

”Vi går inn i det private rommet til pasienten”.

Sykepleieres erfaring med helsefremmende arbeid i somatiske polikliniske

Anne Svelstad Evju, Gøril Salomonsen Klette, Anne Kasen og Terese Bondas

Anne Svelstad Evju, sykepleier, Høgskolelektor ved Avdeling for helse og samfunn, Høgskolen i Narvik

Gøril Salomonsen Klette, sykepleier, Lektor ved Bodø videregående skole, Helse og oppvekst

Anne Kasén, HVD, HVL, HVM, sykepleier, Første amanuensis, Universitetet i Nordland, Akademilektor, Enheten för vårdvetenskap. Åbo Akademi, Vasa, Finland

Terese Bondas, Professor, HVD, HVL, HVM, sykepleier, Universitet i Nordland

Abstract

Nurses experiences of health promotion with patients in somatic outpatient clinics

The aim is to describe and understand nurses' experiences of health promotion with patients, who have been recommended to change their lifestyles when cared for in outpatient clinics. Semi-structured in-depth interviews were carried out with a sample of 7 nurses, who cared for patients, suffering from diabetes, obesity and COPD. A qualitative content analysis was used. The findings highlight the importance of creating trust to gain insight into the patient's way of living, which is referred to as 'the patient's private health space'. The change interventional dialogue between the patient and the nurse was created by mapping out the patient's potential for change, and by trying to make the patient responsible for their lifestyle by continuous follow up, long-term support and guidance. The nurses viewed individual adaptation of health promotion in relation to each patient as essential. The patients are challenged to use their own resources and are guided in regard to their own goals. The nurses role as the activator of change is important.

Key words;

Health-promotion- nursing; lifestyle- change; helsefremmende-sykepleie; motivasjon; livsstilsendring.

Referee*

Innledning

I alle deler av helsetjenesten møter sykepleiere pasienter som utfordres i å endre levevaner, og som trenger støtte og oppfølging underveis i endringsprosessen. I den nye folkehelsesloven (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011) er helsefremming vektlagt som like viktig som å forebygge sykdom. Der beskrives målet om å øke befolkningens kompetanse forbundet med å endre levevaner. Forskning gjort i kommunehelsetjenesten viser at sykepleiere spiller en viktig rolle i møte med disse pasientene. De har en grunnleggende kompetanse knyttet til helse, kosthold, vekt, fysisk aktivitet og andre livsstilsfaktorer (Whittemore, Melkus, Wagner, Dziura, Northrup & Grey 2009). Sykepleiere har tradisjonelt vært opptatt av å pleie den syke, selv om helse har vært et sentralt begrep og forskningsområde innen sykepleievitenskapen (Orem 2001; Benner & Wrubel 2001; Eriksson 1989). Det hevdes at sykepleierne ikke har vært bevisste på sin naturlige rolle i det helsefremmende arbeidet, og av den grunn ikke blitt inkludert av andre yrkesgrupper (Whitehead 2006). «Fremme-helse-sykepleieren» har mindre utbredelse i det norske sykepleiefaglige miljøet enn den delen av sykepleien som er rettet mot å pleie den syke (Berg 2007; Gammersvik & Alvsvåg 2009). Vi vil derfor i denne studien beskrive hva sykepleierne selv ser som meningsbærende i sin pleie for å fremme pasientenes helse.

Tenkningen i norsk folkehelsepolitikk bygger på ideologien i Ottawa-charteret (WHO 1986), der man har til hensikt å dreie fokuset mot hva som kan bidra til å fremme helse i stedet for å forebygge sykdom. Helsefremmende beskrives her som "en prosess for å muliggjøre for mennesket å forbedre og øke kontrollen over egen helse" (WHO 1986). Helsefremmende sykepleie handler i stor grad om å hjelpe pasienten til mestring gjennom læring og utvikling av kompetanse i form av kunnskaper og ferdigheter (Tveiten 2012). Pasienten trekkes inn i beslutningsprosessen rundt egen helse. Empowerment er et nærliggende begrep som også anvendes innen helsefremmende sykepleie, for å beskrive hvordan pasienten gis makt og myndighet for å øke pasientens kapasitet eller mestringsevne i daglige utfordringer (Naidoo og Wills 2000). Det kan være å hjelpe pasienten å mestre å leve med en sykdom eller mestre endringer i livet. Denne artikkelen omhandler det å gjøre en endring av levevaner. I Norge finnes ingen etablert arena i helsetjenesten hvor sykepleiere primært jobber med voksne pasienter som skal endre levevaner. Oppfølgingen av pasienter som har fått påvirket helsen av dårlige levevaner blir i stor grad fulgt opp av fastlege, frisklivssentraler eller sykepleiere i poliklinikk. Det er lite forskning på hvordan helsefremming i praksis skal inngå som en del av sykepleiens omsorgsfunksjon og hvordan helsefremming skal utøves overfor ulike pasientgrupper (Berg 2007; Gammersvik & Alvsvåg 2009). Dette kan også bero på at innholdet i begrepet "helsefremmende" har vært lite beskrevet hos de ulike sykepleieteoretikerne. Samtidig viser studier at sykepleiere er en ressurs i helsefremmende arbeid (Budzi, Lurie, Singh & Hooker 2010).

Poliklinikker er en naturlig arena for å drive helsefremmende sykepleie. Noen pasienter har allerede fått en diagnose når de blir henvist til poliklinikken, og mange av dem har forsøkt å endre levevaner på egenhånd. Lunge- diabetes- og obesitaspoliklinikk er eksempler på poliklinikker der endring av levevaner kan være en del av pasientoppfølgingen. Fellesnevneren for alle klinikkene er fokus på å mestre å leve med kronisk sykdom. Poliklinikkene bemannes av sykepleiere, leger og andre relevante yrkesgrupper ut i fra hvilke type pasienter som er målgruppen, og har generelt ansvar for både utredning, opplæring og oppfølging. Studien omhandler hvordan sykepleieren støtter pasientens helse i poliklinikk, med vekt på endring av levevaner som kosthold, fysisk aktivitet og røyking. Den beskriver hvordan helsefremmende sykepleie kan utøves i poliklinikk.

Formål

Formålet med denne studien var å beskrive og fortolke helsefremmende sykepleie til pasienter med oppfølging for å endre levevaner i obesitas-, lunge- og diabetes poliklinikk. Studien er fra sykepleiers perspektiv og forskningsspørsmålet var: ”Hva er helsefremmende sykepleie til pasienter som av helsemessige årsaker bør endre levevaner?»

Metode

En kvalitativ forskningsdesign ble valgt til denne deskriptive utforskende studien, med strategisk utvelgning av informanter med erfaring fra å jobbe med pasienter som skal endre levevaner i poliklinikk. Bakgrunnen for valg av metode er at det finnes lite forskning på dette temaet og kvalitativ metode gir oss mulighet til å gå i dybden på valgte tema (Kvale & Brinkmann 2009).

Datainnsamling

Samtaleteknikken var halvstrukturert, og ble gjennomført med en intervjuguide med tema for hva vi ønsket å belyse. Målet var å stille spørsmålene på en måte som stimulerte informantene til å fortelle om sine subjektive opplevelse og erfaringer (Kvale & Brinkmann 2009). For å kunne beskrive konteksten valgte vi å starte intervjuet med å spørre sykepleieren om erfaring, bakgrunn og i hvilke setting hun møter pasienten. Det første temaet omhandlet en begrepsavklaring av hva de legger i helsefremmende arbeid og hva de oppfatter som helsefremmende sykepleie i sin arbeidshverdag. Det andre temaet omhandlet møte med pasienten som vil endre levevaner og det siste temaet gikk på metoder i den helsefremmende sykepleien.

Prøveintervju ble utført. Små justeringer ble foretatt etter prøveintervjuet. Alle intervjuene ble utført av første eller annen forfatter, og varte cirka en time. Intervjuene ble foretatt over en periode på 6 uker. Transkriberingen ble utført av den samme som intervjuet.

Utvalg

Vi anså sykepleiere innenfor de aktuelle poliklinikkene som mest erfarne med å møte pasienter som skal endre levevaner. Inklusjonskriteriet var at de skulle være ansatt i en av de ulike polikliniske virksomhetene. Vi anså det også som strategisk å velge informanter fra ulike helseregioner i Norge, for å unngå at forskjeller i organiseringen av poliklinikkene skulle innvirke på resultatet. Ledere ved aktuelle poliklinikker i alle regionale helseforetak ble forespurt, derav tre helseforetak som var positive. Lederne formidlet forespørselen videre og utvalget besto til slutt av sju informanter med sykepleieerfaring fra 10-25 år, som hadde jobbet to år eller mer i poliklinikk. Alder varierte fra 40-55 år. Alle hadde tilleggsutdanning etter grunnutdanningen. Alle som svarte ble rekruttert. Av dem som responderte på forespørselen var det ingen menn. Intervjuene ble gjort på deres arbeidsplass, men utenom arbeidstiden.

Etiske hensyn

Studien ble godkjent av Norsk samfunnsvitenskapelige datatjeneste. Den ble gjennomført i samsvar med forskningsetiske retningslinjer i forhold anonymisering og informert samtykke (NEM 2009).

Alle informantene fikk nummer, og oversikt over navn og nummer på informantene ble forsvarlig oppbevart. De fikk tilsendt informasjon om studiens hensikt i forkant og dette ble gjentatt før intervjuet startet. Samtykkeerklæring ble underskrevet og alle ble informert om at de kunne trekke seg fra studien uten nærmere begrunnelse. Det var ingen som valgte å trekke seg underveis. For å sikre konfidensialitet er sitat omskrevet fra dialekt til bokmål.

Analyseprosessen

Kvalitativ innholdsanalyse kan forstås som en systematisk analyse av tekst (Graneheim & Lundman 2004). En slik måte å analysere på, gir en forståelse av hvordan informantene gir essens, mening og innhold til et bestemt fenomen (Vaismoradi, Turunen & Bondas 2013). Analysen i denne studien ble gjennomført i flere trinn. I første fase var målet å få et helhetsinntrykk av stoffet og intervjuene ble lest flere ganger, med systematisk nedtegning av umiddelbare tanker og refleksjoner rundt tekstens innhold. Deretter ble manuset lest for å systematisere teksten, ved at meningsenheter ble markert ut i fra ord og meninger som var relatert til formålet med intervjuene. Videre i analysen ble meningsenheter abstrahert og gitt en kode som kortfattet beskrev meningsenhetens innhold. Flere koder med lignende og relevant innhold ble satt sammen til en underkategori. Det som fantes under i underkategoriene kunne så settes sammen i overordnede kategorier (figur1). Disse overordnede kategoriene ble sammenfattet til ett overgripende tema.

I siste fase ble materialet i sin helhet lest på nytt. Hensikten var da å studere variasjoner i beskrivelser, synspunkt og vurderinger for de ulike informantene. Hensikten var også å påse at meningen i tekstmaterialet ikke ble svekket ved presentasjonen av kategoriene (Graneheim & Lundman 2004).

Resultat

Det overgripende temaet "Sykepleierens evne til å få innpass i pasientens private helserom", består av kategoriene tillit og tilgjengelighet, kartlegge endringsforberedthet, oppklare misforståelser og gi råd om egen helse, støtte pasientens vei mot egen helse og tilpasset oppfølging. Dette tolket vi som forutsetninger for å kunne få tilgang til det mange av informantene kalte «det private helserom».

Kategoriene med tilhørende underkategorien presenteres i tabell 1 med eksempel på sitater.

Tabell 1: Sammenfatning av kategori og underkategorier under temaet:
 ”Sykepleierens evne til å få innpass i pasientens private helserom ”

KATEGORI:	UNDERKATEGORI	Eksempel på sitat
Tillit og tilgjengelighet	Over tid Samme rom Samme sykepleier Tilgjengelig på telefon	«Døren er alltid åpen»
Kartlegge endringsforberedthet	Synliggjøre positive tegn, spørre direkte Innsikt i pasientens ønsker og tidligere mestring/erfaring Innledende ”smalltalk” Åpne spørsmål Lytte	«Vi kan ikke omvende dem»
Oppklare misforståelser og gi råd om egen helse	Klargjøre kunnskapsnivå Kunnskapsformidling Klargjøre om de er mottakelige for råd	«Jeg får en sånn ekkel følelse av at vi har gjort dem dummere fordi de ikke har fått til ting. Det er viktig når du skal begynne på en endring, så gjør du det på nivået som den pasienten er på»
Støtte pasientens egen vei til god helse	Se dem, men avgrense egen rolle som deltakende Pasienten har ansvar for å sette og følge opp egne mål Hjelpe dem på riktig vei når de står i fare for å mislykkes	«De må komme med innspill selv til hva de er interessert i å endre»
Tilpasset oppfølging	Behandler ikke sykdommen, men pasienten som lider av sykdommen Hjelpe dem med å strukturere og prioritere Bremse pasientene og pushe andre som trenger det Ha tid til dem når de ber om hjelp Ta hensyn til at mange har negative erfaringer med helsevesenet	«Ja, mange synes at det faktisk endelig er noen som hører på dem. Mens andre holder igjen og er mer tilknapet og har en vegg som sier litt at ikke kom for nær meg» «Det er ulik tilnærming, men det å bli sett og bli rettet på, og det at man trives, det gjør at de klarer å stå i det så mye lenger»

Tillit og tilgjengelighet

I møtet med pasienten fornemmer informantene at levevaner er noe som ikke angår andre enn pasienten selv. En informant sa «*vi går inn i det private rommet til pasienten*». Flere opplever det som vanskelig å ta opp temaet med for eksempel overvekt, hvis det ikke er en naturlig del av agendaen. Likevel er det en oppfatning blant informantene at pasientene lett prater og åpner seg for sykepleieren. Kontinuitet vektlegges ved at samme sykepleier følger opp pasienten over tid, de bruker samme rom i møte med pasienten og er tilgjengelig for eksempel per telefon. En sykepleier sa: «*vi må ha tillit i dette forholdet, og det er vanskelig å tillit til et menneske som en ikke forteller noe om seg selv*». Åpenhet ved å gi litt av seg selv, sine erfaringer og kunnskap, beskriver informantene som en måte å vise respekt til pasienten på og samtidig skape et tillitsforhold. Derfor er det viktig å unngå at pasienten må forholde seg til ulike sykepleiere. Innenfor de ulike avdelingene er det store forskjeller rent organisatorisk. Lungepoliklinikken hadde mindre tid i konsultasjonen. Spørsmål rundt endring av levevaner er heller ikke en del av den faste agendaen i en poliklinisk time. Disse spørsmålene er mer selvskrevene på diabetes- og obesitaspoliklinikk. Her har de det mye mer fleksibelt i forhold til tid og har muligheter for å legge opp oppfølgingen individuelt i forhold til både tid og tematikk.

Kartlegge endringsforberedthet

Det grunnleggende i møtet med pasienten er i følge informantene å kartlegge endringspotensialet. Pasienten vet gjerne at han må gå ned i vekt, eller slutte å røyke. De har fått informasjon om sammenheng med risikofaktorer og sykdom. Det er likevel ikke slik at pasienten alltid har innsikt i hvorfor de har de problemene de har. For å få i gang en refleksjon, innleder ofte sykepleierne med det de kaller «smalltalk» rundt helse. De stiller åpne spørsmål for å belyse hvor motivert personen selv er til en endring og kartlegging av pasientens kunnskap og innsikt. «*Du hiver deg ikke ut i endringer verken på kosthold eller noen ting, før du vet hva som er problemet. Så du må definere sammen med pasienten hva som er problemet*».

De har også fokus på følelser rundt tidligere mestring. Det fremheves å ha en innsikt i hva pasienten tåler av påkjenning, for å vite hvor stor endringen kan være. Informantene poengterer det å oppmuntre og fokusere på det positive som svært viktig. Pasienten må ha tro på egen mestring for å lykkes, noe som kan ses i sammenheng med realistiske mål. Blant annet blir det sagt at det er viktig «*å bygge på gode opplevelser som gir mestringsfølelse*». De vektlegger å synliggjøre hva pasienten faktisk har fått til. Sykepleieren kan også hjelpe pasienten til å dra erfaringer ut av tidligere tilbakefall til gamle vaner, ved å lage seg strategier om liknende situasjon oppstår igjen.

Informantene fremhever at et mål i møtet med pasienten er at pasienten selv skal reflektere rundt sin situasjon. De beskriver det som at de må lene seg tilbake og gi plass til pasienten, ved å stille åpne spørsmål. En informant sa; «*når de sier at jeg skulle sikkert gjort noe med det... Hva mener du? Hva ville du gjort? Jeg stiller bare spørsmålene tilbake*». Sykepleieren skal ikke overføre sine mål og ønsker til pasienten, men respektere hva pasienten ønsker og har behov for. På samme tid må sykepleieren bistå pasienten i å synliggjøre sine ressurser og hva de har å spille på i underveis i endringen. Dette innebærer å legge til rette for en bevisstgjøring hos pasientene på hvilke muligheter de har, og hvordan muligheten kan virkeliggjøres.

Oppklare misforståelser og gi råd om egen helse

Informantene trekker frem at sykepleierens rådgivende funksjon er endret. De utfordres på å oppklare misforstått helsepropaganda i en mediehverdag med jevnlig rapportering om livsstilsendring. En sykepleier sa «*Det går i surr for dem: karbohydrater og kalorier, Grethe Roede versus Fedon Lindberg. Da må jeg rettleder.*» De opplever at det kreves ressurser for å finne ut hva som er dokumentert fakta, og at flere pasienter trenger veiledning på dette området. Det er også et fokus på å klargjøre pasientens kunnskap og forståelse. Det handler om å ha tilstrekkelig med kunnskaper til å kunne ta et reelt valg om hvordan du vil leve. Sykepleieren må der det er nødvendig, bistå pasienter med å omsette kunnskapen de har til praksis. Med dette mener informantene at sykepleieren kan hjelpe pasienten til å finne praktiske løsninger på for eksempel være mer fysisk aktive og velge sunn mat i en travel hverdag. Kunnskapsformidlingen må skje på pasientens nivå; «*En rød tråd er at pasienten skal lære å ta vare på seg selv*». De vektla at pasienten må være klar for å motta råd. En sykepleier fortalte at «*de er veldig gode rådene, men det er ikke sikkert at rådene går inn. Jeg merker ofte at de ikke har hørt det. De har ikke vært der at de er mottakelige for det.*»

Støtte pasientens egen vei til god helse

Enkelte pasienter har en forventning om at sykepleieren skal bære hovedansvaret av endringsprosessen for dem. Det er viktig at de føler at de blir sett, men sykepleierne er bevisste på å avgrense egen deltakelse ved at de bevisstgjør pasienten på at det er deres liv og helse det er snakk om, og at det blir viktig å få et eierforhold til egen endringsprosess. «*Vi kan ikke leve livet for hver enkelt. Vi kan legge grunnlaget for dem og så må de leve sitt liv.*» Informantene forteller at de fungerer som en støtte- og hjelpefunksjon, men det essensielle er at pasientens får et eierforhold til sine mål for endringen. Sykepleieren kan ikke overføre sine mål og ønsker, men må gjennom veiledning og støtte bidra til en refleksjon som gjør at pasienten selv finner sine egne mål og hvordan han skal følge dem opp. For å unngå at pasientene mislykkes er det også viktig å hjelpe dem på riktig vei når de står i fare for å mislykkes. En sykepleier var klar på dette; «*Om de finner en feil løsning, skal de bare få lov til å holde på med det... og selv finne ut at det var feil? Nei...det funker ikke...*»

For å føle mestring er det viktig å ha realistiske mål. Informantene oppgir betydningen av å ha gradvise og små mål som pasienten selv kan formulere. Målene må likevel gi en utfordring og noe å strekke seg etter. Konkretisering av mål ved hjelp av behandlingsplan og/eller aktivitetsplan, bruker flere med god nytte.

Tilpasset oppfølging

Informantene fremstilte mange pasienter som kunnskapsrike med hensyn til kosthold og fysisk aktivitet, men utfordringen er ofte å få iverksatt det de ønsker i praksis. En av oppgavene til veileder er å hjelpe pasienten å strukturere hverdagen og prioritere slik at en endring er mulig. Det kan handle om stress, døgnrytme og måte å leve på. Som en av sykepleierne uttrykker: «*Få frem livet deres. Hva er viktig for dem? Hvordan er en vanlig dag? Hvordan prioriterer de?*» Sykepleierne behandler ikke sykdommen, men pasienten med sykdommen og derfor er det stor grad av fokus på både pasienten, familie og omgivelsene til pasienten. Sykepleieren arbeider for å ivareta helheten, både fysisk og psykisk, da flere har observert at det kan medføre at endringen blir mer varig. Sykepleieren må bli kjent med hver

enkelt ved å la personen fortelle sin historie. Mange har hatt negative opplevelser med helsevesenet og følt at endring av levevaner er noe de bør klare på egen hånd. Det er viktig at de kan organiseres seg slik at de kan ta imot pasientene på kort varsel, enten det gjelder kjente pasienter som får tilbakefall eller pasienter som er klare for å starte en endringsprosess. De må ha tid til pasientene når de ber om hjelp.

Balansegangen mellom ”å bremse og pushe” pasienten ble vektlagt hos informantene. Noen trenger støtte gjennom veiledningen til å komme i gang. Andre igjen er for eksempel uhensiktsmessig opptatt av god regulering av blodsukkeret, og kan dermed oppleve nedsatt livskvalitet. Fokuset må være en gylden middelvei; *«De kan få vel så dårlig livskvalitet av å være ”den perfekte diabetiker” enn å være dårligere regulert»*

Diskusjon

Studien viser at sykepleierne ser som sin oppgave at det er viktig å støtte pasientens egen vei til helse. Tidligere forskning viser at pasientene har behov for et støtteapparat som kan gi nødvendig oppfølging og støtte underveis i endringsprosessen (Clark et al. 2004; Jallinoja et al. 2008). Å sørge for omgivelser som fremmer utvikling innebærer i følge Orem (2001) å skaffe til veie ressurser, tilrettelegge omgivelsene og være en viktig person i pasientens sosiale miljø. De ser praktiske løsninger sammen med pasienten. For eksempel hva som finnes av aktivitetstilbud i pasientens nærområde. Dette kan vi knytte til en forskningsrapport som viser at personer med type 2-diabetes ønsket et større fokus på praktiske råd knyttet til fysisk aktivitet og kosthold (Oftedal 2011).

Sykepleierne i denne studien viser til at ikke alle klarer å sile ut hva som er riktig informasjon eller hvordan og når de skal bruke den. Pasientens helsefremmende allmenndannelse blir viktig å kartlegge, da forskning viser at pasientene har ulik evne til å nyttiggjøre seg helseinformasjon (Finbråten & Pettersen 2009).

Resultatet av vår studie viser også at sykepleiere i poliklinikk vektlegger tilpasset oppfølging. De behandler ikke sykdommen, men pasienten med sykdommen. De hjelper pasienten med å finne veien mot god helse når de utsettes for sykdom. Enkelte må oppmuntres til å ha høyere mål, mens andre må veiledes i mer realistiske målsetninger for endringen. Mange av pasientene har mislyktes i endringsprosesser tidligere og sykepleierne er opptatt av å vise hensyn til negative erfaringer de har med helsevesenet. Den tilpassede oppfølgingen handler også om å organisere sykepleien slik at de har tid til pasientene når de er klare for å motta hjelp.

Studiens resultat viser at sykepleiere erfarer helsefremmende sykepleie som å gå inn i pasientens «private rom». Det blir derfor viktig å skape et tillitsforhold til pasienten. Betydningen av å bli bekreftet i relasjon til livsstilsendring, støttes også av tidligere forskning (Borge og Fagermoen 2012). I følge vår studie er forutsetninger for å skape tillit, avhengig av kontinuitet og tilgjengelighet over tid ved å bruke samme rom, samme sykepleier som møter pasienten og mulighet for telefonkontakt. Kartlegge endringsforberedthet er en viktig del av den helsefremmende sykepleien og dette gjør de ved å stille åpne spørsmål, lytte, gjerne innlede med det de kaller «smalltalk» rundt helse og levevaner. Dette kan bidra til at de får fram positive tegn på at pasienten er klar for å endre. Da kommer det også frem hvilke erfaringer pasientene har fra tidligere. Våre resultat viser også at sykepleiere må bidra i å oppklare misforståelser og gi råd rundt pasientens helse. Det viktige her er å få klarhet i om

pasienten er mottakelig for råd, klargjøre kunnskapsnivået og gjerne bidra med erfaring på hva som ofte kan være problemet i forhold til å endre. Sykepleierne i denne studien var opptatt av å støtte pasientens egen vei til god helse, ved å se dem uten å bli for deltakende, hjelpe dem på riktig vei når de mislykkes og ansvarliggjøre pasienten i forhold til å sette egne mål.

Å vinne ny innsikt kan være en positiv effekt av å bli intervjuet (Kvale og Brinkmann 2009). Flere av sykepleierne uttrykte underveis i intervjuet en opplevelse av at sykepleierrollen er i endring. Den tradisjonelle «ekspertrollen» er i større grad nedtonet og veilederrollen blir viktigere i sykepleiefaget. Veiledning, gjensidig dialog og fokus på mestring av eget liv og helse ble ansett som hensiktsmessig. Dette samsvarer med sentrale arbeidsmåter i helsefremmende sykepleie (Tveiten 2007, Stang 2006, Naidoo og Willis 2000), og det argumenteres for at ivaretagelse av egenomsorg bør anses som mål i veiledning av pasienter, som skal endre levevaner for å mestre kronisk sykdom (Howard & Ceci 2012). Det samsvarer også med nye føringer som vektlegger en reorientering av helsevesenet i en mer helsefremmende retning (Helse- og omsorgsdepartementet 2011).

Ved å vektlegge et tverrfaglig samarbeid kan kontinuiteten i pasientforløpet ivaretas. Det var viktig å reflektere over om de kunne rådføre seg med andre profesjoner, og ikke være for raske til å henvise pasientene videre. Kontinuitet er viktig for at pasienten skal føle at «de har en ved sin side i denne prosessen». Det er trygt og det motiverer pasienten når den samme sykepleieren kan følge endringsprosessen. Vi ser hvor viktig det er å vektlegge at pasienten opplever tillit i relasjonen. Mange av disse pasientene har mislyktes i endringsprosesser tidligere og er vare for de holdningene de blir møtt med. En anerkjennende holdning og god tid er også inngangsport for et godt samarbeid. Dette samsvarer med tidligere forskning som viser at kvaliteten på møtet med helsepersonell var avgjørende for om informantene ble motivert til å ta ansvar for egen helse (Merill & Grassley 2008), og det å bli sett og forstått gjør at pasientene blir mer motiverte for endring (Borge, Christiansen & Fagermoen 2012). Sykepleieteoretikerne Benner og Wrubel (2001) viser til at sykepleieren må være opptatt av hvordan pasienten opplever situasjonen, hva som er viktig for vedkommende og ikke bare hvilke mestringsmuligheter han har. Helsefremmende tiltak må bygge på pasientens ressurser, samtidig som sykepleieren hjelper pasienten til å åpne nye muligheter ved å omdefinere situasjonen, eller å arbeide frem nye mestringsmuligheter. I veilederprosessen vektlegger sykepleierne å se pasienten som en person med ressurser, og tilnærmingen innebærer å se pasienten individuelt i en kontekst, og hjelpe dem med å strukturere og prioritere. Hvilke muligheter har pasienten i hverdagen og hvilke begrensninger må det tas hensyn til. God helse kan oppleves subjektivt (Orem 2001; Eriksson 1989; Benner & Wrubel 2001), og dette ble vektlagt i veiledningen til pasienten. For eksempel ved å invitere pasienten til å si hva de kan unnvære i "sitt nye liv" og hva som er viktig for livskvalitet og trivsel. Forskning viser at nye vaner må integreres i personens daglige liv ut i fra den enkeltes ressurser (Jansink 2010; Whitemore 2009), og at intervensjoner skal tilpasses den enkelte (Wadden, Butryn & Byrne 2004; Clark, Hampson, Avery & Simpson 2004).

Vi ser at sykepleiere i poliklinikk har mange utfordringer og mye oppfølging med hensyn til pasientveiledning til pasienter som skal endre levevaner. I følge annen forskning kvier sykepleiere seg for å drive livsstilsveiledning, da de føler de har manglende kompetanse innenfor veiledning og livsstilsendring (Whitehead 2006, Jallinoja 2007 et al.; Jansink, Braspenning, Weijden, Elwyn & Grol 2010). Det fremkommer også at ingen av dem la vekt på en spesiell metode i sitt arbeid med pasienter og deres endring av levevaner. Vi ser at det kan være en svakhet, og at sykepleiere bør være bevisst på å bruke forskningsbaserte metoder

som gir resultater. Forskning viser at opplæring i relevante teorier om atferdsendring, kortintervensjoner og motiverende intervjuetnikker er nødvendig i arbeidet med endring av levevaner (Wadden et al. 2004). En studie viser at sykepleiere som fikk opplæring i samtalestrategi fikk en bedre kommunikasjon med pasienten og inkluderte livsstilsendring i større grad en forut for opptrening (Drevenhorn Drevenhorn, Bengtson, Allen, Saljø & Kjellgren 2006). Et økt fokus rundt hensikten og resultater med veiledningen kan øke effekten, samtidig er det viktig å understreke at pedagogiske metoder ikke er tilstrekkelig hvis ikke man har «tilgang til det private helserommet». Det vil si at å bygge relasjon og opparbeide seg tillit er i følge vår studie avgjørende for å fremme helse hos disse pasientene.

Metodekritikk

Vårt utvalg er kjønnsespesifikt, med bakgrunn i at menn er i mindretall i poliklinikker i Norge. Alderssammensetningen kan påvirke resultatet. Livserfaring kan ha noe å si når sykepleierne snakker om å gi av seg selv og sine erfaringer. Forholdsvis lang erfaring som sykepleier kan også ha betydning. En studie viser at sykepleiere med få års erfaring rapporterte manglende ferdigheter knyttet til livsstilsveiledning sammenlignet med sykepleiere med lengre yrkeserfaring (Jallinoja 2007 et al.).

I kvalitativ forskning kan det være en fare for at deltakerne svarer og diskuterer det de tror at forskerne ønsker (Kvale & Brinkmann 2009), dette kan forsterkes når vi som forskere også er sykepleiere, og det kan være en svakhet med studien. Vi vet lite om hvem som svarte ja på vår forespørsel og det kan tenkes at de som svarte var spesielt opptatt av helsefremmende sykepleie. Dette kan ha påvirket resultatet.

For å ivareta størst mulig grad av validitet har første og andre forfatter analysert datamaterialet hver for seg, før det ble analysert i lag og deretter diskutert med de øvrige forfatterne.

Konklusjon

Selv om tidligere forskning viser at helsefremming har mindre utbredelse, viser våre resultat at den sykepleien som utøves i de beskrevne poliklinikkene vektlegger den helsefremmende delen av sykepleien. Fokus på mestring står sentralt og pasienten blir ansett som ekspert på eget liv og helse. Det beskrives enkelte forutsetninger for å fremme helse til disse pasientgruppene. Dette henger tett sammen med organisering i tjenesten. Polikliniske virksomheter bør tilrettelegge for muligheten for å skape kontinuitet. Det må være lav terskel for å ta kontakt og sykepleien må ha rammevilkår som gir rom for høy grad av individuell tilnærming. Det bør også utredes muligheten for å skape andre arenaer der sykepleiere kan ivareta de forutsetningene som er beskrevet her.

Resultatene i denne studien kan til en viss grad overføres til andre deler av helsetjenesten. Selv om de organisatoriske forholdene er ulike, vil det være mulig å overføre de holdningsmessige forutsetningene. Våre resultater viser at sykepleiere i poliklinikk ivaretar viktige prinsipp innenfor helsefremmende veiledning, men det ligger en utfordring i å ivareta opplæring av sykepleieres pedagogiske funksjon. Våre informanter hadde lang erfaring og flere hadde videreutdanning, noe som kan ha påvirket resultatet. Det kan være grunn til å tro

at et større fokus i grunnutdanningen på opplæring i pedagogiske verktøy kan gjøre sykepleiere tryggere og mer ansvarsbevisste i møte med pasienter som skal endre levevaner. Samtidig må det påpekes at tillit er avgjørende for å kunne snakke med pasienter om endring av levevaner. Sykepleiere har en sammensatt kompetanse og nærhet til pasienten som de bør dra nytte av i møte med disse pasientene. Å samtale ved pasienter om endring av levevaner bør derfor få større fokus blant sykepleiere i alle deler av helsetjenesten.

Forslag til videre forskning

Ut fra de funn som gjøres vil det vært nyttig å undersøke om det er variasjoner knyttet til klinisk erfaring under ellers like organisatoriske rammer.

Gjennom vår forskning har vi kun fått frem sykepleieres syn. Med utgangspunkt i våre funn hadde det vært nyttig og sett på om det samsvarer med pasientens og pårørendes opplevelse.

Sykepleiere er ofte i «frontlinjen» og møter pasientene på et tidspunkt der det er nærliggende og ta opp spørsmål om endring av levevaner. De møter dem gjerne ved sykehusinnleggelser da motivasjonen for endring er størst. Hvordan sykepleiere skal kunne følge opp disse pasientene utenfor poliklinikk og kunne vektlegge de overnevnte forutsetninger, er det etter vårt syn viktig å forske videre på.

Litteratur

- Benner P. & Wrubel J. (2001). *Omsorgens betydning i sykepleje- Stress og mestring ved sundhed og sygdom*. København: Munksgaard.
- Berg, G., V. (2007). *Å fremme den eldre sykehuspasientens helse i lys av et folkehelse- og et holistisk-eksistensielt sykepleieperspektiv*. Doktorgradsavhandling. Göteborg: Nordiska Högskolan för folkhälsovetenskap
- Borge, L., Christiansen, B. & Fagermoen, M.,S (2012). Motivasjon til livsstilsendring hos personer med sykkelig overvekt. *Sykepleien Forskning* 7 (1):14-22.
- Budzi, D., Lurie S, Singh K. & Hooker R. (2010). Veterans' perceptions of care by nurse practitioners, physician assistants, and physicians: a comparison from satisfaction surveys. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 22(3):170-176.
- Clark, M. (2002). Lifestyle self-management in patients with type 2 diabetes;lifestyle intervention. *Journal of Diabetes Nursing* 6 (november):182-187.
- Clark, M., Hampson, S., Avery, L. & Simpson, R. (2004). Effects of a brief tailored intervention on the process and predictors of lifestyle behavior change in patients with type 2 diabetes. *Psychology, Health & Medicine* 9(4): 440-449.
- Dierick –van Daele, Metsemakers A.,T.,M., Derckx, J.F.M, Spreeuwenberg, E., W. & Vrijhoef, H. (2009). Nurse practitioners substituting for general practitioners: randomized controlled trial. *Journal of Advanced Nursing* 65 (2):391-401.
- Drevenhorn, E. (2006). *Counselling Patients with Hypertension at Health Centres - a Nursing Perspective*. Doktoravhandling. Göteborg: Sahlgrenska Academy.
- Drevenhorn, E., Bengtson, K.I., Allen, J.K., Saljø, R. & Kjellgren, K.I (2007). Counselling on lifestyle factors in hypertension care after training on the stages of change model. *European journal of cardiovascular nursing*, 6 (1):46-53.
- Eriksson, K.(1989)(2.opplag). *Hälsans ide´*. Stocholm:Almquist & Wiksell

- Folkehelseloven. (2011). *Lov om folkehelsearbeid av 24.juni 2011 nr 29*. Hentet 22.juni 2013 fra <http://www.lovdatab.no/all/hl-20110624-029.html>
- Finbråten, H.,S. & Pettersen, S. (2009). Kunnskap er egenmakt. *Tidsskriftet Sykepleien* 97(5): 60-63.
- Gammersvik, Å. & H. Alvsvåg (2009). Forståelse av helsefremming i sykepleie. *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning*, 5(2):18-29.
- Graneheim, U.H. & Lundman, B. (2004) Qualitative content analyses in nursing research: Concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24:105-112
- Guzik, A., Menzel NN, Fitzpatrick J. & McNulty R (2009). Patient satisfaction with nurse practitioner and physician services in the occupational health setting. *Official journal of the American Association of Occupational Health Nurses*, 57(5):191-197.
- Howard, L., M. & Ceci, C. (2012). Problematizing health coaching for chronic illness self-management. *Nursing Inquiry* (september): 1-9.
- Jallinoja, P., Kuronen, R., Nissinen, A., Talja, M., Uutela, A.& Patja K (2007). The dilemma of patient responsibility for lifestyle change: perceptions among primary care physicians and nurses *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 25(4):244-249.
- Jallinoja, P., Pajari, P. & Absetz, P. (2008). Repertoires of lifestyle change and self-responsibility among participants in an intervention to prevent type 2 diabetes. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 22 (3): 455-462.
- Jansink, R., Braspenning, J. Weijden T., Elwyn, G. & Grol, R. (2010). Primary care nurses struggle with lifestyle counseling in diabetes care: a qualitative analysis. *BMC Family Practice* 11-41.
- Kvale, S. & S. Brinkmann (2009). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal.
- Malterud, K. (2012). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Merril, E. & Grassley, J.(2008). Womens stories of their experiences as overweight patients.*The Journal of Advanced Nursing*. 64(2):139-146.
- Naidoo,J. & Willis , J. (2000) *Health promotion- Foundations for practice*. 2.utg. London: Bailliere Tindall.
- NEM (Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag) (2009). *Veiledning for forskningsetisk og vitenskapelig vurdering av kvalitative forskningsprosjekter innen medisin og helsefag*. Hentet 12.10.12, fra www.etikkom.no.
- Oftedal, B.,F. (2011). Motivation for self-management among adults with type 2 diabetes. *Journal of Nursing and Healthcare of Chronic Illness*. 25(4):735-744.
- Orem, D.,E. (2001). *Nursing concepts of practice* (6 ed.). St. Louis: Mosby.
- Stang, I. (2003). *Bemyndigelse: en innføring i begrepet og "empowermenttenkningens" relevans for ansatte i velferdsstaten. Helsefremmende arbeid i en brytningstid: fra monolog til dialog?* Bergen: Fagbokforlaget.
- St.meld. nr. 16. *Nasjonal helse og omsorgsplan (2011-2015)* Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. Hentet 27.09.11 fra: <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/2010-2011/meld-st-16-20102011/2.html?id=639796>.
- Tveiten, S. (2007). *Den vet best hvor skoen trykker-: om veiledning i empowermentprosessen*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Tveiten, S. (2012). Empowerment og veiledning- sykepleierens pedagogiske funksjon i helsefremmende arbeid. I: Larsen, T.(red) & Gammersvik, Å. *Helsefremmende sykepleie i teori og praksis*. Oslo: Fagbokforlaget
- Vaismoradi, M., Turunen, H.& Bondas T. (2013) Content analysis and thematic analysis: Implications for conducting a qualitative descriptive study. *Nursing and health sciences* doi: 10.1111/nhs.12048.

- Wadden, T.A., Butryn M.,L. & Byrne, K. (2004). Efficacy of Lifestyle Modification for Long-Term Weight. *Control Obesity Research*. 12:151–162.
- Whitehead, D. (2006). Health promotion in the practice setting: findings from a review of clinical issues. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*. 3(4):165-184.
- Whittemore, R., Melkus, G., Wagner, J., Dziura, J., Northrup, V. & Grey, M. (2009). Translating the diabetes prevention program to primary care: a pilot study. *Nursing Research* 58(1):2-12.
- WHO (1986). Ottawa Charter for Health Promotion. Hentet 05.11.12:http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/129532/Ottawa_Charter.pdf.
- WHO (1998). Health Promotion Glossary, Geneva. Hentet 05.11.12:
<http://www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf>.
- Øen, G. (2012). *Overvekt hos barn og unge : forstå, forebygge, behandle og fremme helse*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Translating the diabetes prevention program to primary care: a pilot study. *Nursing Research* 58(1):2-12.
- WHO (1986). Ottawa Charter for Health Promotion. Hentet 05.11.12:http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/129532/Ottawa_Charter.pdf.
- WHO (1998). Health Promotion Glossary, Geneva. Hentet 05.11.12:
<http://www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf>.
- Øen, G. (2012). *Overvekt hos barn og unge : forstå, forebygge, behandle og fremme helse*. Bergen: Fagbokforlaget.