

Marthe Wold Fleischer

OSLOMET

Masteroppgave

Masterstudium i empowerment og helsefremmende arbeid

Mai 2022

Idealer og realiteter med helsefremmende arbeid i sykehus

Sykepleiernes erfaringer og perspektiver



Kandidatnavn: Marthe Wold Fleischer

Emnekode: MAPO5900

Antall ord artikkel: 4982

Antall ord refleksjonsoppgave: 4573

Fakultet for helsevitenskap
OSLO METROPOLITAN UNIVERSITY
STORBYUNIVERSITETET

FORORD

Da er det endelig min tur til å skrive: masteroppgaven er ferdig! En lærerik, men samtidig krevende reise nærmer seg faktisk slutten. Det er derfor på tide å takke personene som har bidratt til at denne oppgaven nå kan leveres.

Først og fremst ønsker jeg å takke alle sykepleierne som sa seg villige til å delta i studien. Takk for at dere åpent delte deres tanker og erfaringer knyttet til helsefremmende arbeid. Uten dere kunne jeg ikke sagt meg ferdig med oppgaven nå. Jeg vil også takke lederne ved avdelingene som lot meg låne sykepleiere og tid fra deres arbeidshverdag!

Videre vil jeg takke veilederne mine, Anne-Kari M. Johannessen og Ragnhild Flittie Onstad. Deres raske og konstruktive tilbakemeldinger har gjort at jeg i dag kan si meg i mål. Takk for at dere alltid har hatt tid til å svare på en mail eller to med spørsmål - selv om arbeidsdagen deres for lengst er over.

Jeg vil takke alle lærerne og mine kjære medstudenter for to flotte år, til tross for at pandemien har gjort skolehverdagen litt annerledes. Takk for gode og konstruktive tilbakemeldinger på masterseminarene.

Den siste takken går til familie og venner som alltid har stilt opp når jeg har vært sliten og lei. Deres gode ord og råd har gitt meg motivasjon og pågangsmot til å få oppgaven i havn!

Oslo, mai 2022

Marthe Wold Fleischer

INNHOLDSFORTEGNELSE

<u>SAMMENDRAG</u>	<u>4</u>
<u>SUMMARY</u>	<u>5</u>
<u>DEL 1 – ARTIKKEL</u>	<u>6</u>
<u>DEL 2 – REFLEKSJONSOPPGAVE</u>	<u>31</u>
<u>DEL 3 – VEDLEGG</u>	<u>52</u>
VEDLEGG 1: GUIDELINES FOR NORDISK TIDSSKRIFT FOR HELSEFORSKNING	53
VEDLEGG 2: NSD-GODKJENNING	61
VEDLEGG 3: GODKJENNING FRA PERSONVERNOMBUD	63
VEDLEGG 4: ROS-SKJEMA	67
VEDLEGG 5: INFORMASJONSSKRIV OG SAMTYKKEERKLÆRING	68
VEDLEGG 6: KLAUSULERINGSSKJEMA	73

SAMMENDRAG

Bakgrunn: Eldrebølgen og mangel på helsepersonell avhenger av et fokus som er mer rettet mot helsefremmende arbeid. Noen av deltakerne fra studien er rekruttert fra egen arbeidsplass, refleksjonsoppgaven tar derfor utgangspunkt i å beskrive min forforståelse.

Hensikt: Å undersøke og beskrive hvordan sykepleiere som jobber med hjertesyke pasienter i spesialisthelsetjenesten forstår helsefremmende arbeid, og hvilke erfaringer de har med å arbeide helsefremmende. Refleksjonsoppgaven har til hensikt å undersøke og beskrive hvordan forforståelsen kan ha påvirket resultatet av studien når jeg forsket på egen arbeidsplass.

Teori: Salutogenese, empowerment, helsekompetanse, veiledning, forforståelse.

Metode: Artikkelen har et kvalitativt design og en fenomenologisk-hermeneutisk tilnærming. Det ble innhentet data gjennom dybdeintervju. Utvalget bestod av ti sykepleiere fra to ulike universitetssykehus. Materialet ble analysert i henhold til Malteruds systematiske tekstkondensering. Refleksjonsoppgaven har brukt litteraturstudie som metode.

Resultater: Analysen resulterte i tre hovedtemaer: sykepleiernes forståelse av helsefremmende arbeid, betingelser og forhold som hemmer det helsefremmende arbeidet og styrking av det helsefremmende arbeidet. Refleksjonsoppgavens resultat er basert på relevant teori sett i lys av egne erfaringer.

Konklusjon: Sykepleierne forstår helsefremmende arbeid som å hjelpe pasientene til å håndtere helseutfordringer etter sykdom, med vekt på informasjon og veiledning. Tidspress, kort liggetid, samt vansker med å ta imot informasjon og veiledning hemmet helsefremmende arbeid. Det er betydningsfullt og motiverende for sykepleierne å ha muligheten til å jobbe helsefremmende, men det må få et større fokus. Det finnes flere fortrinn samt ulemper ved å forske på egen arbeidsplass og intervju kolleger. Imidlertid vurderte jeg det dithen at forforståelsen, totalt sett, i mindre grad har påvirket masteroppgavens resultater.

Nøkkelbegreper: Sykepleier, spesialisthelsetjenesten, hjertesyke pasienter, helsefremming, kvalitativ metode, forforståelse, litteraturstudie.

SUMMARY

Background: The elderly wave and the lack of health personnel depends on a focus that is more directed on health-promoting work. Some of the participants from my study have been recruited from the student's own workplace. The reflection assignment is based on my pre-understanding.

Aim: To explore and describe how nurses who work with heart disease patients in the specialist health service understand health promotion and what experiences they have with health promotion. The purpose of the reflection assignment is to explore and describe how the pre-understanding may have affected the result of the study when I did the research in my own workplace.

Theory: Salutogenesis, empowerment, health literacy, guidance, pre-understanding.

Methods: The study has a qualitative design and has a phenomenological-hermeneutic approach. Data were obtained through in-depth interviews. The final sample consisted of ten nurses from two different university hospitals. The material was analyzed according to Malterud's systematic text condensation. The reflection assignment used literature study as method.

Findings: The analysis resulted in three main themes: nurses' understanding of health promotion, conditions and circumstances that hamper health promotion work and strengthening of health promotion work. The result of the reflection assignment is based on relevant theory set in the light of own experiences.

Conclusion: The nurses understand health-promoting work as helping patients to deal with their health challenges after illness with an emphasis on information and guidance. Time pressure, short lying time, as well as difficulties in receiving information and guidance hampered health-promoting work. It is important and motivating for the nurses to have the opportunity to work to promote health, but it must be given a greater focus. There are several advantages as well as disadvantages of researching your own workplace and interviewing colleagues. However, I consider that the preconception, overall, to a lesser extent has affected the results of the master's thesis

Key words: *Nurse, special health care, heart sick patients, health promotion, qualitative method, pre-understanding, literature study.*

DEL 1 – ARTIKKEL

Idealer og realiteter med helsefremmende arbeid i sykehus – sykepleiernes erfaringer og perspektiver

Marthe Wold Fleischer

Marthe Wold Fleischer, masterstudent, empowerment og helsefremmende arbeid, OsloMet-Storbyuniversitetet, s348134@oslomet.no

Sammendrag

Bakgrunn: Eldrebølgen og stor mangel på sykepleiere, krever et større helsefremmende fokus. Hensikt: Å undersøke og beskrive hvordan sykepleiere som jobber med hjertesyrke pasienter i spesialisthelsetjenesten forstår helsefremmende arbeid, og hvilke erfaringer de har med å arbeide helsefremmende. Metode: Studien innhentet data gjennom dybdeintervju og inkluderte ti sykepleiere fra to ulike universitetssykehus. Materialet ble analysert i henhold til Malteruds systematiske tekstkondensering. Resultater: Analysen resulterte i tre hovedtemaer: sykepleiernes forståelse av helsefremmende arbeid, betingelser og forhold som hemmer det helsefremmende arbeidet og styrking av det helsefremmende arbeidet. Konklusjon: Sykepleierne forstår helsefremmende arbeid som å hjelpe pasientene til å håndtere helseutfordringene etter sykdom med vekt på informasjon og veiledning. Tidspress, kort liggetid, samt vansker med å ta imot informasjon og veiledning hemmet helsefremmende arbeid. Det er betydningsfullt og motiverende for sykepleierne å ha muligheten til å jobbe helsefremmende, men det må få et større fokus på sykehuset.

Nøkkelord

Sykepleier, spesialisthelsetjenesten, hjertesyrke pasienter, helsefremming, kvalitativ metode.

Fagfelleurdert artikkel

Bakgrunn

Eldrebølgen i Norge vil innen 2060 føre til at alderen øker fra 80 til 87 år for menn, og fra 84 til 89 år for kvinner (Syse et al., 2016, s. 25). Folketallet i Norge vil i tillegg øke fra ca. 5,4 millioner til 6 millioner innen år 2050 (SSB, 2020). Samtidig anslås det å bli et betydelig underskudd av sykepleiere som arbeider klinisk. Ifølge forbundsleder Lill Sverresdatter Larsen i Norsk Sykepleierforbund har vi aldri manglet så mange sykepleiere som vi gjør nå (NSF, 2021). En bedriftsundersøkelse viser at det nå mangler hele 5030 sykepleiere i Norge sett under ett (NAV, 2021). I henhold til sykepleiernes yrkesetiske retningslinjer, har sykepleierne et ansvar for å ha et sykdomsforebyggende og helsefremmende perspektiv i sitt arbeid (NSF, u.å.). Helsefremmende arbeid ble først introdusert internasjonalt under konferansen i Ottawa i 1986 hvor det ble lagt frem ønske om «*Health For All*» innen år 2000 og videre (WHO, u. å. a). Verdens helseorganisasjon (WHO, u. å. b) definerer helsefremmende arbeid som: «*the process of enabling people to increase control over, and to improve their health*». Det helsefremmende arbeidet fokuserer på faktorer som er med på å styrke ressurser for å ivareta og styrke en god helse (Mæland, 2019, s. 17). Folkehelsemeldingen (2014-2015, s. 10) trekker frem viktigheten av å få mer kunnskap om sammenhengen mellom helse og arbeid, og videre synliggjøre betydningen av det forebyggende og helsefremmende arbeidet. Et sentralt tema i det nye folkehelsearbeidet, er at helsen til befolkningen er den viktigste kapitalen for samfunnet (Mæland, 2019, s. 20). Folkehelselovens (2011, § 1) formål er derfor:

«Å bidra til en samfunnsutvikling som fremmer folkehelse, herunder utjevner sosiale helseforskjeller. Loven skal sikre at kommuner, fylkeskommuner og statlige helsemyndigheter setter i verk tiltak og samordner sin virksomhet i folkehelsearbeidet på en forsvarlig måte».

En stor andel av sykehusinnleggelseser i Norge representeres av hjertepasienter, og ifølge Folkehelseinstituttet blir det årlig lagt inn rundt 200.000 pasienter med hjerte- og karlidelser, enten på sykehus eller i forbindelsen med poliklinisk behandling (FHI, 2021). Helsetjenestene er effektivisert og rasjonalisert, noe som har ført til stadig kortere liggedøgn på sykehuset enn før (Stubberud, 2017a, s. 23). Det er derfor viktig at perioden på sykehuset utnyttes godt og at det arbeides helsefremmende, for å forberede pasientene på hjemreise (Norekvål et al., 2016, s. 191). Kronisk hjertesykdom er en sykdom som har vedvart over lengre tid, som for eksempel kronisk hjertesvikt (Stubberud, 2017a, s. 24). Sykepleie rettet mot pasienter med kronisk sykdom vil som regel ikke reversere utviklingen av sykdommen, men kan være med på å redusere symptomene pasientene har (Stubberud, 2017a, s. 24). Det er aldri en selvfølge at pasientene vil være motiverte og positive til endringer i hverdagen og livssituasjonen, men det er viktig at helsepersonell gir detaljert, realistisk og gjentatt informasjon (Norekvål et al., 2016, s. 199).

Forskning indikerer at helsepersonell har en positiv holdning til å jobbe helsefremmende og forebyggende, men grunnet manglende opplæring på dette feltet, begrenses mulighetene til effektiv praktisering (Melariri et al., 2021, s. 13). Basert på Verdens helseorganisasjons retningslinjer, så er helsefremmende arbeidet ikke tilstrekkelig anerkjent blant sykehusansatte, pasienter og ledelsen (Rabiei et al., 2020). Blant annet på grunn av manglende forståelse og uenigheter mellom sykepleiere, leger og ledelse, hemmes utviklingen av sykepleiernes helsefremmende og forebyggende arbeid (Iriarte-Roteta et al., 2020, s. 3937). En studie basert på sykepleiernes erfaringer med å jobbe helsefremmende med hjertesyke pasienter knyttet til røykeslutt, viser at sykepleierne mangler ressurser og pasientene mangler motivasjon (Ernelind et al., 2019, s. 6). Det helsefremmende arbeidet må få et større fokus i sykepleierutdanningens pensum for å sørge for at de nyutdannede sykepleierne har nok kompetanse til å utføre helsefremmende arbeid i praksis (Orte et al., 2021, s. 2277).

Hensikt

Hensikten med denne studien er å undersøke og beskrive hvordan sykepleiere som jobber med hjertesyke pasienter i spesialisthelsetjenesten forstår helsefremmende arbeid, og hvilke erfaringer de har med å arbeide helsefremmende. Studiens funn kan bidra til økt bevissthet og fokus blant sykepleiere på sykehus, slik at helsefremmende arbeid styrkes.

Teoretisk perspektiv

Salutogenese

Patogenese har sitt fokus på sykdomsfremkallende forhold og salutogenese fokuserer på faktorer som er med på å holde oss friske (Mæland, 2019, s. 78). Antonovsky mente at en viktig salutogen faktor er å oppleve verden som håndterbar og sammenhengende (Antonovsky, 1996, s. 15). Han oppsummerer salutogenese slik: «*En salutogen tankegang er ikke bare en forutsetning for, men tvinger oss til, å jobbe for å utforme og fremme en teori om mestring*» (Antonovsky & Sjøbu, 2012, s. 36-37). Som helsepersonell jobbes det mot at pasientene skal oppleve en form for mestring. Sammenhengen mellom helsefremmende arbeid og salutogenese er at det ikke bare fokuseres på å forebygge sykdom, men viktigheten av å også styrke helsen. En salutogen tenkemåte krever at det samarbeides godt mellom helsepersonell og pasient, og at det arbeides ut fra pasientenes oppfatning av egen helse (Mæland, 2019, s. 78).

Empowerment

Empowerment handler om å komme seg ut av en avmaktssituasjon og at den enkelte pasient skal opparbeide seg kraft og styrke til å komme seg ut av denne avmakten (Askheim, 2014, s. 29). Målet er at pasientene skal få mer kontroll og makt over sin egen helsesituasjon og sitt eget liv (Askheim, 2014, s. 29). Empowerment-prosessen kan være tidkrevende og vanskelig å ta i bruk, fordi det ofte tar lengre tid for helsepersonell å veilede og motivere pasientene til å mestre noe selv (Tveiten & Boge, 2014, s. 20). Empowerment-prosessen har

mange ulike tilnærminger, men et fellestrekk er at alle tilnærmingene har et positivt syn på mennesket, et menneske som kan og vil sitt eget beste, dersom forholdene blir lagt til rette (Askheim, 2018, s. 17). Ved den individorienterte tilnærmingen, er fokuset å styrke det enkelte mennesket, slik at deres indre ressurser og krefter kan utvikles (Askheim, 2018, s. 35). Målet er at pasienten skal bli «empowered» - å bli i stand til eller å ha mer kontroll over de faktorene som er med på å påvirke hver enkelt sin helse og eget liv (Tveiten, 2012, s.176).

Sykepleiernes pedagogiske funksjon

Tveiten (2021, s. 22) definerer veiledning som: *«en formell, relasjonell og pedagogisk istandsettingsprosess som har til hensikt at fokuspersonenes mestringskompetanse styrkes gjennom en dialog basert på kunnskap og humanistiske verdier»*. At veiledning er en istandsettingsprosess, vil i en pasientsammenheng si at pasienten skal bli i stand til å mestre noe (Tveiten, 2012, s. 184). I tillegg til at veiledning handler om å mestre, handler det om en fordeling av ansvar mellom pasient og sykepleier. Sykepleier er ansvarlig for at pasientene er bevisste på hva som er med på å påvirke og fremme helsen (Tveiten, 2012, s. 185). Fokuset i en helsefremmende samtale er: *«å finne frem til og aktivisere mestringsressurser både i og utenfor individene og familiene»* (Aglen et al., 2018, s. 6). Pasientenes individuelle behov må møtes så langt det lar seg gjøre, men målet vil være at pasientene skal mestre å leve med sykdommen de har eller nylig har fått.

Helsekompetanse

Helsekompetanse (engelsk: health literacy) handler om en persons evne til å forstå, gjøre en vurdering og videre bruke den helseinformasjonen man har fått, til å ta kunnskapsbaserte beslutninger relatert til sin egen helse (Tveiten, 2020, s. 15). I *Strategi for å øke helsekompetansen i befolkningen* (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019-2023, s. 12) kommer det frem ulike tiltak som kan være med på å øke helsekompetansen, og et av disse tiltakene går direkte på helsepersonell. Hvordan helsepersonell kommuniserer og legger frem

informasjonen til pasientene på, kan ha stor betydning for enten å fremme eller hemme deres helsekompetanse (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019-2023, s. 13). Hvis pasienten har begrenset evne til utvikling av helsekompetanse, kan risikoen for nye sykehusinnleggelser og dødelighet økes (Tveiten, 2020, s. 52).

Metode

Forskningsdesign

Studien har et kvalitativt design og en fenomenologisk-hermeneutisk tilnærming fordi den studerer deltakernes forståelse og erfaringer knyttet til helsefremmende arbeid. Hermeneutikk handler om å tolke meninger i de menneskelige uttrykkene som en videre forståelse av innholdet, mens fenomenologi handler om å forstå menneskers subjektive erfaringer (Malterud, 2017, s. 28).

Datainnsamling

Data ble innhentet med individuelle dybdeintervju. Dybdeintervju karakteriseres ved at det på forhånd ble utarbeidet en intervjuguide og er velegnet når vi ønsker å få frem deltakernes erfaringer og tanker rundt et bestemt tema (Malterud, 2017, s. 134). Spørsmålene ble utarbeidet på bakgrunn av hensikten og fokuserte på sykepleiernes forståelse av helsefremmende arbeid og hvilke erfaringer de hadde med å arbeide helsefremmende med hjertesyke pasienter. Det innledende spørsmålet var: «*når du hører ordet helsefremmende arbeid, hva tenker du da?*». I tillegg ble det stilt oppfølgingsspørsmål knyttet til deltakernes svar under intervjuene. Alle intervjuene ble gjennomført på deltakernes arbeidsplass i perioden september 2021 til desember 2021. Intervjuene varte mellom 30 og 40 minutter, ble tatt opp med en lydopptaker og transkribert fortløpende ordrett. Studien er basert på ti intervjuer og resulterte i 75 sider intervjuetekst.

Rekruttering og utvalg

Det ble strategisk rekruttert ti sykepleiere som arbeidet på to ulike universitetssykehus på sengepost for hjertesyke pasienter (se tabell 1). Hensikten med et strategisk utvalg var å velge intervjupersoner som jeg mente hadde

kunnskap og erfaringer knyttet til et bestemt område (Dalland, 2020, s. 79). Sykepleierne ble rekruttert gjennom leder ved de aktuelle avdelingene. De bekreftet ønsket om å delta direkte til student på SMS eller gjennom sin leder.

Tabell 1: Oversikt over det endelige utvalget.

Deltaker	Alder	Kjønn	Erfaring med hjertepasienter	Stillingstittel
D1	29	Kvinne	> 4 år	Sykepleier
D2	27	Kvinne	> 2 år	Sykepleier
D3	27	Kvinne	> 4 år	Sykepleier
D4	28	Kvinne	> 3 år	Sykepleier
D5	53	Mann	> 9 år	Sykepleier
D6	28	Kvinne	> 2 år	Sykepleier
D7	34	Kvinne	> 8 år	Sykepleier
D8	25	Kvinne	> 2 år	Sykepleier
D9	26	Kvinne	> 5 år	Sykepleier
D10	27	Kvinne	> 2 år	Sykepleier

Analyse

Intervjuene er analysert i henhold til systematiske tekstkondensering (STC) slik Malterud beskriver det (2017, s. 97-111). STC er en metode for å gjennomføre en systematisk analyse av kvalitative data. Fra det transkriberte tekstmaterialet beskriver Malterud fire analysetrinn; I første trinn skaffet jeg meg et helhetsinntrykk basert på hele datamaterialet og fikk en oversikt over temaer som kunne svare på problemstillingen. I andre trinn identifiserte jeg meningsbærende enheter, sorterte og kodet de under ulike temaer. Deretter abstraherte jeg innholdet i de meningsbærende enhetene og omgjorde kodene til mening. I siste trinn sammenfattet jeg alt jeg hadde funnet (se tabell 2 - eksempel fra analyseprosessen). Jeg har valgt å se mine resultater i lys av et empowermentsperspektiv, som fokuserer på at helsepersonell jobber for at pasientene skal få

mer kontroll og makt over sin egen helsesituasjon og sitt eget liv (Askheim, 2014, s. 29).

Tabell 2: Eksempel på systematisk tekstkondensering (STC) etter Malterud (2017, s. 97-111).

Meningsbærende enheter	Undertema	Hovedtema
<p>«Det er jo travelt og det er høy turnover, pasientene ligger ikke inne lenge, til at vi får gjennomgått informasjonen godt nok».</p> <p>«Det er jo ganske knapp tid å skape trygghet og relasjon og ja ... At det er kort liggetid, jeg tror det gjør mye ... at man ikke får gjort alt man kanskje burde».</p>	<p>Travelt og kort liggetid</p>	<p>Betingelser og forhold som hemmer helsefremmende arbeid</p>

Personvern og forskningsetikk

Studien er godkjent av Norsk senter for forskningsdata (NSD) 22.07.21 (prosjektnummer anonymisert). Det ble og søkt om godkjenning fra personvernombudet (PVO) ved de aktuelle helseforetakene der informantene arbeidet (vedlegg nr. 3). Deltakerne fikk skriftlig informasjon og forespørsel om deltakelse direkte fra sin leder. Deltakerne skrev under på en samtykkeerklæring (vedlegg nr. 5) og fikk informasjon før intervjuet om at de hadde mulighet til å trekke seg når som helst uten grunn. Ingen av deltakerne valgte å trekke seg fra studien. For å overholde deltakernes anonymitet, har sitat blitt skrevet på bokmål istedenfor deres dialekt. I henhold til OsloMets retningslinjer, ble det i forkant av studien utarbeidet en risiko- og sårbarhetsanalyse (ROS), se vedlegg nr. 4. Her kartlegges sannsynligheten for at uønskede hendelser oppstår og dermed reduseres konsekvensene, hvis det skulle skje (Helsebiblioteket, 2010).

Resultater

Analysen resulterte i tre hovedtemaer med til sammen ni undertemaer, som vist i tabell 3.

Tabell 3: Oversikt over hovedtemaer og undertemaer.

Hovedtema	Undertema
Sykepleiernes forståelse av helsefremmende arbeid	<ul style="list-style-type: none"> - Sykepleierens pedagogiske funksjon - Fremtidsfokus - Pasientens opplevelse av mestring
Betingelser og forhold som hemmer det helsefremmende arbeidet	<ul style="list-style-type: none"> - Travelt og kort liggetid - Manglende kompetanse - Pasientene ikke mottakelige for informasjon
Styrking av det helsefremmende arbeidet	<ul style="list-style-type: none"> - Sykepleierne er motiverte og interesserte - Kompetanseheving blant sykepleierne på avdelingen - Egen utskrivningssamtale av sykepleier

Sykepleiernes forståelse av helsefremmende arbeid

En forståelse av helsefremmende arbeid fra sykepleieren var å tilrettelegge for at pasientene skulle håndtere helseutfordringene etter sykdom, med vekt på informasjon og veiledning. Sykepleierne ga uttrykk for at de tilrettela for at pasientene i størst mulig grad skulle mestre og forstå sykdommen i sin helhet. En sykepleier beskrev helsefremmende som noe positivt, og understreket det med å si: «*det blir et friskhetsfokus istedenfor et sykdomsfokus*». En deltaker fortalte at det handlet om de små samtalene underveis i løpet av dagen hvor de svarte på spørsmål pasientene hadde om sykdommen og sin egen helse. Flere beskrev at pasientene skulle oppleve en form for mestring, og en sykepleier beskrev det slik:

«Først og fremst er jo det å mestre sykdommen eller at de får en økt innsikt og kunnskaper om sykdom og behandling, at det er helsefremmende i seg selv, det føler jeg er veldig sånn aktuelt. Alt vi gir av informasjon og veiledning underveis».

Sykepleierne hadde et fremtidsfokus på vegne av pasientene og mente det var viktig å ha et fokus som ikke kun var rettet mot selve behandlingen, men også tiden etter. Deltakerne så på helsefremmende arbeid som noe mer enn bare å løse sykdommen pasientene hadde fått, men heller fokusere på hvordan pasientene skulle unngå forverring eller tilbakefall. Sykepleiernes ønske var å prioritere tiltak som på lang sikt kom pasientene til gode. Veien til en forståelse og det å kunne mestre sin egen sykdom, bunner i god informasjon og veiledning fra sykepleierne. Når de fikk spørsmål om å beskrive hva helsefremming bestod av, sa en:

«Hvordan ha best mulig helse i lang tid fremover, istedenfor kanskje et fokus som er veldig sånn, løse problemet som du allerede har fått her og nå, og heller fokusere på hvordan skal du unngå å få flere problemer med helsa i fremtiden».

Det å være en del av å hjelpe pasientene til å finne sine egne ressurser før de reiste hjem, var det flere av sykepleierne som trakk frem. En sykepleier fortalte at det var viktig *«... å få pasienten til å tenke «hvordan kan jeg bidra selv», at det finnes begrensninger der, men samtidig være bevisst på at du har faktisk masse ressurser»*. Sykepleierne mente det var viktig å gjøre pasientene bevisste på hvilke ressurser de hadde tilgjengelig for å gjøre hverdagen og helsen best mulig. For at pasientene skulle forstå det, sa en sykepleier: *«Kanskje gjøre det så enkelt som å spørre pasienten - hva opplever du at er dine ressurser? Mer sånn ressursorientert enn problemorientert»*. Som en annen nevnte, var det viktig at man fant ut hva som faktisk var viktig for hver enkelt pasient. Hvis det ble lagt ned litt ekstra tid for å finne ut hva som var viktig for hver enkelt, mente

de at tiltakene kunne vært enklere og mer motiverende å forholde seg til når de kom hjem fra sykehuset. En sykepleier beskrev det slik: *«Jeg tenker at det er viktig at man tilrettelegger for at pasientene på en måte er med på hvilke tiltak de har lyst til å iverksette for sin egen del. At de har en finger med i spillet. For jeg tror at det er bedre holdbarhet i det da».*

Betingelser og forhold som hemmer det helsefremmende arbeidet

Sykepleierne erfarte ofte et høyt tidspress og hektiske arbeidshverdager på sykehuset. En fortalte: *«Jeg føler at mye av min arbeidsdag går egentlig i å prøve å organisere at pasientene skal komme seg på alle de undersøkelsene de skal på».* Sykepleierne opplevde at hektiske arbeidshverdager førte til at de måtte prioritere, og en understreket det med å si: *«Jeg tror det med tid er mye av grunnen til at vi må prioritere det viktigste her og nå».* En sykepleier sa: *«Det er jo mer litt sånn brannslukking kan man si ...».* En annen utfordring sykepleierne trakk frem, var den korte liggetiden på sykehuset. Det ble sagt av en sykepleier at: *«... man må jo starte prosessen med en gang, i hvert fall med tanke på at det er så kort liggetid, så man har jo egentlig ikke tiden til å vente en dag eller to. For da får de jo kanskje ikke informasjonen».* En sykepleier uttrykte at tid er avgjørende for å kunne skape trygghet og relasjon til pasientene, noe som for mange var avgjørende for å kunne snakke om tiltak og endringer knyttet til egen helse.

Sykepleierne gjorde sitt ytterste for å gi god og riktig informasjon til pasientene, men mente at det var tidkrevende å tilrettelegge informasjonen for den enkelte og styrke deres helsekompetanse. En uttrykte det ved å si *«... pasientene er veldig forskjellige, og man må jo tilpasse informasjonen til hver enkelt og at det kanskje går litt på at man ikke har den kunnskapen selv».* I tillegg sa en deltaker: *«... jeg tror nok også at man kanskje ikke har den kunnskapen og pedagogisk evne».* Deltakerne mente også at det kunne være vanskelig å tilpasse informasjonen til pasientenes helsekompetanse, samtidig som sykepleierne selv også kunne mangle noe av den helsefremmende kompetansen. En uttrykte det med å si:

«Så det er tiden som er hovedproblemet. Og innimellom så er det jo kanskje kunnskap. Altså ja, vi gjør jo e-læringskurs og sånne typer ting, men man blir jo aldri ferdig utlært på en måte, så kanskje vi skulle hatt enda litt mer fokus på det i det daglige. På fagdager for eksempel».

Sykepleierne ga uttrykk for at de flere ganger møtte pasienter som syntes sykdommen i seg selv var nok å håndtere og at pasientene ikke var mottakelige for mer informasjon. En sykepleier forklarte at det kunne være vanskelig å nå inn til pasienter som har vært kritisk syke: *«Men ja, jeg er nok på en måte litt redd for at det ikke går helt inn hos pasientene, at ikke de.. ja, har kapasitet til å få det med seg egentlig».* Respekt for pasientens ønsker ble kommunisert som en viktig verdi, og en sykepleier begrunnet det med å si: *«Ja, for det har jeg på en måte opplevd hvis jeg på en måte skal prøve å snakke til en pasient da, så sier mange «Jeg orker ikke nå, jeg har fått mer enn nok informasjon, så jeg må bearbeide det først».* En sykepleier avsluttet med å si at: *«Det viktigste er at man prøver enn at man ikke prøver, og hvis du møter motstand, så i hvert fall gi ut brosjyrer, informasjon, så de kan ta det med seg hjem igjen».*

Styrking av det helsefremmende arbeidet

Sykepleierne ga uttrykk for at det betydde mye å ha muligheten til å jobbe helsefremmende sammen med pasientene, og en uttrykte det med å si: *«Det har jo en betydning vil jeg si, jeg synes jo på en måte det er en del av motivasjonen min for å være sykepleier».* For noen var det helt avgjørende i jobbhverdagen å ha denne muligheten til å hjelpe pasientene. Opplevelsen av å ivareta pasientene også etter en sykehusinnleggelse, var sterkt motiverende for sykepleierne. En sykepleier kommenterte det med å si: *«Det er jo derfor man er sykepleier».* For sykepleiere er det inkludert i yrket å jobbe mot at pasientene skal få og opprettholde best mulig helse. Hvis sykepleierne nådde ut til pasientene og fikk de til å forstå viktigheten av å gjøre endringer knyttet til egen helse, ble sykepleierne enda mer motiverte. En sykepleier forklarte dette med å si: *«mange*

har jo ikke sånn veldig mye kunnskap om hjertesykdom, så det å kunne undervise litt om det synes jo mange er veldig fint da, så det har jo en verdi for meg at man på en måte gjør noe som pasientene setter pris på».

Når en av deltakerne beskrev hvordan det helsefremmende arbeidet kunne bli bedre på avdelingen, ble det sagt: *«... snakke med kolleger da holdt på si, ledelsen og sånn også, at man bare kan være åpne om å foreslå et større fokus på det, så man ikke glemmer det».* De mente det var viktig at de hadde en felles forståelse om hva som faktisk var viktig for de hjertesyke pasientene. En av deltakerne understreket at det var viktig å: *«Bli mer bevisst på hva helsefremmende arbeid er, tenke mer gjennom hva jeg gjør som er helsefremmende og være flink på å fortsette å ha pasientene i fokus og tilrettelegge sånn at det er best mulig for de når de skal hjem».*

Flere av sykepleierne hevdet flere fagdager med fokus på hvordan de på best mulig måte kunne jobbe helsefremmende i en travel arbeidshverdag var viktig. Deltakerne mente det var viktig at nyutdannede sykepleierne fikk god informasjon om betydningen av det helsefremmende perspektivet, men hadde forståelse for at man hadde nok annet å tenke på som nyutdannet. En sykepleier sa: *«... at det bør tilrettelegges bedre for det på avdelingen og. At ja, nyutdannede får den informasjonen de skal ha ...».* Flere sykepleiere trakk frem utskrivningssamtale som et mulig viktig tiltak fremover for et bedre helsefremmende arbeid. En sykepleier foreslo: *«... legen har en utskrivningssamtale, kanskje sykepleieren bør ha en utskrivningssamtale med pasienten etterpå ...».* Flere av sykepleierne mente at det helsefremmende arbeidet burde systemiseres og tilrettelegges bedre. En deltaker sa følgende: *«Det har jeg tenkt ofte på ved utskrivningssamtaler, så synes jeg vi kunne vært mye bedre der. Tatt de med inn på et eget rom, vært alene sånn at de tør å stille alle spørsmål ... at de får en ordentlig utskrivningssamtale».*

Diskusjon

Hensikten er å undersøke og beskrive hvordan sykepleiere som jobber med hjertesyrke pasienter i spesialisthelsetjenesten forstår helsefremmende arbeid, og hvilke erfaringer de har med å arbeide helsefremmende. Hoved essensen i funnene viser at sykepleierne forstår helsefremmende arbeid som å hjelpe pasientene til å håndtere helseutfordringene etter sykdom med vekt på informasjon og veiledning. Sykepleierne forteller om høyt tidspress, rask utskifting av pasienter og en pasientgruppe hvor sykdommen i seg selv er mer enn nok for mange. Til tross for dette beskriver sykepleierne i studien en positiv holdning til det helsefremmende arbeidet. Afshari et al., (2018, s. 3) påpeker nettopp problematikken i tilknytning til helsepersonell som har manglende motivasjon og negative holdninger om helsefremmende arbeid. Melariri et al. (2021) og Iriarte-Rotetae et al. (2020) hevder derimot det motsatte. De beskriver at de ser en positiv sammenheng mellom sykepleiernes holdning til helsefremmende og deres praksis (Melariri et al., 2021, s. 10; Iriarte-Rotetae et al., 2020, s. 3938).

Sykepleierne i denne studien mener helsefremmende arbeid handler om å informere pasientene om sykdommen deres og videre motivere pasientene til å følge opp tiltak når de kommer hjem, noe som bekreftes i tidligere studier (Gammersvik & Alvsvåg, 2009, s. 23; Ernelind et al., 2019, s. 3). Deltakerne legger vekt på at det er viktig at pasientene får tilrettelagt informasjon og veiledning knyttet til egen helse og sykdomssituasjon. Veiledning er noe som blir brukt i flere situasjoner, men når det brukes i en faglig virksomhet, forutsetter det at sykepleierne forstår hva veiledning dreier seg om. Det innebærer at sykepleierne må vite hvordan veiledning utføres og hvorfor vi veileder som vi gjør (Tveiten, 2021, s. 19). Hensikten er at pasientene gjennom veiledning skal bli mer bevisste på egne ressurser og dermed forstå sammenhenger når det kommer til egen helse (Tveiten, 2021, s. 66-67). Å finne ut sammen med pasientene hvilke ressurser de har tilgjengelig og videre sette realistiske mål for at hver enkelt pasient skal få en best mulig helse, blir sett på

som et viktig fokus i denne studien. Ifølge Evju et al. (2014, s. 75) skal sykepleierne hjelpe pasientene til å synliggjøre egne ressurser, som betyr at sykepleierne skal bevisstgjøre for pasientene hvilke muligheter de har tilgjengelig og hvordan de kan virkeliggjøres. At sykepleierne har en ressursfokuseret tilnærming til pasientene, handler om å legge mer vekt på hvilke muligheter pasientene har enn hvilke begrensninger de har (Haugan & Rannestad, 2012, s. 149). Bruker- og pasientmedvirkning er lovpålagt i helse- og omsorgstjenestene og kan føre til bedre tjenester og videre bidra til at brukeres deltakelse og egen mestring styrkes (Meld. St. 34 (2012-2013), s. 58). Det kan på bakgrunn av egne funn, tidligere referert forskning samt teori og lovverk, se ut som å bevisst jobbe helsefremmende under pasientenes sykehusopphold, kan ha positiv verdi for hele forløpet. Det kan i denne studien tolkes som at sykepleierne mener at motivasjon er en viktig verdi for at sykepleierne skal lykkes med å få til en økt bevisstgjøring fra pasientene.

Å kommunisere med pasienter og pårørende er en stor del av det å være sykepleier. Sykepleierne i studien gir uttrykk for at mange av pasientene setter stor pris på tiden som blir avsatt til informasjonsgivning. Likevel erfarer informantene at det kan være vanskelig å gi informasjon til pasientene som ikke er mottakelig eller ikke ønsker så mye informasjon på en gang, noe som samsvarer med funn fra en annen studie (Melariri et al., 2021, s. 12). Under behandlingstiden på sykehuset kan pasientene være lite forberedt og mottakelig for veiledning, undervisning og informasjon, noe som kan gjøre kapasiteten for læring vanskelig (Stubberud & Ellingsen, 2017, s. 430). Det er fordi pasientens sykdomstilstand kan være en faktor som påvirker hvor mye medvirkning vi kan forvente (Gammersvik & Alvsvåg, 2009). På en annen side er den nye hverdagen til pasienten full av utfordringer og krav som kan sette pasientenes evne til mestring på prøve (Stubberud, 2017b, s. 336). Pasienter som gjennomgår alvorlig sykdom kan oppleve at situasjonen de nå er rammet av er uvirkelig, og noen opplever at de må distansere seg fra all den informasjonen de får overlevert ved å finne ulike avledninger (Grov, 2016, s. 40). Hvordan pasientene opplever

sin situasjon er særegen og kan ofte ses i sammenheng med faktorer som tidligere sykdom, alder, utdanning, kultur og etnisitet (Stubberud, 2017b, s. 336). Pasientenes manglende evne til å ta inn sykepleiernes informasjon, kan videre ses i sammenheng med lav helsekompetanse. Slik det blir beskrevet i studiene til Jovanić et al. (2018, s. 1) og Sany et al. (2018, s. 33), har flertallet av pasientene med hjerteproblemer lav eller begrenset helsekompetanse. Å ha lav helsekompetanse er forbundet med mindre oppfølging av sin egen sykdom, økt forekomst av sykdom, flere reinnleggelser på sykehuset og en dårligere helse (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019-2023, s. 8). Evju et al. (2014, s. 76) argumenterer for betydningen av kunnskapsformidlingen mellom sykepleier og pasient, og at denne må skje på pasientens nivå. Dette understøttes i Regjeringens strategi for å øke helsekompetansen til befolkningen, hvor det beskrives at det er av stor betydning at helsepersonell tilpasser seg den enkelte pasientens forutsetninger og helsekompetanse (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019-2023, s. 13). Ulike strategier for å øke pasientmedvirkningen er som vist i studien til Casey (2006, s. 1042) at helsepersonell oppmuntrer pasienten, gir gode forklaringer, kommer med alternativer og involverer pasientens familie i behandlingen. Et viktig element for å skape et godt helsefremmende sykehus er god og repeterende opplæring av de ansatte i hvordan de kan forbedre og videre implementere det helsefremmende arbeidet (Yaghoubi & Javadi, 2013, s. 3).

I denne studien virker stort tidspress og kort liggetid til å være noen av de store utfordringene som sykepleierne står ovenfor når det kommer til å jobbe helsefremmende. Å oppleve mangel på tid til helsefremmende arbeid påpekes også i studien til Afshari et al. (2018, s. 5) og Ernelind et al. (2019, s. 4). Ifølge Ernelind et al. (2019, s. 4) sliter sykepleierne med begrenset tid fordi de har ansvar for så mange pasienter, noe som medfører at helsefremmende arbeid blir nedprioritert. Slik det blir beskrevet i SINTEF sin rapport (Melby & Mandal, 2015, s. 74) er sykepleierne presset på ressurser og tid, og opplever at istedenfor å jobbe helsefremmende og forebyggende, må de drive en form for

«*brannslukking*». En av de største reformene innenfor helse i nyere norsk sammenheng er samhandlingsreformen og målet er at helse- og omsorgstjenestene skal møte pasientenes behov for koordinerte tjenester (Meld. St. 47, (2008-2009, s. 13). Samhandlingsreformens målsetting om å overføre en rekke oppgaver og tjenester fra sykehus til kommunen, betyr at spesialisthelsetjenesten i større grad skal vektlegge standardiserte pasientforløp og videre koordinere tjenestetilbud til pasientene (Meld. St. 47, (2008-2009, s. 111). Dermed synes mulighetene for mer individuelle og tilpassede forløp hvor helsefremmende fokus får økt oppmerksomhet å være begrenset. Før kunne pasienter med hjerteinfarkt være sykehusinnlagt i over en uke, men nå skrives de fortere ut for videre oppfølging poliklinisk eller i primærhelsetjenesten (Norekvål et al., 2016, s. 191). Ifølge Helsedirektoratet (u.å.) er gjennomsnittlig liggetid for pasienter i medisinsk opphold 3,7 døgn, og den er i perioden fra 2016-2020 blitt redusert med 0,2 døgn. Ifølge Lied et al. (2021, s. 250) er sykepleiernes tid med pasientene viktig for å skape trygghet og utøve god sykepleie, og videre gi god informasjon tilpasset pasientens kunnskaper og erfaringer. Stubberud (2017b, s. 361) mener at tid er nøkkelen til kontinuitet og kan bidra til at pasientene opplever kontroll og autonomi, som videre kan resultere i trygghet. Funnene kan tyde på at det høye tids- og arbeidspresset som sykepleierne har, kombinert med kort liggetid, vanskeliggjør det å prioritere et helsefremmende fokus.

Styrker og svakheter ved studien

Studiens utvalg er basert på flere kvinner enn menn og de fleste var relativt unge. Det kan være positivt fordi de kan ha mer kunnskap generelt om helsefremmende arbeid fra sykepleierutdanningen, men det kan også være negativt fordi de eldre kan ha mer erfaringer knyttet til temaet. Studien er gjennomført på to universitetssykehus. Dersom studien var gjennomført på to lokalsykehus, kunne resultatet ha vært annerledes. Analysen er gjort i samarbeid med veiledere, noe som har resultert i nye og andre perspektiver av innholdet. Studenten er selv sykepleier og har erfaring med hjertesyrke pasienter i spesialisthelsetjenesten, og

noen av deltakerne er fra studentens egen arbeidsplass. Forforståelsen kan som Malterud (2017, s. 44) beskriver det, bidra til at forsker går inn i et prosjekt med en begrenset horisont og skylapper. Det har underveis i studien blitt arbeidet med å redegjøre for egen forforståelse med utgangspunkt i Malteruds (2017, s. 46) punkter.

Konklusjon

Studien viser at sykepleiere som jobber med hjertepasienter på sykehus gjør sitt ytterste for at pasientene skal få tilpasset og god informasjon om sin sykdom. Sykepleierne jobber for at pasientene skal få best mulig helse og mestre ulike helseutfordringer når de kommer hjem. Det kommer tydelig frem at sykepleierne jobber under et stort tidspress og at det til tider kan være vanskelig å jobbe med et helsefremmende fokus i en travel arbeidshverdag. Resultatene tyder på at det betyr mye for sykepleierne når de klarer å motivere pasientene til å gjøre en endring, men at de skulle ønske de hadde hatt mer tid satt av til den helsefremmende samtalen.

På bakgrunn av mine funn hadde det vært interessant å finne ut hva som kjennetegner den pasientgruppen som både trenger og ikke trenger videre oppfølging. Videre hva som kan gjøres for å få med de pasientene som ikke ønsker videre oppfølging til å delta.

Litteratur

- Afshari, A., Mostafavi, F., Latifi, A., Ghahnaviyeh, L. A., Pirouzi, M. & Eslami, A. A. (2018). Hospitals reorientation towards health promotion: A qualitative study of barriers to and strategies for implementation of health promotion in hospitals of Isfahan, Iran. *Journal of Education and Health Promotion*, 7(72), 1-8.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6009133/pdf/JEHP-7-72.pdf>

- Aglen, B. S., Olufsen, V. & Espnes, G-A. (2018). Helsefremming og sykdomsforebygging er ikke to sider av samme sak. *Sykepleien*, 2018 (106), 1-14. <https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2018.70809>
- Antonovsky, A. (1996). The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health promotion international*, 11(1), 11-18. <https://doi.org/10.1093/heapro/11.1.11>
- Antonovsky, A. & Sjøbu, A. (2012). *Helsens mysterium: den salutogene modellen*. Gyldendal akademisk.
- Askheim, O. P. (2014). Fra empowerment til samproduksjon: Vitalisering eller tåkelegging av empowermentperspektivet? I K. Boge (Red.), *Empowerment I helse, ledelse og pedagogikk: Nye perspektiver* (s. 26-35). Gyldendal.
- Askheim, O. P. (2018). *Empowerment i helse- og sosialfaglig arbeid: Floskel, styringsverktøy eller frigjøringsstrategi?* Gyldendal.
- Casey, D. (2006). Nurses' perceptions, understanding and experiences of healthpromotion. *Journal fn Clinical Nursing*, 16, 1039-1049. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2007.01640.x>
- Dalland, O. (2020). *Metode og oppgaveskriving* (7. utg.). Gyldendal.
- Ernelind N., Wirkensjö H., Pangastuti H.S., Perdana M., Widyawati W. & Lepp M. (2019). Nurses' Experiences of Health Promotion and Prevention of Cardiovascular Diseases Related to Smoking. *International Archives of Nursing and Health Care*, 5(124), 1-7. <https://doi.org/10.23937/2469-5823/1510124>
- Evju, A. S., Klette, G. S., Kasen, A. & Bondas, T. (2014). "Vi går inn i det private rommet til pasienten". Sykepleieres erfaring med helsefremmende arbeid i somatiske polikliniske. *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning*, 10 (1-2014), 70-82. <https://doi.org/10.7557/14.3011>
- FHI (2021, 26. november). *Hjerte- og karsykdommer i Norge*. <https://www.fhi.no/nettpub/hin/ikke-smittsomme/Hjerte-kar/> (Hentet 28. april 2022).

- Folkehelseloven. (2011). *Lov om folkehelsearbeid* (LOV-2021-05-07-34). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-29?q=Folkehelseloven>
- Gammersvik, Å. & Alvsvåg, H. (2009). Forståelse av helsefremming i sykepleie. *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning*, 5(2), 18-29. <https://doi.org/10.7557/14.237>
- Grov, E. K. (2016). Å bli pasient og hjelpetrengende. I E. K. Grov & I. M. Holter (Red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie: sykepleieboken 1* (5. utg., s. 37-55). Cappelen Damm Akademisk.
- Haugan, G. & Rannestad, T. (2012) Helsefremmende sykepleie i spesialist- og kommunehelsetjenesten. I Å. Gammersvik & T. B. Larsen (Red.), *Helsefremmende sykepleie: I teori og praksis* (s. 135-156). Fagbokforlaget.
- Helsebiblioteket (2010, 22. oktober). *ROS-analyse*. <https://www.helsebiblioteket.no/kvalitetsforbedring/metoder-og-verktoy/ros-analyse> (Hentet 9. februar 2021).
- Helsedirektoratet (u.å.). *Reduksjon i antall liggedøgn*. Helsedirektoratet. https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/samdata-spesialisthelsetjenesten/samdata-somatikk/SOM_Liggetid_HF_2016-2020_i%20Mal.pdf/_attachment/inline/66340371-27a4-42fc-ae51-e67325312ab2:0bd3ab84540cce97468e59e43066c23cb37266b9/SOM_Liggetid_HF_2016-2020_i%20Mal.pdf (Hentet 9. februar 2022).
- Helse- og omsorgsdepartementet (2019). *Strategi for å øke helsekompetansen i befolkningen (2019-2023)*. Regjeringen. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/strategi-for-a-oke-helsekompetansen-i-befolkningen-2019-2023/id2644707/> (Hentet 22. mars 2022).
- Iriarte-Roteta, A., Lopez-Dicastillo, O., Mujika, A., Ruiz-Zaldibar, C., Hernantes, N., Bermejo-Martins, E. & Pumar-Méndez, M. J. (2020). Nurses' role in health promotion and prevention: A critical interpretive

- synthesis. *Journal of Clinical Nursing*, 2020(29), 3937-3949.
<https://doi.org/10.1111/jocn.15441>
- Jovanić, M., Zdravković, M., Stanisavljević, D. & Vraneš, A. J. (2018). Exploring the Importance of Health Literacy for the Quality of Life in Patients with Heart Failure. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 2018 (15), 1-13.
<http://dx.doi.org/10.3390/ijerph15081761>
- Lied, I. B., Lindgren, M. L. & Helberget, L. K. (2021). Tidspress blant sykepleiere kan påvirke kvalitet og pasientsikkerhet: en systematisk review. *Klinisk sygepleje*, 2021 (35), 242-254.
<https://doi.org/10.18261/issn.1903-2285-2021-03-05>
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. utg.). Universitetsforlaget.
- Melariri, H. I., Kalinda, C. & Chimbari, M. J. (2021). Training, Attitudes, and Practice (TAP) among healthcare professionals in the Nelson Mandela Bay municipality, South Africa: A health promotion and disease prevention perspective. *PLOS ONE*, 16(11), 1-16.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0259884>
- Melby, L. & Mandal, R. (2015). *Forebyggende og helsefremmende arbeid (folkehelsearbeid) blant sykepleiere i helse- og omsorgstjenesten: Kompetanse, prioritering og rammebetingelser* (SINTEF Rapport A27128). SINTEF Teknologi og samfunn.
https://sintef.brage.unit.no/sintef-xmlui/bitstream/handle/11250/2443389/Rapport_A27128_Folkehelsearbeid_22.10.15_ENDELIG.pdf?sequence=1
- Meld. St. 19 (2014-2015). *Folkehelsemeldingen: Mestring og muligheter*. Det kongelige helse- og omsorgsdepartement.
<https://www.regjeringen.no/contentassets/7fe0d990020b4e0fb61f35e1e05c84fe/no/pdfs/stm201420150019000dddpdfs.pdf>
- Meld. St. 34 (2012-2013). *Folkehelsemeldingen: God helse – felles ansvar*. Det kongelige helse- og omsorgsdepartement.

<https://www.regjeringen.no/contentassets/ce1343f7c56f4e74ab2f631885f9e22e/no/pdfs/stm201220130034000dddpdfs.pdf>

Meld. St. 47 (2008-2009). *Samhandlingsreformen: Rett behandling – på rett sted – til rett tid*. Det kongelige helse- og omsorgsdepartement.

<https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf>

Mæland, J. G. (2019). *Forebyggende helsearbeid: Folkehelsearbeid i teori og praksis* (4. utg.). Universitetsforlaget.

NAV (2021, 27. oktober). *Bedriftsundersøkelsen*. <https://www.nav.no/no/nav-og-samfunn/kunnskap/analyser-fra-nav/arbeid-og-velferd/arbeid-og-velferd/bedriftsundersokelsen> (Hentet 28. april 2022).

Norekvål, T. M., Ernstsén, L. & Gjeilo, K. H. (2016). Helsefremming blant hjertesyke i sykehus. I G. Haugan & T. Rannestad (Red.). *Helsefremming i spesialisthelsetjenesten* (s. 190-205). Cappelen Damm Akademisk.

NSF (2021, 20. mai). *Norge mangler nesten 7000 sykepleiere*.

<https://www.nsf.no/artikkel/norge-mangler-nesten-7000-sykepleiere>
(Hentet 28. april 2022).

NSF (u.å.) *Yrkesetiske retningslinjer*.

<https://www.nsf.no/sykepleiefaget/yrkesetiske-retningslinjer> (Hentet 28. januar 2021).

Orte, C. J. S., Nwosu, N. O. B., Maniago, J. D., Matibag, R. S., Corpuz, A. N. & Cabaluna, J. C. (2021). Health Promotion Practices in Nursing: A Scoping Review. *Pakistan Journal of Medical & Health Sciences*, 15(8), 2273-2278. <https://doi.org/10.53350/pjmhs211582273>

Rabei, M. A. S., Khanlarzadeh, E., Nikpajouh, A., Doaee, M. & Sanaei, Z. (2020). Evaluating health promotion standards at the Farshchian heart center of Hamadan, Iran. *Hospital Practice*, 48(5), 282-288. <https://doi.org/10.1080/21548331.2020.1788819>

Sany, S. B. T., Peyman, N., Zadehahmad, Z., Ferns, G. & Doosti, H. (2018). Effect of educational interventions on health literacy in patients with

- heart failure. *International Journal of Health Promotion and Education*, 2019 (57), 23-36. <https://doi.org/10.1080/14635240.2018.1545597>
- SSB (3. juni, 2020). *Et historisk skifte: Snart flere eldre enn barn og unge*. <https://www.ssb.no/befolkning/artikler-og-publikasjoner/et-historisk-skifte-flere-eldre-enn> (Hentet 28. april 2022).
- Stubberud, D-G. (2017a). Hjertesykdom: en introduksjon. I D-G. Stubberud (Red.), *Sykepleie til personer med hjertesykdom* (s. 21-39). Cappelen Damm Akademisk.
- Stubberud, D-G. (2017b). Å ivareta pasientens psykososiale behov ved behandling av hjertesykdom i sykehus. I D-G. Stubberud (Red.), *Sykepleie til personer med hjertesykdom* (s. 334-393). Cappelen Damm Akademisk.
- Stubberud, D-G. & Ellingsen, T-L. (2017). Sykepleierens funksjon og ansvar ved hejrtrehabilitering. I D-G. Stubberud (Red.), *Sykepleie til personer med hjertesykdom* (s. 422-446). Cappelen Damm Akademisk.
- Syse, A., Pham, D. Q. & Keilman, N. (2016). Befolkningsframskrivninger 2016-2100: Dødelighet og levealder. *Økonomiske analyser 3/2016* (s. 25-36). Hentet fra <https://www.ssb.no/befolkning/artikler-og-publikasjoner/attachment/270394?ts=1556d689778>
- Tveiten, S. (2012). Empowerment og veiledning – sykepleierens pedagogiske funksjon i helsefremmende arbeid. I Å. Gammersvik & T. Larsen (Red.), *Helsefremmende sykepleie: i teori og praksis* (s. 173-193). Fagbokforlaget.
- Tveiten, S. (2020). *Helsepedagogikk: Helsekompetanse og brukermedvirkning* (2. utg.). Fagbokforlaget.
- Tveiten, S. (2021). *Veiledning – mer enn ord...* (5. utg.). Fagbokforlaget.
- Tveiten, S. & Boge, K. (2014). Hvorfor er ulike perspektiver på empowerment interessante som forskningsfelt, anvendelsesområder og praksiser? I K. Boge (Red.), *Empowerment I helse, ledelse og pedagogikk – Nye perspektiver* (s. 13-25). Gyldendal.

WHO (u. å.a) *The 1st International Conference on Health Promotion, Ottawa, 1986.* <https://www.who.int/teams/health-promotion/enhanced-wellbeing/first-global-conference> (Hentet 29. januar 2021).

WHO (u. å.b). *Health promotion.* https://www.who.int/health-topics/health-promotion#tab=tab_1 (Hentet 12. januar 2021).

Yaghoubi, M. & Javadi, M. (2013). Health promoting Hospitals in Iran: How it is. *Journal of Education and Health Promotion*, 2013 (2), 1-5.
https://www.researchgate.net/publication/258704631_Health_promoting_Hospitals_in_Iran_How_it_is

DEL 2 – REFLEKSJONSOPPGAVE

Refleksjonsoppgave

Masterstudium i empowerment og helsefremmende arbeid

Mai 2022

En beskrivelse av hvordan forforståelsen kan ha påvirket resultatet av studien når studenten forsket på egen arbeidsplass.



Kandidatnavn: Marthe Wold Fleischer

Emnekode: MAPO5900

Antall ord: 4573

Antall sider: 20

Fakultet for helsevitenskap

OSLO METROPOLITAN UNIVERSITY
STORBYUNIVERSITETET

Innholdsfortegnelse

1.0 INTRODUKSJON	35
1.1 INNLEDNING	35
1.2 BAKGRUNN	36
1.2.1 EGEN FORFORSTÅELSE	36
1.3 PROBLEMSTILLING	38
1.4 HENSIKT	38
1.5 OPPGAVENS OPPBYGGING	38
2.0 BEGREPSAVKLARINGER	39
3.0 TEORETISKE PERSPEKTIVER	40
3.1 FENOMENOLOGI, HERMENEUTIKK OG FORFORSTÅELSE	40
3.2 FORSKE PÅ EGET FAGFELT	41
3.2.1 FORDELER MED Å FORSKE PÅ EGET FAGFELT	41
3.2.2 UTFORDRINGER MED Å FORSKE PÅ EGET FAGFELT	42
3.2.3 ETISKE UTFORDRINGER	43
3.3 REFLEKSIVITET	43
4.0 METODE	45
4.1 VALG AV METODE	45
4.2 SØKEHISTORIKK	45
4.3 TEORETISK UTGANGSPUNKT	45
5.0 DISKUSJON	46
5.1. DISKUSJON AV METODE OG MATERIALE	48
6.0 KONKLUSJON	49
LITTERATURLISTE	50

Sammendrag

Bakgrunn:

Det å forske på egen arbeidsplass og gjennomføre intervjuer av kolleger kan medføre både fordeler og utfordringer. Forforståelsen er noe som alltid er med oss i ryggsekken og kan være vanskelig å legge fra seg når egne kolleger brukes som informanter i et forskningsprosjekt. I masteroppgaven valgte jeg å intervju kolleger på min nåværende arbeidsplass. Selv er jeg sykepleier og jobber med hjertesyrke pasienter på sengepost i spesialisthelsetjenesten. Noe av det mest avgjørende perspektivet sett ut fra hermeneutikkens perspektiv ved egen forskning, er at forsker er oppmerksom på hvilken betydning forforståelsen har.

Hensikt:

Hensikten med denne refleksjonsoppgaven er å undersøke og beskrive hvordan forforståelsen kan ha påvirket resultatet av studien når jeg forsket på egen arbeidsplass.

Metode:

Litteraturstudie ble valgt som metode i denne refleksjonsoppgaven. For å svare på problemstillingen har jeg funnet relevant litteratur som knyttes opp mot egne erfaringer.

Konklusjon:

Det kommer tydelig frem i den valgte litteraturen at det både er fordeler og utfordringer med å studere på egen arbeidsplass og på egne arbeidskolleger. Min egen forforståelse var det som gjorde at jeg valgte å skrive om temaet. Det har vært en tankevekker å lese litteratur som baseres på alle utfordringene som kan dukke opp når jeg valgte å bruke kolleger som intervjupersoner i et forskningsprosjekt. Imidlertid vurderer jeg det dithen at forforståelsen, totalt sett, i mindre grad har påvirket masteroppgavens resultater.

1.0 Introduksjon

1.1 Innledning

Denne refleksjonsoppgaven diskuterer forforståelsens betydninger for resultatet i en studie når det forskes på egne kolleger på egen arbeidsplass. Oppgaven er basert på relevant litteratur og egne erfaringer fra studien «idealer og realiteter med helsefremmende arbeid i sykehus – sykepleiernes erfaringer og perspektiver». Masteroppgaven har et kvalitativt design, som kjennetegnes av at det er ønskelig å gå i dybden, og ikke i bredden (Repstad, 2007, s. 17). Videre innebærer det at det studeres få miljøer, eller i dette tilfelle, kun et miljø. I kvalitativ forskning blir tett og nært forhold til forskeren og det miljøet som personene som utforskers, sterkt vedlagt (Repstad, 2007, s. 17). I kvalitativ forskning er det ønskelig å finne ut mer om hvilke erfaringer, opplevelser, forventinger, tanker, holdninger og motiver mennesker har (Malterud, 2017, s. 31). Som forsker var ønsket i dette tilfellet å finne ut hvordan sykepleiere som arbeidet med hjertesyke pasienter i spesialisthelsetjenesten forstod helsefremmende arbeid, og hvilke erfaringer de hadde med å arbeide helsefremmende. Datainnsamlingen tar utgangspunkt i individuelle dybdeintervjuer og beskriver deltakernes erfaringer og tanker knyttet til eget arbeid med fokus på det helsefremmende perspektivet.

Min egen forforståelse og kjennskap til temaet kan medføre både fordeler og utfordringer for studien. Aadland (2004, s. 182) skriver at: «Det er umulig å forstå noe som helst uten at man har et skjema å sette det som skjønnes, inn i». Det betyr at hvis vi ikke har noen form for forutgående forestillinger å tolke de innhentede dataene ut ifra, så vil alle inntrykkene være usammenhengende og kaotiske. Videre mener han at utviklingen av vår egen forforståelse er en induktiv prosess (Aadland, 2004, s. 186). Det samles hele tiden inn ulike inntrykk hvor tidligere og nye erfaringer vil ligne mer på hverandre, noe som til slutt vil utvikle en type forestilling om at det er sånn noe er (Aadland, 2004, s. 186). Forforståelse handler om hva vi tar med oss i «ryggsekken» når vi går inn i et forskningsprosjekt (Malterud, 2017, s. 44). Det vi tar med oss inn kan påvirke den informasjonen vi samler inn og hvordan vi til slutt tolker det. I dette tilfellet ble forforståelse sett på som en motivasjonsfaktor og noe som fikk meg til å sette i gang og gjennomføre dette prosjektet.

1.2 Bakgrunn

I denne delen av oppgaven blir det redegjort for egen forforståelse. Det er valgt å ta utgangspunkt i Malteruds (2017, s. 46) redegjøring av hvordan forskerens forforståelse kan påvirke hvordan dataene blir hentet inn og videre hvordan analysen blir utført. Dalland (2020, s. 63) mener at dersom vi gjør oss bevisst på egen forforståelse før vi går inn i et forskningsprosjekt, vil det være enklere å kunne skille forforståelsen fra den nye forståelsen som oppstår i forbindelse med datainnsamlingen.

1.2.1 Egen forforståelse

Jeg er utdannet sykepleier og har tidligere arbeidet i kommunehelsetjenesten, men arbeider nå med hjertesyke pasienter på hjertemedisinsk sengepost. Jeg har arbeidet med denne pasientgruppen i nesten fire år og min erfaring er at pasientene trenger god informasjon og veiledning om tiden både på sykehuset og etter. Pasientgruppen på vår avdeling er i alder fra 18 år og oppover, noe som vil si at mange fortsatt er i full jobb. Noen pasienter kommer inn for første gang, mens mange er gjengangere. Vi henviser mange pasienter til hjerterehabilitering, men det er fortsatt mange som ikke ønsker å delta, og det er derfor viktig at også denne gruppen pasienter får den veiledningen og informasjonen de trenger for å unngå reinnleggelser og tilbakefall av sykdom. Erfaringsmessig er sengeposter på universitetssykehus hektiske avdelinger, noe som kan gjøre det vanskelig å sette av riktig og god tid til å informere og veilede pasientene.

Forforståelse kan gjøre min posisjon som forsker annerledes enn for andre som ikke kjenner dette fagfeltet fordi det kan være enklere for meg å forstå ord og uttrykk som blir brukt av sykepleierne. Fordelen kan være at det blir enklere å forstå uttrykk og erfaringer som deltakerne ønsker å forklare under intervjuet. I tillegg kan det gjøre det enklere for deltakerne å oppleve trygghet i det å bli intervjuet av noen de kjenner fra før av. Utfordringen med forforståelsen kan gjøre at det som blir fortalt under intervjuene blir tatt for gitt, eller at ting som er selvsagt og stilltiende mellom forsker og informant, ikke får oppmerksomheten og dermed kan enkelte aspekter få manglende oppmerksomhet. Jeg kan dermed gå inn i forskningsprosjektet med skylapper og at jeg ikke får frem mer variasjon av kunnskap på feltet. Det kan føre til at resultatet i studien blir påvirket av den forforståelsen jeg går inn med. Videre tenker jeg at en utenforstående person med en annen type bakgrunn, kan komme inn med andre perspektiver og dermed få et annet resultat enn det jeg har funnet ut.

Forventningene til hva jeg kom til å finne, var at sykepleiere jobbet mer helsefremmende enn hva de kanskje trodde. Erfaringsmessig var ordet «helsefremmende» lite brukt i spesialisthelsetjenesten. Videre trodde jeg det kom frem at flere slet med å finne nok tid og rom for å gi den nødvendige veiledningen og informasjonen pasientene trengte. I en hektisk arbeidshverdag kan viktig informasjon bli kommunisert til pasientene på en rask og for mange en uforståelig måte. Dette kan medføre misforståelser og at pasientene reiser hjem med mange ubesvarte spørsmål. Videre kan det også handle om at noen sykepleiere er utrygge eller usikre på hvordan veiledningen skal foregå.

Jeg tror at fordelen med å ha den forforståelsen jeg har, gjør det enklere å se sammenhenger mellom det deltakerne sier, noe som kan bli vanskelig for en forsker med en annen bakgrunn. Fordelen med en forsker med annen bakgrunn, er at de går inn i prosjektet med andre briller og dermed kan åpne for andre perspektiver. Min teoretiske referanseramme før prosjektet startet handler om hvilke briller jeg har på meg når jeg i analysedelen skal lese materialet (Malterud, 2017, s. 46). Teorien som blir lest på forhånd og underveis i prosjektet, vil hjelpe meg til å forstå funnene som blir gjort bedre. Mitt faglige perspektiv og ståsted når jeg gikk inn i dette prosjektet, var at jeg valgte å se mine resultater i lys av empowerment-perspektiv. Empowerment fokuserer på at det jobbes for at pasienter skal få mer makt og kontroll over sin egen helsesituasjon og deretter sitt eget liv (Askheim, 2014, s. 29). For at pasientene skal få denne kontrollen må de få nok og god kunnskap om sin egen sykdom.

Malterud (2017, s. 46) skriver avslutningsvis at det bør utarbeides en så konkret som mulig liste over hvilke funn jeg som forsker tror kommer frem gjennom studien:

1. Jeg tror at ordet «helsefremmende arbeid» for mange fortsatt er ukjent.
2. At sykepleierne erfarer at det har for lite tid til å gjennomføre helsefremmende arbeid. Selv opplever jeg at helsefremmende arbeid kan bli nedprioritert i en hektisk arbeidshverdag. Det er stor utskiftning av pasienter og pasientene ligger færre dager på sykehuset nå enn før. I tillegg er det så mye annet som skal skje når de først er inneliggende med en akutt sykdom eller forverring av tidligere sykdom.
3. Pasienter som blir innlagt på sykehus med akutt sykdom eller forverring av tidligere sykdom er ofte i en sårbar situasjon og sykdommen i seg selv er nok for mange å håndtere. Derfor tror jeg det vil komme frem at mange av sykepleierne synes det er

vanskelig å skulle snakke om tiden etter sykehuset, når flere av pasientene ikke er mottakelige for det.

1.3 Problemstilling

I planleggingsfasen og gjennomføringen av oppgaven var jeg spent på hvordan det ville bli å forske på egen arbeidsplass. På bakgrunn av dette ønsket jeg å belyse hvordan det å forske på egen arbeidsplass kan ha påvirket resultatet av oppgaven. Problemstillingen er følgende:

«Hvordan kan forforståelsen ha påvirket resultatet i studien når jeg forsker på egen arbeidsplass?».

1.4 Hensikt

Hensikten med denne litteraturstudien er å beskrive hvordan forforståelsen kan ha påvirket resultatet av studien når jeg forsket på egen arbeidsplass.

1.5 Oppgavens oppbygging

Kapittel er basert på bakgrunn for valg av tema og en redegjørelse for egen forforståelse. I det påfølgende kapittelet blir det redegjort for de mest aktuelle begrepene for oppgaven og forklaring på disse. Videre blir det presentert teori som er relevant for å besvare oppgavens problemstilling. I kapittel 4 vises en oversikt over valgt metode, og i kapittel 5 blir problemstillingen diskutert med utgangspunkt i relevant litteratur og egne erfaringer fra det å forske på egen arbeidsplass.

2.0 Begrepsavklaringer

I tabell 1 blir det redegjort for aktuelle begreper.

Tabell 2: Begrepsforklaringer.

Begrep	Forklaring	Kilde
Fenomenologi	Fenomenologi handler om menneskers bevissthet og subjektive erfaringer.	Malterud, 2017, s. 28.
Hermeneutikk	Hermeneutikken handler om å tolke meninger av menneskelige uttrykk som et utgangspunkt for forståelsen.	Malterud, 2017, s. 28.
Forforståelse	Forforståelsen er det vi tar med oss av egne erfaringer, faglige perspektiver, teoretisk grunnlag og hypoteser inn i eget forskningsprosjekt.	Malterud, 2017, s. 44.
Refleksivitet	«Refleksivitet brukes i denne boka om forskerens evne og vilje til å undersøke eget forskningsarbeid og hvordan personlige interesser og kunnskaper kan ha formet dette».	Tjora, 2021, s. 294.
Feltblindhet	Feltblindhet innebærer at vi kun ser det vi er vant til å se fra tidligere, at vi leter etter visse observasjoner som kan bekrefte egne erfaringer og den forforståelsen vi går inn i et forskningsprosjekt med. Videre kan det føre til at vi overser viktige elementer som kan føre til ny kunnskap på området.	Malterud, 2017, s. 155.

3.0 Teoretiske perspektiver

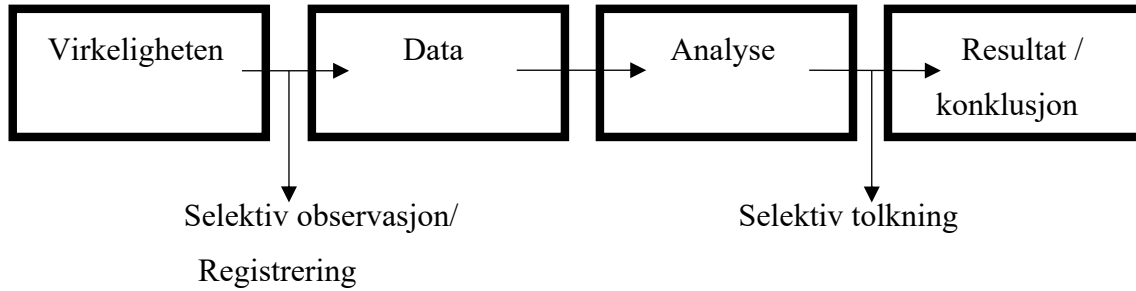
I denne delen redegjøres det for relevant teori i forhold til forskers forforståelse og det å forske på egen arbeidsplass.

3.1 Fenomenologi, hermeneutikk og forforståelse

Masteroppgaven har en fenomenologisk-hermeneutisk tilnærming fordi den skal studere deltakernes forståelse og erfaringer når det kommer til helsefremmende arbeid. Hermeneutikk handler om læren om fortolkning av ulike tekster, mens fenomenologi handler om å forstå mennesker sine subjektive erfaringer (Kvale & Brinkmann, 2018, s. 73; Malterud, 2017, s. 28). Formålet med en hermeneutisk fortolkning er å få tak i en allmenn og gyldig forståelse av betydningen av en tekst (Kvale & Brinkmann, 2018, s. 73). En av de mest avgjørende perspektivene sett fra hermeneutikken for noen som skriver en oppgave er å være oppmerksom på hvilken rolle forforståelsen spiller (Aadland, 2004, s. 210). Forståelsen omtales som en sirkelbevegelse i hermeneutikken, og handler om å forstå helheten ut fra de ulike delene, i tillegg til å forstå delene ut fra helheten (Brottveit, 2018, s. 36). For meg som er masterstudent, så handler det om at jeg før og under prosjektstart reflekterer over hvilke meninger og «briller» jeg møter egen oppgave med (Aadland, 2004, s. 210). Jeg har derfor før jeg satt i gang med prosjektet skrevet ned for meg selv min egen forforståelse for faget (1.2 bakgrunn).

«Det kvalitative forskningsintervjuet søker å forstå verden sett fra intervjupersonenes side» (Kvale & Brinkmann, 2018, s. 20). Det er ønskelig å få frem deltakernes erfaringer og opplevelser av et fenomen, som i dette tilfellet handler om sykepleiernes helsefremmende tilnærming til hjertesyke pasienter. Einar Aadland (2004, s. 308) forklarer *forforståelse* slik: «En forforståelse som går forut for erfaring; en bevisst eller ubevisst forventning om hvordan noe kommer til å bli». Som Johannessen et al. (2019, s. 34) skriver, så møter alle mennesker verden med en eller annen form for forståelse. Vi har ulike oppfatninger og kunnskap om omverden, som veldig ofte blir brukt ubevisst til å tolke alt som skjer rundt. Videre beskriver de at denne forforståelsen er med på å påvirke hva forskeren vil observere og ta til seg under intervjuet, og hvordan de ulike observasjonene blir vektlagt i analysedelen etter selve intervjuet (Johannessen et al., 2019, s. 35). Forsker står sjeldent helt uten noen form for forforståelse før igangsetting av et forskningsprosjekt. Valg av forskningstema handler stort

sett om egne erfaringer og opplevelser som det er ønskelig å finne ut mer av. Prosessen fra virkelighet til resultater handler om at det fra virkeligheten til data blir gjort en selektiv registrering av det som blir sagt for eksempel under et intervju, og videre en selektiv tolkning av analysedelen som videre skal føre til et resultat. Dette illustreres i modellen til Cato Wadel (Johannessen et al., 2019, s. 36) slik:



3.2 Forske på eget fagfelt

En skulle tro at det å forske på og i egen kultur er lettere og mer praktisk. Det innebærer at vi studerer en del av vår egen virkelighet (Wadel, 2014, s. 26). Og det å være forsker og kollega på samme tid kan by på ulike utfordringer for begge disse rollene. Likevel mener Jacobsen (2021, s. 30) at det er vanskelig å fatte en beslutning hvorvidt fordelene er sterkere enn ulempene. Videre skriver han at å forske på egen arbeidsplass bør unngås dersom det er ønskelig å få frem at noe er «galt» (Jacobsen, 2021, s. 30). I den videre teksten redegjør jeg for fordeler, utfordringer og etiske problemer i tilknytning til å forske på eget fagfelt.

3.2.1 Fordeler med å forske på eget fagfelt

Grunnen til valg av tema og problemstilling tar ikke bare utgangspunkt i hva det er behov for å finne ut noe om, men også hva man selv kanskje ønsker å finne ut eller lære mer om. Som Repstad (2007, s. 82) skriver, kan det å forske på kolleger eller venner gjøre det lettere for dem å åpne seg under intervjuet. Det kan oppleves tryggere og mer komfortabelt for deltakerne når det er en person de kjenner fra før av de skal bli intervjuet av. Videre kan det være enklere i en hektisk arbeidshverdag å sette av tid til et forskningsintervju hvis forskeren er kjent for personen. Dette fordi det tar tid for en utenforstående forsker å opparbeide seg tillit til personen som skal intervjues.

En annen fordel ved å forske på egen arbeidsplass, er at jeg allerede har god kunnskap om det valgte temaet. Når jeg som i dette tilfellet går inn på et sykehus som sykepleier og forsker, og skal intervju andre sykepleiere, opplever jeg å ha en god forståelse av uttrykk og ord som utenforstående kan ha vanskeligheter med å forstå (Leseth & Tellmann, 2014, s. 101).

Som Jacobsen (2021, s. 30) skriver, så kan en tommelfingerregel være at dersom man velger å studere på egen arbeidsplass, så skal vi ta utgangspunkt i de erfaringene vi har fra før, men se på de som eventuelle hypoteser. Jeg har allerede gjort meg noen tanker når det kommer til den valgte problemstillingen, kanskje via egen arbeidserfaring og egne opplevelser.

3.2.2 utfordringer med å forske på eget fagfelt

Å forske på egen arbeidsplass kan ha mange fordeler, men det kan også være utfordrende. Et sentralt tema hos Gadamer er å være bevisst sine egne fordommer og forforståelse. Han mener at det som kreves av forskeren, er å være åpen for å ta imot de andres oppfatninger (Gadamer, 2012, s. 305). Man tar alltid med seg forforståelsen eller fordommene inn i et prosjekt. Dalland (2020, s. 60) beskriver ordet *fordom* slik: «en dom på forhånd, det betyr at vi allerede har en mening om et fenomen før vi undersøker det». Når vi skal inn i et kjent område kan vi gjøre alt vi kan for å legge fra oss disse fordommene og møte situasjonen med så lite forutsetninger som overhodet mulig, men vi klarer ikke å unngå dette helt (Dalland, 2020, s. 60). Forskerens engasjement om det valgte temaet kan derimot bli sett på som støy i prosjektet ved at det kan føre til en påvirkning av resultatene (Tjora, 2017, s. 235). Faren ved å studere eget felt er at jeg tar det som blir sagt for gitt, og dermed utvikler det Malterud (2017, s. 155) kaller for *feltblindhet*. Feltblindhet kan føre til at viktige meldinger og erfaringer som deltakerne deler blir oversett, og at man dermed ikke får frem ny kunnskap på området. Å være forsker fra utsiden med en annen type bakgrunn vil ikke innebære de samme «blinde flekkene» som en forsker med stor forforståelse (Jacobsen, 2021, s. 30). Det er fare for at det utvikles en forforståelse av «hvordan vi gjør tingene her» (Jacobsen, s. 2021, s. 29). Hvis dette skjer, så kan det fort oppstå holdninger om hvordan ting faktisk er og at det som blir registrert, er det som forventes å se (Jacobsen, 2021, s. 30).

En annen utfordring knyttet til å bruke egne kolleger i et forskningsprosjekt, er om relasjonen til deltakerne kan forandres etter endt prosjekt. Som Kvale og Brinkmann (2018, s. 108) skriver «Forskerens rolle som person, forskerens integritet, er avgjørende for kvaliteten på den vitenskapelige kunnskap og de etiske beslutninger som treffes i kvalitativ forskning».

Det er derfor viktig at det kommer tydelig frem at under intervjuet, så er vi ikke kolleger, men det er forsker og kollega som skal ha en samtale. Videre er det viktig at det kommer tydelig frem at dersom en person ikke ønsker å delta i prosjektet, at det ikke vil ha noen innvirkning på relasjonen mellom forsker og deltaker (NSD, u.å.). Deltakerne som deltok i studien har vist interesse for oppgaven i etterkant av intervjuene, så jeg som forsker opplever at relasjonen er den samme som før. Målet med et prosjekt var å få inn et rikt datamateriale, men når intervjupersonen også er kollega, kan informantene komme med erfaringer det kan være vanskelig å håndtere når prosjektet er slutt og vi kommer tilbake til jobb som vanlige kolleger igjen.

3.2.3 Ethiske utfordringer

Etikk og moral er ofte to ord som omtales sammen. Moral handler om normer som galt og rett, verdier og holdninger, mens etikk handler om å analysere andres eller egen moral (Magelssen & Pedersen, 2021, s. 15). I kvalitative studier bygger datainnsamlingen på en samtale mellom forsker og deltaker, og gjensidig respekt og tillit er derfor viktig (Malterud, 2017, s. 211). Deltakerne skal kjenne seg trygge både før, under og etter intervjuet er gjennomført, så det er derfor viktig å bruke god tid på å etablere en såkalt nærhet til personen som intervjues. Tjora (2021, s. 53) skriver: «Aspekter som tillit, konfidensialitet, respekt og gjensidighet vil prege kontakten vi har med våre deltakere i prosjekter og eventuelle kontaktpersoner for aktuelle caser».

Det finnes flere etiske dilemmaer knyttet til forskning på egne kolleger. Norsk senter for forskningsdata (u.å.) viser til flere utfordringer som kan oppstå når forsker ønsker å forske på egen arbeidsplass. Frivillighet er et viktig aspekt når det kommer til å rekruttere deltakere til et prosjekt og kan fort være vanskelig når det er en kollega som spør en annen kollega. I tillegg til at deltakelsen skal være frivillig er det videre viktig at jeg klarer å skille rollen mellom det å være en kollega og en forsker (NSD, u.å.). Det siste punktet handler om min taushetsplikt som forsker.

3.3 Refleksivitet

Tjora (2021, s. 294) beskriver refleksivitet som å handle om «forskerens evne og vilje til å undersøke eget forskningsarbeid og hvordan personlige interesser og kunnskaper kan forme

dette». Hvordan vi som forskere tolker de innhentede dataene blir formet av en rekke forhold, og videre mener han at vi må gjøre tolkninger av egne tolkninger (Tjora, 2021, s. 278).

Å gjøre en slik refleksjon vil være med på å øke studiens troverdighet og at leserne forstår forskerens verden (Tjora, 2021, s. 279). Forskeren gjør en kritisk vurdering av aspektene ved å bruke seg selv som forskningsinstrument i tillegg til egne erfaringer som har betydning for det valgte prosjektet (Busso, 2018, s. 124). Som beskrevet tidligere går vi sjeldent inn i noe uten en eller annen form for forforståelse. Selv om det noen ganger kan anses som støy, så beskrives det å være en nødvendig ressurs. Noen punkter som i stor grad kan være med på å påvirke hvordan vi tolker data, er teori, språk, politikk og kultur (Tjora, 2021, s. 278).

4.0 Metode

4.1 Valg av metode

For å svare på den valgte problemstillingen i oppgaven, er litteraturstudie valgt som metode. En litteraturoversikt innebærer at forfatteren basert på en valgt problemstilling presenterer og deretter sammenfatter vitenskapelig litteratur (Malterud, 2017, s. 174).

4.2 Søkehistorikk

Søkeordene som ble benyttet for å finne relevant forskning, var knyttet til problemstillingen. Det ble i all hovedsak benyttet søkeord som pre-understanding (forforståelse), qualitative interview (kvalitativt intervju) og data collection (datainnsamling)- Strukturerte søk ble foretatt i databasene Oria og PubMed. Etter flere forsøk gav ikke det resultater. Det ble diskutert med en bibliotekar ved skolen, som derfor viste frem til teori om forforståelsen og dens betydning. Det ble derfor valgt å fokusere på relevant teori for å svare på problemstillingen.

4.3 Teoretisk utgangspunkt

I denne oppgaven blir Malterud (2017), Kvale og Brinkmann (2018), Jacobsen (2021) og Gadamer (2012) spesielt vektlagt. Annen relevant litteratur er også benyttet i diskusjonsdelen. Forfatterens tekster og meninger er sett i sammenheng med egne erfaringer knyttet til å forske på egne kolleger og vil derfor bli drøftet i neste kapittel.

5.0 Diskusjon

Hensikten med denne refleksjonsoppgaven er å beskrive hvordan egen forforståelse kan ha påvirket resultatet i min studie. I denne delen av oppgaven drøftes den valgte problemstillingen i lys av relevant teori og egne erfaringer fra det å forske på egen arbeidsplass og på egne kolleger. Resultatene fra teorien tilsier at det finnes mange fordeler, men også mange utfordringer knyttet til temaet.

Å være bevisst sin egen forforståelse ved oppstart av et forskningsprosjekt er viktig for studien. En av de store fordelene med å forske på egen arbeidsplass, er den førstehåndskjennskapen jeg har til det jeg ønsker å studere (Jacobsen, 2021, s. 29). Ifølge Foss og Ellefsen (2004, s. 50) er kunnskap makt og vil gi makt til forskeren. Med dette mener de at makten både kan være positiv og negativ. Kunnskapens makt kan være positiv i den forstand at den kan fremheve nye kunnskaper på det valgte området, og at den kan være negativ fordi den kan virke undertrykkende (Foss & Ellefsen, 2004, s. 50). Når det kommer til hva som er tilfredsstillende respekt for informantere som et menneske, skriver Foss og Ellefsen (2004, s. 49) at sårbarhet er et sentralt tema. «Sårbarhet kommer i grader, og den som har makt over andres velferd har et spesifikt ansvar for å redusere den annens sårbarhet» (Foss & Ellefsen, 2004, s. 49). På en annen side mener Malterud (2017, s. 20) at å ha en nærhet til stoffet kan gjøre refleksivitet vanskelig og videre føre til at vi ikke ser alternative løsninger, men kun en bestemt løsning. Likevel så jeg på kunnskapen min om feltet på en god måte for å forstå de erfaringene deltakerne i studien min kom med.

Når jeg som forsker tar utgangspunkt i et kvalitativt design, er ønsket å komme på innsiden av deltakernes hoder og noen ganger få tak i private tanker og erfaringer. Malterud (2017, s. 212) skriver at dersom vi skal få et rikt datamateriale gjennom kvalitativ forskning, krever dette at vi bruker nok tid til å skaffe en optimal nærhet til den vi skal intervju. På en annen side, kan nærheten mellom forsker og intervjupersonen påvirke reliabiliteten i studien. Reliabilitet handler om forskningens troverdighet og konsistens (Kvale & Brinkmann, 2018, s. 276). Et eksempel knyttet til reliabiliteten, er om intervjupersonene hadde kommet med andre svar dersom en annen forsker hadde vært til stede. Som både kollega og forsker, er faren og sannsynligheten større for at intervjupersonene primært vil dele erfaringer som setter dem i et godt lyd og dermed bety at kunnskaper og erfaringer som kan innebære negative betoning av seg selv, underkommuniseres. Det kan resultere i at viktig kunnskap ikke kommer frem. For å

bevise og styrke studiens reliabilitet har det derfor blitt valgt å komme med uredigerte sitater i artikkelen. Det blir gjort for å vise leserne at jeg som forsker ikke har redigert.

Min egen forforståelse og at jeg på forhånd fant ut hva mine fordommer og forkunnskaper var i forkant av forskningen var viktig. Siden jeg så tidlig startet med å definere dette, opplever jeg at jeg gikk inn i forskningen med et åpent blikk. Refleksivitet er et grunnprinsipp i kvalitativ forskning og knyttes til å beskrive det Bergsland (2021, s. 45) kaller vekselvirkning, mellom forskeren og dens forskningsarbeid. «Det er en anerkjennelse av at forskeren er med på å forme forskningsprosessen, gjennom sin forforståelse, personlige preferanser, begreper og teorier» (Bergsland, 2021, s. 45). Videre skriver hun at forsker alltid har fordommer og kunnskaper innenfor det valgte forskningstemaet. Refleksivitet handler derfor ikke om at vi ønsker å fjerne disse fordommene og forkunnskapene, men at vi må på forhånd finne ut av og definere hva de innebærer for forskningen vår (Bergsland, 2021, s. 45). Dette bekreftes av Malterud (2017, s. 19) som skriver at «refleksivitet er en aktiv holdning». Med dette menes at forskeren må oppsøke og vedlikeholde en viss posisjon. Videre trekker hun frem at en god forsker skaper og oppsøker ulike posisjoner som vil utfordre den feltekunnskapen og de fordommene forsker tar med seg inn i selve forskningsprosjektet (Malterud, 2017, s. 19). Validitet handler om å aktivt stille spørsmål som omhandler gyldigheten til den innhentede kunnskapen (Malterud, 2017, s. 192). Hvis jeg hadde gitt informantene mine den transkriberte teksten til gjennomlesning for å se om de kjente seg igjen, så ville validiteten styrkes. Det i seg selv ville gitt indikasjoner på om hvordan forforståelsen kunne ha preget analysefasen. Under intervjuene ble det stilt oppfølgings spørsmål for å sørge for at jeg forstod informantene rett.

Forforståelsen ble tidlig gjort rede for i forskningsprosjektet. Redegjørelsen av forforståelsen hadde jeg ved siden av meg under analyseprosessen for å være mer bevisst hva min faktiske forforståelse var for det valgte temaet. Lindseth og Norberg (2004, s. 152) skriver at dersom vi skal komme frem til så riktig tolkning av dataene som overhodet mulig, er det viktig at vi under tolkningsprosessen er strenge. Med å være streng mener de at under analysen og tolking av materialet, er det viktig at vi har forforståelsen i bakhodet. Å jobbe på denne måten tok mer tid, men det kan ha ført til at forforståelsen ikke påvirket resultatet og oppgaven i stor del. Ifølge Lindseth og Norberg (2004, s. 150) tolker vi situasjoner rundt oss ut fra forforståelsen vår og vi kan derfor ikke frigjøre oss helt fra den. Videre påpeker de at kritisk refleksjon kan

føre til at vi som forskere blir mer bevisst på vår egen forforståelse. Som Alvesson og Sandberg (2022, s. 401) beskriver, er forforståelsen nødvendig for en sensitiv lesing av materialet og vurderingen av de empiriske dataene. På en annen side kan forforståelsen gjøre at vi går glipp av viktige elementer i teksten. Gadamer (2012, s. 328) skriver at: «Forforståelsen må ikke først og fremst tenkes som en subjektivitetens handling, men som en inntrengning i overleveringshendelsen, hvor fortiden og nåtiden alltid blir formidlet». Nærheten som forsker får til både deltakerne og de innhentede dataene, kan som Malterud (2017, s 121) skriver, medføre en viss risiko for at forskeren blir «forelsket i teksten». Med det mener hun at vi kan miste den nødvendige avstanden mellom forsker og deltaker som må til for å vurdere hvilke deler av stoffet som er relevant for å besvare problemstillingen (Malterud, 2017, s. 121).

5.1. Diskusjon av metode og materiale

Det var i utgangspunktet ønskelig å lete opp forskningsartikler for å få svar på problemstillingen. Det har imidlertid vært vanskelig å finne noe om det valgte temaet. Jeg forsøkte å gjøre søk i ulike databaser for å finne relevante artikler, men jeg lyktes ikke. Det ble derimot gjort funn av artikler som skriver noe om forforståelsen og dens betydning, som har blitt valgt å ta med. I tillegg var det valgt å bruke relevant litteratur.

6.0 Konklusjon

Gjennom denne refleksjonsoppgaven var hensikten å se hvordan min forforståelse kan ha påvirket resultatet av studien når jeg bruker egne kolleger som deltakere og gjennomfører deler av studien ved egen arbeidsplass. Det har vært en tankevekker at det er så mange utfordringer jeg kan komme til å stå ovenfor ved å gjøre datainnsamlingen på denne måten. Det var mine egne erfaringer og antagelser om temaet som gjorde at problemstillingen ble som den ble, og videre at datainnsamlingen fant sted der den gjorde. Jeg så på forforståelsen som en fordel både under datainnsamlingen og analysen og noen av mine antagelser i forkant av studien ble bekreftet av deltakerne i studien. Som tidligere beskrevet i denne refleksjonsoppgaven finnes det flere fortrinn samt ulemper ved å forske på egen arbeidsplass og intervju kolleger. Imidlertid vurderer jeg det dithen at forforståelsen, totalt sett, i mindre grad har påvirket masteroppgavens resultater.

Litteraturliste

Aadland, E. (2004). «Og eg ser på deg»: *Vitenskapsteori i helse- og sosialfag* (3. utg.). Universitetsforlaget.

Alvesson, M. & Sandberg, J. (2022). Pre-understanding: An interpretation-enhancer and horizon-expander in research. *Organization Studies*, 43(3), 395-412.

<https://doi.org/10.1177/0170840621994507>

Askheim, O. P. (2014). Fra empowerment til samproduksjon: Vitalisering eller tåkelegging av empowermentperspektivet? I K. Boge (Red.), *Empowerment I helse, ledelse og pedagogikk: Nye perspektiver* (s. 26-35). Gyldendal.

Bergsland, M. D. (2021). Refleksivitet i empirisk kvalitativ forskning på symbolske maktrelasjoner: med utgangspunkt i Bourdieu. *Nytt pedagogisk tidsskrift*, 105(1), 42-54.

<https://doi.org/10.18261/issn.1504-2987-2021-01-05>

Brottveit, G. (2018). Hermeneutikk og vitenskap. I G. Brottveit (Red.), *Vitenskapsteori og kvalitative forskningsmetoder: om å arbeide forskningsrelatert* (s. 32-45). Gyldendal.

Busso, L. D. (2018). Å bli en etisk forsker. I G. Brottveit (Red.), *Vitenskapsteori og kvalitative forskningsmetoder: om å arbeide forskningsrelatert* (s. 118-128). Gyldendal.

Dalland, O. (2020). *Metode og oppgaveskriving* (7. utg.). Gyldendal.

Foss, C. & Ellefsen, B. (2004). De utydelige overtramp? Etiske utfordringer ved kvalitative studier. *Nursing Development*, 73(24), 48-5. <https://doi.org/10.1177/010740830402400310>

Gadamer, H-G. (2012). *Sannhet og metode: Grunntrekk i en filosofisk hermeneutikk*. Pax Forlag A/S.

Jacobsen, D. I. (2021). *Forforståelse, beskrivelse og forklaring: Innføring i metode for helse- og sosialfagene* (3. utg.). Cappelen Damm Akademisk.

Johannessen, A., Tufte, P. A. & Christoffersen, L. (2019). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode* (5. utg.). Abstrakt forlag.

Kvale, S. & Brinkmann, S. (2018). *Det kvalitative forskningsintervju* (3.utg.). Gyldendal Akademisk.

Leseth, A. B. & Tellmann, S. M. (2014). *Hvordan lese kvalitativ forskning?* Cappelen Damm Akademisk.

Lindseth, A. & Norberg, A. (2004). A phenomenological hermeneutical method for researching lived experience. *Scand J Caring Sci*, 18, 145-153. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2004.00258.x>

Magelssen, M. & Pedersen, R. (2021). Hva er «etikk» i helsetjenesten? I M. Magelssen, R. Førde, L. Lillemoen & R. Pedersen (Red.), *Etikk i helsetjenesten* (s. 15-27). Gyldendal.

Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. utg.). Universitetsforlaget.

Norsk senter for forskningsdata (u.å.). *Forske på egen arbeidsplass*. <https://www.nsd.no/personverntjenester/oppslagsverk-for-personvern-i-forskning/forske-pa-egen-arbeidsplass/>

Repstad, P. (2007). *Mellom nærhet og distanse: kvalitative metoder i samfunnsfag* (4. utg.). Universitetsforlaget.

Tjora, A. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis* (3. utg.). Gyldendal Akademisk.

Tjora, A. (2021). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis* (4. utg.). Gyldendal.

Wadel, C. (2014). *Feltarbeid i egen kultur*. Cappelen Damm Akademisk.

DEL 3 - VEDLEGG

Vedlegg 1: Guidelines for Nordisk tidsskrift for helseforskning

25.04.2022, 21:08

Innleveringer | Nordisk tidsskrift for helseforskning

Nordisk tidsskrift for helseforskning

[Hjem](#) / [Innleveringer](#)

Innleveringer

[Innlogging](#) eller [Registrer](#) for innlevering.

Forfatterinstruks

Velkommen som bidragsyter til Nordisk Tidsskrift for Helseforskning

Tidsskriftet er et tilbud til nordiske lesere innenfor helsefaglige miljøer, og til forskere innen helsefagene som ønsker å publisere egen forskning.

Tidsskriftet holder en bred fagprofil som reflekterer forskning og utviklingsarbeid ved nordiske helsefagutdanninger og praksisfelt. Tidsskriftet publiserer fagfelle-vurderte, vitenskapelige artikler og eller vitenskapelige essays. Tidsskriftet har knyttet anerkjente forskere på professor, dosent- og første nivå til vurdering og referee-bedømming av artiklene. Tidsskriftet tar også inn fagartikler og faglige utviklingsarbeider. Vi tar også i mot kronikker, bokanmeldelser og debattinnlegg.

Alle innsendte tekster blir vurdert av ansvarlig redaktør og fagredaktør med tanke på relevans og kvalitet. Dersom vitenskapelige manuskript vurderes som relevant og av tilstrekkelig kvalitet, blir det vurdert av to fagfeller. Forfatter kan foreslå en uhildet fagfelle. Fagartikler og faglige utviklingsarbeider sendes ikke til fagfellevurdering, men vurderes av redaksjonen.

Det er ansvarlig redaktør som til slutt avgjør om en vitenskapelig artikkel, essay, fagartikkel eller annet kan publiseres. De innsendte manuskriptene må være originale. Manuskriptene blir rutinemessig kjørt gjennom en plagiatkontroll.

Tidsskriftet forholder seg fra høsten 2021 til innførte retningslinjer til universell utforming: (For nærmere informasjon, se [Microsoft-veiledningen om hvordan gjøre Word-dokumenter tilgjengelige](#) for personer med funksjonsnedsettelse.)

Kriterier for forfatterskap

Bare forfattere som tilfredsstiller kravene til forfatterskap, kan oppføres som medforfattere av en artikkel. Forfatterskap skal tilfredsstillere ICMJE (The International Committee of Medical Journal Editors) med norsk oversettelse av: Nylenna, M. Medforfatterskap i medisin og helsefag (Sist oppdatert: 8.september 2014). De nasjonale forskningsetiske komiteene. Tilgjengelig på:

<https://www.etikkom.no/FBIB/Temaer/Medforfatterskap/Medforfatterskap-i-medisin-og-helsefag/>

Enhver forfatter skal ha deltatt i arbeidet i en slik utstrekning at hun/han kan ta et offentlig ansvar for innholdet.

For medforfatterskap kreves også at samtlige forfatterne oppfyller Vancouverreglene:

1. a) Vesentlig bidrag til ide og utforming, eller datainnsamling, eller analyse og tolkning av data.
2. b) Utarbeiding av selve manuskriptet eller kritisk revisjon av artikkelens intellektuelle innhold.
3. c) Godkjenning av artikkelversjonen som skal publiseres.
4. d) Enighet om å være ansvarlig for alle deler av arbeidet for å sikre at spørsmål knyttet til presisjon og integritet til noen del av arbeidet er hensiktsmessig undersøkt og løst.

Personer som har bidratt til arbeidet, men ikke fyller kravene til forfatterskap, kan takkes i et eget avsnitt på slutten av artikkelmanuskriptet. Hvordan den enkelte har bidratt kan presiseres. Slik takk forutsetter at de aktuelle personer har samtykket. En slik takk legges inn ved en ev. publisering, ikke ved innsending, pga anonymisering.

Bekreftelse

Bekreftelse på at manuskriptet er mottatt og antatt /ikke antatt sendes til korresponderende forfatter.

Artiklene og essayene publiseres fortløpende.

Nordisk Tidsskrift for Helseforskning betaler ikke ut forfatterhonorar.

Språk og form

Bidragene skal skrives på et skandinavisk språk, det vil si norsk, svensk eller dansk. Nordisk Tidsskrift for Helseforskning gir ikke språkvask, men forutsetter at forfatterne har hatt en kritisk gjennomgang av språket og korrekturlest manuskriptet før innsending og publisering.

Selve innsendingsprosessen

For å sende inn et manuskript, gå til [Online innsending av manuskript](#). Er du en ny bruker, husk å hake av for rollen **Forfatter** under registreringene. Tekster sendes inn som wordfiler, ikke pdf.

Forfatter legges inn etterspurte metadata ved innsending:

- Navn i korrekt rekkefølge for publisering med ev. titler på forfatter eller forfattere, tilhørighet, orcidnr om du har dette, samt epostadresse.
- For artikler og essays: en kopi av det skandinaviskspråklige sammendraget og nøkkelord fra selve manuskriptet.
- Engelsk tittel, abstract og keywords legges inn i dialog med redaksjonen før en ev. publisering

Anonymisering av tekster som skal sendes til fagfellevurdering

- Navn legges ikke inn på dette stadiet.
- Gjenkjennbare tekstelementer slik som prosjektnummer fra NSD, stedsnavn eller referering til egne publikasjoner skal ved innsending fjernes i selve manuskriptet. Dette erstattes foreløpig med ("anonymisert").
- Informasjon om forfatternavn som finnes under «fil/informasjon» i word-fila fjernes før innsending.
- Navn, tilhørighet, korrekte henvisninger og andre gjenkjennbare detaljer legges inn igjen i manuskriptet i dialogen med redaktørene før en eventuell publisering.

Notat til redaktøren legges inn i publiseringsverktøyet og skal inneholde følgende:

- Hvilken sjanger bidraget er skrevet innenfor: -forskningsartikkel, vitenskapelig essay, fagartikkel eller annet. Dette skal også stå på første side i manuskriptet.
- Eventuelt referansenummer fra behandlingen i REK og eller NSD, samt anonymiserte egne publikasjoner som er benyttet i teksten og referert til.

Manuskriptets utforming:

Last ned og legg manuskriptet inn i [tidsskriftets Word-mal](#).

Lengden på manuskriptet bør ikke overskride 5000 ord for vitenskapelige fagfelle-bedømte artikler og essays. Andre bidrag bør ha en lengde mellom 2000 og 5000 ord. Sammendrag og litteraturliste regnes ikke med i omfanget av artikkelen.

Alle tekster, inkludert figurer, tabeller og referanser, leveres i Times New Roman font 12 linjeavstand 1.5 pt. Venstre og høyre marg, topp- og bunnmarg skal alle være 3,5 cm. Innbindingsmarg skal være 0,5 cm.

Tidsskriftet benytter tre nivå overskrifter. For overskrifter skal forfatter bruke Word-stiler som oppgitt i [malen](#).

Sammendraget

Vitenskapelige artikler, essays og fagartikler skal ha et sammendrag på maksimum 150 ord på det skandinaviske språket teksten skrives i.

Under sammendraget skal forfatterne foreslå på 3-6 nøkkelord som synliggjør innholdet i artikkelen og essayet. Nøkkelordene (separert med komma) skrives på artikkelens originalspråk i selve manuskriptet.

Både sammendrag og nøkkelord settes også inn i «metadata» i publiseringsverktøyet ved innsending. Engelsk tittel, abstract og keywords legges inn i metadata i dialog med redaksjonen før ev. publisering.

Generelt i teksten

Manuskriptet skal ikke ha innrykk (unntatt ved sitater over tre linjer), tabulator, understreking, punkter og lignende, verken i teksten eller i overskriften. Manuskriptet skal heller ikke ha sideskift og tomme linjer mellom avsnitt.

Sitater inntil tre linjer settes inn som en del av hovedteksten – med stilen «Normal», i kursiv. Sitater over tre linjer har stilen «Sitat».

Tabeller, figurer og bokser

Tabeller, figurer eller bokser plasseres inn i manuskriptet av forfatter. Tidsskriftet tar imidlertid forbehold om at tabeller og figurer kan flyttes av redaksjonelle hensyn. Tabell- og figurnavn settes inn som nummerert bildebeskrivelse og ulike typer nummeres uavhengige av hverandre. Vær oppmerksom på proporsjonene i tabellen slik at den passer inn i tidsskriftets Word-mal. Er det mye innhold i tabellen, kan du tilpasse ved å benytte mindre font. Tabeller bør ha en enkel struktur (uten delte/sammenslåtte celler) og presenteres på en oversiktlig måte.

For å ta hensyn til kravene til universell utforming (for brukere med nedsatt syn) skal informasjonen i kolonneoverskriften være formatert som overskriftsrad. Tabeller skal av samme grunn ha alternativ tekst i henhold til universell utforming. Høyreklikk på tabellen og velg «Rediger alternativ tekst». Skriv inn en kort beskrivende tekst som forteller om innholdet i tabellen.

Bilder

Det er egne opphavsrettigheter for fotografier og andre bilder. Nordisk Tidsskrift for Helseforskning publiserer ikke fotografier og andre bilder uten at det foreligger skriftlig tillatelse fra rettighetshaver. Det vil si den som er opphav til bildene.

Litteraturhenvisninger

Litteraturlisten skrives etter hovedteksten. Bruk overskriften Litteratur med stilen «kilder» slik det er beskrevet i [malen](#). Tidsskriftet har til og med 2021 brukt referansestilen APA 6th i artiklene, men benytter fra nyttår 2022 stilen APA 7th.

Utforming av referanser med gode eksempler finner du på nettstedet [Kildekompasset](#)

Om du bruker EndNote, kan stilen (for norsk bokmål) lastes ned fra <https://uit.no/ub/skrive/endnote#linje5>. Du kan også finne hjelp til bruk av stilen her: https://uit.no/ub/skrive/art?p_document_id=429864

Referansene i litteraturlista skal alltid inkludere DOI (Digital Object Identifier) for kildene som har dette. DOI skal være en klikkbar URL, og plasseres sist i referansen. Hvis du er usikker på hva DOI-koden til en referanse er, eller om en DOI-kode finnes, kan du bruke [dette gratis verktøyet](#) for å finne ev. DOI.

Anonymiserte referanser fra egne publikasjoner som gjør forfatter gjenkjenner skal bare tas ut, ikke merkes i den alfabetiske litteraturlista, men i selve artikkelteksten merkes manglende referanse med (anonymisert). Både i tekst og litteraturliste legges referansene tilbake ved en ev. publisering.

Noter og appendikser

Bruk fotnoter, ikke sluttnoter. Notene skrives med arabiske tall (1,2,3 osv.). Ikke bruk flere noter enn strengt nødvendig. Noter bør i første rekke innarbeides i teksten. Unngå appendikser.

Revideringsprosessen

Ved en fagfelleevaluering må det påregnes en til flere runder før en endelig avgjørelse blir tatt. Denne prosessen med nye versjoner og kommentarer mellom partene foregår i selve publiseringsverktøyet. Både fagredaktører og forespurte fagfeller gjør dette arbeidet på frivillig basis og det kan derfor ta noe tid før prosessen er gjennomført.

Forfatter besvarer fagfellenes anmerkninger på en strukturert, gjerne punktvis måte. Reviderte manuskript lastes opp som beskrevet i publiseringsverktøyet under «revideringer», gjerne med

revideringer/ny tekst i rødt: husk også anonymisering av nye opplastede versjoner under «fil»/»informasjon».

Før publisering:

Før siste innsending før artikkelen/essayet blir publisert, må teksten være i tråd med kravene beskrevet ovenfor og følgende være på plass:

- Malen skal være fulgt med utforming, topptekster og bunntekster med beskrevet innhold.
- Artikkelen eller essayet skal være korrekturlest.
- Engelsk tittel, abstract og keywords sendes til redaktøren i kommentarfeltet i publiseringsverktøyet for innlegging i metadata (som forfatter kun har tilgang til å skrive i ved innsending)
- Sjekk at det tidlig innsendte sammendraget i metadata og endelig versjon i artikkelen/essayet stemmer overens.
- Sjekk at forfatterrekkefølge og -informasjon stemmer
- Legg inn anonymiserte data i teksten: forfatternavn, ev. NSD-/REK-prosjektnummer, egne publikasjoner som det refereres til: i tekst og i litteraturlista.

Utviklingsarbeider i helsefagene

Kategorien "Utviklingsarbeider i helsefagene" har i hovedsak vært benyttet for fagartikler. Fra 2021 vil Nordisk tidsskrift for helseforskning kanalisere manuskripter i kategorien fagartikler under sin egen seksjon med samme navn.

Erklæring om opphavsrett

Forfattere som publiserer i dette tidsskriftet aksepterer følgende vilkår:

- a. Forfattere beholder opphavsretten til sine verker, og gir tidsskriftet rett til første publisering av verket, som samtidig lisensieres under en [Creative Commons Attribution License](#) som tillater andre å dele verket under forutsetning av at opphavsmannen og den opprinnelige publiseringen krediteres.
- b. Opphavsmenn kan inngå separate tilleggsavtaler om ikke-eksklusiv distribusjon av den publiserte utgaven av sine artikler (f.eks. avgi den til et institusjonelt vitenarkiv) så lenge dette tidsskriftet blir kreditert som første utgiver.
- c. Opphavsmenn tillates og oppmuntres til å gjøre sine verk tilgjengelig på internett (f.eks. i institusjonelle vitenarkiver eller på egne hjemmesider) før og under behandlingen av manuskriptet i tidsskriftet, da dette kan lede til fruktbare meningsutvekslinger såvel som til tidligere og mer sitering av verkene (se [The Effect of Open Access](#)).

Erklæring om personvern

Navn og e-postadresser som avgis til tidsskriftet på dette nettstedet vil kun bli benyttet til de formål de er innsamlet, og vil ikke bli gjort tilgjengelig for andre formål eller andre personer.

[Ny innlevering](#)

Informasjon

[For lesere](#)

[For forfattere](#)

Språk

[Norsk](#)

[English](#)

Kontakt

septentrio@ub.uit.no

En publiseringstjeneste levert av
Universitetsbiblioteket ved



UiT Norges
arktiske universitet

Nyeste utgave

[ATOM 1.0](#)

[RSS 2.0](#)

[RSS 1.0](#)

Keywords



ISSN: 1891-2982 (nettutgaven)

ISSN: 1504-3614 (trykt utgave)



Septentrio Academic Publishing er medlem av



Platform &
workflow by
OJS / PKP

Denne websida er publisert under

[Creative Commons Navngivelse 4.0 Internasjonal \(CC BY 4.0\) lisens](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/)

Vedlegg 2: NSD-godkjenning

Godkjenning fra NSD – prosjektnummer 927730

22.07.2021 - Vurdert

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet med vedlegg 22.07.2021, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD. Behandlingen kan starte.

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 30. juni 2022.

LOVLIG GRUNNLAG Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake. Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a.

PERSONVERNPRINSIPPER NSD vurderer at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen om: - lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen - formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke viderebehandles til nye uforenlige formål - dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet - lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet DE

REGISTRERTES RETTIGHETER NSD vurderer at informasjonen om behandlingen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13. Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: innsyn (art. 15),

retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18) og dataportabilitet (art. 20). Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned.

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1. f) og sikkerhet (art. 32). For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må dere følge interne retningslinjer og eventuelt rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon.

MELD VESENTLIGE ENDRINGER Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilke type endringer det er nødvendig å melde: <https://www.nsd.no/personverntjenester/fylle-ut-meldeskjema-for-personopplysninger/melde-endringer-i-meldeskjema> Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET NSD vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet.

Kontaktperson hos NSD: Njaal H. Neckelmann

Lykke til med prosjektet!

Vedlegg 3: Godkjenning fra personvernombud

PERSONVERNOMBUDETS UTTAELSE

Til: Marthe Wold Fleischer, Masterstudent ved OsloMet

Kopi:

Anne-Kari M. Johannessen, Førsteamanuensis,
OsloMet og Akershus universitetssykehus HF

Ragnhild Flittie Onstad, Førstelektor, OsloMet

Fra:

Dato: 03.11.21

Offentlighet: Ikke unntatt offentlighet

Sak: Personvernombudets uttalelse til innsamling og
behandling av personopplysninger

Personvernombudets uttalelse i forbindelse med innsamling og behandling av personopplysninger i studentprosjektet «Helsefremmende arbeid i spesialisthelsetjenesten»

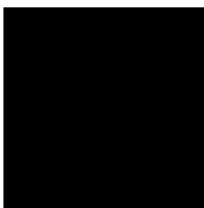
Prosjektets formål:

«Hensikten med denne masteroppgaven er å finne ut hvordan sykepleiere som jobber med hjertesjke pasienter på sykehus forstår helsefremmende arbeid og hvilke erfaringer de har med å jobbe helsefremmende i klinisk arbeid. Formålet med denne studien er at den kunnskapen og de erfaringene som fremkommer skal bidra til økt bevissthet og fokus til sykepleiere på sykehus for å styrke det helsefremmende arbeidet».

Viser til innsendt melding om behandling av personopplysninger. Det følgende er personvernombudets uttalelse til prosjektet.

Med hjemmel i forordning (EU) nr. 2016/679 (generell personvernforordning) artikkel 37, er det oppnevnt personvernombud ved [redacted]

Den behandlingsansvarlige skal sikre at personvernombudet på riktig måte og i rett tid involveres i alle spørsmål som gjelder vern av personopplysninger, jf. artikkel 38.



Artikkel 30 pålegger [redacted] å føre oversikt over hvilke behandlinger av personopplysninger virksomheten har. Behandling av personopplysninger meldes derfor til sykehusets personvernombud.

Før det foretas behandling av helseopplysninger, skal dataansvarlig rådføre seg med personvernombudet, jf. personopplysningsloven § 10. Ved rådføringen skal det vurderes om behandling oppfyller kravene i personvernforordningen og øvrige bestemmelser fastsatt i eller med hjemmel i loven her.

Personvernombudet anbefaler at prosjektet gjennomføres under forutsetning av følgende:

1. Dataansvarlig institusjon er OsloMet.
2. Avdelingsleder og forskningsansvarlig i divisjonen ved [redacted] har godkjent gjennomføringen av prosjektet.
3. Prosjektet er vurdert og forhåndsgodkjent av NSD, datert 22.07.21.
4. Prosjektdeltakerne er kun ansatte ved sykehuset, og det lagres ingen opplysninger av særlig kategori (f. eks. helseopplysninger).
5. Rettslig grunnlag for behandlingen av personopplysninger i prosjektet er projektdeltakernes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a.
6. Prosjektdeltakerne samtykker skriftlig til behandlingen av deres personopplysninger. Vedlagt samtykkeskriv benyttes. Dersom det foretas endringer som berører formålet, utvalget av inkluderte eller databehandlingen bør revidert samtykkeskriv forevises personvernombudet før det tas i bruk. Personvernombudet anbefaler at kontaktinformasjon til Datatilsynet (postkasse@datatilsynet.no) samt kontaktperson og personvernombud [redacted] inntas i skrevet.
7. Ved bruk av lydopptak forutsettes det at teknisk utstyr og lagringsplass er godkjent av dataansvarlig institusjon.
8. I forbindelse med at det skal brukes eksternt utstyr for å gjennomføre intervju av projektdeltakere, bør det i samtykkeskrivet informeres om at det som spilles inn vil utleveres direkte til OsloMet.
9. Personvernombudet anbefaler at opptakene transkriberes like i etterkant av intervjuene og at eventuelle personopplysninger anonymiseres. Videre anbefales det at opptakene slettes umiddelbart etter gjennomført transkribering.
10. Kodelister og andre koblingsnøkler som kobler indirekte identifiserbare data med personopplysninger lagres som angitt i meldingen og oppbevares innlåst, adskilt fra øvrige data.
11. Behandling av personopplysningene i prosjektet skjer i samsvar med og innenfor formål som er oppgitt i meldingen.
12. I forkant av intervju bør det presiseres overfor intervjuobjektet at det bør unngås å oppgi opplysninger som kan knyttes til enkeltperson(er). I tilfelle slike likevel oppgis forutsettes det at også slike personopplysninger ivaretas i tråd med personvernregelverket.
13. Det minnes om at variabler som er i stand til å bakveisidentifisere projektdeltakere ikke bør publiseres. Opplysninger i publikasjoner bør være anonymiserte.
14. Prosjektslutt er 30.06.22.
15. Data slettes eller anonymiseres ved prosjektslutt 30.06.22, ved at krysslister slettes og eventuelle andre identifikasjonsmuligheter fjernes.



16. Dersom formålet eller databehandlingen endres må personvernombudet informeres om dette i likhet med NSD.

Prosjektet er registrert i oversikten over uttalelser til forskning og kvalitetsprosjekter som personvernombudet fører for sykehuset. Oversikten er offentlig tilgjengelig.

Lykke til med prosjektet!

Med vennlig hilsen
for personvernombudet



Dokumentet er signert elektronisk

PERSONVERNOMBUDETS UTTALELSE

Til: Marthe Fleischer, student ved OsloMet og sykepleier

Fra:

Dato: 1.9.2021

Saksnummer:

Personvernombudets uttalelse til innsamling og behandling av personopplysninger for forskning i prosjektet:

Helsefremmende arbeid i spesialisthelsetjenesten

Personvernombudet har vurdert det til at den planlagte databehandlingen av personopplysninger tilfredsstiller de krav som stilles i helse- og personvernlovgivningen.

Personvernombudet har ingen innvendinger til at den planlagte databehandlingen av personopplysninger kan igangsettes under forutsetning av følgende:

1. Forskningsansvarlig / databehandlingsansvarlig er Oslo Metropolitan university - Storbyuniversitetet (OsloMet)
2. Behandling av personopplysningene / helseopplysninger i studien skjer i samsvar med og innenfor det formål som er oppgitt i meldingen.
3. Studien er godkjent av aktuelle avdelingsledere ved [REDACTED]
4. Prosjektet er forelagt NSD.
5. Studien er frivillig og samtykkebasert.
6. Data lagres aidentifisert. Kryssliste som kobler aidentifiserte data med personopplysninger lagres separat og avlåst.
7. Data slettes eller anonymiseres etter prosjektslutt.
8. Dersom formålet, utvalget av inkluderte eller databehandlingen endres må personvernombudet gis forhåndsinformasjon om dette.

Med hilsen

Vedlegg 4: ROS-skjema

RISIKO- OG SÅRBARHETSANALYSE FOR FORSKNINGSPROSJEKT VED OSLOMET								
Fyll ut arkene 1) Risikovurdering og 2) Oppsummering_Prioritering. Se på arkfanen "Veileder" for ytterligere informasjon.								
Forskningsprosjekt - tittel: Prosjektleder: Prosjektnr NSD (hvis aktuelt): Prosjektnr REK (hvis aktuelt): Prosjektnr i UBW (Agresso) (hvis aktuelt): Prosjektets formål (kort beskrivelse):		Helsefremmende arbeid i spesialisthelsetjenesten Anne-Kari Johannessen og Ragnhild Filittie Onstad 927730 [Tall] [Tall] Hensikten med denne masteroppgaven er å beskrive sykepleieres forståelse og erfaringer med helsefremmende arbeid i tilknytning til hjertesyke pasienter. Formålet er at den kunnskapen og de erfaringene som fremkommer skal bidra til økt bevissthet hos sykepleiere ansatt på sykehus om betydningen av helsefremmende arbeid slik at dette arbeidet styrkes.						
Antall registrerte informanter : Kategorier av registrerte informanter (f.eks. studenter, medlemmer i et medlemsregister, pasienter) Beskriv hvordan eventuelle koblingsnøkler lagres: Antall prosjektmedarbeidere i forskningsprosjektet?		10 1 En masterstudent, en hovedveileder og en biveileder.						
Nr.	Kategorier	Underkategorier	Hendelse	Beskrivelse/verdivurdering	Risikonivå			Tiltak
					S	K	Risiko	
	Vurder kun hendelser og risikoelement som er reelle og relevante for dette prosjektet. Bruk nedtrekksmeny (drop down). Du kan velge samme kategori på flere linjer.	Benytt nedtrekksmeny (drop down).	Hva kan skje?	Hva er den uønskede hendelsen? Hvilke tap oppstår? Hvilken betydning for prosjektet?	Sannsynlighet og konsekvens på en skala fra 1 til 4. 1 = Lav/liten, 4 = Svært høy. Risiko genereres automatisk som resultat av sannsynlighet og konsekvens.			Beskriv forslag til nye tiltak. De kan deles opp i organisatoriske, menneskelige og teknologiske sikringstiltak.
EKSEMPEL	Datainnsamling	Lyddopptak	Mister diktafon på vei fra informant til kontoret.	Uvedkommende får tilgang på opplysninger om informanter. Alle intervjudata som er lagret på diktafon mistes. Betydning for prosjektet avhenger av hvor mye informasjon som er lagret på diktafonen.	2	3	5	Kryptere diktafon. Vurdere å bruke mobilapp; Gjøre nytt intervju
	Datainnsamling	Notater	Rote bort notater eller glemme å markere med navnet til deltakeren.	Uvedkommende får tilgang på notatene om deltakerens kroppsspråk og mistes. Betydning for prosjektet avhenger av hvor mye notater som er lagret på diktafonen.	1	3	4	Lagre notatene på et trygt sted med en gang etter hvert intervju.
	Analyse	Transkribering	At transkriberingen bli feil i forhold til det deltakeren sier/gir uttrykk for.	Deltakeren er ikke enig i transkripsjonen. Feilinformasjon kan bli med i studien.	2	3	5	Sende transkripsjonen tilbake til deltakeren for å vurdere det og godkjenne det.
	Teknisk	Diktafon (Fysisk)	At jeg mister diktafonen.	At uvedkommende får tilgang på lydfilene fra intervjuene.	1	3	4	Transkribere fortløpende for deretter å slette lydopptaket med en gang.
	Teknisk	Minnepenn/Ekstern disk	At jeg mister minnepenn som materialet er lagret på.	At uvedkommende får tilgang på lydfilene fra intervjuene.	1	3	4	Transkribere fortløpende for deretter å slette lydopptaket med en gang.
	Datainnsamling	Papirskjema	At informert samtykke kan komme på avveie.	At uvedkommende finner samtykkeskjemaet med navnet til deltakerne.	1	3	4	Oppbevare samtykkeskjema på et forsvarlig sted hvor andre uvedkommende ikke har tilgang.

Vedlegg 5: Informasjonsskriv og samtykkeerklæring



Vil du delta i forskningsprosjektet

”Helsefremmende arbeid i spesialisthelsetjenesten”?

Dette er et spørsmål til deg om å delta i en masterstudie som fokuserer på erfaringer og synspunkter sykepleiere ansatt i spesialisthelsetjenesten har med å arbeide helsefremmende ovenfor pasienter med hjertesykdom. Formålet med denne masterstudien er å fremskaffe kunnskap om hvordan vi kan styrke helsefremmende tiltak til pasienter som har vært innlagt med hjertesykdom i spesialisthelsetjenesten. Studien vil finne sted i tidsrommet august 2021 til mai 2022.

Studiens forskningsspørsmål er:

Forskningsspørsmålene for denne masterstudien er todelt. For å utforske den valgte tematikken, ønsker jeg å svare på følgende forskningsspørsmålene gjennom oppgaven:

1. Hvordan forstås helsefremmende arbeid blant sykepleiere som arbeider med hjertesyke pasienter i spesialhelsetjenesten?
2. Hvilke erfaringer har sykepleiere som arbeider med hjertesyke pasienter med å utøve helsefremmende arbeid i spesialisthelsetjenesten?

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

OsloMet er ansvarlig for prosjektet.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

I denne studien er det ønskelig å rekruttere deg som er sykepleier og som jobber i spesialisthelsetjenesten med hjertesyrke pasienter. Dine erfaringer med dette arbeidet vil være av stor betydning for å styrke og forbedre tjenestetilbudet til pasienter med hjertesyrke.

Hva innebærer det for deg å delta?

Dersom du vil la deg intervjuet, vil dette gjøres av masterstudenten, Marthe Wold Fleischer. Intervjuet vil foregå individuelt og vare i cirka 60 minutter. Intervjuet vil foregå enten på Zoom eller i form av fysisk møte. Tid og sted for samtalen vil bli tilrettelagt slik at det passer for deg. Det benyttes digital lydopptaker under intervjuet.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle dine personopplysninger vil da bli slettet.

Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Dette prosjektet har rettslig grunnlag i ditt uttrykkelige samtykke jf. EUs personvernforordning artikkel 6 og nr. 1a. Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrivet.

All informasjon fra deg vil bli behandlet uten navn eller andre direkte gjenkjennbare opplysninger. En kode knytter deg til dine opplysninger gjennom en navneliste som oppbevares separat fra intervjuutskriften. Dette er i henhold til personvernlovgivningen.

Det er kun masterstudenten, Marthe Wold Fleischer, som har adgang til navnelisten og som derfor kan finne tilbake til deg. Mine veiledere, Ragnhild Flittie Onstad og Anne-Kari Johannessen vil få tilgang til aidentifiserte transkriberte intervjuer. Dersom du ønsker det, kan du få tilsendt publikasjonene fra studien. Det vil ikke være mulig å identifisere deg i datamaterialet i denne studien.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Prosjektet skal etter planen avsluttes mai/juni 2022. Etter dette vil personopplysninger slettes. Data vil oppbevares aidentifisert frem til 1. januar 2023.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke. Norsk Senter for forskningsdata (NSD) har vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernlovgivningen. Datamaterialet oppbevares på OsloMet forskningsserver etter gjeldende regler.

Dine rettigheter

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- innsyn i hvilke opplysninger vi behandler om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene
- å få rettet opplysninger om deg som er feil eller misvisende
- å få slettet personopplysninger om deg
- å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å vite mer om eller benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

- Marthe Wold Fleischer på mobil 46847673, eller på mail til s348134@oslomet.no
- Mine veiledere er Anne-Kari M. Johannessen (ankamj@oslomet.no) og Ragnhild Flittie Onstad (ronstad@oslomet.no).
- Personvernombud ved OsloMet: Ingrid S. Jacobsen (personvernombud@oslomet.no)

Hvis du har spørsmål knyttet til NSD sin vurdering av prosjektet, kan du ta kontakt med:

NSD – Norsk senter for forskningsdata AS på epost (personverntjenester@nsd.no) eller på telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

Prosjektansvarlig

(Forsker/veileder)

Eventuelt student

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet helsefremmende arbeid i spesialisthelsetjenesten og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i intervju.

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet

(Signert av prosjektdeltaker, dato

Vedlegg 6: Klausuleringskjema

OSLO METROPOLITAN UNIVERSITY
STORBYUNIVERSITETET

Leveres sannnen med oppgaven i Inspira

KLAUSULERING AV OPPGAVE AV ANDRE GRUNNER ENN LOVBESTEMT TAUSHETSPLIKT

AVTALE INNGÅTT MELLOM OSLOMET - STORBYUNIVERSITETET, FAKULTET FOR
HELSEVITENSI<AP

OG STUDENT Marthe Wold Fleischer FØDT 28.06.1996

Studentnummer: s348134 Studieprogram: Empowerment og helsefremmende arbeid

Der master- eller bacheloroppgaver ikke inneholder opplysninger undergitt lovbestemt taushetsplikt, kan OsloMet — storbyuniversitetet med hjemmel i åndsverksloven S 27, jf. offentlighetsloven S 2 og S 6 nr. 6, gi forskere og studenter innsyll i oppgaven, men uten at disse kan sitere fra oppgaven.

Studenten kan reservere seg mot at oppgaven gjøres tilgjengelig i universitetets åpne vitenarkiv, ODA. Dersom denne adgangen til klausulering benyttes, må varighet og begrunnelse angis fra studentens side. Oppgaven vil da bli oppbevart i et lukket arkiv i den oppgitte perioden.

Jeg reserverer meg herved mot at oppgaven gjøres tilgjengelig i universitetets åpne vitenarkiv, ODA før embargotidens utløp (1-5 år).

Opgavens tittel:

Idealer og realiteter med helsefremmende arbeid i sykehus — sykepleiernes erfaringer og perspektiver

Adresse:	Peter møllers vei 25, 0585 Oslo	
Telefon:	46847673	
E-post:	marthe@ringsaker.com	
Faglig veileder:		
Institutt:		
Jeg tilrår at oppgaven klausuleres	Sted: <i>Keller</i>	Dato: <i>9/5-23</i>
	Veileders underskrift: <i>Annetari Johannessen Ragnhild Fjellie Onstad</i>	

Maksimumstid for denne type klausulering er 5 – fem år (embargotid).

Maksimumstid for denne type klausulering er 5 fem år (embargotid).

Klausuleringen gjelder for 2 år og settes på grunn av:

Jeg tar høyde for å publisere en vitenskapelig artikkel og derfor må resultatene ikke publiseres i forkant og forut for innsending til tidsskriftet.

Marthe W. Fleischer
studentens underskrift