen. Ut fra dette kan man si at sykepleierne ikke får mulighet til å utøve et godt helsefremmende arbeid og ifølge Benner (2000) blir alle sykepleierne noviser i det helsefremmende arbeidet. Sykepleierne har ikke jobbet lenge med den helsefremmende måten å tenke på. Det finnes heller ikke tid til og rom for å reflektere over det helsefremmende arbeidet (Benner, 2000).

Ifølge informantene kom det nye problemstillinger inn i utøvelsen av profesjonen da samhandlingsreformen trådte i kraft i 2012. Den skapte ifølge sykepleierne *«en del mer administrativt arbeid og ressursene til det har vi ikke»*. Reformen innebar at pasientene sin rolle skulle styrkes. Pasientene skulle også få bedre behandling der de bodde. Dette betydde at kommunene og spesialisthelsetjenesten måtte samarbeide tettere for å gi en mer helhetlig pleie og for at kommunene kunne fortsette behandlingen av pasientene som var påbegynt i spesialisthelsetjenesten (Haugan & Rannestad, 2016). Alt dette kan ifølge informantene virke bra på papiret, men realitetene har blitt noe annet enn hva det ble forespeilet at dette skulle bli. Ifølge informantene har de blitt pålagt flere administrative oppgaver for å klare å få denne helhetlige behandlingen til å fortsette ut i kommunene. Når det i tillegg blir lite personell å ta av i avdelingene, bidrar dette til kommunikasjonssvikt og mye frustrasjon blant alle parter. På grunn av økt administrativ mengde, sier de selv at *«sykepleierne finner ikke tid til å støtte hverandre»*. Når dette skjer, så trives ikke sykepleierne på jobb ifølge informantene. Dette gjenspeiler seg i yrkesutøvelsen til sykepleierne og i den profesjonen de skal utøve. Dette er noe som sykepleierne sa at de ser mer og mer av, og som det ifølge dem vil komme mer av. Sykepleierne sa det enkelt og greit slik: *«Pengene rår»* og *«Byråkratiet er ikke pasientvennlig»*.

Som tidligere nevnt mener sykepleierne at det administrative arbeidet har økt etter at samhandlingsreformen ble innført. En av sykepleieren sa: *«Vi blir pålagt så mye mer hele tiden, og den tiden vi kunne brukt inne hos pasientene blir brukt på andre administrative ting»*. Denne uttalelsen viser at det er mange administrative oppgaver de er pålagt å gjøre i det helsefremmende arbeidet og som har blitt viktigere og viktigere i dagens helsevesen. Det nevnes sjelden i beskrivelsen av faget og yrkesutøvelsen alt det administrative som er pålagt sykepleierne, og det blir heller ikke satt fokus på at det administrative arbeidet spiser mer og mer av tiden. Sykepleierne i studien min sa at de ønsker og at de burde bruke tid inne hos pasientene. Det uttrykkes stor misnøye blant sykepleierne på denne typen oppgaver som oppleves å ta mer og mer av deres pasienttid, og det kan tenkes at disse administrative funksjonene gjør at kvaliteten i sykepleieutøvelsen og i det helsefremmende arbeidet blir dårligere. Sykepleierne mente at dette kunne være en av årsakene til at det ble mange sykemeldinger blant de ansatte og at dette kunne være grunnen til mye turnover i sykepleiestaben. Samhandlingsreformen har ifølge informantene gjort det vanskelig å gi en fullverdig helsefremmende behandling til pasientene på flere måter enn det som var tidligere.

På bakgrunn av de utfordringene min studie viser knyttet til samhandlingsreformen, kan en spørre om reformen ble iverksatt for tidlig. Ifølge sykepleierne i min studie så fungerer ikke reformen optimalt på alle punktene og den bidrar til mye mindre pasienttid og skaper en del utfordringer for det helsefremmende arbeidet for sykepleierne. Samtidig kan det hende at hvis sykepleierne hadde disponert tiden annerledes kunne det blitt mer pasienttid slik enkelte informanter pekte på. De kunne ha fått gjort det helsefremmende arbeidet de føler at de ikke har tid til. En av sykepleierne uttalte: *«Jeg tror at vi dyrker den her vi har ikke tid, men det tror jeg at vi har»*. Sykepleieren mener her at årsaken til at sykepleierne hele tiden klager på at de ikke har tid til alt de ville ha gjort hos pasientene, er noe som har blitt en uvane å tenke og en uvane å si blant sykepleierne. Det er en uvane som har blitt en hvilepute og som er lett å skyldte på i en hektisk arbeidshverdag. Ifølge Antonovsky (2012) sin teori om OAS er det slik sykepleierne klarer å håndtere sin arbeidshverdag, ved å gi seg selv en forklaring på hvorfor de ikke er så mye hos pasientene og ikke har tid inne hos pasientene. En annen av sykepleierne sa at *«du må være tilstede, tilstede i nuet for å gjøre en forskjell»*. Dette er nettopp det Martinsen (2008) sier at hvis sykepleierne hadde brukt tiden mer effektivt og vært mere i nuet, så hadde nok pasientene fått en oppfatning av at sykepleieren hadde hatt tid til dem (Martinsen, 2008). Fugelli snakker også om å leve i nuet og være tilstede der du er. Han mener at helse kommer hvis du er tilstede i ditt eget liv, hvis du lever i nuet og ikke jager fremover (Fugelli, 2010). Dette bidrar til god helse hos både pasient og sykepleier. En av sykepleierne gav et godt eksempel på hvordan tilstedeværelse og tid kunne skapes. Hun sa at *«istedenfor at vi står i døråpningen med hånden på dørhåndtaket når vi snakker med pasientene, så kan vi heller sette oss ned hos pasienten»*. Dette kan skape et inntrykk av bedre tid og pasienten kan føle at han blir sett, kontra det å føle at han er til bry og at sykepleieren ikke har tid hvis sykepleieren står med hånden på dørhåndtaket. Men selv om dette blir utført vil trolig sykepleieren selv ha en oppfatning av å ha dårlig tid i sin sykepleierhverdag hvis tankene til sykepleieren er inne i neste rom eller inne i den neste oppgaven som skal utføres. Benner og Wrubel (1989) sier at evnen til å være nærværende og være tilstede er en forutsetning for god sykepleieutøvelse. De sier at: *«This ability to presence oneself, to be with a patient in a way that acknowledges shared humanity, is the base of nursing as a caring practice»* (Benner og Wrubel, 1989, s 13). Man må være tilstede og være nær pasienten for å kunne gi en fullverdig og helhetlig sykepleie. Uten dette kommer sykepleierne til kort i sin utøvelse av helhetlig helsefremmende arbeid. Jeg bruker benevnelsen helhetlig helsefremmende arbeid fordi sykepleierne sa at *«vi kan ikke skille den ene handlingen fra den*

andre og tro at vi er i mål med helsefremming da». Sykepleieren mener her at man ikke kan gå inn til pasientene å utøve kun prosedyrer, eller bare vise omsorg, da blir ikke pasienten ivaretatt på best måte. Ifølge Martinsen (2008) må man, for å utøve helhetlig helsefremmende arbeid, være tilstede, sanse og ha en sanselighet (Martinsen, 2008). Hun sier videre at sykepleierne må se det mennesket som ligger i den sengen og er bekymret eller sitter i den stolen, og gjerne skulle vært en tur i dusjen, men ikke tør å si det i frykt for å forstyrre eller være til bry. Man må se hele mennesket, ikke bare prosedyrene som skal utøves på en kropp (Martinsen, 2003). I denne sammenhengen vil det si at for å få et helhetlig bilde av pasientene og for å kunne gi en helhetlig helsefremming, må sykepleierne være i rommet med pasienten. Sykepleierne må ha tid til å se pasienten, og være i nærvær med pasienten. På den måten kan sykepleierne få kjennskap til pasienten og til pasientenes tanker, følelser og bekymringer. Sansingen sykepleierne gjør i sin relasjon med pasientene blir viktige kunnskapskilder. Samtidig bidrar det til at pasientene føler seg sett og ivaretatt, noe som kan bidra til et bedre helsen til pasientene. For å mestre dette trengs det tid med pasientene. I sykepleiernes hektiske hverdag er det lett for at det er prosedyrene som blir prioritert. Sykepleierne vet at det er mer enn prosedyrer som skal til. En av sykepleierne uttalte at *«vi må komplimentere de medikamentelle og tekniske prosedyrene med ivaretagelsen for å få helsefremming»*. Det å bli vist omsorg handler ikke bare om gode samtaler, en god hånd å holde i og milde blikk, men det handler også i høyeste grad om å bli medisinsk ivaretatt gjennom prosedyrer, behandlinger og pleie. Kombinerer du disse komponentene får du en helhetlig omsorg for pasientene (Benner & Wrubel, 2014). Tid er utfordringen her, men finner sykepleierne tid til å gi en kombinasjon av disse nivåene av omsorg, kan det føre til at pasientene får et helsefremmende sykehusopphold og at de mest sannsynlig kommer seg hjem tidligere.

Det finnes trolig ingen mennesker som i sin sykdom bare ville ha hatt en sykepleier som gav de ei trygg hånd og holde i, men ikke kunne medisinsk behandle og pleie. Samtidig finnes det vel få som bare ville hatt en sykepleier som kun kom inn på rommet og utførte prosedyrer, men samtidig hverken så pasienten eller gav han et vennlig blikk og ei trygg hånd å holde i. Skal vi gå inn i oss selv å tenke etter og føle dette på vår egen kropp, er det nok en kombinasjon av dette som vi alle ønsker. Varhet, innlevelse og handlingskompetanse med en faglig styrke og et menneskelig nærvær er det vi alle som pasienter ønsker.

Det er imidlertid vanskelig å skulle imøtekomme alle de krav som skal til for å drive helhetlig helsefremmende arbeid med de utfordringene som informantene la frem i undersøkelsen.

Samtidig føler sykepleierne selv at de utfører et helsefremmende arbeid til tross for utfordringene og de uttaler at pasientene er fornøyde, noe jeg nå skal se nærmere på. I neste avsnitt skal jeg drøfte hvordan sykepleierne opplever betydningen av det helsefremmende arbeidet som de utøver.

5.4 Sykepleiernes opplevelse av betydningen av det helsefremmende arbeidet som blir utøvd

På tross av utfordringene som sykepleierne opplever at de møter, så forteller de at de utøver helsefremmende arbeid ut fra de ressursene og den tiden som er til rådighet, ut fra sin fagkompetanse, ut fra sin profesjons retningslinjer og ut fra de kvalitetsikringsprogrammene som finnes. Dette gir ifølge dem mange gode resultater i det helsefremmende arbeidet. Det helsefremmende arbeidet sykepleierne utøver gir dem positive opplevelser og de ser nytten og betydningen av det arbeidet de gjør. Under intervjuene ble det fra sykepleierne sin side lagt frem at effekten av det helsefremmende arbeidet gav resultater i form av uttrykk for glede, trygghet og i reduksjon av antall liggedøgn. Når det kommer til det at helsefremming skaper glade og fornøyde pasienter og pårørende, sa en av informantene følgende: *«(...) pasientene blir så glade for å se meg, og når vi har pasienter som ofte blir innlagt i avdelingen så spør de etter meg. Dette gjør meg glad»*. Denne responsen som sykepleierne får når de har utøvet godt helsefremmende arbeid forklares av Fugelli (2010). Hans studie viser at helse også er mestring og trivsel. Han poengterer at man ikke trenger å være frisk for å ha god helse, men man kan føle at man har det bra likevel (Fugelli & Ingstad, 2009). Dette støttes av Benner og Wrubel (2014) som mener at det er denne positive opplevelsen hos pasientene sykepleierne skal prøve å nå i sitt helsefremmende arbeid (Benner & Wrubel, 2014). Selv om pasientene er syke, så har sykepleieren i sin utøvelse av det helsefremmende arbeidet bidratt til at pasientene har en følelse av å ha det bra. For å få til å fremme god helse hos pasientene er det ikke avgjørende å få dem helt friske og få et total fravær av sykdom, men å hjelpe pasientene til å mestre sin sykdom og sin hverdag. Dette står derimot i sterk kontrast til WHO sin definisjon på helse som er det perfekt liv og total fravær av sykdom. Både Antonovsky (2012) og Benner og Wrubel (2014) legger vekt på mestring i hverdagen. De sier at for å klare å stå i de hendelsene man møter, trenger vi mestringsstrategier og en opplevelse av mestring for å klare det.

Når sykepleierne klarer å få til det de selv kaller som optimalt helsefremmende arbeid, så merker de at pasienten blir tryggere. De ser det både på pasientene og på deres pårørende. En av sykepleierne sa det i billedlig tale: *«Hvis pasientene er trygge, så ser du at de senker skuldrene mer. De ligger liksom mere nedi madrassen. De er mindre stresset»*. Et av målene i helsefremmende arbeid er å hjelpe pasientene til å mestre sin situasjon, klarer de ikke det, kan hele situasjonen til pasientene oppleves som stressende og uhåndterbar. Deres forståelse av situasjonen er avgjørende for hvordan de møter hverdagen med sin sykdom og sine erfaringer (Antonovsky, 2012, Benner & Wrubel, 2014). Når sykepleierne møter fornøyde pasienter og pasienter som er i stand til å møte hverdagen, vet de at de har gjort en god jobb. Dette gir både sykepleieren og pasientene en positiv opplevelse av den fagkunnskapen og det samspillet som har blitt utøvet.

En annen positiv effekt som sykepleierne mener kommer av det helsefremmende arbeidet er antall liggedøgn. Det ble sagt at *«vi ser at pasientene blir mobilisert raskere og drar raskere hjem når vi har gjort en god jobb»*. De mener at om de kommer tidlig i gang med helsefremmende arbeid, så har det innvirkning på hvor lenge pasientene trenger å være på sykehuset før de kommer seg tilbake til sitt hjem eller sykehjem. Samtidig kan det være pasienter som blir liggende lenge på tross av at sykepleierne har startet tidlig helsefremmende arbeid. Spørsmålet de da stiller seg er om de har gjort nok? *«Har de gjort for mye eller har de gjort for lite?»*. Sykepleierne mener at balansegangen i helsefremmende arbeid er hårfin og man kan overbehandle og underbehandle. Denne usikkerheten er frustrerende for sykepleieren, men det er en del av det å jobbe med mennesker. De vet aldri når det er for lite eller for mye. Er sykepleieren for overinvolvert og engasjert i et menneske, kan det fort bli for mye (Benner & Wrubel, 2014). Mange ganger kan ikke pasientene heller se når den grensen blir flyttet. Men ifølge informantene så sier de at *«de gangene det treffer sånn som det skal, så klarer pasientene seg raskere på egen hånd. De er også mer takknemlige, de er roligere og tryggere»*.

En annen positiv effekt av helsefremmende arbeid er at mange av sykepleierne sa at de ble glade når pasientene og pårørende var glade og fornøyde. De positive tilbakemeldingene som sykepleierne får av pasient og pårørende bidrar til at sykepleierne klarer å stå i hverdagen og opplever en mestring. De får også en glede av jobben sin som gjør at de trives i jobben som sykepleier. Dette er det Fugelli (2010) snakker om når han sier at mestring og trivsel gir helse. Dette gjør at sykepleierne er i bedre stand til å drive helsefremmende arbeid. Når sykepleierne

får til denne helhetlige pleien hos de pasienten de møter, så får de tilbake ikke bare friskere pasienter, men også mere fornøyde pasienter. En sykepleier sa at «*pasientene smiler når jeg kommer inn i rommet, de spør etter akkurat meg*». Dette bidrar til at sykepleieren også blir mere fornøyd. Dette smitter over på miljøet blant sykepleierne og det smitter videre på hvordan de møter andre pasienter. En sykepleier sa: «*De positive tilbakemeldingene jeg får, legger jeg inn i en del av hjertet mitt. De holder meg gående i yrket mitt*». Denne uttalelsen viser at sykepleierne også trenger å utøve helsefremmende arbeid og gjøre pasienter og pårørende fornøyde slik at de får disse positive tilbakemeldingene i en hektisk sykepleiehverdag. Disse positive tilbakemeldingene kan hjelpe sykepleierne å håndtere den tøffe og harde hverdagen de til stadighet befinner seg i. Sykepleierne trenger også å få en håndterbarhet og en mestringsstrategi (OAS) for å kunne stå i sin profesjon (Antonovsky, 2012). Håndterbarhet handler om hvordan de skal løse en situasjon, og om sykepleierne har de ressursene de trenger tilgjengelig for å takle de kravene situasjonen krever (Antonovsky, 2012).

Så vi ser her at det å utøve helsefremmende arbeid oppleves å være positivt både for de som mottar helsefremmende sykepleie og for de som utøver helsefremmende sykepleie.

6 Sammenfatning av hovedfunnene

Den kvalitative studien min viser at de fleste sykepleierne var til å begynne med usikre på begrepet helsefremming helt til de fikk snakket rundt selve begrepet. Årsaken er at begrepet blir ikke mye brukt i spesialisthelsetjenesten, men de forstod likevel hva det innebar.

Sykepleierne var usikre i sin rolle når det gjaldt helsefremmende arbeid. De to begrepene helsefremmende og sykdomsforebyggende gled over i hverandre i deres utøvelse av sykepleiefaget, ved at de mente at alt det de utøvde i sin sykepleie utøvelse var helsefremmende. Når de etter hvert ble mer bevisste på hva det betydde, kom det frem en del begreper som de mente var elementære i hva de mente med helsefremming i sitt fag og i sin utøvelse av profesjonen sykepleie. Disse begrepene var viktigheten av å ha god folkeskikk og god kommunikasjon. Det å inneha en profesjonalitet i det å kunne faget sitt og utøve en god omsorg var vesentlig for helsefremming. Videre var det viktig å tenke på pasienten som individuelle mennesker med sine ulike behov. Sist, men ikke minst var et godt arbeidsmiljø viktig for å klare å utføre jobben sin.

Når det kom til utøvelsen av helsefremmende arbeid og opplevelsen sykepleierne hadde i utøvelsen av helsefremming, så la sykepleierne i studien vekt på at medbestemmelse og kommunikasjon var viktig. Videre sa sykepleierne at i utøvelsen av helsefremming var det viktig at de utøvde sin profesjonalitet rett og at de ga pasienten god omsorg. Uten disse to begrepene kom de ikke i mål med helsefremmende sykepleie.

De utfordringene sykepleierne opplevde videre i utøvelsen av det helsefremmende arbeidet var at de fant kommunikasjon utfordrende. Kommunikasjonen var vanskelig når det skulle gis informasjon, var det for lite informasjon eller var det for mye. I kommunikasjonen «*bommet*» de både innenfor sykepleien, tverrfaglig og med pasient og pårørende grunnet endret måte å jobbe og behandle på etter samhandlingsreformen. Det at sykepleierne følte at de av og til kom på kollisjonskurs med empowermentbegrepet som var en sentral del av det helsefremmende arbeidet, var at pasientene var de som hadde «*det siste ordet*», men de visste at det var viktig og at pasientene måtte respekteres for sine valg. Sykepleierne var mange ganger frustrerte i utøvelse av faget og i sin utøvelse av helsefremmende arbeid. De fikk brukt mindre av sin kompetanse og snakket mindre fag siden det administrative arbeidet hadde økt etter samhandlingsreformen kom. De savnet en kompetanseheving. De hadde dårlig tid og lite ressurser å ta av også på grunn av økt administrativt arbeid.

De opplevde også at pasient og pårørende ble mer takknemlige, mer tilfredse, pasienten ble raskere mobilisert og raskere friske når sykepleierne hadde fått utøvd profesjonen sin rett og i et helsefremmende perspektiv. De mente at de kunne se at antall liggedøgn for pasientene var færre når de hadde utøvet et godt helsefremmende arbeid. Sykepleierne uttrykte at når de hadde tid til å utøve et godt helsefremmende arbeid ble de også glade og fornøyde, noe som ble spredt videre i yrkesgruppen og ga et godt arbeidsmiljø. Et godt arbeidsmiljø påpekte informantene var viktig for at de skulle kunne utøve helsefremmende sykepleie. Det var de positive tilbakemeldingene fra pasient og pårørende som gjorde at sykepleierne fant en meningsfullhet i jobben sin. Sykepleierne uttrykte en glede ved å jobbe helsefremmende og selv om de møtte på en del hindringer i utøvelsen av helsefremming, utøvde de helsefremming så langt det gikk.

7 Avslutning

I denne studien har jeg forsøkt å finne svar på hvordan helsefremmende arbeid utøves og oppleves blant sykepleiere i spesialisthelsetjenesten. Hovedtrekkene av funnene etter endt studie er at begrepet helsefremming blir lite brukt i spesialisthelsetjenesten. Sykepleierne vektlegger det å være høflig og ha et godt miljø som en viktig del av helsefremming.

Sykepleierne følte at de hadde for lite tid til pasientene til å gjøre et godt helsefremmende arbeid og at mye administrativt arbeid tok fra dem pasienttiden. Samhandlingsreformen var blitt styrende og skapte en del utfordringer. Videre var empowermentbegrepet vanskelig og sykepleierne måtte ifølge dem selv bli mer bevisste på det. På tross av disse faktorene sa sykepleierne at de føler at pasientene og de selv blir mer glad og fornøyde ved utøvelsen av helsefremmende arbeid.

I studien kom det som sagt frem at sykepleierne i begynnelsen ikke var så kjent med begrepet helsefremming i spesialisthelsetjenesten, og de fant det lettere å snakke om det da de hadde fått intervjuguiden i forkant. I dette ligger det en del utfordringer. For det første kan det tyde på at sykepleierne i utgangspunktet ikke var så bevisste på det helsefremmede arbeidet de drev med. For det andre kan det tyde på at ledelsen i sykehusene ikke har satt så stort fokus på begrepet helsefremmende arbeid og for det tredje at det er for lite fokus på sykepleierne i spesialisthelsetjenesten sin utøvelse av helsefremmende arbeid fra regjeringens side. Dette er til dels bekymringsfullt, da sykepleiere utgjør en veldig stor gruppe helsearbeidere som har blitt «glemt» i prosessen med å innarbeide helsefremmende tenkning i dagens helsevesen. Videre ser jeg at det kan henge sammen med forhold som går ut på når helsefremming ble innført i spesialisthelsetjenesten, at sykepleierne har jobbet ulikt antall år i spesialisthelsetjenesten, tidspunktet sykepleierne ble utdannet og at det ut fra studien her kan se ut som om at det heller ikke er satt av tid til opplæring i sykehusene av den nye måten å tenke og jobbe på. Det at sykepleierne ikke var så kjent med begrepet og at det ikke er satt av tid til opplæring kan ha ulike årsaker. En av dem kan være at samhandlingsreformen har medført økt arbeidsmengde og økt tidspress. Som jeg påpekte i drøftingen var trolig ideologien bak helsefremming god, men at den kom for tidlig uten at det var tenkt på hvordan man kunne få gjennomslagskraft for den ideologien på sykehusene.

Tradisjonell tenkning rundt helsefremmende arbeid er ofte med fokus på hvordan hjelpe mennesker til en bedre livsstil som for eksempel med kostholdsveiledning. På sykehusene derimot er ikke en slik helsefremmende tenkning enerådende. I et helsefremmende perspektiv i spesialisthelsetjenesten er ikke hovedfokuset på en livsstilsendrende tenkning og det finnes mange gråsoner rundt helsefremmende tenkning. Det helsefremmende perspektivet i spesialisthelsetjenesten handler om å hjelpe pasienten til å bli frisk, bidra til at pasienten har det bra i sin situasjon, hjelpe pasienten til å mestre sykdommen sin og hjelpe til med å takle hverdagen etter sykdom. Ut fra denne helsefremmende tenkningen er det ikke unaturlig at sykepleierne mener at alt det de utøver i sin profesjon er helsefremmende arbeid. Samtidig som sykepleierne mener dette, så er det en del tradisjonell sykepleietenkning som ikke stemmer overens med den helsefremmende tenkningen.

I Ottawacharteret i 1986 kom det et skifte rundt perspektivet på helse, og det ble en ny måte å tenke på rundt helse. Samtidig som helseperspektivet vokste frem, ble det ikke sett på hvordan sykepleiere skulle ta denne helseforståelsen inn i sin utøvelse av profesjonen. Kjerneverdier i de yrkesetiske retningslinjer er helhetlig omsorg, retten til medbestemmelse, respekt for iboende verdighet, barmhjertighet, omsorg, ivaretagelse av integritet og retten til ikke å bli krenket (Norsk Sykepleierforbund, 2007). Denne tradisjonelle tenkningen utfordrer sykepleierne til å tenke helsefremming på den nye måten med medbestemmelse og at pasientene er hovedaktørene. I en tradisjonell sykepleietenkning er det sykdomsforebygging sykepleiere er vant til å drive med. Sykdomsforebygging og helsefremming er to begrep som er like viktige, men som kan stå i motsetning til hverandre. I sykdomsforebygging er sykepleierne og legene hovedaktørene, men i helsefremming er pasientene hovedaktørene. Dette kan være utfordrende for sykepleierne, siden sykdomsforebygging er den vante tankegangen. En annen viktig forskjell fra tradisjonell sykepleietenkning til helsefremmende tenkning er at sykepleierne må gi pasientene medbestemmelsesrett. Dette kan være vanskelig når sykepleierne er vant til å tenke «jeg vet best». Slike tungt forankrede kulturer kan være vanskelig å endre, og hvis det ikke settes av tid til å jobbe systematisk med dette kan det være vanskelig å realisere den helsefremmende tenkningen ved sykehusene. Klarere man derimot å åpne opp for at pasientene kan være delaktige i sin situasjon, kan det åpne opp for mange muligheter i behandlingsforløpet til pasientene. Det er i denne prosessen at sykepleierne må ta i bruk sin profesjonalitet, sitt faglige skjønn og sansingen med i de ulike pasientsituasjonene hvor pasienten skal ha sin brukermedvirkning i en helsefremmende prosess.

Når det kom til kommunikasjonsutfordringene som sykepleierne pekte på, kommer disse delvis på bakgrunn av hvordan sykepleierne tradisjonelt har jobbet ved sykehusene og med overgangen til helsefremmende arbeid. Tradisjonelt har kommunikasjonen med pasient og pårørende vært preget av en ekspertkommunikasjon hvor pasient og pårørende ble informert av ekspertene, til dagens mer likeverdige kommunikasjon hvor pasientene langt på vei er ekspert på seg selv og sin egen situasjon. Videre kan det også komme av at det tidligere var en kommunikasjon som primært gikk mellom kollegaene innenfor samme yrkesgruppe til at de nå skal ha en tverrfaglig kommunikasjon på tvers av yrkesgruppene, samt et tverrfaglig samarbeid på tvers av sykehusene og på tvers av andre helseinstanser utenfor sykehusene. Denne nye måten å kommunisere på kan skape disse utfordringene og er noe som kan ta en stund å endre på, dette igjen på grunn av dype kulturer som ligger i sykehusene.

Studien min viser at det må legges til rette for at sykepleierne i spesialisthelsetjenesten kan få utføre et godt helsefremmende arbeid og at de kan bli mer bevisst på begrepet helsefremming. Det må settes av tid til opplæring og tid til mer direkte pasientarbeid kontra alt det administrative arbeidet som sykepleierne i dag er pålagt gjennom blant annet samhandlingsreformen. Det må forskes mer på hvordan sykepleierne opplever det å jobbe helsefremmende, slik at de kan bli hørt i de endringer og de tiltak som må gjøres for at de kan drive en positiv og god helsefremming. Min studie sin relevans og aktualitet innenfor temaet helsefremming har bidratt til viktig kunnskap, samtidig som det er behov for videre forskning på dette temaet for å få mer kunnskap om hvordan man best kan levere gode helsetjenester på sykehus som er helsefremmende og til det beste for pasient og pårørende.

Jeg hører stemmer. Noen roper på meg. Jeg begynner å våkne opp fra narkosen. Min første tanke er, jeg lever. Mine første ord til legen som snakker til meg er «jeg lever». Så kommer frykten. Er jeg lam? Min neste tanke er at jeg må bevege armer og bein. Jeg klarer å bevege de. Jeg er ikke lam. De var visst forberedt på dette. Er de forberedt på de neste stegene på min vei? Jeg må nok stole på det. Jeg håper at de kan sitt fag og at de vil mitt beste. Jeg hører min mann snakke til meg. Jeg lever, jeg hører deg, jeg elsker eg. Håper at det neste jeg opplever blir like positivt og at alle vil hjelpe meg til å mestre min sykdom, vil hjelpe meg videre og vil meg vel (...). Det kommer en sykepleier, hun snakker med min mann, hun

informerer han ... så ordner hun noe med meg, stryker meg på kinnene og sier noe. Jeg merker at jeg slapper bedre av ... Så glir jeg sakte inn i en slags søvn Igjen.

Litteraturliste

- Aadland, E. (2011). *"og eg ser på deg"* (3.. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Alvsvåg, H., Førland, O., & Jacobsen, F. (2014). *Rom for omsorg?* (1.. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Antonovsky, A. (1987). *Helbredets mysterium* (1.. utg.). København: Hans Reitzels Forlag.
- Antonovsky, A. (2012). *Helsens Mysterium. Den salutogene modell.* (1.. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Benner, P. E. (2000). *From Novice to Expert; Excellence and Power in Clinical Nursing Practice*. Pearson Education (US).
- Benner, p., & wrubel, J. (1989). *The primacy of caring* (1.. utg.). California: Addison-Wesley Publishing Company.
- Benner, P., & Wrubel, J. (2014). *Omsorgens betydning i sygepleje* (2.. utg.). Danmark: Munksgaard.
- Berg, G. V. (2007). *Å fremme den eldre sykehuspasientens helse i lys av et folkehelse-et holistisk eksistensielt sykeleierperspektiv* (1.. utg.). Gøteborg: Nordiska högskolan for folkehelsevetenskap.
- Buch, T. (2013). *Akademisk skriving for bachelorstudenter*. Bergen: Fagbokforlaget.
- De nasjonale forskningsetiske komiteene. (2010). *Fortolkning og analyse*.
<https://www.etikkom.no/forskningsetiske-retningslinjer/Medisin-og-helse/Kvalitativ-forskning/8-Fortolkning-og-analyse/>.
- Direktoratet for e- helse. (2016). *Kodeverk og terminologi*.
http://www.kith.no/templates/kith_WebPage_____2088.aspx.
- Dympna, C. (2006, Mars 2.). Nurses` perceptions, understanding and experiences og health promotion. *Journal of clinical nursing*, ss. 1039-1049.
- Eide, H., & Eide, T. (2007). *Kommunikasjon i relasjoner* (2.. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Fangen, Katrine. (2015). *Kvalitativ metode*.
<https://www.etikkom.no/FBIB/Introduksjon/Metoder-og-tilnarminger/Kvalitativ-metode/>.
- Fredheim, O., Kvarstein, G., Undall, E., Stubhaug, A., Rustøen, T., & Borchgrevink, P. (2011, september 20.). Postoperativ smerte hos pasienter innlagt i norske sykehus. *Tidsskriftet Den Norske Legeforening* (18), ss. 1763-1767
DOI:10.4045/tidsskr.10.1129.
- Freire, P. (1999). *De undertryktes pedagogikk* (1.. utg.). Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Fugelli, P. (2010). *Nokpunktet essays om helse og verdighet* (2.. utg.). Oslo: Universitetsforlaget AS.
- Fugelli, P. (2014). *En lesebok* (1.. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Fugelli, P. (2015). *Sitater av Per Fugelli* (1.. utg.). Oslo: Universitetsforlaget AS.
- Fugelli, P., & Ingstad, B. (2009). *Helse på Norsk* (1.. utg.). Oslo: Gyldendal Akademiske.
- Gadamer, H.-G. (2012). *Sannhet og metode. grunntrekk i filosofisk hermeneutikk* (2.. utg.). Pax.
- Gammersvik, Å., & Alsvåg, H. (2009, februar). Forståelse av helsefremming i sykepleie. *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning*, ss. 18-29.
- Gammersvik, Å., & Larsen, T. (2012). *Helsefremmende sykepleie i teori og praksis* (1.. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Grønmo, S. (2004). *Samfunnsvitenskapelige metoder*. Bergen: Fagbokforlaget.

- Haugan, G., & Rannestad, t. (2016). *Helsefremming i spesialisthelsetjenesten* (1.. utg.). Oslo: Cappelen Damm.
- Haugen, J. E. (2014). *akuttmedisinsk sykepleie-utenfor sykehus*. Oslo: Gyldendal norsk forlag AS.
- Heggestad, A. K., & Knutstad, U. (2016). *Sentrale begreper og fenomener i klinisk sykepleie* (4.. utg.). Oslo: CAPPELEN DAMM AS.
- Helse - og omsorgsdepartementet. (2008-2009). *St. meld.nr. 47 Samhandlingsreformen- Rett behandling-på rett sted- til rett tid*. Oslo:
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-47-2008-2009-/id567201/>.
- Helse - og omsorgsdepartementet. (2014-2015). *Meld.st. 19 Folkehelsemeldingen- Mestring og muligheter*. Oslo: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-19-2014-2015/id2402807/>.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2015). *NOU 2015:11 Med åpne kort.Forbygging og oppfølging av alvorlige hendelser i helse- og omsorgstjenestene*. Oslo:
[https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2015-11/id2459861/?q=forebygging helse kvalitetssikring](https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2015-11/id2459861/?q=forebygging+helse+kvalitetssikring).
- Helse -og omsorgsdepartementet. (1998). *NOU 1998:18 Det er bruk for alle-Styrking av folkehelsearbeidet i kommunene*. Oslo:
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-1998-18/id141324/sec3>.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2003). *St. meld.nr. 16 - Resept for et sunnere Norge*.
[https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-16-2002-2003-/id196640/?q=stortingsmelding 16 2002-2003](https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-16-2002-2003-/id196640/?q=stortingsmelding+16+2002-2003).
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2015-2015). *Meld.st.26 Fremtidens primærhelsetjeneste. nærhet og helhet*. Oslo: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-26-2014-2015/id2409890/>.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2015-2016). *Meld.st. 34 Verdier i pasientens helsetjeneste. Melding om prioritering*. Oslo: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-34-20152016/id2502758/>.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2015-2016). *Verdier i pasientens helsetjeneste- Melding om prioritering*. Oslo: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-34-20152016/id2502758/>.
- Helse-og omsorgsdepartementet. (2012-2013). *St.meld. nr. 34 -Folkehelsemeldingen - God helse- felles ansvar*. Oslo: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-34-20122013/id723818/>.
- Helse-og omsorgsdepartementet. (2014). *Samhandlingsreformen i kortversjon*.
<https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/helse--og-omsorgstjenester-i-kommunene/samhandlingsreformen-i-kortversjon1/id650137/>.
- Helse-og omsorgsdepartementet. (2014). *Verdens helseorganisasjon*. Oslo:
<https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/innsikt/internasjonalt-helsesamarbeid/innsikt/verdens-helseorganisasjon-who/id435126/>.
- Holmen, H. (2011, november 2.). Erfaring. *Store Norske Leksikon*, s. <https://snl.no/erfaring>.
- ICN. (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere* (4.. utg.). Oslo: Norsk Sykepleier Forbund.
- Jacobsen, D. I. (2005). *Hvordan gjennomføre undersøkelser?* Kristiansand: Høyskoleforlaget AS.
- Karoliussen, M. (2011). *Nightingales arv-ny forståelse* (1.. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Konsmo, T. (1995). *en hatt med slør...Om omsorgens betydning for sykepleie- en presentasjon av Benner og Wrubels teori* (1.. utg.). Otta: TANA AS.

- Kringelen, E., & Finset, A. (2006). *Den kliniske samtalen* (2.. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Kristoffersen, N. J. (2011). *Grunnleggende sykepleie. Sykepleiens grunnlag, rolle og ansvar* (2.. utg.). Oslo: Gyldendal Akademiske.
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3.. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Lægneid, S., & Skogen, T. (2015). *Hermeneutikk en innføring* (1.. utg.). Scandinavian Academic Press.
- Lønne, A. (2016). *Salutogenes*. <https://sml.snl.no/salutogenese>.
- Malterud, K. (2013). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning* (3.. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Martinsen, K. (2003). *Fenomenologi og omsorg* (2.. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Martinsen, K. (2003). *Omsorg, sykepleie og medisin* (2.. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Martinsen, K. (2005). *samtalen, skjønnet og evidensen* (1.. utg.). Oslo: Akribe.
- Martinsen, K. (2008). *Øyet og kallet* (3.. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Martinsen, K., & Wærness, K. (1991). *Pleie uten omsorg?* (2.. utg.). Larvik: Pax Forlag.
- Mc Bride, A. (1994, Oktober 28.). Health promotion in hospitals: the attitudes, beliefs and practices of hospital nurses. *Journal of Advanced Nursing*, ss. 92-100.
- Mc Bride, A. (1994, oktober 28). Health promotion in hospitals: the attitudes, beliefs and practices of hospital nurses. *Journal of Advanced Nursing*, ss. 92-100.
- Myhre, E. (1994). *Patologi* (4.. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Mæland, J. G. (2016). *Forebyggende helsearbeid* (4.. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Mæland, J. G. (2016). *Forebyggende helsearbeid. Folkehelsearbeid i teori og praksis* (4.. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Ness, N. E. (2011). *Hjelpemidler og tilrettelegging for deltagelse-et kunnskapsbasert grunnlag* (2. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Nightingale, F. (1984). *Håndbok i sykepleie. Hva det er og hva det ikke er* (3.. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag A/S.
- Nilssen, V. (2012). *Analyse i kvalitative studier*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Norden, S. s. (1995). *etiske retningslinjer for sykepleierforskning i Norden* (5.. utg.). Sykepleiens samarbeid i Norden.
- Nortvedt, P. (2008). *Sykepleiens grunnlag* (1.. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Nyeng, F. (2012). *Nøkkeltbegreper i forskningsmetode og vitenskapsteori* (1.. utg.). Oslo: Fagbokforlaget.
- Rannestad, T., & Haugan, G. (2016). *Helsefremming i spesialisthelsetjenesten* (1.. utg.). Oslo: Cappelen Damm.
- Robinson, S., & Hill, Y. (1999, September 15.). Our healthier hospital? The challenge for nursing. *Journal of nursing Management*, ss. 13-17.
- Stern, D. T. (2006). *Measuring medical professionalism*.
- Travelbee, J. (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie* (1.. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Whitehead, D. (2005, Mai 19.). Health promoting hospitals: the role and function of nursing. *Journal of Clinical Nursing*, ss. 20-27.

Vedlegg

Tabell over meningsfulle enheter i studien

Hovedkategori 1	Underkategori	Meningsfulle enheter
Hva helsefremming er	Folkeskikk	<p>«Det å kunne oppføre seg og være høflig legger til rette for trygge relasjoner og de kan føle seg trygg og ivaretatt»</p> <p>«Vise vanlig høflighet, banke på døra, presentere meg, ta i hånda, møte blick, være på samme nivå. Sette meg ned, vise at jeg har tid, ikke stå med hånda på dørhåndtaket».</p> <p>«Helsefremming (...) det er skikkethet og egnethet».</p> <p>«(...) jeg hilser, så får de bruke det til det de vil».</p> <p>«Et smil og et høflig nikk er viktig».</p> <p>«(...) tillit gjør at vi får en god kommunikasjon, tillit må vi fortjene (...)»</p>

		<p><i>«Vi må ha det bra på jobben for å kunne gjøre en god jobb».</i></p> <p><i>«(...) viktig at vi blir hørt inn mot ledelsen».</i></p> <p><i>«(...) finner vi meningsfullhet i jobben blir det mindre sykemeldinger».</i></p> <p><i>«Helsefremmende arbeid er litt sånn ferskvare, vi må jobbe med det helse tiden».</i></p>
--	--	--

Hovedkategori 2	Underkategori	Meningsfulle enheter
Utøvelsen av helsefremmende arbeid	Empowerment	<p>«Pasientene må være med å velge hva de ønsker av behandling, og vi som sykepleiere må respektere deres valg»</p> <p>«(...) la pasientene ha kontroll, fortelle dem hva som skal gjøre, hvilke medisiner de får (...).»</p> <p>«... medbestemmelse tenker jeg er viktig, at de ikke kommer til sykehuset og blir overkjørt ... det tenker jeg vi er for lite flink til ...»</p> <p>«Vær lydhør for at pasienten faktisk har tanker rundt det som skjer. Vi må ta på alvor det som blir sagt. Overtramp må ikke skje!»</p> <p>«Vi må finne ut hva pasientene bekymrer seg for».</p> <p>«Vi må ikke behandle pasientene likt, men se de med de ulike behovene de har».</p> <p>«(...) vi må finne pasientene sine grenser».</p>
	Profesjonalitet/fag	<p>«(...) er du trygg og oppdatert i fagkunnskapen, blir du trygg i din rolle og vet hvordan du skal utøve profesjonalitet ovenfor pasient og pårørende ...»</p>

	Omsorg	<p>«(...) all sykepleiekunnskap vi har og utøver er helsefremmende ... observasjoner, relasjoner til prosedyrer (...)»</p> <p>«(...) både prosedyrer og omsorg er viktig (...)».</p> <p>«For å utøve forsvarlig sykepleie er vi pliktige til å få kunnskap».</p> <p>«Helsefremmende arbeid er så mye mer enn bare å gi medisiner og gjøre prosedyrer»</p> <p>«Gjøre at de ansatte føler seg ivaretatt og sett. Fornøyde ansatte smitter over på arbeidet de gjør.»</p> <p>«skape rom for en god samtale (...)».</p> <p>«skape en god relasjon som bidrar til trygghet og ivareta pasient og pårørende (...)».</p> <p>«Vi må se til at pasienten blir ivaretatt og sett».</p> <p>«Sørge for at pasienten får en god natts søvn og er trygge, det gjør jeg ved å gå rundt til dem. Da ser de at vi er her».</p>
--	--------	---

	<p>Kommunikasjon</p>	<p>«(...) prøve å tilrettelegge arbeidet når de ansatte trenger det».</p> <p>«Det er viktig å huske på at pasientene er de viktige. Finne ut hva pasienten er opptatt av og bekymrer seg for, og gi den hjelp og informasjon som de trenger»</p> <p>«Det er ikke slik at alle er a4 og at du må kjøre på med informasjon til pasientene som de kanskje ikke vil ha og som de kanskje ikke takler å få. Du må finne pasientene sine grenser».</p> <p>«Vi må sense den informasjonen vi får av pasientene, og hvilken informasjon vi kan gi og hvor mye».</p>
	<p>Kvalitetssikring</p>	<p>«(...) det er jo absolutt helsebringende at pasienten får rett medisin til rett tid».</p> <p>«Behandlingsplaner, medisinsamstemming og pasientsikkerhetsprogrammet er noe av det vi har for å kvalitetssikre vårt arbeid».</p>

		<p><i>«Flere og flere pasienter er opptatt av kvalitetssikring (...).»</i></p> <p><i>«Kvalitetssikring gir forsvarlig sykepleie»</i></p> <p><i>«Pasientsikkerhetsprogrammet 24/7 og FLYT er alle sykehus pliktig å følge».</i></p>
--	--	--

Faglighet

«Man oppnår en god kommunikasjon hvis man senser hva de pasientene har å si.»

«Hvis pasienten ringer på å har smerter, så svarer vi at du fikk for en time siden så du kan ikke nå d må vente i tre timer ... hva opplever pasienten da ???! Hva sier vi egentlig da !?»

«Samhandlingsreformen har gjort at vi snakket mot hverandre, ikke med».

«Når man er usikker på om man gir for lite eller om man gir for mye»

«Vi har ikke tid til å snakke om fagtingene våre, om behandlingsmiljøet, hva vi gjør og hvordan utøver vi for eksempel respekt. Jeg tror vi har en lang vei å gå. Jeg tror ikke vi er så bevisst.»

«Det er en fin balanse i det å utøve profesjonen vår rett».

«Jeg føler av og til av vi kommer på kollisjonskurs med medbestemmelsesretten til pasientene og det som er min jobb».

Byråkrati

«Når det er inntaksstopp i kommunene og samhandlingsreformen er helt klar i sine retningslinjer, møter vi på utfordringer»

«Folk på gulvet blir nedprioritert. Kollegaene finner ikke tid til å støtte hverandre. De trives ikke da i jobb. Det sier noe om tiden vi er i nå og som det kommer mer av. Pengene er de som rår».

«Tid jeg ville ha brukt inne hos pasientene går bort i administrativt arbeid».

«Samhandlingsreformen har skapt en del mer administrativt arbeid og ressursen har vi ikke».

«Mer byråkrati og mer arbeid bort fra profesjonen gjør at det ikke trivelig å være på jobb».

Hovedkategori 4	Underkategori	Meningsfulle enheter
Effekten av jobben sykepleierne gjør	Glede	<p>«Pasientene blir glade for å se meg, de lyser opp».</p> <p>«De positive tilbakemeldingene jeg får, legger jeg inn i en del av hjertet mitt. De holder meg gående i yrket mitt».</p> <p>«Når pasientene og pårørende uttrykker fornøydhet og takknemmelighet, smitter det av på miljøet blant sykepleierne».</p> <p>«At pasientene er fornøyd har en stor ringvirkning».</p> <p>«Gode resultater gjør at jeg blir påmint om hvorfor jeg jobber med dette».</p> <p>«Miljøet på avdelingen blir bedre og alle blir mer fornøyde»</p>
	Trygghet	<p>«Hvis ting er organisert og planlagt når de kommer hjem, blir de tryggere.»</p> <p>«Hvis pasientene er trygge, så ser du at de senker skuldrene mer, de ligger liksom mer nedi madrassen. De er mindre stresset.»</p>

«Pasientene samarbeider bedre».

Liggedøgn

«Hvis informasjon blir gitt rett og av en lege, hindrer du en del innleggelser og lengre opphold»

«Hvis mobilisering kommer tidlig i gang og vi som sykepleiere gjør vår jobb, så kommer de seg raskere hjem».

«God kommunikasjon hindrer en del re- innleggelser».

«Når de får rett og tilpasset mengde informasjon mobiliseres pasientene raskere».

Samtykkeskjema

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

” Helsefremmende arbeid blant sykepleiere i spesialisthelsetjenesten ”

Bakgrunn og formål

Dette er en masterstudiet ved Norges arktiske universitet, campus Harstad. Målet med denne studien er å bidra til kunnskap om helsefremmende arbeid. Jeg skal se på hvordan oppleves og utøves helsefremmende arbeid blant sykepleiere i spesialisthelsetjeneste. Ønsker at de som er interessert kan melde seg til meg for intervju.

Hva innebærer deltakelse i studien?

Datainnsamlingen vil foregå ved å intervju sykepleiere ved ulike avdelinger. Jeg vil stille spørsmål om helsefremmende arbeid og dataene vil bli tatt opp på lydbånd, transkribert og lagret på min datamaskin.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Alle personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt. Det blir heller ikke stilt noen personlige spørsmål eller innhentet sensitiv informasjon eller personopplysninger. Navn på sykepleier vil ikke bli brukt og kan heller ikke gjenkjennes eller spores. Datamaterialet vil anonymiseres ved prosjektslutt og transkripsjonene av lydopptakene vil være anonyme. Intervjupersonenes navn vil ikke bli nevnt i oppgaven.

Prosjektet skal etter planen avsluttes 31.12.16. Etter den datoen blir alt materiale av lydopptak slettet.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien, og du kan når som helst trekke ditt samtykke uten å oppgi noen grunn. Dersom du trekker deg, vil alle opplysninger bli fjernet.

Dersom du ønsker å delta eller har spørsmål til studien, ta kontakt med Karina Karlsen på mob. 99 45 86 92 eller på mail til karina.s.karlsen@uit.no. Min veileder er Hege Gjertsen ved Norges arktiske Universitet, campus Harstad telefon 770 58318.

Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, NSD - Norsk senter for forskningsdata AS.

Samtykke til deltakelse i studien

Jeg har mottatt informasjon om studien, og er villig til å delta

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Intervjuguide

1. Hva legger du i begrepet helsefremming? Hva tenker du er helsefremmende arbeid?
2. Utøver du helsefremmende arbeid på din avdeling?
3. Hvordan utøver du helsefremmende arbeid på din avdeling?
4. Er det utfordrende å utøve helsefremmende arbeid på din post?
5. Hvordan opplever du det å utøve helsefremmende arbeid?
6. Hvordan merker du eventuelt på pasienten om du har drevet helsefremmende arbeid? Opplever du at det har noen betydning for pasienten? Hvordan?
7. Har du utfordringer med å utøve helsefremmende arbeid som sykepleier i spesialisthelsetjenesten? Om så hvilke/hva?

Godkjenning NSD



Hege Gjertsen
Vernepleie Campus Harstad UIT Norges arktiske universitet

9480 HARSTAD

Vår dato: 24.06.2016

Vår ref: 48453 / 13 / AGL

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 22.04.2016. Meldingen gjelder prosjektet:

48453	<i>Hvordan oppleves og utføres helsefremmende arbeid blant akuttsykepleiere?</i>
Behandlingsansvarlig	<i>UiT Norges arktiske universitet, ved institusjonens øverste leder</i>
Daglig ansvarlig	<i>Hege Gjertsen</i>
Student	<i>Karha Karlsen</i>

Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen av personopplysninger er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31. Behandlingen tilfredstiller kravene i personopplysningsloven.

Personvernombudets vurdering forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, ombudets kommentarer samt personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, <http://www.nsd.uib.no/personvern/meldeplikt/skjema.html>. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://pvo.nsd.no/prosjekt>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 17.12.2016, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Kjersti Haugstvedt

Audun Løvlie

Kontaktperson: Audun Løvlie tlf: 55 58 23 07

Dokumentet er elektronisk produsert og godkjent ved NSD's rutiner for elektronisk godkjenning.



Utvalget informeres skriftlig og muntlig om prosjektet og samtykker til deltakelse. Informasjonsskrivet er godt utformet, men vi anbefaler følgende setning "Etter den datoer bli alt materiale av lydopptak slettet." endres til: "Datamaterialet vil anonymiseres innen denne datoer".

Ombudet gjør oppmerksom på at observasjon kun er tillatt dersom det innhentes dispensasjon fra taushetsplikten, eller institusjonen hvor observasjonen skal gjennomføres på forhånd tillater dette, samt har vurdert at taushetsplikten ikke er til hinder for observasjonen. Pasienter skal få informasjon og anledning til reservere seg fra å bli observert eller være tilstede når observasjonen foregår. Viser for øvrig til de forskningsetiske retningslinjer: <https://www.etikkom.no/forskningsetiske-retningslinjer/Samfunnsvitenskap-jus-og-humaniora/> særlig kapittel B og C.

Personvernombudet legger til grunn at du etterfølger UiT Norges arktiske universitet sine regler for datusikkert.

Forventet prosjektslutt er 17.12.2016. Ifølge prosjektmeldingen skal innsamlende opplysninger da anonymiseres. Anonymisering innebærer å bearbeide datamaterialet slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes. Det gjøres ved å:

- slette direkte personopplysninger (som navn/koblingsnøkkel)
- slette/omskrive indirekte personopplysninger (identifiserende sammenstillinger av bakgrunnsopplysninger som f.eks. bosted/arbeidssted, alder og kjønn)
- slette lydopptak

Karina Synnøve Karlsen

Fra: Audun G. Løvlie <audun.lovlie@nsd.no>
Sendt: 31. mai 2016 15:29
Til: Karlsen Karina Synnøve
Kopi: Gjertsen Hege
Emne: Prosjektnr: 48453. Hvordan oppleves og utføres helsefremmende arbeid blant akuttstykke eiere?

Oppfølgingsflagg: Flag for follow up
Status for flagg: Flagget

BEKREFTELSE PÅ ENDRING

Viser til endringsmelding registrert 30.05.2016.

Ombudet registrerer at utvalget endres fra akuttstykkepleiere til sykepleiere i spesialisthelsetjenesten.

Metode er endret fra deltakende observasjon til personlig intervju, med lydopptak.

Informasjonsskrivet er adekvat utformet, men vi ber om at det tilføyes en setning om at datamaterialet vil anonymiseres ved prosjektslutt, alternativt at transkripsjoner av lydopptakene vil være anonyme.

Personvernombudet forutsetter at prosjektopplegget for øvrig gjennomføres i tråd med det som tidligere er innmeldt, og personvernombudets tilbakemeldinger. Vi vil ta ny kontakt ved prosjektslutt.

..

Audun G. Løvlie
Rådgiver/Adviser
Tel: +47 55 58 23 07
nsd.no | twitter.com/NSD/lara

Karina Synnøve Karlsen

Fra: lene.brandt@nsd.no
Sendt: 12. januar 2017 13:43
Til: Karina Synnøve Karlsen
Kopi: Hege Gjertsen
Emne: Prosjektnr. 48453 Hvordan oppleves og utføres helsefremmende arbeid blant kulttsykepleiere?

Viktighet: Høy

BEKREFTFISF PÅ FNDKING

Vi viser til statusmelding mottatt 09.01.2017.

Personvernombudet har nå registrert ny dato for prosjektslutt 28.04.2017.

Det legges til grunn at prosjektopplegget for øvrig er uendret.

Ved ny prosjektslutt vil vi rette en ny statushenvendelse.

Hvis det blir aktuelt med ytterligere forlengelse, gjør vi oppmerksom på at utvalget vanligvis må informeres ved forlengelse på mer enn ett år utover det de tidligere har blitt informert om.

Ta gjerne kontakt dersom du har spørsmål.

Vennlig hilsen,
Lene Christine M. Brandt - Tlf: 55 58 89 26
Epost: lene.brandt@nsd.no

Personvernombudet for forskning,
NSD – Norsk senter for forskningsdata AS Tlf. direkte: (+47) 55 58 21 17 (kast 1)

AFFIRMATION

Referring to status report received 09.01.2017.

The Data Protection Official has registered that the project period has been extended until 28.04.2017.

We presuppose that the project otherwise remains unchanged.

You will receive a new status inquiry at the end of the project.

Please note that in case of further extensions, the data subjects should usually receive new information if the total extension exceeds a year beyond what they previously have received information about.

Do not hesitate to contact us if you have any questions.

Best regards,
Lene Christine M. Brandt - Phone number: 55 58 89 26
Email: lene.brandt@nsd.no