



**Haraldsplass**  
DIAKONALE HØGSKOLE  
Bergen Diakonissehjem



**Åse Gammersvik**

# Arbeidsmåter i helsefremmende sykepleie i lys av Gadammers forståelsesbegreper – vitenskapsteoretisk essay

Haraldsplass diakonale høgskole  
**Skriftserien 1/ 2013**

Tittel: Arbeidsmåter i helsefremmende sykepleie i lys av Gadammers  
forståelsesbegreper  
Forfatter: Åse Gammersvik

Haraldsplass diakonale høgskole. Skriftserien 1/ 2013.  
Haraldsplass diakonale høgskole

ISBN-10 82-7928-100-2 (online)  
ISBN-13 978-82-7928-100-9  
EAN 9788279281009

ISSN (online) ISSN 1891-828X  
Serietittel: Haraldsplass diakonale høgskole. Skriftserien

©Haraldsplass diakonale høgskole 2013-01-29

Henvendelser vedrørende publikasjoner kan rettes til:

Haraldsplass diakonale høgskole  
Ulriksdal 10  
5009 BERGEN  
Telefon: 55 97 96 30

E-post: [hdh@haraldsplass.no](mailto:hdh@haraldsplass.no)

Nettadresse: <http://www.haraldsplass.no>

**Arbeidsmåter i helsefremmende sykepleie  
i lys av Gadammers forståelsesbegreper  
Vitenskapsteoretisk essay**

**Åse Gammersvik**

**Vitenskapsteoretisk kurs for førstelektorkandidater 2011-2012 ved  
NLA Høgskolen, Bergen. Mai 2012.**

## **Innholdsfortegnelse**

<b>INNLEDNING</b>	s. 2
<b>LITTERATURGJENNOMGANG</b>	s. 3
<b>Forståelse av helsefremming</b>	s. 3
”DEN NYE” MÅTEN Å FREMME HELSE PÅ DEN HELSEFREMMENDE PROSESSEN Å FREMME HELSE I SYKEPLEIE	
<b>Gadamers forståelsesbegreper</b>	s. 5
FORFORSTÅELSE – FORDOM Å UTVIDE FORSTÅELSESHORISONTEN HORISONTSAMMENSMELTNING OG SAMTALEN	
<b>DRØFTING</b>	s. 8
<b>Målet er økende mestringskompetanse</b>	s. 8
<b>Å utvide horisonten er en tilegnelsesprosess over tid</b>	s. 8
<b>Innhold: Kroppslig viten, forståelse og mening</b>	s. 9
<b>Betingelser for å oppnå økende mestringskompetanse</b>	s.10
ERKJENNE AT BEGGES (FOR)FORSTÅELSE HAR BETYDNING FOR LÆRINGSPROSESSEN Å REFLEKTERE OVER EGNE FORDOMMER Å HENSETTE SEG TIL ET ANNET MENNESKE – Å INVOLVERE OG ENGASJERE SEG	
<b>Hvordan samtale for å utvide horisonten</b>	s.12
<b>Helseopplysning, informasjon eller veiledning</b>	s.13
<b>Noen kritiske tanker</b>	s.15
<b>Oppsummering</b>	s.16

# Arbeidsmåter i helsefremmende sykepleie i lys av Gadammers forståelsesbegreper

## INNLEDNING

Å *veilede* pasienter om hvordan de kan forholde seg til å ha en sykdom og å leve med denne, er en arbeidsoppgave mange sykepleiere kjenner seg igjen i. Samtidig er det å *gi helseopplysning, informasjon* eller *råd* dagligdags i sykepleien. Hensikten med slike arbeidsmåter er flere. For det første har pasienten i følge Pasientrettighetsloven (1999) *rett til* informasjon for å være i stand til å ta rette valg om egen sykdom og helse. Pasienten trenger med andre ord kunnskap for å ta beslutninger. For sykepleierens del handler dette om informasjon om helsehensyn og valg i forhold til arbeidsoppgaver som en sykepleier har ansvar for.

For det andre er kunnskap en forutsetning for å *mestre* det som sykdomsutfordringen medfører. Pasienten skal mestre behandlingen av sykdommen og å leve med sykdommen både under akutfasen og senere i forløpet. *Helsen skal fremmes og gjenvinnes*, slik at pasienten igjen kan få et godt liv. Noen pasienter får også en kronisk sykdom som de skal leve med i dagliglivet, og trenger livslang oppfølging. Mestring kan forstås som å klare noe på egenhånd, det er en kompetanse i noe. Hensikten med kunnskap eller kompetanse i denne sammenheng er altså på sikt å fremme egen helse. For å greie noe på egenhånd må en ha tilgang på ressurser, kunnskaper, ferdigheter, hjelpere eller utstyr og evner til å utnytte dette (Heggen, 2007).

Sykepleieren er støttespiller eller reisefølge for pasientene når de skal oppnå slik kompetanse.

Sykepleierens arbeid er oftest knyttet til syke mennesker med forskjellige omsorgsbehov og ressurser, på ulike arenaer (Norsk sykepleierforbund, 2008). De har ansvar for å hjelpe pasientene med grunnleggende behov i forhold til sirkulasjon, respirasjon, ernæring og eliminasjon, aktivitet, søvn og hvile, sosiale og åndelige behov. Andre oppgaver er kroppsspleie, medisinerer, og deltakelse ved behandling og undersøkelser. Det er i disse daglige møtene med den enkelte pasient at helsen skal fremmes og gjenvinnes. Sykepleiefaglig omsorg er i følge Kari Martinsen (2005) trefoldig: relasjonell, praktisk og moralsk på samme tid. Moralen er overordnet og viser seg gjennom måten en utfører sykepleie på. Når en gir helseopplysning, informasjon og råd, eller veileder, er det den relasjonelle siden som er i fokus. Hvordan en møter den andre får da en moralsk tone etter hvordan en forstår den menneskelige eksistens. Martinsen (2005) skiller som Skjervheim (1996), mellom to ulike måter å uttrykke seg på når en møter pasienten: *å overtale* eller *å overbevise*. Når en overtaler bruker en rasjonell eller instrumentell fornuft som retningsgivende for menneskelig samhandling. Det er dette Skjervheim (1996) kaller for det instrumentelle mistaket. En prøver å overtale den andre ved å betrakte den andre som et objekt og påføre den andre ens egen mening. Dette fører ikke nødvendigvis til at pasienten får større innsikt. Det er et mistak å møte mennesker med samme forståelse som ting. Derimot kan en samtale om en sak slik at en overbeviser den andre i kraft av bedre argumentasjon som gir innsikt (Martinsen, 2005; Skjervheim 1996). I denne siste relasjonen er det likeverd mellom partene, og begge er deltakere i samtalen. Mange av pasientene som sykepleieren møter er sårbare

og avhengige av den hjelpen de får. Dette medfører at sykepleieren har stor makt over pasienten. Dette fordrer sykepleieren sterkt til å ha en refleksiv innstilling til egen væremåte.

En viktig motivasjon for å skrive om sykepleierens arbeidsmåter i helsefremmende arbeid er også at myndighetene nå gir sterke signaler om at helsefremming skal prioriteres sterkere (St. meld. 47, 2008-2009). I Lov om helse- og omsorgstjenester § 3-2 står det at dette skal være *en del av den ordinære virksomheten* (Medlex Norsk Helseinformasjon, 2011). Pasientens helhetlige sykdomsforløp skal følges bedre opp og pasienten skal få hjelp *både til behandling av sykdommen* og til å *leve med sykdommen*. Videre kommenteres at både *opplysning, råd og veiledning* er fremgangsmåter. Dette krever innsikt i *hvordan* disse språklige aktivitetene kan utføres og *når* en skal velge hvilken måte.

Hensikten med dette essayet er altså å få en større og mer nyansert forståelse for hvordan sykepleier kan bidra til at pasientenes helse fremmes gjennom språklige aktiviteter. Til hjelp for å utvide min forståelse vil jeg hente inspirasjon fra Gadammers tenkning, og gjennom hans forståelse av mennesket og hans vitenskapsteoretiske begreper reflektere over hvordan sykepleier best kan støtte opp om pasientens helsefremmende prosess.

Problemstillingen er som følger: **Hvordan kan Gadammers vitenskapsteori bidra til refleksjon over valg av arbeidsmåter i sykepleie for å støtte opp under pasientens helsefremmende prosesser?**

For å svare på dette starter jeg med å beskrive kort helsefremming både generelt og spesielt i sykepleiefaget. Det er denne forforståelsen jeg har med inn i arbeidet med dette essayet og som vil være min forutsetning for å forstå mer. Deretter vil jeg redegjøre for Gadammers vitenskapsteoretiske forståelse og begreper. Dette vil så brukes til å belyse problemstillingen.

## LITTERATURGJENNOMGANG

### Forståelse av helsefremming

#### ”DEN NYE” MÅTEN Å FREMME HELSE PÅ

Det skjedde en endring av forståelse av helsefremmende arbeid på siste halvdel av 1900-tallet fra det som kalles ”den tradisjonelle” måten å fremme helse på til ”den nye” måten å fremme helse på. Fra ensidig å forstå helse som fravær av sykdom, vokste det fram en forståelse at helse *også handlet om å leve et godt liv, på tross av sykdom*. Helse blir skapt der folk lever og bor, og det avhenger av levekår og sosiale aspekter (Mittelmark et al., 2012). I helsefremmingstenkningen er derfor helsefremmende politikk, kompetansebygging og empowerment viktige strategier på ulike nivåer i samfunnet. Med dette menes at i

all politikk skal en legge til rette for muligheten til å leve et sunt liv, befolkningen skal utdannes (kompetanse) til å ta ansvar for seg selv og sin helse, og dette skal gjøres ved å omfordele makt og myndighet nedover i systemene (empowerment). Fra hvert sitt nivå og hver sin plass i samfunnet skal alle bli aktører i et dugnadsarbeid mot bedret helse. Sykepleierens arbeid er rettet mot syke mennesker på *individnivå*. Sykepleierens bidrag i helsefremmende arbeid kan derfor sees på som å stimulere pasientens kapasitet eller mestringsevne, ved å gi makt og myndighet til pasienten. Dette kalles individuell empowerment (myndiggjøring) (Naidoo & Wills, 2009). Gibson (1991) ser på empowerment som en prosess som går over tid, og som endrer seg etter pasientens skiftende forutsetninger.

Helsefremming blir i dag definert som "den prosessen som gjør den enkelte så vel som fellesskapet i stand til å ta ansvar for egen helse og slik bedrer sin egen helse" (WHO, 1986). Det henvises til en prosess som dyktiggjør individer eller befolkningen som helhet til egenomsorg for helse.

Arbeidsmåten i "den nye" måten å fremme helse på er forskjellig fra "den tradisjonelle" måten å fremme helse på. Den svenske sosiologen Starrin (1997) skiller mellom helsefremmingsforståelser ved å sammenligne idealtypiske verdisett som gir retning for arbeidet. "Den tradisjonelle" måten relateres til et paternalistisk verdisett. Eksperten vet hva som er best for den andre. En gjør oppgavene for pasienter, en gir råd og en dirigerer. I den "nye måten" har menneskers mening lik verdi og betydning, og mobilisering, delaktighet og samarbeid verdsettes. Hjelper og den som trenger hjelp samarbeider "sida vid sida" for å oppnå helse med utgangspunkt i pasientens tilstand og ressurser.

## **DEN HELSEFREMMEDE PROSESSEN**

Rørvik (1994) definerer læring som en tilegnelse eller disposisjon til en relativ varig forandring av adferd, som bygger på tidligere erfaringer og omfatter tenkning, opplevelse og ytre adferd. En pasient kan altså lære noe nytt eller omlære det han allerede kan. Videre signaliserer definisjonen noe *aktivt*; det er en tilegnelse for noen (pasienten) av noe (å ha og å leve med sykdom). Læringen omfatter både den lærendes tenkning, handling og opplevelse. Dette innebærer at læringsprosessen er individuell og personlig (Jensen & Johnsen, 2000). Læringen handler altså både om et *innhold* (noe), en *prosess* (tilegnelse) og en *funksjon* (kompetanse). I et sosiokulturelt syn på læring som helsefremmende arbeid er tuftet på, påvirker og påvirkes mennesket av omgivelsene. Sykepleieren er en hjelper i læringen, men det er pasienten som gjør tilegnelsesjobben. Spørsmålet er hvordan en går fram for å oppnå slik læring.

## **Å FREMME HELSE I SYKEPLEIE**

Det er flere sykepleieteoretikere som har helse som mål. Noen representanter for dette er sykepleieteoretikerne Benner og Wrubel (2003). De har en fenomenologisk tilnærming til sykepleie. Benner og Wrubel mener at sykepleieren alltid skal ta utgangspunkt i pasientens opplevelse av å ha en sykdom og å være syk. Dette er ikke til hinder for at sykepleier samtidig gir den nødvendige sykepleiefaglige

behandlingen. Videre mener de at menneskene har noen felles trekk. Vi lever i en *sammenheng* (kontekst) med andre og vi har alle noe som er viktig for oss og oppleves *meningsfullt*. Vi bærer med oss både *kroppslig og kognitiv kunnskap*. Denne kunnskapen får vi ved å vokse opp i en kultur, i et miljø, eller ved å være til, og det er i lys av dette livet sanses og tolkes. Denne måten å være på er ureflektert, og vi tar den kroppslige viten for gitt, sier Benner og Wrubel (2003).

Når en blir syk erfarer en at det en har med seg inn i situasjonen ikke strekker til (Benner & Wrubel, 2003). Ved lammelse i armen er denne ubrukelig når en skal spise, og en må bruke kroppen på en annen måte for å få i seg maten. En må forstå noe annerledes og en må finne en mening med dette nye som har kommet på. Sykdommen medfører at det en verdsetter og dem en bryr seg om ikke kan nås på samme måte som før. Benner og Wrubel (2003) sier at ved sykdom får en et *brudd i kroppslig viten, forståelse og mening, noe som medfører stress*. Å hjelpe pasienten til å mestre dette stresset er sykepleierens oppgave. Kroppslig viten og forståelse, og det som gir mening og betyr noe for pasienten, skal reorganiseres. *Målet er at pasienten mestrer på en annerledes måte, og velvære skal igjen oppnås og helsen gjenvinnes*. Det er gjennom språket sykepleieren kan både få tak i hva som er pasientens bakgrunnsforståelse, og hva som betyr noe for han. Og det er gjennom språket sykepleieren kan hjelpe pasienten til å finne ut hvordan han skal bli fortrolig med den nye situasjonen.

## **Gadamers forståelsesbegreper**

Filosofen og historikeren Hans-Georg Gadamer kan gi inspirasjon til og forståelse av hvordan en gjennom språket kan bidra til en helsefremmende læringsprosess, slik at pasienten etter hvert mestrer helseutfordringen. Gadamer står i en fenomenologisk og hermeneutisk tradisjon (Lægneid & Skorgen, 2001). Hermeneutikk står opprinnelig for læren om eller kunsten i å fortolke tekster (tradisjonell hermeneutikk). Etter hvert har hermeneutikken utviklet seg til også å gjelde tolkning og forståelse i andre sammenhenger som foreksempel samhandling, muntlig tale, kunst, arkitektur eller kulturelle forstillinger. En søker å klargjøre hva som skjer i selve forståelsesprosessen, det vil si å forstå *betingelsene for forståelsen*. Det er derfor av interesse å se nærmere på om Gadamer kan hjelpe oss til å bli mer bevisst på betingelsene for at forståelsen kan utvikles i helsesamtalen. Gadamer hevder nemlig at kunsten i å fortolke tekster, kan være en modell for all virkelighetsforståelse (Lübcke, 1991).

## **FORFORSTÅELSE - FORDOM**

Vi har ikke direkte tilgang til virkeligheten slik den er, den er for kompleks og utenfor vår erkjennelse, sier Gadamer (2003). Vi evner ikke å se alt samtidig. Det er gjennom tolkning vi forstår, og for å tolke må vi ha noen erfaringer, innsikter og oppfatninger å fortolke med. Alt det som vi ser har vi *allerede fortolket i lys av forforståelsen*, og når vi møter nye situasjoner forstår vi i kraft av det vi allerede har forstått. Videre sier han at det skjer noe med oss når vi forstår: det blir helt klart og håndgripelig for en (Gadamer, 2003, s. 148). Når



vi skal uttrykke denne forståelsen er den av språklig natur. I samtalen mellom pasienten og sykepleieren er begges forforståelse potensielle kilde til oppdagelser og nye forståelser på det som løftes fram. Med andre ord er all forforståelse betingelser for å forstå mer (Gadamer, 2010). Gadamer bruker begrepet fordom for denne forforståelsen. Fordommen er produktiv og en mulighetsbetingelse for mer forståelse (Lübcke, 1991). *Fordommen* er det som vi bedømmer situasjonen med som *går foran* forståelsen som kommer, og innvirker på denne (Gadamer, 2001). Dette gjelder både for pasienten og sykepleieren.

Betingelsen for at vi skal forstå det som har gyldighet er at vi *reflekterer over våre fordommer* slik at vi kan forkaste dårlige løsninger og ta til oss de gode eller legitime. Hver gang man stiller en fordom i søkelyset bruker man en rekke andre fordommer (Gadamer, 2001). Gadamer sier videre at vi allerede kjenner til de rette løsningene, men vi er ikke bevisst på hva de er. Mange måter å tenke og forstå på er overlevert til oss gjennom den kulturen vi lever i og som vi er en del av. Vi er verken historieløse, tradisjonsløse eller kontekstuavhengige. Gadamer (2001 s. 131) sier at ”i realiteten tilhører ikke historien oss, vi tilhører den”. Vi arver perspektiv, synspunkter og argumenter. Noe vil bli videreført, men i kraft av den overleverte ”arven” vil vi også være i stand til å være kritiske.

Eksempelvis er forforståelsen preget av det helse- og sykdomssyn som råder i helsevesenet. Videre kan en overlevert forståelse av pasientrollen eller hjelperollen styre oss, og språket som brukes kan åpne opp eller stenge for den gode samtalen. Gjennom refleksjon kan en bli bevisst ”arven” og bedømme våre fordommer bedre, mener Gadamer (2001).

Forforståelsen er altså både *produktiv* og *styrende* forutsetning for hvordan vi tolker verden, hvordan vi handler og forholder oss til det som møter oss.

## **Å UTVIDE FORSTÅELSESHORISONTEN**

Sentralt i den hermeneutiske tilnærmingen er begrepet horisont. Med det menes det synsfeltet en har og som er synlig fra et bestemt punkt (Gadamer, 2010). Sagt på en annen måte vil det alltid være noe vi ikke ser som begrenser vår forståelse. Men uten den horisonten vi har med oss gjennom vår forforståelse, er horisonten vanskelig å vurdere og dermed utvide. Våre fordommer er derfor en del av vår horisont, og *horisonten er noe som vi vandrer både i og sammen med*. Når vi erfarer mer, får vi en utvidet forståelseshorisont, og vi forstår mer. Betingelser for en horisontutvidelse er at vi har *evne til å revidere det vi forstår* og se hendelsen i et annerledes eller nytt perspektiv. Da må vi ha en åpen holdning og være villig til å ta det inn det nye. Slik blir forforståelsen korrigeret, og legges til vår forståelseshorisont. På den annen side kan vi også tenke oss at horisonten blir innsnevret. Uten evne til å være åpen for den andre eller å reflektere over våre tolkninger, kan vår forståelse få en slagside.

## **HORISINTSAMMENSMELTNING OG SAMTALEN**

Når det vi forstår før vi møter et fenomen, smelter sammen med det nye som vi prøver å forstå, har vi i følge Gadamer (2010) *en horisontsammensmelting*. I helsefremmende sammenheng handler det om å bidra språklig til at pasientens horisont utvides for å mestre ukjent terreng i forhold til sykdom.

For å utvide horisonten kan en samtale. *Samtalen er en språklig prosess* der samtalepartnerne kommer til en *gjensidig forståelse* (Gadamer, 2010 s, 423). Han sier at samtalen er ”noe vi vikler oss inn i”. Den er ikke styrt av den ene eller andre samtalepartnerens vilje, men den utvikles underveis. ”Det ene ordet tar det andre, samtalen tar en vending, den blir videreført og får en avslutning”. Det er videre en sammenheng mellom det språklige og forståelsen. Forståelsen blir overlevert til den andre gjennom språket. I utgangspunktet overleveres begges forståelse, og gjennom samtalen avsløres noe som trer fram som en gjensidig forståelse. Samtalen forvandler begge, det er ikke lenger min eller din synsing, men felles mening, sier Gadamer (2003 s. 151). Det avgjørende er om vi forstår den andres oppfatninger som rette og at det vi kommer frem til blir gyldig for oss.

Gadamer (2010 s. 343) sier at vi skal *hensette* oss i et annet menneske sin situasjon. Dette handler om åpenhet og vilje til å bringe oss selv inn i situasjonen. En må være en deltaker, og gi aksept til at den andre har noe å bidra med. Det å hensette seg innebærer ikke å underkaste seg, men at en hever seg opp til en høyere allmenhet og det som er felles eller universelt. Ved å hensette oss ser vi utover det altfor nære i den hensikt å *se bedre* det som er der, innenfor en større helhet. På denne måten blir en *bedre istand til å gi respons* til den andre. Vi sammenligner den andres oppfatninger med våre egne oppfatninger. Samtidig prøver vi å forstå den andres standpunkter. For å komme til en gjensidig forståelse innebærer dette å godta det som er fremmed eller motstridende for oss selv. En både holder fast ved eget standpunkt og vurderer den andres grunner, og etter hvert kommer en frem til en felles vurdering og språklig uttrykk for denne forståelsen. Den som har en horisont er i stand til å gjøre de rette vurderingene med hensyn til både det som er nært eller fjernt, stort eller smått angående alle ting som er innenfor hans horisont. Det språket som føres i samtalen, bærer etter hvert med seg *sin egen sannhet i seg selv*. Det er dette Gadamer kaller for *horisontsammensmelting* (2010, s. 345). Det er først når en i samtalen ikke oppnår en felles forståelse at en blir oppmerksom på hvilke betingelser den gjensidige forståelsen er underlagt. Da skjer det liten utvikling av gjensidig forståelse eller horisontutvidelse for samtalepartnerne. Forståelsen har mislykkes (Gadamer, 2000, s. 147).

Et viktig anliggende for Gadamer (2003) er at for å revurdere sine fordommer og utvide sine horisonter må en stille undrende spørsmål. All forståelse begynner med at noe taler til oss (s. 43). For at noe skal tale til oss må fordommene settes ut av spill, og dette gjøres ved å stille spørsmål ved en fordom en har. Å spørre betyr å plassere noe i det åpne (Gadamer, 2010 s. 404). Åpenheten har spørsmålets struktur. Dette kaller Gadamer et ekte spørsmål. Gjennom å svare på spørsmål og å spørre tilbake er en tvunget til å tematisere fordommene. Slik kan det som kommer fram bedømmes både positivt og negativt, og mening kan dannes. Hvis en derimot

stiller spørsmål for å bekrefte at man har rett, leter en ikke etter større innsikt. Dette kaller Gadamer et skinnspørsmål. Med andre ord er det av betydning hvordan en stiller spørsmålene og hvilken hensikt som ligger bak.

*Den hermeneutiske sirkel (spiral)* er et kjent begrep som handler om forståelsesprosessen i den hermeneutiske tradisjonen. Enkelt sagt forstår vi delene ut fra helheten og helheten ut fra delene gjennom en sirkulær vekselvirkning mellom disse (Gadamer, 2003). I samtalen foregår en kontinuerlig horisontsammensmeltning ettersom ulike deler av sakskomplekset blir satt i ”spill”. En oppdager nye perspektiver som en legger til den forståelsen en allerede har. Ved å *veksle i samtalen mellom del og helhet* får en altså en større innsikt. I et pasientperspektiv kan en tenke seg at pasienten utvider sin horisont under et sykehusopphold, i rehabiliteringsfasen og for kronisk syke vil dette si gjennom hele livet. Gadamer (Lübcke, 1991 s. 169) legger vekt på at forforståelsen også er en del av sirkelen, fordi det er denne en fortolker del og helhet med, og denne prosessen er subjektiv. Tidligere hermeneutikere har forstått sirkelen som noe som ligger til objektet. Sirkelbegrepet er kritisert, fordi det gir assosiasjoner til repetisjon (Thornquist, 2002). Begrepet spiral favner det dynamiske i forståelsesprosessen og viser til at denne er uendelig.

## **DRØFTING**

Hensikten med dette essayet er å oppnå en økt forståelse for hvordan sykepleier gjennom språklige arbeidsmåter kan bidra i pasientenes helsefremmende prosess i lys av Gadamers vitenskapsteori. Det er nemlig gjennom *de språklige prosessene forståelsen vokser frem*. Spørsmålet er også hvilken arbeidsmåte som er å foretrekke i helsefremmende arbeid på individnivå. Samtidig er sykepleieteoretikerne Benner og Wrubel (2003) veiviser for hvordan en kan fremme helse i sykepleiefaget. I drøftingen vil disse ses i sammenheng.

Jeg vil trekke to vanlige eksempler med meg gjennom drøftingen. Det ene handler om Kari som er 18 år, og som har fått flere bruddskader i både arm og fot i en ulykke og som blir avhengig av rullestol den første tiden fremover. Hun er over akuttfasen, og forberedes på en lengre rehabiliteringsperiode.

Den andre situasjonen handler om Ola på 40 år som er innlagt på sykehus for nyoppdaget diabetes, og er nå avhengig av insulin. Han skal lære seg å mestre å leve med denne sykdommen.

### **Målet er økende mestringskompetanse**

Gadamer (2001) ville ha sagt at det endelige målet for sykepleien til Ola og Kari er en horisontsammensmeltning, og at det stadig legges til nye perspektiver som smelter inn i horisonten; forståelsen utvides kontinuerlig etter hvert som en veksler mellom å rette ”sikten” på del og/eller helhet, og i

lys av det vi allerede forstår, forstår vi mer. Ola og Kari er i en evig hermeneutisk spiral. Når Kari og Ola møter sykdomsutfordringene vil de trenge ny kroppslig viten og utvidet forståelse både i akutsituasjonen og på sikt, og som både handler om *å ha* en sykdom og *å være* syk. De må revurdere og utvide sine forståelseshorisonter, fordi det som de ser nå er utilstrekkelig. Nåværende forståelser skal brytes, revurderes og omformuleres, slik at de forstår mer og mestrer mer på en annerledes måte. I helsefremmende tenkning er målet å oppnå kompetanse til å ta ansvar for egen helse (Mittelmark et al., 2012), og i følge Benner og Wrubel (2003) er målet at pasienten mestrer helseutfordringene de måtte ha, og slik at velvære igjen oppnås. Målet er altså at en gjennom språket skal bidra til en slik mestringskompetanse.

## **Å utvide horisonten er en tilegnelsesprosess over tid**

Horisontsammensmeltningen er altså en prosess og vil aldri helt sluttføres (Gadamer, 2010). Flere utfordringer ligger fram i tid som verken Kari eller Ola kan se for seg eller ta inn over seg i nåtiden. Prosessen starter når en erfarer eller blir bevisst at det en har med seg inn i situasjonen ikke er tilstrekkelig; det skjer et brudd i kroppslig viten, forståelse og mening (Benner & Wrubel, 2003). Den fortsetter inntil en mestrer å leve med sykdommen en har fått. Å arbeide mot en utvidet forståelseshorisonter kan minne om den helsefremmende prosessen definert som ”å gjøre den enkelte i stand til å ta ansvar for egen helse”(WHO, 1986) eller empowermentprosessen som Gibson (1991) knytter til en læreprosessen som går over flere faser og over tid. Rørvik (1994) kaller dette for en tilegnelse av en kompetanse. Det som skal læres eller omformuleres skjer i en læringsprosess, der en får kompetanse eller utvidet forståelseshorisonter tilpasset livsprosessene og sykdommens skiftende krav. Samhandlingsreformen (St. meld 47, 2008-2009) viser at sentrale myndigheter mener at vi skal ta pasientens sykdom i et livsløpsperspektiv på alvor.

## **Innhold: Kroppslig viten, forståelse og mening**

Pasienten møter sykepleiere i alle dagens gjøremål eksempelvis under kroppstellet, når medisiner skal gis eller når søvnen forstyrres. I disse situasjonene dukker det opp mange temaer som er knyttet til disse situasjonene eller til sammenlignbare situasjoner. Samtalen går, og gjennom det som sies kommer *naturlige og tilfeldige* samtaleemner opp. Andre ganger er innholdet *planlagt* eksempelvis når Ola skal lære å måle blodsukker. Benner og Wrubel (2003) mener at pasientens opplevelse av situasjonen er et godt utgangspunkt, og ut av det vokser det fram en innsikt i hva som skal tas opp. Dessuten skal sykepleier *bringe inn* både kognitiv viten og ulike kunnskapsformer som bidrar til økende forståelse, og det som er betydningsfullt i pasientens liv. Ut fra dette forstår en at det er et mangfold av innhold i kommunikasjonen med pasienter fordi de har forskjellige utfordringer, ressurser og tilstander.

Gadamer (2010) sier at samtalen er noe vi vikler oss inn i. Den er ikke styrt av viljen til de som snakker sammen. Den utvikles underveis etter hvert som begges forståelser får komme frem, noe som kan føre til at samtalen får en annen vri eller finner andre løsninger enn en ser i utgangspunktet. Gadamers uttalelse

forteller meg at sykepleier ikke skal bestemme temaet alene, og heller ikke stoppe samtalens vendinger styrt av samtalens produktive kraft. Generell informasjon eller enveiskommunikasjon kan stoppe slik at ulike deler av saken settes i ”spill”. På denne måten hindres at pasienten oppdager mulighetene som ligger der. Dette utfordrer det sykepleiefaglige skjønnnet, og det fordrer sykepleieren til å ha tillit til at pasienten er opptatt av å lære noe om egen sykdom. Det er lettere å gi rutinepreget informasjon, fordi en da ikke trenger være så fleksibel eller ha så bred faglig forberedthet. Det hører også med til skjønnnet å vurdere når de ulike temaene skal ha fokus tilpasset pasientens helsefremmende prosess. Dette kan sykepleier sense ved å være lydhør for pasientens signaler, noe som også handler om sykepleiers relasjonelle kompetanse.

For å eksemplifisere hva innholdet kan være i en språklig kompetansebygging tar jeg utgangspunkt i Ola sine utfordringer. Å få diabetes innebærer å være avhengig av insulin resten av livet. Aktiviteter og inntak av mat må ses i sammenheng med inntak av insulin. Det handler om å ha kontroll over blodsukkerinnholdet i blodet, fordi ubalanse her kan medføre sykdomskomplikasjoner og/eller økende eller minkende velvære. Å ha lavt eller høyt blodsukker medfører symptomer. Livet blir mer uforutsigbart, og Ola er avhengig av å ha kontroll over dette i hverdagen. Dette innebærer mange vurderinger og bestemmelser over hva som er lurt å gjøre med tanke på behandlingsmål. Dessuten kan behandlingsmål ofte være i konflikt med andre mål en har, og som er betydningsfulle for Olas egen opplevelse av velvære og livskvalitet. Når en er 40 år har de fleste en familie og er midt i en yrkeskarriere, og begge forhold regnes for å være viktige for å leve et meningsfullt liv i vårt samfunn. Det samme kan sies om Karis situasjon. For sykepleieren vil dette si å tilpasse innholdet til det som opptar pasienten til enhver tid uansett hvilken helsetjenestearena sykepleier-pasient møtene foregår.

## **Betingelsene for å oppnå økende mestringskompetanse**

Utfordringen blir da å få tak i hvilke betingelser som en må ta hensyn til når målet er en utvidet horisontforståelse og horisontsammensmeltning hos Kari og Ola.

### **ERKJENNE AT BEGGES (FOR)FORSTÅELSER HAR BETYDNING I LÆRINGSPROSESSEN**

Den første betingelsen er å *erkjenne* at vi bærer med oss ”noe å forstå mer med” og at det gjelder begge parter i en samtale (Gadamer, 2003). Dette har vi ervervet oss gjennom å ”være i verden”. Eksempelvis har vi ”arvet” tenkemåte og væremåte gjennom den kulturen vi er en del av og det språket vi er vokst opp med. Vi har noe som er generelt og felles, og vi har noe som er spesielt for den enkelte av oss. Kari og Ola er representanter fra hver sin generasjon, de har ulik erfaring med seg og er på ulikt ståsted i livet. Det samme gjelder sykepleieren eller alle de sykepleierne Kari og Ola møter. Det betyr at ingen går ”tom” til et møte. Videre er det viktig å erkjenne at *kilden til mer forståelse ligger i begge forforståelse*. Det er ikke slik at sykepleieren alltid vet hva som er best for pasienten sett fra et ikke-paternalistisk verdsett (Starrin, 1997). Vesentlig i denne sammenheng er en erkjennelse av at personlig læring krever et ”sida vid sida” perspektiv. Sykepleier og pasient er samarbeidspartnere. Sykepleier kan bidra med en faglig ballast om diabetes, hva

som generelt blir utfordringer for diabetikere, kommunikasjon med pasienter og så videre. Ola har erfaringer og oppfatninger om aktiviteter, kosthold og kroppens funksjoner, og hva livet krever av han. Han har kanskje kjent andre med diabetes, har fått sprøyter og tatt blodprøver før. Sykepleierens forforståelse og pasientens forforståelse skal til sammen berike samtalen mot felles forståelse. En sykepleier som anerkjenner at begge forståelser er betydningsfulle for læring, vil i sin arbeidsmåte sørge for at begge forforståelse kommer frem.

### **Å REFLEKTERE OVER EGNE FORDOMMER**

Forforståelsen eller vår fordom som Gadamer benevner den, er produktive og en mulighetsbetingelse for mer forståelse. Det er fordommen vi bedømmer alle situasjoner og meninger med, og som setter farge til det nye vi oppdager. Eksempelvis vil både sykepleieren og pasienten bruke flere fordommer for å vurdere hvordan en skal forholde seg til alkoholbruk når blodsukkeret er svingende. Faren er at en tolker feil, eller blir blind for det som kan være i situasjonen, fordi en blir for opptatt av egen forforståelse. Forståelsen har da mislykkes, sier Gadamer (2001).

En betingelse for at en skal forstå mer er altså å reflektere over fordommene en har, slik at en kan forkaste de løsningene som ikke er bra og ta til oss de løsningene som fungerer (Gadamer, 2001). Videre er det av betydning at en reflekterer over egen påvirkning på forståelsen i saken. Dette handler om at sykepleieren er bevisst at en kan være for mye farget av egen erfaring, slik at en ikke tar inn den andres perspektiver. En skal ha en refleksiv inntilling til saken (Lübcke, 1991). For å få dette til kan sykepleieren eksempelvis reflektere sammen med Kari over ulike sider ved utfordringene hun har under kroppstellet eller ved å være rullestolbruker. Konkret kan dette gjøres ved at sykepleieren beskriver det hun sanser og deretter reflekterer over det hun tolker. I samtalen med pasienten kan dette gjøres høyt og slik at pasienten er med på refleksjonen. Eksempelvis kan sykepleieren si til Kari når hun hjelper henne i stellesituasjonen: ”Jeg ser at du er ansent, har du smerter?” Kari kan si: ”Jeg har ikke smerter nå, men jeg er redd for at ukjente skal komme brasende inn på badet og se meg slik”. Sykepleierens tolkning blir korrigert og åpner opp for det som potensielt kan ligge der. Videre kan samtalen dreie seg om å finne mulige alternative måter å løse Karis bluferdighetsproblem på. Et annet eksempel kan være hvis Ola er overvektig, noe som er uheldig for diabetessyke. Sykepleieren kan tolke dette som mangelfull kunnskap om ernæring, og gi informasjon eller råd om kost og slanking. Pasienten på sin side kan være godt skolert om ernæring, men ha problemer med å ha tid og energi til trening pga travelt arbeid og tretthet som følge av diabetesutviklingen. Det handler altså om at sykepleieren må være var for at hun kan bedømme feil og på denne måten låse for at de skal oppdage de gode løsningene. Samtidig kan også pasienten tolke feil på grunn av fastlåste fordommer, og da er det sykepleierens oppgave å hjelpe pasienten til å ha en refleksiv innstilling.

### **Å HENSETTE SEG TIL ET ANNET MENNESKE – Å INVOLVERE OG ENGASJERE SEG**

Gadamer (2010, s. 343) er opptatt av at vi skal *vise åpenhet og den gode vilje til å bringe oss selv inn i* situasjonen. Dette handler om å være i tillit. Benner og Wrubel (2003) kaller dette for å engasjere seg og

involvere seg i pasientenes helhetlige situasjon. Dette innebærer ikke å gjøre seg selv mindre verdifull, men heller å anerkjenne at også den andres synspunkter er betydningsfulle (Gadamer, 2010). Å hensette seg betyr å heve seg opp over det altfor nære. Da kan en oppdage mer i en større helhet, respondere bedre på pasientens innspill og meninger. Det samme gjelder for pasienten. Uten åpenhet og vilje til å gå inn i samtalen, stopper den opp.

Benner og Wrubel (2003) og Martinsen (2005) fremhever også at sykepleieren og pasienten er prisgitt hverandre og møtes i tillit. Mennesket forstås som *relasjonelt, engasjert og involvert* i det som skjer. Når en er syk er en i sterkere grad enn ellers prisgitt andre, en blir avhengig av hjelp og en mister kontroll over det som en vanligvis behersker. En har ikke nok kunnskap i pasientrollen, og en blir underlagt den kulturen som råår i helsevesenet. Helsevesenet har også sin forforståelse av egen rolle, og kritiseres for å ha en paternalistisk tilnærming til pasienter, der de forstår seg selv som ekspertene og bidragsyterne, mens pasienten er den passive mottaker av tjenestene (Starrin, 1997). Dette kan være hindringer for å være åpen og involvert for begge parter. I følge Kari Martinsen (2005) er det en fare for enten å være for paternalistisk (jeg vet hva som er best for deg) eller for unnfalende. I siste tilfelle engasjerer en seg ikke i den andre og unnlater å gjøre det som er faglig best. Uheldig maktbruk kan medføre passivisering av pasienten og utvikling av motløshet og fremmedgjøring (Martinsen, 2005), noe som ikke er gode kår for læring eller horisontutvidelse. Det er et vågestykke "å hensette seg" til den andre når en er i en sårbar situasjon, for ved å vise seg selv utsetter en seg for den andres avvisning og maktbruk. Derfor er det moralen kommer først i sykepleien (Martinsen, 2005). Det er sykepleieren som har makten i lys av sin stilling og som fordres til å sette den gode tonen i relasjonen.

Å hensette seg til den andre er heller ikke noen lett oppgave for sykepleier når arbeidet er så mangfoldig med tanke på oppgaver, situasjoner, pasienter og arenaer. Det er ikke en oppskrift på dette og en må justere seg etter pasientens krefter og ressurser. Dette krever godt skjønn, kreativitet og evne til å være fleksibel. Ekstra utfordrende er det om pasientene er demente, ikke har selvinnsikt, er svært syk eller har spesielt avvikende meninger om helse. Når en "hensetter seg" er det ikke sikkert at pasienten evner å ta del eller ønsker nettopp denne sykepleieren som samtalepartner. Det er også en kjent sak at tiden er knapp i helsetjenesten, og at oppgaver måles og fordeles etter klokken og ikke alltid etter hva pasienten spontant trenger å snakke om (Kyte & Hauge, 2010). Med andre ord er det mange sjanser til å snuble selv om intensjonen til sykepleieren er å være åpen og involvert.

## **Hvordan samtale for å utvide horisonten**

Når målet er en horisontsammensmeltning og utvidet forståelseshorisont, er kvaliteten av den språklige måten å uttrykke seg på av betydning. Målet er en gjensidig forståelse, og en skal lage et klima som gjør at samtalen får utvikle seg og bli produktiv (Gadamer, 2010). I alle samtaler er det alltid en bli-kjent fase.

Eksempelvis viser sykepleieren i første møte hvem hun er og kan, og at hun er til å stole på. Ola kjenner etter om han blir tatt imot, og at det han sier blir tatt alvorlig. Det handler også om å få tak i Olas opplevelse av situasjonen, som etter Benner og Wrubels (2003) mening kommer først i sykepleie. Ett eksempel kan være at sykepleieren skal hjelpe Ola med å mestre å sette insulinssprøyte selv. Dette innebærer både hva-, hvorfor- og hvordan-kunnskap, altså ulike kunnskapstyper. Den første oppgaven til sykepleieren er å få tak i hvilken forforståelse pasienten har i forhold til selvbehandling. I denne ligger potensialet til oppdagelser (Gadamer i Lübcke, 1991), som er viktige å bringe inn i samtalen. En bruker åpne spørsmål eller et ekte spørsmål som Gadamer (2010) kaller det. Gjennom spørsmål og ved å sette ord på det en tenker ”lyser” en opp ulike sider ved selvbehandling knyttet til insulin. En stiller refleksive spørsmål/undrespørsmål og deretter oppfølgingsspørsmål som gjør at en tenker sammen. Eksempelvis: ”Hva tenker du vil bli en utfordring for deg?” Ola kan svare at han er redd for å sette sprøyter eller at han er bekymret for å sette rett dose hjemme. Sykepleieren kan si: ”Jeg kan forstå at det oppleves slik, men vi skal ta en ting om gangen. Sykepleieren kan videre si: ”Jeg har erfart at alle mestrer å sette sprøyte til slutt... hva tenker du om det?” Andre spørsmål kan være: ”Når du sier det slik...da tenker jeg”. ”Hvis du tenker motsatt, hva da?” ”Hvis du skulle velge mellom...” ”Hva er det aller viktigste for deg?” ”Hvis blodsukkeret er høyt... eller lavt... hva gjør du da?” Underveis løftes motforestillinger fram, en forhandler og vurderer saken i fellesskap.

Videre kan sykepleieren flytte perspektivet over på andre sider ved samme sak, slik at pasienten kan se flere ting i sammenheng. En prøver ”å belyse delene ut fra helheten og helheten ut fra delene” som beskrevet om den hermeneutiske spiralen (Gadamer, 2003). For diabetikere er det sammenheng mellom ernæring, blodsukker og aktivitetsnivå, som igjen betyr noe for vurdering av insulinose. Dette er utfordrende fordi pasientene lever ulike liv og livet er heller ikke regelmessig hele tiden. Pasienten skal mestre slike vurderinger i dagliglivet, og det krever utvikling av en helhetlig forståelse av å leve med diabetes. I denne sammenheng har noen hensyn å ta i familien eller på arbeidsplassen. Noen ganger er pårørende viktige samarbeidspartnere. I et livsløpsperspektiv har pasienten mange samtalepartnere i hjelpeapparatet, slik at for hver enkelt pasient er det av betydning at *alle* disse forstår hvordan en samtaler eller ”vandrer sammen med pasienten i horisonten” (Gadamer, 2010). Målet er at de perspektivene som trengs for å mestre å ha en sykdom og leve med denne, belyses. I helsefremmende tenkning er alle faggrupper, etater og politikere på alle nivåer i samfunnet ansvarlige for å bidra til at pasienters og befolkningens helse får utvikles (Mittelmark et al., 2012). På individnivå handler det om måten å samtale på, mens på system- og samfunnsnivå handler det om å tilrettelegge for at samtalen får anerkjennelse, rom og tid som arbeidsmåte.

## **Helseopplysning, informasjon eller veiledning?**

Veiledning og samtale er samme språklige sjanger fordi begge tar sikte på å hjelpe pasienten til å oppdage og øke forståelse, og der å mestre mer er målet. I begge tilnærmingene er det to likeverdige parter som samtaler med hverandre, og dette samsvarer med ”den nye måten” å fremme helse på (Starrin, 1997). Hvis en skal



tolke ut fra Gadamer's vitenskapsteoretiske tenkning er i alle fall veiledning av stor betydning for horisontutvidelsen. Dette kan en forstå slik fordi potensielle kilder til oppdagelse ligger i forforståelsen, og for å komme i en meningsutveksling der ulike perspektiver blir belyst og en gjensidig forståelse utvikles, er samtalen nødvendig. Og da er viljen til å engasjere seg og å involvere seg en forutsetning. Benner og Wrubel (2003) er også opptatt av en slik fremgangsmåte, selv om de også har mer fokus på endring av kroppslig viten, forståelse og mening, enn Gadamer. Dette medfører at de vil at pasienten også kan lære gjennom å erfare kroppslig eksempelvis ved å *konkret bruke* rullestolen. Samtalen er likevel viktig, fordi forståelsen blir overlevert gjennom språket (Gadamer, 2003), og å snakke *om* erfaringen med å bruke rullestol er også en del av horisontutvidelsen.

På den andre side går det også an å få utvidet sin forståelseshorisont eller øke kompetansen ved å lese bøker eller helsesider på internett, å lytte til andre eller gå på en forelesning. Mange pasienter har mye kunnskap og trenger bare noen korrigeringer eller svar på noen undringer. For sykepleieren kan det også noen ganger fungere godt å samle en gruppe som har samme helseutfordring til felles undervisning, og dette kan være god læring for pasienten. Lærings- og mestringssentrene jobber etter en slik modell med kursvirksomhet eller gruppeundervisning for ulike pasientgrupper (Lerdal & Fagermoen, 2011). Veiledningstilnærming kan likevel ikke utelukkes fordi de fleste sykepleierne arbeider med individer og ikke med grupper.

I dag er pasientene som sagt kunnskapsrike. I følge Haug (2010) har bruken av Internett for å skaffe helseinformasjon eksplodert. Ikke bare kan en lese om sykdommer, en kan også være i interaksjon med en lege eller lese lange diskusjoner om alt innen helse. Mange pasienter har også med seg PC'en til sykehuset. Samtidig er det også viktig å merke seg at pasienter kan misforstå det som beskrives i de sosiale mediene, fordi det ofte er enveiskommunikasjon. Det som er generell kunnskap er ikke alltid overførbart til den enkeltes liv uten tilpasning. En av betingelsene for horisontutvidelse var i følge Gadamer (2001) å reflektere over sine fordommer ved å stille ekte spørsmål, slik at disse ble vurdert og motforestillinger løftet fram. Sosiale medier tvinger ikke leseren til å reflektere over sin forforståelse, og denne blir ikke korrigert. "Arven" vi har med oss kan være tung å legge fra seg hvis det skulle være nødvendig. Når pasienten har brudd i kroppslig viten, forståelse og mening (Benner & Wrubel, 2003) kan det en leser på Doktor Online være vanskelig å sette inn i egen situasjon. En trenger å reflektere sammen med en medskjønner (Heggen, 2007). Opplevelsen av situasjonen kan noen ganger deles på nettsider, men det er ikke lett å få respons og faglig oppfølging i stressituasjonen som sykdommen medfører. I tillegg er mange pasienter svært syke eller lite i stand til å ta til seg helseinformasjon på nett. Samtalen med sykepleieren kan derfor ikke byttes ut med sosiale medier, men de sosiale mediene kan være et nyttig redskap for læring også for helsetjenesten.

Når samtalen tar tid og prioriteres på bekostning av andre viktige oppgaver i helsetjenesten, kan det være legalt å spørre om samtalen alltid er nødvendig. Det kan være raskere å gi informasjon. Men i følge Benner og Wrubel (2003), Martinsen (2005) og Gadamer (2003) er samtalen å foretrekke. Å veilede trenger

imidlertid ikke ta lengre tid. Er det slik at pasienten har nok kunnskap fra før, kommer dette fram i samtals startfase. En kan korrigere og utvide forståelsen på de få punktene som viser seg å være utfordrende.

Et annet spørsmål når en skal vurdere om informasjon, helseopplysning eller veiledning er best, er hensikten med dette. Er det en lovpålagt rettighet som skal oppfylles? Har pasienten bedt spesielt om informasjon om noe? Da kan informasjon være rettst, fordi hensikten ikke er å stimulere til pasientens mestring. Det kan også godt tenkes at sykepleieren *kombinerer* disse arbeidsmåtene. Midt i en veiledning kan pasienten be om et råd eller en informasjon. Det viktige er å være bevisst hensikten med det en gjør, og at en *ikke avviser pasientenes behov* for å samtale. Sykepleieren har både ansvar for å holde loven, og å hjelpe pasientene til å fremme og gjenvinne helse.

## Noen kritiske tanker

Det er mange forhold som påvirker hvor vellykket veiledningen eller informasjonen blir når sykepleieren møter pasienten. For det første handler valg av arbeidsmåter om grunnleggende syn eksempelvis på mennesket, helse og sykdom, og på læring. I ”den tradisjonelle” måte å fremme helse på ville en valgt informasjon fremfor veiledning (Starrin, 1997). Å gi råd og å gi informasjon hører til den ”tradisjonelle måten ” å fremme helse på, og der pasienten er en passiv mottaker av kunnskap. Videre er helsetjenesten beskyldt for å ha for sterk tro på informasjonens betydning for at mennesker skal endre helseatferd (Andrews, 2003). Det er mange som vet hva som er rett å gjøre i forhold til helsen, men det medfører ikke nødvendigvis at en mestrer å gjennomføre anbefalingen. Sykepleierne i praksisfeltet og lærerne ved sykepleieutdanninger er usikre på hva helsefremming etter ”den nye” måten er, og forveksler helsefremming med sykdomsforebygging (Gammersvik & Alvsvåg, 2009). Sykepleierne har også vansker med å integrere teoretisk forståelse av helsefremming til praktisk arbeid (Berg et al., 2010). Dette kan tyde på at kunnskapen om helsefremmende arbeidsmåter ikke er integrert i fagfeltet.

I dag er samtalen noe en må sloss for på noen helsearenaer, mens det er legalt å gi informasjon til pasienten. Samhandling er i følge Kyte og Hauge (2010) ikke en variabel som legges til grunn når en skal vurdere helsetjenestenes kvalitet og innsats, og teller heller ikke med når ressurser blir fordelt. Dette er på tross av at helsepersonellovens henstilling til at tjenesten skal ytes på en omsorgfull måte. Den relasjonelle siden av faglig omsorg kan ikke tallfestes, sier Martinsen (2005), den er av en annen karakter. En kan undre seg om denne forståelsen har sammenheng med positivismestriden, som både Gadamer (2010) og Martinsen (2005) engasjerer seg i. De kritiserer at tenkningen fra naturvitenskapen blir overført til human- eller samfunnsvitenskapen fordi en da har å gjøre med mennesker og ikke ting, og som krever en annen tilnærming. Å forstå mennesker som objekter hindrer en i å se *meningsrommet som er i mellom dem*. Det er vel dette mellomrommet, relasjonen og sammenhengen den er i, som er avgjørende for om veiledningen er vellykket.

Sykepleieren er en del av kulturen og forståelsen som råder i helsetjenesten, hvordan denne blir styrt og finansiert. Dette kan medføre at informasjon blir valgt fremfor samtale. Bourdieu (1995) sier at muligheten den enkelte aktør i samfunnet har, er avhengig av hvilken kapital den enkelte har tilgang til. I helsetjenesten er det kamp om ressurser, det er stor gjennomgang av pasienter, og tjenestene er styrt etter markedstenkningens prinsipper (Kyte & Hauge, 2010). Kapitalen handler også om sosial posisjon. Hvem sin mening er sterkest i helseinstitusjonene? Det kan ta lang tid å snu trenden mot mer helsefremmende fokus som Samhandlingsreformen varsler (St. meld 47, 2008-2009), fordi en må endre forståelseshorisontene til aktørene i hele systemet. Og her er det en treghet. For å få dette til kreves det en endring av de felles forstillingene som er der, kalt doxa i Bourdieus terminologi (1995). Den som fremmer endring må ha makt i systemet eller framstå som troverdig og erfaren, endringen må være forankret i ledelsen, og hver ansatt må også få mulighet til å utvide sin forståelseshorisont fra sitt ståsted.

Det samme kan vi si om pasientens kapital. Det enkelte individ er påvirkelig av kulturen det lever i og de levekårene det har. Mulighetene ligger i den støtten en kan få. Uansett hvilke gode løsninger sykepleieren og pasienten enes om under veiledningssamtalen, er det en fare for at pasientens økonomiske kapital, kulturelle kapital og sosiale kapital har mest å si for hva som skjer med pasientens helsefremmende prosess når han kommer hjem igjen til hverdagslivet. Eksempelvis er det store forskjeller i sosial støtte og økonomi hos pasientene, slik at det er ikke gitt at de greier å gjennomføre det en planlegger før utskrivelse. Eksempelvis vet en at ulik sosioøkonomisk status medfører ulikheter i helseutvikling (Ulveseter & Torsheim, 2007), og dette er et politisk anliggende. I følge Nutbeam (2000) er det også forskjell på pasientenes evne til å ta til seg, fortolke, forstå og bruke kunnskap (health literacy) og evne til å gjennomføre det en har satt seg fore (compliance). Vi har altså individuelle forskjeller knyttet til pasientene og forskjeller i pasientenes omgivelser som samtidig påvirker pasientenes mestring. Å veilede pasienter er komplekst, med muligheter for å mislykkes. Dette forhindrer ikke vår moralske plikt (Martinsen, 2005) til å forsøke å gjøre vårt beste.

## **Oppsummering**

Gjennom å bruke Gadamer's vitenskapelige forståelsesbegreper har jeg tenkt meg om skriftlig. Jeg har prøvd og utforske hva Gadamer ville sagt om arbeidsmåtene en sykepleier kan bruke når målet er å stimulere pasientens helsefremmende prosess mot positiv helseutvikling. Jeg har funnet sterke argumenter for at samtalen eller veiledning er hovedarbeidsmåten, selv om pasienter også kan lære å mestre helseutfordringer på andre måter. Martinsen (2005) ville sagt at det moralske ansvaret i faglig omsorg viser veien: å overbevise heller enn å overtale. Slik får pasienten et eierforhold til det som læres eller læringen bli personlig (Jensen & Johnsen, 2000). Det er imidlertid mange hindringer i veien for at samtalen skal få nok plass i en travel hverdag og i den kulturen som råder. Vi bærer med oss "arven" fra vår historie, tradisjon og kultur, og vi trenger bevissthet og refleksjon om samtalens betingelser, for å være gode samtalepartnere. Å rydde veien

for samtalen er noe vi som faggruppe må arbeide med i forhold til pasientene, oss selv og i forhold til systemet vi arbeider i.

### Referanseliste

- Andrews, T. (2003) ”Nytt” ideologisk grunnlag for forebyggende helsearbeid. En diskusjon på makt og endring. *Tidsskrift for velferdsforskning*, 6 (1), s. 30–42.
- Benner, P. & Wrubel, J. (2003) *Omsorgens betydning i sykepleie. Stress og mestring ved sundhet og sykdom*. København, Munksgaard.
- Berg, G. V., Sarvimäki, A. & Hedelin, B. (2010) The diversity and complexity in health promotion and empowerment related to older hospital patients – Exploring nurses’ reflections. *Vård i Norden*, 30 (1), s. 9–3.
- Bourdieu, P. (1995) *Distinksjonen. En sosiologisk kritikk av dømmekraften*. Oslo, Pax Forlag.
- Folkehelseloven og helse- og omsorgstjenesteloven med departementets merknader. (2011) *Lov om folkehelsearbeid, vedtatt 24.06.2011 nr. 29. Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m., vedtatt 24.06.2011 nr. 30. : Fakta om samhandlingsreformen*. Oslo, Medlex Norsk Helseinformasjon.
- Gadamer, H. G. (2010) *Sandhet og Metode. Grunntrekk i en filosofisk hermeneutikk*. Oslo, Pax Forlag.
- Gadamer, H.G. (2003) *Forståelsens filosofi. Utvalgte hermeneutiske skrifter*. Oversatt og med etterord av Helge Jordheim Cappelen Forlag. S. 33-59 og s. 114-117.
- Gadamer, H.G. (2001) Fra sannhet og metode I: Læg Reid, S. & Skorgen, T. red. *Hermeneutisk lesebok*. Oslo, Spatacus Forlag, s. 115-163.
- Gammersvik, Å. & Alvsvåg, H. (2009) Forståelse av helsefremming i sykepleie. *Nordisk tidsskrift for helseforskning*, 5 (2) s. 18–29.
- Gibson, C. (1991) A concept analysis of empowerment. *Journal of Advanced nursing*, 16 (3), s. 354–361.
- Grøn, A. (1989) Fransk filosofi i det 20. århundre. I: Lübcke, P. red. *Vor tids filosofi. Engagement og forståelse*. København, Politikens Forlag, s. 280-392.
- Lübcke, P. Fenomenologien og hermeneutikken i Tyskland. I: Lübcke, P. red. *Vor tids filosofi. Engagement og forståelse*. København, Politikens Forlag, s. 163-165.
- Haug, C. (2010) De nye pasientene. Fra redaktøren. *Tidsskrift for den Norske legeforening*, 130 (10), s. 1011.
- Heggen, K. (2007) Rammer for meistring. I: Ekeland, T. & Heggen, K. red. *Meistring og myndiggjering. Reform eller retorikk?* Oslo, Gyldendal Akademisk, s. 64–82.
- Helse – og omsorgsdepartementet. (2009) *Rett behandling – på rett sted – til rett tid. Samhandlingsreformen*. St. meld. nr 47. 2008–2009. Oslo, Helse – og omsorgsdepartementet.
- Jensen, T. K. & Johnsen, T. (2000) *Sundhetsfremme i teori og praksis. En lære-, debat- og brugsbog på grunnlag af teori og praksisbeskrivelser*. Århus, Forlaget Philosophia.
- Kyte, L. & Hauge, S. (2010) Mennesket i DRG-systemets bilde – helt eller stykkpris og delt? *Michael quarterly*; 7 (2), s. 234-244.
- Martinsen, K. (2005) *Samtalen, skjønnnet og evidensen*. Oslo, Akribes Forlag.

Mittelmark, M. et al. (2012) Helsefremmende arbeid - ideologier og begreper. I: Gammersvik, Å. & Larsen, T. red. *Helsefremmende sykepleie – i teori og praksis*. Bergen, Fagbokforlaget, s. 23-43.

Naidoo, J. & Wills, J. (2009) *Foundations for health promotion*. 3<sup>rd</sup> ed. Edinburgh, Baillière Tindall.

Norsk Sykepleierforbund (2008) *Sykepleie – et selvstendig og allsidig fag*. Tilgjengelig fra: <https://www.sykepleierforbundet.no/Content/135904/Sykepleie%202008.pdf> [Nedlasta 10.mai 2012]

Nutbeam, D. (2000) Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21<sup>st</sup> century. *Health promotion international*, 15 ( 3), s. 259-267.

Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999) *Lov om pasientrettigheter av 2.juli 1999 nr. 63: med endringer, sist ved lov av 24.juni 2011 nr 30*.  
Tilgjengelig fra: <http://www.lovdata.no/all/nl-19990702-063.html> [Nedlasta 10.mai 2012]

Rørvik, H. (1994) *Læring og utvikling - Det pedagogiske oppdraget*. Oslo, Universitetsforlaget.

Skjervheim, H. (1996) Det instrumentalistiske mistaket. I: Skjervheim, H. *Deltakar og tilskodar og andre essays*. Oslo, Aschehoug, s. 241-250.

Starrin, B. (2007) Empowerment som livsinnstilling – kan vi lære noe av Pippi Langstrømpe? I: Askheim, O. P. & Starrin, B. red. *Empowerment i teori og praksis*. Oslo, Gyldendal Akademisk, s. 58-71.

Thornquist, E. (2002) *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori for helsefag*. Bergen, Fagbokforlaget.

Ulveseter, G. & Torsheim, T. (2007) Helseforskjeller blant ungdom - betydningen av sosial bakgrunn. *Tidsskrift for velferdsforskning*, 10 ( 2), s. 116-127.

World Health Organization (1986) *Ottawa Charter for Health Promotion*. Tilgjengelig fra: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/index.html> [Nedlasta 10.mai 2012]