

Mastergradsoppgave

Helsepositiv utvikling i et individuelt perspektiv

Helsefaglige aktørers erfaringer med, og synspunkter på bistand til individer i prosessen mot aktiv deltakelse og en helsepositiv utvikling.

Even Birkelund Bjørn

MKØD0606

Mastergradsoppgave i

Kroppsøving

2012



Avdeling for
lærerutdanning



SAMTYKKE TIL HØGSKOLENS BRUK AV MASTEROPPGAVE I KROPPSØVING

Forfatter: Even Birkelund Bjørn

Norsk tittel: Helsepositiv utvikling i et individuelt perspektiv.

Helsefaglige aktørers erfaringer med, og synspunkter på bistand til individer i prosessen mot aktiv deltakelse og en helsepositiv utvikling.

Engelsk tittel: Health positive development in an individual perspective.

Health care providers' experiences with, and views on assistance in the process towards active participation and a health positive development.

Kryss av:

Jeg samtykker i at oppgaven gjøres tilgjengelig på høgskolens bibliotek og at den kan publiseres på internett i fulltekst via BIBSYS Brage, HiNTs åpne arkiv

Min oppgave inneholder taushetsbelagte opplysninger og må derfor ikke gjøres tilgjengelig for andre

Kan frigis fra: 01.01.2013

Dato:

underskrift

Forord

Denne forskningsrapporten er den avsluttende oppgaven i studiet, Master i Kroppsøving, ved Høgskolen i Nord-Trøndelag. Det har vært en spennende prosess gjennom totalt 2,5 år. Studiet har inneholdt ulike moduler, blant annet fra det naturvitenskapelige plan, forskningsbasert undervisning i kroppsøving, vitenskapsteori og metode, samt helse og samfunn. Jeg har latt meg inspirere av det helsepedagogiske aspektet. Bakgrunnen for dette er erfaringer fra helsefaglig sektor og mitt eget kliniske virke som fysioterapeut, samt helse og forebygging i samfunnet.

Arbeidet med denne mastergradsoppgaven har vært meget givende og gitt meg dybdekunnskap innenfor prosessen med å bistå personer til en helsefremmende atferd og livsstil. Det er mange ulike faktorer med i denne prosessen, og det teoretiske grunnlaget for denne oppgaven har vært meget spennende å sette seg inn i. Dette er også litteratur jeg vil jobbe videre med, når kunnskap skal settes ut i praksis.

Denne mastergradsoppgaven har vært en lang arbeidsprosess, og det er noen jeg vil rette en stor takk til. Disse personene har vært til stor hjelp under de ulike fasene av mastergradsutdannelsen, gjennom veiledning, faglige samtaler og tidsbruk:

- Idar Kristian Lyngstad, førstelektor i kroppsøving og veileder ved HiNT:

Tusen takk for kyndig og stabil veiledning gjennom hele prosessen, fra de første kongestankene til den endelige rapporten ble ferdigstilt. Takk for din tilstedeværelse og engasjement, som hele tiden har vært upåklagelig.

- Dr. Vidar Bjørn:

Tusen takk for det pådrivet du gjorde før jeg startet på mastergradsutdannelsen. Du inspirerte meg til å ta en pedagogisk retning på mastergraden. Takk for alle faglige samtaler og innspill du har kommet med fra dine egne yrkeserfaringer innenfor mestringsarbeid. Takk for veiledning og innspill rundt mestringsmodellene.

- Jonathan Ogilvy Millar:

Tusen takk for kyndig engelskspråklig veiledning.

- Cecilie og Viljar:

Tusen takk for at dere har gitt pappa tid og rom til å gjøre mastergraden ferdig.

Sammendrag

Introduksjon: Det er en økning i andelen av fysisk inaktive personer i alle aldre. Dette, sammen med usunne valg i den helsemessige atferden, gjør dette at folkehelsen må bedres. Fysisk aktivitet kan økes gjennom å finne egen mestringskapasitet og aktiv deltakelse i eget liv. Det er ikke alle som innehar en indre handlingskapasitet til å utføre de sunne valgene. Helsefaglige aktører kan bistå i denne prosessen, men den praktiske gjennomføringen må individene selv delta i. Hensikten med denne studien er å undersøke meninger og synspunkter til helsefaglige aktører i denne sammenhengen, samt erfaringer fra deres kliniske virke. I det videre perspektivet er det fortsatt mange utfordringer som må håndteres mot en helsepositiv utvikling på individuelt og samfunnsnivå.

Teori: Det er tatt utgangspunkt i teoriene til Aron Antonovsky, Albert Bandura og James O. Prochaska. Det er innhentet kunnskap fra tidligere forskning som inkluderer disse teoriene. Teorien er samlet i en teoretisk syntese som danner grunnlag for denne intervjustudien.

Metode: Det er utført fire kvalitative forskningsintervjuer og to fokusgruppeintervjuer med til sammen 4 helsefaglige aktører. Intervjuformen har vært halvstrukturert.

Resultater: Helsepositiv utvikling oppnås gjennom en indre drivkraft til å gjøre de sunne valgene, samt å være aktivt deltakende. Helsefaglige aktører må fokusere på pasientsentrering og gi hensiktsmessige råd og veiledning. En god relasjon mellom pasient og helsefaglig aktør er viktig. Det skapes gjennom å sette av tid til hver enkelt pasient, og å benytte seg aktiv lytting, og pasientens narrative betraktninger. Forståelse for egen situasjon er grunnleggende i en endringsprosess. Det kan gi større muligheter til å håndtere egne utfordringer og finne motivasjon for tiltak i et lengre perspektiv. Endringsfokuserede tiltak og langsiktig oppfølging bør være et fokusområde for helsefaglige aktører. Tverrfaglighet, motiverende intervju og frisklivscentraler er noe av fremtiden i helsefremmende arbeid, hvor forebygging er å foretrekke fremfor rehabilitering.

Diskusjon: Fra det politiske Norge er strategien å forebygge mer og behandle mindre. Helsepositiv utvikling kan i denne sammenhengen ses både fra et klientperspektiv og et helsefaglig perspektiv. Helsefaglige aktører må sette pasienten i sentrum og være aktivt lyttende til dennes narrative betraktninger. Forståelse for egen situasjon og aktiv deltakelse i et lengre tidsperspektiv er viktig i en endringsprosess. Friskhetsfokus og salutogen orientering blir anbefalt som pedagogiske grep.

Konklusjon: For å oppnå en helsepositiv utvikling er det viktig å bevege seg bort fra de patogene faktorene og mot de salutogene faktorene i livet. En mestrings sirkel kan benyttes som pedagogisk grep i denne sammenhengen. Utfordringene fremover er å få frem en endringsfokuseret tilnærming i samfunnet. Individuelle mestringsopplevelser og flere tilgjengelige tilbud er viktige i denne sammenhengen. De etablerte frisklivscentralene er trukket frem som noe av fremtiden i helsefremmende arbeid.

Summary

Introduction: There is an increase in the proportion of physically inactive people of all ages. This, along with unhealthy choices in health centered behavior, means that public health must be improved. Physical activity can be increased by discovering the capacity for mastery and active participation in their own lives. Not everyone possesses a will or capacity to make healthy choices. Health care providers can assist in this process, but each individual must themselves participate in the practical implementation. The aim of this study is to explain ideas and opinions of health care providers in this context, as well as experiences from their clinical work. In a wider perspective, there are many challenges that must be addressed towards a health positive development at an individual and community level.

Theory: The theories of Aaron Antonovsky, Albert Bandura and James O. Prochaska create the basis for this thesis. Results from previous research based on these theories have also been utilised. The theory of this thesis is collected in a theoretical synthesis that forms the basis of this interview study.

Method: Four qualitative interviews and two focus group interviews with a total of four health care providers have been conducted. The interview form has been semi-structured.

Results: Health positive development can be reached through an internal locus of control, by making healthy choices and active participation. Health care providers should focus on the patient and give them the appropriate advice, and guidance. It is important to have a good relation between the patient and the health care provider. Use of time and active listening to the patients narrative considerations, can facilitate this. The patients understanding of their own situation is fundamental in the change process. This can create more possibilities when dealing with the challenges and finding motivation for the measures in a longer time perspective. Change focused measures and long term follow-up should be focused on by health care providers. Interdisciplinary work, motivational interviews and Healthy Living Centers are part of the future in the health promotion movement where prevention is preferable to rehabilitation.

Discussion: The Norwegian governments' policy is to emphasize preventive treatment. Health positive development in this context can be considered from both a client perspective and from a health care perspective. Health care providers must put the patient at the center and actively listen to the narrative thoughts and reflections. Understanding self-empowerment and active participation in a longer perspective is important in the change process. A focus on healthiness and a salutogenic orientation is recommended as pedagogical measures.

Conclusion: For a health positive development it is important to move away from the pathogenic factors and towards the salutogenic factors in life. A circle of mastery can be used as pedagogical measures in this context. The challenge ahead is to produce a change focused approach in the society. Individual mastery and more available services are important in this context. The established Healthy Living Centers are cited as part of the future in health promotion movement.

Innholdsfortegnelse

Samtykke.....	1
Forord.....	2
Sammendrag.....	3
1.0 Introduksjon.....	7
2.0 Teori.....	9
2.1 Aron Antonovsky.....	9
2.1.1 Salutogenese.....	10
2.1.2 Sense of coherence.....	11
2.1.3 Generelle motstandsressurser.....	12
2.2 Albert Bandura.....	12
2.3 James O. Prochaska.....	14
2.4 Teoretisk sammenfatning.....	15
2.5 Syntese av teorien.....	16
2.6 Helsepedagogiske prinsipper.....	17
3.0 Problemstillinger.....	19
4.0 Metode.....	19
4.1 Utvalg.....	19
4.2 Intervjuguide.....	20
4.3 Personvern og etiske retningslinjer.....	20
4.4 Datainnsamling.....	20
4.4.1 Individuelt intervju.....	20
4.4.2 Fokusgruppeintervju.....	21
4.5 Analyse og tolkning.....	21
5.0 Resultat.....	22
5.1 Helsefaglige aktørers forståelse av helsepositiv utvikling.....	22
5.2 Helsepositiv utvikling som fokusområde, målsetning og praktisk arbeidsfelt.....	23
5.3 Pedagogiske virkemidler.....	24
5.4 Bruk av salutogenese i klinisk arbeid.....	25
5.5 Betydningen av at klienter forstår sin egen situasjon før håndtering.....	25
5.6 Tidsperspektivet i en endringsprosess.....	26
5.7 Andre faktorer fra den kliniske hverdagen.....	27

6.0 Diskusjon.....	29
6.1 Helsepositiv utvikling.....	32
7.0 Konklusjon.....	34
Litteratur.....	37
Vedlegg.....	40

1.0 Introduksjon

Det er en økning i andelen av fysisk inaktive mennesker, hvor også barn og ungdom er mindre aktive enn før. Flere og mer tilgjengelige aktiviteter som fremmer den stillesittende atferden er en del av trenden. Teknologiske underholdningsmedier tar mye tid og fokus, og er med på å øke andelen av inaktiv ungdom. Foster, et al (2012) sier at størstedelen av den voksne befolkningen er ikke nok fysisk aktive. Årsaken til dette kan være en travel hverdag med jobb og familieliv, samt mindre interesse for fysisk aktivitet. Usunt kosthold og inaktivitet kan bidra til større utvikling av overvekt, fedme og livsstilssykdommer, samt akutt sykdom blant befolkningen (1). Inaktivitet kan i tillegg være med på å utvikle muskel- og skjelettlidelser. Regelmessig fysisk aktivitet reduserer risikoen for utvikling av sykdom og har nyttige effekter på egen helse. Fra individets side krever det en endringsfokuset atferd for å oppnå bedret helse. I ”St.meld. nr.16”, Resept for et sunnere Norge – Folkehelsepolitikken, side 6, står det at hver enkelt har ansvar for egen helse og de valgene vi gjør for å opprettholde og bedre helsen. Likevel er det ikke alle som har stor nok handlingskraft til å utføre dette i praksis. Noen kan føle manglende støtte eller innehar en lav indre mestringskapasitet (3).

Verdens Helseorganisasjon (WHO) beskrev Health Promotion Movement i 1986. Begrepet defineres ut i fra en prosess som gjør mennesker myndige til å få kontroll over egne helsevalg, samt å bedre helsen gjennom et mer aktivt og produktivt liv (3). Elementer som biologi, helsestatus, aktuell sykdom og sosial status i samfunnet spiller inn. Andre elementer er den indre drivkraften og kontroll over egne valg. Tredje elementet er handlingskraften til å håndtere egen situasjon (3).

I Norge blir folkehelsearbeid definert som: ”*Samfunnets innsats for å påvirke faktorer som direkte eller indirekte fremmer befolkningens helse og trivsel, forebygger psykisk og somatisk sykdom, skade eller lidelse, eller som beskytter mot helsetrusler, samt arbeid for en jevnere fordeling av faktorer som direkte eller indirekte påvirker helsen*” (Lov 24. juni 2001 nr. 29: Lov om folkehelsearbeid). Helsefremmende arbeid har som mål å gjøre det lettere for mennesker å utføre de mest hensiktsmessige og sunne valgene på bakgrunn av egne ressurser og handlingskapasitet (5).

I ”St.meld. nr.16”, Resept for et sunnere Norge – Folkehelsepolitikken, side 5, står det at strategien er å forebygge mer og reparere mindre. Intensjonen med dette er å redusere sykdomsraten og bedre folkehelsen, samt å redusere utgiftspostene til sykdom og rehabilitering. Samfunnsøkonomisk kan dette fristille større midler til mer forbygging. Lykkes denne intensjonen, vil dette kunne bidra til å snu en negativ trend i dagens samfunn, og bedre den generelle folkehelsen. Samhandlingsreformen har som mål å gjøre det lettere for

mennesker å få helsefaglig bistand i lokalmiljøet. Tilbudet i kommunene vil bli bredere og det vil bli flere tilbud til dem som ønsker hjelp til å endre levevaner. Befolkningen skal også merke mer fokus på helsefremmende arbeid i nærmiljøet. I tillegg skal det bli flere tilbud om å komme i gang med fysisk aktivitet ("Meld. St. 16". Melding til Stortinget. Nasjonal helse og omsorgsplan (2011-2015), side 28-29).

Personer kan oppsøke hjelp, råd og veiledning hos helsefaglige aktører. En av rollene til ansatte i helsefaglig sektor er å veilede og motivere befolkningen til å gjøre sunne valg, for å kunne mestre egen helse. Mestring i denne sammenhengen omhandler personers indre kognitive prosesser og tiltak på bakgrunn av et mål, ønske eller behov. Dette anses som viktig for personer som forsøker å finne frem sin egen mestringsevne. Et annet sentralt begrep i denne sammenhengen er empowerment, som forteller hvordan personer kan mobilisere ressurser til å håndtere utfordringer og delta aktivt i eget liv (7). Motsatt av empowerment står makteløshet eller tillært hjelpeløshet, hvor mennesker kan miste sin egen mestringsevne og bli avhengig av helsefaglig bistand (5, 7). Foster, et al (2012) sier at helsefaglig bistand og oppfølging kan gjøre det lettere for den voksne del av befolkningen å være mer fysisk aktive.

Aron Antonovsky er en sentral forsker på dette området. Han beskriver utvikling av god helse som salutogenese. Han mener at fokus på salutogene faktorer i livet skal gjøre det lettere å oppnå og ivareta god helse. Albert Bandura er en annen forsker og teoretiker på området. Han beskriver mestringsevne og resultatforventning som to kognitive prosesser i denne forbindelsen. Disse kan påvirke troen på egne evner til å gjennomføre en hensiktsmessig handling. James O. Prochaska er en tredje bidragsyter til kunnskap på området. Han beskriver endringsprosessen i en fasesyklus, som er hensiktsmessig for å hindre tilbakefall. Teoriene til Antonovsky, Bandura og Prochaska er mye brukt i studier som omhandler ulike faktorer som ligger til grunn for utvikling av god helse og endringsprosesser. Disse ses både på individuelle og gruppenivå.

Eksempler på studier er Murru, et al (2010), som sier at egen deltakelse er nyttig for å øke egen mestringsevne blant de som normalt er fysisk inaktive. De mener derfor det er viktig å finne strategier for å øke eget tidsbruk til fysisk aktivitet. Luszczynska, et al (2011), konkluderer med at personer med høy mestringsevne har stor nytte av å planlegge eget tidsbruk til fysisk aktivitet. Dette vil kunne øke egne forventninger til å delta i fysisk aktivitet i et lengre perspektiv. Personer med lav mestringsevne bør ikke planlegge tiltak lang tid i forveien, da dette kan medføre motløshet. Van Osch, et al (2011), mener at planlagte strategier for å bedre egen helseatferd i et lengre perspektiv er mer nyttig enn å starte med tiltak, uten å tenke langsiktig. De mener derfor det er viktig at helsefaglige aktører må informere personer om

hvordan de skal legge planer for egne tiltak. Foster, et al (2012) sier derimot at det er mangelfull kunnskap om langvarige effekter av helsefaglig bistand, og at det er bruk for mer kunnskap på dette området.

Hensikten med denne studien er derfor å undersøke erfaringene fra helsefaglige aktørers praksisfelt. Hovedproblemstillingen tar utgangspunkt i deres arbeid med å hjelpe mennesker til å fremme egen helsepositive utvikling. Videre å undersøke hvordan mennesker kan øke egen mestringskapasitet og sette tanker om endring av egen helsefremmende atferd ut i praksis. Perspektivet i denne studien er å gjøre rede for hvordan fire helsefaglige aktører opplever status per i dag, samt å gi råd for hvordan personer selv kan bli mer aktive i egen i egen prosess mot en bedret helse.

Oppgaven er bygget opp på følgende måte: Teorigrunnlaget er presentert og aktualisert slik at det foreligger relevant med henblikk på studiens problemområde. I teoriavsnittets siste del er det presentert en teoretisk syntese og en mestringsmodell som danner grunnlag for studiens presiserte problemformuleringer. Deretter er den anvendte metoden beskrevet med henvisning til intervjuguidene som er benyttet. Resultatene av denne studien er presentert i en meningsfortetning, støttet opp med informantenes egne sitater. I siste del av denne oppgaven er resultatene sammenfattet og drøftet. Drøftingen munner ut i et forslag til en videreutviklet mestringsmodell. Konklusjon og videre perspektivering følger til sist.

2.0 Teori

Teoriene til Antonovsky, Bandura og Prochaska står sentralt i denne studien. Disse teoretikerne har ulike synspunkter på faktorer som ligger til grunn for å kunne oppnå god helse, samt å oppleve mestring i en endringsprosess.

2.1 Aron Antonovsky

Aron Antonovsky var en israelsk-amerikansk sosiolog som var opptatt av helsespørsmålet og faktorer som ligger til grunn for å oppnå god helse. Hans teori er ofte blitt referert til i spørsmål omkring helse og helsefremmende arbeid. Antonovsky er opptatt av at mennesker skal ta aktiv del i egen tilværelse, hvorfor begrepene mestring og empowerment ofte refererer til Antonovsky. Begrepene mestring og empowerment er sentrale i helsefremmende arbeid (7). Aron Antonovsky er kjent for sin Sense of coherence teori (SOC), samt en helsefokuseret retning kalt salutogenese (5). SOC tar for seg følelsen av opplevde sammenhenger i livet og hvordan disse sammenhengene kan ha innvirkning på folks helse. Salutogenese tar for seg helseutviklingen og fokuserer på god, fremfor dårlig helse. Antonovsky hevder at fokus på

salutogene faktorer kan gjøre det lettere for personer å håndtere egne utfordringer. Dermed kan den salutogene retning anses som håndterlig i helsepedagogisk praksis (3).

2.1.1 Salutogenese

I 1979 ble begrepet salutogenese presentert i boken "Health, Stress and Coping" (11).

Salutogenese beskriver hva som kan bidra til at personer oppnår god helse. Salutogen ansats blir foreslått som en hensiktsmessig håndtering av stressfulle og utfordrende perioder.

Antonovsky foretrekker ordet utfordringer som et generelt begrep for ulike situasjoner i en livssyklus, da livet består av mange utfordringer på ulike nivåer. Jo større evne en person har til å håndtere utfordringer, jo større sjanse er det for overlevelse, god funksjon og bedret helse. Helsefremmende arbeid retter fokus mot salutogene faktorer (12). Salutogene faktorer er det som gir glede og gode opplevelser i jobb, hverdag og fritid, samt overskudd til å føre en aktiv og helsefremmende livsstil. Helsefremmende livsstil er en aktiv innsats, og egne valg av faktorer som øker sjansen for å holde seg frisk. Tilhørighet, godt arbeidsmiljø, sunn diett, aktiv fritid og sosialt liv er eksempler på salutogene faktorer. Salutogenese er grunnansatsen til SOC, og ses som motpol til patogenese. Patogenese omhandler utvikling av sykdom og sviktilstander, mens salutogenese som nevnt, handler om faktorer som gir god helse og mestring (11). Salutogenese er i følge Antonovsky (1979) et resultat av mestring i helsefremmende valg, som på bakgrunn av opplevde sammenhenger i tilværelsen, føles som begripelig, håndterbart og meningsfullt.

I tilknytning til SOC så Olsson et al (2009) på faktorer som kan identifisere god og dårlig helse. Dataanalysen baserte seg på intervjuer i perioden 1991 til 2000, hvor resultatet kom fra et tilfeldig representativt utvalg av den svenske befolkningen, $n = 2334$, aldersspredning fra 18-75 år, ansatt i arbeidsforhold. Resultatet viste at et godt arbeidsmiljø og tilhørighet hadde den største innvirkningen på god helse. I arbeidsforhold hvor det var risiko for høyt arbeidstempo og stress, samt utvikling av muskel- og skjelettsmerter, var det store overblikket over situasjonen med på å redusere risikoen for sykdom. Det store overblikket ble i hovedsak beskrevet som evnen til å bevare kontroll over egen arbeidssituasjon, justere arbeidsbelastninger, samt å delta i en aktiv fritid. De konkluderte med at salutogene faktorer anses som det viktigste for å oppnå god helse. De anbefalte til sist SOC som den mest hensiktsmessige salutogene kilden. Synet på kontroll og aktiv tilgang til tilværelsen blir støttet av Lorentzen et al (2009). De konkluderer også med at støtte fra familien og det sosiale nettverket som en viktig faktor. Dette ses også som en viktig motstandsressurs i SOC.

For helsepersonell er utfordringen å få personer til å forstå innholdet i sine utfordringer før de kan håndtere dem. Det er viktig å forstå at ikke alle utfordringer i livet er av patogen karakter. Antonovsky beskriver dette som salutogen orientering (11). Antonovsky videreførte sine tanker fra den salutogene orienteringen over i sin SOC teori.

2.1.2 Sense of coherence

I oversatt betydning defineres sense of coherence som ”en global holdning som uttrykker i hvilken utstrekning man har en gjennomgripende og varig, men også dynamisk tillit til at ens indre og ytre verden er forutsigbar. Da er det større sannsynlighet for at ulike elementer kommer til å gå så bra som man rimeligvis kan forvente seg” (egen oversettelse via Antonovsky 1987: 17). Antonovsky hevder at forutsigbarhet og opplevde sammenhenger i tilværelsen gjør det lettere å oppnå mestring og kontroll over egen situasjon (3). SOC baserer seg på følgende tre kjernebegrep:

- Begripelighet, forteller om evnen til å forstå innholdet i situasjonen.
- Håndterbarhet, forteller om evnen til mestre og håndtere situasjonen.
- Meningsfullhet, forteller om evnen til å forstå hvorfor situasjonen er som den er.

Antonovsky (1979) hevder det er lettere å finne sin egen mestringskapasitet ved å forstå disse sammenhengene. Utfordringer i livet skal man derfor, etter Antonovsky sitt syn, lettere kunne håndtere mot en bedret helse. Antonovsky foretrekker derfor å bruke ordet utfordringer fremfor stressfulle perioder, da dette begrepet er mer dekkende. Utfordring skal også være lettere å håndtere enn stress (12).

Sense of coherence måles ut fra en subjektiv opplevelse av eget livsløp, hendelser, sosial status og helse. Resultatene til Smith og Meyers (1997) viste at de som følte stor grad av SOC i egen tilværelse, hadde mindre bekymring, depresjon, stress og sinne. I tillegg hadde de mindre fysiske symptomer på sykdom. De konkluderte med at en stor grad av SOC har god effekt på egen helsepositive utvikling.

Johnson (2004) studerte SOC opp mot selvoppfattelse og håndtering av den generelle helsen. Resultatene viste at SOC i stor grad er viktig i oppfattelsen av egen helse. Indre påvirkningskraft ble assosiert med høy grad av SOC. Dette betyr at de som føler høy SOC har større mulighet for å ta de sunne valgene. Johnson konkluderer til sist med at SOC har en unik relasjon til generell helse, selvoppfattelse og selvbestemmelse i valg av atferd. Fokuset på salutogene faktorer er tett knyttet sammen med de generelle motstandsressursene.

2.1.3 Generelle motstandsressurser

Antonovsky beskriver generelle motstandsressurser (GMR) som et viktig fundament for å opprettholde god helse (11, 12). GMR kan være god økonomi og fast arbeid, sosialt nettverk med høy grad av tilhørighet, følelse av å være verdifull, tro og religion. Tanken bak GMR er at fundamentet i livet gjør det mer overkommelig å gjennomføre de sunne valgene. Utnyttelse av GMR, og evnen til å se disse i relasjon til helse, gjør det lettere å se sammenhenger i tilværelsen og finne frem til egen mestringskapasitet (5, 11, 12).

2.2 Albert Bandura

Bandura (1977) beskriver i sin sosiale læringsteori at atferd styres av mulige konsekvenser og at konsekvenser er et resultat av innsats. Derfor mener Bandura at man først må se på de kortsiktige gevinstene før man kan se på langvarige virkningene. Bandura videreutviklet denne teorien i 1986 til sosial kognitiv teori, hvor begrepene "self-efficacy" og "outcome expectations" ble introdusert (18). Disse begrepene innebærer aspekter som er avgjørende for menneskers atferd. Self-efficacy omhandler troen på, og forventingen av egen mestring. Outcome expectations omhandler forventet resultat av egen innsats (17, 18). For å oppnå langvarig effekt av atferdsendring mener Bandura at man må legge strategier for egen innsats og se denne over lengre tid. Bandura benytter begrepet "memory capabilities", som forteller om hvordan mennesker husker fra tidligere situasjoner, og hvordan effekten av tidligere atferdsendring har vært (18, 19, 20). Gode erfaringer kan gi grunnlag for troen på å lykkes på nytt. Bandura (1989) beskriver også hvordan troen kan settes ut i virke, noe som er en utfordring i følge Bandura. Innstilling, motivasjon og indre drivkraft er avgjørende for å endre "from thought to action", som Bandura benevner det (21). Bandura benytter en firefoldig guide om informasjonskilder, som er hensiktsmessige for å finne egen motivasjon (21):

- Enactive attainment – ses som den viktigste kilden og omhandler en persons tidligere erfaringer med deltakelse. Tidligere mestringsopplevelser kan øke troen på å lykkes.
- Vicarious experience – å se andre i aktivitet, samt å høre hvordan de har lykkes kan øke egen tro. Andres mestringsopplevelser kan dermed ha positiv innvirkning.
- Verbal persuasion – informasjon og overtaling. Subjektive fortolkninger og overbevisende snakk kan øke motivasjonen til å forsøke selv. Spesielt snakk med andre om mestringsopplevelser kan ha positiv effekt.

- Physiological state – forteller om egen fysiske evne og kapasitet. God fysisk form øker troen på egne evner og egen mestringskapasitet. Når kroppen responderer, kan dette øke motivasjonen til videre deltakelse.

Ashford, et al (2010) publiserte en systematisk review-artikkel med metaanalyse. De så på hva som er den beste måten å endre tro på, og forventning av egen mestring og fysisk aktivitet i fritiden. Utgangspunktet for denne studien var Banduras sosiale kognitive teori og informasjonskilder. Fysiske teknikker og feedback viste seg å ha størst effekt for å øke troen på egen mestring. Funnene stod delvis i kontrast til Bandura sine tanker:

- Vicarious experience har den største effekten på egen mestringstro. Det å se andre lykkes er en stor motivasjonskilde.
- Feedback og gode tilbakemeldinger er også forbundet med et godt resultat, da feedback styrker troen på å lykkes.
- Graded mastery experience har en delvis god effekt. Erfaringer fra tidligere tiltak kan være en god kilde, men det er viktig at målsetningene ikke er for høye. Ved høye målsetninger er det fare for ikke å lykkes med sin intensjon. Ashford et al (2010) hevder at høye målsetninger kan gjøre at en oppgave kan synes lite overkommelig og har derfor negativ innvirkning på egen mestringstro. Moderate målsetninger og lengre perspektiver gir derimot positive effekter. Dette blir støttet av Bandura (1977).
- Persuasion, eller overtaling er en av de fire kildene som Bandura beskriver som hensiktsmessig (21). Ashford et al (2010) mener derimot at overtaling alene som teknikk, har negativ effekt på egen mestringstro. Det blir derfor frarådet å bruke overtaling som teknikk for å endre folk sin atferd.

Avslutningsvis mener Ashford et al (2010) at det å se andre lykkes, feedback og oppnåelige målsetninger, er de viktigste faktorene for å øke mestringstro.

Bandura (2004) anbefaler også fire komponenter i forbyggende helsearbeid:

- Informasjon om risikoatferd og konsekvenser av dårlig livsstil.
- Forvaltning av denne informasjonen vil øke muligheten for å endre livsstil.
- Tiltak for endring og troen på mestring av egen helse.
- Sosial støtte fra miljøet rundt og familien er viktig for å lykkes med egen innsats.

Ved å forstå konsekvensene av egen atferd, mener Bandura (2004) at man kan utvikle god forståelse og tro på egen mestring.

2.3 James O. Prochaska

Prochaska har utviklet ”Transtheoretical modell of behavior change” (TMBC).

Fokuset i denne teorien er individets innstilling i forhold til å endre livsstil. Teorien består av fem faser. Disse blir beskrevet som (24, 25):

- Precontemplation – Føroverveielse. I denne fasen har personen ingen tanke om å endre sin atferd innenfor de neste 6 månedene.
- Contemplation – Overveielse. I denne fasen har personen en intensjon om å starte en endring innenfor de neste 6 månedene.
- Preparation – Foreberedelse. I denne fasen har personen tanker om umiddelbar handling, hvor perspektivet er innenfor en måned. De har gjerne gode erfaringer med tiltak fra tidligere og har en klar plan på hvordan et nytt tiltak skal gjennomføres.
- Action – Gjennomføring. Denne perioden har gått over de siste 6 månedene, hvor spesifikke tiltak er gjennomført. Det er forsøkt endring av atferd og personen vil evaluere effekten og forsøke å opprettholde motivasjonen for videre innsats. Dette er en kritisk fase hvor det er lett å gi opp, og sjansen for tilbakefall fortsatt er stor.
- Maintenance – Opprettholdelse. I denne fasen blir det forsøkt å forhindre tilbakefall. Det er viktig å finne tiltak som føles overkommelige og som gir en mestringsfølelse. Mestringsfølelse i denne fasen vil være viktig for å hindre tilbakefall.

Prochaska et al (1992) så svakheter med denne faseinndelingen, da det er sjelden at personer lykkes ved første forsøk på å endre atferd. De videreutviklet fasene, ved å tegne en syklus hvor fasene overlapper hverandre (Prochaska et al, 1992: 1104). Dette mener de er viktig fordi motivasjonen hele tiden endres og faren for tilbakefall er stor. Tilbakefall vil kunne føre til flauhet, skyld og skam. Liten mestringskapasitet kan være grunnen til at opp mot 85 % opplever tilbakefall. Dermed forblir de fleste i fasene føroverveielse og overveielse, uten å komme videre. De mener derfor at det endelige målet bør ligge i et langsiktig perspektiv, med støtte fra miljøet rundt. Likevel er egen innsats avgjørende for resultatet av atferdsendringen, og større innsats gir bedre prognoser (24). De konkluderer med at TMBC har de beste langsiktige resultatene når fasene går i sykluser. Innsatsen bør gradvis progredieres for å øke sjansen til å lykkes med endringer.

Hutchison et al (2009) så i en systematisk reviewartikkel på bruken av TMBC i forhold til atferdsendring av fysisk aktivitet. De fant at TMBC blir sett på som en lite hensiktsmessig tilgang til denne endringen. De konkluderer dermed at det trengs flere

undersøkelser som tilgodeser alle dimensjonene omkring fasene til teorien, før bruken av TMBC kan anbefales i spørsmål omkring atferdsendring. Fasene skal ikke bli sett på som isolerte, men de skal fungere i en syklus, hvor man skifter flere ganger mellom fasene før et langsiktig mål kan oppnås (24). Dermed gir det en forståelse av tidsperspektivet i en endringsprosess, som vil kunne ta lang tid.

2.4 Teoretisk sammenfatning

En sammenfatning av teori, tanke og innhold i de nevnte teoriene gir følgende oversikt

(Hentet fra Bjørn, 2011):

Teori	Bandura	Antonovsky	Prochaska
Kjernebegreper	Self-efficacy Outcome expectations	Sense of coherence Salutogenese Generelle motstands-ressurser	Transtheoretical modell of behavior change Faser → Syklus
Nøkkelord og sammenhenger	-Mestringstro og forventning -Informasjonskilder -Resultatorientering og perspektiv -Tidligere opplevelser -Tanke → Handling -Sosial støtte og integrering	-Opplevd sammenheng og utfordringer -Fokus på helse -Generelle motstands-ressurser -Sosial støtte -Påvirkningskraft -Kontroll	-Atferdsendring og faser for endring -Syklus og tidsperspektiv -Opprettholde motivasjon for endring -Hindre tilbakefall -Sosial støtte
Praktisk bruk av teorien	Grunnlag og faktorer for mestring	Faktorer som ligger til grunn for å oppnå helse	Indre kapasitet, motivasjon for endring av atferd.

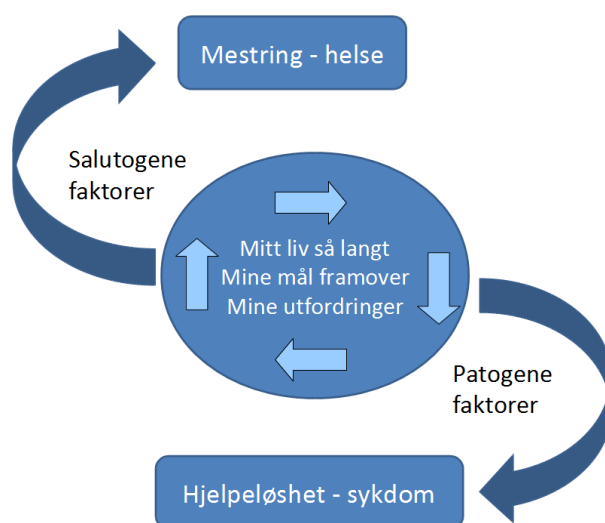
Antonovsky mener at salutogene faktorer og opplevde sammenhenger i livet må ligge grunn for å kunne oppnå god helse. Bandura mener at egen tro og forventning, sammen med god informasjon og støtte, vil kunne gi grunnlag for egen mestring. Prochaska mener at egen indre kapasitet og motivasjon, vil kunne endre egen helseatferd i et lengre perspektiv.

2.5 Syntese av teorien

Proessen mot en bedre helse innebærer at man klarer å mestre sine utfordringer. I denne prosessen finnes flere koblinger mellom teoriene til Antonovsky, Bandura og Prochaska. Det kan være relevant å samle de teoretiske bidragene i en syntese.

Antonovsky mener det er viktig med forståelse for egen tilstand og eget liv. Ved å forstå sine utfordringer, er det etter hans syn lettere å håndtere disse. Bandura mener at ulike informasjonskilder er sentralt, mens Prochaska mener at indre motivasjon og endringssyklus er viktig for å kunne lykkes i et lengre perspektiv. Dermed er det kognitive en sentral faktor. Det kognitive ligger til grunn for en handlingskapasitet hvor tiltak gjøres på bakgrunn av informasjon og individets egen motivasjon.

I modellen nedenfor blir teoriene forsøkt dratt sammen i en syntese som viser to ytterpunkter, det salutogene og det patogene. Antonovsky sitt syn på salutogene faktorer, er de generelle motstandsressursene. Bandura mener at egen tro på å lykkes er viktig, og at tidligere erfaringer med dette, kan gjøre det lettere å forsøke igjen. Prochaska mener at det å lykkes, vil øke motivasjonen for innsats og videre progresjon, samt å hindre tilbakefall. Utfordringen er å gjøre sunne valg i livet som medfører større sjanse for mestring. Mindre hensiktsmessige valg vil kunne medføre sykdomsutvikling og hjelpeløshet i eget liv.



Figur 1: Syntese av Antonovsky, Bandura og Prochaska's teorier.

Sosial støtte er en fellesnevner for Bandura, Antonovsky og Prochaska sine teorier. Dette finner man hos familien og miljøet rundt. Det er viktig at miljøet forstår situasjonen, og hva som kreves av tiltak. Videre er støtte viktig i et lengre perspektiv. Forståelsen av sammenhengene i situasjonen kan derfor forstås tosidig, både fra personen selv og miljøet rundt. Dette kan gi økt forståelse for hvorfor man investerer tidsbruk til egen helsefremmende

innsats. Et stabilt nærmiljø, sosialt liv og familie rundt er eksempler på generelle motstandsressurser. På den annen side er ikke dette alene nok for å oppnå god helse. Det kreves også egen innsats og tro på å lykkes. Dette er derfor viktige faktorer i denne sammenhengen. Antonovsky legger vekt på indre kontra ytre påvirkningskraft, samt kontroll over situasjonen. Skal en person oppnå kontroll, krever det en stor indre påvirkningskraft eller evne til å gjøre egne og sunne valg. Stor indre påvirkningskraft kan gi tro på at egne valg har innflytelse på egen mestring.

Mestring er et sentralt begrep i denne modellen. Avklaring av begrepet tilsier et resultat av indre kognitive prosesser der overveielser og valg fører til en handling. Handlingen bør være av en karakter som er hensiktsmessig, samt god forståelse for hva som er risikofylt. Dermed kan mestring ses som motpart til risikoatferd, som kan føre til sykdom og svikt (28). Mestring omhandler personers prosesser og tiltak for å oppnå noe, på bakgrunn av et mål, ønske eller behov. Aktiv deltakelse kan dermed bidra til en helsepositiv utvikling.

Empowerment er et annet begrep som hører til i modellen. Det blir satt i sammenheng med deltakelse som grunnlag for mestring. En relevant definisjon av empowerment er: *"A social process of recognizing, promoting and enhancing people's abilities to meet their own needs, solve their own problems and mobilize the necessary resources in order to feel in control of their own life"* (Gibson (1991, p.359).

Individet skal tilegne seg en evne til å handle ut fra egne mål og egen motivasjon. Dette betyr at motivasjon og ansvar for eget liv og egen helse, er viktig. Individet skal selv bestemme over egen tilværelse og utnytte muligheter til en aktiv deltakelse. Empowerment blir også sett på som en prosess (28). Modellen som er presentert, viser at aktiv deltakelse og fokus på salutogene faktorer er sentralt for å kunne oppleve mestring.

2.6 Helsepedagogiske prinsipper

En norm innenfor helsesektoren er at en pasient alltid bør følge legens råd. Dette kan godt være en diffus betraktning, da det synes like viktig at en person tar aktiv del i egen tilværelse. Rådene bør derfor være informative og motiverende. Likevel møter man i helsevesenet personer med lave ressurser og liten mestringskapasitet. Disse personene bør bli hørt gjennom sine egne narrative betraktninger, om egne utfordringer. Pasientsentrering har derfor blitt en viktig del av empowerment (7, 30). Pasientsentrering oppnås gjennom aktiv lytting, forståelse og empati. En helsefaglig aktør skal ikke legge alt ansvaret over på pasienten selv, men regulere hvilket ansvar som blir lagt på personen selv. Dette bør ses opp mot dennes egne forventninger. Forventningene skal ses i forhold til pasientens ressurser og mestringskapasitet

(3, 30, 31). Støtte og informasjon fra helsefaglige aktører kan gi personen økt kontroll over egen situasjon.

Helsepedagogikk utføres blant annet av folkehelsekoordinatorer og frisklivsentraller i kommunal regi. Helsefaglige aktører i klinisk virke utfører helsepedagogisk praksis gjennom råd, veiledning og intervensjon. Helsefremmende arbeid er en sentral faktor i dagens samfunnsmedisin, og innebærer veien mot en bedre helse i befolkningen. På individuelt nivå er det i denne prosessen mange utfordringer å måtte håndtere. Hos mange er en sunn og aktiv livsstil en sentral del av hverdagen, mens andre har problemer med å sette av tid for å gjennomføre helsefremmende tiltak. For å vende den negative trenden, krever det en endringsprosess, gjennom å endre dårlige vaner og ha mer fokus på sunnhet og en aktiv deltakelse. Mange kan føle det vanskelig å stå i en slik situasjon alene. Støtte og veiledning kan gis av helsefaglige aktører, gjennom blant annet behandling, treningsopplegg og livsstilsveiledning. Samspillet mellom helsefaglige aktører og klienter tar utgangspunkt i en god kommunikasjon. Klientens narrative betraktninger om egen forhistorie, nåværende tilstand og utfordringer, er empirisk sett sentralt i en endringsprosess. Samtale og kommunikasjon kan være en viktig del av de pedagogiske overveielser som helsefaglige aktører benytter seg av i den kliniske hverdagen.

Problemstillingen i denne studien omhandler helsefaglige aktørers erfaringer med, og synspunkter på bistand til individer i prosessen mot aktiv deltakelse og en helsepositiv utvikling. I denne sammenhengen befinner det seg noen sentrale begreper (hentet fra Antonovsky, 1987):

- *Begripelighet*, som beskriver evnen til å forstå sin egen situasjon og innholdet i denne. Dette innebærer erkjennelse for situasjonen og forståelse for at tiltak bør gjennomføres.
- *Håndterbarhet*, som beskriver evnen til å se sin egen rolle i eget liv. Å håndtere situasjonen er å utføre spesifikke tiltak som er anbefalt fra helsefaglige aktører, og som etter hvert kan bli en selvbestemt atferd. Stikkord i dette er aktiv deltakelse og utfordring av egen mestringskapasitet.
- *Meningsfullhet*, som beskriver evnen til å se og forstå meningen i situasjonen. Og se meningen med at egne utfordringer krever deltakelse i et lengre perspektiv.

Tverrfaglig samarbeid og pasientsentrering blir ofte benyttet i denne prosessen. Flere, og ulike faglige synspunkter integreres i intervensjonen, rådene og veiledningen. Pasientsentrering åpner opp for pasientens egne narrative betraktninger om egen

helsesituasjon og utfordringer i et lengre perspektiv. Tidsperspektivet er viktig for å opprettholde innsatsen og hindre tilbakefall. I motsatt tilfelle vil en person kunne oppleve et brudd i prosessen og falle tilbake mot gamle vaner og en eventuell hensnegativ atferd.

3.0 Problemstillinger

I denne studien er det formulert syv presiserte forskningsspørsmål:

- 1. Hvilken forståelse har helsefaglige aktører for begrepet helsepositiv utvikling?*
- 2. Hvilke erfaringer har helsefaglige aktører med helsepositiv utvikling som målsetning og praktisk arbeidsfelt?*
- 3. Hvilke pedagogiske virkemidler benytter helsefaglige aktører seg av i denne sammenhengen?*
- 4. Hvilke synspunkter har helsefaglige aktører på bruk av salutogenese i klinisk arbeid?*
- 5. Hva mener helsefaglige aktører om betydningen av at klienter forstår sin egen situasjon før de eventuelt klarer å håndtere den?*
- 6. Hvilke synspunkter har helsefaglige aktører omkring tidsperspektivet i en endringsprosess?*
- 7. Hvilke tanker har helsefaglige aktører omkring andre faktorer fra den kliniske hverdagen?*

4.0 Metode

Metoden i denne studien består av halvstrukturerte forskningsintervjuer og fokusgrupper. Det er gjennomført 4 individuelle intervjuer og 2 møter i fokusgrupper.

4.1 Utvalg

Studiens informanter ble valgt blant helsefaglige aktører i kommunal helsetjeneste. Informanter med ulik utdanning og arbeidsfelt ble valgt, da det var ønske om å få bredde på svarene. Alle informantene har daglig klientkontakt innenfor helse og helsefremmende arbeid. Kontakten til informantene ble opprettet via e-post. For å ivareta forventningen om konfidensialitet er informantene gitt fiktive navn. Deres yrkesretning er:

Marie: spesialergoterapeut.

Kari: fysioterapeut.

Tor: fysioterapeut med videreutdanning i motiverende intervju.

Ida: psykiatrisk sykepleier med videreutdanning i motiverende intervju.

4.2 Intervjuguide

Intervjuguiden til de individuelle intervjuene er utformet på bakgrunn av teorigrunnet, problemformuleringen og forskningsspørsmålene. Den samme intervjuguiden har vært brukt i alle de fire individuelle intervjuene. Det er blitt stilt oppfølgende spørsmålene underveis på bakgrunn av hvordan samtalen har utviklet seg. Intervjuguiden består av følgende tre hovedtemaer:

- Helsepositiv utvikling
- Pedagogiske grep
- Klientbasert syn

Intervjuguiden ligger som vedlegg 3, og blir ikke nærmere opplyst her. Intervjuguidene til fokusgruppene ble utformet etter de individuelle intervjuene, og var delvis ulike.

De baserer seg på de samme emnene, samt nye emner som dukket opp under de individuelle intervjuene. Intervjuguidene for fokusgruppene kan ses som vedlegg 4 og 5, og blir heller ikke opplyst nærmere her.

4.3 Personvern og etiske retningslinjer

Gjennomførelsen av denne studien er godkjent av Norsk samfunnsvitenskaplig datatjeneste (NSD). (Se vedlegg 1). Informantene er gitt fiktive navn, og arbeidsplassene deres er ikke nevnt. Eventuelle personer som informantene har snakket om, er ikke gjengitt i rapporten. Gjennom en taushetserklæring er informantene blitt pålagt taushetsplikt med henblikk på å referere fra intervjuene til eventuelle tredjeparter. Dette er gjort for å unngå at personopplysninger kommer ut. Før intervjuene startet ble samtykke fra informantene innhentet. Informantene skrev under på at de godtok premissene og at de kunne trekke seg fra studien underveis. Skrivet med informasjon til informantene, samt samtykke og taushetserklæring, ses som vedlegg 2. Transkriberingen av intervjuene er sendt i retur til informantene og godkjent fra alle fire.

4.4 Datainnsamling

Til datainnsamlingen ble det benyttet en digital diktafon for å få intervjuene som lydfiler.

4.4.1 Individuelt intervju

De individuelle intervjuene ble gjennomført på informantenes kontorer, hvor jeg og en informant satt rundt et bord med øyekontakt med hver andre. Diktafonen lå midt på bordet for å fange opp alt som ble sagt fra begge hold. Individuelt intervju er i denne sammenheng en

faglig dialog mellom en forsker og en informant. Forskeren ønsker å benytte seg av informantens erfaringer, tanker og meninger omkring et gitt temaområde (32). Innholdet i samtalene mellom meg og informantene varierte litt på bakgrunn av deres erfaringer og yrkesretning. Informantene var pratsomme og gav brede betraktninger fra eget kliniske virke. Betraktningene deres åpnet for å stille oppfølgende spørsmål. Dette gav informantene muligheten til å utdype det de hadde sagt, eller å komme med nye elementer omkring de gitte temaene. De individuelle intervjuene tok fra 30 til 45 minutter.

4.4.2 Fokusgruppeintervju

Fokusgruppene ble gjennomført rundt et bord hvor jeg og informantene hadde øyekontakt med hverandre. Hensikten med å møte informantene i fokusgrupper var å få en diskusjon og en refleksiv dialog omkring de samme temaene fra de individuelle intervjuene, med meg som ordstyrer. Informantene hadde mange felles meninger om de gitte temaene til tross for ulike utdanninger. De fikk utfylt hverandre godt og kom med nye dreininger omkring temaene. Det var en moderat grad av struktur i fokusgruppene, noe som Halkier (2010) mener åpner for en mer refleksiv og spontan dialog. Fokusgruppene skilte seg fra de individuelle intervjuene i den grad at informantene formet hvordan samtalen forløp. Jeg stilte oppfølgende spørsmål på bakgrunn av samtalens utvikling, og ved noen tilfeller kom jeg med innspill, når samtalene stoppet opp. Fokusgruppe 1 bestod av Marie og Kari, mens fokusgruppe 2 bestod av Tor og Ida. Begge fokusgruppene varte i 60 minutter.

4.5 Analyse og tolkning

Analyse og tolkning av datamaterialet er gjort i flere omganger, gjennom transkribering, verifisering og meningsfortetning. Opptakene fra diktafonen ble transkribert ordrett fra tale til skrift. Databearbeidningsprogrammet NVivo ble benyttet til dette, og videre utskriftene ble konvertert videre over i Word-dokumenter. Verifisering av datamaterialet ble gjort gjennom å sende transkriberingen i retur til informantene, hvor de fikk beskjed om å lese intervjuet igjennom, og eventuelt komme med endringer og tilføyelser. De fikk også muligheten til å slette eventuelle elementer som de i etterkant synes var upassende. Deretter skulle de godkjenne intervjuene og sende dem i retur via e-post. Tilbakemeldingene fra informantene bestod av noen endringer og tilføyelser av meninger og sitater. Noe ble slettet og noe ble skrevet litt om på. Det var ingen store endringer, men tilføyelsene var informative og nyttige i forskningsprosessen.

Intervjuene ble etter godkjenningen fra informantene, hver for seg forminsket og datamaterialet forkortet. Overflødige ord ble slettet og setninger ble skrevet sammen til en brukbar sammenheng. Problemfelt, problemformulering, forskningsspørsmål og intervjuguidene ble brukt som bakgrunn for denne forkortningsprosessen. Relevante sitater fra informantene, som belyser studiens problemfelt, ble merket. Deretter ble meningsfortetningen utført, noe som gjorde at essensen av innholdet i datamaterialet kom tydeligere frem. Datamaterialet danner deretter utgangspunkt for resultatavsnittet.

5.0 Resultat

Resultatene av denne studien gjenspeiler informantenes meninger, synspunkter og forståelse av de ulike emnene fra intervjuguiden. Emnene inneholder synspunkter på prosessen mot en helsepositiv utvikling, pedagogiske virkemidler og erfaringer med personers kognitive forståelse i en endringsprosess.

5.1 Helsefaglige aktørers forståelse av helsepositiv utvikling.

Marie mener at individet må forsøke å være deltakende i en utviklingsprosess hvor fokuset er å bevege seg i en retning mot bedret helse. Gjennom tilhørighet i samfunnet, sosial støtte og empati, får individet en økt motstandskraft i eget liv. Individet vil dermed kunne få en større mulighet til å bevege seg bort fra en eventuell sykdomstilstand. Marie mener at en aktiv deltakelse i eget liv er viktig for å unngå utvikling av dysfunksjoner. Gjennom fokus på salutogene faktorer skal individet forsøke å oppnå et friskhetspunkt. Hun sier: *”du prøver å ha fokus mot det friske, deltakende og aktive livet”*.

Kari mener at individet selv må fokusere på egne biologiske ressurser og dra nytte av sosialt nettverk for å oppnå en helsepositiv utvikling, i tillegg til å gjøre de rette helsebringende valgene i eget liv. Det er en utfordring for samfunnet å legge til rette slik at individ og samfunn får større muligheter til å bevege seg i en helsepositiv retning: *”Det må legges til rette slik at folk skal kunne oppnå god helse”*, sier Kari. Fagfolk kan støtte individet, ved å bidra med riktige råd, veiledning og informasjon. Kari mener også det er viktig at samfunnet fokuserer mindre på utvikling av sykdom og svikt.

Tor mener at helsepositiv utvikling er fremgang med egen helse, på bakgrunn av et eller flere bestemte tiltak. Dette skal kunne gi mer kunnskap til den videre innsatsen. Fagfolk skal gi riktig informasjon til individet og pårørende om både helsetilstand og mulige tiltak. Det er viktig med en hensiktsmessig målsetning for å kunne øke motivasjonen for egen deltakelse: *”Hvis vedkommende ikke er motivert selv, så viser det seg ofte at du ikke oppnår*

mer enn en liten brøkdel av det du oppnådd, hvis du var motivert”, sier Tor. Viktige faktorer med tanke på helsepositiv utvikling er sosialt nettverk og arvemessige forhold. Tor sier at egen innsats og evnen til å benytte seg av egne ressurser er avgjørende for å oppnå en god helse. I denne sammenhengen benytter Tor seg motiverende intervju.

Ida mener at helsepositiv utvikling henger sammen med faktorer som gir individet en bedre hverdag. Individets egen drivkraft, sammen med kunnskap om seg selv, er viktig for å oppnå en helsepositiv utvikling. Gode relasjoner til andre og et sosialt nettverk kan virke positivt for individets helse. Ida legger også vekt at råd og veiledning fra fagfolk må være forståelig, og at riktig veiledning kan øke sjansen for at individet blir mer deltakende.

5.2 Helsepositiv utvikling som fokusområde, målsetning og praktisk arbeidsfelt.

Marie mener at verdifulle opplevelser og et høyt meningsinnhold i livet er viktige faktorer. Felles forståelse fra individet og miljøet rundt, sammen med miljømessige tiltak fra fagpersoner, kan gjøre det lettere for individet å fokusere på egen innsats. I samtale med Kari, er de enige om at realistiske mål er viktig, og at tiltak som gjøres skal føles oppnåelig og gjennomførbart. De er også enige om at pasienten selv må ta ansvar og være deltakende. Marie sier: *”noen forventer kanskje at vi som fagpersonale skal ordne opp for dem, gjennom en passiv tilnærming i stedet for en aktiv”*. Kari nevner da at fagpersoner skal veilede i forhold til håndtering.

Kari mener at individet må gjennomføre en gradvis progresjon og fokusere på fremgangen i et lengre perspektiv. Sammen med oppfølging og støtte fra helsepersonell, kan dette gi større muligheter for mestring. I sitt kliniske virke mener Kari det er viktig å starte med samtale og observasjon, før man lager målsetninger og spesifikke tiltak. En klient må selv bidra i denne prosessen. Kari legger vekt på å informere klienten om dennes egen rolle og innsats, som hun mener: *”er fundamentalt for å kunne oppnå et godt resultat”*. Videre sier Kari: *”ser vi fremgang, opplever jeg ofte at motivasjonen til å fortsette, blir større”*.

Tor mener det er viktig å utfordre pasienten til selv å definere en målsetning. Da er det lettere å avdekke hvilken mestringskapasitet pasienten har. Tor sier at fagpersoner må vite hvor en pasient befinner seg i sin egen prosess, slik at målsetningen blir en samarbeidsmålsetning. Tor begrunner dette med: *”det er jo ikke terapeutens mål som er det viktigste”*. Gjennom dette mener Tor at pasientsentrering er ”alfa omega”. Fagmiljøene må sette pasienten i sentrum, og jobbe sammen omkring dennes mål og behov. Tor nevner også at det enkelte ganger kan være en stor utfordring med tverrfaglig samarbeid, og at en felles forståelse er viktig, samt å fokusere på fremgangen til pasienten.

Ida mener kjemi og relasjoner til helsepersonell gjør det lettere å kunne oppnå fremgang. For en pasient er det også viktig med oppfølging for å hindre tilbakefall. Ida mener det er viktig å sette pasienten i sentrum, og lytte til vedkommende. Hun er positivt innstilt til tverrfaglig samarbeid.

5.3 Pedagogiske virkemidler.

Marie legger vekt på tid, empati og aktiv lytting. Hun mener dette er med på å skape en felles forståelse. Kari mener det er viktig å skille mellom eldre og yngre. Blant yngre bruker hun mye lekbasert behandling, ros og positive tilbakemeldinger. Blant voksne og eldre er kommunikasjon det viktigste. Kari mener også at pasientens egne narrative betraktninger er et viktig utgangspunkt for hennes kliniske virke, og sier: *”pasientens synspunkt på egen tilstand og tidligere sykehistorie er viktig informasjon for å kunne tilnærme seg den enkelte på best mulig måte”*. Kari forteller videre at hun har hatt pasienter som har dårlige erfaringer fra tidligere behandling. *”De har opplevd å gå fra den ene til den andre uten at de har opplevd bedring”*, sier Kari.

Marie og Kari mener begge to det er viktig å inkludere pasienten allerede fra første møte. Sykehistorie og pasientens egne ord, danner utgangspunkt for deres kliniske virke. Dette er med å øke motivasjonen og kan virke positivt inn på mestringsfølelsen til pasienten. Kari mener, ved ikke å inkludere pasienten, blir risikoen for tilbakefall større. Både Kari og Marie bruker tid på å kartlegge hva pasienten har av ressurser og nettverk. De nevner også at både økonomi og sosial status er viktig.

Tor legger vekt på samtale i starten av et forløp. Dette gir god informasjon og skal kunne ut i hensiktsmessige tiltak. Tor bruker motiverende intervju, som er en tilgang hvor man lytter mer til pasientens egne ord og historie. Tor mener det er viktig å kartlegge hvordan motivasjon en pasient har, og motiverende intervju virker som en veiledende samtale hvor pasienten selv kommer med svarene.

Ida benytter seg også av motiverende intervju. Hun mener det er viktig å være lyttende og stille åpne spørsmål som gir gode svar. Ida mener, ved å jobbe med tanker, så skal dette bli en del av motiveringsprosessen for den enkelte pasient. Tor og Ida sier at motiverende intervju er klientsentrert. *”At pasienten selv finner frem til konklusjonen, sitter mye dypere og har en helt annen effekt enn det en terapeut eller lege sier”*, sier Tor. Ida sier at pasienten skal ha en viss kognitiv funksjon for at motiverende intervju skal kunne fungere. Derfor fungerer den ikke på alle pasienter. Det er en av ulempene med motiverende intervju. Som fagperson krever det også god erfaring før det vil fungere optimalt. Ida forteller at motiverende intervju

skal kartlegge om pasienten er i en tankefase eller i en gjennomføringsfase. Derfor synes Ida at motiverende intervju er dårlig på å sette i gang et tiltak rett etterpå. Da mener hun at kognitiv terapi er bedre. Tor mener at motiverende intervju er god på tilbakefallsgrupper.

5.4 Bruk av salutogenese i klinisk arbeid.

Marie mener man bør ha fokus på ressurser og friskhetsfaktorer i livet. Har man oversikt over egen situasjon og forståelse for hvor man befinner seg, er det lettere å finne tiltaksbestemte løsninger, mener Marie. Hun sier videre: *”det er viktig å ha tro på at man kan lykkes”*. Kari mener det er viktig med et positivt fokus på fremgang og effekt av bestemte tiltak. Hun mener at en fellesnevner i helsefaglig arbeid er å se muligheter fremfor begrensninger.

Marie og Kari er enige om at empati er viktig. Pasienten må føle at noen støtter en, og er lyttende. *”Empati er et veldig godt virkemiddel for å skape trygghet og tillit*, sier Marie. Det er også viktig å ta litt avstand og ikke bli for personlig involvert, sier Kari. Det er likevel viktig å vise interesse for den enkelte. Dette øker muligheten for å skape et godt samarbeid mellom pasient og terapeut.

Tor mener det er viktig å legge fokus på faktorer som gjør livet verdt å leve. Han sier: *”vi må heller så på hva som gjør at folk synes det er positiv å være til, i stedet for å fokusere på det som er risikofaktorer”*.

Ida mener man skal ta utgangspunkt i personen og de ressursene vedkommende har, og sier: *”Jeg legger ikke fokus på sykdommen, men fokus på hva pasienten kan gjøre for seg selv, for at denne skal få det bedre”*. Ida sier videre at det narrative og pasientens egne fortellinger er med å øke en felles forståelse. Det er da lettere å skape en relasjon til pasienten, som Ida mener er viktig i et samspill. Relasjoner og sosial støtte er viktig.

Tor og Ida er enige om at de ønsker å fokusere på helsebegrepet sammen med sine pasienter. Tor nevner ”helsegryta”, og forteller om at det er individuelt hva som gir og hva som tapper den enkelte for energi. For å opprettholde en god helse, mener Tor det er viktig å finne en balanse i dette og fokusere på positive faktorer. Ida mener det er viktig å kartlegge hva den enkelte kan og hva de liker å gjøre, fremfor å fokusere på sykdom og svikt.

5.5 Betydningen av at klienter forstår sin egen situasjon før håndtering.

Marie sin erfaring tilsier at det er stor forskjell mellom yngre og eldre i forhold til forståelse for egen situasjon og utfordringer. Hun mener at eldre i større grad kan oppleve en følelse av hjelpeløshet, og dermed ikke går 100 % inn for gjennomførelsen av en mestringsoppgave.

Marie sier: *”Ens egen fysiske tilstand har stor innvirkning på gjennomførelsen av en mestringsoppgave”*.

Kari mener det er særdeles viktig å forstå sin egen situasjon. Hun sier: *”hvis en ikke har forståelse for hva det dreier seg om, så har en heller ingen mulighet til å gjøre noe med det”*. Kari mener også at informasjon fra helsepersonell er viktig, men at det er veldig store individforskjell i forhold til mottakelighet. Informasjon som øker motivasjonen, gir større sjanse for fremgang og mestring, er Kari sin erfaring.

Marie og Kari mener en fellesnevner er forståelse, læring og oppdagelse. Pasienter må merke bevegelse gjennom hele kroppen, slik at hele systemet blir aktivert. Kari sier: *”Man må ha en erkjennelse for hvordan situasjonen er nå, for å kunne endre noe, og ville endre det”*. Som helsepersonell er det viktig ikke å bli sykdomsfiksert, men heller benytte ord som utfordringer. Marie sier at ordet utfordringer er mer forståelig og gir mer mening.

Tor sier det er meget viktig å forstå sin egen situasjon og utfordringer, før man kan håndtere dem. Tor sier: *”det viser seg gang på gang at de svarene og konklusjonene som vedkommende kommer med selv, sitter mye dypere i forhold til endringsjobben”*. Tor mener også det er viktig å skape en refleksjon, og bistå pasienten til selv å være med på en konklusjon.

Ida mener at dette er individuelt. Det kommer an på hva den enkelte ønsker å fokusere på. Hun mener dette har sammenheng med hvor den enkelte er i sin egen prosess. Hun nevner faktorer som motivasjon, relasjon til andre, oppfølging fra helsepersonell, nettverk, kjemi og generell kunnskap som viktig.

Tor og Ida er enige om at forståelse og innsikt, sammen med en realitetsorientering er viktig. I dette legger de også vekt på erkjennelse for egen situasjon. Det er viktig med innsats for å kunne oppnå fremgang. Tor sier: *”uteblir fremgangen, kan man oppleve tiltaksløshet og miste motivasjonen”*. Tor er også opptatt av hvilket fokus en pasient har. En diagnose medfører gjerne en reduksjon i forhold til arbeidsevnen. Da er det viktig heller å fokusere på restarbeidsevnen.

5.6 Tidsperspektivet i en endringsprosess.

Marie legger vekt på at pasienten og nettverket rundt må forstå hva en situasjon innebærer her og nå, samt i et lengre perspektiv. Hun sier: *”endring tar tid og det er viktig at individet og nettverket rundt forstår dette”*. Pasientens egne narrative betraktninger om tid og sted er viktig, og bør være et stort fokusområde hos helsepersonell.

Kari mener en lang oppfølging gir det beste resultatet for en pasient, og begrunner dette med: *”Det virker motiverende for mange å bli fulgt opp av en terapeut. Det hjelper å ha noen som passer at man gjør det man skal for å bli bedre”*. Treningsdagbok, har Kari god erfaringer med, og sier dette er med på å styrke fremgangen og opprettholde endringsprosessen. Kari og Marie er enige om at det beste tiltaket er der hvor tilnærmingen er aktiv, og at en langvarig oppfølging gjør det lettere å opprettholde endringsprosessen.

Tor mener det er viktig først å finne ut av hvor pasienten er i sitt eget ståsted, og om vedkommende har en langvarig motivasjon. For å opprettholde en endringsprosess og hindre tilbakefall, mener Tor det er viktig med motiverende intervju, samtaleoppfølging og endringsfokuset veiledning.

Ida legger vekt på at endring må skje over tid. Utfordringer i denne prosessen er å vedlikeholde motivasjonen og være tålmodig. Ida mener likevel det er viktig å være litt i forkant og sier: *”egen holdning til eget liv er viktig, og man må gjøre de rette valgene”*. Ida legger også vekt på at forebygging er å foretrekke fremfor rehabilitering, og sier det er viktig å veilede i dette allerede fra småbarnsalderen. Tor og Ida er enig om at fremgang krever tid, og at pasienten må ha en forutsigbarhet om hva som venter. Derfor er det viktig med åpenhet mellom pasient og helsepersonell, og at man er interessert i den enkelte pasient.

5.7 Andre faktorer fra den kliniske hverdagen.

Marie sier det er viktig å være faglig oppdatert, og tverrfaglig orientert. Fra et pasientperspektiv sier hun dette: *”Det å hente frem motstandsressurser og bidra til at pasientene kan bruke dem på en positiv og målrettet måte. Skape forståelse, mening, og kunne håndtere vanskelige livsutfordringer”*. Trygghet og tilhørighet i samfunnet er viktige faktorer, sammen med tidligere mestringsopplevelser. *”Erfaringer fra tidligere gjør det lettere å takle utfordringer, og minske sjansen for tilbakefall”*, mener Marie.

I et lengre folkehelseperspektiv sier Marie at det må satses mer på forebygging gjennom breddeidrett, et tilpasset samfunn, og etablering av frisklivsentraler. Kari sier det er viktig å kartlegge pasientens tidligere erfaring og møter med helsevesenet. Hva har fungert og hva har ikke fungert. Hun sier: *”man kan legge vekt på positive erfaringer fra fysisk aktivitet for å motivere noen til å endre en dårlig livsstil. Det er fint å kunne lære av tidligere erfaring. Dette kan virke motiverende for noen til å prøve igjen”*.

Det er viktig med forskningsbasert informasjon og legge til rette for at folk skal kunne være mer aktive i hverdagen. Kari sier videre: *”vi ser jo at helsen til dem som er høyt utdannet er bedre enn hos dem med lav utdanning. Så det er noe med å nå ut til den delen av*

befolkningen som ikke gjør seg like tilgjengelig for informasjon". Kari har god erfaring med gruppetreninger, og sier dette kan gi gode og sosiale mestringsopplevelser. Erfaringen til Kari er at mange blir mer motivert av å trene sammen med noen andre, og at motivasjon er det viktigste virkemiddelet for hindre tilbakefall.

Tor mener at årstid har mye å si i forhold til når man burde starte en endringsprosess. Han har erfaring som tilsier at det er lettere å lykkes om våren når det er lyst og behagelig temperatur ute. Tor sier videre: *"Man ser i diagnosebasert arbeid at det er tyngre for dem som starter et rehabiliteringsforløp på en annen tid av året. Vårparten, med lysere tider fremfor oss, da er man mer positivt innstilt.* Tor sier at også økonomi har stor betydning. De som har ryddig økonomi, har ryddet mer tid av til seg selv. Da er det enklere å prioritere tid på seg selv og egen helse, mener Tor. Nettverk og hvor man bor er andre viktige faktorer. De som bor sentralt har større muligheter til å benytte seg av tilbud i nærmiljøet, og Tor har opplevd at kvinner er bedre enn menn til å benytte seg av dette. Tor mener at familiestatus er en viktig faktor i forhold til å kunne sette av tid til seg selv.

I et lengre folkehelseperspektiv mener Tor det er viktig å forebygge problemer før de oppstår. Det er viktig å nå ut til de som er inaktive og i risikosoner for sykdom. Dette er målet til de etablerte frisklivscentralene. Der er det fokus på aktivitet og friskhet, og mindre fokus på sykdom og diagnoser.

Ida sier vi har behov for mer og bredere kunnskap, og at tverrfaglig samarbeid er positivt for en pasient. Det er viktig å jobbe ut fra pasientens egne mål, og lytte mye til den enkelte. Hun oppsummerer dette med at pasientsentrering og tverrfaglighet er fremtiden i helsesektoren, og at man er ydmyk som fagperson. Tor supplerer med å si: *"vi greier ikke å kopiere noe som er suksesshistorier fra en til annen, uten at vi har med individene*".

Marie og Kari er bekymret for utviklingen i samfunnet, og sier at denne ikke er så positiv med henblikk på overvekt og livsstilsykdommer. De mener det er viktig å starte forebygging så tidlig som mulig for å kunne styre folkehelsen i riktig retning. Kari sier: *"det er veldig mange muligheter i dag, og potensialet er der. Det gjelder bare å få hjulpet folk til å ta de rette valgene*".

Tor og Ida ser stor nytte av å tenke tverrfaglig rundt en pasient. Det er i denne sammenhengen viktig å kunne trekke i samme retning, selv om man har ulike faglige bakgrunner. I denne sammenhengen sier Ida: *"vi tenker forskjellig ut fra vår profesjon. Noe som er veldig åpenbart for meg, trenger ikke være det for en annen. Og det er kjempebra at man kan diskutere ut fra det. Vi sitter jo på våres kompetanse, og det gavner brukerne, hvis man klarer å bruke det. At man er lydhør overfor hverandres kunnskap, det er veldig viktig*".

Tor blir likevel litt skeptisk til tverrfaglighet hvis fokuset blir fagkunnskap og ikke pasienten, og sier i den sammenhengen: *”Hvis det blir feil fokus, at det er viktigere at vi har en gruppe med bred kompetanse og slagkraftig fagkunnskap, så tenker jeg det at det den stakkars pasienten kan drukne i det her veldet av fag”*.

6.0 Diskusjon

Diskusjonen i denne rapporten er todelt. I den første delen vil intervju- og fokusgruppedata bli drøftet opp mot det teoretiske utgangspunktet for undersøkelsen. I den andre delen vil studien bli sammenfattet opp mot en ny mestringssirkel. Teorien ble i første del av oppgaven presentert i en teoretisk syntese og en modell. Denne modellen gir eksempel på prosessen, hvor en person kan håndtere egen tilværelse og bedre egen helse, og dermed motvirke den patogene utviklingen. De valgene en person gjør er ofte basert på tidligere erfaringer, nåværende utfordringer og sosiale relasjoner. Den indre drivkraften blir trukket frem fra en av informantene som en viktig faktor. Den indre drivkraften styres av egen motivasjon for ulike handlinger. Disse handlingene kan både være av salutogen og patogen karakter. Resultater fra denne intervjuundersøkelsen viser at det kreves en aktiv deltakelse for å oppnå en god helse. Aktiv deltakelse og rette valg er med på å hemme utviklingen av sykdom (1). Personer med lav handlingskapasitet og en negativt styrt indre drivkraft, har gjerne liten motivasjon og dårlige, eller ingen erfaring med en helsefremmende livsstil. De kan oppleve hjelpeløshet i egen situasjon, og har en tendens til å fokusere på begrensninger. Fysiske begrensninger er gjerne et resultat av en diagnose eller langvarig inaktivitet, og kan over tid medføre dysfunksjoner i kroppen. Dysfunksjoner kan igjen utvikle smerter og medføre ytterligere inaktivitet. Dermed vil en person kunne ende opp i den patogene enden av sirkelen. Gjennom aktivering av kroppens restfunksjoner vil en person likevel kunne endre den negative utviklingen. Helsefaglige aktører kan gjennom råd, informasjon og veiledning skape en relasjon til disse personene. Pasientsentrering og narrativt fokus blir trukket frem fra informantene som fundamentalt i helsefaglig arbeid. Pasientens egne ord ses som svært viktig gjennom endringsfokusert veiledning, hvor helsefaglige aktører forsøker å kartlegge motivasjonen for egenadministrerte tiltak i et lengre perspektiv.

Ved å legge vekt på de salutogene faktorene er det lettere å håndtere egne utfordringer, mener Antonovsky (11). Salutogene faktorer skal gjøre det lettere å utføre de mest hensiktsmessige valgene for å kunne oppnå god helse. Gode opplevelser og tidligere erfaringer med fysisk aktivitet vil kunne bidra til økt motivasjon og håp om en bedre fremtid og bedret helse (34). Informantene trekker frem motivasjon som en viktig faktor for å hindre

tiltaksløshet og tilbakefall. Opp mot 85 % av de som forsøker en endringsprosess opplever tilbakefall (24). Dette tallet er for høyt, og det burde være et mål i samfunnet å redusere dette tallet betraktelig. Økt innsats inn mot det forebyggende feltet, mer kunnskap og informasjon, sammen med mer tilgjengelig lavterskeltilbud, blir av informantene trukket frem som innsatsområder i det forebyggende helsearbeidet.

Begrepet helsepositiv utvikling kan relateres til begrepet genese, hvorfor Antonovsky sitt begrep salutogenese kan støttes opp mot helsepositiv utvikling. Salutogenesen legger vekt på prosessen mot en bedre helse og høyere livskvalitet (12, 34). Helsepositiv utvikling er en prosess hvor man beveger seg bort fra en sykdoms og sårbarhetstilstand (pato) og mot et friskhetsfokus (saluto). Motstandsressurser, tilhørighet i samfunnet, sosialt nettverk og støtte fra egne og nære relasjoner er viktige faktorer i dette. I forhold til den individuelle prosessen, er den kognitive forståelsen for egen situasjon viktig. Helsefaglige aktører kan bidra med hensiktsmessige råd, veiledning og empati. Tilrettelegging for fysisk aktivitet i samfunnet, og egen deltakelse vil kunne øke motivasjonen hos det enkelte individ. Dette sammen med motivasjon og ens indre drivkraft synes som de viktigste faktorene for å kunne oppnå en helsepositiv utvikling.

Pasientsentrering er et sentralt begrep og betyr å sette individet i sentrum (30). Dette oppnås gjennom å skape en god samtale mellom individ og helsefaglig aktør, hvor individets interesser og utfordringer står sentralt. Det er viktig her å gi rom for individets egne narrative betraktninger om eget liv, fortid, nåtid og fremtidige utfordringer. Helsefaglige aktører bør være aktivt lyttende og gjerne speile og gjenta det som blir sagt. Pasienten vil da kunne føle at han blir hørt og forstått. Nettopp en felles forståelse er viktig for å skape et godt samspill og relasjon. For å kunne oppnå fremgang og mestringsopplevelser er det viktig at samtalen munner ut i en samarbeidsmålsetning. Her bør det komme frem at egen innsats er viktig, og at målene som blir satt, er realistiske. Kommunikasjon, støtte og oppfølging viktig for å kunne hindre tilbakefall.

Tidsperspektivet er en utfordring i endringsprosessen. Det er viktig å beholde motivasjonen og forsøke å hindre tilbakefall. Endring tar tid og det er viktig å være tålmodig og opprettholde en aktiv deltakelse (24). Samtaleoppfølging og endringsfokustert veiledning blir vektlagt av informantene i denne studien. Motiverende intervju blir brukt av to av informantene for å kunne kartlegge om en pasient har en langvarig motivasjon. De har gode erfaringer med bruken av dette og mener bruken av motiverende intervju er en del av fremtiden i helsesektoren.

Antonovsky sine 3 kjernebegrep, hvor ens tilstand og utfordringer skal kunne føles begripelig, håndterbart og meningsfullt, består både av en kognitiv og handlingskomponent. Forståelse og erkjennelse ligger til grunn for det kognitive, mens motivasjon og tiltak ligger i det gjennomførbare, samt å se mening med kompleksiteten. Dette skal munne i et håp om en bedret tilværelse. Denne sammenhengen beskriver Antonovsky som en høy grad av sense of coherence (12, 34). Da skal det etter Antonovsky sitt syn være lettere å mestre sin egen tilværelse, samt å hindre sykdomsutvikling. Fra individets ståsted er motivasjon og en aktiv tilnærming i eget liv viktig for å hindre tilbakefall. Mange har gode erfaringer med treningsdagbok som redskap som å opprettholde motivasjonen. Treningsdagbok kan nok i større grad benyttes hos flertallet av befolkningen.

I et samfunnsperspektiv vil man empirisk se at passiv rehabilitering og behandling har lite for seg i et lengre perspektiv, mens forebygging er å foretrekke i et livslangt perspektiv. Salutogene faktorer er etter Antonovsky sitt syn det som medfører god helse og en sunn livsstil (12). Generelle motstandsressurser beskriver elementer som skal lette tilværelsen og gjøre det enklere for personer å gjøre de sunne valgene. Positivt fokus, mestringstro og forventning om et godt liv er eksempler på salutogen orientering. Informantene i denne studien legger vekt på å fokusere på faktorer som gjør det positivt å være til. Det gjelder å finne frem til friskhetsfaktorene i livet, samt å ha oversikt over egen situasjon. Sosial støtte og empati fra omgivelsene rundt kan gi en ekstra dimensjon i endringsprosessen. Helsefaglige aktører må være gode til å vise empati og lytte til en pasient, samt å åpne opp for de narrative betraktningene. Aktiv lytting og samtale med pasienten, gjør det lettere å skape en god relasjon, samt å opprettholde et positivt fokus og se muligheter fremfor begrensninger. Fokuset bør ligge på god helse og de positive elementene i livet, og hva den enkelte liker å gjøre. Salutogen orientering bør dermed være et viktig fokus (16).

Pasientsentrering er et viktig utgangspunkt for å kunne lykkes med endringsfokuset veiledning. Informantene i denne studien mener det er viktig å inkludere pasienten fra første møte, gjennom å åpne opp for de narrative betraktningene. Pasientens tanker og behov bør være i sentrum. Motiverende intervju legger vekt på pasientens egne ord som danner grunnlaget for en videre motiveringsprosess. Motiverende intervju er pasientsentrert, og det er pasienten selv som skal komme frem til konklusjoner. Dette skal munne ut i en kartlegging om pasienten er i en tankefase eller i en gjennomføringsfase. Det er altså ingen tiltakskomponent i motiverende intervju, hvorfor kognitiv terapi da kan være bedre.

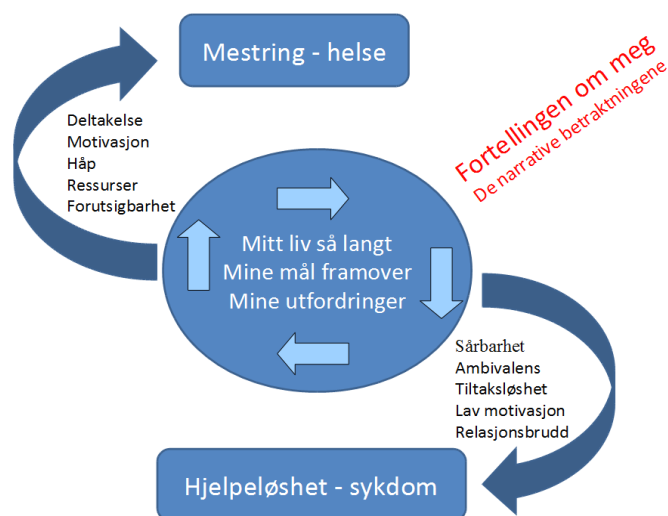
Forståelse for egen situasjon er også grunnleggende for å kunne gjøre noe med den, mener informantene. Kommunikasjon og informasjon kan bidra til en økt forståelse for egen situasjon. Informasjon som øker motivasjonen gir større sjanse for fremgang og mestring. I erkjennelsesprosessen er det viktig ikke å bli sykdomsfiksert, men heller benytte ord som utfordringer. Antonovsky benytter bevisst ordet utfordringer, fremfor ord som sykdom og svikt (12). Forståelse for egen situasjon kan skape en refleksjon over hvor den enkelte er i sin prosess, altså en realitetsorientering og erkjennelse for egen situasjon. Dette henger godt sammen med Antonovsky sine kjernebegrep, hvor man må forstå en situasjon før man kan håndtere den og til sist se meningen med situasjonen. Antonovsky mener at det er mindre sjanse for å kunne mestre noe man ikke har en forståelse for (11).

Tverrfaglig samarbeid er dessuten viktig i helsevesenet. Dette ivaretar pasientenes behov for en helhetlig tilnærning til intervensjonen og veiledningen de mottar. Tverrfaglig samarbeid handler om å kunne se kompleksiteten til en pasient fra ulike faglige hold. Sammen med pasienten skal man finne frem til en realistisk målsetning og gjennomførbare tiltak. Helsefaglige aktører må være faglig oppdatert og tverrfaglig orientert. De bør søke mer og bredere kunnskap. Forskningsbasert tilnærming til intervensjon er å foretrekke i fagmiljøene. Dette mener informantene også er viktig for å øke egen kompetanse. Det er behov for større innsats innenfor det helsefremmende arbeidet og forbygging i samfunnet. Gjennom folkehelseperspektivet er det viktig med tidlig forebygging gjennom tiltak for å hindre at problemer oppstår, samt å nå ut til de som er inaktive og i risikosoner for sykdom (2). Frisklivsentralene kan bli nyttige i dette perspektivet, hvor det er fokus på aktivitet og friskhet, kontra sykdom og diagnoser, samt å finne motivasjonen for en aktiv tilværelse ("Meld. St. 16". Melding til Stortinget. Nasjonal helse og omsorgsplan (2011-2015), side 58-59). Det kan tyde på at frisklivsentralene er noe av fremtiden i det folkehelsearbeidet.

6.1 Helsepositiv utvikling

Informantene synes det gir grunnlag for bekymring når de ser utviklingen i samfunnet. Det er en økning i andelen personer med overvekt og livsstilssykdommer. Det er en utfordring å styre folkehelsen i riktig retning, og den forebyggende innsatsen bør starte tidlig i livet. Flere tilgjengelige gruppetilbud og lavterskeltilbud er å foretrekke. Sosiale mestringsopplevelser kan medføre en følelse av tilhørighet, og blir sett på som en positiv faktor. Informantene mener god informasjon og individuell holdningsendring er utgangspunktet for en helsepositiv utvikling.

Modellen som ble presentert i kapittel 2 beskriver hvordan livet kan forløpe seg i ulike faser. Den viser hvordan en person kan bevege seg bort fra en patogen utvikling og over til den salutogene enden, samt vica versa. Modellen under viser en sammenfatning av denne studien, og bygger videre på grunnmodellen.



Figur 2: Helsepositiv utvikling – salutogene og patogene prosesser.

Denne modellen viser perspektivet sett fra både pasientens og de helsefaglige aktørers side. Pasientperspektivet viser kompleksiteten i en endringsprosess, og hvilke utfordringer som må motkjempes for å kunne oppnå en helsepositiv utvikling. Modellen viser også hva som skal til for å skape håp og tro om en bedret helse og en aktiv tilværelse. Helsefaglige aktører bør se viktigheten av å gi rom for pasientens narrative betraktninger. Motiverende intervju tar utgangspunkt i nettopp dette, hvor aktiv lytting er viktig. Pasienten skal selv finne fram til motivasjonen for tiltak og skal selv vurdere om denne motivasjonen er av langsiktig karakter.

Kognitiv terapi kan brukes når tiltaksbestemte løsninger skal iverksettes. Kognitiv terapi kan støttes opp mot Antonovsky sine tre kjernebegrep, hvor evnen til å forstå egen situasjon skal gjøre det enklere for individet til å mestre tilværelsen gjennom en aktiv deltakelse. Hart (2010) mener at kognitiv terapi er viktig for å få personer til å forstå at risikoatferd kan medføre sykdomstilstander. Helsefaglige aktører kan benytte dette i intervensjon hos de som er i risikosoner, eller hos de som allerede har utviklet sykdom. Målet er å myndiggjøre personer til å ta aktive og sunne valg. Deltakelse er også sentralt i empowerment. Deltakelse er å se egen rolle i eget liv og gjennomføre spesifikke tiltak på

bakgrunn av de målene man har satt seg. Motsatt av dette ser man passivitet og tiltaksløshet. Konsekvensene kan dermed bli dårlig helse og hjelpeløshet i eget liv (5, 7).

Endring av egen helseatferd kan være en kompleks og langvarig prosess. Tidligere erfaringer og nåværende innstilling er viktige faktorer for muligheten til å mestre egen situasjon. Ambivalent følelse i egen endringsprosess kan være normalt. Personer kan føle både fordeler og ulemper med egen atferd. Eksempelvis ses tilfeller av personer som trives godt med en inaktiv tilværelse, selv om de vet det ikke er spesielt helsefremmende i et lengre perspektiv. I samme situasjon kan de også føle fordelene med å endre dette, men kan bli motløse når de ser hva som kreves av egen innsats. For å motvirke den ambivalente følelsen bør personen fokusere på de positive elementene med en helsefremmende livsstil underveis i endringsprosessen. Banduras to viktigste informasjonskilder er å se andre lykkes med tiltak, samt egne erfaringer fra tidligere tiltak. Derfor kan det være en god løsning er å oppsøke miljøer hvor en person kan utfolde seg sammen med andre og dele erfaringer. Treningsgrupper og samtalegrupper er slike muligheter. Likevel er det egen motivasjon som er avgjørende for den praktiske gjennomføringen av et tiltak. Prochaska (1992) mener det er viktig å se endringen over tid, og legger vekt på å dele endringen inn i faser. Disse fasene bør gjennomføres i en syklus, om faren for tilbakefall er tilstede. Helsefaglige aktører bør derfor informere om perspektivene i endringsprosessen. Disse bør gi forslag og informasjon om hvilke muligheter og miljøer som finnes ute i samfunnet. Dette anses for å være en viktig faktor og kan øke motivasjonen til å føre en aktiv og sunn livsstil. Det er også viktig at dette er tilpasset personens egne ressurser og kapasiteter.

7.0 Konklusjon

Dagens trend, med overvekt og større andel av inaktive personer i alle aldersgrupper, bør motvirkes. Denne trenden må endres både av hensyn til den enkelte, og i et samfunnsperspektiv. Det må forebygges mer for å reparere mindre, er meldingen fra det politiske Norge. Mindre utgifter til rehabilitering vil frigjøre mer midler til forebygging, og dette kan være med å endre de samfunnsøkonomiske prioriteringene. Samhandlingsreformen har som mål å få i gang flere og mer tilgjengelige lavterskeltilbud, hvor personer kan møtes til fysisk aktivitet og for å få helsefokuserte tilbud. Dette synes alt i alt som gode hensikter fra det politiske Norge, men for å lykkes med denne hensikten krever det en endringsfokuseret atferd på individuelt nivå. Mestring og empowerment beskriver hvordan personer kan oppnå en bedre helse ved å være mer aktivt deltakende. Det er mange som ikke innehar egen

mestringskapasitet til å utføre de sunne valgene i praksis. Mange søker derfor bistand i helsevesenet. Helsefaglige aktørers rolle er å bistå med informasjon, råd og veiledning.

Denne studien har undersøkt helsefaglige aktørers erfaringer med å bistå personer i en endringsprosess. Studien foreligger i et todelt perspektiv hvor det teoretiske utgangspunktet er definert i en modell som kan benyttes for å finne ut av hvor en person befinner seg i egen prosess. Målet er å mestre egen helse ved å bevege seg bort fra den patogene utviklingen, og mot den salutogene enden. Det andre perspektivet er hvilke pedagogiske grep helsefaglige aktører benytter seg av i en endringsfokustert veiledning.

Helsefaglige aktører bør benytte seg av pasientsentrering. Dette oppnås gjennom kommunikasjon og aktiv lytting. En persons narrative betraktninger omkring egne utfordringer bør være et utgangspunkt for vurdering av tiltak i en endringsprosess. Motiverende intervju er et godt virkemiddel i denne sammenhengen. Motiverende intervju skiller seg fra kognitiv terapi, ved å kartlegge om motivasjonen til en person er av langvarig karakter. Kognitiv terapi er hensiktsmessig for å igangsette hensiktsmessige tiltak. Disse bør være hensiktsmessige i forhold til personens målsetning, og bør gradvis progredieres i et lengre perspektiv.

Tverrfaglig samarbeid blir trukket frem som hensiktsmessig i intervensjonsarbeid. Dette bør være pasientsentrert og ligge til grunn for de pedagogiske overveielser til helsefaglige aktører. De pedagogiske grepene er i hovedsak basert på kommunikasjon, råd og informasjon gjennom en endringsfokustert veiledning. Sosial støtte fra eget miljø og relasjonsbygning til helsefaglige aktører blir ansett som viktig. Denne studiens informanter mener det er viktig å ikke stå alene i en endringsprosess. Tidsperspektivet er viktig i en endringsprosess og det viser seg at langvarig oppfølging er en viktig del av intervensjonen. Dette er også viktig for å hindre tilbakefall. Helsepositiv utvikling oppnås gjennom deltakelse og gode opplevelser med fysisk aktivitet. De etablerte frisklivscentralene i kommunal regi kan vise seg å bli nyttige i denne sammenhengen. Her legger helsefaglige aktører vekt på personers egen motivasjon og forsøker å myndiggjøre personer til egenadministrerte tiltak. Dette vil kunne gi gode mestringsopplevelser i et lengre perspektiv.

Denne studien har gitt resultater som er i tråd med hovedelementene i den teoretiske syntesen, i relativt stor grad. I tillegg har studien gitt grunnlag for å videreutvikle denne syntesen. Mye av dette er kjent i helsevesenet fra før, og blir aktivt benyttet i helsefremmende arbeid. Helsefaglige aktører kan bistå personer til en helsepositiv utvikling gjennom å finne motivasjonen til å gjennomføre tiltak. Tiltakene skal utføres på bakgrunn av personens egen forståelse for situasjonen, og innholdet i utfordringene som personen står over for. Det er i

denne sammenhengen viktig å få frem de salutogene elementene, og forsøke å motvirke de patogene elementene. I dette perspektivet kan modellen som er presentert avslutningsvis også være et godt pedagogisk virkemiddel.

Litteratur

1. Foster, C., Hillsdon, M, et al (2012), ”Interventions for promoting physical activity (Review)”. *The Cochrane Collaboration*.
2. Det Kongelige Helsedepartement, (2002-2003), ”St.meld. nr.16”. Resept for et sunnere Norge – Folkehelsepolitikken.
3. Koelen, M. A., Lindstrøm, B. (2005), ”Making healthy choices easy choices: the role of empowerment”. *European Journal Of Clinical Nutrition*. 59 Suppl 1:S10-5: discussion S16, S23, 2005 Aug.
4. Lovdata.no. LOV 2011-06-24 nr 29: Lov om folkehelsearbeid (folkehelseloven)
5. Walseth, L. T., Malterud, K. (2004), ”Salutogenese og empowerment i allmenmedisinsk perspektiv”. *Tidsskrift for den Lægeforening* Nr 1, 2004; 124, 65-6.
6. Det Kongelig Helse- og Omsorgsdepartement, (2010-2011). ”Meld. St. 16”. Melding til Stortinget. Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011-2015).
7. Sørensen, M., Graff-Iversen, S., et al., (2002), ”Empowerment i helsefremmende arbeid”. *Tidsskrift for den Lægeforening* Nr 24, 2002; 122.
8. Murru, E. C., Ginis, K. A. M., (2010), ”Imagining of possibilities: The effects of a possible selves intervention on self-regulatory efficacy and exercise behavior”. *Journal of Sport & Exercise Psychology*, 2010, 32, 537-554.
9. Luszczynska, A., Schwarzer, R., et al (2011), ”Self-efficacy as a moderator of the planning-behaviour relationship in interventions designed to promote physical activity”. *Psychology and Health*. Vol. 26, No. 2, February 2011, 151-166.
10. Van Osch, L., Reubsæet, A., et al (2010), ”Planning health behavior change: Comparing behavioural influence of two types of selfregulatory planning”. *British Journal of Health Psychology*. (2010), 15, 133-149.
11. Antonovsky, A. (1979), ”*Health, stress and coping*”. San Francisco: Jossey-Bass.
12. Antonovsky, A. (1987), ”*Hälsans mysterium*”. Oversatt til svensk fra orginaltittel; ”Unraveling the mystery of health”. Jossey-Bass Inc, Publishers. 1991, 2005, Bokförlaget Natur och kultur, Stockholm.
13. Olsson, G., Hemstrøm, Ö., et al (2009), ”Identifying factors associated with good health an ill health”. *International Society Of Behavioral Medicine* (2009), 16: 323-330.

14. Lorentzen, C., Ommundsen, Y., et al, (2009), "The "Romsås in motion" community intervention: Mediating effects of psychosocial factors on forward transition in the stages of change in physical activity". *Health Education And Behavior*, Vol. 36(2): 348-365.
15. Smith, T. L., Meyers, L. S., (1997), "The sense of coherence: It's relationship to personality, stress and health measures". *Journal Of Social Behavior & Personality*, June 97, Vol. 12, Issue 2, p513, 14 p.
16. Johnson, M., (2004), "Approaching the salutogenesis of sense of coherence: The role of "active" self-esteem and coping". *British Journal of Health Psychology* (2004), 9, 419-432.
17. Bandura, A., (1977), "*Social learning theory*". Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
18. Bandura, A. (1986), "*Social foundations of thought and action – a social cognitive theory*". Prentice-Hall, Inc., Englewood Cliffs, New Jersey 07632.
19. Bandura, A., (1997), "*Self-Efficacy. The exercise of control*". W.H. Freeman and company, New York.
20. Bandura, A., (1989), "Regulation of cognitive processes through perceived self-efficacy". *Developmental Psychology*, 1989. Vol. 25. No.5, 729-735.
21. Bandura, A., (1986), "From thought to action: Mechanisms of personal agency". *New Zealand Journal of Psychology*, Volume 15, number 1, June 1986.
22. Ashford, S., Edmunds, J., et al, (2010), "What is the best way to change self-efficacy to promote lifestyle and recreational physical activity? A systematic review with meta-analysis". *British Journal Of Health Psychology* (2010). 15, 265-288. © 2010 The British Psychological Society.
23. Bandura, A., (2004), "Health promotion by social cognitive means". *Health education & behavior*, Vol. 31 (2): 143-164 (April 2004).
24. Prochaska, J. O., DiClemente, C. C., et al (1992), "In search of how people change". Copyright 1992 by the *American Psychological Association*, Inc. Vol. 47 No. 9, 1102-1114.
25. Velicer, W. F., Prochaska J. O., et al (1998), "*Detailed overview of the transtheoretical modell*". Hentet fra; <http://www.uri.edu/research/cprc/TTM/detailedoverview.htm> (sist besøkt 23.11.2012).
26. Hutchinson, A. J., Breckon, Jeff D, et al (2009). "Physical activity behavior change intervention based on the transtheoretical modell: A systematic review". *Health Education and Behavior*, Vol. 36(5): 829-845.

27. Bjørn, E. B. (2011), "Håndtering av egen helseatferd – en belysning av begrepene mestring, empowerment og tre teorier som er brukt i vitenskapelige studier". *Høgskolen i Nord-Trøndelag*. Upublisert eksamensoppgave, Review.
28. Medin, J., Alexanderson K., (2000), "Begrepet helse og helsefremmende arbeid. Begreppen hälsa och hälsofremjande – en litteraturstudie". *Studentlitteratur*: 37-101, *Lund*.
29. Gibson, C. H. (1991), "A concept analysis of empowerment". *Journal of Advanced Nursing*, 16, 354-361.
30. Meland, E., Schei, E., et al (2000), "Pasientsentrert medisin – en oversikt med vekt på bakgrunn og dokumentasjon". *Tidsskrift for den norske lægeforening*, 120:2253-6.
31. Werner, A., Malterud, K., (2005), "The pain is not as disabling as it used to be": How can the patient experience empowerment instead of vulnerability in the consultation". *Scandinavian Journal Of Public Health*, 2005; 33(Suppl 66): 41-46.
32. Kvale, S., Brinkmann, S., (2001). "*Det kvalitative forskningsintervju*". Gyldendal Norske Forlag. 2. utgave, 2. opplag, 2010.
33. Halkier, B., (2010). I Brinkmann, S, & Tangaard, L. "Kvalitative metoder. *København, Hans Reitzels Forlag*. 121-136.
34. Antonovsky, A., (1985), "The life cycle, mental health and the sense of coherence". *Isr J Psychiatry Relat Sci*, Vol. 22, No 4 (1985), 273-280.
35. Hart, T. A., (2010), "The role of cognitive-behavioral therapy in behavioral medicine: Introduction to the special issue". *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*. Volume 24, number 4, 2010.

Vedlegg

1. Godkjenning av studien fra NSD.
2. Informasjonsskriv til studiens informanter med samtykkeerklæring og taushetserklæring.
3. Intervjuguide til de individuelle intervjuene.
4. Intervjuguide til fokusgruppe 1.
5. Intervjuguide til fokusgruppe 2.

Vedlegg 1

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



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

Idar Lyngstad
Avdeling for lærerutdanning
Høgskolen i Nord-Trøndelag
Røstad
7600 LEVANGER

Vår dato: 27.02.2012

Vår ref:29557 / 3 / HIT

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 26.01.2012. Meldingen gjelder prosjektet:

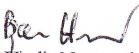
29557	<i>Helsepositiv utvikling - mestring og empowerment i et individuelt perspektiv</i>
<i>Behandlingsansvarlig</i>	<i>Høgskolen i Nord-Trøndelag, ved institusjonens øverste leder</i>
<i>Daglig ansvarlig</i>	<i>Idar Lyngstad</i>
<i>Student</i>	<i>Even Birkelund Bjørn</i>

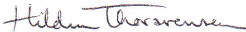
Etter gjennomgang av opplysninger gitt i meldeskjemaet og øvrig dokumentasjon, finner vi at prosjektet ikke medfører meldeplikt eller konsesjonsplikt etter personopplysningslovens §§ 31 og 33.

Dersom prosjektopplegget endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for vår vurdering, skal prosjektet meldes på nytt. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, http://www.nsd.uib.no/personvern/forsk_stud/skjema.html.

Vedlagt følger vår begrunnelse for hvorfor prosjektet ikke er meldepliktig.

Vennlig hilsen


Vigdis Namtvedt Kvalheim


Hildur Thorarensen

Kontaktperson: Hildur Thorarensen tlf: 55 58 26 54

Vedlegg: Prosjektvurdering

Kopi: Even Birkelund Bjørn, Kirkegata 13 A, 7600 LEVANGER

Avdelingskontorer / District Offices

OSLO NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. nsd@uio.no
TRONDHEIM NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07. kyrre.svarva@svt.ntnu.no
TROMSØ NSD, SVE, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. nsdmaa@svt.uit.no



Personvernombudet for forskning



Prosjektvurdering - Kommentar

Prosjektnr: 29557

Basert på de opplysninger vi har mottatt om gjennomføringen av prosjektet, kan personvernombudet ikke se at det behandles personopplysninger med elektroniske hjelpemidler, eller at det opprettes manuelt personregister som inneholder sensitive personopplysninger. Prosjektet vil dermed ikke omfattes av meldeplikten etter personopplysningsloven.

Prosjektleder oppgir at det ikke vil bli registrert personopplysninger som gjør det mulig å identifisere enkeltpersoner, verken direkte eller indirekte. Alle opplysninger som behandles elektronisk i forbindelse med prosjektet må være anonyme. Lydopptakene oppbevares nedlåst og slettes etter transkripsjon, senest ved prosjektslutt.

Med anonyme opplysninger forstås opplysninger som ikke på noe vis kan identifisere enkeltpersoner i et datamateriale, verken direkte gjennom navn eller personnummer, indirekte gjennom bakgrunnsvariabler eller gjennom navneliste/koblingsnøkkel eller krypteringsformel og kode.

Hilde Thorsheim

Vigdis Rønnevik Kalleberg

Vedlegg 2

Informasjon om Mastergradsprosjekt

Dette skrevet skal fortelle litt om bakgrunnen for prosjektet og hvordan du/dere kan bidra med din/deres kunnskap og erfaring, gjennom intervjustudiet.

Tittel

"Helsepositiv utvikling - mestring og empowerment i et individuelt perspektiv".

Problemstilling

"Hvordan kan helsefaglige aktører hjelpe mennesker til å delta i et aktivt og produktivt liv for å fremme sin egen helsepositive utvikling"?

Teorigrunnlag

Jeg vil benytte teorier om endringsprosesser og salutogenese som utgangspunkt for intervjuene.

Metode

Jeg ønsker å intervju ulike helsefaglige grupper om deres erfaringer med både kliniske og pedagogiske tilganger til deres arbeid med mennesker som ønsker å endre, livsstil og oppnå en helsepositiv utvikling.

Planen er å samle 4 ulike aktører med forskjellig helsefaglig utdanning og yrkesbakgrunn. Disse 4 skal først bli intervjuet individuelt, før de samme 4 skal delta i fokusgruppeintervju med 2 informanter i hver gruppe.

Målet med de individuelle intervjuene er å belyse egne meninger og erfaringer, samt teoretiske fundament for det kliniske arbeidet.

Målet med fokusgruppeintervjuet er å få til en diskusjon, drøfting og meningsutveksling, samt snakke om egne erfaringer fra den kliniske hverdagen. Forhåpentligvis vil informantene utfylle svarene til hverandre og nye meninger vil kunne komme frem i lyset.

Stipulert tidsbruk er 30-45 minutter for individuelt intervju og 60 minutter for fokusgruppe.

Publisering

Data kan bli publisert i en artikkel i et relevant tidsskrift i tillegg til mastergradsoppgaven.

Samtykkeerklæring

Før intervjuene settes i gang, vil du få en samtykkeerklæring å skrive under på. Men denne underskriften tillater du at dine ytringer fra intervjuet blir tolket og brukt i en vitenskapelig rapport. Du får også muligheten til når som helst å kunne trekke deg fra prosjektet.

Ingen sensitive opplysninger eller utsagn, som rettes tilbake til enkeltpersoner, vil bli referert til i den endelige rapporten.

Taushetserklæring

Spørsmålsformuleringer, svar, oppfølgende spørsmål og fortolkning må ikke gjenfortelles til en tredjepart.



Informant.....:

Samtykkeerklæring i forbindelse med Masterprosjekt

Jeg gir med dette mitt samtykke til å delta som informant i forbindelse med mastergradsprosjektet i kroppsøving ved HiNT.

Jeg er kjent med oppgavens hovedformål.

Innsamlede data behandles konfidensielt og forøvrig i henhold til bestemmelser om personvern. Lydopptak av intervjuet slettes etter at oppgaven er avsluttet. Intervjuet blir transkribert og sendt til informanten for godkjenning, før dataene brukes.

Jeg har muligheten til når som helst å trekke meg fra intervjuet, og som informant.

Sted og dato

Underskrift



Informant.....:

Taushetserklæring i forbindelse med masterprosjekt

Med dette samtykker jeg i ikke å gå i dialog med en tredjepart om hva som er snakket om under intervjuene. Dette innebærer spørsmålsformuleringer, svar, oppfølgende spørsmål og fortolkning.

Deltakelse i, og prosjektets tittel og temaområdet kan dog fortelles til en tredjepart.

Når dokumentet med transkribering mottas til godkjenning, må dette ikke fremvises til, og gjennomleses av en tredjepart.

Sted og dato

Underskrift

Levanger, 12.04.2012

Med vennlig hilsen

Even Birkelund Bjørn

Vedlegg 3

Intervjuguide til individuelt intervju, Master - april 2012

Spørsmålsformular:

- Helsepositiv utvikling.
Beskriv og utdyp din forståelse av dette.
- Klienters helsepositive utvikling som fokusområde og målsetning.
Gi eksempler fra din egen kliniske hverdag.
- Tidsperspektivet i en endringsprosess.
Dine synspunkter på dette.
- Erfaring med bruk av salutogenese i ditt kliniske arbeid.
Gi eksempler og beskriv hvordan.
- Hva er dine pedagogiske virkemidler i denne sammenhengen?
Gi eksempler og beskriv erfaringer fra din egen kliniske hverdag.
- Forståelse av egen situasjonen før håndtering av den.
Dine synspunkter på dette.
- Andre faktorer fra den kliniske hverdagen som spiller inn.
Forklar og utdyp med egne erfaringer.

Vedlegg 4

Intervjuguide til fokusgruppe 1, Master - april 2012

Spørsmålsformular:

Emner og temaer som skal tas opp til diskusjon (basert på erfaringer fra de individuelle intervjuene med de samme informantene):

- Helsepositiv utvikling som begrep.
Diskuter sammen.
- Helsepersonell sin viktigste rolle for å skape mestringsmuligheter.
Diskuter sammen.
- Fordeler med å jobbe tverrfaglig. Eventuelt ulemper.
Diskuter sammen.
- Dere nevner begge to sosial støtte som et viktig virkemiddel.
Utdyp dette sammen.
- Helsefaglige aktørers rolle for å bidra til en klient sin endringsprosess.
Tidsperspektivet i denne sammenhengen. Diskuter sammen.
- Salutogenese som pedagogisk redskap.
Andre pedagogiske overveielser og teknikker. Diskuter sammen.
- Forståelse og håndtering av klienters egen situasjon.
Diskuter viktige elementer i dette.
- Klienters narrative betraktninger som klinisk virkemiddel for helsefaglige aktører.
Tanker om dette. Diskuter sammen.
- Mestring av egen helsepositive utvikling. utfordringer i nåtiden og fremtiden.
Diskuter sammen.
- Andre viktige elementer i den kliniske og tverrfaglige hverdagen.
Snakk fritt og diskuter sammen.

Vedlegg 5

Intervjuguide til fokusgruppe 2, Master - april 2012

Spørsmålsformular:

Emner og temaer som skal tas opp til diskusjon (basert på erfaringer fra de individuelle intervjuene med de samme informantene):

- Individuell helsepositiv utvikling i et lengre perspektiv.
Diskuter sammen.
- Fagpersonell sitt bidrag for at personer skal kunne oppleve helsepositiv utvikling.
Diskuter sammen.
- Viktige faktorer for et godt samspill mellom terapeut og klient.
Diskuter sammen.
- Endringsprosessen og tidsperspektiv, for å oppnå helsepositiv mestring.
Diskuter sammen.
- Salutogenese som pedagogisk redskap.
Diskuter erfaringer sammen.
- Motiverende intervju (MI) som pedagogisk redskap.
Hvilke fordeler finnes i dette. Eventuelle ulemper.
- Forståelse av en person sin situasjon før håndtering av den.
Diskuter sammen.
- Tverrfaglig samarbeid i denne sammenhengen.
Fordeler med dette. Eventuelle ulemper.
- Viktigste faktorer for å bidra til en person sin helsepositive utvikling.
Diskuter sammen.
- Avsluttende kommentarer.