



Høgskulen på Vestlandet

Sykepleie, forskning og fagutvikling (Bacheloroppgave)

SYKHB3001

Predefinert informasjon

Startdato:	25-02-2019 09:00	Termin:	2019 VÅR
Slutt dato:	25-04-2019 14:00	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F + Bestått)
Eksamensform:	Sykepleie, forskning og fagutvikling, Bacheloroppgave		
SIS-kode:	203 SYKHB30011 PRO1 2018 HØST Haugesund		
Intern sensor:	(Anonymisert)		

Deltaker

Kandidatnr.: 22

Informasjon fra deltaker

Tittel *: Det er ikke hvordan du har det, det er hvordan du tar det- et salutogenetisk perspektiv på livsstilsendring

Antall ord *: 8997

Engelsk tittel *: It's not what happens to you, it's how you react to it- a salutogenetic perspective on lifestyle change

Egenerklæring *: Ja **Inneholder besvarelsen** Nei
konfidensiell materiale?:

Jeg bekrefter at jeg har Ja
registrert oppgavetittelen
på norsk og engelsk i
StudentWeb og vet at
denne vil stå på
vitnemålet mitt *:

Jeg godkjenner avtalen om publisering av bacheloroppgaven min *

Ja

BACHELOROPPGAVE

Det er ikke hvordan du har det, det er hvordan du tar det- et salutogenetisk perspektiv på livsstilsendring

It's not what happens to you, it's how you react to it- a salutogenetic perspective on lifestyle change

Kandidatnummer: 22

Bachelor i sjukepleie

Fakultet for helse- og sosialvitenskap

Institutt for helse- og omsorgsvitenskap,

Campus Haugesund

Innlevering 25.04.19 kl 14.00

Jeg 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.

Sammendrag

Bakgrunn: Vi står overfor en fedmeepidemi. Dette er en stor belastning for norsk helsevesen, samtidig som det er en byrde for de menneskene som har overvekt/ fedme. Dermed må vi fokusere mer på forebygging, og fremme sunne livsstiler.

Samhandlingsreformen har gitt kommunen større ansvar innenfor forebyggende og helsefremmende arbeid. Det etableres frisklivssentraler i kommunene i Norge. Sentralene har til hensikt å fremme helse, og bistå brukere med livsstilsendring. Det salutogenetiske perspektivet legger grunnlaget for arbeidet. De tilbyr programmer som varer i tre måneder som inneholder individuelle veiledninger og felles gruppeaktiviteter.

Hensikt: Å belyse hva som skal til for å endre til en sunnere livsstil, og hva sykepleierens rolle er i frisklivssentralen, samt hvordan det salutogenetiske perspektiv er relevant innenfor livsstilsendring.

Metode: Oppgaven er løst ved bruk av litteraturstudie, med hovedvekt på kvalitativ forskning.

Resultat: Brukere i frisklivssentralen har tung emosjonell bagasje fra tidligere og nåværende perioder i livet. De sliter med opplevelser av skam og skyld pga. deres egen livsstil, noe som har hindret dem i å endre livsstil. Nå søker de endring og er motivert for å endre livsstilen sin. Relasjonen mellom bruker og veileder er svært sentral i arbeidet på frisklivssentralen. Denne relasjonen baseres på tillit, kunnskapen til veilederen og dens evne til å tilpasse seg individuelle behov.

Konklusjon: De salutogenetiske prinsippene ligger i bunn for arbeidet til sykepleieren i frisklivssentralen.. En må styrke brukerens opplevelse av sammenheng ved å fokusere på tre hovedaspekter; begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet. Ved å fokusere på generelle motstandsressurser, f.eks. sosial støtte og HL, så vil brukeren oppleve en sterkere opplevelse av sammenheng. Å møte brukerne der de er, med empati, respekt og sosial støtte legger grunnlaget for god en relasjon. Man må tilpasse seg individuelle behov, og styrke motivasjonen til brukeren. Dette er noe av det som må være på plass for at brukeren skal klare å endre til en sunnere livsstil.

Abstract

Background: We are faced with an obesity epidemic. This bears a great cost to the Norwegian health care system, as well as being a burden to the people that are overweight or obese themselves. It is therefore important that focus is put on prevention and promote healthy lifestyles. The Norwegian coordination reform has given primary care more responsibility in preventative and health promotion work. Due to this, several municipalities have established Healthy Life Centres. These centres aim to promote health and assist users with lifestyle change. The salutogenic perspective makes the foundation for how work is conducted in the healthy life centre. They offer programs which lasts three months, which entail individual counseling and group activities.

Aim: To shed light on the factors that affect how one can adapt a healthier lifestyle, and what the nurse's role is in the healthy life centre, as well as how the salutogenetic perspective is relevant for lifestyle change.

Method: The thesis has been solved using literature review study, with emphasis on qualitative research.

Results: Service users in the healthy life centre has difficult emotional baggage from previous and current periods in life. They struggle with feelings of shame and guilt for living a perceived "wrong lifestyle", which prevent them from changing to a healthier lifestyle. They seek change, and are motivated to change their lifestyle. The relation between the service user and the educator is central to the work done at the healthy life centre. This relationship is based on trust, the educator's knowledge and his/her ability to adapt to individual needs.

Conclusion: The salutogenetic principles forms the foundation for the nurse's role in the healthy life centre. One must strengthen the service users sense of coherence by focusing on three main aspects; comprehensibility, manageability and meaningfulness. By focusing on general resistance resources, e.g. social support and health literacy, the service user will experience a stronger sense of coherence. To meet the service user with empathy, respect and social support will make the foundation for a healthy lifestyle change. During counselling, the educator must adapt to individual needs, and strengthen the motivation of the service user. These are some of the elements that has to be in place in order for the service user to succeed in adapting a healthy lifestyle.

Innholdsfortegnelse

1	Introduksjon.....	1
1.1	Begrunnelse for valg av tema	1
1.1.1	Politisk og yrkesetisk grunnlag	1
1.1.2	Personlig grunnlag	2
1.2	Problemstilling.....	3
1.3	Presisering og avgrensing	3
1.4	Oppgavens struktur.....	4
2	Teori	5
2.1	Salutogenese og Opplevelse av sammenheng.....	5
2.2	Generelle motstandsressurser	6
2.3	Health Literacy	6
2.4	Relasjon og kommunikasjon i veiledning.....	7
2.5	Sosial og emosjonell støtte	9
3	Metode.....	10
3.1	Valg av metode	10
3.2	Litteratursøk og avgrensninger	10
3.3	Metodekritikk	13
3.4	Kildekritikk.....	13
3.4.1	Etiske overveielser	14
4	Presentasjon av forskningsartikler.....	15
4.1	Artikkel 1	15
4.2	Artikkel 2.....	16
4.3	Artikkel 3	17
4.4	Artikkel 4.....	18
4.5	Artikkel 5	19
4.6	Artikkel 6.....	20
4.7	Oppsummering av hovedfunn.....	21
5	Diskusjon.....	22
5.1	Et salutogenetisk perspektiv på livsstilsendring	22
5.2	Hva skal til for endring av kost og aktivitetsvaner?	25
6	Konklusjon	30
7	Referanser.....	31
	Vedlegg	37
	Vedlegg en: sjekkliste for vurdering av kvalitative studier	37
	Vedlegg to: Sjekkliste for vurdering av prevalensstudie	38
	Tabell 1: Søk i PubMed 28.03.2019.....	11

1 Introduksjon

Introduksjonen til denne oppgaven vil belyse hvorfor jeg har valgt dette temaet. Videre vil problemstillingen presenteres og forklares. Helt til slutt vil en beskrivelse av oppgavens struktur legges frem.

1.1 Begrunnelse for valg av tema

I neste del av oppgaven presenteres politiske og yrkesetiske grunner og personlige erfaringer som underbygger valget for problemstillingen.

1.1.1 Politisk og yrkesetisk grunnlag

Vi står overfor en fedmeepidemi. Hver 4. mann og hver 5. kvinne i Norge er overvektig eller sykkelig overvektig (Folkehelseinstituttet, 2017). Dette utgjør en stor utfordring for fremtidens helsevesen, i tillegg til at det er en stor byrde for pasientene. Overvekt og fedme øker risikoen for en rekke lidelser; diabetes mellitus type 2, hjerte-karlidelser og flere typer kreft (Sletteland og Donovan, 2012, s. 64). Det er god helsepolitikk å forebygge fremfor å behandle, da det koster mindre (Whitfield, Bhanbhro, Green, Lewis, Hindle, og Levy, 2016).

Samhandlingsreformen har gitt primærhelsetjenesten et større ansvar i å forebygge sykdom og fremme helse (Helse og omsorgstjenesteloven, 2011, § 3-3). På grunnlag av dette er det opprettet frisklivssentraler (FLS) i mange kommuner i Norge. Hensikten med sentralene er å støtte og veilede mennesker i å endre levevaner (Helsedirektoratet, 2019, s. 8). Man kan enten oppsøke FLS på eget initiativ, eller så kan man bli henvist via fastlege. På FLS kan man delta i både individuell- og gruppeveiledning. De tilbyr bl.a. kursing i kosthold, fysisk aktivitet og røykeslutt.

Verdens helseorganisasjon (WHO) etablerte Ottawa-charteret i 1986 og satt dermed helsefremmende arbeid på agendaen. Helsefremmende arbeid ble definert som en prosess hvor individer får økt kontroll over det som påvirker deres helse, og dermed får bedre helse (WHO, 1986). Målet med helsefremmende arbeid er å redusere ulikheter i helse og sikre at alle har muligheter til å oppnå sitt fulleste potensial for god helse (WHO, 1986). Dette kan ikke skje om man ikke har mulighet til å kontrollere våre determinanter for helse.

I Norge jobber sykepleiere etter yrkesetiske retningslinjer (YR). De tar utgangspunkt i seks forskjellige relasjoner mellom sykepleiere, og henholdsvis profesjonen, pasienten, pårørende, medarbeidere, arbeidsstedet og samfunnet (Norsk Sykepleierforbund, 2016). I forholdet mellom sykepleier og pasient står det blant annet at sykepleieren skal fremme helse og forebygge sykdom (YR 2.1). I tillegg skal man støtte opp under pasientens håp, mestring og livsmot (YR 2.4). Sykepleieren skal støtte og fremme pasientens autonomi og evne til å ta egne avgjørelser.

1.1.2 Personlig grunnlag

I praksis to var jeg med på fedmeoperasjon. Jeg fulgte pasienten fra innkomst til utskrivelse. I møtet med denne pasienten fikk jeg lære om den store prosessen de må gjennom. Krav om vektnedgang før operasjon, og kostholdsending i etterkant var noe av det jeg lærte gjennom hennes sykehusoppholdet. Hun skulle ha flytende kost i 14 dager postoperativt. Man skal spise små og næringstette måltider resten av livet, i tillegg til å ta kosttilskudd. Jeg har i etterkant undres over hvorfor pasientene opereres, når grunnlaget for vellykket operasjon også innebærer en livsstilsending. Hvorfor kan ikke helsevesenet tilby andre alternativer som er mindre belastende for pasienten, men også for helsevesenet? Sykehusoppholdet koster mye, da spesialister, sykepleiere, etc. skal ha lønn, medisiner skal administreres, sterilt engangsutstyr skal brukes og kastes osv. Dette er noe av min personlige opplevelse som trigget interessen for dette området.

Jeg har også valgt å fokusere på helsefremming blant voksne fordi min opplevelse er at voksne ikke bruker helsevesenet forebyggende eller helsefremmende etter fullført skolegang. Når man blir ferdig på skolen, og mister kontakt med helsesykepleier, er det stort sett fastlegen vi forholder oss til, med unntak av sykehusinnleggelse ved utredning og behandling. Å fremme helse, å sikre gode og sunne livsstiler i den voksne befolkningen er svært viktig, og derfor er det interessant å se på de tilbudene som finnes, og hvordan vi kan forbedre de.

Som sykepleier sitter man på mye kunnskap angående kommunikasjon, veiledning, helsefremming, samt kunnskap om psykiske og somatiske lidelser. I sykepleien skal man alltid fokusere på pasientens egne ressurser, for å styrke deres egenomsorgskompetanse. Vi er

vant til å se helheten i livet til pasientene, og kan derfor bedre forstå situasjonen pasientene er i. På FLS jobber det ofte sykepleiere, fysioterapeuter og ernæringsfysiologer. Det er naturlig at sykepleiere er en del av denne arenaen fordi rollen knytter sammen ulike perspektiver.

1.2 Problemstilling

«hvordan kan sykepleiere bistå brukere til å fremme en sunnere livsstil i frisklivssentraler?»

1.3 Presisering og avgrensing

Jeg har valgt å fokusere på møtet mellom bruker og sykepleier i FLS. Det er i dialogen som oppstår at man utøver sykepleie. Det finnes en mengde forskning på hvordan fysisk aktivitet, og kostholdsvaner skaper en helsefremmende effekt. Selv om dette er svært sentralt, så skal ikke fokuset ligge her, men henholdsvis i møtet mellom sykepleier og bruker.

Under veiledning vil fokuset ligge på å stifte den gode relasjonen. En skal bygge på verdier som ligger til grunn i sykepleiefaget, som empati, respekt og verdighet. Man skal styrke ressursene til brukeren og fokusere på å bekrefte opplevelsene til brukeren.

Arbeidet på FLS har en salutogenetisk tilnærming, det vil si, fokuset ligger på det som fremmer helse (Helsedirektoratet, 2019, s. 10). Dette lager en ramme for oppgaven. Som sykepleier i FLS må man selvsagt jobbe i tråd med prinsippene institusjonen er bygget på.

FLS har en rekke tilbud for ulike livsstilsområder. F.eks. kan man delta i programmer som har til hensikt å hjelpe brukere gå ned i vekt, eller forhindre videre vektoppgang. I løpet av programmet vil man ta del i enkeltsamtaler sammen med ansatte, og man vil også kunne delta på kurs hvor man møter spesialister, f.eks. ernæringsfysiologer og fysioterapeuter. Vanligvis deltar man i FLS i 12 uker (Helsedirektoratet, 2019, s. 10). Om man ikke har opplevd ønsket effekt, eller har behov for videre veiledning, så kan man forlenge deltakelsen ytterligere to perioder.

Ved første og siste møte med FLS vil man gjennomføre en helsesamtale (Helsedirektoratet, 2019, s. 10). Det snakkes om hvilke endringer man ønsker å gjennomføre, og motivasjonen som ligger bak. Man fokuserer også på hva som er realistiske mål som brukerne selv kan sette

(Helsedirektoratet, 2019, s. 11). Dette er viktig fordi brukeren selv skal ha eierskap til de endringene han/ hun står overfor.

Helsedirektoratet har lagt frem anbefalinger for hva som skaper en sunn livsstil. I forbindelse med kosthold anbefaler de at man spiser mye grønnsaker, frukt og bær, grove kornprodukter, og fisk, samt unngår bearbeidet kjøtt, rødt kjøtt, sukker og salt (Helsedirektoratet, 2016). For fysisk aktivitet anbefaler de at voksne skal være i moderat fysisk aktivitet 150 minutter hver uke (Helsedirektoratet, 2018). I tillegg er det også viktig at man ikke røyker, unngår høyt alkoholkonsum og får minst syv timer søvn hver natt (Adams, Katz og Shenson, 2016).

Jeg å presisere at temaet som tas opp her er relevant for sykepleiefaget på mange ulike arenaer. Å hjelpe brukere og pasienter å endre livsstil kan være aktuelt i sykehus, psykiatrien og i hjemmetjenesten. Essensen av arbeidet, som ligger i kommunikasjon og veiledning, er svært relevant for yrkesutøvelsen innenfor det norske helsevesenet.

1.4 Oppgavens struktur

Oppgavene er delt inn i seks kapitler. I kapittel en introduseres oppgaven ved begrunnelse for hvorfor temaet er valgt. Videre presenteres problemstilling og dens avgrensninger, samt en begrepsavklaring til slutt. I kapittel to introduseres teorien som oppgaven bygges på. Her ser jeg på salutogenese, opplevelse av sammenheng og generelle motstandsressurser. Videre presenteres begrepet Health Literacy (HL), deretter kommer det en del om kommunikasjon og relasjon. Helt til slutt fokuseres det på støtte som grunnlaget for å kunne mestre livsstilsendringer. Det tredje kapitlet beskriver metoden brukt, samt kritikk av både den og kildene. Kapittel fire presenterer alle artiklene denne oppgaven forankres i, før jeg oppsummerer disse til slutt. I det femte kapitlet diskuteres resultatene fra forskningen opp imot teorien beskrevet i kapittel to. Helt til slutt kommer en konklusjon som oppsummerer oppgaven, etterfulgt av referanser (kapittel syv) og vedlegg.

2 Teori

I denne delen av oppgaven legges det frem ulike teoretiske perspektiver som er relevante for sykepleiefaglig tenkning, og hva som er viktig i møte med brukere som gjennomfører en livsstilsendring.

2.1 Salutogenese og Opplevelse av sammenheng

Antonovsky er en av de sentrale teoretikerne innenfor helsefremmende sykepleie. Han beskriver salutogenese som det som skaper helse. Han er opptatt av at fokuset skal ligge på det som styrer oss mot god helse, og ikke det som skaper sykdom (Antonovsky, referert i Kristoffersen, 2016a, s. 368).

Et sentralt begrep innenfor det salutogenetiske perspektiv er opplevelse av sammenheng (OAS). Man kan se hvordan en sterk OAS påvirker forekomst av psykiske lidelser, hjerte/karsykdommer, diabetes og kreft (Lindström og Eriksson, 2015, s. 55). Det man finner er at mennesker med sterk OAS har lavere forekomst av disse lidelsene, og er bedre utstyrt til å mestre livet om man blir rammet av sykdom. Man kan kartlegge en persons OAS ved å bruke et spørreskjema designet av Antonovsky (1987, s. 190-194).

Det å ha en sterk OAS betyr at man opplever livet som begripelig, håndterbart og meningsfullt, og at man kan bruke indre og ytre ressurser på en helsefremmende måte gjennom ulike perioder av livet (Lindström og Eriksson, 2015, s. 28). Antonovsky forklarer hva han mener med begripelighet. Han sier det handler om hvordan man oppfatter enten indre eller ytre stimuli, som forståelig, sammenhengende og strukturert, i motsetning til at man oppfatter det som støy; kaotisk og uforklarlig (Antonovsky, 2000, s. 35).

Det andre begrepet, håndterbarhet, defineres som den utstrekningen man oppfatter at man har ressurser tilgjengelig som er tilstrekkelige for at man skal klare å møte de kravene man utsettes for (Antonovsky, 2000, s. 36).

Meningsfullhet, det siste begrepet, er ansett som hvordan man engasjerer og involverer seg i de prosessene som påvirker oss i hverdagen. De som har en sterk OAS vil omtale de elementer som er viktige for dem, som meningsfulle, ikke bare i en kognitiv forstand, men i

en emosjonell forstand. Om noe var tungt så var det likevel verdt å engasjere seg i det, ikke bare akseptere noe som en byrde, eller et krav (Antonovsky, 2000, s. 36).

Det er opplevelsen av mening som er den viktigste dimensjonen. Om man har en sterk formening om at noe er meningsfullt så styrker det de to andre dimensjonene; at det er begripelig og håndterbart (Lindström og Eriksson, 2015, s. 29). Antonovsky sier at OAS skal betraktes som en livsinnstilling (Antonovsky, referert i Lindström og Eriksson, 2015, s. 29).

Hans teori er relevant for denne oppgaven, fordi fokuset løfter frem positive prosesser. Arbeidet til sykepleier i FLS skal styrke brukerne, og hjelpe dem til å se positive og gode sammenhenger i sitt arbeid med å endre livsstil.

2.2 Generelle motstandsressurser

Gjennom livet vil mennesker oppleve ulike stressfaktorer. Det kan være fysiske, emosjonelle, psykiske etc. Dette stresset gjør at man får en spenning i kroppen, og ifølge Antonovsky, så vil måten man håndterer denne spenningen på resultere i enten patologiske, nøytrale eller helsefremmende utfall (Antonovsky, 2000, s. 12). Han beskriver ulike elementer som påvirker hvordan man håndterer spenning, og disse har fått betegnelsen generelle motstandsressurser.

Disse ressursene kan f.eks. være penger, kulturell stabilitet eller sosial støtte (Antonovsky, 2000, s. 12). Det poengteres at generelle motstandsressurser kan være både individuelle og kollektive. Verdier og holdninger anses også som være generelle motstandsressursen (Antonovsky, referert i Lindström og Eriksson, 2015, s. 29).

2.3 Health Literacy

Health literacy kan enkelt defineres som en evne til å sikre tilgang, forstå og bruke informasjon på en måte som fremmer og vedlikeholder god helse (Nutbeam, 1998, s. 357).

Nutbeam skriver om tre ulike nivåer innenfor HL; funksjonell, interaktiv og kritisk HL (Nutbeam, 2000). Disse tre ulike nivåene baserer seg på en ulik utvikling av en persons HL.

Det første nivået, det funksjonelle, er det laveste nivået av HL og har tradisjonelt vært det nivået helsefremmende arbeid prøver å oppnå. Om man er på det nivået, vil man ha evne til å forstå grunnleggende helseinformasjon, hvordan man skal bruke helsevesenet, individuelle risikofaktorer og kunne følge et behandlingsregime (Nutbeam, 2000).

Om man er på det andre nivået, det interaktive, så vil man ha de egenskapene nevnt ovenfor, og i tillegg kunne bruke denne informasjonen til å motivere seg selv, utvikle nye ferdigheter i et støttende miljø, og ha mulighet til å påvirke sosiale normer i sitt nærmiljø (Nutbeam, 2000).

Det siste og høyeste nivået av HL, det kritiske, er også en videre utvikling fra nivå to. Dette nivået handler om en evne til å påvirke de sosiale determinantene for helse, gjennom å endre retningslinjer og politikk som påvirker helse (Nutbeam, 2000).

Innenfor helsefremmende og sykdomsforebyggende arbeid kan man ikke bare rette fokus mot individuelle valg og levemåter, man må og adressere de underliggende sosioøkonomiske determinantene for den livsstilen (Nutbeam, 2000).

2.4 Relasjon og kommunikasjon i veiledning

Relasjon og kommunikasjon handler om vårt forhold til hverandre og hvordan vi kommuniserer med hverandre. Det er relasjonen og kommunikasjon som er grunnlaget for veiledning. Man må ha en god relasjon for at veiledningen skal bli vellykket (Eide og Eide, 2004, s. 124). Vi må møte brukeren der de er og skape tillit mellom brukeren og yrkesutøveren. Veiledning som begrep innebærer å gi informasjon, undervise og rådgi (Tveiten, 2007, s. 81). Dialogen er verktøyet som brukes i veiledning. Det tas utgangspunkt i brukernes behov, muligheter og ressurser. Hensikten med veiledningen er å styrke brukerens evne til å mestre og leve et sunt liv (Tveiten, 2007, s. 93).

Rogers relasjonsteori tar utgangspunkt i klienten. Han sier at empati, ubetinget respekt, varme og genuinitet må være tilstede for at man skal se resultater og vekst mellom hjelper og bruker (Rogers, referert i Eide og Eide, 2004, s. 125). Ifølge Rogers teori er alle individer født med en evne for personlig utvikling og vekst, og man har en iboende evne til å ville virkeliggjøre

sine ressurser (Rogers, referert i Eide og Eide, 2004, s. 125). Det understrekes at denne teorien er ideell og at man ikke alltid klarer å skape en slik relasjon til alle man ønsker å hjelpe.

I veiledningssamtale må man reflektere tilbake hva brukeren sier, og stille oppfølgings spørsmål. Som veileder kan man fiske ut meninger i hva brukeren forteller, og deretter stille spørsmål tilbake til brukeren slik at de kan bekrefte eller avkrefte veilederens tolkning (Tveiten, 2007, s. 96). Dette er med på å sikre god kommunikasjon. For å kunne være reflekterende overfor brukere må man være en aktiv lytter.

Som helsepersonell er man ekspert på helse. Likevel må ikke dette uttrykkes på en måte som nedtrykker ekspertisen til brukeren selv. Det er brukeren som er ekspert på eget liv, og dette er grunnlaget i veiledningen (Tveiten, 2007, s. 97). I tillegg må det understrekes at i en dialog, skal begge partene være likeverdige (Tveiten, 2018, s. 251). Man må ha veiledningskompetanse for å veilede. Dette innebærer at man klarer å skape en tillitsfull relasjon, har selvforståelse og praktiserer gode kommunikasjonsferdigheter (Tveiten, 2007, s. 132).

“Veiledning er en prosess som har til hensikt at brukerens egne svar blir bevisste for brukeren selv” (Tveiten, 2007, s. 82). Dette sitatet er relevant fordi det understreker at det er brukeren som er ekspert på eget liv. Man må styrke brukeren til å ha tro på seg selv, og mobilisere kunnskap de allerede sitter på.

Det har blitt lagt frem en modell for veiledning mellom bruker og helsepersonell. Det er Rinders som har komponert denne modellen, og den beskriver ulike stadium (Rinders, referert i Tveiten, 2007, s. 107). I første stadium skal man lytte til brukeren og lære om dens hverdagsliv, tanker, holdninger osv. På andre stadium skal man identifisere og prioritere behov, problemer og ressurser. Tredje stadium skal identifisere problemløsning, hvordan man skal handle og forandre seg (Tveiten, 2007, s. 107).

Innenfor veiledning av brukere som gjennomfører/ skal gjennomføre livsstilsendring er motiverende intervju et nyttig verktøy (Tveiten, 2016, s. 133). Hensikten med et motiverende

intervju er å styrke en persons motivasjon og sikre en intern forpliktelse for endring. Som helsepersonell har man mulighet til å påvirke en brukers motivasjon gjennom dialog. Aktiv lytting, brukersentrert kommunikasjon og tanken om at alle mennesker ønsker sitt eget beste er grunnelementene i et motiverende intervju (Tveiten, 2016, s. 133).

2.5 Sosial og emosjonell støtte

Å støtte mennesker gjennom livsstilsendring er viktig fordi det kan styrke motivasjonen og trygge dem (Kristoffersen, 2016a, s. 386). Støtte er altså viktig for å kunne opprettholde livsstilsendringer. Man gjør det ved å bekrefte følelsene og opplevelsene til brukerne. I tillegg til å bedre brukernes opplevelse med livsstilsendring vil man også kunne forebygge at de gir opp (Kristoffersen, 2016a, s. 386).

Sosial støtte har vist seg å være helsefremmende (Helgesen, 2016, s. 142-43). Man styrker mestringsevnen, og klarer bedre å stå imot påkjenninger og belastende livshendelser. I tillegg vil man oppleve bedre livskvalitet om man har god sosial støtte (Helgesen, 2016, s. 143). Innenfor område sosial støtte opererer man med to forskjellige begreper; emosjonell- og instrumentell støtte. Emosjonell støtte går på å trøste og bekrefte belastningene brukeren står overfor. Man må vise at man er tilgjengelig for brukeren. Instrumentell støtte går mer på å hjelpe med praktiske behov, f.eks. arrangere transport til pasienter.

Antonovsky beskriver sosial støtte som en av de generelle motstandsressursene (Antonovsky, 1987, s. 128-129). I tillegg kan man også se, at å yte sosial støtte kan styrke ens egen OAS, noe som understreker at det å være der for andre og vise omsorg, også har en positiv effekt på egen helse (Langeland og Wahl, 2009). Det ser ut til at god sosial støtte har en positiv effekt på personers "self-efficacy", altså evne til å oppnå det de selv ønsker (Cutrona og Russell, 1987).

3 Metode

I denne delen av oppgaven vil metodevalg, litteratursøk og kritikk av metode og kilder. Helt til slutt vil etiske overveielser presenteres.

3.1 Valg av metode

For å kunne svare på problemstillingen i denne oppgaven, har jeg gjennomført et strukturert litteraturstudie. Litteraturstudie blir brukt fordi det er det mest realistiske valget for bachelorskriving, både med tanke på ressurser tilgjengelig og kompetansenivå til forfatteren. Man gjennomfører en kritisk vurdering av kildene og sammenfatter resultatene i studiene til slutt (Magnus og Bakketeig, 2000, s. 37). Når man gjennomfører en litteraturstudie vil man gå gjennom fire forskjellige faser; planlegging, gjennomføring, analysering og rapportering (Magnus og Bakketeig, 2000, s. 38). De tre siste fasene presenteres i denne oppgaven, henholdsvis i del 3.2, 3.4, og kapittel 4.

Artiklene som velges er basert på primærforskning. Det vil si at artiklene er skrevet av personer som selv har gjennomført forskningen (Christoffersen, Johannessen, Tufte og Utne, 2015, s. 62). Hvilken metode de bruker kan si noe om relevansen for å svare på problemstillingen.

I en litteraturstudie vil man finne kilder og bruke eksklusjonskriterier for å finne den mest relevante forskningen. Kildene man velger å bruke skal kunne svare på problemstillingen (Dalland, 2017, s. 207). Derfor kan man velge fra en rekke ulike typer litteratur, f.eks. case-studier, meta-analyser, kvalitativ forskning eller tverrsnittstudier.

Jeg ønsket å bruke kvalitativ forskning fordi det sier noe om opplevelsen av veiledning, men også hva som gjør at veiledning og hjelp er god. I tillegg er denne oppgaven basert på det subjektive møtet mellom sykepleier og bruker. Det som oppstår i disse møtene er best beskrevet i kvalitativ forskning.

3.2 Litteratursøk og avgrensninger

PubMeds søkeportal ble brukt for å finne relevant forskning. Siden oppgaven tar utgangspunkt i FLS, brukte jeg det engelske begrepet; healthy life centre. Oppgaven handler også om livsstilsendring, og derfor ble det inkludert som det andre begrepet. Søket ga fire

resultater, hvorav to av dem ble inkludert i denne litteraturstudien. Alle søk er avgrenset ned til funn som er publisert mellom 2015-2019.

Tabell 1: Søk i PubMed 28.03.2019.		
Nummer	Søkeord	Antall treff
S1	healthy life centre	30
S2	lifestyle change	11412
S3	S1+ S2	4

De fire resultatene fra dette søket ga to artikler som brukes i denne oppgaven:

- Previous experiences and emotional baggage as barriers to lifestyle change- a qualitative study of Norwegian Healthy Life Centre Participants
- Healthy Life Centre participants' perceptions of living with overweight and obesity and seeking help for a "perceived" wrong lifestyle- a qualitative interview study

De 30 resultatene fra S1 ble vurdert hvorav to av artiklene ble valgt ut:

- Participants at Norwegian Healthy Life Centres: Who are they, why do they attend and how are they motivated? A cross sectional study
- Respect, trust and continuity: a qualitative study exploring service users' experience of involvement at a Healthy Life Centre in Norway

Disse artiklene sier noe om hvem brukerne i FLS er, og hva som gjør at de møter opp i FLS. I tillegg kommer det frem hva som er viktig for brukerne. Tre av artiklene er basert på kvalitativ forskning.

Artikler som handlet om kroniske smerter og resultater av fysisk aktivitet ble ikke inkludert da det ikke er relevant for problemstillingen. Det ble også mange resultater som handlet om

biomedisin for en rekke lidelser. Disse ble da ikke valgt fordi de faller utenfor sykepleiefaglig forskning.

Videre var det ønskelig å finne noe som beskriver hva som krever for å være en god veileder. Disse søkene ble gjennomført i bibliotekets søkemotor; Oria. Jeg har valgt å bruke søkeordene “Patient Educator” OG “Nurse Education” OG “Lifestyle Change”. Filtre med kun resultater i artikler, og at de skulle skrives på engelsk, ga 1022 treff.

Videre filtrerte jeg ved å velge relevant emne i panelet på venstre side; “Patient Education”. Dette ga 95 resultater. Følgende eksklusjonskriterier ble brukt: at det omhandlet sykepleiere, at pasientgruppen var av nordisk opprinnelse, at det ikke foregikk i en akutfase.

Følgende artikkel ble valgt:

- What is a good educator? A qualitative study on the perspective of individuals with coronary heart disease

Denne artikkelen tar utgangspunkt i pasienter med koronar hjertesykdom. Likevel er den relevant fordi den sier noe om hva som skal til for å være en god veileder, noe som ikke har tilknytning til hva slags diagnose pasientene har. Essensen i artikkelen handler om livsstilsendring, noe som også er aktuelt i denne oppgaven.

Videre ønsket jeg å finne lignende forskning som kunne svare på det samme, bare fra perspektivet til helsepersonell. Det styrker kompetansen til helsepersonell å vite hva som er en god veileder fra to forskjellige grupper. Jeg ønsket å finne kvalitativ forskning på området, og derfor valgte jeg å gjennomføre et nytt søk i Oria, ved bruk av tre begreper; “Patient educator” OG “qualitative” OG “Lifestyle change”.

Søket ga 736 resultater. For å begrense mengden treff valgte jeg å filtrere videre ved å bruke “emnemenyen” på venstre side. Der valgte jeg “Qualitative Research” som ga 130 treff.

Følgende artikkel ble valgt:

- How to become an expert educator: a qualitative study on the view of health professionals with experience in patient education

3.3 Metodekritikk

Litteraturstudie som metode er basert på egen tolkning av publisert forskning. Dette er en svakhet, da en ikke kan sikre at meningen til forfatterne samsvarer med min tolkning. En må poengtere at engelsk ikke er morsmålet til forfatteren, og at det derfor kan være rom for misforståelser i tolkning. Dette kan påvirke både litteratursøket, og i analyse av valgt litteratur, dog i nokså liten grad. I tillegg er omfanget til denne oppgaven svært liten, og baseres på en liten mengde forskning. Man kan altså risikere å bruke forskning som strider mot annen forskning. At forskningen er fagfelleurdert er med på å motvirke dette.

En annen kritikk av litteraturstudie som metode er at forfatteren har begrenset med kunnskap om hvordan man skal bruke databaser på mest hensiktsmessig måte. Dette kan føre til at søkene ikke blir like omfattende og dermed ikke viser forskning som kan vise seg å være relevant for problemstillingen.

3.4 Kildekritikk

Helsebiblioteket har utviklet sjekklister til bruk i kritisk vurdering av forskningslitteratur (Helsebiblioteket, 2016). For å vurdere kvaliteten på forskningen brukt i denne oppgaven har jeg tatt i bruk sjekklister for kvalitativ forskning, og prevalensstudie. All forskningen som er utvalgt til denne oppgaven er av tilfredsstillende kvalitet i forhold til sjekklister. Sjekklister er lagt med som vedlegg en og to. I tillegg er forskningen fagfelleurdert.

Man kan stille seg kritisk til om det er ulike karakteristikk mellom brukere som sier seg villig til å delta i studiene, og de som ikke deltar. Er brukerne som deltar mer engasjerte og entusiastiske overfor FLS og egen helse? Det er ikke urimelig å anta at dette kan påvirke forskningen.

3.4.1 Etiske overveielser

All forskning må gjennomføre etiske vurderinger. Da litteraturstudie ikke bruker deltakere i gjennomføring av forskning, er det ikke nødvendig å søke godkjenning av etisk komité.

Dermed er det enda viktigere at primærforskningen har vært tydelige i beskrivelse av etiske vurderinger. I denne oppgaven har den valgte forskningen vært tydelige i at forskningen er godkjent av etiske komiteer, i tillegg til at deltakerne har blitt informert og gitt samtykke til å delta, med unntak av studien nedenfor.

Tversnittstudien av Samdal et al., (2018a) har blitt vurdert ved bruk av sjekkliste for prevalensstudie, da det er store sammenhenger mellom disse to forskningsmetodene. Det må poengteres at tversnittstudien til Samdal et al., (2018a) ikke nevner etiske vurderinger, eller informert samtykke. Likevel har den blitt inkludert i denne oppgaven, da den er en del av en randomisert kontrollert studie (RKS). Denne RKS har blitt godkjent av etisk komité, og deltakerne har gitt informert samtykke (Samdal et al., 2018b).

4 Presentasjon av forskningsartikler

I denne delen av oppgaven vil de fire forskningsartiklene presenteres. Hensikt, bakgrunn, metode og resultater vil bli lagt frem hver for seg. Helt til slutt vil alle hovedfunnene oppsummeres i et eget avsnitt.

4.1 Artikkel 1

“Previous experiences and emotional baggage as barriers to lifestyle change- A qualitative study of Norwegian Healthy Life Centre participants”

Følling, Helvik og Solbjør (2015)

Bakgrunn: Tidligere forskning, både internasjonal og fra Norge, har funnet at bl.a. sosiale og fysiske barrierer hindrer mennesker i å endre livsstil. Ofte ser man at intervensjoner som skal hjelpe brukere og pasienter til å endre livsstil har høyt frafall. For at FLS skal kunne hjelpe flest mulig med å endre livsstil er det dermed viktig å vite noe om deres psykiske helse.

Hensikt: Å se på hvordan deltakere på FLS beskriver tidligere livserfaringer som er viktige for å endre livsstil.

Metode: Studien bruker kvalitativ metode, hvor dybdeintervju ble brukt ved hjelp av spørsmålsguide. Brukere ble intervjuet i oppstarten av intervensjonen. Intervjuene ble gjennomført på to FLS i midt-Norge. 23 deltakere ble rekruttert til studien via annet personell på FLS, med fokus på et bredt utvalg brukere.

Resultater: Det er henholdsvis to hovedtemaer som kom frem; at brukerne synes det er vanskelig å endre gamle vaner, og at de har tung emosjonell bagasje fra tidligere i livet som hindrer dem i å endre livsstil. Brukerne har kunnskap om hva som kreves for å leve et sunt liv, men mangler evne til å bruke og handle i tråd med denne kunnskapen. Tung emosjonell bagasje fra barndom og senere tidspunkter i livet gjør at brukerne opplever livet som vanskelig. Dette hindrer brukerne i å endre livsstil, fordi de allerede har tunge saker å forholde seg til.

4.2 Artikkel 2

“Healthy Life Centre participants’ perceptions of living with overweight or obesity and seeking help for a perceived “wrong” lifestyle - a qualitative interview study”

Salemonsens, Hansen, Førland og Holm (2018)

Bakgrunn: I dagens samtid er kroppens størrelse en viktig del av ens selvbilde. Det er også økt fokus på individets ansvar for å ha en sunn livsstil. Likevel ser man at livsstilsintervensjoner kan være vanskelige å gjennomføre, og at det er stort frafall.

Hensikt: Å utforske deltakere i FLS erfaringer med å leve med fedme og deres oppfatning av å søke hjelp til å endre kosthold- og aktivitetsvaner.

Metode: Kvalitativ metode med hensikt å utforske komplekse fenomen og finne temaer eller mønstre som beskriver opplevelser. Bruk av semistrukturerte dybdeintervju. 13 deltaker ble rekruttert ved bruk av strategisk utvalg for å sikre god spredning på tvers av kjønn, alder, størrelse på kommune og at de hadde erfaring med å leve med overvekt og fedme.

Resultater: Hovedtema var søket etter verdighet. Dette hovedtemaet er tolket ut fra temaet «et behov for å rettferdiggjøre unngåelse av ansvar» og «et ønske om endring». Å leve med overvekt og fedme påvirker brukernes selvbilde, og er forbundet med skam og skyld (både for eget utseende og for å ha «feil» livsstil).

Deltakerne beskrev ulike belastninger og utfordringer i livet som barrierer for endring. De opplevde det å endre livsstil som en evig kamp mellom sunn livsstil og nytelse. I tillegg opplevde de skam, skyld og mismot som påvirket deres evne til personlig ansvar for livsstilsendring. Helseutfordringer og behov for selvrespekt trigget endring. Håp, mestringstro og meningsfullhet var viktig for motivasjonen, og stolthet var viktig for egenmestringen. Det er viktig å adressere deltakernes følelsesmessige belastninger og søken etter verdighet, samt å adressere stigma knyttet til det å ikke ha «rett» livsstil.

4.3 Artikkel 3

“Respect, trust and continuity: A qualitative study exploring service users’ experience of involvement at a Healthy Life Centre in Norway”.

Sagsveen, Rise, Grønning, Westerlund og Bratås (2018)

Bakgrunn: Etableringen av FLS i Norge er på grunnlag av en økende forekomst av livsstilssykdommer. En vet at brukermedvirkning er bra for å støtte opp om endringsprosesser, gi brukere mer makt og ansvar for egen helse og gjør det mer sannsynlig at brukere tar eierskap for sin endringsprosess m.m.. I Norge er brukermedvirkning lovfestet.

Hensikt: Å utforske erfaringer med brukermedvirkning blant brukere i FLS som deltar i individuelle helsekonsultasjoner, fulgt av gruppedeltakelse med fysisk aktivitet og/eller kostholdskurs. I en mer spesifikk formulering, så var hensikten å utforske hva som tilrettela, og hva som hindret brukermedvirkning, og hvordan medvirkning muligens bidrar til å endre helseatferd relatert til fysisk aktivitet og sunne spisevaner.

Metode: Kvalitativ metode ved bruk av semi-strukturerte dybdeintervju, gjennomført på FLS i Midt-Norge. Deltakere ble valgt for å representere en bred gruppe, slik at alle aldre og kjønn ble representert. Ulik lengde erfaring med FLS ble også vektlagt. 20 brukere deltok.

Resultater: Fire hovedtemaer kom frem. Det første var viktigheten av å ha et tillitsfullt forhold mellom bruker og helsepersonell. Man bygget en relasjon i den første helsesamtalen, og det var viktig å videreføre denne relasjonen til videre aktiviteter.

Det andre temaet var å føle eierskap og ansvar for livsstilsendringen gjennom personlig målsetting, samt støtte fra helsepersonell, familie og venner. Å sette egne mål var den viktigste måten å sikre brukermedvirkning på.

Det tredje temaet handler om å stole på den profesjonelles beslutning i relasjon til planlegging av aktiviteter og innhold i trening og kostholdsveiledning.

Det siste temaet beskriver hvordan brukermedvirkning, i gjennomføringen av gruppeaktiviteter, var i liten grad vektlagt da de fulgte programmet som allerede var laget. Det var til en viss grad brukermedvirkning i hvor treningen skulle gjennomføres, og individuelle tilpasninger ved behov.

4.4 Artikkel 4

“Participants at Norwegian Healthy Life Centres: Who are they, why do they attend and how are they motivated? A cross-sectional study”

Samdal et al. (2018a):

Bakgrunn: Man ser at mennesker fra lavere sosioøkonomisk status har høyere risiko for å utvikle sykdom i løpet av livet. Ofte er det sammenheng mellom vanskelige hendelser i barndom, dårlig sosial støtte og det å utvikle ugunstig livsstil som er vanskelig å endre. Flere psykologiske elementer kan bidra til å styrke brukere i livsstilsendring, blant annet autonom regulering av motivasjon og sosial støtte. På bakgrunn av det man allerede vet om livsstilssykdommer så er denne studien gjennomført for at man skal kunne bedre tilbudene ved norske FLS.

Hensikt: Å utforske karakteristikker ved brukere i norske FLS, deres grunner for å delta, hva som motiverer dem, og om sosioøkonomisk status, motivasjon, mestringsevne og sosial støtte er relatert til aktivitetsnivå og stillesittende oppførsel.

Metode: Tverrsnittstudie basert på spørreskjema som en del av en RKS. 118 deltakere fra åtte forskjellige kommuner på sør- og vestlandet. Kommunene var både landlige og urbane. I tillegg ble det gjennomført en rekke undersøkelser, blant annet livvidde, vekt og aktivitetsnivå (ved bruk av et armbånd festet til overarmen 24/7 i en uke).

Resultater: 77% av deltakerne var kvinner. Gjennomsnittsalderen var 48 år, og gjennomsnittsbMIen var 34. 61% av dem jobbet deltid eller fulltid. Gjennomsnittsinntekten til husholdningen fra 550 000NOK per år. 1/3 av dem rapporterte vonde opplevelser fra barndommen og 40% rapporterte lav selvtillit. Det var flere brukere med fedme enn med

overvekt. Dette er en motsetning til den generelle befolkningen, hvor flere er overvektige. Et annet resultat som gjør av brukerne skiller seg fra den norske befolkningen var at flere hadde en inntekt som var lavere enn 400 000NOK. Altså er brukerne ved FLS proporsjonalt tyngre, og med lavere inntekt enn resten av befolkningen. Noen av brukerne opplevde et press, fra venner og familie, til å være med i FLS, og dette førte til at deres motivasjon ikke var autonom, det vil si at motivasjonen ikke var forankret i egen interesse/ønske.

4.5 Artikkel 5

“What is a good educator? A qualitative study on the perspective of individuals with coronary heart disease”

Svavarsdóttir, Sigurðardóttir og Steinsbekk (2015a)

Bakgrunn: Å utdanne pasienter kan øke kunnskapen deres og ha positiv effekt på livsstilsendring. Det er helsepersonell som utøver denne utdanningen, og derfor må man vite hva det er som gjør at man blir god i veiledning. Fordi brukermedvirkning og pasienters synspunkter blir mer og mer viktig, er det ønskelig å forske på hva pasienter/brukere anser som en god veileder.

Hensikt: Å utforske hva pasienter med koronar hjertesykdom, som har deltatt i pasient veiledning i etterkant av PCI (en behandlingsmetode som utblokkerer tette eller trange områder i koronararteriene, (Eikeland, Stubberud og Haugland, 2016)), synes gjør en veileder god.

Metode: Kvalitativ metode ved bruk av semistrukturerte intervju. De brukte hensiktsmessig rekruttering for å balansere mellom alder, kjønn og tid siden PCI. Deltakere ble hentet fra både Island og Norge. 17 deltakere deltok.

Resultater: De fant at man må kunne ha tillit til veilederen. Det var i hovedsak to elementer som gjorde at man kunne stole på dem. Det første var at de hadde kunnskap om det de snakket om. Pasientene foretrakk spesialister eller sykepleiere som jobbet med hjertesykdom, da de kunne mer om denne sykdommen. Det andre elementet var at de måtte kunne stifte en god

relasjon til pasient/ bruker. Veilederne måtte kunne se hele personen, ikke bare lidelsen. Til slutt fant de at pasientene foretrakk at veiledningen kunne tilpasses seg den enkeltes situasjon.

4.6 Artikkel 6

“How to become an expert educator: a qualitative study on the view of health professionals with experience in patient education”

Svavarsdóttir, Sigurðardóttir og Steinsbekk (2015b):

Bakgrunn: For å sikre at pasientenes behov blir møtt, må helsepersonell ha et høyt nok kompetansenivå innenfor pasientveiledning. Derimot er det gjennomført lite forskning på hvordan denne kompetansen skal utvikles og hvordan helsepersonell skal trenes i det.

Hensikt: Å undersøke karakteristikene ved en “ekspertveileder”, ifølge helsepersonell med erfaring fra pasientveiledning for pasienter med koronar hjertesykdom, samt deres syn på hvordan man blir en “ekspertveileder”.

Metode: Bruk av semistrukturerte intervju. Deltakerne var helsepersonell som hadde erfaring med å veilede pasienter med koronar hjertelidelse. For å rekruttere ble helsepersonell på hjerteavdeling spurt om å delta. Deretter brukte de “snowball sampling”, altså at deltakere informerte videre til relevant helsepersonell. 19 deltakere fra Island og Norge deltok i studien.

Resultater: for å være en “ekspertveileder” må man forstå individuelle læringsbehov og interesser. Det er også viktig at man klarer å skreddersy veiledning for individuelle nivå og behov. For å bli en “ekspertveileder” så må man være motivert til å lære om veiledning og om pasientens sykdom/livssituasjon i tillegg til at man må engasjere seg i å lære. Arbeidsmiljøet må være motiverende og støttende, og tilgang til veiledningsressurser, hjelp fra mer erfarne veiledere og det å kunne delta som observatør i andres veiledning var viktige elementer for å øke kompetansen.

4.7 Oppsummering av hovedfunn

- Brukere synes det er vanskelig å endre livsstil, til tross for at de vet hva som utgjør en sunn livsstil.
- Deltakerne søker etter verdighet og endring, de er motivert, men skam, skyld, motløshet og tung emosjonell bagasje påvirker evne til å ta personlig ansvar.
- Relasjonen mellom brukeren og helsepersonell er svært sentral for kvaliteten på tilbudet. Brukermedvirkning og individuelt eierskap er noe av det som må sikres for at brukere skal klare å endre sin livsstil.
- Brukere har lavere sosioøkonomisk status og har mer fedme sammenlignet med resten av befolkningen
- Tillit til veileder baseres på den profesjonelles kunnskap og evne til å stifte en relasjon. Dette er basisen for god veiledning.
- En god veileder evner å tilpasse veiledning til brukeren.

5 Diskusjon

Problemstilling: hvordan kan sykepleiere bistå brukere til å fremme en sunnere livsstil i frisklivssentraler?

5.1 Et salutogenetisk perspektiv på livsstilsendring

Det er en rekke sammenhenger som skaper god helse. Avslappende søvn, regelmessig fysisk aktivitet, og et sunt kosthold er med på å styrke hverandre og gi kvalitet på søvn, som igjen styrker livskvaliteten (Tan, Storm, Reinwand, Wienert, de Vries og Lippke, 2018) Som helsepersonell er dette svært grunnleggende kunnskap. På samme måte vet vi at om en håndterer stress ved å øke alkoholinntak, så kan det føre til sykdom eller uhelse i et større perspektiv.

Man kan kartlegge brukernes OAS. Antonovsky (1987, s. 189-95) har utviklet et spørreskjema som man kan bruke. I samtale med brukerne kan man prøve å få frem hva som har fungert for brukerne tidligere. Som nevnt tidligere, så skal man anse OAS som en livsinnstilling. Man kan dermed ta utgangspunkt i at møtet med brukerne skal prøve å oppnå en sterk OAS, hvis det viser seg at dette ikke var utgangspunktet.

Psykisk helse, overvekt og fedme har stor sammenheng. Altså er det ikke bare "fysiske" elementer som er en viktig del av helsefremmende arbeid og opplevelse av sammenheng. Man må også se på hvordan brukere opplever sammenhenger mellom psykiske traumer og belastninger, og hvordan det utarter seg fysisk, i form av f.eks. overspising.

I det salutogenetiske perspektivet er det viktig for sykepleieren at pasienten selv opplever sammenheng mellom det som skaper helse, og ikke det som skaper sykdom. Vi skal styrke brukeren til å se hvordan det oppleves å være i fysisk aktivitet, å lage god og sunn mat, og hvordan det skaper god mestring i å få til det man ønsker. Dette er nøkkelen for arbeidet sykepleieren gjør gjennom det salutogenetiske perspektivet.

Forskning viser at helseintervensjoner kan styrke pasienter/brukeres OAS (Heggdal og Lovaas, 2017; Langeland, 2007; Forsberg, Björkman, Sandman og Sandlund, 2010). Blant annet så ser man at livsstilsintervensjoner styrker pasienters OAS. Ved å sette i gang rett

tiltak, vil man ikke bare hjelpe brukeren til å leve en sunnere livsstil, man vil også kunne bistå brukeren i fremtiden, fordi en sterk OAS vil hjelpe personen til å håndtere spenninger i fremtidige situasjoner, videre i livet.

Vi vet at det er tre elementer som til sammen utgjør ens OAS; at noe er forståelig, håndterbart og meningsfullt (Antonovsky, 2000, s. 35-36). Som sykepleier kan man styrke brukerens evne til å forstå. Hva er det som gjør noe forståelig? Antonovsky (1987, s. 140) foreslår noen spørsmål man kan stille seg selv. “Er mitt problem enkelt, eller er det komplekst og har omfattende konsekvenser?”, “Inkluderer dette her bare meg selv, eller er flere påvirket?”, “Har jeg møtt lignende problemer før?”, “Er det sannsynlig at problemet mitt vil intensifiseres eller miste sin makt, uansett hva jeg gjør for å møte det?”. Disse spørsmålene viser hvordan man kan forstå stresset man utsettes for. Tar man tak i disse spørsmålene så vil man være på god vei til å håndtere stresset man utsettes for. I følge Antonovsky så handler jo forståelighet om å lage orden ut av kaos.

Tidligere i oppgaven skrev jeg at tung emosjonell bagasje, og følelser av skam og skyld er noe av det som hindrer brukerne i å endre livsstil. Det er for mye å forholde seg til, og dermed klarer de ikke å fokusere på livsstilsendring i tillegg til alt det andre. Dermed er grunnlaget lagt; målet må være at en skal klare å lage orden i dette kaoset. For å møte et problem med de rette ressursene må man forstå naturen av problemet først.

Da det hele kan ansees som litt diffust tar jeg nå et eksempel. En bruker opplever stress fordi han ikke klarer å gå ned i vekt. Om personen har en svak OAS så vil vedkommende oppleve det hele som kaotisk, uforklarlig og bare gi opp uten å prøve å takle stresset. Den brukeren som har en sterk OAS vil derimot kunne spørre seg selv; “hvorfør går jeg ikke ned i vekt?”, “hvilke konsekvenser har det for meg om jeg ikke går mer ned i vekt?” eller “hvordan har jeg håndtert dette før?”. Ved å ta stilling til dette stresset er det større sannsynlighet for at brukeren jobber videre med problemet på en hensiktsmessig måte. Som sykepleier i FLS kan man også stille disse spørsmålene til brukeren selv.

Håndtering av stress er beskrevet allerede, og vil bli utdypet videre senere i oppgaven. Det handler om de ressursene brukeren har tilgjengelig bl.a. støttenettverk, health literacy og motivasjon.

Antonovsky anser den tredje dimensjonen som viktigst; altså at noe er meningsfullt (Antonovsky, 2000, s. 36). At det er meningsfullt å engasjere seg i de vanskelige delene av livet er viktig for de som har en sterk OAS. Brukerne på FLS er nok nettopp det; hvorfor ville de valgt å være der om det ikke var viktig for dem å engasjere seg? At dette engasjementet er viktig, er det ikke tvil om, og dermed må det være et mål at brukerne selv fortsetter å oppleve livsstilsendring som meningsfullt.

Som man har sett i studien til Sagsveen et al. (2018), er det viktig at man møter brukerne med empati og respekt. Sagsveen et al. (2018) og Følling et al. (2015) skriver at støtte fra både helsepersonell og familie/venner er viktig for at man skal klare å gjennomføre sunne livsstilsendringer. Det finnes derimot forskning som beskriver at sosial støtte ikke er en sentral faktor for å klare å gjennomføre livsstilsendring. Stead et al. (2015) skriver at de mest suksessrike livsstilsendrerne klarte å omstille sin livsstil, på tross av manglende sosial støtte. I denne studien var det den indre motivasjonen og ressurser til å utvikle strategier i møte med tilbakeslag og "triggere" som var viktige elementer for livsstilsendring. Dette er i tråd med teorien til Antonovsky, da han beskriver viktigheten av generelle motstandsressurser. I tillegg var det sammenheng mellom hvordan deltakerne vurderte sitt kosthold, og hvor farlig det var for deres fremtid. De som adapterte den sunneste livsstilsendringen mente i større grad at kostholdet deres var skadelig, i forhold til de som ikke klarte å endre livsstilen sin. Disse deltakerne viser en sterk OAS, da de ser forholdet mellom kosthold og sykdom, samtidig som de har indre ressurser som styrker dem i vanskelige tider.

Studien til Stead et al. (2015) er gjennomført på pasienter som har fått påvist adenomer i endetarmen. For å forebygge videre sykdomsutvikling ble pasientene oppfordret til å endre livsstil. Dermed er utgangspunktet for denne studien annerledes enn studiene basert på deltakere i FLS. En kan vurdere om motivasjon til å endre livsstil er større om man får beskjed om at man kan utvikle kreft om man ikke endrer livsstil.

Det ble nevnt tidligere at det å gi sosial støtte kan styrke ens OAS (Langeland og Wahl, 2009). Som forskningen til Sagsveen et al. (2018) viser, så opplever deltakerne en mindre grad av brukervedvirkning de gangene de får veiledning i grupper. Ved å gi støtte til andre, vil man styrke sin egen selvtillit og oppnå en sterkere OAS. På dette grunnlaget kan det derfor være en idé at istedenfor at man skal motta assistanse gjennom gruppeveiledning, så kan brukerne selv dele på den erfaringen de har. «Hva virker for meg?», «Hvordan håndterte jeg den situasjonen på en god måte?», «Hvilke strategier og ressurser bruker jeg for å motstå fristelser?». Dette er spørsmål brukerne selv kanskje har svar på, og som det kan være nyttig for andre å høre.

Antonovsky argumenterer at en person med sterk OAS evner å bruke de generelle motstandsressursene for å unngå at spenning utvikler seg til stress. De generelle motstandsressursene er mange, og dermed er det viktig at man velger ut de passende ressursene for rett stress. Om man klarer det, så utøver man et sterk OAS, ifølge Antonovsky (1987, s. 138).

Videre argumenterer han at det nytter ikke bare å ha tilgang til generelle/ spesifikke motstandsressurser, man må også kunne bruke dem. I tråd med HL ser man at det nytter ikke å bare ha kunnskap. Deltakerne i FLS uttrykker at de har kunnskapen om hva som er en sunn livsstil, men evner ikke å bruke denne kunnskapen. Sykepleierne sin oppgave må da være å hjelpe brukerne til å mobilisere denne kunnskapen, men også finne ut av hvilke motstandsressurser brukerne har.

Som Antonovsky skriver, så vil man til enhver tid bli utsatt for spenning. For deltakerne i FLS kan denne spenningen f.eks. være fristelser i form av søtsaker. Hvilke motstandsressurser kan brukerne mobilisere for å motstå fristelser? Her kan man kartlegge ressursene til brukerne, og føre en dialog som gjør at disse motstandsressursene kommer frem.

5.2 Hva skal til for endring av kost og aktivitetsvaner?

Å veilede er å sette i gang en prosess som styrker pasienten/brukerens mestringskompetanse (Tveiten, 2018, s. 249). Det vil være individuelle forskjeller mellom brukerne i relasjon til hva de selv skal mestre. For noen kan det være å unngå å falle for fristelsene, for andre kan det

være å mestre tunge emosjonelle utfordringer. Tveiten (2018, s. 250) hevder at brukerens kompetanse (ens kunnskap, holdninger og ferdigheter) må fokuseres på i veiledning. Hva som skal mestres lager grunnlaget for veiledningen, og dermed vil det variere om man skal fokusere på holdninger, kunnskap eller ferdigheter. Dette er i tråd med Svavarsdóttir et al. (2015a og 2015b). Å kunne se brukerens læringsbehov, samt tilpasse seg disse, er grunnleggende for å kunne gi god veiledning. Det settes også dermed krav til at en har en kompetanse innenfor området.

Relasjonen mellom bruker og veileder lager utgangspunktet for god veiledning (Svavarsdóttir et al., 2015a; Sagsveen et al., 2018). Denne relasjonen kan dyrkes frem i første stadium av Rinders modell (Rinders, referert i Tveiten, 2007, s. 107). Man skal lytte til brukeren, og høre dens tanker og erfaringer. Bruk av aktiv lytting og reflekterende spørsmål kan brukes for at brukeren skal føle seg sett og ivaretatt.

Som nevnt tidligere så er dialogen arbeidsverktøyet til sykepleieren. Gjennom dialogen vil brukere bli bevisstgjort (Tveiten, 2018, s. 251). Veiledning har som mål at brukere selv skal bli bevisst på egne løsninger, da det hele tar utgangspunkt i at brukeren er ekspert i eget liv. At man kommer frem til egne løsninger vil også være med på å styrke muligheten for en vellykket livsstilsendring, da personlig eierskap forutsetter nettopp dette (Sagsveen et al., 2018).

Veilederens rolle er sentral for brukere som gjennomfører en livsstilsendring. Først og fremst er den støttende funksjonen til sykepleieren sentral. Vi vet at det er krevende å endre livsstil, og at det å få støtte er et aspekt som bør være der for å lykkes. I tillegg så viser forskningen til Salemonsens et al. (2018), Følling et al. (2015) og Samdal et al. (2018a), at brukerne har negative følelser om seg selv, slik som skam og skyldfølelse, og vonde minner fra fortiden. I møte med brukere som bærer på slike følelser er det enda viktigere å være en trygg og empatisk person. I dagens samfunn hvor fokus på kropp er så stort, så må ikke FLS bli enda en plass hvor brukerne opplever at det er deres feil. Dermed må man utøve en sykepleie som foster frem den gode selvfølelsen, mestring og håp. Det er slik at ens mestringsforventning er avhengig av tidligere erfaringer (Kristoffersen, 2016b, s. 314). Forskningen som er brukt her viser at mange har prøvd å gå ned i vekt, eller legge om kostholdet før, uten å ha klart å opprettholde denne forandringen (Salemonsens et al., 2018). Veilederen må dermed kartlegge

hva brukeren selv mener om egen mestring. Har de selv god mestringstro? Det må bli sykepleierens ansvar å støtte opp under brukernes mestringstro, og uttrykke at en selv har tro på dem.

Det har nå blitt poengtert at å vise empati, og gi emosjonell og sosial støtte er svært sentralt for å være en god veileder. Likevel må det understrekes at dette ikke er det eneste som må være på plass for å gi god veiledning. Svavarsdóttir et al., (2015a og 2015b) hevder at kunnskap om arbeidsområdet er svært sentralt innenfor god veiledning. Dermed må sykepleiere ha kunnskap om livsstilsendring og hva en sunn livsstil er, men også om veiledning og brukermedvirkning. Tillit til veiledere oppstår på grunnlag av kunnskap og kompetanse, bl.a.. Denne oppgaven har til hensikt å belyse noe av den kunnskapen sykepleiere må ha for å hjelpe brukere med livsstilsendring. Det skal understrekes at denne bacheloroppgaven ikke er fullstendig, og at i praksis så vil en sykepleier måtte ha mye mer kunnskap og kompetanse enn det som kommer frem her.

Motivasjon viser seg å være en sentral del av livsstilsendring (Heggøy, 2016, s. 31). Funnene til Salemonsens et al. (2018) og Samdal et al. (2018a) viser at brukerne er motiverte. Likevel er det ulikt hvilken type motivasjon brukerne har. Samdal et al. (2018a) beskriver at press fra støttenettverk resulterer i en type motivasjon som ikke er bærekraftig over lengre tid. For at livsstilsendringen skal opprettholdes er det viktig at motivasjonen blir intern; at det er egne grunner og interesser som legger grunnlaget for motivasjonen. Her er veilederens rolle sentral. Det blir dens oppgave å stille spørsmål og føre dialog som kan styrke den autonome motivasjonen. Bruk av motiverende intervju kan være relevant her.

De tre ulike nivåene av HL er nevnt tidligere (Nutbeam, 2000). Denne kunnskapen er nyttig, fordi man kan bruke det som mål i møte med brukere og pasienter. Man kan spørre seg selv, hvilket nivå ønsker man at brukerne skal være på i etterkant av møtet med FLS?

Brukerne på FLS har mye kunnskap om hva som er en sunn livsstil (Følling et al., 2015). Det er mangel på evner til å bruke denne kunnskapen som utgjør en del av grunnlaget til at brukerne oppsøker FLS. Å styrke brukernes HL er derfor essensielt innenfor livsstilsendring. For å knytte dette opp mot Nutbeams (2000) tre nivåer, vil det være mulig å si at brukerne i

FLS opererer med en funksjonell HL, da de har evne til å forstå og finne informasjon om egen helse.

Jeg tenker at man som sykepleier skal sikte til at brukeren kommer opp på det interaktive nivået. Dette nivået beskrives som en evne til å bruke kunnskap for å skape motivasjon, utvikle nye ferdigheter og endre sosiokulturelle normer i sitt nærmiljø. Dermed må man jobbe slik at man skaper motivasjon for brukeren. Som sykepleier har man ikke kapasitet til å endre normer i brukerens nærmiljø, men man kan alltid jobbe med brukeren slik at de får en forståelse på hvordan nærmiljøet påvirker deres livsstil. F.eks. kan man snakke om hvordan familien håndterer stress, eller tung emosjonell bagasje.

Man må kommunisere med brukere på en måte som styrker deres HL. Dette er krever at man tilpasser seg den individuelle behov og nivå. Enhver bruker er forskjellig, og dermed må man være bevisst på egne kommunikasjonsmetoder (Kristoffersen, 2016b, s. 313). Det nytter ikke å gi informasjon og veilede en bruker om man kommuniserer på en måte som brukeren ikke forstår. Et eksempel kan være at man forteller en bruker at 30 min mosjonering hver dag er viktig. At brukeren forstår hva mosjon er, er helt essensielt om han/hun skal klare å følge dette rådet (Finbråten, 2018, s. 103).

Heldigvis finnes det gode teknikker man kan bruke for å sikre at det man har sagt blir forstått. F.eks. kan man bruke "teach back" metoden som går ut på at brukere/pasienter skal gjenfortelle den informasjonen vedkommende har fått (Finbråten, 2018, s. 103). På denne måten kan man fange opp eventuelle misforståelser eller hull i kunnskapsnivået til brukeren. I tillegg fører det til at brukeren blir inkludert og avstanden mellom sykepleieren og brukeren blir mindre.

Innenfor dagens helsevesen legges det føringer for at pasienter og brukere skal ha sentral rolle i medbestemmelser om hva som angår deres helse. En forutsetning for å ta del i slike avgjørelser er å ha en god HL. Dessverre viser forskning at de med lav HL oftere har en usunn livsstil, er mer innlagt på sykehus og har en høyere dødelighet enn de med høy HL (WHO, 2013). Dette er noe som bygger opp under hvor viktig, og essensielt, styrking av HL er. Styrking av HL vil redusere ulikheter i helse (WHO, 2013). I tillegg vil en god HL operere

som en generell motstandsressurs i møte med stress og spenning, i tråd med Antonovskys teori (WHO, 2013).

6 Konklusjon

Brukerne i FLS ønsker å endre sin livsstil, men møter utfordringer. Tung emosjonell bagasje, skam og skyld overfor egen kropp og livsstil hindrer dem i å gjennomføre livsstilsendringer. Grunnlaget for oppgaven er basert på hva sykepleieren kan gjøre for å hjelpe disse brukerne til å leve et sunnere liv. Det hele er bygget på salutogenetiske prinsipper. Ved å fokusere på det som skaper helse, i å styrke deres OAS og generelle motstandsressurser vil man kunne fremme brukernes helse. OAS er påvirket av tre forskjellige dimensjoner; begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet, hvor den sistnevnte spiller den største rollen i å påvirke en persons OAS. Sykepleierens rolle er å kunne påvirke og styrke disse elementene hos brukeren. Det kan fremme deres helse, ikke bare her og nå, men også videre i livet.

For å kunne gjennomføre god veiledning må man først bygge en relasjon. Gjennom relasjonen kan man gi støtte til brukeren, og skreddersy veiledning for det enkelte individ. Dette er også spesielt viktig i relasjon til brukernes HL. Den vil variere fra person til person, og dermed er det gitt at en må tilpasse seg den enkelte brukeren. En må ha kompetanse innenfor kommunikasjon, men også om hva som kreves for å endre livsstil, og hva det innebærer å ha en sunn livsstil for at det skal bli kvalitet på veiledning.

I tillegg til dette ønsker jeg å si at arbeidet med å fremme helse ligger ikke bare i FLS. Vår helse determineres av sosioøkonomiske faktorer og hva slags miljø man befinner seg i (Nutbeam, 2000). Å kun fokusere på individuelle livsstiler er som å legge plaster på et benbrudd. Strukturelle utfordringer må også adresseres for å utøve en helsefremmende politikk.

7 Referanser

Adams, Katz, & Shenson. (2016). A healthy lifestyle composite measure: Significance and potential uses. *Preventive Medicine*, 84, 41-47. DOI:

<https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2015.12.005>

Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the mystery of health- how people manage stress and stay well*. San Francisco: Jossey-Bass

Antonovsky, A. (2000). *Helbredets mysterium- At tåle stress og forblive rask* (A. Lev overs.) København: Hans Reitzels Forlag. (Originalutgave utgitt i 1987)

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

Cutrona, C. E. & Russell, D.W. (1987) The provisions of social relationships and adaptation to stress. I W.H. Jones, & D. Perlman (Red.) *Advances in Personal Relationships*. (s. 37-67). Greenwich, CT: Jai Press.

Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving* (6.utg). Oslo: Gyldendal Akademisk

Eide, T., & Eide, H. (2004). *Kommunikasjon i praksis: Relasjoner, samspill og etikk i sosialfaglig arbeid*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Eikeland, A., Stubberud, D.-G., & Haugland, T. (2016). Sykepleie ved hjertesykdommer. I D.-G., Stubberud, R. Grønseth & H., Almås (Red.), *Klinisk sykepleie 1*(5. utg., s. 229-280). Oslo: Gyldendal Akademisk

Finbråten, H. S. (2018). Health literacy i helsefremmende sykepleie. I Å. Gammersvik & T. Larsen (Red.) *Helsefremmende sykepleie: I teori og praksis* (2. utg., s. 86-110). Bergen: Fagbokforlaget

Folkehelseinstituttet. (2017). *Folkehelse rapporten*. Hentet fra:

<https://www.fhi.no/nettpub/hin/levevaner/overvekt-og-fedme/> [18.02.19]

Forsberg, K., Björkman, T., Sandman, P., & Sandlund, M. (2010). Influence of a lifestyle intervention among persons with a psychiatric disability: A cluster randomised controlled trial on symptoms, quality of life and sense of coherence. *Journal of Clinical Nursing*, 19(11-12), 1519-1528. DOI:

<https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2009.03010.x>

Følling, I., S., Helvik, A.-S. & Solbjør, M. (2015). Previous experiences and emotional baggage as barriers to lifestyle change-a qualitative study of Norwegian Healthy Life Centre participants. *BMC Family Practice*, 16(1), 1-9. DOI:

<https://doi.org/10.1186/s12875-015-0292-z>

Heggdal, K., & Lovaas, B. (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*, 32(2), 690-697. DOI:

<https://doi-org.galanga.hvl.no/10.1111/scs.12498>

Heggøy, K. (2016). *Helsefremming Hos Overvektige Deltakere Ved Frisklivssentral: En Kvalitativ Studie*. (Masteroppgave, Høgskolen i Sørøst-Norge). Hentet fra:

https://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/handle/11250/2388732/Heggoy_k_2016_masteroppgave.pdf?sequence=1&isAllowed=y [23.04.2019]

Helgesen, A. K. (2016). Sosial kontakt. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug, og Grimsbø, G. H. (Red.) *Grunnleggende sykepleie- Pasientfenomener, samfunn og mestring* (3.utg., s. 141-167). Oslo: Gyldendal Akademisk

Helsebiblioteket. (2016). *Sjekklistor*. Hentet fra:

<https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklistor>
[16.04.2019]

Helsedirektoratet. (2018). *Fysisk aktivitet*. Hentet fra:

<https://helsedirektoratet.no/folkehelse/fysisk-aktivitet> [28.03.2019]

Helsedirektoratet. (2016). *Kostråd fra helsedirektoratet*. Hentet fra:

<https://helsedirektoratet.no/folkehelse/kosthold-og-ertering/kostrad-fra-helsedirektoratet#1.-ha-et-variert-kosthold-med-mye-gr%C3%B8nnsaker,-frukt-og-b%C3%A6r,-grove-kornprodukter-og-fisk,-og-begrensede-mengder-bearbeidet-kj%C3%B8tt,-r%C3%B8dt-kj%C3%B8tt,-salt-og-sukker>. [03.04.2019]

Helsedirektoratet. (2019). *Veileder for kommunale frisklivssentraler*. Hentet fra:

https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/53/Veileder%20for%20kommunale%20frisklivssentraler_IS1896.pdf [28.03.2019]

Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). Lov om kommunale helse- omsorgstjenester m.m.

LOV-2011-06-24-30. Hentet fra: <https://lovdata.no/lov/2011-06-24-30> [22.04.2019]

Kristoffersen, N. J. (2016a). Å styrke pasientens ressurser. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug, og Grimsbø, G. H. (Red.) *Grunnleggende sykepleie- Pasientfenomener, samfunn og mestring* (3.utg., s. 349-406). Oslo: Gyldendal Akademisk

Kristoffersen, N. J. (2016b). Livsstil og endring av livsstil. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug, og Grimsbø, G. H. (Red.) *Grunnleggende sykepleie- Pasientfenomener, samfunn og mestring* (3.utg., s. 295-348). Oslo: Gyldendal Akademisk

Langeland, E. (2007). *Sense of Coherence and Life Satisfaction in People Suffering from Mental Health Problems : An Intervention Study in Talk-therapy Groups with Focus on Salutogenesis* (Doktorgradsavhandling, Universitetet i Bergen). Hentet fra:

http://bora.uib.no/bitstream/handle/1956/2743/Dr.Thesis_Eva_Langeland.pdf?sequence=1&isAllowed=y [10.04.2019]

Langeland, E. & Wahl, A. K. (2009). The impact of social support on mental health service users' sense of coherence: A longitudinal panel survey. *International Journal of Nursing Studies*, 46(6), 830-837. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2008.12.017>

Lindström, B. & Eriksson, M. (2015). *Haikerens guide til salutogenese- helsefremmende arbeid i et salutogent perspektiv*. Oslo: Gyldendal Akademisk

Magnus, P. & Bakketeig, L. S. (2000). *Prosjektarbeid i helsefagene*. Oslo: Gyldendal Akademiske

Norsk Sykepleierforbund. (2016). *Yrkesetiske retningslinjer*. Hentet fra: <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17036/Yrkesetiske-retningslinjer-for-sykepleiere> [30.03.2019]

Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*, 15(3), 259-267. DOI: <https://doi.org/10.1093/heapro/15.3.259>

Nutbeam, D. (1998). Health promotion glossary. *Health Promotion International*, 14(3), 349-364. DOI: <https://doi.org/10.1093/heapro/13.4.349>

Sagsveen, E., Rise, M., Grønning, K., Westerlund, H., & Bratås, O. (2018). Respect, trust and continuity: A qualitative study exploring service users' experience of involvement at a Healthy Life Centre in Norway. *Health Expectations*, 22(2), 226-234. DOI: <https://doi.org/10.1111/hex.12846>

Salemonsens, E., Hansen, B., Førland, G., & Holm, A. L. (2018). Healthy Life Centre participants' perceptions of living with overweight or obesity and seeking help for a perceived "wrong" lifestyle - a qualitative interview study. *BMC Obesity* 5(42), 1-13. DOI: <https://doi.org/10.1186/s40608-018-0218-0>

Samdal, G., Meland, E., Eide, G., Berntsen, S., Abildsnes, E., Stea, T., & Mildestvedt, T. (2018a). Participants at Norwegian Healthy Life Centres: Who are they, why do they attend and how are they motivated? A cross-sectional study. *Scandinavian Journal of Public Health*, 46(7), 774-781. DOI: <https://doi.org/10.1177/1403494818756081>

Samdal, G., Meland, E., Eide, G., Berntsen, S., Abildsnes, E., Stea, T., & Mildestvedt, T. (2018b). The Norwegian Healthy Life Centre Study: A pragmatic RCT of physical activity in primary care. *Scandinavian Journal of Public Health*, 47(1), 18-27. DOI: <https://doi.org/10.1177/1403494818785260>

Stead, M., Craigie, A., Macleod, M., Mckell, J., Caswell, S., Steele, R., & Anderson, A. (2015). Why are some people more successful at lifestyle change than others? Factors associated with successful weight loss in the BeWEL randomised controlled trial of adults at risk of colorectal cancer. *The International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 12(87), DOI: <https://doi.org/10.1186/s12966-015-0240-2>

Sletteland, N. & Donovan, R. M. (2012). *Helsefremmende lokalsamfunn*. Oslo: Gyldendal Akademisk

Svavarsdóttir, M., Sigurdardóttir, A., & Steinsbekk, A. (2015a). What is a good educator? A qualitative study on the perspective of individuals with coronary heart disease. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 15(7), 513-521. DOI: <https://doi-org.galanga.hvl.no/10.1177/1474515115618569>

Svavarsdóttir, M., Sigurdardóttir, A. & Steinsbekk, A. (2015b). How to become an expert educator: A qualitative study on the view of health professionals with experience in

patient education. *BMC Medical Education*, 15(87). DOI:

<https://doi.org/10.1186/s12909-015-0370-x>

Tan, S. L., Storm, V., Reinwand, D. A., Wienert, J., De Vries, H., Lippke, S. (2018). Understanding the Positive Associations of Sleep, Physical Activity, Fruit and Vegetable Intake as Predictors of Quality of Life and Subjective Health Across Age Groups: A Theory Based, Cross-Sectional Web-Based Study. *Frontiers in Psychology*, 9(977): DOI: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.00977>

Tveiten, S. (2007). *Den vet best hvor skoen trykker- Om veiledning i empowermentprosessen*. Bergen: Fagbokforlaget

Tveiten, S. (2016). *Helsepedagogikk- Pasient og pårørendeopplæring*. Bergen: Fagbokforlaget

Tveiten, S. (2018). Empowerment og veiledning -sykepleierens pedagogiske funksjon i helsefremmende arbeid. I Å. Gammersvik & T. Larsen (Red.) *Helsefremmende sykepleie: I teori og praksis* (2. utg., s. 237-258). Bergen: Fagbokforlaget

Whitfield, M., Bhanbhro, S., Green, G., Lewis, K., Hindle, L., & Levy, C. (2016). Developing a framework for estimating the potential impact of obesity interventions in a European city. *Health Promotion International*, 31(3), 684-691. DOI: 10.1093/heapro/dav019

WHO. (1986). *The Ottawa Charter for Health Promotion*. Hentet fra: <https://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/> [31.03.2019]

WHO. (2013). *Health Literacy. The Solid Facts*. Hentet fra: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/190655/e96854.pdf [18.04.2019]

Vedlegg

Vedlegg en: sjekkliste for vurdering av kvalitative studier

	Ja	Uklart	Nei
1. Er formålet med studien klart formulert?			
2. Er kvalitativ metode hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen?			
3. Er utformingen av studien hensiktsmessig for å finne svar på problemstillingen?			
4. Er utvalgsstrategien for å besvare problemstilling?			
5. Ble dataene samlet inn på en slik måte problemstillingen ble besvart?			
6. Ble det gjort rede for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen?			
7. Er etiske forhold vurdert?			
8. Går det klart frem hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig?			
9. Er funnene klart presentert?			
10. Hvor nyttige er funnene fra denne			

studien?			
----------	--	--	--

Vedlegg to: Sjekkliste for vurdering av prevalensstudie

	Ja	Uklart	Nei
1. Er problemstillingen i studien klart formulert?			
2. Er en prevalensstudie en velegnet metode for å besvare problemstillingen / spørsmålet?			
3. Er <u>befolkningen</u> (populasjonen) som utvalget er tatt fra, klart definert?			
4. Ble <u>utvalget</u> inkludert i studien på en tilfredsstillende måte?			
5. Er det gjort rede for om <u>respondentene</u> skiller seg fra dem som ikke har respondert?			
6. Er svarprosenten høy nok?			
7. Bruker studien <u>målemetoder</u> som er pålitelige (valide) for det man ønsker å måle?			
8. Er <u>datainnsamlingen</u>			

standardisert?			
9. Er <u>dataanalysen</u> standardisert?			
10. Hva er resultatet i denne studien? - Kan resultatene skyldes tilfeldigheter?			
11. Kan resultatene overføres til praksis?			
12. Sammenfaller resultatene i denne studien med resultatene i andre tilgjengelige studier?			