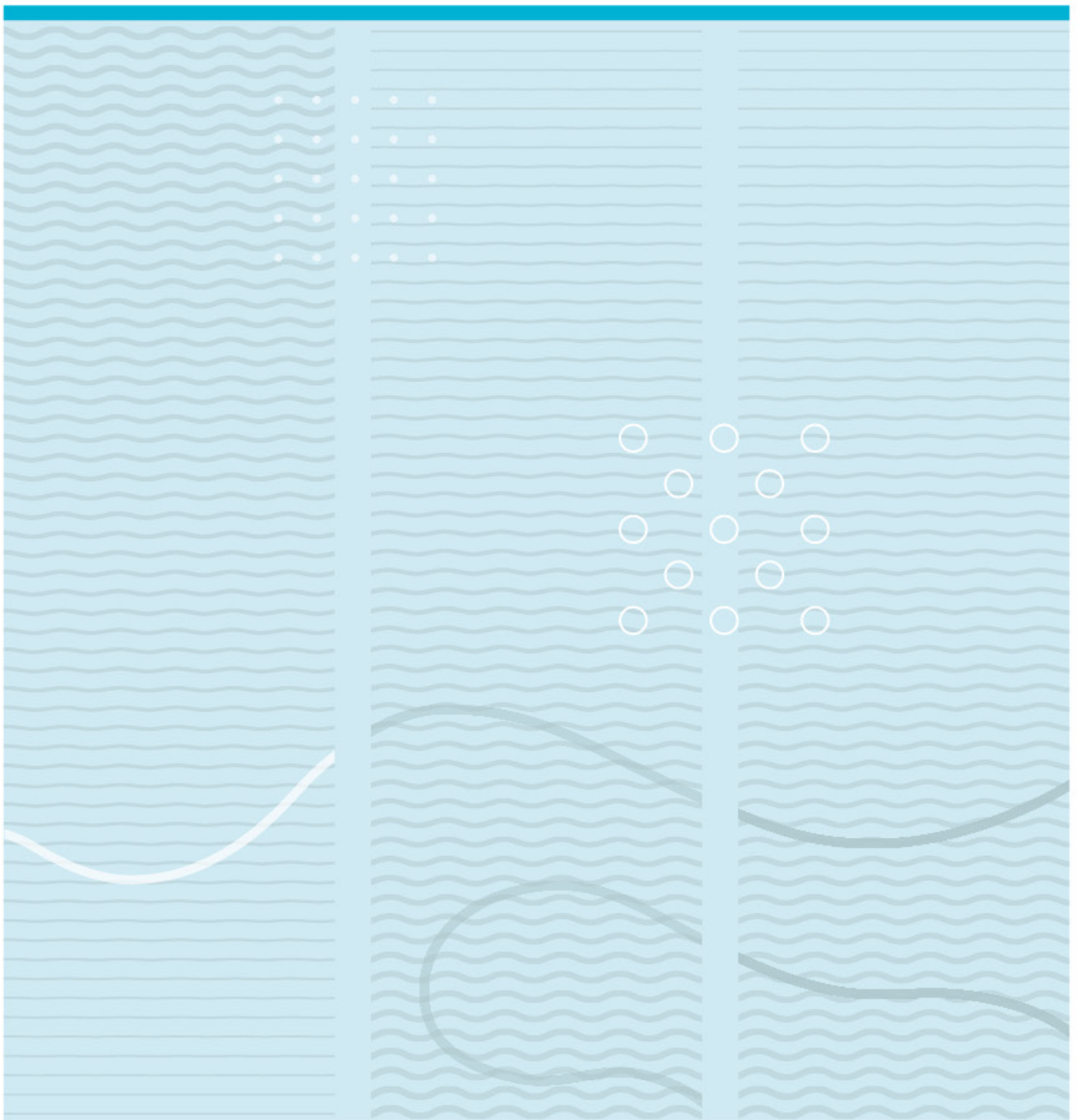


Anne Martinsen

Helsefremmende sykepleie til hjemmeboende eldre

- En studie om helsefremmende forståelse, praksis og betydning av undervisning om helsefremmende temaer



Universitetet i Sørøst-Norge
Fakultet for helse- og sosialvitenskap
Institutt for sykepleie- og helsevitenskap
Postboks 235
3603 Kongsberg

<http://www.usn.no>

© 2021 Anne Martinsen

Denne avhandlingen representerer 30 studiepoeng

Sammendrag

Nasjonale føringer og folkehelsemeldingens målsetting om en samfunnsutvikling som skal fremme befolkningens helse, trivsel og gode sosiale og miljømessige forhold medfører krav til sykepleiers kompetanse. Sykepleiers arbeid skal gjenspeile samfunnsutviklingen og være i samsvar med nasjonale og internasjonale helseføringer. Det er imidlertid avdekket at det foreligger en ubalanse mellom myndighetenes ambisjoner og reell tilgjengelig kompetanse i kommunehelsesektoren, og at det mangler mulighet for kompetanseutvikling.

Studiens hensikt er å undersøke om undervisning om helsefremmende temaer kan vise en endring i sykepleiernes forståelse om det helsefremmende begrep og om ny kunnskap kan bidra til å se muligheter for å endre praksisutøvelsen.

Gjennom en kvalitativ tilnærming anvendes fokusgruppeintervju for å innhente kunnskap om deltakernes forståelse om det helsefremmende og hvilke forutsetninger som anses nødvendig for en helsefremmende praksis. En gruppe med seks sykepleiere i hjemmesykepleien fra to enheter i en kommune på Østlandet deltok. Undervisning omfattet totalt seks timer, og det ble gjennomført fokusgruppeintervju før og etter undervisning for å undersøke om det forelå en endring. Begge intervjuene ble analysert ved å anvende metoden Systematic Text Condensation.

Resultatene viser en tydeligere salutogen tilnærming: Kartlegging omtales som mer enn å gi informasjon, istedet anvendes og vektlegges begrepene dialog og mål. Sykepleier omtales som en ressurs mer enn bare en hjelper, og situasjon og livsløp trekkes frem som grunnleggende for forståelse og helsefremmende tilnærming. Det fremkom at praksiskunnskap må deles for å utvikle ny kunnskap, og at det forutsatte tilrettelegging av praksisfellesskapet.

Det er vanskelig å konkludere, men når fokusgruppeintervjuene sees mot hverandre antyder resultatene at undervisningen kan vise til endring i form av begrepsbruk og at nye perspektiv og behov trekkes inn. Et læringsopplegg med seks undervisningstimer om helsefremmende teori anses å ha bidratt til refleksjon omkring egen erfaring og forståelse, og gitt ny kunnskap.

Nøkkelord: undervisning, helsefremmende, sykepleie, eldre, hjemmeboende

Abstract

National guidelines and the public health report's objective of a societal development that is to promote the population's health, well-being and good social and environmental conditions entail requirements for the nurse's competence. Nurses' work must reflect the development of society and be in accordance with national and international health guidelines. It has meanwhile been revealed that there is an imbalance between the authorities' ambitions and real available competence in the municipal health sector, and that there is a lack of opportunity for competence development.

The purpose of the study is to investigate whether teaching about health-promoting topics can show a change in the nurses' understanding of the health-promoting concept and whether new knowledge can help to see opportunities to change the practice.

Through a qualitative approach, focus group interviews are used to obtain knowledge about the participants' understanding of the health-promoting concept and which prerequisites are considered necessary for a health-promoting practice. A group of six nurses in home nursing from two units in a municipality in Eastern Norway participated. Teaching covered a total of six hours, and focus group interviews were conducted before and after teaching to investigate whether there was a change. Both interviews were analyzed using the Systematic Text Condensation method.

The results show a clearer salutogenic approach: Mapping is described as more than providing information, instead the concepts of dialogue and goals are used and emphasized. The nurse is described as a resource more than just a helper, and the situation and life course are highlighted as fundamental to understanding and in relation to a health-promoting approach. It emerged that practical knowledge must be shared in order to develop new knowledge, and that this presupposes facilitation of the practical community.

It is difficult to conclude, but when the focus group interviews are viewed against each other, the results suggest that the teaching may point to change in the form of the use of concepts and that new perspectives and needs are drawn in. A learning program with six teaching hours on health-

promoting theory is considered to have contributed to reflection on one's own experience and understanding and provided new knowledge.

Keywords: instruction, health-promoting, nursing, elderly, living at home

Innholdsfortegnelse

Sammendrag	2
Abstract	4
Innholdsfortegnelse	6
Forord	8
1 Innledning	9
1.1 Bakgrunn for valg av tema og problemstilling	9
1.2 Studiens hensikt.....	10
1.3 Problemstilling og forskningsspørsmål.....	10
1.4 Avgrensninger.....	10
2 Teori	11
2.1 Forskning	11
2.1.1 Litteratursøk.....	11
2.1.2 Forskningsfunn.....	11
2.2 Teoretiske referanserammer	13
2.2.1 Helse i et historisk perspektiv	13
2.2.2 Helse som ressurs og velbefinnende	15
2.2.3 Helsefremming.....	18
2.2.4 Fag- og praksisutvikling.....	19
2.2.5 Oppsummering teori.....	20
3 Metode	21
3.1 Forskningsdesign	21
3.2 Utvalg og rekruttering	22
3.3 Fokusgruppeintervju	23
3.4 Etske betraktninger	24
3.5 Forskerrollen	25
4 Analyse	27
4.1 Analyse - Systematic Text Condensation.....	27
4.1.1 Helhetsinntrykk – transkribering og foreløpige temaer.....	28
4.1.2 Meningsbærende enheter – identifisering og koding	29

4.1.3	Kondensering – fra kode til mening.....	30
4.1.4	Rekontekstualisere – sammenfatte og validere funn	31
4.2	Rehabiliet, validitet og overførbarhet	31
5	Resultater	33
5.1	Å skape gode dager.....	33
5.1.1	Helsefremmende forståelse	33
5.1.2	Helsefremmende aktivitet	34
5.2	Betydningen av relasjon og gjensidig forståelse	36
5.2.1	Å etablere gjensidig tillit	36
5.2.2	Felles forventninger og felles mål.....	37
5.3	Skape en felles kultur for helsefremmende arbeid	38
5.3.1	Erfaring og kunnskap må deles.....	39
5.3.2	Kollektive beslutninger	40
5.4	Oppsummering resultater	41
6	Diskusjon	43
6.1	Hvilken forståelse har sykepleiere i hjemmesykepleien om helsefremmende sykepleie til eldre hjemmeboende?.....	43
6.2	Hvilke forutsetninger må være tilstede for en helsefremmende praksis?.....	46
7	Konklusjon.....	52
	Litteraturliste.....	54
	Oversikt over tabeller og figurer	59
	Vedlegg	61

Forord

Nasjonale føringer og folkehelsemeldingens målsetting om en samsfunnsutvikling som fremmer befolkningens helse og trivsel, medfører store krav til sykepleiers kompetanse. Sykepleiers arbeid skal gjenspeile samfunnsutviklingen, og være i samsvar med nasjonale og internasjonale helse- og utdanningspolitiske føringer. Det er imidlertid avdekket at det foreligger en ubalanse mellom myndighetenes ambisjoner og reell tilgjengelig kompetanse i kommunehelsesektoren, og at mulighet for kompetanseutvikling er manglende. Studier viser at det foreligger et behov for tydeligere informasjon om hvordan helsefremming kan utøves og integreres.

Studiens mål har derfor vært å undersøke om undervisning om helsefremmende temaer kan vise en endring i sykepleierne forståelse om det helsefremmende begrepet og om ny kunnskap kan bidra til å se muligheter for å endre praksisutøvelsen.

Masteravhandlingen setter punktum for flere års studier på heltid og deltid, hvor egen interesse for helsefremming og geriatri har vært driftkraften. Likeledes har arbeidskollegaer og studiefellesskapet ved Universitetet i Sørøst-Norge vært til stor inspirasjon. En stor takk til veileder førsteamanuensis Mette Tøien ved Universitetet i Sørøst-Norge for innspill og bidrag gjennom prosessen. Takk til sykepleierne som deltok i studien og for deres ledere som tilrettela. Sist, men ikke minst – takk til datter Ulrikke for gode fagsamtaler og til samboer Morten som har vist forståelse for at all min tid har blitt viet masteravhandlingen.

Strømmen, 18. mai 2021

Anne Martinsen

1 Innledning

Nyere nasjonale føringer vektlegger styrking av helsefremmende arbeid, aktiv brukerrolle og at befolkningen i større grad skal ta ansvar for for egen helse. Det helsefremmende arbeidet skal forankres på alle samfunnsnivåer, i politikk og i miljøet rundt oss, og omhandler en helsesektor i helsefremmende retning utover dagens helsetjenester som yter kliniske og kurative helsetjenester. Folkehelsemeldingens målsetting om en samfunnsutvikling som skal fremme befolkningens helse, trivsel og gode sosiale og miljømessige forhold medfører krav til sykepleiers kompetanse relatert til virkelighet og krav, og anses som et paradigmeskifte.

Sykepleiers arbeid og utdanning skal gjenspeile samfunnsutviklingen, og være i samsvar med nasjonale og internasjonale helse- og utdanningspolitiske føringer. Det er imidlertid avdekket at det foreligger en ubalanse mellom myndighetenes ambisjoner og reell tilgjengelig kompetanse i kommunehelsesektoren, og at mulighet for kompetanseutvikling er manglende. Dette er viktig å rette oppmerksomheten mot, når forskning viser at det teoretiske grunnlaget anses essensielt for en helsefremmende praksis om hvordan helsefremming kan inngå i sykepleiens omsorgsfunksjon.

Med dette som utgangspunkt, vil studien undersøke om undervisning relatert til helsefremmende temaer kan ha betydning for forståelse om helsefremmende sykepleie til eldre hjemmeboende. Studien gjennomføres i en større kommune på Østlandet. Det vil bli gjennomført et fokusgruppeintervju før og et etter undervisning, for å avklare om undervisning har bidratt til en endring.

1.1 Bakgrunn for valg av tema og problemstilling

Mitt engasjement for helsefremmende arbeid har sitt utspring fra praksis som sykepleier, fagutviklingssykepleier og leder i hjemmesykepleien. Videreutdanning i geriatrisk vurderingskompetanse bidro til ytterligere helsefremmende interesse og førte til master i klinisk helsefremming med fordypning geriatri. Gjennom praksis, studier og som leder for kommunal hjemmesykepleie, ble helsefremmende arbeids muligheter og utfordringer tydeliggjort.

I forbindelse med masterstudiet, ble det høsten 2018 gjennomført hospitering innenfor

hjemmesykepleien i en større kommune. Gjennom observasjon og samtale, var hensikten å studere forståelse omkring helsefremmende sykepleie til eldre og hvordan dette ble praktisert. Hospiteringen viste variabel forståelse og praksis for en helsefremmende tilnærming. Mine observasjoner ble støttet av flere studier.

1.2 Studiens hensikt

Studiens mål er å undersøke om undervisning om helsefremmende temaer kan vise en endring i sykepleiernes forståelse om det helsefremmende begrepet og om ny kunnskap kan bidra til å se muligheter for å endre praksisutøvelsen. For å undersøke dette, vil jeg intervju sykepleierne før og etter undervisning.

1.3 Problemstilling og forskningsspørsmål

Egen faglige bakgrunn, erfaring, interesse og forskningsfunn har bidratt til å formulere masteravhandlingens tema; "Helsefremmende sykepleie til eldre hjemmeboende". Temaet har videre dannet grunnlag for studiens problemstilling. For å ivareta studiens design og temaer som avdekkes underveis, er det formulert en åpen problemstilling (Thagaard, 2013, s. 51).

Problemstilling

Påvirker undervisning sykepleiers forståelse relatert til helsefremmende praksis?

Forskningsspørsmål 1

Hvilken forståelse har sykepleiere i hjemmesykepleien om helsefremmende sykepleie til eldre hjemmeboende?

Forskningsspørsmål 2

Hvilke forutsetninger må være tilstede for en helsefremmende praksis?

1.4 Avgrensninger

Av hensyn til de ressurser jeg har til rådighet, er det nødvendig å velge kun én kommune på Østlandet hvor studien begrenses til én virksomhet innen hjemmesykepleie.

2 Teori

Kapittel to presenterer de forskningsfunn som legges til grunn for avhandlingens studie. Det gis også i kapittel to en beskrivelse av det teoretiske rammeverket som studien anvender.

2.1 Forskning

2.1.1 Litteratursøk

Det er foretatt systematiske litteratursøk i ulike databaser ved å anvende nøkkelord/termer som er av betydning for studien. Det er også foretatt håndzoek via Universitetes biblioteksbase Oria, Helsedirektoratet, Folkehelseinstituttet, og De nasjonale forskningsetiske komiteer.

Litteraturmatrisen (vedlegg 1) redegjør for hvilke databaser og søkeord som er anvendt, antall treff, avgrensninger og resultater. Litteraturmatrisen presenterer også hensikt, utvalg, metode og funn.

2.1.2 Forskningsfunn

Sykepleierrollen er i endring. Den tradisjonelle "ekspertrollen" er tonet ned og veilederrollen blir viktigere og omhandler sykepleiefaglig dialog hvor pasientens settes i stand til å få økt kontroll og mestre eget liv og helse - empowerment. Dette samsvarer med helsefremmende sykepleie og samfunnets reorientering i en helsefremmende retning (Evju, Klette, Kasen, & Bondas, 2014, s. 68, 78). Heiberg (2007, s. 23-31) konstruerer i sin masteravhandling tre sykepleiefaglige idealtyper; "handle-for"-, "være-hos"- og "fremme-helse"-sykepleieren. "Fremme-helse"-sykepleieren beskrives å være opptatt av arbeidsmetoder og organisering som setter pasientens helseprosess i sentrum, hvor pasienten assisteres og veiledes til å anvende egne ressurser for å mestre og bli ekspert på eget liv. Til tross for at helsefremmende sykepleie kan spores helt tilbake til Florence Nightingale, fant Heiberg at denne retning står svakest innenfor sykepleie.

En studie hevder at det foreligger lite forskning om hvordan helsefremming inngår som en del av sykepleiens omsorgsfunksjon og hvordan dette utøves i praksis. Videre omtaler studien sykepleiers sammensatte kompetanse og nærhet til pasienten som en fordel for en helsefremmende tilnærming, men at dette forutsetter organisatoriske rammer for å oppnå kontinuitet og tilgjengelighet (Evju et al., 2014, s. 71, 77, 79). Dette bekreftes av Melby (2015, s. 70, 73) som fremhever at ulike rammevilkår påvirker mulighetene til å arbeide helsefremmende. Dette omhandler blant annet organisering, ansvarsfordeling og prioritering, men også hvilke

arbeidsmetoder som benyttes. Arbeidsplassens kultur, tradisjoner og holdninger trekkes frem som mulige forbedringsområder for å kunne anvende en helsefremmende tilnærming. Dette støttes av Evju et al. (2014, s. 77, 79) som fant at struktur og ressurser har betydning for en helsefremmende tilnærming. Mulighetsmeldingen "Morgendagens omsorg" (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013, s. 11, 13) tar til ordet for å utforske nye muligheter og metoder for å løse omsorgsoppgavene. En helsetjeneste med fokus på innovasjon og kompetanse.

I hvilken grad helsefremming løftes frem på arbeidsplassens omhandler, utover ledelse og kultur, hvilken kompetanse som besittes. Sykepleiers teoretiske grunnlag og individuelle perspektiv er avgjørende for en helsefremmende tilnærming (Kempainen, Tossavainen & Turunen, 2012, s. 492, 497). Utarbeidelse og gjennomføring av kompetansehevingstiltak er avhengig av organisatoriske initiativ og forankring, og skal ivareta ansattes behov, ferdigheter og ønsket fagutvikling (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017, s. 119). Melby (2015, s. 70) fant at flere deltakere i sin studie ønsket situert opplæring da de anså arbeidsplassen som en unik læringsarena. Situert opplæring omhandler læring relater til yrkesutøvelsen og til ekte situasjoner i arbeidsfelleskapet (Rannestad, 2017, s. 234). Blant kompetansehevingbehov, trekker Evju et al. (2014, s. 79) i sin studie frem betydningen av pasientveiledning. Dette omhandler opplæring i teorier om adferdsendring, kortintervensjoner og motiverende intervjueteknikker. Gjennom samhandling, kan sykepleiers relasjonelle praksis og helsefremmende interaksjon bidra til å fremme helse og velvære (Rannestad, 2017, s. 204).

Melby (2015, s. 68) oppgir også i sin rapport at sykepleierne oppga at det var vanskelig å jobbe utfra et folkehelseperspektiv, da de forstod det utifra et systemperspektiv og at det ikke omhandler sykepleiers daglig arbeid. Begrepet helsefremmende oppga 30 prosent at de opplevde som "ullent" og vanskelig å forholde seg til i sitt daglige arbeid. 25 prosent av deltagerne anså begrepet forebyggende som krevende å forholde seg til. Studien påpeker at det foreligger et behov for tydeligere informasjon om hvordan helsefremming kan integreres og utøves. Dette støttes av Gammersvik & Alvsvåg (2009, s. 28) som i sin studie tar til ordet for en avklaring av helsebegrepets ytelser og grenser, samt større innsikt i utvikling av sykepleiers handlingskompetanse basert på en empowerment-tenking. Sykepleierne i studien relaterte helsefremming til å gi helseopplysninger eller informasjon og beskrev empowerment som en rettighet mindre enn tilnæringsmåte/læreprosess. Oppfølging og dialog med brukere prioriterer de "tradisjonell" folkehelseemaene som bevegelse, fysisk aktivitet, hvile, søvn og kosthold. Likeledes prioriteres

sosiale nettverk, trivsel og sosial mestring i stor grad. Livsstil og livsstilsendringer brukes det mindre tid på. I rapporten "Folkehelsearbeid blant sykepleiere" uttrykker sykepleierne at tid og god dialog er vesentlig for å bli kjent med brukernes utfordringer og behov. De anser en ressursorientert tilnærming som viktig, heller enn en sykdomsfokusert tilnærming. Arbeidsplassen påpekes i rapporten som en viktig læringsarena for folkehelsearbeid, men at dette forsetter en forankring i ledelsen (Melby, 2015, s. 70).

Kemppainen et al. (2012, s. 498) fant i sin studie at sykepleierne arbeidet enten ut i fra et holistisk og pasientorientert perspektiv eller ved en tilnærming med fokus på sykdom og medikamenter, og at helsefremmende sykepleie praktiseres etter tradisjonelle prinsipper hvor veiledning om helse var det mest vanlige. Gammersvik & Alsvåg (2009, s. 25, 26) omtaler at det foreligger uklarhet om begrepene helsefremming og forebygging og at det kan være et uttrykk for kultur på arbeidssted eller helsetjenesten generelt. De peker også på empirien hvor begrepene helsefremming og forebygging flyter over i hverandre; de er begge viktige sykepleiefunksjoner, men de er forskjellige. Whitehead (2006, s. 178) hevder at det er behov for en tydelig kontekstuell teoretisk og praktisk forankring om hva helsefremming er og ikke er, og at helsefremmende sykepleie må avklares og omdefineres.

2.2 Teoretiske referanserammer

2.2.1 Helse i et historisk perspektiv

Helsebegrepet er relativt og innholdsmessig flertydig. Det kan knyttes til lidelse, avhengighet, håp og livskvalitet, og forskes på innen flere fag og disipliner. Hvordan vi forstår helse, avhenger av livsoppfatninger, verdimeslige prioriteringer, kulturelle og sosiale forhold. Blant kulturer i Østen, omhandler helse balanse mellom varme og kulde, mens andre kulturer og samfunn anvender definisjoner som velvære, bevegelse eller resiliens. Et eksempel fra århundreskiftet, viser at helse også har blitt definert ut i fra kjønn og status; arbeiderklassekvinner ble ansett å kunne tåle alt, mens borgerskapets kvinner var fanger i egne hjem på grunn av sin sarte helse (Viken & Nesje, Thorbjørnsrud, 2012).

Gjennom historien har helsebegrepet blitt forstått og beskrevet på en rekke forskjellige måter. Den individ- og sykdomsorientert forståelsen på 1500- og 1600-tallet, som forsterkes gjennom 1850-tallet hvor helse forstås som fravær av sykdom, møter kritikk etter andre verdenskrig. Dette

gjenspeiles i Verdens helseorganisasjons' (WHO) utvidelse av den biomedisinske modellen som i 1948 presenteres i en holistisk modell hvor helse forstås som *”fullstendig fysisk, mentalt og sosialt velbefinnende”*. WHO's begrep betegnes som positivt fordi motpolen til helse ikke er sykdom. Og, det er den definisjon som i dag oftest brukes i offentlige dokumenter relatert til helsefremmende tiltak og helseopplysninger, og er nær opp til det vi forbinder med livskvalitet. Definisjonen bidro til utvidet forståelse av helsebegrepet, men ble kritisert for å være utopisk. Noe senere lanserte WHO en mer dempet definisjon av helse; *”evnen til å kunne leve et økonomisk og sosialt produktivt liv”*. Også denne forståelsen møtte kritikk, da den ikke inkluderte folk uten arbeid. Nær opp til denne ressursorienterte definisjonen til WHO, finner vi den norske legen Hjorts definisjon om at *”helse er å ha overskudd i forhold til hverdagens krav”*. En tredje forståelse av helsebegrepet omhandler en tilstand av å være frisk uten fysiske eller psykiske plager, dette kan forstås som at *helse er fravær av sykdom* (Nasjonal kompetansetjeneste for læring og mestring innen helse, 2018, Gjernes, 2004, Mæland, 2016, s. 26). Oppsummert kan vi si at det foreligger tre oppfatninger av helse; som fravær av sykdom, som en ressurs eller som velbefinnende. Forebyggende helsearbeid omhandler å arbeide innenfor alle tre helseoppfatningene. Den helsefremmende tilnærmingen omhandler en forståelse av helse som ressurs og/eller som velbefinnende (livskvalitet – well-being). Tabell 2-1 illustrerer de tre oppfatningene av helsebegrepet.

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

Tabell 2-1. Tre oppfatninger av helse. Fra *”Individuell helse og folkehelse”*, av J.G. Mæland, 2016, *Forebyggende helsearbeid*, s. 27. Universitetsforlaget.

En rekke studier trekker frem den sosial kapitalens betydning for individuell helse (Helsedirektoratet, 2010, s. 16). Det omhandler den *individuelle* sosiale kapitalen; det du besitter av menneskelige og økonomiske ressurser og hvilke sosial relasjoner du inngår i. Det foreligger ulike forståelse av sosial kapital, men fellesnevnerne omhandler tillit, felles verdier, stabile forbindelser og nettverk (Norges Forskningsråd, 2005, s. 17). Forsker og statsviter Robert Putnam tok

opprinnelig avstand fra at helseforskjeller kunne forklares utifra forskjeller i sosial kapital, men hevdet senere at helse mest sannsynlig er den viktigste konsekvensen av sosial kapital. Han knytter således sosial kapital til salutogenese-begrepet (Helsedirektoratet, 2010, s. 2).

2.2.2 Helse som ressurs og velbefinnende

Med en demografisk utvikling som angir vekst i ikke-smittsomme sykdommer og høyere levealder, fremsettes behov om en helseforskning i en retning som stiller spørsmål om hva som gir helse og om helsens risikofaktorer. Samtidig med WHO's etablering av grunnprinsipper for helsefremming, stiller den medisinske sosiologen og stressforskeren Aron Antonovsky spørsmålet: "Hva skaper helse?" Gjennom sin forskning på stress fant han at noen mennesker kunne takle store mengder stress og leve godt, mens andre taklet det ikke. Han antok således at det forelå spesielle motstandsressurser, og at noen hadde mer av dette enn andre. WHO's helsefremmende tilnærming og Antonovskys spørsmål om "Hva som skaper helse?", dannet grunnlaget for en ny helseforskningstradisjon (Espnes & Lindström, 2017, s. 26-27, 29). I stedet for å ensidig fokusere på sykdomsfremkallende forhold, ble helsefremmende arbeid innrettet mot arbeid for å styrke helse og således motstandskraften mot negative faktorer. Et perspektiv hvor helse sees på som en ressurs som bygges opp eller brytes ned gjennom livsløpet – et kontinuum. Dette omhandler medfødte egenskaper og hvilke omstendigheter man lever sitt liv under (Mæland, 2016, s. 78).

I sin studie om kvinner i overgangsalderen som hadde gjennomgått ekstreme stressopplevelser (Holocaust), fant Antonovsky en gruppe kvinner som hadde like god helse som kontrollgruppen. Han fant at denne gruppen hadde klart å bevare og skape en sammenheng i livet sitt tross opplevelsene, at livet før og etter Holocaust hang sammen. Gruppen hadde greid å bevare en opplevd mening og at situasjonen var begripelig og håndterbar (Espnes & Lindström, 2017, 30). Studien dannet grunnlaget for det rammeverket som vi i dag kjenner som den salutogene teorien. Sentrale begreper i salutogen teori omhandler Opplevelse av Sammenheng; Sense of Coherence (OAS) og generelle motstandsressurser (GMR). Dimensjonene begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet utgjør tilsammen begrepet OAS og er uløselig knyttet til og interagerer med hverandre i arbeidet med å søke etter ressurser og for å mestre best mulig. GMR kan forstås som en hvilken som helst ressurs eller karakteristikk. Ved å identifisere og anvende GMR kan OAS styrkes. Studier viser at voksne og eldre som rapporterer sterkere OAS har mindre psykiske problemer og rapporterer høyere grad av psykisk og subjektivt velvære og livskvalitet, optimisme og mestring. Den salutogene tankegangen bør således integreres på individ og samfunnsnivå

(Rannestad, 2017, s. 42, 46, 48, 50).

Den salutogene teori anses fruktbar ut i fra et sykepleieperspektiv, da den kan bidra til å forstå hvordan klinisk sykepleie kan utøves i praksis og hvordan begrepene Opplevelse av Sammenheng (OAS) og generelle motstandsressurser (GMR) kan bidra til grad av mestring, helse og velvære. Eva Langeland uttrykker det slik: "Ved at sykepleier har en Opplevelse av Sammenheng og hva et helsefokus betyr i praksis, gjør hun det mulig at personer kan utvikle sin Opplevelse av Sammenheng og helse" (Klinisk Sygepleje, 2012, s. 40, 47). Eriksson og Lindström (2007, s. 942) fremhever i sin studie den salutogene modellens fordel ved at den vil ha effekt hos friske og alvorlig syke. Videre fremhever studien at OAS har betydning for livskvalitet, og at jo sterkere OAS, desto bedre livskvalitet og evnen til å håndtere ulike ytre og indre stressfaktorer (Eriksson og Lindström, 2007, s. 938). Forskningsfeltet "hva som skaper helse" omfatter en liten kunnskapsbase og er relativt ung i sammenligning med kunnskap om hva som skaper sykdom. Det har allikevel skjedd en utvikling fra Antonovskys salutogenes-begrep og i dag har vi flere forskere som representerer varierte teoretiske og empiriske begreper knyttet til utvikling av god helse. Dette har ført til at vi besitter mer sikker kunnskap nå enn for ti år siden (Espnes & Lindström, 2017, s. 36, 37).

Livskvalitet som begrep ble tatt i bruk i USA i 1950-årene som en kritikk til materialismen. President Lyndon B. Johnson holdt en tale i 1964, hvor han understreket at samfunnsmessige fremskritt bare kunne vurderes ved å måle menneskers liv, og at det ikke omhandlet hvor mye penger den enkelte hadde i banken. Han uttalte: "We are rich and we are powerful, but that is not enough". Han uttalte at materielle fremskritt skulle legge grunnlaget for et rikere liv, i psykologisk og åndelig forstand. På dette tidspunktet hadde WHO allerede definert helse med referanse til velbefinnende – well-being; *"fullstendig fysisk, mentalt og sosialt velbefinnende"*. Definisjonen anses å ligge nær opp til eudaimoniske synspunkter om hva livskvalitet omhandler (HelseDirektoratet, 2016, s. 21).

Helsedirektoratet uttaler i sin rapport "Livskvalitet - Anbefalinger for et bedre målesystem" at befolkningens livskvalitet er en av landets viktigste ressurser. Rapporten fremhever at subjektiv livskvalitet har vært et underprioritert område og har fått liten plass i befolkningsundersøkelser. Dette har medført at det foreligger mer kunnskap om levekår enn om befolkningens subjektive opplevelser. Rapporten fremhever at livskvalitet omhandler et helhetsperspektiv til mennesker. For å forstå hva livskvalitet omfatter, presiserer rapporten betydningen av helhetlige målinger som omhandler både objektive og subjektive komponenter (Helsedirektoratet, 2018, s. 4, 6).

For å skape et godt og helsefremmende samfunn trenger vi kunnskap om livsbetingelser og levekår - og om hvordan folk selv opplever å ha det. Hva vi tenker og føler har faktiske konsekvenser for hvordan vi har det og hva vi gjør. Vi må derfor spørre folk - ikke bare om generell tilfredshet, men også om glede og mestring i hverdagen, om opplevelse av mening, handlefrihet, respekt og tilhørighet, om håpløshet, stress eller press. Vi må kombinere slike data med informasjon om faktiske livsbetingelser, samfunnsforhold, bo- og arbeidsforhold – sette mennesket inn i en større sammenheng. Og så må vi følge utviklingen over tid så vi kan forstå hvem som får det verre og hvem som får det bedre - hvordan, på hvilken måte og under hvilke omstendigheter (Helsedirektoratet, 2018, s. 6).

Livskvalitet omfatter spesifikke forhold i og ved livet, men hva som er livskvalitet varierer gjennom livet og med sykdom. Det er en subjektiv opplevelse og omhandler tilfredshet med områder som er viktig for den enkelte og kan oppnås på tross av sykdom. I motsetning til biomedisinske målinger, er det ikke mulig i livskvalitetsmålinger å forholde seg til gjennomsnitts- eller normalverdier.

Livskvalitetsmålinger omhandler den enkeltes verdier og mål og preferanser relatert til kulturell kontekst og "tidsånd". Det kan omhandle å realisere ens potensiale, personlig vekst eller oppleve mening i livet; eudaimonisk livskvalitet. Nytelse og lykke, hedonistisk livskvalitet, har derimot ikke virkning på livskvalitet (Rannestad, 2017, s. 58, 59).

Helsedirektoratet (2018, s. 54) deler subjektiv livskvalitet inn i tre dimensjoner: kognitiv, affektiv og eudaimonisk. Dimensjonene overlapper delvis, men fanger opp ulike aspekter ved livskvalitetbegrepet. Vurderinger av egen tilfredshet med livet generelt og med områder som er viktig for en selv, omhandler den kognitive livskvaliteten. Affektiv livskvalitet (hedonistisk) omhandler forekomst av den enkeltes positive og negative følelser, så som lykke, glede eller sinne. Realisering av eget potensiale og å fungere psykologisk, er aspekter relatert til eudaimonisk livskvalitet. Sentralt i eudaimonisk livskvalitet er mening og engasjement.

Det eudaimoniske perspektivet kan knyttes til det engelske begrepet well-being som overlapper en del med begrepet livskvalitet. Well-being-begrepet vektlegger hvordan den enkelte fungerer.

Teoretisk omtales eudaimoni som en form for objektiv well-being, og kan således oppleves problematisk i det eudaimonisk well-being operasjonaliseres subjektivt ved å omhandle den enkeltes opplevelse av de objektive aspektene ved fungering. Eudaimonisk well-being er et bredt begrep som omfatter forskjellige fenomener. Her kan blant annet nevnes psykologisk well-being, selvstemmelse og funksjonell well-being (Helsedirektoratet, 2015, s. 8, 9, 12, 35).

Basert på omfattende studier av livsløpsteorier, kliniske utviklingsteorier, kriterier for god mental helse og egne studier om utvikling i et livsløpsperspektiv, utviklet den amerikanske psykologen Carol Ryff en modell for å måle ulike fasetter ved eudaimonisk psykologisk well-being. Ryffs modell omfatter seks faktorer; autonomi, mestring, personlig vekst, positive relasjoner til andre, hensikten med livet og variert selvaksept relatert til personlige egenskaper inkludert alder. Ryff anser at modellen fanger opp kjerneaspekter ved det å være menneske; om å streve, at ting skal gi mening og det å være proaktiv. I følge Ryff, kan eudaimonisk well-being bidra som et verktøy i arbeidet med utfordringer og overganger i ulike faser i livet. Well-being kan sanses når stressfaktorer reduseres. Well-being handler om å ha det godt, kjenne velvære og finne mening. Det handler også om å fremme egenmestring og kontroll over eget liv. *“Psychological well-being, it seems, is becoming as foundational to defining who we are as were personality traits some decades ago”* (Ryff, 2014, s. 4, 5, 10, 18, Rannestad, 2017, s. 246). Psykologisk well-being er empirisk forskjellig, men anses relatert til subjektiv well-being. Kombinasjoner av psykologisk og subjektiv well-being forholder seg forskjellig til sosiodemografi (alder, utdanning) og personlighet (Keyes, Shmotkin & Ryff, 2002, s. 1007).

2.2.3 Helsefremming

Historien om helsefremming kan ses helt tilbake til de greske oldtidsbystatene, hvor trening av fysisk og mental styrke var viktig for å oppnå gevinster relatert til jakt, fiske og idrettskonkurranser. Det å vinne idrettskonkurranser medførte heltestatus, attraktivitet og større forsetninger til å ta vare på partner og avkom. Den fysiske og mentale trening hadde primært ikke til hensikt å bedre helsen, men resulterte i en helsefremmende bigevinst (Espenes & Lindström, 2017, s. 28).

Det ideologiske grunnlaget for helsefremming slik vi kjenner det i dag, er inspirert av flere radikale strømninger på 1970-tallet hvor flere fagmiljøer og inspiratorer har bidratt. Den brasilianske pedagogen Paulo Freire bidro med en utdanningsmodell som skulle lære fattige å lese for å kunne

stå i mot undertrykkende krefter. Freire mente at det viktigste var å bevisstgjøre de undertrykte, slik at de kunne ta styring over eget liv; myndiggjøres. Han anså dialogen som det viktigste ved metoden. Metoden tilsvarer det vi i dag kjenner som empowermentprosessen, en tilnæringsprosess hvor veiledning gjennom dialog er det sentrale (Tveiten, 2016, s. 177). En annen bidragsyter var sosiologen Ivan Illich med sin kritikk av medisinen som han anså skapte hjelpsløshet og avhengighet. Sosialmedisineren Thomas McKeowns bidrag omhandlet analyser som fant at bedring av levestandard hadde større betydning for tilbakegangen av folkesykdommer enn medisinske tiltak. Denne denne helsefremmende tenkingen ga mening i en verden med stadig større globale helseutfordringer (Mæland, 2016, s. 77).

WHO's rettighetsmodell om "Helse for alle i år 2000", dannet grunnlag for det nasjonale arbeidet (Gjernes, 2000). En rekke instillinger, utredninger og Stortingsmeldinger utgjør lovforarbeidet og anses som et viktig fundament for det helsefremmende og forebyggende arbeidet i Norge. Her kan nevnes "Flere gode leveår for alle" (NOU: 1991:10) og "Utfordringer i helsefremmende og forebyggende arbeid" (Innst. St.meld.nr.118, 1993-1994). Videre forankres det helsefremmende arbeidet gjennom lovverk og stortingsmeldinger. Helse- og omsorgsloven (2011) skal sikre en helse- og omsorgstjeneste som fremmer helse og tilrettelegger for mestring, skaper en aktiv og meningsfylt tilværelse i felleskap med andre. Folkehelseloven (2011) stiller krav til kommuner, fylkeskommuner og statlige myndigheter om forankring av en samfunnsutvikling som fremmer helse og utjevner sosiale helseforskjeller gjennom tiltak og samordning av sine virksomheter (Kristiansen, 2014). En utvikling som omhandler et skifte fra faktorer som omhandler sykdom og risiko til faktorer som kan styrke ressursene for god helse. Hvor helse betraktes som en ressurs for å nå ønsket mål, ikke som mål i seg selv. En prosess hvor bruker skal få kontroll og makt over forhold som virker inn på helsen og på dette viset bedre sin egen helse (Mæland, 2016, s. 17).

2.2.4 Fag- og praksisutvikling

Helsefremmende tilnærming omfatter en balansegang mellom pasientens erfaringskunnskap og sykepleiers kunnskap og faglige ansvar. Det omhandler å videreutvikle individuell og kollektiv ekspertise, i praksisfeltet og i arbeidsfellesskapet for å kunne gi brukere utbytte av lærings- og mestringstilbud. En litteraturoversikt viser seks ulike kompetanseområder som er viktig for en helsefremmende tilnærming. Utover personlig egenskaper og holdninger, omtales kunnskap og ferdigheter knyttet til sykdom, diagnose, kommunikasjon, mestring og mestringstrategier samt

gruppeledelse. Sykepleier stilles med dette overfor store oppgaver som forutsetter fag- og praksisutvikling (Rannestad, 2017, s. 20, 227, Vågan, Eika & Skirbekk, 2016).

Helsefremmende arbeid fordrer systematisk tilrettelegging for å utveksle erfaringer og kunnskap med andre gjennom deltaking og kommunikasjon. Det innebærer en felles målsetting for å nå en helsefremmende praksis. Helsefremmende praksis handler om en tjeneste som "henger sammen", er koordinerende og som tilrettelegger for kontinuitet. En organisasjon som bruker kunnskap og erfaringer til å utvikle mønstre for meninger, verdier og en felles ansvarsforspliktelse. Samarbeidet med "de andre" er betydningsfullt for helsefremmende arbeid når skjønn, vurderinger, kunnskap og oppgaver veves inn i hverandre. Ved at samarbeid nærmest blir en norm, ikke bare en samarbeidsform, kan fellesskapet inspirere og bidra til faglig utvikling. Fellesskapet er nødvendig for å mestre oppgaver som ikke kan løses av én helsearbeider alene. Gruppetilhørigheten kan således bidra oppbyggende for en helsefremmende tilnærming (Orvik, 2013, s. 56, 61, 250, 252).

På arbeidsplassen, i gruppeaktiviteter eller i samtale med en kollega, det er i disse sosiale fellesskapene at det pågår en kontinuerlig læringsprosess. Det er i handlingen i det intersubjektive rommet at "de andre" bidrar til ens egne læreprosesser. Det skapes mening og meningsfellesskap med kommunikasjon som det formidlende. Den amerikanske filosofen, sosiologen og psykologen Georg Herbert Mead, var opptatt av læring som en sosial handling, hvor det å ta den andres perspektiv var viktig for læreprosessen. For å kunne lære, trekker Meads teori inn betydningen av refleksjon og å overskride egne erfaringer. Han anser denne prosessen som en intersubjektiv vev hvor resultatet er rekonstruksjon av egne erfaringer og ny erfaring oppstår i situasjonen. Gjennom samspill og kontinuitet utvikles dømmekraften når kunnskap og ferdigheter fra en situasjon blir redskap for å mestre og forstå andre situasjoner (Dysthe, 2006, s. 129-133).

2.2.5 Oppsummering teori

Det foreligger en rekke teorier og empiriske begreper knyttet til "hva som skaper helse". Teorikapittelets hensikt er å trekke frem det som anvendes som grunnlag for denne studien. Det finnes sjelden enkle svar eller noen fasit. Det er komplekst, situasjonsavhengig og fordrer faglig skjønn og klokskap. Gjennom gjensidig utveksling mellom teori og praksis, skapes det rom for refleksjon. Teoriene kan således bidra med forståelse for hva som skjer og hvorfor det skjer (Kvernbekk, 2011).

3 Metode

Kapittel tre begrunner studiens valg av metode og design. Videre beskrives prosessen og kriterier relatert til rekruttering, utvalg og datainnsamling. Avslutningsvis presenteres betraktninger knyttet til det etiske aspektet og til min rolle som forsker.

Studien har anvendt kvalitativ forskningsmetode da hensikten var å undersøke hvilken forståelse og erfaring sykepleiere i hjemmesykepleien hadde omkring det helsefremmende begrep og hvordan de praktiserte helsefremming til eldre hjemmeboende. Forskningsmetoden anvender teorier om fortolkning og menneskelig erfaring som grunnlag. Det omhandler å beskrive, analysere og fortolke egenskaper og meninger innenfor sosiale og kulturelle kontekster slik de oppleves for informantene. Denne vitenskapsteoretisk tilnærmingen representerer fenomenologiske og hermeneutiske tradisjoner og er sentralt for kvalitativ forskningsmetode. Forskningsmetoden kan på denne måten åpne opp for et mangfold av svar dersom det foreligger lite kunnskap, og anses som egnet forskningsmetode for denne studien (Malterud, 2018, s. 27-36).

Vitenskapelig kunnskap er en av mange kunnskapsformer og er nødvendig for teori og praksis. Kriteriene for og varigheten av vitenskapelig kunnskap er ikke absolutte, man avhenger av konteksten; det sosiale, kulturelle og de historiske rammene. Skal vi stole på den vitenskapelige kunnskapen, må innhenting og systematisering være i samsvar med grunnleggende krav og hva som anerkjennes innenfor vår vitenskapelige kultur (Malterud, 2017, s. 16).

3.1 Forskningsdesign

Valg av tilnærming er avhengig av problemstillingen og hvilke spørsmål som ønskes besvart. Forskningsdesignet omhandler den faglige konteksten og relateres til hva som skal undersøkes, hvem som skal delta i studien, hvor studien skal gjennomføres, hvordan studien skal utføres. Studien innehar et utforskende design som anses egnet når det foreligger lite kunnskap om temaet fra før, og hvor det foreligger behov for å utvikle analytisk forståelse og innsikt omkring problemstillingen. Designet er preget av fleksibilitet og kan føre til at problemstillingen utvikles og presiseres i løpet av studien (Malterud, 2018, s. 32, Thagaard, 2013, s. 16, 55).

Studien har undersøkt hvorvidt en opplæring med seks undervisningstimer som ble gitt deltagende sykepleiere, har hatt betydning og bidratt til en endring omkring helsefremmende forståelse og muligheter. På grunn av studiens rammer, var det ikke mulig å undersøke dette fra pasientenes synsvinkel, selv om det ville vært ønskelig. I stedet har jeg søkt svar hos sykepleierne gjennom fokusgruppeintervjuer. Det er gjennomført to fokusgruppeintervjuer; et før undervisning og et etter undervisning. Undervisningsplanlegging og –innhold beskrives i vedlegg 5.

3.2 Utvalg og rekruttering

Studien er basert på et strategisk utvalg som anses vesentlig innen kvalitativ forskning. Dette innebærer at deltakerne innehar egenskaper eller kvalifikasjoner som gjør det mulig å belyse problemstillingen og det teoretiske perspektivet, og har betydning for overførbarhet (Thagaard, 2013, s. 60). Formålet med kvalitative studier er å bidra med kunnskap som kan ha overføringsverdi og være nyttig i andre kontekster. Utvalget vil påvirke funnene i studien og har således betydning for hvilke områder kunnskapen er overførbar (De nasjonale forskningsetiske komiteer, s. 13, 14). Egen kunnskap, arbeidserfaring og teoretiske bakgrunn ble benyttet som grunnlag for å kunne vurdere datakildenes relevans for studien (Malterud, 2017, s. 58).

Medio september 2020 ble formell henvendelse rettet til enhetsleder for hjemmesykepleie i én større kommune på Østlandet, som videreformidlet henvendelsen til alle mellomledere innenfor enheten. Studiens rammer var avgjørende for utvalgets størrelse, og det ble fremsatt ønske om å rekruttere 4-6 sykepleiere. To mellomledere ble studiens representanter i de virksomhetene hvor studien ble gjennomført, som på vegne av forsker distribuerte all informasjon. Alle sykepleiere som møtte inklusjonskriterien mottok et informasjonsskriv og et informert samtykke. Her ble sykepleierene gjort kjent med studiens formål, at deltagelse var frivillig, om konfidensialitet og om retten til å kunne avslutte/trekke seg fra studien (Kvale & Brinkmann, 2017, s. 104).

Seks sykepleiere ønsket å delta og møtte studiens inklusjonskriterier om minimum 80% stillingsstørrelse i todelt turnus, fast ansettelse i minimum to år og ingen videreutdanning innen folkehelse eller helsefremming. Det forelå ingen krav til alder, kjønn eller nasjonalitet, da inklusjonskriteriene ble ansett tilstrekkelige for et strategisk utvalg. Den rekrutterte gruppen hadde arbeidserfaring fra to til 13 år og det forelå et aldersspenn fra 25 til 55 år. Forsker anså gruppens

størrelse ville gi mulighet for alle sykepleierne til å bidra i fokusgruppeintervjuene, samt at gruppen ikke var større enn at det var mulig å gjennomføre analyser (Thagaard, 2013, s. 65, s.99).

3.3 Fokusgruppeintervju

Formålet med studien var å innhente kunnskap om den forståelsen som ligger til grunn for erfaring, tanker og følelser relater til det helsefremmende perspektiv. Når hensikten er å få innsikt i deltagerens opplevelse og forståelse av seg selv og sine omgivelser, anses intervju som egnet metodisk tilnærming (De nasjonale forskningsetiske komiteer, s. 12). Et intervju skal være dypt og inntrengende, men samtidig respektfullt mot intervjupersonen. Det omhandler således spenningen mellom ønsket kunnskapsoppnåelse og etisk hensyntagende. Kunnskap forankret i deltagerens livsverden (Kvale & Brinkmann, 2017, s. 96). Kvale (2006, s. 21) uttrykker at det halvstrukturerte livsverden-intervjuet er *“et intervju som har som mål å innhente beskrivelser av den intervjuedes livsverden, med henblikk på fortolkning av de beskrevne fenomener”*.

Studien har anvendt fokusgruppeintervju, som anses egnet til undersøkelser på et nytt område og kan åpne opp for diskusjoner mellom deltakerne. Dette kan bidra til å utdype relevante problemer og få frem ekspressive og emosjonelle synspunkter (Thagaard, 2013, s. 99, Kvale & Brinkmann, 2017, s. 180). Fokusgrupper utnytter den merverdien som samhandling i gruppen kan bidra til og er godt egnet for å få frem forståelse relatert til tiltak og organisasjon (Malterud, 2017, s. 138). Fokusgrupper kan også være utfordrende ved at eksempelvis kjønn, status og maktforhold eller mangel på balanse mellom verbale og tause deltagere påvirker gruppens dynamikk (Eines & Thylén, 2012, s. 101).

Kvalitative intervjuer karakteriseres ved at intervjuene baseres på en delvis strukturert intervjuguide hvor temaene, men ikke rekkefølgen, er fastsatt på forhånd. Det er denne åpenheten i kvalitative intervjuer som anses som et fortrinn og gir mulighet for å følge informants fortellinger og å ta opp temaer som ikke er planlagt (Thagaard, 2013, s. 98). Formålet med intervjuet er å åpne opp for nye spørsmål som kan ses opp mot problemstilling. Forsker skal invitere informantene til å dele erfaringer gjennom fortellinger om konkrete hendelser, men samtidig styre samtalen mot den kunnskapen vi er ute etter. Samtidig skal samtalen ikke trekkes for mye mot vår egen kunnskap, dette omhandler vår egen forforståelse. Forskeren skal få fatt i deltagerens kunnskap fra deres livsverden og samtidig bidra til god samhandling og dialog i gruppen (Malterud, 2017, s. 134).

Da intervjuguiden ble utarbeidet, var jeg opptatt av tematikkens relevans for problemstillingen og for den analysen som senere skulle gjennomføres. Det ble etablert temaer med tilhørende hovedspørsmål og tilleggsspørsmål. Tilleggsspørsmålenes funksjon var primært en sikkerhet dersom det var nødvendig å omformulere spørsmålet eller stille flere spørsmål for å fremskaffe mer data. Jeg var opptatt av at spørsmålene også skulle bidra til å motivere og holde samtalen igang, og etablerte derfor ulike opptakter til spørsmål. Dette var innledninger til setninger som kunne tilpasses ulik tematikk dersom det var ønskelig å fremskaffe mer data, eksempelvis; “Kan du si mer om ...”, “Hvordan opplever du ...”. Strukturen i intervjuguiden anså jeg derfor å være i tråd med Kvale (2006, 2.77) som hevder at intervju spørsmålene må utvikles både med tanke på tematikk og dynamikk for at kunnskap skal produseres. Intervjuguide presenteres i vedlegg 4.

I forkant av første fokusgruppeintervju, ble det gjennomført et prøveintervju med sykepleier i praksis fra et annet geografisk område. Prøveintervjuet bidro til erfaring og ga meg tilbakemeldinger som hadde betydning for min rolle som forsker og for endringer av intervjuguiden. Det ga meg også mulighet til å kvalitetssikre det tekniske utstyret.

Fokusgruppeintervjuene ble gjennomført i deltagende virksomhets lokaler. Det første fokusgruppeintervjuet ble gjennomført medio oktober 2020 og det andre fokusgruppeintervjuet ble gjennomført medio januar 2021. I det første fokusgruppeintervjuet, ble informantens plasser merket med navneskilt. Dette gjorde at jeg underveis i intervjusituasjonen lærte meg hvilke stemmer som tilhørte hvilke navn. Dette hadde betydning for rett sitering av informantene i forbindelse med transkriberingen. I arbeidet med analysen, har visshet om at transkribering gjengir rett informant, vært vesentlig for presentasjon av meningsinnhold - eksempelvis; kun få blant informantene mener at ... og det er en felles oppfatning at ...

3.4 Ethiske betraktninger

Ethiske vurderinger omhandler ikke kun enkelte deler av studien, men omhandler alle avgjørelser som må tas gjennom hele forskningsprosessen. Det handler om å beskytte informantene, ivareta deres autonomi og respektere deres grenser og ikke forlede til informasjon som deltagerne vil angre på i ettertid. Det er en balanse mellom å etablere ny kunnskap og samtidig ta etiske hensyn.

Studien har fulgt “Retningslinjer for behandling av personopplysninger i student- og forskerprosjekt ved Universitetet i Sørøst-Norge”. Dette innebærer at lydopptak er lagret på kryptert USB-enhet og alle notater er oppbevart innelåst på forskers kontor (Personvern i student- og forskerprosjekter, USN, 2019). Godkjenning fra Norsk senter for forskningsdata er innhentet og vises i vedlegg to. Da studien ikke involverer mennesker, menneskelig biologisk materiale eller helseopplysninger, stilles det ikke krav til å søke Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (Salbu, 2014). Før første fokusgruppeintervju, ga deltagerne skriftlig informert samtykke hvor de var blitt gjort kjent med studiens formål, at deltagelse var frivillig, at de var forsikret konfidensialitet og om retten til å kunne avslutte/trekke seg fra studien (Kvale, 2006, s. 67, 68). De skriftlige samtykkene ble oppbevart i låst skap på forskers kontor. Vedlegg 3 viser informasjonsskriv og samtykkeskjema.

I arbeidet med transkripsjon, analyse og tekstproduksjon har jeg reflektert over at de valgene jeg har tatt ikke skulle medføre konsekvenser for informantene. Dette omhandler blant annet anonymisering hvor jeg har vært opptatt av balansen mellom for mye anonymisering som kan forringe gjenbruksverdien og for lite anonymisering som medfører at data ikke er tilstrekkelig anonymt (Autzen, 2020).

3.5 Forskerrollen

Filosofen Hans Georg Gadamer, oppgavsmann til den hermeneutiske kommunikasjonsmodellen, uttalte: “Det er en fordom å tro at man ikke har fordommer”. Han valgte selv å sette bindestrek i ordet “for-dom” da han anså at ordet fordom var negativt ladet (Dahl, 2019). Gadamer omtaler at innenfor hermeneutisk tenking, må forsker utvikle en bevissthet om egne for-dommer og forforståelse, han kaller det å sette seg selv “på spill”. På denne måten åpnes det opp for ny forståelse. Gadamer omtaler også utfordringer som foreligger i møte med det fremmede og nye. Her nevner han å bli sanselig berørt, ønske om en nærmere forståelse av egen forforståelse og fordom, fortroliggjøring av det fremmede som medfører tap av nyanser og forskerens uttrykk verbalt (Nilsson, 2007).

I arbeidet med studien, har jeg vært opptatt av systematikk, kritisk vurdert hvordan kunnskapen er fremhentet og min rolle som forsker. Min egen for-forståelse; holdninger, kunnskapsnivå og motivasjon for studien. Gjennom intersubjektivitet, har jeg tilstrebet å gi leseren informasjon om hvordan kunnskapen er utviklet (Kvale, 2017, s. 18). Spørsmål har blitt stilt om det var mulig for

meg å være nøytral uten å utøve innflytelse på spørsmål, tolkning, resultater og konklusjoner, eller på annet vis prege studien? Malterud (2018, s. 41) avviser at forskeren kan inneha en nøytral rolle som ikke har innflytelse på utvikling av kunnskap. Og sier videre; *“Spørsmålet er derfor ikke hvorvidt forskeren påvirker prosessen, men hvordan”*. Malterud (2018, s. 43) beskriver at dette handle om å bli kjent med sin egen rolle og redegjøre for hvordan egen forforståelse og valgte teoretisk referanseramme kan ha innflytelse på mine tolkninger og konklusjoner. Dette klargjør avsenderadresse og anses som et bedre vitenskapelig kriterium enn forståelse av objektivitet. For å forstå forutsetningene for tolkninger og konklusjoner, er det nødvendig å tilkjenne konteksten for hvor kunnskapen er innhentet. Ved aktivt innta en refleksiv holdning gjennom å vedkjenne meg egne valg, konkurrerende alternativ og hvilke betydning dette har for kunnskapsprosessen, tilstrebes det i studien å vise leser at kunnskap er innhentet i samsvar med grunnleggende vitenskapelige krav. Med andre ord, har jeg kontinuerlig vurdert egne bias slik at dette ikke har forhindret kritisk refleksjon. På dette viset gir studien innsikt i hvilke betingelser som ligger til grunn for kunnskapsutviklingen (Malterud, 2018, s. 16, 18, 21).

4 Analyse

Kapittel fire presenterer studiens analyse. Studien anvender Systematic Text Condensation (STC), en tekstanalyse som består av fire trinn. For å klargjøre og lede leser igjennom analyseprosessen, beskrives hvert trinn innenfor eget underkapittel. Avslutningsvis i kapittel fire presenteres forskers betraktninger om studiens rehabilitet, validitet og overførbarhet.

4.1 Analyse - Systematic Text Condensation

Studios hensikt var å søke kunnskap om sykepleiernes subjektive erfaringer og bevisshet omkring begrepet helsefremming, ved å fortolke de erfaringer som informantene presenterte; de fremtredende fenomener. Gjennom å anvende en hermeneutisk tilnærming, har det vært mulig å fortolke fenomener som har kommet til uttrykk og danne et grunnlag for en forståelse. Hermeneutikk kjennetegnes gjennom forholdet mellom deler og helhet. Hvordan fenomenet fortolkes er avhengig av hvordan helheten fortolkes, som igjen er avhengig av konteksten dette tolkes innenfor; den hermeneutiske sirkel. Analysen skal skape en forståelse om hvordan informantene ordlegger seg og meningsinnholdet av de fenomenene som beskrives. Forutsetningen for en fenomenologisk forståelse omhandler å sette egen forforståelse til side (bracketing) for å kunne rette kritisk oppmerksomhet mot informantenes erfaring. Det omfatter faglige forestillinger og tanker, men også almenne normer og verdier som innlæres og formidles, bevisst og ubesvisst (Malterud, 2018, s. 28).

Fenomenologi innbefatter en induktiv tilnærming hvor slutninger trekkes fra det enkelstående til det som anses almenngyldig. Denne form for kunnskap omhandler subjektivitet hvor forskeren er sentral og medvirkende, og det stilles således store krav til systematikk, refleksivitet og støtte i teoretiske referanserammer. Samtidig skal det etiske aspektet som omhandler ivaretagelse av informantenes selvforståelse av de presenterte fenomenene ivaretas (Thaagaard, 2016, s. 11, 124, Malterud, 2018, s. 101). Tekstmaterialet ble analysert tverrgående og systematisert ved analysemetoden Systematic Text Condensation (STC). Analysemetoden bidrar til å fange opp mønstre som umiddelbart ikke var fremtredende gjennom å anvende repeterende prosesser og fleksibilitet. STC er induktiv, og det karakteristiske for analysemetoden omhandler kondensering og abstrahering av data. Analysen gjennomføres i fire trinn; 1) å få et helhetsinntrykk, 2) å identifisere meningsdannende enheter, 3) å abstrahere meningsinnholdet i de enkelte meningsdannende

enhetene og 4) å sammenfatte betydningen av dette. Det ble etablerte prosjektlogg for å kunne følge egne veivalg og beslutninger underveis i analyseprosessen (Malterud, 2018, s. 53, 96, 98).

4.1.1 Helhetsinntrykk – transkribering og foreløpige temaer

Transkribering inngår i den første fasen av analysen og omhandler klargjøring av datamaterialet. For å unngå at informasjon skulle gå tapt eller forstått feilaktig og for å kunne verifisere funnen, gjennomførte jeg selv transkriberingen. Da den transkriberte teksten er en indirekte formidler av det meningsdannende, er det betydningsfullt med tidlig nærhet til datamaterialet, og mulighet for å betrakte teksten analytisk allerede i denne fasen (Malterud, 2018, s. 77).

Transkribering ord for ord er ikke alltid tilstrekkelig når tekst skal analyseres. Pauser, nølende svar eller latter må også presenteres skriftlig. Transkriberingen skal være lojal mot det opprinnelige materialet slik deltakerne formidlet det, og samtidig bidra til at forsker kan erindre situasjonen hvor historien ble fortalt (Malterud, 2018, s.76-80, Tolkenett, 2018). Det ble derfor i forkant av transkribering utarbeidet en transkripsjonsnøkkel for å ivareta inntonasjon og nærspråklige elementer som pauser, bekreftelser, nøling og latter samt ord/stavelse som fremkom utydelig.

Transkripsjonsnøkkel

SYMBOL	BETYDNING
..	Kort pause – under 2 sekunder
...(#)	Lang pause (# byttes ut med tall som angir sekunder)
?	Spørreintonasjon
§ §	Start- og slutt punkt ved overlappende tale / tale som bryter inn
x	Ord eller stavelse som høres dårlig
@	Latter
ehe	Jeg forstår
e	Nøling fra den som taler – uansett lengde (uttrykt ved lyd)
m-m	Samtykker – fra andre enn den som taler

Tabell 4-1. Transkripsjonsnøkkel utviklet av forsker

Transkribert materiale omfattet to fokusgruppeintervjuer med samlet varighet 180 minutter. Intervjuene ble transkribert umiddelbart etter hvert avsluttet intervju med støtte og supplement fra egne intervjunotater. God lyd kvalitet gjorde det mulig å gjenkjenne de forskjellige stemmene, plassere de i rommet og visualisere dette opp mot tildelte navnelapper. Dette gjorde det mulig å merke transkribert tekst med informantkoder som erstattet egennavn og således ivaretok personvernet. Informantkodene ble oppbevart i sikret skap på forskers kontor (Malterud, 2012, s. 96, Malterud, 2018, s. 77).

Ferdig transkribert tekst ble deretter lest igjennom med hensikt om å gjøre seg kjent med teksten og å se etter temaer som på en eller annen måte kunne si noe om erfaringer eller kunnskap som kunne besvare forskningsspørsmål og problemstilling. I denne fasen var det viktig å innta et fugleperspektiv og sette egen forforståelse midlertidig til side. Således åpnes det opp for inntrykk som materialet formidler. Problemstillingen og forskningsspørsmålene dannet et utgangspunkt for gjennomlesingen, og når alt var lest igjennom ble inntrykkene notert ned. (Malterud, 2018, s. 99). Helhetsinntrykket etter gjennomlesing resulterte i følgende foreløpige temaer:

Trinn 1: Helhetsinntrykk - foreløpige temaer	
<i>Fokusgruppeintervju 1</i>	<i>Fokusgruppeintervju 2</i>
Ansvar, anvender erfaring, samarbeid, fleksibel, tilrettelegge, forstå pasienten, tilrettelegge, motivasjon, mestre, organisering, ressurser.	Pasientens premisser, sykepleier som ressurs, kartlegging, tillit, samarbeid, organisering, forankring, holdninger, kunnskap.

Tabell 4-2. Trinn 1, Helhetsinntrykk - foreløpige temaer.

4.1.2 Meningsbærende enheter – identifisering og koding

I trinn to ble teksten pånytt gjennomgått, denne gangen systematisk for å identifisere meningsbærende enheter. Dette innebar å skille relevant tekst fra irrelevant tekst, og sortere ut den delen av teksten som har betydning for å belyse problemstilling. Hva som var relevant, ble funnet ved blant annet å stille spørsmål til det empiriske materialet; *“hva kan dette fortelle om ...?”*. De foreløpige temaene fra trinn en ble gjennomgått og resulterte i tre foreløpige kodegrupper; *Funksjon og ansvar, Relasjoner og Tilrettelegge for helsefremmende sykepleie*. Meningsbærende tekst ble markert og sortert inn under disse foreløpige kodegruppene. Under arbeidet med sortering, ble det vurdert hvordan meningsbærende tekst harmoniserte med temaene som var etablert i trinn en. Dette resulterte i at enkelte temaer ble fjernet og nye etablert, slik ble kodegruppene mer presise. Sorteringen av den meningsbærende teksten inn under de midlertidige kodegruppene ble gjennomført ved at tekst ble skrevet ut på papir, klippet ut og fysisk sortert inn under de respektive kodegruppene. I prosjektloggen ble det laget en definisjon for de tre forskjellige kodegruppene. Dette fungerte som veiledning for å se hva som kvalifiserte for den enkelte kodegruppen. Det fremkom flere meningsbærende enheter som kvalifiserte for flere kodegrupper. Det ble også funnet variable ved teksten som bar med seg nye og andre aspekter ved den meningsbærende teksten (Malterud, 2018, s. 101). Det ble opprettet en tabell for å sortere de ulike meningsbærende enhetene innen hvert tema innenfor tilhørende kode.

Trinn 2: Meningsbærende enheter – identifisering og koding	
Mening - uttalt	Kode
<p>Instinktivt så skjønner man ofte hva som burde gjøres eller som kan gjøres for å yte det beste for pasienten.</p> <p>Alt vi gjør er nesten helsefremmende, det er bare at ordet kanskje ikke blir brukt så ofte. Vi gjør det ubevisst.</p> <p>Det [helsefremming] er bare sånn du gjør. Det er bare en del av hverdagen, alltid.</p>	Anvender erfaring

Tabell 4-3. Trinn 2, Meningsbærende enheter – identifisering og koding.

4.1.3 Kondensering – fra kode til mening

Gjennom arbeidsprosessen fremkom det behov for å flytte meningsbærende tekst fra en kodegruppe til en annen. Det ble også funnet meningsbærende tekst som ble lagt til side, da teksten ikke ble ansett tilstrekkelig inkluderende for kodegruppene. Når all meningsbærende tekst var sortert i respektive kodegrupper, ble kodegruppene ytterligere sortert i subgrupper. Sortering og reorganisering av meningsbærende tekst, ble i trinn tre avsluttet med å lage kondensat av den teksten som var sortert inn under hver enkelt subgruppe. Kondensatet ble laget i jeg-form med hensikt å sammenfatte og gjenfortelle innholdet i subgruppen. Dette metodiske grepet er spesielt for analysemetoden og må inkluderes for at fremgangsmåten kan kalles STC (Malterud, 2018, s.107).

Trinn 3: Kondensering – fra kode til mening		
Kode	Meningsbærende tekst - uttalt	Kodensat i jeg-form
Anvender erfaring	<p>Instinktivt så skjønner man ofte hva som burde gjøres eller som kan gjøres for å yte det beste for pasienten. Ja, man gjør det jo bare.</p> <p>Jeg tenker hvis vi ikke hadde gjort noe så hadde det ikke akkurat vært helsefremmende det heller.</p> <p>Alt vi gjør er nesten helsefremmende, det er bare at ordet kanskje ikke blir brukt så ofte. Vi gjør det ubevisst.</p> <p>Hvordan jeg tenker og hva jeg gjør når jeg arbeider helsefremmende; Det blir automatikk i det på en måte - det ligger mye i bakgrunnen vår.</p> <p>Det er bare sånn du gjør. Det er bare en del av hverdagen, alltid.</p> <p>Vi prøver jo forskjellige ting ... Så har vi i hvert fall starta noe og så får vi se om det fungerer. Kanskje det må andre ting inn også.</p>	<p>Jeg forstår pasientens behov og prøver ut forskjellige helsefremmende tiltak og gjør det ubevisst fordi det er en del av min sykepleiefaglige bakgrunn.</p> <p>Begrepet helsefremming bruker jeg ikke så ofte.</p>

Tabell 4-4. Trinn 3, Kondensering.

4.1.4 Rekontekstualisere – sammenfatte og validere funn

Analysens fjerde trinn omhandlet sammenfatning av det arbeidet som ble gjort i de foregående tre trinnene. For hver kategori med tilhørende subkategori, ble resultatene rekontekstualisert opp mot det opprinnelige materialet, for systematisk å validere de resultatene som har fremkommet (Malterud, 2018, s. 108).

Avslutningsvis i trinn fire ble funnene samlet i tabelloversikter. Tabelloversiktene omfatter begge fokusgruppeintervjuene og presenterer meningsbærende tekst (uttalt), kodensat, subkategori og kategori og presenteres i vedlegg 6, 7 og 8.

4.2 Rehabiliet, validitet og overførbarhet

I kvalitativ forskning anvendes begrepene rehabiliet og validitet. Rehabiliet anvendes når spørsmålet er om forskningen er pålitelig, men validitet omhandler forskningens gyldighet. I hvilken grad en undersøkelse også er gangbar i andre sammenhenger, uttrykkes ved begrepet overførbarhet (Thagaard, 2016, s. 23).

I alle faser av studien, har jeg stilt spørsmål ved egen forståelse. Allikevel antar jeg at mine interesser, meninger, verdier, faglige bakgrunn og erfaring kan ha betonet mine fortolkninger av datamaterialet. Teoretiske referanserammer kan også hatt betydning for resultatet. I forbindelse med transkribering, registrerte forsker spørsmål som i noen grad var trukket mot egen kunnskap. Da jeg ikke kjente gruppen, er det vanskelig å si noe om sammensetning av gruppen har hatt betydning for resultatet. Det handler om flere faktorer: interaksjon og diskusjon som et resultat av gruppetilhørighet, uformelle forbindelser, posisjon- eller personlig makt. Kjønnshomogenitet, aldersmessig variasjon og spenn, og variert ansiennitet.

Det fremkom også at for en liten andel av gruppen hadde folkehelse inngått i den sykepleiefaglige grunnutdanningen. Totalt var det seks deltakere i gruppen, noe som kan ha ført til at deltakerne fikk delt erfaringer, men kan også ha vært opplevd belastende og bidratt et følt ansvar for å holde samtalen i gang (Eines & Thylén, 2012, s. 95-96, Orvik, 2013, s. 163).

Studien ble gjennomført i en periode hvor landet var rammet av en pandemi. Dette medførte at opprinnelig tidsplan måtte fravikes. Det var beregnet en tidsperiode på åtte uker mellom

undervisning og andre fokusgruppeintervju. Dette var valgt for å gi deltakerne mulighet til å anvende ny kunnskap. En praksisperiode på åtte uker er i seg selv kort tid, men av hensyn til studiens ressurser var det det lengste tidsintervallet som var mulig å avsette. Pandemiens begrensninger medførte forskyvning i undervisning og gav kun to ukers praksisperiode før andre fokusgruppeintervju ble gjennomført. Forskers vurdering er således at avkorting av praksisperiode med seks uker kan ha hatt betydning for studiens resultatet.

Gruppen var representert med en færre deltager ved fokusgruppeintervju to grunnet sykdom, noe som kan ha hatt betydning for resultatet.

Jeg har tilstrebet til enhver tid å vise den veien jeg har gått og hvordan deltakernes fenomener har blitt forstått. I arbeidet med tekstproduksjon av masteravhandlingen har disponering, struktur og formidling vært viktig for å bidra til leservennlighet og forståelse.

Studien viser at undervisningen har språkliggjort og bidratt med refleksjon som har åpnet opp for ny og endret kunnskap om helsefremmende forståelse og praksis. Med dette som grunnlag, anses studiens resultater å ha overføringsverdi innenfor tilsvarende kontekst.

5 Resultater

Kapittel fem presenterer analysens manifeste resultater slik forsker har forstått dem. Inndelingen av kapittel fem, er basert på de tre hovedkategoriene som fremkom av analysen. Hver hovedkategori er representert ved eget underkapittel: "Å skape gode dager", "Betydningen av relasjon og gjensidig forståelse" og "Skape en felles kultur for helsefremmende arbeid".

5.1 Å skape gode dager

Felles forståelse fra begge intervjuene, viser en samlet gruppe som anså helsefremming som en del av sykepleiefaget. Flertallet beskrev hvordan erfaring anvendes i møte med ulike situasjoner og bidrar avklarende. Blant flere ble det uttrykt at helsefremming handler om å vise omsorg og hjelpe bruker. Det er flere aspekter ved kategorien "Å skape gode dager" som kvalifiserer for inndeling i to subkategorier:

"Helsefremmende forståelse" - omhandler sykepleiers helsefremmende forståelse

"Helsefremmende aktivitet" - omhandler praktisering av helsefremmende aktivitet

5.1.1 Helsefremmende forståelse

Hovedkategori: Å skape gode dager	Subkategori: <i>Helsefremmende forståelse</i>
Kondensat fokusgruppeintervju en	Kondensat fokusgruppeintervju en
Jeg forstår pasientens behov og prøver ut forskjellige helsefremmende tiltak og gjør det ubevisst fordi det er en del av min sykepleiefaglige bakgrunn. Begrepet helsefremming bruker jeg ikke så ofte.	Helsefremming anser jeg som min viktigste oppgave som sykepleier for å kunne hjelpe pasienter til å leve et verdig liv. Det innbefatter å se helheten og å tilrettelegge for muligheter ut i fra brukers forutsetninger.

Tabell 5-1. Kondensat subkategori "Helsefremmende forståelse"

Analysen viser en samstemt deltagergruppe som i begge intervjuene beskrev helsefremming som en del av sin sykepleiefaglige oppgave. En av deltagerene uttrykte det slik: "Helsefremming er jo essensen i mye av det vi jobber med ..." [2]. Dette bekreftes i intervju to hvor flertallet i gruppen uttrykkte at helsefremming muligens er den viktigste oppgaven.

Begrepet helsefremming forstås ulikt, og i intervju en forklares det slik: "Være der og tilrettelegge når det går nedover ..." [3] og "Forebygge for eksempel sykdom ..." [6]. I intervju to nyanseres beskrivelse om forståelse av det helsefremmende begrep. Flertallet i gruppen forstår det som å se og forstå pasienten i et livsløpsperspektiv og tilrettelegge for verdighet.

I intervju to, trekker en stor andel av deltagerne igjen frem sykepleier som hjelper, men beskriver sykepleier som en ressurs som kan bidra og tilrettelegge – blant annet gjennom støtte:

- Og, jeg har trua på at dette skal vi få til.
- Så ... har du trua på meg, sier han, da.
- Ja, sier jeg.
- Å, det var godt du sier ... [4].

I intervju en, omtaler flere av deltagerne at de basert på erfaring intuitivt ser hva som bør gjøres, og på dette grunnlaget igangsetter tiltak til beste for pasienten. En deltager uttrykker, "Ja, man gjør det jo bare. Jeg tenker hvis vi ikke hadde gjort noe, så hadde det ikke akkurat vært helsefremmende det heller" [3]. En stor andel av gruppen uttaler at de anser helsefremming som grunnleggende sykepleie; "Det ligger mye i bakgrunnen vår ..." [1]. Videre samtykker majoriteten i gruppen om følgende uttalelse; "Det blir automatikk i det på en måte ..." [5]. Hva som legges i betydningen av automatikk, utdypes av en deltager; "Det handler om erfaring" [4].

I intervju en, svarer en av deltakerne på spørsmålet om hva helsefremming omhandler: "Jeg tenker omsorg" [2]. Flertallet forklarer at i et helsefremmende perspektiv, betyr omsorg å bidra til glede og gjøre dagen så god som mulig. En deltaker uttrykte: "Jeg tenker på veldig mye av det vi gjør, ikke den sykepleietekniske, sykepleiefaglige delen, men mer det å sørge for at TV står på, at man er sola deres i dag, .." [4].

5.1.2 Helsefremmende aktivitet

Hovedkategori: Å skape gode dager	Subkategori: <i>Helsefremmende aktivitet</i>
Kondensat fokusgruppeintervju en	Kondensat fokusgruppeintervju en
Jeg tenker at helsefremming handler om å bidra til å skape glede, gode dager, pågangsmot og livskvalitet. Jeg er tilstede, veileder, forklarer og oppmuntrer. Det er helsefremmende å motivere pasienten til å klare mest mulig selv, det bidrar til mestring og trygghet.	Helsefremming handler om livskvalitet med utgangspunkt i brukers ressurser sett i lys av livsløpsperspektivet. Det innebærer at jeg må samarbeide med bruker for å se muligheter og tilretteleggingsbehov og hvordan jeg som sykepleier kan bidra som ressurs. Jeg vet at motivasjon har betydning for endring, og kan bidra til at bruker ser verdien av å anvende egne ressurser for å mestre ønskede mål.

Tabell 5-2. Kondensat subkategori "Helsefremmende aktivitet"

Det er fremkom flere likheter når intervjuene ses opp mot hverandre: Flertallet i gruppen uttrykker at helsefremmende aktivitet omhandler å bidra til livskvalitet. I begge intervjuene beskriver deltakerne sykepleier kan motivere til endring.

I intervju en forklarer flere deltakere at å tilrettelegge for livskvalitet hos bruker, kan forstås som "å skape glede og gode dager". I samme intervju, trekker flere deltakere inn nyanseringer som pågangsmot og lyst: "Skape glede og pågangsmot - ja, lyst til å gjøre ting" [5], og beskriver videre at det er helsefremmende å motivere bruker til å klare mest mulig selv: "Tenker at motivasjon er nøkkelordet. At man får de motivert til å ønske seg videre" [3].

I intervju to trekker flere deltagere inn livsløpsperspektivet betydning for helsefremmende aktivitet: "Skal man tenke helsefremmende, dreier det seg jo egentlig om hele livet til en person ... [4]. I intervju to, i større grad enn i intervju en, trekker flere av deltakerne frem tiltak som innebærer helhetsforståelse og samhandling. De uttrykker det slik "... finne muligheter [sammen] ut i fra forutsetninger og evner" [3] og "Motivere de til å se og bruke egne ressurser" [4].

I begge intervjuene, omtaler en stor andel av deltakerne at sykepleier kan bidra gjennom veiledning og således bevisstgjøre bruker: "At vi kan hjelpe de med veiledning og prøve å finne ut hvordan vi kan bidra, prate med de ... for å bevisstgjøre hva de egentlig har lyst til." [intervju to, 1].

Det [helsefremmende aktivitet] er å bidra til økt kompetanse og større mestring av eget liv. Vi bygger opp under for at bruker skal klare seg bedre hjemme og å se verdien i det å bygge egne ressurser ... [3].

I begge intervjuene omtales økt kompetanse som betydningsfullt for endring. I intervju en uttrykker flere at økt kompetanse bidrar til trygget og kontroll: "Forklare hvorfor vi gjør det ... så får de prøve å gjøre det selv mens vi er tilstede og da bygger man opp selvstendigheten og trygger dem med at de gjør det riktig. Mestringsfølelse" [3]. En deltaker i intervju to vektlegger kunnskap slik: "Tenker at kunnskap er det viktigste for å kunne få gjort noen ting" [1].

Flertallet i gruppen uttrykker i intervju en: "... vi jobber med henda på ryggen ... [2]. En deltaker i intervju to uttrykker at helsefremmende aktivitet omhandler mestring hvor målet er basert på brukers ønsker.

5.2 Betydningen av relasjon og gjensidig forståelse

En samlet vurdering av kategorien, viser at flertallet av deltakerne uttrykker at samarbeid med bruker en en forutsetning for en helsefremmende tilnærming. Ved å avklare brukers ønsker og behov skapes forutsigbarhet. Det bidrar retningsgivende og skaper tillit mellom bruker og hjemmesykepleien. Det fremkom to posisjoner innenfor kategorien slik deltagerne uttrykker det, som resulterte i to subkategorier:

”Å etablere gjensidig tillit” – omhandler holdninger

”Felles forventinger og felles mål” - omhandler samarbeide

5.2.1 Å etablere gjensidig tillit

Hovedkategori: Betydningen av relasjon og gjensidig forståelse	Subkategori: Å etablere gjensidig tillit
Kondensat fokusgruppeintervju en	Kondensat fokusgruppeintervju en
Jeg har som sykepleier i hjemmesykepleien mulighet til å bli godt kjent med bruker om behov og ønsker. Det innebærer at jeg må ta meg tid, vise forståelse og respektere brukers situasjon. Jeg tror at tid er viktig for at bruker som oppleve tillit i relasjonen og involvere oss i sitt liv. Noen ganger er jeg nærmere bruker enn pårørende.	Jeg tror at det dreier som å endre praksis dersom vi skal bygge en relasjon. Vi må ta oss tid og vise at vi bryr oss om de, det tror jeg er viktig for å etablere tillit og for at bruker skal ha tro på at vi kan hjelpe. Det handler om hvordan jeg møter bruker, viser respekt og ivaretar brukers autonomi.

Tabell 5-3. Kondensat subkategori ”Å etablere gjensidig tillit”

Flertallet av deltakerne i studien, uttrykker i begge intervjuer at holdninger er betydningsfullt for det relasjonelle og en forutsetning for en helsefremmende tilnærming. Deltakerne trekker her frem praksis og uttaler at de anser vaner hvor det å arbeide raskt og effektivt ikke bidrar tillitsvekkende. I begge intervjuen uttaler majoriteten at de anser det betydningsfullt å vise respekt for brukers situasjon.

I intervju en uttrykker flere at det relasjonelle har stor betydning for å forstå hvordan de kan handle sammen med og for pasienten: ” Når vi lærer pasientene våre å kjenne vet vi hva som fungerer hos den enkelte og hvordan vi kan prate med de og hvordan de vil behandles” [1]. I intervju en, trekkes det frem blant flere at ved å vise forståelse, kan det åpnes opp for at bruker føler velvære og at det således etableres tillit i relasjon. En deltaker uttrykker at forståelse kan bidra til at: ” ... de på en måte tør å åpne seg å slippe oss inn” [4].

Majoriteten uttrykker i begge intervjuer at de er viktig å respektere brukers situasjon. I intervju to uttrykkes dette blant flere deltakere, og en deltaker uttrykker at: ”... jeg tror vi tramper fryktelig fort

over folks grenser – noen tåler det, men mange tåler det ikke” [1]. Blant flere deltakere, gis det i intervju en uttrykk for at respekt også omhandler å ta seg tid. En deltaker uttaler at hjemmesykepleien er for mange en nær relasjon: “Vi er de eneste som er innom og da tenker jeg det er viktig at du må møte dem - at du ikke bare flyr inn og ut” [5]. I intervju to trekker flere deltakere frem hvordan eksisterende praksis har betydning for det relasjonelle når det meste skal gjennomføres raskt og effektivt: “... det krever endring av vaner for å få til helsefremming” [3].

Vi må kunne klare å vise – ta oss tid, ikke minst vise at disse pasientene er jo viktig for oss og vi ønsker de jo det beste. Da må jo de ha tillit til at vi også kan ha både tid og mulighet [intervju to, 1].

I intervju to uttrykker en deltaker at tillit har betydning for troverdighet, og uttrykker det slik: “... hvor stor tillit har vi hos pasienten - føler de at vi er i stand å kunne hjelpe dem?” [2]. Flere deltakere trekker også frem at tillit er nødvendig for aksept som anses betydningsfullt for samarbeid mellom bruker og sykepleier. I det samme intervjuet, trekker flere deltakere frem at å etablere en relasjon utfordres ved at bruker må forholde seg til flere helsearbeidere, og uttrykker følgende: “Mange pleiere til en bruker gjør det det vanskeligere å etablere tillit” [2].

5.2.2 Felles forventninger og felles mål

Hovedkategori: Betydningen av relasjon og gjensidig forståelse	Subkategori: <i>Felles forventninger og felles mål</i>
Kondensat fokusgruppeintervju en	Kondensat fokusgruppeintervju en
Jeg samarbeider med pasienten for å kartlegge behov og ønsker. Det skaper felles forståelse om muligheter og danner grunnlag for en plan. For bruker og oss internt, bidrar en plan til retningsgivende og skaper forutsigbarhet.	Jeg tror at kartlegging tidlig i forløpet er viktig dersom vi skal arbeide helsefremmende. En dialog hvor pasienten og jeg kan bli enige om en plan som bidrar til å bevisstgjøre muligheter og ivaretar brukers ønsker og behov. Å avklare mål tydeliggjør forventninger til tjenesten.

Tabell 5-4. Kondensat subkategori “Felles forventninger og felles mål”

Flere av deltakerne i begge intervjuene beskriver at det ofte ikke foreligger kongruens mellom brukers forventninger og det reelle behovet. I begge intervjuene trekker deltakerne frem behovet for kartlegging og samarbeid med bruker om en helsefremmende plan.

En deltaker i intervju en uttrykker det slik: “ Ofte når pasienter kommer fra sykehuset har de en kjempeliste med alt pasienten trenger hjelp til. Så kommer man dit og så stemmer det ikke” [4]. Tilsvarende uttalelse fremkommer fra en deltaker i intervju to: “Vi sliter også mye med for

eksempel pasienter som kommer fra sykehus og har blitt lovet at de nesten skal bæres på gullstol. Det er urealistiske forventninger” [3].

I intervju to foreslår flere av deltakerne de foreligger behov for tidlig og bedret kartlegging av nye brukere. Dette beskrives slik: “God kartlegging – ikke bare levere informasjon” [2], dette utdypes slik: “... prate og diskutere er viktig for å få til helsefremming. Tenker målavklaringsmøte” [2]. Majoriteten av deltakerne i intervju to beskriver at målavklaringsmøter omhandler dialog med bruker om ønsker og muligheter, dette uttrykkes: “For det er jo med utgangspunkt i den enkeltes livssituasjon og hva som er deres mål” og fortsetter: “Målavklaring har noe med forventninger til tjenesten å gjøre ... - at man har en litt mer åpen dialog” [4].

Hvis folk [bruker] har tenkt tanker om hva de selv kan gjøre
men ikke helt ser hvordan,
at man kan prøve å finne muligheter sammen.
Tilrettelegge for at det skal være mulig [5].

Dette er en felles forståelse i begge intervjuene om at en helsefremmende tilnærming omhandler å være enige om en plan og at dette skaper forutsigbarhet. En deltaker i intervju en uttrykker: “Man må ikke nødvendigvis tenke likt, men man må være enige om en plan. Ha en rød tråd å følge” [1]. En av deltakerne i intervju to uttrykker at “være enige om en plan” er viktig for lik pleie, skaper kontinuitet og trygger bruker: “Kanskje flere er redd å miste oss fordi de ikke trenger så mye hjelp. Brukerene oppleves forskjellig avhengig av hvem som kommer dit” [5].

5.3 Skape en felles kultur for helsefremmende arbeid

I begge intervjuene uttrykker flertallet av deltakerne at det foreligger flere faktorer som må være tilstede for å muliggjøre en helsefremmende tilnærming. Flere av deltakerne uttrykker at det omhandler kultur på arbeidsplassen. Her trekkes blant annet frem kunnskap, holdninger og praksisutøvelsen. Kategorien har resultert i to subkategorier:

“Erfaring og kunnskap må deles” – omhandler å anvende felleskapets samlede kompetanse
“Kollektive beslutninger” – omhandler samarbeid

5.3.1 Erfaring og kunnskap må deles

I begge intervjuene fremkommer det at kunnskap er grunnleggende for å kunne arbeide helsefremmende. Gruppen uttrykker at eksempelvis samtaler eller refleksjon kan være arenaer for foredling av kunnskap.

Hovedkategori: Skape en felles kultur for helsefremmende arbeid	Subkategori: <i>Erfaring og kunnskap må deles</i>
Kondensat fokusgruppeintervju en	Kondensat fokusgruppeintervju en
Jeg tror forutsetning for å arbeide helsefremmende omhandler et miljø hvor vi samarbeider og deler erfaringer muntlig og skriftlig i avdelingen og på tvers av avdelinger, og at dette bidrar til å styrke kvalitet internt og i pasientarbeidet.	Jeg synes det er viktig å dele praksiserfaring fordi det er praksis som bekrefter ny kunnskap. Og, om vi samarbeider tverrfaglig får vi tilgang på ulik kunnskap som er viktig i pasientarbeidet. Jeg tenker at vi alle trenger kunnskap uavhengig av yrkesrolle fordi det endrer tankeretning og gir nye innspill til praksis. Jeg mener at alle har et ansvar for å følge opp, bidra med refleksjon og evaluering. Vi må også snakke om helsefremming, så alle forstår hva det omhandler.

Tabell 5-5. Kondensat subkategori "Erfaring og kunnskap må deles"

Flertallet av deltakerne i intervju en trekker frem åpen dialog som nødvendig for å sikre kvalitet i pleien til bruker. Dette beskrives som viktig for å kunne verifisere egen praksis. En deltaker uttrykker det slik: "Er man usikker er det bare å snakke med folk [kolleger] å høre hva tilbakemeldingen er – ja som du sier konferere litt" [3]. Videre i intervju en, trekker flere av deltakerne frem betydningen å dele informasjon muntlig for å kunne igangsette tiltak så snart som mulig. En deltaker fra intervju en uttrykker behov for daglig formidling av erfaringer slik: "... har vi opplevd noe ute den dagen som trengs å gjøres noe med for at denne pasient skal få det bedre ... [1]. En annen deltaker i gruppen uttaler også at det muntlige er viktig for å sammenligne erfaringer: "De [kolleger] som ikke er ute hos bruker synes det er rikelig å ha det skriftlige og forstår ikke hvor viktig det er for oss å sammenligne erfaringer og dele" [5].

Majoriteten av deltakerne i intervju to trekker også frem betydningen av samarbeid. Samarbeid omtales som en forutsetning for å kunne hjelpe bruker og for å klargjøre arbeidsoppgaver. Flere deltakere omtaler også at samarbeidet må foregå tverrfaglig. En deltaker i intervju to uttrykker: "Vi må bli flinkere til å samarbeide tverrfaglig, vi sitter på mye forskjellig kunnskap" [2]. Flere i gruppen trekker også frem at alle trenger kunnskap: "Kunnskap er det viktigste for å kunne få gjort noen ting. Ja, så i hvert fall ikke bare sykepleiere, vi har jo mange andre både ufaglærte og andre medarbeidere med forskjellig type utdanning som også alle trenger kunnskap og ha det med seg i bagasjen" [3].

Majoriteten i gruppen i intervju to er opptatt av kunnskaps betydning for det helsefremmende arbeidet. Flere uttrykker at praksiskunnskap må deles og brukes videre. En deltaker uttrykker at ny kunnskap videreutvikler, og sier det slik:

Kunnskap er nødvendig for å endre praksis fordi når du får ny kunnskap, forandrer du din egen tankeretning og får nye ideer, nye innspill om nye måter å jobbe på. [4]

Gruppen i sin helhet, i begge intervjuene, var enige om at alle må forstå hva helsefremming omhandler. Den ene av deltakerne uttrykte: "...vi må jo snakke om helsefremming, ikke sant. Så alle på en måte er bevisst på hva det egentlig innebærer – hva er egentlig helse?" [2].

5.3.2 Kollektive beslutninger

Deltakerne i studien representerte to avdelinger. Hovedtrekkene i avdelingenes praksisarbeidet samsvarer i stor grad med hverandre. En funksjon beskrives forskjellig og utgjør denne subkategorien.

Det foreligger ingen endringer i praksisarbeidet i perioden mellom fokusgruppeintervju en og to. Resultatene fra begge fokusgruppeintervjuene fortolkes således samlet og presenteres gjennom et kondensat for hver avdeling.

Hovedkategori: Skape en felles kultur for helsefremmende arbeid	Subkategori: <i>Kollektive beslutninger</i>
Kondensat avdeling en	Kondensat avdeling to
Vi har muntlig rapport og det synes jeg er viktig for å kunne følge opp brukere og diskutere utfordringer. Vi kan påvirke i stor grad og gir innspill til de som er ansvarlig for å lage tiltakene som videreformidler til tjenestekontoret. Enkelte ganger kan det bli for mye informasjon slik at vi mister fokus, men allikevel at det ikke tilstrekkelig tid i muntlig rapport for refleksjon. Muntlig rapport anser jeg er et viktig supplement til brukers journal og bidrar til kontinuitet.	Vi gir kun beskjeder i muntlig rapport og jeg synes det skaper struktur da for mye informasjon kan medføre at man glemmer eller at man mister fokus. Dersom det skulle være behov, kan jeg ta det opp etter rapport. Det er primærgruppene som i møte hver sjette uke som drøfter bruker og videreformidler til tjenestekontoret. Jeg synes det er fordelaktig med primærgrupper, da de er lojale mot bruker og det er de som har ansvaret.

Tabell 5-6. Kondensat subkategori "Kollektive beslutninger"

Subkategoriens kondensater er beskrivende for de forskjeller som foreligger mellom avdelingen. Det uttrykkes av begge organiseringsformer fungerer tilfredsstillende. Avdeling en anser at det er fordelaktig at det gis mulighet for samtale og diskusjon i forbindelse med rapport, og uttrykker: " Det [muntlig rapport] tror jeg er veldig viktig for å kunne få diskutert problemer og utfordringer

som vi har ute i felten” [3]. Dette bekreftes fra samme avdeling: “... når det blir sagt i plenum kan folk relatere det til når de har vært hos den samme pasienten og så får man en mye bedre forståelse” [2].

Muntlig rapport ... Da sitter man og kan diskutere,
vi spiller ballen frem og tilbake, og kommer på løsninger
og tiltak som vi gjerne vil prøve. [3]

Avdeling to fortalte: “Vi har kun beskjeder til kveld [rapport], – det bare skal være kveldsbeskjeder” [2]. Ved behov for mer informasjon, kunne det formidles etter rapport, fortalte avdeling to.

Avdeling to informerte videre: “ Men, så har vi egne primærgrupper da hvor vi sitter og drøfter hver sjette uke, ja, hvor vi har gruppemøter og tar opp pasienten” [1].

Så har jo vi en fordel med alle de primærgruppene da, synes jeg.

De [primærgruppen] er veldig lojale mot den pasienten primærgruppen tilhører. [2]

Begge avdelinger sa seg enige i at for mye informasjon i rapport kan medføre at noe utelates eller glemmes. En deltaker fra avdeling to som uttrykte: “... det blir så mye informasjon. Det sporer så av hos oss ... [2], fikk følgende respons fra avdeling en: “- det gjør det hos oss, også” [3].

5.4 Oppsummering resultater

Felles for begge intervjuen viser at at helsefremmende sykepleie ble praktisert i møte med den eldre hjemmeboende. Deltakerne anså at dette utgjorde en del av sykepleiens kunnskapsgrunnlag og at de gjennom å anvende erfaring forstod hva som skulle gjøres. Deltakerne var opptatt av å fremme brukers helse gjennom god livskvalitet, og anså relasjon som grunnleggende for en helsefremmende tilnærming. Det ble uttrykt at det forelå et behov for kartlegging og at dette bidro til forståelse, kontinuitet og forutsigbarhet for både bruker og organisasjon. Det ble trukket frem at en helsefremmende praksis fordrer kunnskap og samarbeid, hvor praksis legges til rette for samarbeid og utveksling av erfaring.

Resultatene fra fokusgruppeintervju to, viser en tydeligere salutogen tilnærming med endret begrepsbruk og hvor nye behov og perspektiv trekkes inn. Kartlegging omtales som mer enn å gi

informasjon, istedet anvendes og vektlegges begrepene dialog og mål. Sykepleier omtales som en ressurs mer enn bare en hjelper, og situasjon og livsløp trekkes frem som grunnleggende for forståelse og helsefremmende tilnærming. Det fremkom at praksiskunnskap må deles for å utvikle ny kunnskap, og at det må tilrettelegges for å dele erfaring og samarbeide tverrfaglig.

6 Diskusjon

Kapittelet vil diskutere analysens resultater opp mot studiens forskningsspørsmål om “Hvilken forståelse har sykepleiere i hjemmesykepleien om helsefremmende sykepleie til eldre hjemmeboende?” og “Hvillike forutsetninger må være tilstede for en helsefremmende praksis?”. Diskusjonen er basert på de resultater som fremkom i fokusgruppeintervju to. Forskningsspørsmålene diskuteres i hvert sitt underkapittel.

6.1 Hvilken forståelse har sykepleiere i hjemmesykepleien om helsefremmende sykepleie til eldre hjemmeboende?

Flertallet av deltakerne i studien anser helsefremming som en del av det sykepleiefaglige. De uttrykker at helsefremming utgjør kjernen i det daglige arbeidet og at det er helsefremming i alt de gjør. Dette støttes av en studie som fant at sykepleiere utøver helsefremming gjennom god kunnskap og veiledning, og at de evner å inkludere helsefremming i sitt daglige arbeid. I studien omtales dette som generell helsefremming hvor sykepleier anvender profesjonens brede tverrfaglige kunnskap og prinsipper for sykepleie. I arbeidet med en voksende gruppe eldre, fremhever studien at sykepleier må inkludere helsefremmende aktivitet i daglig praksis. Studien trekker frem ulik forskning som hevder at sykepleiere ikke hadde inntatt en tydelig rolle relatert til implementering av helsefremmende aktiviteter. Det fremheves at helsefremmende aktivitet til eldre fordrer variabelt behov for kunnskap og ferdigheter (Kemppainen et al., 2012, s. 494, 496). Kemppainen et al.s funn støttes av en studie gjennomført i perioden 2018-2019. Her omtales det at sykepleiers helsefremmende aktivitet primært omfattet råd og veiledning og ble ikke ansett sammenfallende med Ottawa-charterets strategi. Studien omtaler manglende forståelse for helsefremming, fortsatt biomedisinsk dominans eller manglende organisasjonsmessige prioriteringer som mulig årsaksforhold (Iriarte-Roteta, Lopez-Dicastillo, Mujika, Ruiz-Zaldibar, Hernantes, Bermejo-Martins og Pumar-Méndez, 2020, s. 3937, 3943).

Deltakerne i avhandlingens studie uttrykte at de anså tilstedeværelse og veiledning som betydningsfulle bidrag til trygghet, mestring og kontroll. De anså at dette bidro til å utvikle den enkeltes ferdigheter. Dette støttes av Iriarte-Roteta et al. (2020, 3945) som i sin studie omtaler at sykepleiere var opptatt av å bedre brukers ferdigheter ved å bidra med følelsemessig og åndelig støtte, og samsvarer også med en salutogen tenkning. Salutogen tenkning anser at de sosiale

relasjonene til sykepleier vil være viktigere for bruker enn egne ressurser. Det handler om uformelle sosiale strukturer som stilles til rådighet i situasjoner når bruker opplever å ikke ha tilstrekkelig med ressurser, en overbelastning. Overbelastning kan svekke opplevelsen av håndterbarhet og anses sentralt. Ved tilstedeværelse bidrar sykepleier til brukers samspill mellom OAS og GRM, og således til styrking av mestringssevne og OAS.

Studiens deltakere uttrykte at brukers ønsker og behov var betydningsfullt og at samarbeid var viktig for å motivere og bevisstgjøre bruker. Brukermedvirkning styrker OAS, derimot kan OAS svekkes dersom brukers individualitet overses og helsehjelpen tilpasses tilgjengelige og rådende ressurser. Dette dreier seg både om helsehjelpens struktur og organisering som kan være til hinder for at brukers egne evner, ferdigheter og potensiale kommer til uttrykk. Dette kan medføre en underbelastning (Antonovsky, 2014, s. 121, 125). Iriarte-Roteta et al. (2020, s. 3943), fant i sin studie begrenset grad av deltakelse fra pasienter i forbindelse med planlegging av egen ferdighetstrening og evaluering av disse. Innenfor en salutogen tenkning, fremmer det spørsmålet om bruker i en sådan situasjon vil anse det verdifullt å investere krefter i en helsefremmende aktivitet uten selv å ha vært involvert. Salutogenesen trekker frem verdien av å være involvert relatert til områder som er viktig for den enkelte. Dette gir mening, hvor mening bidrar som motivasjonselement (Antonovsky, 2014, s. 41).

Brukermedvirkning er nasjonalt en lovfestet rett og vektlegges i Pasientrettighetsloven og omtales i Stortingmelding nr. 25, Mestring, muligheter og mening – fremtidens omsorgsutfordringer (Pasientrettighetsloven, 1999, § 3-1, Helse- og omsorgsdepartementet, 2006, s.6). I et helsefremmende perspektiv, handler det om toveis kommunikasjon hvor fagpersonen stiller sin kompetanse til rådighet med en målsetting om å bevisstgjøre brukers egen situasjon om hva som kan gjøres for å endre i en positiv retning. En erkjennning av brukers evne til å handle selvstendig og er i tråd med Freires virkemidler i en empowerment-prosess. En myk form for styring, slik Foucault uttrykte det (Askheim, 2016, s. 89-91).

Deltakerne uttrykte at helsefremming ble praktisert gjennom å anvende erfaring. De beskriver hvordan de i møte med bruker ubevisst forstår hva som bør eller kan gjøres, og uttrykker at dette utgjør grunnleggende sykepleie. Hva innebærer det at sykepleier anvender erfaring i et kunnskapsperspektiv? Aristoteles anså vitenskap, praktiske ferdigheter og skjønn som komplimentære kunnskapsformer og som nødvendig for å utvikle ekspertise. Om den praktiske

kunnskapen sier Aristoteles: "For de har ut fra erfaring fått et øye som ser rett", og sier videre "Derfor er det også at noen uten viten kan handle rettere enn andre som har viten, især gjelder dette de erfarne" (Førland, 2017, s. 236). Dette kan forstås som å anvende skjønn og klokskap, og at sykepleier på denne måten skaper sammenheng mellom erfaring, profesjonell praksis, det vitenskapelige og den aktuelle situasjonen. Skjønn og klokskap bidrar således til rette handlinger uten å redusere den ene kunnskapen til fordel for den andre (Gammersvik & Alvsvåg, 2009, s. 26, Alvsvåg, 2008, s. 218). Erfaring er derimot subjektiv og fortolkes individuelt, og kan således utfordre. Den er innhentet i en spesiell sosial og historisk kontekst og ligger ikke ferdig reflektert. Kognitive bias vil også kunne påvirke våre tolkninger, hvilke erfaringer og refleksjon vi tar med oss fra denne situasjonen. Det handler om å stille seg kritisk til tenkning og erfarings gyldighet, og samtidig ivareta fagetiske prinsipper. Gjennom å fremme likeverd og respekt i møte med brukeren skapes en forståelse om en gjensidig avhengighet i arbeidet (Ekeland, 2011, s. 26-29).

Deltakerne uttrykte at forståelse kun kan oppnås ved å se helhet og trekker her frem at det handler om hele livet til bruker. Dette samsvarer med sykepleieteoretikeren Kari Martinsens teori om en holistisk tilnærming hvor fagkunnskap anses fundamental for å forstå, skjønne og handle riktig. Hun knytter sansing og følelse til forståelse, og uttrykker at dersom følelser skilles fra forståelse, betraktes "den andre" som en ting. Derimot skilles forståelse fra følelser, vil det hindre meg i å se "den andre" til forskjell fra meg selv.

Martinsens tilnærming er i overensstemmelse med en salutogen tenkning som forutsetter et helhetlig perspektiv for å skape ytterligere og dypere forståelse og kunnskap. Antonovsky anså forståelse som en forutsetning for en helsefremmende tilnærming, og beskriver at det omhandler samspillet mellom sinn og kropp for å finne årsakssammenhenger. Ved en ensidig patogen tilnærming, kan viktige funn som forklarer sykdommens etiologi overses. Han mener at alle mennesker er i en eller forstand friske, og gjennom hele livet beveger vi oss på helsekontinuet. Gjennom en tillitfull relasjon er det mulig å forstå hvor den enkelte befinner seg på kontinuet. Martinsen trekker også inn at det er gjennom relasjon og ved refleksjon med bruker forståelse etableres (Alvsvåg, 2000, s. 22-23, Blåsternes, 2000, s. 87-88, Antonovsky, 2014, s. 27-32, 146).

Studiens deltakere anså at helsefremming omhandlet livskvalitet og at det var betydningsfullt å bidra til gode dager og en opplevelse av glede. Dette støttes av en studie som fant at det foreligger flere faktorer som viser en sammenheng mellom livskvalitet og helse (Ryff, 2014,, s. 5).

Livskvalitet til den eldre kan derimot ufordres av flere faktorer som tap av nære, helsesvikt og pensjonering. Utover rolleoverganger, innbefatter aldring i utgangspunktet biologi, men preges også av arv og miljø. Det innebærer ulikheter og forskjeller i lys av livets erfaringer og hendelser (Daatland og Solem, 2015, s. 43, 128). Dette er i overensstemmelse med Ryffs (2014, s. 10,12) studie som fant at livskvalitet påvirkes av livshendelser og endres med alder, og at sårbarhet hos de eldste ble assosiert med redusert livskvalitet. Studien trekker også frem at det er en påvist sammenheng mellom biologiske funksjoner og psykisk helse, og at subjektive indikatorer som mening og personlig vekst har betydning for fysiologisk regulering.

Livskvalitet kan også relateres positivt til Antonovskys salutogene teori om Opplevelse av Sammenheng (OAS), i følge Eriksson og Lindstöm (2008, s. 938-940). De omtaler at flere studier blant pasienter med varierte lidelser (hjerte, kreft, HIV) fant at sterk OAS predikerte bedre livskvalitet. Det antas derfor at pasientene hadde fremmet sin helse gjennom en vellykket håndtering av stressfaktorer og således fremmet pågangsmot og tilfredshet (Antonovsky, 2014, s. 186).

6.2 Hvilke forutsetninger må være tilstede for en helsefremmende praksis?

For å kunne arbeide helsefremmende med og for bruker, anså studiens deltakere det som en forutsetning å etablere en relasjon. De anså at relasjon åpnet opp for forståelse og bidro til tillit. Dette støttes av en studie som trekker frem at å etablere en relasjon anses grunnleggende i et helsefremmende perspektiv og gir mulighet for kontinuitet og oppfølging av bruker (Iriarte-Roteta et. al., 2020, s. 3943). Helsefremmende interaksjon handler om en relasjon hvor sykepleier engasjerer seg, anerkjenner og bekrefter bruker. Ikke bare diagnoser og behov (Haugan, 2017, s. 207). Trygghet er et viktig element i relasjonen med bruker og anses som en faktor som bidrar til livskvalitet og innbefatter både system og person (Eklund, 2011). Relasjonstrygghet preges av kontinuitet, gjensidighet, forståelse og ærlighet i samværet med noen som vil oss vel. Hvor vi er trygge på og har tillit til at egne erfaringer, perspektiv og følelser hensyntas. Dette gir mulighet for innflytelse om egen situasjon (Thorsen, 2011, s. 119-120). Forskning har påvist uhelse i situasjoner som er krenkende eller ydmykende og oppleves truende for selvet (Antonovsky, 2009, s. 40). Ryff og Singer (2008, s 21, 23) fant i sin studie at mulighet for å bestemme selv og ikke bli diktert av andre har betydning for livskvaliteten. De fant også at en relasjon som inneholdt empati, kjærlighet og hengivenhet bidro til livskvalitet. Det relasjonelle trekkes også frem innenfor et salutogent

perspektiv hvor innflytelse ses opp mot en rettmessig fordeling av kontroll mellom bruker og sykepleier. Jo mer innflytelse, desto mer ressurser har bruker til å løse oppgavene (Antonovsky, 2009, s. 124). Hvordan bruker håndterer situasjonen, er også avhengig av i hvilken grad bruker opplever at situasjonen bidrar til tillit og å kunne stole på. At bruker opplever å ha kontroll og ikke føler seg som et offer for konteksten (Antonovsky, 2009, s. 40).

Deltakerne i studien, uttrykte at en helsefremmende tilnærming omhandlet god dialog og samhandling med bruker. Dette innebærer samhandling med god kommunikasjon, i en i utgangspunktet asymmetrisk relasjon, mellom sykepleier og bruker. Relasjonen åpner opp for en utjevning av kunnskaps- og autonomigapet (Mæland, 2016, s. 124). Sykepleiers pedagogiske utfordringer blir å flytte oppmerksomhet fra egen rolle som friskgjører til brukers selvforståelse og innsats (Vifladt og Hopen, 2004, s. 10). Dette er i tråd med Regjeringens mål om en likeverdig helsetjeneste og innebærer å besitte helsekompetanse. Det omhandler kunnskap, ferdigheter og motivasjon til å forstå, vurdere og anvende helseinformasjon for å kunne ta fornuftige avgjørelser i hverdagen, kjenne til hva som påvirker helsen og engasjere seg i helsefremmende aktiviteter. En rapport fant at 22% synes det er vanskelig å ta avgjørelser relatert til egen helse og trivsel (Helsedirektoratet, 2020, s. 8, 33). Nutbeam (2006, s. 265) hevder i sin studie at helsekompetanse er nødvendig for mestring og kontroll. Studien trekke frem at det foreligger ulike nivåer av helsekompetanse. Det handler om mer enn informasjon, selv om det også er fundamental. Det fremheves at informasjon ikke bidrar til interaktiv kommunikasjon og til å utvikle ferdigheter og autonomi. Som mest betydningsfullt, trekker studien frem samhandling og støtte i arbeidet for økt kunnskap, motivasjon og selvtillit.

Gjennom samtale settes ord på erfaringer, kunnskap og følelser og bidrar med forståelse. Dette skaper strukturer og bevisstgjør livserfaringer og belyser brukers mestringsevne, muligheter og ressurser (Langeland, 2012, s. 45). Dette støttes av en studie som fant at kommunikasjon og en proaktiv og støttende tilnærming, kan fremme brukers helse og livskvalitet. Studien trekker frem at at sykepleiers karakteristika som overbevisning og livsstil har betydning for helsefremmende tilnærming til bruker (Kemppainen et al., 2012, s. 495-499). Vinsnes (2017, s. 132) hevder at det helsefremmende arbeidet også kan reguleres av holdninger.

Respekt og toleranse om brukers livssituasjon må legges til grunn for en helsefremmende tilnærming, uttrykte deltakerne i studien. Vi setter alle grenser, og hva som foregår utenfor disse

grensen er ikke så viktig for oss. Fire områder kan derimot ikke utestenges uansett grensetting. Det omhandler indre følelser, relasjoner, rolleaktiviteter og eksistensielle tema (Antonovsky, 2009, s. 45). Relasjon innebærer således å gjøre seg kjent med brukers bakgrunn, verdier, interesser og preferanser i et livsløpsperspektiv og se aldring i lys av dette. Det handler om de erfaringer og historiske hendelser som har satt preg på en person og dannet grunnlag for verdier, behov og muligheter. Ved å anvende livsløpsperspektivet, gis muligheter for å forstå hvorfor aldring tar forskjellige retninger (Daatland & Solem, 2015, s. 42-44). Hva man mestrer og hvilke ressurser man besitter må også ses i relasjon til et sosioøkonomisk perspektiv. Forskning viser at det er en sammenheng mellom kort utdanning, opplevd stress, lav grad av mestring og sosial støtte, og flere negative livshendelser (Helsedirektoratet, 2017, s. 16). Det ses også en sammenheng mellom kunnskap og sosial ulikhet og livskvalitet. Dette bekreftes i Keyes, Ryff og Shmotkins (2002, s. 1009) studie. Studien omtaler også at personlighet kan ha betydning for livskvaliteten.

Det forelå ofte uklarheter om helsehjelpen og deltakerne anså det derfor betydningsfullt å avklare individuelle ønsker, forventninger, behov og muligheter. I et helsefremmende perspektiv, er det mange hensyn som må veies opp mot hverandre og som utfordrer konformitet (Daatland og Solem, 2015, s. 115). Det handler om nye arbeidsformer, men først og fremst innebærer det å lytte og lære hvor samarbeid er sentralt (Mæland, 2016, s. 80). Aldring er forandring, men ikke ensbetydende med tilbakegang tross reduksjon av latent reserver, da dette kompenseres gjennom å utvikle andre ferdigheter (Daatland og Solem, 2015, s. 28-29). Hva som motiverer for livskvalitet og mestring, omhandler et komplekst sett av følelser, tanker og handlinger hvor håp anses som sentral faktor (Drageset, 2017, s. 94). Keyes et. al. (2002, s. 1008) fant i sin studie at eldre følte velvære tross egne begrensninger gjennom å opprettholde relasjoner som de kunne stole på og å tilpasse omgivelsene etter eget behov.

Det foreligger ulike mestringsteorier som beskriver hvordan personer tilpasser seg aldersmessige endringer. Lazarus og Folkman hevder at vansker møtes ulikt og omfatter alt fra frykt og unnvikenhet til optimisme og innsatsvilje. De anser reaksjonsmåtene som innarbeidede mestringsstiler og vaner, og at økende alder viser en overgang fra aktiv mestringsstil til en mer passiv innordnende stil (Thorsen, 2011, s. 65).

Aldersrelatert endring omtales også av Ryff og Singer (2006, s. 21), som trekker fram Eriksons teori hvor eldre anses å trekke seg tilbake i eldre år for å oppleve en slags frihet fra styrende normer og at dette kan betraktes som livskvalitet. Det må også rettes oppmerksomhet mot at det foreligger en

aldersvariasjon i hvilke mål- og middelverdier som synes viktig og riktig. Det er derimot uklart om dette skyldes livsfase, eller generasjonsforskjeller.

Studiens resultater viser at deltakerne anså kunnskap som en forutsetning for en helsefremmende praksis. Dette støttes av flere studie. Kemppainen et al. (2012, S. 497), fant at det helsefremmende kunnskapsbehovet var sammensatt og trekker frem at det innebærer multidisiplinær kunnskap, ferdigheter, holdninger og personlige karakteristikk. Studien nevner kunnskap om ulike aldersgrupper, forekomst av sykdom, sykdom og helsefremmende teori. Videre omtales det også at helsefremmende praksis forutsetter evnen til å lede grupper, kommunisere og til å observere helseproblemer. Tilsvarende funn trekkes frem i Eikas (2016) studie, som også hevder at det i et mestringsperspektiv foreligger et behov for å styrke kvaliteten ytterligere innen helsepedagogiske opplæringstiltak.

Forskning viser at det i helse- og omsorgstjenesten i Norge foreligger et kompetansegap mellom myndighetenes krav og den faktiske beholdningen og muligheter for kompetanseutvikling (Bing-Jonsson, Foss & Bjørn, 2015, s. 1). Helsedirektoratet omtaler at integrering av helsefremmende arbeid i helse- og omsorgssektoren forutsetter flere rammefaktorer. Her trekkes det frem kompetanse, men det handler også om samarbeid, tid og tjenesteorganisering som tilrettelegger for helsefremming (Melby, 2015, s. 44). Videre må kompetanse- og kunnskapsutvikling også tilpasses den enkeltes ferdigheter, evner og ønsker. Tiltak må oppleves relevant og tilknyttet nær opp til egen praksis. Prosessene forutsetter at de ansatte er delaktige og medbestemmende, hvor valg av tiltak foretas i praksismiljøene (Cappelen, Solstad, Andfossen, Hartviksen & Devik, 2020, s. 6,16).

Studiens deltakere anså at helsefremmende arbeid forutsatte samarbeid med andre profesjoner og posisjoner i organisasjonen. De uttrykte at det forelå ulik kunnskap som kunne deles og hadde betydning for egen refleksjon og arbeidsmetoder. Dette støttes av Evju et. al. (2014, s. 78) som i sin studie fant at tverrfaglig samarbeid er betydningsfullt for det pasientarbeidet som utføres. Dysthe (2006, s. 42) trekker også frem betydningen av samhandling innenfor en kontekst som avgjørende for konstruksjon av kunnskap. Sosiokulturell læringsteori anser det å kunne knyttet til praksisfellesskapet og evne til å delta i disse, ikke de individuelle prosessene. Dette samsvarer med Wengers læringsteori som bygger på at all læring skjer i praksisfellesskapet, hvor elementene praksis, fellesskap, identitet og mening er de bærende elementene for læring på arbeidsplassen. Et

felleskap hvor nybegynnere lærer av sine mer erfarne kollegaer og etterhvert som de mestrer mer, økes legitimiteten og bidrar til fullverdig medlemskap av praksisfellesskapet (Dysthe 2006, s. 43,62-63). Kompetansen i praksisfellesskapet blir således en endringsfaktor som påvirker seg selv. Det oppleves meningsfullt å trekke inn andre, men fordrer også at de som besitter kompetansen er kritisk reflekterende til både egen og andre kompetanse (Orvik, 2013, s. 33). Meretoja og Koponen (2011, s. 414), trekker også fram betydningen av kunnskapsdeling i sin studie. De hevder at fremtidens kompetansekrav fordrer deling av kunnskap gjennom tverrfaglig samhandling for en felles forståelse relatert til de krav pasientomsorgens stiller. Studien anbefaler en systematisk kompetansevurdering i praksisfellesskapet, og hevder dette kan bidra til målrettet og kontinuerlig læring.

Kunnskap er således knyttet til fellesskapet, og ikke det enkelte individ. Ved å ta den andres perspektiv, åpnes det opp for rekonstruksjon om egne erfaringer i møte med de andre. Praksisfellesskapet gir mening gjennom felles oppgaver, verdier og engasjement (Dysthe, 2006, s. 133-137, 63). I et salutogent perspektiv, vil også engasjement i praksisfellesskapet ha en helsefremmende betydning. Det handler om deltagelse i sosialt verdsatte beslutninger med mulighet for å påvirke arbeidssituasjonen og bidrar til opplevelse av glede og stolthet over arbeidet. Engasjement har også betydning for evnen til å tro på at den man er og at det man gjør, er viktig og interessant (Antonovsky, 2014, s. 57, 123).

Studiens deltakere anså det som nødvendig å tilrettelegge praksisfellesskapet for å kunne dele erfaring og snakke om helsefremming. Dette er i samsvar med en kunnskapsoppsummering som fant at kompetanseheving forutsetter læring i praksis og mulighet for å dele med kolleger. Rapporten trekker frem at mulighet for refleksjon var en forutsetning for å utvikle kompetanse og at det foreligger støtte fra leder, kolleger og fagpersoner (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017, s. 6). Det er i møte med kollegaer den tause kunnskapen utvikles gjennom kombinasjon av erfaring og utfordringer i den konteksten kunnskapen er utviklet og anvendt i (Jakobsen, 2008, s. 2). Praksisfellesskapets prosesser vil således være betydningsfullt for det arbeidet som skal utføres. I praksisfellesskapet hviler den en felles ansvarsforpliktelse hvor yrkesroller skal utfylle hverandre, som stiller krav til både organisering av samarbeidet og arbeidet. Samarbeidet kan føre til rivninger og ses i sammenheng med tillit, ansvar og makt. Det foreligger ulike modeller for samhandling og samarbeid i praksisarbeidet som gir flyt i arbeidsprosessene. Modeller som bidrar både direkte og indirekte til bruker og representerer både fordeler og ulemper relater til både organisasjon og

pasient. Direkte modeller er fordelaktig gjennom direkte kontakt med bruker. Den indirekte modellen anvender primærkontakt og anses fordelaktig dersom spesialkompetanse og koordinering skal ivaretas (Orvik, 2013, s. 138, 252).

Evju et al. (2014, s. 71-70) fremhever organisering som en forutsetning for helsefremmende praksis. Studien tar til orde for at det bør utredes muligheter for å skape arenaer hvor sykepleier kan ivareta en helsefremmende praksis. En studie fant derimot at kun 20% av deltakerne bekreftet at de hadde arenaer for å diskutere helsefremming. Studien trekker blant annet frem, utover kompetanse, organisering som en rammebetingelse for å kunne integrere helsefremmende arbeid i helse- og omsorgssektoren. Studien anså derimot ledelsens rammer mindre hemmende for helsefremmende arbeid enn arbeidstidsordningen (Melbye, 2015, s. 48-50). Ressursfordeling problematiseres derimot i en studie som fant at økonomi vektlegges fremfor det pasientrelaterte og blant annet medførte større team. I de kommunene som ble undersøkt hadde forskningsbasert kunnskap og folkehelse liten betydning. Studien stilte således spørsmål om lovkrav til kvalitet og forsvarlighet oppfylles (Kattouw, 2018, s.1-21). Dette bekreftes i Iriarte-Roteta et. al.s (2020, s. 3945) studie som trekker frem at kunnskapsutvikling forhindres av organisasjonens strategier og fordeling av ressurser. Det omtales også at det foreligger et behov for insentiver og en reorganisering av sykepleiers arbeidsoppgaver til en helsefremmende praksis.

7 Konklusjon

I dette avsluttende kapittelet, presenteres studiens hovedfunn. For å kunne besvare problemstillingen “Påvirker undervisning sykepleiers forståelse relatert til helsefremmende praksis?”, har studien gjennomført fokusgruppeintervju før og etter undervisning. Studiens funn har fremkommet ved å sammenligne resultatene fra fokusgruppeintervjuene.

Begge forskningsspørsmålene anses besvart og presentert i diskusjonskapittelet, hvor sykepleiers forståelse for helsefremmende sykepleie og forutsetninger for en helsefremmende praksis, presenteres. De funn som fremkom gjennom å sammenligne intervjuene, omhandler endringer etter undervisning. Når resultatene fortolkes, anses undervisning å ha bidratt med følgende:

Forskningsspørsmål en - Hvilken forståelse har sykepleiere i hjemmesykepleien om helsefremmende sykepleie til eldre hjemmeboende? I begge intervjuene uttrykkes det at helsefremming inngår i sykepleiers kunnskapsgrunnlag og er en del av det daglig arbeid. Sykepleier forstå hva som bør gjøres gjennom å anvende erfaring, og trekker frem relasjon som grunnleggende for helsefremmende aktivitet. Livskvalitet forklares med glede og gode dager, og anses viktig for helsen. Etter undervisning: Sykepleier omtales nå som ressurs mer enn en hjelper og livsløsperspektivet trekkes inn og omtales som grunnleggen for helsefremmende forståelse og tilnærming. Kartlegging gis en endret betydning og omtales som mer enn å gi informasjon. I denne sammenheng anvendes og vektlegges begrepene dialog og mål.

Forskningsspørsmål to - Hvilke forutsetninger må være tilstede for en helsefremmende praksis? I begge intervjuene uttrykker deltakerne at samarbeid og dele erfaring er viktig for pasientarbeidet. De fremkommer ulike praksis for informasjonsdeling og oppfølging ved de to avdelingene. Etter undervisning: Kunnskap vektlegges særskilt av deltakerne, og det uttrykkes at det må tilrettelgges for kunnskapsdeling i praksisfellesskapet. Det beskrives hvordan refleksjon om egen praksis og mulighet for å dele erfaring bidrar til å produsere ny kunnskap. Tverrfaglig samarbeid vektlegges og begrunnes med behov for tilgang til ulik kunnskap.

Det er vanskelig å konkludere, men når fokusgruppeintervjuene sees mot hverandre antyder resultatene at undervisningen kan vise til endring i form av begrepsbruk og at nye perspektiv og

behov trekkes inn. Et læringsopplegg med seks undervisningstimer om helsefremmende teori anses å ha bidratt til refleksjon omkring egen erfaring og forståelse, og gitt ny kunnskap.

Helsefremmende praksis forutsetter kunnskap og kunnskapsdeling, men utfordres av ulike rammefaktorer. Det foreligger således et behov for videre studier om hvordan praksislæring kan tilrettelegges og tilpasses hjemmesykepleiens rammefaktorer.

Litteraturliste

- Alvsvåg, H. (2000). Menneskesynet – fra kroppsfenomenologi til skapelsesfenomenologi. Alvsvåg, H. & Gjengedal, E. (Red.). *Omsorgstenkning – en innføring i Kari Martinsens forfatterskap* (s. 22-23). Bergen: Faktabokforlaget.
- Alvsvåg, H. (2009). Kunnskapsbasert praksis er ikke noe nytt. *Sykepleien Forskning, 2009 (03)* (216-220). Hentet fra: <https://sykepleien.no/forskning/2009/10/kunnskapsbasert-praksis-er-ikke-noe-nytt>
- Askheim, O.P. (2016). *Empowerment i helse- og sosialfaglig arbeid*. (s. 89-91). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Autzen, C. (2020, 12. oktober). Kunsten å anonymisere data for gjenbruk [Blogginlegg]. Hentet fra: <https://blogg.forskning.no/blogg-forskningsdatabloggen/kunsten-a-anonymisere-data-for-gjenbruk/1754854>
- Bing-Jonsson, P.C., Foss, C. & Bjørk, I.T. (2015). The competence gap in community care: Imbalance between expected and actual nursing staff competence. *Nordic Journal of Nursing Research 0(0) 1-11*, <https://10.1177/0107408315601814>
- Blåsternes, E. (2000). Praksis – livsytringer og fortelling. Alvsvåg, H. & Gjengedal, E. (Red.). *Omsorgstenkning – en innføring i Kari Martinsens forfatterskap* (s. 87-88). Bergen: Faktabokforlaget.
- Cappelen, K., Solstad, L.J., Andfossen, N.B., Hartviksen, T.A. & Devik, S.A. (2020). Leve hele livet – En kvalitetsreform for eldre. Styring og ledelse, forbedringsarbeid og innovasjon, oppsummering nr. 19. *Senter for omsorgsforskning*. Hentet fra: <https://www.helsebiblioteket.no/omsorgsbiblioteket/leve-hele-livet/styring-og-ledelse-kvalitet-og-innovasjon>
- Daatland, S.O. & Solem, P.E. (2015). Aldring og samfunn (2. utg.). Bergen: Faktabokforlaget.
- Dahl, Ø. (2019, 17. januar). Hermeneutiske analysemodeller. Hente fra: <https://ndla.no/nb/subject:18/topic:1:193544/topic:1:82742/resource:1:82754?filters=urn:filter:b9e86c43-93b8-49e9-81af-09dbc7d79401>
- De nasjonale forskningsetiske komiteene (2010). *Veiledning for forskningsetisk og vitenskapelig vurdering av kvalitative forskningsprosjekt innen medisin og helsefag*. Hentet fra: <https://www.forskningsetikk.no/retningslinjer/med-helse/vurdering-av-kvalitative-forskningsprosjekt-innen-medisin-og-helsefag/>

- Dysthe, O. (Red.). (2006). *Dialog, samspel og læring*. Oslo: Abstrakt Forlag.
- Eika, K. (2016). Helsepedagogisk kompetanse, læring og mestring. *Sykepleien Forskning, 2016* (1-13). Hentet fra: <https://10.4220/Sykepleienf.2016.59702>
- Eines, T.E. & Thylén, I. (2012). Metodologiske og praktiske utfordringer ved bruk av fokusgruppeintervju som forskningsmetode – med fokus på pårørende som informanter. *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning, 1* (8):94-107
- Eklund, H.B. (2011). Kreftsykepleie Gir god kreftomsorg. *Sykepleien Forskning, 2011* (01) (54-57). Hentet fra: <https://sykepleien.no/forskning/2011/01/gir-god-kreftomsorg>
- Eriksson, M. & Lindström, B. (2007). Antonovsky's sense of coherence scale and its relation with quality of life: a systematic review. *J Epidemiol Community Health, 61*, 938-944, <https://doi:10.1136/jech.2006.056028>
- Espnes, G.A. & Lindström, B. (2017). Salutogenese – et viktig steg for å forstå helse? Haugen, G. & Rannestad, T. (Red.), *Helsefremming i kommunehelsetjenesten* (s. 26-30, 36, 37). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Evju, A.S., Klette, G.S., Kasen, A. & Bondas T. (2014). "Vi går inn i det private rommet til pasienten". Sykepleieres erfaring med helsefremmende arbeid i somatisk poliklinikker. *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning, 10*(1), 70-82.
- Førland, O. (2017). Fagutvikling og praksisutvikling i kommunale helse- og omsorgstjenester. Haugan, G. & Rannestad, T. (Red.). *Helsefremming i kommunehelsetjenesten* (s. 227, 236). Oslo: Cappelen Damm AS.
- Gammersvik, Å. & Alvsvåg, H. (2009). Forståelse av helsefremming i sykepleie. *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning, nr. 2, 2009* (s. 18-29). Henten fra: <https://septentrio.uit.no/index.php/helseforsk/article/view/237/227>
- Gjernes, T. (2004). Helsemodeller og forebyggende helsearbeid (2019). Hentet fra; <http://www.forebygging.no/Artikler/2007-1998/Helsemodeller-og-forebyggende-helsearbeid/>
- Haugan, G. (2017). Helsefremmende interaksjon. Haugan, G. & Rannestad, T. (Red.). *Helsefremming i kommunehelsetjenesten* (s. 207). Oslo: Cappelen Damm AS.
- Helsedirektoratet. (2020). Befolkningens helsekompetanse, del I. (Rapport IS-2959). Oslo: Helsedirektoratet. Hentet fra: https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/befolkningens-helsekompetanse/Befolkningens%20helsekompetanse%20-%20del%20I.pdf/_/attachment/inline/e256f137-3799-446d-afef-

24e57de16f2d:646b6f5ddafac96eef5f5ad602aeb1bc518eabc3/Befolkningens%20helsekompetanse%20-%20del%20I.pdf

Helsedirektoratet. (2016). *Gode liv i Norge*. (Rapport IS-2479). Oslo: Helsedirektoratet. Hentet fra:

https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/gode-liv-i-norge-utredning-om-maling-av-befolkningens-livskvalitet/Gode%20liv%20i%20Norge%20%E2%80%93%20Utredning%20om%20m%C3%A5ling%20av%20befolkningens%20livskvalitet.pdf/_/attachment/inline/4d212043-e2a4-4904-a360-94bfd977ed9a:51d6f261364996e6656a4e0564fb9bc967b4ecf0/Gode%20liv%20i%20Norge.pdf

Helsedirektoratet. (2018). *Livskvalitet. Anbefalinger for et bedre målesystem*. (Rapport IS-2727).

Oslo: Helsedirektoratet. Hentet fra:

https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/livskvalitet-anbefalinger-for-et-bedre-malesystem/Livskvalitet%20%E2%80%93%20Anbefalinger%20for%20et%20bedre%20m%C3%A5lesystem.pdf/_/attachment/inline/e6f19f43-42f9-48ce-a579-2389415a2432:8d0fbf977b7dbd30e051662c815468072fb6c12c/Livskvalitet%20%E2%80%93%20Anbefalinger%20for%20et%20bedre%20m%C3%A5lesystem.pdf

Helsedirektoratet (2010). *Sosial kapital – teorier og perspektiver*. (Rapport IS-1797). Oslo:

Helsedirektoratet. Hentet fra: <file:///Users/annemartinsen/Downloads/Sosial-kapital-teorier-og-perspektiver-en-kunnskapsoversikt-med-vekt-pa-folkehelse-IS-1797.pdf>

Helsedirektoratet (2015). *Well-being på norsk*. (Rapport IS-2344). Oslo: Helsedirektoratet. Hentet

fra: https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/well-being-pa-norsk/Well-being%20p%C3%A5%20norsk.pdf/_/attachment/inline/46a66c5f-e872-4e52-96b5-4ae1c95c5d23:488beb667da23e74e06e64a4e800417c2f205c90/Well-being%20p%C3%A5%20norsk.pdf

Helse- og omsorgsdepartementet. (2017). *Leve hele livet en kvalitetsreform for eldre –*

oppsummering av kunnskap og forskningsresultater. (Delprosjekt 6) Oslo: Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse. Hentet fra:

https://www.regjeringen.no/globalassets/departementene/hod/fellesdok/levehelelivet/kunnskapsoppsummering/delrapport6_kompetanseutvikling_forutsetninger_faglig_gode_arbeidsmiljo.pdf

Helse- og omsorgsdeprtementet. (2006). *Mestring, muligheter og mening – Framtidas*

omsorgsutfordringer (Meld. St, 25 (2005-2006)). Hentet fra:

<https://www.regjeringen.no/contentassets/16e39820de5c485da382fd99165afaf7/no/pdfs/stm200520060025000dddpdfs.pdf>

Iriarte-Roteta, A., Lopez-Dicastillo, O., Mujika, A., Ruiz-Zaldibar, C., Hernantes, N., Bermejo-Martins, E. & Pumar-Méndez, M. (2020). Nurses' role in health promotion and prevention: A critical interpretive synthesis. *Journal of Clinical Nursing*, 2020;29:3937-3949. Hentet fra:

<https://ezproxy2.usn.no:2517/doi/epdf/10.1111/jocn.15441>

Jakobsen, C.F. (2008). Nye perspektiver på læring og kunnskapsutvikling i organisasjoner. *Magma. Tidsskrift for økonomi og ledelse*. Hentet fra: <https://www.magma.no/nye-perspektiver-paa-laering-og-kunnskapsutvikling-i-organisasjoner>

Karoliussen, M. (2015). Tilbake til kjerneverdiene. *Sykepleien Forskning*, 2015 (02). Hentet fra:

fra: <https://sykepleien.no/forskning/2015/02/tilbake-til-kjerneverdiene>

Kattouw, C.E. (2018). Organisering av hjemmesykepleie kan gå ut over sikkerhet og kvalitet.

Sykepleien Forskning, 2018 (12). Hentet fra:

<https://sykepleien.no/forskning/2018/12/organiseringen-av-hjemmesykepleien-kan-ga-ut-over-sikkerhet-og-kvalitet>

Kemppainen, V., Tossavainen, K. & Turunen, H. (2012). Nurses' role in health promotion practice: An integrative review. *Health Promotion International*, Vol. 28 No. 4, <https://doi:10.1093/heapro/das034>

Keyes, C.L.M., Shmotkin, D. & Ryff, C.D. (2002). Optimizing Well-Being: The Empirical Encounter of Two Traditions. *Journal of Personality and Social Psychology*, 2002, Vol. 82, No. 6, 1007-10022, <https://doi:10.1037//0022-3514.82.6.1007>

Kvale, S. (2006). *Det kvalitative forskningsintervju* (8. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Kristiansen, T. (2014). Oversikt over ny lovgivning relatert til forebyggende og helsefremmende arbeid (2014). Hentet fra: <http://www.forebygging.no/Artikler/2014-2012/Oversikt-over-ny-lovgivning-relatert-til-forebyggende-og-helsefremmende-arbeid/>

Kvernbekk, T. (2011, 19. juni). Filosofisk om teori og praksis. Hente fra

<https://utdanningsforskning.no/artikler/2011/filosofisk-om-teori-og-praksis/>

Langeland, E. (2012). Betydningen av den salutogene modell for sykepleie. *Klinisk Sykepleie* 02/2012 (Vol. 26). Hentet fra:

https://www.idunn.no/klinisk_sykepleje/2012/02/betydningen_av_den_salutogene_modell_for_sykepleie

Larsen, C. (1997). Benner og Wrubel: Omsorg er grundlaget. *Sygeplejersken 1997*; (9): 34-37.

Hentet fra: <https://dsr.dk/sygeplejersken/arkiv/sy-nr-1997-9/benner-og-wrubel-omsorg-er-grundlaget>

Malterud, K. (2012). *Fokusgruppeintervjuer som forskningsmetode for medisin og helsefag*. Oslo: Universitetsforlaget.

Malterud, K. (2018). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag (4. utg.)*. Oslo: Universitetsforlaget.1.3

Melby, L. (2015). Forebyggende og helsefremmende arbeid (folkehelsearbeid) blant sykepleiere I helse- og omsorgstjenesten (A27128). Hentet fra https://www.sintef.no/globalassets/sintef-teknologi-og-samfunn/rapporter-sintef-ts/sintef-rapport_a27128_folkehelsearbeid-blant-sykepleiere.pdf

Meretoja, R. & Koponen, L. (2011). A systematic model to compare nurses' optimal and actual competencies in the clinical setting. (414-421). *Journal of advanced nursing* 26 April 2011. Hentet fra: <https://ezproxy2.usn.no:2517/doi/epdf/10.1111/j.1365-2648.2011.05754.x>

Mæland, J.G. (2016). *Forebyggende helsearbeid. Folkehelsearbeid i teori og praksis*. Oslo: Universitetsforlaget.

Nasjonal kompetansetjeneste for læring og mestring innen helse (2018). Helse (2018). Hentet fra: <https://mestring.no/hva-er-laering-og-mestring/sentrale-begreper/helse/>

Nilsson, B. (2007). Gadammers hermeneutikk. *Sykepleien Forskning*, 2007 1(4)(266-268). Hentet fra: <https://sykepleien.no/forskning/2009/03/gadammers-hermeneutikk>

Norges Forskningsråd (2005). *Sosial kapital*. Oslo: Norges Forskningsråd

Norsk Sykepleierforbund (2019). Yrkesetiske retningslinjer (2019). Hente fra: <https://www.nsf.no/sykepleiefaget/yrkesetiske-retningslinjer>

Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*, No. 3 (Vol. 15). Hentet fra: <https://academic.oup.com/heapro/article/15/3/259/551108>

Orvik, A. (2013). *Organisatorisk kompetanse – i sykepleie og helsefaglig samarbeid*. Oslo: Cappelen Akademisk Forlag.

Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV-1999-07-02-63. Hentet fra: https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63#KAPITTEL_3

- Personvern i student- og forskerprosjekter (2019). Retningslinjer for behandling av personopplysninger I student- og forskerprosjekt ved Universitetet I Sørøst-Norge (2019). Hentet fra: https://min.usn.no/getfile.php/13547769-1546934679/usn.no/om_USN/Regelverk/Retningslinjer%20for%20behandling%20av%20personopplysninger%20i%20student-%20og%20forskerprosjekter%20ved%20USN.pdf
- Ryff, C.D. & Singer, B. (2008). Know thyself and become what you are: A eudaimonic approach to psychological well-being. *Journal of Happiness Studies* (2008) 9:13-39. Hentet fra: <https://ezproxy1.usn.no:3361/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=1&sid=5842ac85-8c25-423e-bde7-1f6a849a5286%40sdc-v-sessmgr02>
- Ryff, C.D. (2014). Psychological Well-Being Revisited: Advances in Science and Practice. *Psychother Psychosom*, 2014 ; 83(1): 5-28, Hentet fra: <https://doi:1159/0003553263>
- Salbu, A.K. (2014). Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK). Hentet fra: <https://www.forskningsetikk.no/om-oss/komiteer-og-utvalg/rek/>
- Stirling, B.V. (2017). Results of a study assessing teaching methods of faculty after measuring student learning style preference. *Nurse Education Today* 55 (2017), 107-111.
- Thagaard, T. (2013). *Systematikk og innlevelse (4. utg.)*. Bergen: Faktabokforlaget.
- Tolkenett (2018). Transkribering. Hentet fra: <https://tolkenett.no/oversettelse/transkribering/>
- Thorsen, R. (2011). Trygghet. Kristoffersen, N.J., Nortvedt, F. & Skaug, E.-A. (Red.), *Grunnleggende sykepleie – pasientfenomener og livsutfordringer* (2. utg.). (s. 119-120). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Tveiten, S. (2016). Empowerment og veiledning – sykepleiers pedagogiske funksjon i helsefremmende arbeid. Gammersvik, Å. & Larsen, T. (Red.). *Helsefremmende sykepleie – i teori og praksis* (s. 177). Bergen: Faktabokforlaget.
- Viken, B. & Nesje, R. (2017). Familier og helsefremmende arbeid. Kumar, B.N. & Viken, B. (Red.), *Folkehelse i et migrasjonsperspektiv* (s. 214-215). Bergen: Faktabokforlaget
- Vågan, A., Eika, K. & Skirbekk, H. (2016). Helsepedagogisk kompetanse, læring og mestring. *Sykepleien Forskning*, 2016 (12). Hentet fra: <https://sykepleien.no/forskning/2016/12/helsepedagogisk-kompetanse-laering-og-mestring>

Oversikt over tabeller og figurer

Tabell 2-1 Tre oppfatninger av helse. Fra "Individuell helse og folkehelse", av J.G.

Mæland,2016, *Forebyggende helsearbeid*, s. 27. Oslo: Universitetsforlaget.

Tabell 4-1 Transkripsjonsnøkkel utviklet av forsker

Tabell 4-2 Trinn 1, Helhetsinntrykk – foreløpige temaer

Tabell 4-3 Trinn 2, Meningsbærende enheter – identifisering og koding

Tabell 4-4 Trinn 3, Kondensering

Tabell 5-1 Kondensat subkategori "Helsefremmende forståelse"

Tabell 5-2 Kondensat subkategori "Helsefremmende aktivitet"

Tabell 5-3 Kondensat subkategori "Å etablere gjensidig tillit"

Tabell 5-4 Kondensat subkategori "Felles forventninger og felles mål"

Tabell 5-5 Kondensat subkategori "Erfaring og kunnskap må deles"

Tabell 5-6 Kondensat subkategori "Kollektive avgjørelser"

Vedlegg

Vedlegg 1: Litteratormatrise

Vedlegg 2: Godkjennelse fra Norsk senter for forskningsdata (NSD)

Vedlegg 3: Informasjonsskriv og skjema for samtykke

Vedlegg 4: Intervjuguide

Vedlegg 5: Undervisning

Vedlegg 6: STC Kategori-1

Vedlegg 7: STC Kategori-2

Vedlegg 8: STC Kategori-3