

Korleis opplever pasientar i sjukehus spørsmål relatert til eiga helse og livsstil til det gode eller eit instrumentalistisk mistak?

Grete Opstad, juni 2010.

Masteroppgåve i helse- og sosialfag med fokus på brukarmedvirkning, 2008-2010.

Institutt for helsefag, Universitetet i Stavanger.

Veileidar: Sverre M. Nesvåg

Vedlegg 4: Masteroppgave i helse- og sosialfag med fokus på brukerperspektiv

UNIVERSITETET I STAVANGER

MASTERSTUDIUM I
HELSE- OG SOSIALFAG MED FOKUS PÅ BRUKERPERSPEKTIV

MASTEROPPGAVE

SEMESTER:

(vår/høst – årstall)

VÅR, 2010

FORFATTER:

GRETE OPSTAD

VEILEDER:

SVERRE M. NESVÅG

TITTEL PÅ MASTEROPPGAVE:

Norsk tittel: KOREIS OPPLEVAR PASIENTAR I SJUKEHUS
SPØRSMÅL RELATERT TIL EIGA HELSE OG LIVSSTIL-TIL
DET GODE ELLER EIT INSTRUMENTALISTISK MISTAK?

Engelsk tittel: HOW DO PATIENTS IN HOSPITALS PERCEIVE
QUESTIONS RELATED TO THEIR OWN LIFESTYLE?

EMNEORD/STIKKORD:

SJUKEHUS, LIVSSTIL, PASIENTOPPLEVINGAR,
BRUKAR MEDVIRKNING

ANTALL SIDER: 60

STAVANGER 25/6 - 2010 GRETE OPSTAD
DATO/ÅR

(Dette skjemaet brukes som side 2 i masteroppgaven)

Merk: For oppgaver som skal båndlegges (etter vedtak fra dekan) skrives dette skjemaet ut med rødt papir.

Forord

Denne masterperioden har vore ei reise på godt og vondt;
Den har utvida horisonten min og verda er, på mange måtar, blitt større.
Samstundes har den også sett avgrensingar for den kvardagen som utgjør verda mi.

Skal nokon takkast, er det fyrst og fremst dei som har haldt ut og måtte tåla meg.
Spesielt takk til Olav og Einar som har levd med ei mor som periodevis har vore i fare for å
gløyma at dei finnes, med dertil påfylgjande usunne levevanar når hovudet har vore andre
stadar. Heldigvis ser det ikkje ut til at dei har pådratt seg livsstilssjukdomar, enn så lenge...

Takk også til ein travel, men entusiastisk veileder; Sverre M. Nesvåg. Det har vore fint å
treffa deg og dei andre med deg i KoRFoR.
Takk til føretakstillitsvalgt; Brit Bø, som alltid er der, passe på meg og trur på meg når eg
ikkje gjer det sjølv.
Takk til medstudent Tone, fordi du alltid er god, varm, hjelpande og støttande.

Samandrag

Det har den seinare tid blitt retta fokus på den einskilde si helse og livsstil. Dette fordi sjukdomar relatert til livsstil er aukande.

Fleire norske sjukehus arbeidar nå med å implementera helse og livsstilsstrategiar for å betra behandlingkvaliteten i spesialisthelsetenesta.

Mi oppgåve i dette har vore å undersøkje kva pasientar i sjukehus sjølv synes om dette, utifrå eit brukarperspektiv.

Studiet har eit kvalitativ design med forskingsintervju som metode, sett i ei hermeneutisk forståingsramme. Intervjua blei gjennomført på Stavanger Universitetssykehus HF.

10 pasientar har delteke i undersøkinga og det er gjort eit strategisk utval i forhold til kjønn, alder, medisinske og kirurgiske pasientar som har/ har ikkje livsstilssjukdomar og har/ har ikkje fått spørsmål om eiga helse og livsstil.

Resultata er dela opp i tema:

Pasienten på sjukehus

Pasienten si forståing av helse og livsstilsspørsmål

Å verta spurt om eiga livsstil

Vilkår for spørsmål kring livsstil

Resultata viser dilemma og paradoks i dette arbeidet;

Pasienten på sjukehus er nøgde og tilpassar forventningane etter dei forholda som eksisterer. Ein er i pasientrollen, ikkje brukarrollen.

Pasientane forstår, på generelt grunnlag, at det kan vera relevant å få spørsmål om eiga helse og livsstil i sjukehus, men den subjektive forståinga gjer inntrykk av at sånne spørsmål kan vera vanskeleg å svara eksplisitt på. Dette fordi det inngår i ein større samanheng; livet sjølv.

Det finnes ei generell aksept for livsstilsspørsmål, men ikkje alle ynskjer dette som standard, men aksepterar viss det har relevans for noko. Den subjektive forståinga viser at det kan vera vanskeleg å svara ærleg og at dei mellommenneskelege relasjonane innverkar på dei svara dei gjer. Informantane ynskjer også å få aksept for den livsstilen dei har, og ikkje alle ynskjer endring.

Vilkår for spørsmål om livsstil knytte seg til ei samtaleform med tid til forklaringar tilpassa den enkelte samt det relasjonelle i saman med visse grunnleggjande haldningar som viktige føresetnadar i dette arbeidet. Hindringar for livsstilsspørsmål i sjukehus knytte seg til maktbruk, travel sjukehuskvardag samt sterk paternalisme.

Innholdsfortegnelse

1 Innleiing	1
1.1 Bakgrunn for tema.....	1
1.2 Forsking og aktuell reform.....	2
1.3 Avgrensingar.....	3
1.3.1 Pasienten i eit sjukehusperspektiv.....	3
1.4 Anna forskning knytte til tema.....	4
1.5 Tema.....	6
1.6 Problemstilling og forskingsspørsmål.....	7
1.7 Oppgåva si oppbygging.....	7
2 Bakgrunnsforståing – teoretisk referanseramme	9
2.1 Brukarperspektivet.....	9
2.1.1 Makt.....	11
2.1.2 Paternalisme.....	11
2.2 Det førebyggjande helsearbeid.....	12
2.2.1 Sjukdomsførebyggjande arbeid.....	12
2.2.2 Helsefremmande arbeid.....	12
2.3 Helsepedagogisk tankegang.....	13
2.4 Det instrumentalistiske mistak.....	13
2.5 Tillit.....	14
2.6 Sjukehus som organisasjon/kultur.....	15
2.7 Stavanger Universitetssykehus HF.....	16
Visjonar og mål.....	16
2.8 Livsstil og somatisk helse.....	17
3 Metode	19
3.1 Mine briller som forskar og mi teoretiske referanseramme.....	19
3.2 Hermeneutisk tilnæringsmåte.....	20
3.3 Utval.....	21
3.4 Innpass i forskingsfeltet / Praktisk gjennomføring.....	23
3.5 Analyse.....	24
3.6 Reliabilitet og validitet.....	25
3.7 Ethiske refleksjonar.....	26
4 Resultat	28
4.1 Pasienten på sjukehus.....	28
4.1.1 Hovudinntrykk.....	29
4.1 Pasienten si forståing av helse og livsstilsspørsmål i sjukehus.....	30
4.2.1 Hovudinntrykk:.....	30
4.3 Å verta spurt om eigen livsstil.....	31
4.3.1 Hovudinntrykk.....	31
4.4 Vilkår for spørsmål kring livsstil.....	33
4.4.1 Hovudinntrykk av vilkår:.....	33
4.4.2 Hovudinntrykk av hindringar:.....	35
4.5 Eigen refleksjon kring resultat.....	36

5 Drøfting – til det gode eller eit instrumentalistisk mistak?	37
5.1 Pasienten på sjukehus.....	37
5.2 Pasienten si forståing av helse og livsstilsspørsmål i sjukehus.....	40
5.3 Å verta spurt om eigen livsstil.....	42
5.4 Vilkår for spørsmål kring eiga helse og livsstil.....	43
6 Avsluttande betraktningar	50
6.1 Kva kan me læra av Momo?	52
7 Litteraturliste	53

Vedlegg

Vedlegg 1: Kvittering frå REK Vest

Vedlegg 2: Søknad til Fag- og forskningsdirektør, Stavanger Universitetssykehus HF

Vedlegg 3: Søknad til Klinikkdirktør, Medisinsk seksjon / Kirurgisk-ortopedisk seksjon

Vedlegg 4: Følgjeskriv, UIS

Vedlegg 5: Informasjonsskriv til informantane

Vedlegg 6: Samtykkeerklæring

Vedlegg 7: Intervjuguide

1 Innleiing

”Jeg har stått ute å røykt. Det har kommet høygravide rett før magen sprekker og spør om de kan få låne en lighter. Du får jo sjokk, men uansett, jeg kan jo ikke bestemme hva de vil. Og det er det jo med meg også. Jeg må få lov til å bestemme selv”

”Jeg ville gjort akkurat som det var når jeg var skipper, jeg ville vært lik med alle, ikke gjort forskjell på noen. Og jeg ville ha snakket med dem, han kan du snakke sånn til, han sånn, de er forskjellige. Du må vurdere hver mann da. Jeg hadde jo opptil 20-30 mann og alle var forskjellige. Da måtte du snakke med vedkommende når du hadde lært han litt å kjenne sånn passe. En god manual som du kan lage den kan hjelpe veldig mange av disse mannfolkene. Da må den være lettskrevet sånn at de vet at ikke alt er standard. Men sånn er det jo alltid, ellers hadde vi vel blitt 90 alle sammen”

Desse sitata er henta frå to av informantane mine i forbindelse med den empiriske undersøkinga. Det fyrste knytte seg opp til pasientaksept relatert til spørsmål om eiga helse og livsstil. Det andre omhandlar føresetnadar for dette, dersom informanten sjølv fekk bestemma. Informantane mine er pasientar i sjukehus som gjer innspel utifrå eit brukarperspektiv i ein større debatt kring helse og livsstilsproblematikken.

Desse orda fortel litt om dilemma og utfordringar i dette arbeidet, og illustrerar retninga.

1.1 Bakgrunn for tema

Den enkelte si helse og livsstil er eit aktuelt tema for tida. Det er ikkje til å koma forbi; anten ein enn snur seg, les, høyrer eller ser. Den gjer seg også gjeldande i helsetenesta. Dette fordi sjukdomar relatert til livsstil aukar i samfunnet.

I Noreg er denne utviklinga knytte til tobakk, alkohol, fysisk aktivitet, ernæring og matvanar, sett i forhold til andre I- land. Spesielt gjer ei dårlege utvikling i forventa levealder grunn til bekymring (NOU 1998: 18, 1998).

Utifrå desse tendensane, kan ein seie at det framkjem ei ny pasientgruppe som ein må forholde seg til på ei eller anna måte; førebyggingspasienten eller risikopasienten.

Tidlegare var helsetenesta primært knytte til behandlinga av sjuke menneske. Den seinare tid har oppgåvene ekspandert særskild på to område;

- Fleire symptom beskrives som sjukdom, det vil seia at menneske opplever ubehag og ynskjer medisinsk behandling for dette (for eks. stress, depresjon, rynker osv..)
- Det preventive aspektet kjem inn i full monn, der ein vel kan seia at det meste i våre liv, våre handlingar og våre kroppar utgjer ei risiko for helsa vår.

Sidan det ikkje finnes klare grenser i helsetenesta sjølv eller i dei menneskelege behova, oppstår eit enormt marked for medisinske verksemder i forskjellige variantar (Hvas, Brodersen, Hoveliuss & Bentzen, 2009). Alle desse variantane av nye oppgåver er ei utfordring, både for primærhelsetenesta og spesialisthelsetenesta.

1.2 Forsking og aktuell reform

Det er gjennomført ei tverrsnittundersøking, kjent som: Helsedøgnet 2009, der føremål var å kartlegga førekomst av risiko for underernæring og skadeleg livsstil knytte til overvekt, fysisk inaktivitet, dagleg røyking og alkoholbruk ved 3 sjukehus i helseregion Vest. Dette for å fastsetja behova for helsefremmande tiltak (Oppedal, 2009). Eit av desse sjukehusa var Stavanger Universitetssykehus HF.

Helsedøgnet 2009 viser at ernæring og livsstil er eit tema som gjeld svært mange av sjukehusa sine pasientar. Utifrå resultat har ni av ti pasientar ei risiko relatert til livsstil og ernæringsstatus. Mange av pasientane har også fleire risikofaktorar samtidig.

Konklusjonen er at potensialet for helsefremmande arbeid i spesialisthelsetenesta er stor og fleire norske sjukehus arbeidar nå med å implementera helse- og livsstilstrategiar for å betra behandlingkvaliteten i spesialisthelsetenesta (Oppedal, 2010).

I Noreg har skepsis til gjennomføring av faste screeningsprosedyrar vore stor, både i spesialisthelsetenesta og primærhelsetenesta (Korfor, 2010). I Danmark vert dette anbefalt brukt i dagleg klinisk praksis (Sundhedsstyrelsen, 2008).

Då stortingsmelding nr.47 (2008-2009, 2009) kom, skulle denne presentera innhaldet i ei eventuell samhandlingsreform. Her vert det også lagt stor vekt på samanhengen mellom livsstil og helseførebygging. I denne vert det understreka at samarbeid mellom helsetenestene må styrkast og at gode pasientforløp og logistikk skal vera felles referanseramme for alle

aktørane. God logistikk handlar om at forskjellige instansar skal yta sine bidrag til pasientane sitt beste på ei sikker og koordinert måte (Korfor, 2010).

Det står lite konkret om sjukehuset si oppgåve i dette arbeidet, snarare at noko av den spesialkompetansen som spesialisthelsetenesta har, skal overførast til kommunal sektor. I forhold til den enkelte si livsstil, skal fastlegen ha eit særskild ansvar i dette arbeidet.

Samtidig har satsane til legar som ynskjer å arbeida med livsstilsending vorte kutta med ¼. Her er mange paradoks (Folgerø, 2009).

Begge aktørane må forholde seg til helse og livsstilsproblematikken, men sannsynlegvis på forskjellig måte. Medan sjukehuset har ei meir utfordrande tilnærming til den einskilde, som lett kan tendera til å verta paternalistisk, vert allmennhelsetenesta utforskande i forhold til den einskilde og meir brukarorientert, fordi ein arbeidar nærare legevitskapen og samfunnsforholda generelt.

1.3 Avgrensingar

Våren 2009 sa eg ja til å delta i eit større prosjekt kring helse og livsstil. Mi del i dette skulle omhandla pasientar, og blei gjennomført ved Stavanger Universitetssykehus HF.

Oppgåva mi er knytte til det preventive aspektet og kjem som fylgje av arbeidet med å identifisera pasientar i sjukehus med skadeleg livsstil.

Til nå har det vore mykje merksemd rundt utforming av prosedyrar og det er laga strategi og handlingsplan relatert til tema .

Eg ynskjer å vera eit supplement til dette, ikkje ved teljing, men forteljingar.

Eige føremål har vore å få veta meir om, samt forstå korleis det kan opplevast å få spørsmål relatert til eiga helse og livsstil i sjukehus. Denne sjukehuskonteksten vert sett opp mot allmennlegekontekst.

1.3.1 Pasienten i eit sjukehusperspektiv

Det er mange omsyn å ta når det gjeld satsinga i tida framover. Mi brikke i dette vert pasienten i somatisk sjukehus, samt aksept og preferanser i spørsmål knytte til eiga helse og livsstil. I det ligg ei antaking om at sjukehus som kontekst er annleis enn om ein sjølv oppsøker primærhelsetenesta.

Når eit menneske treng hjelp og må på sjukehus, trer dei inn i noko som er ein ny og spesiell samanheng, eit felt som har sine egne institusjonar og aktørar, sine egne talemåtar, normer, reglar og rutinar. Det gjer at ein ikkje er fri, og at kunnskap, erfaringar og vurderingar er lagt inn i allereie eksisterande praksis (Aamodt, 2006)

Også allmennpraktikar Torger Gilje Lid (2006) skriv i ein artikkel om pasientar som er utrygge, og om mange forskjellige legar som seier forskjellige ting. Dette gjer at dei ikkje kjenner seg møtt eller sett på sjukehus. Han meiner at pasientane vert salderingspost i jag etter effektivitet og pasientflyt. Det sentrale i desse forteljningane er kjensla av vera utrygg og av å berre vera ei brikke i eit stort maskineri (Gilje Lid, 2006).

Medan sjukehusa er prega av ei rivande teknologisk utvikling innan spesialtistmedisinen, kan denne teknologien gje ei sjølvforsterkande kjensle av avmakt i møte med den enkelte pasient. Allmennhelsetenesta har ein annan plass i helsetenesta som kan gje andre føresetnadar til å sjå den enkelte, med den si nærleik til kvardagsliv og samfunnet generelt, i skjæringspunkt mellom medisin og det menneskelege (Getz, Hetlevik, Kirkengen & Roksund, 2009).

1.4 Anna forskning knytte til tema

Det finnes mykje forskning relatert til tema, samt dilemma og paradoks;

Fleire studiar viser at kirurgiske pasientar er ei gruppe som motiverast godt til endring av livsstil. Her er førekomst av pasientar med høgt alkoholforbruk stort; 7-49% innan elektiv kirurgi og 14-38% blant traume pasientar (Tønnesen, Nielsen, Lauritzen & Møller, 2008) (Kip et.al, 2008). Etter informasjon om større risiko for alkoholrelatert postoperative komplikasjonar ynskja ca. 80% av pasientane som var henvist til planlagt kirurgi at sjukehusa støtta dei i endring, med tanke på alkoholforbruk, røyking og overvekt før operasjon (Boel, Kannegaard, Goldstein & Andersen, 2004).

Andre evalueringar av lågterskeltilbod for endring av levevanar, både røykeslutt, endring av kost og aktivitetsnivå gjennomført i Noreg, støttar funn frå andre Nordiske land. Dette er gjort blant grupper i risikosone for livsstilssjukdomar (St.melding nr.47 (2008-2009), 2009).

I England viser studiar av pasientopplevingar at 80% (av dei 59% som svara) syntes det var greitt å verta spurt om livsstilsfaktorar ved sjukehusinnleggingar, og at sjukehuset var ein god arena for læring og endring. Dei ynskja også at sjukehusa skulle informera meir om kva som finnes av hjelpeorganisasjonar utanfor.

Av desse rapporterte 1/3 at dei fekk den hjelpa dei trengde (Haynes, 2008).

I Sverige vart det laga skjema som pasientar skulle fylgja ut hjå allmennlegen, gjeldane livsstilsvanar. Resultata viste at både menn og kvinner underslo mengde alkohol, overdreiv aktivitetsnivå, men var ærlege når det gjaldt røykevanar (Granvin, 2008).

Ei anna undersøking blant allmennlegar viste at ved bruk av 10 minuttar på spørsmål rundt livsstil, gav ei auke i pasientproblem på 40% som legen ikkje visste om. Og då pasienten fyrst vart spurt, gav det rom for å diskutera desse spørsmåla med legen sin (Skinner, Allen, McIntosh & Palmer, 1985).

Livsstilsendring og dei relasjonelle forholda;

Det er gjort studiar der ein samanliknar helsevesenet si rolle i forhold til røyking.

Konklusjonen var at, i motsetnad til massemedia, er helsevesenet ein potent arena når det gjaldt førebygging og røykeslutt, såframt det finnes tillit (Lindstrøm & Janzon, 2007).

Metaanalyser knytte til god kommunikasjon med pasientar, viser at dei lettare held fast ved den behandlinga som vert sett i verk. Behandlinga i seg sjølv er ikkje nok (Zolnierk & Dimatteo, 2009).

Om legen snakkar med overvektig pasient om trening, og samtidig finn ut kor hinder og barrierar er. Då kan ros og oppmuntring vera det som gjer at pasienten kan klara (Pinto & Szymanski, 1997).

Og;

Dei fleste menneska som lykkast med å gjennomføra ei endring av livsstil, har fyrst og fremst forankra denne i seg sjølv. Av dei som sluttar å røyke, gjer 90-95% det på eiga hand.

Menneska har eit indre behov for sjølv å bestemma og kjenna at dei kan klara livet sjølv (Deci & Ryan, 1985). Omfattande forskning viser at pasientar vert meir indre motivert, når helsepersonell gjer oppmuntring og har ein væremåte som gjer at den enkelte si opplevde erfaring av fordelar og bakdelar med eigen livsstil får koma fram (Williams, Quill, Deci & Ryan, 1985) (Kaplan, Greenfield & Ware, 1989).

1.5 Tema

Å arbeida med helse- og livsstilsspørsmål i sjukehus, har vore eit nybrottsarbeid for eigen del og eg måtte setja meg inn i eit nytt felt.

Etter gjennomgang av forskingsrapportar, artiklar, media og litteratur , blei tema både verre og større enn fyrst antatt, og ei uro dukka opp. Denne uroa og fyljande tema vart etterkvart ståande som utgangspunkt for arbeidet:

*Korleis opplever pasientar i sjukehus spørsmål relatert til eiga helse og livsstil
- til det gode eller eit instrumentalistisk mistak?*

Det gode her er todelt. Fyrst er det knytte opp til pasientaksept. Med andre ord; det er godt viss pasienten ynskjer å få spørsmål kring eiga helse og livsstil på sjukehus.

Det andre er knytte til den forpliktinga det ligg for den som spør. Med andre ord; det å spørje, forpliktar!

Eit instrumentalistisk mistak er knytte til pasientpreferanser og er ei undring over om det finnes eit skilje mellom teoretisk og praktisk handling. Med andre ord; kan me utifrå standardiserte retningslinjer og rutinar spørja pasientar i sjukehus om eiga helse og livsstil, eller må det finnas nokre føresetnadar der? (jmf. teoretisk referanseramme).

Både spørsmål og undring over det gode og eit instrumentalistisk mistak vert då sett som ei moralsk sak, og nært knytte opp til eigen bakgrunnsforståing og teoretisk referanseramme.

Kjernen i medisin som fag er ein spesiell relasjon mellom menneska. Den eine kjenner seg sjuk og avmechtig og ber om hjelp. Den andre tilbyr seg å hjelpa utifrå ein sosialt godkjent

posisjon som ”den som kan”. Fordi målet er å fremma det gode, er medisin etikk, ikkje ein teknikk. Vår tekniske kompetanse vil berre vera verktøy i denne relasjonen (Schei, 2007)

1.6 Problemstilling og forskingsspørsmål

Utifrå tema vart fyljande problemstilling formulert:

Korleis opplever sjukehuspasientar spørsmål om eigen livsstil?

For å få svar på problemstillinga, var det nødvendig å få veta noko om korleis det er å vera på sjukehus og korleis pasientar ser på helse og livsstilsspørsmål. Dette for å få meir kunnskap og innsikt i pasientar sine opplevingar og tankar. Difor vart fylgjande forskingsspørsmål laga:

- Kva inneber det å vera pasient i sjukehus?
- Kva forventningar har pasienten til sjukehusopphaldet?
- Kva opplevingar og erfaringar har pasienten knytte til livsstilsspørsmål?
- Vert spørsmål relatert til livsstil og helse oppfatta som relevant?
- Får helsepersonell dei reelle svara?
- Kva føresetnadar må ligga til grunn, for at spørsmål knytte til livsstil kan opplevast som akseptable?

1.7 Oppgåva si oppbygging

Mi bakgrunnsforståing og oppgåva si teoretiske del er kapitel to. Den vart etterkvart samansett av fleire emne enn fyrst antatt, ettersom empiri vart analysert, og inneheld både brukarperspektivet, det helseførebyggande arbeidet, ei helsepedagogisk tankegang, sjukehus som organisasjon samt visjonar og strategiplan for Stavanger Universitetssykehus HF. I bakgrunnen har også Hans Skjervheim og Knut Løgstrup ”lura”. I kapitel tre gjer det greie for metode, den praktiske gjennomføringa og tolkingsprosessen samt mi førforståing og mine ”briller”. Eg reflekterer også over reliabiliteten og validiteten i oppgåva mi, samt dei etiske overvegingar. I kapitel fire gjer eg greie for det eg forstår av dei resultata som framkjem i intervju, inndela i tema. I det femte kapitel diskuterar eg utifrå bakgrunnsforståing og det teoretiske rammeverket dei resultata som framkjem. Eg set også sjukehus som kontekst opp

mot allmennlegekontekst. I det sjette og siste kapitel konkluderar og reflekterer eg over funn, samstundes med at eg ser at dette vert for stort for ei einskild oppgåve og kunne trengast meir forskning på.

2 Bakgrunnsforståing – teoretisk referanseramme

Tema kring oppgåve har ført meg mang ein stad med nye innfallsvinklar, samanhenger og paradoks. Dette er kanskje også utfordringa i handteringa av arbeidet med helse og livsstil, samt for helsetenesta generelt.

Det teoretiske rammeverket omfattast av litteratur innan emna:

- Brukarpespektivet
- Det instrumentalistiske mistak (Hans Skjervheim)
- Tillit (Knud Løgstrup)
- Det førebyggande helsearbeidet
- Helsepedagogisk tankegang
- Sjukehus som organisasjon/kultur
- Stavanger Universitetssykehus HF
- Livsstil og somatisk helse

2.1 Brukarperspektivet

Å vera brukar definerast i forhold til dei som frivillig eller ufrivillig nyttar seg av eit velferdstilbod. Det viktigaste ved dette er at brukaren sjølv skal delta og ha innflytelse over det som gjeld ein sjølv.

Då ”Pasienten først!” (NOU, 1997:2, 1997) kom, vart den sett på som ein slags visjon for norsk helseteneste. Helsetenesta skulle organiserast og utøvast sånn at pasienten sine egne vurderingar vart sentrale og pasienten sine egne interesser skulle vega tyngst. Likevel viser det seg i fleire tilfelle at helsearbeidarane sine vurderingar kan skilja seg frå pasienten sine. Det er ikkje alltid at lege eller sjukepleiar skal retta seg etter pasienten sine vurderingar, men det er alltid viktig at pasienten sine vurderingar kjem fram (Heltef, 1999).

Denne medverknaden er også nedfelt i lover og føremål for helsetenesta;

Pasientrettighetslova (nr.63, 1999) regulerar pasienten sine rettar vedrørande medverknad (§ 3.1) og lova sitt føremål er å:

”bidra til å sikre befolkningen lik tilgang på helsehjelp av god kvalitet ved å gi pasienten rettigheter overfor helsetjenesten. Lovens bestemmelser skal bidra til å fremme tillitsforholdet mellom pasient og helsetjenesten og ivareta respekten for det enkelte pasients liv, integritet og menneskeverd” (§ 1-1)

Helseforetakslova (nr.93, 2001) sitt føremål er å bidra til å oppfylle målsettinga som er nevnt i pasientrettighetslova. Helsepersonellova (nr.64, 1999) sitt føremål er å fremma tillit til helsetenesta og personell, samt bidra til sikkerheit for pasientar og kvalitet i tenesta.

Ein føresetnad for godt samarbeid mellom helsetenesta og pasienten sjølv, er at brukarperspektivet ikkje berre ligg til grunn for samhandlinga, men at den også vert tatt utgangspunkt i.

”Pasienten utgjør i dag på mange måter en ubrukt ressurs når det gjelder å skaffe informasjon om hvordan sykehusets tjenester skal ytes. Pasienten, og til en viss grad pårørende, har førstehåndskjennskap til service som sykehuset på en langt bedre måte kan bruke i internt forbedringsarbeid” (NOU,1997: 2, 1997)

Brukarperspektivet vert også sett som ei moralsk plikt, ein verdi, som helsetenesta er pålagt overfor den enkelte. Stortingsmelding nr 26 (1999-2000, 1999) seier blant anna dette:

”Møtet mellom pasient og tenesteytaren er sjølve testen på om helsetenesta er menneskeleg og etisk forsvarleg. Det er heller ikkje mogeleg å seie at helsetenesta er fagleg forsvarleg utan at det medmenneskelege grunnlaget er sikra. Dette møtet skal vera det sentrale i helsetenesta.

Alle som yter helsetenester må difor sikra at dei har ordningar som gjer at ønskje og synspunkt frå brukarane, pasientane og dei pårørende, bli tekne med ikkje berre ved tenesteytinga i det einskilde tilfellet, men også ved planlegging og utvikling av tenestetilbodet”(kap 1.2, s.6-7).

Pasienten i eit brukarperspektiv vert då både knytte til ei rett den enkelte har, i kraft av det å vera menneske, samt knytte til ei nyttebegrunning, der sjukehusa sjølv kan tena på denne medverknaden.

Dette brukarperspektivet inneber at pasientar får gjera sine innspel relevante.

Ei reel medverknad inneber då å overføra makt til brukaren sjølv og er også, ideelt sett, eit oppgjer med eit paternalistisk hjelpeapparat;

2.1.1 Makt

Makt meines her å ha ei instrumentell verdi. Med andre ord har makt berre verdi i forhold til det mål ein søker å oppnå og kan brukast som eit middel for å oppnå eller øydelegga det som har eigenverdi. Makt kan brukast både til det gode og det vonde; det kan vera eit middel for å oppnå ære og prestisje, men også for å manipulera og kontrollera menneska. Det kan også brukast for å legitimera posisjon og sosial status, men også brukast for å kjempa mot urettvis og vondskap.

Det er viktig å påpeika at makt handlar om relasjonar. Sjølv om ramma for maktutøving kan knytast til ein institusjon, er handlinga likevel knytte til relasjonar der ein er hjelper og ein treng hjelp (Jonassen & Barbosa da Silva, 2009).

2.1.2 Paternalisme

Eit forhold mellom helsepersonell og pasientar er prega av ei asymmetrisk relasjon. I ein sånn behandlingssituasjon vil det som definerast som paternalisme stå sentralt og forskjellige måtar å forstå dette på, gjenspeglar forskjellige handlingsmåtar.

Paternalisme kan ein forstå som at nokon tar seg rett til å bestemma kva som er best for andre, utan å spørja eller høyra på den andre (Tranøy, 1999).

Paternalisme vert vidare dela opp i svak (ekte) paternalisme eller sterk (uekte) paternalisme. Med svak paternalisme meines å ta ei avgjersle for andre, med motiv om at denne andre ville tatt same avgjersle sjølv, om personen hadde vore i stand til det. Med sterk paternalisme meines når ein tek ei avgjersle på vegne av den andre, med god grunn for å tru at denne avgjersla er i strid med det personen sjølv ville ha valt.

Sidan det ligg i saka si natur at asymmetriske relasjonar er prega av paternalisme, er det viktig at både helsepersonell og brukarane sjølv er medvitne om dette.

For å unngå ei sterk paternalisme, er det viktig at helsepersonell har eit subjekt – subjekt forhold til den som treng hjelp (Jonassen & Barbosa da Silva, 2009).

Ynskjer helse - og sosial tenesta å setja i gang tiltak med tanke på endring av den enkelte si livsstil, kjem ein ikkje utanom brukarperspektivet si eksistens samt det relasjonelle i dette. Det vert sett i forhold til forskjellige måtar å driva det førebyggjande helsearbeidet på.

2.2 Det førebyggjande helsearbeid

I det førebyggjande helsearbeidet vert helse forstått som ei fysisk, mental og sosial funksjonsevne. Helse er altså noko meir enn fråvær av sjukdom og må vegast opp mot andre viktige sider av livet som sjølvrealisering, fridom og oppleving av meining. Også menneske med dårleg helse kan oppleva å ha eit godt liv, men gjennomgåande kan ein seia at god helse er viktig og at det finnes eit tett band mellom helse, livskvalitet og levekår (Mæland, 2005).

I det førebyggjande helsearbeidet er det eit tydeleg skilje mellom sjukdomsførebyggjande arbeid og helsefremmande arbeid i måtar å tenka og praktisera førebygging på, sjølv om desse også vert sett på som komplementære;

2.2.1 Sjukdomsførebyggjande arbeid

Sjukdomsførebyggjande arbeid byggjer på dei naturvitskapelege tradisjonane. Her vil ein ofte konsentrera seg om eitt problem om gongen og vera ekspertstyrt.

Målsettinga for det sjukdomsførebyggjande arbeidet er å forhindra eller utsetja at sjukdom oppstår (primærførebygging), hindra at sjukdom utviklar seg vidare (sekundærførebygging) eller minska fyljene av ein sjukdom (tertiærførebygging). Den individuelle behandlinga består då i å stilla ein diagnose, samt deretter setta inn ei individuell førebyggjande behandling (Mæland, 2005).

2.2.2 Helsefremmande arbeid

Helsefremmande arbeid hentar sine ord frå samfunnsvitskapane og ynskjer å ha ei meir open og fleksibel tilnærming som føreset erfaringsbasert brukarmedverknad.

Helsefremmande arbeid tek ikkje utgangspunkt i sjukdom men i dei ressursane den einskilde har i seg sjølv, for deretter å styrka den enkelte til meir kontroll og forbetring av eiga helse.

Idégrunnlag for dette manifesterte seg på den fyrste internasjonale konferansen for helsefremmande arbeid i Ottawa i 1986; Ottawa charteret. Med andre ord er helse ei ressurs for menneska sitt daglegliv, ikkje målet i seg sjølv.

I det helsefremmande arbeidet legst det like stor vekt på prosessen undervegs som på resultatet. Tenkemåten er også prega av skepsis til teknologisk og ekspertstyrte løysingar (Mæland, 2005).

Å driva eit helsefremmande arbeid knyttes ofte til ei helsepedagogisk tankegang.

2.3 Helsepedagogisk tankegang

Helsepedagogikk handlar om å retta blikket mot samspelet mellom pasient og hjelpear, både når det gjeld pedagogisk tilnærming og praktiske tips i å rettleie med råd og opplæring. Samhandling mellom pasient og helsepersonell er i sitt grunnmønster kjenneteikna av at den eine er avhengig av den andre. Den pedagogiske utfordringa ligg i å flytta merksemd frå behandlaren til pasienten si eiga sjølvforståing og eigen innsats. Dette kan styrka pasientane sine egne krefter og motverka forhold som fører til passivitet og ei kjensle av å vera ufri. Helsepedagogikk handlar om å forstå kva for mønster som fremmer læring og meistring og kva som kan vera til hinder for dette. Mål for verksemda er at pasienten skal læra seg å leva med sin sjukdom og gjera sjølvstendige val, ikkje nødvendigvis fysiske ferdigheiter, men ro og balanse i kjensleapparatet (Vilfladt & Hopen, 2004).

Klarer ein å ta på seg desse ”helsepedagogiske brillene” i spørsmål relatert til livsstil, kan opplæring og rettleiing vera like viktig som behandlinga. Det inneber også å vera i ein subjekt – subjekt relasjon.

2.4 Det instrumentalistiske mistak

Hans Skjervheim kritiserte mykje av det som primært vart kaldt for ”patologiske trekk ved moderniseringsprosessen”. Primært var den retta mot det han kalde for objektiveringa, men etterkvart gjaldt det også ekspansjonen av marknadsmekanismane og den si tenkeform (Hellenes & Skirbekk, 2002).

I forhold til samtalen, meinte han at eitt av dei viktigaste skilja mellom menneska og dyr, er språket. Forstår me ikkje språket til kvarandre, vil me leva i kvar vår verd. Skjervheim meinte at det var måtar å møta den andre på i språket; den treledda relasjonen mellom den andre, meg og sakstilhøvet (subjekt - subjekt relasjonen). Men denne relasjonen, meinte han, hadde ein

tendens til å verta toledda; meg i relasjon til mitt sakstilhøve og den andre i relasjon til sitt (subjekt - objekt relasjon). Då vil ein ikkje klara å engasjera seg i den andre sitt problem, og heller ikkje bry seg om det sakstilhøvet den andre referer til.

Skjervheim var også kritisk til det moderne samfunn sine krav om at all rasjonell handling skulle baserast på ein mål – middel modell, der kunnskap vil fungera som instrument og samtidig baserast på nøyaktige eksperiment. Han meinte at i forhold til handlingar retta mot det sosiale felt, det mål vert nokre allmenngyldige normer eller noko meir grunnleggande som respekt for den andre, går det ikkje ann å handla reint pragmatisk eller teknisk. Dette kalde han for det instrumentalistiske mistak (Skjervheim, 1976).

På same måte som Skjervheim kritiserte ein samtidskultur der ein ynskja å finna enkle løysingar på samhandlings- og kommunikasjonsproblema, vert det naturleg å trekka inn eit anna fenomen som ein heller ikkje klarer å nå ved vitskapelege metodar;

2.5 Tillit

Knud E Løgstrup (2000) betraktar tillit som eit grunnleggande fenomen som vitskapen ikkje kan famna, og seier at:

”Det er en allminnelig filosofisk iakttagelse at de mest grunnleggende fenomenene som hører vår eksistens til, er de vi blir oppmerksomme på sist og med størst vanskelighet. Men dertil kommer at det fenomenet det er snakk om her, er høyst foruroligende. For sjelefredens skyld er det heldig at vi ikke har noen anelse om hva vi har hatt i våre hender av andre menneskers livsmot eller livsglede, oppriktighet eller falskhet, ikke hvet vi hva vi var og sa og gjorde i vårt forhold til dem, men at det er skjult”
(Løgstrup, 2000, s.37).

For Løgstrup (2000) er tillit gitt det enkelte menneske. Den er fundamental. Mistillit, meiner han, oppstår fyrst i mangel på tillit. I forhold til det saklege mellom menneska, meiner han det ikkje kan berast av saka aleine. Det må også vera eit personleg forhold. Derfor viser han til den enkelte, ved hjelp av sin eigen uegoisme og livsforståing å finna ut kva det inneber i eitkvart konkret tilfelle.

2.6 Sjukehus som organisasjon/kultur

”..i likhet med det militær industrielle komplekset, ruller helsevesenet vidare uten særlig effektive bremsar..Teknologien som system har utviska skillet mellom teorien og bruk av teoretisk innsikt. Dermed har man også mistet ideen om en kunstart som skulle ta særlig hensyn til den konkrete pasient i hans bestemte situasjon..For pasienten skal ikke være et statistisk moment eller en utgiftspost i et teknologisk maskineri. Hans trivsel skulle være målestokk for dette maskineriets lykke..” (Berg-Eriksen, 1995, s.32-34).

Då staten overtok drifta av sjukehusa i 2002, var det ei av dei største reformene i norsk samfunnsliv nokon sinne, og spelereglane endra seg. Kjernen i den struktur ein har i dag er statleg eigarskap og organisering i fem statlege helseføretak og eit omfattande finansieringssystem. I praksis er det verken ressursar eller kunnskap til å makte alle desse oppgåvene, og helsepolitikken må finna si form for avveging mellom forskjellege omsyn. Det helsepolitiske spelet vert stadig meir utfordrande då gapet mellom forventningar, kva som er mogleg og rammar aukar.

Tre hovudtypar reglar regulerar det helsepolitiske spelet:

- Det institusjonelle , som vert fastset gjennom budsjett, lover, føreskrifter og andre vedtak slutta direkte av politisk-administrative myndigheiter.
- Det økonomiske, som fastset sjukehusløyvingane gjennom ein kombinasjon av rammebevillingar, refusjonstilskot og produksjonstilskot.
- Dei kultur og verdiorienterte, der det er ei mobilisering og ansvarsfordeling, etablering av nettverk og ein samarbeids- og forhandlingsorientert arbeidsmåte som pregar styringa (Grung, 2006).

Sjukehusdrifta er ein del av vår velferdsstat. Hallvard Vike (2004) utdjupar velferdsstaten sine mål som tvitydige og utopiske i den forstand at dei føreskriv utopiske kvalitative tilstandar i samfunnet og for enkeltmenneske, som igjen skapar situasjonar kor ei kvar tilstand vil invitara til ytterligare tiltak og forbetringar. For det andre meiner han at sjølve dei ytingane velferdsstaten gjer til sine brukarar er alt anna enn standardiserte og avgrensa, og kva som skal til for at arbeidet gjeres godt nok er ein heller ikkje einige om. For det tredje er heller ikkje velferdsstaten eit sett av vareproduserande organisasjonar som må forholde seg til kundar med kjøpekraft og som er kjøpevillige. Det er den einaste moderne organisasjonsforma me kjenner som ikkje berre skal respondera på stadig nye behov frå stadig

meir sårbare omgjevnadar, men som også oppsøker dei aktivt sjølv og anvende autoritet for å yta assistanse til menneske som kanskje ikkje kjenner sine egne behov.

Den enklaste måten for Vike å oppsummera denne grenseløysa for velferdsstaten generelt på, er at oppgåvene som skal løysast ekspanderar forholdsvis uavhengig av vilje og evne til å betala for dette (Vike, 2004).

For dei som beveger seg på velferdsstaten sitt grasrotnivå, er kvardagen sterkt prega av ei oppleving av å ikkje kunne imøtekoma dei overveldane forventningar og krav, både frå dei som etterspør tenester og frå dei som spesifiserar desse. Det er altså dei tilsette som må forvalta misforholdet mellom velferdsstaten sine mål og den avgrensa kapasiteten. Muligheit for å praktisera dei gode svara, vert undergrava av organisasjonen sin pragmatikk. Det er verken pengar, personale eller tid nok til å vie det merksemd (Vike, Bakken, Brinchman, Haukelien & Kroken, 2002).

2.7 Stavanger Universitetssykehus HF

Visjonar og mål

Stavanger Universitetssjukehus HF er det fjerde største sjukehus, målt i aktivitet. Det er også det helseføretaket i Helseregion Vest som veks klart raskast. Som Universitetssjukehus har Helse Stavanger HF som mål å vera ei svært kvalifisert behandlingsinstitusjon som skal yta eit breitt spekter av spesialisthelsetenester til befolkninga.

Føretaket sitt fyrste prioriterte mål skal vera å koma i økonomisk balanse. Den største omstillinga vil vera å tilpassa ressursbruk i forhold til budsjetttramme (Helse Stavanger HF, 2010).

Visjon og mål i strategiplan for Helseregion Vest er :

Fremme helse og livskvalitet

Verdiar ein knytte til organisasjonen skal vera:

Respekt i møte med pasienten

Kvalitet i prosess og resultat

At pasientar er trygge i ei teneste som er tilgjengeleg og gjer omsorg

Sjølv om dei aller fleste tiltaka som fylgjer av denne strategiplanen har som mål å betra kvalitet på tenestene og sørgja for at knappe ressursar vert brukt mest mogleg effektivt, seier den også at det er viktig å ta innover seg realismen i alt utviklingsarbeid og at alle ambisjonane må skje” innanfor rammene av den samla ressurstilgangen for føretaksgruppa”. Det igjen stiller krav til kloke og fagleg velfunderte løysingar på korleis midlar vert brukt og korleis ein samla sett organiserar seg for å sikra mest ”mogleg effektiv bruk av ressursane i forhold til måla ein har definert” (Helse Vest, 2007).

2.8 Livsstil og somatisk helse

I januar 2010 utarbeida Korfor sin strategi og handlingsplan for arbeidet ved Stavanger Universitetssjukehus HF. I innleiinga vert det poengtert at den enkelte sin livsstil kan påverkast av fleire faktorar, samt at sosioøkonomiske og kulturelle faktorar bidreg til systematiske forskjellar. Fokus for strategiplan for sjukehus vert likevel avgrensa til å gjelda den betydning den individuelle livsstilen har for helse, og mål for plan er å utvikla og implementera tiltak i sjukehus som kan bidra til at både tilsette og pasientar i sjukehus med ein potensielt helseskadeleg livsstil, får hjelp til å endra denne livsstilen. Denne målformuleringa er nært knytte opp til Ottawa Charteret si formulering.

Sjukehuset si oppgåve skal vera å styrka pasientane og tilsette si utsikt til å endra helseskadeleg livsstil. Den skal ikkje stilla opp ei slik endring som vilkår for tilsetting eller at sjukehusa er tilgjengelegheit, med tanke på nødvendig diagnostisering og behandling av sjukdom eller skade. Mål for denne typen behandling vert då todelt. For det fyrste kan det bidra til ein betre livssituasjon for pasientar som er eller har vore på sjukehus. For det andre kan vellykka førebygging bidra til mindre gjentakande innleggingar og dermed til redusert press på tenestene.

I strategi og livsstilsplan ynskjer ein at opplysningar om den enkelte si helse og livsstil skal inngå som basale opplysningar i pasienten sin journal. Dette skal ikkje gjerast for å fylgja med i utvikling av førekomst, men for å kunne identifisera dei pasientane som bør få eit spesifikt helsefremmande tilbod. Vidare vert det sett tre prioriteringsområde for tiltak og oppfylging;

Prioritert nummer ein, gjeld dei pasientane som ein utifrå eksisterande kunnskap vurderar at ein livsstilsintervensjon kan føra til ei endring av ein skadeleg livsstil, og at det er eit

kunnskapsmessig grunnlag for å vurdere at ei slik endring vil kunne verka positivt inn på resultatet av den aktuelle behandling.

Prioritert nummer to, gjeld dei pasientane der ein utifrå eksisterande kunnskap, vurderar at ein livsstilsintervensjon vil kunne føra til ei endring av ei identifisert skadeleg livsstil, og der ein har eit kunnskapsmessig grunnlag for å vurdere at ei slik endring vil kunne verka positivt inn for den livsstilsrelaterte sjukdomen og/eller skaden vidare ("a teachable moment").

Prioritert nummer tre, gjeld dei pasientane der ein har identifisert ei skadeleg livsstil utan at det foreløpig har ført til ei påviseleg rusrelatert sjukdom eller skade ("a window of opportunity")

I strategiplan vert det også lagt til grunn at det må finnas fleire andre føresetnadar før ein startar opp med dette. Både at desse gjer ein dokumentert effekt, er kostnadseffektive tiltak, at personale har dei kunnskapane og dei haldningane som trengs, samt pasientaksept.

Det vert foreslått måtar å organisera dette arbeidet på intern, samt korleis samhandlinga med kommunehelsetenesta skal skje, både i forhold til kva opplysningar som skal vidare av funn og kva tiltak som er sett i gang. Den kunnskapen som spesialisthelsetenesta sit inne med om pasienten si livsstil, helse og sjukdomstilstand, prognose og metodar for livsstilspåverknad, skal også formidlast. Det mest ambisiøse nivået meiner Korfor ville vera at spesialisthelsetenesta og fastlegen eller andre delar av kommunehelsetenesta utviklar modeller for dette samarbeidet på tvers (Korfor, 2010).

Med desse prioriteringsområda kan det vel seiast at dei aller fleste som til ei kvar tid er innlagd i sjukehus, mest sannsynleg, vil kunna oppfylgja eit av desse kriteria.

3 Metode

Utgangspunktet mitt har vore brukarperspektivet knytte til eit større prosjekt om helse og livsstil i sjukehus.

Med dette som tema var det naturleg å undersøka empirisk og la pasientane fortelja sjølv.

Det kvalitative forskingsintervju vert sett på som velegna til å innhenta vitskap om menneska sine opplevingar og forståing av noko (Kvale & Brinkman, 2009).

Ei forskning bygd på intervju har som mål gjennom dei gjennomlyste og systematiske framstillingar av intervjupersonane sine utsegn å avdekkje og fatte struktur og logikk i utsegna. Det endelege føremål er vitskap. Ein fører desse samtalanane for å dokumentere innsikt, praktisk og teoretisk, i dei saksforholda man er interessert i

Dei kunnskapane som kjem fram i forbindelse med analysen av datamaterialet vil vera prega av korleis forskaren forhold seg til tema, til seg sjølv og til intervjupersonane (Fog, 1998).

Den teoretiske referanseramma er dei brillene forskaren har på seg når han les sitt materiale og identifiserar mønstre (Malterud, 2003). Desse brillene skal ikkje berre oppfattas som noko negativt som skal kjempast mot. Dei er ei nødvendig føresetnad for all forståing og inneheld eit konstruktivt element. Med det meines at menneske med forskjellig erfaring og under forskjellig historisk- og kulturell kontekst tolkar ein og same tekst forskjellig (Barbosa da Silva & Anderson, 1989).

3.1 Mine briller som forskar og mi teoretiske referanseramme

Eg er sjølv kreftsjukepleiar i sjukehus og arbeidar i ei poliklinisk verksemd for alvorlig sjuke og døyande. Det gjer at eg er mykje i samtalar med pasientar og pårørande i krise, men også i nyorienteringsfasar der livet får ein annan dimensjon, tross alvorleg sjukdom. Det viktige med desse samtalanane og dei mellommenneskelege relasjonane pregar mine briller.

Eg har også arbeida i sjukehus dei siste 17 åra. Det gjer at eg kjenner sjukehuset godt frå innsida. Dei seinare år har eiga oppleving av denne sjukehusverda vore prega av at alt går

veldig fort; fleire og fleire pasientar vert innlagd og det er mangel på fysisk plass. Dette gjer at fleire må belage seg å flytte frå rom til rom, frå post til post. Det kan vera lite forståeleg og gjer dårleg kontinuitet. Pasientar kan oppleve at det vert ”mange kokker og mykje søl”. Dette travle gjeld ikkje berre for pasientane, det gjeld også for helsepersonell som stadig må forholde seg til overfylte avdelingar og ei arbeidsmengde som berre aukar i takt med nye oppgåver, rutinar og krav om effektivitet. Det vert stadig meir fragmentert og spesialisert. Det gjeld å koma seg igjennom dagen. Pasientane kjem i andre rekke. Dette pregar også brillene mine.

Då eg samtykka til å vera ei del av eit større prosjekt kring helse og livsstil, var dette eit felt eg ikkje kjende til. Det innebar at eg måtte leita og setja meg inn i tema. Mi førforståing har vore at vanskelege spørsmål i seg sjølv ikkje nødvendigvis treng å vera det. Men at det handlar om måten ein møter den andre på. Den teoretiske referanseramma eg hadde ved innlevering av prosjektet si plan var knytte til Hans Skjervheim og Knud Løgstrup. Det resterande har kome til undervegs ettersom intervjuet vart analysert.

Eg forventa ikkje å få like svar. I min kvardag opplever eg at pasientane har kvar si forteljing. Men eg håpa å finna nokre meningsstrukturar som kunne fortelja meg noko.

Mine briller og mi førforståing i saman med månader med gjennomgang av teori og empiri, gjer at samansetjinga av tekst, tolkingar og analyser har gjort oppgåva til det den er i dag.

3.2 Hermeneutisk tilnæringsmåte

Å finna samspelet mellom det heile og enkeltdelane, bygger på ei hermeneutisk tenking som grunnlag, og handlar om tolking av meiningar i det menneskelege uttrykk (Malterud, 2003). Eit grunnleggande prinsipp i hermeneutikken er også at all forståing eller tolking er bestemt av ei førforståing (Barbosa da Silva, 1996).

Med den hermeneutiske sirkel meines at tolking av ein tekst er eit resultat av ein prosess der forståinga kjem av eit samspel mellom delar av teksten og teksten som heil. Delar og tekst belyser og tydeliggjer kvarandre under tolkingsprosessen og ingen forståing utan alle desse (Barbosa da Silva & Anderson, 1989). Under tolkingsprosessen der ein pendlar mellom desse og gjennomgår denne sirkulære prosessen, aukar ein sin eigen forståing for dette.

For å tolka og forstå må man vera var for nyanser ved orda og man må kjenna til samanhengen dei framkjem i. Det ordrette transkriberte munnlege språk kan framstå som usamanhengande og forvirrande tale (Kvale & Brinkman, 2006). Det kan føra til uetisk stigmatisering av bestemte personar eller grupper. Men det ligg og i språket si natur at ei meining kan kommuniserast i blokker som ligg ved sida av kvarandre.

3.3 Utval

Eit utval skal samansettjast sånn at det inneheld materiale om det eg ynskja å seia noko om når studie er gjennomført (Malterud, 2003).

I utgangspunktet hadde eg tenkt å gjennomføra 8 intervju. Sidan dette var eit kvalitativt studie, kan ikkje antal deltakarar estimerast i ei styrkjeberekning, men eit deltakarantal på 15 (+/- 10) er anbefalt i litteraturen (Kvale & Brinkman, 2008).

Fyrste spørsmål var om intervjuja skulle gjerast i akutt mottak, etter at pasient var teke imot av lege. Sidan dei kan ha venta lenge og vera medtatte, falt val på å intervjuja etter ein eller fleire dagar på sengepost, når tilstanden har falt meir til ro. Sjølv om det å vera i sjukehus er ei belastning i seg sjølv, antok eg at pasientar var meir i stand til å reflektera fritt her, enn i den akutte fasen.

Eg ynskja også variasjon i alder og kjønn samt utval som bestod av informantar frå både kirurgiske og medisinske avdelingar. Barn eller personar utan samtykke eller samtykkekompetanse vart ekskludert.

Det var ynskjeleg å få ein variasjon i informantar som har / har ikkje fått spørsmål om eiga helse og livsstil på sjukehus og informantar som har livsstilssjukdom / har ikkje livsstilssjukdom.

Eit strategisk utval er samansett utifrå den målsettinga at materiale har eit potensial til å belysa den problemstillinga ein ynskjer å ta opp. Eit strategisk utval med vekt på mangfald kan levera meir stoff til utvikling av nye hypotesar og skaffa utfordringar til konklusjonar som kan verka opplagde. Sånne data representera motseiingar og paradoks, men når funna ikkje er eintydige og opplagde, vert det redusert risiko for raske slutningar. Den kvalitative metode har si styrkje i å kunna framstilla sånne spenningsfelt (Malterud, 2003).

I januar måned fekk eg fri ei veke til intervju. Tilsaman vart det gjennomført ti intervju; fem informantar frå fire forskjellige medisinske avdelingar, fem informantar frå tre forskjellige kirurgiske avdelingar. Fem av desse var kvinner og fem var menn. Aldersgruppa varierte frå 25 til 75 år. To av desse pasientane var i sjukehus for fyrste gong. Dei resterande hadde vore innlagd ei eller fleire gonger før.

Seks informantar har fått livsstilsspørsmål / fire informantar har ikkje fått spørsmål (to av desse hugsar i så fall ikkje), seks av informantane har ei form for livsstilssjukdom / fire informantar har ikkje livsstilssjukdomar.

Eg hadde berekna ei time til kvart intervju, men såg tidleg at det gjekk fortare enn som så. Intervjua varte ifrå femten til førtifem minuttar. Nokre av informantane formidla seg kort og konsist, andre igjen ville snakka lengre og utbrodera meir. Ingen av forteljingane vart like, alle informantane var forskjellige. Men sånn oppfattar eg også eigen praksiskvardag. Etter åtte intervju var eg redd eg ikkje var ”metta”. Difor vart det to til. Etter det var eg nøgd med resultatata.

Eg hadde på førehand laga ein intervjuguide. Denne vart prøva ut som ”pilotprosjekt” på den fyrste informanten min og var prega av at eg som intervjuar var usikker og redd i ny rolle som forskar. Informanten var også litt usikker og ordknapp i rollen som informant. Etter evaluering og refleksjon, både av meg sjølv og spørsmåla, oppdaga eg at eg måtte fjerna meg litt frå intervjuguiden og ikkje fylgja den slavisk, slik at det vart lettare for informantane å fortelja sjølv. Det har også vore uvurderlig nyttig i å fylgja opp trådar med oppfylggingsspørsmål samt ha ei lita oppsummering til slutt. Sånn sett vart intervjuguiden semistrukturert.

Som intervjuar kan ein verta sett på som autoritetsperson som i meir eller mindre grad kan skape frykt hjå informantane. Det var viktig for meg å opptre i vanlege klede, ikkje i sjukepleiedrakt. Det var også viktig at det var tid og rom for samtalen, og at me kunne kommunisera i ein subjekt – subjekt relasjon så godt som råd var.

På den andre sida er erfaringa mi at pasientar likar å fortelja og verta sett på sjukehus, såframt ein ikkje opptrer som allvitar eller autoritær person. Dei visste også kva tema skulle omhandla på forhand, og dette tema har dei fleste ei eller anna form for kjennskap til ifrå før.

3.4 Innpass i forskingsfeltet / Praktisk gjennomføring

I november 2009 sendte eg søknad og prosjektplan til REK. Svar og gitt tillating til gjennomføring av intervju kom desember 2009. Januar 2010 sendte eg søknad til fag- og forskingsdirektør samt informasjonsskriv til klinikkdirektør ved Medisinsk divisjon og klinikkdirektør ved Kirurgisk-Ortopedisk divisjon. Disse gav meg rask tilbakemelding, men klinikkdirektør ved kirurgisk- ortopedisk divisjon ynskja også at eg skulle samtale og informera oversjukepleiar ved divisjon.

Siste veka i januar månad starta intervju. Den fyrste dagen gjekk med til samtale med oversjukepleiar og avdelingssjukepleiarar ved medisinske og kirurgisk- ortopediske divisjon. Alle er positive og eg møter ingen motstand. Avtaler med nokre avdelingssjukepleiarar at dei skal finna nokre pasientar til meg, samt tidspunkt. Avtaler også at desse informantane skal få munnleg og skriftleg informasjon om tema på forhand. I utgangspunktet ynskja eg ikkje å velja pasientar sjølv, men rekna med at eg måtte ha ei evaluering undervegs etter dei fyrste fem intervju og gjera ei vurdering i forhold til dei tankane eg hadde om mangfald i representantar, og eventuelt sjølv vera meir aktiv i å framsetja ynskjer for avdelingsleiarar på post, for å få eit strategisk utval.

Eg gjorde også mitt første ”pilotintervju”. Det skulle vera kven som helst, og tok tak i den fyrste pasienten eg fann på gangen, etter oppmoding frå avdelinga om å leita sjølv. Sidan utgangspunkt var at alle kan spørjast om eiga helse og livsstil, så ville alle svar vera relevant. Informanten svara ja med ein gong, men ynskja å få litt tid, så me avtala eit møte på slutten av dagen.

Neste dag når eg er på plass ved fyrste avtalestad, har avdelingssjukepleiaren gløymt av å informera personalet og heller ikkje funnet informantar, på grunn av travelheit, mykje pasientar, lite bemanning med meir. Det same gjentek seg også ved andre avtaler. Det er også vanskeleg å finna eigna rom for gjennomføring av intervju på grunn av plassmangel. Men alle er hyggelege, vennlege og ynskjer å vera til hjelp.

Etter evaluering av 2. intervjudag med fysiske, strukturelle hindringar, er konklusjonen at eg må visa fleksibilitet og tilpasse intervju etter drift på post. Det beste vart å møta opp same dag, snakke med personale / avdelingssjukepleiar, la dei finna og spørja, samt gje pasientane munnleg og skriftleg informasjon fyrst. Eg helsar så på dei som er villige og avtaler sjølv tidspunkt for intervju seinare same dagen.

Bruka også endel tid på å finna ein stad å gjennomføra intervju på. Ei av pasientane hadde

eige rom, elles måtte eg og avdeling improvisera så godt me kunne; både legekontor, gang ved korridor og undersøkingsrom måtte nyttast. Dette er også ein del av sjukehuskvardagen. Tilgjengeleg fysisk plass er mangelfull og utnyttast maksimalt, og kan påverka dei svara eg får. Men pasienten var i det minste i dei omgjevnadane han/ho kjende. Sjølv opplevde eg ikkje at det hadde så mykje betyding så lenge det vart ro rundt intervjuet og me fekk den tida me trengde.

Mi oppgåve var å framskaffa dokumentasjon frå pasienten si verd; handfaste data som hadde ei forankring i den kliniske kvardagspraksis. Malterud (2003) seier at ei av føresetnadane for å få eit godt datamateriale er at informantane kjenner seg trygge og vert ivarettatt i intervjusituasjonen. Forskaren skal ikkje ha svar klare på forhand, men skal lytte med opent sinn og ha hovudet sitt i "nullstilling".

Eg gjennomførte to til tre intervju dei resterande dagane. Dei siste to dagane hadde eg gjennomgått kva informantar eg hadde fått, og gav då ynskje om kva informantar eg ynskja å ha, for å sikra eit strategisk utval for arbeidet mitt.

Eg utelet og hadde ikkje kontakt med den sengeposten eg sjølv har arbeida i, då pasientgruppa og personale der ville gjort det vanskeleg å vera i rolle som intervjuar. Eg ville vore for nær forskarfeltet.

Det å vera i ein intervjusituasjon har vore ein omfattande prosess og mykje meir energikrevjande enn det eg hadde førestilt meg.

3.5 Analyse

Datasamling og analyse av data er ein fleksibel prosess. Forskaren er aktiv, og arbeidet med å analysa data startar allereie når dei fyrste intervjuet er avslutta. Erfaringane ein gjer seg undervegs, kan få konsekvensar for intervjuet som kjem seinare (Malterud, 2003).

Intervjuet vart gjort på ein minidisc som eg låna av veileder. Når eg kom heim, bruka eg ettermiddag og kveld på å høyra gjennom lydbandopptaka, igjen og igjen. Eg skreiv notat og prøvde å evaluera meg sjølv og kva eg eventuelt kunne gjera av justeringar. Men eg oppdaga

også at det ikkje kunne standardiserast fordi den enkelt informant og den enkelte situasjon var ny og unik kvar gong. Eg blei tryggare og friare i forhold til teknikk og det gjorde også at intervjuet gjekk lettare.

Dei neste vekene etter at intervjuet var avslutta, gjentek dette seg. Kvar kveld gjekk eg gjennom lydbandopptaka, og intervjuet vart etter kvart ein del av meg denne perioden. Eg arbeida på dagtid, var mor på ettermiddagen og forskar på kveldstid. Det var som å vera i eit vakuum, der det ikkje fantes rom for anna enn dette. Sjølv om det kunne vera ynskjeleg å gjera dette på heiltid, ser eg også at eg trengde rom og avstand; eg kunne ikkje vera i dette heile tida.

Eg fekk hjelp til å transkribera intervjuet mine. Dette fordi eg skulle spare tid. Den veka var eg vekke frå lydbanda, men trur eg trengde det då.

Malterud (2003) påpeikar kor viktig det er at forskaren transkriberar sjølv, då den som var deltakar i samtalen, kan hugsa moment som er uklare eller som er av betydning for meininga i teksten. Det kan styrka validiteten av analysedataet.

Kanskje mista eg noko? Kanskje gjorde nettopp det at blikket mitt vart vidare? Då transkripsjonen var ferdig, vart orda annleis enn det dei var i lydbandopptaka. Sjølv syntes eg berre det ga meg ein ny dimensjon; eg måtte setja meg ned og prøva å forstå på ny. Både transkripsjonen og orda som dei var på band vart med meg vidare.

Men det har vore ein lang prosess. Fyrst i mai månad vart det klarare for meg.

Etter at skriveprosessen kom i gang, har fleire nye oppdagingar og nye moment kome til. Slik har det fortsett fram til slutføringa. Om ein kan kalle ei masteroppgåve for ei reise, har det i så fall vore ei lang og krunglete reise.

Analysen skal byggje bru mellom rådata og resultat ved fortolking og samanfating. Med utgangspunkt i tema stiller ein spørsmål til materialet og svara er dei mønstre og kjenneteikn som ein gjennom kritisk refleksjon kan identifisera og gjenfortelja (Malterud, 2003)

3.6 Reliabilitet og validitet

Om noko er vitskapeleg kan ikkje sjekkast med enkle prosedyrar eller reknestykke. Det dreier seg snarare om å ha ei haldning til ei systematisk og ærleg handtering av kunnskap. Difor er forskaren sitt viktigaste verkemiddel i denne tenesta å leia lesaren gjennom dei forholda

kunnskapen er utvikla under. Problemstilling, metode og funn må beskrivast nøyaktig.

Forskaren har sjølv ei sentral rolle her (Malterud, 2003).

Eg har prøvd å gjera greie for den praktiske gjennomføringa av intervju. I intervjusituasjonen prøvde eg å vera bevisst på å ikkje styra samtalen eller la mi førforståing prega denne. Det var informantane som skulle fortelja meg noko, ikkje eg som skulle fortelja dei.

Eg meiner sjølv at eg fekk eit godt strategisk utval som kan seia noko om breidde og mangfald om pasientar i sjukehus, med forskjellig erfaring, historier og problem. Dei siste to intervju mine bekrefta det som var sagt før. Og sjølv om ingen av forteljningane var like, syntes eg at dilemma og paradoks kom klarare fram. Alle desse ja – men.

Om desse historiene gjeld for alle på sjukehus til ei kvar tid, treng ikkje gjerast allment eller gjelda generelt. Men at dei ikkje treng vera uvanlege og kan overførast til noko av sjukehuskvardagen kan nok tenkast.

Det er ikkje utvikla standardiserte teknikkar for kvalitative studie. Når forskaren arbeider med datamaterialet sitt og sorterar, kan det difor vera ei fare for bias (Malterud, 2003).

Mi evne til å setja meg inn i datamaterialet, legg grunnlag for mi forståing av intervju.

Eg prøvde fyrst å setja meg sjølv tilside og arbeida systematisk med å finna dei store trekkja.

Eg laga skjema over kva erfaringar, opplevingar og tankar den enkelte informant hadde kring helse og livsstilsspørsmål i sjukehus. Her fekk eg eit svært rikholdig material. Deretter måtte eg gå nedover å kikka meir på dei enkelte orda som vart formidla og fann at det var ein del som gjekk igjen hjå dei forskjellige informantane. Desse utsegnene blei også skjematisk i emneinndeling, og med dette endra biletet seg på ny. Det blei større og vanskelegare enn eg hadde tenkt fordi det var så mange paradoks og det blei nødvendig å gå inn i teori igjen.

Eg arbeida også lenge med å finna ut korleis eg skulle klare å lage ei oppgåve utav desse forteljningane og i nokon grad vil det vera glidande overgangar mellom desse, fordi dei utgjør eit heile.

Eg ser også at oppgåva etter kvart vert prega av meg som forskar med mine briller og mi førforståing. Andre kunne ha løyst den på andre måtar.

3.7 Ethiske refleksjonar

Forsking om menneske er uløyselig knytte til etikk og moral og inneber at eg som forskar skal ha eit gjennomtenkt og reflektert forhold til dette gjennom heile prosessen. Den er

forbundet med ei respekt for det enkelte menneske sitt liv, ibuande verdi og integritet. Den er også knytte til medbestemmelse og til ikkje å krenkja. Desse verdiane gjeld også for eigen yrkespraksis (Norsk Sykepleieforbund, 2007). Sjølv om ein kan sjå på seg sjølv som ein moralsk person med ynskje om å gjera vel, vil forskinga i seg sjølv representera ei mangfald av utfordringar som ein kanskje ikkje på førehand hadde tenkt på. Dette tek også Helsinkideklarasjonen utgangspunkt i og klargjer viktige prinsipp for forskning på menneska (Ruyter, Førde & Solbakk, 2000).

Når ein gjer eit kvalitativt forskingsprosjekt, spelar forskaren sjølv ei sentral og viktig rolle (Malterud, 2003).

I denne studien var det pasientar i sjukehus. Det var difor nødvendig å fyrst senda søknad og få tillating til dette i Regional Etisk Komité. Når dette var handsama og godkjent, var det sjukehuset sjølv som stod for tur.

All deltaking har vor frivillig og alle informantane har skrevet under på samtykkeerklæring. Dei har også fått munnleg og skriftleg informasjon om at dei kan trekka seg både under og i etterkant av intervju.

Det å få innpass hjå informantane fordrar også eit ansvar om å handtera dei historiene som vert fortald på ein måte som samsvarar mest mulig med sånn det var meint. Det fordrar også eit ansvar for at dei historiene der einskilde blottlegg noko av si verd, skal gjerast i respekt og med tanke på at fordelane då må vegast over eventuelle bakdelar.

Det har også vore mi oppgåve å sikra anonymitet og gjera det konfidensielt. Sjølv om forteljingane er ifrå sjukehusverda, så skal dei ikkje kunne identifiserast verken til informantane sjølv, avdelingar eller fagpersonell. Den forteljinga som kunne relaterast til eit spesifikt område, er blitt gjort om med eitt ord, slik at den ikkje vart gjenkjenneleg.

Det transkriberte material og lydbandopptak er lagra på datafil på privat område. Det er berre eg som forskar som har desse. Ingen av desse inneheld namn.

Utskrifter og notat samt informert samtykke med namn vert oppbevart nedlåst i eige skrivebord.

Alle desse materiala vert sletta etter slutføringa.

4 Resultat

Kvalitativ innhaldsanalyse er i seg sjølv ein fleksibel prosess som går parallelt med datainnsamlinga. Forskaren er sitt eige reiskap. Kontekstuell forståing spelar inn. Dette kan påverka dei vurderingane som gjerer, og i arbeidet med å bearbeida er det viktig å vera merksam på eigen førforståing (Malterud, 2003).

Etter ein systematisk gjennomgang av materialet gjennom månadar, oppdeling av emne, større til mindre, fram og tilbake osv, vart inndeling til slutt der tema starta:

- Pasienten på sjukehus
- Pasienten si forståing av helse og livsstilsspørsmål i sjukehus
- Å verta spurt om eigen livsstil
- Vilkår for spørsmål kring livsstil

4.1 Pasienten på sjukehus

POSITIVT	NEGATIVT
<ul style="list-style-type: none">- Fornøgde- Lite å klage på- Hyggeleg personale	<ul style="list-style-type: none">- Travelt- Venting- Lite tid til samtale- Dårlege opplevingar vert aldri gløynde

FORVENTNINGAR TIL SJUKEHUSOPPHALDET

- Verta betre / stabilisera sjukdom (4 informantar)
- Finna ut kva som feilar ein (2 informantar)
- Verta god igjen (2 informantar)
- Gjera det som er best / rett for meg (1 informant)
- Ikkje tenkt på det (1 informant)

4.1.1 Hovudintrykk

Eit gjennomgåande fellestrekk er at det synes som om informantane er generelt nøgde. Det er lite klaging og lite forventningar til sjukehusopphaldet. Ein informant synes det er ”kjempefint” å vera på sjukehus og ein annan igjen framhevar at det er greitt, så lenge det berre er korte periodar. Dei gode opplevingane veg opp dei vonde.

”God service, imøtekomande personal. Jeg følte det gikk greit og følte jeg ble godt informert, så det var bare positivt!”

”Stort sett fantastisk. Noen opplevinger fra tidligere men ikke denne gangen”

”To ekstremt dårlige opplevelser, ellers bare sukker og fløte”

Eit anna hovudtrekk er at informantane ser og opplever at kvardagen for helsepersonell er travel og til tider kaotisk. Dette kan påverka dei svar eg får i forhold til deira egne forventningar. Den av informantane som synes det er kjempefint å vera på sjukehus, seier rett etter at det manglar noko stadig vekk. Han må brukar mykje tid og krefter for å spørje etter det eine og det andre, for å få oversikt. Ein annan informant framhevar dette med rutinar og det ”rutinemessige” i sjukehus som mangelvare, og meiner det er eit tøyeleg ord i sjukehusverda, litt som det spanske ordet ”manjana”.

Det synes som om informantane godtek rollen som pasientobjekt meir enn subjekt, styrt og påverka av dei omgjevnadane dei er i, organisatoriske, fysiske og personellmessige;

”Helsepersonell er så snille og egentlig litt vel snille. Skjuler sannheten bak litt snille ord og sånn”

”Det er på hodet ut, reis hjem! Det er ingenting å gjøre. Det er bare å kjøre på!”

”Jeg snakker aldri om sånne vanskelige ting. Jeg savner det ikke her på sykehuset. De har ikke tid til sånne ting, vet du”

Utifrå funn kan det sjå ut som om pasientar i sjukehuset er nøgde, men inntar ei rolle og tilpassar forventningar etter dei forholda som eksisterar i sjukehus.

4.1 Pasienten si forståing av helse og livsstilsspørsmål i sjukehus

4.2.1 Hovudintrykk:

Det var nødvendig å kartlegga om informantane forstod betydinga av spørsmål relatert til livsstil på sjukehus. Alle informantane svara ja til dette og meiner at det kan vera ein del av ”prosessen” og at det verken er heldig å ha ein skadeleg livsstil eller å leva usunt.

”Så du ser litt at det kan være sammenheng mellom de spørsmålene og det å være på sjukehus? Ja, selvsagt gjør jeg det, det vet jeg jo. Både med narkose og alt og at du gjerne ikke er så god til å få i deg surstoff som du bør, nå du røyker og diverse ting”

”Det er et legitimt spørsmål. En del som kommer inn her kommer jo inn på grunn av livsstil, det er jo ikke til å komme ifra med tanke på årsak-virkning her, eller på grunn av en overopheta livsstil”

Men når eg samanliknar svara eg får, synes det som om det framkjem både ei generell forståing og ei subjektiv forståing. Ein av informantane påpeikar i den forbindelsen at når ein er på sjukehus så reknar han med at helsearbeidarane teier stilt om det dei høyrer og ser.

Ein annan framhevar at denne samanhengen mellom eiga livsstil og sjukehusopphald er noko ein burde ha forstått eller visst, men at ein gløymer det av.

Den subjektive forståinga gjer meg ei kjensle av at sånne spørsmål kan opplevast vanskelege å svara eksplisitt på og at dei inngår i ein større livssamheng;

”Ja, Det er helt nødvendig, men ikke særlig kjekkt”..

”Ja. Alt har en sammenheng”

”Forstår at de kan være interessert i den livssførselen du har hatt og sammenhenger..”

Denne tråden kjem endå meir fram i dei neste temaområda.

4.3 Å verta spurt om eigen livsstil

POSITIVT	NEGATIVT
<ul style="list-style-type: none">- Då kan ein få hjelp- Då føler ein at nokon bryr seg- Helsepersonell er dei rette til å guide	<ul style="list-style-type: none">- Berre viss det er relevant- Litt privat- Kan vera vanskeleg å svara ærleg- Så lenge helsepersonell har taushetsplikt- Vil ha aksept for eigen livsstil

4.3.1 Hovudintrykk:

Det eg sit igjen med etter intervjuet her, er ei generell aksept for spørsmål om eigen livsstil, samt at sjukehusa er ein arena der det kan skje endring. Ein av informantane meiner at dei som eventuelt har litt dårleg samvittigheit for livsstilen sin kan få hjelp til å gjera noko med den når dei er innlagd.

”Helsepersonell er de rette til å guide oss og hjelpe oss”

”Syns det er positivt. Da får helsepersonell større perspektiv og en føler at de bryr seg med livsstilen din og sånn. Ellers vil en jo bare føle at en var på et sånn samlebånd. En må si det som det er. Så kan en gjør noe med det selv”

Men den generelle aksepten er noko todelt. Ikkje alle ynskjer spørsmål for ein kvar pris. Halvparten av informantane ynskjer berre dette, viss relevant og ikkje bare som standard;

”Greit med sånne spørsmål som er nødvendige for å finna fram til diagnose”

”Ting en spør om viss en skal i røntgen eller narkose eller har noe med saken å gjøre, ellers valgte jeg ikke å spør

Den subjektive forståinga kompliserar bilete endå meir, og visar at spørsmål kring den individuelle livsstil ikkje er eit enkelt tema. Fleire av informantane framhevar at det kan vera vanskeleg å svara ærleg og at det alltid vil vera ein del som snakkar usant; legg på eller trekk av for å stilla seg sjølv i eit betre lys for helsepersonell.

”Jeg er en omvendt synder så for meg gjør det ingenting. Men kona syns det er vanskelig, hun blir beklemmt når de snakker om røyking. Hun syns det er vanskelig fordi hun hoster og så røyker hun”

”Det kommer litt ann på. Det kan bli litt mas. Men jeg liker jo ikke å lyve heller. Det er det. Det beste er vel å være ærlig. Men det er jo dem som mener at det har de ikke noe med, ja jeg røyker og drikker det jeg vil. Det er jo dem som er litt sånn og, det vet jeg. For det er jo litt privat og, på en måte”

Ikkje minst er den subjektive aksept for å behalda den livsstilen ein har framtreddande. Informantar framhevar at det må vera opp til den enkelte å få lov til å leva det livet ein ynskjer sjølv;

”Jeg røyker, drikker og går på fylla, sier jeg. Det gjør meg ingenting med sånne spørsmål. Vi kjøper jo dette lovlig. Så om jeg sitter hjemme med en longdrink eller to, for meg er det normalt. Man må akseptere det. Jeg har mistet en datter som var 27 år, ikke sant. Det dør mennesker. Vi må akseptere at ingen vet hvor langt livet er, ikke sant?”

”Om de ikke legger seg for mye oppi det, så aksepterer jeg det. For jeg vil ikke. Jeg gidder ikke begynne å slåss med det, sier jeg, for jeg har nok. Så det er liksom den røyken har jeg lyst å ha. Det er den eneste synden jeg har. Ellers er det for så vidt opp til hver enkelt hvordan man lever sitt eget liv. Om det gjerne går utover sykehuset til slutt at vi blir pasienter av den grunn”

Den generelle forståinga for helse og livsstilsspørsmål i sjukehus synes altså å vera ein aksept for desse, men den er todelt. Ikkje alle informantane ynskjer at ein skal spør om dette som standard, men aksepterar, viss det har relevans for noko.

Den subjektive forståinga viser at biletet er meir komplisert. Det kan vera vanskeleg å svara ærleg og mellommenneskelege relasjonar innverkar på dei svara ein gjer. Informantane ynskjer også å få aksept for den livsstilen dei har, og ikkje alle ynskjer endring. Med andre ord ; informantane er opne, men vil også ha respekt for eigne val. Det relasjonelle spelar inn i kor frie og medverkande dei får vera.

4.4 Vilkår for spørsmål kring livsstil

VILKÅR	HINDRINGAR
<ul style="list-style-type: none">- Ikkje spørje, men samtale- Forklare; årsak -verknad- Sett som heile menneske- Tryggleik- Tålmod- Forsiktigheit- Tillit	<ul style="list-style-type: none">- Paternalisme- Makt- Travelheit

4.4.1 Hovudintrykk av vilkår:

”De spurte om jeg røykte. ”Ja”. Ja det bør du kutte ut. ”Okey” (Hehe). Det var det de gjorde..”

Når informantane sjølv får fortelja om kva føresetnadar dei ser på som nødvendige, er det den subjektive forståinga som kjem fram i rikt i monn; refleksjonar og tankar kring tema, samt eigne opplevingar, gode og vonde.

Skal ein spør om livsstil, er standardiserte spørsmål ikkje nok i seg sjølv. Informantane framhevar ei samtaleform med dialog og rom for innspel og rom for forklaringar. Skal ein få til ein samtale må ein fyrst ”spørja om ein får lov til å spørja”;

”Tror jeg ville spurt om jeg kunne spør litt om helsa di, ikke sant, at vi må ha en helhetsvurdering, eller så vi kan finne årsakene til problemet ditt, eller..”

”Burde være slik at når du har en samtale med en pasient, så kunne du kalt meg inn og sagt at vi skal ha en samtale om sånt eller sånt, og så fakta på bordet! .Det har vist seg flere ganger når jeg snakker med legen så er det ting jeg har sagt som han sier han aldri har hørt om før..”

”Sånn sett etterlyser jeg at de burde ha et lite sånn foredrag for hver enkelt som kommer inn. Informasjon til pasienter er livsviktig for du kan påtvinge noe som ikke passer for den pasienten, så blir han dårligere av det. En kamerat av meg sluttet å røyke, så fikk han så mye plager med ditt og datt, så måtte han begynne å røyke igjen å

så ble han helt frisk igjen. Så logisk sett bedre informasjon om hvordan kroppen fungerer det tror jeg hadde gjort seg. Folk må jo forstå det”

I samtalen må også den enkelte sin egenart samt det individuelle tas omsyn til, slik at ein ikkje berre er pasient, men vert sett på som heile menneske, unike og forskjellige frå alle dei andre. Ein av informantane framhever at den enkelte kjenner kroppen sin godt og veit kva den ikkje likar og det som passar for den eine, treng ikkje passa for den andre.

”Av og til kan jeg føle meg litt naken og avkledd. Livet er så blottet. Men de som jobber her ser meg ikke når jeg er hjemme og når ting er bra. De ser meg bare når ting er dårlige. Så av og til når folk snakker til meg er det som om de ikke tror at jeg har et liv”

”Uansett, klart de kan spørre. De kan spørre om alt mulig. Men du har dine egne grenser og du har lov å si ”nei” det har jeg ikke lyst å snakke om eller;” nei” det har jeg ikke lyst å svare på”

I samtalen må det også inngå nokre grunnhaldningar som fremmer dei mellommenneskelege vilkåra for å lukkast i arbeidet. Desse haldningane heng nøye saman og er gjensidig avhengig av kvarandre. Å utvisa tålmod, vera forsiktig, skapa rom for å kjenna seg trygg, samt helsepersonell som kommuniserar det same verbalt og nonverbalt, gjer at informantane får tillit til helsepersonell. Nokre av informantane framhevar at ein kan ”sjå” kven ein kan stola på og snakka med og kven du ikkje kan det med og at det har med personen og personlegdomen å gjera. At det finnes ”kjemi” og tiltru til hjelparen. Tiltru får hjelparen viss dei er rolege, ærlege, ynskjer å hjelpa og har tid til pasientane. Dette ”ser” pasientane sjølv.

”Jeg vet ikke om jeg hadde reagert så mye om det ble tatt oppi en fin tone. Ikke sånn ekkelt og belærende og sånn.. at du ikke er utidig”

”Man må være utrolig tålmodig og liksom ikke lage noe ansikt eller kommentarer, som noen kunne oppfatte som negativt. Og jeg kan jo ikke vite hva den andre oppfattet som negativt, så en må jo være forsiktig med å si så veldig mye. I hvert fall hvis det er noe som handler om vekt, røyk eller drikking som er feil. Bare ok det er sånn. Det er ikke jeg som skal kjefte på noen. Jeg bare spør. Jeg tror det er ganske lurt. Da føler folk at noen bryr seg, er interessert”

”Jeg må føle trygghet. Trygghet er kjempeviktig for meg. Når jeg føler meg utrygg å litt redd sier jeg ingenting. Men når jeg føler meg trygg på personen eller personene rundt meg så hadde jeg sikkert klart å svart. Så det har veldig mye med hvilken person som spør”

Utifrå funn, vert samtale og tid til forklaringar tilpassa den enkelte samt det relasjonelle i saman med visse grunnleggande haldningar, viktige føresetnadar i arbeid knytte til den enkelte sin livsstil.

4.4.2 Hovudintrykk av hindringar:

Som tidlegare definisjon på paternalisme (jmf. teoretisk referanseramme), meiner også Kari Martinsen (2005) at paternalisme er ei form for å veta best haldning i relasjon til den som skal hjelpast. På den måten vert den andre gjort makteslaus, og sensitivitet for den enkelte forsvinn. Men sidan den er todelt, kan svak paternalisme forsvarast fordi den føreset at helsepersonell har ein fagleg kunnskap som pasienten ikkje har. Då kan helsepersonell i vanskelege situasjonar ta avgjersler utifrå engasjement, vilje og ynskje om å gjera den andre vel (Martinsen, 2005);

”Kanskje litt vanskelig når de touchèr borti noe som jeg syns er litt vanskelig, når de presser meg. Men jeg sitter jo å vet at de har rett å så er det veldig vanskelig å innse det, men jeg forstår det men. Så blir det liksom en kamp inni meg, og så har legene egentlig ingenting med det å gjøre. Men ellers kommer jeg jo ingen vei...”

Denne forteljinga er kanskje ei form for svak paternalisme, men balansegangen mellom svak og sterk paternalisme er hårfin;

”Må fortelle om en episode med vekt å sånn. Da hadde jeg tatt (operasjon) og var rimelig sårbar og hadde veldige blødninger og jeg skulle spørre hvorfor jeg hadde fått blødninger å sånn. Hadde lyst å vite noe om operasjonen. Å det jeg fikk slengt i fjeset var at om jeg hadde vært 20 kilo lettere, så hadde jeg blødd mindre..Så da ble jeg helt flat i ansiktet. Punkttert. Jeg følte ikke jeg var så..jeg var vel ikke av de slankeste den gang, men at jeg var 20 kilo overvektig, det syns jeg var veldig..”

”Jeg hadde en gang en nattevakt og hun ble jeg så forbannet på at jeg jaget henne ut, og jeg pleier ikke være sint, jeg pleier å være rimelig rolig. Men hun stod der med pekefingeren omtrent og fortalde at det er jo sånn og sånn og hun var så oventil og nedentil at det tålte jeg ikke”

Paternalisme, makt eller vondskap i kvardagslivet er noko me ikkje likar å snakka så mykje om. I helsevesenet kan ein unnskylda seg med at ein har vanskelege pasientar som er utfordrande å handtera, for mykje å gjera, dårleg tid med meir. Men det makttomme rom eksisterar ikkje;

”..Han ene, han var helt grusom, han. Det var sånn at jeg følte at dersom jeg ikke sluttet å røyke, så får jeg heller ikke noe hjelp. Sånn følte jeg. Jeg var så redd at jeg grudde meg hele kvelden og morgenen, likssom hvem som skulle gå visitt. Ja og herrepitter! Og når jeg hørte det var han, så ble jeg jo nervevrak, jeg ble jo livredd, for jeg er en røyker. Det er så jeg skjemmes å gå over gangen. Det var måten han sa det på. Det var som at hvis jeg ikke sluttet å røyke, så var det ikke sikkert de ville være velvillige de heller til å hjelpe. Så det syns jeg jo er litt drøyt. Du kan advare på en helt vanlig måte. Men jeg må jo få lov til å bestemme selv”

”Men det mangler jo noe stadig vekk. Jeg må spørre litt etter, jeg vil ha litt oversikt over hva de holder på med. For eksempel når de kommer med 6 tabletter til meg; ”ta å spis de!” og da må jeg jo vite om jeg skal spise alle med en gang eller om jeg skal vente eller hva det er for noe, ikke sant? Du vet, jeg kjenner kroppen min ganske godt og vet hva den ikke liker. Så jeg har savnet disse opplysningene..Og det samme med maten og når du skal begynne å trene opp igjen, så kan du ikke bare gi meg noe mat og si; ”spis det!”for da stopper det helt her..Det er ikke direkte lett..Jeg får jo littegranne svar men det er akkurat som om de er litt treige og de andre de har taushetsplikt”

Hindringar for å diskutera livsstil ser ut til å knytte seg opp til maktbruk, å ha det travelt som ikkje inngjer til samtale eller forklaringar, samt sterk paternalisme. Når dette får råda skjer det ingen endring, om det var hensikta;

”Altså, viss det er farlig så kan en heller si ”du bør ikke”, så velger du selv. Men å begynne å mesje og lire og dreie..ja da blir det sånn at du vrir det om, at du tenker at det tror jeg ikke på i det hele tatt, at det høres løye ut..”

4.5 Eigen refleksjon kring resultat

Eg finn ingen synlege haldepunkt for forskjellar i svar med tanke på om pasientar er innlagd på kirurgisk eller medisinsk seksjon, eller forskjellar relatert til avdelingspost. Men eg finn ei samanheng mellom dei informantane som har livsstilssjukdom og dei som trur at dei er i risikograppa. Begge desse er i utgangspunktet mest negative i svara dei gjer. Mi subjektive meining knytte seg til at desse føler meir skyld. Informantane veit sjølv at livsstilen deira ikkje nødvendigvis er til det beste. Derfor er det vanskeleg.

Dei informantane som er mest positive, er dei som ikkje har noko å vera redde for; har ikkje livsstilssjukdom eller har klart å gjera noko med livsstilen sin dei seinare år.

Det er den fyrste grappa helsetenesta skal nå. Klarer me det?

5 Drøfting – til det gode eller eit instrumentalistisk mistak?

5.1 Pasienten på sjukehus

Det å vera menneske handlar om å vera sårbar og avhengig av andre, av relasjonar og av samfunnet sine institusjonar, ikkje berre dei fyrste leveåra, men gjennom heile livsløpet. Fellesskap, ansvar og omsyn for kvarandre utgjer difor essensielle dimensjonar i menneska sine liv (Nafstad, 2004).

Mi ramme for dette prosjekt har vore pasienten i sjukehus. For å forstå korleis ein opplever å få spørsmål om eiga helse og livsstil, ynskja eg også å forstå kva for ramme som gjeld der dei er. Sjukehusramma gjer mening til det som føregår, og den set standar for korleis det er normalt å oppføra seg.

Det eg forstår av pasienten i sjukehus, gjer meg ei kjensle av at dei ikkje får vera heile menneske, samt aksepterar det i stor grad. Ein er i pasientrollen; ein ”både –og” situasjon, der ein tilpassar seg etter dei forholda som gjeld.

Slik eg oppfattar pasientrollen, kan den ikkje sidestilla med brukarrollen. Endå eig sjukehusa pasientane i stor grad, og pasienten er meir tilskodar enn deltakar i eige liv. Utifrå strategiplan for livsstil og somatisk helse, der føremål fyrst og fremst er den individuelle helsa, vert det fragmentariske i dette påpeika. Det kan tyde på at ein har teke innover seg pasientrollen si eksistens, og måten ein skal nå pasientane på vert då forskjellig. Faren i dette er samstundes ei fallitterklæring. Å tru at ein berre kan fokusera på delar utan ei større heilskap, kan gjera dette arbeidet vanskeleg. Den kunnskapen ein kunne utvikla vert berre informasjon. Då har ein ikkje lært noko.

Sjølv om ein i strategiplan, utifrå mål, ynskjer å komplimentera både den sjukdomsførebyggande og det helsefremmande aspekt, ved at det vidare skal leggast opp til samtale på post og eventuelt iverksetting av tiltak, kan dette verka noko urealistisk slik

forholda er nå.

Relasjonen som sjukehusa har til pasienten, vert vanlegvis formidla gjennom henvisning frå primærhelsetenesta, medan det er pasienten sjølv som tek kontakt med eigen lege.

Utgangspunkt for samhandling vert då forskjellig; det er lettare å verta ein passiv variabel i eit stort system der den tekniske og instrumentelle delen står sterk, enn føresetnadar under vanleg legekonsultasjon der allmennlegen sitt viktigaste reiskap er seg sjølv.

Samstundes kan det vera relevant å trekkje inn over seg at brukarrollen synes å vera eit stykke under realitetane når ein trekker inn visjonar og mål for helseføretaket. Når orda er å ”fremme helse og livskvalitet” og ”styrke pasienten” er det viktig at organisasjonen tek i betraktning kva som gjeld på botnlinja.

Det vert då det paradoksale i den som vert gitt tilkjenne som uavhengig, med krav og respekt for val og preferansar i spørsmål som gjeld eiga helse, men samstundes er avhengig av dei rammene ein er underlagt (Aadnanes, 2007).

At informantane ikkje sjølv har nokon forventningar i sjukehus utover det ein konkret kjem inn for, kan gje helsepersonell ei unik anledning til å fokusera meir på den enkelte si livsstil. Dei vil kanskje setja pris på at ein bryr seg om den enkelte. Det kunne vorte ei haldbar og ansvarleg medisinsk behandling.

I brukarbegrepet og det helsefremmande arbeidet ligg det ei haldning som bryt med tidlegare førestillingar om menneska som passive, kunnskapslause og med behov for styring. Men den subjektive kjensla vert for ein illusjon om dei strukturelle maktforholda består (Askheim, 2007).

Sjølv om sjukehuset som organisasjon har nokre kjerneverdier som mål, ideal og prioriteringar, kjem også verdier til uttrykk gjennom det praksiskulturen legg for dagen. Når praksis og resultat ligg eit stykke under dei opne verdiane, kan dette skyldast at løynde umedvitne verdier utgjer dei eigentlege rammene (Aadland, 1994).

Innanfor dei nye styringssystema i organisasjonen til helseføretaka, vert det generelt lagt mindre vekt på korleis oppgåver skal løysast. Det er resultatane som gjeld. Over lengre tid kan det likevel få konsekvensar. Styringssystem er ikkje verdinøytrale tekniske instrument, dei er sterkt verdiladd (Lian, 2003).

Fleire studie har den seinare tida vist at det i helsevesenet skjer ei implisitt formidling av vurderingar, haldningar, førestillingar og væremåtar som strid mot dei offisielt deklarererte intensjonane. Det handlar om det skjulte budskapet som ligg implisitt i så vel fysiske som organisatoriske og sosiale strukturar, i så vel bygningar og lokal som arbeidsskjema og forhaldningssett. Denne formidlast gjennom regelstyring, rutinar, ritual og handlingsmønster som ber den medisinske kulturen. Tradisjonar overføres i den daglege interaksjonen. Nye generasjonar helsepersonell trer inn i og sosialiseras til dei eksisterande kulturane (Gustafson, 2009)

Kanskje er det også sånn at sjølv ikkje brukarrollen klarer fanna det unike i møtet med den einskilde, men vert fine ord i ein organisasjon som ynskjer å sjå den enkelte som standard brukar eller kunde. På den måten kan helsevesenet lettare styrast av dei offentlege myndigheiter og i mindre grad av fagfolk og skjønn (Martinsen, 2005).

Kanskje er heile ideen om at ein skal vera brukar når ein er sjuk og pleietrengande heilt absurd?

Kanskje vil det å definera ein pasient som pasient, verka pasifiserande og stigmatiserande, samt setja standard for både innehavar og ivaretakar av denne?

Kanskje er det sånn at nokre av dei som er innlagd i sjukehus, har det best i pasientrollen medan andre har det best i brukarrollen?

Kanskje kan verken det eine eller det andre ordet fanna kunsten i møte med den einskilde?

Kanskje er det akkurat det som skal til?

Men: brukarbegrepet set hjelparen i eit kritisk perspektiv. Det kan trengast.

Det er lite truleg at alle ynskjer å vera like aktive som pasientar, men alle ynskjer å bli sett og høyrte i ei eller anna form, og dess mindre me veit om pasienten, dess meir kan det handlast utifrå andre føresetnadar enn deira egne.

Om den som er pasient skal gjerast myndig og ta val vedrørande eiga helse, tenkjer eg det er organisasjonen sjølv og den som skal hjelpa som har det største ansvaret i dette. Sjølv om sjukehusa ikkje er påtenkt den viktigaste rollen i dette arbeidet, vert grunnlaget kanskje lagt her. Det er nødvendig å ha eit solid grunnlag for det vidare arbeidet også.

5.2 Pasienten si forståing av helse og livsstilsspørsmål i sjukehus

Alle informantane forstår at det er uheldig å ha ein usunn livsstil og at det kan vera naturleg og ”legitimt” å få spørsmål om dette i sjukehus. Likevel kan det vera vanskeleg å svara ærleg, kanskje nettopp fordi sånne spørsmål inngår i ei større samanheng; livet sjølv.

Kor vidt sjukehuset vil klara å få dei opplysningane ein er ute etter, eller om arbeidet burde vore organisert annleis, kan diskuterast.

Allmennlegane si kjerne er derimot lege- pasient relasjonen. Det viktigaste her vert det personlege møte og dialogen med pasientar over tid. Allmennlegane skal styrka pasienten si tru på eiga evne til å klare kvardagen og helsa si sjølv (Stavdal, 2009). Samtidig vil ei fokusering på risiko kunne tona desse ressursane ned. Kva vil skje viss venteromma vert fylt av friske personar. Kjem då allmennlegen til å lytte, undersøka og behandla korrekt (Hvas, Brodersen, Hoveliuss & Bentzen, 2009)?

Det er berre den som skal behandla som kan finna ut om det er bakterie, virus, brot eller forstuing. Men i den enkelte kropp finnes også eit medvit, og det er her problemet startar. Menneska er eit vesen som i ei viss grad definerar seg sjølv og skapar sin eigen identitet (Skjervheim, 1976).

Innanfor det sjukdomsførebyggande arbeid er det dei naturvitskapelege tradisjonane og det biomedisinske syn som dominerar. Der vil ein ofte konsentrera seg om eitt problem om gongen og vera ekspertstyrt. Det helsefremmande arbeidet har ei meir open og fleksibel tilnærming og føreset aktiv medverknad frå folk sjølv (Mæland, 2005).

Sjukehusa er fyrst og fremst ei kunnskapsbedrift og er ekspertstyrt. Allmennhelsetenesta arbeidar utifrå annan tankegang, meir knytte opp til ei helsefremming. Det gjer den også betre føresetnadar i dette arbeidet. Likevel er det ikkje sånn at det eine utelet det andre, men kanskje kan det trengjast at ein er meir bevisst desse forskjellane, samt betre samhandling. Dette vert også lagt opp til i plan for livsstil og somatisk helse. Begge partar må på banen.

Men forholdet mellom spesialistar og allmennlegar vert endå stadig forskyva til fordel for spesialistane, og begge partar har ei overbelastning på alle nivå. Det medisinen treng er fleire legar som ser på heilheita og som strevar etter å legge ann eit perspektiv på dei komplekse

sjukdomar og ubehag som i dag utgjer eit av våre største folkehelseproblem (Getz, Hetlevik, Kirkengen & Roksund, 2009).

Det kan også seiast at den enkelte si livsstil ikkje alltid er så privat som det kan hevdast. Den kan også gjera skade eller få konsekvensar for andre. Men det bør vera ynskjeleg at ein, i det minste, får såpass innpass hjå den enkelte at svara vert reelle, eller at dei fortel oss noko som det kan arbeidast vidare med.

Det helsefremmande arbeidet i sjukehus, kan skje på forskjellige måtar:

- På det individuelle nivå. Dette ved å visa pasienten respekt, vera lydhøyr overfor synspunkt, trekka vedkomande inn i det som vert bestemt og anerkjenna pasienten si rett til å velja sjølv.
- På det mellommenneskelege nivå. Dette ved å la pasientar arbeida isaman i grupper (Mæland, 2005)

I lov om spesialisthelsetenesta er sjukehusa plikta til å driva opplæring og undervisning til pasientar. Difor ligg lærings og mestringsentra inn under sjukehusa. På den måten kan ein sei at ein driv helsefremming på det mellommenneskelege nivå i noko grad. Men sannsynlegvis kan fleire arena i organisasjonen brukast til dette, om viljen finnes. Også på det individuelle plan.

Helsevesenet har i dag hovudfokus og ei organisering som tek sikte på å bekjempe sjukdom og akutt behandling, medan utviklinga går i retning av at det vert mindre akutt sjuke men fleire kronisk sjuke menneske. Denne endringa skapar behov for ei anna type kunnskap og organisering av helsetenesta (Heggdal, 2008).

Endring i helseproblem stiller altså krav til helse og omsorgstenesta som problemløysande og lærande instans. Personalet skal altså læra seg pasienten si erfaring, samstundes med krav om effektivitet (Scherman Hansson, 2009).

Pasienten er meir enn si eiga helse og livsstil. Den er berre ei del av den enkelte si verd. Skal ein utforska denne må ein ha eit humanistisk blikk og forståing av dette.

Helsefremming samt ei helsepedagogisk tankegang i sjukehus er knytte opp til lærings og mestringsentra. Det er sannsynlegvis mykje å henta på å fokusera meir på det individuelle aspektet i organisasjonen, sjølv ved ei basal journalhenting.

Å veta og forstå, men å gjera det som helsevesenet synes er rett, det kan vera ei anna sak.

5.3 Å verta spurt om eigen livsstil

Informantane er opne for spørsmål om eiga helse og livsstil. Men dette samtykke er todelt; Ikkje alle ynskjer dette for ein kvar pris, nokre berre viss relevant. Ei av informantane framhevar kor positivt dette ville vera, for då ville ein ikkje føla at ein var på eit "samlebånd", ei anna synes ikkje at sånne spørsmål vert naturlege å få, for ein prøver jo så godt ein kan å oppføra seg etter den livsstilen en har, at det ikkje skal være noko "negativt".

Mulighet for sjukehusa til å spør pasientane er der, som ei unik anledning, men den balanserar på tynn line. Ein kan utfordra, men dette vert fort å ta ei paternalistisk, veta best haldning. Ein kan også prøva å utforska den enkelte si verd og la pasienten koma til ordet. Utfordra ligg meir til sjukehusramma medan utforskinga kan knytast opp til allmennpraksis. Når dei basale journalopplysningane skal gjerast til standard, kan det lett verta endå ei type samlebandtilnærming i sjukehus. Formelt kan ein då seia at ein har eit system, men om dette vert kvalitativt godt er ei anna sak. Nye oppgåver for helsepersonell, mål og visjonar vert trykka nedover i systemet, i botnlinja. Der er det også mykje ifrå før.

Det ser også informantane. Kanskje er konsekvensane av dette grunn for at nokre berre vil ha spørsmål viss relevant.

Det vert difor viktig å arbeida med organiseringa og det haldningsskapande arbeidet blant helsepersonell samt tilnæringsmåtar.

Per Fuggeli (2003) meiner at helsevesenet er i ferd med å fjerna fridomen til menneska, fordi ein vil dei enkelte så altfor vel. Dette kallar han for livsstilismen, eit tvangsprega liv, styrt mot eit mål; sein død. Difor meiner han at "for mykje" må erstattas av "måtehald" og "null toleranse" erstattas av "toleranse". Vidare meiner han at når ein klassifiserar, gjer ein to forbrytingar mot det som er verkeleg; ein avgrensar eit stykke frå heilheita. Dette meiner han at legen må akte seg for (Fuggeli, 2003).

Informantane mine ynskja også å få aksept for å behalda eigen livsstil.

Her kan det helsefremmande perspektiv, med sin iver etter å gjera vel, kollidera med det perspektiv som seier at ein skal respektera det einskilde menneske sin autonomi og integritet. Dette synet viser seg også i kontrasten mellom det biomedisinske synet, der utgangspunkt er at ein skal lyda den profesjonelle, i motsetning til eit pasientfokusert syn, der møte er ein læringssituasjon med høve for alle som er i den til å læra i betydning endra syn for forståing (Scherman Hanssen & Friberg, 2009).

Eit spørsmål som då aktualiserast er om det er noko skilnad på menneska si rett og skyld i forhold til å ta ansvar for seg sjølv når ein er sjuk, sett i forhold til rettar og skyld som samfunnsmedlem. Og i så fall kor ligg skilnaden (Barbosa Da Silva & Andersen, 1998)?

Det er eit sprik mellom det sjukdomsførebyggande og det helsefremmande arbeidet. Ei helsefremmande tankegang synes å vera meir passande for spørsmål relatert til livsstil, men også denne kan koma i konflikt med den enkelte pasient sin autonomi og integritet.

Sjukehusa kan vera arena for spørsmål kring den enkelte si livsstil, men skal ein ta pasienten på alvor, må ein også respektera og tåle at nokon vel annleis enn det helsearbeidarane sjølv ynskjer, utan å gje dei skyldkjensle.

Sjukehusa må også gje informasjon på ei måte som gjer at dei forstår og har kunnskap til å gjera reelle val. Det må gjerast forsiktig og med omtanke, sånn at pasienten tør å fortelja noko om seg sjølv og svara ærleg. Klarer ein ikkje det, er det sannsynleg at skade og krenkelsar vil vera større enn gevinsten for helsetenesta sjølv.

I så fall må det vurderast om desse basale opplysningane berre skal gjelda for prioritet nummer ein i strategiplan for livsstil og somatikk.

5.4 Vilkår for spørsmål kring eiga helse og livsstil

Vilkår for spørsmål om eiga helse og livsstil i sjukehus synes å vera at standard spørsmål ikkje vert nok i seg sjølv;

”En god manual som du kan lage den kan hjelpe veldig mange. Da må den være lettskrevet sånn at de vet at ikke alt er standard”.

Informantane framhever også ei samtaleform med dialog og rom for innspel og forklaringar;

”Så logisk sett med litt betre informasjon om hvordan kroppen fungerer det tror eg hadde gjort seg. Folk må jo forstå dette da. Jeg begynner å forstå det nå. Og så er det viktig at de lytter til oss og eventuelt arresterer oss om det er noe. Men det har vist seg at når jeg snakker med legen, når han har hatt litt tid, så er det ting jeg har sagt som han aldri har hørt om”.

For informantane er ikkje standard spørsmål det dei ynskjer. Men samtale med rom for forklaringar og rom for innspel. Det er lite plass til dette i sjukehusverda slik den er nå, i så fall må mykje endrast. Her ligg mulighet for allmennhelsetenesta betre til rette. Men sjølv der kan det mangla noko. Den av informantane som fortel at han ikkje snakkar om vanskelege ting på sjukehus fordi ingen har tid, påpeikar at dette gjeld like mykje når han går til legen sin privat. Der har heller ingen tid til å lytta. Kanskje har tidspress og det biomedisinske synet fått lov til å veksa og gro også der, til fordel for det humanistiske. I så fall må ein finna tilbake til balanse i desse. Så enkelt og likevel så vanskeleg.

Ved å bruka metodar frå vitskapen og statistikken tek ein sikte mot at alle legar skal ta velgrunna, tydelege og gjennomtenkte avgjersler i forhold til ei individuell pasientbehandling ved hjelp av eksisterande vitskapelege data. Etter kvart har det sklidd heilt ut. Det brukast nå, til dels ukritisk som ein mantra for å overbevisa pasientane om val av riktig behandling, som om pasientane var ei passiv variabel.

God klinisk praksis må støtta seg på dokumentasjon, men må ikkje alltid fylgja den. Å koma det me ikkje veit i møte, skjer berre ved kritisk refleksjon. Me er blitt flinke til å telja, men forteljing og teljing må gå hand i hand (Holm, 2005).

”Vi har alle behov for god behandling. Den fungerer best når den er gjensidig”
(Brev frå pasient på poliklinikk, 2009)

Desse orda vart formidla etter ei poliklinisk konsultasjon i min kvardag. Pasienten og dei pårørande var nøgde med behandling og syntes kvardagen hadde fått ei fin form. Rett før dei skulle gå kom ein travel lege innom. Det møtet øydela resten av dagen deira. Ikkje på grunn av det som blei sagt, men måten det blei sagt på.

Denne kvardagshistoria er ikkje unik. Det trengde heller ikkje vera legen som øydela noko. Den kan gjelda for alle helsearbeidarar.

Skal ein oppfatta helse og sosialtenesta si innretning som stad der helseproblem skal løysast, der menneska skal læra seg å handtera sine sjukdomar samt forhindra at nye problem dukkar opp, stilles det krav til at desse organisasjonane forutan faktakunnskap om diagnose og behandling, også har kunnskap om korleis pasientar skal læra. Møte mellom pasient og behandlar kan då verta sett på som eit møte der omsorg og behandling vert gitt, men også som ein læresituasjon som skal løysa helseproblem. Kva ein lærer seg av ein samtale med ein profesjonell i helse og omsorgstenesta er ikkje nødvendigvis det som den profesjonelle har tenkt seg (Scherman Hanson, 2009).

Som Skjervheim (1976) påpeikar, er språket det unike med menneska, men språk er så mangt og det fins forskjellige måta å kommunisera på. Ein av informantane seier;

”noen kan en snakke sånn til og noen sånn”..

Ikkje alle dei som er pasientar forstår det same som helsepersonell gjer. Det er heller ikkje sikkert at situasjonsforholda gjer anledning til dette.

Når kunnskap og teknikkar vert kompliserte, oppstår ei rekke kommunikasjonsproblem når ein samspekar med menneske med anna bakgrunn. Desse språklege forskjellane er på sett og vis prisen me betalar for denne kunnskapsutviklinga. Man må tilpassa seg til kvarandre og dette er ikkje alltid lika enkelt.

Informasjon er allmenn og generell. Kunnskap er lokal og bygger på at nokon tar til seg budskapet og omset den i sin eigen kvardag (Såljø, 2009).

Om me vil endra pasienten si måte å handtera sin situasjon på, handlar det i staden om å forandra pasienten si måte å sjå eller oppfatta sin situasjon på (Scherman Hansen & Runeson, 2009). Då må ein også finne ut kvifor pasienten gjer som han gjer.

I samtalen må det også inngå nokre grunnhaldningar som fremmar dei mellommenneskelege vilkåra for å lukkast i arbeidet. Alle desse heng nøye saman og er avhengig av kvarandre. Tryggleik. Tålmod. Vera forsiktig. Tillit.

Det er ingen stad der ein er så liten og så prisgitt noko system som i helsevesenet. Ein er avkledd både i fysisk og psykisk forstand. Det gjer ein også ekstra sårbar og mottakeleg, på godt og vondt. Denne situasjonen kan vera annleis når ein sjølv har bestilt time og kjem som den ein er.

I artikkel vedrørende den danske forfatteren Carsten Jensen, var overskrifta:

Kvifor skal me bry oss når me har det så godt? Carsten Jensen meiner at den danske middelklassen ikkje bryr seg så lenge dei sjølv lever godt, men at moralen må vera at ein skal bry seg, at ein skal delta og tru at det hjelper (Zahl, 2010).

Kor langt Danmark er ifrå Noreg, veit eg ikkje. Men avstanden er ikkje stor.

Ingen treng vera ueinig i at me lever i ei tid med store endringar. Fordi om den endrar seg, treng ikkje gamle fasitsvar eller væremåtar vera utdatert.

O.Wikstrøm (2008) meiner å ha ei fornemning av å betrakta eit langsamt kulturelt skifte.

Talen om eller debatten rundt det gode, om å vera eit medmenneske og eit sjølvoppofrande livsansvar for andre har, om ikkje forsvunne, men blitt tona ned. Den er vorte usynleg i ein kultur der personleg moralsk haldning er mangelvare. Det er fyrst og fremst ein sjølvsentrert væremåte og underskot på godleik han peikar på (Wikstrøm, 2008).

Samfunn og organisasjonar som karakteriserast av sterk intern tillit har langt større suksess både økonomisk og sosialt enn dei som har låg intern tillit. Tillit vert viktigare dess meir kompleks ein situasjon, organisasjon eller eit samfunn er.

Tillit kan fungera som ei reiskap for å handtera oversikt. Utover den samfunnsintegrerende situasjon kan man seia at tillit er eit funksjonelt alternativ til risikokalkylar og liknande.

Menneska som stoler på kvarandre kan saman handle med færre hindringar enn dei som finnes i eit klima av mistillit. Tillit gjer menneskeleg samhandling mogleg (Svendsen, 2007).

Medan Løgstrup (2000) betraktar tillit som eit opphavleg fenomen, meiner Svendsen (2007) at tillit i vår kultur ser ut til å vera sterkt avtakande og treng ei begrunning og ei rettferdiggjering. Ei slik rettferdiggjering kan vera ei henvisning til eit paradoks ved tillit; ein har ein grunn. Grunn til dette er at personen som vert vist tillit, gjerne vil gjera si yttarste for å visa seg den tilliten verdig (Svendsen, 2007).

Skal samtalen og forklaringar samt desse relasjonelle vilkåra få gro, treng ein tid og rom. I det ligg ei forplikting for sjukehusa i spørsmål knytte til livsstil. Sjølv høyrer eg mykje om alt me ikkje har tid til i eigen kvardag. Kanskje er det sånn at strukturar og organisering har kome så langt at det ikkje finnes rom for dette, eller at gapet mellom oppgåver og ressursar er så stor at det mest er umulig. Men kanskje handlar også tida om organisering og vilje til å ta noko av tida tilbake.

Thomas Hylland Eriksen (2001) skriv om det hastige i tida me lever i og kallar det for ”øyeblikkets tyranni”. For han er ikkje dette ei nostalgisk ynskje om å gå tilbake, men heller skapa ei forståing for dei utilsikta biverknadar dette hastige fører med seg. Utan den har ein ikkje muligheit til å bevara det langsame der det er nødvendig;

Det hastige førar til forenklingar.

Det hastige førar til samlebandseffekt

Det hastige førar til tap av presisjon.

Det hastige krev plass.

Det hastige fører til krav om endå meir plass.

Vinninga har ein tendens til å gå opp i spinninga.

Spørsmålet for han vert då kva som går tapt. Eit kort svar han gjer er samanheng og forståing.

Ei tilføyning heiter truverd (Hylland Eriksen, 2001)

Me får ikkje meir tid av å ha det travelt og utnytta tida som ressurs. Det er faktisk ein illusjon at me beherskar tida. Me kan ikkje endra den, men me kan endra vårt forhold til den (Martinsen, 2006).

Når helsearbeidaren har dårleg tid, er det lett å gå inn i ein subjekt – objekt relasjon der saka sjølv forvitrar og paternalisme og makt får råda. Då vil ein ikkje klara å engasjera seg i den andre sitt problem.

Det ligg mykje makt i det å vera kvitkledd helsearbeidar med kompetanse, eit språk og organisering av rutinar som svært få kjenner. Eiga erfaring har også vist at sjølv dei som innehar kompetanse og kjenner organisasjonen vert annleis når dei er i pasientrollen. Men dersom helsearbeidaren er bevisst denne makta, kan den vera eit positivt element.

Dei vonde gjerningane er lett å oversjå og unnskylda fordi ein har så gode forklaringar; me meinte det ikkje sånn, rutinar må fyljast, me gjorde det i beste meining, travelt osv. Så kan ein forskyva det personlege ansvar over på det politiske eller den økonomiske forklaringa (Sætersdal & Heggen, 2002).

Trekk ved ein yrkeskultur som kan skapa eller stimulera til vonde gjerningar er både eit individuelt og eit felles ansvar. Det fordrar å vera bevisst at det finnes noko vondt i alle menneska si natur, sjølv om dette vert tabubelagt.

Ein kan også reisa spørsmål om nyare utviklingstrekk i helsevesenet bidreg til ytterligere tabu. Uttrykk som: ”effektiv tenesteproduksjon”, brukarorientering, kvalitetssikring osv. samt strukturar der spesialisering og deling av arbeidet gjer avstand og påverkar både relasjonar og haldningar.

Det er når me svekker nærleiken til det enkelte menneske at vonde gjerningar og krenkelsar får vekst. Helsearbeidaren treng ikkje ha eit vondt motiv, men det vert likevel konsekvensen (Heggen, 2002).

I eit forhold som er asymmetrisk, vert den eine klok og den andre dum. Dei kloke bestemmer, dei dumme føyer seg. Ei sånn manglande evne til å setja seg inn i den andre si verd gjer stor skade, for det finnes ikkje berre val, men også omstende, oppvekstvilkår, livssjansar og tilgang på ressursar (Sætersdal, 2002).

Både tryggleik, tillit, makt, paternalisme og det å vera forsiktig kan gje utilsikta biverknadar. Ynskjer ein å ha det trygt, kan ein måtte gje ifrå seg litt av fridomen sin.

Når ein får tillit får ein makt over den som har gitt ein denne tilliten.

Makt kan også skapa tillit i seg sjølv, fordi manglande valfridom kan tvinga pasienten til dette eller fordi pasienten trur at sjukehuset kan gjera ting ein treng (Grimen, 2001).

Å vera forsiktig kan føra til at pasientar vert meir passive.

Svak paternalisme kan forsvarast, viss det gjerer i god hensikt.

Alle desse haldningane balanserar på ei hårfin line og skal ein klara denne balansegangen må ein sjå på kvart enkelte møte som unikt og den enkelte pasient som unik.

”I våre dagar er det så vanleg at ein skal respektera det einskilde menneske, at dei fleste har gløymt av kva det inneber” (Hellenes, 1999).

Skal ein spør pasientar i sjukehus om eiga helse og livsstil, ynskjer dei ei samtaleform som vert tilpassa den enkelte med rom for innspel og forklaringar. Då kan dei forstå og utvikla kunnskap som gjer at dei vert i stand til å ta eigne val. Det må også inngå visse relasjonelle grunnhaldningar som helsepersonell må handtera varsamt.

Kvalitet er i hovudsak eit etisk og psykologisk ord. Resultatet er kvalitetssikringa sitt mål, medan strukturar og prosessen er eit middel for å nå målet. Kvaliteten i helsetenesta er fyrst og fremst det menneskelege ansvaret for kvifor helsetenesta ser ut som den gjer. Med god

helseteneste meiner ei helseteneste som særskild bygger på pasienten sin integritet og medbestemmelse (Barbosa da Silva, 1994).

Knytte ein desse grunnhaldningane mot ein moralsk væremåte, kan ein seia at spørsmål om etikk og moral kan vera med på at organisasjonane vert lang meir velfungerande og sannsynlegvis heng dei uløseleg saman med resultata ein oppnår og økonomi. Det kan kosta dyrt på botnlinja å lukke auga for dei mange moralske aspekt av kvardagen sine hendingar. Tap av personleg verdi og manglande erkjenning kan bety at mykje av arbeidstida vert brukt på å gjenoppretta den menneskelege eigenverdi og reparera skada relasjonar. Dette går utover botnlinja.

Når ein tek utgangspunkt i dei daglegdagse kompleksitetane inneber det eit farvel til førestillinga om at ein organisasjon kan planleggast og styrast i ei førebestemt retning (Haslebo & Haslebo, 2007).

Både organisasjonen som sjukehusa er, samt den enkelte helsearbeidar har eit ansvar i dette.

Har sjukehusa denne tida som informantane ynskjer? I så fall må hovudfokus på budsjettbalanse koma etter pasientbehandlinga ein sikter inn mot. På sikt vil sannsynlegvis dette vera det mest lønnsame og effektive.

6 Avsluttande betraktningar

Denne oppgåva, ei lita del av noko mykje større, skulle vera forholdsvis enkel å løyse. Sjølv om dette gjeld dei fleste masteroppgåver og kan tendera til å verta ei klisjé, så har den forståinga informantane mine gjer meg, mitt teoretiske perspektiv og mine eigne ”briller” gjort at oppgåva vert mykje større og vanskelegare enn eg hadde tenkt. Den gjer meir spørsmål enn svar, og den uroa eg hadde i byrjinga av plan vert ikkje mindre; den utvidar seg. Dei forskjellige områda i teoretisk rammeverk veks i størrelse og kompleksitet, og eg ser at eg berre kjem på overflata og når ikkje ned. På den måte kan det trengast meir forskning.

Det eg forstår av informantane sine forteljingar knytte seg opp til at ting går veldig fort. Sjukehusa er travle organisasjonar med lita tid til den einskilde. Dette gjer ikkje grunnlag for eit godt førebyggjande helsearbeid på nokon måte. Det går på utover ”kunsten” og dei humanistiske verdiane i helsevesenet. Den pregar kvardagen til helsepersonell og former helsetenesta på botnlinja, der pasientane er. Dette ser også informantane. Det er dei relasjonelle verdiane som forsvinn i eit sånn system. Dei verdiane det er vanskeleg å måla og telja i kroner og ører.

Kan då spørsmål om den enkelte si helse og livsstil vera til det gode for pasientar i sjukehus? Sannsynlegvis kan me spør dei om alt, viss situasjonen tillatar det. Pasientane er opne og mange ynskjer hjelp. Men då ynskjer dei også tid til samtale og forklaringar, tilpassa etter den enkelte pasient, slik at dei forstår. Og sjølv då må me respektera at ikkje alle vil handla slik sjukehusa ynskjer sjølv.

Det fordrar også eit ansvar for den som spør til å vera varsam med svara og til ikkje gje dei skyldkjensle.

Kan spørsmål om eiga helse og livsstil knytast til eit instrumentalistisk mistak?

Standardiserte spørsmål vert aldri nok i seg sjølv. Det kan vera ein mal, men vil ikkje dekkja ”kunsten” i møte med den einskilde. Så enkelt og likevel så vanskeleg.

Sjukehusramma ser ikkje ut til å vera beste arena for helse og livsstilsspørsmål slik det fungerer nå. I så fall må mykje organiserast annleis. Skal det satsas på noko her, bør det ligga på prioritetsnivå ein. Allmennpraksis er betre eigna fordi dei har ein anna funksjon og er nær samfunnsforholda generelt samt kan fylgja den einskilde betre opp. Pasienten har meir anledning til å vera ein aktiv brukar enn passiv variabel. Men sjølv dei kan få problem med oppgåva aleine, om det ikkje tilføres meir ressursar.

Ei helsefremmande tankegang og bruk av helsepedagogiske prinsipp synes best knytte til eit ynskje om å endra uheldige levevanar, men desse kan likevel koma i konflikt med den enkelte sin autonomi og integritet; me vil meir enn den enkelte ynskjer sjølv.

Å knytte brukarbegrepet til sjukehusramma, synes å vera eit stykke unna realiteten og kan vera tvitydig. Vert brukarbegrepet knytte til ei marknadsorientert tilnærming, der pasient vert forbrukar og kunnskapen ein gjer instrumentell, har noko gått gale ein stad. Men brukarbegrepet set helsetenesta og helsepersonell i nytt lys, og det kan trengjast i desse dagar.

Den enkelte si helse og livsstil er heller ikkje eit ansvar for helsetenesta aleine, men også eit felles samfunnsansvar.

6.1 Kva kan me læra av Momo?

”Momo – eller kampen om tiden” er eit eventyr for barn og omhandlar menneska som ikkje lenger tek seg tid til å vera snille med kvarandre lenger.

Momo sjølv er heltinna i denne historia. Ho er ei lita fattig jente som hjelper andre og andre hjelper ho. Men i bakgrunnen lurar nokre grå herrar med skumle planar. Dei vil stela menneska si store skatt: tida.

Det Momo har er ei uvanleg eigenskap som gjer at menneska oppdagar at dei treng ho og lurar på korleis dei har klart seg før ho kom;

”Men hvorfor? Var Momo kanskje så ufattelig klok at hun hadde et godt råd til alle mennesker? Fant hun bestandig de riktige ordene når noen trengte trøst? Kunne hun felle vise og rettfærdige dommer? Nei, alt det kunne Momo like lite som ethvert annet barn. Men kanskje hun hadde en egen evne til å sette folk i godt humør? Hadde hun en spesielt god sangstemme, for eksempel? Eller spilte hun et eller annet instrument? Eller kanskje hun danset eller framførte akrobatiske glansnumre siden hun nå bodde i et slags sirkus? Nei det var ikke det heller.

Kunne hun trylle da? Kjente hun en eller annen hemmelig formel som kunne fordrive all ve og klage? Kunne hun lese i hånden eller på annen måte spå framtiden for folk? Slett ikke.

Det lille Momo kunne bedre enn noen annen, det var å lytte. Men hva er så spesielt med det, vil kanskje mange lesere si – lytte det kan jo alle!

Men det er feil; Bare få mennesker har evne til å lytte noe helt utenom det vanlige. Hun kunne lytte slik at dumme mennesker plutselig utviklet de skarpsindigste tanker. Ikkje fordi hun sa eller spurte om noe spesielt som kunne pense andre inn i bestemte tankebaner. Nei, hun bare satt der og lyttet med all sin oppmerksomhet og innfølingsevne rettet inn mot det som ble sagt. Samtidig så hun på den andre med de store, mørke øynene sine, og den som snakket, merket hvordan det med ett dukket fram tanker i ham som han aldri ville trodd seg i stand til å tenke.

Hun kunne lytte slik at usikre eller ubesluttsomme mennesker plutselig visste på en prikk hva de ville. Eller slik at forknytte plutselig følte seg frie og modige. Eller slik at ulykkelige og nedtrykte ble glade og fulle av håp. Og hvis en mente at livet hans var bortkastet og betydningsløst, at han bare var en blant millioner, en som ikkje spilte noen rolle i den store sammenhengen og som kunne erstattes like lett og smertefritt som en rusten skrue i en maskin – og han gikk og fortalte lille Momo alt dette, da ble det på en forunderlig måte klart for ham allerede mens han snakket, at han tok grundig feil og at han med alle sine lyter likevel var et enestående individ, og derfor også var viktig i verden på sin egen spesielle måte.

Slik kunne Momo lytte! (Ende, 2009, s.15-16)

7 Litteraturliste

Askheim, O. P. (2007). Empowerment-ulike tilnærmingar. I: G. Uden (Red.), *Empowerement i teori og praksis*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag

Barbosa da Silva, A. (1994). Etske aspekter på kvalitetssakring. I: P.G. Svensson & B. Starrin (Red.), *Kvalitetssakring i omvården – olika perspektiv*. Lund: Studentlitteratur.

Barbosa da Silva, A. (1996). Analys av texter. I: P.G. Svensson & B. Starrin (Red.), *Kvalitative studier i teori och praktikk*. Lund: Studentlitteratur.

Barbosa Da Silva, A. & Anderson, M. (1988). *Vetenskapssyn och människosyn i sjukvården. En introduksjon til vetenskapsfilosofi och vardetik*.

Berg Eriksen, T. (1995). *Helse i hver dråpe. Innspill om etikk, kunnskap og omsorg*. Oslo: Universitetsforlaget.

Boel, T., Kannegaard, P.N., Goldstein, H. & Andersen, T. (2004, 13. september). Smoking, alcohol overconsumption and obesity before elective surgery. Prevalence and patient motivation for risk reduction. *Ugeskrift Laeger*, 166 (38) 3297-300.

Deci, E. & Ryan, R. (1985). *Intrinsic motivations and self determination in human behaviour*. New York: Plenum.

Ende, M (2009). *Momo – eller kampen om tiden*. Oversatt av E. Krogstad. Oslo: Cappelen Damm AS.

Fog, J. (1998). *Med samtalen som utgangspunkt. Det kvalitative forskningsinterview*. København: Akademisk Forlag.

Folgerø, L. (2009). Vi som trodde på forebygging. *Dagens Medisin*, nr.13.

Fuggeli, P. (2003). *Q visjonen. Essays om helse og frihet* (2.utg.). Oslo: Universitetsforlaget.

Getz, L., Heltlevik, I., Kirkengen, A.L. & Roksund, G. (2009). Det behøvs batre teori och fler allmannlakare innom medicinen. I: L. Hvas, L. Brodersen, B. Hoveliuss & N. Bentzen. (Red.), *Skapar varden ohalsa? Allmannmedicinska reflektioner*. Lund: Studentlitteratur.

Gilje Lid, T. (2006). Legerollen – mellom legekunst og pasientflyt. *Tidsskrift Norsk Lægeforening*, nr.13-14.

Granvin, M. (2008). Refleksjoner kring patienters rapportering av røyk-, alcohol- och motionsvanor i en vantrumsenkatt. *Allmannmedisin*, nr.6.

Grimen, H. (2001). Tillit og makt- tre sammenhenger, *Tidsskrift Norsk Lægeforening*, nr.30, 2001: 3617-9.

Grung, J. (2006). *Sykehusledelse og helsepolitikk- dilemmaenes tyrrani*. Oslo: Universitetsforlaget.

Gustafsson, B. (2009). Den oavsikteliga larandet. Om den dolde laroplanen i sjukvarden. I: M. Scherman Hansson & V. Runesson. (Red.). *Den larande patient*. Lund: Studentlitteratur.

Haslebo, G. & Haslebo, M.L. (2007). *Etikk i organisasjoner. Fra gode hensikter til bedre handlemuligheter*. Danmark: Psykologisk Forlag.

Hauge, H. (2003). Hvordan kan samfunnsvitenskapene bidra til helsefremmende arbeid?. I: H. Hauge & M.B. Mittelmark (Red.), *Helsefremmende arbeid i en brytningstid. Frå monolg til dialog?*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

Haynes, C.L. (2008, 13.august). Health promotion service for lifestyle development within a UK hospital. Patients experience and views. *BMC Public Health*, 8: 284.

Heggdal, K. (2008). *Kroppskunnskaping. Pasienten som ekspert i helsefremmende prosesser*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Heggen, K. (2002). Krenkende pleie og behandling. I: B. Sætersdal & K. Heggen (Red.), *I den beste hensikt? Ondskapen i behandlingssamfunnet*. Oslo: Akribe Forlag.

Hellenes, J.(1999). Den siste åtvaringa frå Hans Skjervheim, Kronikk i Kulturkanalen, *Morgenbladet*, 26.02.

Hellenes, J. & Skirbekk, G.(Red.). (2002). *Hans Skjervheim. Mennesket*. Oslo: Universitetsforlaget.

Helse Stavanger HF (2010). Budsjettforslag 2010.

Helse Vest (2007). Helse 2020. Strategi for helseregionen.

Helseforetaksloven nr. 93 (2001). (2008). I: Norges Lover. Lovsamling for helse- og sosialsektoren, 2008-2009. Oslo: Gyldendal Akademiske.

Helsepersonellloven nr.64 (1999). (2008). I: Noregs Lover. Lovsamling for helse- og sosialsektoren, 2008-2009. Oslo: Gyldendal Akademiske.

Heltef (1999). Pasienterfaringer og helsereelatert livskvalitet i norske sjukehus. Resultat frå en tverrsnittundersøkelse, høsten 1996. Forskningsrapport nr.3, Heltef.

Holm, J.Ø. (2005). Evidensbasert medisin- fundamentalisme i hvitt?.*Dagens Medisin*, 09-2005.

Hvas, L., Brodersen, L., Hoveliuss, B. & Bentzen, N (2009). Skapar vården ohalsa? I: J. Brodersen, B. Hoveliuss & L. Hvas (Red.). *Skapar vården ohalsa? Allmannmedisinska reflektioner*. Lund: Studentlitteratur.

Hylland Eriksen, T. (2001). *Øyeblikkets tyrrani. Rask og langsom tid i informasjonsalderen*. Oslo: Aschehoug.

Jonassen, K.R & Barbosa da Silva, A. (2009). Maktens roll och funktion i omvårdnadshandling – en moralfilosofisk analys. I: A. Barbosa da Silva, I. Berggren & H. Nusted (Red.). *Omvårdshandledning – ur etisk och tvardisiplinart perspektiv*. Lund: Studentlitteratur.

Kaplan, S., Greenfield, S. & Ware, J. (1989). Assessing the effects of physician-patient interactions on the outcomes of chronic disease. *Med Care*, 27:110-27.

Kip, M.J., Neuman, T., Jugel, C., Kleinwaecher, R., Weiss-Gerlach, ?, Grill, M.M., et.al. (2008, august). New strategies to detect alcohol use disorders in the preoperative assessment clinic of a German university hospital. *Anesthesiology*, 109 (2): 169-70.

Korfor (2010). Livsstil og somatisk helse. Strategi og handlingsplan for Stavanger Universitetssykehus, 2010-2012. Stavanger.

Kvale, S. & Brinkman, S. (2009). *Interview. Introduksjon til et håndverk* (2.utg.). København: Hans Reitzels Forlag.

Lian, O.S. (2003). *Når helse blir en vare. Medikalisering og markedsorientering i helsetjenesten*. Kristiansand: Høgskuleforlaget.

Lindstrøm, M. & Janzon, E. (2007). Social capital, institutional (vertical) trust and smoking; a study of daily smoking and smoking cessations among ever smokers. *Scandinavian Journal of Public Health*, Vol.35, no.5, 460-467.

Løgstrup, K.E. (2000). *Den etiske fordring*. Oslo: J.W Cappelens Forlag AS.

Malterud, K. (2003). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning- en innføring* (2.utg.). Oslo: Universitetsforlaget.

Martinsen, K. (2005). *Samtalen, skjønn og evidensen*. Oslo: Akribe AS.

Mæland, J.G. (1999). *Forebyggende helsearbeid i teori og praksis*. Oslo: Tano Aschehoug

Mæland, J.G. (2005). Forebygging- vakker tanke eller fornuftig handling?. I: M.A. Stamsø (Red.). *Velferdsstaten i endring*. Oslo: Gyldendal Akademiske.

Nafstad, H.E. (2004). Introduksjon til det omsorgsfulle mennesket. I: H.E. Nafstad (Red.), (A. Bastiansen (et.al)), *Det omsorgsfulle mennesket. Et psykologisk alternativ* (s.11) . Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Norsk Sykepleieforbund (2007). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. ICNs etiske regler.

NOU 1997; 2 (1997). *Pasienten først! Ledelse og organisering i sykehus*. Oslo: Sosial og helsedepartementet.

NOU 1998; 18. (1998). *Det er bruk for alle! Styrking av folkehelsearbeidet i kommunene*. Oslo: Sosial og helsedepartementet.

Oppedal, K. (2009). Helse blant alle i sjukehus. Identifikasjon av risikopasienter med henblikk på intervensjon. Forskningsprotokoll.

Oppedal, K. (2010). Helse blant pasienter i sjukehus- en tverrsnittundersøkelse i Helseregionen i vest. Stavanger: Regionalt kompetansesenter for rusmiddelforskning i Helse Vest. Artikkel.

Pasientrettighetsloven nr.63 (1999). (2008). I. Norges Lover. Lovsamling for helse og sosialsektoren 2008-2009. Oslo: Gyldendal Akademiske.

Pinto, B.M. & Szymanski, L. (1997, november). Exercise in weight management. *Med Health RI*, 80(11): 361-3.

Ruyter, K.W., Førde, R. & Solbakk, J.H. (2000). *Medisinsk etikk – en problembasert tilnærming*. Oslo: Gyldendal Akademiske.

Schei, E. (2007). *Hva er medisin?*. Oslo: Universitetsforlaget.

Scherman Hansson, M. (2009). Introduksjon. Et møte med patienten- en larandesituasjon. I: M. Scherman Hansson & U. Runesson (Red.), *Den larande patient*. Lund: Studentlitteratur.

Scherman Hansson, M. & Friberg, F. (2009). Patienten gør inte som vi vill- en kritisk discussion om följsamhetsbegrepet och dess anvending innom halso och sjukvarden. I: M. Scherman Hansson, M & U. Runesson (Red.), *Den larande patient*. Lund: Studentlitteratur.

Scherman Hansson, M & Runesson, U. (2009). Som patienten ser det. I: M. Scherman Hansson & U. Runesson (Red.), *Den larande patient*. Lund: Studentlitteratur.

Skinner, H.L., Allen, B.A., McIntosh, M.C. & Palmer, W.H. (1985, 19.januar). Lifestyle assesment: just asking makes a difference. *Br.Med.J. (ClinResEd)*, 290 (6463):214-6.

Skjervheim, H. (1976). *Deltakar og tilskodar og andre essays*. Oslo: Tanum Nordli AS.

Stavdal, A. (2009). Från prosjekt till sju teser for allmanmedicin. I: J. Brodersen, B. Hovellius & L. Hvas (Red.), *Skapar varden ohalsa? Allmanmedicinska reflektioner*. Lund: Studentlitteratur.

St.melding nr.26 (1999-2000). (1999). *Om verdier for den norske helsetenesta*. Oslo: Sosial og helsedepartementet.

St.melding nr.47 (2008-2009). (2009). *Samhandlingsreformen. Rett behandling- på rett sted - til rett tid*. Oslo: Sosial og helsedepartementet.

Svendsen, L. (2007). *Frykt*. Oslo: Universitetsforlaget.

Sundhedsstyrelsen. (2008). Patientregistrering af risikofaktorene inaktivitet, kost, tobakk og alcohol ved første kontakt til sygehus. www.sst.dk/PRIK.

Sætersdal, B. (2002). Ondskapen som forsvant. I: B. Sætersdal & K. Heggen (Red.), *I den beste hensikt? Ondskapen i behandlingssamfunnet*. Oslo: Akribe Forlag.

Sætersdal, B. & Heggen, K. (2002). Den store og den lille ondskaben. I: B. Sætersdal & K. Heggen (Red.), *I den beste hensikt? Ondskaben i behandlingssamfunnet*. Oslo: Akribe Forlag.

Såljø, R. (2009). Institusjonella språk och samtal om halsa. Information, kommunikation och samarbete i varden. I: M. Scherman Hanson & U. Runesson (Red.), *Den larande patient*. Lund: Studentlitteratur.

Tranøy, K.E. (1999). *Medisinsk etikk i vår tid*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

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

Tønnesen, H., Nielsen, P.R., Lauritzen, J.B. & Møller, A.M. (2008). Smoking and alcohol intervention before surgery- evidence for best practise. *Br.J.Anaesth*; 101 in press.

Vike, H. (2004). *Velferd uten grenser. Den norske velferdsstaten ved veiskillet*. Oslo: Akribe Forlag AS.

Vike, H., Bakken, R., Brinchmann, A., Haukelien, H. & Kroken, R. (2002). *Maktens samvittighet. Om politikk, styring og dilemmaer i velferdsstaten*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Vilfladt, E. & Hopen, E. (2004). *Helsepedagogikk- samhandling om læring og mestring*. Aker Universitetssykehus: Nasjonalt kompetansesenter for læring og mestring ved kronisk sykdom.

Wikstrøm, O. (2008). *Om godhet. Medfølelse i en selvopptatt tid*. Kjeller: Genesis Forlag.

Williams, G., Quill, T., Deci, E. & Ryan, R. (1991). The facts concerning the recent carnival of smoking in Connecticut and elsewhere. *Int Med*, 115: 59-63.

Zahl, J. (2010, 12.mai, s.8). Kvhfor skal me bry oss når me har det så godt? *Stavanger Aftenblad*.

Zolnierk, K.B. & Dimatteo, M.R. (2009, august). Physician communication and patient adherence to treatment: a meta analysis. *Med Care*, 47(8): 826-34.

Aadland, E. (1994). *Kultur i helse- sosial- og utdanningsinstitusjoner*. Oslo: Det Norske Samlaget.

Aadnanes, P. (2007). Den uavhengige avhengige. Empowerment idealet som profesjonsetisk grunnverdi i helse- og sosialsektoren. Et kulturanalytisk perspektiv. I: T.J. Ekeland & K. Heggen (Red.), *Meistring og myndiggjering. Reform eller retorikk?*. Oslo: Gyldendal.

Aamodt, I. (2006). Den nødvendige uroa. En utfordring til brukerbegrepets uutholdelige letthet. I: A. Røysum (Red.), *Sosialt arbeid. Refleksjoner om kunnskap og praksis*. FO.

Vedlegg 1



UNIVERSITETET I BERGEN

Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk, Vest-Norge (REK Vest)

Sverre Nesvåg

ness@sus.no

Regionalt kompetansesenter for rusmiddelforskning (Korfor)

4068 Stavanger

Kopi:

Forskningsansvarlig: post@uis.no

Vår ref	Dato
2009/2168	10.12.09

Ad. prosjekt: Livsstil og helse i eit brukarperspektiv (2009/2168)

Ein syner til din projektsøknad, dagsett 09.11.09.

Komiteen handsama søknaden i møte 26.11.09.

Forskningsansvarleg for prosjektet er Universitetet i Stavanger.

Føremålet med denne undersøkinga er å få større innsikt i kva det inneber å vera pasient på sjukehus, og kva tankar, opplevingar og erfaringar den enkelte pasient har til spørsmål rundt eigen livsstil og helse i samband med sjukehusinnleggingar.

REK Vest meiner søknaden ber preg av å vere ufokusert, og at søkjar ønskjer å famne over eit breitt forskingsområde, jfr. "Denne masteroppgåva tek utgangspunkt i arbeidet med å identifisera pasientar med skadeleg livsstil i forhold til alkoholforbruk, fysisk aktivitet, røyking, overvekt og risiko for underernæring." Også førespurnaden ber preg av dette: "Livsstil og helse er blitt eit viktig tema i spørsmålet om utvikling av dei norske helsetenestene. I fleire land er det vanleg at ein kartlegg alle som kjem på sjukehus om dette. I Norge er det ikkje sånn endå."

REK Vest kan ikkje sjå at undersøkinga tar før seg helsevariablar i særleg grad og finn dårlig samsvar mellom projekttittel og kva deltakar skal bli spurd om i undersøkinga. Komiteen meiner at ein i undersøkinga bør spisse forskingsspørsmålet for å auke nytteverdien av resultatane. Ein føreslår at søkjar konsentrerer seg om livsstil eller pasientoppleving.

Nokre mindre feil i informasjonsskrivet bør bli korrigert – sjå vedlegg.

Postadresse: REK Vest Postboks 7804 5020 Bergen	E-post: rek.vest@uh.no Hjemmeside: http://helseforskning.etikk.com.no/sasr/public Org.no. 874 789 542	Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk, Vest-Norge Telefon 55 97 84 97 / 98 / 99	Besøksadresse: 2. etasje, sentralblokken, Haukeland universitetssjukehus
--	---	---	--

Vedtak:

Prosjektet vert godkjent med dei merknader som er nemnt ovanfor.

Komiteen ber om å få tilsendt slutt rapport evt. trykt publikasjon for studien.

Vennleg helsing

Jon Lekven
leder

Camilla Gjerstad
rådgjevar

Ny ordning fra 01.07.09:

En gjør oppmerksom på at denne søknaden er vurdert i henhold til helseforskningsloven, som ble satt i kraft 01.07.09. Dette innebærer at REK fra og med denne dato har kompetanse til å godkjenne opprettelse og endring av forskningsbiobank, å innvilge dispensasjon fra taushetsplikt og å gi tillatelse til bruk av personopplysninger til forskning. Saker som er søkt Helsedirektoratet, NSD eller Datatilsynet vedrørende ovennevnte, vil utelukkende bli behandlet av REK. Dette for å unngå parallellbehandling av saker nå i overgangsfasen.

REK Vest forutsetter at dette vedtaket blir forelagt den forskningsansvarlige til orientering. Se helseforskningsloven § 6, jfr. § 4 bokstav e.

De regionale komiteene for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk foretar sin forskningsetiske vurdering med hjemmel i helseforskningsloven § 10, jfr. forskningsetikkloven § 4.

Saksbehandlingen følger forvaltningsloven. Komiteenes vedtak etter forskningsetikklovens § 4 kan påklages (jfr. forvaltningsloven § 28) til Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag. Klagen skal sendes REK Vest (jfr. forvaltningsloven § 32). Klagefristen er tre uker fra den dagen du mottar dette brevet (jfr. forvaltningsloven § 29).

Vedlegg 2

16.januar, 2010

Fag- og forskningsdirektør,
Stavanger Universitetssykehus

Søknad om tillating til gjennomføring av intervju ved Stavanger Universitetssykehus

I forbindelse med min Master i Helse- og Sosialfag, med fokus på brukarmedvirkning, ved Universitetet i Stavanger, søker eg om tillating til intervju av pasientar ved medisinsk og kirurgisk avdeling.

Våren 2008 blei det gjennomført ei tverrsnittundersøking i Norge, der formål var å identifisera forekomst av livsstilsfaktorar.

Eg ynskjer å sjå nærmare på kva opplevingar pasientar har med spørsmål knytta til eiga helse og livsstil. Foreløpig er det ei uro over tema, og mange "lause" tankar. Difor ber også prosjektplan preg av dette. Eg er nå avhengig av at pasientane sjølv fortel. Det er dei, og ikkje eg, som skal leda oppgåva vidare.

Foreløpig arbeidstitel/ide` for masteroppgåve er:

Identifikasjon av livsstilsfaktorar i sjukehus
Til det gode for pasienten eller det instrumentalistiske mistak?

Prosjektplan fylgjer vedlagt, samt godkjenning frå REK, desember 2009

Min veileidar er Sverre Nesvåg i Korfor, Regionalt Kompetansesenter for rusmiddelforskning.

Håpar på snarlig, positivt svar.

Med vennlig helsing:
Grete Opstad
Med.Klinikk, lungepol.

2 vedlegg

Vedlegg 3

Stavanger Universitetssykehus

20.januar,2010

Klinikk.dir.
Medisinsk seksjon
Kirurgisk seksjon

Informasjon om gjennomføring av intervju av pasientar på medisinsk- og kirurgisk avdeling.

I forbindelse med min Master i helse-og sosial med fokus på brukarmedvirkning, ved Universitetet i Stavanger, har eg søkt REK og Fag- og forskningsdirektør om tillatelse til å gjennomføra nokre intervju av pasientar på kirurgiske og medisinske avdelingar. Begge desse har svara ja.

Våren 2008 blei det gjennomført ei tverrsnittundersøking i Norge, bl.anna her på Stavanger Universitetssykehus.. Formål var å identifisera forekomst av livsstilsfaktorar. Eg ynskjer å sjå nærmare på kva opplevingar pasientar har med spørsmål knytta til eiga helse og livsstil.

Foreløpig ide/arbeidstitel er:

Identifikasjon av livsstilsfaktorar i sjukehus.

Til det gode for pasienten eller det instrumentalistiske mistak?

Sidan dette er eit kvalitativt studie, ynskjer eg å intervju 8-10 pasientar, fordelt på medisinsk og kirurgisk avdeling. Dette tenkjer eg at avdelingsledar på sengepost kan hjelpa meg med. Sidan eg sjølv er tilknytta lungemedisinsk seksjon, vert lungeavdeling utelatt. Eg håpar å gå rundt på avdelingar å ,informera om dette så snart som mogleg. Intervjua ynskjer eg å gjera i veke 4, evt veke 5.

Min veileidar er Sverre Nesvåg i Korfor, Regionalt Kompetansesenter for rusmiddelforskning.

Ynskjer de meir informasjon, kan eg kontaktas pr.mail, evt lungepol. 51513255

Vennligst helsing Grete Opstad.

Vedlegg 4



Vedr. Studie som grunnlag for masteroppgave.

Grethe Opstad er student ved Masterstudium i helse- og sosialfag med fokus på brukerperspektiv ved Universitetet i Stavanger, Institutt for helsefag.

Som del av studiet, skal studentene gjennomføre et selvstendig vitenskapelig arbeid, en masteroppgave.

Grethe Opstad har valgt å arbeide med følgende tema:

Livsstil og helse i et brukerperspektiv

Arbeid med masteroppgaven må følge forskningsetiske retningslinjer og eksisterende godkjenningsordninger for forskning innenfor helse- og samfunnsfag. Studien er godkjent av Regional Etisk Komité (REK Vest) i desember 2009.

Veileder for arbeid med masteroppgaven er: Forskningsleder Sverre Nesvåg, Universitetssykehuset i Stavanger, KoRFoR.

Arbeidet forventes slutført: juni 2010.

Dersom det er spørsmål kan undertegnede kontaktes.

Stavanger, den 22. januar 2010

Bodil Furnes
1.amanuensis
Faglig ansvarlig

Helene Hanssen
1.lektor
Studiekoordinator

(sign)

Sverre Nesvåg
forskningsleder
Veileder

Vedlegg 5

Forespørsel om deltaking i forskningsprosjekt Identifikasjon av livsstilsfaktorar i sjukehus- pasientperspektiv

Litt om meg sjølv

Eg heiter Grete Opstad. Vanlegvis arbeider eg som sjukepleiar på medisinsk poliklinikk, men i 2008 starta eg på eit masterstudie i helse- og sosialfag, med fokus på brukarmedvirkning. I den forbindelse har eg sagt ja til å vera ein del av eit større prosjekt som omhandlar helse og livsstil. Masteroppgåva mi utføres i samarbeid mellom Stavanger Universitetssjukehus og Stavanger Universitet, Institutt for helsefag. Min veileidar heiter Sverre Nesvåg.

Hensikt med studien

Våren 2009 blei det på sjukehuset her og på 2 andre Universitetssjukehus gjennomført ei undersøking i løpet av ett døgn, der alle pasientar, inneliggjande og polikliniske, medisinske og kirurgiske, blei spurt om å svara på spørsmål rundt eigen livsstil, så som røyking, alkoholvaner, fysisk aktivitet, vekt og ernæringsstatus.

Livsstil og helse er veldig "inn i tida". I fleire land er det vanleg at ein kartlegg alle som kjem på sjukehus om dette. I Norge er det ikkje sånn endå.

Til nå har det vorte mest merksemd knytte til utforming av spørreskjema og gjennomføringa. Mi brikke i dette puslespelet er å sjå meir på kva den enkelte pasient synes om dette sjølv. Eg ynskjer difor å gjera 8 intervju med pasientar på ulike avdelingar.

Kvifor blir du forespurt

Som pasient på sjukehus kan dine tanker, opplevingar og erfaringer i rollen som pasient og som den som skal spørjast, gje oss verdifull informasjon. På den måten kan me som er helsepersonell få betre innsikt i korleis det er å vera på "den andre sida", ikkje bare sjå det frå den sida me kjenner best sjølv; den som spør. Dette vert då nyttig med tanke på vidare arbeid i forhold til helse og livsstil på sjukehus.

Du bestemmer sjølv

Det er frivillig å delta i intervju. Om du ynskjer å delta, må du undertegna samtykkeerklæring. Viss du vel å trekkja deg, treng du ikkje oppgje nokon grunn for det. Det vil heller ikkje få noko konsekvens for deg, med tanke sjukehusopphaldet og vidare behandling. Du har til eikvar tid rett til å tilbakekalla samtykke. Dersom du vel å trekkja deg, vil dei innsamla data om deg bli sletta.

Om du seinare ynskjer å trekkja deg, eller har spørsmål, kan du kontakta min veileidar; Sverre Nesvåg tlf.nr 90837431, eventuelt meg sjølv; Grete Opstad, tlf.nr 41321271.

Praktiske opplysningar

Intervjuet vil ta ca. 1 time

Intervjua vert gjort med båndopptakar for seinare å bli skrevet ut til skriftleg tekst. Dette materiale vil bli anonymisert og behandla konfidensielt.

Det er kun autorisert personell knyttet til prosjektet som har adgang til navnelisten og som kan finne tilbake til deg.

Det vil heller ikkje vera mogleg å identifisera deg i resultatet av studien, når den vert publisert.

Alle opplysningar om deg vil bli sletta ved prosjektslutt 30.06.2010.

Vedlegg 6

Samtykke til deltaking i studie

Identifikasjon av livsstilsfaktorar- pasientperspektiv

Eg er villig til å delta i studien

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Eg bekrefter å ha gitt informasjon om studien

(Signert, rolle i studien, dato)

Vedlegg 7

Vedlegg 1

INTERVJUGUIDE

Kva inneber pasientrollen?

- Har du vore innlagd på sjukehus mange gonger?
- Korleis syns du det er?
- Har du nokre gode/dårlige opplevingar knytte til det å vera "pasient"?
- Syns du det er lett å snakka med helsepersonell når du er her?

Kva forventningar har pasienten sjølv til sjukehusopphaldet?

- Kan du fortelja litt om kva du forventar at helsepersonell skal hjelpa deg med når du er her, eller kva du forventar skal skje når du er her?

Kva tankar og opplevingar har pasienten tilknytte til livsstilsspørsmål?

- *Nå for tida er det mykje snakk om det med livsstil, så som røyking, alkoholvanar, vekt, ernæring og fysisk aktivitet.*
- Har du opplevd å få spørsmål knytte til noko av dette?
- Viss ja. Korleis opplevde du det?
- Viss nei. Kva ville du syns om det?
- Vile det vera naturleg for deg å fortelja nokon på sjukehuset om noko ved livsstilen din som du sjølv oppfatta som mindre god, og som du ynskja å gjera noko med?
- Eksempel?

I kva grad blir livsstil og helse oppfatta som relevant på sjukehus?

- Ser du nokon samanheng mellom det å få spørsmål om livsstil, og det at du er på sjukehuset nå?
- Vile du likt at det blei meir fokus på helsa di generelt når du er her?
- Viss ja. Har du nokre tankar i forhold til korleis dette då skulle føregå?
- Viss nei. Kan du fortelja kvifor du ikkje vil det? Eksempel?

I kva grad får helsepersonell reelle svar?

- Syns du at nokon av desse spørsmåla vil vera vanskeligare å svara på enn andre?

- Viss ja. Kan du fortelja kvifor det er vanskeleg, og kva som må til for at du skal svara ærleg?
- Syns du at helsepersonell skal bry seg med korleis du lever livet ditt?

Kva føresetnadar må liggja til grunn for at spørsmål knytte til livsstil kan opplevast som akseptable?

- Kva tenkjer du ville vera viktig om du var helsepersonell å skulle spør den som var pasient om livsstilsspørsmål?
- Korleis skulle det vera på sjukehus om du fekk bestemma?

Debriefing

Som avslutning vil intervjuar gje ei oppsummering og takka for intervjuet, samt spørja:

- *om noko er gløymt eller bør utdjupast*
- *om noko er uklart*
- *om det er nokon som ynskjer å trekkja noko tilbake*
- *korleis intervjuopplevinga var*

Desse spørsmåla tenkjer eg er utgangspunkt. Det vil vera mogleg å måtte justera undervegs, og evt ta fleire oppfølgingsspørsmål eller redusera nokre. Det avgjer den enkelte intervjusituasjon.