



Høgskulen på Vestlandet

Bacheloroppgave

BSS9

Predefinert informasjon

Startdato:	16-05-2019 09:00	Termin:	2019 VÅR
Sluttdato:	24-05-2019 14:00	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Bacheloroppgave		
SIS-kode:	203 BSS9 1 H 2019 VÅR		
Intern sensor:	(Anonymisert)		

Deltaker

Kandidatnr.: 349

Informasjon fra deltaker

Antall ord *: 11906

Egenerklæring *: Ja

Jeg bekrefter at jeg har Ja

registrert oppgavetittelen

på norsk og engelsk i

StudentWeb og vet at

denne vil stå på

vitnemålet mitt *:

Gruppe

Gruppenavn: (Anonymisert)

Gruppenummer: 32

Andre medlemmer i gruppen: 352

Jeg godkjenner avtalen om publisering av oppgaven min *

Ja

Er bacheloroppgaven skrevet som del av et større forskningsprosjekt ved HVL? *

Nei

Er bacheloroppgaven skrevet ved bedrift/virksomhet i næringsliv eller offentlig sektor? *

Nei



BACHELOROPPGAVE

La meg bidra i behandlingen av min egen sykdom!

- **Sykepleiers forutsetninger for kartlegging og aktivering av pasienters helseressurser**

Let me participate in the treatment of my own disease!

- **Nurses' prerequisites for surveying and activating of patients health resources**

Kandidatnummer: 349 og 352

Sjukepleie

Institutt for helse-og omsorgsvitenskap

Fakultet for helse- og sosialvitenskap

Innleveringsdato: 23.05.2019

Vi bekrefter at arbeidet er selvstendig utarbeidet, og at referanser/kildehenvisninger til alle kilder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 10.

“health is not only to be well but to
use well every power we have”

(Florence Nightingale, sitert i Rotegård, Ruland og Fagermoen, 2011, s.285)

ABSTRACT

Background: During our practise studies we have noticed that surveying and activating of patients health resources is being done in a variable degree in somatic hospitals in Norway. Our experience is that the focus is mostly on physical and medical aspects in reports and in documentation, and that patients' problems are being conveyed rather than their strengths and potentials. Our impression is that if their strengths and potentials are mentioned it's random and without a systematic plan for follow-up during their stay in hospital. In dialog with both nurses and other health professionals we have requested answers as to why the general focus appears pathologic, but we have failed to get clear or distinctive answers. In daily interactions with patients, it seems that there is not a clear awareness, neither inclusion or exclusion of this topic. Because surveying and activating of patients health resources can make a positive difference to patients that are submitted to somatic hospitals, this is a nursing objective that we are strongly engaged in. Even though this thesis is mainly focused on within which prerequisites nurses are surveying and activating their patients health resources, our research question will also be supplemented briefly with topics that we think touches closely upon our theme, such as health promotion, health prevention, health sociology and ethics. Dialog with employees in a university hospital, own experiences from work places and practice periods has inspired us to explore this topic further, which resulted in the research question in this thesis.

Aim: To explore within which prerequisites nurses survey and activate patients health resources in somatic hospitals in Norway.

Method: This thesis is based on a literature study. We have mostly used litterature from the existing curriculum throughout our bachelors degree in nursing, and supplemented this with relevant literature. A search for research-literature on this topic was conducted, and seven articles was chosen with the use of CASP checklists. A new search was conducted after our research question was changed. The databases used in our search was Pubmed, Medline, Cinahl, UpToDate, BMJ Best Practise, Epistemonikos and Cochrane Library.

Results: Nurses have an unique possibility to survey and activate each individual patients health resources through meetings with their patients. A lot of patients expresses that they want to be more included, and often experience that they have a lot to contribute to their treatment - but they're not being asked. Patients who are being supported in surveying and activating their health resources, seems to have better experiences with their course of

treatment than patients who lack support from nurses. To survey and activate patients health resources throughout patients' course of treatment, good interactions and interplay between nurses and patients is crucial.

Conclusion: Nursing is a profession where one comes very close to other people, which find themselves in vulnerable and demanding situations. An essential nursing objective, is to ensure identification and strengthening of patients health resources regarding to their situation, and to arrange for good interactions to be able to take care of patients in a holistic manner. Nurses have an unique opportunity to strengthen each individual patient through assessing and activating their health resources. A nurse works within different prerequisites that may influence how the patients health resources can be assessed and activated. Trust and collaboration is crucial to the relation between a nurse and a patient, to make assessing and activating of health resources possible. We hope this thesis will call attention to nurses work and within that; the unique potential that lies in practicing the profession. Further research on this area is needed.

Key words: Health resources, health assets, interaction, interplay, empowerment, salutogenesis, motivation, holism, prevention, health promotion, health psychology, health sociology, health literacy, nurse perspective, patient perspective, ethics, patient participation.

INNHOLDSFORTEGNELSE

1.0 INTRODUKSJON	7
1.1 Bakgrunn for valg av tema	7
1.2 Problemstilling	8
1.3 Oppgavens oppbygging, hensikt og formål	8
1.4 Struktur	8
1.5 Avgrensninger og presisering av problemstillingen	9
2.0 TEORI	9
2.1 Innledende begrepsavklaring av problemstillingens nøkkelord; helseressurser/helseaktiva	9
2.2 Teori om organisasjonsperspektivet	11
2.2.1 Sykepleieprosessen	11
2.2.2 Offentlige rammer: Lovgivning og Samhandlingsreformen	12
2.2.3 Sykepleiers etikk og holdninger	13
2.3 Teori om relasjonsperspektivet	14
2.3.1 Samspill mellom sykepleier og pasient	14
2.3.2 Salutogenese - hva fremmer helse	15
2.3.3 Health literacy - pasientens helseinformasjonsforståelse	16
2.3.5 Relasjonen mellom sykepleier og pasient	17
2.3.6 Sykepleiers støttfunksjon; empowerment, mestring og resiliens	17
2.4 Teori om situasjonsperspektivet	18
2.4.1 Sykepleie til pasienter i krise	18
2.4.2 Sykepleiers informasjonsrolle overfor pasienten	19
3.0 METODE	20
3.1 Hva er metode	20
3.2 Vår arbeidsprosess	20
3.2.1 Valg av metode	20
3.2.2 Søkemetode	21
3.2.3 Inklusjons- og eksklusjonskriterier	21
3.2.4 Kilde- og metodekritikk	22
3.2.5 Forskningsetisk vurdering	23
4.0 RESULTAT	24
4.1 Organisasjonsperspektivet	24
4.2 Relasjonsperspektivet	26
4.3 Situasjonsperspektivet	27
5.0 DRØFTING	29
5.2 Overordnet perspektiv	29
5.3 Organisasjonsperspektivet	29

5.4 Relasjonsperspektivet	34
6.0 KONKLUSJON	41
7.0 LITTERATURLISTE	42
VEDLEGG	46
Vedlegg 1 - Resultater, fremstilling av artiklene	46
Vedlegg 2 - Søkehistorikk	55
Vedlegg 3 - PICO	61
Vedlegg 4 - Skjema for kartlegging av pasienters helseressurser	62

1.0 INTRODUKSJON

1.1 Bakgrunn for valg av tema

I forkant av temavalg, ønsket vi å undersøke mer om hvordan og innenfor hvilke forutsetninger sykepleiere kartlegger og aktiverer pasienters helseressurser.

Vi ønsker gjennom arbeidet med denne oppgaven å heve vår bevissthet og kliniske kompetansenivå i forhold til et tema som vi mener er svært viktig, meningsfullt og relevant i sykepleiers møte med ulike pasientgrupper.

I utgangspunktet startet temaet med undring. På jobb og i praksisperioder på et universitetssykehus i Norge opplevde vi begrenset kartlegging av pasientenes helseressurser. Samtaler med sykepleiere og andre helseprofesjoner bekreftet dette; det kan virke som at det foreligger et patologisk fokus, og et mindre fokus på pasientenes helseressurser i det kliniske arbeidet.

Pasienters helseressurser er også relevant i forhold til dagens helselovgivning, hvor pasienters aktive deltakelse og bruk av egne helseressurser kan ha stor betydning for å nyttiggjøre seg rettigheter og muligheter, og å håndtere langvarige sykdomssituasjoner på en god måte. I en hverdag hvor helsepersonell arbeider under nærmest konstante ressursbesparelser, kan det fremstå som et paradoks at pasientenes egne helseressurser ikke systematisk kartlegges og benyttes i det kliniske arbeidet slik at pasienten kan nyttiggjøre seg behandlingen som tilbys i størst mulig grad.

Oppgaveprosessen har skapt et stort engasjement hos oss og temaet har vokst fra å være noe vi har undret oss over, til å bli noe vi brenner for. Som sykepleiere ønsker vi å arbeide aktivt videre med pasienters helseressurser, da dette har blitt et tema som engasjerer oss både som medmennesker, samfunnsborgere og ikke minst utøvere av sykepleieprofesjonen.

1.2 Problemstilling

“Innenfor hvilke forutsetninger kartlegger sykepleier pasienters helseressurser?”

1.3 Oppgavens oppbygging, hensikt og formål

Hensikten med oppgaven er å tilegne oss mer kunnskap om hvordan, og innenfor hvilke forutsetninger sykepleier kartlegger og aktiverer pasienters helseressurser.

Oppgavens disposisjon; I kapittel 2.0 har vi samlet relevant litteratur, og gjengitt relevante teorier rundt oppgavens problemstilling. Kapittel 3.0 omfatter hvilke metoder som er benyttet i denne studien, samt kildekritikk. I kapittel 4.0 har vi presentert forskningslitteratur som grunnlag for å fortolke og besvare problemstillingen i kapittel 5.0, hvor vi drøfter de aktuelle funn fra kapittel 4.0 og knytter dette til teori i hovedsak fra kapittel 2.0.

1.4 Struktur

Det har vært en utfordring å begrense, strukturere og prioritere hva som skal inkluderes i oppgaven, da dette er et stort tema hvor det kan trekkes mange linjer. For å ivareta en leservennlig struktur, har vi valgt å dele teorikapittelet, resultatkapittelet og drøftingskapittelet inn i tre hoveddeler som omhandler sykepleiers forutsetninger for å kartlegge og aktivere pasienters helseressurser; et *organisasjonsperspektiv*, et *relasjonsperspektiv* og et *situasjonsperspektiv*.

Organisasjonsperspektivet belyser sykepleiers arbeid innenfor de organisatoriske forutsetninger som vil foreligge på et somatisk sykehus i Norge, herunder systemer, postens rutiner, samt fysiske og psykososiale arbeidsforhold. *Relasjonsperspektivet* omhandler samspillet mellom sykepleier og pasient. Dette perspektivet er ikke nødvendigvis situasjonsavhengig, men omhandler pasientens opplevelse av behandlingen som helhet. Dersom pasienten har tidligere erfaringer, vil disse også kunne påvirke relasjonen i positiv eller negativ retning. Relasjonen kan også være overførbar mellom ulike pleiere, eksempelvis

pasientens trygghetsfølelse eller tillitsforhold til behandlende avdeling. *Situasjonsperspektivet* omhandler konkrete situasjoner hvor sykepleier kan arbeide aktivt med å kartlegge og aktivere pasienters helseressurser. De tre perspektivene kan påvirke og gå over i hverandre, i positiv eller negativ retning, og vil trolig i praksis være dynamiske deler som påvirkes av blant annet samspillet mellom pasient og sykepleier.

1.5 Avgrensninger og presisering av problemstillingen

Vi har valgt å avgrense pasientgruppen til voksne pasienter som er inneliggende på somatisk sykehus i Norge. Oppgaven vil sentrere ulike faktorer som kan tenkes å påvirke sykepleiers samhandling med pasienten, forhold som kan påvirke sykepleier-pasientsamspillet, samt på hvilken måte de forutsetninger sykepleiere arbeider innenfor i dag medfører både muligheter og begrensninger i forhold til kartlegging og aktivering av pasientens helseressurser.

2.0 TEORI

I dette kapittelet vil aktuell teori rundt problemstillingen bli presentert, slik at det opparbeides kunnskap før drøftingen. Vi vil understreke at noen av begrepene i praktisk bruk trolig vil kunne overlape hverandre i forhold til innhold og betydning.

2.1 Innledende begrepsavklaring av problemstillingens nøkkelord; helseressurser/helseaktiva

“Helseaktiva” er et begrep som er oversatt fra det engelske begrepet “health assets”. I praksis anvendes dette nærmest synonymt med begrepet “pasientressurser”. Vi har i denne oppgaven valgt å benytte “pasienters helseressurser”, da dette er mest etablert i den norske sykepleieterminologien. Pasienters helseressurser regnes som en del av sykepleiediagnostiseringen hvor sykepleier ved hjelp av sykepleieprosessen sammenstiller informasjon om hva som skal være fokus for sykepleien, og utfra dette beskriver én eller flere sykepleiediagnoser (Grov og Holter s. 256), mens helseaktiva som begrep har kortere tradisjon innen norsk sykepleiefag enn begrepet pasienters helseressurser. Begge begrepene

innebærer interne og eksterne styrker og potensialer i pasienten, som kan mobilisere til delaktighet, kontroll og engasjement, og ivaretagelse av god helse og velvære i en sykdomssituasjon. Interne helseressurser er indre styrker som den enkelte pasient kan nyttiggjøre seg i en sykdomssituasjon og er eksempelvis pasientens viljestyrke, motivasjon, emosjonelle styrke, kognitive styrke, relasjonsevner, beskyttelsesevner og fysisk styrke. Eksterne helseressurser kan være familie, venner, kolleger, medpasienter, kultur og samfunn, og kan påvirke de interne helseressursene. De eksterne helseressursene kan gi næring til de indre helseressursene ved å videreutvikle og styrke dem. Helseressurser er innenfor positiv psykologi brukt som et nødvendig tilleggsperspektiv som kan bidra til å styrke en persons helse og velvære. Helseressurser kan mobilisere handling, engasjement og endring, og kan gi pasienten en autonom posisjon i forhold til kontroll over seg selv, egen rolle i familien eller i en konkret situasjon. Helseressurser kan betrakte som et dynamisk begrep som kan påvirkes, endres og videreutvikles i samspill med pasienten og hans omgivelser (Grov og Holter 1, s. 251-252).

I oppgaven har vi valgt å anvende begrepet helseressurser, men i litteratursøk har vi benyttet begge begrepene for å øke bredden i søket. Begrepet pasienters helseressurser må imidlertid ikke forveksles med helseressurser i et samfunnsperspektiv, som omhandler offentlige ressurser som tildeles offentlige instanser, eksempelvis sykehus, for behandlingsformål. Dette har vi vært observant på ved vurdering av artikler fra litteratursøket.

En av artiklene fra litteratursøket, (Rotegård, Ruland og Fagermoen, s. 289, 2011), konkluderer med at det kan være hensiktsmessig å inkludere helseaktiva som et anvendt begrep i sykepleie. Dette begrunnes med begrepets positive fokus, i stedet for det eksisterende synet i sykepleieteori som hovedsakelig fokuserer på problemer (Rotegård, Ruland og Fagermoen, s. 285, 2011).

2.2 Teori om organisasjonsperspektivet

2.2.1 Sykepleieprosessen

Hildegard Peplau var den første som brukte uttrykket *sykepleieprosess* i 1952. Sykepleieprosessen som modell for sykepleiernes arbeidsprosess og dokumentasjonsstruktur ble utviklet av Ida Jean Orlando i 1954. Både Peplau og Orlando baserte sin forståelse av sykepleieprosessen på en hermeneutisk kunnskapsforståelse med vektlegging av mellommenneskelige forhold og samspillet mellom sykepleier og pasient. I Norge ble sykepleieprosessen innført som problemløsende metode i 1960-årene. Det relasjonelle perspektivet er fremdeles et sentralt og viktig element i sykepleieprosessen. (Grov og Holter, s. 244).

Doris Carnevali preget tenkningen om sykepleieprosessen i Norge. Hun satte fokus på pasientens funksjonsevne og hvordan man kan gjenopprette og sikre en balanse mellom funksjonsevnen og de ytre krav som pasienten er stilt overfor. Carnevalis teorier fokuserer på begrepet sykepleiediagnose, som har som mål å gi sykepleieren en forståelse av pasientens situasjon slik at det kan utvikles en plan for sykepleietiltakene overfor den aktuelle pasienten (Krogh, 2014).

Sykepleieprosessen er en analytisk og systematisk tilnærming for å identifisere og løse pasientens sykepleierelevante helseproblemer. Målet med sykepleieprosessen er å gi best mulig behandling til pasienten både når det gjelder tiltak, og på det mellommenneskelige plan, hvor god sykepleie er en sammensetning av problemløsning og væremåte. Prosessen beskrives som vurderingsfasen, planleggingsfasen, gjennomføringsfasen og evalueringsfasen, og omfatter fem steg: 1) datainnsamling, en systematisk kartlegging av pasientens helsetilstand og hjelpebehov, 2) problemformulering eller identifisering av sykepleiediagnoser, 3) formulering av pleieplan, med spesifisering av sykepleietiltak for å løse problemene 4) iverksetting og gjennomføring av planen, 5) evaluering av effekt etter at tiltak er iverksatt. Sykepleiere skal altså dokumentere både planlagt og utført helsehjelp. Sykepleieprosessen er en dynamisk prosess som sykepleiere blir lært opp til å arbeide etter,

slik at pasienten mottar helsehjelp basert på vurderinger om både fortid, nåtid og fremtid, og en evaluering av hva som har fungert (Grov og Holter, s. 221-222). Et overordnet faglig prinsipp er at hver pasient skal behandles individuelt, og at sykepleien skal være tilpasset den enkelte pasients behov, ressurser og ønsker (Grov og Holter, s. 218-219).

2.2.2 Offentlige rammer: Lovgivning og Samhandlingsreformen

Å involvere pasienten i eget behandlingsforløp, har også juridisk forankring. Pasient- og brukerrettighetsloven (1999, § 3) omhandler pasientens rett til medvirkning og informasjon. Her kommer det klart frem at pasienten har rett til å medvirke ved gjennomføring av helse- og omsorgstjenester. Pasienten skal også involveres ved utforming av tjenestetilbudet, og dette skal så langt som mulig utformes i samarbeid med pasienten. Det skal legges stor vekt på hva pasienten eller brukeren mener.

Ifølge Helsedirektoratet (2018) har pasienten rett, men ingen plikt, til å delta i beslutninger rundt egen behandling. Sykepleier og annet helsepersonell skal respektere pasientens ønsker. Pasienter som i første omgang avsto å delta i prosessen, bør inviteres inn på nytt ved en senere anledning. Pasienten kan oppfordres til å ta kontakt med familie, venner eller brukerorganisasjoner, og hvis ønskelig invitere dem inn i prosessen som en støtte. Sykepleiers plikt til å gi tilpasset informasjon til hver enkelt pasient gjelder uavhengig av om pasienten kan eller ønsker å medvirke i prosessen (Helsepersonelloven, 1999, § 2-10). Pasientens medvirkningsrett innebærer ikke bare rett til selv å medvirke, men også rett til å be om at andre får være til stede når helse- og omsorgstjenester ytes. Det skal mye til for at pasientens ønske ikke skal imøtekommes (Helsedirektoratet, 2018). En rettighet for pasienter, vil medføre en tilsvarende plikt for behandlende personell. I forhold til vår problemstilling, vil det være en juridisk plikt for sykepleier til å involvere pasienten og ressurser i pasientens omgivelser, eksempelvis pårørende, i behandlingen (Helsepersonelloven, 1999, § 2-10).

Helsepolitiske mål og strategier, eksempelvis Samhandlingsreformen, fremmer argumenter for å inkludere pasienters ressurser og medvirkning i arbeids- og beslutningsprosessen i tilknytning til sykdomsforløp og behandling. Samhandlingsreformen er en koordinerings- og

retningsreform, der økonomiske, juridiske, organisatoriske og faglige virkemidler skal fremme mål om helhetlige pasientforløp, mer forebygging, økt brukerinnflytelse og sikre en bærekraftig utvikling. Kommunene skal få et større ansvar, tjenester skal gis nærmere der folk bor og spesialist- og primærhelsetjenesten skal inngå forpliktende samarbeidsavtaler (Helse- og omsorgsdepartementet, 2008-2009, s. 47). I Samhandlingsreformen trekkes det frem som et sentralt at krav at det må arbeides med å løfte fram pasientrollen i helse- og omsorgssektoren både på individnivå og systemnivå. Deltakelse fra pasienten i eget forebyggings-, behandlings-, rehabiliterings- og omsorgsopplegg hvor pasientens integritet og behov er utgangspunktet. Det kommer videre frem av beskrivelsene i reformen at dette krever at tjenestene, både på individ og systemplan, viser vilje til å fange opp hva som er pasientens forståelse av sitt behov (Helse- og omsorgsdepartementet, 2008-2009, s. 47).

2.2.3 Sykepleiers etikk og holdninger

NSFs yrkesetiske retningslinjer (Norsk Sykepleierforbund, 2011) for sykepleiere som er medlem av Norsk Sykepleierforbund sier at “Sykepleierens fundamentale plikt er å fremme helse, forebygge sykdom, lindre lidelse og sikre en verdig død. Sykepleierens profesjonsetiske ansvar omfatter mennesker i alle livsfaser fra livets begynnelse til slutt.” (Norsk Sykepleierforbund, 2011, s. 5). De juridiske rammer i Helsepersonelloven, som gjelder alle sykepleiere, dekker i vesentlig grad de samme prinsippene som følger av NSF's yrkesetiske retningslinjer (Helsepersonelloven, 1999, §2-4).

NSF's yrkesetiske retningslinjer inneholder en rekke punkter som er viktige i arbeidet med å hente frem og aktivere pasientens ressurser. Retningslinjene er oversatt fra ICNPs internasjonale retningslinjer og tilpasset norske forhold. Blant annet sier disse retningslinjene at sykepleieren har et personlig ansvar for at egen praksis er “faglig, etisk og juridisk forsvarlig” (Norsk Sykepleierforbund, 2011, s. 7), samt at ledere av sykepleietjenester har ansvar for å “skape rom for fagutvikling og etisk refleksjon” (Norsk Sykepleierforbund, 2011, s.7). Retningslinjene nevner også at sykepleieren har ansvar for å jobbe helsefremmende, skal understøtte håp, mestring og livsmot hos pasienten, og at sykepleieren skal jobbe mot helhetlig omsorg. Ved å gi god og tilpasset informasjon skal sykepleier bidra til at pasienter

kan ta selvstendige avgjørelser i forhold til sin egen pleie og behandling. Sykepleier skal samhandle med pårørende, og ivareta pasientens interesser dersom det oppstår interessekonflikt mellom pasienten og hans eller hennes pårørende (Norsk Sykepleierforbund, 2011, s. 8-9).

NSFs forum for IKT og Dokumentasjon har utarbeidet en veileder "Dokumentasjon av sykepleie i elektronisk pasientjournal" (NSFID, 2007, s. 8). Denne beskriver tydelig at det første en sykepleier skal gjøre når en pasient legges inn i sykehus, som en del av inntakssamtale, er å kartlegge pasientens ressurser, og at dette skal tas med i betraktningen ved både kartlegging av pasienten og planleggingen og utførelsen av eventuelle sykepleieintervensjoner. Det skal tas hensyn til både pasientens subjektive syn på saken, samt sykepleiers objektive syn.

I 1955 gav Henderson ut en lærebok som fokuserte på sykepleierens oppgaver med å identifisere og avhjelpe pasientens grunnleggende behov. Ikke bare de fysiske behovene ble tillagt vekt. Også psykiske, sosiale og eksistensielle behov ble omfattet av hennes teori.

Det overordnede målet skulle være å restituere pasientens selvstendighet, eventuelt bidra til en fredfull død. Hendersons tanker ble lagt til grunn for sykepleiens grunnprinsipper slik disse ble formulert av *International Council of Nurses* (ICN). ICNP står for *International Council of Nursing Practice* og er en fleksibel referanseterminologi som eies av ICN. Terminologien inneholder begreper som brukes i forskjellige deler av sykepleiepraksis, på tvers av spesialiteter, språk, land og kulturer (Krogh, 2014).

2.3 Teori om relasjonsperspektivet

2.3.1 Samspill mellom sykepleier og pasient

Hummelvoll (2016, s. 38) bruker uttrykket sykepleier-pasient-fellesskapet i stedet for sykepleier-pasient-forholdet. Dette begrunner han med at ordet fellesskap impliserer at to mennesker møter hverandre som hele mennesker og derfor får mulighet til å ha felles opplevelser.

2.3.2 Salutogenese - hva fremmer helse

Man finner en sammenheng mellom helseressurser og salutogenese. Som en reaksjon på det problemorienterte perspektivet, har det utviklet seg et salutogent perspektiv hvor det som fremmer helse står i fokus fremfor problemer eller manglende helse. Salutogenese er en teori om fysisk og psykisk helse som fokuserer på hva som fremmer god helse og gir individer økt mestring og velvære og ble utviklet som en motstandsteori til patologien, som vektlegger årsaker til sykdom. Innen den salutogene forståelsen har helse med holdningen til livet å gjøre; holdninger til å takle stress og uventede forhold. Den israelsk-amerikanske sosiologen Aaron Antonovsky kaller denne holdningen for “sense of coherence” (SOC), oversatt til “opplevelse av sammenheng” (OAS) (Gustin, 2015, s. 186-187).

OAS er et sentralt begrep innen salutogenesen og er et uttrykk for i hvilken grad den enkelte har en gjennomgående stabil, men også dynamisk følelse av meningsfullhet, begripelighet og håndterbarhet. Alle tre komponenter må være tilstede for at et menneske skal oppleve sammenheng, og komponentene har et dynamisk forhold til hverandre (Heggstad og Knutstad, 2016, s. 59). OAS forstås som en altomfattende holdning som uttrykker i hvilken grad man har en gjennomtrengende og varig, men dynamisk opplevelse av tillit til: 1) At de stimuliene man får fra den indre og ytre verdenen gjennom livet er strukturerbare, forutsigbare og begripelige. 2) At de ressursene man trenger for å kunne oppfylle kravene stimuliene stiller, er tilgjengelige. 3) At disse kravene er utfordringer som det er verdt å investere og engasjere seg i (Gustin, 2015, s. 186-187).

På grunn av dette sterke patogene fokuset i behandlingen av pasienter inneliggende i sykehus i utviklede land (Rotegård, 2012, s. 9), ble det i 2017 utarbeidet en håndbok i Salutogenese, “The Handbook of Salutogenesis” (Mittelmark et. al., 2017, s. 261-266). I boken blir det beskrevet at salutogene perspektiver er et viktig tiltak for å løfte kvaliteten på pasientbehandlingen og ivareta pasienten helhetlig. Det trekkes fram at somatiske sykehus i utviklede land fremdeles har et sterkt patogent fokus ved behandling av inneliggende pasienter. Hensikten med boken var å samle og strukturere ulike salutogene tilnæringer med

tilhørende eksempler som er relevante for praksis. Håndboken illustrerer ulike programmer som helsepersonell kan anvende for å ivareta sine pasienter. Til tross for at salutogenese er helsefremmende for både pasienter og helsepersonell, kan dette være vanskelig å implementere i behandlingen på sykehus. Opplevelse av sammenheng, OAS, kan anvendes som et diagnostisk verktøy på lik linje med andre verktøy for å sikre bevissthet rundt, og gjennomføring av en salutogen tilnærming ved pasientbehandling (Mittelmark et. al., 2017, s. 261-266).

2.3.3 Health literacy - pasientens helseinformasjonsforståelse

Personlige, kognitive og sosiale ferdigheter som er avgjørende for enkeltindividets evne for å få tilgang til, forstå og anvende helseinformasjon for å fremme og ivareta god helse, kalles health literacy. Foreslåtte oversettelser av dette begrepet til norsk, er “helsefremmende allmenndannelse” og “helseinformasjonsforståelse”. Health literacy klassifiseres i tre nivåer; Functional Health Literacy (F-HL) omhandler pasientens evne til å kunne forstå skriftlige og muntlige instruksjoner i helseinformasjon. Interactive Health Literacy (I-HL) omhandler å ha evne til å anvende informasjonen, formidle spørsmål og oppsøke ny informasjon som er relevant, samt å kjenne til hvordan ulike instanser i helsevesenet fungerer. Det høyeste nivået, Critical Health literacy (C-HL), er pasientens evne til å kritisk evaluere og fornuftig anvende helseinformasjonen man mottar (Pettersen, 2017).

2.3.4 Pasientens kontrollplassering

Begrepet “locus of control”, LOC, blir i norsk terminologi oversatt til “kontrollplassering” og beskriver hvordan en person ser på eget ansvar, og dermed sine muligheter. Kontrollplassering er ikke en personlighetsvariabel, men en innstilling som kan endre seg med nye erfaringer. HLOC, health locus of control, omhandler hvordan pasienter forholder seg til egen helse og egenomsorgsaktiviteter. Kontrollplassering kan være intern eller ekstern, og kan videre knyttes til en positiv eller negativ attribusjonsstil. Pasienter med intern kontrollplassering stoler på seg selv og sin evne til å takle situasjonen, og vil derfor ha et aktivt forhold til sin egen behandling. Pasientens kontrollplassering er dynamisk, og vil kunne

endre seg basert på erfaring, eksempelvis tillit til helsevesenet og hvorvidt helsepersonell er tilstede for pasienten (Gustin, 2015, s. 188-189).

2.3.5 Relasjonen mellom sykepleier og pasient

Sykepleier har i sitt møte med pasienten mulighet til å tilnærme seg han eller henne som et helt menneske. Pasienten er kompleks og har en integrert helhet med en fysisk, emosjonell, sosial, kulturell og åndelig dimensjon (Hummelvoll, 2016, s. 8).

Kari Martinsen vektlegger i sin tilnærming til omsorg at omsorg handler om relasjonen mellom to mennesker. Denne relasjonen bygger på fellesskap, solidaritet og gjensidighet uten at det foreligger forventninger om gjennyttelser. Omsorgen viser seg gjennom praktisk handling og må bygge på en bevisst holdningsmessig begrunnelse (Krogh, 2014).

Løgstrup, sitert i Eide og Eide (2001, s. 88) sier at «Den enkelte har aldri med et annet menneske at gjøre uden at han holder noget af dets liv i sin hånd». På den ene siden av kommunikasjonen forstår man med dette at det er et samspill mellom tillit, utleverthet og blottstillelse - mens det på den andre siden er makt og moralsk ansvar. Løgstrup understreker at når et menneske kommuniserer med et annet, innebærer det alltid en etisk fordring til den enkelte om å møte den andre med en holdning av mottagelse og omsorg for den andres liv (Eide og Eide, 2001, s. 88-89). Som beskrevet i Eide og Eide (2001, s. 240-241) har sykepleieren makt over pasienten fordi han sitter med kunnskap og kompetanse som pasienten ikke nødvendigvis har. Derfor kan pasienten komme til å føle avmakt i møte med sykepleier.

2.3.6 Sykepleiers støttefunksjon; empowerment, mestring og resiliens

Empowerment er sentralt i helsefremming og er benyttet i sykepleien i forhold til styrking av pasientens ressurser. Empowermentbegrepet er ikke ordrett oversatt til norsk, men kan forstås som en prosess som gjør mennesker i stand til å få mer kontroll over egen helsetilstand og forbedre egen helse. Empowermentbegrepet illustrerer hvordan man som sykepleier, ved hjelp av samhandling med pasienten, kan hjelpe til med å styrke pasientens ressurser og tro på

seg selv. Ved å bruke tid sammen med pasienten, legger sykepleier grunnlag for et gjensidig tillitsforhold. Ved hjelp av denne tilliten kan sykepleier arbeide aktivt for at pasienten selv ønsker å hente frem, justere, endre, eller styrke egne ressurser ut fra den konkrete situasjonen pasienten befinner seg i (Gammersvik & Larsen, 2012, s. 175-177).

Empowerment kan relateres til begrepet resiliens, som beskrives som et individs evne til å vende tilbake til et funksjonsnivå ved hjelp av kompenserende tiltak og mestringsstrategier. Her vil pasientens tidligere erfaringer, grad av forståelse for situasjonen, sammenheng i opplevelsene, eget engasjement, opplevelse av kontroll, hardførhet, følelse av å mobiliseres og således ta aktivt del i eget liv fremfor å være en passiv tilskuer, være faktorer som kan relateres til resiliens. Høy grad av resiliens er også knyttet til redusert psykologisk stress hos pasienten (Gustin, 2015, s. 190).

2.4 Teori om situasjonsperspektivet

2.4.1 Sykepleie til pasienter i krise

Å stå overfor en ny situasjon innebærer en psykologisk utfordring. En krise oppstår når tidligere lærdom ikke er nok til at man klarer å forstå og mestre situasjonen som har oppstått. Hva som utløser krisereaksjoner varierer og påvirkes av tidligere erfaringer, betydning av hendelsen og mestringsstrategier. Dette vil være individuelt fra person til person. En krise vil utfordre menneskets opplevelse av egenverd og tro på egne evner og kan føre til at man setter spørsmålsteget ved det som man tidligere har regnet for å være sant. Tilværelsen kan oppleves uforutsigbar, skremmende og fremmed og en angst for å miste kontrollen kan dominere. Uventede situasjoner med fare for liv eller helse, vil kunne utløse en traumatisk krisereaksjon (Gustin, 2015, s. 214-215). En krisereaksjon kan deles inn i fire faser som i praksis kan overlappe, og man kan veksle frem og tilbake mellom fasene. Gustin beskriver disse fasene som sjokkfasen, reaksjonsfasen, bearbeidingsfasen og nyorienteringsfasen. Som sykepleier er det viktig å kunne vurdere hvor i prosessen en pasient befinner seg. Dette krever stor

lydhørhet og en forsiktig tilnærming til pasienten der sykepleier ikke tvinger frem noe, men inviterer til dialog for å styrke pasienten (Gustin 2015, s. 216-217).

Håp er viktig for både nydiagnostiserte pasienter, under behandling, ved eventuelt tilbakefall og hos pasienter med langt fremskreden sykdom. Håp knyttes også til livskvalitet både under og etter behandling, og kan beskrives som en motiverende indre styrke og som en indre parathed for å nå et mål (Heggestad og Knudstad 2016, s.307). Her beskrives også håp som

“en flerdimensjonal dynamisk livskraft som er karakterisert ved en tillit til fremtiden som en kan feste tiltro til, men som likevel kan være usikker med hensyn til å oppnå et fremtidig gode, som for den som håper, er realistisk mulig og betydningsfullt” (Heggestad og Knudstad, 2016, s.307).

På denne måten kan håp knyttes til pasientens ressurser ved at håp kan sees i sammenheng med pasientens innsikt, kunnskap om og forståelse av egen sykdom og behandling, omgivelsenes rolle i forhold til den syke pasienten, samhandling med helsepersonell, samt andre sentrale begreper som er nevnt i dette kapittelet. Håpet kan beskrives i sammenheng med å være aktiv og å føle seg vel med både seg selv og omgivelsene. Sosiale relasjoner og nære pårørende er for mange pasienter viktige for å etablere og opprettholde håpet i en håpløs situasjon. Håpet er en fremtidsorientert motivasjonsfaktor som kan assosieres med å lære noe nytt og å mestre. Optimisme og gode følelser kan fremme håp, mens sykdomsrelaterte symptomer som utmattelse, kvalme og smerte kan være trusler for håp (Heggestad og Knudstad, 2016, s. 310).

2.4.2 Sykepleiers informasjonsrolle overfor pasienten

Undervisning har stor helsemessig betydning for pasienten (Tveiten, 2009, s.124-125). Et viktig moment når sykepleier skal undervise eller veilede pasienter i prosedyrer, andre ferdigheter, gi generelle råd og opparbeide kunnskap om pasientens tilstand, er at sykepleier forsikrer seg om at hensikten med opplæringen er oppnådd. Dette kan ha stor betydning for pasientens motivasjon (Tveiten, 2009, s.124). Her kan sykepleier eksempelvis stille kontrollspørsmål vedrørende det temaet som er gjennomgått, eller observere pasienten mens

han eller hun gjennomfører en innlært prosedyre på egenhånd (Tveiten, 2009, s.125). Motiverende intervju er en dialogmetode som blir benyttet gjennom veiledning hvor bruk av terapeutiske kommunikasjonsferdigheter har som hensikt å fremme endring av adferd (Dart, 2011, s.vii). Et eksempel på denne typen terapeutiske kommunikasjonsferdigheter er å stille åpne spørsmål i stedet for lukkede spørsmål slik at man ikke indirekte legger føringer på hvilke svar pasienten gir (Dart, 2011, s. 25).

3.0 METODE

Vi vil i det følgende gjøre rede for generell metode, begrunne vårt metodevalg og beskrive hvordan vi har arbeidet underveis i oppgaveprosessen.

3.1 Hva er metode

En forståelse av metode som verktøy kan være en forutsetning for å tilegne seg kunnskap om hvilken informasjon som henger sammen, og hvorfor. Metode er en systematisk fremgangsmåte man benytter for å samle inn informasjon og kunnskap for å belyse en problemstilling (Thideman, 2017, s. 76). En definisjon av metode er beskrevet av sosiologen Vilhelm Aubert: “En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder” (Dalland, 2015, s. 111).

3.2 Vår arbeidsprosess

Vi har arbeidet tett sammen under hele oppgaveprosessen. Vi har sittet sammen, diskutert og kommet frem til hva det har vært hensiktsmessig å prioritere i oppgaven. Vi har hatt en rekke engasjerende refleksjoner om temaet og har skrevet det meste i fellesskap. Det har vært en utfordring å begrense seg.

3.2.1 Valg av metode

Det blir i denne oppgaven benyttet litteraturstudie som metode. Dette innebærer at vi har brukt sekundærdata, data som er samlet inn av andre, for å belyse problemstillingen. Kilder til sekundærdata er blant annet bøker, tidsskrifter, databaser og lignende, og problemstillingen blir drøftet i lys av teori fra bøker, anerkjente internettsider, samt data fra vitenskapelige artikler. Å benytte en litteraturstudie omfatter også å sette seg inn i de ulike metodene som er benyttet i de vitenskapelige artiklene (Thidemann, 2017, s. 77).

3.2.2 Søkemetode

Vi lagde en problemstilling og startet med idémyldring i forhold til begrepet helseressurser og hvilke ord vi assosierte med dette. Vi har tatt utgangspunkt i rammeverket PICO (Thidemann, s. 86) ved utforming av søkeord til litteratursøket, se vedlegg 3. PICO inkluderer P: Patient, I: Intervention, C: Comparison, og O: Outcome (Thideman, 2017, s. 86). Deretter gjorde vi et litteratursøk som resulterte i 10 inkluderte artikler. Etter at vi vurderte disse kritisk ved hjelp av sjekklister (CASP UK, 2018) endte vi først opp med 7 artikler. Ytterligere 1 artikkel ble senere ekskludert på grunn av relevans (Rotegård, Fagermoen og Ruland, s. 8-17, 2012). Søkeprosessen etter forskningsartikler er foretatt i faglig anerkjente databaser. Vi har benyttet Pubmed, Medline, Cinahl, UpToDate, BMJ Best Practice, Epistemonikos og Cochrane Library i vår søkeprosess. Vi har også søkt på begrepet "helseaktiva" som vi fant da vi leste om helseressurser i Sykepleieboken 1 (Grov og Holter, 2015, s. 249). Vi valgte å søke etter dette begrepet på nettsidene til de store universitetene, og under Universitetet Oslo i fant vi et treff på "helseaktiva". Dette søket ledet oss videre til en av artiklene vi har brukt. Problemstillingen ble endret i løpet av oppgaveprosessen. Det ble foretatt et nytt litteratursøk i etterkant av hovedsøket. Dette ble gjort for å se om vi kunne finne en relevant artikkel som belyste pasientens helseressurser generelt. Vi fant ingenting vi kunne bruke i det andre søket, og valgte derfor å fortsette med de artiklene vi allerede hadde inkludert. En redegjørelse for litteratursøket er lagt ved som vedlegg 2.

3.2.3 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Inklusjonskriterier vi har benyttet er

- Artikler fra og med år 2008 og nyere
- Studier og litteratur som omhandler voksne pasienter 18 år eller eldre
- Begge kjønn
- Pasienter som er inneliggende i somatisk sykehus
- Skandinavisk og engelskspråklig litteratur
- Databaser som er tilgjengelige via HVLs databaser
- Nettsider til norske universiteter

Eksklusjonskriterier vi har benyttet er

- Artikler som er eldre enn ti år gamle
- Studier og litteratur som omhandler personer under 18 år
- Pasienter som er under behandling i psykisk helsevern
- Litteratur på andre språk enn skandinavisk eller engelsk

3.2.4 Kilde- og metodekritikk

Kildekritikk er viktig for å benytte kilder på en gjennomtenkt måte, slik at man i størst mulig grad kan trekke holdbare konklusjoner ut fra forskningsspørsmålet man undersøker. I hovedsak omhandler kildekritikk autensitet, troverdighet, representativitet og tolkning/betydning (Christoffersen, Johannesen, Tufte og Utne, s. 60-61).

Studiene vi har inkludert er fordelt som 2 kvalitative studier, 3 kvantitative studier, 1 systematisk oversikt samt 1 kappe til en doktorgrad. Se vedlegg 1 for detaljer om de ulike studiene. Kappen til doktorgraden er bygget på flere studier. Vi har inkludert to av disse studiene som artikler, da de er kommet frem i søkeprosessen.

Vi ønsker å kommentere at vi ser det som en mulig svakhet ved denne oppgaven at en del av litteraturen som er funnet, både i form av artikler og teori, er forfattet av Ann Kristin

Rotegård. Dette er imidlertid et perspektiv vi ikke var klar over da vi begynte, men oppdaget underveis i oppgaveprosessen. Da vi har søkt bredt i litteratur og forskning, men likevel funnet mye med denne forfatteren, mener vi at dette kan tyde på at det foreligger relativt lite forskning innenfor dette temaet. Et slikt funn indikerer derfor at det kan være behov for mer forskning om sykepleiers rolle i forhold til kartlegging og aktivering av pasienters helseressurser.

Kvalitative studier gir bedre innsikt i subjektive opplevelser, som vi anser som nødvendig og mest hensiktsmessig for å belyse vår problemstilling (Thidemann, s. 78, 2015). Da forskningsfunnene i stor grad passer med de litterære funn, er dette styrkende for oppgavens reliabilitet.

Vi har, i størst mulig grad, benyttet primærkilder for å belyse problemstillingen. Vi har supplert med sekundærkilder for å fremstille et bredere og mer helhetlig bilde av det vi undersøker. Da denne studien er en litteraturstudie, vil bruk av sekundærdata kunne medføre fortolkninger som kan medføre uriktighet i forhold til originalkildens intensjon. Dette perspektivet har vi forsøkt å være bevisst på gjennom hele oppgaven ved å være kritisk til forskningen vi har benyttet og hvilket grunnlag denne er bygget på.

3.2.5 Forskningsetisk vurdering

Forskningsetisk vurdering er knyttet til hvorvidt etiske aspekter er overholdt i form av etisk forsvarlighet. Dette er et krav til samtlige som driver med forskning innen helsefag og er manifestert gjennom retningslinjer utarbeidet av Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helse. Her foreligger både retningslinjer og veiledere. Retningslinjene er sammenfattet i tre hovedhensyn som en forsker må vurdere; 1) informantens rett til selvbestemmelse og autonomi, 2) forskerens plikt til å respektere informantens privatliv og 3) forskerens ansvar for å unngå skade (Christoffersen, Johansen, Tufte og Utne, 2015, s. 45). Underveis i søkeprosessen og ved seleksjon av artikler og litteratur, har vi etter beste evne vurdert hvorvidt de etiske aspektene er overholdt. Vi har også referert til aktuelle kilder

gjennom hele oppgaveteksten, slik at litteratur som er hentet fra andre blir tilskrevet riktig opphav.

Vi har etter beste evne gjengitt resultatene slik de fremgår av ordlyden i de ulike artiklene. Vi har etterstrebet å ikke endre resultatene for å passe bedre inn under vår problemstilling, blant annet ved at begge kandidater har gjennomlest samtlige artikler og skrevet hver sin vurdering av dem før vi har sammenlignet fortolkningene. På de områder det har rådet uklarheter, har vi gjennomgått artiklene om igjen i fellesskap og diskutert hvordan og i hvilken grad innholdet kan være av verdi for å belyse vår problemstilling.

4.0 RESULTAT

Redegjørelsene av resultatene er basert på 7 artikler. Artiklene er presentert i vedlegg 1.

4.1 Organisasjonsperspektivet

Hovedfunnene i studien (Rotegård, s. 8-9, 2012), som omhandler kreftpasienter, avdekker at det er et behov for økt organisatorisk fokus på pasienters helseressurser. Avhandlingen viser at sykepleiere i liten grad utnytter pasientenes helseressurser i det kliniske arbeidet, og når dette blir gjort, er det ofte både tilfeldig og ustrukturert. Kunnskap om helseressurser kan i større grad struktureres og utnyttes i praksis ved at både klinisk og elektronisk støtte for å kartlegge og benytte helseressurser er implementert på organisatorisk nivå. Studien undersøker også graden av dekning av pasienters helseressurser i ICNP ved at en gjennomgang av pasientjournaler sykepleiere har skrevet og helseressurser som er kartlagt i sykepleiers rapportering, blir sammenlignet med terminologi i ICNP versjon 2.0. Av 76 ulike helseressurser som ble nevnt i journaler, korresponderte 33 av dem med ICNP-termer. En rekke av termene reflekterte imidlertid sykepleieres objektive, kliniske perspektiv i større grad enn pasientenes styrker. Dette indikerer altså en delvis dekning (s. 47).

Funnene i (Rotegård, s. 43, 2012) stemmer i stor grad med Rotegård, Ruland og Fagermoen (s.291-295, 2011), hvor det fra pasientenes perspektiv kommer frem at de har et stort

repertoar av styrker som de selv beskriver at de enten brukte, eller ønsket å mobilisere, under sykdom og behandling. Dette er eksempelvis godt humør, oppmerksomhet, viljestyrke, positive relasjoner, håp og tro, beskyttelse og tiltak, og kontroll. Pasientene rapporterte også at helsepersonell sjelden fokuserte på pasientens styrker, hvilket de fremmet et tydelig ønske om. Pasienter ønsket at deres styrker blir verdsatt og bygget opp av helsepersonell, slik at pasienten selv kan bli aktiv partner i egenomsorg, samt oppleve en følelse av kontroll. Rotegård, Ruland og Fagermoen (s.297-298, 2011) trekker også frem at pasientens egne styrker er en avgjørende faktor for å mestre sykdom og at sykepleiere bør ha et større fokus på å kartlegge, aktivere og styrke pasienters helseaktiva.

Roy et al, (s. 93-98, 2018) undersøker i sin studie sammenhengen mellom ulike økonomiske faktorer og helseressurser. Studien, som er fra Quebec, Canada, undersøker økonomiske faktorer og opp mot fire typer helseressurser blant respondentene: resiliens, positiv mental helse, sosial deltakelse og følelse av lokal tilhørighet i nærmiljøet. Studien konkluderer med at det er sammenheng mellom materielle eiendeler og helseressurser ved at personer som innehar flere helseressurser i større grad evner å mobilisere kapasitet som kan knyttes til bedre helse. Studien belyser et helsefremmende perspektiv ved å trekke frem hvordan beslutningstakere og utøvere av helse- og sosialtjenester kan benytte kunnskap om helseressurser i et helsefremmende arbeid, i stedet for å fokusere primært på å forebygge sykdommer og redusere risikofaktorer.

Rotegård, Ruland og Fagermoen (s. 289, 2011) har undersøkt sykepleieres begrepsforståelse i forhold til vårt tema og redegjør for at de fleste sykepleiere som var intervjuet ikke kjente til begrepet helseaktiva, men hadde heller en forståelse av begrepet i forhold til økonomi, aksjer, og politikken bak det å spare penger - som hadde den underliggende betydningen at dette førte til dårligere praksis og dårligere betingelser for pasientene i stedet for å øke kvaliteten på sykepleien. De kjente imidlertid til begrepet pasientressurser. Etter å ha blitt introdusert til begrepet helseaktiva forstod sykepleierne begrepet som et synonym til pasientressurser (Rotegård, Ruland og Fagermoen, s.289-291, 2011). En konseptanalyse av helseaktiva avdekket fem kjernedimensjoner; Mobiliseringsstyrke, motivasjonsstyrke, relasjonell styrke, viljestyrke og beskyttende styrke. Etter at dataene fra studien gjennomgikk en tematisk

analyse ble det identifisert tre nye kjernedimensjoner av helseaktiva, og disse var kognitiv-, emosjonell- og fysisk styrke (Rotegård, Ruland og Fagermoen, s. 284, 2011).

At det er behov for mer forskning om helseressurser, underbygges av (Gregorevic et al, s.19, 2016). I denne artikkelen kommer det frem at det komplekse samspillet mellom helsestatus og psykiske- og sosiale faktorer ikke er fullstendig kartlagt og forstått.

I studien til Heggdal og Lovaas (s.3, 2017), redegjøres det for resultater av en intervensjon hvor det over fire måneder ble arrangert møter med 8-10 personer med forskjellige kroniske sykdommer hvor man utforsket sine helseressurser. Intervensjonen varierte mellom introduksjon til "Bodyknowledging model", dialog, fysiske øvelser og føring av dagbok. "Bodyknowledging model" er et verktøy som kan brukes for å fremme empowerment hos pasienter, hvilket kan føre til at pasientene har et større ansvar for sin egen helse (Heggdal og Lovaas, s.3, 2017). Gjennomsnittsskåren på SOC-29 spørreskjemaet endret seg i positiv retning fra studiens start til oppfølging fire måneder senere. Endringen var størst for pasientene fra hjemmesykepleien (Heggdal og Lovaas, s.1, 2017). For kvinnene i studien økte grad av sykdomshåndtering signifikant. Dette gjaldt også for de deltakerne i studien som hadde barn. Det var lignende funn hos deltakerne som bodde med en partner, i tillegg til deltakere som mottok trygd, pensjon eller sykepenger. Funnene i studien avdekket at intervensjonen som ble brukt er et fleksibelt helsefremmende verktøy, på tvers av alder, diagnoser og sted. Studien konkluderer med at intervensjonen i studien bidro til en positiv trend i OAS hos personer som lever med sykdom. Deltakerne som økte mest i OAS var imidlertid de som mottok hjemmesykepleie (Heggdal og Lovaas, s.1, 2017). Derfor konkluderes det med at intervensjonen er spesielt relevant i oppfølgingen av personer som lever med kronisk sykdom i sine hjem.

4.2 Relasjonsperspektivet

Studien til Rotegård (s. 60-61, 2012) avdekker at dersom sykepleiere hjelper pasienter å bli bevisst sine helseressurser, kan de mobilisere egne krefter og oppleve kontroll ved å bli aktive bidragsyttere til egen helse og velvære. Studien viser også at pasientene ønsker å bidra ved å

utnytte sine egne helseressurser i forbindelse med håndtering av egen sykdom, men sier at de ikke blir spurt. Studien avdekker videre at sykepleiere har varierende kunnskap om pasienters helseressurser, men at de er enig i at dette er både viktig og nyttig når sykepleierne gjøres oppmerksom på potensialet i helseressurser som omsorgsperspektiv i møte med pasienter.

Rotegård, Ruland og Fagermoen (s. 285, 2011) viser at sykepleiere ved å aktivere pasientens helseressurser, kan bidra til bedre helse hos sine pasienter. Relasjonelt kommer det frem at sykepleier kan tilrettelegge for et mer likeverdig forhold mellom sykepleier og pasient, slik at begge er like ansvarlige for bedring. Forholdet vil være balansert ved at makten er fordelt likt mellom partene. Alle pasienter har helseressurser som kan aktiveres og styrkes, og en sykepleietilnærming basert på individuelle preferanser og skreddersydd behandling er viktig (Rotegård, Ruland og Fagermoen, s. 298, 2011). Dette fører til at pasienten må spille en større rolle i sin egen behandling og at sykepleier-pasientfellesskapet er viktig (Rotegård, Ruland og Fagermoen, s. 297-298, 2011). Studien konkluderer med at for å lykkes med en helseaktiva-tilnærming kan det være at det trengs en re-organisering av helsetjenesten slik at sykepleieren får nok en-til-en tid med pasienten.

Drageset, Ellingsen og Haugan (s. 294, 2017) trekker frem pasientens mestringsgrad og hvordan helsepersonell kan styrke denne. Når mennesker rammes av alvorlig sykdom, vil synet på tilværelsen endre seg i forhold til både livssituasjon, roller, relasjoner, og forhold til familie og venner vil i mange tilfeller ikke være det samme som tidligere. Å komme seg etter alvorlig sykdom stiller store krav til at pasienten mestrer sin situasjon. Pasienter som opplever høy grad av OAS, mestrer bedre, blir fortere friskere, har høyere livskvalitet og bedre mental helse enn de som skårer lavt på OAS. Kunnskap om OAS kan bidra til at helsepersonell blir oppmerksom på hvordan pasienten forstår, håndterer og finner mening i sin livssituasjon (Drageset, Ellingsen og Haugan, s.298-299, 2017). Anvendelse av Antonovskys konkrete spørsmål kan være et hjelpemiddel for helsepersonell, og fungere som døråpnere i møte med pasientens situasjon. En forutsetning for dette er at oppmerksomhet overfor pasientens opplevelser, følelser, tanker og ressurser prioriteres når man er sammen med pasienten (Drageset, Ellingsen og Haugan, s. 301, 2017).

4.3 Situasjonsperspektivet

Rotegård (s. 54-59, 2012) avdekker konkrete helseressurser presentert som ulike styrker som pasienten kan inneha og nyttiggjøre seg. Helseressursene ble avdekket i studien til Rotegård, Ruland og Fagermoen (s. 284, 2011), som var en del av doktorgradsavhandlingen til Rotegård, se kapittel 4.1. Rotegård trekker også frem at sykepleiere bør være bevisst sine observasjoner av hvordan pasienten balanserer ulike styrker og hvordan de bruker hver enkelt styrke i ulike situasjoner. Hun fant også at én styrke kan være både en fordel og en ulempe avhengig av situasjon, og at pasientens balansering innad i og mellom de ulike styrkene, er en vesentlig faktor for hvilken verdi de ulike helseressursene har for pasienten. Pasienten kan til en viss grad styre dette selv, men blir også påvirket av ytre faktorer, eksempelvis sykepleiers informasjon (Rotegård, s. 58-59, 2012) .

I studien utført av Roy et. al. (s. 93, 2018) blir det avdekket en sammenheng mellom å ha materielle ervervede eiendeler og god helse. Personene som deltok i studien, rapporterte om at sosial deltakelse og det å ha et nettverk kompenserte for ugunstig sosial stilling, som eksempelvis å leve alene eller ha lavere husstandsinntekt (Roy et al, s. 93, 2018). Det kom også frem i studien at materielle eiendeler bidrar til større toleranse for helsemessig belastning ved at utfallet av samme mengde stress fikk færre negative konsekvenser hos dem som har flere økonomiske eiendeler. Samfunnsmessig avdekket studien at tiltak som øker personers materielle eiendeler og utfyller nåværende helsetilbud er nødvendig, spesielt for mennesker i ugunstige situasjoner. Ulik fordeling av helseressurser ble satt i sammenheng med forskjellige sosiale posisjoner. Grad av resiliens og sosial deltakelse hadde noe å si ved sammenhengen mellom uhensiktsmessig sosial posisjon og selvrapportert helse (Roy et al, s. 93, 2018). Deltakerne i studien var både kvinner og menn. I forhold til sosial posisjon og selvrapportert helse, var det mer sannsynlig at mennene i studien hadde fullført universitetsutdanning, de hadde høyere lønn totalt i husholdet, de var huseiere og hadde deltids- eller heltidsarbeid. Det var større sannsynlighet for at kvinnene i studien bodde alene, var single og hadde psykiske plager (Roy et al, s. 95, 2018).

Gregorevic et. al. (s. 19, 2016) beskriver det komplekse samspillet mellom helsestatus og psykiske- og sosiale faktorer, og fremhever at det her er mange faktorer som ikke er fullstendig kartlagt og forstått. Å kartlegge og benytte helseressurser er assosiert med bedre helsemessig utfall hos eldre voksne pasienter inneliggende i sykehus (Gregorevic et. al. s., 14). Sykehusinnleggelse er i seg selv en risiko for eldre mennesker, derfor er det viktig å identifisere helseressurser som kan være med på å forbedre utfallet for disse pasientene, og å fremme at pasientene blir aktive i forhold til sin egen helsemessige velvære. Helseressurser hos eldre voksne er assosiert med en reduksjon i dødelighet, mindre grad av funksjonsnedsettelse, færre reinnleggelser og mindre behov for innleggelse i institusjon (Gregorevic et. al. s. 19, 2016). På grunn av få studier på området som oppfylte inklusjonskriteriene i denne studien, konkluderes det imidlertid i artikkelen med at det er behov for mer forskning på området (Gregorevic et. al. s.,14).

5.0 DRØFTING

5.2 Overordnet perspektiv

På hvilken måte en sykepleier gjennom holdning og handling møter pasienten i sitt arbeid kan påvirke pasienten på mange områder, og både i positiv og negativ retning. En helhetlig tilnærming til pasienten ved at sykepleier ser og anerkjenner hele mennesket som et unikt og komplekst individ med kropp og sjel, et levd liv, sin egen historie og ulike opplevelser som har vært med på å forme personen (Grov og Holter, 2015, s. 896), vil naturlig også omfatte en kartlegging av pasientens helseaktiva (Grov og Holter, 2015, s. 251-252).

Basert på sykepleierrollens potensielle allsidighet, kan man i prinsippet tenke seg at sykepleier innehar nærmest uendelige muligheter i møte med hver enkelt pasient. Det er imidlertid en rekke faktorer som påvirker de reelle muligheter til å kartlegge pasienters helseressurser. Dette vil vi diskutere nedenfor og se dette i lys av teori og aktuelle funn fra litteratursøket.

5.3 Organisasjonsperspektivet

En bevisst holdning og et aktivt forhold til helseressursene pasienten innehar, vil kunne gi sykepleier nyttig informasjon og være et godt verktøy i samhandling med pasienten. Er det slik at sykepleieryrket i stor grad kan være preget av faglig frihet og spillerom, til tross for at sykepleier i utøvelse av sitt arbeid er underlagt lovverk (Helsepersonelloven, 1999, §2-4), yrkesetiske retningslinjer (Norsk Sykepleierforbund, 2011) og organisatoriske rutiner? Utover dette er det i mange situasjoner stor grad av frihet i forhold til hvordan pasienten ivaretas; Sykepleier kan i sin yrkesutøvelse velge å behandle kun det konkrete og nødvendige - eller å gi pasienten mer, gjerne i form av tid til samtaler, refleksjon og å bygge tillit som videre kan være grunnlag for samhandling og motivasjon. På denne måten kan pasienten hjelpes til å finne håp, styrke, optimisme, og finne tro på at han innehar styrker som er nyttige for å mestre sin sykdomssituasjon.

Pasientens ressurser har vært beskrevet ulikt blant sykepleieteoretikere. Virginia Hendersons sykepleieteori beskriver pasientens ressurser som styrke, kunnskap og vilje (Grov og Holter s. 250), mens Dorothea Orem's egenomsorgsteori beskriver egenstyrke, egenomsorgsbehov og egenomsorgskapasitet (Gustin, 2015, s. 179). I likhet med de fleste sykepleieteoretikere fremhever Orem grunnleggende fysiologiske behov og behov som hører sammen med menneskers sosiale liv og utvikling, og disse behovene har store likheter med Maslows behovshierarki (Mørch, 2018). Hun trekker frem blant annet egenomsorgsbehov knyttet til helseavvik, som er behov som oppstår ved helsesvikt (Gustin, 2015, s. 179). Både Hendersons og Orem's teorier er i større grad basert på en problemorientert tilnærming, som betegner hvilket fokus sykepleie hadde i tiden da teoriene ble beskrevet. Dette problem-fokuset dominerer imidlertid i stor grad praksisfeltet også i dag (Grov og Holter, s. 250). Til tross for ulike perspektiver, viser de ulike teoriene at det er en viktig sykepleieoppgave å arbeide aktivt med å styrke pasienten gjennom egne ressurser.

I følge NSFID's veileder om dokumentasjon av sykepleiere i elektronisk pasientjournal (NSFID, 2007, s.8), skal sykepleier kartlegge pasientens helseressurser. Pasientens ressurser, hans subjektive syn på disse, samt sykepleiers objektive syn, skal også tas med i

betraktningen ved kartlegging av pasienten samt planlegging og utførelse av sykepleieintervensjoner. Oss bekjent, eksisterer det ikke systematiske dokumentasjonsverktøy som dekker kartlegging og aktivering av pasienters helseressurser i et sykepleieperspektiv. Dette kan tenkes å ha sammenheng med det som kan tyde på at sykepleiere i liten grad kartlegger pasientenes helseressurser på en systematisk måte. Under første punkt i sykepleieprosessen, altså datasamlingen eller vurderingsfasen, skal sykepleier kartlegge blant annet pasientens ressurser. Spørsmålet er om dette faktisk gjøres i praksis, og dersom det gjøres; blir det gjort systematisk og således mulig å følge det opp? Ved dokumentasjon av sykepleie blir det i en rekke helseforetak benyttet systematiske punkter for å kartlegge pasientens sykepleie, problemer og behov. DIPS er en forkortelse for “distribuert informasjons- og pasientsystem for sykehus” og består av 12 punkter som skal dokumenteres for å gi helhetlig informasjon om pasienten (Helse Bergen, 2019). DIPS-punktene (Helse Bergen, 2019), støtter mulighetene for dette delvis, men imidlertid langt fra fullstendig. ICNP, som er basert på Hendersons tanker, dekker helseressursbegrepet kun delvis, hvilket kan tyde på at denne begrensningen strekker seg langt inn i sykepleiefaglig terminologi.

Det vil kunne være nyttig å ha et systematisk verktøy eller en sjekklister for å kartlegge og følge opp pasientenes helseressurser. Et alternativ kan eventuelt være å implementere et ekstra punkt som omhandler pasienters helseressurser i allerede eksisterende dokumentasjonsverktøy, eksempelvis DIPS. Et eget skjema som er mer detaljert kan muligens være bedre. Vi har derfor utarbeidet et eget forslag til et slikt skjema, se vedlegg 4.

Vi har observert varierende praksis når det gjelder rutiner for sykepleiers innkomstnotat i DIPS, og undrer oss over hvorfor dette varierer. Dette kan tyde på at sykepleiefaget beveger seg mot et mer patologisk fokus, og dette kan tenkes å gå på bekostning av å styrke pasientenes helseressurser og fokusere på det som fremmer helse hos hver enkelt pasient. Et dominerende patologisk fokus kan bidra til å utvanne sykepleiefaget slik det tradisjonelt er, og gradvis medføre at sykepleiere fungerer mer som legenes assistenter enn som sykepleiere med egen profesjon med en selvstendig rolle i pasientomsorgen. Årsaken til en slik utvikling kan ha sammenheng med sykepleieres arbeidsforhold mer enn at det foreligger et faktisk ønske blant sykepleiere om å dreie sykepleieprofesjonen i en patologisk ensidig retning.

Det kan tenkes at sykepleiere på grunn av organisatoriske begrensninger ikke alltid har reelle muligheter til å ivareta og anvende pasientenes helseressurser, eller til å snakke med pasienten, og derfor må basere sine notater på allerede eksisterende informasjon som gjerne har et patologisk fokus. Sykepleiers reelle muligheter for oppfølging av pasienten, kan begrenses betydelig av organisatoriske faktorer som eksempelvis tid, ressurser, organisasjonskultur og turnusarbeid. Dette kan medføre at sykepleiere opplever et betydelig avvik mellom ideelle og reelle muligheter for å følge opp pasientens helseressurser, og kan påvirke sykepleiers varhet overfor hver enkelt pasient som et unikt individ med iboende ressurser.

En sykepleier møter pasienter i ulike faser av behandlingsforløpet. Pasientene har behov for, og rett til, å bli møtt ut fra sin situasjon og tilstand. De har i tråd med helselovgivningen (Pasient- og brukerrettighetsloven 1999, kapittel 3) (Helse- og omsorgsdepartementet, 2008-2009, s. 47) krav på å involveres i egen behandling ut fra egne ønsker og forutsetninger. Det vil være svært utfordrende for en sykepleier å imøtekomme dette dersom det ikke finnes informasjon om pasientens helseressurser.

Et annet perspektiv, er i hvilken grad sykepleier har anledning til kartlegging og oppfølging av pasientens helseressurser over tid. En helseressurs som ikke følges opp, vil trolig være lite nyttig for pasienten. Også i denne sammenheng kan det derfor være nyttig at sykepleier har elektronisk støtte som grunnlag for oppfølging av hver enkelt pasient slik at den kartlagte informasjonen kan nyttiggjøres mellom ulike pleiere, ulike profesjoner og ulike avdelinger. Når pasienten opplever kontinuitet, vil også følelsen av at personalet kjenner vedkommende øke, og forutsetninger for meningsfull og samhandling vil være bedre. Dette vil også gi et godt grunnlag for at pasienten opplever rom for å ta opp spørsmål, reflektere og bidra aktivt i forhold til sin egen helsesituasjon og behandling.

Rotegård (2012, s.9 og s. 43) og Rotegård, Ruland og Fagermoen (2011, s. 295) viser til at det kan virke som at sykepleiere ikke, eller i begrenset grad, kartlegger pasienters helseaktiva, og i den grad dette utføres, fremstår kartleggingen som noe tilfeldig, lite systematisk og med liten grad av oppfølging over tid. Roy et. al., (2018, s.93) beskriver at helsetjenesten, til tross for stor fremgang innen helsesektoren, fremdeles fokuserer på sykdom og risikofaktorer i

stedet for faktorer som fremmer helse. Helseressursene journalføres ikke systematisk slik at informasjonen kan følges opp på tvers av ulike sykepleiere, vaktskifter og således over tid.

Norsk Sykepleierforbund, NSF, har utført en undersøkelse av arbeidsdagen til 6 sykepleiere på en kirurgisk sengepost. I prosjektet ble det anvendt stoppeklokke, for å registrere tiden sykepleierne brukte i direkte pasientkontakt. Det ble registrert 35,5 prosent med pasientkontakt i løpet av deres arbeidsdag (Norsk Sykepleierforbund, u.å.). I denne studien bruker sykepleierne i gjennomsnitt litt over en tredjedel av arbeidsdagen på direkte pasientkontakt, og det kan tyde på at det er begrensede muligheter for å frigjøre tid til å kartlegge og benytte seg av pasientens helseressurser. Det er imidlertid en mulighet for at disse sykepleierne brukte mye av den resterende tiden av arbeidsdagen på å kartlegge og dokumentere pasientenes helseressurser, og det er derfor ikke sikkert at den reelle tidsbruken er så lav som resultatet av studien viser.

Gjennom gode rutiner for kartlegging av pasienters helseressurser, vil sykepleier ha grunnlag for å foreta gode valg for, og i samarbeid med, pasientene. En målrettet pasientbehandling som inkluderer datasamling om pasientens helseressurser, gir grunnlag for konkret oppfølging etter utskrivelse, og kan forbedre ressursituasjonen på flere områder ved at aktivering av pasientenes ressurser i neste ledd kan frigjøre tid for sykepleiere. Ved å ikke kjenne pasientenes ressurser, er det vanskelig å vite hvilke faktorer man kan spille på for å styrke eksempelvis pasientens funksjonsnivå, autonomi og motivasjon til å bli frisk. Samtidig vil det være mindre sannsynlig at en pasient opplever tillit i forholdet til en sykepleier dersom pasienten opplever at sykepleieren ikke kjenner hans situasjon utover det konkret patologiske. For å sikre godt samspill mellom sykepleier og pasient er det viktig med tillit. Fra pasientens perspektiv vil det være vanskelig å føle tillit til en sykepleier som ikke kjenner ham.

Ingvald Bergsagel påstår i Sykepleien at “tidspress dreper” (Bergsagel, 2017). Han viser til en analyse av data fra Nurse Forecasting in Europe-studien RN4CAST, som sier at ved postoperative avdelinger hvor sykepleiere opplever å ikke ha nok tid til pasientovervåking, smertelindring, administrering av legemidler til rett tid, pasientovervåking og andre sentrale oppgaver, er pasientdødeligheten høyere enn på avdelinger hvor bemanningen er tilstrekkelig (Bergsagel, 2017). Dersom sykepleiere i arbeidshverdagen opplever å ikke ha nok tid til å ta

vare på pasientene på en forsvarlig måte, kan det kanskje være lettere å prioritere konkrete oppgaver fremfor å kartlegge og nyttegjøre pasientens helseressurser.

Ifølge Rotegård, Ruland og Fagermoen (s.285, 2011), er det behov for begrepsmodeller og teorier som støtter en tilnærming til helseaktiva dersom sykepleiere skal ta i bruk dette begrepet. Artikkelen trekker også frem at det for å lykkes med en sykepleietilnærming som fokuserer på helseaktiva, er behov for en omorganisering av helsetjenesten for at sykepleier skal få nok en-til-en tid med pasienten (Rotegård, Ruland og Fagermoen, s. 291, 2011). Artikkelen konkluderer med at det er behov for mer forskning på begrepet helseaktiva, og foreslår at nye studier bør utforske hvordan sykepleier kan hjelpe pasienten til å balansere sine helseaktiva, hvilke strategier som passer best på individnivå, faser av sykdom og ulik kontekst (Rotegård, Ruland og Fagermoen, s.298, 2011). Dersom pasientens helseaktiva blir kartlagt og aktivert, kan pasienten lettere påta seg ansvar og delta i sin egen behandling. Dette kan føre til at pasienten gjenvinner og ivaretar kontroll og makt over sin egen helsesituasjon og på denne måten oppnår bedre helse og økt velvære (Rotegård, Ruland og Fagermoen, s.298, 2011). Ut fra dette perspektivet, kan man argumentere for at det trolig foreligger gode grunner for å etablere og innarbeide helseaktiva/helseressursbegrepet i sykepleieterminologi. Sett fra pasientperspektivet er det ut fra denne artikkelen grunn til å anta at dette vil ha positive virkninger i forhold til pasientens mestring av et sykdomsforløp. Dette forutsetter imidlertid at det foreligger organisatorisk rom for en slik endring.

5.4 Relasjonsperspektivet

Vi vil i dette avsnittet diskutere på hvilken måte de forutsetninger sykepleier arbeider innenfor kan påvirke hvordan relasjonen mellom sykepleier og pasient etableres og opprettholdes, og dermed si noe om sykepleiers reelle forutsetninger for å kartlegge og aktivere pasientenes helseressurser. Sykepleier har en sentral rolle, og en unik mulighet, i forhold til å hjelpe pasienten å oppdage og ta i bruk egne helseressurser. Slike ressurser er eksempelvis godt humør, oppmerksomhet, viljestyrke, positive relasjoner, håp og tro, beskyttelse og tiltak, og kontroll (Rotegård, s.65, 2012). I møte med hver enkelt pasient kan sykepleier arbeide aktivt med å kartlegge og aktivere slike styrker. Sykepleier bør gjennom

teoretisk og praktisk utdannelse og erfaring, ha gode forutsetninger for å kartlegge de helseressursene som er spesielt nyttige for pasienten ut fra den situasjonen han befinner seg i. Samtidig bør pasientperspektivet ivaretas ved å gi pasienten rom for å kommunisere hva som oppleves spesielt viktig for ham. Grunnlaget for en slik samhandling kan være en god relasjon mellom sykepleier og pasient og et etablert tillitsforhold (Grov og Holter, 2015, s. 45). Både sykepleier og pasientens forventninger til seg selv i sin rolle, samt forventninger til hverandre i et relasjonsperspektiv, kan være viktig å avklare.

For mennesker som opplever avmakt som følge av sykdom, kan det bety mye å få hjelp til å styrke sin motstandskraft. I en slik situasjon kan avmakten komme innenfra, eksempelvis som en bekymring for fremtiden. Men avmakten kan også komme av utenforliggende årsaker, for eksempel i form av økonomiske problemer. Jo større belastningen er, desto flere typer ressurser vil det kunne kreves for at pasienten skal klare å gjenvinne styrke. Her kan det være nyttig at sykepleieren har kunnskap om makt, utøver en styrkende holdning, samt anvender ferdigheter som hjelper pasienten til å motvirke krefter som fremmer avmakt. På denne måten kan pasientens helseressurser styrkes og bidra til at pasienten blir friskere.

Et godt sykepleier-pasientmøte kan bidra til at pasienten makter å mobilisere nok styrke til å gjennomgå en behandling eller bære et liv med kroniske helseplager. Empowerment (Gammersvik & Larsen, 2012, s. 175-177) er i denne sammenheng et relevant begrep da sykepleiers anerkjennelse, styrking og solidaritet, samt å arbeide for å motvirke undertrykkende motkrefter, er viktig i møte med pasienten. Når sykepleier klarer å se pasientens sårbarhet, og samtidig er klar over sine egne begrensninger, kan det være mulig å forebygge samhandling som pasienten kan oppleve som krenkende. Eide og Eide (2001, s. 240-241), trekker frem at i følge Kari Martinsen, kan pasienter føle avmakt fordi sykepleier innehar mer kunnskap. Av den grunn er sykepleiers egen bevissthet om sin maktposisjon overfor pasienten, og forvaltning av denne makten, et viktig sykepleieperspektiv. Gode kommunikasjonsferdigheter (Dart, 2011, s. 25) er også nødvendig for å bygge gode og sunne relasjoner til pasienten, og kan tenkes å være avhengig av sykepleiers varhet overfor hver enkelt pasient.

Behovet for en håndbok i salutogenese har lenge vært etterspurt av forskere. Litteratur om salutogenese er spredt over en rekke fagfelt, med tidvis betydelig overlapping. En rekke av de helsefremmende strategiene som formidles i dag, skiller seg betydelig fra strategier som ble kommunisert for 30 år siden og det helsefremmende arbeidet i lokalsamfunn har endret seg svært mye. Mange av de helsefremmende strategier som kommuniseres og implementeres i dag, omtaler salutogenese i en kontekstuell sammenheng hvor det er rettet et større fokus på OAS og da særlig i forhold til motivasjon (Dietscher, Winter og Pelikan, 2017, s.261-266).

Teori og forskning (Norsk Sykepleierforbund, 2011), (Grov og Holter, 2015), (Heggestad og Knutstad, 2016) nevner pårørende som en sentral helseressurs for pasienter. En pasient i krise, eller med et kronisk eller langvarig sykdomsforløp vil kunne oppleve pårørende både som en helseressurs, men muligens også som en direkte eller indirekte belastning. De pårørende kan i noen tilfeller representere det tapet pasienten opplever, da det kan være vanskelig, og kanskje umulig, å fylle den rollen pasienten har hatt tidligere i livet. Man kan tenke seg at tapet konkretiseres når man innser at man ikke lenger kan fylle den samme rollen som eksempelvis forelder, ektefelle, eller omsorgsgiver for sine gamle foreldre. En opplevelse av psykisk krise og fysisk sykdom kan for mange pasienter være så krevende at de ikke makter å være den personen de tidligere var for sine nærmeste. På denne måten kan pårørende oppleves som personer med krav, selv om det ikke er intensjonen. Sykepleier kan ha en viktig rolle i forhold til samarbeid og dialog med pasienten, og gjerne pårørende, om hvordan slike forventninger kan avklares. En åpen samtale om denne problemstillingen kan muligens hjelpe pasienten til å justere og redefinere sin egen rolle overfor sine nærmeste, slik at de kan være en ressurs for pasienten samtidig som pasienten opprettholder en betydningsfull rolle overfor dem.

Det er naturlig å anta at tidspress og organisering kan påvirke relasjonen mellom sykepleier og pasient. I Sykepleien 02.01.2019 skriver Elisabeth Sveen Kjølrsrud om en hektisk hverdag som sykepleier. Kjølrsrud mener at mange av sykepleierne er i ferd med "å miste sitt hjerte", og at de strekker seg langt for sine pasienter. Samtidig som sykepleierne gjør dette eksisterer de samtidig i en hverdag preget av "daglige kompromisser og faglig forsvarlighet i konkurranse med effektivitetskrav og økonomikrav". Kjølrsrud viser til forskning som sier at empatien står i fare, og at det moralske stresset er farlig når helsearbeidere står i vedvarende stress over tid og at hverdagen for mange helsearbeidere handler om å "overleve" (Kjølrsrud,

2019). Tidsknapphet og stress kan være et uheldig utgangspunkt for å bygge relasjoner mellom sykepleier og pasient, men er likevel for mange sykepleiere en realitet i arbeidshverdagen. Dette kan imidlertid tenkes å være mulig å forbedre gjennom hvordan sykepleien på den aktuelle avdelingen tilpasses og organiseres, hvilke rutiner man har, og ikke minst i hvilken grad sykepleiere har rom for, og er bevisst på, å utøve skjønn og fleksibilitet i forhold til sin utøvelse av sykepleie overfor hver enkelt pasient.

Det kan imidlertid også bli avdekket mangler i pasientens helseressurser, eksempelvis at pasienten er ensom, men har familie i en annen del av landet. En god samhandling og dialog mellom pasient og sykepleier kan mobilisere pasienten til handling ved å eksempelvis støtte pasienten i å be noen i familien komme på besøk en periode. Dersom sykepleieren evner å skape en god relasjon med gjensidig tillit og rom for fortrolighet, kan dette føre til at pasienten også åpner seg om utfordringer som kan være vanskelige å snakke om for pasienten, slik at sykepleieren får mulighet til å hjelpe pasienten til å oppdage og hente frem relevante helseressurser også i forhold til dette. På denne måten kan et bevisst arbeid med pasienters helseressurser ha en positivt forsterkende effekt.

5.5 Situasjonsperspektivet

Det finnes mange ulike situasjoner hvor det kan være mulig for sykepleier å identifisere og aktivere pasientens helseressurser. Dette perspektivet vil imidlertid bli påvirket av elementer fra organisasjonsperspektivet og relasjonsperspektivet som er nevnt tidligere. Pasientens konkrete helsetilstand vil også måtte hensyntas, og en konkret vurdering i forhold til i hvilke situasjoner man kan arbeide med kartlegging og aktivering av helseressurser vil være en viktig sykepleieoppgave. Rotegård (2012, s. 44) fremhever at pasientens helseressurser er i en konstant balanseringsprosess både mellom de ulike helseressursene og innen hver helseressurs. Dette betyr at helseressursene ikke er statiske, men vil variere i forhold til tid, kultur, kontekst og situasjon (Rotegård, 2012, s. 44).

Det første møtet med pasienten er ofte under innkomst til avdeling. Dersom sykepleier har anledning til å foreta en grundig innkomstsamtale, kan dette møtet kan være en god arena for å kartlegge pasientens ressurser. Andre situasjoner hvor det kan være mulig for sykepleier å avdekke og hente frem ressursene som bor i pasienten, er for eksempel under stell, ved

mobilisering, under måltider og generelt ved å observere pasienten i avdelingen. Da pasienten gjennomgår både en fysisk og psykisk prosess under et sykehusopphold, vil det være viktig at sykepleier anvender sin varhet overfor pasienten for å på beste måte møte pasienten på pasientens premisser, og ikke kun ut fra avdelingens eller sykepleierens egne, forutbestemte rutiner. Sykepleiers varhet og fleksibilitet kan være svært verdifull i forhold til å klare å gripe tak i muligheter til å kartlegge og styrke pasientens helseressurser når situasjonen åpner for det. Sykepleier kan også tilstrebe å tilrettelegge for situasjoner som erfaringsmessig gjør dette mulig, som rolige omgivelser, en-til-en situasjoner, god smertelindring, god ernæring, samt balanse mellom aktivitet, søvn og hvile.

Motiverende intervju (Dart, 2011, s. vii) er en metode som i denne sammenheng kan være et nyttig verktøy for sykepleier, da denne samtaleformen er en effektiv og empatisk metode for å samtale om endring, motivasjon og mestring. Ved kartlegging og aktivisering av helseressurser, vil det være nyttig å legge til rette for konstruktive samtaler mellom pasient og sykepleier hvor pasienten blir støttet i "å overtale seg selv" til å bestemme at endring skal skje, og så tenke ut hvordan han best kan få det til. Innholdet i et motiverende intervju kan være svært nyttig også i forhold til den tverrfaglige oppfølgingen av pasienten.

Vi mener det er viktig å understreke at sykepleier bør vurdere situasjon, tid og sted for å kartlegge helseressurser. Dette kan knyttes til teori om kommunikasjon, motivasjon, empowerment og mestring, samt det som oppleves som viktigst i en gitt situasjon. Ved mottak av en svært dårlig pasient vil det eksempelvis ikke være naturlig eller forsvarlig å prioritere en omfattende kartlegging av helseressurser. I slike situasjoner kan det imidlertid etableres et tillitsforhold basert på trygghet, omsorg og pleie, slik at det er lagt et godt grunnlag for samhandling og dialog med pasienten videre. Dersom det er pårørende til stede, vil deres komparentopplysninger, samt observasjon av sykepleiers behandling av pasienten kunne etablere tillit som de pårørende senere også formidler videre til pasienten. Pårørende kan være en viktig ressurs i forhold til å gi opplysninger om pasientens habitualtilstand, personlighet, motivasjonsfaktorer, interesser, livsstil, humor, samt hva som gir pasienten styrke og håp. Sykepleiers tilnærming i forhold til problemløsning og væremåte overfor pasienten kan ha stor innvirkning på tillit, samspill og muligheter for å kartlegge helseressurser både tidlig eller senere i behandlingsforløpet.

Sykepleiers tidsbruk i det daglige pasientarbeidet krever at sykepleier etterstreber å være bevisst på prioritering av sine arbeidsoppgaver. Her er sykepleiers varhet og etiske bevissthet viktig, da man trolig kan oppleve situasjoner hvor det kreves å opptre så effektivt at det vil kunne anses som nærmest uetisk (Norsk Sykepleierforbund, 2011). Nyutdannede sykepleiere kommer ut i en travel arbeidshverdag med bratt læringskurve og mye ansvar, og bærer gjerne med seg tanker fra studietiden om hvordan utøvelsen av sykepleie bør være i forhold til samhandling med hver enkelt pasient. Et behandlingsideal fra utdanningen preger gjerne en fersk sykepleier. Stresset man utsettes for i arbeidshverdagen mens man fremdeles formes som sykepleier kan gjøre at sykepleieren etter hvert kan danne seg strategier for å fungere, nettopp ved å etablere rutiner som er i strid med den opprinnelige tanken om hva som er god sykepleie. Det er naturlig å anta at miljøet man tar del i på arbeidsplassen former sykepleieren i både holdning og handling, og at formingen i en pleiekultur ofte ikke stemmer overens med sykepleierens opprinnelige tanke om hva som er god sykepleie. En sykepleier som er formet i en travel arbeidshverdag kan tenkes å ha utfordringer med å gi den behandlingen som er best i møte med hver enkelt pasient, samtidig som det vil være psykisk krevende å arbeide over tid under forutsetninger som egentlig ikke stemmer overens med den opprinnelige tanken om hva god sykepleie er. Bevissthet rundt denne endringen hvor sykepleier tilpasser sitt arbeid til et høyere stressnivå er viktig.

Det kan være utfordrende for sykepleier å frigi tid til å benytte seg av pasientens helseressurser i en travel hverdag hvor tid er en knapphetsressurs. I slike situasjoner, kan det tenkes at tidsbegrensningen gå på bekostning av sykepleiers vurderingsevne, varhet og mulighet til å la pasienten benytte sine ressurser aktivt. Eksempelvis vil en stellsituasjon hvor pasienten gjør det han eller hun klarer å gjøre selv trolig ta lenger tid enn dersom sykepleier gjør det for ham. På denne måten kan det tenkes at helseressursene i visse situasjoner kan begrenses og svekkes av helsepersonell - hvilket strider mot det man assosierer med god sykepleie. Dette kan videre ha innvirkning på pasientens selvfølelse, motivasjon, trygghet og mestring. Det er derfor viktig å løfte verdien av det som er sykepleierrettet. Verdien av eksempelvis en prosedyre eller samtale bør derfor ikke måles ut fra det konkrete resultatet, men også gjennom en vurdering av prosessen hvor sykepleier og pasient samhandler. På

denne måten kan man tenke seg at vurderingen av hva som er god sykepleie i større grad bør anerkjennes på bakgrunn av prosess, og ikke kun konkret resultat.

Å arbeide som sykepleier under tidspress, vil for mange være for krevende å holde ut i lengden. Statistisk Sentralbyrå oppgir at 1 av 5 nyutdannede sykepleiere ikke jobber i helsetjenesten (Statistisk Sentralbyrå, 2017). Her blir det beskrevet ulike årsaker til at nyutdannede sykepleiere ønsker å skifte jobb, hvorav mange bekrefter at årsaken er tidspress, som medfører at de ikke får ivaretatt pasientene slik de føler er nødvendig.

Det er naturlig å spørre seg om dette gjør noe med sykepleiers oppfattelsesevne i møte med pasienten. Man evner gjerne i mindre grad å oppfatte nyanser og lese mellom linjene; hva sier pasienten egentlig? Som et produkt av manglende mulighet til refleksjon i en stressende arbeidshverdag kan det tenkes at sykepleiere danner nye, fastlåste mønstre som ikke åpner opp for å møte hver pasient med full tilstedeværelse. De gangene sykepleier har tid til å møte pasientene slik man egentlig ønsker, kan det da tenkes at det generelle stresset hemmer sykepleierens varhet overfor hver pasient slik at sykepleier handler ut fra de mønstre som er opparbeidet i stressende arbeidssituasjoner. Kan dette føre til at sykepleiers problemløsning og væremåte blir dårligere, og at pasientene ikke blir fulgt opp tilfredsstillende i forhold til det de har behov for og rett på?

Pasienten får ikke alltid utnyttet sine helseressurser, og forskning på området avdekker at pasienter ofte bruker mindre krefter på å mobilisere positive krefter i seg selv for å styrke sin helse fordi de bruker krefter på å kjempe mot helse- og omsorgstjenestens mangler; De bruker i større grad sine helseressurser til å kjempe mot systemet (Grov og Holter, s. 251, 2015). Dette kan eksempelvis være manglende kommunikasjon mellom ulike bidragsytere i behandlingen.

Pasientens helseressurser har liten verdi dersom de ikke brukes til det beste for pasienten og det er derfor viktig å følge opp de helseressursene som er kartlagt. Når sykepleier har kartlagt disse sammen med pasienten, kan de ulike ressursene vurderes. Å strukturere og reflektere hvilke ressurser som er nyttige i ulike situasjoner og sammenhenger, kan være nyttig. Sykepleieren må lytte aktivt til pasienten og kan ut fra dette anvende sine erfaringer til å gi

pasienten praktiske råd om hvordan ressursene kan brukes, og veilede pasienten videre ut fra det man vet om de ulike ressursene. Pasienter ønsker generelt å bidra mer i egen behandling enn det de får tilgang til (Rotegård, 2012, s. 9).

Ut fra studien til Roy et. al. (s. 93, 2018) ser vi viktigheten av at sykepleier kartlegger pasientens helhetlige situasjon og på denne måten avdekker hvilket potensiale som foreligger rundt pasienten. Det vil derfor også være viktig å kartlegge hvilke materielle faktorer som kan være til hinder for at pasienten kan utnytte sine helseressurser, eksempelvis boforhold. Her vil sykepleier ha en sentral rolle som pasientens advokat, i forhold til å eksempelvis følge opp søknad om hjelpemidler, kontakte ergoterapeut, eller tilrettelegge for at det omsøkes ny bolig.

Ut fra artiklene i litteratursøket, kan kartlegging og aktivering av pasienters helseressurser eksempelvis føre til at pasienter føler opplevelse av kontroll (Rotegård, s. 60-61, 2012), og økt OAS, (Heggdal og Lovaas, s. 1, 2017). Ifølge Drageset, Ellingsen og Haugan (s. 294, 2017) blir pasienter som opplever høy grad av OAS mer mestring, de blir fortere friske, har høyere livskvalitet og bedre mental helse.

6.0 KONKLUSJON

Sykepleie er en profesjon hvor man kommer svært nær andre mennesker som befinner seg i sårbare og krevende livssituasjoner. Å tilrettelegge for god samhandling og ivareta pasientene helhetlig er en nødvendig sykepleieoppgave for å identifisere og styrke deres helseressurser i forhold til sin situasjon. De forutsetninger sykepleiere arbeider innenfor medfører trolig begrensninger, men også en rekke muligheter til å utøve dette arbeidet. I møte med hver enkelt pasient har sykepleier en unik mulighet til å styrke pasienten gjennom å kartlegge og aktivere pasientens helseressurser. En anvendelse av egne helseressurser kan hjelpe pasienter til å bli bevisst de styrker de innehar, anvende disse og videre aktivere nye styrker - og gjennom dette, vil pasienten kunne oppleve mestring, medvirkning og økt kontroll i forhold til sin situasjon.

Sykepleier arbeider imidlertid innenfor ulike forutsetninger som vil kunne påvirke hvordan pasientens helseressurser kan kartlegges og anvendes. I relasjonen mellom sykepleier og pasient vil tillit og samhandling være grunnleggende for å kunne kartlegge og aktivere pasientens helseressurser, og det er viktig at det skapes et arbeidsrom hvor dette kan etableres. Sykepleiere er ikke, og bør ikke, være legers assistenter, men representere en egen profesjon med lange tradisjoner som bør ivaretas, styrkes og beskyttes til tross for ulike knapphetsressurser ved dagens helsetjenestetilbud som kan utfordre dette arbeidet i praksis.

Det vil kunne være nyttig å øke den sykepleiefaglige forståelsen av hva helseressurser er, og hvordan disse kan anvendes i praksis for å bidra til å forbedre pasientens opplevelse av sitt sykdomsforløp. I tillegg kan det være nyttig å strukturere dokumentasjonen av helseressurser bedre gjennom kartleggingsverktøy, og således tilrettelegge for at pasienten følges godt opp over tid både av ulike sykepleiere og tverrprofesjonelt. Vi har utarbeidet forslag til innhold i et slikt kartleggingsverktøy, se vedlegg 4.

Like mye som å gi det sykepleierrettede arbeidet nok tid, vil det derfor være viktig å løfte frem selve bevisstgjøringen av helseressurser og den verdiskapningen dette kan gi hver enkelt pasient i møte med egen sykdom, sykepleier, og helsetjenesten for øvrig. Vi håper denne oppgaven bidrar til å løfte frem det sykepleierrettede arbeidet herunder, og det unike potensialet som ligger i utøvelse av sykepleierprofesjonen. Avslutningsvis konkluderer vi med at det er behov for mer forskning på området, samt at det hadde vært interessant å forske på effekten av å implementere vårt kartleggingsverktøy og oppfølging av dette i praksis.

7.0 LITTERATURLISTE

Bergsagel I. (2017, 25.08). Hevder tidspress dreper. *Sykepleien*. Hentet fra

<https://sykepleien.no/2017/08/hevder-tidspress-dreper>

CASP UK. (2018). CASP checklists. Hentet fra:

<https://casp-uk.net/casp-tools-checklists/>

Christoffersen, L., Johannessen, A., Tufte, P.A. & Utne, I. (2015). *Forskningsmetode for sykepleieutdanningene*. Oslo: Abstrakt forlag AS.

- Dalland, O. (2015). *Metode og oppgaveskriving*. (5. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Dart, M., A. (2011). *Motivational Interviewing in Nursing Practice - Empowering the Patient*. Sudbury, Mass.: Jones and Bartlett Publishers.
- Det Kongelige Helse- og omsorgsdepartement. (2008-2009) *Samhandlingsreformen* (Meld. St. nr 47 (2008-2009)). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-47-2008-2009-/id567201/sec4> (Hentet 25.10.18)
- Drageset S., Ellingsen S., Haugan G. (2017). Å mestre livet ved alvorlig sykdom - Antonovskys helseteori som guide til helsefremming i sykehus. *Nordisk Sygeplejeforskning*, 7(Nr. 4), s. 294-302. DOI: 10.18261/ISSN.1892-2686-2017-04-03
- Eide, H., Eide, T. (2001). *Kommunikasjon i relasjoner*. (7. utgave). Oslo: Gyldendal Norsk forlag AS.
- Gammersvik, Å., Larsen, T. (2012). *Helsefremmende sykepleie i teori og praksis*. (2. utgave). Bergen: Fagbokforlaget AS.
- Grov, E.K., Holter, I.M. (2015). *Sykepleieboken 1. Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie*. (5. utgave). Oslo: Cappelen Damm AS.
- Gustin. L.W. (2016). *Psykologi for sykepleiere*. Bergen: Vigmostad & Bjørke AS.
- Gregorevic, K. J., Lim W. K., Peel N. M., Martin R. S., Hubbard R. E. (2016). Are health assets associated with improved outcomes for hospitalised older adults? A systematic review. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 2016(Vol. 67) s. 14–20. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.archger.2016.06.016>
- Heggdal, K. & Jelstad, B. L. (2017). Health promotion in specialist and community care: how a broadly applicable health promotion intervention influences patient's sense of coherence. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 2017(Vol.32, Issue 2) s.690-697. DOI: 10.1111/scs.12498
- Heggestad, A.K., Knutstad, U. (2016). *Sykepleieboken 2. Sentrale begreper og fenomener i klinisk sykepleie*. (4. utgave). Oslo: Cappelen Damm AS.
- Helse Bergen. (2019). Mottak av nye pasienter - Sjekklister, sykepleie innkomst. Hentet 08.11.2018 fra: <http://ek.helse-bergen.no/ekweb/docs/pub/DOK36194.pdf>

- Helsedirektoratet (2018, 28.12). Brukermedvirkning. Hentet (06.11.18) fra <https://helsenorge.no/rettigheter/brukermedvirkning>
- Helsepersonelloven. (1999). Lov om helsepersonell m.v. (LOV-1999-07-02-64). Hentet fra https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64#KAPITTEL_2
- Hummelvoll, J. K. (2016). *Helt, ikke stykkevis og delt. Psykiatrisk sykepleie og psykisk helse*. (7. utgave). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Kjølsrud E. S. (2019, 02.01.2019) Kongen har rett: Helsearbeidere strekker seg lengre enn langt for sine pasienter. *Sykepleien*. Hentet fra <https://sykepleien.no/meninger/innspill/2019/01/kongen-har-rett-helsearbeider-e-strekker-seg-lengre-enn-langt-sine>
- Krogh, v. K. (2014, 05.12). Sykepleieteori. Hentet fra <https://sml.snl.no/sykepleieteor>
- Mittelmark M., B. et al. (2017). The Handbook of Salutogenesis. [Ebok-leser: PDF]. <http://hdl.handle.net/1956/12879> DOI:10.1007/978-3-319-04600-6
- Mørch, W. T. (2018). Abraham Maslow. I Redaktør (red.) *Store norske leksikon*. Hentet fra https://snl.no/Abraham_Maslow
- Norsk Sykepleierforbund. (u.å.) Hvor mye tid får pasientene? Hentet fra <https://www.nsf.no/vis-artikkel/116616/10518/Hvor-mye-tid-faar-pasientene>
- Norsk Sykepleierforbund. (2011, 09.08). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere - ICNs etiske regler. Hentet fra https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf
- NSFID. (2007, februar). Dokumentasjon av sykepleie i elektronisk pasientjournal. En veileder fra Norsk Sykepleierforbunds forum for IKT og Dokumentasjon. Hentet 08.11.2018 fra: <https://www.nsf.no/Content/852451/Veileder%20%20Sykepleiedokumentasjon.pdf>
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). Lov om pasient og brukerrettigheter (LOV-1999-07-02-63). Hentet 25.10.28 fra https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63#KAPITTEL_3
- Pettersen S. K. (2017). Health Literacy. Hentet fra https://www.nsf.no/Content/3634039/cache=1511185833000/Health+literacy_Kjell+Sverre+Pettersen.pdf

- Rotegård A. K. (2012). *Conceptualizing Health Assets in a Nursing Context: Synthesis of Findings from Multiple Perspectives*(Doktoravhandling, Faculty of Medicine, University of Oslo). Hentet fra <https://www.duo.uio.no/bitstream/handle/10852/28043/DUO-Rotegaard.pdf?sequence=2&isAllowed=y>
- Rotegård A. K., Fagermoen M. S., Ruland C. M. (2012). Cancer Patients' Experiences of Their Personal Strengths Through Illness and Recovery. *Cancer Nursing, Vol 35, No. 1*, s. 8-17. DOI: 10.1097/NCC.0b013e3182116497.
- Rotegård A. K., Ruland C. M., Fagermoen M. S. (2011). Nurse Perceptions and Experiences of Patient Health Assets in Oncology Care: A Qualitative Study . *Research & Theory for Nursing Practice: An International Journal, 2011*(Vol. 25 No. 4), s. 284-301. DOI: <http://dx.doi.org/10.1891/1541-6577.25.4.284>
- Roy, M., Levasseur M., Doré I., St-Hilaire F., Michallet B., Couturier Y., Maltais D., Lindström B. and Généreux M. (2018) Looking for capacities rather than vulnerabilities: The moderating effect of health assets on the associations between adverse social position and health. *Preventive Medicine*, (110) s. 93-99. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2018.02.014>
- Statistisk Sentralbyrå. (2017, 25.08). 1 av 5 nyutdanna sykepleiere jobber ikke i helsetjenesten. Hentet fra: <https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/1-av-5-nyutdanna-sykepleiere-jobber-ikke-i-helsetjenesten>
- Thidemann, I. J. (2015). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Tveiten, S. (2016). *Helsepedagogikk. Pasient- og pårørendeopplæring*. Bergen: Vigmostad & Bjørke AS.

VEDLEGG

Vedlegg 1 - Resultater, fremstilling av artiklene

Tittel, forfatter, årstall, utgivelsessted	Metode	Bakgrunn	Hensikt	Hovedfunn
Artikkel 1: «Conceptualizing Health Assets in a Nursing Context», Ann Kristin Rotegård, 2012, Oslo, Norge	Dette er kappe til en doktorgrad. Kappen er basert på fire publiserte og én upublisert studie, og er bygget opp som en konseptanalyse.	Helseaktiva og pasienters egne styrker representerer et høyst relevant tema jf. dagens e-helse strategier og helselovgivning, hvor pasienters delaktighet og bruk av egne ressurser fremheves som avgjørende for å håndtere langvarige sykdomssituasjoner.	Hensikten med doktorgradsavhandling en var å bygge opp funn om helsemessige ressurser basert på konseptualisering og kunnskap fra ulike perspektiver: litteratur, pasienter og sykepleiere og sykepleie-terminologis systemet International Classification for Nursing Practice (ICNP). Doktorgraden fokuserer på pasienters helseaktiva; styrker og potensialer som kan mobilisere pasienten til delaktighet, kontroll og engasjement, og til ivaretagelse av positiv helse- og velvære. Helseaktiva mobiliserer handling, engasjement og endring, og gir personen en autonom posisjon i kontroll over seg selv, familien eller situasjonen.	Avhandlingen identifiserer at de viktigste styrkedimensjoner i pasienten er vilje- (eks. pågangsmot), motivasjons- (eks. håp), emosjonell- (eks. optimisme), kognitiv - (eks. tenke positivt), relasjons- (eks. felleskap), beskyttelses- (eks. selvbeskyttelse) og fysisk styrke (god fysisk form). Studien skiller også mellom indre og ytre helseaktiva. Studien inkluderer pasienter med kreft og sykepleiere med erfaring fra kreftomsorgen. Studien avdekker at pasientene hadde et stort repertoar av styrker, men helsepersonell utnyttet dem ikke. Dialog med pasientene viste at de ønsket en mer aktiv rolle og å bli sett som et menneske med ressurser, ikke bare som en syk pasient. For at helsepersonell skal være en styrke i relasjonen til pasienten, var tillit og konsistent kunnskapsformidling nødvendig, men i følge pasientene ofte mangelfull eller fraværende i praksis. Sykepleiernes erfaringer og dokumentasjon av pasienters helseaktiva var sammenfallende

				<p>med og supplerte pasientenes beskrivelser.</p> <p>Studien avdekket videre at pasientenes styrker ikke er statiske, men at det foregår en balansering innen og mellom styrkeelementene. Ett element er ikke nødvendigvis en styrke om det er for mye eller for lite av det, eksempelvis tillit. En styrke kan også balanseres mot en annen styrke og påvirkes av individuelle variasjoner, tid og situasjoner. For eksempel kan åpenhet være en styrke i en situasjon, men i andre situasjoner det motsatte, der selvbeskyttelse ved å holde tilbake informasjon kan være en styrke.</p> <p>Sykepleiernes erfaringer og dokumentasjon av pasienters helseaktiva var sammenfallende med, og supplerte, pasientenes beskrivelser. ICNP klassifikasjonen (KILDE) ble også undersøkt i forhold til helseaktiva, og inneholdt mange termer som korresponderte med helseaktiva-begrepet.</p> <p>Resultatene fra studiene som er presentert i doktorgraden tyder på behovet for et større fokus på pasientens helsemessige ressurser; pasienter ønsker at deres styrker skal utnyttes og bidra til egenomsorg. Sykepleiere utnytter imidlertid ikke pasientens styrker fullt ut, men innser deres betydning når de blir</p>
--	--	--	--	--

				oppmerksomme på dem og ønsker å bli mer oppmerksomme på dette aspektet av omsorg.
--	--	--	--	---

Tittel, forfatter, årstall, utgivelsessted	Metode	Bakgrunn	Hensikt	Hovedfunn
Artikkel 2: “Cancer patients' experiences of their personal strengths through illness and recovery”, Ann Kristin Rotegård, 2012, Oslo, Norge	Dette er en kvalitativ studie med innsamlede data fra 26 deltakere i 4 gruppeintervjuer. Det er gjennomført en kvalitativ, tematisk analyse av intervjuresultatene.	Kreftpasienters styrker og egne evner har fått liten oppmerksomhet fra helsepersonell, som primært fokuserer på pasientens problemer. Dermed mangler helsepersonell en viktig mulighet til å bygge videre på kreftpasienters styrker. Det er behov for ny tilnærming til omsorg som bygger opp under pasientens styrker og oppfordrer dem til å ta en aktiv rolle i egen omsorg. Fokus på helseaktiva er en slik tilnærming. Det er imidlertid lite kunnskap om de ulike typer styrker kreftpasienter innehar og bruker under sykdomsprosessen, samt hvilke erfaringer pasientene har med å bruke sine styrker.	Målet med studien var å utforske og beskrive kreftpasienters erfaringer og egen oppfatning av deres styrker, som trengs eller brukes av seg selv, eller styrkes av deres omsorgsleverandører.	Kreftpasienter beskrev et stort repertoar av styrker de brukte, eller ønsket å mobilisere, under sykdom og behandling. Dette er eksempelvis godt humør, oppmerksomhet, viljestyrke, positive relasjoner, håp og tro, beskyttelse og tiltak, og kontroll. Pasientene rapporterte også at helsepersonell sjelden fokuserte på pasientens styrker, hvilket de fremmet et tydelig ønske om. Pasienter ønsket at deres styrker blir verdsatt og styrket av helsepersonell, slik at pasienten selv kan bli aktiv partner i egenomsorg, samt oppleve en følelse av kontroll. I forhold til praktisk relevans, ser man at pasientens egne styrker er en avgjørende faktor for å mestre sykdommen. Sykepleiere bør derfor ha et større fokus på å kartlegge, aktivere og styrke pasientens helseaktiva.

Tittel, forfatter, årstall, utgivelsessted	Metode	Bakgrunn	Hensikt	Hovedfunn
Artikkel 3: “Looking for capacities rather than vulnerabilities: The moderating effect of health assets on the associations between adverse social position and health”, Mathieu Roy et.al., 2018, Quebec Canada	Artikkelen er basert på en tverrsnittsundersøkelse av en representativ del av voksne innbyggere i Quebec, Canada.	For å øke pasienters kapasitet og kontroll over egen helse, er det nødvendig å fremme faktorer som øker helseaktiva hos enkeltpersoner eller samfunn. Disse faktorene fungerer som en buffer og bygger grunnlag for å overvinne negative	I denne studien undersøkes sammenheng mellom sosial posisjon og helse ved å dokumenteres fordelingen av ulike individers helseaktiva. Det ble undersøkt på hvilken måte individenes ressurser kan ses i sammenheng	Ulik fordeling av eiendeler ble i undersøkelsen sett i sammenheng med ulike sosiale posisjoner. Kvinner var mer tilbøyelig til å delta i sosiale aktiviteter mens menn var mer tilbakeholdne. Flere menn enn kvinner hadde

		forhold og forbedre helse. Det er imidlertid liten kunnskap om fordelingen av ulike faktorer i forhold til sosial stilling og helse.	med sosial stilling og selvrapportert opplevelse av helse. Undersøkelsen er utført i et helsefremmende og forebyggende perspektiv.	universitetseksamen, høyere inntekt, eide egen bolig og var i arbeid. Flere kvinner enn menn bodde alene, var enslige og hadde stressrelaterte psykiske utfordringer. Motstandskraft og sosial deltakelse var moderatorer for ugunstig sosial stilling (eks. å leve alene, lavere husstandsinntekt), og selvrapportert helse. Det var et klart funn at å ha eiendeler bidrar til bedre helse. Eiendeler bidrar også til større toleranse for helsemessig belastning ved at utfallet av samme mengde stress fikk færre negative konsekvenser hos eiere av flere eiendeler. Samfunnmessig avdekket studien at tiltak som øker personers eiendeler og utfyller nåværende helsetilbud er nødvendig, spesielt for mennesker i ugunstige situasjoner. Beslutningstakere og utøvere av helse- og sosialtjenester kan bruke disse funnene til å øke individens kapasitet og ressurser, i stedet for å fokusere primært på å forebygge sykdommer og redusere risikofaktorer.
--	--	--	--	---

Tittel, forfatter, årstall, utgivelsessted	Metode	Bakgrunn	Hensikt	Hovedfunn
Artikkel 4: "Nurse perceptions and experiences of patient health assets in oncology care: a qualitative study", Ann Kristin Rotegård MSN, Cornelia M. Ruland PhD, May Solveig Fagermoen PhD. 2011, Oslo, Norge	Utforskende og beskrivende metode ved hjelp av fem fokusgruppeintervjuer. Utvalgte personer med rik kunnskap om tema ble valgt ut fra to universitetssykehus i Norge samt en kreft-organisasjon.	Gjennom et litteratursøk med tema helseaktiva fant forfatterne av artikkelen ut at begrepet helseaktiva ble tatt initiativ til i Rozella Schlotfeldt sin sykepleiemodell fra 1988, hvor hennes fokus hovedsakelig var på personers styrker og ikke på deres	Det ble omtrent ikke nevnt noe om helseaktiva i forhold til voksne personer, bruk av og viktigheten av helseaktiva i situasjoner med sykdom, eller i sykepleie-kontekst i litteraturen forfatterne gikk igjennom. Ifølge forfatterne, virker en tilnærming som	De fleste sykepleierne som var intervjuet kjente ikke til begrepet aktiva, og hadde heller en forståelse av begrepet i forhold til økonomi, aksjer, og politikken bak det å spare penger - som hadde den underliggende betydningen at dette førte til dårligere

		<p>problemer og patologi. Begrepet helseaktiva har fått økende oppmerksomhet i andre fagfelt, særlig psykologi og psykiatri, folkehelse og sosialt arbeid, opp gjennom årene, men ikke innen sykepleie. Helseaktiva har blitt diskutert i forhold til økonomiske og sosiale avgjørende faktorer for helse (“determinants of health”) på tvers av befolkninger, også når det gjelder menneskelig kapital sett i lys av bekjempelsen av fattigdom. Basert på litteratursøket definerer forfatterne begrepet helseaktiva som, fritt oversatt fra engelsk, “repertoaret av potensiale - indre og ytre styrkende kvaliteter som individet innehar, både medfødt og tillært - som mobiliserer oppførsel som fører til god helse og optimal helse/ hvor utfallet er velvære”. Fire kjernedimensjoner kommer frem; relasjonsstyrke, motivasjonsstyrke, beskyttende styrke og viljestyrke. (relational, motivational, protective and volitional strengths).</p>	<p>fokuserer på helseaktiva innen sykepleie lovende og kan frembringe helse og velvære, med resultater som fleksibilitet og at pasienter tar flere valg som fører til god helse, mestring og selvrealisering. (with outcomes like resilience and increased positive health behaviours, mastery and self-actualization). Forfatterne ville derfor utforske sykepleieres ekte erfaringer av helseaktiva, hvor de tilegnet seg informasjon som representerte både subjektivt og objektivt syn på helseaktiva. Kjernespørsmålene i artikkelen var, fritt oversatt fra engelsk: Hvilken oppfatning har sykepleiere av begrepet helseaktiva og pasientressurser? Hvilke erfaringer har sykepleiere av kreftpasienters helseaktiva, som de har trengt eller brukt, under pleie og behandling for kreftsykdom?</p>	<p>praksis og dårligere betingelser for pasientene i stedet for å øke kvaliteten på sykepleien. De kjente til begrepet pasientressurser. Etter å ha blitt introdusert til begrepet helseaktiva forstod sykepleierne begrepet som et synonym til pasientressurser. Artikkelen identifiserte tre nye kjernedimensjoner av helseaktiva, i tillegg til relasjonsstyrke, motivasjonsstyrke, beskyttende styrke og viljestyrke. Disse var kognitiv-, emosjonell- og fysisk styrke. Artikkelen konkluderer med at sykepleieteorier vil kunne tjene på å inkludere helseaktiva som begrep, som har fokus på positive egenskaper, i stedet for det eksisterende synet i sykepleieteori som hovedsakelig fokuserer på problemer. Dersom sykepleiere skal begynne å bruke helseaktiva trengs det begrepsmodeller og teorier som støtter den type tilnærming. Ved å aktivere pasientens helseaktiva kan sykepleiere bidra til bedre helse (outcome) hos pasientene sine. Sykepleier kan ved dette få til et mer likeverdig forhold mellom sykepleier og pasient, slik at begge er like ansvarlige for bedring - forholdet er balansert ved at makten er fordelt likt mellom partene. Alle pasienter har helseaktiva som kan aktiveres og styrkes. Dette perspektivet er kongruent med pasient-sentrert pleie. Dersom man sammenligner en sykepleie-tilnærming</p>
--	--	--	--	---

				<p>basert på individuelle preferanser og skreddersydd behandling for pasienten, kan dette bidra til verdiskaping og kostnadseffektivitet, i forhold til at det blir tatt avgjørelser angående behandling på gruppenivå. Dette fører til at pasienten må spille en større rolle i sin egen behandling. For å lykkes med en tilnærming som fokuserer mer på helseaktiva, trengs det en omorganisering av helsetjenesten for at sykepleier skal få nok en-til-en tid med pasienten.</p> <p>Artikkelen konkluderer med at det trengs mer forskning på begrepet helseaktiva, og foreslår at nye studier bør utforske hvordan sykepleier kan hjelpe pasienten til å balansere sine helseaktiva, hvilke strategier som passer best på individnivå, faser av sykdom og ulik kontekst. Dersom pasientens helseaktiva blir aktivert, kan pasienten påta seg (med)ansvar og delta i sin egen pleie/behandling. Dette kan føre til at pasienten krever tilbake og vedlikeholder kontroll og makt over sin egen situasjon innen helsetjenesten og i hverdagen, og med dette få bedre helse og øke sin velvære.</p>
--	--	--	--	---

Tittel, forfatter, årstall, utgivelsessted	Metode	Bakgrunn	Hensikt	Hovedfunn
Artikkel 5: "Are health assets associated with	Dette er en systematisk oversikt. Databaser som ble brukt er	Helseaktiva (pasientens ressurser) er beskyttende faktorer	Hensikten med studien var å fastslå, når det gjelder inneliggende	Det komplekse samspillet mellom helsestatus og

improved outcomes for hospitalized older adults - A systematic review”, Kate J. Gregorevic, Wen Kwang Lim, Nancye M. Peel, Ruth S. Martin, Ruth E. Hubbard. 2016, Melbourne, Australia	MEDLINE, EMBASE, CINAHL og PsycINFO. Det ble søkt etter studier som analyserte utfallet av sykehusinnleggelse hos eldre voksne. De inkluderte studiene analyserte minst en potensiell individuell helseaktiva, enten psykososial eller fysisk. Kvaliteten på studiene ble vurdert, (and findings are narratively described).	som bygger opp under helse og velvære, i motsetning til risikofaktorer som er assosiert med sykdom. Når det gjelder eldre voksne pasienter inneliggende i sykehus, har vanlig tilnærming vært å identifisere risikofaktorer, med lite fokus på å kartlegge helseaktiva.	eldre voksne i sykehus, om individuelle helseaktiva minimerer risikoen for dødelighet etter utskrivelse, funksjonssvekkelse, nyoppstått behov for økt hjelpebehov (sykehjem, korttidsopphold, hjemmesykepleie), reinnleggelse eller forlengelse av sykehusopphold.	psykiske- og sosiale faktorer er ikke fullstendig kartlagt/forstått. Helseaktiva er assosiert med bedre resultater (improved outcome) hos eldre voksne pasienter inneliggende i sykehus. På grunn av få studier på området som oppfylte inklusjonskriteriene i denne studien konkluderes det med at det trengs mer forskning på området.
--	--	---	--	--

Tittel, forfatter, årstall, utgivelsessted	Metode	Bakgrunn	Hensikt	Hovedfunn
Artikkel 6: “Å mestre livet ved alvorlig sykdom: Antonovskys helseteori som guide til helsefremming i sykehus”, Sigrunn Drageset, Sidsel Ellingsen og Gørill Haugan, 2017, Bergen, Norge	Antonovskys spørreskjema Orientation to Life Questionnaire (OLQ) som måler OAS (opplevelse av sammenheng).	Stadig kortere liggetid på sykehus medfører at helsepersonell bør gjøre mest mulig på kortest mulig tid. Dette kan medføre at møtet mellom sykepleier og pasient kan bli preget av travelhet. Korte møter kan gi lite rom for samtale, og pasienter oppfatter travelhet blant helsepersonell. Sykehusinnleggelse grunnet alvorlig sykdom medfører en endret livssituasjon som for mange vil vedvare også etter sykehusoppholdet. Alvorlig syke har ofte behov for samtaler med helsepersonell som støtte for å håndtere sin nye livssituasjon. For sykepleier kan det være utfordrende å nærme seg pasientens bekymringer når tiden er knapp. Antonovskys teori er holistisk, hvor menneskets helse forstås som en helhet av en fysisk, psykisk, sosial og åndelig/eksistensiell dimensjon som alltid befinner seg i en pasientavhengig	Drøfte hvordan helsepersonell kan anvende kunnskapen og OAS som en guide for å fremme mestring, og følgelig livskvalitet og helse, i møte med pasienter i sykehus.	Kunnskap om OAS kan bidra til at helsepersonell blir oppmerksom på hvordan pasienten forstår, håndterer og finner mening i sin livssituasjon. Anvendelse av Antonovskys konkrete spørsmål kan være et hjelpemiddel for helsepersonell og fungere som døråpnere i møte med pasientens livssituasjon. En forutsetning for dette er at oppmerksomhet overfor pasientens opplevelser, følelser, tanker og ressurser prioriteres når man er sammen med pasienten. Det er avgjørende at helsepersonell tar denne kunnskapen på alvor og anvender den aktivt i møte med inneliggende pasienter på sykehus.

		<p>kontekst. Det trekkes sammenheng mellom pasientens psykiske mekanismer og fysiske reaksjoner, eksempelvis stressreaksjoner. Helsefremmende tilnærminger til pasientens opplevelser kan påvirke pasienten som en helhet, en "fysisk-psykisk-sosial-åndelig enhet". Pasientens plager og symptomer vil kunne dempes av salutogene helseressurser som mening, begripelighet, håndterbarhet og mestring.</p>		
--	--	---	--	--

Tittel, forfatter, årstall, utgivelsessted	Metode	Bakgrunn	Hensikt	Hovedfunn
<p>Artikkel 7: "Health promotion in specialist and community care: how a broadly applicable health promotion intervention influences patient's sense of coherence", Kristin Heggdal og Beate Jelstad Lovaas. 2017, Oslo, Norge</p>	<p>Studien hadde et pre-post design. Salutogenese (sense of coherence) ble målt ved hjelp av et spørreskjema, SOC-29. Deltakerne fylte ut skjema ved studiens start samt etter 14 dager. Gruppen bestod av 108 voksne nordmenn mellom 21 og 89 år fra to forskjellige steder i Norge. Dataene fra spørreskjemaet ble analysert ved hjelp av t-tester.</p>	<p>Intervensjoner myntet på helse til personer med kronisk sykdom sikter på å styrke individets ressurser vedrørende velvære, i tillegg til individets evne til å håndtere sin tilstand. Det forutsetter at det er etablert et partnerskap mellom pasienter og helsepersonell samt fleksibilitet i helsetjenesten.</p>	<p>Å utforske mulige endringer i individers salutogenese (sense of coherence) mens de lever med sykdom over tid. Disse individene (ble utsatt for) en ny intervensjon som hadde fokus på helse innen sykdom, i tillegg til i hvilken grad pasienten hadde forståelse for begrepet "kroppskunnskap", som kan defineres som, fritt oversatt fra engelsk, "En avgjørende prosess som muliggjør utvikling av personlig kunnskap om egen kropp, ferdigheter som skal til for å håndtere situasjonen, helse og velvære". Denne intervensjonen ble opprinnelig utviklet i spesialisthelsetjenesten og ble senere implementert i en hjemmesykepleie-kontekst.</p>	<p>Gjennomsnittsskåren på SOC-29 spørreskjemaet endret seg i positiv retning fra studiens start til oppfølgingen fire måneder senere. Endringen var størst for individene fra hjemmesykepleien. For kvinnene i studien økte grad av sykdomshåndtering signifikant. Dette gjaldt også for de deltakerne i studien som hadde barn. Det var lignende funn hos deltakerne som bodde med en partner, i tillegg til deltakere som mottok trygd, pensjon eller sykepenger (public transfer payment). Studien konkluderer med at intervensjonen i studien bidro til en positiv trend i SOC hos personer som lever med sykdom. Intervensjonen ble døpt til "The Bodyknowledge Programme (BKP)". Over fire måneder møttes 8-10 personer med forskjellige</p>

				<p>kroniske sykdommer 7 ganger. Møtene varte i 3 timer. Noen hadde individuelle møter med samme innhold, som varte i 1,5 timer. Et tverrfaglig team med 80-timers kurs ledet møtene og utforsket pasientenes (health capabilities) sammen med de. Den pedagogiske tilnærmingen varierte mellom introduksjon til "Bodyknowledging model", dialog, fysiske øvelser og føring av dagbok. Funnene i studien avdekket at intervensjonen som ble brukt er et fleksibelt helsefremmende verktøy, på tvers av alder, diagnoser og sted(clinical site). Deltakerne som økte mest i SOC-score var de som mottok hjemmesykepleie. Derfor konkluderes det med at intervensjonen er spesielt relevant i oppfølgingen av personer som lever med kronisk sykdom i hjemmene sine. Intervensjonen bidrar til et skifte av perspektiver i helsetjenesten, mot styrkebasert pleie og helse innen sykdom. Kroppskunnskaping er et nytt og fleksibelt verktøy som kan brukes for å styrke SOC i klinisk praksis. BKP er et verktøy som kan brukes for å fremme "empowerment" hos pasienter, og dette kan føre til at pasientene kan ha et større ansvar for sin egen helse.</p>
--	--	--	--	--

Vedlegg 2 - Søkehistorikk

Database/ Searchengine/ Website	Search	Searchword/ MeSH terms/ combinations	Number of hits
Universitetet i Oslo 26.09.2018	1. Helseaktiva	Helseaktiva	1
Google 26.09.2018	1. Health assets	Health assets	1210000000
	2. Ann Kristin Rotegård	Rotegård	13400
		1 AND 2	27600
Pubmed 26.09.2018	1. health promotion	health promotion	125085
	2. sense of coherence	sense of coherence	2429
	3. patients	patient	6314196
	4.	1 AND 2 AND 3	38
<p>Relevante artikler fra søket:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Health promotion in specialist and community care: how a broadly applicable health promotion intervention influences patient's sense of coherence. - The Application of Salutogenesis in Healthcare Settings. 			
Medline 02.10.2018	1. health promotion	health promotion	82338
	2. sense of coherence	“sense of coherence” OR sense of coherence.mp.	2013
	3. patients	patient OR patient.mp.	2462564
	4.	1 AND 2 AND 3	14
<p>Relevante artikler fra søket:</p>			

- ingen			
Cinahl 02.10.2018	2. health promotion	health promotion	51753
	2. sense of coherence	sense of coherence OR SOC	2421
	3. patients	patient	1061089
	4.	1 AND 2 AND 3	18
Relevante artikler fra søket:			
<ul style="list-style-type: none"> - Å mestre livet ved alvorlig sykdom: Antonovskys helseteori som guide til helsefremming i sykehus. - Health promotion in specialist and community care: how a broadly applicable health promotion intervention influences patient's sense of coherence. 			
Epistemonikos	3. health promotion	health promotion	
	2. sense of coherence	sense of coherence OR SOC	
	3. patients	patient	
	4.	1 AND 2 AND 3	
Pubmed 02.10.2018	1. health assets	health assets	2689
	2. patients	patient	6314196
	3. nurse	nurse	358300
	4. cancer	cancer	3732327
	5.	1 AND 2 AND 3 AND 4	2
Relevante artikler fra søket:			
<ul style="list-style-type: none"> - Nurse perceptions and experiences of patient health assets in oncology care: a qualitative study. - Cancer patients' experiences of their personal strengths through illness and recovery. 			
Cinahl 26.09.2018	1. health assets	Health assets	1462
	2. patients	patient	1060231

	3. nurse	nurse	387653
	4. cancer	cancer	195279
	5.	1 AND 2 AND 3 AND 4	2
Relevante artikler fra søket:			
<ul style="list-style-type: none"> - Nurse perceptions and experiences of patient health assets in oncology care: a qualitative study. - Cancer patients' experiences of their personal strengths through illness and recovery. 			
Medline 02.10.2018	1. health assets	health assets	75
	2. nurses	nurse.mp. OR nurses	191104
	3. patients	patientm.p OR patients	2462564
	4.	cancer	1515004
	5.	1 AND 2 AND 3 AND 4	1
	6.	1 AND 2 AND 3	1
Relevante artikler fra søket:			
<ul style="list-style-type: none"> - Nurse perceptions and experiences of patient health assets in oncology care: a qualitative study. 			
Epistemonikos 02.10.2018	1. health assets	health assets	73
	2. patient	patient	104892
	3. nurse	nurse	7661
		1 AND 2 AND 3	1
Relevante artikler fra søket:			
<ul style="list-style-type: none"> - ingen 			
Cochrane Library 03.10.2018	1. health assets	health assets	123
	2. nurses	nurse	510
	3. patients	patient	4212
		1 AND 2 AND 3	5

Relevante artikler fra søket: - ingen			
Cinahl 03.10.2018	1. health assets	health assets	1463
	2. older adults	older adults	56765
	3. hospitalized older adults	hospitalized	2
Relevante artikler fra søket: - Are health assets associated with improved outcomes for hospitalised older adults? A systematic review.			
PubMed 03.10.2018	patient resources	patient resources	62937
	patients in hospital	inhospital	1584
		1 AND 2	35
Relevante artikler fra søket: - ingen			
Medline 03.10.2018	patient resources	patient resources	161
	patients in hospital	inhospital	1578
		1 AND 2	0
Relevante artikler fra søket: - ingen			
Cinahl 03.10.2018	patient resources	patient resources	47263
	patients in hospital	inhospital	271237
		1 AND 2	26
Relevante artikler fra søket: - ingen			
Epistemonikos 03.10.2018	patient resources	patient resources	1773
	patients in hospital	inhospital	158
		1 AND 2	1
Relevante artikler fra søket: - ingen			

Pubmed 16.11.2018	1. Health assets	health assets	2740
	2. patients	patient	6366904
	3. patients	patients	5236425
	4.	2 OR 3	6366904
	5. Nursing	nurse	360301
	6. Nursing	nurses	239758
	7. Nursing	nursing	721683
	8.	5 OR 6 OR 7	836756
	9.	1 AND 4 AND 8	807295

Relevante artikler fra søket:

- Alt for mange å gå igjennom, ingen relevante ved kort gjennomgang av de første sidene. Behov for å forsøke andre søkeord. Se nytt søk under:

Pubmed 16.11.2018	1. Health promotion	health promotion	126634
	2. Empowerment	empowerment	37116
	3. Patients	patient	6366904
	4. Patients	patients	5236425
	5.	3 OR 4	6366904
	6. Nursing	nurses	239758
	7. Nursing	nurse	360301
	8. Nursing	nursing	721683
	9.	6 OR 7 OR 8	836756
	10.	1 AND 2 AND 5 AND 9	229

Relevante artikler fra søket:

- Exploring health promotion and health education in nursing.
- Concerns and future challenges of health literacy in the Nordic countries - From the point of view of health promotion practitioners and researchers.
- Translating person-centered care into practice: A comparative analysis of motivational interviewing, illness-integration support, and guided

self-determination. - Low health literacy in older women: the influence of patient-clinician relationships. Strengths-based nursing.			
Medline 16.11.2018	1. Patients	patient.mp. Patients/	OR 2479210
	2. Nursing	nurse.mp. Nurses/	OR 191794
	3. Nursing	nursing.mp. NURSING/	OR 571112
	4.	2 OR 3	637435
	5. Empowerment	empowerment.mp.	10477
	6. Health promotion	health promotion.mp. Health Promotion/	OR 82781
	7.	1 AND 4 AND 5 AND 6	77
Relevante artikler fra søket: - Exploring health promotion and health education in nursing - Patient characteristics Associated with a Successful Response to Nurse-Led Care Programs Targeting the Oldest-Old: A Comparison of Two RCT's - Strengths-based nursing - Patient empowerment: emancipatory or technological practice? - Power and empowerment: critical concepts in the nurse-client relationship			
Pubmed 09.12.2018	1. Health assets	Health assets	2761
	2. Health promotion	Health promotion	127229
		1 AND 2	260
Relevante artikler fra søket: - Looking for capacities rather than vulnerabilities: The moderating effect of health assets on the associations between adverse social position and health			

Vedlegg 3 - PICO

P- population Pasientgruppe	I- intervention Intervensjon	C- comparison Sammenligning	O- outcome Utfall
Kreftpasienter inneliggende i somatisk sykehus, eller hjemme, eller på sykehjem	<ul style="list-style-type: none"> - Health assets, assets, health, patient strengths, patient, strength, resources - Nurse, nursing, nurses - Cancer, cancer patients - Hospital, inhospital, hospitalized - Development, progress - Institutionalisation, Institutionalization - Motivation, empowerment, influence - Health literacy, attribution - Health promotion, health prevention - Holism - Intervention - Stress management - Patient expectations - Salutogenesis - INCP - SOC, sense of coherence - Antonovsky - Dag Album 	Hva skjer dersom sykepleier ikke kartlegger og bruker/aktiverer pasientens helseaktiva?	Kortere liggetid/ hurtigere rekonvalesens, høyere opplevd quality of life, frigjøring av ressurser for personalet fordi pasienten bruker egne ressurser på en mer hensiktsmessig måte/ aktiverer sine helseaktiva. Pasienten er motivert til videre behandling/rehabilitering. Pasienten kan få økt mestringsfølelse og økt eierskap til egen sykdom og behandlingsforløp. Helsefremmende, forebyggende, samfunnsøkonomisk.

Vedlegg 4 - Skjema for kartlegging av pasienters helseressurser**KARTLEGGING AV HELSERESSURSER**

Kjære pasient! I dette skjemaet vil vi kartlegge mer om deg og din situasjon slik at vi kan følge deg opp på best mulig måte. Vår erfaring er at denne informasjonen er med på å legge bedre til rette for at vi kan støtte deg i å bidra med dine egne ressurser i forbindelse med din helsetilstand. Etter kartleggingen, vil vi sammen med deg se på hvordan vi kan arbeide sammen for å styrke deg i forbindelse med behandlingen. Vi setter derfor pris på at du svarer så ærlig som mulig. Lykke til!

Fylles ut av pasient:

Pasientens navn:

Fødselsnummer:

Fylles ut av sykehuset:

Dato:

Avdeling:

Sykepleier:

Dato oppfølging/ revidering:

Fylles ut av pasient. Marker det som passer best:**Sykepleiers notater:****1. Jeg ønsker å bidra i forbindelse med min behandling**

Ja Nei Usikker Vil ikke svare

2. Jeg føler jeg blir involvert i min egen behandling

Ja Nei Usikker Vil ikke svare

3. Jeg mener jeg har mye å bidra med i forbindelse med min helsesituasjon

Ja Nei Usikker Vil ikke svare

4. Jeg føler jeg blir informert av personalet på avdelingen om hva som skal skje, når og hvorfor

Ja Nei Usikker Vil ikke svare

5. Informasjonen jeg får er forståelig og håndterbar

Ja Nei Usikker Vil ikke svare

6. Jeg opplever at jeg kan spørre om det jeg lurer på

Ja Nei Usikker Vil ikke svare

7. Jeg er flink til å ta til meg og forstå informasjon

Ja Nei Usikker Vil ikke svare

8. Jeg er generelt en engasjert person

Ja Nei Usikker Vil ikke svare

Sykepleiers notater:**9. Jeg tror jeg kommer til å bli frisk og/eller oppleve god livskvalitet**

Ja Nei Usikker Vil ikke svare

10. Jeg er en optimistisk person

Ja Nei Usikker Vil ikke svare

11. Jeg har stort sett godt humør

Ja Nei Usikker Vil ikke svare

12. Jeg er utholdende

Ja Nei Usikker Vil ikke svare

13. Jeg har familie som er der for meg og stiller opp

Ja Nei Usikker Vil ikke svare

14. Jeg har venner og/eller kolleger som stiller opp

Ja Nei Usikker Vil ikke svare

15. Mine pårørende blir informert og involvert i behandlingen

Ja Nei Usikker Vil ikke svare

16. Jeg er bekymret for min helsesituasjon

Ja Nei Usikker Vil ikke svare

17. Jeg opplever at jeg er redd eller har angst

Ja Nei Usikker Vil ikke svare

18. Jeg har økonomiske bekymringer

Ja Nei Usikker Vil ikke svare

19. Jeg har bekymringer i forhold til bosted og boforhold

Ja Nei Usikker Vil ikke svare

20. Jeg føler meg ensom

Ja Nei Usikker Vil ikke svare

21. Jeg føler meg usikker for fremtiden

Ja Nei Usikker Vil ikke svare