

I og med at antallet eldre stiger, vil også antallet eldre sykehuspasienter øke. Eldre er en heterogen gruppe med tanke på helsestatus og sykkelighet. Avhandlingens overordnede hensikt er å beskrive og utvikle kunnskap om den eldre sykehuspasientens og sykepleieres syn på helse og det å fremme den eldre sykehuspasientens helse. Gjennom en kvalitativ tilnærming beskriver avhandlingen i fire delstudier helse og det å fremme helse fra ulike ståsteder, henholdsvis sykepleiere i praksis og den eldre sykehuspasienten. Avhandlingen presenterer med utgangspunkt i folkehelse og sykepleie en stipulativ definisjon av en helsefremmende sykepleie basert på en holistisk-eksistensiell tilnærming. Definisjonen og de fem grunnleggende forutsetningene gir en mulig retning og tilnærming i sykepleiens helsefremmende arbeid i forhold til eldre sykehuspasienter. De eldre sykehuspasientene vektlegger at deres helse fremmes gjennom å bli sett som mennesker, få informasjon og kunnskap og bli motivert og ha håp. Avhandlingen avdekker at forståelsen av å fremme helse er ulik og delvis uklar både hos sykepleiere og den eldre sykehuspasienten. Diskusjon og dialog klargjør hva den enkelte legger i å fremme helse. Dette er viktig kunnskap å ha for sykepleiere hvis de skal oppfylle sitt profesjonelle sosiale mandat og kunne være en del av folkehelsearbeidet. Kunnskap er makt og er sånn sett en viktig faktor i utviklingen av sykepleie og helsefremmende arbeid. Empowerment er muligens en relevant strategi å anvende da både sykepleiere og den eldre pasienten ser betydningen av å ha innflytelse og kontroll over sin situasjon. empowerment forutsetter en bevissthet om egen maktposisjon og situasjon, samt en bevissthet rundt hvordan man bruker sin posisjon. Refleksjonsgruppedialoger kan være en nyttig strategi for å øke den faglige bevisstheten hos sykepleierne, fremme implementeringen av forskningsfunn og fokusere på å fremme den eldre sykehuspasientens helse.



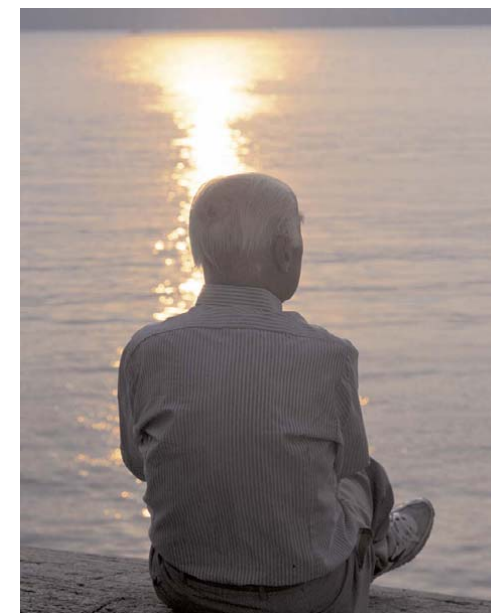
norden

Nordisk Ministerråd

Geir V. Berg

Å fremme den eldre sykehuspasientens helse i lys av et folkehelse- og et holistisk-eksistensielt sykepleieperspektiv NHV-rapport 2007:5

Å fremme den eldre sykehuspasientens helse i lys av et folkehelse – og et holistisk-eksistensielt sykepleieperspektiv



Geir V. Berg



NHV
Nordic School
of Public Health



DrPH – avhandling i folkehelsevitenskap, Nordiska
högskolan för folkhälsovetenskap, Göteborg, Sverige 2007

**Å fremme den eldre sykehuspasientens helse i lys av et
folkehelse- og et holistisk-eksistensielt sykepleieperspektiv**

Geir V. Berg



**DrPH -avhandling i folkehelsevitenskap, Nordiska högskolan för
folkhälsövetenskap
Göteborg, Sverige 2007**

**Å fremme den eldre sykehuspasientens
helse i lys av et folkehelse- og et
holistisk-eksistensielt sykepleieperspektiv**

© Geir V. Berg

**Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap
Box 12133
SE-402 42 Göteborg
Sweden
www.nhv.se
ISBN978-91-85721-25-2
ISSN 0283-1961**

Sammendrag

Bakgrunn og hensikt: I og med at antallet eldre stiger, vil også antallet eldre sykehuspasienter øke. Eldre er en heterogen gruppe med tanke på helsestatus og sykелighet. Forskningsfunn indikerer at en multidisiplinær geriatrisk tilnærming reduserer sykелighet, reinnleggelser og kostnader, og det forbedrer overlevelsesratene med et høyere funksjonsnivå.

Avhandlingens overordnede hensikt er å beskrive og utvikle kunnskap om den eldre sykehuspasientens og sykepleieres syn på helse og det å fremme den eldre sykehuspasientens helse.

Datakilder og metoder: Avhandlingen har en kvalitativ tilnærming og består av fire delstudier. Helse og å fremme den eldre sykehuspasientens helse utforskes gjennom kombinasjon av datasamlingsmetoder, datakilder og analyseteknikker. Delstudie 1 ble gjennomført som teoretisk-begrepslig analyse og syntese av begrepene menneske, helse, sykdom og sykepleie slik de var beskrevet i tre sykepleieteorier. I delstudie 2 ble ti eldre sykehuspasienter intervjuet gjennom kvalitative forskningsintervjuer. Temaet for intervjuene var hvordan de forsto helse, og hva som skulle til for å bedre deres helse. Delstudie 3 ble gjennomført ved deltagende observasjon (feltmetode) og uformelle samtaler med sykepleiere i en medisinsk sykehusavdeling. Delstudie 4 var en utforskende studie. Begrepene empowerment, helse og å fremme helse relatert til den eldre sykehuspasienten ble introdusert til sykepleiere gjennom en kort forelesning og utvalgt litteratur. Hensikten var å skape en felles teoretisk plattform før deres deltagelse i refleksjonsgruppedialoger. To grupper sykepleiere deltok i tre dialoger styrt av en moderator og en assistent. Dialogene ble tatt opp på bånd og transkribert. Hver dialog ble analysert med kvalitativ innholdsanalyse.

Funn: Avhandlingen foreslår en stipulativ definisjon av helsefremmende sykepleie med en holistisk-eksistensiell tilnærming støttet av fem nødvendige forutsetninger. Definisjonen og forutsetningene kan danne et utgangspunkt for et teoretisk grunnlag for helsefremmende sykepleie. Helse ble av de gamle sykehuspasientene beskrevet som å være i stand til gjennom å være den personen man er, i stand til å kunne gjøre og å føle seg vel og ha krefter. Å fremme helse ble beskrevet som å bli i stand til gjennom å kjenne seg som den personen man er, å få informasjon og kunnskap og gjennom det å ha håp og

motivasjon. Sykepleiernes forståelse av helse og dermed å fremme den eldre sykehuspasientens helse var preget av en vekslning mellom to tilnærminger: en biomedisinsk tilnærming og en holistisk sykepleietilnærming. I sitt daglige arbeid viste sykepleierne seg som mestre i å danse på en stram line, avhengig av å ha en profesjonell kompetanse som gjør dem i stand til å mestre og kunne forholde seg til en dynamisk og stadig skiftende arbeidssituasjon. Refleksjonsgruppedialogene avdekket et tosidig forhold til makt og empowerment hos de deltagende sykepleierne. Sykepleierne understreket en individuell tilnærming i det å fremme den eldre pasientens helse, hvor respekt for individet og normalisering av situasjonen utheves som viktige elementer.

Konklusjon: Avhandlingens foreslåtte stipulative definisjon og fem nødvendige forutsetninger kan tjene som en retning og tilnærming for en helsefremmende sykepleie til den eldre sykehuspasienten. Hvordan helse og å fremme helse forstås, er avhengig av vitenskapelig og faglig grunnlag og hvordan den enkelte opplever sine erfaringer. Både sykepleieres og eldre sykehuspasienters forståelse av å fremme helse var delvis vag og uklar, men dialoger og diskusjoner fremmer forståelsen. Empowerment er muligens en anvendbar strategi ettersom sykepleiere og eldre pasienter anerkjenner betydningen av å ha kontroll og innflytelse over egen situasjon. Uansett forutsetter empowerment en bevissthet om egen makt og maktposisjon. Ifølge de eldre sykehuspasientene i denne studien fremmes deres helse gjennom at de ses som en person, når de får adekvat informasjon og kunnskap om sin situasjon, og når de motiveres. Refleksjonsgruppedialogene kan være en strategi for å øke sykepleiernes bevissthet og derigjennom implementere forskningsfunn, og for å fokusere på å fremme den eldre sykehuspasientens helse.

Nøkkelord: folkehelse, holistisk-eksistensiell tilnærming, kvalitative metoder, den eldre sykehuspasienten, individuell helsefremmende sykepleie og empowerment.

Dr-PH- avhandling Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap, Göteborg 2007

Geir V. Berg, Høgskolen i Gjøvik, seksjon for sykepleiefag

E-post: geir.berg@hig.no

Abstract

Background and aim: The number of elderly hospital patients is increasing in line with the advancing age of the population. Old people are a heterogeneous group when it comes to health status and sickness. Research findings suggest that a multidisciplinary geriatric approach reduces illness, re-hospitalization and costs as well as improving survival rates and functional level.

The aim of this thesis was to describe and develop knowledge about health and health promotion related to elderly hospital patients from a public health and nursing perspective.

Data sources and methods: The thesis, which comprises four studies, has a qualitative approach that employs a combination between different data collection methods, data sources and analytical techniques in order to investigate health and health promotion among elderly hospital patients. Study one was conducted as a theoretical conceptual analysis and synthesis of the concepts of man, health, nursing and illness/disease based on description of the concepts in three nursing theories. Study two described and explored health and health promotion from the perspectives of ten elderly hospital patients using qualitative interviews. Study three illustrated and explored the life world of five nurses and their understanding of health promotive nursing related to the elderly hospital patient by means of participant observation. Study four was an explorative study. The concepts empowerment, health and health promotion were introduced to nurses in order to give a mutual theoretical platform before participating in reflection group dialogues. Two groups of nurses participated in three dialogues that were conducted by a moderator and an assistant. The dialogues were tape-recorded and transcribed verbatim. Each dialogue was analysed with qualitative content analysis.

Findings: The thesis proposes a stipulative definition of health promotive nursing with a holistic-existential approach based on five necessary preconditions. The definition and preconditions may serve as a theoretical basis for health promotion in nursing. The elderly hospital patients reported that health was being able to be the person I am, to do what I want, to feel well and have strength. Health promotion was described as being enabled by being seen as the person I am, through information and knowledge as well as

hope and motivation. The nurses' attitude to health and health promotion was influenced by two different views; the biomedical and the holistic nursing view, between which they moved. In their work the nurses were masters at balancing on a tightrope and interacting with a professional competence that makes it possible to manage a constantly changing work situation. Reflection group dialogues revealed a dual relation among the participating nurses to empowerment and power. The nurses highlighted the importance of using an individualised approach in order to promote the health of elderly hospital patients with focus on respect for the individual and normalization of the situation.

Conclusion: The thesis proposes a stipulative definition of health promotion as well as five preconditions that may serve as guidance and offer a health promotive nursing approach for elderly hospital patients. How health promotion and health are understood depends on one's scientific and professional background as well as the experience of caring for the individuals in one's charge. The understanding of health promotion on the part of both nurses and elderly hospital patients was somewhat vague, but improved as a result of dialogue and discussions. Empowerment may be a suitable strategy, as it helps both nurses and elderly patients to acknowledge the necessity of controlling and influencing their situation. However, empowerment implies a consciousness of one's own power. According to the elderly hospital patients in this study, health is promoted when they are seen as a person, when they receive adequate information and knowledge about their condition and when they feel motivated. Reflection group dialogues may be a strategy to increase the professional consciousness of nurses to implement research findings and to focus on promoting the health of elderly hospital patients.

Keywords: public health, holistic-existential approach, qualitative methods, elderly hospital patients, individual health promotive nursing and empowerment.

Doctoral thesis at the Nordic School of Public Health, Gothenburg, Sweden 2007
Geir V. Berg, Gjøvik University College, Faculty of Health, Care and Nursing
E-mail: geir.berg@hig.no

Avhandlingen bygger på følgende artikler, referert til i teksten som delstudier.

1. Berg, G.V. and Sarvimäki, A. (2003) A holistic-existential approach to health promotion. Scandinavian Journal of Caring Sciences. Vol 17(4) pp. 384-391.
2. Berg, G. V., Sarvimäki A. and Hedelin, B. (2006) Hospitalised older peoples' views of health and health promotion. International Journal of Older People Nursing, 1, 25-33.
3. Berg, G.V., Hedelin B. and Sarvimäki, A. (2005) A holistic approach to the promotion of older hospital patients' health. International Nursing Review, 52, 73-80.
- 4 . Berg, G. V., Sarvimäki, A. and Hedelin, B. Diversity and complexity in promoting and empowering the old hospital patients health Submitted 2007

Artiklene er gjengitt med tillatelse fra tidsskriftene

INNHALDSFORTEGNELSE

Introduksjon	1
Avhandlingens vitenskapelige perspektiver	3
Folkehelsevitenskap og sykepleievitenskap	3
Å fremme helse	6
Helse og helsefremmende i et sykepleieperspektiv	7
Det flerdimensjonale bildet på helse	9
Empowerment en del av den helsefremmende prosessen	12
Å fremme eldres helse	14
Studiens rasjonale	17
Avhandlingens hensikt og problemformulering	19
Avhandlingens problemstillinger er	19
Forskningens metodiske tilnærming	20
Det ontologiske og epistemologiske grunnlaget	20
Ontologisk avklaring	20
Epistemologisk avklaring	22
Kombinasjon av flere perspektiver og triangulering	27
Mot et personlig forskningsdesign	28
Metode	29
Datainnsamling	30
Informanter og utvalg	31
Analyse	33
Etikk	35
Validitet og troverdighet	37
Funn	39
Beskrivelse av og definisjon av helsefremmende sykepleie i et holistisk-eksistensielt perspektiv	39
Eldre sykehuspasienter sin beskrivelse og forståelse av helse, og det som skal til for å bedre deres helse	41
Helse betyr å være i stand til...	41
Å fremme helse betyr å bli i stand til gjennom...	42
Sykepleiere i klinisk praksis slik de forstår helse og det å fremme den eldre sykehuspasientens helse	44
Meningen i å fremme helse sett i forhold til helse og helhetlig sykepleie	44
Forutsetninger for helsefremmende sykepleie	45
Sykepleiernes refleksjoner om empowerment, helse og å fremme den eldre sykehuspasientens	46
Mangfold og kompleksitet preger det å fremme helse og empower den eldre sykehuspasienten	46
Balansere sykepleiemakt og pasientmakt - en tosidig relasjon relasjon til makt	47
Fokus på den individuelle personen	47
Sammenfatning av funnene	48

Diskusjon	49
Det flerdimensjonale bildet på helse – grunnlaget for å fremme helse	49
Empowerment og helsefremmende	51
Funnene sett i forhold til den eldre sykehuspasienten	54
Den eldre sykehuspasientens forståelse av helse og det som skal til for å fremme helse	54
Sykepleieres beskrivelse av den eldre sykehuspasienten	56
Metodediskusjon	59
Troverdighet	59
Overførbarhet	60
Granskarhet	61
Bekreftbarhet	61
Ethiske betraktninger	61
Konklusjon	63
Forslag til videre forskning	64
English Summary	65
Introduction	65
The aim and research questions	66
Research questions	66
The theoretical foundations and perspectives of the thesis	66
The public health perspective: a multifaceted picture of health	66
Promoting health from a nursing perspective	67
Empowerment as a part of health promotion	68
Old people's health and the elderly hospital patient	68
Method	69
Analysis	69
Findings	70
Discussion	72
The multidimensional picture of health	72
Conclusion	73
Implications for clinical practice and suggestions for further research	74
Takk	75
Litteraturliste	76
Vedlegg	
Orginale publikasjoner I-IV	
NHV rapporter	

Introduksjon

Eldre sykehuspasienter i det høyspesialiserte moderne sykehuset er en politisk og faglig utfordring. En politisk utfordring fordi det handler om fordeling og prioritering av velferds- og helseressurser i samfunnet, og en faglig utfordring fordi antallet eldre stiger. I 1998 var det ca. 580 millioner personer over 60 år i verden, et tall WHO anslår vil stige til 1 milliard i 2050. Dette betyr at i samme periode vil andelen personer over 60 år i befolkningen stige fra 20 % til 25 %. I 2002 var 14,9 % av Norges befolkning over 65 år, mens det i Sverige var 17,2 %. En forventer at antallet over 67 vil fordobles de neste 50 årene, og for de over 90 år vil veksten være enda større (Eika & Lurås 2005). Her er det flere faglige utfordringer, eksempelvis organiseringen av helsetjenesten og i det helsefremmende arbeidet. Det er behov for flere fagfolk, institusjoner og tjenester. En viktig utfordring er å utvikle helsetjenesten i tråd med hvordan Eldres helse utvikler seg, og deres behov. Hvordan den eldre befolkningens helse vil utvikle seg i årene fremover, er det uenighet om blant forskerne. Fries (1980) hevdet gjennom en hypotese om sammentrengt sykkelighet at eldre ville få bedre helse, men denne teorien har ikke fått gjennomslag hos andre forskere. Romøren (2001) hevder at studier peker i ulike retninger. Avhengig av hvilke land studiene kommer fra, kan man finne støtte for at Eldres funksjonstap før død enten vil øke, være det samme eller gå ned. Eldre er en heterogen gruppe, hvor en ser store variasjoner i helsestatus og funksjonsstatus (Birchall & Waters, 1996).

I Norge har antallet behandlinger og reinnleggelser blant eldre økt mye de siste årene. Fra 1991 til 1999 økte antallet døgnopphold for de over 80 år med 31 % (Huseby, 2000a), mens det fra 1999 til 2003 økte med ytterligere 23 % for samme aldersgruppe (Huseby 2004). Mulige forklaringer kan være at eldre har mer komplekse og sammensatte diagnoser sammenlignet med yngre pasienter (Huseby 2001). I tillegg har norske sykehus blitt mer spesialiserte og differensierte i sine tjenester, noe som kan være problematisk for eldre å forholde seg til (Huseby 2005). I behandlingen av eldre sykehuspasienter er det viktig å avgjøre om endringer i eller tap av funksjonsevne skyldes sykdom eller aldringsprosessen (Hendriksen 2002). Korrekt diagnostisering og tverrfaglig tilnærming er viktig i forhold til den eldre sykehuspasienten (Rubinstein 2004, Stuck mfl. 2002, Saltvedt mfl. 2002). Videre hevdes det at systematisk geriatrisk behandling i sykehus gir redusert sykkelighet, færre reinnleggelser, reduserte kostnader og bedre overlevelse med et høyere funksjonsnivå (Rubinstein, 1984, Eika & Lurås 2005). Det er godt dokumentert at geriatrisk spesial-

kompetanse har betydning for kvaliteten på behandlingen, omsorgen og rehabiliteringen av eldre. Det gir også en reduksjon i medisinske og sosiale problemstillinger og sykehusinnleggelser (Onen mfl. 2001). Til tross for dette fortsetter sykehusene å utvikle sin spesialisering og differensiering av sine tjenester uten å ta høyde for kompleksiteten og forskjelligheten hos den eldre pasienten. Sykehusene og helsetjenesten for øvrig står overfor store utfordringer med tanke på å møte eldres helse- og sykdomsproblemer, både på grunn av økningen i antall og kompleksiteten i eldres sykdomspanorama.

Sykepleieren er en sentral aktør i dette, men mangler formell faglig autoritet i forhold til utvikling av helsetjenesten og det helsefremmende arbeidet (Rafael 1999, Whitehead 2005). Det er nødvendig å klargjøre, videreutvikle og definere helsefremmende sykepleie i den hensikt å få fram et spesifikt sykepleiefokus. Sykepleiere er, sammen med andre yrkesgrupper viktige i behandlingen og omsorgen som skjer i sykehusene. I studier pekes det på betydningen av tverrfaglig og tverrsektorielt samarbeid i forhold til den eldre sykehuspasienten (Rubinstein 2004, 1984, Saltvedt mfl. 2004). Avhandlingens hensikt er å avklare grunnlaget for å fremme den eldre sykehuspasientens helse.

Avhandlingens vitenskapelige perspektiver

Denne avhandlingen har sitt utgangspunkt ifra folkehelse- og holistisk-eksistensiell sykepleietilnærming. I møtet mellom disse to perspektivene skapes en helsefremmende sykepleietilnærming. Avhandlingen søker å bringe sammen to vitenskapelige perspektiver – folkehelse og sykepleie – for å fremme den eldre sykehuspasientens helse. Hensikten er å klargjøre og beskrive hvordan kunnskap kan brukes fra begge vitenskaper for å fremme den eldre sykehuspasientens helse.

Folkehelsevitenskap og sykepleievitenskap

Utgangspunktet for denne avhandlingen er at folkehelsevitenskap og sykepleievitenskap er to vitenskaper med delvis overlappende interesseområder, men også egne selvstendige områder. Avhandlingen ser på møtet mellom folkehelse og sykepleie hvor den eldre sykehuspasientens helse er i fokus. Folkehelse har et mer omfattende perspektiv enn sykepleiens. Folkehelse dreier seg om hvilke faktorer hos individer og i samfunnet som påvirker helse og sykdom både hos den enkelte og i befolkningen som helhet. Folkehelse har et tverrvitenskapelig og tverrdisiplinært grunnlag for sin kunnskapsutvikling, med et fokus på sykdomsforebyggende og helsefremmende arbeid. Folkehelse er en tilnærming hvor målene er å fremme befolkningens helse, forebygge sykdom, behandle sykdom, forlenge verdig liv, ha omsorg for utføre og sørge for helsetjenester (Laverack 2005). Målene synliggjør en bredde. Betegnelsen folkehelse brukes for å dekke flere spesialistområder og profesjoner, fra vannforsyning, sanitære forhold og miljø, til sykepleie og helsefremmende arbeid. Folkehelse er fortsatt en kontroversiell betegnelse på grunn av sin bredde, konkurrerende perspektiver, prioriteringer og tjenester folkehelsen hevder å skulle gi (Laverack 2005). Et sentralt aspekt i folkehelsearbeidet er politisk påvirkning, i den mening å forstå hvordan samfunnsutviklingen påvirker menneskers helse.

Sykepleien har et omsorgsperspektiv som dreier seg om å gi pleie, omsorg, lindring og behandling i forhold til individets behov (Kirkevold 1996). En viktig forskjell fra folkehelseperspektivet er at sykepleien har et sterkere fokus på individet. Sykepleien kan i den forstand sies å ha et snevrere fokus enn folkehelse. Avhengig av ståsted kan sykepleien sies å være en del av folkehelseperspektivet, mens andre vil hevde at sykepleie er noe annet enn

folkehelse. Folkehelse har et komplekst perspektiv og defineres på ulike måter, eksempelvis av WHO (1999) som:

"... is the science and art of preventing disease, prolonging life and promoting mental and physical health and efficiency through organized community efforts. Public health may be considered as the structures and processes by which the health of population is understood, safeguarded and promoted through the organized efforts of society" (s. 215).

Folkehelse betrakter både hva helse er, og hvilke forhold som påvirker helse, bevarer helse og fremmer helse. Ifølge Karlberg, Hallberg & Sarvimäki (2002) forbindes folkehelse med et samfunnsperspektiv hvor epidemiologi er en sentral metode for å utforske ulike årsaker til helse og sykdom. Enkelte mener dette folkehelseperspektivet er snevert, og et bredere folkehelseperspektiv ble lansert, nemlig "new public health" (Beaglehole & Bonita 2004). Det nye folkehelseperspektivet har en positiv og ressursorientert tilnærming, med en vektlegging av levevilkår, ulikheter i helse og sammenhengene mellom folkehelse og politikk. Videre anvendes sosiostrukturelle teorier og en variasjon av forskningsmetoder. Helsefremmende strategier er sentrale i forhold til individets og samfunnets utvikling.

Å fremme helse har sine røtter fra WHO gjennom Ottawa Charteret (WHO 1986), hvor helsefremmende forstås som en prosess hvor mennesker gjøres i stand til å få bedre kontroll over og til å bedre sin helse.

"To reach a state of complete physical, mental and social wellbeing, an individual or group must be able to identify and realize aspirations, to satisfy needs, and to change or cope with the environment" (WHO 1986, s. 1).

Ifølge WHO er helse en ressurs og et positivt begrep. Videre ses det å fremme helse som en måte å oppnå likhet i helse for alle på gjennom felles handlinger. Raeburn & Rootman (1998) beskriver å fremme helse på følgende måte:

"... is an enterprise involving the development over time, in individuals and communities, of basic and positive states of conditions for physical, mental, social and spiritual health. The control of and resources for this enterprise need to be primarily in the hands of the people themselves, but with the back-up and support of professionals, policy-makers and the overall political system" (s. 11).

Den siste delen fokuserer på empowerment og aktiv deltagelse og samarbeid blant aktørene. Raeburn og Rootman (1998) ser flere måter å definere helsefremmende arbeid på, og dermed

ulike valgmuligheter med tanke på arbeidsmetoder og måter å analysere situasjoner på. En situasjon kan analyseres på et kollektivt og et individuelt nivå. Følgelig kan man bevege seg både ned imot det individuelle nivået og opp imot det kollektive eller til det politiske nivået.

Sykepleiens overordnede mål og fokus ble først beskrevet av Nightingale (1860/1980). Hun beskrev sykepleiens grunnleggende karakter som forebyggende. Sykepleien skulle legge til rette for, understøtte og fjerne hindringer for kroppens egne naturlige helsefremmende og helbredende krefter. En kjent og mye brukt definisjon av sykepleie ble formulert av Henderson (1961):

"Sykepleierens særegne funksjon er å hjelpe personen, syk eller frisk, i utførelsen av de gjøremål som bidrar til god helse eller helbredelse (eller til en fredfull død), noe han ville ha gjort uten hjelp om han hadde hatt tilstrekkelige krefter, kunnskaper og vilje, og å gjøre dette på en slik måte at personen gjenvinner uavhengighet så fort som mulig" (s. 9).

Helse er et viktig begrep i sykepleieteori og sykepleiepraksis knyttet til sykepleietjenestens mål. Grunnlaget for sykepleiens sosiale mandat er fundert på og knyttet til å tjene folket basert på kunnskap. Sykepleievitenskapens mål er å utvikle kunnskap i den hensikt å veilede, styre og forbedre klinisk sykepleie (Fawcett 1992). Sykepleie betraktet som en disiplin, innholder fire sentrale begreper: person, samfunn, helse og sykepleie (Yura & Torres 1975). Disse sentrale begrepene ble knyttet til teoriutvikling og etter hvert kalt sykepleiens metabegreper av Fawcett (1978), riktignok ved å bruke andre termer, henholdsvis helse, menneske, sykepleie og miljø. Disse begrepene dannet ifølge Fawcett (1995) sykepleiens kjernebegreper eller sentrale begreper. En kan betrakte dette som et tidlig stadium av sykepleiens søken etter sin ontologi og epistemologi. Metabegrepene dannet etter hvert grunnlaget for sykepleiens epistemologi. Gjennom en analyse fant Donaldson & Crowley (1978) argumenter for å kalle sykepleien en profesjonsdisiplin med følgende aktiviteter:

- "1. Concern with principles and laws that govern the life processes, well-being and optimum function of human beings-sick or well*
- 2. Concern with the patterning of human behaviour in interaction with the environment in critical life situations.*
- 3. Concern with the processes by which positive changes in health status are affected" (s. 113).*

I løpet av 80- og 90-årene ble metabegrepbetegnelsen byttet ut med domenebegreper. Domenebegreper er i denne sammenhengen overordnede temaområder eller kategorier. Det er

begreper eller termer som konkretiserer og dermed avgrenser et temaområde og de fenomener som naturlig faller innenfor sykepleiens kunnskaps- og ansvarsområde (Kirkevold 1996). Domenebegrepene er omdiskuterte, og det finnes flere forslag, blant andre fra Kim (1983) og Meleis (1985), men innholdsmessig er det flere likheter. Kim (1983, 1987) argumenterer for at helse ikke er et selvstendig domenebegrep fordi helse er sykepleiens overordnede mål.

Å fremme helse

I denne avhandlingen er begrepet 'å fremme helse' sentralt. Å fremme helse ble lansert i en politisk sammenheng som en samfunnsmessig og prosessorientert strategi av WHO i 1986. WHO definerer å fremme helse slik:

"... is the process of enabling people to increase control over, and to improve, their health" (WHO, 1986, s. 1).

I vid forstand beskriver å fremme helse forholdet mellom staten (regulering av forutsetninger for helse), markedsøkonomi (skapelse av både muligheter og risiko for helse og uhelse) og grupper i samfunnet (hvor individers valg eller kollektive handlinger påvirker både staten og markedskreftene, og i tillegg egen helse). Ifølge Laverack (2004) skaper helsefremmende arbeid noen forandringer i forholdene mellom stat, markedskreftene og mennesker. Disse forandringene kan defineres enten ved befolkningens samtykke til statens helserådgivning eller ved å bedre marginaliserte gruppers muligheter til å fremme sine bekymringer og derigjennom få innflytelse på de politiske beslutningene. Hvis å fremme helse betraktes som en situert praksis, mener Laverack (2004) at fokuset dreies fra et bestemt helsemål eller objekt i stedet for å gi et verdifullt bidrag til å nå målet om en bedre helse. Videre hevder Laverack (2004) følgende:

"If we commit to the idea that health promotion is about increasing people's control over their health, we need to pay attention to how they define their own goals, and how we, as practitioners, contribute to their goal attainment" (s. 7).

Dette gir folkehelsearbeideren en utfordring i form av å 1) kunne se og akseptere individets mål, og 2) kunne bidra med kunnskapsbaserte handlinger. En forutsetning for å kunne gjøre det er forståelsen av helse. Folkehelse har i sin tilnærming en bredde med tanke på helse,

sykdom, samfunn og politikk, mens sykepleie har en tilnærming knyttet til omsorg og pleie. Sykepleiere har problemer med å beskrive egne helsefremmende sykepleiehandlinger, også de som anses å være ekspertsykepleiere på å fremme helse (Caelli et al. 2003).

Whitehead (2006) hevder:

"The fact that nurses continue to contextually confuse the terms health promotion remains a tension in nursing practice" (s. 178).

Hvis sykepleien skal kunne hevde sin betydning i kraft av å være en viktig og unik bidragsyter i det helsefremmende arbeidet, er det nødvendig med en klar beskrivelse av de underliggende filosofiske premissene for sykepleiens helsefremmende praksis (Northrup & Purkis 2001). Videre er det også nødvendig med en klar teoretisk og praktisk kontekstuell tilknytning til hva å fremme helse er, og hva det ikke er (Whitehead 2006). Sykepleie har et sterkt forhold til helse og det å fremme helse i sitt fundamentale grunnlag, men dette fundamentet mangler en klargjøring og kobling til sykepleiepraksis og teori. Sånn sett kan en kobling mellom folkehelse og sykepleie ha en klargjørende betydning. Folkehelseperspektivet kan på samme måte sies å være for stort i sin bredde og for politisk, og dermed miste fokus på det enkelte individ. En kobling til sykepleie kan således utfylle dette.

Helse og helsefremmende i et sykepleieperspektiv

Helse er et sentral og viktig begrep i sykepleie. En vil imidlertid møte ulike forståelser av helse og følgelig også i å fremme helse hos forskjellige sykepleieteoretikere, avhengig av den enkelte teoretikers vitenskapelige og kunnskapsmessige ståsted. Helse kan for eksempel ses som et kontinuum av væren, der ytterpunktene er representert ved sykdom på den ene siden og velvære på den andre. I et annet perspektiv er helse og uhelse en dikotomi (Barnum 1994). Mens i det tredje perspektivet er helse å være en hel person, hvor helse er en kontinuerlig kamp for å ta vare på egen identitet. Det motsatte av helse er ikke sykdom, men snarere uhelse eller helsesvikt som følge av disintegrasjon (Hummelvoll 1995).

Hvordan helse forstås og defineres, har betydning for hvordan sykepleien forholder seg til begrepet både teoretisk og klinisk. Utgangspunktet for denne avhandlingen er en holistisk-eksistensiell tilnærming, der fokuset er på individets eksistensielle erfaringer og hvordan individet er i stand til å være selvstendig i konkrete situasjoner. Sykepleien har et fokus på å

fremme helse og på å forebygge sykdom og komplikasjoner, hevder Kirkevold (1996). Sykepleiens funksjon og tjeneste dreier seg om å fremme helse, forebygge sykdom og yte omsorg. Ser vi på ulike definisjoner av sykepleie og sykepleieteorier finner vi et helsefremmende fokus hos for eksempel Henderson (1961), Travelbee (1971), Watson (1985) og Benner & Wrubel (1989). Det stilles kritiske spørsmål til hva slags kunnskap sykepleieforskere har bidratt med i forhold til å fremme helse. Laffrey (1992) hevder det har skjedd på tre områder: helsefremmende atferd, utvikling av forskningsinstrumenter og i forhold til prediksjon. Morgan & Marsh (1998) og Kim (2000) hevder på sin side at sykepleieforskning i forhold til helsefremmende arbeid har dreid seg om å forebygge sykdom, om sykdomstilstander og problemer – en biomedisinsk tilnærming til helse, hvor en er mer opptatt av å se på forebygging av sykdommen, på hva som helbreder sykdommen eller på forekomst av tilstander i befolkningen. Det kan se ut til at sykepleien fokuserer på individets syk-helse-problem, og har en tilnærming hvor en primært er opptatt av å kontrollere helseproblemer (Kim 2000). Dette er en viktig oppgave og del av helsevesenet og dermed også for sykepleiere. Det er imidlertid en ubalanse i sykepleiens tilnærming, hevder Laffrey (1992), Morgan & Marsh (1998) og Kim (2000), hvis en ser det i forhold til sykepleiens kjernebegreper. Sykepleie handler om noe mer enn å behandle sykdom og skader i enkeltorganer hos pasientene. Sykepleiere har i tillegg et ansvar for å fremme helse, noe som er mer enn bare å se sykdom som årsak til helsesvikt. En annen viktig kritikk reises av Whitehead (2005), som hevder at sykepleierne ikke har deltatt i eller hatt noen funksjon i oppbyggingen av nettverket av helsefremmende sykehus. Sykepleierne begrunnet dette med mangel på tid, ressurser, utdanning og støtte. Rafael (1999) hevder sykepleierne er ekskludert fra det helsefremmende arbeidet av andre helsearbeidere og er mer eller mindre usynlige i det helsefremmende fagmiljøet. Dette er en kraftig kritikk av sykepleiens helsefremmende arbeid. Rafael og Whitehead setter dette på spissen, og det er grunn til å være bekymret fordi:

"For several decades nursing has often been held up as the most likely health profession, in terms of its numbers and direct client involvement, to lead, implement and effect a concerted and innovative programme of health promotion reform throughout all health services. Its failure to realize or demonstrate this role has left other professions either dismissing any contribution that nursing has already made or largely ignoring any potential contribution that it might have" (Whitehead 2005, s. 24).

Sitatet fra Whitehead (2005) peker på to viktige aspekter: 1) Sykepleierne har ikke vært bevisste på sin naturlige rolle i det helsefremmende arbeidet, og 2) andre profesjoner avfeier

sykepleiernes bidrag eller overser potensialet i bidragene. Videre hevder Kim (2000) at sykepleien mer fokuserer på tilstander hos pasienten enn på pasienten som menneske.

"... nursing has established a firm alliance with the culture of science and technology, which is primary oriented to controlling health problems"(s. 40).

Kritikken reist av Whitehead (2005) og Kim (2000) er vesentlig og bør brukes konstruktivt, som et innlegg i diskusjonen for å klargjøre sykepleiernes rolle og funksjon i det helsefremmende arbeidet. Uansett perspektiv på og tilnærming til sykepleierens plass og rolle i det helsefremmende arbeidet er det nødvendig å få fram et klarere og tydeligere engasjement fra sykepleiernes side for å fremme pasienters helse (Whitehead 2006).

Det flerdimensjonale bildet på helse

Helse er et sentralt begrep og fenomen i denne avhandlingen. Hvordan helse forstås eller defineres, er avhengig av vitenskapelig ståsted, teoretisk perspektiv og verdier. Flere hevder det ikke finnes noen presis og allment akseptert definisjon av helse (Karlberg, Hallberg & Sarvimäki, 2002, Hummelvoll 1995 og Barnum 1994). Den meste kjente og brukte definisjonen av helse som ble lansert av WHO i 1946, er kritisert for å være utopisk, statisk og altfor vid (Hummelvoll 1995). WHO har imidlertid endret den og lagt til flere aspekter gjennom Ottawa Charteret (1986). Uansett hvilket syn man har på helsedefinisjonen, er begrepet helse normativt, relatert til tid, kultur og kontekst. Spørsmålene er: Hvem definerer, forstår eller bruker begrepet helse, og i forhold til hvilket nivå brukes det (Karlberg, Hallberg & Sarvimäki 2002)? Videre vil det være forskjeller på om helse betraktes og diskuteres i et globalt perspektiv, for et land, et lite samfunn, en gruppe eller individuelt. Det er nødvendigvis forskjeller om man snakker om grupper eller enkeltindivids helse. Uansett er det et poeng å avklare om man mener at helse og sykdom er en dikotomi, noe en kan måle objektivt, eller om helse er et kontinuum hvor uhelse er motsatsen, hvor sykdom er et selvstendig begrep som påvirker helse (Hofmann, 2002, 2005). Fenomenet helse kan beskrives og tolkes som noe man opplever, og i den mening subjektivt. Helse er koblet til livskvalitet, velvære og lykkefølelse (Hedelin 2000). Man kan være enig eller uenig i WHOs strategier og definisjoner, men WHO har hatt en betydning i den forstand at de har påvirket politisk, pedagogisk og faglig. WHO har satt helse og det å fremme helse på dagsorden faglig, politisk og allment. Kritikken av helsebegrepet må ses i lys av kritikerens vitenskapelige

perspektiv og tradisjon (Karlberg, Hallberg & Sarvimäki 2002). Nordenfelt (1991) mener helse kan ses fra to ulike og grunnleggende motsatte perspektiver. Det ene perspektivet står for et analytisk biostatisk perspektiv. I det analytiske biostatistiske perspektivet er ikke helse et fenomen i seg selv, men er til stede når mennesket ikke har sykdom. Det analytiske biostatistiske perspektivet har sitt utgangspunkt i biologi, kjemi og statistiske metoder og begreper, og er reduksjonistisk i sin tilnærming til mennesket. Mennesket studeres og undersøkes i forhold til sine deler, organer og funksjoner. Når statistiske normaltilstander blir mål for kroppslige og mentale tilstander, blir det problematisk fordi en avvikende verdi betyr at personen er syk, mens en normal verdi betyr at personen er frisk (Barbosa da Silva & Andersson 1993). Sånn sett betyr fravær av sykdom at personen har helse i det analytiske biostatistiske perspektivet, uavhengig av hvordan personen selv føler seg eller opplever sin tilstand. Det andre perspektivet har sitt utgangspunkt i en humanistisk holistisk tenkning (Nordenfelt 1991) og innebærer et ikke-reduksjonistisk syn (Hedelin 2000). Det holistiske perspektivet tar utgangspunkt i og betrakter mennesket som et sosialt og handlende vesen. Perspektivet henter sine begrep fra hverdagsspråket eller fra fagene psykologi, sosiologi, antropologi og omsorgsfag. Det humanistisk holistiske perspektivet har to retninger, hvor det ene rettes mot menneskets følelse av velvære som uttrykk for helse og ubehag som uttrykk for uhelse (Barbosa da Silva & Andersson, 1993). Den andre retningen tar utgangspunkt i menneskets evne eller manglende evne til å handle. Mennesket har helse når det har balanse mellom evne til handling og et mål for handlingen. Ifølge dette synet blir helse og sykdom to ulike dimensjoner som påvirker hverandre (Nordenfelt 1991).

For å forstå helse er det nyttig å se det i et historisk perspektiv. Forståelsen av og bruken av helsebegrepet har utviklet og endret seg fra 1946 da WHO kom med sin første definisjon, videre via Ottawa Charteret (1986) og fram til Helse for alle i det 21. århundre. Forståelsen av og synet på helse har beveget seg fra å betrakte helse som livets optimale mål til å se helse som en ressurs og en grunnleggende forutsetning for menneskets liv og sosiale utvikling (Karlberg, Hallberg & Sarvimäki 2002). Helse forstås og defineres på ulike måter avhengig av kontekst, funksjon og kunnskap. Det er et interessant aspekt å se på hvordan dette påvirker forholdet mellom mennesker hvor utgangspunktet er ulikt. Det er også viktig å peke på endringen som skjedde etter Ottawa Charteret, hvor WHO trakk inn det helsefremmende perspektivet som et sentralt aspekt og tema. Nettopp fordi man betrakter og forstår helse ulikt, vil man også forstå og fremme helse ulikt. Det er en begrunnelse for å se på ulike perspektiver og tilnærminger i denne avhandlingen. I 1998 lanserte WHO helse som en fundamental menneskelig rettighet og et ultimativt mål, hvor likhet og rettferdighet var sentralt. Målet på

samfunnets sosiale og økonomiske utvikling ble knyttet til forbedringer av helse og velvære i befolkningen. Hovedmålet i programmet Helse for alle er tuftet på et etisk grunnlag og grunnleggende verdier som:

- Helse er en fundamental menneskerett
- Likhet i helse
- Deltagelse og ansvarlighet

I en diskusjon av helse er det relevant å trekke inn sykdomsbegrepet, samt forholdet mellom begrepene. Hofmann (2002, 2005) drøfter helsebegrepet og sykdomsbegrepet ved å presentere fire ulike modeller: Idealmodellen, den holistiske modellen, den medisinske modellen og den disjunktive modellen. Idealmodellen er den enkleste modellen. Helse forstås her som det motsatte av sykdom. Har man helse så har man ikke sykdom, og omvendt. I den holistiske modellen forstås helse som noe mer enn fravær av sykdom. Modellen peker på at det finnes andre kriterier for helse enn sykdom, for eksempel velvære, lykke, evne til å realisere sine mål, osv. Fravær av sykdom er ikke tilstrekkelig for å kunne ha helse. I denne modellen er helse det primære begrepet. Den medisinske modellen betrakter sykdom som noe mer enn fravær av helse. Kriterier for sykdom går ut over det å ha helse, i den mening at visse observerbare og identifiserbare kriterier for sykdom må oppfylles i henhold til standardiserte metoder. Modellens primære begrep er sykdom, da i motsetning til den holistiske modellen. I den disjunktive modellen er begrepene helse og sykdom motsatte og delvis uavhengige begreper. Dette betyr at om en tilstand er nærmest forenlig med helsebegrepet, er det mindre sannsynlig, men mulig, at det faller inn under sykdomsbegrepet. Modellen tillater situasjoner under både helse og sykdom og kan brukes i situasjoner som ikke faller innenfor helse eller sykdom. Modellene har forskjellige grunnlag og utgangspremisser, og følgelig ulike muligheter og begrensninger. Alle modellene har sine anvendelsesmuligheter, men uansett er de modeller og kan ikke uten videre brukes for å vise kompleksitet eller distinksjon som en teori. Modellene har sin nytteverdi, hevder Hofmann (2005), på følgende måte:

" The discussion shows that the ideal model is untenable. The holistic and medical models are logically equivalent, but differ in emphasis. Furthermore, the disjunctive model is logically uninformative, but gives philosophers lots of room to play" (s. 370).

Begrepene helse og sykdom er sentrale og grunnleggende i helsevesenet, og de er styrende for helsevesenet på flere måter. Begrepene danner grunnlaget for å sette mål, planlegge og gjøre prioriteringer. Dermed er det også avgjørende hvordan de konkrete begrepene forstås, og

hvordan sammenhengen imellom dem forstås (Hofmann 2005). Det er rimelig å anta at grupper av helsepersonell og ledere gjennom sin konsensusforståelse av helse og sykdom har makt i helsevesenet. En formell konsensusforståelse av sentrale begreper gir helsepersonell en viktig kunnskapsnøkkel, en kunnskapsnøkkel man kan bruke i formidling, argumentasjon og påvirkning. Dermed er det en potensiell maktfaktor man kan anta har påvirket og vil påvirke innføringen av helsefremmende strategier og prioriteringer i samfunnet. En kan derfor stille spørsmål om hvorfor det helsefremmende fokuset er lite synlig i sykehusene når begrepet helsefremmende er tydelig beskrevet i handlingsprogram og i formålsparagrafen til lov om spesialisthelsetjenesten. I Norge er det for eksempel kun fem sykehus som er medlemmer i det internasjonale nettverket av helsefremmende sykehus. Det ser ut til å være en oppfatning blant helsearbeidere at det er vanskeligere å definere helse enn sykdom, noe som kanskje er naturlig hvis man jobber i sykehus hvor fokuset er på sykdommer (Hofmann 2005). Caplan (1989) hevder at det er enklere å oppnå konsensus om hvilke fysiske og psykologiske tilstander som fører til sykdom, enn å være enige om hvilke tiltak og tilstander som fremmer god helse. Å definere sykdom har også vist seg å være vanskelig, fordi sykdom som fenomen også har en ekstremt vid og kompleks utstrekning (Hofmann 2005). Sykdomsbegrepet er i likhet med helse vanskelig å definere på en enkel måte.

Uansett hvilket perspektiv man har, er det enighet om at helsens kjerne er bestående av kroppslige funksjoner, psykiske prosesser og en interaksjon mellom sosialt og fysisk miljø (Karlberg, Hallberg & Sarvimäki 2002). Videre ser det ut til å være stor avstand mellom det biomedisinske perspektivet på helse og det humanistisk holistiske perspektivet. I det første defineres helse som en tilstand når alle delene fungerer i tråd med statistiske normalverdier (Boorse 1977). Utgangspunktet for denne forståelsen av helse er fraværet av sykdom. I det andre perspektivet, det humanistiske holistiske perspektivet, er utgangspunktet helse, hvor man beskriver helsetilstanden og ikke fraværet av sykdommen, hevder Nordenfelt (1994).

Empowerment en del av den helsefremmende prosessen

I Norge oversettes det engelske ordet empowerment med bemyndigelse, som er et uvanlig norsk ord som gjør begrepet tungt og vanskelig å formidle (Stang 1998). Et annet ord som brukes er myndiggjøring (NOU 1998:18). Begge ordene brukes imidlertid sjelden i det daglige språket, og derfor foretrekkes empowerment i denne avhandlingen. En annen begrunnelse er

at det engelske ordet empowerment er mer omfattende og gis en tredelt betydning:

- * å gi makt eller autoritet til
- * å gjøre i stand til
- * å tillate

Begrepet empowerment kom med full tyngde inn i det helsefremmende arbeidet under lanseringen av Ottawa Charteret. Empowerment er omdiskutert og har vært tema for mange artikler siden 1986. I Norge har empowerment knapt vært nevnt i debatten rundt å fremme helse, til tross for at begrepet er nevnt som en viktig tilnærming og idé i det helsefremmende arbeidet i 'Det er bruk for alle' (NOU 1998: 18). En mulig forklaring på det kan være at empowerment er knyttet til svake og utsatte grupper i samfunnet, og at man kanskje mener at slike ikke finnes i Norge. En annen mulig forklaring er at empowerment er et politisk begrep forbundet med radikale ideologier. Det er mulig at det norske helsevesenet og samfunnet ikke utløser slike krefter fordi man egentlig har det veldig bra. Det er få forskjeller og relativt stor grad av likhet og rettferdighet i samfunnet. Empowerment forstås på ulike måter, for eksempel som "mekanismer mennesker, organisasjoner og samfunnet bruker for å oppnå kontroll over og i sitt liv" (Rappaport 1987). I en sykepleiekontekst defineres begrepet slik: en prosess for å hjelpe mennesker i å etablere kontroll over faktorer som påvirker deres helse (Gibson 1992). Fenomenet og begrepet empowerment er vanskelig å definere på grunn av begrepets komplekse og multidimensjonale karakter. Det er kanskje enklere å forstå empowerment når individer opplever det motsatte, dvs. når individet opplever hjelpeløshet, maktlesløshet, skyldfølelse, tap av kontroll over eget liv og avhengighet (Gibson 1992, Rappaport 1987, Kieffer 1984 og Wallerstein & Bernstein, 1988). Wallerstein (1993) fant indikasjoner på at pasienter som opplevde tap av kontroll eller en deempowering-prosess under langvarig sykdomstilstand, var mer utsatt for sykdomsutvikling og komplikasjoner. Ideen bak begrepet empowerment stammer fra sosial handlingsideologien på 1960-tallet og selvhjelpsperspektivet på 1970-tallet (Stang 1998). Klinikere kritiserer empowerment begrepet fordi det oppfattes som uklart og overforbrukt og følgelig har empowerment-begrepet mistet sin mening. Empowerment kan tolkes på mange måter, og dermed er det vanskelig å se hvilken funksjon det har (Houston & Cowley 2002). Enkelte hevder at WHO har gått vel langt i sin iver etter å bruke empowerment i det helsefremmende arbeidet. Empowerment har blitt et slags 'hellig gral' i det helsefremmende arbeidet, hevder Rissel (1994). Tones (1991) mener imidlertid at empowerment er det mest sentrale elementet i begrepet helsefremmende. Det er nær kobling mellom empowerment og helsefremmende, noe

som synliggjøres i tre viktige prinsipper i det helsefremmende arbeidet, presentert av Kalnins et al. (1992):

- * dreie seg om problemer folk selv definerer som viktige
- * involvere vanlige folks deltagelse sammen og ved siden av ekspertene
- * å fremme helse er mest kostnadseffektivt kombinert med en folkehelsepolitikk

Empowerment er et politisk begrep hvor en er avhengig av både individers innsats og kollektivets samarbeid. Adams (1990) er skeptisk til helseprofesjonenes operasjonalisering og utvikling av kunnskap om empowerment. Han mener ekspertene vil ta over styringen av empowerment-prosessene på bekostning av de som skulle bli empowered. Adams (1990) er videre skeptisk til det han forstår er en oppfatning av at empowerment er noe man blir tilført eller gjør alene. Empowerment dreier seg ikke bare om overføring av makt fra et individ til et annet. En kan ikke selv bemyndige andre, de kan bare bemyndige seg selv. Helsepersonell kan derimot vise veien (Houston & Cowley 2002).

Å fremme eldres helse

Å fremme eldre menneskers helse bygger ifølge Albert (2004) på klinisk geriatri og aldringens epidemiologi. Klinisk geriatri er en medisinsk spesialitet fokusert på eldre menneskers helse, mens aldringens epidemiologi som en kontrast undersøker den eldre populasjonens helse (Albert 2004). Videre kan disse to fagfeltene betraktes som komplementære.

"The field of Public Health and Aging stands between clinical geriatrics and the epidemiology of aging. It examines health promotion in late life, chronic disease, self-management, behavioral interventions that complement clinical care, the social context of custodial care and development of quality indicators for particular kinds of aging experiences, such as dementia care, nursing home residence, physical frailty, home care and independence through use of assistive technologies" (Albert 2004, s. 22).

Albert (2004) trekker inn to ulike former for livskvalitet, hvor den ene er knyttet til helse, mens den andre er knyttet til miljø og er ikke-helse-relatert. Denne forståelsen av livskvalitet fokuserer på den effekt personlige eller miljømessige faktorer har for personens daglige erfaringer. Et argument for dette synet på livskvalitet er at forutsetningene for helserelatert

livskvalitet blir dårligere når man blir eldre, mens forutsetningene for miljørelatert livskvalitet kan være gode eller til med bedres gjennom hele livet (Lawton 1991).

"Older people can use this to their advantage in building environments that promote QOL even in the presence of chronic conditions" (Lawton, 1991, s. 214).

Lawton (1991) stiller videre noen viktige spørsmål som utfordrer vårt perspektiv på å fremme eldres helse:

"Do frail people do better if they have a loved spouse, a fulfilling relationship with a child, an area of expertise that can be applied despite the illness, a sphere of a life where autonomy can still be exercised or an ideology that organizes the meaning of pain, suffering, life and death?" (s. 8).

Svaret er selvfølgelig ja, men hvordan det viser seg i samfunnets og helsetjenestens tilnærming og arbeid med de eldre, er ikke like klart. Disse faktorene vil bli enda viktigere for eldre, fordi aldringsprosessene og sykdom gir reduksjon i helse og dermed helserelatert livskvalitet hos eldre (Lawton, 1991, Albert, 2004). Faktorene gir den eldre et grunnlag for en fortsatt tilknytning til livet. De bidrar til en effektiv tilpasning til eventuelle begrensninger som følge av dårligere helse og gir en maksimering av ikke-helserelatert livskvalitet.

I studier beskriver eldre fenomenet og begrepet helse på ulike måter. Helse beskrives som en følelse av velvære, kunne nyte livet, ha god ernæring, være fysisk aktiv og ha et trygt miljø eller kunne være selvhjulpne (Clarke 1998). Eldre ønsker i likhet med andre å være uavhengig, i stand til å bo hjemme og ta vare på seg sjøl. Dette er for mange eldre viktige aspekter for deres følelse av velvære og helse (Clarke 1998, Davies & Magilvy 2000, Shiu 2001). Eldre er aktive på flere måter for å bedre og holde sin helse, helt uavhengig av helsevesenet (Young 1996). Fysisk aktivitet er viktig for å fremme helsen generelt ved at det gir velvære, kondisjon og forebygger en rekke sykdommer. Dette gjelder i aller høyeste grad også eldre. I tillegg betyr det mye for å bevare fysiske ferdigheter, noe som er særlig viktig med tanke på mestring av dagliglivets aktiviteter (Resnick 2003). Funksjonsevne og mestringskapasitet er sentralt for følelsen av å ha helse, noe som videre påvirkes av hvorvidt den eldre opplever livet meningsfullt og seg selv som verdifull (Sarvimäki & Stenbeck-Hult 2000). Mental helse har betydning og forsterkes av bekreftelser, tillit og sikkerhet, samt opplevelse av livsglede i relasjon til andre og egen person (Hedelin & Strandmark 2002). Aktivitet på flere plan både fysisk, psykisk og sosialt er viktig for den eldres opplevelse av

velvære og dermed helse. Aoyagi mfl. (2004) anbefaler fysisk aktivitet med moderat intensitet for å redusere risikoen for kronisk sykdom og utsette funksjonstap blant eldre. De hevder at ca. 60 % av maks ganghastighet er tilstrekkelig for å oppnå god effekt av treningen. Mosjon med moderat intensitet 3-4 dager per uke virker positivt på eldres opplevelse av god helse, hevder Loland (2004) i sin studie.

I en prospektiv kohortstudie i New Haven USA, fulgte et forskerteam 750 eldre over 75 år i en periode på 5 år. Forskerne satte opp fire kriterier for vurdering av uførhet: behov for hjelp til bading, påkledning, forflytning fra stol og å gå innendørs. I forhold til disse fire kriteriene utviklet 50 % uførhet (Gill et al. 2006, Hem 2006). Forskerne i studien hevdet at verken sykdom, skade, påfølgende sykehusinnleggelse eller immobilitet kunne forklare det høye antallet uføre. Dette ble forklart med at en måned etter sykehusinnleggelse var risikoen for å utvikle uførhet betydelig større sammenlignet med gruppen ikke-hospitaliserte eldre. En av konklusjonene i denne studien var at man mangler forståelse for prosessene bak funksjonstap, ferdighetstap og uførhet hos eldre. Utviklingen av uførhet som følge av sykehusoppholdet kunne ikke bare forklares med følgene av sykdom (Gill et al. 2006). Selv om man ikke uten videre kan overføre studier fra USA til Norge og Norden, er det allikevel all grunn til å se nærmere på de problemstillingene dette reiser. Basert på en litteraturgjennomgang hvor man så på effekten av fysisk aktivitet, konkluderte Lowenthal (1994) med at en rekke tilstander og sykdommer kan behandles eller utsettes ved fysisk aktivitet eller en aktiv livsstil. Dette gjelder hjerte-karsykdommer, lungesykdommer, tilstander i muskel- og skjelettsystemet og metabolske-endokrine sykdommer samt aldring i seg selv.

Eika og Lurås (2005) beskriver i en rapport på oppdrag fra det norske Helse- og omsorgsdepartementet ulike strategier for å bedre eldres helse og funksjonsevne. Rapporten basert på utført internasjonal og nasjonal forskning, gir en grundig gjennomgang av ulike aspekter knyttet til eldres helse og sykdomstilstander. Svekkelse i eldres helse er ifølge Eika og Lurås (2005) ikke en sykdom i seg selv, men snarere en konsekvens av aldringsprosessene. Sykdom vil i tillegg gi funksjonsbegrensninger, og alderssvekkelsen vil øke mortaliteten ved sykdommen generelt. Når det gjelder årsaker til sykdom hos eldre, er ikke de noe annerledes enn hos yngre, men det er en viktig forskjell. På grunn av økt sårbarhet hos eldre rammes de oftere og lettere av sykdom og komplikasjoner. Det gir dårligere prognoser og mer langtrukne sykdomsforløp hos eldre enn hos yngre pasienter. En av de store utfordringene helsevesenet og geriatrien står overfor, er å kunne skille mellom følgene av sykdommer som kan

behandles, og følgene av ikke-behandlingsbar aldringssvekkelse (Eika & Lurås 2005). Dette blir enda mer komplisert ved at man forventer at mange eldre vil få sammensatte og relativt omfattende helseproblemer som øker mot slutten av livet.

”Det er særlig på dette punktet at eldre i befolkningen skiller seg fra befolkningen i sin alminnelighet. Sviktende helse kan skyldes sykdom eller ikke reversibel alderssvekkelse, og det er i praksis ofte vanskelig å skille disse to årsaksfaktorene” (Eika & Lurås, 2005, s. 14).

I tillegg har eldre mange spesifikke behov knyttet til multisykelighet, behandling og rehabilitering (Karoliussen & Smebye 1997). Spesialisthelsetjenesten i Norge vil møte mange utfordringer i forhold til den forventede økningen av antallet eldre pasienter. En del av disse utfordringene krever systematiske tverrfaglige tilnærminger hvor blant annet sykepleiere, leger, fysioterapeuter og ergoterapeuter vil kunne gi viktige bidrag. Ved St. Olavs Hospital i Trondheim har forskning vist at dette gir resultater (Saltvedt 2006). I en randomisert studie av pasienter behandlet i en geriatrisk enhet fant man følgende: 80 % av pasientene er fortsatt hjemmeboende tre måneder etter utskrivelse, mens det for pasienter behandlet i vanlig medisinsk enhet var 64 % hjemmeboende. Seks måneder etter utskrivelse var tallene henholdsvis 72 % og 60 %. Hjemmetiden økte for de eldre pasientene som var behandlet i den geriatriske enheten. Videre hevder forskningsteamet at behandlingen i den geriatriske enheten av akutte syke og skrøpelige eldre reduserte dødeligheten sammenlignet med tilsvarende eldre pasienter behandlet i vanlige medisinsk avdeling (Saltvedt mfl. 2002). En forklaring på dette kan ifølge Eika & Lurås (2005) være at geriatrisk spesialkompetanse ser hele mennesket og setter i gang helhetlige samordnende tiltak.

Studiens rasjonale

Helsevesenet står overfor en rekke utfordringer med tanke på det økende antallet eldre sykehuspasienter. Eldres helse og helseproblemer er forskjellig, noe som tilsier at man trenger ulike løsninger og strategier. Sykehusene er gjennom lovverket gitt et ansvar for å fremme befolkningens helse. Det er politisk og faglig enighet om å prioritere en satsning på eldreomsorg, helsefremmende og forebyggende arbeid. Ettersom helse forstås ulikt, kan det føre til ulike forståelser og tilnærminger til helse og dermed også i forståelsen av å fremme helse. Ulike perspektiver kan oppfattes problematisk, men kan også ses som muligheter til å

utvide forståelsen. Uansett hvilken forståelse man har av helse og å fremme helse, er det viktig å klargjøre forståelsen av disse så sentrale begrepene i helsevesenet.

Sykepleien har et sosialt mandat, og helse er et av sykepleiens viktige sentrale begreper, men det mangler kunnskap om hvilken betydning sykepleien kan ha i det helsefremmende arbeidet relatert til den eldre sykehuspasienten. Å fremme helse er et viktig anliggende for sykepleiere, men er lite synlig i klinisk sykepleiepraksis i sykehusene. Det er gjort lite klinisk sykepleieforskning i norske sykehus generelt og enda mindre rettet mot å fremme den eldre sykehuspasientens helse som tema.

Spesialisthelsetjenesten ved sykehusene har i økende grad spesialisert seg og differensiert sine tjenester, noe eldre pasienter kan ha problemer med å forholde seg til. En forklaring kan være at eldre sykehuspasienters komplekse og sammensatte helsetilstand ikke passer inn i sykehusenes spesialisering og differensiering.

I Norge er det skrevet lite om empowerment. Tradisjonelt har helsepersonell hatt stor autoritet og makt innenfor sykehusene. Pasientens makt har imidlertid blitt sterkere med de nye lovene om pasientrettigheter i Norge, men spørsmålet er hvordan maktfordelingen vil være i fremtiden. Empowerment kan være en strategi i det helsefremmende arbeidet relatert til den eldre pasienten. Tradisjonelt har eldre større respekt for og tro på autoriteter i sykehuset. Den eldre har kunnskap og kompetanse som helsepersonellet er avhengig av for å kunne gjøre en god jobb. Sånn sett kan vi si at en slags arbeidsdeling er fornuftig, i den mening at helsepersonellet tar seg av de rent helsefaglige aspektene, mens den gamle bidrar med sin kompetanse om sin egen situasjon og tilstand. Videre er det sentralt at den eldre kommer fram med sine behov, ønsker og ikke minst hva som er betydningsfullt og viktig. Med nye lover og forskrifter, endringer i sykehusenes pasientsammensetning og pasientenes behov og ønsker er det rimelig og nødvendig for sykepleiere å utvikle sin praksis. Sykepleiere har i likhet med andre helsearbeidere et behov for å utvikle ny kunnskap og bli bevisst den kunnskapen de allerede har. Den eldre sykehuspasientens sammensatte og komplekse problemstillinger fordrer samarbeid og utvikling av kunnskap, hvor et helsefremmende sykepleiefokus er en av flere mulige strategier. I tråd med politiske føringer er empowerment og helsefremmende fokus et sentralt anliggende også for sykepleiere. Sykepleien har som nevnt et sosialt mandat og dermed en forpliktelse til å møte den eldre sykehuspasientens behov for sykepleie og derigjennom fremme helse.

Avhandlingens hensikt og problemformulering

Avhandlingens overordnede hensikt er å beskrive og utvikle kunnskap om den eldre sykehuspasientens og sykepleieres syn på helse, og det å fremme den eldre sykehuspasientens helse.

Avhandlingens problemstillinger er:

Hvordan beskrive og definere helsefremmende sykepleie i et holistisk-eksistensielt perspektiv? Delstudie 1

Hvordan forstår og beskriver eldre sykehuspasienter helse og det som skal til for å bedre deres helse? Delstudie 2

Hvordan forstår sykepleiere i klinisk praksis helse og det å fremme den eldre pasientens helse? Delstudie 3 + 4

Forskningens metodiske tilnærming

Det ontologiske og det epistemologiske grunnlag

Avhandlingens grunnlag er påvirket av to vitenskapelige teoretiske perspektiver, henholdsvis folkehelse- og sykepleievitenskap. Den grunnleggende forståelsen og tilnærmingen til disse to perspektivene er igjen preget av en holistisk-eksistensiell tenkning, en tenkning som gir retning for forståelsen av avhandlingens temaer og forskningsspørsmål. Tenkningen preger hvordan folkehelsevitenskap og sykepleievitenskap forstår og beskriver sine felt (perspektiv), og hvordan de nærmer seg sine felt for å utvikle kunnskap (tilnærming). Hensikten med begge er å utvikle kunnskap som kan brukes i praktiske handlinger og i å forstå, i denne sammenhengen helsefremmende sykepleie til eldre sykehuspasienter – en helsefremmende sykepleie fundert på et multidimensjonalt syn på menneske og helse, hvor fokuset er på menneskets livsverden og væren. Denne tilnærmingen søker å fremme den eldres helse på grunnlag av menneskets forståelse av og opplevelse av sin situasjon, og ikke primært i forhold til diagnoser og problemer. Det er menneskets livserfaringer i forhold til helse, sykdom og lidelse som danner utgangspunktet for en holistisk-eksistensiell tilnærming, som kan brukes i folkehelsevitenskapelige og sykepleievitenskapelige perspektiver. Avhandlingen søker å utvikle kunnskap om synet på helse og å fremme helse basert på teoretisk, praktisk og erfaringsbasert kunnskap. Dette skjer gjennom å beskrive og utforske erfaringsbasert kunnskap og i en kobling mellom teoretisk, erfaringsbasert og praktisk kunnskap.

Ontologisk avklaring

Mennesket er gjennom å være og i sin interaksjon med andre i stand til å forstå sin egen væren. Heidegger (1993) kaller dette en evne til å undersøke eksistensielle strukturer i sin eksistens. Denne formen for værensførståelse er ikke nødvendigvis eksplisitt og tematisert, men den kan ses som en form for fortrolighetskunnskap, en fortrolighetskunnskap som karakteriserer menneskets umiddelbare forhold til verden (Nortvedt & Grimen 2004), fordi menneskets væren-i-verden har karakter av fortrolighet (Heidegger 1993), en fortrolighet preget av menneskets spontane omgang med de tingene mennesket bryr seg om. Sykepleiere og andre helsearbeidere har i likhet med andre mennesker en umiddelbar situasjonsbestemt og før-refleksiv forståelse av sin verden. Denne forståelsen er ikke nøytral eller distansert, men preget av engasjement og holdninger. Ontologi kan sies å være en klargjøring av spørsmål om

eksempelvis være i et fag eller en vitenskap basert på grunnleggende forutsetninger og premisser. Eller som Heidegger (1993) skriver:

"Basically, all ontology, no matter how rich and firmly compacted a system of categories it has to its disposal, remain blind and perverted from its own most aim, if it has not firmly clarified the meaning of being, and conceived this clarification as its fundamental task" (s. 31).

Avhandlingens ontologiske ståsted er preget av en holistisk-eksistensiell tekning. Mennesket betraktes i lys av en helhet bestående av en psykisk, fysisk, sosial og åndelig dimensjon, hvor mennesket er i en kontinuerlig interaksjon med sine omgivelser. Forståelsen av det enkelte menneskes 'være i verden' er basert på individets erfaringer og opplevelser i ulike kontekster. Å fremme helse i en holistisk-eksistensiell tilnærming bygger således på en forståelse av helse, sykdom og mennesket som skapes i en dialog mellom individet og helsearbeideren. I dette samspillet skapes og dannes en helsefremmende sykepleie i forhold til den eldre sykehuspasienten. En avklaring av denne avhandlingens ontologi og dermed også en helsefremmende sykepleies ontologi dreier seg om fagets værensformer, i den forstand at det søkes å få fram et skille mellom det som fremtrer i det gitte dagligdagse (ontiske), og det som er de fundamentale strukturer i fagets praksisutøvelse. Det ligger langt ut over denne avhandlingens ramme å gjøre en fullstendig avklaring av sykepleiens og folkehelsevitenskapens ontologi, men avhandlingen søker å avklare hva å fremme den eldre sykehuspasientens helse er, i et sykepleieperspektiv. En slik avklaring innbefatter to sentrale aktører: sykepleieren og den eldre pasienten.

Martinsen (1993, 1996 og 2001) har gitt viktige bidrag for å bygge opp en helsefaglig ontologi. Sykepleie er ifølge Martinsen (1996) kjennetegnet ved en bevisstgjørende etisk sanselig reseptivitet. Å sanse er en ubetinget egenskap ved det enkelte menneskets være-i-verden og spesielt ved sykepleiens omsorg. Martinsen (1996) forstår å sanse som noe som er der før selve forståelsen av noe, det er en form for mottakelighet for den *Andre*. Sansningen er en spontant fortolkende virksomhet. Menneskets forståelse av en situasjon er i tillegg kroppslig. Sansningen er alltid til stede, men den er avstandsløs og har ikke noen maktskapende eller maktutøvende form. Den gjør mennesket berørt og påvirket av situasjonen.

”Denne stemte berørthet er en forståelsesuavhengig, umiddelbar, før-forarbeidende eller før-kulturell adgang til mennesket og natur. Det er en adgang til noe som er større enn vår selvberørende bevissthet, nemlig til det værendes egen orden”
(Martinsen 1996, s. 54).

Martinsen (1996) hevder at man ikke betrakter og konkluderer nøytralt overfor mennesket eller natur uten å bli berørt. Det å være berørt er en grunnstemning ved livet, noe som gir en grunntone i alt vi mennesker gjør (Martinsen 1996). I denne sammenheng inneholder sensibilitet tre trekk som er relevante å trekke fram i forhold til sykepleie. Disse er resepsivitet, berørthet og holdning. Reseptivitet dreier seg om at sykepleieren gjennom sine sanser ikke bare er til stede og er en fortolker, men også er en mottaker av sanselige inntrykk. Det etiske aspektet i den kliniske sykepleien viser seg i sykepleiepraktikerens evne til å la seg berøre. Berørthet dreier seg om den sanselige fortolkningens ulike aspekter. Den sanselige fortolkningen er ikke bare tankemessig, men også emosjonell og berørt. Menneskets følelser åpner opp for vår forståelse, og den gir oss adgang til virkeligheten. Videre hevder Martinsen at våre følelser er intensjonale i den mening at følelsene involverer oss i livet. Sansing innebærer også holdning. Det er gjennom vår holdning og væremåte vi påvirker våre omgivelser og andre mennesker. Sykepleieren formidler gjennom sin væremåte sin faglige og menneskelige tilnærming, og dermed viser man også fram sin holdning. Holdningen viser seg i den konkrete situasjonen mellom sykepleier og pasient, og den viser seg utenfor denne situasjonen. Martinsen (1996) beskriver betydningen av dette:

”Ord, uttrykk, håndlag er spontane karakteristika ved menneskelig væremåte og et viktig kjennetegn ved helsefaglig omsorg”(s.68).

Epistemologisk avklaring

Folkehelse og sykepleie bygger på og henter sin kunnskap fra flere fag og vitenskaper. Folkehelse og sykepleie baserer sin tjeneste og sitt arbeid på ulike former for kunnskap, hvor teoretisk, erfaringsbasert og praktisk kunnskap er de viktigste kunnskapsformene. Selv om fagene sett utenfra ser forskjellige ut, baserer de seg på vitenskapelig og faglig kunnskap om helse og sykdom, knyttet til sammenhenger hvor forståelse av individets egenopplevelse av sykdommen og helsesvikten er et viktig fundament (Nortvedt og Grimen 2004). Ifølge Nortvedt og Grimen (2004) ser en i helsefagene to distinkte og forskjellige trekk ved deres forståelsesformer:

1. Forståelse av helse som førstepersonserfaringer, i situasjoner der forståelse av den sykes eller hjelpetrengendes opplevelse av situasjonen er viktig.
2. Refleksjon over og anvendelse av terapeutisk kompetanse, teknologi og faglig kunnskap i bestemte interpersonlige situasjoner.

Den første forståelsesformen er knyttet til sensibilitet, da i forståelsen kunnskap om klientens subjektive situasjon skapt gjennom empati og følelsesmessig mottakelighet. Dette er en situasjonsbestemt, umiddelbar og samtidig vanskelig artikulert form for kunnskapsforståelse. Refleksjonsbasert kunnskap er derimot vurderende, bedømmende og språklig artikulert, men ikke alltid en situasjonsbestemt kunnskapsform. Denne formen har ofte et praktisk og instrumentelt handlingsaspekt. Refleksjon og sensibilitet er to sentrale trekk ved helsefaglig praksis og yrkesutøvelse. Refleksjon dreier seg om å kunne vurdere, tenke over og kritisk analysere de erfaringene man gjør. Videre innebærer refleksjon at personen har en tankemessig distanse til refleksjonens tema, mens sensibiliteten er preget av følelsesmessig umiddelbarhet.

"I refleksjonene kan personen mer eller mindre fritt bevege seg mellom situasjonsoppfatninger og hendelser. I sensibiliteten er en spontan, her og nå, oppslukt i hendelsen" (Nortvedt og Grimen 2004, s. 13).

Lindring av lidelse og å fremme menneskers helse er et overordnet mål i sykepleie og andre helsefag (Kirkevold 1996). Det innebærer å ta vare på den enkelte pasient i kliniske situasjoner og sammenhenger. Fagenes praksis og tjeneste karakteriseres ved at behandling og omsorg er basert på et dokumentert kunnskapsgrunnlag og individuelt skjønn. Helsefagene er handlingsorienterte yrker hvor kunnskap og teknologi anvendes i et samspill, men hvor en også kan se handlingsutøvelse preget av at utøverne tar ting for gitt (Nortvedt & Grimen 2004). Å ta for gitt enten i handling eller tenkning former personens mottakelighet overfor de fenomener som er rundt personen. Mye av det som tas for gitt, kan i ettertid vise seg å være problematisk, og det kan sperre for utøvernes evne til å se alternativt på verden omkring seg. Dette er et viktig utgangspunkt for hvordan denne avhandlingen er bygd opp, nettopp ved å bruke refleksjon som et element i en av studiene.

Kunnskap forstås og betraktes i likhet med helse forskjellig, avhengig av ens ontologiske ståsted og vitenskapssyn (Hiim & Hippe 1998). Spørsmål om hva kunnskap er, et mye diskutert spørsmål og har dannet grunnlaget for en egen erkjennelses- eller kunnskapsteori. I denne avhandlingen er ikke kunnskap nødvendigvis bare teoretisk kunnskap. Det kan dreie

seg om flere former for kunnskap med ulik abstraksjonsgrad og artikulærbarhet. Teorier om forholdet mellom kunnskap og handling, og praksiskunnskap ses som en egen kunnskapsform (Thomassen 2006). I en diskusjon om kunnskap er det hensiktsmessig å se på hva som er fagets hensikt og samfunnsmessige mandat. Kirkevold (1996) hevder at sykepleiens sosiale mandat er knyttet til å lindre menneskets lidelse eller å fremme livsoppretholdende eller helsefremmende aktiviteter. Utledet fra dette beskriver Kirkevold (1996) sykepleievitenskapens sosiale mandat. Sykepleievitenskapens sosiale mandat er å utvikle kunnskap for å kunne underbygge og bedre sykepleiepraksis. Kunnskapens mål både i folkehelse og sykepleie er å bidra til å utvikle kompetente og dyktige praktikere til det beste for pasienter og samfunn. Filosofen Bernstein (1991) diskuterer temaene dialog, samtale, uforstyrret kommunikasjon og felles bedømmelse i lys av tekster fra Gadamer, Habermas, Rorty og Arendt, og hevder at disse temaene peker mot et fokus på fronesisbegrepet (Aristoteles (384-322 f.Kr.) 1973). Fronesis betyr det praktiske skjønn, en evne til å se saken fra alle berørte parter side, en praktisk innsikt og praktisk handlingskunnskap. Aristoteles (1973) delte menneskets menende sjel i to:

1. Det som ikke kan forandres
2. Det som kan forholde seg annerledes.

Disse to leder til to kunnskapsformer som er ulike i sin karakter. De læres ulikt, og de krever ulike dyder, og følgelig utvikles disse kunnskapsformene ulikt. Alsvåg (1997) trekker inn Aristoteles' (1971) tre dyder *episteme* – *techne* – *fronesis* i diskusjonen av sykepleiens kliniske kompetanse. "Å kjenne til, å vite og å vite hvorfor hører til *episteme*" (Alsvåg 1997, s. 149). *Episteme* består av vitenskapelig kunnskap i formen det som ikke kan være annerledes. Denne kunnskapen er kontekstuavhengig, og anses for å være universelt riktig, kunnskapen er basert på analytisk rasjonalitet (Alsvåg 1997). I praktiske og kliniske situasjoner er det ikke alltid nok bare å vite hva og hvorfor. Praktikerer må i tillegg kunne anvende sin kunnskap og sine praktiske ferdigheter i forskjellige situasjoner og kontekster. Den abstrakte og generelle kunnskapen skal konkretiseres og individualiseres. Dette går inn under dyden *techne*, som betyr å handle i forhold til et bevisst mål. Praktikerens handlinger varierer ut ifra situasjon og kontekst. Dyden *techne* er fokusert på å nå et mål, mot endring og å skape. Herunder hører håndverket og kunsten i medisin og sykepleie. Grunnlaget for både *episteme* og *techne* er *fronesis*, som betyr å kjenne det riktige og det gode. *Fronesis* omfatter etikk, verdier og interesser, er handlingsfokuset og basert på en verdirasjonalitet. I *fronesis* er det en dynamikk mellom det generelle og det konkrete, hvor praktikerer bruker overveielse, skjønn og valg.

Litteraturen beskriver og gir ulike betegnelser på kunnskap. Kirkevold (1996) argumenterer for teoretisk, praktisk og etisk kunnskap, mens Burnard (1989) argumenterer for teoretisk, praktisk og erfaringskunnskap. Kunnskapsformene er karakterisk forskjellige og danner en sammenvevd helhet i sykepleien, de kompletterer hverandre. På samme vis kan en betrakte folkehelsekunnskap. Både sykepleie og folkehelse kan betraktes som tverrfaglige og tverrvitenskapelige felt. Et annet viktig aspekt er kunnskapens kontekstuelle tilknytning fordi

"Kunnskap er alltid kontekst spesifikk; den er svar på spørsmål som reises på et bestemt tidspunkt innenfor en bestemt situasjon" (Thomassen 2006, s. 112).

Videre knyttes kunnskap eller viten til makt av Lyotard (1979), som hevdet at viten og makt er to sider av samme sak. Begrunnelsen for det var knyttet til spørsmålet om hvem som bestemmer hva kunnskap er, og hvem som vet hva som må bestemmes. En vanlig måte å forstå teoretisk kunnskap på er å betrakte den som abstrakt, generell og intersubjektiv (Kirkevold 1996). Teoretisk kunnskap handler om relativt stabile og observerbare fenomener og sammenhenger mellom fenomener i virkeligheten. Kunnskapsformen er strukturert og systematisert i skriftlig form i bøker eller artikler. Ofte omtales teoretisk kunnskap som objektiv og lovmessig (Kirkevold 1996). Nå er riktignok bruken av betegnelsen objektivitet kritisert. Ifølge Kirkevold (1996) er det en enighet om at objektivitet ikke innebærer verdifrihet eller nøytralitet. I utviklingen av teori vil det alltid ligge valg og prioriteringer av verdimeisig karakter. Teoretisk kunnskap er i sin form opptatt av å vite at, vite om og vite hvorfor (Fagermoen 1993). Utvikling av teoretisk kunnskap skjer gjennom empirisk og teoretisk forskning basert på anerkjente vitenskapelige metoder. Akkumulering av teoretisk kunnskap er et viktig anliggende i et fag og grunnlag for fagets videre utvikling. Et problem eller en utfordring ved teorier og teoretisk kunnskap er den praktiske anvendbarheten. Praktisk kunnskap er ifølge Kirkevold (1996) motsatsen til teoretisk kunnskap, fordi den er konkret, subjektiv og historisk. Motsetningen mellom teoretisk og praktisk kunnskap begrunnet i deres vesensforskjellighet mener Kirkevold (1996) er delvis misvisende og feil.

"Det er ikke tvil om at vi utvikler og forvalter kunnskap som er generell og abstrakt, og som omhandler objektivt eksisterende forhold i vår verden. Denne kunnskapen dreier seg om det som er felles for mange enkeltsituasjoner. Den er ofte, i hvert fall i vår tid, utviklet ved hjelp av vitenskapelig arbeid. Det er heller ikke tvil om at vi gjennom våre erfaringer lærer ting (får kunnskap, innsikt og ferdigheter) som vi siden forbinder med bestemte situasjoner der vi lærte det vi lærte" (Kirkevold 1996, s. 31).

Vi generaliserer på bakgrunn av gjentatte erfaringer med like situasjoner, basert på likheter og ulikheter i de situasjonene og fenomenene vi erfarer. Ifølge Nortvedt & Grimen (2004) finnes det et stort antall begreper og termer knyttet til praktisk kunnskap, eksempelvis taus kunnskap, ferdighetskunnskap, fortrolighetskunnskap, intrasensitiv kunnskap, personlig kunnskap, intuitiv kunnskap, handlingskunnskap og hverdagskunnskap, for å nevne noen. De ulike termene overlapper delvis hverandre og fremhever ulike sider av praktisk kunnskap som fenomen (Nortvedt & Grimen 2004). Praktisk kunnskap er knyttet opp imot beherskelse av ferdigheter. Videre dreier praktisk kunnskap seg om kommunikasjons- og samhandlingsferdigheter, eksempelvis evne til å fange opp andre menneskers tanker og meninger, deres forståelse, formidlingsevne og ikke minst evne til samarbeid. Rent praktiske ferdigheter, i den mening å kunne stille en pasient eller beherske teknisk utstyr. Praktisk kunnskap deles inn i rasjonelle, manuelle og samhandlingsferdigheter karakterisert ved helhetlig handling. Læring og utvikling av praktisk kunnskap skjer gjennom trening. En kan ha praktisk kunnskap uten å ha teoretisk kunnskap, men ifølge Fagermoen (1993) henter den profesjonelle og kompetente sykepleier sitt handlingsgrunnlag i teoretisk kunnskap. Praktisk kunnskap dreier seg om to ting, hvor det ene handler om å vite hvordan og det andre om å kunne gjøre. Erfaringsbasert kunnskap er ifølge Fagermoen (1993) vesensforskjellig fra teoretisk og praktisk kunnskap fordi den er karakterisert ved å være individuell og opplevd. Kunnskapsformen oppstår som et resultat av menneskers møte med teoretisk kunnskap, erfaringer og møte med andre mennesker. Erfaringskunnskap er personlig og en del av det å leve som menneske. "Det dreier seg om å føle og bli berørt som menneske" (Fagermoen 1993, s. 39). Videre oppstår ikke de ulike kunnskapene for seg selv uten å være påvirket av noe annet, men de påvirker hverandre i et samspill. Den enkelte prøver ut sin kunnskap, gjør erfaringer og vurderer disse gjennom refleksjon. Refleksjonen er viktig, da erfaringen settes inn i en sammenheng, enten det er teoretisk og/eller praktisk kunnskap som anvendes. Dette gjør ifølge Fagermoen (1993) erfaringen til noe mer enn personlig. Den blir satt inn i en meningssammenheng og kan da formidles og deles med andre.

Folkehelsearbeid og klinisk sykepleie er fag som er helt avhengige av disse kunnskapsformene for å kunne utvikle både den kliniske og den vitenskapelige siden av faget. I sin fagutøvelse er sykepleieren og andre helsearbeidere avhengig av både teoretisk og praktisk kunnskap for å kunne utvikle praktiske ferdigheter og teori. Sammenhengene mellom de ulike kunnskapsformene kan illustreres med et sitat fra Aristoteles (350 f.Kr./1999)

”Klokskap har nettopp å gjøre med de menneskelige ting og de ting man kan overveie. For vi sier at det som fremfor alt er den klokes virke, er å overveie vel, men ingen overveier det som umulig kan være annerledes, og heller ikke de ting som ikke har noe mål, et mål som er et gode som etterstrebes i handling./.../ Klokskapen gjelder heller ikke bare det allmenne; den må også gi kjennskap til enkelttilfellene, for den gjelder handling og handlinger gjelder enkelttilfeller. Derfor er det også at noen uten viten kan være bedre til å handle enn andre som har viten, især gjelder dette erfarne” (s. 118).

Kombinasjon av flere perspektiver, datakilder, metoder og analyseformer

I denne avhandlingen kombineres flere vitenskapelige perspektiver gjennom folkehelsevitenskap og sykepleievitenskap i en holistisk-eksistensiell tilnærming. Forskjellige datakilder og forskningsmetoder anvendes i avhandlingen for å beskrive, utforske og tolke de ulike datakildenes syn på helse og det å fremme den eldre sykehuspasientens helse. Avhandlingen har kombinert ulike perspektiver, et folkehelseperspektiv og et sykepleieperspektiv, gjennom en teoretisk begrepsanalyse. Videre er det anvendt ulike kvalitative metoder for å utforske og beskrive ulike aspekter ved helse og å fremme helse. Det gir data fra ulike grupper informanter, henholdsvis eldre sykehuspasienter, sykepleiere og forskningsfunn/sykepleieteoretikere. Folkehelseperspektivet tar for seg grunnlaget for å fremme helse og ved å se på den eldre pasienten i et befolkningsperspektiv. Sykepleieperspektivet tar for seg det teoretiske fundamentet for helse, menneske og sykepleie, og danner således et utgangspunkt for å forstå og begrunne helsefremmende sykepleie teoretisk. Videre tar avhandlingen for seg 1) hvordan sykepleiere i sin praksis forstår helse og det å fremme helse, og 2) hvordan den eldre sykehuspasienten forstår og opplever helse, samt hvordan deres helse kan bedres. Og til slutt en uforskende studie hvor det søkes å skape en bevisstgjøring av sykepleiernes fokus på helse og å fremme den eldre sykehuspasientens helse gjennom refleksjonsgruppedialoger.

Mot et personlig forskningsdesign

Avhandlingen er kvalitativ, preget av en deskriptiv, utforskende og tolkende tilnærming, hvor det ontologiske ståstedet påvirker forståelsen. I en hermeneutisk-fenomenologisk og eksistensiell tilnærming er man interessert i å studere menneskets helse ikke bare i et naturvitenskapelig perspektiv, men også hvordan mennesket forstår seg selv, som et fritt og selvreflekterende vesen. Dette er en tilnærming som supplerer det naturvitenskapelige perspektivets bruk av nøytrale, stramme observasjoner og beskrivelser. Den hermeneutisk-fenomenologiske og eksistensielle tilnærmingen er en tilnærming hvor man heller er opptatt av en subjektiv og selvreflekterende forståelse (Barbosa da Silva, 2002). Denne forståelsen er videre knyttet til menneskets selvbevissthet, frihet, ansvarlighet, moralske bevissthet, eksistensielle livserfaringer, søken etter mening med livet og lidelsen. Forskningstilnærmingen handler om å undersøke spesielle og unike egenskaper hos mennesket, slik som motivasjon, intensjoner, verdier og skyldfølelse, søken etter hensikt eller mening, glede osv. Menneskets særegne grunnleggende egenskaper er kvalitative og kvantitative. Mennesket er unikt og bør derfor utforskes med metoder som er relevante i forhold til den enkeltes unikheter. Behovet for kvalitativ forskning kan ifølge Barbosa da Silva (2002) begrunnes med etiske argumenter. Det er ingen andre enn personen selv som presist kan beskrive egne erfaringer, for eksempel er det ingen annen som kjenner den smerten man har. Det vil derfor være etisk problematisk å vurdere eller bedømme en annens erfaringer. En konsekvens av det ontologiske ståstedet og avhandlingens vitenskapelige tilnærming er å undersøke begrepene helse, å fremme helse og den eldre sykehuspasienten i ulike perspektiver. Felles for både folkehelsevitenskapelig og sykepleievitenskapelig tilnærming er deres fokus på helse og det å fremme helse basert på en kunnskapsmessig og erfaringsmessig grunn.

Metode

Avhandlingen har en kvalitativ tilnærming til forskningsfeltet hvor folkehelseperspektivet og sykepleieperspektivet, ulike kvalitative metoder, analyseformer og datakilder anvendes. Det søkes etter et bredt empirisk grunnlag gjennom hovedsakelig en induktiv tilnærming (Polit & Hungler 1999 og Thomassen 2006). Forskningstilnærmingen preges av en grunnleggende holistisk-eksistensiell tenkning. Avhandlingens fire delstudier beskriver og utforsker helse og det å fremme helse med hjelp av ulike datakilder og metoder. Forskningsarenaen har vært medisinske avdelinger i et middels stort somatisk sykehus på Østlandet i Norge (tabell 1).

Tabell 1 Sammenfattende oversikt over delstudiene

Delstudie	Mål/hensikt	Datainnsamlings- metode	Informanter /datakilde	Analysemetode
1. A holistic-existential approach to health promotion. Scandinavian Journal of Caring Sciences. 2003; 17.	Beskrive og definere helsefremmende sykepleie i et holistisk-eksistensielt perspektiv.	Litteraturstudier	Travelbee (1971), Watson 1985), Hummelvoll (1995)	Begrepslig analyse og syntese
2. Hospitalized older peoples' views of health and health promotion. International Journal of Older People Nursing. 2006; 1, 1.	Beskrive hvordan eldre sykehuspasienter forstår helse og det som skal til for å bedre deres helse.	Kvalitative intervjuer	Ti eldre sykehuspasienter inneliggende på medisinsk avdeling.	Tematisk analyse med en hermeneutisk-fenomenologisk tilnærming.
3. A holistic approach to the promotion of older hospital patients' health. International Nursing Review. 2005; 52.	Beskrive hvordan sykepleiere i klinisk praksis forstår helse, å fremme den eldre pasientens helse og helhetlig sykepleie.	Feltmetode, deltagende observasjon og uformelle dialoger.	Fem sykepleiere i en infeksjonsavdeling, hvor fire deltok i uformelle dialoger.	Analyse med hermeneutisk tilnærming.
4. The diversity and complexity in promoting and empowering the old hospital patients health – exploring nurse's reflections An exploratory study. Submitted 2007	Belyse sykepleieres refleksjon om empowerment, helse og å fremme den eldre pasientens helse.	Refleksjonsgruppe-dialoger	To grupper med seks sykepleiere i hver gjennomførte tre dialoger, totalt seks dialoger.	Innholdsanalyse i fire trinn.

Datainnsamling

Delstudie 1 besto av en teoretisk-begrepslig analyse (Walker & Avant 1995) av begrepene menneske, sykepleie, helse og sykdom slik de beskrives og defineres hos tre holistisk-orienterte sykepleieteoretikere (Travelbee 1971, Watson 1985 og Hummelvoll 1995). Studien startet med et litteratursøk i databasene PubMed og Cinahl med søkeordene 'health promotion', 'preventive nursing functions' og 'public health nursing' og ga mange treff. De fleste artiklene hadde et fokus på gruppe- eller samfunnsnivå. Ytterligere litteratursøk med kombinasjonen av ordene 'health promotion' og 'prevention in nursing' med en holistisk-eksistensiell tilnærming ga få treff. Hensikten med litteratursøket var å få en oversikt over helsefremmende sykepleie. En oversiktsartikkel av Laffrey (1992) beskrev temaer og bidrag fra sykepleiere i forhold til helsefremmende sykepleie. Morgan & Marsh (1998) og Kim (2000) kritiserte sykepleiernes helsefremmende tilnærming for å være for ensidig biomedisinsk orientert. Parallelt med litteratursøket ble tekster av Travelbee (1971), Watson (1985) og Hummelvoll (1995) lest. Først i sin helhet, deretter mer fokusert på hvordan den enkelte teoretiker beskrev og definerte de aktuelle begrepene i studien, dvs. menneske, sykepleie, helse og sykdom.

I delstudie 2 ble ti eldre sykehuspasienter, fem kvinner og fem menn, intervjuet under sitt sykehusopphold. Intervjuene ble gjennomført som et kvalitativt forskningsintervju og varte fra ca. ½ time til 1 ½ time. Informantene ble bedt om å beskrive og fortelle om sine tanker om helse og hva som skulle til for å bedre deres helse. Intervjuene ble tatt opp på bånd og deretter skrevet ut ordrett. Alle intervjuene ble utført på sykehuset i nær tilknytning til den avdelingen den enkelte eldre var innlagt i.

I delstudie 3 skjedde datainnsamlingen gjennom deltagende observasjon og uformelle dialoger i en liten infeksjonsavdeling. Forskeren fulgte fem sykepleiere gjennom deltagende observasjon og hadde uformelle dialoger med fire av de samme sykepleierne i en periode på seks måneder. Observasjonssekvensene varierte fra to til fem timer, totalt atten observasjonsdager. Tidspunktene varierte mellom dagvakt og kveldsvakt med ulike tidspunkter for å få variasjon og bredde. Observasjonene ble systematisert med følgende struktur på feltnotatene: observasjonsnotater, metodenotater, teorinotater og personlige notater. Observasjonsnotater besto av hva forskeren så, hørte og luktet, handlinger og samtaler. Metodenotater dreide seg konkret om metode, refleksjoner rundt rolle, valg og

forskerpåvirkning. Teorinotater dreide seg om koblinger mellom observasjoner og teori som kunne være relevant å belyse. Personlige notater var forskerens egne refleksjoner som ikke direkte kunne settes inn i de andre formene for feltnotater. I tillegg opererte forskeren med analytiske spor, som kunne være grove kategorier eller temaer det kunne være relevant å følge opp i nye observasjoner eller se nærmere på gjennom teori. Feltnotatene ble gjort direkte i løpet av observasjonssekvensen der det var naturlig, i små pauser eller direkte etter observasjonssekvensen. Videre ble feltnotatene skrevet ut som tekst så snart som mulig etter observasjonene. Hensikten med dialogene var å utforske sykepleiernes forståelse av å fremme helse, helse og helhetlig sykepleie knyttet til den eldre sykehuspasienten, samt å utvide forskerens egen forståelse av observasjonene.

Delstudie 4 var en utforskende studie hvor begrepene empowerment, helse og å fremme helse ble presentert for de deltagende sykepleierne i en kort forelesning (ca. 30 min.). Videre fikk sykepleierne utvalgte vitenskapelige artikler og fagartikler, henholdsvis publiserte artikler studie 1 og 2, utkast til artikkel studie 3, norske fagartikler om empowerment (Walseth & Malterud 2005 og Sigstad 2004) og en vitenskapelig artikkel (Gibson, 1992) til gjennomlesning. Tanken bak dette var å gi en teoretisk forberedelse og skape en felles plattform. Den forberedende fasen presenterte begrepene ut ifra tre forskjellige perspektiver, henholdsvis et holistisk-eksistensielt influert teoretisk, et klinisk sykepleieinfluert og et influert av eldre sykehuspasienters perspektiv. Datamaterialet besto av tre refleksjonsgruppedialoger for hver av to grupper sykepleiere innspilt på bånd og deretter skrevet ut til tekst. Dialogene varte i 1 ½ til 2 timer med ca. en måneds mellom. Refleksjonsgruppedialogene ble gjennomført etter prinsipper fra fokusgruppeintervjuer (Morgan 1990 og Fulton 1997), hvor en moderator styrte dialogene sammen med en assistent. Sykepleierne ble utfordret og oppfordret til å reflektere over begrepene og knytte dem til egen praksis.

Informanter og utvalg

I den første studien er utvalget knyttet til sykepleieteorier med et bestemt teoretisk grunnlag, dvs. en holistisk-eksistensiell tilnærming, og de skulle være kjent i norsk sykepleiepraksis. Utvalget av sykepleieteoretikere kunne vært utvidet til å omfatte flere teorier, men de valgte teoriene ble funnet hensiktsmessige. Valget av Hummelvoll (1996) ble gjort basert på en

norsk/nordisk tilknytning og forfatterens holistisk-eksistensielle tilnærming. Hummelvoll (1996) hevder selv at det er en modell for psykiatrisk sykepleie, men det er rimelig å hevde at hans arbeider har et teoretisk preg. Watson (1989) selv hevder hun presenterer en teori, mens Travelbee (1971) blir vurdert og presentert av andre som en teori (Kirkevold 1998).

I delstudie 2 deltok ti (N=10) eldre sykehuspasienter. Utvalget besto av fem menn og fem kvinner inneliggende på medisinske avdelinger. De hadde ulike bakgrunn, noen kom fra by og noen fra landsbygda. Noen var enker, noen gift eller skilt. Alle hadde mer enn én medisinsk diagnose eller en blanding mellom medisinske og kirurgiske problemstillinger, men ingen hadde kjente maligne lidelser. Felles for informantene var en svekkelse i deres helse som hadde resultert i en sykehusinnleggelse. De hadde alle tidligere erfaringer med sykehusinnleggelser. Utvalget av informanter ble gjort hensiktsmessig etter følgende kriterier: alder over 70 år, inneliggende på medisinsk avdeling i minst tre dager, være i fysisk og psykisk stand til å la seg intervju og gi sitt skriftlige informerte samtykke.

I delstudie 3 ble flere medisinske avdelinger ved et sykehus forespurrt, men det var kun en infeksjonsmedisinsk avdeling som sa seg villig til å delta. Valget av sykehus ble gjort av praktiske hensyn for forskeren med tanke på tilgang til feltet. En begrunnelse var kjennskap til viktige nøkkelinformanter (eksempelvis oversykepleier, avdelingssykepleiere og andre sykepleiere, såkalte gatekeepers). Fem (N = 5) sykepleiere, fire kvinner og en mann, ble fulgt gjennom deltagende observasjon, mens fire (N = 4) av de samme fem deltok i de uformelle dialogene. De deltagende observasjonene fokuserte på å beskrive helsefremmende aktiviteter, formen på disse aktivitetene og grunnleggende forutsetninger for sykepleiernes helsefremmende arbeid. Mens de uformelle dialogene handlet om hvordan den enkelte sykepleier forsto helse, det å fremme helse og deres tanker om helhetlig sykepleie. Den siste av de fem ønsket ikke å delta i en uformell dialog. Alle sykepleierne hadde mer enn fire års erfaring som sykepleiere. Sykepleierne deltok frivillig og ga sitt skriftlige informerte samtykke etter å ha fått muntlig og skriftlig informasjon om prosjektet.

I delstudie 4 deltok tolv (N = 12) sykepleiere i to grupper med seks (N=6) i hver gruppe. Utvalget ble utført hensiktsmessig. Hensikten var å innhente brede og rikholdige data fra sykepleiere med ulike bakgrunn og funksjon i sitt profesjonelle virke. Gruppe 1 besto av sykepleiere fra forskjellige avdelinger og enheter. De hadde alle spesialfunksjoner eller ansvar for enten fagutvikling i avdelingen/enheten eller var deltagere i et spesialteam. Fire av

sykepleierne hadde spesialutdanning enten i anestesi, intensiv eller onkologi. De to siste hadde pedagogisk etterutdanning eller var i gang med slik utdanning. Alle sykepleierne hadde mer enn fem års erfaring som sykepleier. Sykepleierne i denne gruppen kjente hverandre delvis. To av dem arbeidet i samme avdeling, mens to andre jobbet sammen i et smerteteam. Gruppe 2 besto av sykepleiere fra en infeksjonsmedisinsk avdeling. Denne gruppen kjente hverandre godt siden de jobbet sammen i det daglige. To av sykepleierne i denne gruppen hadde spesialutdanning i klinisk sykepleie. I denne gruppa hadde alle sykepleierne mer enn fire års erfaring som sykepleier. Alle sykepleierne ble rekruttert gjennom en forespørsel og påfølgende muntlig og skriftlig informasjon før de ga sitt skriftlige informerte samtykke.

Analyse

Analysen i de fire delstudiene bygger på den kvalitative forskningstradisjonen og en hermeneutisk-fenomenologisk tilnærming. Det er anvendt fire analyseformer, henholdsvis teoretisk-begrepslig analyse og syntese (Walker & Avant 1995), tematisk analyse med av kvalitative intervjuer (Van Manen 1997), analyse i tre trinn av feltnotater og uformelle dialoger (Hummelvoll & Severinsson 2001) og innholdsanalyse i fire trinn av refleksjonsgruppedialogene (Graneheim & Lundeman 2004).

Analysen i delstudie 1 er gjort på to nivåer: 1) i forhold til de enkelte begrepene, dvs. menneske, sykepleie, helse og sykdom basert på hvordan Travelbee (1971), Watson (1985) og Hummelvoll (1995) definerer og beskriver begrepene, og 2) en syntese av begrepene. De valgte sykepleieteoretikernes tekster ble først lest i sin helhet. Dette for å få en oversikt over og forståelse av den enkelte teoretikers filosofiske og teoretiske utgangspunkt slik det uttrykkes gjennom de valgte begrepene. Hver enkelt tekst ble gjennomlest flere ganger parallelt med begrepsanalysen og syntesen. Videre ble begrepene sammenlignet med tanke på likheter og ulikheter mellom teoretikerne. Til slutt ble begrepene koblet sammen gjennom syntesen som førte fram til den stipulative definisjonen av helsefremmende sykepleie støttet av fem grunnleggende forutsetninger.

I delstudie 2 var Van Manen (1997) utgangspunktet for analysen av de kvalitative intervjuene med de ti eldre sykehuspasientene. Hvert enkelt intervju ble gjennomlest flere ganger for å få en oversikt over helheten, dvs. en helhetlig tilnærming hvor en ønsker å få fram informantens

levde erfaringer (Van Manen 1997 og Hall 2004). Videre gjennomgikk intervjuene en kondensering ved å belyse sentrale deler av intervjuetekstene gjennom å bruke forskningsspørsmålene. Dette var en refleksjonsprosess hvor en ser etter mening i tekstene. Basert på denne refleksjonsprosessen trekkes så ut essensielle temaer. En videreføring av refleksjonsprosessen var så å skape en preliminær temaliste ved å knytte sammen tematisk like formuleringer som var relevante i forhold til forskningsspørsmålene. Analysen fortsatte videre med en refleksjon over temaene sett i forhold til hvert enkelt intervju og forskningsspørsmålene. Gjennom en induktiv prosess dannet de preliminare temaene et utgangspunkt for et hierarki bestående av essensielle temaer, temaer og subtemaer. Prosessen kan beskrives som en kreativ prosess hvor funnene trer fram som et resultat av en intuitiv og refleksiv skriveprosess (Van Manen 1997). Hele forskningsprosessen besto av en veksling mellom lesing, gjenlesing av intervjuene, belysing av intervjuene i forhold til konteksten, skriving og atter skriving, for å komme opp imot et høyere abstraksjonsnivå. Prosessen ble avsluttet med å bekrefte det tematiske hierarkiet med støtte fra sitater fra intervjuetekstene.

Grunnlaget for analysen i delstudie 3 var tekster skapt gjennom deltagende observasjon av og uformelle samtaler med sykepleiere. Å skape data er ifølge Heggen & Fjell (1998) ikke å samle og finne data, men å konstruere data. Dataskapingsprosessen er ifølge Hummelvoll & Severinsson (2001) en kontinuerlig aktiv prosess preget av dialog og interaksjon mellom forsker og deltagende sykepleiere. Denne prosessen vekslet mellom observasjoner, skriving av feltnotater og tekster, uformelle dialoger med sykepleiere og analyse av tekstene. Analyseprosessen startet under nedtegnelsen av feltnotater, da feltnotatene hadde sin bestemte struktur (bestående av observasjons-, metode-, teori- og personlige notater) (Burgess 1991, Taylor & Bogdan 1998). Den transformerte teksten ble analysert med kvalitativ innholdsanalyse og tolket hermeneutisk på tre nivåer: 1) gjennomlesning av teksten for å få en oversikt over temaene, 2) systematisk utskilling av sentrale mønstre og 3) belysing mønstrene med eksempler fra teksten (Hummelvoll & Severinsson 2001).

I delstudie 4 ble tekstene fra refleksjonsgruppedialogene analysert med tematisk innholdsanalyse i fire trinn (Graneheim & Lundeman 2004). Analysen beskrives som en tolkningsprosess hvor forskeren betrakter teksten i lys av konteksten (Larsson et. al 2004). Hver enkelt refleksjonsdialog representerte en tekst, totalt seks tekster. I første trinn ble tekstene lest flere ganger for å få en oversikt. Først over den enkelte refleksjonsgruppedialog, deretter den enkelte gruppes dialoger og til slutt alle dialogene, for å få en helhetlig oversikt. I

trinn to ble den enkelte tekst delt inn i meningsenheter. En meningsenhet kan bestå av noen få ord, en setning eller en mening som uttrykker et felles utsagn, en holdning eller idé. Meningsenhetene ble videre kondensert og abstrahert, og navngitt som en kode. I det tredje trinnet ble kodene sortert i seks subkategorier og to kategorier basert på likheter og ulikheter. Kategoriene og subkategoriene representerer det manifeste innholdet i tekstene. I analysens fjerde trinn ble et tema formulert gjennom en refleksjons- og diskusjonsprosess i forskergruppa. Temaet uttrykker den underliggende meningen i teksten, det latente innholdet (Graneheim & Lundeman 2004).

Etikk

Etiske retningslinjer for sykepleieforskning i Norden (2003) er fulgt i denne avhandlingen. Da avhandlingens studier ikke innebar noen form for terapeutisk intervensjon, har kun delstudie 2 vært inne til vurdering i den Regionale etiske komiteen for medisinsk forskning. Det har heller ikke vært aktuelt med datatilsyn da det ikke er opprettet noen former for dataregister. Alle informantene i avhandlingen har avgitt sitt skriftlige informerte samtykke, det betyr at de har fått skriftlig og muntlig informasjon om deltagelse i en studie, de har fått betenkningstid og deretter gitt sitt skriftlige samtykke. Ledelsen ved det aktuelle sykehuset aksepterte gjennomføringen av forskningsprosjektene med krav om at det ikke skulle koste noe økonomisk for sykehuset, og de ønsket eventuelle publikasjoner om forskningsprosjektene.

I forhold til delstudie 2 kom forskeren opp i en situasjon hvor prosedyren for rekrutteringen av informanter gikk ut på å la det gå litt tid mellom informasjon og spørsmål om deltagelse i forskningsprosjektet. Det viste seg at forskeren måtte spørre 40 personer før 10 var rekruttert. Mange av de forespurte eldre sa spontant ja, for så å si nei ved andre gangs kontakt da den faktiske forespørselen kom. Det er flere mulige forklaringer på dette, deriblant at noen faktisk hadde fått tenkt seg grundig om og brukte sin mulighet til å si nei, at de ved å få betenkningstid følte at deltagelse ble for alvorlig. Uansett hvilken grunn de hadde, er det viktig å gi informanter tid til å tenke over informasjon om deltagelse i et forskningsprosjekt. Det ville være fristende når man har begrenset med tid i et forskningsprosjekt, å gripe muligheten når informanten sier ja. I denne situasjonen kan en stille spørsmål om informanten gir sitt reelle informerte samtykke. I hvilken grad gir informanten sitt skriftlige informerte

samtykke etter å ha fått en kort muntlig informasjon og en skriftlig informasjon de ikke får lang tid til å lese?

Når det gjelder delstudie 3 ble personalet informert om feltstudien under et avdelingsmøte, men det er mulig at det var personer som ikke var til stede under dette møtet. I en observasjonsstudie kan forskeren gjøre observasjoner som kan gi etiske og faglige dilemmaer. I denne studien kom ikke slike problemstillinger opp, men dette er noe man må forberede seg på (Heggen & Fjell 1998).

I presentasjonen av forskningsfunn i feltet kan forskeren komme opp i dilemmaer hvor en balansere mellom å beskrive slik en ser det, og det å ikke såre involverte personer. Forskerens integritet kan bli satt på prøve i en slik sammenheng. Implementeringen av forskningsfunn pålegger forskeren et ansvar for at man setter i gang forsvarlige prosesser med tanke på faglig og etiske forsvarlig innhold. Forskeren må også være bevisst på at eget engasjement i avdelingen og forskningsprosjektet er av begrenset varighet. Delstudie 4 kan ha igangsatt endringsprosesser som gir utilsiktede endringer, og implementering av forskningsfunn bør derfor vurderes med tanke på om de er nyttige for dem det gjelder, og for samfunnet.

Videre har forskeren et ansvar for å ivareta den enkelte informants integritet og anonymitet gjennom beskrivelsen av forskningsfunnene. Forskeren har også ansvar for at datamaterialet oppbevares forsvarlig, dvs. at alle lydbåndopptak er nedlåst. Utskrifter av intervjuer er anonymisert slik at informanter ikke kan gjenkjennes. Det er sannsynlig at den enkelte informant vil kunne kjenne igjen sitater fra sitt intervju, noe som i så fall kan styrke datamaterialets legitimitet.

Et viktig prinsipp i all forskning er å ikke skade noen. Tematikken i denne avhandlingen ser tilsynelatende ufarlig ut, men kan for sykepleiere og de eldre være alvorlig nok. Delstudie 3 og 4 kan være med på å få fram eller sette i gang prosesser forskeren ikke har oversikt over.

Når det gjelder delstudie 2, så hadde forskeren tilgang på støttepersonell. Det viste seg i ettertid at en av de eldre pasientene hadde en livssituasjon og en sykdomstilstand som tilsa at vedkommende ikke burde vært intervjuet. Dette ble klart underveis i intervjuet, men forskeren valgte å gjennomføre intervjuet. Vedkommende informant ga uttrykk for at intervjuet gikk greit, men under utvelgelse av informanter bør forskeren være tydelig på hvilke utelukkelseskriterier man skal følge hvis andre skal vurdere informanter for forskeren.

Validitet og troverdighet

En viktig intensjon og målsetting i all forskning er å formidle et sikkert og sannferdig bilde av den virkeligheten forskningen dreier seg om. Hva et troverdig og sannferdig bilde er, vil være avhengig av forskerens ontologiske ståsted, forskningsfeltets karakteristika, problemstilling og den valgte forskningsmetodens relevans. Forskerens bevissthet om eget forskningsprosjekt kalles perspektivbevissthet. Ifølge Larsson (1994) har perspektivbevissthet betydning for kvaliteten på forskningen, fordi det innbefattet i forskningsprosjektet bør være en samstemmighet mellom sentrale problemstillinger, datainnsamlingsmetoder og analyseteknikker.

Kvale (1997) beskriver den vitenskapelige treenighet ved begrepene validitet, reliabilitet og generaliserbarhet. Validitet da i vid forstand, forstått som at den valgte forskningsmetoden undersøker det den var ment å skulle undersøke. Reliabilitet i kvalitativ metode kan ses ved å vurdere forskerens nøyaktighet enten i gjennomføringen av intervjuer eller det dreier seg om deltagende observasjoner med tanke på det undersøkte fenomen eller tema. Kvale (1997) beskriver tre former for generalisering: naturalistisk, statistisk og analytisk. I en naturalistisk generalisering bygger man på personlige erfaringer.

"Den hviler på stilltiende kunnskaper om hvordan ting er, og gir forventninger heller enn formelle forutsigelser. Den kan også uttrykkes i ord, og dermed gå fra å være stilltiende kunnskap til å bli eksplisitt, konkret kunnskap" (Kvale 1997, s. 161).

En statistisk generalisering er formell og eksplisitt. Grunnlaget for generaliseringen er basert på et tilfeldig utvalg og kvantifisering av funnene. Kvantifiseringen brukes videre til statistiske beregninger og generalisering. En analytisk generalisering innebærer at man gjennom en begrunnet vurdering av hvorvidt forskningsfunnene fra en studie kan overføres til å kunne forutsi noe om en annen situasjon. Den analytiske generaliseringen baserer seg videre på eventuelle likheter og ulikheter mellom de to situasjonene.

Det er en diskusjon omkring bruken av begrepene validitet, reliabilitet og generalisering innen kvalitativ forskning, og det finnes flere kriterier og retninger. Kvale (1997) hevder at enkelte kvalitative forskere avviser eller ignorerer begrepene validitet, reliabilitet og generaliserbarhet med argumentasjon om at begrepene er undertrykkende positivistiske begreper som begrenser kvalitativ forskning. Uansett ståsted er det viktig også i kvalitativ forskning å etterstrebe stringens og struktur (Guba & Lincoln 1985). Guba & Lincoln (1985) bruker vanlige språkuttrykk i sin diskurs om forskningsfunnenes sannhetsverdig, ved å bruke ordene

troverdighet, tilforlidelighet, sikkerhet og bekreftbarhet. Et annet eksempel er Sandelowsky (1986), som bruker lignende ord. Begrepene troverdighet, overførbarhet, granskbarhet og bekreftbarhet (Sandelowsky 1986) blir sett på som kvalitetskriterier i kvalitativ forskning tilsvarende kriterier for intern validitet, objektivitet og generalisering i kvalitativ forskning. Troverdighet innebærer en så nøyaktig beskrivelse eller tolkning som mulig av menneskenes utsagn eller erfaringer slik at de samme personene kan kjenne seg igjen. Troverdighet kan også innebære at andre kan kjenne seg igjen om de skulle få den samme erfaringen. Overførbarhet dreier seg om hvorvidt studiens funn kan passe inn i andre kontekster, og om den kan tilpasses eller være meningsfull for andre som et eksempel på den levde erfaringen. Dette kan gjøres ved å se funnene i en teoretisk sammenheng. En tolker egne funn og teorier og kobler dem opp imot andres funn og teorier, noe Kvale (1997) beskriver som å validere gjennom å teoretisere. Granskbarhet handler om å beskrive forskningsprosessen på en slik måte at andre forskere kan følge prosessen som fører fram til funnene. Bekreftbarhet oppnås når de tre andre kriteriene er oppfylt. Sandelowskys (1986) kvalitetskriterier for kvalitativ forskning og Kvales (1997) forståelse av validitet, reliabilitet og generalisering har flere likheter. De enkelte termene innebærer muligens alene ulike aspekter ved forskningsfunnenes kvalitet, men i sum dreier de seg om kriterier for å kunne vurdere hvorvidt forskningsfunnene er av god kvalitet.

Funn

Funnene presenteres i forhold til den enkelte delstudie, og til slutt ses de i en sammenheng.

Beskrivelse av og definisjon av helsefremmende sykepleie i et holistisk-eksistensielt perspektiv

Det er mange likheter i de tre teoretikernes forståelse av og i deres menneskesyn, mens forskjellene mellom teoretikerne er små nyanser i hvilke ord som brukes. Travelbee (1971) og Hummelvoll (1995) beskriver menneskets interaksjon med miljøet rundt, noe Watson (1985) ikke gjør i sin teori. Watson (1985) understreker betydningen av omsorg, og teorien kombinerer det vitenskapelige perspektivet med et humanistisk perspektiv. Hummelvolls (1995) holistisk-eksistensielle modell omfatter en holistisk-eksistensiell tilnærming og bruk av et humanistisk perspektiv. Felles for de tre teoretikerne er deres grunnleggende humanistiske, holistiske og delvis eksistensialistiske tilknytning, noe som viser seg i deres forståelse av mennesket.

I forhold til sykepleie beskriver og argumenterer Watson (1985) for en sykepleie som en omsorgsvitenskap, mens Travelbee (1971) og Hummelvoll (1995) i større grad definerer og beskriver hva sykepleie er. Felles er synet på at sykepleie er omsorg og omsorgsassistanse, men fokuset varierer noe. Travelbee (1971) betrakter sykepleie som en interpersonlig prosess, hvor målsettingen er å støtte individets mestring av erfaringer med sykdom og lidelse. Watson (1985) har i sin omsorgsvitenskap fokus på å stimulere den enkeltes helsepotensial. Hummelvoll (1995) forstår sykepleien som planlagte omsorgshandlinger hvor hensikten er å styrke klientens muligheter til egenomsorg.

De tre undersøkte teoretikernes forståelse av helse er noe ulik, noe som får følger med tanke på hvordan de presenterer og forklarer helse i forhold til sykepleie. Travelbee (1971) forholder seg til WHO's definisjon av helse. Watson (1985) og Hummelvoll (1995) vektlegger hvordan den enkelte erfarer og forstår sin helse. Helse forstås i tråd med deres humanistiske tilnærming både som et subjektivt og et dynamisk begrep, i den mening at helse er noe mer enn fravær av sykdom og uforhet. Helse omhandler individets følelse av velvære og vøren, en opplevelse av å være en integrert helhet.

I forhold til sykdom hadde teoretikerne en forståelse av sykdom knyttet til distinksjonen mellom 'disease' og 'illness'. Travelbee (1971) forholder seg til termen illness og fokuserer på individets reaksjon og hvordan det tolker erfaring meningsfullt. Watson (1985) og Hummelvoll (1995) forholder seg til distinksjonen i sykdomsbegrepet.

Analysen av og syntesen av begrepene menneske, sykepleie, helse og sykdom førte fram til en stipulativ definisjon av helsefremmende sykepleie med en holistisk-eksistensiell tilnærming.

"Helsefremmende sykepleie er planlagte sykepleiehandlinger utformet for å møte individets, familiens eller samfunnets behov for å mestre daglige eller fremtidige helseutfordringer. Sykepleiehandlinger er basert på en holistisk-eksistensiell tilnærming hvor mennesket ses som autonomt og i stand til å utvikle sin egen evne til empowerment for å mestre sine helseutfordringer. Sykepleieren har kunnskaper i å hjelpe individer, familien eller samfunnet, i å støtte utviklingen og i bruken av empowerment i helsefremmende prosesser. Målet i sykepleien er å støtte menneskers behov for kunnskap og praktisk hjelp i den hensikt å mestre erfaringer med sykdom og lidelse, for der igjennom å fremme helse."

Definisjonen støttes av fem grunnleggende forutsetninger som i kombinasjon danner et mulig teoretisk utgangspunkt for en helsefremmende sykepleie med en holistisk-eksistensiell tilnærming.

1. Sykepleien preges av en grunnleggende positiv og respektfull holdning til menneskets verdi, liv, integritet, autonomi, rettigheter og muligheter.
2. Sykepleien karakteriseres ved en holistisk tilnærming.
3. Sykepleien har et multidimensjonalt syn på helse og sykdom, hvor fokuset er på individets erfaringer og opplevelse og individet i en sosial kulturell kontekst.
4. Sykepleien kan karakteriseres ved en eksistensiell tilnærming som fokuserer på menneskets væren i verden, deres forståelse av sin væren og meningen i deres erfaringer. Essensielt i dette er dialogen mellom individet og sykepleieren.
5. Folkehelseperspektivet bidrar med strategier, kunnskap og fokus på helse. De helsefremmende strategiene og begrepet empowerment er viktige aspekter.

Eldre sykehuspasienters beskrivelse og forståelse av helse og det som skal til for å bedre deres helse

Funnene presenteres i forhold til to essensielle temaer hvor det ene beskriver helse og det andre det som gjør den eldre sykehuspasientens helse bedre. De essensielle temaene er igjen delt inn i tre temaer og videre i subtemaer.

Helse betyr å være i stand til ...

Det essensielle temaet 'å være i stand til...' består av tre interrelaterte temaer: 'å være den personen jeg er, pleier å være eller vil være', 'å gjøre det jeg ønsker å gjøre, pleier å gjøre eller liker å gjøre' og 'å kjenne seg vel og å ha krefter'.

Å være i stand til å være den personen jeg er, inneholder subkategoriene en levende person, en betydningsfull person og en anvendbar person. Familie og sosialt nettverk har en betydning fordi det er med på å skape og bekrefte den Eldres identitet og dermed også en følelse av tilhørighet. Det betyr også et sikkerhetsnett for den gamle, i den mening at noen kan gi omsorg, men også noen å ha omsorg for. Dette bekrefter igjen den Eldres følelse av å være betydningsfull, samt at man fortsatt kan brukes til noe som er viktig for andre. Temaet bekrefter den Eldres følelse av å være et levende sosialt vesen og en del av samfunnet.

Temaet å være i stand til å gjøre er knyttet til å klare seg sjøl og å bo hjemme, altså å være et selvstendig menneske. Å gjøre var knyttet til ulike aktiviteter som husarbeid, hagearbeid, kle på seg og vaske seg sjøl, være barnevakt eller andre daglige aktiviteter. Å kunne ta vare på seg sjøl fungerer som en intern eller ekstern bekreftelse for den gamles opplevde helse. Evnen til å ta vare på seg sjøl var for informantene i denne studien viktig med tanke på hvorvidt de kunne bo hjemme eller ikke. Å bo hjemme representerer deres røtter, livshistorie, integritet, identitet og sosiale liv. Det gir et meningsfullt liv å kunne gjøre ulike aktiviteter som er meningsfulle for dem, og særlig i sitt eget hjem.

Temaet å føle seg vel og å ha krefter er avhengig av og påvirket av det to andre temaene, samtidig som det også påvirker de to andre temaene. De eldre assosierte helse med å kjenne seg vel og å ha krefter. Følelse av velvære kunne være situasjonsbetinget eller mer generelt, eller det kunne være tidsavhengig. Videre er temaet knyttet til opplevelse av å kjenne seg betydningsfull og nyttig, eller at man kan gjøre det som er viktig for en. Å kjenne krefter eller styrke er en del av å kjenne velvære og kan være en bekreftelse på den gamles følelse av å ha

helse. I de eldre pasientenes perspektiv erfares helse når man opplever å være den personen man mener man er, og i stand til å kunne gjøre det man ønsker. I en interaktiv sammenheng skaper og forsterker disse to temaene en følelse av velvære og styrke. Videre er å ha styrke en bekreftelse på å kjenne seg som den personen man er, og det er en nødvendighet for å kunne være i stand til å gjøre det man ønsker.

Å fremme helse betyr å bli i stand til gjennom ...

Det essensielle temaet knyttet til å fremme helse innebærer i de eldre sykehuspasientenes perspektiv 'å bli i stand til gjennom...', og består av de tre temaene 'å bli sett som den personen man er', 'informasjon og kunnskap' og 'håp og motivasjon'. Å bli i stand til er både en indre faktor for motivasjon og en ytre ressurs i den mening at det stimulerer den eldre til å engasjere seg i sin egen helsefremmende prosess.

Å bli sett som den personen jeg er, inneholder subtemaene bekreftelse, respekt, bli spurt og være aktiv. Bekreftelse innebærer en bekreftelse av den Eldres kompetanse og å bli møtt som en person med behov for hjelp og omsorg. Det er også en bekreftelse av egen helse enten via andre eller egen opplevelse som stemmer med den Eldres egen opplevelse av velvære eller ikke. Å føle seg sett, bekreftet og møtt som den personen man er i den tilstanden man selv mener og oppfatter man er i, gir den eldre en følelse av respekt. Respekt forsterkes videre av å bli spurt enten for å gi informasjon om egen oppfattelse av situasjonen eller om hva man vil gjøre. Å bli aktivisert i forhold til sin personlighet, integritet og helsetilstand ble av de eldre sett på som en del av grunnlaget for å forbedre egen helse.

Å fremme helse gjennom informasjon og kunnskap inneholder subtemaene diagnose og behandling, ressurser og tillit. Hvordan man forstår og oppfatter situasjonen man er i, var ifølge informantene en grunnleggende faktor for å fremme helsen. Informasjon og kunnskap var viktig for å kunne forstå situasjonen og vite hvordan en skulle forholde seg til sin situasjon, og dermed ses det som en viktig ressurs i den helsefremmende prosessen. Tillit oppfattes som sentralt i forholdet mellom den eldre pasienten og sykepleiere. Tillit hadde en positiv innflytelse på tilfriskningen, men det ble også pekt på at tillit kan brytes ned fort. Subtemaene påvirker hverandre og gir forståelse og meningsinnhold i situasjonen, noe som igjen fører til forutsigbarhet og kontinuitet, og i neste omgang til at den eldre bedrer sin helse gjennom en 'istandgjøringsprosess'.

Håp og motivasjon inneholder subtemaene støtte, stimulering og å komme hjem. Støtte og stimulering ble forstått som helsefremmende faktorer, mens å komme hjem ble forstått som et mål for de eldre sykehuspasientene. Støtte fra sykepleier eller pårørende var en viktig faktor i å kjenne at helsen bedres. Å bli stimulert handlet om praktisk assistanse og oppmuntring i mobiliseringen eller til egenomsorg. Motivasjon kunne også være i form av små oppmuntringer knyttet til små positive fremskritt. Å komme hjem var en sterk motivasjonsfaktor for informantene. Det er en interrelasjon mellom å ha håp og motivasjon. Informantene hadde å komme hjem som et viktig mål, og det fungerte som en viktig motivasjonsfaktor i rekonvalesensen og til å holde ut sykehusoppholdet. For noen av informantene ga det en motivasjon til å tåle smerter og lidelse under opptreningen. Å komme hjem ble sett som en bekreftelse på at man gjenvinner sin helse, sitt funksjonsnivå og sin status. Å komme hjem fungerte som et sentralt mål fordi det skapte motivasjon for informantene knyttet til organisering av deres dag, mestring av situasjonen og hvordan de tilpasset seg sin situasjon.

Sykepleiere i klinisk praksis slik de forstår helse og det å fremme den eldre sykehuspasientens helse

Funnene er delt i to hoveddeler basert på 1) de uformelle dialogene og 2) deltagende observasjon av sykepleierne.

Meningen i å fremme helse sett i forhold til helse og helhetlig sykepleie

I de uformelle dialogene beskrev sykepleierne en forståelse av å fremme helse som var koblet sammen med deres forståelse av helse og helhetlig sykepleie. Dialogene avdekket to ulike syn: det biomedisinske og det holistiske sykepleiesynet. Sykepleierne var påvirket av disse to synene og pendlet mellom dem avhengig av situasjonen og involverte personer, altså hvilken kontekst de var i. De understreket betydningen av sitt helhetlige menneskesyn ved å møte den eldre pasienten som en person med identitet, integritet og autonomi, en tilnærming til pasienten vist gjennom å møte den eldre med reell interesse for vedkommendes historie, erfaring og forståelse av sin situasjon. Hensikten var å skape et godt og meningsfullt sykepleier–pasient-forhold, preget av gjensidighet og respekt.

Sykepleierne beskrev et tosidig forhold eller en ambivalens i sin forståelse av helse, noe som viste seg i deres forhold til å fremme helse. Sykepleiernes forståelse og tolkning av å fremme helse var påvirket av et biomedisinsk fokus på diagnoser og behandling. Det var enklere for sykepleierne å diskutere helse i forhold til sykdom, behandling og forebygging av komplikasjoner enn å diskutere det å fremme pasientens helse. Sykepleiernes forståelse av helsefremmende var knyttet til tilrettelegging av pasientens muligheter til å mestre erfaringene med sykdom gjennom ivaretagelse av grunnleggende behov. Forholdet til og forståelsen av helhetlig sykepleie kan beskrives som virkelighetsnær og pragmatisk. I det daglige prioriterer sykepleierne sin tid og sine handlinger i forhold til pasientens tilstand og situasjon. Holistisk sykepleie slik det forstås av sykepleierne, er å hjelpe pasienten til å mestre og til å gjenvinne sin egenomsorg dersom det er mulig. Sykepleierne hadde en type pragmatisk tilnærming i sitt fokus, avhengig av situasjonen og hvilke aspekter pasienten fokuserte på.

Forutsetninger for helsefremmende sykepleie

Forutsetninger i denne sammenhengen er faktorer som direkte eller indirekte påvirket helsefremmende sykepleie i avdelingen. I de deltagende observasjonene, gjennom dataskapingen og den tolkende analysen trådte tre mønstre eller forutsetninger fram: 1) venting, venting og venting, 2) en mester i å gå på line og 3) profesjonell klinisk kompetanse. Venting, venting og venting fremsto tidlig som et sentralt mønster. I sykehuset ser det ut til at mange venter enten på noen eller at noe skal skje. Sykepleierne ventet på legen, andre helsearbeidere, pasienten eller pasientens pårørende, eller de ventet på at pasienten skulle bli bedre. I noen situasjoner ble ventingen brukt til å gjøre andre ting, mens i andre situasjoner ventet sykepleierne bare på for eksempel legen. Enkelte ganger en frustrerende venting, med påfølgende påvirkning av kommunikasjonen imellom sykepleier og lege. Venting i uklare og usikre situasjoner oppleves som svært stressende for de involverte. Sykepleiernes håndtering av ventingen var avhengig av konteksten, arbeidspresset og deres erfaring.

Mester i å gå på line forstås som en nødvendig ferdighet i en konstant skiftende arbeidssituasjon. Sykepleierne møter i sin hverdag ulike situasjoner av både kompleks og sammensatt karakter. Eksempelvis kan en sykepleier i denne avdelingen møte pasienter i alle aldre og en blanding av medisinske, kirurgiske og infeksjonsmedisinske problemstillinger hos pasientene. En kontekst preget av interaksjon mellom ulike opplevelser, mål, virkelighetsoppfatninger, forventninger og fokus. Sykepleierne må balansere mellom ulike virkelighetsoppfatninger som pasientens forventninger og behov, legens tilnærming og egen sykepleieprofesjonalitet. Dette ble tolket som en delikat balanse mellom sykehusets forpliktelse, en biomedisinsk behandlingstilnærming, pasientens individuelle behov og forventninger og sykepleiernes holistiske tilnærming. En nødvendig hårfin balanse, en forutsetning og ferdighet for sykepleiernes muligheter til å jobbe generelt og mer spesifikt eksempelvis med å fremme pasientens helse.

Profesjonell klinisk kompetanse ble forstått som en nødvendighet i en konstant skiftende arbeidssituasjon. I denne sammenhengen forstås profesjonell kompetanse som personlige ferdigheter/evner til å møte varierende, skiftende og komplekse pasientsituasjoner. Denne kompetansen er nødvendig for sykepleierne i denne avdelingen for at de skal kunne møte de dynamiske og stadige skiftninger i situasjoner.

De viktigste funnene i denne studien var at sykepleierne balanserer mellom ulike tilnærminger ved å være mestre i å gå på line og ved å ha profesjonell klinisk kompetanse. Sykepleiernes arbeidssituasjon var preget av stadige endringer, noe som påvirker deres forutsetninger for å kunne utøve sykepleie og fokusere på å fremme helse.

Sykepleiernes refleksjoner om empowerment, helse og å fremme den eldre sykehuspasientens helse

Funnene fra delstudie 4 presenteres i to hoveddeler, en del beskriver kort refleksjonsdialogene og en del beskriver resultater fra analysen av refleksjonsgruppedialogene. Funnene fra refleksjonsgruppedialogene er strukturert i et tema knyttet til tekstenes latente innhold: 'mangfold og kompleksitet preger å fremme og empower den eldre sykehuspasientens helse', og i to kategorier: 'balansering av sykepleiemakt og pasientmakt – tosidig relasjon til makt' og 'fokus på den individuelle personen'.

Mangfold og kompleksitet preger det å fremme helse og empower den eldre sykehuspasienten
Beskrivelsen av de eldre sykehuspasientene var preget av mangfold, forskjellighet og kompleksitet, men også generaliserte pregede beskrivelser. Det sentrale i sykepleiernes beskrivelse hadde en tyngde mot kompleksiteten, sårbarheten og skjørheten hos de eldre sykehuspasientene. Videre beskrev sykepleierne at de eldre pasientene ofte har svekket tilpasningsevne og et stort omsorgsbehov. Ofte ser sykepleierne at den eldres tilstand utvikler seg med flere problemer som følge av medisinsk behandling. De eldre pasientene har ulike behov, er forskjellige og har høyst ulike livserfaringer, noe sykepleierne mener er en god begrunnelse for å ha en individuell tilnærming i sykepleien. Dialogene bevisstgjorde sykepleiernes egne holdninger i forhold til både forskjelligheten og likheten hos de eldre pasientene. Videre er sykepleiernes erfaring at eldre pasienter ofte underordner seg helsepersonalet og blir passive under sykehusoppholdet. De eldre pasientene synes å forvente at sykepleierne skal ta ansvar, og de tilpasser det de tror er en forventet pasientrolle. For å kunne møte den eldre sykehuspasienten som en person hevder sykepleierne de må betrakte pasientens kompleksitet og forskjellighet.

Balansere sykepleiermakt og pasientmakt – en tosidig relasjon til makt

Refleksjonen rundt empowerment avdekket at sykepleierne hadde et tosidig forhold til makt og empowerment. Sykepleierne viste et bevisst forhold til sin maktposisjon overfor den eldre pasienten, men var ikke alltid bevisst på hvordan de anvendte denne posisjonen. De argumenterte for at makt er en uunngåelig og nødvendig del av sykepleier–pasient-forholdet. Sykepleierne opplever ofte å få makt fra den eldre pasienten, en uttalelse som resulterte i en diskusjon rundt temaet hvorvidt sykepleierne får makt eller om de tar makt. Makt slik det forstås av sykepleierne har både positive og negative sider. Det kan være nødvendig å bruke makt for å beskytte pasienten mot å skade seg selv, noe sykepleierne brukte som argument for å legitimere egen bruk av makt. Den negative siden av makt dreide seg om misbruk av maktposisjon, noe sykepleierne viste eksempler på fra pleiesituasjoner og informasjonssituasjoner med eldre pasienter. Et aspekt ved empowerment var en diskusjon hvor sykepleierne på den ene siden argumenterte for økt pasientdeltagelse og aktivitet, mens de på den andre siden argumenterte for at økt pasientdeltagelse og pasientmakt ville gjøre sykepleierens arbeidssituasjon mer uforutsigbar. Sykepleierne beskrev et behov for selv å bli empowered, fordi de følte sin posisjon og rolle som sykepleiere truet. De opplevde omstillinger og nedskjæringer i sykehuset som en trussel mot sitt arbeid som sykepleiere. Å bli empowered av sine kollegaer eller ledere ville ifølge sykepleierne gjøre det lettere for dem å bruke empowerment i forhold til den eldre pasienten og kollegaer.

Fokus på den individuelle personen

I refleksjon rundt helse kom sykepleierne med en kritikk av WHO's definisjon av helse fordi denne definisjonen setter den eldre pasienten i bestemte kategorier. Sykepleierne argumenterte for en forståelse av helse som et individuelt opplevd fenomen. Å fremme helse var en betegnelse sykepleierne hadde hørt om, men som de ikke hadde noen konkret oppfatning av innholdet i. Gjennom refleksjonsdialogene utviklet deres forståelse seg, og de argumenterte for at å fremme helse var en individuell tilnærming. Begrunnelsene var delvis knyttet til deres forståelse av helse og deres sykepleietenkning. Sykepleierens forståelse av og tilnærming til den eldre sykehuspasienten var preget av en individuell helhetlig tenkning. Videre understreket de betydningen av å ha et vidt perspektiv på den eldre pasientens helse og sykdom. Deres rolle og funksjon knyttet de opp imot å bedre den eldres tilstand gjennom å ivareta grunnleggende behov, forebygge komplikasjoner, informasjon og stimulere til selvkontroll. En helsefremmende sykepleietilnærming er ifølge disse sykepleierne å ha nok tid

og å formidle at man ser den eldre pasienten som en person med ressurser. Tilnærmingen innebærer å se den eldre individuelt i en kontekst, være profesjonell og bruke relevant kunnskap. Å jobbe med eldre pasienters helse er å skape velvære basert på kunnskap, den aktuelle situasjonen og den gamles individuelle behov. Sykepleierne mente videre at det er viktig å unngå unødvendig sykeliggjøring og hospitalisering. Normalisering av situasjonen er således et viktig aspekt for å fremme den eldre pasientens helse. En del av normaliseringen er å gi den eldre kontroll over det som for den eldre er de små, viktige tingene, fordi dette gir en følelse av å få være den de er, og det gir en følelse av autonomi. En slik tilnærming krever at sykepleierne har nok tid og er til stede på en respektfull og omsorgfull måte.

Sammenfatning av funnene

Avhandlingens stipulative definisjon og de fem grunnleggende forutsetningene gir en mulig retning og tilnærming i sykepleiens helsefremmende arbeid i forhold til den eldre sykehuspasienten. Å fremme helse og helse forstås ulikt avhengig av faglig ståsted og hvilken situasjon man er i som menneske. Forståelsen av å fremme helse er delvis mangelfull både hos sykepleiere og den eldre pasienten, men gjennom dialog og diskusjon klargjøres den enkeltes forståelse. De eldre pasientene i denne studien beskriver helse med vekt på å se seg selv som den personen de mener de er, i et forhold til andre, å være i stand til å kunne gjøre viktige meningsfulle aktiviteter, kjenne seg vel og ha krefter. Funnene viser at sykepleierne balanserer mellom to ulike tilnærminger, henholdsvis en biomedisinsk og en holistisk sykepleietilnærming. Fokuset i sykehuset er imidlertid mer rettet mot behandling av sykdom enn mot helse. Empowerment er muligens en relevant strategi å anvende, da både sykepleiere og den eldre pasienten ser betydningen av å ha innflytelse og kontroll over sin situasjon. Empowerment forutsetter en bevissthet om egen maktposisjon, noe sykepleierne trakk fram. Både sykepleiere og de eldre pasientene vektlegger å ha kontroll over sin situasjon som viktig, noe som også er et element i empowerment. De eldre sykehuspasientene i denne studien vektlegger at deres helse fremmes gjennom å bli sett som mennesker, å få informasjon og kunnskap om sin situasjon og i å bli motivert.

Diskusjon

Avhandlingens overordnede hensikt er å beskrive og utvikle kunnskap om synet på helse og det å fremme den eldre pasientens helse. Diskusjonen vil ta for seg funnene i forhold til folkehelsevitenskap, sykepleievitenskap, empowerment, den eldre sykehuspasienten og metode.

Det flerdimensjonale bildet på helse - grunnlaget for å fremme helse

Felles for folkehelsevitenskap og sykepleievitenskap er at helse er et sentralt tema. Forståelsen av og definisjonen av helse er dermed et viktig anliggende i begge, også med tanke på utvikling av kunnskap. Uten en grunnleggende avklaring og forståelse av helse vil det være problematisk å beskrive og deretter skape ny kunnskap om helse og å fremme helse. Avhandlingen foreslår en definisjon av helsefremmende sykepleie med en holistisk-eksistensiell tilnærming, støttet av fem grunnleggende forutsetninger. Intensjonen i definisjonen er å gi rom for en multidimensjonal tilnærming til helse. Forståelsen av helse er avhengig av vitenskapelige, teoretiske og moralske aspekter. Det er flere forskjellige og delvis konkurrerende definisjoner av helse, hevder Karlberg, Hallberg og Sarvimäki (2002). Det er imidlertid enighet om at helse har en kjerne bestående av fysiologiske og psykologiske funksjoner, og en interaksjon mellom det sosiale og fysiske miljøet. Helse kan undersøkes i forhold til ulike nivåer, eksempelvis globalt nivå, samfunnsnivå, gruppenivå eller individnivå. I folkehelsevitenskap beveger man seg i forhold til disse nivåer og arenaer, imellom vitenskapelige tilnærminger og ulike teoretiske ståsteder. De teoretiske og vitenskapelige tilnærminger uttrykt i begreper og teorier viser ulike oppfatninger og forståelser av helse, både imellom disipliner og innad i disipliner. Eksempelvis er helse et av sykepleiens fire kjernebegreper, og helse defineres i sykepleieteorier, men forskning viser at sykepleiepraksis mangler forståelse av helse og det å fremme helse (Whitehead 2005, Kim 2000). Funnene i delstudie 3 og 4 viser også dette til en viss grad. Det kan bemerkes at disse to delstudiene er gjort i en sykehuskonteksts, tilsvarende studier i for eksempel kommunehelsetjeneste vil kunne gi andre funn. Den foreslåtte definisjonen og de grunnleggende forutsetningene kan danne en retning eller et rammeverk for sykepleiens helsefremmende fokus. Kritikken som reises av Whitehead (2005) er alvorlig sett i lys av at sykepleiens kjernebegreper (Fawcett 1995) og sentrale sykepleieteoretikers vektlegging av (Henderson 1961, Travelbee 1971 og Watson 1985, Nightingale 1980) helse og helsefremmende arbeid er en sentral del av

sykepleien. Sykepleien har blitt ekskludert fra det helsefremmende arbeidet av andre helsearbeidere, hevder Rafael (1999). Dette forklares ut fra to aspekter: 1) Sykepleierne har ikke vært bevisste sin naturlige rolle i det helsefremmende arbeidet, og 2) andre profesjoner har avleid sykepleiernes bidrag eller oversett potensialet i bidraget. Disse to aspektene er sammensatt og kan ses fra flere sider. I delstudie 4 peker sykepleierne på et behov for å selv bli empowered, og i delstudie 3 beskrives sykepleiernes balansering mellom to ulike tilnærminger, hvor den ene er sterkt influert av en medisinsk tenkning og den andre av en sykepleietenkning. Sykehuset som organisasjon og arbeidsplass er sterkt påvirket av en medisinsk tenkning og stimulerer denne tenkningen. Dette understrekes av Kim (2000), som hevder at sykepleierne har en for sterk tilknytning til biomedisinsk tenkning og teknologi. Dette kan nyanseres ved å se nærmere på hva de eldre pasientene mener gir bedre helse, og hva sykepleierne i delstudie 3 og 4 sier fremmer helse. Eksempelvis er å bli sett og respektert som den personen man mener man er, en viktig helsefremmende faktor for de eldre i delstudie 2. Sykepleierne i delstudie 3 og 4 er opptatt av å se pasientens individuelle behov og å legge forholdene til rette for at pasientens helse fremmes. Empowerment er et viktig begrep i helsefremmende strategier og en del av den foreslåtte stipulative definisjonen.

Avhandlingens stipulative definisjon kan være en klargjøring av sykepleiens forhold til å fremme helse når den i tillegg ses i forhold til de fem grunnleggende forutsetninger i delstudie 1. Sykepleierne balanserer daglig mellom ulike faglige teoretiske og vitenskapelige tilnærminger, og et omsorgsfokus og et behandlingsfokus. Sånn sett er det relevant å tydeliggjøre sykepleiens bidrag i det helsefremmende arbeid gjennom 1) å skape et teoretisk grunnlag, 2) å presentere pasientens forståelse av og 3) sykepleiernes forståelse av å fremme helse. Den stipulative definisjonen og støtten fra fem grunnleggende forutsetninger kan være en start i så henseende. Definisjonen fordrer en klargjøring av hvordan man betrakter og forstår mennesket, som igjen påvirker forståelsen av helse og videre hvordan en betrakter å fremme helse. Helse er i definisjonen knyttet til individets opplevelse av sin tilstand og situasjon, men en trenger i tillegg en utenforståendes oppfatning og tolkning av individets tilstand. Menneskesynet er sentralt i både folkehelse og sykepleie fordi det gir retning for hvordan fagene forholder seg til forskning, teoribygging og praksis. I en individuelt basert sykepleie, slik en kan forstå meningen i holistisk sykepleie, er utfordringen å balansere tilnærmingen mellom bruk av generalisert kunnskap og individets egen opplevelse og oppfatning av situasjonen. De eldre pasientene i delstudie 2 fokuserte på betydningen av å føle seg som den personen de mener de er, og at helsen fremmes gjennom å bli sett av andre.

Dette kan videre knyttes til folkehelseperspektivets helsefremmende begrep, hvor empowerment er sentralt.

Empowerment og helsefremmende

I utgangspunktet var empowerment et delvis ukjent begrep for sykepleierne, men gjennom diskusjonen i refleksjonsgruppene (delstudie 4) skjedde det en klargjøring og utdyping av deres forståelse. Begrepet ble knyttet til deres arbeidssituasjon og oppfattelse av posisjonen i sykehuset, ved å knytte empowerment til deres forståelse av makt. I denne refleksjonsprosessen fremsto fire subkategorier: 1) får sykepleierne makt?, 2) positiv eller negativ relasjon til makt, 3) mer pasientdeltagelse eller mindre sykepleierkontroll og 4) empowerment av sykepleiere – myndiggjøring av andre. Refleksjonene om empowerment ble en bevisstgjøring av sykepleiernes forhold til makt sett i forhold til deres posisjon i sykehuset og til sykepleier-pasient-forholdet. Refleksjonsdialogene avdekket et behov hos sykepleierne for å kritisk reflektere over sin egen maktposisjon. Makt er på den ene siden en nødvendig del av forholdet mellom sykepleier og pasient, imidlertid er det sentralt for sykepleierne å være bevisst på sin bruk av makt, da makt kan misbrukes. Bruk av makt ble sett som legitimt hvis sykepleierne brukte makt for å oppnå noe på vegne av pasientene, eller hvis pasienten ga fra seg kontroll til sykepleierne. Eldre pasienter har liten makt, eller de er ikke i stand til å hevde sin makt og er dermed avhengig av sykepleiernes ivaretagelse. Hvis sykepleierne ikke har et bevisst forhold til makt og sin maktposisjon, kan dette føre til misbruk av makt. En bevissthet rundt makt og maktposisjon er en forutsetning for empowerment. Dvs. at empowerment forutsetter at den ene er villig til å dele makt, og den andre må være villig til å ta imot makt (Laverack 2005). Dette er et viktig poeng, for hva med empowerment hvis den gamle sykehuspasienten ikke ønsker å få makt, men ønsker at sykepleierne skal styre? Sykepleierne viste gjennom refleksjonene at deres maktposisjon kan være av positiv og negativ karakter. Et aspekt ved legitimering av maktbruk kan knyttes til å gjøre det beste for pasienten. I denne intensjonen tuftet på sykepleiernes tradisjonelle verdiforankring kan en stille spørsmålet: Hvordan vet sykepleierne at det de gjør, er til pasientens beste? Særlig relevant blir spørsmålet hvis pasienten er bevisstløs, forvirret eller ikke klarer å formidle sine ønsker. Maktutøvelse i form av svak paternalisme (Martinsen 1996) krever en hårfin balanse som krever stor grad av bevissthet hos sykepleierne, en bevissthet om egen maktbruk og faglig

kompetanse som gjør dem i stand til å være faglig til stede slik det nevnes av de eldre pasientene i delstudie 2.

Sykepleierne i delstudie 4 var kritiske til flere aspekter ved empowerment. Noen motforestillinger var faglig begrunnet, mens andre motforestillinger var preget av usikkerhet knyttet til endringer i egen arbeidssituasjon. Eksempelvis antok sykepleierne at deres arbeidssituasjon ville bli mer uforutsigbar eller de kunne miste kontrollen over pasientens aktiviteter. Et annet aspekt var pasientens vurderings- og valgkompetanse. For når vet man at den eldre pasienten har god nok kunnskap til å kunne vurdere og dermed velge helsefremmende handlinger? Dette er en diskusjon av både faglig og etisk karakter som sykepleierne ble bevisstgjort gjennom refleksjonen. Sykepleierne kan lett gjemme seg bak en sterk faglig og moralsk forpliktelse om å forhindre at den eldre påfører seg selv skade. Den eldre pasientens autonomi, selvbestemmelse og rett til informasjon kan være vanskelig å sette i fokus for både sykepleier og den gamle selv. Det er et paradoks i sykepleiernes tosidige forhold til empowerment og makt, fordi sykepleierne gjennom sin tilnærming og sine teorier (jf. delstudie 1, 3 og 4) fokuserer på pasientens delaktighet og ressurser i en individuell sykepleie. Paradokset er at sykepleierne på den ene siden ønsker den eldre pasientens deltagelse og aktivitet, men på den andre siden ønsker sykepleierne ikke uforutsigbarhet og tap av kontroll i egen arbeidssituasjon. Sykepleiernes skepsis til empowerment kan forklares ut fra deres egen opplevelse av å ikke ha kontroll og tap av autoritet. Videre kan noe forklares med endringer i ledelsesstrukturer og omstillinger i sykehuset, og innføring av nye lover for helsepersonell og pasientrettighetsloven. Kravene til helsepersonell har økt som en følge av en plikt til å gi informasjon og økt medbestemmelse til pasientene. Å selv oppleve å bli empowered av sine ledere og kollegaer fører til at en gjør det overfor andre, deriblant den eldre sykehuspasienten. Sykepleierne har i likhet med den eldre pasienten, jf. delstudie 2, 3 og 4, et behov og ønske om å bli sett og respektert. På samme måte som for den eldre pasienten er det også for sykepleierne viktig å oppleve å ha kontroll og innflytelse over arbeidssituasjonen. Trekk ved sykepleiernes beskrivelse av empowerment minner om hvordan de eldre pasientene beskriver helse og det som skal til for å bedre deres helse. Empowerment handler om at den som har makt, er villig til å dele sin makt, og at den andre ønsker å ta imot makt (Laverack 2005). Kunnskap er en viktig form for makt, "kunnskap gir ikke bare makt, men kunnskap er en maktform, et maktuttrykk" (Østerberg 1988, s. 17). Dette er et viktig aspekt for sykepleierne å være bevisste på med tanke på å fremme den eldre sykehuspasientens helse.

I delstudie 4 og delvis i delstudie 3 ble sykepleierne utfordret til å diskutere og reflektere over ulike begreper knyttet til helse og det å fremme helse. Refleksjonen i refleksjonsgruppedialogene kan bidra til en klargjøring av sykepleiernes rolle og funksjon med tanke på å fremme den eldre sykehuspasientens helse. Videre kan refleksjonene bidra til forståelse av meningen i de undersøkte begrepene og deres funksjon i sykepleiepraksis (Arbon 2004). Dette er viktige forutsetninger for å kunne etablere en helsefremmende sykepleietilnærming. Sykepleiernes argumentasjon om en individuell tilnærming til den eldre sykehuspasienten kan sies å være i tråd med en holistisk sykepleietenkning (Travelbee 1971) og en aktiv deltagende pasient. Det er riktignok et paradoks i dette, da sykepleierne gjennom refleksjonene i delstudie 4 og i de uformelle dialogene i delstudie 3 har en tendens til å generalisere. Sykepleierne anvender generalisert kunnskap, men argumenterer for en individuell sykepleietilnærming. Utfordringen ligger i å balansere dette med en stor grad av bevissthet om når man er individorientert, og når det er nødvendig å anvende generalisert kunnskap. Ved å stimulere til medbestemmelse og økt deltagelse hos den eldre sykehuspasienten vil deres arbeidssituasjon kunne bli mer uforutsigbar. Sykepleierne begrunnet dette ut ifra en ideell sykepleietenkning, men var på samme tid skeptiske til å miste kontrollen over omsorgen overfor pasientene (Henderson 2002). Den individuelle tilnærmingen til å fremme den eldre pasientens helse er sammenfallende med funnene i delstudie 3 og hvordan Resnick (2003) beskriver Eldres helse. En kan hevde at sykepleiernes argumentasjon om en individuell tilnærming er idealistisk fundert og ikke stemmer med deres praksis, slik Kim (2000) og Laffrey (1992) hevder. På den annen side var sykepleiernes beskrivelser av og refleksjoner over den eldre sykehuspasienten preget av å se den enkelte eldre pasient som en unik person. Gjennom å bli utfordret til å kritisk reflektere over egen og andres forståelse og tilnærming til eldre pasientens helse, samt å bli utfordret med forskningsfunn og teori, viste sykepleierne at de kunne se ulike aspekter ved begrepene.

Folkehelsevitenskapens fokus på helse og en helsefremmende tilnærming trekkes inn som en av de fem grunnleggende forutsetningene for en helsefremmende sykepleietilnærming.

Kombinasjonen av et folkehelsevitenskapelig perspektiv og et helhetlig sykepleievitenskapelig perspektiv slik det søkes etter i denne avhandlingen, er et forsøk på å skape en balanse i en helsefremmende tilnærming. Folkehelseperspektivet er nødvendig for å skape et fokus på helse og helsefremmende strategier (da inklusive empowerment), samt å sette sykepleiens helsefremmende funksjon inn i et folkehelsevitenskapelig perspektiv. Det

holistiske sykepleievitenskapelige perspektivet gir sammen med folkehelseperspektivet sykepleien mulighet til å ha et multidimensjonalt syn på helse hvor individets erfaringer og opplevelser i en sosial kontekst er med. Ettersom det i utførelsen av både folkehelsearbeid og sykepleie involverer mange personer, er det et viktig anliggende å klargjøre hvilken forståelse ens fag har på helse, dernest hvilken betydning dette i så fall har på å fremme helse.

Funnene sett i forhold til den eldre sykehuspasienten

Denne delen av diskusjonen vil ta for seg to aspekter: 1) hvordan den eldre selv beskriver helse og det som skal til for å bedre deres helse, 2) hvordan sykepleierne beskriver den eldre sykehuspasienten. Å fremme den eldre sykehuspasientens helse fordrer en tverrfaglighet og en individuell tilnærming i tillegg til kunnskap om helsen til gruppen eldre. Ifølge Albert (2004) er ikke-helse-relatert livskvalitet en viktig faktor å fokusere på i det helsefremmende arbeidet med eldre. Forutsetninger for ikke-helse-relatert livskvalitet kan være de samme eller til og med bedre når man blir eldre. Ettersom aldringsprosessen og sykdom generelt reduserer helse og helserelatert livskvalitet, vil en helsefremmende tilnærming fokusert på ikke-helse-relaterte faktorer få større betydning. De eldre i delstudie 2 peker på noen av disse faktorene i hva de mener gir bedre helse. Sykepleierne i delstudie 3 og 4 fokuserer på å hjelpe pasienter til å mestre og gjenvinne sin egenomsorg og på å normalisere pasientens situasjon. Mennesket har et ønske og behov for å forstå og skape en mening i den situasjonen man er i (Hummelvoll 1995, Watson 1985, Frankl 1963, Heidegger 1989, Hedelin 2000). Ser en dette i forhold til helse og sykdom, er det en utfordring, på den ene siden å anvende nødvendig generell kunnskap og samtidig se individets særegenheter. Beskrivelser av helse og sykdom skaper normer og forventninger, og de kan dermed virke inkluderende, bekreftende og meningsdannende, men de kan også virke ekskluderende, avkreftende eller forvirrende. Den eldre pasienten i delstudie 2 var opptatt av å få informasjon og kunnskap om sin tilstand, noe sykepleierne kan bistå med både ved å ta utgangspunkt i den stipulative definisjonen og gjennom en helhetlig sykepleietilnærming, slik de vektlegger i både delstudie 3 og 4.

Den eldre sykehuspasientens forståelse av helse og det som skal til for å fremme helse

Basert på intervjuer med ti eldre sykehuspasienter ble helse beskrevet som å være i stand til 1) å være den personen man mener man er, 2) å kunne gjøre det man ønsker, og 3) å føle seg vel

og ha krefter. Videre ble å fremme helse beskrevet som å bli i stand til gjennom 1) å bli sett som den personen man er, 2) å få informasjon og kunnskap og 3) å ha håp og motivasjon. De eldre sykehuspasientene ga uttrykk for å ha god helse, en situasjonsbetinget følelse av velvære, til tross for at enkelte av dem hadde alvorlige diagnoser eller funksjonshemming. De eldres forståelse av helse er i store trekk forenlig med den forståelsen av helse som Watson (1985) og Hummelvoll (1995) og sykepleierne i delstudie 3 beskriver. Et aspekt ved de eldres beskrivelse er betydningen av å bli sett og verdsatt som person. Ser en dette sammen med det holistiske menneskesynet beskrevet i delstudie 1 og den individuelle sykepleietilnærmingen sykepleierne argumenterer for i delstudie 3 og 4, så er det samstemmighet. Den eldre sykehuspasienten ønsker å bli sett og møtt som et individ av faglig dyktig helsepersonell. Det er forventet av både sykepleiere og eldre pasienter at sykepleiere har fagkunnskap og at denne brukes. Tilstedeværelse av faglig dyktig personell er helt avgjørende, uttrykte en av de eldre pasientene. Med det mente vedkommende to typer tilstedeværelse, den ene handler om fagpersonens tilstedeværelse som menneske i den mening at den eldre pasienten føler seg sett og respektert som menneske. Den andre handler om faglig tilstedeværelse i form av å kunne yte adekvat og nødvendig behandling. Begge formene for tilstedeværelse var viktige for denne gamle pasienten. Funnene fra delstudie 2 viser at synet på mennesket har betydning for den eldre pasientens opplevelse av situasjonen, akkurat som sykepleierne i delstudie 4 uttrykker et behov for å bli empowered. Således er dette en viktig del av sykepleiens faglige selvbevissthet.

De eldre pasientene hadde en form for akseptasjon av og tilpasning til sin tilstand. Det er konsistent med funn presentert av Frenn (1996) og Davies et al. (2000), noe sykepleierne i delstudie 3 også beskrev. Davies et. al (2000) hevder at autonomi og uavhengighet er viktige elementer for å oppleve å ha livskvalitet hos eldre. Akseptasjonen eller tilpasningen kan tolkes positivt, i den mening at den eldre pasienten har en realistisk og pragmatisk måte å mestre og møte endringer i sin livssituasjon på. Evnen til å tilpasse seg kan ha betydning for hvordan den eldre opplever sin helse. Ulike former for bekreftelse er sentralt for den eldres opplevelse, eksempelvis opplevelse av å være betydningsfull og viktig som menneske, både med tanke på å få bekreftet sin integritet og at noen bryr seg om tilstanden man er i. Å gjenvinne selvstendighet og å ha en viss grad av selvbestemmelse er en viktig bekreftelse av egen helse, og det fremmer håpet om å komme hjem igjen. Dette er sentralt, fordi evnen til å klare seg sjøl i sitt eget hjem handler om å kunne ha kontroll over sitt eget liv (Castelucci 1998, Clarke 1998, Davies et al. 2000, Shiu Tah-Ying 2001, Fry 1991).

Samspeilet mellom temaene som konstituerer å fremme helse, gir den eldre pasienten håp og motivasjon, noe som i delstudie 2 var nær knyttet til å bli sett som en person og å ha kunnskap om sin tilstand. Gjennom denne sammenhengen ble det skapt en forutsigbarhet i situasjonen. Bekreftelsen er med på å bekrefte en som person og videre på å gi motivasjon og håp. Kunnskap om egen tilstand handler om å få forståelig og håndterbar informasjon, noe som er en utfordring. Informasjon har en sentral plass i det helsefremmende arbeidet. For det første er informasjon med på å skape forståelighet og dermed trygghet. For det andre gir informasjon, forutsatt gitt på en adekvat måte, en følelse av at man blir sett og respektert som menneske. For det tredje er informasjon en viktig forutsetning for at den eldre pasienten skal vite hvordan en skal forholde seg i den gitte situasjonen. Clarke (1998) hevder at informasjon og kunnskap om personens tilstand er nødvendig for at personen selv skal kunne vite hva en kan gjøre for å fremme egen helse, endre eller tilpasse seg konsekvenser av sykdommen. Endring i livssituasjon som følge av sykdom fører til at den eldre pasienten har behov for kunnskap og nye ferdigheter eller måter å mestre livet sitt på (Davies & Magilvy 2000). Å fremme den eldre pasientens helse innebærer for sykepleieren å ta utgangspunkt i den eldre pasientens erfaringer med og forståelse av helse. Det innebærer å ta utgangspunkt i å se den eldre som den person vedkommende er, gi relevant og adekvat informasjon. Dette gir et grunnlag for motivasjon og håp. Å ha håp er blant annet beskrevet av Travelbee (1971) som et viktig aspekt i sykepleie. Håp er en drivkraft som skaper motivasjon og gir krefter, skapt av å bli sett som en person, gjennom å ha kunnskap og gjennom å kjenne at man kan gjøre det man ønsker.

Sykepleiernes beskrivelse av den eldre sykehuspasienten

Delstudie 3 og 4 undersøker og beskriver sykepleiernes forståelse av helse. Forståelsen av helse er preget av deres utdanning og den kontekst de er en del av, noe som igjen påvirker hvordan de betrakter, forstår og handler i forhold den eldre pasientens helse og tilstand. Grovt sett kan en dele det inn i to syn. Det ene kan kalles det formelle biomedisinske synet, mens det andre kalles det uoffisielle idealistiske holistiske sykepleiesynet. Det biomedisinske synet var tilsynelatende det mest dominerende, uttrykt i den maktposisjonen diagnostisering og behandling har i sykehuset. Tilsynelatende har dette synet størst gjennomslagskraft og høster størst anerkjennelse, og derav navnet det formelle biomedisinske synet. Det idealistiske holistiske sykepleiesynet formidles i dialoger mellom sykepleiere og i utdanningen av

sykepleiere, men har ikke den samme gjennomslagskraften utad, derav betegnelsen det uformelle idealistiske synet. Sykepleierne beveger seg imellom disse to synene avhengig av kontekstens involverte personer og gjøremål. Sykepleierne er avhengige av ulike kunnskapsformer og tilnærminger (Kirkevold 1996, Meleis 2007) i sin vurdering av pasienten og det som skal gjøres. Delstudie 3 avdekket at det var enklere for sykepleierne å diskutere aspekter ved helse når det var en kobling til den eldre pasientens kliniske tilstand og sykdom, enn det var å diskutere og å fremme den eldre pasientens helse. I diskusjonen av helse kom det fram en dobbelthet i den mening at sykepleierne var kritiske til WHO's definisjon av helse, men samtidig viste de i diskusjonen at de var opptatt av sykdoms- og behandlingstenkning forenlig med en biomedisinsk tenkning (Kim 2000, Harder 1992). På den annen side var de kritiske til det ensidige behandlingsfokuset. Sykepleierne hevder at behandling av den eldre pasienten gjennomføres uten å gjøre noe med årsakene til pasientens tilstand. Det fremkom påstander om at medisinsk behandling av eldre pasienter i noen situasjoner påfører den eldre sykdom og lidelse. Dette er for øvrig sammenfallende med flere kritikere av sykepleiens manglende helsefremmende fokus (Falk 1999, Whitehead 2005, Kim 2000, Harder 1992). Bildet er imidlertid noe mer nyansert. Sykepleierne legger vekt på en individuell tilnærming basert på pasientens erfaringer og ressurser. Hvorvidt dette er på grunn av en reell holistisk sykepleietenkning, er vanskelig å avklare, men sykepleierne vektla særlig en individuell tilnærming til den eldre pasienten. Å fremme den eldre sykehuspasientens helse ble forstått som å tilrettelegge den Eldres muligheter til å mestre erfaringene med sykdom gjennom ivaretagelse av grunnleggende behov. Dette kan bety at sykepleierne er influert av sykepleieteoretisk tenkning, jf. Travelbee (1971) og Orem (2001c). Selv om en kan diskutere hvorvidt sykepleien er holistisk orientert, jf. kritikken fremført av Nortvedt & Grimen (2004), var sykepleiernes tenkning preget av det de selv oppfatter er en holistisk sykepleietenkning. Sykepleierne forsøker å fokusere på den enkelte Eldres behov og situasjon. Videre var deres tilnærming preget av å ta utgangspunkt i det enkelte individ i situasjonen. De understreket videre betydningen av å se og møte den eldre som en person med identitet, integritet og autonomi, noe som for øvrig er sammenfallende med hva de eldre sykehuspasientene beskrev som viktig for deres velvære og helse. Sykepleiernes forståelse av og forholdet til holistisk tenkning og dermed også helse og den eldre sykehuspasienten, er muligens ikke i en filosofisk og vitenskapsteoretisk sammenheng konsistent. På den annen side kan en beskrive forholdet og forståelsen av holistisk sykepleie som pragmatisk og realistisk. De hadde et ideelt ønske om å utøve en holistisk sykepleie, men samtidig hadde de også et biomedisinsk fokus. Dette er muligens et uttrykk for en pragmatisk brobyggende

tilnærming for å møte ulike daglige forventninger og tverrfaglige kontekster. Sykepleiernes pragmatiske tilnærming kan ses i deres situasjonsavhengige fokus og i hvilke fokus de eldre pasientene har. Til tross for at sykepleierne hadde et fokus på den eldre pasientens sykdomstilstand, var de opptatt av å se den enkeltes individuelle opplevelse av helse. Sykepleiernes forståelse av helse var orientert mot helse som et personlig og situasjonsavhengig fenomen, tett knyttet til personens sykdoms- og lidelseserfaring. I sitt arbeid og i deres tilnærming ble det understreket betydningen av å arbeide med og fokusere på pasientens helse som grunnleggende i all sykepleie. Dette er konsistent med synet på sykepleie og helse presentert av Watson (1985), Travelbee (1971), Benner & Wrubel (1989c) og Hummelvoll (1995). Selv om ikke sykepleierne hadde en uttrykt bevisst holdning til å fremme helse, er deres beskrivelse av egen praksis i forhold til den gamle sykehuspasienten preget av en ubevisst vektlegging av å fremme helse. Sykepleieomsorg slik det utøves med et individuelt fokus (jf. delstudie 3 og 4), er et viktig fundament for å ivareta pasientens situasjon, gjøre noe med pasientens behov og derigjennom skape velvære. Å fremme helse er tuftet på de samme grunnleggende verdiene og har delvis den samme intensjonen som helhetlig sykepleie. Macleod Clark (1993) hevder at å fremme helse i seg selv er en omsorgstilnærming gjennom empowerment, likhet, samarbeid og deltagelse.

Beskrivelsen av den eldre sykehuspasienten var et bilde preget av kompleksitet, sårbarhet og skjørhet, men også av at det er store individuelle forskjeller mellom eldre. Dette er konsistent med beskrivelser av Resnick (2003), Saltvedt (2002), Huseby (2005) og Rubinstein (2004). En kan se en viss form for dualitet i den forstand at sykepleierne hadde en generell oppfatning om eldres sykелighet og store omsorgsbehov på den ene siden, mens det på andre siden var mer individuelle beskrivelser preget av store forskjeller mellom eldre pasienter. Under diskusjonen i refleksjonsgruppedialogene (jf. delstudie 4) kritiserte sykepleierne hverandre for å ha for generelle oppfatninger om den eldre sykehuspasienten, noe de mente var et uttrykk for en avdelingskultur – en slags generalisering hvor den eldre pasienten settes i kategorier etter alder og sykdom. Dette kan tolkes som en fortsettelse av en allerede eksisterende organisering av sykehuset. For å kunne møte den eldre pasientens komplekse, sammensatte og unike tilstand hevdet sykepleierne det var nødvendig med en individuell tilnærming. Denne diskusjonen kan være et uttrykk for en kritikk av den biomedisinske tilnærmingen som sykehuset preges av. En individuell og tverrfaglig tilnærming i forhold til den eldre sykehuspasienten er noe Saltvedt et. al (2002), Stuck et. al (2002), Rubinstein (2004) og Huseby (2005) vektlegger, og noe sykepleierne i delstudie 4 etterlyste.

Metodediskusjon

I denne avhandlingen betyr kombinasjon å bruke ulike perspektiver, henholdsvis folkehelse og sykepleie, og ulike forskningsmetoder til å belyse forskjellige sider ved å fremme den eldre sykehuspasientens helse. Tematikken er kompleks og sammensatt. Helse, å fremme helse, sykepleie og folkehelse kan alle oppfattes som vide områder. Ved å velge en kvalitativ tilnærming har man muligheten til å gå i dybden, men samtidig møter man to problemer. Det ene er at man kan bli for smal, og det andre er at funnene ikke uten videre kan overføres til andre grupper eller kontekster. Styrken i avhandlingen er at den undersøker helse og å fremme helse i forhold til aktørene, dvs. sykepleiere og den eldre sykehuspasienten. Svakheten i avhandlingen er at funnene ikke uten videre kan overføres til andre pasientgrupper eller til andre helsearbeidere. Folkehelsevitenskapelig perspektiv kan forstås som en overbygning for alt arbeid med befolkningens helse, deriblant også sykepleie. Sykepleie dreier seg om omsorg, lindring, pleie og behandling, noe som også innbefatter å arbeide med menneskers helse. Sånn sett kan en argumentere for å undersøke sykepleiens fokus på helse og å fremme helse slik det gjøres i denne avhandlingen. Det kan bidra til å styrke sykepleien som en viktig del av folkehelsearbeidet.

Den videre diskusjonen vil ta for seg avhandlingens delstudier i forhold til troverdighet, overførbarhet, granskbarehet og bekreftbarhet (Sandelowsky 1986). Troverdighet innebærer nøyaktighet i beskrivelsene og i tolkningen av tekstene basert på de ulike delstudiene i avhandlingen. Overførbarhet handler om hvorvidt studiens funn kan passe inn i andre kontekster, eller om funnene kan tilpasses eller er meningsfulle for andre. Overførbarhet kan også være et eksempel for andre på levde erfaringer. Granskbarehet dreier seg om hvorvidt forskningsprosessen er beskrevet på en slik måte at andre forskere kan følge prosessen fram mot funnene. Bekreftbarhet oppnås når de tre andre kriteriene er oppfylt.

Troverdighet

I avhandlingens første studie undersøkes tre ulike sykepleieteorier i forhold til deres beskrivelse, definisjon av og forståelse av begrepene menneske, sykepleie, helse og sykdom. Studiens mål var å formulere en stipulativ definisjon av helsefremmende sykepleie i et bestemt perspektiv, en holistisk-eksistensiell tilnærming. Definisjonen støttes av fem grunnleggende premisser. Definisjonen forutsetter en tilnærming, og gitt at helse ses i lys av denne, kan definisjonen være troverdig. Definisjonen og de grunnleggende premissene er ikke

prøvd empirisk, og en kan følgelig ikke si hvor sannferdig eller troverdig definisjonen og premissene er i empirisk forstand. Tilbake til diskusjonen om troverdig og kunnskap i forhold til delstudie 1, så er definisjonen av og sykepleieperspektivet på å fremme helse sett i et bestemt perspektiv, og således troverdig i det perspektivet. Det utelukker ikke at det kan være troverdig i andre perspektiv.

I delstudie 2 ble de transkriberte intervjuene sendt til de av informantene som ønsket det for eventuelle kommentarer. Troverdighet i forhold til intervjuene er avhengig av en ordrett transkripsjon av intervjuene. Intervjuene er alle gjennomlest av andre forskere og er diskutert i seminarer. I analyse- og skriveprosessen er det etterstrebet å opprettholde en linje mellom informantens beskrivelse og analysen gjennom å belyse funnene med sitater.

I delstudie 3 dannet forskerens observasjoner og uformelle dialoger grunnlaget for analysen. Feltnotatene og de uformelle dialogene er skrevet ut som tekster, og ble forelagt og diskutert med andre forskere og kollegaer. Beskrivelsen og tolkningen ble også presentert for sykepleierne i avdelingen. Funnene slik de ble skrevet, ble gjenkjent av sykepleierne i avdelingen, og slik sett har de troverdighet.

Delstudie 4 var en utforskende studie hvor funnene fra de tre andre delstudiene ble diskutert med sykepleiere i tre refleksjonsgruppedialoger. Ved oppstart av hver påfølgende refleksjonsgruppedialog og underveis i den enkelte dialog ble det gjort oppsummeringer. Hensikten med oppsummeringen var å få bekreftet om forskerens oppfatning av refleksjonsgruppedialogen samsvarte med sykepleiernes oppfatning. Forskeren hadde med seg en assistent som også kan ses som et bidrag til troverdighet. Etter hver dialog diskuterte forskeren og assistenten dialogen med tanke på hva dialogene inneholdt.

Overførbarhet

Refleksjonsgruppedialogene viser at funnene i studie 1 og 2 er gjenkjennbare for disse sykepleierne. Videre gjenkjenner sykepleierne i studie 4 beskrivelsen av de eldres helse og det som skal til for å fremme helse, og de ser at dette kan være relevant for deres egen forståelse av helse og det å fremme helse. Funnene i studiene kan også være meningsfulle i andre kontekster ved å se dem i lys av andres funn og teorier.

Granskbarhet

Hver enkelt studie har beskrivelse av hvordan forskeren har gått fram i det enkelte forskningsprosjektet. Hvorvidt beskrivelsen er slik at en kan følge prosessen fram til funnene, kan diskuteres. Det er begrensninger i hvor detaljert man kan beskrive forskningsprosessen med tanke på omfanget av en publikasjon.

Bekreftbarhet

Triangulering kan være en måte å styrke avhandlingens troverdighet, overførbarhet, granskbarhet og bekreftbarhet på. Ved å undersøke fenomener og begreper empirisk og teoretisk ut ifra ulike perspektiver, datakilder og analysemetoder får en et bredere tilfang. Kombinasjonen mellom empiri og teori kan styrke overførbarheten i de empiriske funnene. Dette forutsetter imidlertid at det er valgt relevante forskningsmetoder og stilt relevante forskningsspørsmål, og at analyseredskapene er relevante. Videre henger dette sammen med hvordan funnene er koblet sammen med relevant teori. I denne avhandlingen er ulike perspektiver på helse og det å fremme helse undersøkt, riktignok i en begrenset kontekst. Begrensningen ligger i sykehuset, sykepleierne og den eldre pasienten, samt at studiene er gjort i et begrenset geografisk område i Norge. Imidlertid kan en ved å søke etter lignende og relevante studier fra andre kontekster vurdere overførbarhet og bekreftbarheten.

Etiske betraktninger

Informert samtykke er en viktig og sentral forutsetning for å gjennomføre studier hvor mennesker er forskningsobjekter. I delstudiene 2-4 ble det lagt opp til at mulige informanter/deltagere først fikk en muntlig informasjon, i form av en muntlig forespørsel. Deretter fikk de en betenkningstid før de ble spurt om å delta i den aktuelle studien. Skriftlig informert samtykke forutsetter at informasjon om forskningsprosjektet er så grundig at den enkelte mulige deltager kan vurdere egen deltagelse og hvilke følger det har. Samtidig kan ikke informasjonen være så grundig at det vil påvirke informantene i for stor grad. Forskeren vil med for mye informasjon kunne påvirke informantenes beskrivelser. Et annet aspekt er at for mye informasjon kan føre til at informanter enten ikke orker eller vil lese alt, og dermed vil de ikke være godt nok informert. Informasjonen ble gitt både muntlig og skriftlig i de aktuelle studiene, noe som kan skape en balansert hensiktsmessig og tilpasset informasjon. På den annen side kan muntlig informasjon påvirke informantene i stor grad. Personlig kontakt

mellom forsker og informanter er viktig for å skape kontakt og tillit, men samtidig kan kontakten påvirke informantene. I delstudie 3 og 4 hadde forskeren til dels mye kontakt med de deltagende sykepleierne, noe som kan skape bindinger og forstyrre forskerens distanse i forskningen. Forskeren søkte å unngå slike nære bindinger ved å være bevisst egen forforståelse og bruke andre til å lese feltnotatene og intervjuutskriftene i delstudie 3-4.

I delstudie 3 er det mulig at noen av personalet i avdelingen ikke fikk informasjon om den pågående feltstudien i avdelingen. Forskeren var til stede i avdelingen for å gi informasjon om prosjektet, for å rekruttere deltagere og senere kun etter avtale med de deltagende sykepleierne. Observasjonene er knyttet til de sykepleierne som deltok, og det kunne være situasjoner hvor andre deltok. En foreløpig analyse ble presentert på et avdelingsmøte, og det kom ingen kritiske kommentarer til presentasjonen, noe som kan tyde på at ingen har følt at de har blitt observert uten å ville. På den annen side er det sannsynlig at ikke alle i avdelingen var til stede på denne presentasjonen og dermed ikke hadde mulighet til å si noe. Presentasjonen av funnene i alle studiene er gjort på en slik måte at de ikke burde være støtende for noen eller at noen blir kritisert urimelig.

Utvelgelsen av informanter var kanskje særlig i delstudie 2 en utfordring. Forskeren anga utvelgelseskriterier til sykepleiere i medisinske avdelinger. Utvelgelsen fikk en balanse mellom kvinner og menn med ulik erfaring og bakgrunn. Det er mulig at flere informanter ville gitt mer data, men en vurderte at ti informanter var tilstrekkelig. At forskeren brukte så vidt lang tid på å rekruttere de eldre, tyder på at prosedyren med informert samtykke fungerte. Et aspekt er allikevel bekymringsfullt, og det er at så vidt mange mulige informanter var villige til å la seg intervju spontant etter at den muntlige informasjonen var gitt.

I delstudie 4 var det to grupper sykepleiere, noe som kan kritiseres for å være for få. Morgan (1990) og Barbour & Kitzinger (1999) anbefaler flere grupper når en skal gjøre fokusgruppeintervjuer, for å kunne få et stort nok datamateriale. Dette ble delvis kompensert ved å gjennomføre tre refleksjonsgruppedialoger med hver gruppe.

Konklusjon

Avhandlingen beskriver helse og det å fremme helse fra ulike ståsteder, henholdsvis sykepleiere i praksis og den eldre sykehuspasienten. Avhandlingen utforsker og beskriver teoretisk, praktisk og erfaringsbasert kunnskap i forhold til synet på helse og det å fremme den eldre sykehuspasientens helse.

1. Avhandlingen presenterer med utgangspunkt i folkehelse og sykepleie en stipulativ definisjon av en helsefremmende sykepleie basert på en holistisk-eksistensiell tilnærming. Definisjonen og de fem grunnleggende forutsetningene gir en mulig retning og tilnærming i sykepleiens helsefremmende arbeid i forhold til eldre sykehuspasienter. Forståelsen av å fremme helse er avhengig av forståelsen av helse.
2. De eldre sykehuspasientene vektlegger at deres helse fremmes gjennom å bli sett som mennesker, få informasjon og kunnskap og bli motivert og ha håp.
3. Avhandlingen avdekker at forståelsen av å fremme helse er ulik og delvis uklar både hos sykepleiere og den eldre sykehuspasienten. Diskusjon og dialog klargjør hva den enkelte legger i å fremme helse. Dette er viktig kunnskap å ha for sykepleiere hvis de skal oppfylle sitt profesjonelle sosiale mandat og kunne være en del av folkehelsearbeidet.
4. Kunnskap er makt og er sånn sett en viktig faktor i utviklingen av sykepleie og helsefremmende arbeid. Empowerment er muligens en relevant strategi å anvende da både sykepleiere og den eldre pasienten ser betydningen av å ha innflytelse og kontroll over sin situasjon. Empowerment forutsetter en bevissthet om egen maktposisjon og situasjon, samt en bevissthet rundt hvordan man bruker sin posisjon.
5. Refleksjonsgruppedialoger kan være en nyttig strategi for å øke den faglige bevisstheten hos sykepleierne, fremme implementering av forskningsfunn og fokusere på å fremme den eldre sykehuspasientens helse.

Forslag til videre forskning

Avhandlingens foreslåtte stipulative definisjoner og de fem grunnleggende forutsetningene for en helsefremmende sykepleie kan være et trinn i å utvikle sykepleiens helsefremmende perspektiv. Definisjonen og forutsetningene er stipulative, og trenger videre empirisk og teoretisk undersøkelse. Et mulig spor å følge er å undersøke sykepleieomsorgens betydning for pasientene i et helsefremmende perspektiv.

Det helsefremmende fokuset i sykehuset er også et område å utforske videre – både med tanke på å undersøke grunnlaget for det, i så fall hvordan implementere det, og hva er i så fall adekvat å implementere? Nettverket av helsefremmende sykehus har så langt få medlemssykehus i Norge. Det kunne være interessant å undersøke hvorfor det er slik, og hva som eventuelt skal til for at flere norske sykehus blir medlemmer. Fremtiden vil gi sykehusene utfordringer i forhold til flere eldre sykehuspasienter. Det finnes dokumentasjon på at en tverrfaglig og helhetlig tilnærming har positiv betydning for behandlings- og rehabiliteringsresultatet hos eldre sykehuspasienter. Det finnes også dokumentasjon på at eldre sykehuspasienter har mer sammensatte og komplekse behandlings- og omsorgsbehov enn yngre pasienter. Videre er eldres sykdomstilstand ofte preget av multisykkelighet. Det bør stilles spørsmål ved hvordan sykehusene organiserer sitt tilbud til den eldre pasienten, og hva sykehusene har av kompetanse. Et annet spørsmål er hvordan sykehusene fokuserer og prioriterer fagutvikling. I det hele er det viktig å stille spørsmål om hvordan sykehusene møter den eldre sykehuspasienten nå og i fremtiden.

Avhandlingen beskriver flere perspektiver på helse, noe som kunne vært utvidet til å innbefatte andre helsearbeidere, personer utenfor helsevesenet og fremfor alt i forhold til et større antall eldre og sykepleiere. Funnene fra delstudie 1, 2 og 3 kunne således være gjenstand for et større antall respondenter både i kvalitative og kvantitative studier.

Delstudie 4 utforsker en måte å implementere kunnskap på, noe som kunne gjøres i større skala, dvs. både med flere grupper og over lengre tid.

Å fremme helse er et begrep både sykepleiere og den eldre pasienten hadde en mangelfull forståelse av. Dette gir helsepolitikere og helsepersonell en pedagogisk og didaktisk utfordring. Disse sammenhengene og det pedagogiske perspektivet burde utforskes og ses i sammenheng med utviklingen av en helsefremmende strategi.

English summary

Introduction

The subject of this thesis is the combination of a public health and nursing approach related to health promotion among elderly hospital patients. As the number of old people increases and people live longer, the health service and hospitals are challenged by several issues, one of which is political, due to the fact that the demographic development calls for a discussion about the prioritisation of available resources in society and the health care system. Old people present a professional challenge, as they respond differently to medical treatment, their conditions are often characterised by multi-morbidity and they require a longer hospital stay. The main challenge is to develop the health care system to meet the old people's comprehensive and complex preconditions associated with illness and health status. However, this is complicated by the fact that there is no consensus among researchers about what elderly people's health status will be like in the future. Romøren (2001) states that studies point in different directions, depending on the country in which the study was conducted. Old people are a heterogeneous group with large variations in health and functional status.

In Norway the number of hospital treatment occasions and re-hospitalisations has increased among the elderly. However, hospital development has focused on specialisation and differentiation of treatment and services, which may cause a problem for elderly patients (Huseby 2005), due to the complexity of their condition and multi-morbidity (Huseby 2001). Rubinstein (2004), Stuck et al. (2002) and Saltvedt et al. (2002) highlight the importance of correct diagnosis and a multi-professional approach to the elderly hospital patient. They also state that systematic geriatric treatment in hospital reduces illness, re-hospitalisation and costs as well as improving the survival rate and functional level (Rubinstein 1984, Eika & Lurås 2005). It is well documented that special geriatric competence has an influence on the quality of treatment, care and rehabilitation provided to and organised on behalf of elderly hospital patients. Furthermore, Onen et al. (2001) state that this reduces medical and social problems as well as the number of hospitalisations. Nurses are central in the health service, but may not have the professional authority to develop services and health promotion strategies (Whitehead 2005). It is necessary to clarify, refine and define health promotive nursing in order to highlight a specific nursing perspective.

The aim and research questions

The overall aim of this thesis was to describe and develop knowledge about health and health promotion related to elderly hospital patients from three different perspectives; a theoretical nursing perspective, a patient perspective and a practical-clinical nursing perspective.

Research questions

1. How can health promotive nursing be described and defined from a holistic-existential perspective? Study 1.
2. How do elderly hospital patients describe and understand health and which factors enhance their health? Study 2.
3. How do nurses in clinical practice understand health and how to promote the health of elderly hospital patients? Study 3 + 4.

The theoretical foundations and perspectives

The point of departure of this thesis is a connection between and combination of two theoretical perspectives; public health and holistic-existential nursing. These two theoretical perspectives form a health promotive nursing approach. Public health investigates factors that influence health and ill-health on an individual, group and societal level and is grounded in a multi-professional and multi-disciplinary approach to the development of knowledge with focus on preventing disease and promoting health. Nursing concentrates on nursing, care, relieving and treatment according to patient needs. In general, nursing has a stronger individual focus than public health, but its definition also includes a group or societal level (cf. Henderson 1961).

The public health perspective: a multifaceted picture of health

Health is central as a phenomenon and concept in this thesis. People's interpretation and description of health is dependent on their scientific and theoretical foundation and values. Karlberg, Hallberg & Sarvimäki (2002) state that there is no precise and commonly accepted definition of health. The best known one was proposed by the WHO in 1946 and has been criticised for being utopian, rigorous and too broad. However, the WHO has amended the definition and added several aspects, e.g. in the Ottawa Charter, which proposes a focus on health promotion. Nevertheless, the discussion must take account of the fact that health is a

normative concept related to time, culture and context. It is important to ask who defines, interprets or uses the concept of health and on which level, i.e. individual, group or societal (Karlberg, Hallberg & Sarvimäki, 2002). According to Nordenfelt (1991), health can be viewed from two opposite perspectives, an analytical one. The discussion of health should include a discussion of the interrelation between health and disease (Hofmann, 2002 and 2005). These two basic concepts and phenomena are central to the health care system and constitute the basis for formulating aims as well as planning and prioritising. Therefore, a crucial aspect is related to how health care professionals understand the concrete concepts and the interrelationship between them.

Promoting health from a nursing perspective

Health is a central concept in nursing theory and clinical nursing practice related to the aim of nursing. Nursing is described as a professional discipline comprising biostatistical and a humanistic holistic three activities;

1. *“Concern with principles and laws that govern the life processes, well-being and optimum function of human beings-sick or well.*
2. *Concern with the patterning of human behaviour in interaction with the environment in critical life situations*
3. *Concern with the processes by which positive changes in health status are affected.”*

(Donaldson & Crowley, 1978, p. 113)

In this thesis the nursing approach is influenced by a holistic-existential perspective. The focus is on the person's existential experiences related to their health and illness (Watson 1985, Hummelvoll 1995). The discipline of nursing has been criticised for having a biomedical positivistic approach and for not being part of the development of health promotion (Kim 2000, Laffrey 1992, Morgan & Marsh 1998, Whitehead 2005, Rafael 1999).

“For several decades nursing has often been held up as the most likely health profession, in terms of its numbers and direct client involvement, to lead, implement and effect a concerted and innovative programme of health promotion reform throughout all health services. Its failure to realize or demonstrate this role has left other professions either dismissing any contribution that nursing has already made or largely ignoring any potential contributing that it might have” (Whitehead 2005, p.24)

Due to this criticism about a lack of focus on health promotion in the nursing disciplines and the existence of different interpretations of health, there is a need to clarify health and health promotion from a nursing perspective.

Empowerment as a part of health promotion

Empowerment was described as an important part of health promotion by the WHO in the Ottawa Charter. The concept has been discussed and criticised (Adams 1990, Rissel 1994) but is considered an important part of health promotion (Tones 1991, Rappaport 1987, Gibson 1992, Wallerstein 1993, Houston & Cowley 2002 and Laverack 2005).

Old people's health and the elderly hospital patient

Old people's health is described in different ways, as a feeling of wellbeing, being able to enjoy life, proper nutrition, being physically active, having a safe environment or being independent (Clarke 1998). Old people wish to be independent, live in their own home and take care of themselves. This is an important contribution, which is an important description of the feelings of wellbeing and health (Clarke 1998, Davies & Magilvy 2000 and Shiu 2001). Young (1996) found that old people were active in several ways in order to improve and promote their health without contact with health promotion workers. It is well documented that physical activity is an important part of health promotion in general and for old people in particular (Resnick 2003). Functional ability and coping capacity are vital for elderly persons' perception of good health as well as influencing whether they experience their life as meaningful and themselves as a valuable person (Sarvimäki & Stenbeck-Hult 2001).

The elderly hospital patient's condition is characterised by complexity and comprehensiveness due to the interaction between the aging process, decreased functional capacity and impaired mobility. In addition, elderly hospital patients have specific needs due to multi-morbidity, which have an impact on rehabilitation, nursing care and medical treatment.

Method

This thesis comprises four studies describing and exploring different perspectives of health and health promotion in medical wards in a small hospital in the southeast of Norway. It employs different qualitative methods and data sources and is influenced by a holistic-existential approach.

Study 1 was conducted as a theoretical conceptual analysis (Walker & Avant 1995) of the concepts; health, man, nursing and disease, based on how they are described and defined in three holistic-existential oriented nursing theories (Travelbee 1971, Watson 1985 and Hummelvoll 1995).

Study 2 describes and explores health and health promotion from the perspective of elderly hospital patients based on qualitative interviews.

Study 3 describes and explores the life world of nurses and their understanding of health promotive nursing in relation to elderly hospital patients by means of participant observation (Heggen & Fjell 1998, Taylor & Bogdan 1998).

Study 4 was an explorative study with a qualitative descriptive design. The concepts of empowerment and health were introduced to nurses (N=12) working in a hospital in order to give a mutual theoretical platform before participation in reflection group dialogues. The presentation included a short lecture (30 minutes) and selected literature. Three different perspectives were presented; a theoretical influenced by holistic-existential nursing, a clinical nursing and the old hospital patients' perspective on health and health promotion. The study was continued with conducting three reflection group dialogues, inspired by focus group interviews (Morgan 1990, Barbour & Kitzinger 1999).

Analysis

Analyses of the four studies were grounded on the qualitative research tradition and had a phenomenological-hermeneutic approach. Four different forms of analysis were used; study 1 comprised a theoretical-conceptual analysis and synthesis inspired by Walker & Avant (1995), study 2 employed a thematic content analysis of qualitative interviews (Van Manen

1997), study 3 an content analysis in three steps based on field notes (Hummelvoll & Severinsson 2001) while study 4 consisted of a four-step content analysis of six transcribed reflection group dialogues (Graneheim & Lundeman 2004).

Findings

Health and health promotion have a theoretical base in both public health and nursing, but the interpretation and use of the concepts differ and are somewhat vague. In particular, the discipline of nursing seems to lack focus on health promotion, despite the fact that it is included in the theoretical definition of nursing. The three investigated nursing theories (Travelbee 1971, Watson 1985, Hummelvoll 1995) interpret and define health and health promotion differently, although the differences are small. Based on these theories, a stipulative definition of health promotive nursing with a holistic-existential approach based on five preconditions was proposed (Berg & Sarvimäki 2003). The stipulative definition and five preconditions may serve as a basis for the development of health promotive nursing theory and knowledge.

In study 2 elderly hospital patients reported that health means being able to be the person I am, to do what I want, and feel well and have strength. Health promotion was described as being enabled by being seen as the person I am, through information and knowledge as well as hope and motivation. These findings can be applied in nursing practice in order to focus on health promotion as an individual process built upon the unique person's life and circumstances, supported by nursing care and medical treatment.

In study 3 the nurses' interpretation of health promotion was closely connected to their interpretation of health and holistic nursing. However, two main aspects emerged in the informal dialogues; a biomedical and a holistically oriented nursing perspective. Participant observations showed that certain circumstances, such as waiting for something or somebody, constantly changing situations as well as the complexity and diversity of cases influenced the nurse's work in general and in particular their focus on health promotion. The nurses moved between the biomedical and holistic approach. It seemed important for them to be masters of

walking on a tightrope and have professional competence. The study revealed the difficulty of focusing on health promotion, as diagnosis and medical treatment were more obviously in focus, while more complex and comprehensive situations related to promoting the health of elderly patients seemed to be underprioritised.

In study 4 the findings from the three other studies in this thesis were presented together with literature about the concept of empowerment. The nurses unfolded a theme 'diversity and complexity marks health promoting and empowering old hospital patient', a theme that is related to the latent content in the text. Two categories, 'balancing nurse power and patient power - a twofold relation to power' and 'focusing on the individual person', described the manifest content of the text. The nurses questioned whether nurses receive or remove power from elderly hospital patients. The reflection group dialogues uncovered positive and negative sides of power and empowerment, and empowering the patient was called into question. The nurses also felt a need to be empowered. Health promotion was understood as an individual approach, one aspect of which was to normalise the patient's situation. The nurses stated that elderly patients are characterised by diversity and complexity. The findings in this study indicate that reflection group dialogues may be useful tools for nurses to expand and develop awareness concerning theoretical knowledge related to their everyday work. The dialogues also show an ambiguity and complexity in caring for the old hospital patient when health promotion and empowerment is a goal.

Discussion

The overall aim of this thesis was to describe, develop and implement public health and nursing knowledge in order to promote the health of elderly patients. The main scientific framework consisted of a connection between public health and nursing science.

The multidimensional picture of health

Understanding and defining health is a central issue in public health and nursing. In the absence of a basic understanding of health, it is difficult to develop knowledge about health and health promotion. Understanding of health is dependent on scientific, theoretical and moral aspects. Despite several different, partly competing, definitions, there is consensus about a core consisting of bodily functions and interaction between the social and physical environment (Karlberg, Hallberg & Sarvimäki 2002). This thesis proposes a stipulative definition of health promotion from a holistic-existential nursing perspective supported by five preconditions, which may serve as a guide to health promotion with a holistic-existential approach. As a result, the thesis explored health and health promotion from the perspective of hospital nurses and their elderly patients. The nurses highlighted the importance of an individual approach to elderly patients both in nursing and health related tasks. They also described complex and comprehensive situations associated with elderly patients, which they used as arguments in favour of an individualised approach. The nurses also expressed a need for geriatric competence. The elderly patients' descriptions of health and health promotion may serve as a framework together with knowledge of old people's health in a general health promotive nursing approach. In study 4 the nurses discussed different aspects of empowerment in relation to their own position, to the elderly patient, as well as to health and health promotion. The nurses confirmed several findings from studies 2 and 3, e.g. the importance of being seen as an individual, that health is an individual experience and that information is essential in order to understand the meaning of each situation. The duality in the nurse's attitude to empowerment and power is an important issue to reflect upon in order to promote old people's health. According to Lavrack (2005), the person who has power must be willing to share it, while a person with no power should aspire to. According to the nurses in the present study, elderly patients often transfer power to them. Nurses also experienced a need of empowerment; they argued that it would make it easier and more natural for them to empower others.

Conclusion

The thesis describes health and to promote health from different perspectives, from the clinical nursing perspective and the old hospital patients perspective. The thesis explores and describes theoretical, practical and experienced based knowledge related to the view of health and promoting the old hospital patients health.

1. With a basis in public health and the thesis presents a stipulative definition of a health promotive nursing influenced of a holistic-existential approach nursing. The definition and the five necessary preconditions may give a direction and approach for nurse's work with promoting older hospital patients health. The interpretation of health promotion is dependent of the interpretation of health.
2. The old hospital patients emphasise that their health is promoted by being seen as a person, having information and knowledge and motivation and hope.
3. The thesis uncovers a variation and unclear interpretation of health promotion among the nurses and the old hospital patients. However, discussions and dialogues develop and clarify the meaning of health promotion for each person. This is an important knowledge to acknowledge for nurses if they ought to fulfil their professional social mandate and be a part of the public health work.
4. Knowledge is power and as such an important factor in the development of nursing and health promotion. Empowerment may be a relevant strategy, because both nurses and old hospital patients acknowledges the significance in having influence and control over their situation. Empowerment presupposes a consciousness about the persons' position of power and situation, and a consciousness about how to use the position.
5. Reflection group dialogues may be a useful strategy to increase the professional consciousness among nurses, promote implementation of research findings and to focus on promoting the old hospital patients health.

Implications for clinical practice and suggestions for further research

Conceptual and empirical knowledge about health, health promotion and elderly hospital patients requires further research and empirical testing. The findings of this thesis may be a starting point for the development of health promotive nursing. Some of the findings, e.g. study 3, may be used to guide a nursing approach to health promotion for elderly patients, while those from study 4 may be used as a general approach in the development of a closer link between theory and practice, which may also contribute to nursing knowledge.

The significance of a multi geriatric approach to elderly hospital patients, comprising different knowledge and approaches combined in multi professional teams has been reported. How nursing care in a hospital context directly influences the elderly patient's health requires further investigation.

The thesis describes several aspects of health, although how medical doctors, physiotherapists and other health workers as well as old people living in their own homes define health and understand health promotion could be a subject for further research. The findings of study 4 could be expanded in a larger study, including more groups and conducted over a longer period of time.

Takk

Det er mange som kan og bør takkes. Mine kjære kollegaer, spesielt i kontorfellesskapet på Lillehammer, men også på Gjøvik, har bidratt med uttallige diskusjoner og støtte underveis. Min første sjef, Bodil Hoff Sagli, satte meg i gang, først ved å gi meg muligheten til å ta hovedfagsstudier og deretter doktorgradsstudier. Min arbeidsgiver Høgskolen i Gjøvik har gitt meg muligheten gjennom forskningstid og stipendier. Bibliotekarene ved Høgskolen i Gjøvik har bistått med artikler og øvrig litteratur, og en tålmodighet i forhold til lånefrister.

Takk til dere alle sammen!

I det direkte forskningsarbeidet har sykepleiere og ledere ved medisinsk avdeling på sykehuset på Lillehammer gitt meg tilgang slik at tre av delstudiene lot seg gjennomføre. En spesiell takk til sykepleiere ved infeksjonsavdelingen. En takk også til de eldre pasientene som lot seg intervju.

En takk til medstudenter og lærere ved Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap i Göteborg. Dere har lært meg mye om forskning og ikke minst om tverrfaglighet og tverrvitenskapelighet.

Min første veileder og inspirator, professor Jan Kåre Hummelvoll, ga meg uvurderlig støtte og veiledning i utarbeidelsen av prosjektskissen og i den første delstudien.

En stor takk til Birgitta Hedelin, som med sin kunnskap og arbeidskapasitet tålmodig har lest mine tekster og har gitt meg verdifulle kommentarer på detaljer og struktur.

En stor takk til Anneli Sarvimäki, som sin med klokskap og kunnskap har gitt meg retning og substans i mine studier. Med få og enkle grep har hennes veiledning gitt meg en meningsfull retning.

Det er viktig å ha et godt faglig miljø som stimulerer og utfordrer, men kanskje enda viktigere er det å ha noen som setter pris på deg og er glad i deg. Dette gjelder min mor, familie og venner som har fulgt meg gjennom disse årene. Dere har bidratt med spørsmål, interesse og gode råd.

Sondre og Mina har vokst opp med en studerende far, noe som helt sikkert har preget deres barne- og ungdomstid. Uansett har dere holdt meg til stede og pekt på de viktige tingene her i verden, enten det er fotball, politiske diskusjoner, teater eller musikk.

Til slutt den kanskje viktigste motivatoren og kilden til å få krefter, Marit. Uten din støtte, raushet og tålmodighet hadde ikke dette prosjektet latt seg gjennomføre.

Takk for at dere har vært der, og for alt dere har gitt meg gjennom denne prosessen.

Litteratur

Adams R.N. (1977) 'Power in human societies: a synthesis'. In, *The Anthropology of Power: Ethnographic Studies from Asia, Oceania, and the New World*. (Fogelson R. D. and Adams R.N. eds.). New York, Academic Press, pp. 387-410.

Albert S.M. (2004) *Public Health and ageing: an introduction to maximizing education and well being*. New York, Springer.

Alsvåg H. (1997) *Sykepleie – mellom vitenskap og pasient*. Fagbokforlaget

Arbon P. (2004) Understanding experience in nursing. *Journal of Clinical Nursing*. **13**, 150-157.

Aristoteles (1973) *Etikken*. Norsk utgave av Anfinn Stigen. Gyldendal, Oslo.

Aristoteles (ca. 350 f.Kr.)(1999) *Den Nokomakiske etikk*, Bok VI (1114b). Til norsk ved Øivind Rabbås. Bokklubben Dagens Bøker, Oslo.

Aoyagi Y., Togo F., Matsuki S., Kamazaki Y., Inoue S. , Takamiya T., Naka M. & Shepard R.J. (2004) *Walking velocity measured as 5 m as a basis of exercise prescription for the elderly: preliminary data from the Nakanojo Study*. *European Journal of Applied Physiology*, **93**: 217-23.

Barbosa da Silva A. (2002) An Analysis of the Uniqueness and Theoretical Foundations of Qualitative Methods. I *Qualitative Methods in Public Health Research –Theoretical Foundations and Practical Examples*. (Hallberg L. R-M. Red.). Studentlitteratur, Lund, Sverige. pp. 39-70.

Barbosa da Silva A. & Andersson M. (1993) *Vetenskap och människosyn i sjukvården: en introduktion till vetenskapsfilosofi och vårdetik*. Stockholm: SHSTF

Barbour R.S. & Kitzinger J. (ED) (1999) *Developing Focus Group Research – Politics theory and practice*, Sage Publications Ltd. London

Barnum Stevens BJ (1994) *Nursing Theory, Analysis, Application, Evaluation*. JB Lippincott Company, Philadelphia, USA

Beaglehole R., Bonita R., Horton R., Adams O. & Mckee M. (2004) Public health in the new era: improving health through collective action. *Lancet* **363**: 2084-86.

Benner P. & Wrubel J. (c1989) *The primacy of caring: stress and coping in health and illness*. Addison-Wesley, Menlo Park.

Bernstein J.R. (1991) *Bortom objektivism och relativism : vetenskap, hermeneutik och praxis*. Göteborg : Röda bokförlaget

Birchall R. & Waters K. (1996) What do elderly do in a hospital? *Journal of Clinical Nursing*, **5**: 171-176.

Boorse C. (1977) *Health as a theoretical concept*. Philosophy of Science, 44, pp. 542-573.

Burgess R.G. (1991) *In the Field. An Introduction to Field Research*. Routledge, London.

Burnard P. (1989) *Teaching interpersonal skills: a handbook of experiential learning for health professionals*. Chapman and Hall, London, UK.

Caelli K., Downie J. & Caelli T. (2003) Towards a decision support system for health promotion in nursing. *Journal of Advanced Nursing*, **43**: 170-180

Castelucci D.T. (1998) Issues for nurses regarding elder autonomy. *Nursing Clinics of North America*, **33**: 111-122

Caplan A.L. (1989) The concepts of Health and Disease. In, *Medical Ethics*. (Veatch, R.M. ed.) Jones and Bartlett Publishers, Boston, USA, pp. 51-63.

Clarke C.C. (1998) Wellness self-care by healthy older adults
Image – The Journal of Nursing Scholarships, **30**: 352-355.

Davies, R.N. & Magilvy, J. (2000) Quit pride: the experience of chronic illness by rural older adults. *Journal of Nursing Scholarship*, **32**: 385-390.

Davies S., Ellis L. & Laker S. (2000) Promoting autonomy and independence for older people within nursing practice: an observational study. *Journal of Clinical Nursing*, **9**: 124-136.

Donaldson S.K. & Crowley D.M. (1978) The Discipline of Nursing. *Nursing Outlook*, February: 113-120

Eika K.H. & Lurås H. (2005) *Strategier for bedre helse og funksjonsevne blant eldre*. Helseøkonomisk forskningsprogram ved Universitetet i Oslo, HERO 2005.

Etiske retningslinjer for sykepleieforskning i Norden (2003). *Vård i Norden*, **4**(70), 23, 2-19.

Fagermoen M. S. (1993) *Sykepleie i teori og praksis: et fagdidaktisk perspektiv*. Universitetsforlaget, Oslo.

Falk R.A. (1999) The politic of health promotion nursing practice in Ontario, Canada: from Nightingale to the nineties. *Advanced Nursing Science*, **22**: 23-39

Fawcett J. (1978) Conceptual models and nursing practice the reciprocal relationship. *Journal of Advanced Nursing*, **17**: 224-228.

Fawcett J. (1995) *Analysis and Evaluation of Conceptual Models of Nursing*. 3rd ed. E.A. Davis. Philadelphia, USA.

Frankl V. (1963) *Man's search for meaning*. Square Press, New York.

Frenn M. (1996) Older adults' experience of health promotion: a theory for nursing practice. *Public Health Nursing*, **13**: 65-71.

Fries J.F. (1997) Editorial: Can preventive gerontology be on the way. *American Journal of Public Health*, **87**: 1591-1593.

- Fry S.T. (1991) Health care and decision making. In *ageing and Ethics* (Jecker N. ed.). Humana Press, Clifton, NJ, pp. 171-186.
- Fulton Y. (1997) Nurses' views on empowerment: a critical social theory perspective. *Journal of Advanced Nursing*, **26**:529-36.
- Gibson C.H. (1991) A concept analysis of empowerment. *Journal of Advanced Nursing*, **16**: 354-361.
- Gill T.M., Allore H.G., Holford T.R. & Guo Z. (2006) Hospitalization, Restricted Activity, and the Development of Disability Among Older Persons. *Journal of American Medical Association*, **292**: 2115-2124.
- Graneheim U.H. & Lundman B. (2004) Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, **24**: 105-112
- Guba E. & Lincoln Y. (1985) *Naturalistic inquiry*. Beverly Hills: Sage Publications USA.
- Hall E. (2004) A double concern: grandmothers' experiences when a small grandchild is critically ill. *Journal of Pediatric Nursing* **19**: 61-69
- Harder I. (1992) *The World of the Hospital Nurse: Nurse Patient Interaction - Body Nursing and Health Promotion*. Doktorgradsavhandling, Århus Universitet.
- Hedelin B. (2000) *Med gemenskap som grund. – Psyisk hälsa og uhälsa hos äldre människor och psykiatriskötarskans hälsofrämjande arbete*. Nordiska hälsovårdshögskolan, Göteborg, Sweden.
- Heggen K. & Fjell T.I. (1998) Kapittel 3. Etnografi. In, *Spørsmålet bestemmer metoden. Forskningsmetoder i sykepleie og andre helsefag*. (Lorensen, M. red.) Universitetsforlaget, Oslo, Norge, pp. 66-89.

Heidegger M. (1989) *Existence and Being*. Vision Press Ltd., London.

Heidegger M. (1993) *Being and Time*. Blackwell, London.

Hem E. (2005). Hva fører til uførhet hos eldre? *Tidsskrift for Norske Lægeforening*, **125**; 7

Henderson V. (1961) *The Nature of Nursing: A Definition and Its Implications for Practice, Research and Education*. Mac-Millian, New York, USA.

Henderson S. (2003) Power imbalance between nurses and patients: a potential inhibitor of partnership in care. *Journal of Clinical Nursing*, **12**: 501-508.

Hendriksen C. (2002) *Primary health care and geriatric medicine in Denmark*
Annals Universitates Mariae Curie-Schlodowska Lublin – Polonoa, Vol. LVII, N 1, 74.

Hiim H. & Hippe E. (1998) *Læring gjennom opplevelse, forståelse og handling: ne studiebok i didaktikk*. Universitetsforlaget, Oslo.

Hofmann B.M. (2002) *The technological invention of disease – On disease, technology and values*. Doctoral dissertation Faculty of Medicine, University of Oslo, Norway, Unipub AS.

Hofmann B.M. (2005) Simplified models of the relationship between health and disease. *Theoretical Medicine and Bioethics*, **26**: 355-377.

Houston A. M. & Cowley S. (2002) An empowerment approach to needs assessment in health visiting practice. *Journal of Clinical Nursing*, **11**: 640-650.

Hummelvoll J.K. (1995) *Psychiatric Nursing in a Public Health Perspective. A Study of How a Holistic-Existential Psychiatric Nursing Model Contribute to Work in Public Health*.
Doctoral Thesis, Nordic School of Public Health, Gothenburg, Sweden

Hummelvoll J.K. & Severinsson E. I. (2001) Imperativ ideals and strenuous reality: focusing on acute psychiatry. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, **8**: 17-24.

Huseby B.M. (2000a) Likhet og variasjon mellom norske fylker i bruk av sykehustjenester på 1990-tallet. I Hansen F.H. Sykehussektoren på 1990-tallet i sterk vekst – stabile fylkesvis forskjeller. Kommuneforlaget.

Huseby B.M. (2001) Sykehusstruktur og tilgjengelighet. I Hanse F.H. (red) Sykehusstruktur i endring. De lange linjer og utvikling de siste tiår. Kommune forlaget.

Huseby B.M. (red)(2004) Samdata Somatisk Sektorrapport 2003. Rapport 1/04 SINTEF Helse.

Huseby B.M. (2005) *Sykehusbruk blant eldre i Skandinavia I 2002*. Rapport, Sintef Helse, Juni 2005.

Karlberg I., Halberg R-M. L. & Sarvimäki A. (2002) Introduction and aims of the book – Health, Public Health and Research on Public Health. . In *Qualitative Methods in Public Health Research –Theoretical Foundations and Practical Examples*. (Hallberg L. R-M. Red.). Studentlitteratur, Lund, Sverige, pp. 13- 38.

Kalnins I, McQueen D, Backett K, Curtice L and Currie C.(1992) Children, empowerment and health promotion: Some new directions in research and practice. *Health Promotion International*, 7: 53-59

Karoliussen M. & Smebye K.L. (1997) *Eldre, aldring og sykepleie*. 2utg. Universitetsforlaget AS Oslo

Kieffer CH. (1983) Citizen Empowerment: a developmental perspective. *Prevention in Human Services*, 3: 9-36

Kim H.S. (1983) *The Nature of Theoretical Thinking in Nursing*. Norwalk, CT: Appleton-Century-Croft.

Kim H.S. (1987) Structuring the nursing knowledge system: A typology of four domains. *Scholarly Inquiry for Nursing Practice*, 1: 99-110.

- Kim H.S. (2000) An integrative framework for conceptualizing clients: a proposal for a nursing perspective in the new century. *Nursing Science Quarterly*, **13**: 37-44.
- Kirkevold M. (1996) *Vitenskap for praksis?* Ad Notam Gyldendal, Oslo.
- Kirkevold M. (1998) Sykepleieteorier – analyse og evaluering. 2. utgave, Ad Notam Gyldendal, Oslo.
- Kvale S. (1997) *Det kvalitative forskningsintervju*. Ad Notam Gyldendal, Oslo.
- Laffrey S. (1992) Health promotion research. *Communicating Nursing Research*, **25**: 123-136.
- Larsson S. (1994) Om kvalitetskriterier i kvalitative studier. In: *Kvalitativ metod och vetenskapsteori*. (Starrin B. & Svensson P-G. red.) Lund, Studentlitteratur, pp. 163-189.
- Larsson Kihlgren A., Nilsson M. & Sørli V. (2004). Caring for older patients at an emergency department – emergency nurse's reasoning. *Journal of Clinical Nursing*, **14**: 601-608
- Laverack G. (2004) *Health Promotion Practice Power and empowerment*. Sage Publications Ltd. Thousand Oaks, USA.
- Laverack G. (2005) *Public health: power, empowerment, and professional practice*. Palgrave Macmillan, New York, USA
- Lawton (1991) Functional status and aging well. *Generations* **15**: 31-4
- Loland N. W. (2004) Exercise, Health and aging. *Journal of Aging and Physical Activity*, **11**: 170-184
- Lowenthal D.T., Kirschner D.A., Scarpale N.T., Pollock M. & Graves J. (1994) Effects of exercise on age and disease. *Southern Medical Journal*, **87**: 5-12.

Lyotard J-F. (1979) *La Condition postmoderne: Rapport sur le savoir*, Les Edition de Minuit, Paris.

Macleod Clarke J. (1993) From sick nursing to health nursing: evolution or revolution? In *Research in Health Promotion in Nursing* (Wilson Barnett J. & Macleod Clarke J., eds). Macmillian Basingstock, Hampshire, pp. 256-270.

Martinsen K. - (1993) *Fra Marx til Løgstrup*. Tano, Oslo.

Martinsen K. (1996) *Fenomenologi og omsorg – tre dialoger*. Tano, Oslo.

Martinsen K. (2001). *Øye og kallet*. -Fagbokforlaget, Bergen.

Meleis A.I. (1985) International nursing for knowledge development. *Nursing Outlook*, **33**: 144-147

Meleis A.I (2007) *Theoretical Nursing Development and progress Fourth edition*. Lippincott Williams & Wilkins

Morgan D.L. (1990) *Focus Groups as Qualitative Research. Qualitative Research Methods*, Volume 16, Sage Publications

Morgan I.S. & Marsh G.W. (1998) Historic and future health promotion contexts for nursing *Image J Nurs Scholarship*, **30**: 379-380

Nightingale F. (1860: 1980) *Notes of nursing: what it is, and what it is not*. Edinburgh: Churchill Livingstone.

Nordenfelt L. (1991) *Livskvalitt och hälsa. Teori och kritikk*. Falköping, Sweden: Almqvist & Wiksell Förlag AB.

Nordenfelt I. (1994) Om hälsofrämjandets etikk. In, *Kampen för folkhälsan. Prevention i historia och nutid. Natur och Kultur* (Carlsson, G. & Arvidsson, O. Red.), Borås, Sweden.

Northrup D.T. & Purkis M.E. (2001) Building the science of health promotion practice from a human perspective. *Nursing Philosophy*, **2**: 62-71

Nortvedt P. & Grimen H. (2004) *Sensibilitet og refleksjon. Filosofi og vitenskapsteori for helsefag*. Gyldendal Akademiske, Oslo.

NOU 1998:18. *Det er bruk for alle. Styrking av folkehelsearbeidet i kommunene*. Norges offentlige utredninger. Oslo. 1998.

Onen , Abidi F.H , Savoyr L., Elchardus J.M., Legraine S. & Courpon P.H. (2001) Emergency hospitalization in the elderly in a French university hospital and social conditions and crisis factors precipitating admission and outcome at discharge. *Aging*, **13**: 412-3.

Orem D.E., Taylor S.G. & Repenning K. M. (c2001) *Nursing: concepts of practice*. 6th ed. Mosby, St. Louis, USA.

Polit D.F. & Hungler B.P. (1999). *Nursing research: Principles and methods*. 6th ed. Lippincott, Philadelphia, USA

Raeburn J. & Rootman I. (1998) *People-Centred Health Promotion*. Chichester: John Wiley.

Rafael F. (1999) The politics of health promotion: influences on public health nursing practice in Ontario, Canada – from Nightingale to the nineties. *Advances in Nursing Science*, **22**: 23-39.

Rappaport J. (1987) Terms of empowerment, exemplars of prevention: Toward a theory for community psychology. *American Journal of Community Psychology*, **15**: 121-145.

Resnick B. (2003) Health promotion practices of older adults: testing an individualised approach. *Journal of Clinical Nursing*, **12**: 46-55

Rissel C. (1994) Empowerment: the holy grail of health promotion? *Health Promotion International*, **9**: 39-47.

Romøren T. (2001) *Den fjerde alderen. Funksjonstap, familieomsorg og tjenestebruk hos mennesker over 80 år*. Gyldendal.

Rubinstein L.Z. (2004) Joseph T. Freeman Award Lecture. Comprehensive Geriatric Assessment: From Miracle to Reality. *Journal of Gerontology, Medical Sciences*, **59**: 473-477.

Rubinstein L.Z., Josephson KR., Wieland GD., English PA., Sayre JA, & Kane RL.(1984) Effectiveness of geriatric evaluation unit: a randomized clinical trail. *New England Journal of Medicine*, **311**: 1664-1670.

Saltvedt I., Oppdahl Mo. ES, Fayers P., Kaasa S. & Sletvold O. (2002) Reduced mortality in treating acute sick, frail older patients in a geriatric evaluation and management unit. A prospective Randomized Trial, *Journal of American Geriatric Society*, **50**: 792-798

Saltvedt I, Saltnes T, Mo ES, Fayers P, Kaasa S. & Sletvold O. (2004) Acute geriatric intervention increases the number of patients able to live at home. A prospective randomized study. *Aging Clinical and Experimental Research*, **16**: 300-306.

Saltvedt I. (2006) *Treatment of acutely sick, frail elderly patients in a geriatric evaluation and management unit: results from a prospective randomized trial*. University of Science and Technology, Faculty of Medicine, Department of Neuroscience and Department of Cancer Research and Molecular Medicine, Trondheim, Norway.

Sandelowski M. (1986) The problem of rigor in qualitative research. *Advances in Nursing Science*, **8**: 27-37

Sarvimäki A. & Stenbeck-Hult B. (2004) Sårbarhet som utgångspunkt för etiken i äldreomsorgen. *Gerontologia*, **18**: 153-158.

Shiu A. Tah-Ying (2001) The significance of empowerment for perceptions of control: A case study of a home for older people. *Journal of Clinical Nursing* **10**: 152-153

Sigstad H.M.H. (2004) Brukermedvirkning - alibi eller realitet? *Tidsskrift for Den norske Lægeforening*, **124**: 63-4.

Sletvold O. (2006). Geriatri. *Tidsskrift for Den Norske Lægeforening*, **126**: 92-93

Stang I. (1998) *Makt og bemyndigelse – om å ta pasient og brukermedvirkning på alvor*. Universitetsforlaget, Oslo.

Strandmark, M. & Hedelin, B. (2002) Phenomenological methods reveals the inside perspective of health and ill-health. In: *Qualitative Methods in Public Health Research, Theoretical foundations and practical examples*. (Hallberg L. red.), Lund: Studentlitteratur, pp. 71-103.

Stuck A.E., Egger M, Hammer A., Minder CE. & Beck JC. (2002) Home visits to prevent nursing home admission and functional decline in elderly people: systematic review and meta-regression analysis, *Journal of American Medical Association*, **287**: 1022-1028.

Thomassen M. (2006) *Vitenskap kunnskap og praksis. Innføring i vitenskapsfilosofi for helse- og sosialfag*. Gyldendal Akademiske, Oslo

Travelbee J. (1971) *Interpersonal Aspects of Nursing*. F.A. Davis Company, Philadelphia

Taylor S.J. & Bogdan R. (1998) *Introduction to Qualitative Research Methods*, 3rd edn. John Wiley & Sons, Inc, New York, USA

Tones K. (1991) Health promotion, empowerment and the psychology of control *Journal of the Institute of Health Education*, **29**: 17-26.

Van Manen M. (1997) *Researching Lived Experience. Human Science for an Action Sensitive Pedagogy*, 2nd edn. The Althouse Press, Ontario, Canada.

Wallerstein N. (1993), Empowerment and health: The theory and practice of community change. *Communit Development Journal*, **28**: 218-227.

Wallerstein N. og Bernstein, E.(1988). Empowerment Education: Freire's Ideas Adapted to Health Education. *Health Education Quarterly*, **15**: 379-394

Walker L.O. & Avant K.C. (1995) *Strategies for Theory Construction in Nursing*, 3rd ed, Appleton & Lange, Norwalk, CT, USA.

Walseth L.T. & Malterud K. (2004) Salutogenese og empowerment i allmenntmedisinsk perspektiv. *Tidsskrift for Den norske Lægeforening*, **124**: 65-66.

Watson J. (1985) *The Philosophy and Science of Caring*. Colorado Associated University Press, Boulder, Colorado, USA.

Whitehead D. (2005) Health promoting hospitals: The role and function of nursing. *Journal of Clinical Nursing*, **14**: 20-27.

Whitehead D. (2006) Findings from a review of clinical issues. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*. **3**: 165-184.

WHO (1986) *Ottawa Charter for Health Promotion*, Geneva: World Health Organisation.

WHO (1999) *Health21: the health for all policy framework for the WHO European Region*. European Health for All Series No. 6, København.

Young K. (1996) Health, health promotion and the elderly
Journal of Clinical Nursing, **5**: 241-248.

Yura, H. & Torres, G. (1975) *Today's Conceptual Framework Within Baccalaureate Nursing Program*. NHL Press, New York.

Østerberg, D. (1988) Michel Foucault. *Nytt Norsk Tidsskrift*, No. 1486, 16-28.

Förteckning över NHV-rapporter

1983

- 1983:1 Hälsa för alla i Norden år 2000. Föredrag presenterade på en konferens vid Nordiska hälsovårdshögskolan 7–10 september 1982.
- 1983:2 Methods and Experience in Planning for Family Health – Report from a seminar. Harald Heijbel & Lennart Köhler (eds).
- 1983:3 Accident Prevention – Report from a seminar. Ragnar Berfenstam & Lennart Köhler (eds).
- 1983:4 Själv mord i Stockholm – en epidemiologisk studie av 686 konsekutiva fall. Thomas Hjortsjö. Avhandling.

1984

- 1984:1 Långvarigt sjuka barn – sjukvårdens effekter på barn och familj. Andersson, Harwe, Hellberg & Syrén. (FoU-rapport/shstf:14). Distribueras av Studentlitteratur, Box 141, SE-221 01 Lund.
- 1984:2 Intersectoral Action for Health – Report from an International Workshop. Lennart Köhler & John Martin (eds).
- 1984:3 Barns hälsotillstånd i Norden. Gunborg Jakobsson & Lennart Köhler. Distribueras av Studentlitteratur, Box 141, SE-221 01 Lund.

1985

- 1985:1 Hälsa för äldre i Norden år 2000. Mårten Lagergren (red).
- 1985:2 Socialt stöd åt handikappade barn i Norden. Mats Eriksson & Lennart Köhler. Distribueras av Allmänna Barnhuset, Box 26006, SE-100 41 Stockholm.
- 1985:3 Promotion of Mental Health. Per-Olof Brogren.
- 1985:4 Training Health Workers for Primary Health Care. John Martin (ed).
- 1985:5 Inequalities in Health and Health Care. Lennart Köhler & John Martin (eds).

1986

- 1986:1 Prevention i primärvården. Rapport från konferens. Harald Siem & Hans Wedel (red). Distribueras av Studentlitteratur, Box 141, SE-221 01 Lund.
- 1986:2 Management of Primary Health Care. John Martin (ed).
- 1986:3 Health Implications of Family Breakdown. Lennart Köhler, Bengt Lindström, Keith Barnard & Houda Itani.
- 1986:4 Epidemiologi i tandvården. Dorthe Holst & Jostein Rise (red). Distribueras av Tandläkarförbundet, Box 5843, SE-102 48 Stockholm.
- 1986:5 Training Course in Social Pediatrics. Part I. Lennart Köhler & Nick Spencer (eds).

Förteckning över NHV-rapporter

1987

- 1987:1 Children's Health and Well-being in the Nordic Countries. Lennart Köhler & Gunborg Jakobsson. Ingår i serien Clinics in Developmental Medicine, No 98 och distribueras av Blackwell Scientific Publications Ltd, Oxford. ISBN (UK) 0 632 01797X.
- 1987:2 Traffic and Children's Health. Lennart Köhler & Hugh Jackson (eds).
- 1987:3 Methods and Experience in Planning for Health. Essential Drugs. Frants Staugård (ed).
- 1987:4 Traditional midwives. Sandra Anderson & Frants Staugård.
- 1987:5 Nordiska hälsovårdshögskolan. En historik inför invigningen av lokalerna på Nya Varvet i Göteborg den 29 augusti 1987. Lennart Köhler (red).
- 1987:6 Equity and Intersectoral Action for Health. Keith Barnard, Anna Ritsatakis & Per-Gunnar Svensson.
- 1987:7 In the Right Direction. Health Promotion Learning Programmes. Keith Barnard (ed).

1988

- 1988:1 Infant Mortality – the Swedish Experience. Lennart Köhler.
- 1988:2 Familjen i välfärdsstaten. En undersökning av levnadsförhållanden och deras fördelning bland barnfamiljer i Finland och övriga nordiska länder. Gunborg Jakobsson. Avhandling.
- 1988:3 Aids i Norden. Birgit Westphal Christensen, Allan Krasnik, Jakob Bjørner & Bo Eriksson.
- 1988:4 Methods and Experience in Planning for Health – the Role of Health Systems Research. Frants Staugård (ed).
- 1988:5 Training Course in Social Pediatrics. Part II. Perinatal and neonatal period. Bengt Lindström & Nick Spencer (eds).
- 1988:6 Äldretandvård. Jostein Rise & Dorthe Holst (red). Distribueras av Tandläkarförlaget, Box 5843, SE-102 48 Stockholm.

1989

- 1989:1 Rights, Roles and Responsibilities. A view on Youth and Health from the Nordic countries. Keith Barnard.
- 1989:2 Folkhälsovetenskap. Ett nordiskt perspektiv. Lennart Köhler (red).
- 1989:3 Training Course in Social Pediatrics. Part III. Pre-School Period. Bengt Lindström & Nick Spencer (eds).

Förteckning över NHV-rapporter

- 1989:4 Traditional Medicine in Botswana. Traditional Medicinal Plants. Inga Hedberg & Frants Staugård.
- 1989:5 Forsknings- och utvecklingsverksamhet vid Nordiska hälsovårdshögskolan. Rapport till Nordiska Socialpolitiska kommittén.
- 1989:6 Omstridda mödrar. En studie av mödrar som förtecknats som förståndshandikappade. Evy Kollberg. Avhandling.
- 1989:7 Traditional Medicine in a transitional society. Botswana moving towards the year 2000. Frants Staugård.
- 1989:8 Rapport fra Den 2. Nordiske Konferanse om Helseopplysning. Bergen 4–7 juni 1989. Svein Hindal, Kjell Haug, Leif Edvard Aarø & Carl-Gunnar Eriksson.

1990

- 1990:1 Barn och barnfamiljer i Norden. En studie av välfärd, hälsa och livskvalitet. Lennart Köhler (red). Distribueras av Studentlitteratur, Box 141, SE-221 01 Lund.
- 1990:2 Barn och barnfamiljer i Norden. Teknisk del. Lennart Köhler (red).
- 1990:3 Methods and Experience in Planning for Health. The Role of Women in Health Development. Frants Staugård (ed).
- 1990:4 Coffee and Coronary Heart Disease, Special Emphasis on the Coffee – Blood Lipids Relationship. Dag S. Thelle & Gerrit van der Stegen (eds).

1991

- 1991:1 Barns hälsa i Sverige. Kunskapsunderlag till 1991 års Folkhälsorapport. Gunborg Jakobsson & Lennart Köhler. Distribueras av Fritzes, Box 16356, SE-103 27 Stockholm (Allmänna Förlaget).
- 1991:2 Health Policy Assessment – Proceedings of an International Workshop in Göteborg, Sweden, February 26 – March 1, 1990. Carl-Gunnar Eriksson (ed). Distributed by Almqvist & Wiksell International, Box 638, SE-101 28 Stockholm.
- 1991:3 Children's health in Sweden. Lennart Köhler & Gunborg Jakobsson. Distributed by Fritzes, Box 16356, SE-103 27 Stockholm (Allmänna Förlaget).
- 1991:4 Poliklinikker og dagkururgi. Virksomhetsbeskrivelse for ambulent helsetjeneste. Monrad Aas.
- 1991:5 Growth and Social Conditions. Height and weight of Stockholm schoolchildren in a public health context. Lars Cernerud. Avhandling.
- 1991:6 Aids in a caring society – practice and policy. Birgit Westphal Victor. Avhandling
- 1991:7 Resultat, kvalitet, valfrihet. Nordisk hälsopolitik på 90-talet. Mats Brommels (red). Distribueras av nomesko, Sejrøgade 11, DK-2100 København.

Förteckning över NHV-rapporter

1992

- 1992:1 Forskning om psykiatrisk vårdorganisation – ett nordiskt komparativt perspektiv. Mats Brommels, Lars-Olof Ljungberg & Claes-Göran Westin (red). sou 1992:4. Distribueras av Fritzes, Box 16356, SE-103 27 Stockholm (Allmänna förlaget).
- 1992:2 Hepatitis virus and human immunodeficiency virus infection in dental care: occupational risk versus patient care. Flemming Scheutz. Avhandling.
- 1992:3 Att leda vård – utveckling i nordiskt perspektiv. Inga-Maja Rydholm. Distribueras av shstf-material, Box 49023, SE-100 28 Stockholm.
- 1992:4 Aktion mot alkohol och narkotika 1989–1991. Utvärderingsrapport. Athena. Ulla Marklund.
- 1992:5 Abortion from cultural, social and individual aspects. A comparative study, Italy – Sweden. Marianne Bengtsson Agostino. Avhandling.

1993

- 1993:1 Kronisk syke og funksjonshemmede barn. Mot en bedre fremtid? Arvid Heiberg (red). Distribueras av Tano Forlag, Stortorget 10, NO-0155 Oslo.
- 1993:2 3 Nordiske Konference om Sundhedsfremme i Aalborg 13 – 16 september 1992. Carl-Gunnar Eriksson (red).
- 1993:3 Reumatikernas situation i Norden. Kartläggning och rapport från en konferens på Nordiska hälsovårdshögskolan 9 – 10 november 1992. Bjarne Jansson & Dag S. Thelle (red).
- 1993:4 Peace, Health and Development. A Nobel seminar held in Göteborg, Sweden, December 5, 1991. Jointly organized by the Nordic School of Public Health and the University of Göteborg with financial support from SAREC. Lennart Köhler & Lars-Åke Hansson (eds).
- 1993:5 Hälsopolitiska jämlikhetsmål. Diskussionsunderlag utarbetat av WHOs regionkontor för Europa i Köpenhamn. Göran Dahlgren & Margret Whitehead. Distribueras gratis.

1994

- 1994:1 Innovation in Primary Health Care of Elderly People in Denmark. – Two Action Research Projects. Lis Wagner. Avhandling.
- 1994:2 Psychological stress and coping in hospitalized chronically ill elderly. Mary Kalfoss. Avhandling.
- 1994:3 The Essence of Existence. On the Quality of Life of Children in the Nordic countries. Theory and Practice. Bengt Lindström. Avhandling.

Förteckning över NHV-rapporter

1995

- 1995:1 Psykiatrisk sykepleie i et folkehelseperspektiv. En studie av hvordan en holistisk-eksistensiell psykiatrisk sykepleiemodell bidrar til folkehelsearbeid. Jan Kåre Hummelvoll. Avhandling.
- 1995:2 Child Health in a Swedish City – Mortality and birth weight as indicators of health and social inequality. Håkan Elmén. Avhandling.
- 1995:3 Forebyggende arbeid for eldre – om screening, funn, kostnader og opplevd verdi. Grethe Johansen. Avhandling.
- 1995:4 Clinical Nursing Supervision in Health Care. Elisabeth Severinsson. Avhandling.
- 1995:5 Prioriteringsarbeid inom hälso- och sjukvården i Sverige och i andra länder. Stefan Holmström & Johan Calltorp. Sprit 1995. Distribueras av Spris förlag, Box 70487, SE-107 26 Stockholm.

1996

- 1996:1 Socialt stöd, livskontroll och hälsa. Raili Peltonen. Socialpolitiska institutionen, Åbo Akademi, Åbo, 1996.
- 1996:2 Recurrent Pains – A Public Health Concern in School – Age Children. An Investigation of Headache, Stomach Pain and Back Pain. Guðrún Kristjánsdóttir. Avhandling.
- 1996:3 AIDS and the Grassroots. Frants Staugård, David Pitt & Claudia Cabrera (red).
- 1996:4 Postgraduate public health training in the Nordic countries. Proceedings of seminar held at The Nordic School of Public Health, Göteborg, January 11 – 12, 1996.

1997

- 1997:1 Victims of Crime in a Public Health Perspective – some typologies and tentative explanatory models (Brottsoffer i ett folkhälsoperspektiv – några typologier och förklaringsmodeller). Barbro Renck. Avhandling. (Utges både på engelska och svenska.)
- 1997:2 Kön och ohälsa. Rapport från seminarium på Nordiska hälsovårdshögskolan den 30 januari 1997. Gunilla Krantz (red).
- 1997:3 Edgar Borgenhammar – 65 år. Bengt Rosengren & Hans Wedel (red).

1998

- 1998:1 Protection and Promotion of Children's Health – experiences from the East and the West. Yimin Wang & Lennart Köhler (eds).
- 1998:2 EU and Public Health. Future effects on policy, teaching and research. Lennart Köhler & Keith Barnard (eds) 1998:3 Gender and Tuberculosis. Vinod K. Diwan, Anna Thorson, Anna Winkvist (eds)

Förteckning över NHV-rapporter

Report from the workshop at the Nordic School of Public Health, May 24-26, 1998.

1999

- 1999:1 Tipping the Balance Towards Primary Healthcare Network. Proceedings of the 10th Anniversary Conference, 13-16 November 1997. Editor: Chris Buttanshaw.
- 1999:2 Health and Human Rights. Report from the European Conference held in Strasbourg 15-16 mars 1999. Editor: Dr. med. Stefan Winter.
- 1999:3 Learning about health: The pupils' and the school health nurses' assessment of the health dialogue. Ina Borup. DrPH-avhandling.
- 1999:4 The value of screening as an approach to cervical cancer control. A study based on the Icelandic and Nordic experience through 1995. Kristjan Sigurdsson. DrPH-avhandling.

2000

- 2000:1 Konsekvenser av urininkontinens sett i et folkehelsevitenskapelig perspektiv. En studie om livskvalitet hos kvinner og helsepersonells holdninger. Anne G Vinsnes. DrPH-avhandling.
- 2000:2 A new public health in an old country. An EU-China conference in Wuhan, China, October 25-29, 1998. Proceedings from the conference. Lennart Köhler (ed)
- 2000:3 Med gemenskap som grund - psykisk hälsa och ohälsa hos äldre människor och psykiatrisjuksköterskans hälsofrämjande arbete. Birgitta Hedelin. DrPH-avhandling.
- 2000:4 ASPHER Peer Review 1999. Review Team: Jacques Bury, ASPHER, Franco Cavallo, Torino and Charles Normand, London.
- 2000:5 Det kan bli bättre. Rapport från en konferens om barns hälsa och välfärd i Norden. 11-12 november 1999. Lennart Köhler. (red)
- 2000:6 Det är bra men kan bli bättre. En studie av barns hälsa och välfärd i de fem nordiska länderna, från 1984 till 1996. Lennart Köhler, (red)
- 2000:7 Den svenska hälso- och sjukvårdens styrning och ledning – en delikat balansakt. Lilian Axelsson. DrPH-avhandling.
- 2000:8 Health and well-being of children in the five Nordic countries in 1984 and 1996. Leeni Berntsson. DrPH-avhandling.
- 2000:9 Health Impact Assessment: from theory to practice. Report on the Leo Kaprio Workshop, Göteborg, 28 - 30 October 1999.

2001

- 2001:1 The Changing Public-Private Mix in Nordic Healthcare - An Analysis John Øvretveit.

Förteckning över NHV-rapporter

- 2001:2 Hälsokonsekvensbedömningar – från teori till praktik. Rapport från ett internationellt arbetsmöte på Nordiska hälsovårdshögskolan den 28-31 oktober 1999. Björn Olsson, (red)
- 2001:3 Children with asthma and their families. Coping, adjustment and quality of life. Kjell Reichenberg. DrPH-avhandling.
- 2001:4 Studier av bruket av dextropropoxifen ur ett folkhälsoperspektiv. Påverkan av ett regelverk. Ulf Jonasson. DrPH-avhandling.
- 2001:5 Protection – Prevention – Promotion. The development and future of Child Health Services. Proceedings from a conference. Lennart Köhler, Gunnar Norvenius, Jan Johansson, Göran Wennergren (eds).
- 2001:6 Ett pionjärbete för ensamvargar
Enkät- och intervjuundersökning av nordiska folkhälsodoktorer examinerade vid Nordiska hälsovårdshögskolan under åren 1987 – 2000.
Lillemor Hallberg (red).

2002

- 2002:1 Attitudes to prioritisation in health services. The views of citizens, patients, health care politicians, personnel, and administrators. Per Rosén. DrPH-avhandling.
- 2002:2 Getting to cooperation: Conflict and conflict management in a Norwegian hospital. Morten Skjørshammer. DrPH-avhandling.
- 2002:3 Annual Research Report 2001. Lillemor Hallberg (ed).
- 2002:4 Health sector reforms: What about Hospitals? Pär Eriksson, Ingvar Karlberg, Vinod Diwan (ed).

2003

- 2003:1 Kvalitetsmätning i Sundhedsvæsenet.
Rapport fra Nordisk Ministerråds Arbejdsgruppe.
- 2003:3 NHV 50 år (Festboken)
- 2003:4 Pain, Coping and Well-Being in Children with Chronic Arthritis.
Christina Sällfors. DrPH-avhandling.
- 2003:5 A Grounded Theory of Dental Treatments and Oral Health Related Quality of Life.
Ulrika Trulsson. DrPH-avhandling.

2004

- 2004:1 Brimhealth 1993-2003
- 2004:2 Experienced quality of the intimate relationship in first-time parents – qualitative and quantitative studies. Tone Ahlborg. DrPH-avhandling.

Förteckning över NHV-rapporter

2005

- 2005:1 Kärlek och Hälsa – Par-behandling i ett folkhälsoperspektiv.
Ann-Marie Lundblad. DrPH-avhandling.
- 2005:2 1990 - 2000:A Decade of Health Sector Reform in Developing Countries
- Why, and What Did we Learn?
Erik Blas. DrPH-avhandling
- 2005:3 Socio-economic Status and Health in Women
Population-based studies with emphasis on lifestyle and cardiovascular disease
Claudia Cabrera. DrPH-avhandling

2006

- 2006:1 "Säker Vård -patientskador, rapportering och prevention"
Synnöve Ödegård. DrPH-avhandling
- 2006:2 Interprofessional Collaboration in Residential Childcare
Elisabeth Willumsen. DrPH-avhandling
- 2006:3 Innkost-CTG: En vurdering av testens prediktive verdier, reliabilitet og
effekt. Betydning for jordmødre i deres daglige arbeide
Ellen Blix. DrPH-avhandling

2007

- 2007:1 Health reforms in Estonia - acceptability, satisfaction and impact
Kaja Põlluste. DrPH-avhandling
- 2007:2 Creating Integrated Health Care
Bengt Åhgren. DrPH-avhandling
- 2007:3 Alkoholbruk i tilknytning til arbeid – Ein kvalitativ studie i eit folkehelsevitskapeleg
perspektiv
Hildegunn Sagvaag. DrPH-avhandling
- 2007:4 Public Health Aspects of Pharmaceutical Prescription Patterns – Exemplified by
Treatments for Prevention of Cardiovascular Disease
Louise Silwer. DrPH-avhandling
- 2007:5 Å fremme den eldre sykehuspasientens helse I lys av et folkehelse og holistisk-
eksistensielt sykepleieperspektiv
Geir V Berg. DrPH-avhandling

2008

- 2008:1 Diabetes in children and adolescents from non-western immigrant families –
health education, support and collaboration
Lene Povlsen. DrPH-avhandling

Å fremme den eldre sykehuspasientens helse i lys av et folkehelse- og et holistisk-eksistensielt sykepleieperspektiv

Geir V. Berg

Akademisk avhandling for fremstilling til doktorgradseksamen i folkehelsevitenskap. Avhandlingen forsvares offentlig den 18. desember 2007, kl. 1000 i aulaen, Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap, Nya Varvet i Göteborg

Opponent: Professor Berit Lundman, Institutionen för omvårdnad, Umeå universitet

Avhandlingen bygger på følgende artikler:

- I. Berg, G.V. and Sarvimäki, A. (2003) A holistic-existential approach to health promotion. Scandinavian Journal of Caring Sciences. Vol 17(4) pp. 384-391.
- II. Berg, G. V., Sarvimäki A. and Hedelin, B. (2006) Hospitalised older peoples' views of health and health promotion. International Journal of Older People Nursing, 1, 25-33.
- III. Berg, G.V., Hedelin B. and Sarvimäki, A. (2005) A holistic approach to the promotion of older hospital patients' health. International Nursing Review, 52, 73-80.
- IV. Berg, G. V., Sarvimäki, A. and Hedelin, B. (submitted 2007) Diversity and complexity in promoting and empowering the old hospital patients health Submitted 2007

Sammendrag

Bakgrunn og hensikt: I og med at antallet eldre stiger, vil også antallet eldre sykehuspasienter øke. Eldre er en heterogen gruppe med tanke på helsestatus og sykелighet. Forskningsfunn indikerer at en multidisiplinær geriatrisk tilnærming reduserer sykелighet, reinnleggelser og kostnader, og det forbedrer overlevelsesseratene med et høyere funksjonsnivå. Avhandlingens overordnede hensikt er å beskrive og utvikle kunnskap om den eldre sykehuspasientens og sykepleieres syn på helse og det å fremme den eldre sykehuspasientens helse.

Datakilder og metoder: Avhandlingen har en kvalitativ tilnærming og består av fire delstudier. Helse og å fremme den eldre sykehuspasientens helse utforskes gjennom kombinasjon av datasamlingsmetoder, datakilder og analyseteknikker. Delstudie 1 ble gjennomført som teoretisk-begrepslig analyse og syntese av begrepene menneske, helse, sykdom og sykepleie slik de var beskrevet i tre sykepleieteorier. I delstudie 2 ble ti eldre sykehuspasienter intervjuet gjennom kvalitative forskningsintervjuer. Temaet for intervjuene var hvordan de forsto helse, og hva som skulle til for å bedre deres helse. Delstudie 3 ble gjennomført ved deltagende observasjon (feltmetode) og uformelle samtaler med sykepleiere i en medisinsk sykehusavdeling. Delstudie 4 var en utforskende studie. Begrepene empowerment, helse og å fremme helse relatert til den eldre sykehuspasienten ble introdusert til sykepleiere gjennom en kort forelesning og utvalgt litteratur. Hensikten var å skape en felles teoretisk plattform før deres deltagelse i refleksjonsgruppedialoger. To grupper sykepleiere deltok i tre dialoger styrt av en moderator og en assistent. Dialogene ble tatt opp på bånd og transkribert. Hver dialog ble analysert med kvalitativ innholdsanalyse.

Funn: Avhandlingen foreslår en stipulativ definisjon av helsefremmende sykepleie med en holistisk-eksistensiell tilnærming støttet av fem nødvendige forutsetninger. Definisjonen og forutsetningene kan danne et utgangspunkt for et teoretisk grunnlag for helsefremmende sykepleie. Helse ble av de gamle sykehuspasientene beskrevet som å være i stand til gjennom å være den personen man er, i stand til å kunne gjøre og å føle seg vel og ha krefter. Å fremme helse ble beskrevet som å bli i stand til gjennom å kjenne seg som den personen man er, å få informasjon og kunnskap og gjennom det å ha håp og motivasjon. Sykepleiernes forståelse av helse og dermed å fremme den eldre sykehuspasientens helse var preget av en vekslende mellom to tilnærminger: en biomedisinsk tilnærming og en holistisk sykepleietilnærming. I sitt daglige arbeid viste sykepleierne seg som mestre i å danse på en stram line, avhengig av å ha en profesjonell kompetanse som gjør dem i stand til å mestre og kunne forholde seg til en dynamisk og stadig skiftende arbeidssituasjon. Refleksjonsgruppedialogene avdekket et tosidig forhold til makt og empowerment hos de deltagende sykepleierne. Sykepleierne understreket en individuell tilnærming i det å fremme den eldre pasientens helse, hvor respekt for individet og normalisering av situasjonen utheves som viktig elementer.

Konklusjon: Avhandlingens foreslåtte stipulative definisjon og fem nødvendige forutsetninger kan tjene som en retning og tilnærming for en helsefremmende sykepleie til den eldre sykehuspasienten. Hvordan helse og å fremme helse forstås, er avhengig av vitenskapelig og faglig grunnlag og hvordan den enkelte opplever sine erfaringer. Både sykepleieres og eldre sykehuspasienters forståelse av å fremme helse var delvis vag og uklart, men dialoger og diskusjoner fremmer forståelsen. Empowerment er muligens en anvendbar strategi ettersom sykepleiere og eldre pasienter anerkjenner betydningen av å ha kontroll og innflytelse over egen situasjon. Uansett forutsetter empowerment en bevissthet om egen makt og maktposisjon. Ifølge de eldre sykehuspasientene i denne studien fremmes deres helse gjennom at de ses som en person, når de får adekvat informasjon og kunnskap om sin situasjon, og når de motiveres. Refleksjonsgruppedialogene kan være en strategi for å øke sykepleiernes bevissthet og derigjennom implementere forskningsfunn, og for å fokusere på å fremme den eldre sykehuspasientens helse.

Nøkkelord: folkehelse, holistisk-eksistensiell tilnærming, kvalitative metoder, den eldre sykehuspasienten, individuell helsefremmende sykepleie og empowerment.

Dr-PH- avhandling Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap, Göteborg 2007

Geir V. Berg, Høgskolen i Gjøvik, seksjon for sykepleiefag

E-post: geir.berg@hig.no