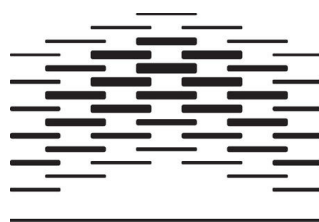


MASTEROPPGAVE
Ernæring, helse- og miljøfag
2012

Sykepleieres erfaringer med å bruke empowermentideologien i
praksis.

Marit Økern

Fakultet for helsefag
Institutt for helse, ernæring og ledelse



HØGSKOLEN I OSLO
OG AKERSHUS

FORORD

Denne studien har vært en lang reise i ulent terreng, og en interessant og lærerik prosess. Det er mange som har støttet meg, og heiet på meg underveis i prosjektet.

Først og fremst vil jeg takke førsteamanuensis Sidsel Tveiten, som igjennom en årrekke har vist meg gjennom praksis og teori hva empowerment er. For meg regnes livet, og mitt virke som sykepleier i før og etter hennes sykepleiefaglige veiledning.

Takk til min inspirerende og kreative veileder, førsteamanuensis Rikard Eriksson, og til førstelektor Pål Joranger og førstelektor Dag Willy Tallaksen, som så sporty stilte opp og gav veiledning den siste etappen.

Jeg vil også takke Høgskolen i Oslo og Akershus for lærerikt masterstudie, og for fleksibilitet og profesjonalitet.

Masterseminarene på skolen har vært til god hjelp. Tusen takk til alle lærerne som stilte opp som opponenter på sein ettermiddagstid.

Tusen takk til min fantastiske arbeidsplass, Glittreklinikken og alle gode kollegaer som har trodd på meg, og støttet meg. Takk til forskningsleder ved Glittreklinikken Morten Ryg, og til leder ved for Glittreklinikkens kompetansesenter og FOU medarbeider Kari Hvinden, som har gitt konstruktive innspill underveis i prosessen.

En varm takk til den kjære familien min, som viser meg hver dag hva som er det viktigste i livet. Ingar, som alltid er der, kunnskapsrik og villig til å hjelpe med tekniske problemer, min viktigste støttespiller. Synne og Martin, de to voksne barna våre, som kanskje synes det er litt kult at mamman er masterstudent! En stor takk til gode venner, for hyggelige og nødvendige sammenkomster. En spesiell takk til min beste venninne Anne Kari Myhr, for uttallige lange oppmuntringsmeldinger og kvelder med ”dypvannsdykk”.

Marit Økern

Frogner, 29.5.2012

INNHALDSFORTEGNELSE

1	INNLEDNING	1
1.1	Bakgrunn for valg av tema	1
1.2	Tema og problemstilling	3
1.3	Avgrensning og sentrale begreper	3
1.4	Oppgavens struktur	4
2	TEORETISK REFERANSERAMME	5
2.1	Introduksjon	5
2.2	Sykepleie	5
2.3	Rehabilitering	8
2.4	Sykepleie i rehabilitering	9
2.5	Å leve med kronisk sykdom	10
2.6	Empowerment	12
2.7	Veiledning	17
2.8	Oppsummering av teori	19
3	METODE	21
3.1	Forskningsdesign	21
3.2	Litteratursøk	24
3.3	Forskerens forforståelse, kritiske refleksjoner og hermeneutikk	25
3.4	Valg av intervjupersoner	26
3.5	Forberedelse av intervjuet	27
3.6	Gjennomføring av intervju	29
3.7	transkribering og analyse	31
3.8	Etiske aspekter	36
4	PRESENTASJON AV FUNN	38
4.1	Hva var det sykepleierne opplevde som viktig?	38
4.2	Hvordan var det de gjorde det?	43
4.3	Utfordringer	57
5	DISKUSJON	63
5.1	Hva var det sykepleierne opplevde som viktig?	63
5.2	Hvordan var det de gjorde det?	64
5.3	Hvorfor gjorde de det de gjorde?	70
5.4	Utfordringer	73
5.5	Vurdering av studiens holdbarhet	77
6	AVSLUTNING	80
6.1	Oppsummering av studien	80
6.2	Forslag til videre forskning	82
7	LITTERATURLISTE	84

OVERSIKT OVER VEDLEGG

Vedlegg 1. Intervjuguide.....	92
Vedlegg 2. Forespørsel om gjennomføring av forskningsprosjekt.....	94
Vedlegg 3. Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjekt.....	95
Vedlegg 4. Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjekt, og samtykkeerklæring.....	96
Vedlegg 5. Godkjenning av NSD	99
Vedlegg 6. Korrespondanse med NSD for utsatt dato for prosjektslutt.....	100
Vedlegg 7. Beskrivelse av analyseprosessen	104

OVERSIKT OVER FIGURER

Figur 3.1 Beskrivelse av analyseprosessen	32
Figur 3.2 Eksempel på kategori i endring	35
Figur 3.3 Neste trinn i prosessen, videre abstraksjon og sammenslåing.....	35
Figur 3.4 Endelige hovedkategorier og underkategorier.....	36
Figur 4.1 Endelige hovedkategorier og underkategorier.....	38

1 INNLEDNING

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Det kan synes som om det har foregått et perspektivskifte i helsesektoren, og ellers i samfunnet (Mæland, 2005). Brukermedvirkning, rettighetstenkning og resurstenkning er større grad i fokus, og det tas avstand fra problemorientering, og tanken om fagfolks ansvar for å løse folks problemer. Første gang dette ble tatt opp på internasjonalt nivå var i Alma Ata 1978 hvor Verdens helseorganisasjon arrangerte en internasjonal konferanse (WHO, 1978). Der ble det slått fast at folkehelsearbeid i første rekke måtte baseres på god primærhelsetjeneste, helseopplysning og forebyggende arbeid. Dette ble fulgt opp i Ottawa- charteret, som var den første konferansen for helsefremmende arbeid (WHO, 1986) På den konferansen ble helsefremmende arbeid definert som ” prosessen som setter folk i stand til å få økt kontroll over og forbedre sin helse”(Mæland, 2005, s.66). Helse som en resurs i dagliglivet, og ikke tilværelsens mål ble vektlagt hevder Mæland, samt fokus på folks medvirkning, som en viktig forutsetning for helsefremmende arbeid.

Begrepet empowerment står sentralt innen det helsefremmende arbeidet (Andrews, 2003). Det kan oversettes med å gi mennesker autoritet eller makt til noe, eller gjøre dem sterkere, og mer betrodd (Persall, 1998). Den helsefremmende tanken bygger på at folk må få større innflytelse og kontroll, over forhold som påvirker helsen (Mæland, 2005). Han hevder videre at det blir viktig for folk å få kunnskap om forhold som har med helsen deres å gjøre, for å kunne medvirke. De nye helselovene som trådte i kraft på begynnelsen av år 2000, var også en bekreftelse på en vektlegging av brukeren av helsetjenestens rettigheter. Helsepersonelloven (1999) hadde som formål å bidra til sikkerhet for pasientene, og til kvalitet i helsetjenesten. Hensikten var å legge til rette for å skape tillit til helsepersonell, og den tjenesten de tilbød. Videre gir loven retningslinjer for informasjon til brukeren. Pasient og brukerrettighetsloven (1999) vektlegger at pasienten har rettigheter, i forhold til helsevesenet. Lik tilgang og god kvalitet, er fokus. Medvirkning og informasjon er sentralt. Williamson (2007) viser hjemmesykepleieres oppfatning av empowerment, og hvilken betydning det hadde for arbeidet deres. Ved observasjon og intervju av 15 hjemmesykepleiere, kom det fram at empowerment gjorde hjemmesykepleierne bedre i

stand til å nyttiggjøre seg sin kunnskap og kompetanse, i forhold til utfordringene de sto ovenfor i arbeidet sitt. Askheim og Starrin (2007) benevner empowerment som en ideologi, et helhetlig tankesett eller en grunnleggende ide, og hevder empowerment appellerer til de som arbeider med å hjelpe mennesker. Å støtte mennesker i troen på å finne gode løsninger for seg selv blir sentralt hevder de.

Rehabilitering kan ses på som en individuell prosess, og helsepersonell er hjelpere i prosessen (Lie, 1998). NSF's faggruppe av sykepleiere i ReHabilitering (2010) framhever sykepleierens samhandling med pasienten i prosessen, som en viktig oppgave. Omsorg er sentralt i forståelsen av hva sykepleie er, og Orem (1991) vektlegger at helsepersonell må se pasientens egne resurser, for å kunne ivareta sin egen helse. Deltakelse er et nøkkelord i forhold til empowerment, hvor man ønsker at pasienten ikke bare skal være en mottaker av helsehjelp, men delta aktivt i forhold som berører egen helse (Tveiten, 2007).

Veiledning som utføres i profesjonell sammenheng, kan defineres som en istandsettelsesprosess (Tveiten, 2005). Relasjon mellom den som veileder og den som får veiledning er sentralt, og målet er mestringskompetanse, hevder hun videre. Berggren og Severinsson (2007) viser til funn som tyder på at veiledning kan ha bidratt til å øke sykepleierens kompetanse i å stå i relasjon med pasienter, og sammen med dem å finne gode løsninger.

ATS / ERS statement (2006) hevder at rehabilitering er viktig for kronisk lungesyke, og at helsepersonell har en viktig oppgave i forhold til undervisning. I dette dokumentet framkommer det et større fokus på samarbeid mellom helsepersonell og pasienten, hvor helsepersonell sin rolle blir mer i form av veiledning. Det hevdes videre at målet er at pasienten skal ha en god livskvalitet på tross av lungesykdom, og mestre sykdommens ulike utfordringer på en så god måte som mulig. Å samarbeide med ulike kronisk lungesyke om varige livsstilsendringer, og en bedre egenmestring i forhold til sykdommen, kan synes som en stor oppgave, og en utfordring for sykepleiere som arbeider på lungesykehuset. I hvilken grad sykepleiere som har deltatt i veiledningsgruppe med fokus på empowerment opplever det som en nyttig kompetanse i forhold til denne pasientgruppen blir interessant å finne svar på.

1.2 Tema og problemstilling

Temaet på oppgaven er: Sykepleieres erfaringer med å bruke empowermentideologien i praksis.

Hensikten med studien er å undersøke hvilke erfaringer sykepleierne på lungesykehuset har gjort med å bruke empowermentideologien i praksis. Ut fra valgt tema samt de forhold som er beskrevet, ble følgende problemstilling formulert:

Hvilke erfaringer har sykepleiere med å bruke empowermentideologien i praksis?

Ut fra problemstillingen ble det så utarbeidet en intervjuguide (Vedlegg 1).

1.3 Avgrensning og sentrale begreper

Studien avgrenses til å være en kvalitativ studie, med et halvstrukturert dybdeintervju. Utvalget besto av ni sykepleiere som alle arbeider på lungesykehuset, og hadde deltatt i sykepleiefaglig veiledning i minimum to år. Studien avgrenses til empowerment på individnivå, og empowerment vil bli benevnt som ideologi, der det i studien omtales generelt (Askheim, 2007). Kronisk lungesyke innebærer både kronisk obstruktiv lungesykdom (kols) og astma diagnose. Det gjøres i oppgaven ikke noe skarpt skille mellom pasienter med den ene, eller andre diagnosen. Grunnen til det er at begge sykdommer medfører at pasienten opplever varierende grad av tung pust, tretthet, hoste og økt slimproduksjon. Dette igjen kan føre til begrensninger i fysisk aktivitet, problemer med daglige gjøremål samt utfordringer knyttet til både sosial og psykisk helse.

Forståelse av sentrale begreper som inngår i studien.

Lungesykehuset er både et sykehus og en rehabiliteringsklinikk, og har planlagte opphold. Sykehuset er et landsdekkende spesialsykehus for utredning, behandling og rehabilitering av pasienter med kronisk lungesykdom. Mye av arbeidet gjøres i tverrfaglig team bestående av leger, sykepleiere, hjelpepleiere, fysioterapeut, sosionom, ergoterapeut, ernæringsfysiolog og psykolog.

Sykepleie ved lungesykehuset omfattes av sykepleie til kronisk lungesyke i akutt fase, og sykepleie til kritisk og alvorlig syke pasienter, samt til pasienter i stabilt alvorlig syk fase, fokus er rehabilitering.

1.4 Oppgavens struktur

Det er gjort rede for studiens tema og problemstilling, samt studiens hensikt innledningsvis. I kapittel 2 presenteres studiens teoretiske referanseramme. I kapittel 3 presenterer forsker studiens metodiske tilnærming. Funn presenteres i kapittel 4. Studiens funn og holdbarhet diskuteres i kapittel 5. Til slutt fremkommer oppsummering av studien og forslag til videre forskning i kapittel 6.

2 TEORETISK REFERANSERAMME

2.1 Introduksjon

I dette kapittelet blir det gjort rede for relevant litteratur og forskning, i forhold til studiens tema. Fokus i studien er rettet mot sykepleiere erfaringer med å bruke empowermentideologien i praksis ved lungesykehuset, hvor kronisk lungesyke pasienter kommer inn til et fire ukers opphold for utredning, behandling og rehabilitering. Temaet knyttes opp mot teori om hva som er god sykepleie til pasienter i en rehabiliteringssituasjon, og en teoretisering av empowermentideologien.

2.2 Sykepleie

Hva er sykepleie?

Sykepleie er en overlevert praksis fra generasjoner tilbake i historien, og har vist seg å ha livets rett som et spesielt kunnskapsområde, og en selvstendig etisk virksomhet (Nortvedt, 2008). Han hevder videre at sykepleie som pleie av den syke, har vært utført i alle kulturer gjennom historien, og i Europa var den en selvskreven virksomhet sammen med det medisinske felt. Dette var før Nightingale selvstendiggjorde pleien som et eget fag, og kunnskapsområde på 1900 tallet. I følge Nortvedt, kan det å forstå hospitalhistorien, være en måte å lettere forstå sykepleiens fagidentitet på. I den vestlige hospitalhistorien, var medisinsk behandling og sykepleie ikke atskilt som selvstendige kompetanseområde. Det var først fra midten av 1800-tallet, at sykepleieren i større grad hadde den omsorgsfaglige kompetansen, og utøvde den. Denne nødvendige arbeidsfordelingen mellom behandling av sykdom og pleie av den syke, var det Nightingale som arbeidet fram hevder Nortvedt videre. Sykepleiens historie, viser hvordan kunnskap og etikk var vevd tett sammen. Det helt sentrale i Nightingales tenkning om hva sykepleie var, fant hun hos pasienten og at sykepleieren måtte forstå pasientens erfaring som syk. I dette lå å kunne sette seg inn pasientens opplevelse av situasjonen, og å være positivt nysgjerrig og interessert i å finne hva som var den gode pleie i en gitt situasjon (Nightingale, 1997). Observasjon av den syke, både det pasienten selv opplevde, og mer objektive tegn på sykdom, mente hun var

grunnlaget for god pleie. Likeledes å legge til rette, og gjøre pasienten mottakelig for naturens egen helbredelse.

Virginia Henderson var en av de først sykepleierne som formulerte en definisjon om hva sykepleie var (Kirkevold, 1998). Denne formuleringen var med på å klargjøre innholdet i sykepleiefaget og å formidle det, noe som var med på å skape en ny identitet for sykepleie på eget grunnlag. Som svar på hva sykepleie var, ble de første teoriene formulert. Her var det å møte pasientens ulike behov sentralt. Grunnlaget for sykepleierens faglige kompetanse, var å forstå pasientens egne erfaringer og opplevelser med det å være syk (Nortvedt, 2008). Det hevdes videre at i kjølevannet av denne fagkunnskapen, oppsto det på 60-70 tallet her i Norge en ny sykepleiefaglig kunnskap, med utvikling av modeller og begreper, som kunne styrke og videreutvikle sykepleie praksis. Denne type teori var det flere sykepleieteoretikere som var opptatt av, og tok utgangspunkt i, når de stilte spørsmål om hvordan sykepleierne gjorde det de gjorde, og hva som karakteriserte god sykepleie hevder Kirkevold. Hun hevder videre at det ble viktig å utforske spørsmålet om hva det var som karakteriserte et godt forhold mellom pasient og sykepleier, og hvorfor dette var viktig.

For å få en generell forståelse av hva sykepleie er, kan vi bruke Orem's egenomsorgsmodell (Orem, 1991). Den går ut på at pasienten selv er i stand til og motivert for å handle målrettet for å ivareta og fremme sin egen helse, forebygge sykdom, eller gjennomføre tiltak for å bli frisk. Der dette ikke er mulig, er det sykepleierens ansvar å kompensere for denne svikten (Kirkevold, 1998). Travelbee (2002) formidler ideer om det mellommenneskelige forhold, og hevder at vi skal forholde oss til hvert menneske som unikt, og ha fokus på den sykes opplevelse av å være syk. Videre skal sykepleieren hjelpe pasienten til å bevare håpet, og om mulig finne en mening i sykdom og lidelse. Å kommunisere med pasienten hevder hun er helt sentralt, for å få tak i behovene.

Martinsens omsorgsteori, er også viktig i forståelsen av hva god sykepleie er (Martinsen, 2003). Hun framhever at omsorg er en grunnleggende forutsetning for alt menneskelig liv, og må være en grunnleggende verdi i møte med pasientene. Videre at den dype betydningen av omsorgsbegrepet er menneskenes avhengighet av hverandre, og at det er en grunnstruktur i menneskelivet. Martinsen hevder videre at omsorg kan læres og videreutvikles, og at mål, verdier og normer ligger til grunn for kvaliteten på utførelsen.

Videre beskriver hun omsorg som den enes omtenkksomhet og bekymring for den andre, at det må være to personer involvert, og at omsorg må være en grunnleggende verdi i møte med pasienten.

Sykepleieteoretikerne peker på viktige elementer i sykepleie til alle pasienter. Martinsen (2003) vektlegger kvaliteten på samtalen med pasientene, og framhever nødvendigheten av å møte pasienten der han faktisk er og begynne der. Benner & Wrubel (2001) hevder at omsorg setter sykepleieren i stand til å oppdage og se pasientens behov, noe som tjener til veiledning for den videre sykepleien. Videre hevdes at den omsorgsfulle handlingen skaper et tillitsforhold ved at pasienten kan føle omsorg, ta den til seg, erkjenne problemene, og få øye på mulige løsninger og handle.

Sykepleiefagets kunnskapsgrunnlag og historie, viser de tre dimensjonene som er sentrale i fagets kompetanse helt fra Nightingales tid (Nordtvedt, 2008). Det er klinisk observasjon, å se sykepleiefaget som et håndverk med kliniske metoder, og vektlegging av forebygging restitusjon og helsefremming. Sykepleie har et historisk mandat som inneholder historisk overleverte beskrivelser, ideer og verdier som er skrevet ned, og en standard for faglig dyktighet med forpliktelse overfor regler og normer MacIntyre tanker (gjengitt etter Nordtvedt, 2008, s. 20). Sykepleie har en etisk kunnskapsmessig dimensjon, som tydeliggjøres i forpliktelser og retningslinjer for god sykepleiepraksis. Det hevdes at grunnlag for all sykepleie skal være ”respekten for det enkelte menneskets liv og iboende verdighet. Sykepleie skal bygge på barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettighetene, og være kunnskapsbasert”(Yrkesetiske retningslinjer, 2011). Sykepleieren har plikt i et samfunn som ofte nedprioriterer omsorgsetiske hensyn, til å vise omsorg til mennesker som lider uansett hva årsaken måtte være hevder Nortvedt. Dette er sykepleierens faglige ansvar, noe som forutsetter etisk bevissthet og solid dømmekraft i praksis. Kontinuerlig refleksjon over egen praksis, er avgjørende for å utføre en moralsk praksis i følge Nortvedt. Han hevder videre at sykepleie utøves på mange forskjellige arenaer og i møte med pasienter i en sårbar situasjon, noe som stiller store krav til profesjonalitet. Nortvedt formidler at en viktig oppgave for sykepleieren er å ivareta den enkelte pasients verdighet, selvstendighet og retten til ikke å bli krenket. Likeledes skal sykepleieren gi helhetlig sykepleie, og la pasienten medvirke i saker som vedrører han.

2.3 Rehabilitering

Rehabilitering: Selve ordet betyr å ”gjenopprette ens verdighet / ære” eller ”sette i funksjonsdyktig / brukbar stand”(Bokmålsboka, 1986). Begrepet brukes i mange forskjellige sammenhenger, både om mennesker og bygninger. I forhold til mennesker, er det mest vanlig å skille mellom habilitering og rehabilitering ut fra om det er medfødte funksjonshemminger eller funksjonshemminger som har oppstått seinere, og om det er barn eller voksne det dreier seg om (St.meld. nr. 21 (1998-1999), 1998); Lie, 1996).

Rehabilitering foregår på mange steder hvor fagfolk, pasienten og hans pårørende, arbeidsliv og trygdevesen, skal samarbeide (Lie, 1996). Han hevder videre at rehabilitering er en individuell prosess, og det er hver enkelt menneske som gjennomgår rehabiliteringsprosessen. Personen selv må gjøres til ekspert, og fagpersonell skal hjelpe den som trenger hjelp i å planlegge sin egen fremtid. En definisjon på rehabilitering er: ”Tidsavgrensa planlagde prosessar med klare mål og verkemiddel der fleire aktørar samarbeider om å gi nødvendig assistanse til brukaren sin eigen innsats for å oppnå best mogleg funksjons og meistringsevne, sjølvstende og deltaking sosialt og i samfunnet” (St. meld. nr. 21(1998-1999). (1998). Det hevdes videre at rehabilitering er aktuelt når det skjer store forandringer i menneskers livssituasjon, fordi det inntreffer sykdom skade eller funksjonshemming. Sykdom eller funksjonshemming kan gjøre det vanskelig å mestre hverdagen, være selvstendig og delta i viktige livssituasjoner. Rehabiliteringsmeldingen bygger på prinsippet om at rehabilitering skal ta utgangspunkt i menneskets rett til selv å bestemme over viktige ting i livet, og til å formulere egne mål. Meldingen sier noe om at målet med rehabilitering skal være å motvirke sykdomsfokusering og at pasientene blir for passive, og den legger vekt på aktiv deltakelse, mestring og medbestemmelse.

Diagnosen kronisk obstruktiv lungesykdom alene, sier lite om hvordan pasienten opplever sin funksjons- og deltakelsesevne, noe som er sentralt i forhold til rehabilitering. I en nasjonal strategi står det i to av ti punkter at brukermedvirkning skal styrkes, og at brukeren skal være sentral i egen rehabilitering (Stprp.1/2007-2008). Likeledes skal rehabiliteringsarbeid være med på å bedre og holde vedlike pasientens funksjonsnivå, hjelpe han til å endre livsstil hvis nødvendig, samt motivere han til å være aktiv deltagende i dagliglivet.

I ATS / ERS statement (2006) hevdes det at lungerehabilitering bør bli tilpasset alle pasienter med kronisk lungesykdom som har vedvarende symptomer, er lite aktive og har problemer med å kontrollere sykdommen på tross av så god medisinsk behandling som mulig. Sentralt i rehabiliteringen, står pasientundervisning. Pasientmedvirkning, individualisering og veiledning i egenbehandling er vektlagt. Undervisningen bør ha form som et samarbeid mellom pasient og behandler, presiseres det i dokumentet. Videre at målet med lungerehabilitering på kort sikt vil være å redusere symptomer, bedre livskvalitet og helsestatus og fungere bedre fysisk og psykisk i dagliglivets aktiviteter I følge ATS / ERS statement vil langsiktige mål være varige endringer av livsstil, vedlikehold av de positive tingene man allerede har fått til, redusere behovet for helsetjenester og bli mer uavhengig.

2.4 Sykepleie i rehabilitering

Rehabiliteringssykepleieres oppgaver er knyttet til å hjelpe personer med funksjonsnedsettelse eller kroniske lidelser, til å mestre endringer og utfordringer i livene sine (Hoeman, 2002). NSF's Faggruppe av sykepleie i ReHabilitering (2010) beskriver rehabiliteringssykepleie som "en målrettet prosess, basert på individets samlede ressurser, der sykepleier i samhandling med andre aktører assisterer personer, familie og nettverk til mestring av eget liv". Videre blir relasjonsarbeid og å ivareta pasientens grunnleggende behov, samt fremme verdighet vektlagt. Benner & Wrubel (1989) hevder at helsepersonell må starte med å lytte til, og ta på alvor pasientens egne opplevelser av sykdommen sin. Den forståelsen sykepleieren da får, vil være grunnleggende for å kunne føle og formidle omsorg til pasienten og å involvere seg. Sykepleieren blir da kjent med hva som er spesielt viktig for den enkelte formidler Benner & Wrubel, noe som er nødvendig for å kunne bidra til pasientens opplevelse av å få god hjelp.

Bandura (1997) beskriver mestringsforventning som å ha kontroll i en stresset situasjon. Det å tro på muligheten til at vi kan mestre å få til noe, har betydning for om vi velger en problemløsende framgangsmåte eller ikke. Han hevder videre at troen på at vi kan klare å få til endringene vi ønsker, er en sterkere drivkraft enn kunnskapen og ferdighetene vi har på området. For å fremme mestringsforventning hos en person, blir veiledning i gjennomføring av oppgaver trukket fram som en viktig faktor sammen med støttende samtaler, modellering og hjelp til å tolke fysiologiske symptomer. I følge Gjengedal &

Hanestad (2007) er sykepleiere i rehabilitering viktige for å bidra med kunnskap om stress og mestring til pasientene, fordi de er sammen med pasientene hele døgnet og kjenner til de ulike sidene ved kronisk sykdom som kan gi stress.

2.5 Å leve med kronisk sykdom

Mennesker med astma eller kols utgjør en stor gruppe kronisk syke både nasjonalt og internasjonalt, og man tror at tallene er økende (Gershon, Warner & Cascagnette et al. 2011). I sin artikkel viser de til en populasjonsbasert, retrospektiv kohortstudie hvor livstidsrisikoen for kols blant 13 millioner personer ble studert. I følge studien vil en av fire personer over 35 år få diagnosen kronisk obstruktiv lungesykdom (kols) i løpet av livet. Kols har høy dødelighet og gir store helseutgifter hevder de videre. Tall fra folkehelseinstituttet viser at i 2011 var det 200 000 nordmenn som hadde kols og at bare halvparten var diagnostisert (Folkehelseinstituttet, 2011).

Verdens helseorganisasjon sin definisjon av kols fra 2001, beskriver sykdommen som en tilstand hvor luftrørene snevres inn på grunn av en unormal betennelsesprosess i lungene (gjengitt i Hjalmsen, 2012, s.71). Hjalmsen hevder videre at betennelsesprosessen oppstår fordi luftveiene har blitt utsatt for giftige stoffer og gasser, og at pasienten aldri blir helt bra. Kronisk bronkitt er betegnelsen når pasienten opplever hoste og slimproduksjon som kommer i perioder eller varer over lengre tid. Årsaken er ofte røyking, og det kan utvikle seg til kols hvis pasienten ikke slutter å røyke. Videre hevdes emfysem å være betegnelsen på at lungevevet og lungeblærene blir ødelagt. Lungeblærene har tynne vegger med små blodårer, hvor oksygen fra luften går inn i blodårene og karbondioksyd fra blodet går ut til luften. Når lungeblærene blir ødelagt, noe som oftest skyldes røyking, kommer det ikke nok oksygen til blodet i følge Hjalmsen, som bemerker at ved astma kommer pusteproblemene ofte anfallsvis, og graden av luftrørsforsnevninger vil variere mer.

Hvordan pasienten opplever lungesykdommen sin vil variere, ut fra blant annet alvorlighetsgraden og i hvilket stadium sykdommen har utviklet seg til (GOLD, 2011; Hjalmsen, 2012; Gulsvik & Bakke, 2006). De hevder videre at symptomene ved et mildt til moderat stadium av kols, kan være hoste, slim og tung pust ved anstrengelse. I et alvorlig stadium av sykdommen vil pasienten oppleve mer tung pust, også ved mindre anstrengelser, og ofte nedsatt allmenntilstand og vekttap. Videre hevder de at den tunge

pusten ofte fører til at pasienten slutter, eller reduserer den fysiske aktiviteten som medfører tung pust, og utvikler en mer passiv livsstil. Gjengedal & Hanestad (2012) hevder at pasienter med kols ofte kan kjenne på håpløshet, pessimisme og liten selvfølelse. Sykepleieforskerne Baker, Barstow, Parsons, Carrieri – Kohlman & Janson – Bjerklie (gjengitt etter Gjengedal og Hanestad, 2007,s.211) har i mange år vært opptatt av hvordan kols sykdom virker inn på pasientenes liv, og hvordan de mestrer dagligdagse aktiviteter og pusteproblemer. De hevder at kols har innvirkning på alle områder i livet både arbeid, fritid og forholdet til andre mennesker, og at de opplever å være mer avhengi av andres hjelp. I følge GOLD; Hjalmarsen; Gulsvik & Bakke gir både astma og kols varierende, og noen ganger store helseplager. De hevder videre at variasjonen i forhold til symptomer og plager kan være stor, både for den enkelte pasient og mellom pasienter. Diagnosen alene sier lite om hvordan pasienten selv opplever å fungere i dagliglivet, noe som er sentralt i forhold til rehabilitering.

Det kan synes å være vanskelig å finne en dekkende definisjon på kronisk sykdom, men i 1956 ble det av ledere for den amerikanske kommisjon for kronisk sykdom laget en klinisk definisjon som det fortsatt refereres til i dag Strauss mfl.(gjengitt etter Gjengedal & Hanestad, 2007,s.11). Her defineres kronisk sykdom som: ”Alle avvik fra det normale som har en eller flere følgende karakteristika: er permanente, medfører varig funksjonshemming, er forårsaket av irreversible patologiske endringer, krever særskilte rehabiliteringsprogram og forventes å kreve langvarig veiledning, observasjon og pleie”. De hevder videre at til tross for at kronisk sykdom innebærer mange diagnoser og ulikt sykdomsbilde, vil det å ha en fremtid som kronisk syk ha flere likhetspunkter.

Å leve med kronisk lungesykdom er ofte forbundet med økt risiko for engstelse, nedstemthet, pessimisme, håpløshet og frustrasjon (ATS / ERS statement, 2006). Videre hevdes at å ha en kronisk lungelidelse, kan påvirker mange sider ved livet. Fysisk fordi man ikke orker det samme som tidligere. Ting som tidligere gikk av seg selv, må nå planlegges og porsjoneres. Mange lungesyke kan oppleve at det ikke alltid er tilstrekkelig krefter til det nødvendige og det man ønsker. Tanker rettet mot framtiden, og hvordan livet vil arte seg med en progredierende sykdom, kan være plagsom. Dette gjelder i forhold til familie, om man vil mestre rolle i familien, om man vil fungere i jobb, og om man vil kunne klare seg selv. Det kan oppleves som en belastning og ta for mye krefter å delta sosialt, og isolasjon kan bli resultatet. Uro og engstelse for forverrelser av sykdommen,

sorg over tap av helse, bekymringer rundt livssituasjonen og nedstemthet er helt normale følelsesmessige reaksjoner forbundet med å ha en kronisk lungesykdom hevdes det i dokumentet. Studien Haavet, Skumlien & Engvik (2007) viser livskvalitet hos kronisk lungesyke. Et utvalg av kols pasienter ble rekruttert fra en klinikk for behandling og rehabilitering av kronisk lungesyke, og et utvalg friske voksne ble rekruttert via ansatte ved klinikken. Det ble benyttet et spørreskjema for å måle selvopplevd livskvalitet, hvor informantene ble bedt om å rangere sin tilfredshet av ulike sider ved livet. Studien hentyder en lav forbindelse mellom lungefunksjon og livskvalitet hos kols pasienter. I det ligger at redusert livskvalitet hos kronisk lungesyke, ikke bare skyldes tapt lungefunksjon. Dager (2006) har tatt for seg kols pasientenes oppfatning av livet med kols. Studien belyser hvordan endrede livsbetingelser som følge av kols, gir utfordringer som berører flere sider ved pasientens hverdag. Å bli syk og ikke kunne yte som før og å måtte forholde seg til en ny rolle og identitet, ble pekt på som de største utfordringene. Dager hevder videre at bevisstheten om at sykdommen til en viss grad er selvforskyldt på grunn av røyking, kan føre til tilbaketrekning og skam. Sykdommens fysiske symptomer, som slitsom hoste, tung pust ved anstrengelser og hyppige infeksjoner opplevdes av informantene som plagsomt.

2.6 Empowerment

Empowerment kan beskrives på flere nivåer (Hvas & Thesen, 2002; Rappaport, 1984; Sørensen & Graff - Iversen, 2002; Walseth & Malterud, 2004). Videre hevder de at på individnivå, eller psykologisk empowerment, handler det om en persons mulighet til å ta beslutninger og ha kontroll over sitt liv. Selvkontroll og tro på egen evne og mulighet for mestring, ses på som sentralt. De hevder videre at faktorer som påvirker empowerment på individnivå er kunnskap, selvbilde og opplevd kompetanse. På gruppe eller organisasjonsnivå blir gruppeidentitet, sosial støtte og felles ressurser viktige faktorer. Samfunnsnivået handler om samfunn der organisasjoner og individer samhandler med hver sin kompetanse og sine ressurser, for å møte helsebehov. Viktige faktorer her er politisk innflytelse og respekt. Fravær av empowerment, eller det motsatte av empowerment, er reell eller innbilt maktesløshet, lært hjelpeløshet, å føle seg fremmed og en opplevelse av ikke å ha kontroll over eget liv hevder Rappaport; Walseth & Malterud videre. I begrepet lært hjelpeløshet, ligger at helsepersonell gjør pasienten avhengig av seg og utøver kontroll. Slettebø (2004) beskriver empowerment som en kraft som består av styrke, makt, kunnskap og ferdigheter samt kontroll over egen situasjon. Målet er at personen kan

oppleve seg som nyttig i samfunnet. Hun benevner bevisstgjøring, som et grunnleggende begrep. Det viktige hevder hun, er at man ikke selv skal trykke seg ned men at den følelsesmessige dimensjonen er å bevege seg bort fra skammen mot stolthet. Andrews (2003) hevder at empowermentideologien har et ideal om å redusere uenighet mellom leg og lærd, løse opp oppbygginger av makt og kjempe imot ekspertvelde.

Det kan synes som om det har foregått et perspektivskifte i helsesektoren, og ellers i samfunnet (Mæland, 2005). Mæland beskriver det som er en bevegelse bort fra problemorientering og fagfolk som løser problemene for folk, mot brukermedvirkning, pasientens rettigheter og ressursstenkning. I denne sammenheng er begrepet empowerment sentralt. I dokumenter fra 1970 årene, er empowerment nevnt som et kjernebegrep i forbindelse med verdens helseorganisasjons nye tanker om hvordan man kan forhindre helseproblemer. Det mest sentrale dokumentet hvor de nye tankene rundt helse ble presentert var på den første internasjonale konferansen for helsefremmende arbeid (World Health Organization (WHO), 1986). De nye tankene var radikale og vektla å fremme folks helse, og bidra til at helse blir en positiv ressurs i hverdagen (Mæland, 2005; Gibson, 1991). Rappaport (1984) oppfattet empowerment som et utspring av troen på menneskets iboende helbredende krefter, som også kan utvikles i samarbeid med andre, men uten å gi fra seg all makt og kontroll. Hovedelementene i empowerment beskriver han som maktfordeling fra helsepersonell til pasienten, pasientmedvirkning og å anse pasienten som ekspert på seg selv. Det ideologiske grunnlaget bak den helsefremmende retningen, var hentet fra bevegelser som kvinnebevegelsen og tanken om folks frigjøring og utviklingsprosess. Den brasilianske pedagogen Paolo Freire (1999) var en inspirator med sitt engasjement i arbeidet. Hensikten var, Ikke bare å lære fattige mennesker å lese og skrive, men også å skape frigjøring blant de undertrykte ved å invitere til deltakelse og dialog. Han ønsket å oppmuntre til refleksjon og skape bevissthet om situasjonen de var i. Videre å gi den enkelte større innflytelse og kontroll over forhold som påvirker helsen, og gå til handling mot undertrykkelsen (Freire, 1999; Mæland, 2005).

En annen inspirator for det helsefremmende arbeidet er sosiologen Aron Antonovsky. Hans begrep "sense of coherence" forkortet til SOC, kan oversettes med å oppleve verden som rimelig forutsigbar og sammenhengende, og å ha en opplevelse av kontroll og optimisme (Antonovsky, 1996). Han hevder at dette er viktige bestanddeler i hvert enkelt menneskes opplevelse av å mestre egen helse, helseproblemer og finne en mening i prøve å bevege seg

i en helsefremmende retning. Gode opplevelser som øker trivsel, gir en opplevelse av tilhørighet og styrke, og en følelse av glede, blir av Antonovsky benevnt som salutogene faktorer i motsetning til patogene faktorer som bringer fram sykdom (Mæland, 2005; Andrews, 2003; Walseth & Malterud, 2004). De hevder videre at deltakelse synes å være et nøkkelord relatert til empowerment, likeså å ha kontroll over eget liv ses på som meningsfylt.

Empowermentbegrepet kan oppleves vanskelig å oversette til norsk, og det kan ha flere betydninger. Noen betydninger kan være: Å gi autoritet eller makt til noe, gjøre noen sterkere og mer betrodd, særlig med hensyn til eget liv og rettigheter (Pearsall, 1998). Brukermedvirkning, livsstyrketrening, styrking, er ord som også blir brukt (Stang, 2003). Health Promotion Glossary (1998) definerer empowerment som ”en prosess der folk oppnår større kontroll over beslutninger som berører helse”. En annen engelsk definisjon er: ”A social process of recognising, promoting and enhancing people’s abilities to meet their own needs, solve their own problems and mobilize the necessary resources in order to feel in control of their own lives” (Gibson, 1991, s.359). Her benevner Gibson empowerment som en prosess og et resultat. Tveiten (2007) hevder at denne prosessen kan være arbeidskrevende, fordi det ofte kan være lettere og mer tidsbesparende å fortelle pasienter hva de skal gjøre, enn å veilede dem til at de selv finner sine egne svar. Hun sier videre at resultatet kan være i form av en egenskap eller en kvalitet, eller som i Sørensen & Graff-Iversen (2001, s.6) hvor resultatet ble omtalt som ” et individ som har mobilisert sin styrke og makt, innehar ferdigheter, kunnskap, handlingskompetanse og ressurser til å gjøre helsefremmende livsvalg”. Gibson hevder videre at helsepersonell må respektere at empowermentprosessen er en individuell prosess, og at den kan arte seg ulikt fra menneske til menneske. En viktig karakteristikk er i følge Gibson at den involverer andre og oppfordrer til deltakelse og engasjement, og at helsepersonell er viktige bidragsytere i prosessen men pasienten er ansvarlig for sin egen helse.

Empowerment begrepet brukes i dag ofte i forbindelse med forskjellige grupper som befinner seg i en avmektig posisjon, og av den grunn drar nytte av tjenester og hjelpetilbud og som har rett til å ha kontroll både over hjelpetilbudet og sin livssituasjon (Askheim, 2003). Deltakelse og kontroll fører til at man går vekk fra det paternalistiske synet på pasienten, en omfordeling av noe av den makten fagfolk tradisjonelt har hatt, mot et syn på pasienten som en deltaker (Tveiten, 2007). Hun hevder videre at empowerment kan være et

betydningsfullt og nyttig begrep i sykepleiepraksis, og at det innebærer en relasjon hvor medbestemmelse, samhandling, gjensidig respekt og tillit mellom pasient og sykepleier er sentralt. Tveiten hevder videre at tillit vil innebefatte det å være interessert i pasienten, ha tid, lytte og vise at vi vil han vel. Viktige momenter i denne samhandlingen, vil være sykepleiernes ansvar og oppgave med å gi pasienten informasjon som et godt grunnlag for å ta gode egne beslutninger. Samtidig må sykepleierne være klar over at det alltid skal være pasientens egen prosess og at de kun er hjelpere i prosessen, noe som også betyr respekt for pasienten. Utfordringene for sykepleierne hevder Tveiten vil være å gi fra seg noe av kontrollen, for dermed å kunne gi tilbake noe av kontrollen til pasienten.

I følge Gibson (1991) innebærer dette at sykepleieren må akseptere pasientens avgjørelser også når det avviker fra det sykepleieren ville ha gjort, eller at pasienten ikke ønsker å ta imot hjelpen som tilbys. Konsekvensen blir en endring av rollen som sykepleier, hvor sykepleieren må forholde seg til pasienten som en likeverdig samarbeids partner og hvor oppgaven blir å støtte og styrke pasienten i hans egen prosess hevder Gibson. Rindner (2004) beskriver en modell, oppfunnet av Freire, som viser hvordan sykepleiere kan mestre denne samhandlingen med pasienten. Freires modell beskrives som en tre trinns modell hvor man først bringer temaet på banen, så stiller opp problemet, for deretter å gå inn i en prosess med handling og refleksjon over handlingen. Rollen til læreren eller sykepleieren vil være en aktiv lyttende deltaker, hvor fokuset vil være på dialogen og å se på pasientene som aktører ikke bare mottakere av informasjon.

Walseth & Malterud (2004) fokuserer på allmennlegens mulighet til å ta rollen som anerkjennende støttespiller, bidra med kunnskap og veiledning i en relasjon preget av samarbeid, gjensidig respekt og tillit. De viser til studier hvor pasienter har blitt styrket til å delta, og hvor resultatet ble økt mestring i situasjonen. En utfordring kan være, hevdes det i studien, at helsepersonell, bare i kraft av sin profesjon og ekspertise, vil kunne gi pasienten en opplevelse av underlegenhet og maktesløshet. Samtidig er denne ekspertisen og kompetansen viktig, og må nå fram til pasientene i følge (Rappaport, 1984). Han hevder videre at veiledning og dialog pekes på som nyttig kompetanse i samhandling med pasientene.

Sørensen & Graff- Iversen (2001) beskriver kompetansen som bestående av kunnskap, holdninger og ferdigheter og i tillegg nevner de bevissthet både i forhold til at hjelpen ikke

bare skal være en lært teknikk, bevissthet i forhold til maktbegrepet og relasjonskompetanse.

Virtanen, Leino-Kilpi & Salanterä (2007) beskriver ”empowered” samtaler mellom pasient og sykepleier. Studien undersøkte hva som særpreget samtalene og prosessen mellom pasient og sykepleier, hvor hensikten var å se nærmere på hvordan pasienten skulle medvirke og ta kontroll over sitt eget liv og øke sin mestring. De kalte denne samtalen for ”empowering discourse”. Det som kom frem i den undersøkelsen som viktige elementer i samtalen, var at sykepleieren så på pasienten som en likeverdig samarbeidspartner og at hun lærte seg å kjenne pasienten. Likeledes at hun kunne meddele sin ekspertkunnskap som pasienten etterspurte og motivere og gi inspirasjon.

Tveiten & Mayer (2009) tar for seg empowerment dialogen med pasient ut fra den profesjonelles perspektiv, hvor fokuset var dialog mellom helsepersonell og pasient i empowermentprosessen. Sykepleierne i den studien mente at det kunne være ulike hensikter, med dialogen de hadde med pasientene. Noen ganger var målet å styrke pasientens mestring av egenomsorg, andre ganger var det for å få et overblikk over situasjonen hvor informasjon begge veier var viktig. De mente at i noen samtaler, var hensikten å gi mulighet for pasientene til å medvirke og å ansvarliggjøre pasienten for sin egen helse. Samtidig rapporterte de at de ikke alltid var like bevisste på formålet med dialogen og de mulighetene som lå i en god dialog, til å hjelpe pasientene til økt mestring i forhold til problemene sine. De pekte videre på utfordringene som lå i samarbeidet og at det ikke alltid kjentes bra, hvis pasientene medvirket for mye. Noen ganger opplevde de at de lyktes, hvis de klarte å få pasienten til å skifte mening. Samtidig opplevdes det vanskelig å akseptere, hvis pasientene tok andre valg enn det sykepleierne mente var det beste. Studien konkluderte med at dialog mellom pasient og sykepleier var viktig, men lettere sagt enn gjort, hvis dialogen skulle baseres på empowermentideologien.

Tveiten & Knutsen (2010) tar for seg empowerment dialogen ut fra pasienter som var til behandling ved en smerteklinikk sitt perspektiv. Pasientene i studien opplevde det som veldig viktig å ha en god dialog med helsepersonell, hvor informasjon kunne utveksles og pasientdeltakelse og samarbeid kunne praktiseres. Videre hevdet de å være av stor betydning for samtalen at det var to eksperter på hvert sitt felt, som skulle samarbeide. Fagpersonen på sitt felt og pasienten som ekspert på seg selv. Utfordringen ble å respektere

hverandre, og å gi plass for hverandre i dialogen. Pasientene i studien hadde opplevelser hvor helsepersonell ikke hadde anerkjent dem som eksperter og hvor det førte til at de opplevde å miste kontroll. Å få fortelle sin historie, helsepersonell som lyttet til dem og trodde på dem, opplevde de som en bekreftelse, noe som gav dem håp og en opplevelse av å bli respektert. Dett førte til at de ble mer mottakelige for helsepersonells forslag til behandling, fordi de følte tillit til dem.

Utfordringer i forhold til empowermentideologien i praksis vil kunne være at de profesjonelle opplever at de mister kontrollen på områder der de opplever at de er eksperter (Askheim & Starrin, 2007). De hevder videre at helsepersonell trenger å myndiggjøres, for å nyttiggjøre sin kompetanse, noe som vil medføre at helsepersonell som vil arbeide etter empowermentideologien, må være villig til å omdefinere sin rolle som ekspert til å bli en resurs i samhandlingen med pasienten. Dette beskrives som utfordrene, og som krever bevissthet om egen rolle og praksis, gode dialogegenskaper og mot til å avklare roller og gå inn i samhandlingen. Andre utfordringer kan være at empowerment i praksis kan være tidkrevende, og at pasientene ofte forventer at fagpersoner skal fortelle dem hva som er rett i de ulike situasjonene. Sykepleierne må godta beslutningene pasienten tar, selv om de ikke alltid er enige i at det er det beste valget, hevder Askheim & Starrin.

2.7 Veiledning

Helsepolitiske føringer i samfunnet vektlegger at pasienten skal ha medbestemmelse og være delaktig i viktige spørsmål som omhandler sin egen helse (St.meld. nr. 21 (1998-1999), 1998). I kjølevannet av dette utfordres helsepersonell til nye roller med vekt på dialog, brukermedvirkning og omfordeling av makt (Sørensen & Graff-Iversen, 2001). Innen lunge rehabilitering, blir ord som egenbehandling og spesielt tilpasset behandling for den enkelte pasient nevnt som sentralt (ATS / ERS statement, 2006). Veiledning blir brukt i flere sammenhenger, blant annet i faglitteratur og brosjyremateriell som gis til pasienter. I offentlige planer og dokumenter som omhandler helse og sosialsektor, blir ikke veiledningsbegrepet brukt spesielt, men ord som formidling og informasjon blir brukt, muligens synonymt med veiledning (Helsepersonelloven, 1999). Sentralt i disse dokumentene er brukermedvirkning, synet på brukeren som ekspert på seg selv og mestring av egen livssituasjon. I forhold til empowerment, blir det lagt vekt på at fagutøver og en pasient skal samhandle. Denne samhandlingen innebærer at det er to eksperter, men

på hvert sitt område. Tveite(2007) framhever utfordringen ved at det er to eksperter som skal samhandle og at dette kan være komplisert. Hun hevder videre, at veiledning kan være en god pedagogisk metode i læring og et middel i forhold til empowerment.. En definisjon på veiledning som utføres i profesjonelle sammenhenger, som for eksempel sykepleie kan defineres som ”En pedagogisk og relasjonell prosess med oppdagelse, læring, vekst og utvikling som mål, og der den lærende er i fokus” (Tveiten, 2005, s. 24). Hun hevder videre at veiledningsbegrepet blir beskrevet på ulike måter i forskjellige artikler og at et eksempel her er en relasjonell prosess, og karaktertrekkene som blir beskrevet er at det kan være utfordrende, konfronterende, fortrolig og tillitsfullt. Likeledes at dialog er sentralt.

En dialog kan arte seg som et møte mellom to eller flere mennesker (Hummelvoll, 2006). Han hevder videre at det kan koste noe for en profesjonell hjelper, å gå inn i et slikt møte som et helt menneske og åpne og ta imot en pasients smerte og uro. Det vil aldri være mulig å forstå en annen fullt ut, men en sykepleiers oppgave i en pasientrelasjon er å prøve å få et lite innblikk i hvordan pasienten forstår seg selv, og verden rundt hevder han videre ”Å være seg selv, ekte og nær, skaper grunnlag for betydningsfulle møter” (Hummelvoll, 2006, s.382). Han hevder videre at sykepleieren bør forsøke å skape en atmosfære der pasienten føler seg trygg og ivaretatt, slik at han tør å åpne seg. En slik atmosfære vil i følge Hummelvoll være preget av varme, nærvær og ikke minst tillit og gjensidig akseptasjon. I følge Askheim & Starrin (2007); Gibson (1991) er tillit en forutsetning for samhandling med andre. De hevder at det kan være tidkrevende, å bygge opp et tillitsforhold mellom helsepersonell og pasient og at å møte pasienten med respekt blir viktig. Martinsen (2002) peker på den gjensidige tilliten, hvor begge parter i en samtale er opptatt av det temaet som blir tatt opp og hvor man ikke behøver å angripe eller forsvare seg. Om denne gjensidigheten hevder Martinsen videre at den er viktig og at en forutsetning for fagsamtalen er å starte i en gjensidig sårbarhet og utleverthet. Hun poengterer det allmennmenneskelige i at alle trenger å bli hjulpet av og til og å få hjelpe andre. Her kommer hun inn på hvordan merforståelse eller fagkunnskap som fagpersonen har, kan skape en avstand, hindre likeverdet. Tveiten (2005) vektlegger evne til å lytte, som en forutsetning for en god dialog. I følge Tveiten, vil det å lytte si å ha oppmerksomhet rettet mot den andre og igjennom aktiv lytting, få pasienten til å føle seg vel og verdsatt. Hun hevder videre at det å lytte aktivt, blant annet innebærer å gi nonverbal respons i form av å vise at man er interessert, hører etter og at dette igjen gir grobunn for å skape et miljø for refleksjon.

2.8 Oppsummering av teori

I Europa og resten av verden er lungesykdommer blant de fremste årsakene til sykdom og død. Kronisk obstruktiv lungesykdom er en sykdom som kjennetegnes ved at lungefunksjonen er varig nedsatt, fordi luftveiene er blitt trangere. Dette medfører at det er tungt å puste, spesielt ved gange i trapper og oppoverbakker. Ved kols kommer sykdommen gradvis, med mindre variasjon enn ved astma hvor sykdommen opptrer i anfall med tetthet. Følelser som nedstemthet, angst og tristhet er vanlige. Sykdommen kan ofte medføre tap av sosiale roller og funksjonsevne, noe som kan medvirke til de vonde følelsene. Ved kronisk lungesykdom, står rehabilitering i fokus og sentrale områder er å motivere og hjelpe pasientene til røykestopp, fysisk aktivitet som styrke og utholdenhetstrening, riktig kosthold, medisinbruk samt å lære å leve livet med en kronisk lungesykdom.

Sykepleieren er en viktig og nær medspiller i denne prosessen på lungesykehuset, i og med at hun er sammen med pasienten store deler av døgnet. Sykepleie skal være kunnskapsbasert og bygge på omsorg, barmhjertighet og respekt for et hvert menneske. Sykepleiepraksis går ut på å identifisere problemer, planlegge den sykepleie som trengs for å løse dem og å gjennomføre den planlagte pleien. De ulike praksissituasjonene innehar ulike typer situasjoner, med hver sine utfordringer, som stiller ulike krav om kunnskap og kompetanse. Sykepleien skal være individualisert og tilpasset hver enkelt pasient, selv om en i enkelte situasjoner har et større behov for standardiserte prosedyrer. Sykepleie i rehabilitering handler om balanse mellom å gjøre noe for pasienten, hjelpe han til å finne egne løsninger, peke på ressurser og inspirere håp og mestring. Målet er at pasienten skal oppnå mest mulig livskvalitet, selvstendighet og beholde verdigheten. I samhandling mellom sykepleier og pasient, står empowermentideologien sentralt. Pedagogen Freires tanker om å invitere undertrykte grupper til dialog, refleksjon og bevissthet om sin situasjon, samt sosiologen Antonowsky sine refleksjoner om viktigheten av å ha kontroll i utfordrende situasjoner, og å oppleve verden rundt som rimelig forutsigbar, har vært det ideologiske grunnlaget og inspirasjon til empowermentideologien. Sentralt er omfordeling av makt fra helsepersonell til pasient, for å tilstrebe maktbalanse. Helsepersonell må verdsette pasientens egen kompetanse og invitere til et samarbeid, bygget på respekt og likeverd. Som medspiller i prosessen har sykepleieren et stort ansvar i form av veiledning, undervisning og informasjon, for at pasienten skal ha et best mulig grunnlag til å medvirke.

Den gode samtalen, relasjonsarbeid, respekt og vennlighet blir viktige ingredienser i prosessen.

3 METODE

I dette kapitlet vil det bli redegjort for forskningsdesign, vitenskapsteoretiske tilnærminger, forforståelse, valg av metode, valg av intervjupersoner, forberedelse av intervju, gjennomføring av intervju, transkribering og analyse, hvor forsker til slutt vil belyse etiske aspekter vedrørende studien.

3.1 Forskningsdesign

Innhold og formål med studien ble klarlagt før forskningsmetode ble valgt. Forskers nysgjerrighet dreide seg om å utforske sykepleieres erfaringer med å bruke empowermentideologien i praksis. I følge Kvale & Brinkmann (2009) vil temaet på studien, det som skal undersøkes, påvirke hvilken metode som skal anvendes. Spørsmålene i starten av studiet ble rettet mot hva undersøkelsen skulle omhandle, hvorfor og hvordan, for på den måten komme fram til en problemstilling og en hensiktsmessig metode. Metoden skal få frem deltakernes perspektiv (Ringdal, 2007). Ringdal hevder videre at kvalitativ metode brukes når det søkes forståelse og forklaring av sosiale og kulturelle fenomen, og forståelse av hva mennesker mener, hvordan de tenker og handler. Studiens design, eller forskningsopplegg, vil være en tverrsnittdesign som kjennetegnes ved at det foregår et samtaleintervju med et lite utvalg personer, på ett tidspunkt hvor hensikten vil være å beskrive forhold i nåtid, som er i tråd med Ringdal sine anbefalinger. Samtidig kan dette også ses på som et eksplorerende studie, da det ikke har vært tilsvarende studier knyttet til empowerment og sykepleie på det aktuelle lungesykehuset. Thagaard (2006) skriver om eksplorerende studier, at hensikten der vil være å utforske et felt som det er lite kunnskap om fra før og hvor forskeren i liten grad har en fast definert problemstilling. I denne studien vil det være en fast problemstilling, men designet vil gi grunnlag for fleksibilitet noe som er et viktig poeng ved kvalitativ forskning i følge Thagaard. Med det menes at fremgangsmåten må kunne endres underveis på grunnlag av for eksempel dataene relevans. Kvale og Brinkmann hevder at gjennom utarbeidelsen av intervjuguiden og i selve dialogen i intervjuene, vil det skje en kontinuerlig fortolkning.

Karakteristisk for kvalitativ metode er nærhet til informantene, noe som skjer ved direkte kontakt og at man går i dybden i det man studerer (Malterud, 2003). Det finnes ulike strategier for innsamling, organisering og fortolkning av en tekst, hevder hun videre. Fortolkningen betegnes som en prosess, hvor man forsøker å finne mening. Kvalitativ metode, kan være med på å presentere mangfold og nyanse i et materiale. Kvale & Brinkmann (2009,s.21) hevder at ”det kvalitative forskningsintervjuet søker å forstå verden sett fra intervjupersonenes side, og å få fram betydningen av folks erfaringer og å avdekke deres opplevelser av verden forut for vitenskaplige forklaringer”. De hevder videre at hvis man vil vite hvordan folk forstår sin verden og sitt liv og høre om deres oppfatninger, meninger og syn på ting, hvorfor ikke snakke med dem? Samtalen kan betraktes som en grunnleggende menneskelig samhandling, gjennom den får vi vite noe om menneskers opplevelser og tanker. Samtalen som benyttes i forskningsøyemed benevnes som forskningsintervjuer, hevder Kvale & Brinkmann og de har faste regler, teknikker og formål. Mishler (1986) beskriver forskningsintervjuet som en samtale med fastlagte regler, hvor det er et felles språk. Kvale & Brinkmann hevde at et forskningsintervju kan foregå som en vanlig samtale hvor forskeren stiller spørsmål, lytter til hva informantene forteller om temaet som er i fokus og prøver å forstå det sett fra intervjupersonenes side.

Når man er ute etter den intervjuedes opplevelse av et emne eller deres livsverden, slik som forsker i forhold til sykepleierne i veiledningsgruppa, benevnes dette som et halvstrukturert intervju (Holter & Kalleberg, 1996). Et halvstrukturert intervju kan i følge Kvale & Brinkmann (2009) karakteriseres ved at det har flere temaer som skal dekkes, samt forslag til spørsmål. Det er viktig at intervjuguiden er fleksibel, åpent for forandringer og ikke for strukturert, men gir intervjueren mulighet til å følge opp et svar eller en historie om en erfaring. Kvale og Brinkmann hevder at det oppstår et asymmetrisk maktforhold mellom intervjuer og den som blir intervjuet i og med at det er intervjueren som presenterer samtaleemnet, stiller spørsmål og styrer intervjuet med å stille oppfølgingsspørsmål. I følge Kvale & Brinkmann, går et forskningsintervju dypere enn en spontan meningsutveksling, tilnærmingen bør bære preget av å spørre og å lytte.

En kvalitativ metode er godt egnet for utforskning av helhetsopplevelser, samhandling og informantens opplevelser sett fra deres perspektiv, noe som er i samsvar med målsettingen for denne studien, der forskningsfenomenet er ment å belyses bredest mulig. Formålet med det kvalitative forskningsintervjuet er ”å innhente beskrivelser av intervjupersonenes

livsverden, særlig med hensyn til tolkninger av meningen med fenomenene som blir beskrevet” (Kvale & Brinkmann 2009, s39). I dagens forskning fokuserer man i stadig større grad på den forståelsen, som oppstår gjennom samtaler med de menneskene som skal forstås. Intervjupersonene besvarer ikke bare spørsmål som er forberedt av en ekspert, men formulerer også selv sin egen oppfatning gjennom dialog, sitt eget språk med intervjueren, samt sitt forhold til han (Holter & Kalleberg, 1996). De fremhever betydningen av interaksjon og dynamikk som skjer mellom den som intervjuer, intervjupersonen og på kunnskap som blir produsert som er et resultat av interaksjon og samhandling. De hevder videre at det ikke finnes noen felles prosedyre for intervjuforskning, men at intervjuforskning er et håndverk som, hvis det blir utført riktig, kan være en kunstform. Kvale & Brinkmann betegner et forskningsintervju som en mellommenneskelig handling, hvor det samtales om et tema begge er interessert i og hvor kunnskapen bringes frem gjennom dialog. I følge Holter & Kalleberg finnes det få standardiserte prosedyrer, for hvordan intervjuene skal utføres, noe som medfører at intervjueren må ha kunnskap om intervjutemaet, bevissthet om hvilke type spørsmål som er aktuelle, samt en kritisk innstilling til det som blir sagt. De hevder å ha kjennskap til begrepene som brukes som sentralt. Malterud (2003) hevder at det er viktig å lytte med et åpent sinn og hvis man klarer det, får man tak i det nye og uventede i et forskningsintervju, noe som hun betegner som en kompetanse som må læres.

Dybdeintervju ble valgt som metode, fordi forsker ønsket å gå i dybden av hver informants erfaringer med veiledningen og utforske erfaringene på et dypere plan Kvale & Brinkmann (2009). De hevder videre at intervjuet foregår ved å stille åpne spørsmål og i størst mulig grad oppmuntre informantene, til å beskrive hva de gjør. Et forskningsintervju er ikke en samtale mellom to likeverdige deltakere hevder Kvale & Brinkmann, men at forsker har bestemt temaet, styrer samtalen og viser interesse i å høre informantens beskrivelser. Forsker skal videre kritisk følge opp svarene ved å spørre om detaljer, for videre utdyping av svarene. Relasjonen som oppstår ses på som en resurs, hvor samspillet har stor betydning og der intervjupersonen blir betegnet som forskningsredskapet for å innhente kunnskap. Graneheim & Lundman (2003); Malterud (2003) framhever betydningen av forskers innvirkning på tolkning og beskrivelse i kvalitative studier, hvor forskers tolkninger av det som blir formidlet skjer under hele intervjuet og i analyseprosessen. Graneheim & Lundman hevder videre at forsker må være bevisst på at det er ulike måter å tolke innholdet i det informantene formidler, og at forsker tolker ut fra sin egen historie.

Det blir et viktig element hevder de videre, å være klar over denne subjektive tolkningen når studiens troverdighet skal diskuteres. Et annet element er forvirring rundt bruk av begreper, spesielt for å beskrive analysen av kvalitative data. Noen begreper kan ha en uklar betydning og være lite dekkende i forhold til hva det refereres til (Graneheim & Lundman 2003).

I forhold til denne oppgaven vil det si at forsker er kjent med fagområdet til sykepleierne, har kunnskap om deres arbeidssituasjon og hvordan de organiserer dagen. Formålet med intervjuene, blir å forstå sider ved sykepleiernes arbeidshverdag fra den intervjuedes eget perspektiv. Holter & Kalleberg (1996); Kvale & Brinkmann (2009) vektlegger mellommenneskelig relasjon, dialog og dynamikk mellom forsker og intervjupersonene som viktig i intervjusituasjonen. I forhold til denne studien vil forskers kjennskap til informantene, kunne være et godt utgangspunkt for å skape en atmosfære av åpenhet og tillit som er viktig for å fremskaffe gode data.

3.2 Litteratursøk

I denne perioden ble det foretatt flere litteratursøk over empiriske studier, på medisinske og helsefaglige databaser både i samarbeid med bibliotekar, andre studenter, på arbeidsplass og forsker alene. Databaser det ble søkt på var: Ovid, Medline, PubMed, Cinahl, Bibsys, Swe. Med. Søkord som ble benyttet hver for seg og i kombinasjon var: rehabilitation, empowerment, nursing, nurse, care, supervisjon, empowering dialogues og COPD. Rehabilitering så ut til å være et tema det forelå mye forskning på. I kombinasjon med ”sykepleie” og ”lunger” begrenset funnene seg betraktelig. For eksempel gav et søk i Ovid med nevnte kombinasjon 12 treff. Ved å studere denne forskning, samt ATS / ERS statement (2005) gav det forsker et innblikk i temaet lungerehabilitering, viktige komponenter det skal fokuseres på og områder hvor sykepleieren har sin klare funksjon. Dette opplevdes som nyttig, relevant og som et godt fundament i det videre arbeidet med studien. Av funn som ble vurdert relevant i forhold til temaet på oppgaven og som fokuserte på empowerment i sykepleieutførelsen var: (Falk-Rafael, 2001; Williamson, 2007; Graneheim & Lundman, 2003; Virtanen, Leino-Kilpi, Salanterä, 2006).

3.3 Forskerens forforståelse, kritiske refleksjoner og hermeneutikk

Gadamer (2007) viser til mange analyser av forforståelsens betydning, for forståelsen av det som blir meddelt. Hovedtemaet er hvordan vi mennesker kan komme til en felles forståelse av temaet vi samtaler om, ved hjelp av dialogen. Gadamer (2007); Malterud (2003) hevder at vi alltid har forforståelsen, eller fordommer med oss, både i saker vi snakker om og med mennesker snakker vi med. Noe av vår forforståelse kan vi være bevisst på forhånd, men like ofte kan det skje at vi først blir klar over den når vi befinner oss i en konkret situasjon. De hevder at vi kan ikke viske bort vår forforståelse, men at den er en nødvendig forutsetning for forståelsen, for å fatte interesse og begynne å snakke om et tema. Bevissthet om dens eksistens, vilje til kritisk refleksjon og gjennom dialog å være villig til å endre den blir viktig. Den samme virkelighet kan beskrives ut fra ulike perspektiver. Forskerens eget perspektiv vil få stor betydning for hva slags kunnskap som fremkommer. Gadamer & Malterud betegner forforståelsen som en ryggsekk vi bærer med oss inn i forskningsprosjektet. Egne erfaringer, vårt faglige perspektiv og teori som har blitt ervervet, kan ofte ligge til grunn for forskers motivasjon til å starte forskning av et bestemt tema. På denne måten skjer det allerede gjennom utarbeidelsen av intervjuguiden og i selve dialogen i intervjuet, en kontinuerlig fortolkning (Kvale & Brinkmann, 2009). De hevder videre at målet er å få fram intervjupersonenes erfaringer, for så å finne en allmenn forståelse av teksten. Dette benevnes som en hermeneutisk sirkel, en kontinuerlig fram og tilbake prosess mellom å forstå deler av intervjuet og helheten, for så og sette sammen en ny helhet.

Forskers forforståelse vil være preget av egne erfaringer ved å arbeide på samme sykehus som informantene, samt å ha deltatt i sykepleiefaglig veiledningsgrupper. Forsker er godt kjent med veileder, struktur og opplegg. I tillegg til at informantene er forskers kollegaer, har forsker positive erfaringer fra veiledning og opplever det som nyttig i forhold i arbeidet som sykepleier. I lys av de erfaringene, har det kommet fram et ønsket om å undersøke nærmere hvordan sykepleierne opplever veiledningen de har fått på lungesykehuset. Samtidig skal forsker undre seg og stille seg kritisk til det som på forhånd kan synes veldig bra, noe som kan bli en spennende utfordring. Fordelen er et sterkt engasjement og interesse for temaet, utfordringene blir som forsker å være villig til å sette forforståelsen på spill og la den endres. (Gadamer, 2007; Lorentsen, 1998). Malterud (2003) hevder i den forbindelse nytten av å reflektere over egne erfaringer i forhold til emnet som skal forskes på, relasjonen til arbeidssted, informantene og stille spørsmålet om på hvilken måte dette

påvirker studien, til forskjell fra om forsker hadde hatt en annen bakgrunn. Likeledes å reflektere over hva forsker på forhånd, forventer å finne. En utfordring vil være å skape tillit og en god atmosfære, hvor intervjupersonen kan føle seg trygg til å snakke åpent om sine erfaringer og opplevelser. Intervjusituasjonene kan bli påvirket av at forsker har forskjellig kontakt og relasjon, med informantene. De vil kunne kjenne på en konflikt, mellom å fortelle om sine egentlige erfaringer og det de kanskje tror forsker ønsker at de skal si. I følge Kvale & Brinkmann (2009) er det ikke ønskelig at forsker bidrar med sine egne holdninger til temaet som skal tas opp, heller ikke at intervjuet blir en vennsamtale. Samtidig må forsker gi litt av seg selv, for å fortjene et åpent svar. I prosjekter der kvalitativ metode blir benyttet, vil beskrivelser og tolkninger ofte gjøre seg gjeldende i følge (Malterud, 2003).

3.4 Valg av intervjupersoner

Det ble benyttet et strategisk utvalg for utvelgelse av intervjupersoner, som ville kunne gi svar på forskningsspørsmålene (Thagaard, 2006). Et hensiktsmessig utvalg i forhold til studiens mål, var å spørre sykepleierne som hadde deltatt i sykepleiefaglig veiledning med vekt på empowerment. På lungesykehuset har det vært drevet sykepleiefaglig veiledning i en 10 års periode, med faste grupper som møtes 1 ½ time hver 14. dag. Veiledningen er et tilbud til sykepleierne ved sykehuset og ledes av sykepleier, med utdanning i veiledning. Det varierer hvor mange år de forskjellige sykepleierne har deltatt. Fra høsten 2007 har veiledningsgruppa hatt fokus på empowerment som begrep, fag og prosess, hvor sykepleierne har forberedt case fra praksis som man ser på i lys av empowermentideologien. I følge Kvale & Brinkmann (2009); Holter & Kalleberg (1996) er det hensiktsmessig å intervju så mange personer som nødvendig, for å finne et meningspunkt, det vil si at nye intervjuer ikke gir ny kunnskap.

Inklusjonskriterier

Veiledningsgruppa på lungesykehuset består av 10 sykepleiere, hvorav 5 av dem startet veiledningen i august 2009. De resterende 5 har hatt veiledning i til sammen 2 1/2år. Det er også 4 sykepleiere som har gått i veiledning 2 år som sluttet i august 2009. I denne studien vil inklusjonskriteriene være sykepleiere ved lungesykehuset som har deltatt i sykepleiefaglig veiledning med vekt på empowerment i 2 år, i alt 9 personer, noe som kan synes å være et passende antall for å muliggjøre dyptgående analyse (Thagaard, 2006).

Eksklusjonskriterier

De 5 sykepleierne som startet veiledning i august 2009 vil ikke bli inkludert i studien, på grunn av for kort tid i gruppen.

3.5 Forberedelse av intervjuet

Informasjonsskriv ble gitt til de to avdelingslederne. Det omhandlet studien, og forespørsel om å utføre den empiriske delen av studiet i avdelingen ved å intervju sykepleierne (Vedlegg 2). Etter mottatt muntlig tillatelse, ble så informasjonsskriv (Vedlegg 3 og 4), med spørsmål om deltakelse og samtykkeerklæring lagt i informantenes individuelle posthylle. Ni sykepleiere fikk tilsendt skrevet og det ble valgt å inkludere alle ni, for å sikre bredde og dybde i det aktuelle tema noe som i følge Thagaard (2006) er sentralt. Forsker hadde en samtale med hver av sykepleierne hvor det ble avtalte sted, tidspunkt og litt informasjon om hvordan intervjuet ville foregå. Kvale og Brinkmann(2009) benevner dette som ”briefing” når intervjueren før intervjuet forteller litt om hensikten med intervjuet, hvordan det skal foregå, tidsperspektiv, bruk av båndopptaker og om intervjupersonene har spørsmål før oppstart. Etter at intervjuet var avsluttet, ble det gjort en oppsummering av de viktigste punktene og gitt rom for kommentarer på hvordan informanten hadde opplevd intervjusituasjonen. Alle intervjuene foregikk i lungesykehusets lokaler, i og utenfor arbeidstid, alt etter som hva som passet den enkelte og avdelingen. Verken avdelingslederne eller de andre ansatte i avdelingene ble informert om utvalget, kun at den empiriske delen skulle utføres i avdelingen.

Kvalitativ metode vil være aktuell da det vil være sykepleiernes erfaringer som vil stå i fokus. Intervjuet i denne studien vil ha et fenomenologisk perspektiv hvor forsker vil fokusere på personens livsverden, deres erfaringer med å bruke empowermentideologien i praksis, beskrevet med deres egne ord. Intervjuet vil være utforskende, det vil si at det vil være et tema som det skal samtales om og intervjuet vil bære preg av noe mindre struktur på spørsmålene. Samtidig vil forsker legge vekt på en åpenhet rundt samtalen, noe som følge Kvale & Brinkmann (2009) er anbefalt.

I denne studien ble det brukt et semistrukturert intervju, med en veiledende intervjuguide med åpne spørsmål og oppfølgingsspørsmål som var ment til å gi svar på problemstillingen (Vedlegg 1). I utarbeidelsen av intervjuguiden ble det lagt vekt på å gi spørsmålene en

deskriptiv form, ved å bruke setninger som: kan du beskrive, kan du fortelle om en situasjon, og hvordan opplevde du. I forhold til forskers forforståelse, ble det viktig å stille åpne spørsmål, som ikke la føringer for en bestemt oppfatning. Et eksempel her er: kan du beskrive en situasjon både hvor pasienten ble anerkjent/ ikke anerkjent. Dette var et valg forsker gjorde for å få best mulig bredde og dybde i svarene, som i følge Thagaard (2003) er viktig. Under hele prosessen med utarbeidelsen av intervjuguiden, ble det fokusert på åpne spørsmål og i størst mulig grad å unngå å legge føringer. Masterseminarene ble for forsker en viktig arena, hvor mulige spørsmålsvarianter ble faglig vurdert og diskutert i samråd med erfarne lærere og medstudenter.

Det ble viktig for forsker å skape et godt samspill og relasjon med informantene. Kvale & Brinkmann (2009); Malterud (2003) poengterer at det er i dette samspillet kunnskap produseres. De benevner intervjuet som et håndverk, som når det blir utført godt kan gi konkrete og jordnære data og fortellinger om hendelser som har skjedd. Samtidig som forsker vil ha stort fokus på en åpen og fri dialog i intervjusituasjonen, må ikke det asymmetriske maktforholdet undervurderes. Det innebærer i følge Kvale & Brinkmann at forsker har en vitenskapelig kompetanse, bestemmer temaet og har en lederrolle i intervjusituasjonen.

Kvale og Brinkmann (2009) hevder at ved siden av teori om temaet som skal belyses og begrepene, innhentes det også kunnskap om temaet ved fysisk tilstedeværelse i miljøet der intervjuet skal gjennomføres. Da kan forsker få innblikk i språkbruken på stedet, likeså maktstrukturene og de daglige rutinene. De hevder videre at kunnskap om det som skal undersøkes eller studeres, er grunnlaget for å stille de riktige og viktige spørsmålene. Likeledes å være bevisst på utforming av spørsmålene, slik at det ikke unnlates å spørre om ting som kan virke som selvfølgeligheter, men som vil kunne være viktig informasjon i studien. Under hele prosessen var fokus og bevissthet rettet mot at det ble forsket på egen arbeidsplass, hvor temaet også hadde en personlig interesse og hvor intervjupersonene var kollegaer. Malterud (2003) hevder at det er sammen vi skaper den virkeligheten vi lever i, og utvikler begreper som kan betegne den. Forsker vil være en deltaker, som påvirker både prosess og resultat. Det blir viktig for forsker å reflektere over egne tanker, holdninger og meninger for best mulig å være i stand til å gjengi informantenes historie på en lojal måte.

Pilotintervju

Den fullstendige transkripsjonen med alle spørsmålene fra det første intervjuet, ble levert veileder for gjennomsyn. Som forsker på egen arbeidsplass, ble det viktig å lese intervjuet med tanke på om forsker brukte ledende spørsmål i retning av: du mener vel, er du ikke enig i. Dette kunne medføre at det ble forskerens utsagn og ikke informantenes (Malterud, 2003) Intervjumaterialet var av en slik karakter at det var ønskelig å benytte i studien, da intervjuguiden ikke ble forandret.

3.6 Gjennomføring av intervju

Alle ni intervjuene ble gjennomført på lungesykehuset. Ved innledningen til hvert intervju, ble intervjupersonene informert om formålet med studien, forskers rolle med å stille spørsmål og deres rolle med å svare på spørsmålene. Forskjellen på forskerintervju, vanlig kollegaprat og diskusjon ble også omtalt av forsker, likeledes at rollefordelingen kunne oppleves noe kunstig. Det ble presisert at det var informantenes egne erfaringer og opplevelser som var i fokus. Bruk av lydopptak ble gjort kjent og det ble gitt rom for spørsmål, før intervjuet.

Innledningen medførte at vi var raskt i gang, vi hadde jo en relasjon fra før. Vi hadde snakket om de ulike rollen og den annerledes settingen, noe som medførte at det ikke ble ansett som noe problem. Temaene som spørsmålene i intervjuguiden dreide seg om, var kjent for sykepleierne. Det var jo deres arbeidshverdag det skulle dreie seg om, den var også fokus i veiledningen. Samtidig var det viktig for forsker å fram deres oppfatning og mening i de sentrale prinsippene i empowermentideologien, det Kvale & Brinkmann(2009) beskriver som spørsmål som sikter mot intervjupersonenes tankemessige forklaring av temaet som taes opp. For forsker ble det viktig å få dem til å beskrive situasjoner, fra deres hverdag i avdelingen. Spørsmål som ble benyttet var: Hva kjennetegner et godt møte med pasientene, hva er viktig for deg, hva gjør du, kan du fortelle om, hvordan får du til i praksis, det du opplever som viktig. Her ble det viktig for forsker å få fram fortellingen. Intervjuspørsmålene bar preg av en deskriptiv form for ytterligere å få beskrevet situasjonen. Kvale & Brinkmann (2009) benevner dette som introduksjonsspørsmål som ble etterfulgt av oppfølgingsspørsmål, hvor forsker stilte spørsmål ved det som nettopp ble sagt. Å være bevisst på kroppsspråket med å innta en interessert holdning og aktiv lytting som nikk og et oppmuntrende smil blir av Kvale & Brinkmann omtalt som viktig, samt

bevisst naivitet og forsøk på fordomsfrihet for å åpne opp for nye og uventede sider ved fortellingen. Da informantene skulle fortelle om en situasjon fra praksis, opplevde de det vanskelig å huske tilbake lenger enn forrige uke. Bevisst taushet fra forsker, kan være et viktig redskap for å gi rom for å tenke seg om og reflektere, noe Kvale & Brinkmann poengterer. I slike situasjonene kan inngående spørsmål være nyttig hevder de.

Kvale & Brinkmann (2009) poengterer viktigheten av at forsker har gode kunnskaper innen intervjuets temaområde. Intervjusituasjonene i denne studien bar til tider preg av at forsker var intenst interessert i det som det samtaleets om og hadde gode kunnskaper innen temaområde, noe som på den ene siden inspirerte til å gå dypere inn i fenomenene, men på den andre siden forårsaket avbryting og at forsker fullførte setninger som informantene hadde startet på. Resultatet ble at nyttig data gikk tapt, på grunn av forskers innblanding. Imidlertid fremkom det av intervjuene et betydelig materiale, som gav et godt grunnlag til videre analyse. Bevissthet og fokus på forskertemaet og hensikten med studien, var viktig under intervjuene. Kvale & Brinkmann poengterer i den forbindelse forskers oppgave med i best mulig utstrekning å fokusere på de temaer som belyser det undersøkelsen går ut på. Fortolkende spørsmål ble benyttet (Malterud, 2004; Kvale & Brinkmann, 2009). Intervjuet bar preg av pendling mellom informantens forståelse av situasjonen som ble beskrevet og av fenomenet som ble omtalt. Likeså forskers forståelse av det som blir formidlet, forforståelse, faglig forankring og kontekst og at det som skulle fortolkes må ses i sammenheng mellom disse. Dette er i tråd med en hermeneutisk fortolkningsmodell hvor den hermeneutiske sirkel betegner forholdet mellom det som skal fortolkes, vår forforståelsen og den sammenhengen teksten står i (Gilje & Grimen, 2007). Den hermeneutiske sirkel, kan forklares med at det er en sammenheng mellom disse og at vi hele tiden beveger oss mellom å fortolke deler av en tekst og i lys av det, kan tolke helheten og omvendt.

I avslutningsfasen etter det siste spørsmålet var besvart, ble det gitt anledning til utfyllende kommentarer, debriefing (Kvale & Brinkmann 2009). I enkelte spørsmål, hvor forsker ønsket eksempler på opplevelser og erfaringer og hvor informanten ikke husket noen i farten, opplevdes det nyttig å kunne gi en ny anledning til å besvare spørsmålet. I avslutningsfasen ble det også gitt anledning til å si noe om hvordan de opplevde intervjusituasjonen (Kvale & Brinkmann, 2009). Intervjupersonene gav da uttrykk for, at det noen ganger var vanskelig i starten å huske situasjoner i praksis og en gjentagende

kommentar under intervjuet var: ”slike situasjoner er jeg jo stadig opp i, men å komme på dem nå”. Andre episoder igjen, hadde brent seg fast og var lett å ta fram, selv om det var skjedd en tid tilbake. Spørsmål hvor de skulle beskrive hva de gjorde, var det flere som gav uttrykk for at de opplevde unaturlig og kunstig. Dette gav de spontant uttrykk for i løpet av intervjuet, men det hadde også sin naturlige plass i oppsummeringen. Oppsummeringen gav imidlertid rom for kort refleksjon og undring rundt opplevelsene, samtidig gav det rom for ettertanke. Ingen gav uttrykk for at intervjusituasjonen hadde vært en ubehagelig opplevelse, motivasjonen var for flere, at de ønsket å bidra og hjelpe i prosessen med en kollegas master. En opplevde at det ble lettere å snakke, etter at vi hadde skrudd av lydopptakeren. Intervjuet ble tatt opp med Olympus Digital voice recorder VN-5500 PC.

3.7 transkribering og analyse

Transkriberingen ble foretatt parallelt, med gjennomføring av intervjuene. Transkripsjonen besto av 81 transkriberte sider, med linjeavstand 1. Lydfilene ble transkribert ordrett, med pauser. Det lengste intervjuet varte 62 minutter og det korteste 39 minutter. De resterende varte i ca 1 time. Forsker valgte å skrive inn pauser, markere avbrytelser av intervjuer, latter, snakking i munnen på hverandre, enkelte stemmeleier, for bedre å forstå konteksten. Videre ble det valgt å transkribere på bokmål og utelate dialektord. Kvale (2009) poengterer viktigheten av å være klar over at allerede gjennom lydopptak og videre gjennom transkriberingen, blir samtalen i intervjuene transformert, det vil si at de skifter til en annen form, noe som er et naturlig ledd i analysen. Det ble viktig som Kvale(2009); Malterud (2002) hevder, å være klar over at nyanser som kroppsspråk og stemmeleie blir svekket i denne delen av prosessen. Analyseprosessen starter allerede før intervjuene startet, noe som er i samsvar med Kvale & Brinkmann. For forsker betydde det at studiens hensikt, hva som skulle undersøkes og hvorfor, hele tiden måtte være i fokus under intervjuene. Å være observant for tolkningen som skjedde underveis og at tolkningen påvirket hvordan oppfølgingsspørsmålene ble stilt blir av Kvale og Brinkmann benevnt som å gå i dialog med teksten.

Meningsfortetning	Råkategorisering	Hovedkategorier og underkategorier
<p>Sp.1: Hva er det som kjennetegner møtet mellom sykepleier og pasient slik du ser det?</p> <p>”Det er et møte mellom to mennesker, der den ene trenger hjelp og den andre er eksperter”</p> <p>”Hvor det er ulike forventninger til hverandre som ikke alltid stemmer overens og som det kan være vanskelig å kommunisere”</p> <p>”Også er det et møte mellom to personer ikke bare meg som sykepleier”</p> <p>”Jeg er opptatt av at det skal være et godt møte med meg, små detaljer som smil er viktig”</p> <p>”Det er viktig å lytte til pasienten og vise respekt”</p> <p>”Det er viktig å vise respekt og interesse for et levd liv”</p> <p>”Jeg er opptatt av at de skal fortelle historien sin, ikke bare sykehistorien sin, det er viktig for det videre samarbeidet. De er mer enn KOLSen”</p> <p>”Morsomt å se maktforholdet endre seg når de får innfor om at de er eksperter på seg selv”</p> <p>”Jeg har en forventningsfull undring i møte med pasienten, et åpent sinn hvor jeg oppdager nye ting i prosessen, danner bilde av et levd liv, hva de har i bagasjen av erfaringer og holdninger, tanker og forventninger, evner og ressurser og kapasitet”</p> <p>”Viktig med den individuelle</p>	<p>To eksperter</p> <p>Ulike Forventninger</p> <p>Ydmykhet</p> <p>Vanskelig å kommunisere forventninger</p> <p>Være blid og hyggelig</p> <p>Lytte åpent -respekt</p> <p>Vise interesse</p> <p>Ikke være fordømmende</p> <p>Relasjonsbygging</p> <p>Positiv nysgjerrighet</p> <p>Pasientens historie</p> <p>Veiledning</p> <p>Pasientens ressurser</p> <p>Undrene</p> <p>Individuell tilnærming</p> <p>Tilbyder</p>	<p>Møte mellom to mennesker /eksperter</p> <p>Særegen / genuine interesse for pasientene</p> <p>Relasjonsbygging</p> <p>Åpenhet</p> <p>Ydmykhet</p> <p>Pas. historie</p> <p>Kvalitet på møtet</p> <p>Fokus på å se pasientens ressurser</p> <p>Pas. er ekspert</p> <p>Være støttende</p> <p>Ansvarliggjøre pas.</p> <p>Bruk av veiledning</p> <p>Individuell</p> <p>Tilnærming</p> <p>Tilbyder</p> <p>Ikke belærende</p> <p>Vise respekt</p> <p>Opplevelsen av at sykepleier står med makta</p> <p>Skjevhet i forholdet</p>

<p>tilnærmingen, den særegne interesse for den enkelte pasient, det er interessant”</p> <p>”Det er spennende hva pasienten tenker, den prosessen som skjer mellom oss disse fire ukene”</p> <p>”Vi er en hjelper og tilbyder”</p> <p>”Vi må være litt leder også i møte med pasientene”</p> <p>”Jeg synes det er viktig med litt humor, for at de skal slappe av”</p> <p>”Jeg bruker mye veiledningsspørsmål, åpne spørsmål”</p> <p>”Viktig å være var for det pasienten formidler”</p>		<p>Ulike forventninger</p> <p>Vanskelig å kommunisere forventninger</p> <p>Ikke være fordømmende</p>
---	--	--

Figur 3.1 Beskrivelse av analyseprosessen

Den videre analysen foregikk ved at forsker leste igjennom hvert intervju for å få en opplevelse av helhet (Kvale & Brinkmann, 2009). Videre ble svarene fra hver informant under hvert av spørsmål samlet i hvert sitt dokument kalt Meningsfortetning (Fig.1). Dette skjedde ved å samle alle utsagn som omhandlet hvert spørsmål fra hver av informantene i et dokument. Her fikk forsker en oversikt over sammenfallende svar fra informantene. Hele tiden med fokus på å lese svarene på en så fordomsfri måte som mulig, i tråd med Kvale & Brinkmann Deretter foretok forsker en råkategorisering av svarene. Det ble gjort ved å finne nøkkelord og abstrahere, for å finne ut hva de egentlig sa og om det handler om hensikten og spørsmålet i studiet, som er i tråd med Kvale & Brinkmann.. Dette ble gjort ved at den umiddelbare meningen i setningene ble gjengitt med færre ord og ved å lytte til lydopptaket, samtidig med å notere abstraksjoner i margin på intervjuutskriftet. Hele tiden med fokus på informantenes uttalelser og sett fra deres synsvinkel, men allikevel tolket av forsker. Abstraksjonene og nøkkelord ble så samlet i et dokument kalt råkategorisering, (Fig.1). Mellom 20-30 utsagn og nøkkelord ble samlet under hvert spørsmål.

Neste trinn, ble å sortere nøkkelord og utsagn og gjennom den prosessen utkrystalliserte det seg noen svar, som så ble satt opp i hovedkategorier med underkategorier. Dette ble

gjort ved at nøkkelord og utsagn ble lest gjentatte ganger, for å finne lignende utsagn og nøkkelord som kunne sammenfattes under hvert spørsmål. Resultatet her ble 3-4 bolker under hvert spørsmål, med 2-7 underpunkter. Det ble et betydelig materiale. Ved å lese materialet gjentatte ganger, så forsker at flere av underpunktene var sammenfallende for flere spørsmål. For å få en bedre oversikt over hvilke temaer som ble berørt under de sammenfallende underpunktene, ble det behov for å samle sitater under de forskjellige bolkene med underpunkter (Vedlegg 7). Dette ble gjort ved å lime alle spørsmålene bortover et stort ark, for så å lime kategorier og underkategorier under hvert spørsmål. Deretter ble sitater som bygde opp under hver kategori limt inn. På nåværende stadium i analyseprosessen ble det viktig å gjøre et valg ut fra hensikten med studien og de spesielt interessante områdene, som ble berørt. I løpet av denne prosessen fremkom det av intervjuene sentrale og interessante temaer. I følge Kvale & Brinkmann (2009) ble det viktig i analysen å gå inn på de forskjellig interessante sidene i intervjuene og å tolke dem, berike og utdype meningen med det de sa, på en slik måte at forskers kunnskap om temaet blir utvidet. Intervjupersonene beskrev detaljert både i form av ord og eksempler, hvordan de benytter empowermentideologien i praksis. I løpet av prosessen, både da forsker hørte informantene fortelle, leste kroppsspråket og i arbeidet med å tolke dataene videre, dannet det seg tanker hos forsker om hva sykepleierne var opptatt av å formidle, og hva som var viktig for dem i arbeidet på lungesykehuset. Temaer som gikk igjen, var hvordan de arbeidet og hva de gjorde for å utøve god kvalitet på sykepleien til lungesyke og på hvilke arenaer. Samtidig som de beskrev hvordan de praktiserte empowermentideologien, og utfordringer de sto opp i, ved å benytte empowermentideologien ovenfor pasientene. Dette ble førende for den videre analysen og hvilke temaer, forsker skulle velge å fokusere på. 4 temaer ble valgt, ut fra sentrale interessante sider ved intervjuene som det var ønskelig å gå inn i og tolke på en dypere måte. Under de 4 valgte områder/hovedkategoriene med bolker og underpunkter, ble det ved igjen å lese intervjuutskriftet, lytte til lydopptaket og studere kategorier og underpunkter fra alle spørsmålene tilføyd underpunkter.

Hovedtema 1 Hva var det de gjorde?	Hovedtema 2 Hvordan gjorde de det?	Hovedtema 3 Hvorfor gjorde de det?	Hovedtema 4 Utfordringer.
Underkategorier Samhandle og veilede Undervisning Samtaler Dialog	Underkategorier Bygge tillit og trygghet Sette seg inn i pas. situasjon Se pas. ressurser Møte pas. der han er Tilgjengelighet Vise omsorg og respekt Utfordre pas. Ansvarliggjøre Stille gode spørsmål	Underkategorier Genuin interesse for pasienten og hans historie Spennende med kommunikasjon og dialog Møtet mellom to mennesker Ville gjøre det riktige Lyst til å være god Arbeidsglede Ønske om å skape et godt klima Bli glad i	Underkategorier Se en sammenheng Forstå pas. situasjon. Tilpasset kunnskap Å tåle at pas. tar ukloke valg Takle irritasjon og frustrasjon Ikke å gi råd når pas ikke spør om det

Figur 3.2 Eksempel på kategori i endring

Hovedtema 1 Hva var det de gjorde?	Hovedtema 2 Hvordan gjorde de det?	Hovedtema 3 Hvorfor gjorde de det?	Hovedtema 4 Utfordringer
Underkategorier Innkomsamtale Kartleggingssamtale Målsamtale Uformelle samtaler Undervisning Samtalegrupper Ukesamtaler	Underkategorier Bygge tillit og trygghet. Medvirking og deltakelse. Respekt og likeverd. Utfordring og ansvarliggjøring.	Underkategorier Likeverd Interesse Kunnskap Kompetanse Respekt Mestringsfølelse Berørt Ønske Vilje Erfaring Lyst Engasjement	Underkategorier Makt Medbestemmelse Medvirkning Anerkjennelse Ekspert Respekt Valg Relasjon Kjemi Samarbeid Likeverd

Figur 3.3 Neste trinn i prosessen: videre abstrahering og sammenslåing.

Hovedtema 1	Hva var det sykepleierne opplevde som viktig?
Underkategorier	Innkomtsamtale Kartleggingssamtale Målsamtale Uformelle samtaler Undervisning Samtalegrupper Ukesamtaler
Hovedtema 2	Hvordan var det de gjorde det?
Underkategorier	Bygge tillit og trygghet Medvirkning og deltakelse Respekt og likeverd Utfordring og ansvarliggjøring
Hovedtema 3	Hvorfor gjorde de det?
Underkategorier	Betydningen av kompetanse Betydningen av lyst og vilje
Hovedtema 4	Utfordringer
Underkategorier	Medvirkning og likeverd i praksis Å anerkjenne pasienten som ekspert i praksis

Figur 3.4 Endelige hovedkategorier og underkategorier.

3.8 Ethiske aspekter

Prosjektet ble godkjent av Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD) (Vedlegg 5). I tillegg ble dato for prosjektslutt justert NSD (vedlegg 6). Det ble søkt og innhentet tillatelse til å gjennomføre studien fra avdelingslederne ved det aktuelle sykehuset (Vedlegg 2). Navnene på intervjupersonene ble ikke delt med avdelingslederne. Alle deltakerne fikk muntlig og skriftlig informasjon om prosjektets hensikt og tema, noe som er i tråd med (Kvale og Brinkmann, 2009).

Materialet ble behandlet konfidensielt både i forhold til den enkelte intervjupersonen, men også i forhold til det sykehuset hvor intervjupersonene jobbet, i tråd med retningslinjer gitt av NSD. Svarbrevene med samtykke fra intervjupersonene, ble lagt i forskers posthylle på ekspedisjonen, hvor posthyller fra alle avdelinger er samlet og som er i en annen etasje enn hvor pleierne arbeider. Transkriberingen av intervjuene ble nedskrevet ordrett, og sitatene ble anonymisert. Lydkvaliteten på lydopptakeren var meget god, men der det oppsto tvil om innholdet ble opptaket repetert. Videre ble dialektord utelatt. Informasjonen som ble

registrert, ble kun brukt som beskrevet i søknaden til NSD. Alle opplysninger ble behandlet uten navn og andre direkte gjenkjennelige opplysninger. Disse ble aidentifisert ved en kode, knyttet til intervjupersonenes opplysninger via en navneliste. Kode og navneliste har blitt oppbevart hver for seg. Kun forsker har hatt adgang til navnelisten og kan finne tilbake til denne. Det vil ikke være mulig å identifisere intervjupersonene i resultatet av studien, når man leser masteroppgaven. Lydfile, kode og navnelisten har blitt oppbevart i låsbart skap. Dette destrueres når prosjektet er avsluttet (NSD).

Ved bruk av halvstrukturert intervjuguide kan det være vanskelig å forutse og å informere om ulike temaer som kan dukke opp i løpet av intervjuene. (Kvale & Brinkmann, 2009). Det ble lagt vekt på at uforutsette temaer ikke måtte medføre ubehagelige konsekvenser for intervjupersonene og at de ikke skulle føle seg presset til å si noe de ville angre på. Bruk av stemme og aktiv lytting, ble bevisst brukt for å skape tillit under intervjuene. I tråd med Kvale & Brinkmann ble det viktig for forsker å være bevisst på ikke å gi rom for fordommer, men lytte til utsagnene slik hver informant formidlet dem, for på den måten hindre at det oppsto avstand mellom informant og forsker.

4 PRESENTASJON AV FUNN

I det følgende kapitelet presenteres de empiriske resultatene. Gjennom analysen dannet det seg fire hovedtemaer med 9- 12 underkategorier. Funnene presenteres ved en oversikt over hovedtemaer samt underkategorier (Fig, 4.1). Deretter følger en presentasjon i form av sitater og kommentarer. Sitatene er skrevet i kursiv.

Hovedtema 1	Hva var det sykepleierne opplevde som viktig?
Underkategorier	Innkomstsamtale Kartleggingssamtale Målsamtale Uformelle samtaler Undervisning Samtalegrupper Ukesamtaler
Hovedtema 2	Hvordan var det de gjorde det?
Underkategorier	Bygge tillit og trygghet Medvirkning og deltakelse Respekt og likeverd Utfordring og ansvarliggjøring
Hovedtema 3	Hvorfor gjorde de det?
Underkategorier	Betydningen av kompetanse Betydningen av lyst og vilje
Hovedtema 4	Utfordringer
Underkategorier	Medvirkning og likeverd i praksis Å anerkjenne pasienten som ekspert i praksis

Fig 4.1 Endelige hovedkategorier og underkategorier.

4.1 Hva var det sykepleierne opplevde som viktig?

Innkomstsamtale

Sykepleierne fortalte at fra det første møte nede i resepsjonen, hvor de tok imot en ny pasient, så var hver arena deretter, om det var uformelle samtaler eller mer formelle undervisninger, et skritt videre i relasjonsbyggingen og samhandlingsprosessen. En sykepleier fortalte at hun opplevde at pasientene ofte var stresset og hadde grudd seg litt til å komme og var slitne, etter en lang reise. Hun fortalte at hun var ekstra var og

oppmerksom på hvordan pasienten hadde det ved ankomst og at hun passet på å ikke gi for mye informasjon, men la de finne ro. Videre mente hun at det var viktig, at hun tok rollen som lederen deres den første dagen.

Først bare hilser jeg og ønsker dem velkomme Så sier jeg at det er ikke så mye som skal skje første dagen, at de har litt tid til å slå seg litt til ro og at de skal møte legen etter hvert.

Flere av sykepleierne betegnet det første møtet med pasienten som viktig. Da ble mye av grunnlaget for den videre kontakten dannet. De ønsket å formidle at det planlagte oppholdet ikke skulle være lik et opphold på et akutt sykehus, men mer fokus på helhetlig tenkning. Sykepleieren ønsket å se på pasientene som hele mennesker, med tanker, følelser, egenskaper og resurser. Det var viktig for sykepleierne å formidle at de ønsket å bli godt kjent med pasienten.

Det å gå ned å møte en pasient, det synes jeg er like spennende hver gang. Jeg er vel litt nysgjerrig på alle mennesker, og jeg går alltid ned med en sånn forventningsfull undring egentlig, når jeg skal ta imot primærpatienten min.

Det å komme til et nytt sted, et sykehus hvor de skulle være i 4 uker, kunne oppleves skremmende og utrygt for enkelte pasienter. Det var noe sykepleierne var opptatt av og klar over. De la vekt på å skape en vennlig, imøtekommende og respektfull mottakelse. Noen sykepleiere fortalte at de hadde velkomstmøter med de nye pasientene på kveldstid, hvor fokus var å formidle at de som fagpersonell var interessert i å bli kjent med dem. Der fortalte de også hva de som sykepleiere kunne bidra med, i løpet av oppholdet.

Kartleggingssamtalen

Jeg bruker det vi kartlegger, det gjør vi jo ganske tidlig og da får jeg jo et ganske nært og personlig forhold til pasientene og jeg prøver å bruke det som utgangspunkt. Og så bruker jeg humor, ler litt sammen med pasienten!

Kartleggingssamtalen mente sykepleierne kanskje var den viktigste arenaen, for å skape kontakt og bygge relasjon med sin primærpatient. Her ble fokus å få tak i det levde livet til pasienten, hvem han var, hva han var opptatt av, erfaringene, holdninger, tanker og forventninger. Likeså hva han sliter med, og ikke minst ressursene. I denne samtalen mente sykepleierne det var viktig med den individuelle tilnærmingen og få tak i pasientens

ønsker, behov og hva som var viktig for dem. Dette mente de var grunnlaget for at de sammen kunne lage en plan for hvordan sykepleieren og pasienten kunne samarbeide, gjennom de fire ukene for å nå målene. Her ble et viktig tema å dvele med hva pasienten selv kunne gjøre, lete fram ressursene, skape en arena hvor pasienten torde å være ærlig og ikke svare slik de trodde sykepleierne ønsker. Sykepleierne var opptatt av at det måtte være pasientens prosess og at de var hjelpere, i prosessen.. Å introdusere timeplanen med program skreddersydd for pasientene som gruppe, var et ledd i kartleggingssamtalen og samtidig tilpasse den til hver enkelts behov og ønsker, samtidig som de ønsket å ansvarliggjøre pasienten for valgene.

Vi går igjennom for eksempel timeplanen med tips og råd, men vi sier jo ikke gjør det og gjør det. Da må de på en måte ta egne avgjørelser. Jeg forteller om tilbudet, hva som er anbefalt, og at de ikke må gå på alt, men spare på energien og finne en balanse mellom aktivitet og hvile.

Målsamtale

En arena for samhandling var målsamtalen, sykepleierne hadde med pasienten i starten av oppholdet. Der ønsket de å få tak i hva som var viktig for pasienten i livet sitt, hva han ønsket å få til, fortsette med, begynne med, slutte med, eller som kunne oppleves problematisk nå. Sykepleierne fortalte også at de kunne hjelpe pasientene med å avgrense målene, eller lage delmål som var oppnåelige.

Når pasientene finner noen slike områder i livet sitt, kan jeg gå inn å hjelpe og støtte pasienten i prosessen med å få til det han selv ønsker. Dette oppleves veldig annerledes enn å si til en pasient at røyking er usundt, du må slutte. Da blir det pasientens egne ønsker og behov som står i sentrum og motivasjonen for, og meningen i forandringen blir øk og målene blir bevisste for pasient Jeg synes at målsamtalen er en veldig vesentlig ting i det her, for da prøver jeg å få tak i hva som er viktig for dem i livet, hva de ønsker å få til, eller fortsette med, eller begynne med som kanskje er litt problematisk nå. Jeg tenker at det er viktig å ha relasjonen, før en begynner å jobbe med mål.

Sykepleierne var opptatt av at det var pasienten selv som måtte finne sine egne mål. De som sykepleiere kunne hjelpe til i prosessen, ved for eksempel å stille åpne spørsmål om

hva de har likt å gjøre tidligere, og hva som betyr noe for dem. Å få konkretisert målene, mente de kunne hjelpe pasienten til å vite når de hadde nådd målene. Mange ganger kunne dette være tidkrevende, fordi pasienten var uvant med å reflektere på den måten og heller ikke så vant til sette seg nål.

Uformelle samtaler

Sykepleierne formidlet at det fant sted mange uformelle samtaler, i løpet av de 4 ukene pasienten var innlagt. De mente at de ulike samtalen, utdypet deres forståelse av pasienten og at de ble bedre kjent. Slike samtaler, kunne karakteriseres som en samtale mellom to mennesker og ikke først og fremst en samtale mellom en fagperson og pasient. Det kunne være på en stille kvelds eller helgevakt, hvor sykepleieren kunne ta seg en kopp kaffe sammen med pasientene og hvor praten oppsto spontant, om dagligdagse ting, eller det kunne dreie seg om et av de aktuelle områdene pasienten jobbet med. Temaene kunne være røykeslutt, medisinbruk, kosthold, bruk av surstoff eller spørsmål og uro rundt sykdommen.

De uformelle samtalen, de synes jeg er vel så fine. For eksempel å jobbe en kveldsvakt, da er det mange som kommer inn og setter seg ned for å prate. Det blir jo veldig mye på pasientens premisser, akkurat den biten. Og så er det de pasientene som ikke kommer av seg selv og da er det jeg som må oppsøke de. Det går litt begge veier.

Likeledes pekte flere av sykepleierne på muligheten pasientene hadde til å stikke innom vaktrommet, såkalt dørsprekksamtaler og korte samtaler i forbifarten i gangen. Her kunne temaene være alt fra spørsmål om medisiner, til røykeabstinens og hvor en kort samtale kunne avhjelpe situasjonen. En sykepleier beskrev det som å være aktiv ute i avdelingen, hvor det å være åpen og mottakelig for å bli kontaktet, var vesentlig. Samtidig å se signaler på at pasienten ønsket kontakt og så respondere på det. En sykepleier beskrev de uformelle samtalen som små snutter, eller dørstokksamtaler, hvor pasienten ble sett i hverdagen.

Undervisning

I løpet av de første møtene, visitter og kartlegging, kom pasientens ønsker og behov fram. Sykepleierne pekte på flere arenaer, hvor dette ble imøtekommet. Undervisning var en arena hvor det fantes et opplegg for hva det skulle undervise i, enten det var oksygenbruk, kosthold, medisiner eller egenbehandling. Sykepleierne mente at undervisningen ofte bar preg av veiledning og samtale, samtidig som det inneholdt momenter av ren undervisning,

hvor sykepleieren for eksempel kunne forklare hvordan medisinene virker og hvordan bruke dem, eller forklare hva som var hensikten med en egenbehandlingsplan.

Undervisningen forgikk i grupper, for så videre og bli fulgt opp individuelt. Dette gjaldt spesielt når det var snakk om å innøve ferdigheter på utstyr og inhalasjon, av medisiner. Å fange opp behovene og tilpasse undervisning og veiledning til den enkelte pasient, var en viktig oppgave.

På innhalasjons undervisning synes jeg det er litt ålreit å få til litt dialog. Hvis de har brukt en medisin, så kan de så utrolig mye! Jeg synes jeg lærer noe hver gang. Jeg blir ofte overrasket når jeg har den undervisningen.

Samtalegrupper

I samtalegruppene, kunne sykepleierne oppleve at de ble kjent med pasientene på en litt annen måte, enn i undervisning og mer formelle samtaler. I samtalegruppene var det et tema som det skulle samtale rundt, men det var pasientene som styrer samtalen og det var deres tanker og erfaringer som var det viktigste.

Ukesamtaler

Ikke alle pasientene var like komfortable med å sette seg mål, eller ha klart for seg hva de ønsket å oppnå med oppholdet. I den forbindelse nevnte flere av sykepleierne at ukesamtaler var en fin arena, hvor de kunne ta opp tråden fra innkomstsamtalen og kanskje gå videre på et tema, som hadde vist seg å være viktig. Da kunne de utforske videre, eller følge opp oppstartede prosesser og arbeide videre med prosessen i å bevisstgjøre pasienten og gjøre han delaktig.

Ellers så er det jo alle samtalene, alle individuelle samtaler med dem da og oppfølgingssamtalene. For eksempel hvordan det går med målene de har satt seg, hva de har vært med på, hva de tenker om de forskjellige undervisningene. Det at du følger opp disse ukesamtalene, det tror jeg er viktig.

Oppsummering

Sykepleierne på lungesykehuset, fortalte at de var sammen med pasientene i ulike kontekster og med forskjellig agenda og at de benyttet arenaene bevisst. De forskjellige arenaene, hadde hver sin funksjon og sykepleierne beskrev alle arenaene som viktige møteplasser.

Innkomstsamtalen, hvor det første møtet fant sted og hvor mye av grunnlaget for det videre samarbeidet ble lagt. Videre kartleggingssamtalen, som de mente var den viktigste arenaen, for å skape kontakt og bygge relasjon, som et fundament å bygge videre på. I denne samtalen var fokus hvordan pasienten opplevde livet sitt, hvem han var, hva som var viktig for han, hvilken endring han ønske, håp og drømmer for det videre livet. Fokus på resurser var viktig. Å få tak i hva pasienten ønsket både på kort og litt lengre sikt, mente sykepleierne var utgangspunktet og ikke hva sykepleierne mente han burde ha fokus på. Uformelle samtaler fant sted gjennom hele døgnet, på ulike arenaer og gav unike muligheter for en annen type kontakt, enn planlagte møter. Her ble det mer på pasientens premisser, hvor han hadde regien og når som helst kunne føle frihet, til å trekke seg ut av situasjonen. En undervisnings, mente sykepleierne oftest bar preg av veiledning og at de la vekt på dialogen mellom pasientene og sykepleieren, rundt et tema som var bestemt på forhånd. Her var det sykepleierne som hadde fagkunnskap noe de ønsket å formidle. I samtalegruppene, var sykepleiernes rolle å legge til rette for dialogen mellom pasientene, hvor det å dele erfaringene med hverandre var sentralt. Alle sykepleierne framhevet hvor viktig det var for dem å være sammen med pasientene, i ulike situasjoner og på forskjellige arenaer. De ønsket å bruke de ulike møtene faglig bevisst og konstruktivt, ut fra tema og intensjon.

4.2 Hvordan var det de gjorde det?

Bygge tillit og trygghet

Du skal i alle fall ikke gå inn å være korrigerende, det gjør du ikke når du skal bygge relasjon! Så det er heller å være litt ydmyk, ta imot, vise din interesse! Vise at du er interessert i vedkommende.

Sykepleierne var sammen med pasientene hele døgnet og det var mange og ulike arenaer, for kontakt. På spørsmål om hva de vektla i de ulike møtene med pasientene, enten det var undervisning, ulike grupper eller samtaler, mente alle sykepleierne at det var viktig med respekt. I det la de at pasientene hadde en erfaring, med hvordan det opplevdes å leve med lungesykdommen. De hadde levd med de ulike fasene i sykdomsbilde, begrensningene og tapene det medførte i lang tid, noe som var viktig å vie oppmerksomhet og ta på alvor. Flere av sykepleierne hevdet hvor viktig det var å ha respekt for alle mennesker, uavhengig av status, utseende og roller. De mente at et hvert menneske hadde en verdi i seg selv og

det var en holdning de ønsket å vise i praksis. Gode holdningen ønsket de skulle gjenspeiles i møte med den kronisk lungesyke og danne grunnlaget, for det videre samarbeidet.

Jeg tenker også det at vi snakker sammen om litt mer vanlige ting, for eksempel familie og at en jeg også kan gi litt av meg selv, eller at jeg på en måte viser litt hvem jeg er som person også, ikke bare som sykepleier.

Noen sykepleiere karakteriserte det første møtet med pasienten som et møte mellom to mennesker. De fortalte at det var noe som hadde endret seg, i løpet av yrkeskarieren og de beskrev det som et møte mellom to mennesker, med et levd liv og at det startet der. På spørsmål om hvordan tillit og trygghet til pasientene ble bygget, svarte de at mye gikk på å bli kjent med hverandre. Sykepleierne fortalte at de var oppmerksom på forskjellen mellom å være personlig og privat, men ingen opplevde det som vanskelig. Det de ønsket å formidle i alle møtene, var imøtekommenhet og tilgjengelighet og karakteristikk som gikk igjen var å være blid, hyggelig og å lytte til det pasienten hadde å si. De fortalte at de ønsket å møte pasienten på en litt ydmyk måte, og ikke virke autoritære. De fortalte at de var veldig opptatt av at pasienten skulle få et positivt møte med sykehuset og dem som sykepleiere. En måte å vise det på, var å være vennlige og imøtekommende. En sykepleier fortalte at hun alltid prøvde å ha i bakhodet, at hun skulle møte pasienten på en blid og hyggelig måte og vise dem respekt.

Så prøver jeg å møte de med et åpent sinn og så prøver jeg alltid å være blid. Jeg er litt opptatt av at de skal få et godt møte med meg, prøver å møte de på en vennlig måte.

Det å få kontakt, og ikke minst holde avtaler, mente de betydde mye i forhold til at pasientene opplevde å kunne stole på dem. Det var ulike måter sykepleierne signaliserte, at de var interessert i pasientene sine på og å bygge relasjon. En sykepleier fortalte at hun ofte satt på fotskammelen inne hos pasienten, for på den måten å signalisere lydhørhet og understreke med kroppsspråket, at hun ikke ønsket å heve seg over pasienten på noen måte. En annen sykepleier fortalte at hun var opptatt av å være bevisst tilstede og lytte til pasienten, prate rolig under møtene og ikke være på veg til et annet sted, selv om det var travelt i avdelingen. En sykepleier fortalte at når hun møtte pasienter i gangen, kanskje spesielt primærpatientene, var hun oppmerksom ovenfor signalene de sendte ut. Oppmerksomhet for at hun for eksempel skulle stoppe opp, at de trengte en oppmuntring,

eller like viktig, at de ikke ønsket noen kontakt akkurat da. Flere hevdet at de var opptatt av hvordan de stilte spørsmålene.

Jeg sitter ofte på fotskammelen inne hos dem og er avslappet og liksom ler og prøver å ikke gjøre det så stiv, for at de skal føle at det er de som vet best og at det er de som skal fortelle til meg!

Gjennom nettopp det å ta pasienten på alvor ved å lytte, gi rom for dialogen og undre seg, opplevde flere av sykepleierne at pasientens bekymringer og engstelse kom til overflaten. Det ble et klima for pasienten til å våge å slippe opp litt. Helt fra det første møtet med pasienten, fortalte sykepleierne at de hadde fokus på å møte pasienten som et menneske, med et levd liv. Sykepleierne mente at det alltid lå forventninger i starten av et rehabiliteringsopphold, både at pasientene hadde forventninger og håp om alt de kunne få hjelp til og hvor bra de kunne bli. Sykepleierne på sin side hadde forventninger til pasientens motivasjon og deltakelse.

Jeg er opptatt av at de ikke bare skal fortelle sykdomshistorien sin, for det gjør noe med dem at de får fortelle sin historie, hvem de har vært og hvem de er. Jeg tror at det gjør noe med selvbildet deres, at vi ser på dem som folk og ikke bare som pasienter.

Som tidligere nevnt var sykepleierne opptatt av å få kontakt med pasientene, for å sammen starte og bygge en god relasjon. Dette mente de var utrolig viktig, i forhold til rehabiliteringsprosessen og samarbeidet de var avhengig av å ha med pasienten. I den forbindelse vektla de det å møte pasienten med et åpent sinn. Noen sykepleiere fortalte at de valgte å ikke lese innkomstjournalen før de skulle kartlegge pasienten, for på den måten å gå inn med færrest mulig forutinntatte oppfatninger og unngå å være belærende og fordømmende. De mente slike holdningene, ble signalisert nonverbalt og skadet relasjonen.

Jeg tenker like mye på at de får et annet syn på SEG. Jeg kan også selvfølelig få et annet syn på dem, det er noe med at jeg er nysgjerrig og ønsker å vite hvem de er. Det synes jeg er spennende og det kan gjøre noe med respekten. Men jeg tenker for dem også og, få lov til å fortell, gjør at de kanskje vokser og at de skjønner at jeg ser på dem som en person, et menneske som har levd livet, som har vært noe og har gjort noe. At de ikke bare er en med kols som har fått det fordi de har røkt på seg kols. Mange av

dem opplever jo det når de kommer, har dårlig samvittighet og at det er noe selvforskyldt og sånn... de er jo noe veldig mye mer enn det.

Det var helt avgjørende at pasient og sykepleier spilte på lag og det var grunnen til at de brukte mye tid på å bygge relasjon, preget av gjensidig respekt, trygghet og tillit. Det første møtet og ikke minst kartleggingssamtalen, var de viktigste arenaene for samtale og dialog. Flere mente at hvis de klarte å skape en god kontakt der, var det et godt grunnlag, noe som medførte at det videre samarbeidet på en måte gled lettere. For å beskrive hvordan de opplevde det lettere, mente noen at det hadde noe med kjemi å gjøre, at det på en måte ble lettere å bare sette seg ned å prate uten noen spesiell innledning, at kontakten var opprettet og at de opplevde en gjensidig respekt. Det videre samarbeidet gikk ut på å støtte pasienten på veien mot målet han hadde satt seg, eller de endringene han ønsket. Det gjorde de i samtaler med pasienten og i den forbindelse nevnte de små snuttene, som fant sted i korridoren, i forbifarten.

For eksempel å jobbe en kveldsvakt, da er det mange som kommer inn og setter seg ned for å prate og det føler jeg er en måte å utvikle en relasjon på. Jeg er opptatt av at de ikke bare skal fortelle sykdomshistorien sin. Det gjør noe med dem at de får fortelle sin historie, hvem de har vært og hvem de er, så tror jeg det at det gjør noe med selvbilde og at vi ser på dem som folk og ikke bare som pasienter.

For å oppmuntre pasienten til å reflektere og få frimodighet til å fortelle, stilte sykepleierne oppfølgingsspørsmål hvor de gav uttrykk for at de var interessert i hva pasientene hadde å fortelle om sine erfaringer, med sykdommen. Å kunne stille noen undrene spørsmål og ikke minst undre seg sammen med pasienten, kunne være en måte å anerkjenne pasientens kompetanse på, ved at han kunne sette ord på erfaringskunnskap. De hadde flere eksempler på situasjoner hvor de omtalte seg selv som en medspiller og de var veldig opptatt av ikke å bruke den makten de hadde i lys av sin profesjon, til å bestemme over, overtale, eller på en annen måte kjøre over pasientene.

Medvirkning og deltakelse

At pasienten medvirker kan være mye. Det kan handle om å være bevisst seg selv, blant annet det å velge ut fra ukeplanen, det med målsamtalen og det at vi tilstreber at de selv

er bevisst de målene de setter. Det er ikke alltid like lett å få til, for det er ikke alle som er like vant til å sette mål. Jeg er ikke vant til det selv jeg.

Helt fra første møtet, fortalte sykepleierne om hvor viktig det var at pasienten selv var aktiv deltakende i prosessen. De brukte mye tid på å oppmuntre pasienten til å kjenne etter symptomer, bli kjent med kroppen sin og reflektere over hva de tenkte og følte, noe de mente var avgjørende for at de som sykepleierne kunne bidra med god kvalitet og individuelt tilpasset sykepleie. Å vurdere pasienter for egenbehandlingsplan, var også en situasjon hvor sykepleierne beskrev hvordan de gikk fram. Først observerte de hvordan pasienten brukte medisinene sine, så stilte de åpne spørsmål om forverrelse og om hvordan han hadde det når han var fin i pusten og symptomer han kjente når det for eksempel var en infeksjon på gang. Slik beskrev de hvordan de oppmuntret pasienten til å fortelle om erfaringene sine, for så å fylle det inn i behandlingsplanen. Den videre samtale gikk på hva han selv kunne gjøre, når de forskjellige stadiene oppsto. På den måten ble det en gjenkjennbar plan, som pasientene hadde vært delaktig i utformingen av og som de sto bedre rustet til å bruke, når de kommer hjem.

Vi skriver jo egenbehandlingsplaner for eksempel, hvor de selv får si hvordan de gjør det. Samtalene er basert på at de forteller om sine symptomer og hvordan de opplever det når de er forholdsvis friske, i habiliteringsfasen og så når de får symptomer på at de blir dårlig. Hva pleier de å gjøre? Jeg gir noe råd og veileder, om hvordan vi anbefaler å gjøre det. Så spør jeg om hvilke erfaringer de har, hvilke symptomer de har, hva de pleier å bruke av medisiner og om det fungerer og sånn. De kommer med sine erfaringer og vi kommer med våre kunnskaper og så samarbeider vi om det og skrive den planen.

Å avklare forventningene i starten av oppholdet, for eksempel i kartleggingssamtalen, mente sykepleierne var en måte å stadfeste samarbeidet på og avklare roller. Dette gjorde de ved å spørre pasientene om forventninger og hva de ønsket å oppnå, for så å gi uttrykk for at det de kom med var viktig og nyttig informasjon, som de var interessert i høre om. Samtidig som de fortalte hva de som fagpersoner kunne bidra med, ved at de hadde en utdanning innen lungesykdom og rehabilitering og hadde fagkunnskaper på området. Målet var å spille på lag med pasienten, utfordre dem til å delta aktivt og bevisstgjøre dem, på hvordan de ønsket å leve livet sitt.

Så det er bare å prøve å få fram det de har lyst til. Det gjør jeg ved å prate med dem og stille åpne spørsmål og høre hvordan de tenker rundt det med situasjonen her, hva de vil forandre på og hva de vil bruke den bedre pusten til. Jeg vil også høre hva de tenker rundt problemområdene sine, hvor skoen trykker og resursene ikke minst. Og så hva de har lyst til å bygge videre på, og hva de vil bruke disse fire ukene til.

Dialogen, mente sykepleierne var det viktigste redskapet deres i sykepleieutøvelsen, i forhold til pasientene. Hvordan spørsmålene ble stilt, var sentralt. Kartleggingssamtalen, var en arena hvor sykepleierne fortalte at de planla å ha god tid og hvor de var opptatt av fortellingen. De kunne starte med åpne spørsmål, for på den måten å invitere pasienten til å fortelle om seg selv. De forsøkte å få tak i interessene deres, hva de tenkte og ønsker i forbindelse med de fire ukene og hva som betydde noe for dem i livet. Videre kunne de stille spørsmål om hvordan de hadde det, hvordan pusten var og så undrende spørsmål. om hva de tenker de vil forandre på, hva de vil bruke den bedre pusten til. Å få fram resursene, peke på mulighetene og hva de vil bygge videre på var fokus. Å være en tilbyder kunne det også karakteriseres som.

Det tror jeg var et sånt forholdsvis givende forhold. Hun behøvde ikke forsvare noen ting og jeg tror ikke hun opplevde at jeg var noen motstander. Vi spilte på samme lag på en måte, ved at vi kunne spille litt ball med hverandre og reflektere sammen. Ja- komme et skritt videre!

De fortalte at mange pasienter ikke var vant til, at helsepersonell var interessert i tankene og erfaringene deres. For mange pasienter var det nytt, det og skulle se på seg selv som ekspert og at helsepersonell også så på dem som eksperter. Det alle sykepleierne var svært opptatt av, var nødvendigheten av at pasientene skulle medvirke. Det var heller slik at pasientene hadde sykepleiemedvirkning i livene sine, i og med at de var innlagt på lungesykehuset. Pasientene lever jo med sin kroniske lungesykdom hele tiden, på den måten er de hovet medvirker i sitt eget liv, mente de. På mange måter ble det mer snakk om et samarbeid eller samhandling, mellom sykepleier og pasient.

Det ville jo være veldig rart å drive rehabilitering hvis ikke pasienten skulle medvirke selv! Det er på en måte satt på hodet. Nei det er kanskje heller pasientene som har sykepleiemedvirkning. Det spiller jo ingen rolle hva vi mener og tenker om hvordan

pasientene bør leve livene sine, om ikke det passer for dem, eller er noe de er interessert i og ta i bruk.

På spørsmålet om hvorfor de var så opptatt av at pasientene skulle medvirke, fortalte de at erfaringene deres viste at hvis ikke pasientene ville forandringene selv, var det liten hensikt i hva sykepleierne ønsket, eller hva som var anbefalt, det ble ingen endring. Samtidig opplevde sykepleierne at pasientene var i ulik fase, i sykdomsutviklingen og at de taklet sykdommen svært forskjellig.

Har vi noen grad av sykepleiemedvirkning ovenfor pasientene våre? Vi tenker liksom at nå skal de få medvirke litt også. Det er jo de det dreier seg om. De lever jo med sin kroniske sykdom. De medvirker hele tiden de, men hva er det vi tenker at de skal få medvirke til da?

Respekt og likeverd, utfordring og ansvarliggjøring

Hvis en vil jobbe med rehabilitering, hvis vi skal få til noen endring, hvis vi skal hjelpe pasienter til å innrette livet sitt på en bedre måte, så er vi på en måte avhengi av en viss likeverd. Hvis det bare er noe som jeg forteller pasienten at er lurt, da tror jeg ikke at det får noen praktiske konsekvenser. En må jo være med på det selv.

Flere hadde erfart, at de opplevde at pasientene hadde mye kunnskap, om sykdommen sin, og ofte hadde mye å tilføre til sykepleierne, hvis de stilte seg åpne for det og innbød til det. De mente at de lærte mye av pasientene, at det var med på å styrke likeverdet.

Sykepleierne var opptatt av at det skulle oppleves godt å møte dem og de viste at de var opptatt av likeverdet, at pasientene ikke skulle føle seg mindreverdige i forhold til dem som helsepersonell. Samtidig påpekte de det faktum at de i utgangspunktet ikke var likestilte, i og med at de som sykepleiere hadde en fagkompetanse, innen et område pasienten etterspurte og at det på den måten ble en skjevhet i forholdet. Kompetansen og kunnskapen de kronisk lungesyke hadde, mente de var veldig viktig å anerkjenne, både for dem som sykepleiere og ikke minst bevisstgjøre pasienten på den. De ønsket å tilkjenne at de som helsepersonell verdsatte den og på den måten mente de at de ble mer likestilte, med kompetanse på hvert sitt område.

Jeg tenker at skal mennesker med en kronisk lungesykdom få hjelp til et bedre liv, så må helsepersonell og pasienter samarbeide på mest mulig lik linje. Det hjelper veldig lite hva vi som helsepersonell mener, sier og ønsker, hvis ikke pasienten selv er med på det, ønsker det, eller har noe forhold til det.

Sykepleierne poengterte hvor viktig det var å bevisstgjøre pasientene, i forhold til å forstå at for eksempel egenbehandlingsplan kunne være et verktøy for dem å bruke, for å takle sykdommen bedre. Likeledes å ansvarliggjøre, med at det er deres eget valg å bruke den og at det er deres liv det gjelder. Denne bevisstgjøringen og ansvarliggjøringen skjedde i undervisningene, men like mye i andre samtaler og i samhandlingen med pasienten i rehabiliteringsprosessen. Noe de vektla spesielt, var å ikke prøve å overtale pasientene, eller bruke sin autoritet og makt til å pådytte pasientene noe de ikke var klar for, eller ønsket. En sykepleier fortalte at hun pleide å være ganske konkret, når hun stilte spørsmål til primærpatienten sin. Når det var gjensidig respekt og relasjonen opplevdes god, mente sykepleierne at det kunne være klima for å stille noen utfordringer og kritiske spørsmål til pasientene. Det kunne gjelde ambivalens i forbindelse med røykestopp, eller at pasientene viste liten motivasjon og vilje til å arbeide med målene sine, eller prøvde å lure seg selv eller sykepleierne. Da la de vekt på å være tydelig på forventningene de hadde og minnet om hvordan pasienten selv, kunne få utbytte av oppholdet. De fortalte også at de benyttet undrende og åpne spørsmål, om hva pasienten selv trodde skulle til for å nå målet sitt.

Og da var jeg tydelig på at jeg respekterte at vedkommende hadde gjort det, men at ansvaret lå faktisk hos henne. At som jeg sa til henne, jeg kan ikke følge opp hvert måltid, jeg veit at du innehar kapasitet til å ivareta det med mat, det er opp til deg selv.

At du unnlater å spise må bli ditt ansvar.

Sykepleierne ønsket å ansvarliggjøre pasientene. Situasjoner som belyste det, kunne for eksempel være når sykepleierne hadde forvissnet seg om at pasienten var i besittelse av god informasjon og hadde kapasitet til å ta gode valg. Det kunne være i forhold til kosthold, medisinerbruk, røykevaner og lignende. Da mente sykepleierne at de måtte respektere pasientens valg, selv om det ikke var forenelig med sykepleiernes oppfatning, av et godt valg. spennende og interessant, brukte sykepleierne som uttrykk da de skulle beskrive hvordan de opplevde, å utfordre pasientene, i det som kunne være røkeslutt prosesser, eller andre endringer pasientene arbeidet med. Dette gjorde sykepleierne ved å stille undrende

spørsmål, eller konfrontere pasientene med valgene og handlingene. Dette mente de ikke var å være slem, men heller å stille krav, vise respekt, og ta dem på alvor. Samtidig inviterte de til samspill og anerkjente ressursene, til pasienten. Noen sykepleiere fortalte at de opplevde at de hadde blitt mer bevisste, som sykepleiere gjennom veiledningen. Isteden for å synes pasienter er umulige eller vanskelige, stoppet de opp og tenkte tanker om at dette blir spennende og interessant, hvordan skal jeg møte han og hvordan skal jeg gå fram for å skape en relasjon her. Hva er mitt ansvar og hva er hans ansvar. De turte oftere å gå inn i situasjonene mente de. De karakteriserte det også som å undre seg og å reflektere faglig, over hva som var riktige valg og tiltak i situasjonen. Samtidig å være oppmerksom på pasientens signaler og ikke minst hele tiden være bevisst sine egne følelser og holdninger.

Men etter hvert nå så tør jeg mye mer å utfordre dem, det er artig altså. Utfordre dem, at de for eksempel er i ambivalens og så fortelle dem hva de egentlig står og sier, at de lurere seg selv. Tørre å si hva er det egentlig du står og sier nå, hører du det? men det å stille krav, utfordre, det er spennende, for det er ikke å være slem. Å stille krav til dem, gjør jo noe med at de kommer seg videre, det er samspillet. Jeg tenker i forhold til å respektere pasientene. Å være snill, betyr ikke nødvendigvis å la dem få lov til å holde på, å ikke være direkte.

Sykepleierne mente at de ikke trengte være enig med pasientene, for å respektere dem. Å ansvarliggjøre pasientene på denne måten, mente sykepleierne var å ta pasienten på alvor, noe flere av de bemerket at pasientene responderte positivt på. Men igjen poengterte de at det i utgangspunktet måtte være stadfestet en god relasjon, hvor sykepleieren bidro med støtte og tilstedeværelse og tydelig gav til kjenne at hun ville pasienten vel.

Det med likeverd går mye på det med respekt rett og slett, det å møte de med respekt, ja det tror jeg kanskje er nøkkelen altså. Ja ikke være fordømmende, ikke være for forutinntatt, sånn at du gjør deg opp et syn om pasienten på forhånd.

I den forbindelse nevnte de likeverd og respekt, som viktige ingredienser. På spørsmål om hvordan de møtte pasienten med respekt, svarte flere at de prøvde å ikke være forutinntatt og fordømmende og gjøre seg opp en mening på forhånd, men lytte til pasienten og samtidig fokuserer på hans resurser. Å komme med fagkunnskap, nyttig informasjon, og være en tilbyder, kunne være en god beskrivelse. Grunnlaget for samspillet, mente de var

dialog og respekt. Oppgaven deres var å formidle kunnskap og gi veiledning. En konsekvens kunne ofte være at de opplevde å kunne berolige pasienten og ikke bekymre seg unødvendig.

Oppsummering

Det er interessant å merke seg at sykepleierne i løpet av intervjuene hele tiden poengterte nødvendigheten av at pasientene medvirket, i sin egen rehabiliteringsprosess. Alle sykepleierne uttrykte veldig klart at det var nytteløst å komme i gang med en rehabiliteringsprosess, hvis ikke pasienten var interessert i det selv. Det hjalp lite at sykepleierne hadde de beste intensjoner og mye kompetanse, de opplevde å ikke nå fram.. Sykepleierne gav imidlertid ikke uttrykk for at de forventet at pasientene alltid skulle være motivert og klar for rehabilitering og endring av vaner når de kom til lungesykehuset, men at de som sykepleiere måtte ha kunnskap om hvordan de kunne møte pasientene, i ulike stadier av motivasjon.

De fleste sykepleieren, fremhevet hvor viktig de opplevde det var å møte pasientene med et åpent sinn. Noen beskrev det som en positiv nysgjerrighet, å vise både non verbalt og verbalt at de var interessert i å høre pasienten historie og med det oppmuntret han til å fortelle. Dette mente de var grunnlaget, for det videre samarbeidet i rehabiliteringsprosessen og de poengterte betydningen av respekt og empati. I kjølevannet av en god relasjon hvor positive holdninger og likeverd var grunnleggende verdier, fortalte de at de kom pasientene nær, og opplevde å nå inn med informasjon og veiledning. I samspillet som utspant seg hvor pasienten kunne komme med sine opplevelser av sykdommen og sykepleierne kunne komme med sin fagkompetanse, førte det ofte til at pasientene fikk økt forståelse, motivasjon og gjorde endringer. Flere sykepleiere fortalte at ved å ha fokus på å behandle pasientene likeverdig dem selv, samtidig bevisstgjøre dem, invitere til samhandling og å spille på lag, opplevdes det som veldig meningsfullt. Det skapte en arena hvor de sammen med pasienten kunne komme fram til gode løsninger og hvor de kunne ansvarliggjøre og utfordre pasientene, uten at de opplevde det fornærmende, krenkende eller gikk i forsvar. En god dialog, hvor de bevisst benyttet ulike typer spørsmål, erfarte de var et nyttig redskap. Hvorfor gjorde de det?

Betydningen av kompetanse

Veiledning har lært meg en måte å kommunisere med pasientene på, en måte å spørre på. Kanskje mest av alt, noe av det jeg setter mest pris på, er at jeg har lært en sånn undrende tilnærming, at jeg har blitt nysgjerrig på mennesker og hvorfor de tenker og velger som de gjør.

Sykepleierne fortalte at de opplevde å mestre og erfarte at det de hadde lært i veiledning om pasientmedvirkning, fokus på maktaspektet, pasienten som ekspert, fungerte i praksis. Spennende og interessant, brukte sykepleierne som uttrykk da de skulle beskrive hvordan de opplevde å utfordre pasientene, i det som kunne være røkeslutt prosesser, eller andre endringer pasientene arbeidet med. Noen sykepleiere fortalte at de opplevde at de hadde blitt mer bevisste som sykepleiere gjennom veiledningen. I stedet for å synes pasienter var umulige eller vanskelige, stopper de opp og tenker tanker som at dette blir spennende og interessant, hvordan skal jeg møte han og hvordan skal jeg gå fram for å skape en relasjon her, hva er mitt ansvar og hva er hans ansvar. Å tørre å gå inn i situasjonene uttrykte de det. De karakteriserte det også som å undre seg og å reflektere faglig hva som er riktige valg og tiltak i situasjonen og samtidig være var for pasientens signaler og ikke minst hele tiden være bevisst sine egne følelser og holdninger.

Jeg går inn og reflekterer på en helt annen måte. Jeg må virkelig begynne å tenke igjennom... det gjør noe med hele tankesettet mitt og jeg endrer fokuset mitt. Jeg tror jeg har fått en mer ydmyk holdning ovenfor pasientene. Jeg er ikke den pleieren jeg var lenger.

De hadde også gjennom veiledning selv fått kjenne hvor viktig det er å bli spurt om hva de kjenner, hva som føltes riktig, hvordan de ønsker å ha det og på den måten bli bevisst på sine egne muligheter. De erfarte hvor annerledes det kunne oppleves enn når andre skulle fortelle en hva som var løsningen. Flere nevnte også at det å ha lært å reflektere over eget liv og praksis, hadde gjort dem ydmyke i forhold til hvor vanskelig og utfordrende det kunne være. De fortalte at de fikk en bedre forståelse for hvilken stor prosess det kunne være å endre livsstil.

Skal du jobbe med rehabilitering så kreves det en helt annen måte og nærme seg utfordringene på. Det sier seg selv at skal pasientene forandre livsstil så er det noe de

må være delaktig i selv og det å forandre på livsstil er en svær prosess, det er ikke bare å si gå hjem og snu om på hele livet sitt.

Fokuset til alle sykepleierne i studien var å hjelpe pasientene til å finne ut hvordan de ville leve livet sitt og hjelpe dem et skritt i riktig retning på den veien. De hevdet at det var noe som måtte komme innenfra pasienten og noe de hadde funnet selv, for hvis det bare var noe som leger, sykepleiere eller andre har fortalt dem, gav det bare dårlig samvittighet fordi de ikke greide å leve opp forventningene.

Jeg tenker at veiledning er kanskje det aller viktigste redskapet vi har når vi jobber med rehabilitering. Det gir oss en måte å bruke kunnskapen vår på. Det er jo noe av kjernen i veiledning, at du hjelper pasienter til selv å komme fram til hva de ønsker og jeg tror at det er en forutsetning for at noen skal forandre på ting, at en skjønner det selv, eller at en kommer fram til det selv at det er ens eget!

Betydningen av lyst og vilje

Da jeg begynte i veiledning første gang, så lurte jeg på hva er det å være sykepleiere? Hvorfor skal jeg være sykepleier? Det var på det nivået altså. Veiledning har gjort innmari mye for meg, i forhold til det å bli bevisst rollen min og hvor spennende yrke det er. Hvor spennende relasjonen med pasientene er, ja i det hele tatt.

Sykepleierne brukte uttrykk som, det er så spennende å møte min primærpasient, og jeg vil så gjerne få til en god relasjon. Sykepleierne beskrev på ulike måter hvordan de opplevde interesse for, og lyst til å bli kjent med pasienten sin. En sykepleier uttrykte det med, at hun hadde lyst til at de skulle føle seg vel. De beskrev en positiv nysgjerrighet i møte med pasienten, hvor de var opptatt av hvordan de tenkte, hva som betydde noe for dem, hva de hadde lyst til i livet og med oppholdet. Flere nevnte at det å få høre pasientens historie, hva de hadde opplevd i livet, tanker og følelser de hadde, var noe de opplevde veldig positivt. Gjennom historien ble de godt kjent med pasienten, noe som førte til at de fikk en forståelse for pasientens liv og hvorfor ting var blitt som de ble. Holdning til pasienten kunne endre seg, og bli mer positiv.

For det er jo møtet med pasientene, som er det spennende. Det som den veiledningen har gjort, er jo det at når jeg får såkalt vanskelig pasienter nå, som er utfordrende, da

synes jeg det er spennende. Før så sa jeg at jeg ikke ville ha den pasienten, men nå synes jeg det er spennende. Det å stoppe opp å si: oi dette er interessant! Hvordan skal jeg klare møtet, isteden for at å si at han er så slitsom, jeg orker ikke. Jeg har virkelig blitt bevisst på hvordan jeg skal snakke, bevisst på samtalene og å forberede meg til samtalene. Det er ikke alltid like vellykket da, noen ganger kan jeg bli litt oppgitt, men ikke sånn som før. Nå synes jeg alle møter og alle mennesker og historiene deres er spennende.

En sykepleier fortalte om en pasient hun hadde hatt, en oppegående dame som hadde klare mål, og visste hva hun ønsket i livet sitt. Hun hadde ønsket råd fra sykepleierne, om hvordan hun skulle mestre de alvorlige anfallene av pustebesvær som hun opplevde. Rådene fikk hun i form av veiledning og rettleiding i å takle disse, noe hun tok imot og forsto. Allikevel opplevde sykepleieren at hun gjorde noe helt annet enn det de hadde blitt enige om og forårsaket stor oppstandelse, og akuttuttrykning i fellesrommet. Dette opplevde pasienten ydmykende og uttrykte at hun ble lei seg.

Da sitter jo ikke jeg inne på sengekanten hos henne og belærer henne, med at hvis du hadde hørt på oss, så hadde ikke dette skjedd. Jeg trøster henne for at dette har skjedd, og sier at jeg forstår hvorfor hun gjorde som hun gjorde, og at dette er vanskelig.

På spørsmål om hun opplevde situasjonen som vanskelig, svarte hun at det gjorde hun ikke i det hele tatt. Hun så og skjønnte hvorfor pasienten gjorde de valgene hun gjorde, selv om hun ikke forsvarte dem eller mener de er riktige. Hun ble heller ikke irritert på pasienten, selv om hun hadde forårsaket en vanskelig og stressende akuttsituasjon som sykepleieren var involvert i. Dette forklarte hun med at hun kjente denne pasienten og kjente på empati ovenfor henne. Hun visste at pasienten hadde forstått de rådene og informasjonen hun hadde gitt. Uttrykket å bli berørt av det pasientene fortalte brukte flere av sykepleierne i løpet av intervjuene. Det kunne være en sterk historie, som vakte medfølelse, og ulike refleksjoner og tanker pasientene delte med sykepleierne. En sykepleier uttrykte det slik at hun fikk så sansen for pasienten, ble veldig glad i han på en måte, og det handlet om at hun forsto pasientens valg, selv om de ikke var helt etter boka. Hun fortalte videre at ved å møte pasienten og støttet han der han var, klarte pasienten å oppnå det han ikke hadde trodd var mulig i starten.

Hun sa at det betydde så mye for henne at jeg så henne, og bare det at jeg var der. At jeg hadde tid til å sette meg å prate med henne. Det behøvde ikke nødvendigvis være om de vanskelige tingene vi pratet, det kunne være om helt dagligdagse ting også, jeg la ikke noen føringer for hva hun skulle prate om.

På spørsmål om de kunne utdype mer hva de trodde var utslagsgivende for at pasientene kom med slike tilbakemeldinger, mente flere at det kanskje kunne være måten de stilte spørsmålene på, og en sykepleier fortalte at pasienten hadde bemerket at hun opplevde at sykepleieren hadde mye omsorg i seg, og selv trodde hun at det kanskje hadde noe med at hun forsøkte å møte de der de faktisk var, og ikke der hun kanskje skulle ønske de var. Mange pasienter gav positiv respons tilbake til sykepleierne, både på slutten av oppholdet og ellers. For eksempel kunne de gi uttrykk for hvor stor pris de hadde satt på at sykepleieren hadde hatt tid til å sette seg ned å prate med dem, At de hadde sett dem, og vist interesse og forståelse. Det kunne være i form av gode hyggelige ord på et kort, eller sagt direkte, hvor de gav uttrykk for takknemlighet for den hjelpen de hadde fått. Tilbakemeldingen opplevde sykepleierne oppmuntrende, og til motivasjon og inspirasjon i jobben.

Jeg fikk dette nydelige kortet da hun skulle reise, da skjønner jeg jo at de møtene vi hadde hatt på avdelingen, hadde betydd mye for henne. Mulig møtte jeg henne akkurat der hun var. Jeg tror det kanskje var det.

Oppsummering

Flere av sykepleierne beskrev møtet med pasienten, som et møte mellom to mennesker og ikke i første rekke et møte mellom sykepleier og pasient. Denne opplevelsen mente noen sykepleiere beskrev seg fra historien, pasienten hadde fortalt om et levd liv. Ved at sykepleierne hadde stilt seg åpne for pasientens opplevelser og erfaringer og invitert dem til et samarbeid, opplevde de at forutinntatt negative holdninger måtte korrigeres og at de oppdaget pasientens ressurser og utrustninger, noe som medførte at menneske trådte tydeligere fram, ikke bare lungesykdommen. Flere sykepleiere hevdet at dette gjorde en forskjell, i forhold til maktubalansen i samhandlingen. De kom med flere eksempler på hvordan den likeverdige samhandlingen ikke ble påtatt, men tvert imot opplevdes ærlig og at de virkelig så på pasienten som likeverdig. Tilliten de opplevde å bli vist, ved at pasientene fortalt om vonde opplevelser og såre følelser, medførte at de ble berørt og glad i

pasientene, som igjen førte til at de fikk en dypere forståelse for pasientens valg. Det er interessant å merke seg at flere av sykepleierne gav uttrykk for at de opplevde å ha lyst til at pasientene skulle ha det bra, føle seg vel og lykkes med målene sine. Likeledes kan man undres over sykepleiernes uttalelser om spennende møter med primærpasientene, og hvor de uttrykker lyst til å bli kjent med pasienten sin. Sykepleierne fortalte at de opplevde at veiledningen hadde ført til at de hadde fått en økt bevissthet rundt rolle som sykepleier, og hva den innebar. Flere hadde erfart at det kunne oppleves positivt å fortelle om forskjellige situasjoner i veiledningsgruppa, og bli møtt med interesse og spørsmål til refleksjon. Dette var erfaringer de tok med seg i sykehushverdagen overfor pasientene. Å få respons i form av kort og hyggelige tilbakemeldinger, opplevdes som at pasienten var fornøyd, noe som var oppmuntrende, gav ny giv i arbeidet, og en opplevelse av mestring og inspirasjon.

4.3 utfordringer

Medvirkning og likeverd i praksis

Å få pasientene til medvirke i sin egen rehabiliteringsprosess, var sterkt i fokus hos sykepleierne, noe de benyttet de ulike møtene de hadde med pasientene til. I den praktiske hverdagen på avdelingen, viste det seg imidlertid at den gode intensjonen ikke alltid lot seg så lett gjennomføre.

Jeg har en nå, som jeg hele tiden må følge opp hver dag og vekke, ellers så sover han gjennom hele dagen. Da må jeg jo være tydelig på våre forventninger ikke sant. Da må jeg fortelle han at hvis han skal få utbytte av de målene som han selv har satt, så må han opp, være med, det må skje noe. Og det er jo makt.

Den typiske lungerehabiliteringspasient, var ikke nødvendigvis motivert og klar for rehabilitering. Det var heller ikke alltid de hadde så mange tanker rundt det å skulle sette seg mål, eller hva det ville si å skulle medvirke. Flere av sykepleierne fortalte om møter med pasienter, som kanskje bare kom til lungesykehuset for å slappe av og ikke var interessert i å gjøre noen endringer, eller delta på aktiviteter.

Så er det med enkelte det skurrer litt i relasjonene, fordi jeg vil så gjerne at hun skal gjøre noe, mens hun egentlig ikke har lyst. Da blir det en relasjon som blir litt sånn...

det blir litt feil, klarer ikke helt å sette ord på det. Det er veldig vanskelig å la være å komme med sånne fakta og ”ja, men” argumentasjon og du burde.

Sykepleierne var opptatt av likeverd, og at pasienten ikke skulle føle seg mindreverdige i møte med sykehuset og helsepersonellet der. Det kunne oppleves som utfordrene, at mange pasienter kom til sykehuset med en følelse av mindreverd, og ikke var så bevisst på at de hadde noen medvirkning, og skulle ta egne valg. Mye tid ble brukt på å bevisstgjøre pasientene om deres eget ansvar for sine liv, at de kjenner seg selv og kroppen sin best, og visste best hvor skoen trykket. Ikke alle pasientene var klar for å ta det ansvaret mente sykepleierne, og alle var heller ikke så bevisst på hva de tenkte, følte eller opplevde. Noen pasienter mente at når de var innlagt på lungesykehuset, var det personalet der sitt ansvar å gjøre dem friske. Det kunne ta mye lengre tid, og være mer krevende å motivere pasientene til å komme på banen med tanker, meninger, være delaktig og ta ansvar i sin egen rehabiliteringsprosess, enn bare å fortelle pasienten hva han skulle gjøre. Sykepleierne var opptatt av at pasientene skulle få et så godt grunnlag som mulig, i form av informasjon og veiledning. De mente at når de hadde gjort den jobben, brukt tid på å forklare og gi individuelt tilpasset informasjon og veiledning, for så å forsikre seg om at pasienten hadde fått den best mulige kunnskapen på området og hadde forstått denne, var det enklere å akseptere at pasienten tok valg som gikk på tvers av hva sykepleieren mente var riktig og anerkjent kunnskap. Allikevel opplevde flere sykepleiere det utfordrende i forhold til relasjonen, og det videre samarbeidet når pasienter tok slike valg. Det de erfarte var at det kunne være vanskelig å forholde seg til pasienten på en god måte, og respektere han. Den videre dialogen kunne bli dårligere, fordi det var så lett å bruke en hver anledning til å prøve å belære, eller gi informasjon pasienten ikke var klar for.

Har vi noen grad av sykepleiemedvirkning ovenfor pasientene våre? Vi tenker liksom at nå skal de få medvirke litt også. Det er jo de det dreier seg om. De lever jo med sin kroniske sykdom. De medvirker hele tiden de, men hva er det vi tenker at de skal få medvirke til da?

De opplevde å ha kunnskap om at valgene pasienten hadde tatt kunne føre til forverrelse av sykdommen og i verste fall en snarligere død. Sykepleierne fortalte også at pasientene lett gjennomskuet dem hvis de ble irritert, oppgitte eller sure på dem og at slike følelser var vanskelig å skjule, ovenfor pasientene. Utfordringene for sykepleierne var at det ikke bare var deres personlige oppfatninger de hevdet, men grunnleggende forskningsbasert

kunnskap, hvor det ikke var tvil om hva som var det riktige valgene, og til beste for pasienten. De opplevde det utfordrende og vondt å se på at pasientene gjorde valg som var til skade for dem, uten å gå inn å prøve å hindre dem. De fortalte også at de opplevde det som sin oppgave som sykepleiere på lungesykehuset å få pasientene til å ta de riktige valgene, og at de også ønsket å hjelpe pasientene til det.

Og så er det den pasienten som sier klart nei, jeg må tenke på vekta så jeg kan ikke slutte å røyke. Da føler jeg at jeg får behov for å si at du må ikke det, du må tenke motsatt. Da kan det fort bli en sånn skjevhet. Det sitter langt inni meg og ... jeg veit jo at de bør slutte å røyke først og fremst, pluss at nå er det min oppgave å sørge for det. Der ser jeg den skjevheten veldig.

Å anerkjenne pasienten som ekspert i praksis

Det hendte ikke sjelden at pasientene som kom til sykehuset, hadde tatt valg og gjort bestemmelser før de kom. Det kunne for eksempel være om hva de ønsket å bruke oppholdet til, eller at de hadde mange og ulike utfordringer i livet sitt, og kanskje hadde valgt ut noe de ville fokusere på. Det kunne være valg som gikk på tvers av hva sykepleierne mente, at de skulle fokusere på under oppholdet. Mange sykepleiere fortalte at de ofte sto i situasjoner hvor pasienten hadde tatt egne valg, som å ville fortsette å røyke fordi de var redd for øke vekten hvis de sluttet. Andre ganger kunne det være at pasienten ikke ønsket å bruke medisiner, som pusteprovvene tilsa ville hjelpe. Sykepleierne fortalte at det opplevdes ubehagelig og vanskelig, fordi de kjente på behovet for å overtale og overbevise pasientene, eller presse til noe de ikke ønsket selv. På tross av erfaringene om at det var til liten nytte, og helt feil å forsøke å overtale pasienten, fortalte sykepleierne at de ofte ble fristet til det, spesielt når de var overbevist om at det var til det beste for pasienten.

Det at pasientene ønsker helt andre ting, det er litt vanskelig. Sånn som hun jeg har nå, som ikke har lyst til å slutte å røyke ikke sant. Det synes jeg er vanskelig jeg. Jeg er ganske sikker på at hun kommer til å reise hjem med røyken også. Det er en sånn relasjon som jeg sliter med, og da kan jeg bli litt sånn på hugget ikke sant. At du får lyst til å holde de fast for at de ikke skal gå.

Ingen hadde noen gode erfaringer med å forsøke å tvinge, presse eller overtale pasientene. Mange fortalte om situasjoner hvor de hadde gått inn med full faglig tyngde, irritasjon og frustrasjon, for å få pasienten til å ombestemme seg fra dårlige valg. Resultatet kunne bli både at pasienten gav seg til slutt, eller at det ble en konflikt. Begge deler vanskeliggjorde det videre rehabiliteringsarbeidet. Som en erfaren sykepleier fortalte: ”du kan jo selv tenke deg hvordan røykeslutt kurset blir for de andre i gruppa, og for gruppeleder, når en av deltakerne har blitt tvunget til å delta”. Det hadde ikke opplevdes greit for noen, og hadde ikke ført til et godt resultat og mestring for noen av de tilstedeværende.

Selv om hun, i alle fall når hun reiste, visste innerst inne hva hun skulle gjøre, klarte hun ikke helt å gjøre det enda. Men på en måte så var hun på vei. Det er mange ganger jeg gjentar samme informasjon og råd. Men etter hvert så skjønner jeg at jeg ikke behøver å gjenta det, for nå veit hun det, nå skjønner hun det. Jeg har belyst mitt felt veldig for henne, så jeg trenger ikke å belyse mitt felt mer. Jeg tror jeg støtter henne mer ved å trøste henne enn å skjenne.

Det kunne være situasjoner hvor pasienten hadde fått den beste individuelle tilpasset veiledningen, i forhold til hvordan han for eksempel skulle ta medisinerne sine, og hvor det viste seg at det allikevel var tatt feil ut fra medisindosetten. Pasienten på sin side bedyret at han hadde gjort alt riktig. For sykepleierne som var opptatt av likeverd, og pasientens rett til medbestemmelse, kunne det være vanskelig å konfrontere pasienten med at han tok feil. De ønsket å vise respekt og ikke ydmyke han på noen måte, slik at han kunne følte seg underlegen. Dette kunne spesielt gjelde glemske pasienter, eller pasienter som av ulike grunner hadde en kognitiv svikt. Et viktig element her var at det kunne være medisiner hvor feil bruk kunne få alvorlige konsekvenser for pasienten, og hvor det var medisinsk uforsvarlig å la pasienten administrere dem selv.

Jeg kom inn, han var en godt voksen professor. Det viste seg at han hadde spist feil ut av dosetten. Tirsdagsdosen var bort og så lå onsdag og torsdagsdosen der. Og så sier jeg at ”du har kanskje begynt å spise på feil dag i dosetten? Det var borte en tablett for mye og. Han var da helt overbevist om at han hadde gjort riktig, og at han ikke hadde gjort noe feil.

Flere av sykepleierne fortalte at det kunne være svært ulike grunner til at pasientene ikke ønsket å gjøre de gode valgene, noe som ikke alltid automatisk kom til syne. En sykepleier fortalte at hun hadde en pasient som var under kreftbehandling, mens hun var innlagt på lungesykehuset. Det var hennes viktigste fokus og hun ønsket ikke å prøve ut noen lungemedisiner i angst for at de kunne komme i konflikt med den behandlingen. Det mente sykepleieren kunne være et eksempel på et valg pasienten kunne ta som i utgangspunktet ikke var så lett å forstå uten å få nærmere forklaring fra pasienten selv. Sykepleierne fortalte om mange situasjoner hvor valgene pasientene tok var uforståelige og opplevdes vanskelig å akseptere. Det de imidlertid var opptatt av og som de hadde nytte av, var å forsøke å forstå pasienten, finne ut hva som lå bak de ulike valgene, og hvorfor pasienten gjorde som han gjorde.

Hun var en medisinsk kvalifisert dame så jeg opplevde ikke at det var mangel på kunnskap eller andre ting som gjorde at hun tok de valgene. Hun hadde det vanskelig og taklet ikke å gjøre det riktige.

Flere sykepleiere fortalte at deres erfaring var at noen pasienter ikke ønsket å være eksperter på seg selv. De hadde kanskje ikke tenkt så mye, eller at de ikke ønsket å fortelle om hva de selv mente og tenkte. Noen var kanskje ikke så vant til det heller, og forventet at når de ble innlagt på et spesialsykehus for lunger så var det helsepersonellet der som var ekspertene. Sykepleierne kunne oppleve det frustrerende, når pasientene ville at de skulle ta avgjørelsen for dem, og bare si hva de skulle gjøre. Sykepleierne på sin side, hadde erfaringer som tilsa at det sjelden førte til noen endring hvis det ikke var pasientens eget ønske som lå til grunn, og at han deltok aktivt.

Oppsummering

Sykepleierne i studien hevdet at det helt sentrale i utredningen, behandlingen og rehabiliteringen av kronisk lungesyke, var å anerkjenne pasientene som ekspert på seg selv, invitere til et samarbeid tuftet på likeverd. De gav eksempler som viste at de hadde kompetanse i forhold til hvordan de skulle få det til i hverdagen på avdelingene, og de opplevde å lykkes. Allikevel la sykepleierne ikke skjul på at det bød på utfordringer og at de ofte sto i dilemmaer i forhold til å praktisere disse prinsippene. Den mest typiske pasienten som kom til lungesykehuset var ikke nødvendigvis den mest motiverte pasienten, som ønsket å medvirke så mye. Mange pasienter forventet og ønsket at fagfolk skulle ta avgjørelsene, i og med at de befant seg på et sykehus, hvor det var spesialister nettopp for

deres sykdom. Andre igjen var ikke interessert i å endre vaner, ønsket kanskje å fortsette å røyke, eller ta medisinene som de alltid hadde gjort, selv om det var feil etter medisinske retningslinjer. Alle sykepleierne var enige om at det ikke hjalp å overtale, eller tvinge pasientene til å ta andre valg, og at pasientene gjennomskuet dem hvis de prøvde å skjule irritasjon eller frustrasjon. Sykepleierne fortalte helt ærlig om negative følelser, at de opplevde å bli frustrert og irritert, i situasjoner som oppsto. Det de ofte gjorde, var å gi pasienten god informasjon for å øke kunnskapen til pasienten, for på den måten sørge for at han hadde et så godt grunnlag, og var bevisst på ulempene ved valgene. Her brukte de ofte veiledningskompetansen de hadde.

5 DISKUSJON

I dette kapitlet diskuteres studiens empiri lys av teori, relevant forskning og forskeres erfaringer. Hensikten med denne studien var å undersøke sykepleiernes erfaringer med å bruke empowermentideologien i praksis.

5.1 Hva var det sykepleierne opplevde som viktig?

Innkomstsamtaler, kartleggingssamtaler, målsamtaler, uformelle samtaler, undervisning, samtalegrupper, ukesamtaler.

Fokus på samhandling og medvirkning, ble pekt på som viktig i møtene sykepleierne hadde med pasientene, noe som er i tråd med WHO (1978 og 1986) hvor hensikten er å rette fokus mot pasienters resurser som noe positivt, som kan bidra til å fremme folks helse. Rehabilitering blir beskrevet som en individuell prosess, hvor helsepersonell skal være medhjelpere (Lie, 1996). Å være medhjelper i en prosess, fordrer tid sammen. Sykepleierne i studien beskrev ulike arenaer hvor de var sammen med pasientene, fra samtalegrupper, undervisning i grupper, til individuell veiledning og korte ordvekslinger i korridoren. Å være medhjelper i en prosess, kan også betegnes som en vid rolle og kan inneholde mange elementer. Sett i lys av empowermentideologien, hvor anerkjennelse av pasienten som ekspert på seg selv, maktfordeling og brukermedvirkning står sentralt, vil man kunne anta at de ulike arenaene hvor sykepleierne var sammen med pasientene, hadde stor betydning. Kirkevold (1998) fremhever kontekstens betydning i utøvelsen av god sykepleie, noe hun hevder kan innebefatte hvordan sykepleierne er organisert. Det er nærliggende å tenke at de ulike arenaene sykepleierne beskrev i studien, hver på sin måte gav gode og varierte muligheter til å utøve god sykepleie i rehabilitering. Innholdet i møtene sykepleierne hadde med pasientene kunne variere, men det kan synes som det var de ulike møteplassene og arenaene, som gav mulighetene til å bygge relasjon.

Mot bakgrunn av forskers erfaring som sykepleier i rehabilitering, vil tid sammen med pasienten være av stor betydning, for å skape relasjon som muliggjør en videre rehabiliteringsprosess med fokus på empowermentideologien. Imidlertid var det ingen av

sykepleierne i studien som nevnte ordet tid, eller i løpet av intervjuet kom inn på tidsaspektet i forhold til hva som ble samtalen om. Man kan anta at hverdagene på avdelingen til tider kunne betraktes som travle og til tider hektiske. Tidsbruk var ikke et av spørsmålene i intervjuguiden og forsker tok heller ikke initiativet til å bringe temaet på banen under intervjuet. Allikevel, kunne tidsaspektet ligge implisitt i spørsmålene og lett komme opp som en problemstilling. Som en sykepleier sa ”Det er jo enklere å fortelle pasienten hva han skal gjøre, enn at jeg skal stille gode spørsmål så han finner det ut selv”, noe som er i tråd med Tveiten (2007) hvor empowermentprosessen blir beskrevet som en prosess som er svært arbeidskrevende og tidkrevende. Om sykepleierne i studien ikke nevnte tidsaspektet i intervjuet, betyr ikke det at de nødvendigvis opplevde at de alltid hadde nok tid sammen med pasientene. På bakgrunn av forskers erfaring, vil det å praktisere empowermentideologien, forutsette en tett oppfølging av pasienten, noe som kan være tidkrevende. Walseth & Malterud (2004) hevder at det kreves tid, tålmodighet og langsiktig engasjement, i arbeidet med å få pasienten til å medvirke og rette fokus på resurser og finne gode løsninger. I Williamson (2007) beskriver hjemmesykepleierne empowerment i praksis, som bestående av samarbeid og kommunikasjon med pasienten og at empowerment skjer i interaksjonen mellom sykepleier og pasient. Tveiten & Meyer (2008) vektlegger dialogen mellom pasient og hjemmesykepleiere i empowermentprosessen, hvor disponibel og tilstrekkelig tid til å høre pasientens historie ble trukket fram som det essensielle.

5.2 Hvordan var det de gjorde det?

Bygge tillit og trygghet

I Tveiten og Knutsen (2010) beskriver pasientene hvor viktig og godt, de opplevde det å bli trodd på av helsepersonell og at det inngav tillit og håp og en opplevelse av anerkjennelse. De fortalte at dialogen de hadde med helsepersonell, var med på å skape en felles forståelse. Hummelvoll (2006) beskriver tillit som en livsverdi, at det er et behov å kunne ha tillit til og stole på andre mennesker. Holm (2003) beskriver relasjon som noe som skapes mellom pasient og helsepersonell, hvor målet er å gi støtte, trygghet og en arena for godt samarbeid. Sykepleierne i studien anså det som helt sentralt å få kontakt med pasienten, for å bygge en relasjon som et fundament for videre samhandling i rehabiliteringsprosessen. Freire (1999) beskriver relasjon som viktig, for å bevisstgjøre

pasienten i forhold til sin egen situasjon og det kan tyde på at sykepleierne var bevisste på å utnytte, de fastlagte arenaene. De vektla det positive, med at de var sammen med pasientene gjennom hele døgnet og gjennom det fikk muligheten til å bli godt kjent, noe som gav et godt utgangspunkt for å møte de der de var. De la vekt på å være vennlige, blide og hyggelige i møtet med pasienten og på den måten tilkjennegi at de var interessert i pasienten og hadde tid til å lytte. De erfarte at det hadde en betydning i forhold til å bygge relasjon og skape tillit og trygghet. I lys av Brenner & Wrubel (2001) kan dette sees på som omsorgsfulle handlinger, noe som igjen kan skape tillit. I tråd Tveiten (2007) kan den type kommunikasjon benevnes som empatisk kommunikasjon, hvor innlevelse og medfølelse er det karakteristiske, noe som i følge Brudal (2006) er en medfødt egenskap som kan trenes opp.

Den empatiske kommunikasjonen, kan sees på som beskrivelse av dialogen som sykepleierne hadde med pasientene. Sykepleierne var opptatt av å stille åpne spørsmål og få pasientene til å reflektere, øke deres bevissthet til å oppdage og finne sine egne svar. Dett kan sies å være i tråd med Tveiten (2007) hvor dialog mellom bruker og yrkesutøver blir trukket fram som en forutsetning for å praktisere empowermentideologien. I en definisjon beskrives sykepleie som en mellommenneskelig prosess, hvor sykepleieren og pasienten samarbeider om et felles mål (Travelbee, 1999). Hun hevder videre, at en prosess innebærer relasjon til andre og deltakelse fra partene, som er involvert. Empati blir beskrevet som en evne og et viktig redskap i å skape og bygge relasjon (Holm, 2003). Videre kan empatisk forståelsen handler om hvordan vi i samhandling med pasientene, er i stand til å skille mellom fortid og nåtid, indre og ytre virkelighet og hva som handler om vårt eget og hva som tilhører pasienten. Mye av dette foregår ubevisst hevder hun og en måte å utvikle empati på, er bevisstgjøring og motivasjon, i forhold til egne tanker og følelser og vilje til å endre de. Sykepleierne i studien synliggjorde gjennom eksempler fra praksis hvordan de reflekterte faglig og bevisst, noe de hevdet at veiledningen hadde bidratt til. Dette kan tyde på at de opplevde det som en kompetanse og en god utrustning, noe som er i tråd med (Nightingale, 1997; Nortvedt, 2008). Det er interessant og merke seg hvordan sykepleierne beskriver møtet med pasientene som et møte mellom to mennesker. De er opptatt av å la pasienten få fortelle sin historie og å lytte til det de har å si. På den måten beskriver de hvordan de arbeider i praksis, for å bygge tillit og trygghet hos pasientene. I forhold til å praktisere empowermentideologien, vil tillit mellom sykepleier og pasient være av vesentlig betydning for å bygge relasjon (Gibson, 1991).

Veiledning karakteriseres av relasjonen mellom veileder og den som veiledes og en vesentlig faktor er dialogen, viser funn i en studie gjort blant helsesøstere (Tveiten, 2005). Kompetanse til å veilede blir ansett som viktig, noe som er i tråd med sykepleiernes uttalelser om nytten de hadde hatt av selv å gå i veiledning i forhold til å veilede pasientene.

Medvirkning og deltakelse

NSF faggruppe av sykepleiere i rehabilitering (2010) vektlegger samhandling mellom pasient og sykepleier og resursfokusering, i sin definisjon av sykepleie i rehabilitering. Dette er i tråd med WHO (1978 og 1986) som vektlegger et mer helsefremmende arbeid, som bygger på en aktiv medvirkning fra folk. Det sentrale er at folk skal få mer kontroll, over forhold som vedrører helsen deres. Dette benevnes som en prosess, hvor helsepersonell blir betegnet som en medspiller, i motsetning til den mer ekspertstyrte sykdomsforebyggende arbeid (Mæland, 2005). I tråd med Andrews (2003) er en viktig forutsetning for samhandling at pasienten selv bidrar og deltar med sin kompetanse, noe sykepleierne i studien også vektla. Et av hovedprinsippene i empowermentideologien er pasientmedvirkning (Rappaport, 1984; Walseth & Malterud, 2004; Hvas & Thesen, 2002; Sørensen & Graff - Iversen, 2002). I tråd med Gibson (1991); Tveiten (2007); Sørensen & Graff - Iversen (2001); Wikman & Flatholm (2006) hevdet også sykepleierne i studien, at respekt for den enkelte pasient evne og kapasitet til å ta gode valg for seg, selv var viktig. De fortalte at de som sykepleiere kunne ha de beste intensjoner og kunnskap om gode valg og veier til en bedre helse, men at det hjalp lite og førte ikke til noen endring, hvis pasientene ikke var med på det selv. Dette kan synes å være i tråd med Gibson (1991) hvor han hevder at sykepleierne må gi fra seg noe av kontrollen for helseresultatet og samtidig hjelpe pasientene til selvbevissthet og å se og videreutvikle sine egne resurser. Gibson hevder videre at dette kan sees på som en prosess. I forhold til den kronisk lungesyke, kan imidlertid dette til en viss grad beskrives som en krevende prosess. Å være kronisk lungesyk, kan medføre perioder med tung pust og infeksjoner (Hjalmarsen, 2012; GOLD, 2011). Det kan tyde på at vanlig følelser hos den kronisk lungesyke kan være å kjenne på håpløshet, pessimisme og liten selvfølelse (Sandhu, 1986). På bakgrunn av forskers erfaring, vil det også kunne være slik at flere av pasientene kan oppleve det slitsomt å skulle medvirke, samtidig som det også kan oppleves vanskelig for enkelte å se hva de kan bidra med. Å være bidragsyter fordrer kanskje også et engasjement, overskudd og tro på at

man er i besittelse av nyttig informasjon. Dette kan sies å være i tråd med sykepleiernes uttalelser hvor det kan synes som om dette ikke alltid er tilstede hos de kronisk lungesyke.

Martinsen (2002) beskriver fagsamtalen som foregår mellom pasient og sykepleier, som en samtale mellom to likeverdige subjekter. I det ligger utfordringen i at den profesjonelle har en fagkunnskap, den som mottar hjelp ikke har. Hun hevder videre at tilegnelse blir vektlagt. Å høre etter hva den andre har å si, svare på det med nye spørsmål, for å bli engasjert i samme sak. Dette kan synes å være felles for både allmennsamtalen og fagsamtalen. Sykepleierne i studien hevdet at å avklare både pasientens og deres egne forventninger i starten av et rehabiliteringsopphold, var viktig i forhold til å invitere til medvirkning. Likeledes kom de med flere eksempler på hvordan de signaliserte at de var interessert i pasientens fortelling, opplevde det som nyttig informasjon og hvor de praktiserte åpne spørsmål og positiv undrende holdning til det pasienten fortalte. Dette er i tråd med Martisen (2002) hvor hun hevder at å lytte til det pasienten sier, er viktig i forhold til å vise pasienten at pasienten og sykepleieren er engasjert i samme sak.

I lys av samarbeidet mellom sykepleier og pasient som denne studien beskriver, hvor nærhet og åpenhet er stikkord, blir det viktig å nevne det Løgstrup omtaler som urørlighetssonen (gjengitt etter Martinsen, 2002,s.17). Sykepleierne i studien, fortalte om samtaler med pasientene, hvor de opplevde at pasientene ikke behøvde og forsvare noen ting. De spurte hva pasientene hadde lyst til og etter hvert torde de også å utfordre pasientene og stille krav til dem. Funn i denne studien, tyder på at sykepleierne viste respekt for pasientenes integritet og en varhet ovenfor hvor den grensen gikk hos den enkelte pasient. På den andre side, peker Løgstrup på det komplekse i en faglig samtale, den gjensidige avhengigheten mellom respekt for hverandres urørlighetssone og samtidig åpenhet. Han hevder at faren er tilsted for at samtalen blir så regelstyrt, at den mister sin spontanitet. Mot bakgrunn av forskers erfaring som sykepleier innen rehabilitering, kan dette sies å være krevende arbeid og noe som fordrer kompetanse. Å møte pasienten der han faktisk var og ikke der sykepleierne kanskje skulle ønske han var i forhold til motivasjon og deltagelse, kunne noen ganger være utfordrene, men de mente at de førte ikke til noen endring hvis ikke pasienten var delaktig. Dette kan sies å være i tråd med Williamson (2007) hvor aktiv lytting og deltagelse, blir vektlagt i samhandlingen med pasientene i en hjemmesykepleiesetting, for å øke pasientens selvstendighet og kunnskap.

Respekt og likeverd, utfordring og ansvarliggjøring

Bredland, Linge & Vik (2002) hevder at mye av det som styrer handlingene våre og praksisen vår er menneskesynet vårt, bevisste og ubevisste tanker, verdier og holdninger og etikken vår. Dette er i tråd med sykepleiernes uttalelser, hvor de synliggjør at de så på pasientene som likeverdige men ikke likestilte dem selv, noe som også er nedfelt i menneskerettserklæringen hvor det fastslåes at alle mennesker har en iboende verdighet. For at et menneske skal oppleve seg som verdig, må mennesket bli behandlet med verdighet av andre og i det ligger at de opplever at de blir tatt med, og er verdifulle bidragsytere og likeverdige i det daglige samarbeidet (Bredland et al., 2011). Å respektere et menneske for dets iboende verdighet er grunnlag for all sykepleie (Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere, 2011).

Et sentralt begrep i det helsefremmende arbeidet er empowerment, som nettopp vektlegger brukermedvirkning, og at pasienten er ekspert på seg selv (Mæland, 2005; Tveiten, 2007). Hvas & Thesen (2002); Tveiten (2007); Gibson (1991); Sørensen & Graff - Iversen (2002) betegner empowerment som en prosess hvor helsearbeidere skal støtte og hjelpe pasienten til å styrke sin kompetanse, både til å medvirke og til hva de skal medvirke med.

Sykepleierne i studien, gav mange eksempler på hva denne støtten innebar i praksis. De fokuserte på å bevisstgjøre pasienten på sin situasjon, ansvarliggjøre dem for de valgene de tok og motiverte dem til å medvirke. De nevnte spesielt utfordrende situasjoner hvor det var opplagt hva som var helsemessig riktig valg, hvor de som helsepersonell hadde en overordnet kunnskap. Sykepleierne i studien hadde flere eksempler fra praksis, hvor de sto i situasjoner hvor pasientene gjorde valg som ikke var i tråd med hva som var helsemessig riktig. De mente at de som sykepleiere, ikke kunne regne med at alle pasientene ønsket å leve så kjempesundt hele tiden. Å orke å stå i situasjonen, respektere pasientens valg, ble pekt på som sentralt.

Andrews (2003); Gibson (1991) vektlegger nødvendigheten av maktfordeling i samhandlingen med pasientene og at sykepleierne må gi fra seg noe av makten. De hevder videre at helsepersonell samtidig må hjelpe pasienten til å få makt og kontroll, noe som i følge Andrews (2003) vil si å styrke pasientens evner og muligheter til å delta. Samtidig å øke pasientens bevissthet om sin egen situasjon, om hvordan de kan medvirke.

Sykepleierne i studien beskrev spennende møter med pasientene hvor de fokuserte på pasientens resurser, hvor dialogen fikk en sentral plass. I følge Askheim & Starrin (2007);

Berg (2005) vil en dialog som er basert på tillit og likeverd, være et godt utgangspunkt for refleksjon. Likeledes å være tilstede i møtene, lytte til pasientens fortelling og være engasjert og opptatt av en likeverdig og respektfull fremtreden. Berg (2005, s.92) hevder at ”vi er våre fortellinger”, og utdyper det ved at når vi forteller vår historie til noen, kan det hende at vi oppdager svarene og sammenhengene selv. Dette kan sies å være i tråd med sykepleiernes utsagn, hvor de vektla nødvendigheten av å gi rom for at pasientene fikk fortelle om livet sitt. Dette inkluderer at sykepleierne tok i mot fortellingen, på en verdig måte. Det de beskrev var givende meningsfulle møter, hvor de opplevde respons fra pasienten, ved at han åpnet seg og fortalte sin historie, og hvor de tok imot utfordringen til et samarbeid, noe som er i tråd med (Tveiten & Meyer, 2009). De fortalte historier hvor de praktiserte omsorg, likeverd, imøtekommenhet og kunne tørre å utfordre og ansvarliggjøre pasientene på en respektfull måte. Å reflektere og undre seg sammen, opplevde de ofte kunne føre til en endring ved at pasienter ble motivert, oppdaget egne resurser og muligheter og troen på egen mestring. Dette er i tråd med sykepleiens grunnlagstenkning, hvor to grunnpillarene er omsorg og barmhjertighet (Kirkevold, 1998; Martinsen, 2003). En sykepleier karakteriserte det som et ”givende samarbeid”.

Det er interessant å merke seg sykepleiernes uttalelser, hvor de beskrev det som spennende å tørre å utfordre og ansvarliggjøre pasientene. Sett i lys av omsorg og barmhjertighet som en grunnleggende verdi i sykepleie, kan det være nærliggende å tenke at det å utfordre og ansvarliggjøre pasientene, ikke nødvendigvis er forenelig med omsorg og barmhjertighet. Imidlertid kan det der omsorg og barmhjertighet er et fundament, gi rom for å utfordre og ansvarliggjøre, uten at pasienten opplever det som et angrep, noe som er i tråd med sykepleiernes uttalelser. I følge Eide & Eide (2007) ligger det i omsorgsbegrepet også en respekt, for pasientens styrke og muligheter. Det er nærliggende å anta at en god relasjon og samhandling, som oftest vil kunne kjennetegne god sykepleie uansett område. Imidlertid synes det å kunne antas å være spesielt viktig i forhold til sykepleie i rehabilitering av kronisk lungesyke, som denne studien omhandler.

5.3 Hvorfor gjorde de det de gjorde?

Betydningen av lyst og vilje

Med forskjellige uttrykk og i ulike eksempler beskriver sykepleierne i studien samhandlingen med pasientene som spennende, utfordrende, interessant og at de blir berørt. Som sykepleier i rehabilitering, kan forsker undres over dette engasjementet, sett i lys av at det i behandling og rehabilitering av kronisk lungesyke, er store utfordringer for helsepersonell og sammensatte problemstillinger som pasientene strever med (Strauss et al., 1984). I forhold til denne studiens sykepleiere, vil deres fokus være utredning, behandling og livsstilsendring i forhold til pasientene. Pasientenes innstilling, kapasitet og motivasjon i forhold til engasjement og interesse for medvirkning, vil være forskjellig (Gjengedal & Hanestad, 2007). På tross av en hverdag preget av arbeidsoppgaver som stiller store krav til dem som sykepleiere, viser studien at sykepleierne gikk inn i de vanskelige situasjonene, og ikke vegrer seg for de utfordrene samtalene. I følge Bandura (1997) er troen på at vi kan få til noe, viktig i forhold til å velge gode mestringsstrategier. Det vil være styrende for om vi opplever situasjoner som truende og ukontrollerbare eller ikke. Det er nærliggende å tenke at sykepleierne opplevde at de hadde gode mestringsstrategier, nyttiggjorde seg av de i praksis og at de opplevde at de lyktes. Hva de lyktes med, kan antas å være at de opplevde gode relasjoner med pasientene og at de til en viss grad opplevde at empowermentideologien, fungerer i praksis. Likeså at relasjonen kanskje førte til at sykepleierne opplevde det godt å være sammen med pasienten, at de ville han vel. Historien pasienten hadde fortalt, forståelsen som kanskje oppsto, kan ses på som en medvirkende årsak. Dette kan i seg selv gi glede, lyst og en opplevelse av mening i arbeidet, noe Antonowsky (1996) benevner som salutogene faktorer. Walseth og Malterud (2004) beskriver begrepet salutogenese som en kompetanse som skaper muligheter, der det tidligere var avmakt.

Sykepleierne i studien fortalte at de ble glade i pasienten, de kunne få hyggelig tilbakemeldinger i form av kort og lignende, hvor pasientene uttrykte sin takknemlighet. Dette kan tyde på at sykepleierne fikk mestringsopplevelse og en bekreftelse, på at det hadde vært en god relasjon, hvor pasientene hadde følt seg sett og møtt der de var. Dette er i tråd med Virtanen, Leino - Kilpi & Salanterä (2007) hvor sykepleier og pasientrelasjon preget av respekt og likeverd, der sykepleieren kjente pasienten og hans behov, ble trukket fram som essensielt.

Betydningen av kompetanse

Sykepleierne var opptatt av pasientenes resurser, muligheter, hva de mestret i hverdagen og hvordan de ønsket å leve livene sine. Dette kan ses å være i samsvar med st. meld. nr. 21 (1998-99). Bredland, Linge & Vik (2011) benevner dette som en måte å tenke på innen rehabilitering og at det er et bevisst valg fra helsepersonell å reflektere over hva som er hensiktsmessig og ”riktig” praksis i forhold til målet de har. Dette inkluderer holdninger og verdier, om hva som er forventet. Sykepleierne i studien inviterte pasienten til et samarbeid, hvor de tydelig gav til kjenne at de ønsket pasientens deltagelse, noe de mente var viktig for at rehabiliteringsprosessen skulle lykkes. Dette kan sies å være i tråd med Gibson (1991) hvor han formidler at sykepleierne må ha en bevissthet i forhold til egne tanker, følelser og opplevelser, for ikke å oppleve pasientmedvirkning som en trussel. Dette er i tråd med Berggren & Severinsson (2007) der de beskriver hvordan veiledningen, hadde bidratt til at sykepleierne i større grad, våget å gå inn og stå sammen med pasientene i vanskelige situasjoner og valg.

Berg (2005) hevder at nærvær og delaktighet forutsetter at man bruker seg selv og er personlig engasjert i møtet og stiller samtidig spørsmål om fravær av engasjement, kan oppleves krenkende på pasienten. Det kan synes som om at sykepleierne i studien opplevde at de hadde kompetanse som gjorde at de ikke vegret seg for å gå inn i vanskelige situasjoner og samtaler, noe som er i tråd med (Berggren & Severinsson 2007). Bekreftelse på kompetansen, kan det antas at de fikk ved å oppleve mestring, ved å lykkes i relasjonsbygging. Dette inkluderte framdrift i rehabiliteringsprosessen, hvor det kunne tyde på at pasientene hadde fått nyttige redskaper til å håndtere sykdommen, som igjen gav dem trygghet og kontroll. Dette kunne ha betydning for prosessen med å akseptere sykdommen, med dens begrensninger og samtidig å se nye muligheter. Som sykepleier har forsker erfaring med at det er viktig å kjenne at man lykkes i jobben og har kompetanse, i møte med hverdagens jobbutfordringer Det er positivt, gir glede og utløser energi. Å vite hva god kompetanse innen et felt innebærer og kjenne at man både har kunnskaper holdninger og ferdigheter i møte med arbeidshverdagen, vil imidlertid ikke si at man alltid lykkes i alle situasjoner. I større grad vil det si å være bevisst sitt ståsted som sykepleier, kunne reflektere faglig over praksis og endre den hvis nødvendig, uten at man opplever seg som en dårlig sykepleier. Å vite at man er en sykepleier som er god på noe og mindre god på andre områder, kan føre til motivasjon for å øke kunnskap og at man har noen mål og verdier å strekke seg mot. Berg (2005) beskriver hvordan hun i møte med en pasient, åpnet

opp for hans fortelling om hvem han var, hvor dette frigjorde en undring og interesse og en følelse av å bli berørt av det han fortalte. Hun beskriver videre hvordan det da kan åpne seg en ny dimensjon, for å se nye muligheter sammen. Pasienten med sin historie og fagpersonen med sin kompetanse. Empowermen kan ses på som en del av sykepleiernes identitet, en måte å utføre arbeidet på (Williamson, 2007). Sykepleierne i den studien beskrev empowerment, som noe som oppsto inni hver enkelt sykepleier. Det kan sees i sammenheng med at de opplevde at de hadde en kompetanse i møte med den lungesyke, bestående av kunnskap, holdninger og ferdigheter og at de hadde erfaringer på å lykkes, noe som gav mestringsforventning og motivasjon (Bandura, 1997).

Sykepleierne i studien kom med innspill som ble beskrevet som å være nysgjerrig og undrende. Det kan synes som samhandlingen mellom sykepleier og pasient og veiledning av pasienter kan betegnes som krevende, som krever kompetanse, noe som er i tråd med Tveiten (2007); Andrews (2003) som beskriver denne kompetansen som bestående av kunnskap, holdninger og ferdigheter. Askheim & Starrin (2007) hevder at å realisere målene om empowerment, fordrer bevissthet om hvilken rolle man har som fagperson og i praksis. Imidlertid var det ingen sykepleiere i studien, som benevnte denne prosessen som krevende. At sykepleierne i studien ikke benevnte denne prosessen som krevende, men brukte ord som givende, interessant og at de ble berørt og følte ydmykhet, betyr ikke at prosessen ikke kan være krevende. Det er nærliggende å tenke at sykepleie i lungerehabilitering stiller store krav om kompetanse innenfor de enkelte områdene, men at sykepleierne opplevde at de hadde kompetanse til å gå inn i krevende samtaler med pasientene og at dette ikke opplevdes som uoverkommelig.

Tveiten (2007) beskriver veiledning som en pedagogisk metode, hvor den enkelte sykepleier kan bli bevisst sin styrke og frigjøre sitt potensial, hvor refleksjoner over egen yrkesfunksjon kan bidra til å bli tryggere på egen rolle i samhandlingen med pasienten. Dette kan synes å være i tråd med sykepleiernes erfaringer, hvor de karakteriserte relasjonen med pasientene som spennende og at de fikk en bevissthet, om hva det innebar å være sykepleier. Williamson (2007) belyser hvordan sykepleierne i en hjemmesykepleiesetting opplevde at fokuset de hadde på empowerment medførte at de opplevde å lykkes med jobben sin, og hvor interaksjonen de hadde med pasienten var avgjørende, i forhold til at pasientene skulle mestre å fungere optimalt hjemme. Sykepleierne i studien refererte ofte til dialogen og samhandlingen med pasientene, og

beskrev hvordan de var opptatt av likeverd, pasientmedvirkning og at to eksperter på hvert sitt felt skulle samarbeide, og være samtalepartnere. Dette stiller store krav til kompetanse hos sykepleierne, noe som kan synes å være i tråd med (Tveiten, 2007). Innholdet i kompetansen blir videre benevnt som holdninger, kunnskap og ferdigheter. I forhold til sykepleiernes ferdigheter, hevder Kirkevold (1996) at hva som er god sykepleie varierer med hvilken type situasjon det er snakk om og at kvalitet og kunnskap må ta utgangspunkt i den enkelte situasjon. Hun skisserer 4 ulike situasjoner fra akutte til problemidentifiserende situasjoner, hvor alle krever ulik tilnærming og kunnskap. I forhold til sykepleierne i studien, vil alle de fire situasjonene være tilstede i deres hverdag på sykehuset. Sykepleierne eksemplifiserte og beskrev hvordan de gikk inn i pasientsituasjoner med et åpent sinn, møter pasienten der han var og tilpasset sykepleien ut fra hva de observerte. Flere av de synes det var litt vanskelig å beskrive i intervjuet hvordan de utførte ting i praksis. Tveiten (2007) beskriver at praktisk kunnskap noen ganger kan være taus og innforstått, eller implisitt og uutalt, noe som kan være en forklaring. Imidlertid viser Virtanen et al. (2007) at det var i de gode samtaler med pasienter, hvor det var gjensidig respekt og maktbalanse, at pasienten ble i stand til å ta imot og nyttiggjøre seg kunnskapen. Det kunne synes vanskelig å peke på et spesielt element i samtalen som var mer viktig enn et annet, men heller at det var en helhet og at sykepleierne erfarte at de hadde kompetanse. Tillit og fortrolighet, blir viktige karaktertrekk ved denne istandsettelsesprosessen (Gibson, 1991).

5.4 utfordringer

Medvirkning og likeverd i praksis

Sykepleierne i studien hadde erfaringer hvor pasienter som kom til sykehuset, ikke alltid var så motivert for endring og samarbeid. Dette kunne oppleves frustrerende for sykepleierne, som ønsket å arbeide ut fra empowermentideologien. Deres intensjon, mente de var å invitere pasienten til å medvirke og de forsøkte å legge til rette for det i praksis, på avdelingen. Det kan synes som det er enklere å praktisere empowermentideologien ovenfor de pasientene som har et ønske, om å medvirke i utgangspunktet. På bakgrunn av forskeres erfaring, kan lungesyke oppleve at tung pust fører til passivitet og lite overskudd i hverdagen, noe som igjen kan føre til at de ikke orker å engasjere seg så mye. Empowerment fordrer engasjement, både fra pasienten og sykepleieren (Askheim, 2003). På den ene siden skal sykepleier lytte til pasientens ønske og respektere at han ikke vil

medvirke. På den andre siden, skal helsepersonell hjelpe pasienten til å medvirke (Gibson, 1991). Det kan synes som om pasientmedvirkning i forhold til de lungesyke kun kan bli sykepleiernes behov, og ikke pasientens. Tveiten (2007) sette empowerment i et kritisk lys, hvor hun stiller spørsmål om hva vi gjør i forhold til pasienter som velger å ikke medvirke, men ønsker at fagfolk skal bestemme. Medvirkning er sentralt i empowermentideologien (Gibson, 1991; Tveiten, 2007; Askheim, 2003). Sykepleiere i studien stilte spørsmålet om de som sykepleiere kanskje ofte ønsket å ha regien, på hva pasientene skulle medvirke i og hva de skulle medvirke med. Det mente de kunne oppleves som makt og påvirke relasjonen, i forhold til hvem som kanskje tok på seg ansvaret for prosessen, og med det fratok pasientens medansvar for samhandling (Hvas & Tesen, 2002; Tveiten & Knutsen, 2010).

Det er i tråd med Askheim (2003); Tveiten & Mayer (2009) som hevder at de som bemyndiger, er de samme som vil kunne sette grensene for medvirkning hos de som blir myndiggjort og at det kan oppleves utfordrene for sykepleierne, hvis pasienten medvirker for mye. Å medvirke for mye kan kanskje bety og velge og ikke medvirke, noe som i forhold til sykepleie i rehabilitering, hvor aktiv medvirkning er viktig, kan synes utfordrene. Askheim & Starrin (2007) hevder at de ulike tilnæringer til empowerment, deler et felles grunnsyn. Det som vektlegges er tanken om et positivt menneskesyn, hvor hvert enkelt menneske ses på som et aktivt og handlende individ, som vil handle til sitt eget beste, hvis forholdene blir lagt til rette. Ut fra rehabilitering og empowerment perspektiv, vil det å velge å ikke medvirke, eller engasjere seg i saker som omhandler ens egen helse, kunne ses på som lite forenelig med å handle til sitt eget beste. Askheim (2003) understreker betydningen av at helsepersonell må se sitt faglige ansvar ovenfor pasienten, uten å umyndiggjøre han og samtidig respekter pasientens valg, uten å unnlate å hjelpe der det er nødvendig. Dette kan synes å være en vanskelig balansegang, noe sykepleierne i studien også hevdet. Williamson (2007) fremhever betydningen av relasjon og dialog for å praktisere empowermentideologien, i en hjemmesykepleiesetting. Det er nærliggende å tenke dette som overførbart til lungerehabilitering. Å være primærsykepleier for pasienter som ikke ønsker å medvirke i sin egen rehabilitering, kan stille store krav til relasjonsbygging og videre samarbeid, når målet er medvirkning og likeverd. Respekt for menneskets verdighet skal ligge til grunn for all sykepleie (Yrkesetiske retningslinjer, 2011). Ordet rehabilitering kan oversettes med Å gjenopprette verdighet (bokmålsboka 1986). Utfordringen i forhold til å se pasienten som likeverdig kan synes å være å

respektere den pasient som verken ønsker eller velger å gjøre det helsemessige riktige. I praksis vil det kanskje si å ikke gi pasienten en følelse av underlegenhet. Askheim (2007) hevder at selv om man praktiserer empowerment, endres ikke maktubalansen som ligger i relasjonen mellom de som hjelper og de som trenger hjelp, men bevissthet om dens eksistens blir sentralt.

Å anerkjenne pasienten som ekspert i praksis

Askheim & Starrin (2007) påpeker det asymmetriske makt forholdet mellom pasient og helsepersonell, noe sykepleierne i studien også var opptatt av. De fortalte at de hele tiden prøvde å etterstrebe og utjevne ubalansen, ved å bevisstgjøre pasienten på at han kjente seg selv best og invitere til et samarbeid. Samtidig mente de at det i utgangspunktet var en ubalanse i kraft av deres funksjon som sykepleier og at pasienten som syk, var kommet til sykehuset for å få hjelp. Å utjevne maktubalansen helt, mente de var urealistisk. Askheim & Starrin (2007); Slettebø (2004) peker på bevisstgjøring av pasientene om sin situasjon og mulighet for å endre den, som en viktig oppgave for helsepersonell. I dette ligger en tanke om at pasientens passivitet kan skyldes at de ikke er klar over at de har rett til å medvirke, eller ikke er i besittelse av kunnskap om hvordan og med hva de kan medvirke, eller at de ikke er vant til det. Slettebø (2004) benevner det som lært hjelpeløshet. Mange kronisk lungesyke har levd med sykdommen over lengre tid, har ervervet seg erfaring med forverrelser og infeksjoner (Hjalmarsen (2012)). De kan ofte sitte inne med mye erfaringskompetanse og sykepleierne i studien gav mange eksempler på hvordan de anerkjente denne kompetansen og inviterte til samarbeid. Imidlertid viser Dager (2007) hvordan lungesyke kan oppleve skam i forhold til at sykdommen delvis er selvforskyldt, i og med at mange har røkt. Å påføre seg selv skade ved å røyke, er noe som i utgangspunktet ikke kan ses på som forenelig med å være ekspert på seg selv.

Sykepleierne i studien hevdet at de ikke kunne regne med at alle pasientene nødvendigvis var interessert i å leve så kjempesundt. Det som kunne synes å være riktige valg i sykepleierens øyne, var ikke alltid i samsvar med pasientenes oppfatning av riktige valg, noe som kunne medføre at sykepleierne ble litt på hugget. De kunne begynne å argumentere og prøve å overtale pasientene, til noe de som sykepleiere mente var til det beste for dem. Samtidig fortalte de at de ikke hadde noen erfaringer med at dette hadde ført til noen positivt resultat, men at det ble helt feil. Sett i lys av Tveiten & Mayer (2009) hvor relasjon og kommunikasjon er viktig i forhold til dialogen mellom pasient og sykepleier i

empowermentprosessen, vil dette kunne innvirke, påvirke og gjøre både relasjon og dialog utfordrene. Sykepleierne i studien fortalte om pasientsituasjoner som hadde opplevdes som slitsomme, hvor relasjonen hadde skurret, ofte på grunn av at pasienten ikke ønsket å velge det åpenbart riktige ut fra sykepleiernes faglige ståsted. Fra forskers synspunkt kan det synes vanskelig og anerkjenne en kronisk lungesyk pasient, som velger å fortsette å røyke, eller som gjør valg som ikke er forenelig med fag kunnskap på område. Sykepleierne i studien hadde ingen gode erfaringer med å forsøke å tvinge, eller på annen måte bruke makt. Sett i lys av grunnleggende tanker i rehabilitering om å hjelpe pasienten til å oppnå best mulig funksjons og mestringsevne kan det her ligge store sykepleie utfordringene i pasientrelasjonen.

Dette kan sies å være i tråd med Antonovsky (1996) hvor han bruker begrepet sense of coherence som en grunnholdning i møte med hendelser i livet. I det ligger en bevissthet og forventning, til at man har muligheter og resurser til påvirke og medvirke i viktige avgjørelser vedrørende eget liv og hvor helsepersonell sin rolle er å støtte, veilede pasientene på en respektfull måte til å oppdage det (Askheim & Starrin, 2007). På den andre siden krever dette samarbeidet at pasientene kanskje har kommet et godt stykke på veg før innleggelsen på lungesykehuset, at de er i besittelse av et overskudd og har ansvarsfølelse for den videre prosessen. Dette kan synes å ikke alltid være tilfelle for den kronisk lungesyk, noe som vil kreve innlevelse og forståelse fra helsepersonelle (Sørensen & Graff-Iversen, 2001). Gibson (1991) hevder at den enkelte pasient har hovedansvaret for sin egen helse og at helsepersonell har et ansvar, for å hjelpe pasienten til å ta det ansvaret. Walseth & Malterud (2004) fokuserer på veiledningsrollen i forhold til å møte pasienten der han er, peke på hans resurser og gi faglig informasjon. Dette betegnes som en prosess mer enn en konsultasjon, hvor målet er at pasienten skal oppdage sine resurser og kompetanse til å medvirke. Gibson (1990) vektlegger at helsepersonell må respektere pasientens selvbestemmelse og at pasienten har kapasitet til å ta sine egne valg, men at sykepleierne skal hjelpe og støtte i prosessen. Som sykepleier innen rehabilitering ser forsker at det kan oppleves som en trussel for sykepleieren i møte med den kunnskapsrike og veltalende pasient, som stiller seg skeptisk og ikke verdsetter sykepleierens ekspertise, men kan komme med utfordrene og krevende formuleringer. Bevissthet om egen rolle og egen kompetanse i pasientsituasjonene og samtidig å være ærlige på utfordringene de opplevde og at de ikke alltid fikk til i praksis det de visste var en riktig tilnærming, synes

viktig. Dette er i tråd med Askheim & Starrin(2007) som betegner empowerment i praksis som utfordrene for helsepersonell.

5.5 Vurdering av studiens holdbarhet

I forskningslitteratur blir det brukt ulike begreper for hvordan en studies holdbarhet vurderes (Ringdal, 2007; Ryen, 2002; Thagaard, 2003; Kvale & Brinkmann, 2009). I denne studien er det valgt å fremheve troverdighet, bekreftbarhet og overførbarhet slik Thagaard (2003) relaterer begrepene til kvalitativ forskning.

Troverdighet

En studies troverdighet er et viktig mål i kvalitativ metode, noe som handler om tillit til forskningens utførelse hevder Thagaard, (2003). I det ligger en redegjørelse for relasjonen forsker har til informantene, og hvordan forskers egne erfaringer fra veiledning og rehabiliteringsarbeid kan ha betydning for forskningsdata. Likeledes at forsker viser å skille mellom informantenes uttalelser, og egne vurderinger av informasjonen. I denne studien ble det valgt en kvalitativ metode da det var sykepleiernes erfaringer med veiledningen som var studiens hensikt.

Dybdeintervju ble valgt for å sikre best mulig svar på problemstillingen. Intervjuene foregikk på informantenes arbeidsplass og i arbeidstiden, hvor det gav intervjusettingen preg av en formell atmosfære. Dette ble ansett som viktig i forhold til at informantene var forskers kollegaer, samtidig som det ble det lagt vekt på samspill og dynamikk som i følge Kvale & Brinkmann (2009) er sentralt. Forskerrollen ble tydelig benevnt i starten av intervjuene, og intervjuguiden ble etterfulgt så presist som mulig. Den var utarbeidet med fokus på åpne spørsmål, hvor informantene ble oppfordret til å fortelle om positive og negative erfaringer, med å bruke empowermentideologien, og beskrive situasjoner fra praksis, noe som var med på å fremskaffe et variert og rikt datamateriale. Intervjuguiden var grundig gjennomarbeidet og ulike spørsmålsstillinger ble vurdert og utprøvd både med veileder, i masterseminarer, og av forsker alene. Dette er ifølge Kvale & Brinkmann viktig med tanke på å fremskaffe gode og rikelig data i forhold til problemstillingen, samt medvirke til flyt i samtalen. Forsker anser intervjuguiden å ha bidratt til å fremskaffe relevant kunnskap, noe studiens funn antyder.

Transkriberingen ble nedskrevet ordrett med full lojalitet til intervjupersonenes uttalelser. I tvilstilfeller ble transkriberingen sammenlignet med lydopptakene gjentatte ganger. Forsker utførte alle transkriberingene selv. Transkriberingen av pilotintervjuet ble kritisk lest av veilede for å avdekke eventuelle ledende spørsmål. Kvale & Brinkmann (2009) hevder at det er viktig at forsker ikke blir for involvert og legger sin mening i informantenes uttalelser. Samtidig var forsker under transkripsjonsprosessen klar over det Kvale & Brinkmann hevder, at en transkripsjon er ikke er en fullstendig gjengivelse av det direkte intervjuet da deler av den non verbale kommunikasjonen blir borte. For å redusere tap av informasjon, valgte forsker å transkribere deler av kroppsspråk som latter, ironi og indignasjon, der det ble vurdert til å gi sentral informasjon for å understreke meningsinnholdet i materialet. Dialektord ble utelatt, noe som i følge Kvale & Brinkmann kan være viktig i forhold til konfidensialitet. Allikevel må studiens troverdighet ses i lys av forskers relativt begrensede erfaringer med lignende arbeid.

Bekreftbarhet

En studies bekreftbarhet, er knyttet til tolkninger og forskerens egne vurderinger i tolkninger av resultatene. Thagaard (2003) presiserer viktigheten av at forsker er kritisk til grunnlaget for egne tolkninger. Hun hevder videre at et slikt forhold kan være hvorvidt forsker er knyttet til miljøet det studeres i, noe som var tilfelle i denne studien. Forsker har både en erfaringskunnskap, og en teoretisk ervervet kunnskap som kan påvirke forståelsen av det som studeres, hvor tolkningen utvikles i relasjon til egne erfaringer. Dette medførte at forsker gjennom arbeidet med intervjuguiden, intervjuprosessen, analysen og diskusjonsdelen, hele tiden bevisst og kritisk måtte reflektere over egen rolle som forsker på sin egen arbeidsplass, hvor kollegaene var informantene. Hensikten var å ikke overse nyanser, og det som var annerledes enn forskers egne erfaringer. Denne refleksjonen ble gjort sammen med veileder, medstudenter og andre lærere ved høgskolen, hvor fokus var å bevisstgjøre og korrigere forskeres forutinntatthet og skape åpenhet mot det som skulle studeres.

Kvale & Brinkmann (2009) beskriver det kvalitative forskningsintervjuet som et håndverk som må læres blant annet etter mester/lærling prinsippet. Kvaliteten avhenger av forskers kunnskaper om temaet, hevder de vider, samt interaksjonen mellom intervjuer og intervjupersonene og kompetanse på å stille spørsmål. I forhold til denne studien var både informantene og temaet kjente for forsker, noe som i følge Thagaard (2003) kan være

positivt i forhold til å forstå informantenes situasjon. På den andre siden kan det bidra til å overse viktige nyanser som ikke samsvarer med egne erfaringer, noe som må taes i betraktning at kunne skje i denne studien. Som Thagaard refererer til, ble det viktig for forsker under intervjuene og i analysen å være oppmerksom på de negative erfaringene sykepleierne måtte ha med veiledningen, likeledes å forsøke å rette oppmerksomheten ved utfordringene med å praktisere empowermentideologien. I følge Thagaard er dette viktig for å få en bredere forståelse av samtalens meningsinnhold. Omfattende trening er nødvendig for å bli en god intervjuer hevder Kvale & Brinkmann, og kvaliteten på dataene er avhengige av intervjuerens ferdigheter. Dette som må taes i betraktning når studiens bekreftbarhet skal vurderes i og med at forsker må betraktes som en lærling og nybegynner i faget.

Overførbarhet

Overførbarhet handler om hvorvidt resultatene i en intervjuundersøkelse primært er av lokal interesse eller om det kan overføres og kan være relevant i andre situasjoner (Kvale & Brinkmann, 2007; Thagaard, 2003). En målsetning for kvalitative studier hevder Thagaard er at studien skal ha relevans også for andre, og at den teoretiske forståelsen som har framkommet i studien kan settes inn i en videre sammenheng. Kvale & Brinkmann hevder at i kvalitative studier utvikles det vitenskapelig kunnskap som er overførbart, men at hver enkelt situasjon er unik og ny framkommet kunnskap må tilpasses ut fra kontekst og mangfold. Kunnskapen som har framkommet i denne studien kan ikke sies å gjelde alle sykepleiere som har gått eller går i sykepleiefaglig veiledning med fokus på empowermentideologien i praksis. Studien kan si noe om de ni sykepleiernes erfaringer med å praktisere empowermentideologien på et gitt tidspunkt, Men i følge Kvale & Brinkmann kan tolkningene som er gjort i denne studien bli utprøvd og videreutviklet i nye undersøkelser.

6 AVSLUTNING

I denne studien har hensikten vært å generere kunnskap om sykepleieres erfaringer med å bruke empowermentideologien i praksis. Prosjektet er forankret i et helsefremmende perspektiv der begrepene pasientmedvirkning, pasienten som ekspert og maktomfordeling er knyttet opp mot hverdagen på lungesykehuset. Utvalget har bestått av ni sykepleiere som har deltatt i veiledning med fokus på empowerment, det ble gjennomført ni kvalitative forskningsintervju. Videre følger oppsummering av studiens funn og forslag til videre forskning.

6.1 Oppsummering av studien

Det kan synes som sykepleierne i studien hadde mange og ulike arenaer gjennom hele døgnet hvor de var sammen med pasientene. Studien indikerer at de ulike arenaene sykepleierne beskrev, hver på sin måte gav gode og varierte muligheter til å utøve empowermentideologien i praksis. Innholdet i møtene sykepleierne hadde med pasientene kunne variere, men det var de ulike møteplassene og arenaene, som gav mulighet til å bygge relasjon.

Sykepleierne i studien anså det som avgjørende å få kontakt med pasienten, for å bygge tillit og trygghet, som et fundament for videre samhandling i rehabiliteringsprosessen. Medvirkning og deltakelse, ble sett på som sentrale faktorer og sykepleierne anså seg selv som medspillere i prosessen. Å møte pasienten der han faktisk var og ikke der sykepleierne kanskje skulle ønske han var, ble sett på som vesentlig i forhold til motivasjon for å medvirke. Åpenhet, positiv nysgjerrighet og interesse ble trukket fram som essensielt i møtene. Likeledes respekt for pasientens integritet og en varhet for hvor den grensen gikk, hos den enkelte pasient. På den måten mente de å synliggjøre at de så på pasienten som likeverdig, men ikke likestilt dem selv. Å anerkjenne pasientens kunnskap og kompetanse, ble sett på som vesentlig for å skape balanse og et klima hvor de kunne bevisstgjøre, ansvarliggjøre og utfordre pasientene i forhold til målene de hadde satt. Dialog og samspill ble betraktet som et godt hjelpemiddel, likeledes en vennlig, blid og imøtekommende væremåte.

Studien indikerer at kunnskap holdninger og ferdigheter synes å være av vesentlig betydning i møte med den kronisk lungesyke. Den samlede kompetansen kan sees på som omfattende, og bestående av kunnskap innen lungefaget, relasjonsbygging, veiledning og undervisning i ulike sammenhenger ut fra kontekst.

Å inneha veiledningskompetanse kom til uttrykk gjennom sykepleiernes beskrivelser av hvordan de evnet faglig, bevisst og reflektere over pasientsituasjoner, skape støttende relasjoner, aktiv lytting og dialog. Studien indikerer at sykepleierne så ut til å inneha denne kompetansen og at de brukte den i praksis. Aspektet de beskrev ved å kjenne på frimodighet til å gå inn i situasjoner hvor de i utgangspunktet ikke hadde svar og løsning på pasientens problemer, og invitere til samhandling er et interessant funn.

Et viktig funn i denne studien er sykepleiernes opplevelse av hverdagen på lungesykehuset som engasjerende, spennende og interessant. En medvirkende årsak kan synes å være at pasientene i større grad tok ansvar for sin egen rehabiliteringsprosess, og arbeider bevisst for å nå målene sine. Resultater i form av pasienter som lykkes i å nå målene sine og hvor rehabiliteringsprosessen førte til endring i form av økt mestring av sykdommen, kan synes å føre til at arbeidet sykepleierne utfører på sykehuset oppleves meningsfullt.

Denne studien indikerer at det byr på ulike utfordringer for sykepleierne å bruke empowermentideologien i praksis. Den kronisk lungesyke er ikke alltid like motivert for endring og samarbeid. Det kan synes som om pasientmedvirkning kan bli sykepleierens behov. Sykepleiere på sin side kan kjenne på behovet for å ha regien på hva pasientene skulle medvirke i og hva de skulle medvirke med. Å være primærsykepleier for pasienter som ikke ønsker å medvirke i sin egen rehabilitering kan stille store krav til sykepleieren om kompetanse. Å behandle pasienten som likeverdig i praksis ved å respektere pasienter som verken ønsker, eller velger å gjøre det helsemessige riktige, eller leve så kjempesundt ble pekt på som krevende sett i lys av at en god relasjon og samarbeid anses som viktig i forhold til å bruke empowermentideologien i lungerehabilitering.

Frustrasjon, irritasjon, dialog og samspill som hadde skurret og oppledes som slitsomme var et viktig funn i studien. Studien indikerer at å praktisere empowermentideologien i forhold til kronisk lungesyke som kommer til sykehuset for utredning, behandling og

rehabilitering må ses på som en krevende prosess, som stiller store krav til sykepleierne om kompetanse.

Ulike utfordringer i forhold til sykepleiernes intensjon om å praktisere empowermentideologien ser ut til å være en del av deres hverdag i møte med pasientene. Faglig refleksjon og veiledning i forhold til de ulike situasjonene ser ut til å medføre at sykepleierne opplever å kunne løfte handlingen og se dem i lys av teori, egen og andres refleksjoner og med det heve sin egen kompetanse og styrke sitt ståsted og bevissthet som sykepleier i forhold til lungesyke pasienter. Dette anses som viktige funn i studien.

6.2 Forslag til videre forskning

Sykepleierne opplever ved å gå i veiledning med vekt på empowerment som en god utrustning og en kompetanseheving i møte med den kronisk lungesyke, er en allmenn tendens i studien. Det er interessant å stille spørsmål ved hvorvidt sykepleiere ved lungesykehuset som ikke har gått i veiledning, men som i kraft av annen relevant utdanning og erfaring opplever mestring og kompetanse i møte med de kronisk lungesyke. Hvilke funn ville man fått ved å dybdeintervjue de sykepleierne kunne vært en relevant studie.

Denne studien hviler på et helsepersonell perspektiv, mens videre studier ut fra pasientens perspektiv kan være av interesse som oppfølging av denne studien. I hvilken grad opplever pasientene seg anerkjent som eksperter på seg selv?, får de medvirke?, og hva får de medvirke i? Likeledes kunne det være av interesse som en oppfølging av denne studien og belyser maktaspektet i en pasient/helsepersonell relasjon i en rehabiliteringskontekst både ut fra pasient og helsepersonell sitt perspektiv.

Fokusgruppeintervju av sykepleierne i studien, ville frambringe andre type data og kunne belyse problemstillingen ytterligere. Feltobservasjon av sykepleierne i forhold til å praktisere empowermentideologien kan ses på som et verdifullt supplement til denne studien.

Kunnskap som har fremkommet i denne studien kan anees å være relevant i forhold til kompetanseheving for sykepleiere i lungerehabilitering, men kan også vurderes til å ha

overføringsverdi til sykepleiere i annen rehabilitering. Likeledes kan det anses som supplement til videre studier som kan gi kunnskap om praksis relatert til helsefremmende arbeid.

7 LITTERATURLISTE

American Thoracic Society Documents. American Thoracic Society / European Respiratory Society Statement on Pulmonary Rehabilitation. (2006). *ATS / ERS Am J Respir Crit Care Med* Vol 173. pp 1390- 1413 DOI:10.1164/rccm.200508-1211ST

Andrews, T. (2003). ”Nytt” ideologisk grunnlag for forebyggende helsearbeid: En diskusjon av syn på makt og endring. *Tidsskrift for velferdsforskning*, 6(1),30-42.

Antonovsky, A. (1996). The sense of coherence: A historical and future perspective. *Israel Journal of Medical Science* 32, 170-178.

Askheim, O.P. (2003). *Fra normalisering til empowerment: Ideologier og praksis i arbeid med funksjonshemmede*. Gyldendal Norsk Forlag AS.

Askheim, O.P. & Starrin, B.(red.)(2007). *Empowerment i teori og praksis*. Gyldendal Norsk Forlag AS.

Bandura, A. (1997). *Self – Efficacy: The Exercise of Control*. W. H. Freeman and Comp

Benner, P.& Wrubel, J. (1989). *The Primacy of Careing: Stress and Coping in Health and Illness*. Menlo Park, California: Addison – Westley Publishing Company.

Benner, P.& Wrubel, J. (2001). *Omsorgens betydning i sykepleie: Stress og mestring ved sundhet og sykdom*. Munksgaard Danmark, København.

Berggren, I. & Severisson, E.(2007).The influence of clinical supervision on nurses` moral decision making. *Nursing Ethics* (2)

Berg, E. (2005) *Det skapende mellomrommet- i møte mellom pasient og lege*. Gyldendal Norsk Forlag AS

Bokmålsboka, (1986). *Definisjons- og rettskrivningsordbok*. Universitetsforlaget Oslo.

Bredland, E.L., Linge, O.A. & Vik, K. (2002). *Det handler om VERDIGHET: Ideologi og praksis i rehabiliteringsarbeid* (2.utg.). Gyldendal Norsk Forlag AS.

Brudal, L.(2006): *Positiv psykologi*. Bergen: Fagbokforlaget.

Dager, T.N. (2007). Rapport fra en kvalitativ studie om KOLS- pasienters opplevelse av å leve med sykdommen

http://www.lhl.no/no/glittreklinikken/fag_og_forskning/publikasjoner/ KOLS- fakta om kronisk obstruktiv lungesykdom www.fhi.no/artikler/?id=55604 (lest 05.04.2012)

Eide, H & Eide, T. (2007). *Kommunikasjon i relasjoner samhandling, konfliktløsning, etikk* (2.utg.). Gyldendal Akademisk.

Falk- Rafael, A.R. (2001): "Empowerment as a process of evolving consciousness: A model of empowered caring". *Advances in Nursing Science*, 24 (1),1-16.

FNs verdenserklæring om menneskerettigheter (1948).

Folkehelseinstituttet (2011). KOLS – fakta om kronisk obstruktiv lungesykdom. www.fhi.no/artikler/?id=55604 (Lest 05.04.2012).

Freire, P. (1999). *De undertryktes pedagogikk*. Oslo: Ad Notam Gyldendal.

Gershon, A.S., Warner, L., Cascagnette, P. et al. (2011). *Lifetime risk of developing chronic obstructive pulmonary disease: A longitudinal population study*. *Lancet* 2011; 378: 991 - 6.

Gibson, C. H. (1991). "A concept analysis of empowerment". *Journal of Advanced Nursing*, 16, 354-361.

Gilje, N. & Grimen, H.(1993). *Samfunnsvitenskapenes forutsetninger: Innføring i samfunnsvitenskapenes vitenskapsfilosofi*. Universitetsforlaget AS

Gjengedal, E. & Hanestad, B.R.(red.). (2007). *Å leve med kronisk sykdom en varig kursendring* (2.utg.). Cappelen Forlag AS, Oslo.

Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease: Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease.

http://www.goldcopd.org/uploads/users/files/GOLD_Report_2011_Feb21.pdf

Graneheim,U.H.& Lundman, B. (2003). Qualitative content analysis in nursing research: Concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. Department of Nursing, Umeå University, Umeå 90187, Sweden. *Nurse Education today* 24,105-112

Gulsvik, A & Bakke, P.S. (2006). *Lungesykdommer: En basal innføring*. Fagbokforlaget Vigmostad og Bjørke.

Haave, E., Skumlien, S., Engvik, H. (2007). Livskvalitet hos pasienter med alvorlig kronisk lungesykdom: Norsk versjon av The Perceived Quality of Life Scale. *Tidsskrift for norsk psykologforening* 44.735- 740

Health Promotion Glossary WHO / HPR / HEP / 98.1

http://www.who.int/hpr/NPH/docs/hp_glossary_en.pdf

Helse og omsorgsdepartementet. Særtrykk av St.prp.nr.1.(2007-2008) kapittel 9 *Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering* 2008.2011

Helsepersonelloven LOV-1999- 07- 02- 64

Hjalmarsen, A. (2012). *Lungerehabilitering KOLS og andre lungesykdommer*. Cappelen Damm AS, 2012.

Hoeman, Shirley P. (2002). *Rehabilitation Nursing: Prevention, Intervention, & Outcomes* (4.utg.). St. Louis: Mosby Elsevier.

- Holm, U. (2003). *Empati FOR PROFESSIONELLE: Mødet mellem hjælper og hjælpesøgende*. Hans Reitzels Forlag A/S, København.
- Holter, H. & Kalleberg, R.(red) (1996). *Kvalitative metoder i samfunnsforskning* (2.utg.). Universitetsforlaget, Oslo.
- Hummelvoll, J.K. (2006). *Helt - ikke stykkevis og delt: Psykiatrisk sykepleie og psykisk helse* (6.utg.). Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Hvas, A.C. & Thesen, J.(2002). At styrke patientens egne kræfter og at modvirke undertrykkende kræfter: "Empowerment" i et medicinsk perspektiv. *Ugeskr Læger* 164 (46): 5361
- Kirkevold, M. (1996). *Vitenskap for praksis?* Ad Notam Gyldendal Oslo.
- Kirkevold, M. (1998). *Sykepleieteorier- analyse og evaluering*. Ad Notam Gyldendal Oslo.
- Kvale, S. (2000). *InterView: En introduksjon til det kvalitative forskningsinterview*. Hans Reitzels Forlag Købmagergade 62 1150 1150 Kbh.K
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju* (2.utg.). Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Lie, I. (1998). *Rehabilitering og habilitering: Prinsipper og praktisk organisering* (2.utg.). Ad Notam Gyldendal.
- Lorensen, M. (1998). *Spørsmålet bestemmer metoden: Forskningsmetoder i sykepleie og andre helsefag*. Universitetsforlaget AS 1998
- Malterud, K.(2003). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning: En innføring* (2.utg.). Oslo:Universitetsforlaget
- Martinsen, K.(2002). Samtalen, kommunikasjonen og sakeligheten i omsorgsyrkene. *Omsorg, 1* (19), 14-22.

Martinsen, K. (2003). *Omsorg, sykepleie og medisin; historisk- filosofiske essays* (2.utg.). Universitetsforlaget, 2003.

Mishler, E.G. (1986). *Research interviewing- Context and narrative- books*.
[google.no/books?isbn=0674764617](https://books.google.no/books?isbn=0674764617)

Mæland, J.G. (2005). *Forebyggende helsearbeid i teori og praksis* (2.utg.). Oslo: Universitetsforlaget.

Nightingale, F. (1997). *Notater om sykepleie*. Universitetsforlaget Oslo.

Nilsson, B. (2007). Gadamer's hermeneutikk: Noen betraktninger om sentrale dimensjoner innenfor hermeneutikk ut fra en Gadamer'sk tenkning. *Sykepleien Forskning* 1(4): 266-268
DOI: 10.4220/sykepleienf.0009

Nortvedt, P. (2008). *Sykepleiens grunnlag - historie fag og etikk* (2.utg.). Universitetsforlaget.

NSFs Faggruppe av sykepleie I Re Habilitering (2010).

https://www.sykepleierforbundet.no/felles/fag/faggrupper/sykepleiere-i-rehabilitering/info-om-faggruppen/artikkelliste?p_submenu_id=10514

Orem, D. (1991): *Nursing: Concepts of Practice*. St. Louis: Mosby.

Pasient - og brukerrettighetsloven LOV- 1999- 07- 02- 63

Pearsall, J. (red.) (1998): *The New Oxford Dictionary of English*. Oxford: Clarendon Press.

Rappaport, J. (1984). "Studies in empowerment: introduction to the issue". *Prevention in Human Services*, 3, 1-7.

- Rindrer, E.C. (2004). Using Freirean Empowerment for Health Education With Adolescents in Primary, Secondary, and Tertiary Psychiatric settings. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 17 (2), 78-84.
- Ringdal, K. (2007). *Enhet og mangfold: Samfunnsvitenskapelig forskning og kvantitativ metode* (2.utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Ryen, A. (2002). *Det kvalitative intervju: Fra Vitenskapsteori til Feltarbeid*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Sandhu, H.S. (1986). Psychosocial issues in chronic obstructive pulmonary disease. *Clinics in Chest Medicine* 7, 629-42.
- Slettebø, Å. (2004). *Strebing mot pasientens beste: En empirisk studie av etisk vanskelige situasjoner i sykepleiepraksis ved tre norske sykehjem*. Kristiansand: høyskoleforlaget.
- Stang, I. (2003). Bemyndigelse; En innføring i begrepet ”empowerment-tenkningen” relevans for ansatte i velferdsstaten. I H.A. Hauge & M.B. Mittelmark (Red.). *Helsefremmende arbeid i en brytningstid: Fra monolog til dialog?* (s.141-161). Bergen: Fagbokforlaget.
- Statens helsetilsyn. *Habilitering og rehabilitering av mennesker med lungesykdommer. Veilederserie 2-2000*.
- St.meld.nr. 21 (1998-1999). *Ansvar og meistring. Mot ein heilskapelig rehabiliteringspolitikk*. Oslo: Sosial- og helsedepartementet.
- Stortingsproposisjon nr.1 (2007-2008), kapittel 9. *Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering 2008-2011*
- Strauss, A., Corbin, J., Fagerhaugh, S., Glaser, B., Maines, D., Suzeck, B., Wiener, C. (1984). *Chronic illness and quality of life*, (2.utg). St. Louis: Mosby.

Sørensen, M.& Graff - Iversen, S. (2001). Hvordan stimulere til helsefremmende atferd?
Tidsskr Nor Lægeforen nr.6,121: 720-4

Sørensen, M.& Graff-Iversen, S.(2002). ”Empowerment” i helsefremmende arbeid.
Tidsskr Nor Lægeforen nr.24, 2002; 122:

Thagaard, T. (2003). *Systematikk og innlevelse: En innføring i kvalitativ metode* (2.utg.).
Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

Travelbee, J. (2002). ”Mellemmenneskelige aspekter i sygepleie”. Munksgaard Danmark,
København.

Tveiten, S. (2005). Evaluation of the concept of supervision related to public health nurses
in Norway. *Journal of Nursing Management*, 13, 13-21

Tveiten, S. (2005). *Veiledning - mer enn ord* (2.utg.). Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke
AS.

Tveiten, S. (2007). *Den vet best hvor skoen trykker: Om veiledning i
empowermentprosessen*. Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

Tveiten, S. & Knutsen, I.R. (2010). Empowering dialogues – the patients`perspective. The
Authors. *Journal compilation Nordic College of Caring Science*.
Doi: 10.1111/j.1471-6712.2010.00831.x

Tveiten, S. & Meyer, I. (2009). ”Easier said than done”: Empowering dialogues with
patients at the pain clinic- the health professionals` perspective. *Journal of Nursing
Management*, 2009, 17, 804-812

Virtanen, H., Leini-Kilpi, H., Salanterä, S. (2007). Empowering discourse in patient
education. *Patient Education and Counseling* 66 140-146

Walseth, L.T. & Malterud, K. (2004). Salutogenese og empowerment i allmennt medisinsk
perspektiv. *Tidsskr Nor Lægeforen* nr.1, 2004; 124: 65-6

Wikman, A.M. & Falholm, Y. Patient empowerment in rehabilitation: "Somebody told me to get rehabilitated" *Advances in Physiotherapy*. 2006; 8: 23-32

Wikipedia <http://no.wikipedia.org/wiki/Rehabilitering> hentet:6.4.12

Williamson, K.M. (2007): Home Health Care Nurses` Perceptions of Empowerment. *Journal of Community Health Nursing*, 24:3, 133-153

World Health Organisation. (1978). Declaration of Alma- Ata. International Conference of Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978.

http://www.who.int/hpr/NPH/doch/declaration_almaata.pdf

World Health Organization. (1986). *The Ottawa charter for health promotion*. Geneva: WHO.

Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. ICNs etiske regler Revidert 2011 Norsk sykepleierforbund. https://www.sykepleierforbundet.no/ikbViewer/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf

Intervjuguide

Jeg ønsker velkommen.

Litt uformell prat, presentasjon av tema.

Praktiske opplysninger om tid, lydbåndopptaker, og deres rolle som intervjuobjekter, samt min rolle som forsker og intervjuer.

Relasjon og maktfordeling

1 Hva er det som kjennetegner møtet mellom sykepleieren og pasienten slik du opplever det?

2 Hva betyr det for deg at relasjonen mellom pasient og sykepleier må baseres på likeverd?

Kan du beskrive en situasjon, hvor du opplevde at relasjonen mellom deg og pasienten

A: var basert på likeverd?

B: som ikke var basert på likeverd?

3 Kan du beskrive hvordan du arbeider for å utvikle relasjon mellom deg som sykepleier og Pasienten?

Pasientmedvirkning

4 Hva er pasientmedvirkning for deg?

A: Kan du si noe om hva du gjør?

B: Kan du si noe om hvordan du gjør det?

5 A: Hvordan legger du til rette i praksis for pasientmedvirkning?

B: Kan du beskriv noen situasjoner hvor du opplevde pasientmedvirkning?

Pasienten som ekspert

6 Hva innebærer det for deg at pasienten er ekspert på seg selv?

A: Kan du fortelle om noen situasjoner som du har opplevd, hvor pasienten har blitt anerkjent som ekspert?

B: Kan du fortelle om noen situasjoner som du har opplevd, hvor pasienten ikke har blitt anerkjent som ekspert?

7 Hva betyr det slik du oppfatter det at pasienten tar egne valg?

A: Kan du gi eksempler?

B: Hva gjør du?

Avslutning

8: Hvordan oppfatter du veiledningen?

A: Fordeler /ulemper

B. Åpen / lukket

C: Hva kunne vært annerledes?

D: Hva mener du selv har vært nyttig? Og hvilken betydning har det hatt for praksis?

Sett ord på tanker og opplevelser

9 Hva har du oppdaget om deg selv som fagperson gjennom veiledningen?

10 Hvilke betydning har veiledningen hatt for deg?

Oppfølgingsspørsmål:

Hva skjedde

Kan du fortelle / si litt mer om...

Har du flere eksempler på...

Forstår jeg deg rett når du sier

Til

Avdelingsledere ved Glittreklinikken

Aina Solbakken og Åse Kirsten Stiegler

Avdeling for forskning og utvikling, Glittreklinikken v/Kari Hvinden

Forespørsel om gjennomføring av masteprojekt i den sykepleiefaglige veiledningsgruppa ved klinikken.

Undertegnede ber om tillatelse til å gjennomføre den empiriske delen av masteroppgaven ”En undersøkelse av sykepleiernes erfaringer relatert til å bruke empowermentprinsippet i praksis” ved Glittreklinikken. Studiens overordnede hensikt er å utforske og beskrive sykepleiernes erfaringer relatert til empowerment som begrep og prosess i en lungerehabiliterings kontekst. Utfyllende informasjon finnes i vedlagt prosjektbeskrivelse. Forskningsprosjektet vil innebære 6-8 intervjuer med sykepleiere som har deltatt i sykepleiefaglig veiledning med vekt på empowerment.

Vennlig hilsen

Marit Økern

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjekt.

En studie av sykepleieres erfaringer relatert til å bruke empowermentprinsippet i praksis. Studiens overordnede mål er å undersøke sykepleieres erfaringer relatert til pasientenes medvirkning, anerkjennelse som ekspert på seg selv og samhandlingen mellom fagpersoner og pasienter.

Jeg Marit Økern er masterstudent ved Høgskolen i Akershus og holder på med et forskningsprosjekt her ved Glittreklinikken om sykepleiernes erfaringer med å bruke empowermentprinsippet i praksis. Prosjektet gjennomføres i samarbeid med fag og forskningsavdelingen ved Glittreklinikken.

Vedlagt følger forespørsel om deltakelse med informasjon om forskningsprosjektet, samt samtykkeerklæring. Dersom du kan tenke deg å delta i dette prosjektet, ber jeg deg underskrive og returnere samtykkeerklæringen i vedlagt konvolutt å legge i min posthylle på medisinsk ekspedisjon i 2. etasje.

Din eneste medvirkning i prosjektet er et intervju som vil vare vel en time, og som vil foregå i Glittre sine lokaler

Undertegnede Marit Økern er tilgjengelig for spørsmål angående studien på dagtid på klinikken.

Med hilsen

Marit Økern

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet og samtykkeerklæring

En studie av sykepleieres erfaringer med å bruke empowermentprinsippet i praksis.

Bakgrunn

Dette er et spørsmål til deg om å delta i en forskningsstudie for å få mer innsikt i hvordan sykepleierne opplever veiledning med vekt på empowerment som de får på sykehuset.

Studiens hensikt er å utforske og beskrive sykepleiernes erfaringer relatert til empowerment som begrep og prosess i en lungerehabiliterings kontekst.

Forskning og utviklingsavdelingen ved Glittreklubben har godkjent studien, forskningssjef Rikard Eriksson, Høgskolen i Akershus er ansvarlig for studien og masterstudent Marit Økern, Høgskolen i Akershus gjennomfører studien.

Hva innebærer studien?

Undersøkelsen er tenkt gjennomført ved intervju av 8 sykepleiere som har vært med i veiledningsgruppa med vekt på empowerment i minimum 2 år. I den forbindelse henvender jeg meg til deg for å høre om du kan tenke deg å være med i denne undersøkelsen å la deg intervjuet. Selve intervjuet vil vare ca. en time, og vil foregå i Glittre sine lokaler. Hvis det er i orden for deg planlegger jeg å ta opp intervjuet elektronisk. Det vil hjelpe meg når jeg seinere skal skrive ned, og analysere opplysningene jeg får av deg, og i tillegg blir ikke intervjuet forstyrret av at jeg tar notater.

Mulige fordeler og ulemper

Du vil ikke ha noen spesielle fordeler av studien.

Hva skjer med informasjonen du gir?

Informasjonen som registreres skal kun brukes som beskrevet i hensikten med studien. Alle opplysninger vil bli behandlet uten navn. En kode knytter deg til dine opplysninger gjennom en navneliste, og enkeltpersoner vil ikke kunne gjenkjennes i oppgave/publikasjonen. Lydbåndopptak slettes ved prosjektslutt Dersom du trekker deg fra studien, kan du kreve å få slettet innsamlede opplysninger. Opplysningene vil bli slettet år 2011.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien. Dersom du ikke ønsker å delta, trenger du ikke å oppgi noen grunn, og det får ingen konsekvenser for din eventuelle videre deltakelse i veiledningsgruppa.

Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen på denne siden. Om du nå sier ja til å delta, kan du seinere trekke tilbake ditt samtykke uten noen konsekvenser for din deltakelse i veiledningsgruppa. Dersom du seinere ønsker å trekke deg, kan du kontakte min veileder Rikard Eriksson på Høgskolen i Akershus tlf. 906 62 441. Hvis det er noe du lurer på kan du når som helst kontakte meg på Glittreklinikken.

Prosjektet er meldt til Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS

Vennlig hilsen Marit Økern

Jeg samtykker i å delta i studien En undersøkelse av sykepleieres erfaringer relatert til å bruke empowermentprinsippet i praksis.

Navn:

Dato:

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Harald Hårfagres gate 29
N-5007 Bergen
Norway
Tel: +47-55 58 21 17
Fax: +47-55 58 96 50
nsd@nsd.uib.no
www.nsd.uib.no
Org.nr. 985 321 884

Rikard Eriksson
Avdeling for helse, ernæring og ledelse
Høgskolen i Akershus
Postboks 423
2001 LILLESTRØM

Vår dato: 22.03.2010

Vår ref: 23716 / 2 / KH

Deres dato:

Deres ref:

KVITTERING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 08.02.2010. Meldingen gjelder prosjektet:

23716	<i>En undersøkelse av sykepleieres erfaringer relatert til å bruke empowermentprinsippet praksis</i>
Behandlingsansvarlig	<i>Høgskolen i Akershus, ved institusjonens overste leder</i>
Daglig ansvarlig	<i>Rikard Eriksson</i>
Student	<i>Marit Økern</i>

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


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

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

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://www.nsd.uib.no/personvern/prosjektoversikt.jsp>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 04.04.2011, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen


Bjørn Henrichsen


Kjersti Håvardstun

Kontaktperson: Kjersti Håvardstun tlf: 55 58 29 53
Vedlegg: Prosjektvurdering

Avdelingskontorer / District Offices:

OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. nsd@uio.no

TRONDHEIM: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07. kyrr.svarva@svt.ntnu.no

TROMSØ: NSD, SVF, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. nsdmaa@sv.uit.no

Den 8. desember 2010 13:29 skrev Kjersti Håvardstun <kjersti.havardstun@nsd.uib.no> følgende:

Prosjektnr: 23716. En undersøkelse av sykepleieres erfaringer relatert til å bruke empowermentprinsippet praksis

Vi viser til revidert informasjonsskriv mottatt 2. desember. Informasjonsskrivet er tilfredsstillende forutsatt at prosjektslutt presiseres. F.eks utgangen av 2011?

Minner for øvrig om at det ikke skal være nødvendig å aktivt si nei til deltakelse, og at informasjonsskrivet (vedlegg 3) er tilstrekkelig.

Lykke til!

Vennlig hilsen
Kjersti Håvardstun
Spesialrådgiver
(Senior Adviser)

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS
(Norwegian Social Science Data Services)
Personvernombud for forskning
Harald Hårfagres gate 29, 5007 BERGEN

Tlf. direkte: [\(+47\) 55 58 29 53](tel:+4755582953)

Tlf. sentral: [\(+47\) 55 58 21 17](tel:+4755582117)

Faks: [\(+47\) 55 58 96 50](tel:+4755589650)

Email: kjersti.havardstun@nsd.uib.no

Internettadresse www.nsd.uib.no/personvern

Fra: **Kjersti Håvardstun** <kjersti.havardstun@nsd.uib.no>

Dato: 10:07 4. april 2011

Emne: Prosjektnr: 23716. En undersøkelse av sykepleieres erfaringer relatert til å bruke empowermentprinsippet praksis

Til: marit.okern@gmail.com

Kopi: Rikard.Eriksson@hiak.no

Personvernombudet har registrert ny prosjektslutt til 31.12.2011. Vi finner informasjonsskrivet av 06.01.2011 tilfredsstillende.

Det er lagt til grunn at prosjektopplegget for øvrig er uendret.

Vennlig hilsen

Kjersti Håvardstun

Spesialrådgiver

(Senior Adviser)

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS

(Norwegian Social Science Data Services)

Personvernombud for forskning

Harald Hårfagres gate 29, 5007 BERGEN

Tlf. direkte: [\(+47\) 55 58 29 53](tel:+4755582953)

Tlf. sentral: [\(+47\) 55 58 21 17](tel:+4755582117)

Faks: [\(+47\) 55 58 96 50](tel:+4755589650)

Email: kjersti.havardstun@nsd.uib.no

Internettadresse www.nsd.uib.no/personvern

Fra: **Marit Okern** <marit.okern@gmail.com>

Dato: 10:51 25. januar 2012

Emne: Re: Prosjektnr: 23716 En undersøkelse av sykepleieres erfaringer relatert til å bruke empowermentprinsippet praksis

Til: personvernombudet@nsd.uib.no

Kopi: Rikard Eriksson <Rikard.Eriksson@hioa.no>

25.1.12

Hei.

Gir med dette en status over framdriften av min masteroppgave. Jeg er nå i avslutningsfasen hvor jeg diskuterer funnene. Sender vedlagt metodekapittelet og presentasjonen av funnene.

Materialet behandles konfidensielt, både opptakene av sykepleieintervjuene og de transkriberte sidene. Planen er at oppgaven skal ferdigstilles innen utgangen av mars 2012. Da vil materialet bli makulert.

Vennlig hilsen

Marit Økern

2012/1/3, linda.ringstad@nsd.uib.no <linda.ringstad@nsd.uib.no>:

Vi viser til vedlagte brev angående status for behandling av personopplysninger for ovennevnte prosjekt.

Vi ber om at tilbakemelding på status gis via våre nettsider, gjerne på følgende link som gjelder ditt prosjekt:

<https://pvo.nsd.no/statusrapport/statusrapport?sid=z5ZAK84Pji3K9EpTq2x6>

Vi ber om tilbakemelding innen 3 uker.

Vennlig hilsen,

Personvernombudet for forskning,
Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS

Referring to the attached letter (in Norwegian) regarding the processing of personal data in the above-mentioned project. According to our information, your project is now completed.

We kindly ask you to confirm that this is the case and that all personal information is now anonymous. Please reply via our web page:

<https://pvo.nsd.no/statusrapport/statusrapport?sid=z5ZAk84Pji3K9EpTq2x6>

We kindly ask you to respond within 3 weeks.

Best regards,
the Data Protection Official for Research,
Norwegian Social Science Data Services

<http://www.nsd.uib.no/personvern>
