



Motiverende samtale som støtte til livsstilsendring

**Hvilke erfaringer har sykepleier med motiverende
samtale, i møte med brukere ved frisklivssentral, som
støtte til livsstilsendring?**

Kandidatnummer: 272
Lovisenberg diakonale høgskole

Bacheloroppgave
i sykepleie

Antall ord: 8118
Dato: 14.04.2020



ABSTRAKT	Lovisenberg diakonale høgskole Dato: 14.04.2020
Tittel Motiverende samtale som støtte til livsstilsendring	
<p><u>Problemstilling</u> Hvilke erfaringer har sykepleier med motiverende samtale, i møte med brukere ved frisklivssentral, som støtte til livsstilsendring?</p> <p><u>Teoretisk perspektiv</u> Teori om livsstilsendring og frisklivssentral blir presentert innledningsvis. Deretter følger teori om motiverende samtale med fokus på holdningssettet i metoden, inkludert ambivalens til endring. Avslutningsvis presenteres sykepleiers helsefremmende funksjon og etiske- og juridiske aspekter.</p> <p><u>Metode</u> Bacheloroppgaven er en litterær oppgave, hvor problemstillingen besvares basert på eksisterende fag- og forskningslitteratur. Fire kvalitative forskningsartikler er inkludert som funnartikler.</p> <p><u>Diskusjon</u> På bakgrunn av funnene, har jeg valgt å hente frem og diskutere temaene helsefremming, livsstilsendring og brukermedvirkning i relasjon til motiverende samtale, frisklivssentral og sykepleierens rolle. Videre diskuterer jeg sykepleiers erfaringer knyttet til tid og utfordringer med motiverende samtale. Studienes metodologiske styrker og svakheter trekkes inn fortløpende i diskusjonen.</p> <p><u>Oppsummering</u> Sykepleiers erfaringer viser at motiverende samtale er et nyttig verktøy i deres helsefremmende arbeid, og som støtte til livsstilsendring i møte med brukere på frisklivssentral. Erfaringer viser videre at motiverende samtale er med på å sikre og indusere brukermedvirkning, men at det er ulike meninger om i hvilken grad brukeren bør medvirke i tilbudet på frisklivssentralen. Funn viser også at det er nødvendig å få tilbakemeldinger for å utvikle seg i metoden, men at det er oppnåelig at nyutdannede sykepleiere kan ha nytte av å bruke MI i sitt arbeid. Nok tid til å gjennomføre en endring var også et viktig behov hos brukerne, og nødvendiggjør nok ressurser og kapasitet fra helsevesenets side. Forskingen på dette området er fremdeles utilstrekkelig for å forstå hvordan metoden bedre kan implementeres i sykepleiers arbeid, og på hvilken måte sykepleiers kompetanse kan brukes til å fremme livsstilsendringer hos brukere på frisklivssentral.</p>	

(Totalt antall ord: 280)

Innholdsfortegnelse

1	Innledning	1
1.1	Bakgrunn	1
1.2	Presentasjon av problemstilling	2
1.3	Avgrensning og presisering	2
1.4	Begrepsavklaring	3
1.5	Disposisjon	4
2	Teori.....	5
2.1	Livsstil, livsstilsendring- og sykdom	5
2.2	Frisklivssentral	5
2.3	Motiverende samtale	6
2.3.1	Holdninger i MI (MI-spirit)	6
2.3.2	Ambivalens	7
2.3.3	Status qou-snakk, endringssnakk og mestringstillit	7
2.4	Helsefremmende arbeid og sykepleiers funksjon.....	8
2.5	Etiske og juridiske aspekter	8
3	Metode	10
3.1	Litteratursøk	10
3.2	Fag- og forskningslitteratur	12
3.3	Kildekritikk	13
3.4	Etiske vurderinger	14
4	Resultater	15
5	Diskusjon.....	17
5.1	Helsefremming, livsstilsendring og brukervedvirkning.....	17
5.1.1	Helsefremmende arbeid gjennom livsstilsendring på frisklivssentral	17
5.1.2	Brukervedvirkning gjennom motiverende samtale.....	21
5.2	Tid som barriere.....	23
5.3	Motiverende samtale er krevende, og fordrer lang erfaring.....	25
6	Oppsummering	27
	Referanseliste	28

1 Innledning

I denne delen av oppgaven vil bakgrunn for valg av tema bli presentert, etterfulgt av problemstilling, avgrensning av problemstilling, begrepsavklaring og avslutningsvis disposisjon.

1.1 Bakgrunn

Livsstilssykdommer, også kalt ikke-smittsomme sykdommer, tar livet av 41 millioner mennesker på årsbasis (World Health Organization [WHO], 2018). De fire store sykdomsgruppene hjerte- og karsykdommer, kreft, respiratoriske sykdommer og diabetes står for 80 % av dødsfallene relatert til denne type sykdom (WHO, 2018). Fysisk inaktivitet, røyking, overforbruk av alkohol og usunt kosthold er de største bidragsyterne til sykkelighet og for tidlig død i Europa (Samdal, Eide, Barth, Williams & Meland, 2017). Verdens helseorganisasjon hadde i 1986 verdens første konferanse innen helsefremming, som representerte et tydelig skifte innen organisering av helsetjenester internasjonalt. I Norge har det vært et økende fokus på å bremse utviklingen av den økte forekomsten av livsstilssykdommer, som blant annet viser seg i samhandlingsreformen (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2008). Ved reformens innføring i 2012, ble det stilt økte krav til helsepersonells kompetanse innenfor forebygging og helsefremming (Kristoffersen, 2016). Det skyldes blant annet større bevissthet rundt effekten av å endre skadelige levevaner. Det er også nedfelt i yrkesetiske retningslinjer at sykepleiere skal fremme helse og forebygge sykdom (Norsk sykepleierforbund [NSF], 2019). Ved å gi støtte og veiledning til brukere som skal gjennomføre en livsstilsendring, kan sykepleier arbeide helsefremmende. I den forbindelse er det nødvendig med gode kommunikasjonsferdigheter (Kristoffersen, 2016), og motiverende samtale er et eksempel på en metode, som har vist seg å være mer effektiv enn tradisjonell rådgiving (Ivarsson, 2017). Motiverende samtale er en anbefalt samtalemetode for å motivere til livsstilsendring (Helsedirektoratet, 2017a), og frisklivssentralen er en kontekst hvor motiverende samtale benyttes i stor grad (Helsedirektoratet, 2019b). Frisklivssentralen er en helsefremmende kommunal tjeneste som har som mål å gi støtte til endring av levevaner. Arbeidet på frisklivssentral skal være av tverrfaglig art, og i 2016, representerte sykepleier den nest største arbeidsgruppen etter fysioterapeuter (Ekornrud & Thonstad, 2018). Som følge

av større fokus på sykdommer som skyldes dårlig livsstil, er det naturlig at sykepleiers rolle endrer seg i retning av forebygging og helsefremming i større grad enn tidligere (NSF, 2011).

Jeg ble inspirert til å skrive om temaet etter flere engasjerende forelesninger om motiverende samtale under sykepleierutdanningen. Gjennom studier og arbeid på ulike helseinstitusjoner har jeg møtt personer med uhensiktsmessige levevaner, som videre har utviklet seg til sykdom som har påvirket livskvaliteten negativt. Det har motivert meg til å hjelpe mennesker til å få et bedre liv, gjennom å forebygge utvikling av livsstilssykdommer.

1.2 Presentasjon av problemstilling

Oppgavens problemstilling er derfor:

«Hvilke erfaringer har sykepleier med motiverende samtale, i møte med brukere ved frisklivssentral, som støtte til livsstilsendring»?

1.3 Avgrensning og presisering

Den kliniske konteksten for oppgaven er frisklivssentral. Bakgrunnen for dette valget er at motiverende samtale er den samtalemetoden som i hovedsak brukes på frisklivssentral. Målet med frisklivssentral er å hjelpe brukere til endring av levevaner, som også er hensikten med denne oppgaven. I tillegg er sykepleier den nest største yrkesgruppen som arbeider på frisklivssentral (Helsedirektoratet, 2019b; Ekornrud & Thonstad, 2018).

Brukergruppen i oppgaven er de som mottar hjelp på frisklivssentral. Jeg avgrenser ikke til brukere med en bestemt diagnose, men personer som er i risiko for, eller har utviklet livsstilssykdommer. Målgruppen på frisklivssentral er personer som har sykdom eller er i risiko for å utvikle sykdom, og som trenger hjelp til å endre levevaner og mestre utfordringer knyttet til helsen (Helsedirektoratet, 2016). Brukeren kan bli henvist av lege, annet helsepersonell, NAV, eller selv ta kontakt (Helsedirektoratet, 2016).

Motiverende samtale ble tidligere kalt motiverende intervju (MI) som en direkte oversettelse fra den engelske terminologien «Motivational Interviewing». Jeg holder meg til førstnevnte, da motiverende intervju kan gi assosiasjoner til «utspørring» av brukeren (Haugan & Sætertrø, 2018). I litteraturen blir ofte *hjelper* brukt om den som utfører motiverende samtale. I lys av sykepleierkonteksten oppgaven inngår i velger jeg å erstatte *hjelper* med *sykepleier*. *Klient*, *bruker* og *pasient* er begreper som blir brukt om personer som mottar helsetjenester. Jeg har valgt å benytte meg av *bruker* gjennomgående i oppgaven, i forbindelse med at denne ordbruken praktiseres på frisklivssentral. Sykepleier vil bli omtalt som *hun*, og brukeren for *han* enkelte steder i oppgaven for at tydeligere hvem det er snakk om. Det er et tilfeldig valg, da det like gjerne kunne vært motsatt. «Livsstilssykdommer» er i ferd med å bli byttet ut med ikke-smittsomme sykdommer (Nylenna, 2019a). Jeg har likevel valgt å bruke livsstilssykdommer videre i oppgaven, fordi det er mer leservennlig og passer bedre sammen med livsstilsendring, som en del av problemstillingen. Jeg vil ikke komme med egne erfaringer relatert til motiverende samtale i oppgaven, men basere meg på de erfaringer som fremkommer i funnartiklene. Det er fordi jeg selv ikke har erfaring med å anvende metoden. Egne betraktninger og refleksjoner rundt metoden vil naturligvis komme til syne i diskusjonen.

1.4 Begrepsavklaring

Frisklivssentral: En helsefremmende og forebyggende kommunal helsetjeneste (Helsedirektoratet, 2016).

Motiverende samtale: MI er en samarbeidsbasert samtalestil som har som mål å styrke en persons indre motivasjon og forpliktelse overfor endring (Miller & Rollnick, 2013).

Livsstilsendring: «Livsstil er atferdsmønstre valgt blant de alternativer som er tilgjengelig for menneskene ut fra deres sosioøkonomiske forutsetninger og deres evne til å velge ett alternativ fremfor et annet» (Milio, 1986). Livsstilsendring forstås i denne oppgaven som endring av atferdsmønstre.

Helsefremming: «Den prosessen som setter den enkelte så vel som fellesskapet i stand til å ta kontroll over forhold som virker inn på helsen, og derigjennom bedrer sin egen helse» (WHO, 1986).

Brukermedvirkning: «Innebærer at brukeren betraktes som en likeverdig partner i diskusjoner og beslutninger som angår hans eller hennes problem» (Helsedirektoratet, 2017b).

1.5 Disposisjon

Oppgaven er disponert slik at etter innledning, vil teori om motiverende samtale, livsstilsendring, sykepleiers helsefremmende funksjon, frisklivssentral, samt juss og etikk presenteres. Videre blir metode for oppgaven beskrevet, inkludert litteratursøk, inklusjons- og eksklusjonskriterier for utvelgelse av artikler, begrunnelse av fag- og forskningslitteratur og til slutt kildekritikk. Resultatene i de fire utvalgte forskningsartiklene fremstilles deretter i en matrise. Etter resultatdelen følger diskusjonen, hvor problemstillingen drøftes opp mot fag- og forskningslitteratur. Til slutt blir problemstillingen besvart med en oppsummering.

2 Teori

I denne delen av oppgaven vil kunnskapsgrunnlaget for diskusjonen bli presentert.

2.1 Livsstil, livsstilsendring- og sykdom

Livsstil er summen av en persons levevaner og atferd, og et resultat av blant annet utdanning, sosial klasse og etnisk bakgrunn (Nylenna, 2019b; Kristoffersen, 2016). En persons levevaner kan omhandle faktorer som blant annet kosthold, fysisk aktivitet, røyking og alkoholkonsum. Livsstilen påvirkes av både indre og ytre faktorer, henholdsvis personens egne valg, og valg som er begrenset av ytre forhold, som eksempelvis økonomi (Kristoffersen, 2016). Det er vist at personer med lang utdanning og god økonomi, har en bedre livsstil og lever lengre, enn de med kort utdanning og dårlig økonomi (Folkehelseinstituttet, 2018). En persons helse er dermed sterkt knyttet til sosial status, og de sosiale helseforskjellene gjelder for omtrent alle sykdommer. U hensiktsmessige levevaner kan føre til sykdom og redusert livskvalitet over tid, og de vanligste livsstilssykdommene er hjertesykdommer, diabetes type 2, kreftsykdom og lungesykdommer, som eksempelvis KOLS (Kristoffersen, 2016). Sykdommene kjennetegnes ved at de utvikle seg gradvis og er langvarige (WHO, 2018). For å forebygge utvikling eller fremme helsen til personer i risiko for å utvikle livsstilssykdommer, er det hensiktsmessig å iverksette tiltak som har til hensikt å hjelpe brukere til å foreta andre valg som fremmer helsen (Nylenna, 2019c).

2.2 Frisklivssentral

En frisklivssentral er en forebyggende og helsefremmende kommunal helsetjeneste, hvor målgruppen er de med sykdom, eller har økt risiko for utvikling av sykdom (Helsedirektoratet, 2019b). Tjenesten bidrar til å fremme helse og forebygge sykdom, ved å tilby hjelp og støtte til personer som skal endre levevaner. Frisklivssentralen skal arbeide kunnskapsbasert, og gi hjelp til blant annet fysisk aktivitet, kosthold og røykeslutt. Enkelte tilbyr også en rekke kurs innen søvn, og mestring av angst og depresjon (Helsedirektoratet, 2016).

Målet med oppfølgingen brukeren får på frisklivssentral er at det skal gjøre personen i stand til å ivareta sin egen helse på egenhånd. Helsepersonell på frisklivssentralen skal derfor ha kunnskap om hvilke tilbud som finnes i nærmiljøet, slik at brukeren kan få hjelp og støtte fra andre tilbud. Arbeidsgruppen på frisklivssentral består av et tverrfaglig team, med sykepleieren som den nest største gruppen etter fysioterapeuter (Ekornrud & Thonstad, 2018). Ifølge helsedirektoratet (2019b) skal arbeidet på frisklivssentraler være tverrfaglig, og anbefalt utdanning er blant annet helsefag med fagområder som helsefremmende arbeid og folkehelse.

2.3 Motiverende samtale

MI er en metode som er personsentrert, og har som mål å finne brukerens egne begrunnelser for å skape endring (Ivarsson, 2017). Psykologene William Miller og Stephen Rollnick har utviklet MI fra 80-tallet og frem til i dag (Helsedirektoratet, 2017a). Teorigrunnlaget er basert på erfaring og forskning om hvordan motivasjon kan økes gjennom samtale. Motivasjon er faktorer som setter i gang, gir retning til og opprettholder en atferd (Helsedirektoratet, 2017a). I MI er det fokus på å øke den indre motivasjonen for endring, som handler om planlegging, beslutning, følelser og tanker (Miller & Rollnick, 2013).

2.3.1 Holdninger i MI (MI-spirit)

Holdningssettet i motiverende samtale er perspektivet som ligger til grunn for praktiseringen av metoden, og er i tråd med prinsippene for personsentrert omsorg (Miller & Rollnick, 2013). De fire elementene i holdningssettet er partnerskap, aksept, medfølelse og fremkalling. **Partnerskap** handler om at MI er et aktivt samarbeid mellom eksperter, og at samtalen gjøres for og sammen med brukeren. Sykepleierens mål er å skape en positiv mellommenneskelig atmosfære som stimulerer til endring, uten tvang. For at sykepleier skal klare å hjelpe brukeren med en endring, er det avgjørende med et samarbeid. Brukeren sitter på en avgjørende ekspertise, som utfyller sykepleierens faglige kompetanse. Aktivering av brukerens ekspertise er avgjørende for å få endring til å skje. Med fokus på partnerskap kan sykepleier unngå å havne i ekspertfellen, som gjør at man ut ifra sin faglige ekspertise, tror man vet svaret på brukerens utfordringer. Partnerskap bunner i en grunnleggende respekt for den andre. Neste holdning i MI er **aksept** som handler om å respektere den andres verdi som

menneske, og respektere hver enkeltes rett til å bestemme over seg selv. Aksept handler også om å forstå den andres perspektiv, og å gi bekreftelse og anerkjenne den andre personens styrker og innsatsvilje. Den tredje holdningen handler om *medfølelse*, som bunner i en intensjon om å fremme den andres interesser og prioritere den andres behov. Sykepleierens innsats i samtalen skal gagne brukeren, og ikke sykepleieren selv. Den siste holdningen kalles *fremkalling*. Tanken i MI er at de alle fleste mennesker har i seg den motivasjon og ressursene som kreves for å gjøre en endring. Det er sykepleiers oppgave å rette søkelyset mot brukers styrker, fremfor svakheter. Sykepleier skal fremkalle den motivasjonen for endring som allerede ligger der. Ideen om fremkalling, harmonerer også med forestillingen om ambivalens, som betyr at brukeren har argumenter både for endring og for status quo (Miller & Rollnick, 2013). Det utdypes videre i neste underkapittel.

2.3.2 Ambivalens

Ambivalens oppstår når en person både ønsker, og ikke ønsker å gjøre en endring (Miller & Rollnick, 2013). Det finnes gode grunner for å fortsette med alle typer atferder, samtidig som at det er grunner for å slutte med en atferd. Et eksempel kan være en person som har hatt hjerteinfarkt, men fortsatt ikke stumper røyken. Da er sannsynligvis grunnene for å fortsette som før, sterkere enn grunnene for å slutte. Under motiverende samtale er det vanlig at pasienten kommer med utsagn som taler for og imot en endring (Miller & Rollnick, 2013). Dette kalles status quo- og endringssnakk som forklares i neste underkapittel.

2.3.3 Status quo-snakk, endringssnakk og mestringstillit

Status quo-snakk er den ene siden av ambivalens, hvor brukeren argumenterer for å fortsette med den nåværende atferden (Miller & Rollnick, 2013). Endringssnakk er den andre siden av ambivalens, og er brukers uttalelser som argumenterer for endring. Slike uttalelser kan være ønsker, grunner og evne til endring, som er med på å stimulere endringsprosessen (Ivarsson, 2017). Tanken er at brukeren blir påvirket av sine egne ytringer, og inngår en forpliktelse til endring basert på en indre overbevisning. På samme måte kan status quo-snakk resultere i at brukeren ikke kommer nærmere endring (Miller & Rollnick, 2013). For at brukeren skal kunne gjennomføre en atferd er det også viktig at sykepleier hjelper personen til å ha tro på at han kan klare å gjennomføre endringen. Dette kalles å styrke mestringstillit, og innebærer

eksempelvis å påpeke positive egenskaper ved brukeren og tro på personens evne til å gjøre endring (Ivarsson, 2017). Brukerens tidligere erfaringer virker inn tro på en selv, og sykepleier styre samtalen slik at fokuset blir på brukeren positive mestringserfaringer (Helsedirektoratet, 2017a).

2.4 Helsefremmende arbeid og sykepleiers funksjon

Verdens helseorganisasjons definisjon av helsefremming, er endringsbasert og setter brukeren i fokus av beslutningen om å fremme egen helse. Det er også et fellesskapelig mål å legge til rette for at samfunnet tilbyr egnede mekanismer som legger til rette for at brukeren iverksetter gode helsefremmende valg (WHO, u.å). Helsefremming er en av de grunnleggende funksjonene i sykepleieutøvelsen (Gammersvik & Larsen, 2018). Sykepleierens funksjonsområde handler om å tilrettelegge for brukeren helsefremmende prosess. Å fremme helse handler om å hjelpe personen til å mestre enn gitt situasjon. Helsefremming har helse, velvære og livskvalitet som mål, og søker å bedre faktorer som kan virke inn på helsen (Gammersvik, 2018). Et prinsipp i helsefremmende arbeid er brukermedvirkning og viktigheten av å få tak i brukeren egen beskrivelse av behov (Haugan & Sætertrø, 2018). Den søker også å utvikle brukeren handlingskompetanse og fremme mestring (Kristoffersen, 2016). Det er vanlig å bruke forebygging som et fellesbegrep både for helsefremming og forebygging, og Mæland definerer begrepene som komplementære fordi sykdom og helse henger sammen og gjensidig påvirker hverandre (Mæland, referert i Gammersvik, 2018).

2.5 Etiske og juridiske aspekter

De yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere utdyper hvordan menneskesyn og grunnleggende verdier bør ivaretas i praksis, og er et godt verktøy for å bygge en verdibevisst hverdagskultur (NSF, 2011). Sykepleierens grunnleggende plikt er blant annet å fremme helse og forebygge sykdom. Retningslinjene gjenspeiler samfunnets endringer, og i 2011 ble det gjort revideringer som styrket oppmerksomhet rundt sykepleierens forebyggende og helsefremmende oppgaver (NSF, 2011). I tillegg til at sykepleier skal fremme helse og forebygge sykdom, skal sykepleier også understøtte håp, mestring og livsmot hos brukeren, samt respektere personens rett til selv å foreta valg (NSF, 2019). Sykepleier skal videre

fremme åpenhet og gode tverrfaglige samarbeidsforhold i alle deler av helsetjenesten, og bidra aktivt for å imøtekomme sårbare gruppers særskilte behov for helse- og omsorgstjenester (NSF, 2019).

«Kommunen skal ved ytelse av helse- og omsorgstjenester fremme helse og søke å forebygge sykdom, skade og sosiale problemer» (helse- og omsorgstjenesteloven, 2011, § 3-3). Dette skal blant annet skje ved at kommunen skal gi individuell opplysning, råd- og veiledning om hva den enkelte innbygger selv kan gjøre for å forebygge sykdom og fremme helse (Folkehelseoven, 2011). Kommunen skal også bidra til å utjevne sosiale helseforskjeller i befolkningen (Folkehelseoven, 2011). **Samhandlingsreformen** har blant annet til hensikt å fokusere mer på forebygging og helsefremming i kommunene (Helse- og omsorgsdepartementet, 2008). Det er et resultat av den store fremveksten av livsstilssykdommer, som helsevesenet ikke har vært tilpasset til. Det har tidligere vært for stort fokus på behandling, og det vil gi utfordringer som kommer til å true samfunnets økonomiske bæreevne. Å satse på forebygging og helsefremming på et tidlig tidspunkt, vil kunne redusere eller utsette behov for helsehjelp, og vil være svært økonomisk. Det vil også gi bedre livskvalitet på individnivå. En annen sentral del av arbeidet med samhandlingsreformen var det økte fokuset på brukermedvirkning- og makt (Helse- og omsorgsdepartementet, 2008). **Brukermedvirkning** innebærer at personen sees på som en likeverdig partner i avgjørelser som angår brukerens problem (Helsedirektoratet, 2017b). Brukermedvirkning har en egenverdi i form av at mennesker vil ha kontroll over viktige deler av livet, og motta hjelp på egne betingelser. Når mennesker får påvirke omgivelsene gjennom egne valg og ressurser, kan det styrke selvbildet og derav øke motivasjon. Dette vil kunne forser endringsprosessen, og således ha en terapeutisk effekt (Helsedirektoratet, 2017b). I følge pasient- og brukerrettighetsloven (1999, § 3-1) skal det legges stor vekt på hva personen mener om helsetilbudet som gis, og tilbudet skal utformes i samarbeid med brukeren. «Medvirkningens form skal tilpasses den enkeltes evne til å motta informasjon (Helse- og omsorgstjenesteloven, 1999, § 3-1).

3 Metode

En metode er en fremgangsmåte man benytter for å samle inn informasjon og kunnskap, for å belyse en problemstilling (Thidemann, 2019). Denne oppgaven er en litterær oppgave, som følger av høyskolens rammer, og tar utgangspunkt i fag- og forskningslitteratur om et gitt tema (Dalland, 2017). Fordi min problemstilling spør etter erfaringer, er det kvalitative studier som kan være med på å besvare min problemstilling (Thidemann, 2019). Det er fordi kvalitative studier har til hensikt å få frem kunnskap om eksempelvis erfaringer, meninger og opplevelser. Kjennetegn ved metoden er at datamaterialet samles gjennom intervjuer av få deltakere for å få dybdekunnskap. Fordi min problemstilling søker etter sykepleiers erfaringer, vil ikke kvantitative studier kunne besvare problemstillingen. Kvantitative data gir breddekunnskap, med få opplysninger fra et stort antall deltakere. Ett eksempel hvor det er hensiktsmessig med kvantitativ metode, er når det skal undersøkes effekt av et tiltak (Thidemann, 2019).

3.1 Litteratursøk

Søkeprosessen startet med generelle søk, hvor hensikten var å undersøke hva det var forsket på innen tema. Jeg søkte med utgangspunktet om å skrive en oppgave om sykepleiers anvendelse av motiverende samtale for å fremme livsstilsendring. Jeg begynte med et søk på google Scholar med søkeordene «Motivational interviewing», «Life style change» og «Nurse». Søkeordene kom jeg frem til ved å oversette nøkkelord i min midlertidige problemstilling til Engelsk. Det resulterte i et mangfold av relevante artikler, som var sitert en rekke ganger. Google Scholar sorterer automatisk etter relevans, og den første artikkelen som fremkom var «Primary Healthcare nurses' experience with Motivational Interviewing in health promotion practise» (Brobeck, Bergh, Odenrants & Hildingh, 2011). Jeg anså tittelen som svært relevant for det jeg ønsket å undersøke. Jeg leste videre sammendrag og resultatdelen, og konkluderte med at jeg ville skrive om sykepleiers erfaringer, hvis det var nok litteraturgrunnlag. Jeg brukte videre funksjonen «beslektede artikler» på Google Scholar og fikk opp artikkelen «Motivational Interviewing: Primary care nurses trained in the method» (Östlund, Wadensten, Kristofferzon & Häggström, 2015). Jeg leste gjennom artikkelen, og konkluderte med at også denne kunne være med å besvare min problemstilling. Jeg tok videre utgangspunkt i nøkkelordene fra begge artiklene, og sentrale ord i min egen

problemstilling. Jeg endte da opp med søkeordene «Motivational Interviewing», «Life style change», «Nurse experience».

Jeg valgte å gjøre søk i Svemed, Cinahl og PubMed (som også omfatter MEDLINE), fordi databasene er anbefalt av skolens bibliotek, og alle dekker helsefaglige tidsskrifter. I Svemed resulterte søket i to treff, hvor ingen møtte mine inklusjonskriterier. Se inklusjons- og eksklusjonskriterier i tabell 1. Jeg søkte videre i Cinahl hvor databasen kom med automatiske forslag til MeSH termer. Jeg søkte da på «Motivational Interviewing», «Life style change», «Nurses». Det resulterte i 17 treff. Ingen av artiklene møtte mine inklusjonskriterier. Søkte videre i PubMed, og fikk 16 treff. Jeg filtrerte søket videre til publisering siste 10 år, og fikk 14 treff. Videre ekskluderte jeg artikler som undersøkte brukernes erfaringer, ikke var kvalitative studier, og omhandlet andre grupper enn personer i risiko for å utvikle livsstilssykdommer. Da ekskluderte jeg videre 10 artikler og satt igjen med fire relevante artikler som møtte mine inklusjonskriterier. De utvalgte artiklene er satt opp i tabell 2.

Tabell 1 Inklusjons- og eksklusjonskriterier for søk

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Fagfelleverderte artikler	Ikke-fagfelleverdert
Kvalitative studier – Sykepleiers erfaringer	Andre studiedesign - brukeres erfaringer
Brukere som skal gjøre en livsstilsendring	Andre intervensjoner enn livsstilsendring
Publisering siste ti år	Eldre enn 10 år
Engelsk og nordiske språk	Andre språk

I tabellen under er søket i PubMed presentert.

Tabell 2 Litteratursøk

Nr.	Database	Søkeord	Treff	Utvalgt artikkel	Dato for søket
1	Pubmed	«Motivational interviewing» AND «Lifestyle change» AND «Nurse experience»	16	«Primary healthcare nurses' experiences with motivational interviewing in health promotion practise»	27.01.20
2	Pubmed	«Motivational interviewing» AND «Lifestyle change» AND «Nurse experience»	16	«Motivational interviewing: Experiences of primary care nurses trained in the method»	27.01.20
3	Pubmed	«Motivational interviewing» AND «Lifestyle change» AND «Nurse experience»	16	«A focused Ethnography of Baccalauraureate Nursing Students Who Are Using Motivational Interviewing»	27.01.20

4	Pubmed	«Motivational interviewing» AND «Lifestyle change» AND «Nurse experience»	16	«Individual user involvement at Healthy Life Centres: a qualitative study exploring the perspective of health professionals»	27.01.20
---	--------	---	----	--	----------

3.2 Fag- og forskningslitteratur

For å finne relevant fag- og forskningslitteratur til oppgaven gikk jeg gjennom referanselistene til tidligere bacheloroppgaver skrevet om samme tema. Jeg gikk også gjennom pensumlistene for sykepleierstudiet, for å undersøke om noen bøker eller kapitler kunne egne seg for å besvare problemstillingen. Jeg gjorde også generelle søk på norsk og engelsk i søkemotoren til Google Scholar og Oria, ved å søke på sentrale ord i problemstillingen. Jeg søkte på de samme søkeordene som i litteratursøket (tabell 2). For å finne dagsaktuelle fag- og forskningsartikler for sykepleiere i Norge, foretok jeg også søk i databasen til tidsskriftet Sykepleien. Da leste jeg om sykepleier Gro Beate Samdal sin doktorgrad «Frisklivssentraler og varig endring av helsevaner», som tok meg videre til forskningsartikkelen «Effective behaviour change techniques for physical activity and healthy eating in overweight and obese adults; systematic review and meta-regression analyses», hvor Samdal er hovedforfatter (Samdal et al., 2017). Artikkelen ble valgt ut som støttelitteratur, fordi systematiske oversikter er høyere opp på kunnskapspyramiden enn enkeltstudier (Helsebiblioteket, 2016). Tom Barth er medforfatter i studien, i tillegg til å være forfatter av boken «Motiverende intervju: Samtaler om endring», som jeg benytter i oppgaven (Barth, Børtveit & Prescott, 2015). Boken «Motiverende samtale: Støtte til endring» er valgt som hovedlitteraturkilde om motiverende samtale (Miller & Rollnick, 2013). Det er fordi forfatterne har utviklet metoden, og er derfor primærkilden til informasjon.

Den siste boken om motiverende samtale er skrevet av Ivarsson (2017) og er håndbok for helse- og omsorgssektoren, som er arenaen for denne oppgaven. Boken gir god oversikt over temaet og er pedagogisk skrevet med gode eksempler. Gammersvik & Larsen (2018) har skrevet boken «Helsefremmende sykepleie: I Teori og praksis», og er brukt som hovedkilde til informasjon om sykepleiefunksjonen. Boken er henvist til i andre kilder som omhandler helsefremming, og forfatterne er anerkjente på området. Grunnleggende sykepleie bind 3 er brukt som hovedkilde i kapittelet om livsstil og livsstilsendring, og er valgt fordi den skriver om livsstil sett ut ifra et sykepleieperspektiv (Kristoffersen, Nordtvedt, Skaug & Grimsbø, 2016). Utover det er litteraturgrunlaget basert på informasjon fra lovdata, helsedirektoratet,

helseinstituttet, helse- og omsorgsdepartementet og Norsk sykepleierforbund, da de er ansett som sikre og oppdaterte kilder utgitt av fagpersoner. Ingen av fagbøkene inkludert i oppgaven er over ti år.

3.3 Kildekritikk

I denne oppgaven er det kun kvalitative studier som er inkludert som funnartikler. Grunnen til dette er at problemstillingen spør etter erfaringer, og kvalitative studier har til hensikt å utforske erfaringer og opplevelser (Thidemann, 2019). De fire inkluderte funnartiklene er fagfellevurdert, og rangert på vitenskapelige publiseringskanaler som nivå 1 eller 2, hvor 2 er høyere enn 1. Funnartiklene er videre skrevet på engelsk, som gjør at det er en viss fare for mistolkning av resultater. Primærkilden til motiverende samtale er skrevet av Miller og Rollnick på engelsk. I denne oppgaven er det valgt en norsk oversettelse fordi jeg tenker at det reduserer sannsynligheten for at jeg feiltolker innholdet. Ingen inkluderte artikler er mer enn 10 år, fordi jeg har tilstrebet å anvende nyest mulig forskning. Studien til Brobeck et al. (2011) er publisert for ni år siden og er den eldste inkluderte studien. Det kan være en mulig svakhet, fordi det kan være at sykepleiers erfaringer med motiverende samtale som metode er annerledes i dag. Samtidig kan det tenkes at resultatene ikke hadde sett så annerledes ut, da metoden fortsatt er den samme. Forskningsartikler og andre verk på engelsk er oversatt til norsk. Dette innebærer en fare for mistolkning som det må tas høyde for i oppgaven. Det er enkelte begrep på engelsk som er utfordrende å oversette til norsk.

To av studiene er gjort i Sverige, en i Canada og en gjennomført i Norge. Dette kan være både positivt og negativt for å besvare oppgavens problemstilling. På den ene siden er svenske og norske studier mer generaliserbare for å besvare hvilke erfaringer sykepleiere i Norge har med motiverende samtale. Grunnen til dette skyldes nok likheten mellom svensk og norsk helsevesen, og det nordiske velferdssystemet. På den andre siden sier det noe om at det er et lite forskningsmiljø på området. En mulig grunn til dette er muligens at frisklivssentral er et velferdsgode som oftere ses i vestlige land. Det kan være at vestlige land har mer fokus på å forebygge livsstilssykdommer enn ikke-vestlige land, da det er økt forekomst av livsstilssykdommer i vesten (WHO, 2018). Jeg har ikke mye erfaring med å søke etter artikler, og det må derfor tas høyde for at jeg har gått glipp av relevante artikler grunnet uhensiktsmessig søkestrategi. Litteratur og forskning som er inkludert i oppgaven har til

hensikt å besvare problemstillingen på en nyansert måte. Likevel kan det være at relevant litteratur har gått tapt fordi det ikke har kommet opp under litteratursøk.

3.4 Ethiske vurderinger

I denne oppgaven er det forsøkt etter beste evne å kreditere arbeidene som er inkludert i oppgaven. Retningslinjer for oppgaveskriving er fulgt. Personlige meninger skal ha kommet tydelig frem. APA henvisningsstil er fulgt så nøye som mulig. Enkelte feil kan likevel ha forekommet, og er utilsiktede. I studiene som er inkludert i oppgaven har deltakere gitt samtykke, og studiene er også godkjent av sine respektive etiske komiteer.

4 Resultater

Resultatene viser at sykepleiers erfaringer tilsier at MI er et nyttig verktøy i deres helsefremmende arbeid, (Brobeck et al., 2011), og for å sikre brukermedvirkning (Sagsveen, Rise, Grønning & Bratås, 2018), men at metoden fordrer lang erfaring og trening (Brobeck et al, 2011; Östlund et al., 2015). Funn i studien til Howard & Williams (2016) viste derimot at det er gjennomførbart at sykepleierstudenter anvender MI, og at lang erfaring ikke er nødvendig. De fleste var enige om at feedback er viktig for å bli god (Brobeck et al, 2011; Östlund et al., 2015; Howard & Williams, 2016). Sykepleiere vektla viktigheten av å gi brukeren nok tid til gjennomføring av livsstilsendring (Brobeck et al., 2011; Östlund et al., 2015). Under blir resultater fra funnartiklene presentert i en matrise.

Tabell 3 Artikkelmatrise

Nr	Forfatter	Tittel	Tidsskrift	Hensikt	Metode	Funn
1	(Brobeck, Bergh, Odencrants & Hildingh, 2011)	«Primary healthcare nurses' experiences with motivational interviewing in health promotion practise»	Journal of Clinical Nursing Register over vitenskapelige publiseringskanaler: Nivå 2	Beskrive sykepleiers erfaringer med motiverende samtale som metode i helsefremmede arbeid	Kvalitativ metode: Individuelle halvstrukturerte intervjuer med 20 sykepleiere	Sykepleierens erfaringer med motiverende samtale i en helsefremmende praksis viser at MI er krevende, berikende og en nyttig metode som øker bevissthet og retning i relasjon mellom sykepleier og bruker. Resultatene viser at MI er et verdifullt verktøy for sykepleierne i deres helsefremmende arbeid. Studien viser at motiverende samtale er en krevende metode å bruke. De som bruker metoden, må gjøre en innsats for å inkorporere metoden, og ikke falle tilbake til tidligere praksis ved kun å gi råd. Å ha en åpen holdning når MI skal implementeres er avgjørende for å øke metodens effektivitet. Erfaringer viser også at endring er en langvarig prosess, og det er viktig å gi pasienten nok tid til å gjøre en endring.
2	(Östlund, Wadensten, Kristofferzon & Häggström, 2015)	«Motivational interviewing: Experiences of primary care nurses trained in the method»	Nurse Education in Practice Register over vitenskapelige publiseringskanaler: Nivå 1	Beskrive sykepleiers erfaringer med motiverende samtale i kommunehelsetjenesten	Kvalitativ metode: Semistrukturerte intervjuer hvor halvparten brukte MI, og halvparten ikke.	Sykepleiere erfarte at åpenhet for metoden MI, og et oppmuntrende arbeidsmiljø må til for å overkomme indre motstand og for å øke bruken av MI. De erfarte også at MI ga gjensidig nytteverdi. Motiverende samtale fremkaller og utvikler evner hos både brukeren og sykepleieren. Motiverende samtale oppleves å lette arbeidet med brukere som trenger hjelp til livsstilsendring. Mangel på trening, utdanning, støtte, passende arbeidsoppgaver/brukere og interesse er grunner for å ikke bruke MI. Sykepleierne synes det er vanskelig å endre inngrudde vaner, og å lære MI krever mer enn ett kurs. Sykepleierne følte at de ofte hadde for liten tid med pasientene, og for lite tid til å øve og praktisere metoden. Det kreves tilbakemeldinger, øvelse, passende forutsetninger, åpenhet og villighet til å bruke metoden.
3	(Howard & Williams, 2016)	«A focused Ethnography of Baccalaureate Nursing Students Who Are Using Motivational Interviewing»	Journal of Nursing Scholarship Register over vitenskapelige publiseringskanaler: Nivå 1	Beskrive hvordan studenter lærer og bruker motiverende samtale in kommunehelsetjenesten med fokus på helsefremming	Kvalitativ metode: En etnografisk studie med 20 sykepleierstudenter og 16 brukere. Data ble samlet inn på grunnlag av observasjoner, feltnotater, student journaler og intervjuer (individuelle samt fokusgruppe)	Funn viser at studentene opplevde en stor endring i deres sykepleierpraksis etter å ha lært MI. Funn viser at det er gjennomførbart for sykepleierstudenter å lære, samt bruke MI for å bedre samarbeid med brukeren i kommunehelsetjenesten. Funn viser at studentene var klare for å lære MI på tredje året i sykepleierutdanningen. Kontinuerlig feedback fra instruktører var viktig. Brukerne ble mer engasjerte i å gjøre livsstilsendring når studentene gikk bort fra ekspertrollen, og møtte personen der hun/han var. Å samarbeide som likeverdige partnere gjorde brukerne mer interesserte i å gjøre en endring.

4	(Sagsveen, Rise, Grønning & Bratås, 2018)	« Individual user involvement at Healthy Life Centres: a qualitative study exploring the perspective of health professionals »	International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being Register over vitenskapelige publiseringskanaler: Nivå 1	Utforske hvordan helsepersonell på frisklivssentral opplever brukervedvirkning, blant annet ved bruk av motiverende samtale	Kvalitativ metode: Semistrukturerte fokusgruppe intervjuer av 23 deltakere fra frisklivssentral	Funnene viser at deltakerne i studien beskrev motiverende samtale som å en måte å indusere og sikre brukervedvirkning på. Likevel kan det å se på motiverende samtale og brukervedvirkning som samme konsept gjøre at brukervedvirkning reduseres fra å være et mål i seg selv, til å bli et middel for å oppnå livsstilsendring. Helsepersonellet kan møte motstridende diskurser i sitt arbeid, og dilemmaer knyttet til å fremme autonomi og brukervedvirkning, og samtidig fremme endring i en forhåndsbestemt retning. Det bør derfor legges større vekt på systematisk refleksjon blant de som jobber på frisklivssentral om hva brukervedvirkning innebærer på frisklivssentralen, og i hver enkelt brukers situasjon.
---	---	---	---	---	---	---

5 Diskusjon

På bakgrunn av funnene og viktige aspekter ved problemstillingen, har jeg valgt å diskutere med utgangspunkt i temaene helsefremming, livsstilsendring og brukermedvirkning, og videre knytte dette til motiverende samtale, frisklivssentral og sykepleiers rolle. Videre diskuterer jeg hvilke tidsmessige og helsefaglige utfordringer sykepleierne har møtt på under bruk av metoden. Studienes metodologiske styrker og svakheter trekkes inn fortløpende i diskusjonen.

«Hvilke erfaringer har sykepleier med motiverende samtale, i møte med brukere ved frisklivssentral, som støtte til livsstilsendring»?

5.1 Helsefremming, livsstilsendring og brukermedvirkning

Helsefremming, livsstilsendring og brukermedvirkning er som tidligere nevnt begreper som henger tett sammen, og ses i forbindelse med sykepleiers arbeid på frisklivssentral.

Helsefremming er tett knyttet til sykepleiers arbeid i å motivere til livsstilsendring, mens brukermedvirkning skal ivaretas gjennom bruk av MI. Under kommer en redegjørelse for frisklivssentralens funksjon som helsefremmende institusjon, etterfulgt av betraktninger rundt sykepleieres erfaringer med bruk av MI.

5.1.1 Helsefremmende arbeid gjennom livsstilsendring på frisklivssentral

Helsefremmende arbeid i relasjon til livsstilsendringer innebærer at brukeren blir satt i stand til å ta kontroll over forhold som virker inn på helsen, og dermed får bedre forutsetninger til å velge mer hensiktsmessige alternativer. De positive konsekvensene medfører endring av atferdsmønstre og videre en forandret livsstil. Livsstilsendring henger etter mitt syn tett sammen med definisjonen på helsefremming.

Med økt fokus på forebygging og helsefremming gjennom samhandlingsreformen, har sykepleieren fått flere verktøy eller muligheter til å legge opp til en praksis som forebygger forekomst av livsstilssykdommer. Som nevnt i innledningen er 71% av alle dødsfall på

verdensbasis, relatert til livsstilssykdommer, og det er derfor en del å tjene på å senke statistikken (WHO, 2018). Livsstilssykdommer styres i stor grad av hvilke levevaner en person har, og er derfor noe man kan påvirke ved å endre levevaner (Kristoffersen, 2016). Samtidig med samhandlingsreformen, trådte også folkehelseloven (2011) i kraft i 2012, og lovens målsetning er blant annet å bidra til en samfunnsutvikling som fremmer folkehelsen. Det er i hovedsak kommunene som har blitt ansvarliggjort i å sette i verk tiltak som skal fremme folkehelsen. Dette skal blant annet skje ved at kommunen skal gi individuell opplysning, råd- og veiledning om hva den enkelte innbygger selv kan gjøre (Folkehelseloven, 2011). Frisklivssentralen er anbefalt i organiseringen av kommunens folkehelsearbeid, fordi tjenesten har et helsefremmende og forebyggende fokus (Helsedirektoratet 2016). Tjenesten er i tråd med ansvaret kommunen har, om å gi individuell opplysning, råd- og veiledning om hva den enkelte selv kan gjøre for å fremme sin egen helse. Det er fordi frisklivssentralen tilbyr individuell motiverende samtale, kurs og gruppeveiledning innen eksempelvis fysisk aktivitet eller røykeslutt (Helsedirektoratet, 2019b). Frisklivssentralen kan være med på å sette i gang den prosessen som gjør folk i stand til å ta kontroll over faktorer som virker inn på helsen, nemlig endring av levevaner.

På frisklivssentralen startes og avsluttes helsetilbudet med en helsefremmende samtale basert på prinsipper fra MI (Helsedirektoratet, 2019b). Helsesamtalen er i tråd med kommunens ansvar for individuell råd- og veiledning som tilbys på frisklivssentralen (Folkehelseloven, 2011). Målet med MI er å motivere til atferdsendring, og sett i lys av definisjonen på livsstil, øke brukerens evne til å velge bedre alternativer for helsen sin (Helsedirektoratet, 2017a; Milio, 1986). Folkehelselovens (2011) virkeområde gjelder for blant annet helsepersonell, og derav sykepleiere. Sykepleiere er en viktig del av kommunens forebyggende- og helsefremmende arbeid, og var i 2016 den neste største arbeidsgruppen på frisklivssentral etter fysioterapeuter (Ekornrud & Thonstad, 2018). Ifølge helsedirektoratets veileder for frisklivssentraler (2019b) skal arbeidet der være tverrfaglig. Det kan selvsagt reises innvendinger til om frisklivssentral er et egnet arbeidssted for en sykepleier, men med tanke på at sykepleiere skal fremme helse og gode tverrfaglige samarbeidsforhold i alle deler av helsetjenesten (NSF, 2019), er det etter mitt syn et egnet sted. Riktignok så ligger det nok en del personlige forutsetninger til grunn, men dette avhenger nok mer av sykepleierens personlige egenskaper, interesse og ferdigheter innen motiverende samtale, som jeg kommer tilbake til senere i diskusjonsdelen.

I min problemstilling etterspør jeg sykepleiers erfaringer med motiverende samtale. I studien til Sagsveen et al. (2018) utgjorde kun 25 % av alle deltakerne sykepleiere. Dette kan betraktes som en svakhet ved studiet i relasjon til problemstillingen. Samtidig skal arbeidet på frisklivssentralen være tverrfaglig. Det er derfor naturlig at deltakerne har ulik utdanningsbakgrunn. Flere av artikkelforfatterne er utdannede sykepleiere, som betyr at dataene blir tolket med et sykepleiersentrert blikk. Jeg vil også understreke at deltakerne i de andre studiene er sykepleiere. Den kjønnsmessige balansen er i sedvanlig ubalanse: Av 83 deltakere utgjør i underkant av 10 % menn, noe som i noen grad vil prege erfaringene. Likevel har det lite betydning i svare på problemstillingen som knytter seg til faktiske erfaringer, fremfor spekulative eller teoretiske antakelser.

Å fremme helse er en av de grunnleggende funksjonene i sykepleieutøvelsen, og sykepleierens funksjonsområde handler om å tilrettelegge for brukerens helsefremmende prosess, i tråd med helsefremming (Gammersvik & Larsen, 2018; WHO, 1986). Sykepleiers erfaringer tilsier at motiverende samtale er med på å tydeliggjøre deres rolle i helsefremmende arbeid, ved at ansvaret for livsstilsendring ikke kun ligger på sykepleieren, men også hos brukeren (Brobeck et al., 2011). Sykepleierne i samme studie, hadde også erfart at selv om ikke brukeren var klar for endring der og da, gjør MI at brukeren tar steg i retning av endring, som kan lykkes på et senere tidspunkt. Ifølge de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere skal sykepleier understøtte håp, mestring og livsmot hos brukeren (NSF, 2019). Gjennom motiverende samtale kan sykepleier arbeide helsefremmende på individnivå ved å hjelpe personen til å endre levevaner knyttet til for eksempel kosthold, fysisk aktivitet og røyking. Når brukeren klarer å endre levevaner, reduseres sannsynligheten for å utvikle livsstilssykdommer (Kristoffersen, 2016). Livsstilssykdommene kjennetegnes ved at de utvikler seg gradvis, og er langvarige (WHO, 2018), og det kan potensielt føre til redusert livskvalitet for personen i mange år. Det er derfor uten tvil viktig å unngå unødvendig utvikling av livssykdommer for at befolkningen skal ha det så godt i så mange år som mulig.

For å understøtte håp, mestring og livsmot hos brukeren kan sykepleier bruke motiverende samtale for å fremkalle endringssnakk og styrke mestringstillit. Endringssnakk er personens argumenter for å gjøre en endring, og sykepleieren kan fremkalle endringssnakk ved å ta tak i argumentene for endringen (Miller & Rollnick, 2013). Et eksempel kan være at brukeren sier at han er lei av å ha lite energi, og derfor ønsker å trene mer. Sykepleier kan da stille et åpent spørsmål om hva trening kan gi ham i fremtiden. Resultatet blir da at brukeren snakker om

endringen i positiv forstand, og blir påvirket av sine egne ytringer (Miller & Rollnick, 2013). For å styrke mestringstillit kan sykepleier anerkjenne og fremkalle brukerens innsats og positive egenskaper. Et eksempel på dette kan være at sykepleier sier til pasienten: «Det er modig av deg å forsøke å gjøre noe med utfordringene dine». Hun kan også fokusere på brukerens tidligere mestringserfaringer for å minne han på sitt eget endringspotensiale. Endringssnakk og mestringstillit kan føre til håp og livsmot ved at noen har troen på at du kan få til noe, og personen kan oppnå mestringfølelse ved at han når delmål mot et hovedmål (Miller & Rollnick, 2013). Et mål som kan gi mestring kan eksempelvis være å gå en tur tre ganger i uken. Sykepleieren kan også arbeide helsefremmende på samfunnsnivå, som reduserer de samfunnsøkonomiske kostnadene (Helse- og omsorgsdepartementet, 2008). Et konkret eksempel på dette er at én fulltidsansatt hjelper minst én inaktiv person til et aktivitetsnivå tilsvarende de nasjonale retningslinjene (150 min moderat intensitet per uke). Dette kan i teorien gi en samfunnsøkonomisk gevinst som overskrider sykepleierens stillingskode (Helsedirektoratet, 2018). Det er lønnsomt å arbeide forebyggende og helsefremmende, og ved å utsette og redusere livsstilssykdommer, gjør det at kanskje brukeren ikke blir avhengig av hjelp fra hjemmesykepleien. De kan klare seg på egenhånd, noe som skaper mestring og livskvalitet på individnivå, og er svært økonomisk på samfunnsnivå (Helse- og omsorgsdepartementet, 2008).

Et annet aspekt ved den helsefremmende rollen på frisklivssentral er at sykepleier skal bidra aktivt for å imøtekomme sårbare gruppers særskilte behov for helse- og omsorgstjenester (NSF, 2019). I de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere, er det ikke spesifisert hvilke grupper som er kategorisert som sårbare grupper, men jeg tenker at det kan være de som ikke har nok ressurser til å endre livsstil på egenhånd. Som nevnt i kapittel 2.1 i teorien, er en persons livsstil et resultat av utdanning, sosial klasse og etnisk bakgrunn (Kristoffersen, 2016). Studier viser at de med lang utdanning og god økonomi, har bedre livsstil og lever lengre enn de med kort utdanning og dårlig økonomi, og at de sosiale helseforskjellene gjelder for omtrent alle sykdommer (Folkehelseinstituttet, 2018). Det er nedfelt i folkehelseoven (2011) at kommunen skal bidra til å utjevne sosiale helseforskjeller i befolkningen. En av grunnene til dette målet er at befolkningen som helhet vil ha bedre helse når ulikhetene utjevnes, fordi helsa blir bedre for hvert trinn på den sosioøkonomiske stigen (Folkehelseinstituttet, 2018). Frisklivssentralen har til hensikt å utjevne de sosiale ulikhetene i levevaner og helse, da også brukerne på frisklivssentral har lavere utdanning enn normalbefolkningen (Helsedirektoratet, 2019b). Ved å gi støtte til endring av levevaner, kan

sykepleierne på frisklivssentralene bidra til å redusere de sosiale helseforskjellene, og møte de sårbare grupper behov (Helsedirektoratet, 2019b).

For å besvare problemstillingen i oppgaven med frisklivssentral som utgangspunkt, vil jeg poengtere at studien til Brobeck et al. (2011), Östlund et al. (2015) og Howard & Williams (2016) ikke ble gjennomført på frisklivssentral som vi kjenner det i Norge, men på ulike helsesentre i Sverige og Canada. Helsesentrene i Sverige består av en tverrfaglig gruppe av lege, sykepleier, psykolog, fysioterapeut og sosionomer med en personsentrert tilnærming til brukerne, som minner om den norske frisklivssentral (Nager & Thulesius, 2015). I motsetning til frisklivssentral i Norge er nesten alle svenske innbyggere registrert på helsesentrene i Sverige (Primary healthcare centre). Dette minner mer om den norske fastlegeordningen de fleste er tilknyttet. Som beskrevet tidligere i kapitlet har de som oppsøker frisklivssentral lavere sosioøkonomisk status i gjennomsnitt enn normalbefolkningen (Helsedirektoratet, 2019b). Sykepleiers erfaringer fra den norske frisklivssentral sammenlignet med svenske helsesentre kan være noe ulik basert på gruppen sykepleierne møter. Det er også vist at det er store sosiodemografiske forskjeller i Norge (Folkehelseinstituttet, 2018). Det har studien til Sagsveen et al. (2018) løst ved å ha 23 ulike frisklivssentraler fra by og land. Erfaringene er nok derfor mer representative, fordi brukere på frisklivssentral i by, statistisk sett er mer ressurssterke enn på landsbygda (Folkehelseinstituttet, 2018). For å gå videre, er brukermedvirkning et viktig prinsipp i helsefremmende arbeid, og viktigheten av å få tak i personens egen beskrivelse av behov (Haugan & Sætertrø, 2018). Det fører videre til neste kapittel om brukermedvirkning.

5.1.2 Brukermedvirkning gjennom motiverende samtale

Brukermedvirkning er først og fremst en lovfestet rett nedfelt i pasient- og brukerrettighetsloven (1999, § 3-1), hvor det fremkommer at helsetilbudet skal utformes i samarbeid med brukeren. «Brukermedvirkning innebærer at personen betraktes som en likeverdig partner i diskusjoner og beslutninger som angår hans eller hennes problem» (Helsedirektoratet, 2017b). Etter at samhandlingsreformen trådte i kraft, har det vært et økende fokus på brukermedvirkning, i likhet med forebygging og helsefremming (Helse- og omsorgsdepartementet, 2008). I helsedirektoratets veileder for frisklivssentraler (2019b) er det derfor fokus på at frisklivssentralene skal basere sitt arbeid på brukermedvirkning, og den

enkeltes ressurser. I studiene inkludert i denne oppgaven er det litt ulike erfaringer knyttet til brukermedvirkning gjennom motiverende samtale, som støtte til livsstilsendring. Når deltakerne i studien til Sagsveen et al. (2018) ble spurt om hvordan de ivaretar medvirkning på frisklivssentralen, trakk de frem motiverende samtale som en måte å inducere og sikre brukermedvirkning på. Som de så det, fremmer MI brukermedvirkning ved at hele samtalen baserer seg på brukerens preferanser og egne ønsker for endring (Sagsveen et al., 2018). Motiverende samtale har, som nevnt i kapittel 2.3.1, et holdningssett, bestående av elementene aksept, medfølelse, partnerskap og fremkalling av endringsnakk (Miller & Rollnick, 2013). I brukermedvirkning skal brukeren betraktes som en likeverdig partner, og det er etter min forståelse i tråd med holdningssettet i MI. Det er fordi partnerskap i MI er betraktet som et samarbeid mellom eksperter, hvor begge parter ekspertise er nødvendig for at en endring skal skje (Miller & Rollnick, 2013). Aksept handler om å respektere den andres verdi som menneske og rett til å bestemme over seg selv (autonomi), og er viktig for å bygge oppunder en likeverdig relasjon. Holdningene, medfølelse og fremkalling, bidrar til et likeverdig partnerskap ved at sykepleier fremmer brukerens interesser, og har en holdning om at den andre har i seg den motivasjonen og ressursene som kreves for å gjøre en endring (Miller & Rollnick, 2013). Når sykepleier skal ha en motiverende samtale med brukeren på frisklivssentral skal hun ikke gå inn med en holdning om at hun har alle svarene på personens problemer. Det er noe som sykepleier og bruker skal finne ut av sammen. Motiverende samtale er derfor med på å ivareta brukerens rett til medvirkning og utforming av sine helsetjenester etter pasient- og brukerrettighetsloven (1999, § 3-1).

Likevel er det noen ulikheter mellom konseptene. MI er orientert rundt mål som skal bidra til endring, og når brukeren har fått til en endring, har MI hatt den tiltenkte effekten (Miller & Rollnick, 2013). Å legge til rette for brukermedvirkning er en plikt og en rettighet i mange demokratiske land, og noen argumenterer derfor for at det har verdi i seg selv, uavhengig av hvilket effektutfall det eventuelt får (Sagsveen et al., 2018). Av den grunn kan det å se brukermedvirkning og motiverende samtale som samme konsept føre til at det ikke anerkjennes at for enkelte brukere er medvirkning et mål i seg selv, uten at det trenger å føre til noen form for resultat (Sagsveen et al., 2018). Brukermedvirkning har en egenverdi i form av at mennesker vil ha kontroll over viktige deler av livet, og motta hjelp på egne betingelser. Når mennesker får påvirke omgivelsene gjennom egne valg og ressurser, kan det styrke selvbildet, og derav øke motivasjon. Dette vil kunne forsere endringsprosessen, og således ha en terapeutisk effekt i form av endring (Helsedirektoratet, 2017b).

I samhandlingsreformen fremkommer det at alle som jobber i det norske helsevesen har en plikt til å legge brukerperspektivet til grunn for sine handlinger, og helsetjenestene skal tilpasses den enkeltes individuelle behov, ønsker og evner (Helse- og omsorgsdepartementet, 2008). Brukerperspektivet bør stå i fokus, fordi personer som medvirker i planlegging og gjennomføring av egen helsehjelp, er i bedre stand til å mobilisere egne ressurser. Det kan videre øke sannsynligheten for bedre resultater av behandlingen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2008). Likevel kan ansvaret for å ha en kunnskapsbasert praksis, og levere helsetjenester av god kvalitet fra sykepleierens perspektiv, komme i konflikt med brukerens rett til å medvirke ifølge respondentene i studien til Sagsveen et al. (2018). Å sikre behandling av god kvalitet er ett argument for å begrense brukermedvirkning, hvor tanken er at kunnskapen til helsepersonellet er av større verdi enn brukerens kunnskap. At sykepleiers kunnskap er av mer verdi enn brukerens, kolliderer med holdningssettet i motiverende samtale (Miller & Rollnick, 2013).

I helse- og omsorgstjenesteloven (1999) står det at «Medvirkningens form skal tilpasses den enkeltes evne til å motta informasjon. Når sykepleierne i studien til Östlund et al. (2015) skulle hjelpe brukere med livsstilssykdommer til livsstilsendring, erfarte de utfordringer knyttet til å gi informasjon. Sykepleierne syntes det var vanskelig å bruke MI der de skulle informere for å øke brukernes kunnskap om sin egen sykdom. Erfaringer tilsa også at mange av brukerne forventet å få råd og bli informert. Samtidig opplevde sykepleierne at ved at de spurte om lov før de ga råd, stimulerte dette til en mer åpen dialog og empatisk tilnærming (Östlund et al., 2015).

5.2 Tid som barriere

Som diskutert i overnevnte kapittel er brukermedvirkning en viktig del av motiverende samtale, og kan øke sannsynligheten for bedre resultater av behandlingen, i form av livsstilsendring. I likhet med brukermedvirkning, er også nok tid en forutsetning for at sykepleiere kan bruke motiverende samtale som støtte til livsstilsendring på en god måte. Erfaringer knyttet til tid som barriere, har vært gjennomgående funn i studiene som er inkludert i oppgaven.

Tilbudet ved frisklivssentraler i Norge er vanligvis for 12 uker av gangen, hvor tilbudet startes og avsluttes med en helsesamtale basert på motiverende samtale (Helsedirektoratet, 2019b). Hvorvidt 12 uker er nok for å gjennomføre og opprettholde en livsstilsendring er omdiskutert. Sykepleiers erfaringer i studien til Brobeck et al. (2011) tilsier at livsstilsendringer er en langvarig prosess, hvor det er viktig å gi personen nok tid til å gjøre en endring. En sykepleier i samme studie påpekte hvor lang tid det kan ta å gjøre endringer i eget liv, og at sykepleiere ofte har forventninger til at brukere skal gjøre endring i løpet av svært kort tid. Norsk helsevesen er preget av at behandling skal være rask og effektiv, og for at en endring skal vare over tid, er det viktig at ikke endringen er påtvunget (Haugan & Sætertrø, 2018). Hensynet til effektivitet og brukermedvirkning kan derfor ofte komme i konflikt med hverandre, en avveining som både helsevesen og den enkelte sykepleier må vurdere i tråd med de føringer som er lagt av stat og det individuelle arbeidsstedet. For at MI skal fungere godt, må endring komme innenfra, og kan derfor ikke tvinges frem i et miljø preget av tidspress og stress (Miller & Rollnick, 2013). Å forsøke å overtale brukeren, kan føre til at brukers ambivalens til endring går i en retning av status quo-snakke, som hinder fremgang i endringsprosessen. Som nevnt i teoriens underkapittel 2.3.3, er status quo-snakke en side av ambivalens hvor brukeren argumenter for å fortsette med den nåværende atferden, som således ikke fører i retning av endring (Miller & Rollnick, 2013). Sykepleiers erfaringer om viktigheten av å gi brukeren nok tid til endring, er nok derfor viktig for at brukeren skal komme med mer endringssnakke enn status quo-snakke under samtalen. Likevel krever dette ressurser og tid til å jobbe med pasienters indre motivasjon, noe som nødvendigvis ikke eksisterer alle steder.

Det kan være en utfordring at behandlingen på frisklivssentral har en gitt varighet som ikke passer med når brukeren er klar for å gjøre en endring (Haugan & Sætertrø, 2018). Imidlertid viser studien til Östlund et al. (2015) at sykepleierne hadde erfaring med at MI la et godt motivasjonsgrunnlag for senere livsstilsendring, for de som ikke var klar for endring i øyeblikket. Det er likevel vist at det tar kortere tid å fremme livsstilsendringer med MI, sammenlignet med lignende metoder (Dunn et al., 2001 referert i Brobeck et al., 2011). En norsk systematisk oversiktsartikkel så på hvilke atferdsendringsteknikker som er mest effektive for å hjelpe personer med overvekt, til livsstilsendringene fysisk aktivitet og kosthold (Samdal et al., 2017). De konkluderte med at metoder som er personsentrerte og med fokus på autonomi, som motiverende samtale, var assosiert med varig livsstilsendring (>12mnd). Resultatene viste at å sette mål for endringen er effektivt for å starte og opprettholde endringen (Samdal et al., 2017). En randomisert kontrollert studie fant

signifikant redusert livvidde, fettprosent og fettmasse hos brukere etter 12 ukers oppfølging på frisklivssentral (Lie, 2012 referert i Helsedirektoratet, 2019b). En annen studie viser også at 45% av de som hadde fullført 12 uker oppfølging hadde klart å gjøre forbedringer i kostholdet (Båtevik, Tønnesen & Aarflot, 2008 referert i Helsedirektoratet, 2019b). Hvor lang tid det tar å gjennomføre en livsstilsendring, ser følgelig ut til å avhenge av mange faktorer, blant annet å sette klare mål for endringen. For at brukeren skal lykkes i å gjøre livsstilsendringer, er det nødvendig at sykepleier prioriterer nok tid til MI-prosessen understreket sykepleierne i studien til Brobeck et al. (2011). I veileder for kommunale frisklivssentraler utgitt av helsedirektoratet (2019b) er det anbefalt å tilby ytterligere oppfølging etter 12 uker hvis brukeren har behov for det. Jeg tenker at det kan ta bort noe av presset på at brukeren må ha gjennomført en endring basert på varigheten av behandlingstilbudet.

5.3 Motiverende samtale er krevende, og fordrer lang erfaring

Det er enkelte som hevder at det kreves lang erfaring og mye trening for å mestre motiverende samtale, som støtte til livsstilsendring. Sykepleierne i studien til Östlund et al. (2015) hadde erfart at MI krever øvelse over lang tid, og ikke er mulig å lære på ett kurs. At MI krever lang erfaring støttes også av sykepleierne i studien til Brobeck et al. (2011) som mente at MI ikke er mulig å lære kun ved å lese seg opp. Å mestre motiverende samtale er en kompleks ferdighet, som krever trening over lang tid hevder også deltakerne i studien til Sagsveen al. (2018). Grunnleggerne av metoden motiverende samtale, Miller & Rollnick (2013) understreker også at metoden involverer komplekse kommunikasjonsferdigheter som må erverves og praktiseres over tid. En sykepleier mente at MI som metode er for krevende for nyutdannede sykepleiere (Brobeck et al., 2011). Andre sykepleiere i samme studie var enige, og mente at erfaring gjør at metoden kan tas til et nytt nivå ved å bruke komplekse kommunikasjonsferdigheter og dermed være mer effektiv. En av funnartiklene i denne oppgaven hadde som hensikt å beskrive hvordan sykepleierstudenter lærte og anvendte motiverende samtale på en klinikk med fokus på forebygging og helsefremming ved hjerte- og karsykdom (Howard & Williams, 2016). Studien konkluderte med at det er gjennomførbart at sykepleierstudenter på tredje året kan bruke motiverende samtale, for å støtte brukeren til livsstilsendring, men at det hadde vært for tidlig å implementere metoden de to første årene på sykepleien. De argumenterte for at de da hadde nok med å lære seg sykepleieprosedyrer.

Sykepleierstudentene fikk tilbakemeldinger fra MI-instruktører i etterkant av samtalene med brukerne, som gjorde at de utviklet ferdigheten i metoden fortløpende. Miller & Rollnick (2013) understreker verdien av tilbakemeldinger i etterkant av MI, og at forskning viser at nyutdannede personer kan få de samme resultatene som personer med lang erfaring. Forskjellen ligger i hvem som har fått tilbakemeldinger fortløpende. Tilbakemeldinger er det som skal til for å bli god i metoden. Sykepleierne i studien til Brobeck et al. (2011) og Östlund et al. (2015) hadde praktisert MI mellom tre og ti år, men det fremkommer ikke om de har fått tilbakemeldinger på sitt arbeid. Imidlertid virker det ikke slik, da funn viser at de ønsker å få tilbakemeldinger i etterkant av motiverende samtale, og foreslår kollegabasert veiledning som en løsning. Den norske frisklivssentralen anbefales å ha kollegabasert veiledning, fordypningskurs og videreutdanning i MI (Helsedirektoratet, 2019b). Grunnen til det er nok sannsynligvis det funnene viser: For å utøve metoden på en god måte, kreves kontinuerlig trening og tilbakemeldinger underveis. Lang er erfaring ser derimot ikke ut til å være en forutsetning for å utøve metoden effektivt (Brobeck et al., 2011; Östlund et al., 2015; Howard & Williams., 2016).

6 Oppsummering

Sykepleiers erfaringer viser at motiverende samtale er et nyttig verktøy i deres helsefremmende arbeid, og som støtte til livsstilsendring i møte med brukere på frisklivssentral. Erfaringer viser videre at motiverende samtale er med på å sikre og indusere brukermedvirkning, men at det er ulike meninger om i hvilken grad brukeren bør medvirke i tilbudet på frisklivssentralen. Funn viser også at det er nødvendig å få tilbakemeldinger for å utvikle seg i metoden, men at det er oppnåelig at nyutdannede sykepleiere kan ha nytte av å bruke MI i sitt arbeid. Nok tid til å gjennomføre en endring var også et viktig behov hos brukerne, og nødvendiggjør nok ressurser og kapasitet fra helsevesenets side. Forskningen på dette området er fremdeles utilstrekkelig for å forstå hvordan metoden bedre kan implementeres i sykepleiers arbeid, og på hvilken måte sykepleiers kompetanse kan brukes til å fremme livsstilsendringer hos brukere på frisklivssentral.

Referanseliste

- Barth, T., Børtveit, T. & Prescott, P. (2015). *Motiverende intervju: Samtaler om endring*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Brobeck, E., Bergh, H., Odenrants, S. & Hildingh, C. (2011). Primary healthcare nurses' experiences with motivational interviewing in health promotion practise. *Journal of Clinical Nursing*, 20, 3322-3330. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2011.03874.x>
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving* (6. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Ekornerud, T. & Thonstad, M. (2018). *Frislivssentraler i kommunane: Kartlegging og analyse av førebyggende og helsefremjande arbeid og tilbod*. Hentet fra <https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/attachment/358702?ts=16557397138>
- Folkehelseinstituttet (2018). Sosiale helseforskjeller i Norge. Hentet fra <https://www.fhi.no/nettpub/hin/grupper/sosiale-helseforskjeller/>
- Folkehelseloven. (2011). Lov om folkehelsearbeid (LOV-2011-06-24-29). Hentet fra https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-29#KAPITTEL_2
- Gammersvik, Å. & Larsen, T. B. (Red.). (2018). *Helsefremmende sykepleie – i teori og praksis* (2. utg.). Bergen: Fagbokforlaget
- Gammersvik, Å. (2018). Helsefremmende arbeid. I Gammersvik, Å. & Larsen, T. B. (Red.), *Helsefremmende sykepleie: I teori og praksis* (2. utg., 112-134). Bergen: Fagbokforlaget.
- Haugan, P. S. & Sætertrø, O. (2018). Motiverende intervju – helsefremmende samtale. I Gammersvik, Å. & Larsen, T. B. (Red.), *Helsefremmende sykepleie: I teori og praksis* (2. utg., 259-275). Bergen: Fagbokforlaget.

Helsebiblioteket. (2016, 7. juni). Kildevalg. Hentet fra

<https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/litteratursok/kildevalg>

Helsedirektoratet. (2016). Hva er en frisklivssentral? Hentet fra

<https://www.helsedirektoratet.no/tema/frisklivssentraler/hva-er-en-frisklivssentral>

Helsedirektoratet. (2017a). Motiverende intervju som metode. Hentet fra

<https://www.helsedirektoratet.no/tema/motiverende-intervju-mi/motiverende-intervju-som-metode>

Helsedirektoratet. (2017b). Brukermedvirkning. Hentet fra

<https://www.helsedirektoratet.no/tema/brukermedvirkning>

Helsedirektoratet. (2019b). *Veileder for kommunale frisklivssentraler: Etablering, organisering og tilbud*. Hentet fra

https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/kommunale-frisklivssentraler-etablering-organisering-og-tilbud/Kommunale%20frisklivssentraler%20-%20Etablering,%20organisering%20og%20tilbud%20-%20Veileder.pdf/_attachment/inline/7cbef5d9-65ee-468d-b8a0-786746db7d2f:8807af537bb3231311db2fb7df9333566848f10a/Kommunale%20frisklivssentraler%20-%20Etablering,%20organisering%20og%20tilbud%20-%20Veileder.pdf

Helse- og omsorgsdepartementet. (2009). Samhandlingsreformen: Rett behandling – på rett sted – til rett tid. (St.meld. nr. 47, 2008-2009). Oslo: Departementet

Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (LOV-2011-06-24-30). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>

Howard, L. M. & Williams, B. A. (2016). A Focused Ethnography of baccalaureate Nursing Students Who Are Using Motivational Interviewing. *Journal of Nursing Scholarship* 18(5), 172-181. DOI:10.1111/jnu.12224

- Ivarsson, B. H. (2017). *MI: Motiverende samtaler: En praktisk håndbok for helse- og omsorgssektoren*. (2. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kristoffersen, Nordtvedt, Skaug & Grimsbø. (Red.). (2016). *Grunnleggende sykepleie bind 3: Pasientfenomener, samfunn og mestring*. (3. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kristoffersen, N. J. (2016). Livsstil og endring av livsstil. I Kristoffersen, N. J., Nordtvedt, F., Skaug, E-A. & Grimsbø, G. H (Red.), *Grunnleggende sykepleie bind 3: Pasientfenomener, samfunn og mestring* (3. utg, bind 3, 295-348). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Milio, N. (1986). *Promoting health through public policy*. Ottawa: Canadian Public Health Association.
- Miller, W. R. & Rollnick, S. (2013). *Motiverende samtale: Støtte til endring*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Nager, A. & Thulesius, H. (2015). Primary Health Care in Sweden 2015. Hentet fra <http://sfamportal.s3.amazonaws.com/files/57c57cb5b86cc90500358c27/Primary%20Health%20Care%20in%20Sweden%20151112.pdf>
- Norsk sykepleierforbund (2011). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere: ICNs etiske regler. Hentet fra <https://www.nsf.no/Content/113944/NSF%20yrkesetisk%20nettversjon.pdf>
- Norsk sykepleierforbund. (2019). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Hentet fra <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17036/Yrkesetiske-retningslinjer-for-sykepleiere>
- Nylenna, M. (2019a, 7. januar). Livsstilssykdommer. I Store medisinske leksikon. Hentet 2. april 2020 fra <https://sml.snl.no/livsstilssykdommer>
- Nylenna, M. (2019b, 13. januar). Livsstil. I Store medisinske leksikon. Hentet 2. april 2020 fra <https://sml.snl.no/livsstil>

Nylenna, M. (2019c, 16. januar). Livsstilsintervensjon. I Store medisinske leksikon. Hentet 2. april 2020 fra <https://sml.snl.no/livsstilsintervensjon>

Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV-1999-07-02-63). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>

Sagsveen, E., Rise, M. B., Grønning, K. & Bratås, O. (2018). Individual user involvement at Healthy Life Centres: a qualitative study exploring the perspective of health professionals. *Qualitative Studies on Health and Well-being*, 13(1).
<https://doi.org/10.1080/17482631.2018.1492291>

Samdal, G. B., Eide, G. E., Barth, T., Williams, G. & Meland, E. (2017). Effective behaviour change techniques for physical activity and healthy eating in overweight and obese adults; systematic review and meta-regression analysis. *International Journal of Behavioural Nutrition and Physical Activity*, 14(42), 1-14.
<https://doi.org/10.1186/s12966-017-0494-y>

Thidemann, I-J. (2019). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenten: Den lille motivasjonsboken i akademisk skriving* (2. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.

World Health Organization. (2018). *Noncommunicable diseases*. Hentet 20.02.2020 fra <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>

World Health Organization. (u.å). *The Ottawa Charter for Health Promotion*. Hentet 17.03.20 fra <https://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>

Östlund, A-S., Wadensten, B., Kristofferzon, M-L. & Häggström, E. (2015). Motivational interviewing: Experiences of primary care nurses trained in the method. *Nurse Education in Practice*, 15(2), 111-118. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2014.11.005>