



# Masteroppgave

Empowerment og helsefremmende arbeid

Mai 2020

## Helsesamtaler med eldre: Betydning og karakteristik

Artikkel og refleksjonsoppgave

Kandidatnavn: Julia Christine Ligaard

Emnekode: MAPO5900

**Fakultet for helsevitenskap**

OSLO METROPOLITAN UNIVERSITY  
STORBYUNIVERSITETET

## SAMMENDRAG FOR HELE MASTEROPPGAVEN

**Bakgrunn:** *Studien:* På Helsestasjon for eldre inviteres hjemmeboende eldre til helsesamtaler, hvor hensikten er å arbeide helsefremmende og forebyggende. Forskning om tilbudet behøves.

*Refleksjonsoppgaven:* Oppfølging og tilpasset livsstilsveiledning til eldre kan ifølge helsepolitiske føringer være helsefremmende og forebyggende, hvilket understreker betydningen av å undersøke karakteristikker ved god gjennomføring av endringsfokuserede helsesamtaler med eldre.

**Hensikt:** Studiens og refleksjonsoppgavens hensikt er henholdsvis å undersøke og beskrive helsesamtalens betydning for besøkende på Helsestasjon for eldre, samt hva som karakteriserer god gjennomføring av endringsfokuserede helsesamtaler med eldre.

**Teoretisk referanseramme:** Empowerment og selvbestemmelsesteorien benyttes.

**Metode:** *Studien:* Kvalitative individualintervjuer av syv eldre som hadde hatt helsesamtale(r) ble gjennomført. Analysemetoden var Malteruds systematiske tekstkondensering. Refleksjonsoppgaven er en litteraturstudie.

**Resultater:** *Studien:* Helsesamtalen hadde delvis betydning for kostholdsvaner, alkoholforbruk, fysisk aktivitet og deltakelse, og fremmet innsikt i Eldres muligheter. Tilbudet opplevdes positivt, meningsfullt og inkluderende, men oppfattet hensikt var uklart, og flere følte seg utenfor målgruppen. Enkelte hadde begrenset ettertanke rundt helsesamtalen.

*Refleksjonsoppgaven:* Karakteristikk ved god gjennomføring av endringsfokuserede helsesamtaler med eldre er personsentrering og individuell tilpasning og understreking av brukerens selvbestemmelse. Sykepleieren bør gi tillit og positiv støtte framfor fordømmelse, nødvendig informasjon og kunnskap, tilstrekkelig tid og oppfølging, samt tilrettelegge for at brukeren setter realistiske mål.

**Konklusjon:** *Studien:* Helsesamtalen har varierende betydning for eldre. Oppfølgingssamtaler er en suksessfaktor for endring. Enkeltsamtaler kan fremme

bevisstgjøring og endring, spesielt ved erkjent endringsbehov i forkant. Helsesamtalens hensikt og relevans bør tydeliggjøres i invitasjonen, eventuelt via telefonkontakt på forhånd. Fordi enkelte har begrenset ettertanke omkring helsesamtalen, kanskje relatert til redusert hukommelse, bør eldre motta skriftlig informasjon om diskuterte temaer. Eldre bør kunne foreslå ønskede aktivitetstilbud. Endring av tilbudsnavnet kan vurderes.

*Refleksjonsoppgaven:* Psykologisk empowerment og motivasjon til endring kan stimuleres dersom endringsfokuserede helsesamtaler gjennomføres som presentert under «Resultater».

**Nøkkelbegreper:** Helsetjenester for eldre, Helsefremmende arbeid, Forebyggende helsetjenester, Livsstilsendring, Motiverende samtale, Kommunal helseopplysning, Kvalitativ forskning

# Health-promoting dialogues with seniors: Importance and characteristics

## ABSTRACT

**Background:** *The study:* At preventive and health-promoting centers, home-living seniors are invited to health-promoting dialogue(s). Research is needed.

*Reflection task:* Health policies emphasize that follow-ups and customized lifestyle guidance for seniors may promote health and prevent diseases, which emphasizes the importance of investigating characteristics of well-conducted health-promoting dialogues for seniors.

**Aim:** The study and the reflection task respectively aimed to investigate the importance of health-promoting dialogue(s) at preventive and health-promoting centers for seniors and characteristics of well-conducted health-promoting dialogues.

**Theory:** Empowerment and the self-determination theory are applied.

**Methods:** *The study:* Seven participants of the health-promoting dialogue(s) were interviewed individually. The analysis method was Malterud's systematic text condensation. The reflection task is a literature study.

**Results:** *The study:* The health-promoting dialogue(s) had partial importance for diet, alcohol consumption, physical activity and social participation, and raised awareness about seniors' opportunities. The service was positive, meaningful and accommodating. The purpose was unclear. Several participants felt outside the target group. Some had limited reflections afterwards.

*Reflection task:* Well-conducted health-promoting dialogues are characterized as person-centered and individually customized, emphasizing self-determination, facilitating realistic goals and offering trust, positive support, knowledge, time and follow-ups.

**Conclusion:** *The study:* Health-promoting dialogues have varying importance. Single dialogues may promote awareness and changes, especially if need for changing is admitted ahead. Follow-up dialogues are a success factor. The purpose and relevance should be clarified in the invitations, optionally by calling ahead. Because some have limited post-dialogue reflections, seniors should receive written information about discussed themes. They should be able to suggest desired activities. Renaming the service may be considered.

*Reflection task:* Psychological empowerment and motivation to change lifestyle may be stimulated if health-promoting dialogues are conducted as presented in “Results”.

**Key words:** Health services for seniors, Health promotion, Preventive health services, Life style changes, Motivational interviewing, Health education, Qualitative research

## INNHOLDSLISTE

- Forskningsartikkel (23 sider): «Helsesamtalens betydning for besøkende på Helsestasjon for eldre». (Antall ord: 4995 av maksimum 5000 ord, jfr. Tidsskrift for omsorgsforskning)
- Refleksjonsoppgave (24 sider): «Karakteristikk ved god gjennomføring av endringsfokuserede helsesamtaler med eldre». (Antall ord: 5496)
- Vedlegg for masteroppgaven (28 sider):
  1. Forfatterveiledning
  2. Utdrag fra analyseprosessen i forskningsprosjekt
  3. Søkehistorikk for forskningsprosjekt
  4. Godkjenning fra NSD
  5. Forespørsel til ansvarlig for Helsestasjon for eldre
  6. Tillatelse fra ansvarlig for Helsestasjon for eldre
  7. Informasjonsskriv til potensielle deltakere
  8. Intervjuguide
  9. Risiko- og sårbarhetsanalyse (ROS-skjema)
  10. Datamatrise for forskningsartikler i refleksjonsoppgaven
  11. Søkehistorikk for refleksjonsoppgave

Sidenummerering starter på nytt i forskningsartikkelen, i refleksjonsoppgaven og i vedlegg.

Totalt antall sider i masteroppgaven er 81.

## Tidsskrift for omsorgsforskning

# Helsesamtalens betydning for besøkende på Helsestasjon for eldre

## Importance of the health-promoting dialogues at preventive and health-promoting centers for seniors

Julia Christine Ligaard

*Sykepleier, mastergradsstudent, Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid, OsloMet – storbyuniversitetet, Kjeller*

[s233022@oslomet.no](mailto:s233022@oslomet.no)

### Hva vet vi om dette emnet?

- Jeg har ikke funnet studier om Helsestasjon for eldre.
- Studier om helsefremmende og forebyggende hjemmebesøk viser at eldre opplever helsesamtalen som positiv, føler seg sett av kommunen og verdsetter råd og påminnelser om sunne vaner. Noen opplever imidlertid helsesamtalen som mindre meningsfull fordi de er friske og fornøyde med sin levemåte.

### Hva tilfører denne studien?

- Studien tilfører ny innsikt i hvilken betydning besøkende opplever at helsesamtalen på Helsestasjon for eldre har hatt. Dette inkluderer Eldres opplevelser av selve helsesamtalen og hvilke endringer i egen livssituasjon de har gjort som følge av helsesamtalen.

## Sammendrag

**Bakgrunn:** På Helsestasjon for eldre kan hjemmeboende eldre få informasjon, råd og veiledning til å kunne fremme og opprettholde god helse, gjennom en mestrings- og ressursfokusert helsesamtale. Forskning om tilbudet behøves.

**Hensikt:** Hensikten var å undersøke og beskrive helsesamtalens betydning for besøkende på Helsestasjon for eldre.

**Metode:** Syv eldre som hadde hatt helsesamtale(r) på én Helsestasjon for eldre i 2019 ble intervjuet individuelt. Analysemetoden var Malteruds systematiske tekstkondensering.

**Resultater:** Helsesamtalen hadde delvis betydning for kostholdsvaner, alkoholforbruk, fysisk aktivitet og deltakelse, og fremmet innsikt i Eldres muligheter. Tilbudet opplevdes positivt, meningsfullt og inkluderende, men oppfattet hensikt var uklar, og flere følte seg utenfor målgruppen. Enkelte hadde begrenset ettertanke rundt helsesamtalen.

**Konklusjon:** Helsesamtalen har varierende betydning for eldre. Oppfølgingssamtaler er en suksessfaktor for endring. Enkeltsamtaler kan medføre bevisstgjøring og endring, spesielt ved erkjent endringsbehov i forkant. Helsesamtalens hensikt og relevans bør tydeliggjøres i invitasjonen, eventuelt via telefonkontakt på forhånd. Fordi enkelte har begrenset ettertanke rundt helsesamtalen, kanskje relatert til redusert hukommelse, bør eldre få utlevert skriftlig informasjon om diskuterte temaer. Eldre bør kunne foreslå ønskede aktivitetstilbud. Endring av tilbudsnavnet kan vurderes.

**Nøkkelord:** Helsetjenester for eldre, helsefremmende arbeid, forebyggende helsetjenester, livsstil, motiverende samtale, kommunal helseopplysning, kvalitativ forskning

## Abstract

**Background:** In some municipalities, home-living seniors are invited to health-promoting dialogue(s) at preventive and health-promoting centers for seniors. Research is needed.

**Aim:** This study aimed to investigate and describe the importance of health-promoting dialogue(s), according to seniors at a preventive and health-promoting center for seniors.

**Methods:** Seven participants of health-promoting dialogue(s) at a Norwegian preventive and health-promoting center for seniors were interviewed individually. The analysis method was Malterud's systematic text condensation.

**Results:** The health-promoting dialogue(s) had partial importance for seniors' diet, alcohol consumption, physical activity and social participation, and raised awareness about seniors' opportunities. The service was experienced as positive, meaningful and accommodating. However, the purpose was unclear. Several participants felt outside the target group. Some had limited reflections afterwards.

**Conclusion:** Health-promoting dialogues have varying importance for seniors. Follow-up dialogues are a success factor for promoting lifestyle changes. Single dialogues may promote awareness and changes, especially if need for change is admitted ahead. The purpose and relevance should be clarified in the invitations, optionally by calling ahead.



Because some have limited post-dialogue reflections, sometimes related to memory impairment, seniors should receive written information about discussed themes. They should be able to suggest desired activities. Renaming the service may be considered.

**Keywords:** Health services for seniors, health promotion, preventive health services, life style changes, motivational interviewing, health education, qualitative research

## **Introduksjon**

### **Bakgrunn**

Statistisk sentralbyrå (udatert) kalkulerer med at antall eldre over 67 år vil stige fra 830.000 i 2020 til 1,4 millioner i 2050. Forekomsten av hjerte- og karsykdommer, type-2-diabetes, samt muskel- og skjelettlidelser øker med alderen. Levevaner som røyking, inaktivitet, høyt alkoholforbruk og usunt kosthold er blant risikofaktorene for å utvikle sykdom, funksjonstap og tidlig død. Hjemmeboende eldre oppgir manglende mestringsopplevelse, overskudd, initiativ og sosial støtte (Folkehelseinstituttet, 2018). Forskning viser at sosial isolasjon og ensomhet kan øke risikoen for sykdom og tidlig død (Stephoe, Deaton & Stone, 2015). Folkehelseinstituttet (2018) trekker frem god kognitiv og fysisk funksjon, et godt sosialt liv og riktig ernæring for god helse i alderdommen.

Kommunen pålegges å etablere helsetjenester som tilsikter helsefremming og forebygging av sykdom, skade og sosiale problemer gjennom opplysning, råd og veiledning (Helse- og omsorgstjenesteloven (2011) § 3-3). Av Stortingsmelding 15 fremgår et større potensial til forebygging og mestring av sykdom eller funksjonsfall blant eldre, som muliggjør at de kan bo trygt hjemme lengst mulig. Den vektlegger at å stimulere eldre til sunnere kosthold, røyk- og alkoholreduksjon, fysisk, sosial, frivillig og kulturell aktivitet kan fremme helse og livskvalitet, redusere risiko for sykdom, rekruttere til frivillighet og utsette eller forhindre tjenestebehov. Tilrettelegging, motivasjon og sosial støtte er ifølge stortingsmeldingen viktig for at eldre skal aktiviseres og velge sunnere vaner (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018). Forebyggende helsetjenester for eldre under 75 år kan jfr. Helsedirektoratet (2019) bidra til refleksjon og helsefremmende valg, noe Helsestasjon for eldre kan medvirke til.

### Helsestasjon for eldre

Helsestasjon for eldre er et lavterskeltilbud for personer fra 60 eller 65 år, som etableres i stadig flere norske kommuner. Hensikten er å arbeide helsefremmende og forebyggende (Weberg & Almquist, 2017). Helsefremming tar utgangspunkt i faktorer som styrker helse, velvære og livskvalitet og handler om at individet blir i stand til å oppnå kontroll over og forbedre sin helse (Tveiten, 2016). Forebygging innebærer å motvirke, utsette, hindre videreutvikling av, eller minske konsekvenser av sykdom (Mæland, 2016). Arbeidet kan potensielt bidra til at eldre mestrer hverdagen bedre og bor hjemme lengre. På Helsestasjon for eldre inviteres innbyggerne til en individuell mestrings- og ressursfokusert helsesamtale som blant annet omhandler opprettholdelse av gode helsevaner og motivasjon til livsstilsendring. Helsesamtalen er åpen og fokuserer på hva som er viktig for den enkelte. For å motivere til endring benyttes gjerne elementer fra samtalemetodikken «Motiverende intervju». Aktuelle samtaletemaer kan være egenopplevd helse, kosthold, trening, deltakelse, velferdsteknologi, bolig og hjelpemidler foruten informasjon om tilbud, aktiviteter og tjenester i kommunen. Den eldre kan også settes i kontakt med andre instanser i kommunen (Weberg & Almquist, 2017).

Helsesamtalen kan ses i lys av empowerment, som innebærer at den eldre blir i stand til å ta kontroll over egen helse og livssituasjon (Mæland, 2016). Tre prinsipper er viktige i empowermenttenkningen: Maktomfordeling, medvirkning samt anerkjennelse av brukeren som ekspert på seg selv. Helsesamtalen kan bidra til maktomfordeling, som innebærer at fagpersonen gir fra seg makt til den eldre. En forutsetning er at fagpersonen tilbyr tilstrekkelig, tilpasset kunnskap som berører den Eldres helse. At den eldre anerkjennes som ekspert på seg selv er grunnleggende i helsesamtalen, hvilket innebærer at den eldre vet best om egne tanker, følelser og opplevd behov. I helsesamtalen er også empowermentprinsippet medvirkning sentralt (Tveiten, 2016). Dette synes ved at den eldre stimuleres til refleksjon og selv definerer sine mål og ønsker, samt at atferdsendringer er den Eldres valg. Helsesamtalen kan fremme bevisstgjøring, som kan være begynnelsen på en empowermentprosess (Tveiten, 2016).

### Tidligere forskning

Jeg har ikke funnet vitenskapelige publikasjoner om Helsestasjon for eldre isolert sett, men en publisert sluttrapport fra et prøveprosjekt om tilbudet i Oslo kommune viser at

besøkende erfarte helsesamtalen som åpen, hyggelig, nyttig, informativ og betryggende, samt verdsatte samtale om egen livssituasjon og anledning til å stille spørsmål. Én person imidlertid, savnet flere råd (Weberg & Almquist, 2017).

Det finnes kvalitative nordiske studier av helsesamtaler ved helsefremmende og forebyggende hjemmebesøk hos eldre, hvor fysisk aktivitet, sosial deltakelse og et sunnere kosthold vektlegges (Førland & Skumsnes, 2017). Studiene viser at eldre opplevde helsesamtalen som god, forstod informasjonen godt og verdsatte råd og påminnelser om viktigheten av fysisk aktivitet og et sunt kosthold (Gramstad, 2018; Heggelund, 2012; Tøien, Bjørk & Fagerström, 2015; Westbye, 2014). Å bli sett, ivaretatt, lyttet til og verdsatt var betydningsfullt (Sjøbø, Teigen, Alvsvåg & Førland, 2016; Skovdahl, Blindheim & Alnes, 2015). Hjemmebesøket var imidlertid mindre meningsfullt for noen, som identifiserte seg som friske. Samtalen påvirket enkeltes hverdag lite fordi de var fornøyde med sin levemåte (Behm, Dahlin-Ivanoff & Ziden, 2013; Gramstad, 2018). Alderen på utvalget i ovennevnte studier er 75-92 år. Anbefalt oppstart av helsefremmende og forebyggende hjemmebesøk er ved 75 år, mens Helsestasjon for eldre inkluderer alle fra 60 eller 65 år. Førstnevnte tilbud foregår hjemme, mens sistnevnte på helsestasjon. Ulik alder samt kontekst for helsesamtalen kan påvirke erfaringer, hvilket understreker behovet for forskning på Helsestasjon for eldre.

En norsk kunnskapsoppsummering etterlyser forskning på andre forebyggende tilbud for eldre utenom helsefremmende og forebyggende hjemmebesøk. Kvalitative studier om erfaringer med helsesamtalen, som har kommet i senere tid, har vært viktig tilleggskunnskap til effektstudier (Førland & Skumsnes, 2017).

Oppsummert finnes forskning om helsefremmende og forebyggende hjemmebesøk hos eldre. Imidlertid etterlyses studier, gjerne kvalitative, om andre helsefremmende og forebyggende tilbud til eldre. Jfr. egne litteratursøk mangler trolig forskning om Helsestasjon for eldre.

### Hensikt, formål og problemstilling

Studiens hensikt er å undersøke og beskrive helsesamtalens betydning for besøkende på Helsestasjon for eldre. Formålet er at studien kan være grunnlag for videreutvikling av

tilsvarende tilbud i ulike kommuner. Problemstillingen er: «Hvilken betydning har helsesamtalen hatt for besøkende på Helsestasjon for eldre?»

## Metode

### Design

Jeg utførte kvalitative individualintervjuer, som ifølge Malterud (2017) benyttes for å gi deltakeren tid og rom til refleksjon over erfaringer, som krever trygghet og ettertanke for å deles. Da helsesamtalene foregår på tomannshånd og har et personlig innhold, ble individualintervjuer valgt framfor fokusgruppeintervjuer for å ivareta informantenes personvern. I intervjuene tilstrebet jeg en fenomenologisk tilnærming, hvilket innbefatter å forstå helsesamtalen slik den fremstår for informanten, og sette min egen kunnskap og forforståelse i parentes (Malterud, 2017). Designet var deskriptivt og eksplorativt. Førstnevnte omfatter beskrivelse av sentrale aspekter ved informantenes livsverden. Sistnevnte innebærer at jeg søkte å være åpen og utforskende i intervjuene uten for rigid forhåndsstruktur (jfr. Kvale & Brinkmann, 2015).

### Utvalg

Utvalget var fra én Helsestasjon for eldre i en norsk by. Sykepleieren som gjennomførte helsesamtalene benyttet inklusjons- og eksklusjonskriteriene til å sende informasjonsskriv med samtykkeerklæring i posten til 20 kvalifiserte, potensielle deltakere. Interesserte ble i informasjonsskrivet bedt om å svare skriftlig på SMS eller e-post til helsestasjonen, men kun to responderte med denne strategien. I den tidsavgrensede rekrutteringsperioden kunne ikke sykepleieren prioritere oppringing av post-inviterede som ikke responderte. Derfor rekrutterte sykepleieren spontant under helsesamtalene i tillegg, der kvalifiserte, interesserte deltakere fikk utlevert informasjonsskriv og samtykkeerklærings skjema. Jeg fikk kontaktinformasjon til deltakerne av sykepleieren basert på deres muntlige samtykke, og kontaktet dem deretter.

Én deltaker trakk seg. Mikrofonen var avskrudd på ett intervjuopptak, og selv om jeg umiddelbart noterte det jeg husket fra intervjuet utelot jeg notatene under analysen fordi tolkningsgraden ble for høy. Syv informanter ble endelig antall, i alderen 75-80 år, hvorav tre menn og fire kvinner. Gjennomsnittsalderen var 77,9 år. Se inklusjons- og eksklusjonskriterier samt informasjon om informantene i henholdsvis tabell 1 og 2.

**Tabell 1:** Inklusjons- og eksklusjonskriterier.

Utvalg	Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
<ul style="list-style-type: none"> <li>Besøkende på én Helsestasjon for eldre i en by i Norge</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Personer som var i helsesamtale fra mai 2019 og utover (rekruttering ble avsluttet i oktober 2019)</li> <li>Personer over 67 år (da det var disse som fikk invitasjon til helsesamtale)</li> <li>Variasjon i aldersbredde</li> <li>Variasjon i kjønn</li> <li>Hatt én eller flere helsesamtaler</li> <li>Kan kommunisere på norsk</li> <li>Personer med samtykkekompetanse</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Personer som ikke bor hjemme</li> <li>Personer som mottar hjemmetjenester</li> <li>Personer som har vært på helsestasjonen tidligere eller mottar oppfølging</li> <li>Personer som ikke har samtykkekompetanse</li> <li>Personer som regnes som sårbare, blant andre personer med kognitiv svikt, psykiske lidelser, kritisk sykdom eller som har vanskelig for å kommunisere og forstå norsk</li> </ul>

**Tabell 2:** Informasjon om de 7 informantene.

Kjønn	Alder	Vært i helsesamtale én eller flere ganger	Tid fra helsesamtale til dybdeintervju	Rekruttering
Mann	76	Én gang	3 uker	Via helsesamtalen
Mann	77	Flere helsesamtaler (2-3 samtaler)	1,5 måned siden første helsesamtale	Via helsesamtalen (hadde også fått forespørsel pr. post)
Mann	80	Én gang	2 uker	Via helsesamtalen
Kvinne	75	Én gang	4,5 måneder	Via forespørsel pr. post
Kvinne	78	Én gang	5 måneder	Via forespørsel pr. post
Kvinne	79	Flere helsesamtaler (4 samtaler)	Over ett år siden første helsesamtale	Via helsesamtalen
Kvinne	80	Én gang	4-5 uker	Via helsesamtalen

### Datainnsamling

Jeg utviklet en semistrukturert intervjuguide (vedlegg 8). Spørsmålene omhandlet hensikt og forventninger til helsesamtalen, hva som fikk dem til å takke ja, hva de syntes om og fikk ut av den, hvor forståelig informasjonen var, hvilke temaer som var viktige, hvilke endringer de gjorde og hva som kunne vært annerledes ved helsesamtalen. Intervjuene foregikk hjemme hos informantene eller på helsestasjonen. Intervjuene på 45-90 minutter ble tatt opp på lydfil som jeg transkriberte fortløpende. Datamaterialet utgjorde 150 sider.

### Analyse

Jeg fortolket datamaterialet, der jeg søkte å finne en gyldig og allmenn forståelse av innholdet (jfr. Kvale & Brinkmann, 2015). Jeg gjorde en tverrgående og iterativ analyse med Malteruds (2017) fire-trinns-metode; systematisk tekstkondensering. I første analysetrinn leste jeg datamaterialet flere ganger, og basert på helhetsinntrykk formulerte jeg foreløpige temaer. Temaene reviderte jeg sammen med veileder. Dette dannet grunnlaget for neste trinns kodegrupper. I andre analysetrinn fant jeg meningsbærende enheter som belyste problemstillingen og temaene, som jeg sorterte i kodegrupper. I tredje trinn kondenserte og abstraherte jeg de meningsbærende enhetene i kodegruppene og sorterte dem i ytterligere undergrupper, som ble resultatenes underkategorier. Jeg lagde kondensat (kunstige, omformulerte sitater i jeg-form) ut av de meningsbærende enhetene i hver underkategori, og valgte ut «gullsitater». I siste trinn brukte jeg kondensatene til å lage synteser, som var grunnlaget for resultatkapittelets beskrivelser. Basert på syntesene og underkategoriene utarbeidet jeg hovedkategorier. Til slutt kontrollerte jeg resultatene opp mot datamaterialet (Malterud, 2017). Se vedlegg 2 for analyseutdrag.

### Forskningsetiske overveielser

Studien ble forhåndsgodkjent av Norsk senter for forskningsdata (NSD), (vedlegg 4) (referansenummer 844758), og av leder for Helsestasjon for eldre i kommunen (vedlegg 6). Informantene fikk muntlig og skriftlig informasjon om frivillig deltakelse, om konsekvenser av deltakelse og muligheten til å trekke seg, fram til datamaterialet hadde inngått i analyser. Informantene undertegnet samtykkeerklæring, som ble oppbevart i låst skap hvor bare jeg hadde tilgang. Lydfilene ble transkribert på datamaskin uten nettilgang. Aidentifiserte transkripsjoner ble skrevet ut for analysearbeid og ble

oppbevart i låst skap. Jeg oppbevarte lydfilene og transkripsjonene på kryptert harddisk med passordbeskyttelse i låst skap under forskningsprosjektet, der bare jeg hadde tilgang. Koblingsnøkkel oppbevarte jeg i låst skap, adskilt fra øvrig materiale. Før forskningsprosjektet ble personvernet vurdert i en risiko- og sårbarhetsanalyse (vedlegg 9).

## Resultater

Analysen resulterte i to hovedkategorier, som hver inneholder fire underkategorier. Den første hovedkategorien er «Varierende oppfatning av helsesamtalens nytteverdi, hensikt og relevans». Den andre er «Delvis betydning for kosthold, alkohol og aktivisering, og for innsikt i muligheter». Sitater fra informantene presenteres med anførselstegn. Se tabell 3 for oversikt over kategorier og eksempler på meningsbærende enheter.

**Tabell 3:** Oversikt over kategorier og meningsbærende enheter (sykepleierens kjønn er anonymisert, anført med \*).

Hovedkategori	Underkategori	Meningsbærende enheter
1. Varierende oppfatning av helsesamtalens nytteverdi, hensikt og relevans	1. Et positivt, meningsfullt og inkluderende tilbud	«Følte liksom «Velkommen hit!». (...) Så jeg følte (...) når jeg gikk derfra at jeg var lettet, egentlig. At nå er jeg under kon... Ikke kontroll, men at de vet at jeg er her.»
	2. Utenfor målgruppen	«Jeg ser vel kanskje at det ikke passet så veldig godt til min situasjon. Men jeg regner jo med at en sånn samtale går mye på hjelpemidler (...) og hva du kan få av hjelp (...). Og jeg har ikke noe hjelpebehov.»
	3. Uklar hensikt	«Det var sånn kontroll som dem hadde da. Så det (...) var ikke noe som jeg ble veldig sånn gira på ( <i>Latter</i> ) (...). Men jeg hadde jo ikke noen problemer som jeg ville lufte (...). Så det var jo bare helt sånn tilfeldig; «Kan du stikke innom meg så kan vi prate litt?» (...) Jeg gikk jo til et møte som jeg ikke visste hva var for noe.»
	4. Begrenset ettertanke	«Hva snakket vi om? (...) Jeg har overhodet ikke tenkt på den samtalen før du kom her.»  «Jeg har ikke sittet hjemme og kommet på liksom at... «Åja, det var det ja!». (...) Men når ikke jeg legger merke til det i hodet så har jeg vel antakeligvis ikke vært så veldig opptatt av det da. Ellers så ville det sikkert klistra seg <i>litt</i> , littegranne på det. (...) Hvis jeg hadde vært hos en lege og hatt problemer (...) så ville jeg nok husket det mer. (...) Men sånn med epler og pærer (...) og fysisk aktivitet (...): Jeg har ikke vært i berøring med det i det hele tatt.»
2. Delvis betydning for kosthold, alkohol og	5. Bevisstgjøring eller forbedring av kostholdet	«Nå har jeg begynt å knaske på det (grønnsaker) istedenfor å spise kjeks og sånt noe. (...) Også spiser jeg en del frukt da. H*n (sykepleieren) sa det var bra for kroppen og blodsukkeret (...).»  «Det (kostholdsrådene) gikk jo rett i den dårlige samvittigheten det. Vi har... Altså vi snakket om det ideelle, og vi har et kosthold med

<p>aktivisering, og for innsikt i muligheter</p>		<p>frukt og grønt, men ikke veldig, veldig mye. Men heller ikke mye av ting som er litt usunne. Så kanskje tenke litt på kostholdet etter h*s (sykepleierens) innspill. (...) Jeg bare husker h*s (sykepleierens) ord: «Da øker du grønt og frukt også går du litt ned på vin», sa h*n. Så dette har jeg i bakhodet. (...) Jeg tenker ikke på (...) å endre noe særlig.»</p> <p>«Men at jeg ikke får i meg grønt, det tenker ikke jeg på. Nei.»</p>
	<p>6. Stor og liten alkoholreduksjon</p>	<p>«Tenk på det, jeg har ikke vært edru på årevis, og aldri hatt noen intensjon om å bli edru heller. (...) H*n (sykepleieren) har fått meg til å la være å drikke fem og en halv måned, helt frivillig uten noen andre påvirkninger. (...) Jeg fikk lyst til å leve mer. (...) Du har noen andre ideer enn å gjøre det du har gjort før (...) Å være interessert i andre mennesker er ikke noe dumt skjønner du. (...) Simpelthen jeg må si det i dag at jeg hadde ikke plass til noen andre når jeg drakk sånn. (...)»</p> <p>«Jeg oppfattet jo ikke at h*n (sykepleieren) kom med noen pekefinger til meg, jeg gjorde ikke det, for jeg gjør jo hva jeg vil, og særlig nå når jeg er ... (alder)! Jeg mener, skal jeg da slutte å drikke rødvin fordi at det kanskje ikke er så helt topp, helsemessig? (...)»</p>
	<p>7. Stimulans til trening ved erkjent behov i forkant</p>	<p>«Det var nok en ekstra motivasjon for å begynne å trene, men ellers så har det jo ikke forandret så mye. (...) Men det var jo først og fremst en bekreftelse på at jeg måtte gjøre det jeg visste at jeg burde gjøre.»</p> <p>«Jeg har jo tatt fram denne (<i>peker på trimsykkelen</i>), for den sto inne på soveværelset, og da satt jeg bare og så på klokka, og da gikk ikke tida. Så da sa h*n (sykepleieren) at: «Sett den foran TV-en» sa h*n. Og nå har jeg sykla tre ganger så mye som jeg pleier.»</p> <p>«Ja, h*n (sykepleieren) nevnte vel (...) at det var trening her på huset, blant annet. Og det sa jeg nei til, det husker jeg. For jeg... (...) Det har vel kanskje noe med at du setter deg et mål sånn, men... Men å... Å trene sånn ute det, nei... Nei, det har aldri vært min greie.»</p>
	<p>8. Delt interesse for deltakelse</p>	<p>«Vi snakket om tilbudene her, de som var her. Og <i>det</i> fikk meg til å gå på en konsert (...) Det var midt i blinken for meg, så... Og det fikk meg til å tenke at «Nå skal jeg jammen følge med i hvilke konsertopplevelser de har her.» Og <i>så</i> fikk jeg dette heftet som jeg ikke hadde fått før, hvor jeg så at det var quiz, for det synes jeg også er festlig. Men da tenkte jeg at: «Nå skal jeg prøve den quizen her, og se hvordan <i>den</i> er.»</p> <p>«Også kom h*n (sykepleieren) med tilbud om en sånn gruppe (selvhjelpsgruppe) som jeg kunne melde meg på og som jeg kontaktet. (...)»</p>
	<p>9. Økt innsikt i muligheter</p>	<p>«Mitt ønske for samtalen var å høre om muligheten for videre pleie hvis man blir pleietrengende... (...) Hvis jeg blir pleietrengende så vil jeg på en institusjon. Jeg ønsker meg et enerom hvor jeg får profesjonell pleie, så ville jeg bare høre med h*n (sykepleieren) om «Hva er mulighetene her?». Og da fikk jeg en redegjørelse fra h* (sykepleieren) om opplegget i kommunen. At kommunen egentlig ønsker at vi skal greie oss mest mulig hjemme, men mitt ønske er å ikke være til brydderi hjemme. (...)»</p> <p>«Så jeg fikk et konkret svar på det som jeg hadde på hjertet. Det jeg hadde fundert på og vært usikker på; hvordan er mulighetene? Det fikk jeg svar på.»</p> <p>«Kan jeg legge litt opp liksom løpet litt... Si til datteren min: «Du, jeg kan ikke bo der (sykehjem), men jeg må bo i leiligheten ved siden av (trygdebolig)! (latter)»</p>



Hovedkategori 1: Varierende oppfatning av helsesamtalens nytteverdi, hensikt og relevans

**Underkategori 1: Et positivt, meningsfullt og inkluderende tilbud**

Flesteparten hadde positiv opplevelse av helsesamtalen. Ingen nevnte noe de savnet eller som kunne vært annerledes. Helsesamtalen ble omtalt som hyggelig, avslappende, nyttig og et godt forebyggingstiltak.

For en kvinne var helsesamtalene av «uvurderlig» betydning.

En kvinne sa: «Jeg vet ikke hvor mye den har betydd, men jeg har (...) prøvd å gjøre en del av det vi snakket om.»

Selv om noen følte seg utenfor målgruppen var helsesamtalen likevel givende og meningsfull. Flere fremhevet at den handlet om deres anliggende. Sykepleieren ble beskrevet som tilstedeværende, lyttende, vennlig, imøtekommende, behagelig, kameratslig, dyktig terapeut og verken fanatisk, påståelig eller streng. Flere var takknemlige for å bli personlig inkludert og vist interesse for av kommunen.

En kvinne sa: «Følte liksom «Velkommen hit!». (...) Så jeg følte (...) når jeg gikk derfra at jeg var lettet, egentlig. At nå er jeg under kon... Ikke kontroll, men at de vet at jeg er her.»

Flere satt pris på den lave terskelen for å komme tilbake, og ville benytte helsestasjonen som informasjonskilde ved behov. Enkelte verdsatte oppfølgingen av helsemålinger, hjelpemiddelbestillinger og henvisninger.

**Underkategori 2: Utenfor målgruppen**

Flere følte seg for friske, selvhjulpne og med for lite problemer til å være helsesamtalens målgruppe.

En kvinne hadde egentlig ikke tenkt å møte av tilsvarende grunner, og meddelte dette: «Jeg ser vel kanskje at det ikke passet så veldig godt til min situasjon. Men jeg regner jo med at en sånn samtale går mye på hjelpemidler (...) og hva du kan få av hjelp (...). Og jeg har ikke noe hjelpebehov.»

En mann beskrev det som «en ny rolle (...) å være en gammel mann og få råd»: «Da følte jeg meg plutselig som en person som ble viet omsorg. (...) Jeg føler jeg har ungdommelig kontroll på data og på fysisk aktivitet og kjører bil og går på mine ben og... Er med mentalt, så (...) jeg føler meg ikke som eldre.»

### **Underkategori 3: Uklar hensikt**

Det var ulike oppfatninger om helsesamtalens hensikt.

En mann mente hensikten var å «ordne kostholdet».

En kvinne trodde først helsesamtalen eksisterte fordi «kommunen vil vite hvordan de eldre ser for seg fremtiden for å kunne planlegge»: «Og jeg kom, og det var ikke det. (...) Det var mer sånn personlig (...). Jeg trodde det var litt overordnet.»

En mann mente følgende: «Det var sånn kontroll som dem hadde da. Så det (...) var ikke noe som jeg ble veldig sånn gira på (*Latter*)(...). Men jeg hadde jo ikke noen problemer som jeg ville luften (...). Så det var jo bare helt sånn tilfeldig; «Kan du stikke innom meg så kan vi prate litt?» (...) Jeg gikk jo til et møte som jeg ikke visste hva var for noe.»

### **Underkategori 4: Begrenset ettertanke**

Enkelte sa de husket eller hadde tenkt lite på helsesamtalen i ettertid.

En kvinne sa: «Hva snakket vi om? (...) Jeg har overhodet ikke tenkt på den samtalen før du kom her.»

En mann festet seg ved lite utenom trygghetsalarm: «Jeg har ikke sittet hjemme og kommet på liksom at... «Åja, det var det ja!». (...) Hvis jeg hadde vært hos en lege og hatt problemer (...) så ville jeg nok husket det mer. (...) Men sånn med epler og pærer (...) og fysisk aktivitet (...): Jeg har ikke vært i berøring med det i det hele tatt.»

Hovedkategori 2: Delvis betydning for kosthold, alkohol og aktivisering, og for innsikt i muligheter

**Underkategori 5: Bevisstgjøring eller forbedring av kostholdet**

Flere ble bevisst viktigheten av frukt og grønnsaker under helsesamtalen.

En mann uttrykte at frukt-og-grøntrådene gikk «rett i den dårlige samvittigheten» og hevdet å «kanskje tenke litt på kostholdet etter hennes innspill», for senere å si at han «tenker ikke på (...) å endre noe særlig».

En mann fortalte om kostholdsendringer etter helsesamtalene: «Nå har jeg begynt å knaske på det (grønnsaker) istedenfor å spise kjeks og sånt noe. (...) Også spiser jeg en del frukt da. H\*n (sykepleieren) sa det var bra for kroppen og blodsukkeret (...)».

En kvinne prøvde å spise fisk to ganger ukentlig etter helsesamtalen.

En kvinne nevnte hun aldri hadde vært opptatt av kosthold, men skjønte fra helsesamtalene at kostholdet er viktig. Hun hadde ikke fått detaljerte kostholdsråd enda, men hadde begynt å lese om kosthold.

To festet seg ikke ved kostholdsrådene; en kvinne fordi hun mente hun etterlevde rådene, mens en mann spiste lite frukt og grønnsaker av medisinske årsaker.

**Underkategori 6: Stor og liten alkoholreduksjon**

Helsesamtalen hadde betydning for alkoholreduksjon hos noen.

En kvinne hevdet hun ikke hadde rørt alkohol til innsovning etter råd i helsesamtalen.

En kvinne fortalte at hun ikke hadde vært edru «på årevis», og at sykepleieren hadde fått henne «til å la være å drikke fem og en halv måned». Alkoholavholdenhet ga henne «lyst til å leve mer»: «Og best av alt, det tror jeg virkelig er at du får noen andre interesser (...) Å være interessert i andre mennesker er ikke noe dumt (...)».

Noen ville ikke redusere alkoholforbruket, hvorav en synes spørsmål om alkoholforbruk «gikk (...) ganske nært innpå».

### **Underkategori 7: Stimulans til trening ved erkjent behov i forkant**

Flere som hadde erkjent sitt treningsbehov i forkant av helsesamtalen ble stimulert til trening etter helsesamtalen.

En kvinne sa: «Det var nok en ekstra motivasjon for å begynne å trene (...) Men det var jo først og fremst en bekreftelse på at jeg måtte gjøre det jeg visste at jeg burde gjøre.»

En mann som hadde hatt flere helsesamtaler fortalte følgende: «Den (trimsykkelen) sto inne på soveværelset, og da satt jeg bare og så på klokka, og da gikk ikke tida. «Sett den foran TV-en!» sa h\*n (sykepleieren). Og nå har jeg sykla tre ganger så mye som jeg pleier!». Dette hadde igjen medført blodsukkerforbedring.

En kvinne som hadde hatt flere helsesamtaler hevdet sykepleieren hjalp henne til å «kreke» seg til treningssenteret to ganger ukentlig, og planla å benytte svømmebassenget.

En kvinne skulle «tenke alvorlig» på å trene etter å «nesten» ha blitt «overtalt» i helsesamtalen.

Noen fikk bekreftet at deres treningsrutiner var tilfredsstillende.

En mann hadde lagt trening «på hylla», og var uttalt uinteressert.

### **Underkategori 8: Delt interesse for deltakelse**

Interessen for frivillig innsats var lav blant informantene. Flere kvinner, men ingen menn planla deltakelse på aktivitetstilbud etter helsesamtalen. Årsaker til ikke-deltakelse var at tilbudene kanskje passet bedre senere, travelhet, trivsel med alenetilværelsen og dårlig hørsel.

En kvinne sa hun kontaktet selvhjelpsgruppe etter tips fra helsesamtalen og mente hun kanskje hadde blitt mer kjent med «eldresentrene».

En kvinne planla quizdeltakelse og hadde vært på konsert etter tips fra helsesamtalen: «Det var midt i blinken for meg. Og *det* fikk meg til å tenke at: Nå skal jeg jammen følge med i hvilke konsertopplevelser de har her!»

En kvinne verdsatte tipset om en app som varslet om foregående aktiviteter.

### **Underkategori 9: Økt innsikt i muligheter**

Flere fant det betryggende å vite om eldres muligheter i kommunen, selv om de kanskje ikke trengte det nå. Noen syntes tips om tilbud, teknologi og hjelpemidler som trygghetsalarm var nyttig. Flere fikk svar på spørsmål, og endret oppfatning, om pleie- og omsorgssystemet.

En mann fikk oppklart at han skulle henvende seg til legevakten fremfor kommunen hvis han ble «dårlig».

En mann som foretrakk sykehjemsplass ved pleiebehov, bemerket at kommunen fortrinnsvis ønsker hjemmeboende innbyggere.

En kvinne sa følgende: «Kan jeg legge opp (...) løpet litt. Si til datteren min: «Du, jeg kan ikke bo der (sykehjem), men jeg må bo i leiligheten ved siden av (trygdebolig)!»»

## **Diskusjon**

Resultatene to hovedkategorier viser at de besøkendes oppfatninger av helsesamtalens nytteverdi, hensikt og relevans var varierende samt at helsesamtalen hadde delvis betydning for kostholdsvaner, alkoholforbruk, fysisk aktivitet og deltakelse, og ga økt innsikt i muligheter. Nedenfor diskuteres sentrale elementer i resultatene, på tvers av kategorier, relatert til empowerment og studier om helsefremmende og forebyggende hjemmebesøk hos eldre.

### **Å føle seg anerkjent og trygg kan i seg selv være helsefremmende**

Helsesamtalen opplevdes positiv og meningsfull på tross av varierende relevans. Dette kan handle om at helsesamtalen ble tilpasset den enkeltes anliggende, noe enkelte informanter verdsatte. Fokus på hva som er viktig for den eldre kan betraktes som medvirkning og anerkjennelse av brukeren som ekspert på egne behov, hvilket ifølge

Tveiten (2016) er viktige empowermentprinsipper. Videre viste studien at helsesamtalen bidro til at de eldre følte seg inkludert, husket på og vist interesse for, hvilket igjen ga følelsen av lettelse og trygghet. Tidligere forskning om helsefremmende og forebyggende hjemmebesøk viser også at å bli sett og lyttet til av kommunen var betydningsfullt (Sjøbø et al., 2016; Skovdahl et al., 2015; Smedt, 2011; Westbye, 2014). Å være alene som eldre kan for noen oppleves som å bli overlatt til seg selv (Næss & Wærness, 2005), og det å oppleve anerkjennelse fra kommunen kan, jfr. Tveiten (2016), styrke den enkeltes empowerment, gjennom trygghet, mestring og trivsel ved å bo hjemme. Dette kan betraktes som helsefremming, som er minst like viktig som det forebyggende aspektet ved helsesamtalen. Opplevelse av trygghet, mestring og trivsel hjemme kan dessuten utsette tjenestebehov, hvilket er blant formålene med tilbudet (Weberg & Almquist, 2017).

Eldre fant det betryggende å høre om egne muligheter, selv om de ikke nødvendigvis hadde behov foreløpig. Flere verdsatte å få svar på spørsmål, og endret oppfatning, om pleie- og omsorgssystemet. Sjøbø et al. (2016) viser i sin studie om helsefremmende og forebyggende hjemmebesøk at det var trygt å vite hvem man skulle henvende seg til ved behov. Kunnskap om fremtidige muligheter kan skape trygghet og forutsigbarhet, som kan være helsefremmende i form av økt livskvalitet. En informant sa hun kunne legge opp løpet for fremtiden da hun fikk vite om mulighetene i kommunen. Kunnskap er vesentlig for å få kontroll over egen helse og livssituasjon, og bidrar til empowermentprinsippet maktfordeling (Tveiten, 2016).

### Tydeliggjøre helsesamtalens hensikt

Flere følte seg for friske, med for lite problemer til å være helsesamtalens målgruppe. Et paradoks er at helsesamtalen har hatt betydning for flere av disse i form av endringer. Studien til Tøien et al. (2014) viser, i samsvar med denne studien, at eldre tenkte helsefremmende og forebyggende hjemmebesøk var ensbetydende med hjelp for eksisterende sykdom, tilstand eller funksjonsnedsettelse. Har eldre således forstått helsesamtalens helsefremmende og forebyggende profil? Antakeligvis foreligger det en problemorientert forståelse av helsesamtalen, som kanskje kan skyldes helsesektorens tradisjonelle fokus på sykdomsbehandling (Sjøbø et al., 2016). For eksempel mente informanter fra Heggelund (2012) sin studie at helsesamtalen var mer relevant ved oppstått behov. Det står i kontrast til hensikten med helsesamtalen som blant annet er å

motvirke at problemer oppstår, gjennom å fremme motivasjon til endringer (Weberg og Almquist, 2017). Vass et al. (2005) understreker verdien av helsesamtaler for godt fungerende eldre, da disse hadde best ressurser til å gjøre endringer. Betydningen av å være i forkant før problemene oppstår bemerkes også i Behm et al. (2013) sin studie, som viste at noen eldre følte seg for skrøpelige til at helsesamtalen hadde noen verdi. Kanskje opplysning i invitasjonen om at helsesamtalen også gjelder friske eldre uten problemer, kan styrke oppmøtet og forståelsen av helsesamtalen?

Helsesamtalens hensikt var uklart oppfattet, hvilket kanskje kan ha påvirket utbyttet. Tøien et al. (2014) sin studie bekrefter at noen eldre som hadde hatt helsefremmende og forebyggende hjemmebesøk hadde uklare oppfatninger om helsesamtalens hensikt. Samme studie viste til vage forventninger, hvorav enkelte meldte behov for mer informasjon i forkant. Dette understreker betydningen av at invitasjonen til helsesamtalen bør inneholde god og forståelig informasjon om den helsefremmende og forebyggende hensikten, samt aktuelle temaer for samtalen. Telefonkontakt på forhånd kan også avklare hensikt og forventninger. Kanskje forståelse av hensikten kan øke oppslutningen til helsesamtalen og styrke nytteverdien for den enkelte?

**Enkeltsamtaler er noen ganger nok for endring, andre trenger oppfølging**  
Helsesamtalen hadde delvis betydning for kostholdsvaner, alkoholforbruk, fysisk aktivitet og deltakelse. Informantene med oppfølgingssamtaler forteller om flere store endringer, hvilket kan tyde på at oppfølgingssamtaler er en suksessfaktor. Det kan handle om at sosial støtte ifølge Antonovsky (1987) kan virke mestringsfremmende. Skumsnes et al. (2015) hevder i sin idehåndbok om helsefremmende og forebyggende hjemmebesøk til eldre at oppfølgingssamtaler er viktig dersom målet er endring. Behm et al. (2013) og Gramstad et al. (2018) sine studier viser at én helsesamtale var en påminnelse til å gjøre endringer i kosthold og fysisk aktivitet, men ifølge Gramstad et al. (2018) var hverdagen til de eldre likevel marginalt endret etter helsesamtalen. I denne studien var én helsesamtale nok for å gjøre endringer for noen, men disse hadde til felles at de allerede hadde erkjent endringsbehov. Helsesamtalen kunne være en stimulans eller bekreftelse for å komme i gang for dem som visste de trengte det. Kanskje man allerede må være i en empowermentprosess for at én helsesamtale skal medføre endring? Noen gjorde ikke endringer etter én helsesamtale. Det kan skyldes at de var fornøyd med egen livsstil, at det hadde gått for kort tid fra helsesamtalen til

forskningsintervjuet, eller at én helsesamtale var for lite. Kanskje flere ville gjort endringer med oppfølgingssamtaler, eksempelvis mannen som hevdet å kanskje tenke litt på kostholdet, for så å si at han ikke tenkte på å endre noe særlig? På en annen side kan muligens den ene helsesamtalen, sammen med innspill fra lege, pårørende og andre, bidra til endringer på sikt.

### Styrke bevisstgjøring gjennom skriftlig informasjon

Helsesamtalen hadde betydning i form av bevisstgjøring for flere, fordi noen planla endringer og andre husket råd fra helsesamtalen. Dette samsvarer med tidligere forskning som viser at de ble bevisst muligheten til å påvirke egen helse (Behm et al., 2013; Gramstad, 2018). Bevisstgjøring kan ifølge Tveiten (2016) være begynnelsen på en empowermentprosess. Imidlertid hadde andre begrenset ettertanke rundt helsesamtalen, hvilket kan indikere lite bevisstgjøring. Det kan handle om at de var rimelig fornøyd med nåsituasjonen, ikke hadde spesielle problemer eller ikke var motivert for endringer. Behm et al. (2013) og Sjøbø et al. (2016) viser i sine studier at eldre «levde her og nå», var for friske og dermed lite motivert for å tilegne seg informasjon om helsefremmende og forebyggende aktiviteter. At enkelte fra denne studien hadde begrenset ettertanke rundt helsesamtalen kan også handle om at eldre kan ha redusert hukommelse, hvilket også fremkom i Gramstad (2018) sin studie, der eldre foreslo skriftlig og konkret informasjon. Økt bevisstgjøring og opplevelse av kontroll hos besøkende på Helsestasjon for eldre kan ivaretas ved utlevering av skriftlig informasjon om temaene fra helsesamtalen, hefte med treningsøvelser og kostholdsråd, samt telefonnumre til relevante instanser i kommunen.

### Vektlegge den eldre preferanser

Enkelte valgte å fortsette sine vaner etter helsesamtalen, hvilket kan forstås som å ha et bevisst forhold til egen livsstil. Empowerment og helsefremming innebærer at individet skal få tilstrekkelig, tilpasset kunnskap om egen helse og livssituasjon for å bli *i stand til* å ta kontroll over egen helse. Videre er det opp til den enkelte å etterleve kunnskapen (Tveiten, 2016). En helsesamtale bør ikke fremstå repressiv, men stimulere til egenrefleksjon. Den bør sentreres mot den eldre egne preferanser (Førland & Skumsnes, 2017). Cribb og Duncan (2002) hevder vi må vite hva «helsen» vi forsøker å fremme egentlig handler om. Stemmer fagpersonens verdier med den eldre verdier? Vin kan for noen være hverdagens høydepunkt. Alenetilværelse betyr ikke alltid



ensomhet. En informant fikk dårlig samvittighet av frukt-og-grøntrådene, som antyder at forventningene om en sunn livsstil kan oppleves overveldende og gi skyldfølelse. Kanskje det vi anser som forebyggende ikke nødvendigvis alltid er helsefremmende? Det er således vesentlig at utøveren reflekterer over hvorvidt kommunens formål dominerer over den eldres preferanser i helsesamtalen.

### Tilpasse tilbudene via medvirkning

I dette utvalget var det bare kvinner som deltok, eller planla deltakelse i aktivitetstilbud, etter helsesamtalen. Det kan være tilfeldig, men kanskje kommunens tilbud til eldre appellerte bedre til kvinner enn menn? Noen følte kommunens og helsestasjonens tilbud ikke var aktuelt i dag, men kanskje i fremtiden. Kanskje det skyldes at eldre føler seg for «ungdommelige» for aktivitetene som tilbys, slik en mannlig informant sa? Det kan oppleves nedverdiggende å kalles «eldre». Ungdommeligheten mange i aldersgruppen opplever å ha må respekteres og anerkjennes. For å imøtekomme dette kan en navneendring av «Helsestasjon for eldre» vurderes. Eksempelvis heter det «Helsestasjon for voksne» i noen kommuner. En måte å styrke aktivitetstilbudenes relevans er at besøkende kan foreslå aktiviteter de ønsker seg, hvilket gjøres på denne helsestasjonen. Eldres mulighet til å påvirke tilbud til egen målgruppe bør opplyses om i invitasjonen. Kanskje dette kan øke oppslutningen til, og aktivisering i etterkant av helsesamtalen? Medvirkning er et viktig prinsipp i empowermenttenkningen og i helsefremmende arbeid (Tveiten, 2016).

### Metodediskusjon

Resultatene kan si noe om helsesamtalens betydning som sådan, samt helsesamtalens betydning for endringer hos eldre, og kan overføres til relevante kontekster som helsestasjoner for eldre, helsefremmende og forebyggende hjemmebesøk, hos fastlegen, på sykehus og i hjemmesykepleien. En begrensning for overførbarheten kan være at utvalget er fra én Helsestasjon for eldre tilpasset en bybefolkning med lokale folkehelseutfordringer. Kjønnfordelingen var tilfredsstillende, men aldersspredningen kunne vært større. En svakhet er at minoritetspråklige eldre ikke er representert. Mange informanter virket ressurssterke, hvilket kan ha påvirket resultatene. Flere enn syv informanter kunne gitt et rikere materiale, blant annet fordi noen fremstod fåmælt. Imidlertid var materialet oversiktlig nok til fordypning i utsagnene. En styrke er at studier trolig ikke er utført om tilbudet tidligere.

Få responderte på post-invitasjonen til studiedeltakelse. Flesteparten ble rekruttert direkte via sykepleieren i helsesamtalen for relativt kort tid siden, og hadde derfor positivt nok friskt i minne selve helsesamtalens betydning. Likevel hadde førstegangsbesøkende som ble rekruttert på denne måten ikke nødvendigvis rukket å oppnå særlig endring. Som tidligere nevnt, kunne sykepleieren ringt de post-inviterte som ikke responderte, for å rekruttere flere informanter med lengre tidsintervall fra helsesamtalen til intervju, hvilket ikke kunne prioriteres. Helsesamtalens betydning for endringer bør forskes mer på.

Jeg har søkt å være transparent ved å synliggjøre analyseprosessen, legge ved intervjuguide, fortelle om de ulike rekrutteringsstrategiene og om intervjuet som feilet. Analysemetoden fulgte jeg punktvis, som styrker validiteten. En begrensning for påliteligheten er kanskje at jeg ikke kunne observere helsesamtaler, fordi sykepleieren på helsestasjonen mente de besøkendes adferd kunne påvirkes av dette. Observasjonen kunne gitt meg bedre forståelse av tilbudet, og flere relevante intervju spørsmål. Samtidig har jeg kanskje stilt med et åpnere utgangspunkt. Min sykepleiebakgrunn og fordypning i empowerment styrker troverdigheten, men dette har nok også farget fortolkningen. At jeg er nyerefarne intervjuer har antakelig preget påliteligheten. I begynnelsen hadde jeg en noe akademisk og ledende spørsmålsstilling, og utforsket kanskje ikke informantenes utsagn tilstrekkelig, hvilket forbedret seg underveis. Jeg skulle gjerne undersøkt bedre hvordan eldre forstår helsefremming og forebygging.

Forforståelsen burde vært nedskrevet før forskningsprosjektet. Likevel har jeg arbeidet aktivt med forforståelsen under hele analysen. Jeg var klar over min begeistring for livsstilsendring, og stilte kontrollspørsmål rundt dette underveis. Resultatene «Begrenset ettertanke» og «Utenfor målgruppen» var noe som overrasket meg, hvilket styrker studiekvaliteten. Øvrige resultater ved studien samsvarte med mine litteratursøk, selv om jeg her også var bevisst på å se «forbi» forhåndskunnskapen. Videre har sannsynligvis forforståelsen dominert ved ledende spørsmålsstilling i enkelte intervjuer.

## **Konklusjon**

Helsesamtalen på Helsestasjon for eldre kan ha varierende betydning for eldre, men oppleves hovedsakelig positiv og meningsfull. Den kan skape følelse av å bli inkludert,

samt trygghet i form av å vite om Eldres muligheter. Dette er helsefremmende og kan potensielt utsette behov for helsetjenester. Flere eldre kan imidlertid føle seg utenfor helsesamtalens målgruppe fordi de er friske og uten problemer, og hensikten med helsesamtalen kan oppfattes uklar. Helsesamtalens helsefremmende og forebyggede hensikt og relevans for alle eldre bør presiseres i invitasjonen, eventuelt via telefonkontakt i forkant.

Helsesamtalen kan ha både stor, moderat eller liten betydning for Eldres endringer i levevaner som kosthold, alkohol, fysisk aktivitet og deltakelse. Oppfølgingssamtaler er en suksessfaktor for endring, men enkeltsamtaler kan være til motivasjon, spesielt ved erkjent endringsbehov i forkant. Én helsesamtale kan muligens også, sammen med innspill fra eksempelvis fastlege og pårørende, føre til endringer på sikt. Enkelte reflekterer lite over helsesamtalen, mens andre blir mer bevisst i form av å planlegge endringer. Siden eldre kan ha redusert hukommelse, bør de få utlevert skriftlig informasjon om de aktuelle samtaleemnene fra helsesamtalen.

Studien viser at kun kvinner deltok i, eller planla aktivitetstilbud etter helsesamtalen, og enkelte følte seg for «ungdommelige» for tilbudene. Eldre bør derfor kunne foreslå ønskede lokale aktivitetstilbud. Denne muligheten til å medvirke kan formidles i invitasjonen til helsesamtalen. Navneendring av «Helsestasjon for eldre» kan vurderes av respekt for dem som føler seg ungdommelige.

## Referanser

- Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the mystery of health: How people manage stress and stay well*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Askheim, O. P. (2012). *Empowerment i helse- og sosialfaglig arbeid: Floskel, styringsverktøy, eller frigjøringsstrategi?* Oslo: Gyldendal akademisk.
- Behm, L., Dahlin-Ivanoff, S. & Ziden, L. (2013). Preventive home visits and health - experiences among very old people. *Bmc Public Health*, 13(1). <https://doi.org/doi:10.1186/1471-2458-13-378>
- Borge, L., Christiansen, B. & Fagermoen, M. S. (2012). Motivasjon til livsstilsendring hos personer med sykkelig overvekt.
- Brobeck, E., Odenrants, S., Bergh, H. & Hildingh, C. (2014). Patients' experiences of lifestyle discussions based on motivational interviewing: a qualitative study. *BMC Nursing*, 13(1), 13. <https://doi.org/10.1186/1472-6955-13-13>
- Cribb, A. & Duncan, P. (2002). *Health promotion and professional ethics*. Oxford: Blackwell Science.
- Deci, E. L. & Ryan, R. M. (1985). *Intrinsic motivation and self-determination in human behavior*. New York: Plenum.

- Folkehelseinstituttet. (2018). Folkehelse rapporten - kortversjon: Helsetilstanden i Norge 2018. Rapport 2018. Hentet fra <https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2018/helsetilstanden-i-norge-20182.pdf>
- Foucault, M. (1980). *Power/knowledge: Selected interviews and other writings 1972-1977*. Brighton: Harvester Press.
- Førland, O. & Skumsnes, R. (2017). Forebyggende og helsefremmende hjemmebesøk til eldre - en oppsummering av kunnskap. Hentet fra [https://omsorgsforskning.brage.unit.no/omsorgsforskning-xmlui/bitstream/handle/11250/2476684/Forebyggende og helsefremmende hjemmebesøk til eldre 2018 %28003%29.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://omsorgsforskning.brage.unit.no/omsorgsforskning-xmlui/bitstream/handle/11250/2476684/Forebyggende_og_helsefremmende_hjemmebesok_til_eldre_2018_%28003%29.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Gramstad, D. (2018). Forebyggende hjemmebesøk: Eldres erfaringer [Masteroppgave, Universitetet i Stavanger]. Hentet fra <https://uis.brage.unit.no/uis-xmlui/handle/11250/2562862>
- Heggelund, M. (2012). Eldres erfaringer med førstegangs helsefremmende og forebyggende hjemmebesøk [Masteroppgave, Høgskolen i Buskerud]. Hentet fra <https://openarchive.usn.no/usn-xmlui/bitstream/handle/11250/142082/Master2012Heggelund%20%282%29.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2018). *Leve hele livet: En kvalitetsreform for eldre* (Meld. St. 15 (2017-2018)). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/196f99e63aa14f849c4e4b9b9906a3f8/nofdfs/stm201720180015000dddpdfs.pdf>
- 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>
- Helsedirektoratet. (2017). Motiverende intervju som metode. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/tema/motiverende-intervju-mi/motiverende-intervju-som-metode>
- Helsedirektoratet. (2019). Forebyggende hjemmebesøk i kommunen. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/tema/sykehjem-og-hjemmetjenester/forebyggende-hjemmebesok-i-kommunen>
- Hörnsten, Å., Lindahl, K., Persson, K. & Edvardsson, K. (2014). Strategies in health-promoting dialogues – primary healthcare nurses' perspectives – a qualitative study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 28(2), 235-244. <https://doi.org/10.1111/scs.12045>
- James, S., Halcomb, E., Desborough, J. & McInnes, S. (2019). Lifestyle risk communication by general practice nurses: An integrative literature review. *Collegian*, 26(1), 183-193. <https://doi.org/10.1016/j.colegn.2018.03.006>
- James, S., McInnes, S., Halcomb, E. & Desborough, J. (2020). Lifestyle risk factor communication by nurses in general practice: Understanding the interactional elements. *Journal of Advanced Nursing*, 76(1), 234-242. <https://doi.org/10.1111/jan.14221>
- Johannessen, A.-K. M. (2015). Pasientsentrert eldreomsorg. *Sykepleien*, (7), 66-69. <https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2015.54648>
- Kööp, K., Tõemets, T. & Kalda, R. (2017). Patients' Experiences and Needs with Lifestyle Counselling in Family Practices. *International Journal of Nursing*, 4(2), 114-125. <https://doi.org/https://doi.org/DOI:10.15640/ijn.v4n2a10>
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. utg.). Oslo: Universitetsforl.

- Mæland, J. G. (2016). *Forebyggende helsearbeid: Folkehelsearbeid i teori og praksis* (4. utg.). Oslo: Universitetsforl.
- Nordhus, I. & Ree, A. O. (2002). *Definisjonskatalog for helsestasjons- og skolehelsetjenesten* (KITH Rapport R 15/02). Hentet fra <https://sh.ehelse.no/hkode/arkiv/Delte%20dokumenter/KITH/upload/1978/DefKat-HelSko-v1.pdf>
- 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>
- Sjøbø, B. A., Teigen, S., Alvsvåg, H. & Førland, O. (2016). Hvilken betydning har forebyggende hjemmebesøk? - En kvalitativ studie av eldre menneskers erfaringer. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 2(1), 47-58. Hentet fra [https://www-idunn-no.ezproxy.hioa.no/tidsskrift\\_for\\_omsorgsforskning/2016/01/hvilken\\_betydning\\_har\\_forebyggende\\_hjemmebesok\\_-\\_en\\_kvalit](https://www-idunn.no.ezproxy.hioa.no/tidsskrift_for_omsorgsforskning/2016/01/hvilken_betydning_har_forebyggende_hjemmebesok_-_en_kvalit)
- Skovdahl, K., Blindheim, K. & Alnes, R. E. (2015). Forebyggende hjemmebesøk til eldre - erfaringer og utfordringer. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 1(1).
- Skumsnes, R., Teigen, S., Alvsvåg, H. & Førland, O. (2015). Forebyggende hjemmebesøk til eldre. Idehåndbok med anbefalinger. Utviklingssentrene for sykehjem og hjemmetjenester på Vestlandet og Senter for omsorgsforskning, vest. I.
- Smedt, S. E. D. (2011). *Fem seniorers opplevelse av å få forebyggende hjemmebesøk: En teoretisk og empirisk studie av betydningen forebyggende hjemmebesøk kan ha for å fremme helsen hos seniorer [Masteroppgave, Universitetet i Tromsø]*. Hentet fra <https://munin.uit.no/bitstream/handle/10037/3517/thesis.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Spreitzer, G. M. (1995). Psychological empowerment in the workplace: dimensions, measurement, and validation. (includes appendix). *Academy of Management Journal*, 38(5), 1442. <https://doi.org/10.2307/256865>
- Statistisk sentralbyrå. (udatert). Statistikkbanken: Befolkningsframskrivninger. Hentet 12. mai 2020 fra <https://www.ssb.no/statbank/table/11667>
- Stephoe, A., Deaton, A. & Stone, A. A. (2015). Subjective wellbeing, health, and ageing. *The Lancet*, 385(9968), 640-648. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)61489-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)61489-0)
- Tveiten, S. (2016). *Helsepedagogikk: Pasient- og pårørendeopplæring*. Bergen: Fagbokforl.
- Tøien, M., Heggelund, M. & Fagerström, L. (2014). How do older persons understand the purpose and relevance of preventive home visits? A study of experiences after a first visit. *Nursing research and practice*, 2014(2014), 640583-640583. <https://doi.org/10.1155/2014/640583>
- Vass, M., Avlund, K., Lauridsen, J. & Hendriksen, C. (2005). Feasible Model for Prevention of Functional Decline in Older People: Municipality-Randomized, Controlled Trial. *Journal of the American Geriatrics Society*, 53(4), 563-568. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2005.53201.x>
- Weberg, M. & Almquist, F. (2017). *Helsestasjon for eldre: Sluttrapport*. Oslo: Kirkens bymisjon.
- Westbye, B. (2014). Forebyggende hjemmebesøk til eldre: Den gode samtalen [Masteroppgave, Høgskolen i Buskerud og Vestfold]. Hentet fra <https://docplayer.me/3894274-Forebyggende-hjemmebesok-til-eldre.html>



OsloMet - storbyuniversitetet, studiested Kjeller  
Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid  
Fakultet for helsevitenskap  
Masterprogram i Empowerment og helsefremmende arbeid

# **Karakteristikk ved god gjennomføring av endringsfokuserte helsesamtaler med eldre**

**Refleksjonsoppgave for masteroppgave i Empowerment og helsefremmende arbeid ved OsloMet – storbyuniversitetet, studiested Kjeller.**

**Emnekode:** MAPO5900 Masteroppgave

**Semester:** Vår 2020

**Navn:** Julia Christine Ligaard

**Antall sider:** 24

**Antall ord:** 5496

## **Innholdsfortegnelse**

<b>1.0</b>	<b>INTRODUKSJON</b> .....	<b>3</b>
1.1	Bakgrunn og problemstilling.....	3
<b>2.0</b>	<b>TEORETISK REFERANSERAMME</b> .....	<b>4</b>
2.1	Helsesamtalen på Helsestasjon for eldre.....	4
2.2	Om helsesamtalen.....	4
2.3	Motiverende intervju.....	5
2.4	Empowerment.....	5
2.5	Selvbestemmelsesteorien.....	6
<b>3.0</b>	<b>METODE</b> .....	<b>8</b>
3.1	Inklusjons- og eksklusjonskriterier for innsamling av studier.....	8
3.2	Innsamling av data.....	9
3.3	Analyse.....	9
<b>4.0</b>	<b>RESULTAT</b> .....	<b>10</b>
4.1	Personsentring og individuell tilpasning.....	10
4.2	Fremme tillit.....	11
4.3	Gi positiv støtte fremfor fordømmelse.....	11
4.4	Understreke selvbestemmelse.....	11
4.5	Tilrettelegge for realistisk målsetting.....	12
4.6	Gi nødvendig informasjon og kunnskap.....	12
4.7	Gi tid og oppfølging.....	12
<b>5.0</b>	<b>DISKUSJON</b> .....	<b>14</b>
5.1	Personsentring og individuell tilpasning.....	14
5.2	Fremme tillit.....	15
5.3	Gi positiv støtte framfor fordømmelse.....	15
5.4	Understreke brukerens selvbestemmelse.....	16
5.5	Tilrettelegge for realistisk målsetting.....	17
5.6	Gi nødvendig informasjon og kunnskap.....	17
5.7	Gi tid og oppfølging.....	18
5.8	Metodediskusjon.....	19
<b>6.0</b>	<b>KONKLUSJON</b> .....	<b>20</b>
	<b>LITTERATURLISTE</b> .....	<b>21</b>

## 1.0 INTRODUKSJON

Refleksjonsoppgaven er en litteraturstudie som handler om hva en helsesamtale er og hva som karakteriserer god gjennomføring av endringsfokusede helsesamtaler med eldre. Dette har jeg valgt fordi studien min går lite i dybden på dette, og fordi kunnskapen er nyttig for praksis. Refleksjonsoppgavens oppbygning er introduksjon, teoretisk referanseramme, metode, resultater, diskusjon og konklusjon. Litteraturstudiens resultater diskuteres opp mot empowerment, selvbestemmelsesteorien og eget forskningsprosjekt. Betegnelsene «sykepleier», «bruker» og «helsesamtale» benyttes konsekvent, selv om enkelte forskningsartikler bruker andre betegnelser.

### 1.1 Bakgrunn og problemstilling

Hjerte- og karsykdommer, diabetes type 2 og kroniske lungesykdommer er blant sykdommer som står for den største andelen tidlig død i Norge (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018). Økt fysisk aktivitet og forbedret kostholds-, alkohol- og røykevaner kan imidlertid forebygge risikofaktorer for å utvikle disse sykdommene. Stortingsmelding 15 fremhever at god oppfølging og tilpasset livsstilsveiledning til eldre kan fremme helse og forebygge sykdom (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018). Helsestasjon for eldre er et kommunalt helsefremmende og forebyggende tilbud til personer over 65 år, som inviteres til helsesamtale der opprettholdelse av sunn livsstil og motivasjon til livsstilsendring vektlegges (Weberg & Almquist, 2017). Forskning viser at sykepleierens væremåte og forståelse i en helsesamtale har betydning for brukerens motivasjon til livsstilsendring. Å bli møtt med pekefinger, belæring og lite støtte kan bidra til at brukeren inntar forsvarsposisjon, hvilket igjen kan medføre redusert mottakelighet for læring (Borge, Christiansen & Fagermoen, 2012). Det er dermed avgjørende med gode pedagogiske og kommunikative ferdigheter hos sykepleieren som utfører helsesamtalene.

På bakgrunn av ovennevnte vil jeg gjøre en litteraturstudie med følgende problemstilling: «Hva karakteriserer god gjennomføring av endringsfokusede helsesamtaler med eldre?».



## **2.0 TEORETISK REFERANSERAMME**

Nedenfor redegjør jeg for helsesamtalen, motiverende intervju, empowerment og selvbestemmelsesteorien.

### **2.1 Helsesamtalen på Helsestasjon for eldre**

I flere norske kommuner inviteres eldre over 60 eller 65 år til helsesamtale på Helsestasjon for eldre, utført av helsepersonell. Helsesamtalen er åpen og tar utgangspunkt i hva som er viktig for brukeren. Hva brukeren selv kan gjøre for å opprettholde og fremme helse vektlegges. Mestringsmuligheter, ressurser og evner understøttes fremfor sykdom og problemer. Brukerens egenopplevelse er viktig (Weberg & Almquist, 2017), da personen kan ha sykdom og plager, men likevel oppleve å ha god helse (Førland & Skumsnes, 2017). Gjennom elementer fra den anbefalte samtalemetodikken «Motiverende intervju», søker sykepleieren å fremme motivasjon til adferdsendring, og anerkjenner gode helsevaner slik at brukeren vedlikeholder eller forsterker disse. Kosthold, fysisk aktivitet og deltakelse er blant temaene som diskuteres (Weberg & Almquist, 2017).

### **2.2 Om helsesamtalen**

Helsesamtalen kan defineres slik:

Samtale som dreier seg om å klarlegge hvilke behov, problemer og ressurser brukeren har, samt å hjelpe vedkommende til å foreta valg. Helsesamtalen er en prosess som må skje på brukerens premisser, og hvor helsepersonell opptrer som samtalepartner og veileder/rådgiver. (Nordhus & Ree, 2002, s. 11)

Ifølge Mæland (2016) bør faktorer som skaper problemer i brukerens livssituasjon, samt hva ved dette som har positiv verdi, kartlegges i helsesamtalen. Gjennom felles utforskning av livssituasjonen og valgmuligheter, kan brukerens innsikt i egen tenkemåte, holdninger og vurderinger styrkes. Brukeren må selv foreta valgene, og brukerens reelle ønske om råd er grunnleggende. Aktiv lytting, åpen spørsmålsstilling og tilstedeværelse kan åpne opp for å uttrykke dypereliggende behov og bekymringer. I tillegg til å gi faglige innspill, bør sykepleieren fremstå aksepterende overfor brukerens syn, hvilket kan skape grobunn for enighet, om så ved kompromiss (Mæland, 2016).

### **2.3 Motiverende intervju**

Motiverende intervju (MI) er en anbefalt samtalemotodikk for å stimulere til livsstilsending (Helsedirektoratet, 2017), hvilket benyttes i helsesamtalen på Helsestasjon for eldre (Weberg & Almquist, 2017). MI legger til grunn at brukeren er ekspert på seg selv og vet best sitt behov. Sykepleieren forsøker å bringe frem brukerens egne verdier, motivasjon, evner og ressurser som skal til for endring, uten å gi råd. Partnerskap, aksept, medfølelse og nysgjerrighet er grunnleggende. Partnerskap innebærer å sammen utforske problemet og målet. At brukeren anerkjennes for sine handlinger og rett til selvbestemmelse er viktig for at endring kan skje. Nysgjerrighet vises gjennom at sykepleieren speiler og setter seg inn i brukerens egenopplevelse (Helsedirektoratet, 2017).

Følgende prinsipper er grunnleggende i MI:

- Uttrykke empati: Fremheve at brukeren forstår personens opplevelse av seg selv, sin situasjon og andre.
- Utforske diskrepans: Fokuserer på områder som innebærer uoverensstemmelse mellom hvordan man har det og hvordan man ønsker å ha det, for å fremme motivasjon til endring.
- Møte motstand: Reflektere brukerens uttrykk for motstand, som tilstreber forståelse for brukerens perspektiv, uten fordømmelse. Motstanden kan reduseres ved aktiv lytting, åpen spørsmålstilling og betoning av brukerens valgfrihet.
- Unngå å argumentere eller overtale brukeren til å gjøre endringer, men heller tilby informasjon eller forslag som brukeren står fritt til å tilegne seg eller ikke.
- Støtte mestringskompetanse ved å styrke brukerens tro på å kunne gjennomføre endringen, gjennom refleksjoner og oppsummeringer (Helsedirektoratet, 2017).

Når brukeren selv gir ønske om endring kan sykepleieren styrke «endringssnakk» med ulike teknikker. Ambivalens utforskes ved å se på gode og mindre gode sider ved adferden, uten å konfrontere personen. For å fremme endring bør grunnene til å endre veie tyngst (Helsedirektoratet, 2017).

### **2.4 Empowerment**

Helsesamtalen kan ses i lys av empowerment, som handler om å bli i stand til å oppnå kontroll over egen helse og livssituasjon (Askheim, 2012). Samhandlingen mellom sykepleier og bruker i helsesamtalen kan betraktes som en empowermentprosess (Tveiten, 2016). Ifølge

Tveiten (2016) er tre prinsipper sentrale i samhandlingen; maktomfordeling, medvirkning samt anerkjennelse av brukeren som ekspert på seg selv. Maktomfordeling innbefatter at sykepleieren går fra en paternalistisk ekspertholdning til å arbeide sammen med brukeren. Det innebærer at sykepleieren tilbyr tilpasset, relevant kunnskap som angår brukerens helse. Idealet er gjensidig anerkjennelse av brukerens og sykepleierens ulike kompetanse i helsesamtalen. At brukeren anerkjennes som ekspert på seg selv handler om at brukeren vet best sine tanker, opplevelser og behov (Tveiten, 2016). Medvirkning kan vise seg i helsesamtalen ved at brukeren selv former sin endringsprosess, og anerkjennes for sin frihet til selvbestemmelse. Tillit, anerkjennelse og trygghet er sentrale aspekter i samhandlingen (Stang, 2006, gjengitt etter Tveiten, 2016, s. 31).

Brukeren kan jfr. Spreizer (1995) føle seg empowered gjennom opplevelse av meningsfullhet, kompetanse (tro tilknyttet egen handling), selvbestemmelse og innflytelse opp mot en livsstilsendring. Dette kan betraktes som individuell eller psykologisk empowerment. Å styrke brukerens psykologiske empowerment i helsesamtalen kan innebære å hjelpe brukeren til å bli bevisst egne muligheter, ressurser og krefter til å gjøre livsstilsendringer, redusere stressfaktorer, fremme mestring, styrke selvtilliten, oppmuntre, være aksepterende og gi nødvendig kompetanse til å mestre livsstilsendring (Askheim, 2012; Spreitzer, 1995; Tveiten, 2016).

## **2.5 Selvbestemmelsesteorien**

Deci og Ryans (1985) selvbestemmelsesteori tar utgangspunkt i hva som motiverer til handling. Teorien belyser at handlinger bør være indre motivert. Motivasjon forutsetter dekning av kjernebehovene autonomi, kompetanse og tilhørighet. Ved ivaretagelse av disse behovene i helsesamtalen, kan brukeren oppleve frivillig engasjement opp mot livsstilsendringer samt opprettholde dem over tid. Kjernebehovet autonomi innebærer at brukeren opplever fri vilje tilknyttet livsstilsendring. Uten autonomi risikerer endringene å bli kortvarige. Sykepleieren bør unngå å presse brukeren til å gjøre endringer i helsesamtalen, da autonomien, og dermed indre motivasjon, undergraves. I helsesamtalen kan autonomi styrkes gjennom at brukeren utvikler forståelse for motiver og grunner for endring, og selv former sin endringsprosess. Endringene bør være i tråd med egne verdier, mål og ønsker slik at indre motivasjon opprettholdes. Det andre kjernebehovet, kompetanse, innbefatter at brukeren opplever tilstrekkelig selvtillit og kompetanse til å endre livsstil. Kompetansen styrkes gjennom relevante innspill og tilbakemeldinger som fremmer mestringsfølelse. Brukeren bør

ikke utfordres altfor mye, men hjelpes til å utvikle mestringsopplevelse tilknyttet livsstilsendringen. Negative tilbakemeldinger kan hemme opplevelsen av kompetanse. Det tredje kjernebehovet, tilhørighet kan oppnås dersom brukeren føler seg forstått, respektert og ivaretatt. En tillitsfull relasjon under helsesamtalen kan åpne opp for at brukeren tilegner seg informasjon, slik at sannsynligheten for å etterfølge anbefalingene øker (Deci & Ryan, 1985).

Selvbestemmelsesteorien har likhetstrekk med psykologisk empowerment. Begge perspektivene benyttes for å drøfte hva som karakteriserer god gjennomføring av endringsfokuserede helsesamtaler med eldre.

### 3.0 METODE

Litteraturstudie er refleksjonsoppgavens metode. Nedenfor beskrives inklusjons- og eksklusjonskriterier, fremgangsmåte for innsamling av data og analyse til refleksjonsoppgaven.

#### 3.1 Inklusjons- og eksklusjonskriterier for innsamling av studier

Jeg valgte kvalitative studier for å forstå hva sykepleiere og brukere med erfaring fra endringsfokuserte helsesamtaler mener er god gjennomføring. For å nyansere ville jeg involvere både bruker- og sykepleierperspektivet. Jeg er selv sykepleier, og valgte på grunn av tidsbegrensning og personlig relevans å avgrense til denne helseprofesjonen i litteratursøket. Selv om helsesamtaler på Helsestasjon for eldre er med personer over 60 eller 65 år, har jeg også inkludert forskningsartikler som involverer voksne under denne alderen, da pedagogisk tilnærming vil være lik mellom aldersgruppene. Artikler om helsesamtaler med barn, ungdommer, foreldre og personer med psykiske lidelser ble ekskludert fordi pedagogikken og tematikken i disse helsesamtalene er annerledes enn i min valgte populasjon. Nedenfor følger oversikt over inklusjons- og eksklusjonskriterier.

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Vitenskapelige artikler	Fagartikler
Kvalitative studier og oversiktsartikler som inneholder kvalitative studier	Kvantitative studier
Fagfelleverderte studier	Ikke-fagfelleverderte studier
Artikler som belyser hva som karakteriserer god gjennomføring av endringsfokuserte helsesamtaler	
Bruker i relasjon til sykepleier (fra bruker- eller sykepleierperspektiv)	Annet helsepersonells perspektiv, f.eks. legekonsultasjoner
Endringsfokuserte helsesamtaler med og livsstilsveiledning til voksne og eldre	Helsesamtaler med barn, ungdommer, foreldre og personer med psykiske lidelser
Artikler som handler om individuelle helsesamtaler, utført ansikt-til-ansikt	Artikler som handler om gruppebasert veiledning, telefonsamtaler
Artikler etter 2010	Artikler før 2010

Norsk-, svensk-, dansk- eller engelskspråklige artikler	Andre språk
Relevant tittel	

### 3.2 Innsamling av data

Jeg søkte systematisk i databasene Cinahl og SveMed+ og manuelt i Oria og Google Scholar. Artiklene ble plukket etter relevant tittel, dernest sammendrag og til slutt fulltekst. Da jeg bare fant én relevant kvalitativ studie (Hörnsten, Lindahl, Persson & Edvardsson, 2014) ved databasesøk, søkte jeg opp denne artikkelen i Google Scholar og trykket på «Cited by»-funksjonen, og fant en artikkel fra pasientperspektiv (Brobeck, Odencrants, Bergh & Hildingh, 2014), samt én oversiktsartikkel fra sykepleieperspektiv (James, Halcomb, Desborough & McInnes, 2019). Basert på oversiktsartikkelen søkte jeg i Cinahl med samme søkeord som oversiktsartikkelen for å finne artikler etter oversiktsartikkelens søkeperiode, men fant ingen relevante artikler. Jeg søkte også på oversiktsartikkelen i Google Scholar, trykket på «Cited by»-funksjonen og fant én relevant artikkel (James, McInnes, Halcomb & Desborough, 2020). Det samme gjorde jeg med artikkelen til Brobeck et al. (2014), og fant følgelig én relevant artikkel til fra et brukerperspektiv (Kööp, Tõemets & Kalda, 2017). Se artikkelmatrise og søkehistorikk i henholdsvis vedlegg 10 og 11.

### 3.3 Analyse

Jeg fortolket innholdet i forskningsartiklene. Jeg leste først igjennom forskningsartiklene og tok notater underveis. Notatene leste jeg flere ganger. Basert på et helhetsinntrykk lagde jeg foreløpige kategorier, som jeg sorterte notatene under. Notatene ble kondensert. Videre lagde jeg tekstbeskrivelser til hver resultatkategori ut av de kondenserte notatene. Formulering av kategoriene ble fortløpende tilpasset beskrivelsene under kategoriene. Til slutt kontrollerte jeg kategoriene og beskrivelsene ved å lese forskningsartiklene på nytt.

## 4.0 RESULTAT

Analysen resulterte i syv kategorier, som kan besvare hva som karakteriserer god gjennomføring av helsesamtaler med eldre. Disse er «Personsentring og individuell tilpasning», «Fremme tillit», «Gi positiv støtte framfor fordømmelse», «Understreke brukerens frie vilje», «Tilrettelegge for realistisk målsetting», «Gi nødvendig informasjon og kunnskap» og «Gi tid og oppfølging». Se datamatrise for inkluderte forskningsartikler i vedlegg 10.

### 4.1 Personsentring og individuell tilpasning

Personsentring i helsesamtalen var viktig (Hörnsten et al., 2014; James et al., 2019; James et al., 2020). Dette innebar, ifølge sykepleiere, å lytte aktivt, gi adekvat mengde informasjon og forstå brukerens behov for å bli kommunisert til (James et al., 2020). Sykepleiere og brukere mente det var viktig å ha sensitivitet for at folk er forskjellige, og tilpasse kommunikasjonen deretter (Brobeck et al., 2014; James et al., 2020; Kööp et al., 2017). Brukere mente helsesamtalen burde tilpasses den enkeltes behov (Kööp et al., 2017). Sykepleiere mente tilpasning til kontekst, kultur, språk og kunnskapsbehov var nødvendig (Hörnsten et al., 2014). Ofte visste brukerne hva som var «riktige» valg, men de trengte hjelp til å endre tenkning om problemene sine, eller råd om stressreduksjon. Å få generell helseinformasjon som ikke passet brukerens situasjon kunne medføre redusert motivasjon samt utfordringer med å huske det viktigste fra helsesamtalen (Kööp et al., 2017). Sykepleierne gjorde individuelle tilpasninger i helsesamtalen ved å be brukerne beskrive deres vaner på en vanlig dag, for å identifisere hensiktsmessige livsstilsendringer (Hörnsten et al., 2014).

Brukerne mente en helhetlig tilnærming var viktig (Kööp et al., 2017). Dette mente sykepleierne hadde fått større fokus i nyere tid, hvilket kunne innebære å diskutere stress og psykososiale forhold dersom brukerne var opptatt av dette eller ikke hadde det bra, fremfor fysisk aktivitet, kosthold, røykevaner og alkoholforbruk. Siden risiko for livsstilssykdom ikke alltid hadde størst betydning for brukerne, fremhevet sykepleierne viktigheten av å lytte til brukernes egenoppfatning. Sykepleierne forsøkte å vise tålmodighet ved å lytte til brukernes behov, ellers ble helsesamtalen rettet mot sykepleiernes agenda, hvilket kunne skape maktskjevhet. Når brukerne snakket mye om andre ting, styrte sykepleierne likevel dialogen mot temaet (Hörnsten et al., 2014).

#### **4.2 Fremme tillit**

En tillitsfull relasjon var, ifølge sykepleiere, grunnleggende for å møte brukerens motstand til å gjøre endringer (Hörnsten et al., 2014; James et al., 2020). Dersom tillit og kjemi ikke var tilstede, mente sykepleierne helsesamtalen ikke hadde effekt. Sykepleiere og brukere mente tillit fremmet åpenhet om ubehagelige temaer, utfordringer og «glipp» i endringsprosessen, slik at sykepleierne kunne gi videre støtte (James et al., 2020; Kööp et al., 2017).

Tillitsstyrkende faktorer var lytting, øyekontakt, varme, tilstedeværelse, sensitivitet, empati, likeverd og gjensidighet (Brobeck et al., 2014; Hörnsten et al., 2014; Kööp et al., 2017).

Vennlighet og imøtekommenhet kunne, ifølge sykepleiere, skape tillit og åpenhet hos personer som i utgangspunktet fraskrev seg ansvaret eller distanserte seg fra problemene sine (Hörnsten et al., 2014). Sykepleierne mente en vanlig, uformell samtale var bedre enn belæring, fordi det fremmet tillit og kunne gi brukerne bedre utbytte (James et al., 2020).

#### **4.3 Gi positiv støtte fremfor fordømmelse**

Brukerne hadde gjerne skambelagte følelser, og trengte å bli sett slik de var og være trygg på at sykepleieren var interessert i å lytte til deres historier (Brobeck et al., 2014; Kööp et al., 2017). Ved «glipp» var det viktig for brukerne å bli møtt med aksept, trøst og forståelse fremfor uttalelser som: «Sånn kan du ikke fortsette!». Åpenhet om hva som hadde skjedd uten å møte fordømmelse opplevdes frigjørende. Brukerne mente de ville avsluttet helsesamtalene om de hadde følt seg krenket eller dømt for selvforskyldt livsstil. En vellykket helsesamtale var når brukerne følte seg vel og opplevde støtte, bekreftelse, ros og respekt, og ikke følte seg alene om utfordringene. Brukerne mente at uten støtten fra sykepleierne hadde det vært vanskelig å gjennomføre endringen. Det var betydningsfullt at sykepleierne hadde innsikt i hva det innebar å gjøre endringer (Brobeck et al., 2014). Brukerne vektla at sykepleieren kunne møte mennesker, lytte, stille gode spørsmål og samarbeide. Aktiv lytting og oppmuntring var betryggende og forbedret trivselen (Kööp et al., 2017). Sykepleiere og brukere mente fokus på det positive framfor det negative ved brukernes valg og vaner fremmet selvtillit og motivasjon istedenfor følelse av tvang til å endre (Brobeck et al., 2014; Hörnsten et al., 2014; Kööp et al., 2017).

#### **4.4 Understreke selvbestemmelse**

Fri vilje til å bestemme selv var grunnleggende, ellers mente brukerne det ville være vanskelig å foreta endringene (Brobeck et al., 2014). Et reelt ønske om endring måtte ifølge sykepleiere og brukere foreligge, mens repressive eller overbevisende strategier reduserte



motivasjon til livsstilsendring (Brobeck et al., 2014; James et al., 2020; Kööp et al., 2017). Noen sykepleiere informerte om brukernes eget ansvar om å velge å følge rådene (Hörnsten et al., 2014). Brukerne beskrev betydningen av selvbestemmelse over endringens forløp, uten belæring og kritikk fra sykepleieren (Brobeck et al., 2014; Kööp et al., 2017). God informasjon om endringsalternativer ga brukerne forutsetninger til å ta det beste valget for seg selv (Kööp et al., 2017). Helsesamtalen kunne resultere i endring når egne initiativ ble oppmuntret (Brobeck et al., 2014).

#### **4.5 Tilrettelegge for realistisk målsetting**

Når brukere var vanskelig å motivere eller utfordringene var komplekse, fokuserte sykepleierne på små, realistiske og ikke avskrekkende mål (Hörnsten et al., 2014; James et al., 2020). Brukere mente at for høye krav kunne minske motivasjonen (Brobeck et al., 2014).

#### **4.6 Gi nødvendig informasjon og kunnskap**

Flere som ble innkalt til helsesamtale visste ikke hva de gikk til, ifølge sykepleiere. Mange spørsmål om brukernes livsstil kunne lede til mistenksomhet. Ved bedre forhåndsinformasjon om fordelene med en helsesamtale, mente sykepleierne brukerne kunne bli mer innstilt på livsstilsendring (James et al., 2020). For at brukere skulle endre adferd trengte de kunnskap om hvorfor livsstilsendring var nødvendig. Når problemet var alvorlig, var motivasjonen for endring høyest (Kööp et al., 2017). Når brukere, etter sykepleiernes oppfatning, hadde lav innsikt i behovet for adferdsendring, benyttet noen sykepleiere skremselstaktikk ved å fortelle om konsekvensene av å unngå livsstilsendring (Hörnsten et al., 2014; James et al., 2020), hvilket brukerne på sin side mente de ville respondert dårlig på (Kööp et al., 2017).

#### **4.7 Gi tid og oppfølging**

Tid hadde ifølge kunnskapsoppsummeringen til James et al. (2019) betydning for sykepleiernes tilstedeværelse i, og kvalitet på, helsesamtalen. Brukerne fremhevet viktigheten av tid til å snakke om sårbare temaer og årsaker bak problemene (Kööp et al., 2017). Mulighet til å sette ord på utfordringene kunne styrke brukernes tro på seg selv, slik at de kunne gjøre endringer. Én helsesamtale var ifølge brukerne ikke nok ved en endringsprosess. En viktig støtte var derfor regelmessig oppfølging, helst fra samme person (Brobeck et al., 2014). Sykepleierne erfarte at det kunne være for tidlig å stille mange spørsmål om levevaner og utforske motivasjon til livsstilsendring umiddelbart etter påvist risiko for livsstilssykdom. Dette kunne skape skyldfølelse hos personer som ikke etterlevde anbefalinger om en sunn

livsstil. Disse var ofte ikke klare for endringer på dette tidspunktet. Å gi brukerne tid og rom til refleksjon på egenhånd var således viktig (Hörnsten et al., 2014).

## 5.0 DISKUSJON

Resultatene viser overordnet at karakteristikken ved god gjennomføring av helsesamtaler med eldre er personsentrering og individuell tilpasning. Sykepleieren bør fremme tillit og gi positiv støtte framfor fordømmelse, og understreke brukerens selvbestemmelse, legge til rette for at brukeren setter realistiske mål og gi nødvendig informasjon og kunnskap. Det er en fordel med tilstrekkelig tid og oppfølging ved helsesamtalene. Nedenfor benyttes resultatene fra litteraturstudien til å diskutere hva som karakteriserer god gjennomføring av helsesamtaler med eldre, opp mot empowerment, selvbestemmelsesteorien og eget forskningsprosjekt. Resultatene diskuteres systematisk etter kategori.

### 5.1 Personsentrering og individuell tilpasning

Litteraturstudien viser at helsesamtalen med eldre bør være personsentrert (Hörnsten et al., 2014; James et al., 2019), som ifølge Johannesen (2015) innebærer å forstå hva som er viktig for den enkelte. Dette kan, jfr. Hörnsten et al. (2014) sin studie, være å snakke om psykososiale og ikke bare fysiske aspekter ved brukerens liv. Ved å lytte til brukerens egenopplevelse kan sykepleieren finne ut hvorvidt risiko for livsstilssykdom er viktig for brukeren (Hörnsten et al., 2014). Sykepleiere i James et al. (2020) sin studie mener personsentrering innebærer å lytte aktivt, gi adekvat mengde informasjon og forstå brukerens behov for å bli kommunisert til. Studiene til Hörnsten et al. (2014) og James et al. (2019) viser at personsentrering kan kreve tålmodighet, og det er lett å styre helsesamtalen bort fra brukerens behov, over på sykepleierens agenda, hvilket skaper maktskjevhet. Sykepleieren må være bevisst sin makt i kraft av sin fagkunnskap (Foucault, 1980; Tveiten, 2016). En personsentrert tilnærming innebærer å tilrettelegge for medvirkning og anerkjenne individet som ekspert på egne behov, tanker og opplevelser. Dette er viktige prinsipper i empowermentttenkningen og fremmer likeverd i relasjonen (Tveiten, 2016).

Litteraturstudien viser at helsesamtalen bør tilpasses individuelt. Ifølge studien til Kööp et al. (2017) kan generell utilpasset informasjon redusere motivasjonen. En informant fra mitt forskningsprosjekt opplevde helsesamtalen som meningsfull fordi sykepleieren tok utgangspunkt i hennes situasjon og unngikk en standardisert samtaleprosedyre som kunne «bombardert» henne med opplysninger hun ikke behøvde. Hun ble dessuten motivert til å trene som følge av helsesamtalen. Kanskje tilpasning av helsesamtalen til hennes situasjon bidro til at hun ble motivert til å trene, ref. studien til Kööp et al. (2017)? En samtalemål, som

benyttes på Helsestasjon for eldre, kan skape struktur i helsesamtalen, men malen må ikke føre til overstyring av brukerens behov. Da risikerer helsesamtalen å bli paternalistisk og lite personsentrert. Mange brukere har, jfr. Kööp et al. (2017) sin studie, kunnskap om hvilke endringer som trengs, men trenger kanskje hjelp til å endre tenkning. Dette viser viktigheten av å anerkjenne brukerens kompetanse, som er et viktig empowermentprinsipp (Tveiten, 2016), samt tilpasse helsesamtalen ut ifra hva som er viktig for brukerne. Disse behøver muligens bare å få styrket sin selvtillit, hvilket kan fremme psykologisk empowerment (Spreizer, 1995) og motivasjon til endring (Deci & Ryan, 1985).

### **5.2 Fremme tillit**

Litteraturstudien viser at å fremme tillit er avgjørende for å møte brukerens motstand til endring, og at helsesamtalen, ifølge sykepleiere fra James et al. (2020) sin studie, har liten effekt på endring uten tillit og kjemi tilstede. Dette kan handle om at tillit er viktig for å imøtekomme brukerens behov for tilhørighet, hvilket ifølge Deci og Ryan (1985) har betydning for motivasjon til endring. Löhmus (2015) hevder en tillitsfull relasjon er avgjørende for brukerens medvirkning i empowermentprosessen (gjengitt etter Tveiten, 2016, s. 74). Litteraturstudien bekrefter at tillit kan lede til medvirkning i form av åpenhet om egen livsstil, også for personer som distanserer seg fra egne utfordringer (Hörnsten et al., 2014; James et al., 2020; Kööp et al., 2017). Litteraturstudien viser at tillitsskapende faktorer kan være lytting, tilstedeværelse, sensitivitet, empati, likeverd, gjensidighet, vennlighet og imøtekommenhet (Brobeck et al., 2014; Hörnsten et al., 2014; Kööp et al., 2017). En informant fra mitt forskningsprosjekt som hadde blitt edru etter flere helsesamtaler fortalte at hun følte seg «hjemme» og slappet av i helsesamtalene, med tillit til at hun ikke ville bli belært av sykepleieren. Det betydde mye at sykepleieren var tilstedeværende. Hun beskrev at dette gjorde henne glad, og ville gjerne fortsette med helsesamtaler.

### **5.3 Gi positiv støtte framfor fordømmelse**

Litteraturstudien viser at sykepleieren bør gi positiv støtte framfor fordømmelse under helsesamtalen. Brukernes motivasjon til deltakelse i helsesamtaler kan ifølge Brobeck et al. (2014) sin studie reduseres ved opplevelse av fordømmelse og skam. Dette kan handle om at kompetanse, altså selvtillit opp mot endringene, som ifølge Deci og Ryan (1985) er viktig for indre motivasjon, hemmes ved negative tilbakemeldinger. Hörnsten et al. (2014) sin studie viser at å finne det positive ved brukerens valg og vaner kan styrke brukerens selvtillit og motivasjon til endring. Dette kan forklares med at positive tilbakemeldinger ifølge Deci og

Ryan (1985) styrker kompetansen. Å vektlegge det positive kan gjøre at brukeren føler seg mer «empowered» gjennom økt tro på å kunne gjøre livsstilsendringen, jfr. Spreizer (1995). Orientering om ressurser og muligheter fremfor problemer er viktig i empowermenttenkningen (Askheim, 2012). Brobeck et al. (2014) sin studie viser at sykepleieren bør anerkjenne brukerne slik de er og forsøke å forstå, gi aksept og oppmuntring, også når ting ikke har gått så bra. Flere informanter fra mitt forskningsprosjekt fortalte betydningen av at sykepleieren virkelig brydde seg om dem. Å føle seg respektert, forstått og vist interesse for, styrker ifølge Deci og Ryan (1985) opplevelsen av tilhørighet, som har betydning for motivasjon til endring.

#### **5.4 Understreke brukerens selvbestemmelse**

Litteraturstudien viser at brukerens reelle ønske om endring er grunnleggende i endringsarbeidet, og at det er viktig å understreke at brukeren har fri vilje til å ta egne valg, da følelse av tvang kan hemme motivasjon (Brobeck et al., 2014; Hörnsten et al., 2014; Kööp et al., 2017) Dette samsvarer med Deci og Ryan (1985) sin selvbestemmelsesteori; at opplevd autonomi knyttet til handlingen er viktig for å oppnå varig endring. Ytre press kan derimot være med på å undergrave indre motivasjon og bør unngås (Deci & Ryan, 1985). En informant fra mitt forskningsprosjekt hadde sagt til sykepleieren i helsesamtalen at hun tok seg friheten til selv å bestemme om hun skulle drikke alkohol eller ei, og nevnte at sykepleieren ikke kunne presset henne.

I litteraturstudien fremkommer betydningen av at brukeren selv kan forme sin endringsprosess uten fordømmelse eller belæring fra sykepleieren. Dette kan styrke brukerens autonomi og medvirkning, som er sentrale verdier i empowermenttenkningen (Tveiten, 2016) og i selvbestemmelsesteorien (Deci & Ryan, 1985). Handlinger i tråd med egne verdier, mål og ønsker kan ifølge Deci og Ryan (1985) forsterke motivasjon og øke sannsynligheten for å lykkes. Dette samsvarer med Spreizer (1995) som hevder opplevelse av mening, selvbestemmelse og innflytelse i egen prosess er viktige dimensjoner for å føle seg «empowered» (gjengitt etter Tveiten, 2016, s. 40). For eksempel er det mange måter å være fysisk aktiv på, og da bør brukeren selv bestemme hvordan dette kan skje. Kööp et al. (2017) sin studie viser imidlertid at brukeren må få innsikt i valgmuligheter for å kunne velge den mest passende måten å endre på. Dette bør sykepleieren tilby informasjon om, hvilket ifølge Deci og Ryan (1985) er å understøtte autonomi. Autonomi og medvirkning betyr ikke at sykepleieren ikke skal trekke inn egne faglige perspektiver (Johannessen, 2015). For at

brukeren skal ta gode valg forutsettes det at sykepleieren gir tilstrekkelig tilpasset informasjon om brukerens helse. Dette er forøvrig en rettighet i pasient- og brukerrettighetsloven (1999), og bidrar til maktfordeling og medvirkning, som er viktige empowermentprinsipper (Tveiten, 2016).

### **5.5 Tilrettelegge for realistisk målsetting**

Litteraturstudien antyder at sykepleieren bør tilrettelegge for realistisk målsetting i helsesamtalen. Målene bør ifølge studien til Hörnsten et al. (2014) være oppnåelige og ikke avskrekkende, og ved komplekse utfordringer kan små mål av gangen være nyttig. Brobeck et al. (2014) sin studie viser at motivasjonen kan reduseres dersom for høye krav stilles til brukerne. Dette kan handle om at kompetansen eller selvtilliten knyttet til endringen reduseres, som igjen kan minske opplevelsen av psykologisk empowerment (Spreitzer, 1995) og motivasjon til endring (Deci & Ryan, 1985). Dette understreker at brukeren bør medvirke ved selv å definere målene og dessuten anerkjennes som ekspert på egne mål, hvilket Tveiten (2016) mener er to viktige empowermentprinsipper. I helsesamtalen kan sykepleierens spørsmål ta utgangspunkt i at brukerens egendefinerte mål skal være spesifikke, målbare, attraktive, realistiske, tidfestet og etiske (Tveiten, 2016). Dette kan bidra til selvbestemmelse, innflytelse og meningsfullhet samt styrke troen på å lykkes, som er viktig for psykologisk empowerment (Spreitzer, 1995) og motivasjon (Deci & Ryan, 1985).

### **5.6 Gi nødvendig informasjon og kunnskap**

Litteraturstudien viser at å gi nødvendig informasjon og kunnskap er viktig i helsesamtalen med eldre. Dette innebærer, jfr. James et al. (2020) sin studie, at brukeren i forkant bør informeres om hensikten og fordelene med en helsesamtale, da det potensielt kan forberede dem bedre på livsstilsendring. I min empiriske studie visste ikke alle hva de gikk til, hvorav enkelte hadde begrenset ettertanke omkring helsesamtalen. Jfr. James et al. (2020) sin studie ville kanskje disse fått økt utbytte ved god informasjon om helsesamtalens hensikt på forhånd.

Ifølge Kööp et al. (2017) sin studie er kunnskap om hvorfor livsstilsendring er nødvendig, viktig for brukerens motivasjon. Dette kan handle om at brukeren, gjennom tilstrekkelig, tilpasset kunnskap, blir bevisst forhold som påvirker helsen, hvilket er en forutsetning for empowerment (Tveiten, 2016). Å forstå hvorfor man bør gjøre noe kan ifølge Deci og Ryan (1985) styrke indre motivasjon for endring. For en informant fra mitt forskningsprosjekt som hadde blitt edru etter flere helsesamtaler, var det betydningsfullt med kunnskap om hva som

skjer i kroppen når man drikker alkohol og tar medisiner som ikke skal kombineres med alkohol. Hörnsten et al. (2014) sin studie viser at skremselstaktikk, altså å fortelle om konsekvenser av å unngå endringer, noen ganger benyttes av sykepleiere dersom de opplever at brukeren har lav innsikt i behovet for å gjøre livsstilsendringer. Derimot mener brukere fra Kööp et al. (2017) sin studie at de ville respondert dårlig på denne strategien. Samtidig forteller brukere fra Kööp et al. (2017) sin studie at motivasjonen var høyest når problemet var alvorlig, og det er kanskje da skremselstaktikk benyttes? At motivasjonen er høyest når problemet er alvorlig, samsvarer med min empiriske studie, der personer med livsstilssykdommer og -komplikasjoner endret livsstil etter helsesamtalen, mens enkelte uten selvopplevde problemer lot være.

### **5.7 Gi tid og oppfølging**

Tilstrekkelig tid er ifølge litteraturstudien avgjørende for god gjennomføring av helsesamtalen med eldre. Det kan tenkes at for lite tid kan medføre en mer styrende og mindre personsentrert helsesamtale, fordi tid, jfr. James et al. (2019) sin kunnskapsoppsummering, har innvirkning på sykepleiernes tilstedeværelse i, og kvalitet på, helsesamtalen. Brobeck et al. (2014) sin studie viser at anledning til å sette ord på utfordringene kan bidra til at brukerne tviler mindre på seg selv, hvilket kan åpne opp for endringer. Altså kan nok tid i helsesamtalen åpne opp for utforskning av egne tanker og følelser. Dette kan igjen resultere i opplevelse av selvtillit, altså kompetanse, som er viktig for indre motivasjon (Deci & Ryan, 1985) og psykologisk empowerment (Spreitzer, 1995). Tilstrekkelig tid kan også øke mulighetene for å komme til bunns i underliggende årsaker til en usunn livsstil, som brukere fra Kööp et al. (2017) sin studie mente var viktig å få anledning til. Dette kan muligens styrke brukerens opplevelse av å bli sett, hørt og forstått, noe Deci og Ryan (1985) hevder kan styrke opplevelsen av tilhørighet, og dermed også motivasjon til endring. Anerkjennelse av brukeren som ekspert på egne opplevelser og behov er dessuten et viktig empowermentprinsipp (Tveiten, 2016). Ifølge Kööp et al. (2017) sin studie kan bare én helsesamtale være for lite ved en endringsprosess. Oppfølging, helst fra samme sykepleier, kan ref. studien til Brobeck et al. (2014) være viktig for opplevelsen av støtte ved en endringsprosess. Dette samsvarer med min empiriske studie, der eldre med oppfølgingssamtaler fortalte om betydelige endringer, mens dette varierte hos eldre som kun hadde én helsesamtale. En utfordring er ofte knappheten på tid og muligheter for oppfølgingssamtaler. Litteraturstudien antyder imidlertid at tid og oppfølging kan være en investering, da det kan åpne opp for styrket opplevelse av tilhørighet og kompetanse, som kan fremme psykologisk empowerment og motivasjon til

endring (Deci & Ryan, 1985; Spreitzer, 1995). Likevel viste min empiriske studie at én helsesamtale hadde sin funksjon, da den bidro til planlegging og bevisstgjøring for noen og endringer for andre. Helsesamtaler tilbys gjerne ved nyopplaget risiko for livsstilssykdom. Hörnsten et al. (2014) sin studie understreker imidlertid at det i tidlig fase kan være overveldende for brukeren dersom sykepleieren stiller mange spørsmål om livsstil. Da kan det tenkes at helsesamtalen lett får en paternalistisk undertone, og at brukeren føler seg dømt for sin livsstil og dermed kan lukke seg. Brukeren bør gis tid og rom til refleksjon, samt tilbys flere helsesamtaler.

### **5.8 Metodediskusjon**

Databasesøk førte enten til uoversiktlig mange treff ved å inkludere mange synonymer på helsesamtalen, eller for få eller irrelevante treff ved å benytte færre synonymer. Siden databasesøk ga lite treffende resultater gjorde jeg manuelle søk ved å benytte «Cited by»-funksjonen til Google Scholar. Det kan bety at relevante artikler ikke har kommet med. En styrke er at alle forskningsartiklene er fagfellevurdert og belyser problemstillingen godt. Sykepleierne fra artiklene er erfarne med helsesamtaler, hvilket styrker påliteligheten. At jeg inkluderte en oversiktsartikkel fra et sykepleieperspektiv og fant artikler etter oversiktsartikkelens søkeperiode er også en styrke. Jeg har imidlertid ikke funnet relevant oversiktsartikkel med kvalitativ forskning fra et brukerperspektiv. Litteraturstudien er avgrenset til å omhandle gjennomføring av *endningsfokuserte* helsesamtaler med eldre. På Helsestasjon for eldre er helsesamtaler riktignok vel så relevante for personer som ikke trenger livsstilsendring, noe refleksjonsoppgaven har belyst i mindre grad, men som diskuteres i min forskningsartikkel.



## 6.0 KONKLUSJON

Litteraturstudien viser at god gjennomføring av endringsfokusede helsesamtaler med eldre for det første karakteriseres av personsentrering, som omfatter å lytte og forstå hva som er viktig for den enkelte, gi adekvat informasjon og forstå brukerens behov for å bli kommunisert til. Videre bør helsesamtalen, og informasjonen som gis, tilpasses individuelt, da det potensielt kan styrke motivasjonen. En samtalemål må ikke føre til overstyring av brukerens behov i helsesamtalen. Sykepleieren bør fremme tillit. Dette kan bidra til at brukeren åpner seg, som potensielt kan styrke motivasjon til endring. Å gi positiv støtte og tilbakemeldinger framfor fordømmelse, uavhengig av om livsstilsendringen går bra eller kan «glippe», kan fremme selvtillit, psykologisk empowerment og motivasjon.

Sykepleieren må understreke brukerens frie vilje til å ta egne valg, ellers risikerer autonomien og motivasjonen å undergraves. Motivasjon og psykologisk empowerment kan styrkes dersom brukeren former sin egen endringsprosess og bestemmer hvordan en endring kan skje, uten belæring og fordømmelse fra sykepleieren. Brukeren bør riktignok tilbys tilpasset informasjon om endringmuligheter. Sykepleieren bør anerkjenne brukeren som ekspert på egne mål og tilrettelegge for at brukeren definerer målene selv. Målene bør ikke være avskrekkende eller uoppnåelige, hvilket kan svekke kompetansen og selvtilliten knyttet til endringen, og følgelig motivasjonen. Antakeligvis kan motivasjon og psykologisk empowerment styrkes dersom sykepleierens spørsmål tar utgangspunkt i at brukerens egendefinerte mål skal være spesifikke, målbare, attraktive, realistiske, tidfestet og etiske.

Nødvendig informasjon og kunnskap om hensikten med en helsesamtale og hvorfor livsstilsendring er viktig, kan bidra til psykologisk empowerment og motivasjon. Det er delte meninger mellom sykepleiere og brukere hvorvidt bruk av skremselstaktikk er hensiktsmessig for å motivere til livsstilsendring. Tilstrekkelig tid kan gjøre sykepleieren mer tilstedeværende, slik at brukeren sannsynligvis føler seg bedre lyttet til og forstått. Dette kan gi opplevelse av tilhørighet, som igjen kan virke motivasjonsfremmende. Tid til å utforske egne tanker og følelser kan styrke selvtillit og kompetanse, og lede til psykologisk empowerment og motivasjon.

## LITTERATURLISTE

- Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the mystery of health: How people manage stress and stay well*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Askheim, O. P. (2012). *Empowerment i helse- og sosialfaglig arbeid: Floskel, styringsverktøy, eller frigjøringsstrategi?* Oslo: Gyldendal akademisk.
- Behm, L., Dahlin-Ivanoff, S. & Ziden, L. (2013). Preventive home visits and health - experiences among very old people. *Bmc Public Health*, 13(1).  
<https://doi.org/doi:10.1186/1471-2458-13-378>
- Borge, L., Christiansen, B. & Fagermoen, M. S. (2012). Motivasjon til livsstilsendring hos personer med sykkelig overvekt.
- Brobeck, E., Odenrants, S., Bergh, H. & Hildingh, C. (2014). Patients' experiences of lifestyle discussions based on motivational interviewing: a qualitative study. *BMC Nursing*, 13(1), 13. <https://doi.org/10.1186/1472-6955-13-13>
- Cribb, A. & Duncan, P. (2002). *Health promotion and professional ethics*. Oxford: Blackwell Science.
- Deci, E. L. & Ryan, R. M. (1985). *Intrinsic motivation and self-determination in human behavior*. New York: Plenum.
- Folkehelseinstituttet. (2018). Folkehelse rapporten - kortversjon: Helsetilstanden i Norge 2018. Rapport 2018. Hentet fra  
<https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2018/helsetilstanden-i-norge-20182.pdf>
- Foucault, M. (1980). *Power/knowledge: Selected interviews and other writings 1972-1977*. Brighton: Harvester Press.
- Førland, O. & Skumsnes, R. (2017). Forebyggende og helsefremmende hjemmebesøk til eldre - en oppsummering av kunnskap. Hentet fra  
[https://omsorgsforskning.brage.unit.no/omsorgsforskning-xmlui/bitstream/handle/11250/2476684/Forebyggende og helsefremmende hjemmebesøk til eldre 2018 %28003%29.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://omsorgsforskning.brage.unit.no/omsorgsforskning-xmlui/bitstream/handle/11250/2476684/Forebyggende_og_helsefremmende_hjemmebesok_til_eldre_2018_%28003%29.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Gramstad, D. (2018). Forebyggende hjemmebesøk: Eldres erfaringer [Masteroppgave, Universitetet i Stavanger]. Hentet fra <https://uis.brage.unit.no/uis-xmlui/handle/11250/2562862>
- Heggelund, M. (2012). Eldres erfaringer med førstegangs helsefremmende og forebyggende hjemmebesøk [Masteroppgave, Høgskolen i Buskerud]. Hentet fra

<https://openarchive.usn.no/usn-xmloi/bitstream/handle/11250/142082/Master2012Heggelund%20%282%29.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Helse- og omsorgsdepartementet. (2018). *Leve hele livet: En kvalitetsreform for eldre* (Meld. St. 15 (2017-2018)). Hentet fra

<https://www.regjeringen.no/contentassets/196f99e63aa14f849c4e4b9b9906a3f8/no/pdfs/stm201720180015000dddpdfs.pdf>

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>

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

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

Helsedirektoratet. (2019). Forebyggende hjemmebesøk i kommunen. Hentet fra

<https://www.helsedirektoratet.no/tema/sykehjem-og-hjemmetjenester/forebyggende-hjemmebesok-i-kommunen>

Hörnsten, Å., Lindahl, K., Persson, K. & Edvardsson, K. (2014). Strategies in health-promoting dialogues – primary healthcare nurses' perspectives – a qualitative study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 28(2), 235-244.

<https://doi.org/10.1111/scs.12045>

James, S., Halcomb, E., Desborough, J. & McInnes, S. (2019). Lifestyle risk communication by general practice nurses: An integrative literature review. *Collegian*, 26(1), 183-193.

<https://doi.org/10.1016/j.colegn.2018.03.006>

James, S., McInnes, S., Halcomb, E. & Desborough, J. (2020). Lifestyle risk factor communication by nurses in general practice: Understanding the interactional elements. *Journal of Advanced Nursing*, 76(1), 234-242.

<https://doi.org/10.1111/jan.14221>

Johannessen, A.-K. M. (2015). Pasientsentrert eldreomsorg. *Sykepleien*, (7), 66-69.

<https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2015.54648>

Kööp, K., Tõemets, T. & Kalda, R. (2017). Patients' Experiences and Needs with Lifestyle Counselling in Family Practices. *International Journal of Nursing*, 4(2), 114-125.

<https://doi.org/https://doi.org/DOI:10.15640/ijn.v4n2a10>

Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. utg.). Oslo: Universitetsforl.

- Mæland, J. G. (2016). *Forebyggende helsearbeid: Folkehelsearbeid i teori og praksis* (4. utg.). Oslo: Universitetsforl.
- Nordhus, I. & Ree, A. O. (2002). *Definisjonskatalog for helsestasjons- og skolehelsetjenesten* (KITH Rapport R 15/02). Hentet fra <https://sh.ehelse.no/hkode/arkiv/Delte%20dokumenter/KITH/upload/1978/DefKat-HelSko-v1.pdf>
- 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>
- Sjøbø, B. A., Teigen, S., Alvsvåg, H. & Førland, O. (2016). Hvilken betydning har forebyggende hjemmebesøk? - En kvalitativ studie av eldre menneskers erfaringer. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 2(1), 47-58. Hentet fra [https://www-idunn-no.ezproxy.hioa.no/tidsskrift\\_for\\_omsorgsforskning/2016/01/hvilken\\_betydning\\_har\\_forebyggende\\_hjemmebesok\\_-\\_en\\_kvalit](https://www-idunn-no.ezproxy.hioa.no/tidsskrift_for_omsorgsforskning/2016/01/hvilken_betydning_har_forebyggende_hjemmebesok_-_en_kvalit)
- Skovdahl, K., Blindheim, K. & Alnes, R. E. (2015). Forebyggende hjemmebesøk til eldre - erfaringer og utfordringer. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 1(1).
- Skumsnes, R., Teigen, S., Alvsvåg, H. & Førland, O. (2015). Forebyggende hjemmebesøk til eldre. Idehåndbok med anbefalinger. Utviklingssentrene for sykehjem og hjemmetjenester på Vestlandet og Senter for omsorgsforskning, vest. I.
- Smedt, S. E. D. (2011). *Fem seniorers opplevelse av å få forebyggende hjemmebesøk: En teoretisk og empirisk studie av betydningen forebyggende hjemmebesøk kan ha for å fremme helsen hos seniorer [Masteroppgave, Universitetet i Tromsø]*. Hentet fra <https://munin.uit.no/bitstream/handle/10037/3517/thesis.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Spreitzer, G. M. (1995). Psychological empowerment in the workplace: dimensions, measurement, and validation. (includes appendix). *Academy of Management Journal*, 38(5), 1442. <https://doi.org/10.2307/256865>
- Statistisk sentralbyrå. (udatert). Statistikkbanken: Befolkningsframskrivninger. Hentet 12. mai 2020 fra <https://www.ssb.no/statbank/table/11667>
- Steptoe, A., Deaton, A. & Stone, A. A. (2015). Subjective wellbeing, health, and ageing. *The Lancet*, 385(9968), 640-648. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)61489-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)61489-0)
- Tveiten, S. (2016). *Helsepedagogikk: Pasient- og pårørendeopplæring*. Bergen: Fagbokforl.
- Tøien, M., Heggelund, M. & Fagerström, L. (2014). How do older persons understand the purpose and relevance of preventive home visits? A study of experiences after a first

visit. *Nursing research and practice*, 2014(2014), 640583-640583.

<https://doi.org/10.1155/2014/640583>

Vass, M., Avlund, K., Lauridsen, J. & Hendriksen, C. (2005). Feasible Model for Prevention of Functional Decline in Older People: Municipality-Randomized, Controlled Trial. *Journal of the American Geriatrics Society*, 53(4), 563-568.

<https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2005.53201.x>

Weberg, M. & Almquist, F. (2017). *Helsestasjon for eldre: Sluttrapport*. Oslo: Kirkens bymisjon.

Westbye, B. (2014). Forebyggende hjemmebesøk til eldre: Den gode samtalen [Masteroppgave, Høgskolen i Buskerud og Vestfold]. Hentet fra

<https://docplayer.me/3894274-Forebyggende-hjemmebesok-til-eldre.html>

# VEDLEGG FOR MASTEROPPGAVEN

**Antall sider: 28**

## **Innholdsfortegnelse**

Vedlegg 1: Forfatterveiledning.....	2
Vedlegg 2: Utdrag fra analyseprosessen .....	6
Vedlegg 3: Søkehistorikk for forskningsprosjekt.....	8
Vedlegg 4: Godkjenning fra NSD .....	9
Vedlegg 5: Forespørsel til ansvarlig for Helsestasjon for eldre .....	11
Vedlegg 6: Tillatelse fra ansvarlig for Helsestasjon for eldre.....	12
Vedlegg 7: Informasjonsskriv til potensielle deltakere.....	13
Vedlegg 8: Intervjuguide.....	16
Vedlegg 9: Risiko- og sårbarhetsanalyse (ROS-skjema).....	17
Vedlegg 10: Datamatrikse for forskningsartikler i refleksjonsoppgaven .....	22
Vedlegg 11: Søkehistorikk for refleksjonsoppgaven i kronologisk rekkefølge .....	24

# Vedlegg 1: Forfatterveiledning

28.3.2020

Tidsskrift for omsorgsforskning - Idunn

## Tidsskrift for omsorgsforskning

🔒 Du har tilgang til dette tidsskriftet

## Forfatterveiledning

### OM TIDSSKRIFTET

*Tidsskrift for omsorgsforskning* publiserer vitenskapelige artikler (både empiriske og teoretiske originalartikler), fagartikler, kommentar- og debattartikler, bokanmeldelser, intervjuer og annet faglig innhold. Hovedfeltet er omsorgsarbeid (både det formelle og det uformelle), samt helse- og omsorgstjenestene i kommunene og deres samhandling med andre tjenester. Tidsskriftet publiserer artikler på norsk, svensk, dansk og - etter avtale med redaktøren - engelsk, og har rutiner for fagfelleevaluering av manuskriptene.

*Tidsskrift for omsorgsforskning* er autorisert publiseringskanal på nivå 1.

### INNLEVERING AV MANUS

Før du sender inn ditt manuskript til redaksjonen ber vi om at du leser forfatterveiledningen nøye, og sjekker at:

- Forfatteropplysningene er fullstendige
- Antall ord ikke overskrider maksimumsgrensen for valgt publikasjonstype.
- Noter og referanser er i henhold til veiledningens standard
- Et kort abstrakt og nøkkelord på engelsk og norsk/svensk/dansk er inkludert

Forfattere som ønsker å publisere i *Tidsskrift for omsorgsforskning* må garantere at manuskriptet ikke er publisert eller under vurdering i et annet tidsskrift.

Manuskripter sendes til ansvarlig redaktør som vedlegg til e-postadressen [red-tfo@hvl.no](mailto:red-tfo@hvl.no) (mailto:red-tfo@hvl.no).

### KRAV TIL ARTIKLER

#### Vitenskapelige artikler

Vitenskapelige artikler skal normalt ikke overskride 5000 ord, eksklusiv sammendrag, referanseliste og eventuelle tabeller.

Innsendingen for vitenskapelig artikkel skal inneholde følgende:

- Tittel (gjørne kort og poengtert)
- Sammendrag på hovedspråk, maks 180 ord
- Engelsk tittel
- Engelsk sammendrag, maks 200 ord
- For empiriske artikler skal sammendragene inneholde bakgrunn, metode, hovedresultater og konklusjon.
- 3-6 nøkkelord på norsk og engelsk (som beskriver artikkelen og ikke forekommer i tittelen)
- Selve manusteksten
- Eventuelle nummererte noter, organisert som sluttnoter
- Litteraturreferanser, alfabetisk ordnet i henhold til referansestilen APA

I egne dokumenter:

- Nummererte figurer og tabeller

[https://www.idunn.no/tidsskrift\\_for\\_omsorgsforskning/authors](https://www.idunn.no/tidsskrift_for_omsorgsforskning/authors)

1/6

- Tittelside med tittel på artikkel, forfatterens tittel og navn, institusjonstilknytning og e-postadresse, samt tekst til note med takksigelse, opplysninger om finansiering mm. dersom det er aktuelt.

Til bruk ved presentasjonen av empirisk forankrede originalartikler skal forfatterne helt kort angi

- Hva vet vi allerede om dette emnet?
- Hva tilfører denne studien?

Informasjon om dette settes opp i inntil fire kulepunkter med til sammen maksimum 100 ord som svar på spørsmålene og føyes inn i manuskriptet før sammendraget.

Tidsskriftets artikler har ingen fast mal med hensyn til overskrifter og struktur. Forfatterne oppfordres til å følge en gjennomtenkt struktur i sine manuskripter i overensstemmelse med de fagtradisjoner, metodiske og analytiske tilnærminger arbeidet springer ut av.

Overskrifter og eventuelle underoverskrifter i løpende tekst skal være uten tallangivelse og klart angitt. Det skal være maksimum to nivåer av overskrifter.

### **Fagartikler**

*Tidsskrift for omsorgsforskning* publiserer fagartikler forankret i relevante områder innenfor de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Fagartiklene skal i særlig grad tilby perspektiver, forståelse, erfaring og viten med praktisk relevans. Målgruppen er praksisfeltet.

Fagartiklene skal baseres på ny og viktig innsikt, men er friere i formen enn vitenskapelige artikler. Det legges vekt på klar argumentasjon og god formidling. Fagartikkelen kan inneholde nye empiriske analyser, men kan også være teoretiske arbeider, diskusjoner av faglige metoder, modeller og begreper, oversikter over forskningstemaer eller erfaringsoppsamlinger. Manuskriptene skal normalt inneholde maksimalt 5000 ord. Fagartiklene skal ikke ha stikkord eller et sammendrag på engelsk.

### **Bokanmeldelser og bokessay**

Bokanmeldelser skal normalt inneholde under 1200 ord. Et bidrag her skal inneholde: Bokforfatter, boktittel, utgave/ årstall, forlag, sted, antall sider i boken og hvem anmelder er med stillingstittel og arbeidsplass. Bokessay er omtaler av flere publikasjoner sett i sammenheng. Det gis større rom for å presentere egne perspektiver. Bokessays skal normalt ikke overskride 3000 ord. Bokanmeldelser og bokessays sendes og publiseres etter avtale med redaksjonen. Ta gjerne kontakt for å diskutere mulig bokanmeldelse med redaktøren.

### **Kommentarartikler, debattartikler og kronikker**

Diskusjons-, debattartikler og kronikker drøfter saker og emner som er særlig aktuelle for helse- og omsorgstjenestene i kommunene, samt andre relevante forskningsfaglige temaer. Disse skal normalt ikke overskride 2000 ord.

### **MEDFORFATTERSKAP**

For medforfatterskap kreves at en oppfyller Vancouverreglene. Det vil si at de har bidratt med idé, planlegging og utforming eller analyse og innsamling eller fortolkning av data, har medvirket ved utarbeidelse eller kritisk innholdsmessig revidering av manuskriptet og godkjenning av det endelige manuskriptet. Bidrag skal være vitenskapelig redelig og følge gjeldende lover og etiske retningslinjer (se for eksempel <http://www.etikkom.no/> (<http://www.etikkom.no/>)).

### **REFERANSESTIL**

Tidsskriftet bruker referansestilen APA. Dette nettstedet kan konsulteres for en innføring i hvordan referanser føres: <http://sokogskriv.no/kildebruk-og-referanser/referansestiler/apa-6th/> (<http://sokogskriv.no/kildebruk-og-referanser/referansestiler/apa-6th/>).

### **REFERANSER I TEKST**

APA bruker forfatter og årstall i referanser. Når man refererer eller oppsummerer en kilde settes forfatterens etternavn og årstall i parentes i teksten på denne måten: (Andersen, 2011; Andreassen, 2004; Askheim, 2009). Hvis referansen har to eller flere forfattere benyttes &-tegnet: (Deegan & Anderson 2006).

### **REFERANSELISTE**

Idunn bruker informasjonskapsler (cookies). Ved å fortsette å bruke nettsiden godtar du dette. [Klikk her for mer informasjon \(/info/cookies\)](#)

✘



Referanselisten skrives til slutt etter hovedteksten. Referanselisten føres alfabetisk på første forfatters etternavn.

#### DOI-REFERANSER

Referansene skal alltid inkludere DOI (digital object identifier) for kilder som har dette. DOI skal være en klikkbar URL og plasseres til sist i referansen. Hvis du er usikker på hva DOI-koden til en referanse er, eller om en DOI-kode finnes, kan du gjøre et raskt søk etter tittel, forfatternavn osv. på <http://search.crossref.org/> (<http://search.crossref.org/>)

#### SITAT I TEKSTEN

Sitater over tre linjer skilles ut i eget avsnitt. Kortere sitater integreres i løpende tekst med anførselstegn. Alle sitater må ha en referanse som plasseres i parentes etter sitatet, men før punktum eller komma. Dersom forfatter oversetter sitater, marker dette slik: (Lindgren, 1981, s. 33; egen oversettelse).

Sitater skal ikke kursiveres. **Boktitler og begreper brukt i løpende tekst kan enten kursiveres eller markeres med hermetegn.**

#### TABELLER, FIGURER OG ILLUSTRASJONER

Disse nummereres fortløpende. Marker hvor i manuskriptet hvert element skal plasseres, slik [tabell 1 omtrent her].

Antall tabeller, figurer og illustrasjoner bør begrenses, og tabeller og figurer bør være selvforklarende og ha korte overskrifter. Av hensyn til sitatretten må alle illustrasjoner være relevante og anses som komplement til teksten.

Alle tabeller, figurer og illustrasjoner som benyttes i manuskriptet må være tillatt å publisere. Dersom det ikke er forfatteren selv som har laget figuren, skal navnet på tegner eller fotograf oppgis i figurteksten. Forfatteren innhenter selv tillatelse til bruk av tidligere trykte illustrasjoner. Illustrasjoner må ha oppløsningsgrad på minst 300 dpi.

#### NOTER

Noter skal være i form av sluttnoter.

#### PUBLISERINGSETIKK

Redaksjonen er opptatt av at det som publiseres i tidsskriftene, er av høy faglig kvalitet og følger internasjonale etiske standarder for vitenskapelig publisering. Tidsskriftet følger retningslinjene til Committee of Publication Ethics (COPE) (<https://www.idunn.no/info/publiseringsetikk>).

#### VURDERINGSPROSESSEN

*Vitenskapelige artikler* blir først vurdert av redaktør med tanke på relevans og kvalitet. Dersom manuskriptet vurderes som relevant og av tilstrekkelig kvalitet, blir det sendt til to eller flere fagfeller for vurdering. Verken forfatters eller fagfellers identitet gjøres kjent for partene.

De oppnevnte fagfellene skal i sin vurdering legge vekt på at bidragene

- er i en form som gjør resultatene etterprøvbare eller anvendelige for andre forskere og praktikere
- er i et språk som gjør det tilgjengelig for forskere og praktikere i målgruppen for *Tidsskrift for omsorgsforskning*
- viser kjennskap til sentral faglitteratur innenfor sitt tema
- presenterer ny innsikt

*Fagartikler* blir også først vurdert av redaktøren med tanke på relevans og kvalitet. De vurderes av bare én fagfelle. Fagartiklene presenterer erfaringer, faglig kunnskap og vurderinger i en friere form enn vitenskapelige artikler, jf. eget avsnitt over.

Forfatter vil motta ferdig pdf av artikkelen når den er publisert.

#### RETTIGHETER

Idunn bruker informasjonskapsler (cookies). Ved å fortsette å bruke nettsiden godtar du dette. [Klikk her for mer informasjon \(/info/cookies\)](#)

✘


Artikler gjengitt i tidsskriftet reguleres av bestemmelser gjengitt i Avtale om normalkontrakt for utgivelse av litterære verk i tidsskrift av 10. november 2010 mellom Den norske Forleggerforening og Norsk faglitterær forfatter- og oversetterforening. Avtalen kan leses på <http://www.nffo.no> (<http://www.nffo.no/>).


Artikler gjengitt i tidsskriftet vil bli lagret og gjort tilgjengelig på Idunn, Universitetsforlagets database for elektronisk distribusjon av tidsskrifter ([www.idunn.no](http://www.idunn.no)).


---

ISSN Online: 2387-5984    ISSN Print: 2387-5976    DOI: 10.18261/issn.2387-5984 (<https://doi.org/10.18261/issn.2387-5984>)    Utgiver: Universitetsforlaget

---

 [RSS \(/tools/rss?tidsskrift=tidsskrift\\_for\\_omsorgsforskning\)](/tools/rss?tidsskrift=tidsskrift_for_omsorgsforskning)

 [Send inn manus \(mailto:red-tfo@hvl.no\)](mailto:red-tfo@hvl.no)

 [Annonsering \(http://www.universitetsforlaget.no/tidsskrift/annonseinformasjon\)](http://www.universitetsforlaget.no/tidsskrift/annonseinformasjon)

## Vedlegg 2: Utdrag fra analyseprosessen

Helhetsinntrykk Villnis til foreløpige temaer	Meningsbærende enheter Foreløpige temaer til koder og sortering		Kondensering Koder til underkategorier og kondensat		Syntese Kondensat til beskrivelser og hovedkategorier	
Foreløpige temaer	Kodegruppe	Meningsbærende enheter	Underkategori	Kondensat (kunstige sitater i jeg-form) og gullsitater.	Synteser (beskrivelser til hver underkategori)	Hovedkategori
Kosthold og alkohol	Helsesamtalens betydning for kostholds- og alkoholvaner	<p>Så det har jeg begynt med og har jo halve skuffen med grønnsaker, så det har jo gått greit da. Men det er jo bare deilig det. Nå har jeg begynt å knaske på det istedet for å spise kjeks og sånt noe. (...) Sittet her og sett på TV og knasket på noe kjeks.(...) Men nå er det gulrot i stedet da, så det er jo bra. Forandring. (...)</p> <p>Så sitter jeg og drar ut en sånn (brokkoli-)stilk der da. Så sitter jeg og tygger litt på den. Også spiser jeg en del frukt da. (...) H*n (sykepleieren) sa «det (frukt) var bra på kroppen» sa h*n, og blodsukkeret og alt mulig. Det har jeg funnet ut det da, men det visste jeg jo også.</p> <p>Kostholdet må jeg ikke drive og spise noe som ikke er sunt da. Så har jeg lest meg littegranne frem og tilbake på dette her. Du skal ikke ha... For jeg sa jo til h*n (sykepleieren) allerede første gangen jeg snakket med henne «Og jeg er så glad i fete oster», når h*n (sykepleieren) begynte å mase litt om kostholdet sitt (...) Men joda, neida, det var sånn greit. (...) Da skulle jeg kunne ha fest en gang i blant, ja.</p> <p>Jeg måtte jo bare innrømme om at jeg har kanskje litt for lite fisk. hun synes at jeg burde ha fisk to ganger i uka i hvert fall. Nei, men jeg prøver å ha fisk to dager i uka da.</p> <p>Og kosthold er sånn rimelig, daglig enkelt kosthold. Det er riktig at h*n *sykepleieren* sa: «Du må prøve å øke mengden av frukt og grønnsaker». Vi gikk litt i detalj om kostholdet vårt. Jeg vet jo i grunn det... Jeg vet det jo. Det var... Det gikk jo rett i den dårlige samvittigheten det. Vi har... Altså vi snakket om det ideelle, og vi har et kosthold med frukt og grønt, men ikke veldig, veldig mye. Men heller ikke mye</p>	Bevisstgjøring eller forbedring av kostholdet	<p>H*n (sykepleieren) ville at jeg skulle øke mengden frukt og grønnsaker. Nå har jeg begynt å knaske på gulrot i stedet for kjeks, og har halve skuffen med grønnsaker. Jeg har ikke spist så mye grønnsaker som jeg har gjort nå. H*n (sykepleieren) sa frukt var bra for blodsukkeret, så jeg spiser en del frukt. Jeg har forandret mye på kostholdet etter at jeg snakket med h*n (sykepleieren). Jeg er klar over at det er sunt å spise frukt og grønt. Jeg vet det jo. Det gikk rett i den dårlige samvittigheten det. Så kanskje jeg skal tenke litt på kostholdet etter h*s (sykepleierens) innspill. Jeg tenker ikke på å endre noe særlig i kostholdet. «Jeg bare husker h*s (sykepleierens) ord: «Da øker du grønt og frukt også går du litt ned på vin», sa h*n. Så dette har jeg i bakhodet» Hvis jeg skal øke frukt og grønt må jeg endre doseringen av en medisin. Så jeg spiser veldig lite grønt av den grunn, så det h*n (sykepleieren) sa om frukt og grønt var ikke noe jeg la på sinnet. Jeg fikk ikke tilbakekalling da jeg kom hjem om at h*n snakket noe om frukt. Det var borte. «Det var fint å få bekreftet at fysisk aktivitet er bra og kostholdet må jeg passe meg for og sånn». Jeg er klar over disse rådene. Jeg husker det ikke og det betyr at vi var enige. Det fester seg ikke hos meg for jeg vet, jeg vet. Jeg har veldig god greie på kosthold, for en venninne er ernæringsfysiolog. Jeg vet at jeg bør spise middag hver dag og gjør så godt som det. H*n (sykepleieren) synes jeg burde ha fisk to ganger i uka, så jeg prøver å ha det. H*n sa jeg ikke måtte bli tynnere, men jeg gjør ikke noe for å holde meg sånn heller da. Jeg må ikke spise noe som ikke er sunt da, men vi gikk ikke noe inn i hva jeg skulle spise og ikke. Men jeg skulle kunne ha fest en gang i blant med fete oster som jeg er så glad i».</p>	<p>Flere ble bevisst viktigheten av frukt og grønnsaker under helsesamtalen.</p> <p>En mann uttrykte at frukt-og-grøntrådene gikk «rett i den dårlige samvittigheten» og hevdet å «kanskje tenke litt på kostholdet etter hennes innspill», for senere å si at han «tenker ikke på (...) å endre noe særlig».</p> <p>En mann fortalte om kostholdsendringer etter helsesamtalene: «Nå har jeg begynt å knaske på det (grønnsaker) istedenfor å spise kjeks og sånt noe. (...) Også spiser jeg en del frukt da. H*n (sykepleieren) sa det var bra for kroppen og blodsukkeret (...)».</p> <p>En kvinne prøvde å spise fisk to ganger ukentlig etter helsesamtalen.</p>	Delvis betydning for kosthold, alkohol og aktivisering, og for innsikt i muligheter

av ting som er litt usunne. Så kanskje tenke litt på kostholdet etter h\*s (sykepleierens) innspill. Jeg bare husker h\*s (sykepleierens) ord: «Da øker du grønt og frukt også går du litt ned på vin», sa h\*n. Så dette har jeg i bakhodet  
Jeg tenker ikke på (...) å endre noe særlig. Det blir jo aldri fem om dagen, det blir jo ikke det, men et par-tre? Ja, nei, ikke et par-tre... Fra to til fire da, sånn litt forskjellig, men det blir alltid litt grønt og alltid litt tomat med salatblad til maten og... Så spiser vi relativt lite. Og veldig lite, ikke mye kjøtt egentlig.

Da var kanskje h\*n (sykepleieren) litt for at du liksom skulle spise frukt og grønt. (...) Men h\*n var veldig... Det skjønte jeg på h\*n. (...) Så h\*n var veldig obs på at jeg skulle... På at det var sunt da. (...) Men hva er sunt i mitt tilfelle da? (...) Men at jeg ikke får i meg grønt, det tenker ikke jeg på. Nei, det var ikke noe sånn som jeg fikk tilbakekalling når jeg kom hjem og fikk sette meg i stolen at «Ja, h\*n (sykepleieren) snakka noe om frukt liksom». Det... Det var borte. Det var liksom den samtalen også, det var ikke noe som jeg hengte meg opp i noe som helst.

Du skjønner, jeg husker ikke det og det betyr at vi var enige. Jeg har veldig god rede på kosthold, for en av mine beste venner hun er jo ernæringsfysiolog, så... Og vi har (...) snakket mye om kost, så det liksom fester seg ikke hos meg, for jeg vet, jeg vet.

#### **Gullsitater:**

«Også fikk jeg det at jeg skulle trimme og spise sunt. Også mye gulrøtter og grønnsaker. Så det har jeg begynt med og har jo halve skuffen med grønnsaker, så det har jo gått greit da. (...) Jeg har ikke spist så mye grønnsaker som jeg har gjort nå da. Men det er jo bare deilig det. Nå har jeg begynt å knaske på det istedet for å spise kjeks og sånt noe. Sittet her og sett på TV og knasket på noe kjeks. Men nå er det gulrot i stedet da, så det er jo bra. Forandring. (...) Også spiser jeg en del frukt da. H\*n (sykepleieren) sa «det var bra på kroppen» sa h\*n, og blodsukkeret og alt mulig. Det har jeg funnet ut det da, men det visste jeg jo også. (...) Men jeg har forandret mye på kostholdet etter jeg snakket med h\*n (sykepleieren) da, det har jeg gjort. Men får jeg lyst på noe så spiser jeg det. (...) Jeg har holdt på i en måned nå, så det går veldig greit.»

«(...) Men at jeg ikke får i meg grønt, det tenker ikke jeg på. Nei. (...) Nei, det var ikke noe sånn som jeg fikk tilbakekalling når jeg kom hjem og fikk sette meg i stolen at «Ja, h\*n (sykepleieren) snakka noe om frukt liksom». Det... Det var borte. Det var liksom den samtalen også, det var ikke noe som jeg hengte meg opp i noe som helst»

«Det gikk jo rett i den dårlige samvittigheten det. Vi har... Altså vi snakket om det ideelle, og vi har et kosthold med frukt og grønt, men ikke veldig, veldig mye. Men heller ikke mye av ting som er litt usunne. Så kanskje tenke litt på kostholdet etter h\*s (sykepleierens) innspill. (...) Jeg bare husker h\*s (sykepleierens) ord: «Da øker du grønt og frukt også går du litt ned på vin», sa h\*n. Så dette har jeg i bakhodet»

En kvinne nevnte hun aldri hadde vært opptatt av kosthold, men skjønte fra helsesamtalene at kostholdet er viktig. Hun hadde ikke fått detaljerte kostholdsråd enda, men hadde begynt å lese om kosthold.

To festet seg ikke ved kostholdsrådene; en kvinne fordi hun mente hun etterlevde rådene, mens en mann spiste lite frukt og grønnsaker av medisinske årsaker.

### **Vedlegg 3: Søkehistorikk for forskningsprosjekt**

Da jeg ikke har funnet litteratur spesifikt rettet mot Helsestasjon for eldre, har jeg sett på kvalitativ litteratur om forebyggende hjemmebesøk i forkant av forskningsprosjektet. Førland & Skumsnes (2017) har publisert en kunnskapsoppsummering om forebyggende hjemmebesøk, der de har inkludert masteroppgaver. Jeg har benyttet alle kvalitative studier fra kunnskapsoppsummeringen. I tillegg gjorde jeg manuelle søk på forebyggende hjemmebesøk etter artikkelens søkeperiode, og fant masteroppgaven til Gramstad (2018).

## Vedlegg 4: Godkjenning fra NSD

### NSD sin vurdering

**Prosjekttittel**

Opplevelser, erfaringer og konsekvenser av helsesamtalen for besøkende på Helsestasjon for eldre - en kvalitativ studie

**Referansenummer**

844758

**Registrert**

28.08.2019 av Sidsel Tveiten - stveiten@oslomet.no

**Behandlingsansvarlig institusjon**

OsloMet - storbyuniversitetet / Fakultet for helsevitenskap / Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid

**Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)**

Sidsel Tveiten, sidsel.tveiten@oslomet.no, tlf: 67236549

**Type prosjekt**

Studentprosjekt, masterstudium

**Kontaktinformasjon, student**

Julia Christine Ligaard, s233022@oslomet.no, tlf: 97408225

**Prosjektperiode**

23.09.2019 - 31.12.2022

**Status**

05.09.2019 - Vurdert

**Vurdering (1)**

---

**05.09.2019 - Vurdert**

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet den 05.09.2019 med vedlegg. Behandlingen kan starte. MELD VESENTLIGE ENDRINGER Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilke type endringer det er nødvendig å melde:

[https://nsd.no/personvernombud/meld\\_prosjekt/meld\\_endringer.html](https://nsd.no/personvernombud/meld_prosjekt/meld_endringer.html) Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres. TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET Prosjektet vil behandle særlige kategorier av personopplysninger om helseforhold

og alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 31.12.2022. LOVLIG GRUNNLAG Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 nr. 11 og art. 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse, som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake. Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes uttrykkelige samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a, jf. art. 9 nr. 2 bokstav a, jf. personopplysningsloven § 10, jf. § 9 (2).

PERSONVERNPRINSIPPER NSD vurderer at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen om: - lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen - formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke viderebehandles til nye uforenlige formål - dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet - lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet

DE REGISTRERTES RETTIGHETER Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: åpenhet (art. 12), informasjon (art. 13), innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), underretning (art. 19), dataportabilitet (art. 20). NSD vurderer at informasjonen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13. Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned.

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1. f) og sikkerhet (art. 32). For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må dere følge interne retningslinjer og eventuelt rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon. OPPFØLGING AV PROSJEKTET NSD vil følge opp underveis (hvert annet år) og ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet/ pågår i tråd med den behandlingen som er dokumentert. Lykke til med prosjektet! Kontaktperson hos NSD: Jørgen Wincentzen Tlf. Personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)

## **Vedlegg 5: Forespørsel til ansvarlig for Helsestasjon for eldre**

### **Forespørsel om gjennomføring av forskningsprosjekt «Opplevelser, erfaringer og konsekvenser av helsesamtalen for besøkende på Helsestasjon for eldre»**

Jeg er masterstudent i Empowerment og helsefremmende arbeid på OsloMet - storbyuniversitetet, og ønsker å gjennomføre en kvalitativ studie om deltakernes opplevelser og erfaringer med helsesamtalen på Helsestasjon for eldre. Hensikten er å få mer kunnskap om tilbudets betydning, som kan være nyttig for videreutvikling av tilbudet hos dere og i andre kommuner. Jeg ber med dette om tillatelse til å gjennomføre datainnsamling av personer som har deltatt på helsesamtalen på Helsestasjon for eldre. Jeg vil ikke ha tilgang på personopplysninger om deres innbyggere før aktuelle intervjudeltakere har samtykket til at jeg får navn, fødselsår og telefonnummer. Rekrutteringen og samtykket til deltakelse foregår via helsestasjonens ansatte. Det er ønskelig å gjennomføre individuelle intervju med 6-8 personer. Tidsestimatet er en time pr. intervju.

Prosjektet er godkjent av Norsk Senter for Forskningsdata.

Ved spørsmål vedrørende undersøkelsen kan undertegnede kontaktes på telefon xx xx xx xx eller på e-post [xx@xx.xx](mailto:xx@xx.xx). Professor Sidsel Tveiten ved OsloMet – storbyuniversitetet er prosjektansvarlig, og kan kontaktes på dagtid på telefon xx xx xx xx eller på e-post [xx@xx.xx](mailto:xx@xx.xx).

Med vennlig hilsen

Julia Christine Ligaard

Masterstudent i Empowerment og helsefremmende arbeid

OsloMet - storbyuniversitetet



## **Vedlegg 6: Tillatelse fra ansvarlig for Helsestasjon for eldre**

Hei Julia,

Jeg kan bekrefte at du kan undersøke våre innbyggere etter kriteriene informert om i vedlegget du sendte

Med vennlig hilsen

xxxxxxxxxxx (ansvarlig for den aktuelle Helsestasjon for eldre)

## **Vedlegg 7: Informasjonsskriv til potensielle deltakere**

### **Vil du delta i forskningsprosjektet**

#### ***”Opplevelser og erfaringer med helsesamtalen på Helsestasjon for eldre”?***

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor hensikten er å få kunnskap om opplevelser og erfaringer med helsesamtalen på Helsestasjon for eldre. Forskningsprosjektet gjøres av en mastergradsstudent.

#### **Hva innebærer det for deg å delta?**

Deltakelse innebærer at du intervjues om dine opplevelser og erfaringer med helsesamtalen du hadde på Helsestasjon for eldre. Intervjuet foregår individuelt i løpet av høsten 2019. Intervjuet blir tatt opp på lydopptaker og lagret på lydfil, og vil deretter bli skrevet ned. Dette brukes til en analyse og til publikasjon av en forskningsartikkel. Du vil ikke kunne gjenkjennes i publikasjonen.

#### **Det er frivillig å delta og du har mulighet til å trekke deg**

Det er frivillig å delta i prosjektet. Du kan når som helst trekke ditt samtykke uten å oppgi grunn. Alle opplysninger om deg vil da bli fjernet, med mindre de allerede er inngått i analyser eller brukt i publikasjoner. Dersom du senere ønsker å trekke deg eller har spørsmål til prosjektet, kan du kontakte mastergradsstudent eller prosjektleder.

#### **Hva skjer med informasjonen om deg?**

Opplysningene om deg brukes bare til formålet som beskrevet over. Opplysningene blir behandlet uten navn og kontaktopplysninger. Dialekt eller gjenkjennbare uttrykk og sitater vil bli omformulert. Kjønn og alder er de eneste opplysningene som blir oppgitt i publikasjonen.

Navnet og kontaktopplysningene dine vil erstattes med en kode som lagres på egen navneliste adskilt fra øvrige data. Opplysningene er innelåst og kryptert med passordbeskyttelse. Datamaterialet blir slettet senest fem år etter prosjektslutt.

## Hva gjør jeg for å delta?

Vi ber deg **ringe eller sende tekstmelding til helsestasjonen på telefon xx xx xx xx eller svare på e-post [xx@xx.xx](mailto:xx@xx.xx) innen én uke** fra du fikk dette skrevet i posten om du ønsker å delta eller ikke. Hvis du takker ja samtykker du til at mastergradsstudenten og prosjektlederen får tilgang til ditt navn, fødselsår og telefonnummer. Samtykkeerklæringen på siste side i dette skrevet kan leveres til mastergradsstudenten på intervjudagen. NB: Vi trekker ut deltakere til studien dersom det blir flere enn seks til åtte inviterte som takker ja til å være med.

## Dine rettigheter

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg,
- å få rettet personopplysninger om deg,
- få slettet personopplysninger om deg,
- få utlevert en kopi av dine personopplysninger, og
- å sende klage til personvernombudet eller Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

## Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Institusjonen OsloMet – storbyuniversitetet er ansvarlig for prosjektet, og prosjektleder er professor Sidsel Tveiten. Prosjektet er godkjent av Norsk senter for forskningsdata AS, som har vurdert at behandlingen av personopplysninger er i samsvar med personvernregelverket.

## Hvor kan jeg finne ut mer?

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

- Mastergradsstudent Julia Christine Ligaard. E-post: [s233022@oslomet.no](mailto:s233022@oslomet.no)  
Telefon: 97 40 82 25
- Prosjektleder er professor Sidsel Tveiten ved OsloMet – storbyuniversitetet. E-post: [sidsel.tveiten@oslomet.no](mailto:sidsel.tveiten@oslomet.no). Telefon: 67 23 65 49
- Vårt personvernombud: Ingrid S. Jacobsen. E-post: [personvernombud@oslomet.no](mailto:personvernombud@oslomet.no)
- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS, på epost ([personverntjenester@nsd.no](mailto:personverntjenester@nsd.no)) eller telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

Sidsel Tveiten  
Professor og prosjektansvarlig

Julia Christine Ligaard  
Mastergradsstudent

## Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet «Opplevelser og erfaringer med helsesamtalen på Helsestasjon for eldre», og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i individuelt dybdeintervju som blir tatt opp på lydbånd
- at mitt navn, fødselsår og telefonnummer blir gjort kjent for mastergradsstudent og prosjektleder
- at opplysninger om alder og kjønn publiseres
- at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet, innen utgangen av år 2022

---

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

## Vedlegg 8: Intervjuguide

- Bor du sammen med noen?
- Har du familie i nærheten?
  
- Hvordan fikk du vite om tilbudet på Helsestasjon for eldre?
- Hva fikk deg til å takke ja til samtale på Helsestasjon for eldre?
- Hvilke forventninger hadde du til samtalen?

### *Vise samtalemalen som ble benyttet i helsesamtalen*

- Hva synes du om samtalen? Hva fikk *du* ut av den? Synes du samtalen var meningsfull? Fortell hva det var ved samtalen som var meningsfylt for deg. Var det det å få snakke med noen? Temaene?
- Hvordan var det å være deg underveis i samtalen? Fortell. Opplevde du å bli hørt og forstått? Hvor forståelig synes du informasjonen i samtalen var? Hva var lett og vanskelig å forstå?
- Hvilke av temaene opplevde du som viktige å snakke om eller å bli informert om? Hva har det betydd for deg? Har det påvirket deg videre? Gjorde du noen endringer i hverdagen? Hvilke endringer gjorde du? Hva gjorde det med deg? Fortell. Tenker du annerledes på livet ditt og fremtiden? Planlegger du noen endringer? Fortell.
- *Hvis intervjupersonen opplevde samtalen mindre meningsfylt:* Hva er det som gjør at samtalen ikke betydde så mye for deg? Var det innholdet i samtalen? At du følte deg frisk og orientert om tilbud fra før? Andre ting?
- Hva mener du kunne bidratt til at samtalen hadde blitt mer nyttig for deg? Var det noe du savnet i samtalen? Fortell. Hva kunne vært gjort annerledes?
- Hva mer har du lyst til å si om helsesamtalen?

## **Vedlegg 9: Risiko- og sårbarhetsanalyse (ROS-skjema)**

ROS-skjema er på 4 sider og begynner på neste side.

## RISIKO- OG SÅRBARHETSANALYSE FOR FORSKNINGSPROSJEKT VED OSLOMET

Fyll ut arkene 1) Risikovurdering og 2) Oppsummering, Prioritering.

Se på arkfane "Veileder" for ytterligere informasjon.

Forskningsprosjekt - tittel:  
 Prosjektleder:  
 Prosjekt nr NSD (hvis aktuelt):  
 Prosjekt nr BEK (hvis aktuelt):  
 Prosjekt nr i UBW (Agresso) (hvis aktuelt):  
 Prosjektets formål (kort beskrivelse):

Opplevelser og erfaringer av helsesamtalen - En kvalitativ studie av deltakere på Helsestasjon for eldre  
 Sidsel Tveiten

844758

Utvikle kunnskap om deltakernes opplevelser og erfaringer av helsesamtalen på Helsestasjon for eldre, som kan bidra til videreutvikling av tilbudet i ulike kommuner.  
 Ca. 8.

Imbyggere i en kommune

Antall registrerte informanter :  
 Kategorier av registrerte informanter (f.eks. studenter, medlemmer i et medlemsregister, pasienter)  
 Beskriv hvordan eventuelle koblingsnøkkler lagres:  
 Antall prosjektmedarbeidere i forskningsprosjektet?

Minnepenner er passordbeskyttet og kryptert slik at ikke uvedkommende har adgang. Imidlertid er låst når den ikke brukes.  
 Måsterstudent og veileder. To på helsestasjonen rekrutterer.

Dokumentet skal lagres i arkivsystemet P360. Slik gjør du det:

- 1) Trykk på 360 øverst på høyre side i menylinja, etter at du har fylt ut skjemaet.
- 2) Logg på P360.
- 3) Trykk: Lag som nytt dokument. P360. Det åpnes et vindu/sak i P360. Velg "Notat uten oppfølging".
- 4) Fyll ut saksnummer som gjeldt ditt fakultet/sentra og tittel på dokumentet. (Se egen bruksanvisning).
- 5) Trykk "Fullfør".

Saksnr. i P360:  
 HV: 18/09630  
 LUI: 18/10490  
 SAM: 18/11207  
 SPS: 18/11221  
 SVA: 18/11208  
 TKD: 18/09703

Nr.	Kategori	Underkategorier	Hendelse	Beskrivelse/verdivurdering	Risikoelement	Eksisterende tiltak	Risikonivå			Nye tiltak
							S	K	Risiko	
	Vurder kun hendelser og risikoelement som er reelle og relevante for dette prosjektet. Bruk nedtrekksmeny (drop down). Du kan velge samme kategori på flere linjer.	Benytt nedtrekksmeny (drop down).	Hva kan skje?	Hva er den uønskede hendelsen? Hvilke tap oppstår? Hvilken betydning for prosjektet?	Brudd på KIT (K = Konfidensialitet, I = Integritet, T = Tilgjengelighet). Se på arkfane "Veileder" for ytterligere informasjon.  Fyll ut kolonnene til høyre, om eksisterende tiltak, risikonivå og nye tiltak basert på de risikoelementene som er aktuelle, slik det er gjort i eksempel under.	Hva kan hindre det i å skje? Hvordan kan det oppdages? Spesifiser allerede eksisterende tiltak.	Samsynlighet og konsekvens på en skala fra 1 til 4. 1 = Lav/liten, 4 = Svært høy. Risiko genereres automatisk som resultat av samsynlighet og konsekvens.			Beskriv forslag til nye tiltak. De kan deles opp i organisatoriske, menneskelige og teknologiske sikringstiltak.
EKSEMPEL	Datainnsamling	Lyddoptak	Mister diktafon/ekstert minnekort på vei fra informant til universitetet.	Uvedkommende får tilgang på opplysninger om informanter. Alle intervju data som er lagret på diktafon/minnekort mistes. Betydning for prosjektet avhenger av hvor mye informasjon som er lagret på diktafonen.	Konfidensialitet (At informasjon ikke blir kjent for uvedkommende)	Overføre informasjon fra diktafon/ekstert minnekort til annen lagringsenhet (kryptert minnepen) etter hvert intervju.	2	3	5	Kryptere diktafon. Vurdere å bruke mobilapp.
	Datainnsamling	Intervju	Tap eller tyveri av transkribert fil lagret på bærbart utstyr	Uvedkommende kan kjenne igjen opplysninger i filen, da den ikke er tilstrekkelig identifisert. Tap eller tyveri av fil lagret på bærbart utstyr	Konfidensialitet	Samme som for konfidensialitet.  Bærbart utstyr skal oppbevares trygt og innlåst etter at det er brukt. Innsamlende data (lydfiler på minnekort) skal transkriberes og autentifiseres umiddelbart etter intervju. OsioNet sin båndopptaker benyttes. Lydfiler oppbevares innlåst på kryptert minnepenne. Lydfilene slettes så fort de er transkribert.	3	4	7	Gjøre nytt intervju
1							1	1	2	

2	<p><b>Datainnsamling</b></p>	<p><b>Lydopptak</b></p>	<p>Koblingsnøkkel er ikke forsvarlig sikret</p>	<p>Koblingsnøkkel som avslører personidentifiserende data (navn, telefonnummer) avsløres og bidrar til at informanter identifiseres</p>	<p><b>Integritet</b></p> <p>Tilgjengelighet</p>	<p>Infomasjon skal ikke endres unødlig ved aidentifisering</p>	<p>0</p>	<p>0</p>	<p>[Tekst]</p>
3	<p><b>Analyse</b></p>	<p><b>Intervjucoding</b></p>	<p>Lønsket utlevering av personopplysninger</p>	<p>Koblingsnøkkel lagres på et eksternt minnekort. Minnekortet låses og oppbevares separat i et skap og uten tilgang for uvedkommende. Lydfiler transkriberes umiddelbart og minnekort oppbevares i låsbart skap og de slettes etter OsloMets rutiner. Liste med koblingsnøkkel oppbevares i et annet låsbart skap sammen med signerte samtykkeskjemaer (som oppbevares i lukkede konvolutter) på OsloMet.</p>	<p><b>Integritet</b></p> <p>Tilgjengelighet</p> <p>Konfidensialitet</p>	<p>Infomasjon vil ikke endres og skal ikke være tilgjengelig for uvedkommende</p> <p>Koblingsnøgkelen er det kun studenten som har tilgang til.</p> <p>Hver informant aidentifiseres (personnavn, stedsnavn og andre personidentifiserende data fjernes) ved transkripsjon slik at det ikke blir mulig å identifisere enkeltpersoner i teksten.</p> <p>Infomasjon vil ikke endres vesentlig og den vil ikke være tilgjengelig for uvedkommende.</p> <p>Det er kun studenten og veileder som vil ha tilgang til informasjon.</p>	<p>1</p>	<p>1</p>	<p>[Tekst]</p>
					<p>0</p>	<p>1</p>	<p>0</p>	<p>0</p>	<p>[Tekst]</p>



4	Analyse	Transkribering	Uønsket utlevering av personopplysninger	Konfidensialitet	<p>Studenten aidentifiserer informasjon ved transkripsjon slik at data som kan skape gjenkjenneelse (f.eks. navn, sted, tid, dialekt, gjenkjennbare uttrykk, spesielle historier, sjelden diagnose) fjernes. Kun OsloMets datamaskin brukes ved transkripsjon og denne skal være frakoblet nettverk.</p>	1	1	2	[Tekst]
5	Analyse	Andre	Uønsket utlevering av personopplysninger	Konfidensialitet	<p>Ingen andre enn student og veileder skal ha tilgang til transkriberte tekster. Alt materiale som analyseres er aidentifisert.</p>	1	1	2	[Tekst]
6	Avslutning	Slette	Uønsket utlevering av personopplysninger	Konfidensialitet	<p>Informasjon vil ikke endres og skal ikke være tilgjengelig for uvedkommende</p> <p>Det er kun studenten og veileder som har tilgang til informasjonen.</p> <p>Lydfiler lagres på krypterte minnepinner som oppbevares innelåst på OsloMet. Lydfiler transkriberes (og aidentifiseres) på en Pc som ikke er koblet til nettverk. Lydfilene destrueres ved prosjektslutt. Koblingsnøkkel lagres innelåst et annet sted enn lydfilene, og slettes så raskt den ikke har noen verdi etter datainnsamling.</p>	0	0	0	[Tekst]
				Integritet	<p>Informasjon vil ikke være tilgjengelig for uvedkommende og vil ikke endres</p>	0	0	0	[Tekst]
				Tilgjengelighet	<p>Det er kun studenten og veileder som har tilgang til informasjonen.</p>	1	1	2	[Tekst]
				Integritet	<p>Informasjon vil ikke endres</p>	0	0	0	[Tekst]
				Tilgjengelighet	<p>Det er kun studenten og veileder som har tilgang til informasjonen.</p>	1	1	2	[Tekst]

7	Avslutning	Anonymisering	Uønsket utlevering av personopplysninger	Konfidensialitet	I den ferdige masteroppgaven skal ikke informanters identitet kunne bidra til gjenkjenneelse. Kun alder og kjønn publiseres hva gjelder personopplysninger. Dialekt og gjenkjennbare uttrykk omformuleres. Sensitive fortellinger og opplysninger som kommer frem i materialet unngås ved publisering.	1	1	2	[Tekst]
				Integritet	Infomasjonen vil ikke endres og kommer ikke til å være tilgjengelig for uvedkommende	0	0	0	[Tekst]
				Tilgjengelighet	Det er kun studenten og veileder som har tilgang til informasjonen.	1	1	2	[Tekst]
	Avslutning	Lagingskrav etter prosjektslutt	Uønsket utlevering av personopplysninger	Konfidensialitet	Minnekort, kodenøkkel og infomerte samtykkeskjemaer destrueres etter avsluttet prosjekt.	1	1	2	[Tekst]
8				Integritet	Infomasjon vil ikke endres og skal ikke være tilgjengelig for uvedkommende	0	0	0	[Tekst]
				Tilgjengelighet	Det er kun studenten og veileder som har tilgang til informasjonen.	1	1	2	[Tekst]
	Teknisk	Andre	Uønsket utlevering av personopplysninger	Konfidensialitet	Transkriberingen av kvalitative data samlet via intervjuer skjer på OsloMets PC'er, og er ikke koblet til Internett, etter OsloMets regler.	1	1	2	[Tekst]
9				Integritet	Infomasjon vil ikke endres og skal ikke være tilgjengelig for uvedkommende	0	0	0	[Tekst]
				Tilgjengelighet	Det er kun studenten og veileder som har tilgang til informasjonen.	1	1	2	[Tekst]

## Vedlegg 10: Datamatrikse for forskningsartikler i refleksjonsoppgaven

Forfattere	År	Tittel	Hensikt	Metode	Resultater
Brobeck, E., Odencrants, S., Bergh, H. & Hildingh, C.	2014	Patients' experiences of lifestyle discussions based on motivational interviewing: a qualitative study	Beskrive hvordan pasienter i kommunehelsetjenesten opplever MI-basert livsstilsveiledning.	Kvalitative intervjuer av mennesker som har deltatt på livsstilsdiskusjoner basert på MI	MI-basert livsstilsdiskusjon fremmet selvbestemmelse i endringsprosessen, men forutsatte en gjensidig samhandling, som ga pasientene en følelse av velvære. Diskusjonen kunne bidra til endring når den resulterte i ny tenkning om livsstil og når pasientens egne initiativ ble oppmuntret. Pasientens frie vilje til å gjøre endringer og sykepleierens sensitivitet for pasienten kunne fremme endring.
Hörnsten, Å., Lindahl, K., Persson, K. & Edvardsson, K.	2014	Strategies in health-promoting dialogues – primary healthcare nurses' perspectives – a qualitative study.	Beskrive strategier som benyttes i helse- og livsstilssamtaler.	Kvalitative intervjuer av sykepleiere i kommunehelse tjenester som utfører helsesamtaler til eldre.	Sykepleierne brukte ulike strategier om helse og livsstil: «Veiledende vs. repressiv strategi», «Pasientsentrert samtale vs. styrende samtale», «Motivere og støtte vs. ansvarliggjøre» og «Utforske emosjonelt ladede emner eller unngå å utforske».
James, S., Halcomb, E., Desborough, J. & McInnes, S.	2019	Lifestyle risk communication by general practice nurses: An integrative literature review.	Gjennomgå litteratur som undersøker erfaringer og perspektiver til sykepleiere i kommunehelsetjenesten om kommunikasjon til pasienter med livsstilsrisikofaktorer.	Oversiktsartikkel om livsstilskommunikasjon fra sykepleierperspektiv (både kvalitative og kvantitative)	Livsstilsveiledning støtter effektivt mestring av kroniske sykdommer og livsstilsendring. Fire nøkkelfaktorer hadde betydningen i samhandlingen mellom sykepleier og pasient; sykepleierens syn på sykepleierpasientrollen (pasientsentrert vs. styrende), motiverende intervju (som var en stimulerende, anvendelig og effektiv metode), barrierer for praksis (personlige, profesjonelle og organisatoriske faktorer) og rolleavklaring.
James, S., McInnes, S., Halcomb, E. & Desborough, J.	2020	Lifestyle risk factor communication by nurses in general practice: Understanding the interactional elements.	Undersøke sykepleiere i kommunehelsetjenesten sine oppfatninger av elementer i samhandlingen som kan støtte pasienter med livsstilsrisiko.	Kvalitative intervjuer av sykepleiere som har livsstilsveiledning	Sykepleierne brukte personsentrerte tilnærminger og skremselstaktikk. Personsentrering inkluderte aktiv lytting, gi adekvat mengde informasjon og forstå pasientens behov for å bli kommunisert til.  Sykepleierne mente pasientenes motivasjon og vilje til livsstilsendring måtte til. Pasientene visste ikke nødvendigvis hva de gikk til når de ble innkalt til livsstilsveiledning. Dersom pasientene var mer forberedt på

					hensikten i forkant kunne det potensielt gjøre dem mer klare for endring.
Kööp, K., Tõemets, T. Kalda, R.	2017	Patients' Experiences and Needs with Lifestyle Counselling in Family Practices.	Beskrive pasienters opplevelser og behov knyttet til livsstilsveiledning utført av sykepleiere i primærhelsetjenesten.	Kvalitative intervjuer av pasienter som har hatt livsstilsveiledning med sykepleiere i primærhelsetjenesten.	Livsstilsveiledningen må være pasientsentrert, basert på pasientens behov og individuelle preferanser og skal ikke være generelle. Å bare fortelle pasientene hva de bør gjøre er ikke tilstrekkelig; pasientens motivasjon må utforskes og styrkes.

## Vedlegg 11: Søkehistorikk for refleksjonsoppgaven i kronologisk rekkefølge

### 1. Litteratursøk i SveMed+: 3.3.2020

Søk 1:

Nr	Söksträng	Antal träffar	Tid
<input type="checkbox"/> 1	health promotion	1747	2020-03-30 17:15:53
<input type="checkbox"/> 2	health promotion Limits: tag_en:"adult"	263	2020-03-30 17:15:59

Søk 2:

Nr	Söksträng	Antal träffar	Tid
<input type="checkbox"/> 1	health promotion	1747	2020-03-30 17:17:23
<input type="checkbox"/> 2	health promotion Limits: tag_en:"aged"	173	2020-03-30 17:17:34
<input type="checkbox"/> 3	health promotion Limits: tag_en:"aged" AND granskning:"peer reviewed"	114	2020-03-30 17:17:37

Én artikkel inkludert fra litteratursøk i SveMed+: Hörnsten et al. (2014)

### 2. Litteratursøk i Cinahl: 3.3.2020

<input type="checkbox"/> S10	S6 AND S7	Narrow by SubjectGeographic: - usa Narrow by SubjectGeographic: - europe Narrow by SubjectAge: - aged: 65+ years Narrow by SubjectAge: - middle aged: 45-64 years Search modes - Boolean/Phrase	<a href="#">View Results (542)</a> <a href="#">View Details</a> <a href="#">Edit</a>
<input type="checkbox"/> S9	S6 AND S7	Narrow by SubjectAge: - aged: 65+ years Narrow by SubjectAge: - middle aged: 45-64 years Search modes - Boolean/Phrase	<a href="#">View Results (694)</a> <a href="#">View Details</a> <a href="#">Edit</a>
<input type="checkbox"/> S8	S6 AND S7	Search modes - Boolean/Phrase	<a href="#">View Results (2,278)</a> <a href="#">View Details</a> <a href="#">Edit</a>
<input type="checkbox"/> S7	S1 AND S2	Limiters - Research Article; Peer Reviewed; Published Date: 20100101-20201231 Search modes - Boolean/Phrase	<a href="#">View Results (2,475)</a> <a href="#">View Details</a> <a href="#">Edit</a>
<input type="checkbox"/> S6	S1 AND S2	Limiters - Research Article; Published Date: 20100101-20201231 Narrow by Language: - danish Narrow by Language: - norwegian Narrow by Language: - english Search modes - Boolean/Phrase	<a href="#">View Results (2,305)</a> <a href="#">View Details</a> <a href="#">Edit</a>
<input type="checkbox"/> S5	S1 AND S2	Limiters - Research Article; Published Date: 20100101-20201231 Search modes - Boolean/Phrase	<a href="#">View Results (2,509)</a> <a href="#">View Details</a> <a href="#">Edit</a>
<input type="checkbox"/> S4	S1 AND S2	Limiters - Research Article Search modes - Boolean/Phrase	<a href="#">View Results (3,169)</a> <a href="#">View Details</a> <a href="#">Edit</a>
<input type="checkbox"/> S3	S1 AND S2	Search modes - Boolean/Phrase	<a href="#">View Results (3,322)</a> <a href="#">View Details</a> <a href="#">Edit</a>
<input type="checkbox"/> S2	(MM "Phenomenological Research") OR (MH "Qualitative Studies+")	Search modes - Boolean/Phrase	<a href="#">View Results (165,057)</a> <a href="#">View Details</a> <a href="#">Edit</a>
<input type="checkbox"/> S1	(MM "Health Promotion")	Search modes - Boolean/Phrase	<a href="#">View Results (43,101)</a> <a href="#">View Details</a> <a href="#">Edit</a>

Ingen relevante artikler ble funnet i litteratursøket som vist over i Cinahl, bortsett fra Hörnsten et al. (2014), som allerede var funnet fra SveMed+.

### 3. Første manuelle søk i Google Scholar: 4.3.2020

Jeg brukte «Cited by-funksjonen» i Google Scholar som metode for å finne flere artikler.

Fremgangsmåte:

- Jeg gikk inn på [www.scholar.google.no](http://www.scholar.google.no)
- Jeg skrev inn følgende i søkefeltet på Google Scholar: «Strategies in Health Promoting Dialogues – primary healthcare nurses’ perspectives – a qualitative study» (studien til Hörnsten et al. (2014))
- Jeg fant artikkelen til Hörnsten et al. (2014) i Google Scholar og trykket på «Cited by», se bilde nedenfor:

 Scholar About 191,000 results (0.20 sec)

**[Strategies in health-promoting dialogues–primary healthcare nurses' perspectives–a qualitative study](#)**

Å Hörnsten, K Lindahl, K Persson... - ... Journal of Caring ..., 2014 - Wiley Online Library





















































Aim and objectives The aim of this study was to describe dialogic **strategies** about **health** and lifestyle used by primary healthcare nurses (PHN s) in the Västerbotten Intervention Programme (VIP) in Sweden. Background The VIP offers all citizens aged 40, 50 and 60 in ...

☆  Cited by 43 Related articles All 7 versions

- 43 treff kom opp.
- 2 artikler ble inkludert: Brobeck et al. (2014) og James et al. (2019).

#### 4. Nytt søk i Cinahl basert på inkludert oversiktsartikkel: 4.3.2020

James et al. (2019) sin studie er en oversiktsartikkel. Jeg benyttet nøyaktig de samme søkeordene som er oppgitt i oversiktsartikkelen for å finne relevante artikler etter søkeperioden i Cinahl. Se søkehistorikk på side 27 og 28:

Search ID#	Search Terms	Search Options	Actions
<input type="checkbox"/> S26	 S1 AND S19 AND S20 AND S21 AND S22	<b>Limiters</b> - Research Article; Published Date: 20160101-20181231  <b>Narrow by SubjectAge:</b> - all adult  <b>Search modes</b> - Boolean/Phrase	 <a href="#">View Results</a> (5)    <a href="#">View Details</a>    <a href="#">Edit</a>
<input type="checkbox"/> S25	 S1 AND S19 AND S20 AND S21 AND S22	<b>Limiters</b> - Research Article; Published Date: 20100101-20201231  <b>Narrow by SubjectAge:</b> - all adult  <b>Search modes</b> - Boolean/Phrase  <b>Search modes</b> - Boolean/Phrase	 <a href="#">View Results</a> (28)    <a href="#">View Details</a>    <a href="#">Edit</a>
<input type="checkbox"/> S24	 S1 AND S19 AND S20 AND S21 AND S22	<b>Limiters</b> - Research Article; Published Date: 20100101-20201231  <b>Search modes</b> - Boolean/Phrase	 <a href="#">View Results</a> (39)    <a href="#">View Details</a>    <a href="#">Edit</a>
<input type="checkbox"/> S23	 S1 AND S19 AND S20 AND S21 AND S22	<b>Search modes</b> - Boolean/Phrase	 <a href="#">View Results</a> (79)    <a href="#">View Details</a>    <a href="#">Edit</a>
<input type="checkbox"/> S22	 S15 OR S16 OR S17 OR S18	<b>Search modes</b> - Boolean/Phrase	 <a href="#">View Results</a> (799,739)    <a href="#">View Details</a>    <a href="#">Edit</a>
<input type="checkbox"/> S21	 S8 OR S9 OR S10 OR S11 OR S12 OR S13 OR S14	<b>Search modes</b> - Boolean/Phrase	 <a href="#">View Results</a> (921,431)    <a href="#">View Details</a>    <a href="#">Edit</a>
<input type="checkbox"/> S20	 S5 OR S6 OR S7	<b>Search modes</b> - Boolean/Phrase	 <a href="#">View Results</a> (57,850)    <a href="#">View Details</a>    <a href="#">Edit</a>
<input type="checkbox"/> S19	 S2 OR S3 OR S4	<b>Search modes</b> - Boolean/Phrase	 <a href="#">View Results</a> (56,210)    <a href="#">View Details</a>    <a href="#">Edit</a>
<input type="checkbox"/> S18	 "perspective"	<b>Search modes</b> - Boolean/Phrase	 <a href="#">View Results</a> (122,750)    <a href="#">View Details</a>    <a href="#">Edit</a>
<input type="checkbox"/> S17	 "experienc"	<b>Search modes</b> - Boolean/Phrase	 <a href="#">View Results</a> (409,614)    <a href="#">View Details</a>    <a href="#">Edit</a>
<input type="checkbox"/> S16	 (MM "Perception") OR "perception"	<b>Search modes</b> - Boolean/Phrase	 <a href="#">View Results</a> (143,934)    <a href="#">View Details</a>    <a href="#">Edit</a>
<input type="checkbox"/> S15	 (MM "Attitude") OR "attitud"	<b>Search modes</b> - Boolean/Phrase	 <a href="#">View Results</a> (304,513)    <a href="#">View Details</a>    <a href="#">Edit</a>
<input type="checkbox"/> S14	 "prevent*" OR (MM "Preventive Health Care")	<b>Search modes</b> - Boolean/Phrase	 <a href="#">View Results</a> (728,045)    <a href="#">View Details</a>    <a href="#">Edit</a>

<input type="checkbox"/>	S13	(MM "Nurse-Patient Relations") OR "patient relation"	Search modes - Boolean/Phrase	<a href="#">View Results</a> (88,134)	<a href="#">View Details</a>	<a href="#">Edit</a>
<input type="checkbox"/>	S12	(MM "Communication")	Search modes - Boolean/Phrase	<a href="#">View Results</a> (28,544)	<a href="#">View Details</a>	<a href="#">Edit</a>
<input type="checkbox"/>	S11	(MM "Motivational Interviewing") OR "motivational interview"	Search modes - Boolean/Phrase	<a href="#">View Results</a> (4,343)	<a href="#">View Details</a>	<a href="#">Edit</a>
<input type="checkbox"/>	S10	(MM "Counseling") OR "counsel"	Search modes - Boolean/Phrase	<a href="#">View Results</a> (71,369)	<a href="#">View Details</a>	<a href="#">Edit</a>
<input type="checkbox"/>	S9	(MM "Patient Education")	Search modes - Boolean/Phrase	<a href="#">View Results</a> (22,365)	<a href="#">View Details</a>	<a href="#">Edit</a>
<input type="checkbox"/>	S8	(MM "Health Promotion")	Search modes - Boolean/Phrase	<a href="#">View Results</a> (37,421)	<a href="#">View Details</a>	<a href="#">Edit</a>
<input type="checkbox"/>	S7	"chronic disease management"	Search modes - Boolean/Phrase	<a href="#">View Results</a> (1,380)	<a href="#">View Details</a>	<a href="#">Edit</a>
<input type="checkbox"/>	S6	(MM "Risk Factors") OR (MM "Cardiovascular Risk Factors") OR "behav" risk factor"	Search modes - Boolean/Phrase	<a href="#">View Results</a> (16,385)	<a href="#">View Details</a>	<a href="#">Edit</a>
<input type="checkbox"/>	S5	(MM "Life Style") OR (MM "Life Style Changes") OR "lifestyle"	Search modes - Boolean/Phrase	<a href="#">View Results</a> (41,207)	<a href="#">View Details</a>	<a href="#">Edit</a>
<input type="checkbox"/>	S4	(MM "Primary Health Care")	Search modes - Boolean/Phrase	<a href="#">View Results</a> (35,600)	<a href="#">View Details</a>	<a href="#">Edit</a>
<input type="checkbox"/>	S3	"general practice"	Search modes - Boolean/Phrase	<a href="#">View Results</a> (12,463)	<a href="#">View Details</a>	<a href="#">Edit</a>
<input type="checkbox"/>	S2	(MM "Family Practice")	Search modes - Boolean/Phrase	<a href="#">View Results</a> (14,964)	<a href="#">View Details</a>	<a href="#">Edit</a>
<input type="checkbox"/>	S1	"nurs"	Search modes - Boolean/Phrase	<a href="#">View Results</a> (809,386)	<a href="#">View Details</a>	<a href="#">Edit</a>

Ingen relevante forskningsartikler ble funnet på dette litteratursøket.



## 5. Andre og tredje manuelle søk i Google Scholar: 5.3.2020

For å få flere relevante studier enn de tre som til nå var inkludert, gjorde jeg ytterligere søk i Google Scholar, der jeg brukte «Cited-by»-funksjonen på studiene til Brobeck et al. (2014) og James et al. (2019), med samme fremgangsmåte som nevnt på side 26. Se søkehistorikk nedenfor.

Søk i Google Scholar med artikkelen til Brobeck et al. (2014):



### [HTML] Patients' experiences of lifestyle discussions based on motivational interviewing: a qualitative study

E Brobeck, S Odencrants, H Bergh... - BMC ..., 2014 - bmcnurs.biomedcentral.com

According to World Health Organization about 75% of cardiovascular diseases and type 2 diabetes and 40% of all cases of cancer could be prevented if the risk factors tobacco use, unhealthy diets, physical inactivity and harmful use of alcohol could be eliminated. Patients often need help in monitoring themselves to make the proper lifestyle changes and it is important that adequate support is provided to enable the patients to take control over their health. Motivational interviewing is a framework that can help to facilitate this movement. The ...

☆ 99 Cited by 68 Related articles All 19 versions »»

- 68 treff kom opp ved å trykke på «Cited by»-funksjonen.
- 1 artikkel ble inkludert: Kööp et al. (2017)

Søk i Google Scholar med artikkelen til James et al. (2019):

### Lifestyle risk communication by general practice nurses: An integrative literature review

S James, E Halcomb, J Desborough, S McInnes - Collegian, 2019 - Elsevier

Background The growth of the general practice nursing workforce, has created opportunities to enhance activities aimed at lifestyle change to optimise health and reduce risk. While health status and risk levels are amenable to behaviour change, a number of complex interrelated factors influence the general practice nurses'(GPN) role, often resulting in the underutilisation of nurses. This can limit their capacity to respond to patients' needs, including communication regarding lifestyle risk factors and their chronic health conditions ...

☆ 99 Cited by 2 Related articles All 4 versions

- 2 treff kom opp ved å trykke på «Cited by»-funksjonen.
- 1 artikkel ble inkludert: James et al. (2020)