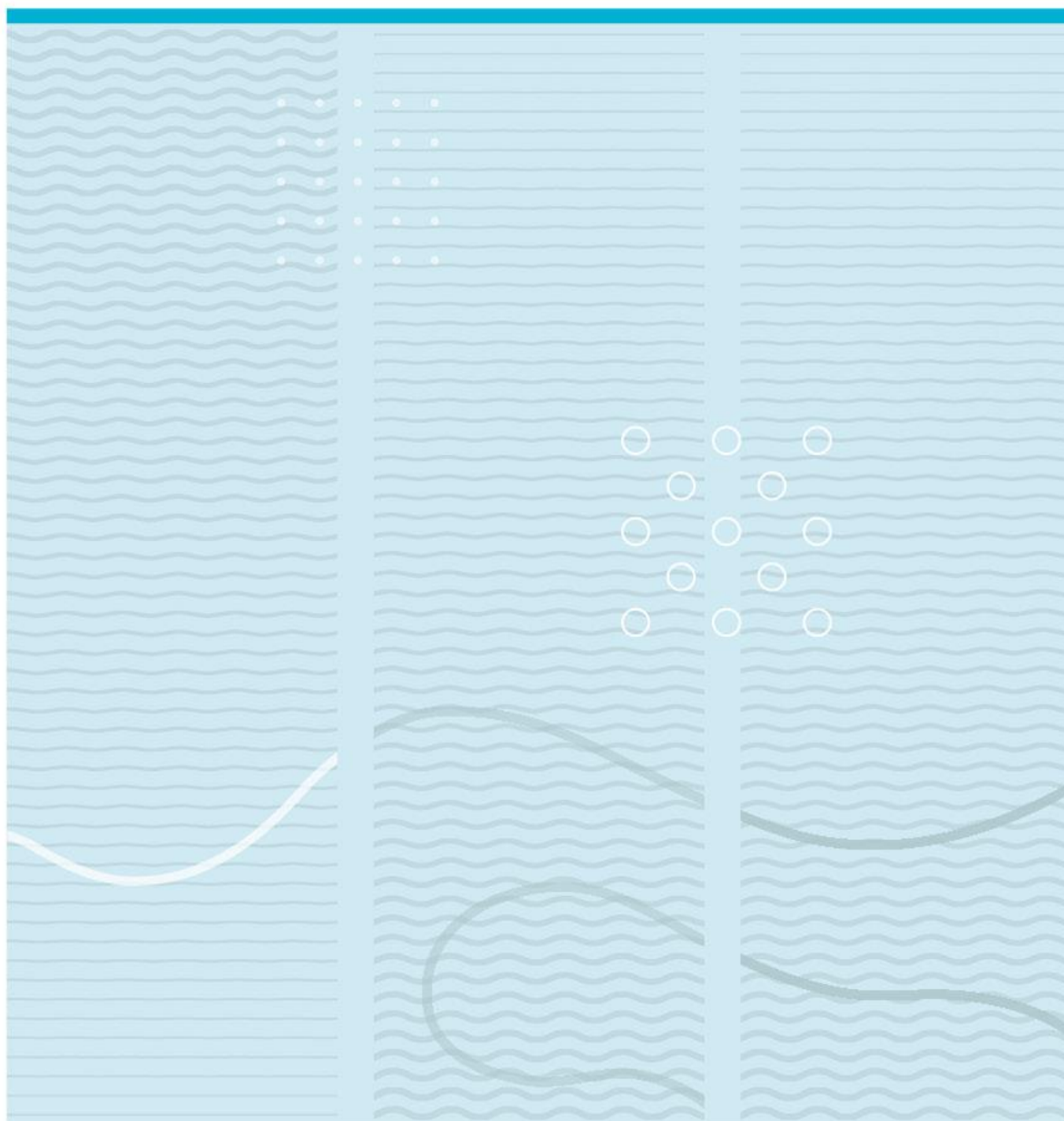


Ida M. Hotvedt

Frisklivssentralens suksessfaktorer

Hvilke faktorer trekker deltakere frem som viktige i gjennomføringen av en livsstilsintervensjon ved frisklivssentralen?



Universitetet i Sørøst-Norge
Fakultet for helse- og sosialvitenskap
Institutt for helse-, sosial- og velferdsfag
Postboks 235
3603 Kongsberg

<http://www.usn.no>

© 2022 Ida M. Hotvedt

Denne avhandlingen representerer 45 studiepoeng

<i>Forfatter</i>	Ida M. Hotvedt
<i>Grad</i>	Master i helsefremmende arbeid
<i>Fakultet</i>	Fakultet for helse- og sosialvitenskap
<i>Institutt</i>	Institutt for helse-, sosial- og velferdsfag
<i>Veileder</i>	Lars Bauger
<i>Innleveringsdato</i>	15. mai 2022
<i>Oppgavens tittel</i>	Frisklivssentralens suksessfaktorer. Hvilke faktorer trekker deltakere frem som viktige i gjennomføringen av en livsstilsintervensjon ved frisklivssentralen?
<i>Engelsk tittel</i>	Key factors of success in lifestyle interventions in Norwegian Health centers - Participants' experiences of completing a 12-week lifestyle intervention program
<i>Antall ord</i>	18 435
<i>Søkeord</i>	Frisklivssentralen, folkehelse, fysisk aktivitet, kosthold, overvekt, livsstil, livsstilsendring, helsefremmende arbeid.

Sammendrag

Bakgrunn: Den norske folkehelsen er i dag truet av ikke-smittsomme sykdommer, et resultat av blant annet en inaktiv livsstil og et usunt kosthold. Sykdommene har en negativ effekt på den enkeltes helse, og koster samfunnet dyrt. Vi ser også at det er en tydelig tendens til at de med lavere utdanning i samfunnet har en dårligere helse enn de med høyere utdanning. Frisklivssentralen er en helsefremmende og forebyggende arena hvor man kan få hjelp til å mestre helseutfordringer og endre livsstil.

Tema og problemstilling: Studien tar for seg helsefremmende arbeid og livsstilsendring. Problemstillingen lyder: hvilke faktorer trekker deltakere frem som viktige i gjennomføringen av en livsstilsintervensjon ved frisklivssentralen?

Teorigrunnlaget: Sentral teori i studien omhandler atferdsendring, Prochaska og DiClementes transteoretiske teori og empowerment.

Metode: Dette er en kvalitativ studie med en fenomenologisk tilnærming for å innhente kunnskap om hvordan mennesker erfarer frisklivssentralen, og hvilke faktorer som har vært viktige for deres deltakelse og fullføring av en 12-ukers livsstilsintervensjon. Datamaterialet er analysert ved bruk av Braun og Clarks tematiske analyse.

Data/kilder: Det er gjennomført 14 individuelle intervjuer med deltakere fra 4 ulike frisklivssentraler. Hvorav 11 av disse var kvinner og tre menn.

Hovedfunn: Funnene i studien viser at det er flere forhold som har vært viktige for deltakerne ved gjennomføringen av en livsstilsintervensjon ved en norsk frisklivssentral. Deltakere trekker frem at det er viktig med faste avtaler, eksplisitte og implisitte, fordi det forplikter, men også fordi det gir motivasjon. Det kommer også frem at de ansattes kompetanse på trening, helse og atferdsendring er av stor betydning og oppleves som en trygghet for deltakerne. Når deltakernes behov er i fokus føler de seg sett og hørt av de ansatte, og de opplever at målene som settes og hvordan disse skal nås er på deres premisser. Sosial kontakt med de andre deltakerne er også en viktig faktor som blant annet bidrar med motivasjon.

Abstract

Background: The Norwegian public health is threatened by non-communicable diseases, a result of, among other things, an inactive lifestyle, and an unhealthy diet. The diseases have a negative effect on the individual's health, and cost society dearly. There is also a clear tendency for those with lower education in society to have poorer health than those with a higher education. Norwegian health centers are a health-promoting and preventive arena where you can get help to master health challenges and change your lifestyle.

Theme and research question: Health-promoting work and lifestyle change. Key factors of success in lifestyle interventions in Norwegian Health centers - Participants' experiences of completing a 12-week lifestyle intervention program

Theoretical basis: Central theory in the study involves behavior change, Prochaska and DiClementes transtheoretical theory and empowerment.

Methods: This is a qualitative study with a phenomenological approach to gain knowledge about how people experience the Norwegian Health centers, and what factors have been important for their participation and completion of a 12-week lifestyle intervention. The data material was analyzed using Braun and Clark's thematic analysis.

Data: 14 individual interviews were conducted with participants from 4 different Norwegian Health centers. Of which 11 of these were women and three men.

Results: Findings show that several factors have been important to the participants during their participation and completion of a 12-week lifestyle intervention at the Norwegian Health center. Participants emphasize that it is important to have fixed agreements, explicit and implicit, because it commits, but also because it's a source of motivation. It also emerges that the employees' competence in training, health and behavior change is of great importance and is perceived as a security for the participants. When the participants are in focus they feel seen and heard by the employees, and they experience that the goals that are set and how these are to be achieved are on their terms. Social contact with the other participants is also an important factor that, among other things, contributes to motivation.

Innholdsfortegnelse

Sammendrag	3
Abstract	4
Innholdsfortegnelse	5
Forord	7
1 Innledning	8
1.1 Problemstilling	9
2 Bakgrunn	11
2.1 Politiske føringer for folkehelsearbeidet i Norge.....	12
2.1.1 Fysisk aktivitet	13
2.1.2 Kosthold	14
2.1.3 Sosial ulikhet i helse	15
2.2 Hva er helsefremmende arbeid?.....	16
2.2.1 Om frisklivssentralen og hvorfor den er relevant for helsefremmende arbeid	17
2.2.2 Empowerment	20
2.3 Atferdsendring	20
2.3.1 Modning og atferdsendring.....	22
2.3.2 Den transteoretiske modellen.....	22
2.4 Kunnskapsstatus.....	26
2.4.1 Status ved norske frisklivssentraler i dag.....	26
2.4.2 Livsstilsendring – hva sier forskningen?	27
3 Metode	29
3.1 Studiens vitenskapsteoretiske plassering	29
3.2 Kvalitativ forskningsmetode	29
3.2.1 Forskningsintervjuet	30
3.2.2 Rekrutteringsprosessen og utvalg	31
3.2.3 Behandling av datamaterialet og analysemetode	33
3.3 Forskningsetiske hensyn	34
3.4 Forskerens forforståelse	34
3.5 Studiens validitet, reliabilitet og troverdighet.....	35
4 Resultater	36
4.1 Faste avtaler	36
4.1.1 Forpliktelse	36
4.1.2 Motivasjon	37

4.2	Trygghet.....	38
4.2.1	Kompetanse.....	38
4.2.2	Væremåte	39
4.3	Gruppetilhørighet.....	40
4.3.1	Sosial støtte	40
4.4	Yte etter evne	41
4.4.1	Individuelt tilpasset.....	41
4.4.2	Ingen prestasjonspress	42
5	Diskusjon	43
5.1	Resultatdiskusjon	43
5.1.1	Betydningen av faste avtaler.....	43
5.1.2	Frisklivssentralen som en trygg arena.....	44
5.1.3	Balansen mellom individ og gruppe	45
5.1.4	Er 12 uker nok?.....	46
5.2	Metodediskusjon	47
5.2.1	Intern validitet.....	47
5.2.2	Ekstern validitet	48
5.2.3	Studiens pålitelighet.....	48
5.2.4	Implikasjoner av funn i studien.....	50
6	Konklusjon	51
	Referanser/litteraturliste	52
	Vedlegg	59
	Vedlegg 1: Godkjenning fra NSD	59
	Vedlegg 2: Informasjonsskriv med samtykkeerklæring.....	61
	Vedlegg 3: Intervjuguide	64

Forord

Etter snart fire år som student i helsefremmende arbeid ved Universitetet i Sørøst-Norge, går arbeidet med masteroppgaven endelig mot slutten. Det har vært en lang og krevende prosess som jeg har lært mye av, både faglig sett og om meg selv. Denne oppgaven kunne ikke eksistert uten informantene som har stilt opp. Jeg vil derfor rette en stor takk til de for den tiden de satte av for å stille opp på et intervju med meg.

Jeg vil også rette en takk til min veileder, Lars Bauger, som har bidratt med gode innspill og tilbakemeldinger som har tatt oppgaven videre steg for steg. Det er betryggende å føle at man har noen i ryggen.

Til alle dere som har stilt spørsmål, tilbudt hjelp, støttet og motivert meg i denne ganske så intense perioden – tusen takk!

Tjeldsund, 15. mai 2022

Ida M. Hotvedt

1 Innledning

Fysisk aktivitet er et tema, som stadig dukker opp i dagens samfunn, og viktigheten av fysisk aktivitet for oss mennesker fremheves som noe som bidrar til å ta vare på, og kanskje også forbedrer, vår fysiske og psykiske helse (Helsenorge, 2021). Fysisk aktivitet kan defineres som: «all kroppslig bevegelse som er utført av skjelettmuskulatur, og som resulterer i en vesentlig økning i energiforbruket utover hvilenivå» (Nystad, 2021). En fysisk aktiv livsstil har mange fordeler og ifølge direktør i Helsedirektoratet Bjørn Guldvog er det «vanskelig å finne noe annet enkelttiltak som gir like mye helse for innsatsen som det å være fysisk aktiv» (Guldvog, 2022). Fysisk aktivitet er assosiert med positivt humør, bedre søvn, mindre angst og depresjon, redusert stress, mer overskudd i hverdagen, bedre selvbilde og å være en kilde til positive mestringsopplevelser og glede (Helsenorge, 2021). For å oppnå disse helseeffektene så er det anbefalt at voksne er i regelmessig fysisk aktivitet hver dag og utfører minst 150-300 minutter med moderat fysisk aktivitet per uke, hvor man blir lett andpusten, eller minst 75-150 minutter med fysisk aktivitet av høy intensitet per uke, hvor man blir andpusten og svett (WHO, 2020). Minst to ganger i uka bør man gjøre styrkeøvelser hvor de større muskelgruppene inngår, og man bør forsøke å redusere tiden hvor man sitter i ro: dersom man har en hverdag hvor man sitter mye i ro bør man faktisk etterstrebe og utføre mer enn den mengden fysisk aktivitet som er anbefalt (WHO, 2020).

Til tross for alle disse nevnte positive helseeffektene, og det faktum at den anbefalte mengden ukentlig fysisk aktivitet ikke utgjør mer enn omtrent 30 minutter om dagen, så er det slik at mange voksne i Norge i dag ikke er i tilstrekkelig fysisk aktivitet. Undersøkelser viser at det bare er omtrent 30 % som oppfyller aktivitetsanbefalingene, og vi bruker bare mer og mer tid på aktiviteter hvor vi sitter i ro (Nystad, 2021). Dette er en svært uheldig utvikling for samfunnet og ikke minst for enkeltmennesket da mye stillesitting og inaktivitet er knyttet til økt risiko for flere av de ikke-smittsomme sykdommene, samt for tidlig død (Nystad, 2021).

Helse- og omsorgstjenesteloven pålegger i dag alle norske kommuner å tilby sine innbyggere forebyggende og helsefremmende tjenester, og i § 3-3 (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011), som omhandler helsefremmende og forebyggende arbeid, heter det at: «Kommunen skal ved ytelse av helse- og omsorgstjenester fremme helse og søke å forebygge sykdom, skade og sosiale problemer. Dette skal blant annet skje ved opplysning, råd og veiledning». Når det kommer til å organisere disse tjenestene i praksis er frisklivssentralen anbefalt som metode (Helsedirektoratet, 2019a). Ved å gi innbyggerne kunnskapsbasert hjelp til fysisk aktivitet, ernæring og røykeslutt, ønsker man å forebygge og begrense at innbyggerne utvikler sykdom, og å fremme deres fysiske og psykiske

helse, og det er blant annet denne kunnskapsutvekslingen som gjør frisklivssentralen relevant for det helsefremmende arbeidet (Helsedirektoratet, 2016a; Helsedirektoratet, 2019a).

1.1 Problemstilling

Som nevnt ovenfor blir kommunene anbefalt å bruke frisklivssentralen for å organisere helsefremmende- og forebyggende tjenester (Helsedirektoratet, 2019a), men fungerer denne metoden i praksis? Ifølge Blom et al. (2019) er det indikasjoner på at frisklivssentralene når ut til individer i høyrisiko grupper, og dette kan være viktig informasjon sett i lys av at tidligere forskning har vist at når man utnytter mulighetsrommet innenfor primæromsorgen, og jobber med atferdsendring hos høyrisikoindivider der, så har dette arbeidet vist seg å være effektivt når det gjelder å øke aktivitetsnivået, samt å forbedre helsen deres. Samtidig fant Blom et al. (2020) at mange deltakere, omtrent 30 %, ikke fullfører intervensjonsprogrammet ved frisklivssentralene. Dette frafallet fra intervensjonsprogrammet er noe skjevfordelt hvor det viser seg at de deltakerne som faller fra, gjerne er de som har hatt den mest usunne helseatferden, og det er de som ville hatt aller størst utbytte av å endre sin livsstil (Følling et al., 2016; Følling et al., 2017).

Salemonsens et al. (2018) mener at for at vi skal forstå hvordan frisklivssentralen kan tilby deltakerne en kvalitativt god tjeneste og gi de reell støtte gjennom deres livsstilsendingsprosess, så vil det være essensielt å få et innblikk i og en bedre forståelse av deltakernes oppfatninger og opplevelser. For til tross for at mange av deltakerne faller fra underveis, så er det jo også en del som fullfører opplegget ved frisklivssentralen, men hvorfor gjør de det? Hvilke faktorer er avgjørende? Det er dette arbeidet jeg ønsker å kunne bidra til med denne masteroppgaven. Ved å rette søkelyset mot frisklivssentralens suksessfaktorer håper jeg å kunne bidra med kunnskap slik at enda flere gjennomfører og kommer styrket ut av livsstilsendingsprosessen.

Oppgavens fokus er frisklivssentralens suksessfaktorer og problemstillingen lyder som følger;
Hvilke faktorer trekker deltakere frem som viktige i gjennomføringen av en livsstilsintervensjon ved frisklivssentralen?

Det er denne problemstillingen som vil sette rammen for resten av oppgaven, og videre vil jeg gjøre rede for oppgavens bakgrunn, hvor jeg blant annet vil gi en grundigere forklaring på hva helsefremmende arbeid handler om, og hva en frisklivssentral er. Jeg vil også komme innom folkehelse og gjeldende politiske satsningsområder, og hva som er status i Norge i dag når det gjelder fysisk aktivitet og kosthold blant voksne, samt hvilke konsekvenser en negativ utvikling kan

ha å si for samfunnet vårt. Videre vil jeg blant annet komme nærmere innpå atferdsendring og presentere den transteoretiske modellen. Som en avslutning på kapittel 2 følger en oppsummering av den kunnskapen vi har om livsstilsendring og frisklivssentralen i dag, før jeg fra kapittel 3 og utover vil presentere valgt metode og eget forskningsarbeid.

2 Bakgrunn

150 minutter hver uke. Det er mengden fysisk aktivitet med moderat intensitet (eventuelt 75 minutter fysisk aktivitet med høy intensitet, eller en kombinasjon) som er anbefalt for voksne og eldre i Norge i dag (Helsedirektoratet, 2019b). Men det er slik at 70 % av den voksne befolkningen ikke når dette aktivitetsmålet (Folkehelseinstituttet, 2017). Med tanke på ernæringsstatusen her til lands så kan man generelt sett si at mange i dag har et variert kosthold, men vi har noen utfordringer hvor inntaket av fisk, frukt, grønnsaker og grove kornprodukter ofte er for lavt, i tillegg til at vi har et for høyt inntak av salt, sukker og mettet fett (Folkehelseinstituttet, 2018a). Vi ser også en tydelig tendens til at de med lavere utdanning har et mer usunt kosthold enn de med høyere utdanning (Folkehelseinstituttet, 2018a). Det er viktig å rette søkelyset mot dette og jobbe videre med disse utfordringene fordi kosthold og fysisk aktivitet har betydning for helsen vår gjennom hele livet. Et variert kosthold som tilfører kroppen de næringsstoffene den trenger i form av proteiner, karbohydrater, fett, mineraler og vitaminer, kombinert med en hverdag hvor vi beveger kroppen vår har betydning når det gjelder å ha en god fysisk og psykisk helse, og det vil også virke forebyggende mot blant annet kreft, diabetes, fedme og hjerte- og karsykdommer (Folkehelseinstituttet, 2018a). I tillegg til de positive effektene for hver enkelt vil også samfunnet økonomisk sett spare store summer dersom man følger de nasjonale kostrådene utgitt av Helsedirektoratet, beregninger anslår at gevinsten kan være på hele 154 milliarder per år (Helsedirektoratet, 2016b). Så hvordan kan vi jobbe med dette utfordringsbildet? Her kommer frisklivssentralen inn som en aktuell aktør.

«Grønn resept» er et begrep som ble lansert i Norge i 2003, men som i nyere tid har blitt erstattet av begrepet «frisklivsresept», som handler om å få trening på resept, en ordning vi finner også i andre land (Lerdal & Celius, 2011). Denne resepten kan for eksempel utstedes av en lege eller annet helsepersonell (Helsedirektoratet, 2016a), og når man får tilbud om en slik frisklivsresept, er det frisklivssentralen man kommer til. Resepten er et alternativ til medikamentell behandling og målgruppen er mennesker som står i fare for å utvikle sykdom som diabetes type 2 eller høyt blodtrykk, men den gjelder også de som allerede er syke, og ved frisklivssentralen kan de komme og få råd, støtte og veiledning til å mestre sine helseutfordringer og endre levevaner (Helsedirektoratet, 2016a; Lerdal & Celius, 2011). De største risikofaktorene for tap av funksjon og tidlig død er en usunn diett, røyking og inaktivitet, og man kan se en tendens til at disse risikofaktorene gjerne henger sammen, og det er blant de med flere kroniske sykdommer og grupper med lav sosioøkonomisk status at disse risikofaktorene hyppigst kan observeres (Blom et al., 2020).

2.1 Politiske føringer for folkehelsearbeidet i Norge

I løpet av de senere årene har regjeringen lagt frem flere stortingsmeldinger for Stortinget som omhandler folkehelsearbeid og har lagt føringer for det videre arbeidet. Vi ser for eksempel i stortingsmeldingene Samhandlingsreformen (St.meld. nr. 47, 2008-2009), Morgendagens omsorg (Meld. St. 29, 2012-2013), Folkehelsemeldingen – god helse – felles ansvar (Meld. St. 34, 2012-2013) og Folkehelsemeldinga – gode liv i eit trygt samfunn (Meld. St. 19, 2018-2019) at det blir fremmet en økt satsning på forebyggende og helsefremmende arbeid. I Folkehelsemeldingen – mestring og muligheter (Meld. St. 19, 2014-2015) blir det lagt særlig vekt på at Regjeringen ønsker å utvikle en folkehelsepolitikk hvor enkeltindividet blir gitt mulighet til å ta større ansvar for egen helse, og blant annet skal arbeidet med livsstilsendring få en ny vinkling, og informasjon om sammenhengen mellom helse og kosthold skal gis mer målrettet til befolkningen.

I Folkehelsemeldingen – god helse – felles ansvar (Meld. St. 34, 2012-2013) finner vi at det er en bred tverrpolitisk enighet om tre nasjonale mål, og disse er også blitt videreført i den siste folkehelsemeldingen (Meld. St. 19, 2018-2019). De tre målene lyder:

- Norge skal være blant de tre landene i verden som har høyest levealder.
- Befolkningen skal oppleve flere leveår med god helse og trivsel og reduserte sosiale helseforskjeller.
- Vi skal skape et samfunn som fremmer helse i hele befolkningen.

Neste folkehelsemelding er ventet fra regjeringen våren 2023 (Regjeringen, u.å.).

I 2012 vedtok WHO et mål om å redusere tallet på personer som dør før fylte 70 år, definert som tidlig død, grunnet ikke-smittsomme sykdommer slik som hjerneslag, kreft, hjerteinfarkt, andre hjerte- og karsykdommer, kols og diabetes (Folkehelseinstituttet, 2021). Norge har sluttet seg til dette målet som først var satt til å redusere tallet med 25 % fra 2010 til 2025, men som nå er blitt endret til en reduksjon på 33 % innen 2030 som et resultat av FNs bærekraftsmål (Folkehelseinstituttet, 2021). WHO har fremmet ni konkrete mål for å bekjempe ikke-smittsomme sykdommer, hvor å redusere tallet på tidlig død er mål nr. 1, i tillegg omhandler noen av målene å redusere de viktigste risikofaktorene slik som usunt kosthold og fysisk inaktivitet (Folkehelseinstituttet, 2021; Meld. St. 19, 2018-2019). De andre målene omhandler alkohol, tobakk, fedme og diabetes, blodtrykk, tilgang på behandling for alle, og hjerte- og karsykdommer (Meld. St. 19, 2018-2019). For seks av de ni målene ser vi en positiv utvikling i Norge i dag, og i perioden fra 2010-2020 har det vært en nedgang på 31 % for tidlig død grunnet ikke-smittsomme sykdommer, men for to av målene har ikke utviklingen snudd i positiv retning: inaktivitet, og diabetes og fedme

(Folkehelseinstituttet, 2021). Målet var en nedgang på 10 % for fysisk inaktivitet, og å stanse økningen av diabetes og fedme. For voksne kan man se en tendens til at det går riktig vei i forhold til fysisk aktivitet, men ikke blant barn og unge, mens man ser en økning av diabetes og fedme (Meld. St. 19, 2018-2019). For fysisk aktivitet og ernæring, samt tobakksbruk, ser man at de sosiale forskjellene er store og vedvarende, og derfor må det gjøres enklere for alle å ta sunne valg (Helsedirektoratet, 2018a). Dette handler om å gjøre strukturelle tiltak knyttet til pris og tilgjengelighet på sunne varer, merking og informasjon, og fordi det er viktig å ha næringslivet med på laget bør forholdet til denne gruppen være proaktivt (Helsedirektoratet, 2018a).

2.1.1 Fysisk aktivitet

Fysisk aktivitet er viktig for god helse og livskvalitet gjennom hele livet, og det gir glede og mestring, som for mange handler om at man gjør noe sammen med andre (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020). I 2020 ble det utgitt en handlingsplan for fysisk aktivitet i regi av Helse- og omsorgsdepartementet: Sammen om aktive liv – handlingsplan for fysisk aktivitet 2020-2029. Hensikten med denne handlingsplanen er å understreke at fysisk aktivitet er et nasjonalt hensyn som skal ivaretas i areal- og samfunnsplanlegging, det motiveres til å skape aktivitetsvennlige samfunn og nærmiljøer, og man blir gitt en innsikt i hvilke statlige virkemidler og tiltak som kan bidra til dette (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020). En visjon for fremtiden blir presentert og den lyder som følger: «bevegelse og fysisk aktivitet er et naturlig valg for alle gjennom hele livet» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020, s. 16). For å nå denne visjonen fremmes to hovedmål. Det første handler om å skape et samfunn som gir mulighet for fysisk aktivitet og bevegelse for alle, mens det andre går ut på å øke andelen i befolkningen som oppfyller de helsemessige anbefalingene om fysisk aktivitet med 15 prosentpoeng innen 2030 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020). Tiltakene som blir presentert i handlingsplanen er i tråd med de føringene som blir gitt i folkehelsemeldinga (Meld. St. 19, 2018-2019), og retter seg mot disse innsatsområdene: fritidsarenaer, gå- og aktivitetsvennlige nærmiljøer, helse- og omsorgstjenester, hverdagsarenaer (arbeidsliv, barnehage og skole), kunnskapsutvikling og innovasjon (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020). Dette er alle forhold som påvirker befolkningens muligheter for fysisk aktivitet både på fritiden og i hverdagen.

Kvalitetsreformen for eldre: Leve hele livet (Meld. St. 15, 2017-2018) tar også for seg temaet fysisk aktivitet. I denne reformen blir det rettet et fokus på viktigheten av et mer aldersvennlig samfunn hvor eldre får brukt sine ressurser, deres behov skal bli dekket i alle faser ved alderdommen og de

skal kunne delta i fellesskapet og leve gode liv (Meld. St. 15, 2017-2018). Det vi vet om fysisk aktivitet og eldre er at de har like god effekt av fysisk aktivitet som yngre personer (Senter for alders- og sykehjemsmedisin, 2017), men vi ser i Norge i dag at fysisk aktivitet for å forebygge tap av fysisk funksjon, fall, demens og kognitiv svikt, er et lite utnyttet tiltak som har et stort potensial (Meld. St. 15, 2017-2018). Fall hos eldre er den ledende årsaken til ikke bare redusert funksjon, men også skaderelaterte dødsfall, og det er også relatert til innleggelse ved sykehjem (Senter for alders- og sykehjemsmedisin, 2017). Som risikofaktorer for fall finner vi balanseproblemer, redusert ganghastighet og nedsatt beinstyrke, og alle disse faktorene kan forebygges ved hjelp av fysisk aktivitet, men vi ser dessverre en utvikling hvor det er stadig færre eldre som er i regelmessig fysisk aktivitet (Senter for alders- og sykehjemsmedisin, 2017). I reformen «Leve hele livet» blir det anbefalt av Helsedirektoratet at fysisk trening skal brukes målrettet som et behandlende, forebyggende og rehabiliterende tiltak, og frisklivssentralen blir nevnt som aktuell aktør (Meld. St. 15, 2017-2018).

2.1.2 Kosthold

I 2017 fikk vi en nasjonal handlingsplan for bedre kosthold som i utgangspunktet skulle være for perioden 2017-2021, men perioden er blitt forlenget til 2023 (Regjeringen, 2017). Denne handlingsplanen legger føringer for oppfølgingen av tiåret 2016-2025 som FN har erklært er «Decade of Action on Nutrition», den skal også bidra til å oppfylle bærekraftsmålene til FN, samt bidra til at vi oppfyller de internasjonale forpliktelsene vi har inngått på ernæringsområdet slik som *Plan for forebygging av ikke-smittsomme sykdommer* fra Verdens helseorganisasjon (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017). I handlingsplanen kommer det frem at visjonen for fremtiden er å «skape et samfunn som fremmer matglede, et sunt kosthold og god helse i hele befolkningen», og det overordnede målet er «et sunt og variert kosthold i hele befolkningen uavhengig av kjønn, alder, geografi, sosio-økonomisk status, kulturell bakgrunn, funksjonsevne, religion og livssyn» (Helse og omsorgsdepartementet, 2017, s.8). Visjonen og målet skal nås ved å fokusere på fem tiltaksområder som omhandler gode og enkle valg, sunt kosthold og måltidsglede, mat, måltider og ernæring innenfor helse- og omsorgstjenesten, utvikling, innovasjon og forskning, samt kunnskap og kommunikasjon (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017).

Kosthold finner vi også igjen som tema i reformen for eldre «Leve hele livet». Her blir det poengtert at det som blir anbefalt av helsemyndighetene i stor grad skiller seg fra det de eldre får tilbud om, og det til tross for at mat og måltider har vært på dagsorden i Norge de senere årene

(Meld. St. 15, 2017-2018). Hovedutfordringene dreier seg om at det er en manglende systematisk oppfølging, for lang nattfaste og få måltider, lang avstand mellom produksjon og servering, manglende sosialt fellesskap ved måltider og lite valgfrihet og mangfold (Meld. St. 15, 2017-2018). For å møte disse utfordringene, og å nå målene om å skape gode opplevelser for hver enkelt og redusere underernæring, blir det foreslått at man skal fokusere på fem løsninger som retter seg mot måltidstider, kjøkken og kompetanse lokalt, variasjon og valgfrihet, systematisk ernæringsarbeid og det gode måltidet (Meld. St. 15, 2017-2018).

2.1.3 Sosial ulikhet i helse

For regjeringen er det et viktig mål at forskjellene mellom individer i Norge er små (Meld. St. 13, 2018-2019). Dette er fordi at små forskjeller i samfunnet bygger fellesskap og det er positivt for tilliten innad, som igjen er viktig for samhandlingen i samfunnet og særlig i forhold til det økonomiske (Meld. St. 13, 2018-2019). Man kan vurdere likhet og ulikhet på flere måter, men økonomisk og sosial ulikhet er to måter å se det på (Meld. St. 13, 2018-2019). Den økonomiske ulikheten handler om hvordan formue og inntekt er fordelt blant oss som bor i landet, og den er med på å legge føringer for forbruksmuligheter og levekår for den enkelte (Meld. St. 13, 2018-2019). Når vi ser på den sosiale dimensjonen så dreier dette seg om hvor jevnbyrdige eller forskjellige mulighetene vi har er i forhold til utdanning, helse, deltakelse i ulike sosiale nettverk, og hvilke muligheter vi har til å delta i, og ha innflytelse på, sivilsamfunnet og de demokratiske prosessene som foregår rundt oss til enhver tid (Meld. St. 13, 2018-2019). I stortingsmeldingen «Muligheter for alle» blir vi presentert for hvordan regjeringen skal arbeide for å bidra til at vi får en sosial bærekraft, hvordan vi kan motvirke ulikhet i samfunnet og konsekvensene av ulikhet (Meld. St. 13, 2018-2019).

I forhold til sosial ulikhet i helse så ser vi her i landet at det er forskjeller i levekår og helse, og vi finner at de som har god økonomi og lang utdanning, opplever færre helseproblemer og de lever lengre liv kontra de som har en dårligere økonomi og kortere utdanning (Folkehelseinstituttet, 2018b). Det er riktignok flere sammensatte årsaker til at vi får sosiale forskjeller i helse, og en annen viktig årsaksfaktor i tillegg til utdanning, levekår og helseatferd handler om hva man blir eksponert for i arbeidsmiljøet (Meld. St. 13, 2018-2019). Dette kan eksempelvis handle om at de som har lavere utdanning og lavere inntekt er mer utsatt for blant annet kjemikalier, belastende fysisk arbeid samt mindre frihet i arbeidshverdagen. I stortingsmeldingen «Muligheter for alle» kommer det frem at i arbeidet med å redusere de sosiale helseforskjellene skal vi fokusere på tiltak

mot livsstilsutfordringer, tiltak for kunnskapsutvikling, tiltak rettet mot de bakenforliggende faktorene, samt tiltak for å bedre kapasitet og kvalitet i helsetjenesten (Meld. St. 13, 2018-2019).

2.2 Hva er helsefremmende arbeid?

I 1974 ble rapporten “A new Perspective on the Health of Canadians” utgitt av daværende Canadisk minister for helse og velferd: Marc Lalonde, og det var her begrepet helsefremmende arbeid for første gang så dagens lys (MacDonald & Bunton, 2002). Noen år senere, i 1986, får vi Ottawa charteret hvor begrepet blir tydeligere definert som en prosess hvor man skal tilrettelegge for at individet selv skal kunne ta kontroll over, og forbedre, sin egen helse (WHO, 1986). Jeg vil påstå at man kan se på Ottawa charteret som en av grunnpilarene for det helsefremmende arbeidet, da det er et dokument som fra 1986 og helt frem til i dag blir brukt som en referansekilde for hva det helsefremmende arbeidet innebærer (Green et al., 2015). Etter at rapporten til Lalonde kom ut oppstod det mye interesse rundt dette med å skape et samfunn som er lagt til rette for god helse (Green et al., 2015). Samfunnet skulle ikke bare fokusere på de sunne valgene, men disse valgene skulle også gjøres lett tilgjengelige.

Som nevnt i innledningen står det i helse- og omsorgstjenesteloven (2011) § 3-3 blant annet at: «Kommunen skal ved ytelse av helse- og omsorgstjenester fremme helse (...)». Men hva legger vi egentlig i begrepet «helse»? Hvordan dette begrepet defineres vil ha mye å si for hvordan man kan organisere arbeidet rundt nettopp å fremme helse. I Ottawa charteret (WHO, 1986) finner vi en definisjon hvor helse ikke blir regnet som selve meningen med livet, men det blir sett på som en ressurs vi har i våre daglige liv. Helse blir her sett på som noe helhetlig og noe som omhandler alle aspekter ved mennesket. Det er et positivt konsept som vektlegger personlige og sosiale ressurser, samt vår fysiske kapasitet, og det er noe som skapes av mennesket i hverdagslige settinger: der de leker, lærer, jobber og lever (WHO, 1986). Man kan kanskje si at denne definisjonen til WHO blir forsterket og støttet av resultatene som Fugelli og Ingstad (2001) fant i sin undersøkelse fra rundt år 2000, hvor de fant at det er tre ting som kjennetegner det folkelige perspektivet på helse; nemlig helhet, individualisme og pragmatisme (Fugelli & Ingstad, 2001). For det er jo slik at vi mennesker er ulike og helse blir sett på som noe personlig. I studien kom det også frem at helse blir sett på som et relativt fenomen, og hvordan vi bedømmer egen helse springer ut ifra de forventningene vi har knyttet til et eventuelt sykdomsbilde, egen alder og den sosiale situasjonen man er en del av (Fugelli & Ingstad, 2001).

Som tidligere nevnt gir Ottawa charteret oss en definisjon på hva helsefremmende arbeid er: en prosess som skal legge til rette for at individer selv skal kunne ta kontroll over, og forbedre, sin egen helse (WHO, 1986), og nettopp dette er den store utfordringen for det helsefremmende arbeidet: for hvordan kan mennesker som mangler makt, tilegne seg det, og ta større kontroll over eget liv? (Green et al., 2015). Et sentralt prinsipp i helsefremmende arbeid er empowerment-prinsippet, som i korte trekk handler om at vi må ta i bruk og utvikle de ressursene og kreftene som enkeltindividet innehar (Stang, 2003). Igjen, helse må ses på som en ressurs vi mennesker har, og god helse er avhengig av at vi har et støttende samfunn og en god helsepolitikk (Hanson, 2004). Selv om det er viktig å informere om og tydeliggjøre hva som er sunt og usunt, så er det minst like viktig å gjøre det slik at det blir enkelt å ta disse sunne valgene i hverdagen. Det er blitt utformet en formel som tydelig illustrerer hva det helsefremmende arbeidet i bunn og grunn handler om: helsefremmende arbeid (HP) = helseopplysning (HE) x sunn helsepolitikk (HPP) (Green et al., 2015).

2.2.1 Om frisklivssentralen og hvorfor den er relevant for helsefremmende arbeid

Den første frisklivssentralen så dagens lys i 1996, og ble etablert i Modum kommune (Helsedirektoratet, 2016a). I 2008 hadde antallet kommuner med etablerte frisklivssentraler økt til 42, og når Norge i 2012 fikk en ny lov om helse- og omsorgstjenester og lov om folkehelsearbeid, ble det anbefalt at alle kommuner oppretter frisklivssentraler (Helsedirektoratet, 2016a). I 2019 har antallet økt markant og vi kan nå finne frisklivssentraler i 263 bydeler og kommuner (Statistisk sentralbyrå, 2020). Tall fra Statistisk sentralbyrå (2020) viser at det i 2019 finnes en frisklivssentral i 60 prosent av alle kommuner, og at det samme året var 30 000 som deltok på et tilbud ved frisklivssentralen, en økning på 9 prosent fra 2016. Blant de kommunene som ikke har en frisklivssentral så oppgir 70 prosent av disse at de allikevel tilbyr en form for det tilbudet som man tradisjonelt sett finner hos frisklivssentralen, men det viser seg at det er en større forekomst av mestrings-, lærings- og frisklivstilbud i de kommunene som har opprettet en frisklivssentral (Statistisk sentralbyrå, 2020).

I tillegg til at begrepet helsefremmende arbeid fikk en definisjon under den internasjonale konferansen i Ottawa i 1986, ble det også definert fem innsatsområder for hvordan man kan jobbe helsefremmende i samfunnet (WHO, 1986). Disse fem handler om å: utvikle personlige ferdigheter, skape et støttende miljø, bygge opp en sunn helsepolitikk, tilpasse helsetjenesten og styrke lokalmiljøets muligheter for handling (WHO, 1986). Frisklivssentralen har som formål å veilede og

hjelpe innbyggere i alle aldre når det gjelder: å være en støttepartner for de som ønsker å endre levevaner og mestre sine helseutfordringer, å veilede på en måte hvor man fokuserer på friskressurser for livskvalitet og helse, understøtte brukerens egen læringsprosess og styrke deres kunnskap om helse og levevaner, være behjelpelig med å finne og informere om lokale aktiviteter og tilbud som kan passe den enkelte, ved økt risiko for sykdom skal brukeren få et tilbud om hjelp så tidlig som mulig, og frisklivssentralen skal også være en naturlig samarbeidspartner i folkehelsearbeidet i kommunen (Helsedirektoratet, 2019a). Når vi ser frisklivssentralens formål opp mot de nevnte innsatsområdene i Ottawa charteret så samsvarer disse godt. Arbeidet frisklivssentralen gjør har en tilnærming hvor man tar utgangspunkt i faktorer som fremmer helse (Helsedirektoratet, 2019a). Dette handler om fokuset på å styrke den enkelte, og tilrettelegge for at flere kan få delta i prosesser, uavhengig av sosio-økonomisk status, hvor man kan tilegne seg ny kunnskap, og utvikle egne ferdigheter og ressurser slik at man blir satt i bedre stand til å mestre eget liv, og ta valg som er positive for egen helse (Helsedirektoratet, 2019a).

Det bør imidlertid nevnes at frisklivssentralen har mottatt kritikk for å være for individrettet enn hva som ligger til grunn for det helsefremmende arbeidet, hvor man ønsker å jobbe bredere og settingsorientert (Green et al., 2015). Kvåle et al. (2020) anser frisklivssentralen som et resultat av den individualistiske helsepolitikken i Norge, da den er organisert rundt å jobbe mot individuell helse og helseutfordringer. Til tross for dette vil jeg påstå at frisklivssentralen er et godt tilskudd til det helsefremmende arbeidet da de har et stort fokus på å styrke den enkelte slik at de kan ta mer kontroll over egen helse.

For å komme i kontakt med frisklivssentralen kan man få en henvisning fra enten fastlegen, bedriftshelsetjenesten, NAV eller annet helsepersonell som jobber innenfor primær- og spesialisthelsetjenesten, men det er også mulig å ta kontakt med de selv (Helsedirektoratet, 2019a). Når kontakten er etablert vil det bli gjort en vurdering av hvilke tilbud som kan være aktuelle for den enkelte, og om personen i det hele tatt er i behov av oppfølging fra ansatte ved frisklivssentralen eller om det kan være andre tilbud i kommunen som er mer aktuelle (Helsedirektoratet, 2019a). Av de 30 000 som deltok på et tilbud ved frisklivssentralen i 2019 kom halvparten på eget initiativ, mens resten var blitt henvist, og denne henvisningen kommer stort sett fra fastlegen (Statistisk sentralbyrå, 2020).

De ulike frisklivssentralene kan ha forskjellige tilbud til sine brukere, men deres basistilbud baserer seg på å hjelpe med røykeslutt, fysisk aktivitet og ernæring (Helsedirektoratet, 2019a). Utover dette

basistilbudet så finnes det frisklivssentraler som eksempelvis også har et tilbud for risikofylt alkoholbruk, søvnevansker og psykiske plager (Helsedirektoratet, 2019a). Brukerne ved frisklivssentralen får et tilbud som varer 12 uker av gangen, men det er mulighet for forlengelse av tilbudet, og de vil da få oppfølging som er strukturert og tilpasset den enkelte med både individuell og gruppebasert informasjon, veiledning og ulike aktiviteter (Helsedirektoratet, 2019a). Første og siste steg i denne 12 ukers prosessen er en helsesamtale med en ansatt hvor man legger en plan for veien videre, i tillegg har man en samtale underveis (Helsedirektoratet, 2019a). Denne samtalen bygger på prinsipper fra en metode som kalles motiverende intervju som jeg vil komme grundigere inn på i neste kapittel.

2.2.1.1 Motiverende intervju

Dette er en metode som oppstod i forbindelse med et forskningsopphold som den amerikanske forskeren William Miller hadde på Hjeltestadklinikken utenfor Bergen i 1982, og siden den gang har metoden utviklet seg til å bli en etablert behandlingspraksis (Barth et al., 2013). Metoden brukes i situasjoner hvor det er en part som søker råd eller hjelp, mens den andre parten er hjelper, behandler, terapeut eller rådgiver (Barth et al., 2013). I disse situasjonene er begge parter klar over at dette er en situasjon hvor det skal gis råd og hjelp, og samtalen og situasjonen man er i tydeliggjør også dette (Barth et al., 2013). Dette er altså ikke en metode som brukes for å påvirke i det skjulte eller for generell personlig utvikling, men bruker og veileder skal samarbeide om et felles prosjekt, eller et felles mål (Barth et al., 2013). Samtalemotoden ble utviklet for at den som intervjuer skulle kunne utforske hvilke motivasjonskrefter som finnes i en person (Barth et al., 2013). Hensikten med å bruke denne metoden i samtale med brukere av frisklivssentralen er å veilede de til å sette ord på og bli bevisste på hvorfor de vil endre egen atferd, altså hvilke egne grunner de i utgangspunktet har for endring (Helsedirektoratet, 2019a). Man ønsker at denne samtalen skal lede til at brukeren tar et bevisst valg og bestemmer seg for å gjøre endring i en bestemt retning (Barth et al., 2013). Ved å bruke denne metoden ønsker man å hjelpe brukeren til å sette seg realistiske mål, samt å reflektere over den situasjonen man står i og rundt egne erfaringer underveis i endringsprosessen (Helsedirektoratet, 2019a). Veilederens oppgave er også å rette fokuset mot de ressursene den andre parten har, og fokusere på hva det er som fremmer mestring og god helse (Helsedirektoratet, 2019a). Akkurat dette kan relateres til empowerment-prinsippet, en viktig del av det helsefremmende arbeidet, som jeg i kapitlet under vil komme nærmere inn på.

2.2.2 Empowerment

Som tidligere nevnt i kapittel 2.2 er helsefremmende arbeid en prosess hvor man skal sette mennesker i stand til å få økt kontroll over, og kunne bedre, sin egen helse (WHO, 1986), og her kommer empowerment inn som en metode for å oppnå dette. Empowerment, som også kan oversettes til bemyndigelse på norsk, er en måte å utøve makt på hvor man forsøker å omfordele makten på de ulike nivåene i et samfunn, og dette er noe som krever handling både på system- og individnivå (Stang, 2003). Når man skal jobbe ut ifra et empowerment perspektiv er det menneskets autonomi, altså brukerens selvbestemmelse, som settes foran andre etiske prinsipper, men i særskilte tilfeller kan det naturligvis være at andre etiske prinsipper stiller sterkere, for eksempel i tilfeller hvor det er snakk om tvangsinnleggelse ved psykiske problemer (Stang, 2003). Det som ligger bak tankegangen om empowerment er at en selv skal være herre i sitt eget liv og kunne ta avgjørelser som gjelder en selv, men en forutsetning for dette er at man har informasjon og kunnskap slik at man er satt i stand til å ta den avgjørelsen som er best for en selv og eget liv (Stang, 2003). En utfordring i samfunnet ved empowerment er at enkelte fagutøvere kan føle seg truet av at makten skal utjevnes, og den tradisjonelle, paternalistiske maktutøvelsen som en fagutøver tidligere har hatt i forhold til bruker, klient, pasient, vil ikke nødvendigvis fremdeles være gjeldende (Stang, 2003). Derfor kan man si at det å jobbe for empowerment i samfunnet handler om å ta et verdivalg, og dette er noe som kan møte mye motstand i et samfunn hvor mange kanskje tenker at fagfolk «vet best» og bør bestemme, men dersom vi ønsker et mer demokratisk samfunn på alle nivåer, vil det være verdt kampen og omkostningene (Stang, 2003). Empowerment kan også sees i sammenheng med formelen for helsefremmende arbeid. Formelen, som er nevnt tidligere, var som følger: helsefremmende arbeid (HP) = helseopplysning (HE) x sunn helsepolitikk (HPP) (Green et al., 2015), og utligning av makt sammen med spredning av informasjon og kunnskap er en viktig del av momentene vi finner i denne formelen.

2.3 Atferdsendring

Det er de ikke-smittsomme sykdommene som er dominerende årsak for dødsfall i Norge i dag (Folkehelseinstituttet, 2019). Det er altså helt eller delvis de valgene vi tar og den måten vi velger å leve våre liv på, som resulterer i de vanligste helseplagene (Prescott & Børtveit, 2004). Til tross for at mange i dag er kjent med helsefordelene ved fysisk aktivitet og er innforstått med at bevegelse er viktig for oss, så fører ikke dette nødvendigvis til at vi er fysisk aktive. I dag er det slik at møter mellom pasienter og helsearbeidere i stor grad er preget av at det er nødvendig at pasienten endrer sin atferd for å kunne ta vare på seg selv og egen helse (Prescott & Børtveit, 2004). Det er mange

ulike faktorer som styrer de valgene vi gjør, og dette må man være bevisst på dersom man ønsker å forstå og påvirke et individs aktivitetsnivå (Demmelmaier, 2018). Det er også viktig å være oppmerksom på at en faktor som virker styrende for en person, kan ha minimal betydning for en annen (Demmelmaier, 2018). For pasienter som har mindre betydelige problemer kan det holde med kortvarig hjelp, men for de med mer alvorlige problemer vil det som regel være nødvendig med oppfølging over tid (Prescott & Børtveit, 2004). Atferdsendring er altså forskjellig fra person til person, og bør ses på som en lang, sammensatt prosess (Demmelmaier, 2018) som er helt avhengig av at brukeren, deltakeren eller pasienten deltar aktivt (Prescott & Børtveit, 2004).

De valgene vi som individer tar er viktige faktorer i forhold til hvordan vi utvikler våre vaner, men også for hvordan de opprettholdes og hvordan man endrer de, men det er også mange andre faktorer som spiller inn (Prescott & Børtveit, 2004). Her kommer vi inn på dette med sosial ulikhet igjen. For det er kjent at det finnes sosial ulikhet i befolkningen i hvilken kunnskap man besitter og i hvilken grad man har mulighet til å omsette denne kunnskapen til handling (Prescott & Børtveit, 2004). Vi ser at de med lav sosioøkonomisk status i gjennomsnitt har dårligere helse enn de med litt høyere sosioøkonomisk status, og de med høy sosioøkonomisk status har best helse, utviklingen er lineær (Helsedirektoratet, 2018b). Andre faktorer som påvirker valgene vi tar er i mindre grad under vår kontroll og kan for eksempel være oppvekst, symbolsk identitetsutprøving, kultur og at man ønsker å være mest mulig lik de sosiale gruppene som man ønsker å bli identifisert med (Prescott & Børtveit, 2004). Dette bør man være bevisst på i situasjoner hvor man skal være rådgivende og støttende i forbindelse med at en pasient, bruker eller deltaker skal endre atferd. For dersom man har et stort fokus på individets valg, og glemmer de andre faktorene, så kan dette føre til en holdning som oppleves moraliserende med for stor vekt på at individet selv er ansvarlig for situasjonen de står i og at det kun handler om at man må bestemme seg for å ta andre valg (Prescott & Børtveit, 2004). Ved en atferdsendring bør fokuset på individnivå derimot rettes mot personens indre motivasjon, altså hva det er som driver personen til å gjøre denne endringen, troen på at man kan mestre det må styrkes, samt troen på at man innehar de evnene som skal til for å styre atferden i den retningen man ønsker (Demmelmaier, 2018). Det er disse tre faktorene som går igjen i mye av forskningen som er gjort i forhold til atferdsendring rettet mot å øke fysisk aktivitet (Demmelmaier, 2018).

2.3.1 Modning og atferdsendring

Vi mennesker er i utvikling og endring gjennom hele livet. Dette kan skje på bakgrunn av ulike ting. Vi kan ta bevisste valg om endring på bakgrunn av engasjement og planlegging fra individet selv, men det kan også skje via ubevisst sosialisering, erfaringer gjennom livet, biologisk modning, eller at vi er i en prosess hvor vi helt automatisk tilpasser oss de kravene omgivelsene stiller (Prescott & Børtveit, 2004). Vi blir født som hjelpeløse spedbarn, men er gjennom genetikk og biologi programmert til å utvikle oss fysisk og psykisk (Prescott & Børtveit, 2004). For å kunne modnes og utvikles trenger individet kontinuerlig stimuli fra omgivelsene, og som 25 åring regner man at hjernen er fullmoden (Tran, 2019). Selv om mye av vår utvikling er biologisk bestemt, er det også mye som kan påvirkes ved hjelp av kosthold og fysisk aktivitet, slik som vekt, psykisk helse, muskelstyrke, og til en viss grad levealder (Prescott & Børtveit, 2004). I løpet av livet vil vi møte utfordringer og krav fra omgivelsene, og vi vil hver dag ta små eller store beslutninger som kan få både positive og negative konsekvenser for våre liv (Prescott & Børtveit, 2004). Hver eneste dag er det mennesker som bestemmer seg for å endre sin livsstil, og selv om mange trenger flere forsøk for å lykkes med atferdsendringen er det mange som lykkes (Prescott & Børtveit, 2004). I neste kapittel skal jeg gå nærmere inn på den transteoretiske modellen, en overordnet modell som forsøker å forklare de fellestrekkene som viser seg ved en endringsprosess (Barth et al., 2013).

2.3.2 Den transteoretiske modellen

Når man skal endre atferd så er det vanligvis slik at man må igjennom en lengre prosess hvor man er innom ulike stadier på veien, forandringen skjer ikke over natta (Demmelmaier, 2018). Psykologene James Prochaska og Carlo DiClemente har utviklet den transteoretiske modellen, ofte forkortet TTM, som beskriver de ulike trinnene i en intensjonell endringsprosess (Demmelmaier, 2018). Det at de kaller den transteoretisk handler om at det er en modell som kan brukes uavhengig av den behandlingsteorien man forholder seg til (Barth et al., 2013). Modellen har de utviklet fra en analyse hvor ulike teorier innenfor psykoterapi er blitt sammenlignet med hverandre, utgangspunktet har vært studier i røyking (Demmelmaier, 2018; Prescott & Børtveit, 2004). Modellen tar oss igjennom hva som skjer med en person som forsøker å endre atferd, fra de første negative konsekvensene begynner å vise seg, til beslutninger må tas og en atferdsendring er oppnådd (Prescott & Børtveit, 2004), men under hele prosessen står man riktignok i fare for tilbakefall (Green et al., 2015). Modellen gjelder for viljestyrt endring knyttet til en bestemt atferd (Barth et al., 2013). Dette kan for eksempel handle om at man ønsker å begynne med noe nytt, som trening, at man ønsker å slutte med noe, slik som røyking, eller at man ønsker å regulere en atferd

på annen måte, for eksempel kostholdet (Barth et al., 2013). Modellen kan være et nyttig verktøy for en som arbeider med personer som ønsker å endre sin atferd da den kan ses på som et kart over endringsprosessen, og den kan brukes som en veiviser ved at det kan være lettere å vurdere hvilke tiltak som kan være nyttige for personen i endring når man kan gjenkjenne hvor i prosessen personen befinner seg (Prescott & Børtveit, 2004). Hvor man er i prosessen vil også si noe om hvor mottakelig man vil være for ulike former for påvirkning, og dette vil være nyttig kunnskap for en som arbeider ved frisklivssentralen (Prescott & Børtveit, 2004). Modellen kan benyttes til endring av ulik atferd, men den benyttes som oftest når det gjelder å endre helseatferd hvor man må ofre en form for tilfredsstillelse og vil kjenne på følelsen av ubehag, da dette er noe som konsekvent kan resultere i tilbakefall (Green et al., 2015). Modellen er derfor ofte brukt når det gjelder forskning knyttet til overvekt og spiseproblematikk, samt røyking, alkoholmisbruk og annet stoffmisbruk (Green et al., 2015). De ulike fasene i modellen er: føroverveielse, overveielse, forberedelse, handling og vedlikehold (Prescott & Børtveit, 2004). Videre skal jeg gå nærmere inn på de ulike fasene.

2.3.2.1 Føroverveielse

Dersom man bevisst skal gå i gang med å endre sin atferd så er det en forutsetning at man erkjenner at den atferden eller de vanene som man utøver i dag, har negative konsekvenser for en selv og vil være ugunstig å bedrive over tid (Prescott & Børtveit, 2004). Dette kan for eksempel dreie seg om konsekvenser som at man merker en negativ fysisk utvikling på egen kropp, eller at man begynner å bekymre seg for sykdom som kan komme i fremtiden, men slik ser man ikke på atferden i begynnelsen. I starten, og det er dette som er føroverveielse fasen, er det de positive sidene ved atferden som er synlig for en selv (Prescott & Børtveit, 2004), slik som at man opplever en god rus når man drikker alkohol, eller at det føles godt å spise mye fet- og sukkerholdig mat. I denne fasen så har man ingen intensjon eller vilje til å endre atferd, for man ser ikke på den fysiske inaktiviteten eller det usunne kostholdet som et problem (Demmelmaier, 2018). For en helsearbeider kan det være svært utfordrende å arbeide med mennesker som befinner seg i denne fasen, da de ikke er mottagelige for informasjon om negative konsekvenser av atferden, og det er nettopp dette med å erkjenne at man må gjøre en endring som driver endringsprosessen videre (Prescott & Børtveit, 2004). Når noen befinner seg i denne fasen vil det derfor være essensielt for den videre prosessen å drive opplysningsarbeid, man må gi personen relevant, saklig og personlig informasjon som kan hjelpe med bevisstgjøring rundt egen situasjon (Prescott & Børtveit, 2004). For en person som er lite aktiv kan dette for eksempel gjøres ved å ta ulike fysiske tester, som kan si noe om kondisjon,

muskelstyrke og balanse, for å tydeliggjøre utfordringen og gjøre det mer håndgripelig for personen (Prescott & Børtveit, 2004).

2.3.2.2 Overveielsesfasen

I denne fasen begynner det å gå opp for personen at man har en atferd som også har negative sider, men de positive blir ikke av den grunn glemt (Prescott & Børtveit, 2004). Selv om man sliter med overvekt og nå har erkjent at all den fete- og sukkerholdige maten er negativ for en, så smaker den saftige burgeren og vingummien fremdeles like godt. Det er fremdeles behagelig å ligge og slappe av på sofaen selv om man vet at man for den fysiske, og psykiske, helsen sin del heller burde reist seg fra sofaen og gått seg en tur. En person i denne fasen kan derfor oppleve å være i konflikt med seg selv, og bli dratt i to retninger: på den ene siden ønsker man å endre atferd, men samtidig ikke (Prescott & Børtveit, 2004). Ambivalensen til tross, personen er nå kommet dit at den begynner å overveie en endring (Demmelmaier, 2018). Når man jobber med en person i denne fasen er det viktig å være åpen for både de positive og negative sidene ved atferden, og la personen utforske ambivalensen den føler (Prescott & Børtveit, 2004). Dersom dette gjøres på en systematisk måte kan det resultere i at personen ser situasjonen i et nytt lys, og dette kan føre til at man begynner å ta de små skrittene i retning av å bestemme seg for å endre sin atferd (Prescott & Børtveit, 2004). Definisjonen av denne fasen sier at denne overveielser om å gjøre en endring vil foregå over de neste 6 månedene, før man går videre til neste fase (Demmelmaier, 2018).

2.3.2.3 Forberedelsesfasen

Når man er kommet til denne fasen så har man forpliktet seg til å gjøre en endring, og viljen til å gjøre det er til stede (Prescott & Børtveit, 2004). Det er i løpet av nær fremtid at man ønsker å komme i gang med endringsprosessen, faktisk i løpet av den nærmeste måneden, så denne fasen er kort (Demmelmaier, 2018). Det som kjennetegner denne fasen er at man nå konkret begynner å forberede den endringen man har planlagt å gjøre, og dette kan handle om å kjøpe inn nytt treningstøy og sko, sjekke ut treningstider på det nærmeste treningssenteret, eller det kan være at man setter seg mer inn i hva som skal til for å spise næringsrik og variert mat (Demmelmaier, 2018). Personen er altså nå i en prosess hvor den begynner å aktivere sine personlige ressurser, man søker støtte hos andre, og finner frem til hjelpemidler eller fremgangsmåter (Prescott & Børtveit, 2004). I de tidligere nevnte fasene er ikke personen særlig mottagelig for råd og veiledning, men dette endrer seg når man kommer over i denne fasen og tilbud om hjelp vil i større grad bli tatt imot (Prescott & Børtveit, 2004). En helsearbeider vil oppleve at samarbeidet med en som skal gjøre

atferdsendring vil føles lettere når man når denne fasen, for nå vil man oppleve at personen vil begynne å vurdere de rådene og forslagene man kommer med seriøst, og ikke bare avslå de med en gang (Prescott & Børtveit, 2004).

2.3.2.4 Handlingsfasen

Det er i denne fasen at personen virkelig begynner å gjøre noe aktivt, som for eksempel og ta det steget og begynne å trene (Demmelmaier, 2018). De menneskene man er nær vil nå kunne begynne å se en synlig endring hos personen, man er dedikert til planen man har lagt, opplever å ha energi og føler seg tilfreds med den endringsprosessen man nå gjennomgår (Prescott & Børtveit, 2004). Fordi man enda ikke har fått etablert de nye vanene så vil det kreve svært mye besluttsomhet og energi fra personenes side for å holde på de nye vanene, og derfor må man være bevisst på at det er svært vanlig at man i denne fasen opplever tilbakefall, for eksempel i form av at man går tilbake til en inaktiv livsstil eller velger kaloririk og næringsfattig mat (Demmelmaier, 2018). For de som er rundt personen som gjennomgår atferdsendringen vil i denne fasen oppleve at det er lettere å rose, oppmuntre og støtte, fordi personen selv er som nevnt, mer tilfreds (Prescott & Børtveit, 2004). Denne støtten de opplever fra andre vil i sin tur kunne være med på å hjelpe personen når den møter på utfordringer og motgang, og kan være med på å styrke den beslutningen om endring som er tatt (Prescott & Børtveit, 2004). Fra man begynner på handlingsfasen, og starter å gjøre en aktiv endring så går det, ifølge teorien, 6 måneder hvor man befinner seg i denne fasen (Demmelmaier, 2018). I løpet av denne perioden vil det være naturlig å oppleve ambivalens og sviktende motivasjon, men for å komme seg igjennom dette og lykkes i denne fasen så er det avhengig av den innsatsen man legger ned i endringsarbeidet og de konkrete framgangsmåtene man har tilegnet seg (Prescott & Børtveit, 2004). Man må være villig til å investere tid og krefter i å planlegge og prioritere endringsprosessen foran andre ting, i hvert fall for en periode (Prescott & Børtveit, 2004). Det vil også være viktig å legge opp en plan som ikke er altfor streng, for eksempel i forhold til trening, for da kan man oppleve å stadig møte motgang som fører til at det blir vanskelig å gjennomføre den tenkte planen, og som et resultat av det kan man miste troen på seg selv og egen gjennomføringsevne (Prescott & Børtveit, 2004).

2.3.2.5 Vedlikeholdsfasen

Omtrent 6 måneder etter at man starter på handlingsfasen kommer man over i vedlikeholdsfasen (Prescott & Børtveit, 2004). Også denne fasen inneholder sine utfordringer. Faren for tilbakefall er absolutt også til stede her fordi ting mer eller mindre har blitt en vane, og man kan oppleve å miste

fokus (Demmelmaier, 2018). Gang etter gang så må man ta den samme beslutningen om endring, og det vil være viktig at man klarer å planlegge for de situasjonene hvor man vil være ekstra utsatt for tilbakefall, og legge en plan for hvordan man da skal handle (Prescott & Børtveit, 2004). Man kan også oppleve perioder hvor motivasjonen daler, man glemmer hva som var problematisk med den tidligere atferden, og hjernen fungerer slik at den gjerne husker det som var positivt, mens det negative blir visket ut (Prescott & Børtveit, 2004). Denne selektive hukommelsen kan være en positiv ting for mange forhold i livet, men ikke når det kommer til varig atferdsendring, da man i utgangspunktet har blitt motivert for endring på grunn av disse negative konsekvensene, og med det så blir mye av årsaken til ønsket om endring borte (Prescott & Børtveit, 2004). For å holde på atferdsendringen vil det derfor være nødvendig å drive litt kontinuerlig vedlikeholdsarbeid på motivasjonen ved at man løfter frem det positive med den nye tilværelsen, samtidig som man bevisst husker på hvorfor det i utgangspunktet var nødvendig med endring (Prescott & Børtveit, 2004).

2.4 Kunnskapsstatus

2.4.1 Status ved norske frisklivssentraler i dag

I 2020 ga Statistisk sentralbyrå ut en rapport hvor tilbud for mestring av sykdom og livsstilsendringer i Norge ble analysert. I forbindelse med KOSTRA-rapporteringer (KOMMUNE-STAT-RAPPORTERINGER) foretatt i 2013, 2016 og 2019 er frisklivssentralene og dens tilbud, deltakere og ansatte blitt kartlagt (Statistisk sentralbyrå, 2020). I 2019 finnes det frisklivssentraler i 262 kommuner og bydeler i Oslo, av disse er det 96 % som har et gruppetilbud for fysisk aktivitet, BraMat-kurs er tilgjengelig i 60 % av sentralene, 28 % tilbyr snus- og røykesluttkurs, mens 50 % kan tilby individuell veiledning i forhold til snus- og røykeslutt (Statistisk sentralbyrå, 2020). Dette er som tidligere nevnt det som regnes som basistilbudet. Andre tilbud kan være tilgjengelig dersom ressursene er til stede. I 40 % av kommunene er det blitt avholdt samlinger hvor ulike temaer er blitt tatt opp (Statistisk sentralbyrå, 2020). Rapporten viser også at 36 % av kommunene har avholdt søvnkurs, mens 34 % har hatt et eget tilrettelagt tilbud for barn og unge med familie, og 20 % har hatt kurs i mestring av belastninger (KIB), depresjonsmestring (KID) og likemannstilbud (Statistisk sentralbyrå, 2020).

Økningen av sentraler har flatet ut mellom 2016 og 2019, men vi ser at antallet deltakere har hatt en god økning på 9 % i den samme perioden med totalt 30 000 deltakere i 2019, og fra 2013 har det vært nærmere en dobling i antall deltakere (Statistisk sentralbyrå, 2020). Antallet deltakere varierer

en del fra fylke til fylke. I 2019 var det færrest deltakere i Finnmark med 769 stykker, mens Akershus hadde det største tallet med 3032 deltakere (Statistisk sentralbyrå, 2020). Dersom antallet deltakere fordeles på de ulike sentralene vil det i snitt være 113 deltakere som har deltatt på ett, eller flere kurs ved hver sentral (Statistisk sentralbyrå, 2020). Det var først i 2019 at det ble kartlagt om deltakerne var kvinner eller menn, og derfor gir ikke rapporten noen innsikt i deltakerutviklingen mellom kvinner og menn, men vi vet at det i 2019 var 73 % kvinner som deltok, mot 27 % menn (Statistisk sentralbyrå, 2020). I Nordland finner vi den største andelen menn som har deltatt, 38 %, mens Aust-Agder hadde det laveste mannlige deltakertallet på 18 % (Statistisk sentralbyrå, 2020). Rapporten viser også at det er en sammenheng mellom antallet som bor i kommunene og antallet som har deltatt på et opplegg ved frisklivssentral. Utviklingen er lineær og antallet deltakere ved frisklivssentralen øker med folketallet i kommunen (Statistisk sentralbyrå, 2020). Det kan være flere årsaker til denne sammenhengen, blant annet at en større kommune kan ha flere ressurser og de kan oppnå fordeler ved stordrift og drive et mer effektivt arbeid (Statistisk sentralbyrå, 2020).

Det er stor variasjon i antallet årsverk ved frisklivssentralene og hvilken faglig bakgrunn disse har, og det er heller ikke uvanlig at disse også har andre oppgaver i kommunen (Statistisk sentralbyrå, 2020). I 2019 var det totalt 306 årsverk ved frisklivssentralene, en økning på 60 % fra 2013 (Statistisk sentralbyrå, 2020). Den største yrkesgruppen vi finner ved frisklivssentralene er fysioterapeuter og i 2019 utgjør disse hele 54 % av de ansatte (Statistisk sentralbyrå, 2020). Andre yrkesgrupper som også er representert i 2019 er: sykepleiere (8 %), pedagoger (7 %), bachelor ernæring (6 %), ergoterapeuter (5 %), ernæringsfysiolog (3 %), erfaringskonsulent (1%) og psykolog (15 %), gruppen «andre» utgjør 15 %, og dette kan være utdanningsretninger som: bachelor eller master i folkehelse, personlig trener, helsesykepleier, idrettspedagog, miljøterapeut, sosionom, familieterapeut og så videre (Statistisk sentralbyrå, 2020).

2.4.2 Livsstilsendring – hva sier forskningen?

En studie gjort av Blom et al. (2020) utforsket de fysiske aktivitetsnivåene og deltakernes helserelaterte livskvalitet 15 måneder etter at de hadde vært igjennom et intervensjonsprogram ved frisklivssentraler i Norge. Studien viste at nesten 30 % av de påmeldte deltakerne til livsstilsintervensjonen ikke fullførte (Blom et al., 2020). Denne negative trenden ser man også i studien til Følling et al. (2017) av 332 deltakere som ble invitert til å delta på et livsstilsprogram. Dette var deltakere som var blitt identifisert i Helseundersøkelsen i Trøndelag (HUNT3-studien) og som hadde høy risiko for å utvikle type 2 diabetes, men av disse 332 inviterte var det hele 287 som

takket nei til å delta, en andel på 86 % (Følling et al., 2017). Når man kikket nærmere på deltakerne så fant man at de kvinnene som ønsket å delta på livsstilsprogrammet hadde høyere oppnådd utdanning enn de kvinnene som takket nei, men denne forskjellen i hvem som ville delta var ikke til stede blant mennene i denne studien (Følling et al., 2017). I andre studier har de også funnet at de som ikke deltar kjennetegnes av lavere sosioøkonomisk status, de holder ofte til i landlige områder, oppgir at de har helse relaterte grunner til ikke å delta, og de er oftere menn (Følling et al., 2017). Deltakerne kan ha mange individuelle grunner til at de ikke ønsker å delta, men generelt sett kan man si at disse grunnene handler om sosiale, psykologiske eller logistikk barrierer, samt negative opplevelser fra tidligere (Følling et al., 2017; Salemonsens et al., 2018).

Følling et al. publiserte en studie i 2015 hvor de undersøkte hvordan emosjonell bagasje og tidligere opplevelser ble en barriere for livsstilsendring. Etter at de hadde gjennomført dybdeintervjuer med 23 deltakere for å prøve å forstå hvordan deres tidligere opplevelser påvirker livsstilsendringen ble to hovedtemaer identifisert: 1. de satt fast i gamle vaner og 2. emosjonell bagasje fra tidligere negative opplevelser opplevdes tyngende, og dette var opplevelser knyttet til arbeid og sosiale problemer, barndommen og/eller familien (Følling et al., 2015). Denne emosjonelle bagasjen som de bar på kan påvirke livsstilsendringen, og gjorde at de var usikre på og satte spørsmålsteget ved om frisklivssentralen faktisk kunne hjelpe og veilede de gjennom en livsstilsendring (Følling et al., 2015). Det er også slik at stigma kan oppleves som en barriere når det kommer til å strekke ut en hånd og søke hjelp for å gå ned i vekt (Salemonsens et al., 2018). Det er blitt dokumentert at de vektbaserte stereotypene som sier at overvektige er late, uintelligente og har liten viljestyrke, helt klart er skadelige og disse stereotypene gir grobunn for diskriminering og fordommer mot overvektige som i sin tur bidrar til lavere velvære og psykologisk funksjon hos disse (Salemonsens et al., 2018).

3 Metode

Vi forsker fordi vi har et ønske om å bringe frem ny kunnskap om den verden vi lever i, altså vår virkelighet, og denne nye kunnskapen skal være gyldig og troverdig (Jacobsen, 2015). Forskning kjennetegnes av en systematikk i innhenting og behandling av nytt datamateriale, men også i hvordan den presenteres (Jacobsen, 2015). Dette kapittelet er en redegjørelse for de valgene som er tatt og den metodiske tilnærmingen som jeg har benyttet i dette forskningsprosjektet. Aller først vil jeg starte med å plassere oppgaven vitenskapsteoretisk, deretter følger en redegjørelse for valg av forskningsmetode, samt en kort beskrivelse av den valgte metoden. Jeg vil videre beskrive hvordan datainnsamlingsprosessen har foregått, hvordan data er blitt behandlet og hvilke valg som er blitt gjort underveis. Dernest følger en beskrivelse av valgt analysemetode, før denne delen av oppgaven avsluttes med en gjennomgang av forskningsetiske problemstillinger og en beskrivelse av studiens validitet, reliabilitet og troverdighet.

3.1 Studiens vitenskapsteoretiske plassering

I denne studien hadde jeg et ønske om en større forståelse av hvordan mennesket erfarer frisklivssentralen og hvilke faktorer som har vært viktige for deres deltakelse og fullføring av en 12-ukers livsstilsintervensjon. Jeg har altså forsket på menneskets erfaringer med et fenomen og har dermed arbeidet ut ifra et fenomenologisk ståsted (Thoresen et al., 2020). Når man gjennomfører en slik fenomenologisk undersøkelse så ønsker man å finne ut mer om hvordan mennesket erfarer og opplever dette fenomenet, som i denne sammenheng er en livsstilsintervensjon, og dermed kan fenomenologisk forskning også sies å være vitenskap fra et førstegangsperspektiv (Thoresen et al., 2020).

3.2 Kvalitativ forskningsmetode

Metode handler om hvilken fremgangsmåte man velger når man skal kartlegge virkeligheten, altså hvordan man skal gå frem for å samle inn empiri (Jacobsen, 2005). Empiri er data om virkeligheten (Jacobsen, 2005) og videre i denne oppgaven vil jeg bruke begrepet data. Den problemstillingen man har valgt vil være avgjørende for hvilken metode man bør velge (Jacobsen, 2005).

Problemstillingen min lyder: hvilke faktorer trekker deltakere frem som viktige i gjennomføringen av en livsstilsintervensjon ved frisklivssentralen? Dette er en beskrivende og eksplorerende problemstilling som ønsker å få deltakernes personlige beskrivelser og hvor man ønsker å gå i dybden (Jacobsen, 2005). Slike eksplorerende problemstillinger krever at man konsentrerer seg om

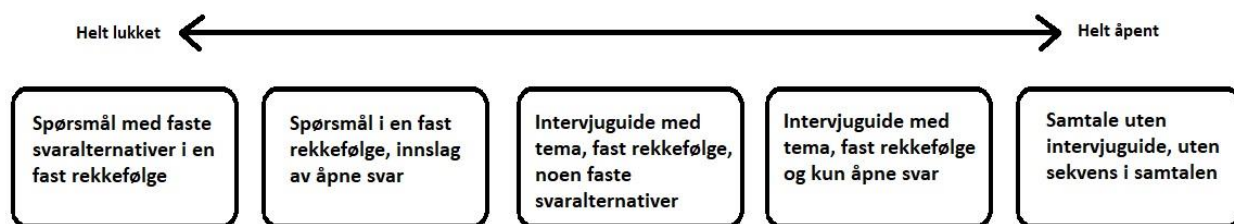
et lite utvalg undersøkelsesenheter og man må velge en metode som kan få frem mange nyanser (Jacobsen, 2005). Innenfor fenomenologisk forskning er det først og fremst observasjoner og intervjuer som brukes som metode (Thoresen et al., 2020), og da denne studien som nevnt er fenomenologisk orientert falt valget på intervju som metode for å få tilgang på førstepersonsperspektivene om livsstilsendring ved frisklivssentralen. Jeg har derfor gjort en kvalitativ studie, en små-N-studie, hvor jeg har rettet søkelyset mot noen få utvalgte undersøkelsesenheter med et mål om å få en detaljert og grundig forståelse av deres møte med frisklivssentralen, altså deres virkelighet (Jacobsen, 2015).

3.2.1 Forskningsintervjuet

Intervjuer kan gjøres i grupper eller individuelt. I denne studien har jeg valgt å gjøre individuelle intervjuer da det er dette som egner seg best når man er ute etter individers opplevelse med et fenomen (Jacobsen, 2005). I utgangspunktet ønsket jeg å gjøre disse intervjuene ansikt-til-ansikt, men på grunn av den pågående Covid-19-pandemien og fare for smittespredning så valgte jeg å gjøre intervjuene via Teams. Noen intervjuer er også gjort via telefon da noen deltakere ikke var kjent med eller følte seg trygg på den nye teknologien. Alle intervjuene er blitt tatt opp på diktafon for senere å bli transkribert.

Grunnen til at jeg i utgangspunktet ønsket å gjøre intervjuene ansikt-til-ansikt er fordi det kan være lettere å oppnå en personlig kontakt og en fortrolighet når man sitter rett ovenfor hverandre og prater (Jacobsen, 2005). Et intervju via telefon eller en videosamtale ved bruk av for eksempel Teams eller Zoom, er et så anonymisert medium at det kan bli vanskelig å skape et slikt fortrolig klima (Jacobsen, 2005). I tillegg er det jo slik at når man sitter ovenfor en annen så kan man lese hele kroppsspråket og på den måten kan man lettere få en fornemmelse av hvor langt man bør gå; man kan «lese» på intervjuobjektet om det for eksempel er et tema de opplever som ubehagelig og som de ikke ønsker å snakke mer om (Jacobsen, 2005). Denne muligheten mister man når man ikke kan se intervjuobjektet, og i verste fall kan man gå over grensen og presse intervjuobjektet for langt, og da risikere at de stenger av og på den måten kan vi gå glipp av verdifull informasjon (Jacobsen, 2005). På den andre siden så har jo også et telefonintervju sin styrke ved at intervjuobjektets svar ikke påvirkes av intervjuerens nærvær, kroppsspråk og ansiktsuttrykk. Dette kalles for intervjuereffekten (Jacobsen 2005).

Et intervju kan være åpent eller det kan være strukturert. Jacobsen (2005, s. 145) illustrerer ulike grader når det kommer til strukturering av et intervju i figuren nedenfor:



Jacobsen (2005) poengterer også at et kvalitativt intervju ikke bør være helt åpent. Man bør stort sett utforme en intervjuguide for å sikre seg at man kommer innom alle temaene som man i utgangspunktet ønsker å belyse, men strukturgraden på intervjuguiden kan også variere (Jacobsen, 2005). Intervjuene jeg har gjennomført har ikke vært helt åpne, men de har vært forholdsvis åpne og passer inn i boks nummer to fra høyre i figuren ovenfor. Jeg har også forsøkt å være konsekvent på å ikke stille «hvorfor»-spørsmål under intervjuene, men heller forsøke å få intervjuobjektene til å «fortelle» om og beskrive nærmere sine opplevelser. Dette har vært for å unngå at intervjuobjektene skal komme med gjennomtenkte forklaringer (Dalland, 2017). Den endelige intervjuguiden er vedlagt i oppgaven (se vedlegg 3).

3.2.2 Rekrutteringsprosessen og utvalg

For å svare på problemstillingen ønsket jeg å rekruttere to-fire deltakere fra tre forskjellige frisklivssentraler på Østlandet. For å komme i kontakt med aktuelle deltakere henvendte jeg meg til totalt 16 frisklivssentraler via epost og informerte om forskningsprosjektet. Alle som hadde deltatt på en frisklivsresept, og gjennomført 12 uker, med både fysisk aktivitet og kostholdskurs var aktuelle deltakere i denne studien. Deltakere som har vært med utover 12 uker kunne også delta, altså deltakere som har fått forlenget resepten. Dette valget ble tatt på bakgrunn av samtaler med veiledere ved flere frisklivssentraler som gjorde meg oppmerksom på at mange deltakere får forlenget sin resept, og at det kunne bli utfordrende å rekruttere deltakere som har avsluttet etter 12 uker. Rekrutteringsprosessen var krevende, og det tok tid å etablere kontakt med frisklivssentralene og få formidlet informasjon til de aktuelle deltakerne. En annen utfordring i rekrutteringsprosessen var at Covid-19-pandemien førte til at det var mange frisklivssentraler som ikke har avholdt kostholdskurs den siste tiden. Jeg så meg derfor nødt til å se bort ifra kravet om at deltakerne skulle ha fått veiledning i både fysisk aktivitet og kostholdskurs. De fleste deltakerne i studien, 11 stykker, hadde derfor kun fått veiledning med tanke på fysisk aktivitet. Det kom allikevel frem i flere av

intervjuene at selv om flere av deltakerne ikke hadde deltatt på rene kostholdskurs var kosthold et tema både under aktivitetstimer og i individuelle samtaler. Noen fortalte også at de innledningsvis følte at det holdt å komme i gang med treningsbiten, men at de kunne tenke seg å melde seg på kostholdskurset etter hvert. En deltaker fortalte at ønsket om å delta på kostholdskurs har vært der, men at tidspunktene disse avholdes har gjort det umulig å delta. Når jeg fikk formidlet navn og kontaktinformasjon til deltakere som ville delta tok jeg kontakt med disse via telefon for å informere mer om studien og oversende informasjonsskriv (se vedlegg 2).

I første omgang fikk jeg kontakt med og gjennomførte intervjuer av syv deltakere, seks kvinner og en mann, fra to ulike frisklivssentraler. Da intervjuene var gjennomført satt jeg igjen med 27 sider transkribert datamateriale. Disse sidene ble gjennomlest og til en viss grad analysert, men jeg var redd for at dette datagrunnlaget, skulle bli for tynt og valgte derfor å kontakte flere frisklivssentraler for å gjøre et par intervjuer til. Igjen tok rekrutteringsprosessen noe tid, men plutselig fikk jeg navn på 10 deltakere til, og gjennomførte intervjuer med syv av disse. Denne gangen var det to menn og fem kvinner. Totalt har jeg altså gjennomført 14 intervjuer med tre menn og 11 kvinner, fra fire ulike frisklivssentraler. Mennene hadde en gjennomsnittsalder på 53,3 år, mens kvinnene hadde en gjennomsnittsalder på 57,4 år. Sett under ett er gjennomsnittsalderen på hele utvalget 56,5 år. Utvalget ser du i tabellen nedenfor. Når disse intervjuene var transkribert satt jeg igjen med 63 sider datamateriale. Etter hvert som jeg intervjuet flere og flere deltakere opplevde jeg at det var mindre og mindre ny informasjon som kom frem i intervjuene, og på så måte opplevde jeg en form for metning.

Tabell 1: Oversikt over utvalg

Kjønn	Alder	Type resept	Kjønn	Alder	Type resept
Mann 1	53	Fysisk aktivitet	Kvinne 5	67	Fysisk aktivitet
Mann 2	63	Fysisk aktivitet og BraMat-kurs	Kvinne 6	48	Fysisk aktivitet
Mann 3	44	Fysisk aktivitet og BraMat-kurs	Kvinne 7	58	Fysisk aktivitet
Kvinne 1	57	Fysisk aktivitet og BraMat-kurs	Kvinne 8	50	Fysisk aktivitet
Kvinne 2	46	Fysisk aktivitet	Kvinne 9	59	Fysisk aktivitet
Kvinne 3	65	Fysisk aktivitet	Kvinne 10	55	Fysisk aktivitet
Kvinne 4	60	Fysisk aktivitet	Kvinne 11	67	Fysisk aktivitet

3.2.3 Behandling av datamaterialet og analysemetode

Som tidligere nevnt er intervjuene tatt opp på diktafon. Intervjuene ble så transkribert av meg den samme dagen eller den neste. Under transkriberingen av intervjuene ble hastigheten på avspillingen satt ned slik at det skulle bli lettere å skrive ned det som blir sagt. Flere ganger var jeg nødt til å pause opptaket, spole litt tilbake og høre på nytt for å være sikker på at jeg har fått med meg det som var blitt sagt. Etter at intervjuet var transkribert har jeg hørt gjennom hele intervjuet på nytt samtidig som jeg har sjekket det opp mot det skriftlige arbeidet.

Til analysearbeidet benyttet jeg meg av Braun og Clarks (2006) tematiske analyse. Dette er en metode som de hevder er grunnleggende for all kvalitativ analyse, og at det er denne metoden forskere burde lære seg først (Braun & Clarke, 2006). Bakgrunnen for dette er at man gjennom metoden får en innføring i kjerneferdighetene som vil være nyttige hvis man skal prøve seg på andre kvalitative analysemetoder på et senere tidspunkt (Braun & Clarke, 2006). Metoden er ikke tilknyttet noen spesifikk teori, og er med det et fleksibelt forskningsverktøy med stor teoretisk frihet når det kommer til å identifisere, analysere og skape mønstre (temaer) i datamaterialet, og dette vil bidra til å gi et rikt og detaljert, men også komplekst, datamateriale (Braun & Clarke, 2006).

Braun og Clarks (2006) tematiske analyse består av seks faser. I den første fasen ønsker man å gjøre seg kjent med det innsamlede datamaterialet, og dette gjorde jeg ved å lese igjennom intervjuene flere ganger, samtidig som jeg noterte ned de første tankene jeg gjorde meg i marginen. Videre følger fase to hvor de innledende kodene skal genereres (Braun & Clarke, 2006). Dette løste jeg ved å markere alle utsagn som pekte i en retning som sa noe om hva som hadde vært viktig for deltakeren for deres deltakelse ved frisklivssentralen. Deretter følger fase tre, hvor man ønsker å sortere de innledende kodene, prøve å finne frem til mulige temaer og samle inn all data som kan være relevant for de mulige temaene (Braun & Clarke, 2006). Dette sorterte jeg ved å skrive ned navnet på det mulige temaet, etterfulgt av punkter med relevant data under. Fase fire består av å lage seg et slags tematisk «kart» over analysen; dette gjøres ved at man går igjennom de temaene man har kommet frem til og ser om kodene egentlig passer til temaene, eller om man må gjøre noen omrokninger og nye vurderinger (Braun & Clarke, 2006). I fase fem blir temaene gjennomgått, spesifisert og definert med et endelig navn, og deretter følger den siste sjette fasen, hvor man tar i bruk de tematiske analysene man har gjort og produserer en rapport, eller i dette tilfellet en masteroppgave (Braun & Clarke, 2006).

3.3 Forskningsetiske hensyn

I dette forskningsprosjektet har jeg gjort lydopptak og oppbevart datamateriale. På bakgrunn av dette er studien blitt meldt til Norsk Senter for Forschungsdata (NSD). Se meldeskjema og godkjenning vedlagt. Et av de 14 generelle forskningsetiske retningslinjene, nummer fire, handler om frivillig informert samtykke (Forskningsetikk, 2019). Når man skal forske på mennesker, eller på materiale og opplysninger som kan knyttes opp mot en enkeltperson er hovedregelen at man skal innhente samtykke (Forskningsetikk, 2019). Etter at jeg hadde fått etablert kontakt med aktuelle deltakere ble det sendt ut et informasjonsskriv med et samtykkeskjema (se vedlegg 2) på e-post. I tillegg startet jeg hvert intervju med å nevne informasjonsskrivet og gå igjennom viktige punkter her, som at deltakelsen er frivillig, at intervjuet blir tatt opp på bånd, og at dette materialet blir oppbevart innelåst og utilgjengelig for andre frem til oppgaven blir godkjent. Jeg påpekte også at deltakelsen var anonym og at man når som helst, både under intervjuet og senere, har mulighet til å trekke seg uten å måtte oppgi noen grunn for det ønsket. Nummer fem av de generelle forskningsetiske retningslinjene omhandler konfidensialitet, et avgjørende punkt, og jeg har gjort ulike grep for å unngå at man skal kunne spore opplysninger tilbake til deltakere i studien (Forskningsetikk, 2019). De ulike grepene jeg har gjort her handler om at jeg under transkribering har anonymisert for eksempel navn på ansatte veiledere ved frisklivssentralene når disse er blitt nevnt, og når deltakerne har nevnt steder hvor de pleier å trene med navn så har jeg også unnlatt å skrive dette ned, jeg har heller skrevet: (sted) i teksten. Flere av intervjuobjektene har også hatt dialekt, men alle intervjuene er transkribert på bokmål.

3.4 Forskerens forforståelse

Første gangen jeg hørte ordet «frisklivssentral» var mens jeg gikk på bachelorstudiet, og vi fikk en liten innføring i hva det var da. Siden den gang har jeg sett på det som en interessant arena som jeg kunne tenke meg å lære mer om, men frem til denne studien har det blitt med tanken. Jeg hadde derfor ingen kjennskap til organisering eller struktur hos norske frisklivssentraler før oppstart av studien.

Når to forskere fra forskjellig hold nærmer seg et kunnskapsfelt, så vil disse ha ulik bagasje, i form av forskjellige forventninger og forkunnskaper, som de bringer med seg og dermed har de ulike måter å nærme seg kunnskapsfeltet på (Neumann & Neumann, 2012). Slik er det også med meg i dette forskningsprosjektet. Jeg har en bakgrunn som preger hvordan jeg ser på verden. Jeg har en bachelor i idrett, ernæring og helse, og har med det god kunnskap og erfaring om hvorfor fysisk

aktivitet og riktig ernæring er positivt for individets helse, og også for samfunnet som helhet. Dette er sider ved meg som jeg har vært bevisst, men som jeg har forsøkt å legge til side. Det er blitt hevdet at en helt verdifri og nøytral forskning vil være umulig å oppnå, da forskernes interesser og verdier blir styrende allerede når man skal komme frem til en problemstilling (Jacobsen, 2005). Ingen kan klare å velge seg en problemstilling som er helt uavhengig av hvilke verdier man står for og hvem man er, dette gjelder også forskere (Jacobsen, 2005). Derfor er det slik at valg av tema, problemstilling, spørsmålene i intervjuguiden, hvordan spørsmålene er blitt stilt i intervjusituasjonen, og hvilke utsagn jeg har trukket frem og konklusjoner jeg har trukket, er valg som i en eller annen grad er påvirket av det faglige ståstedet og interessen jeg har. Mine personlige erfaringer påvirker også. Jeg har forsøkt å være nøytral, og derfor ble også intervjuguiden (vedlegg 3) en viktig føring for meg da jeg forsøkte å formulere åpne spørsmål som ikke blir forstyrret av min forforståelse, men som lar deltakernes historie komme frem.

3.5 Studiens validitet, reliabilitet og troverdighet

Når man foretar en undersøkelse skal man alltid gjøre sitt ytterste for å unngå problemer som har å gjøre med undersøkelsens validitet (gyldighet) og reliabilitet (pålitelighet) (Jacobsen, 2005). Enkelte har hevdet at disse begrepene er tilpasset den kvantitative forskningen og har en grunnleggende kvantitativ logikk, men også de kvalitative metodene må gjennomgå en kritisk drøfting for å kunne vurdere om de konklusjonene man har trukket er til å stole på (Jacobsen, 2005). Man må forholde seg kritisk til den dataen man har samlet inn og de funnene man har gjort når man skal vurdere kvaliteten på dette (Jacobsen, 2005). Intern gyldighet handler om i hvilken grad vi har fått tak i den informasjonen vi i utgangspunktet var ute etter og om disse resultatene oppfattes som riktig (Jacobsen, 2005). Hva som er riktig og ikke kan det være vanskelig å gi et konkret svar på noen ganger. I denne sammenheng vil det være snakk om intersubjektivitet, og ikke én sannhet, for det nærmeste vi kommer et «riktig» svar her er dersom flere uttrykker det samme (Jacobsen, 2005). Ekstern gyldighet handler om i hvilken grad de funnene man har gjort kan generaliseres og være representativt for en større gruppe enn det utvalget man har intervjuet (Jacobsen, 2005). Det er flere forhold man kan se på for å vurdere disse faktorene, og de vil jeg komme nærmere inn på når jeg skal diskutere metoden senere i oppgaven (se kapittel 5.2 metodediskusjon).

4 Resultater

Formålet mitt med denne studien har vært å belyse de faktorene som deltakerne trekker frem som viktige når det kommer til å gjennomføre en livsstilsintervensjon ved en norsk frisklivssentral. Gjennom analysen av intervjuene ble det identifisert fire hovedtemaer, som har fått ett eller to undertemaer. Disse blir presentert i det påfølgende kapitlet og er illustrert i tabell 2 under.

Tabell 2: Oversikt over hovedtema og undertema:

Hovedtema	Undertema
Faste avtaler	Forpliktelse Motivasjon
Trygghet	Kompetanse Væremåte
Gruppetilhørighet	Sosial støtte
Yte etter evne	Individuelt tilpasset Ingen prestasjonspress

4.1 Faste avtaler

Et tema som tidlig ble tydelig, var viktigheten av faste avtaler. Flere av deltakerne ga uttrykk for at disse faste avtalene hadde vært svært viktige for deres deltakelse og gjennomføring fordi de i stor grad følte at de hadde forpliktet seg til noe, de hadde forpliktet seg til å møte opp, og disse faste avtalene opplevdes også motiverende.

4.1.1 Forpliktelse

Det kom frem i intervjuene at frisklivssentralene har kommet seg gjennom perioden med Covid-19 pandemien på litt forskjellige måter. Alle måtte stenge ned da pandemien brøt ut, men de har startet opp gruppetimene igjen i forskjellig tempo. De fleste deltakerne jeg har vært i kontakt med hadde riktignok hatt tilbud om ukentlige treningsøkter i gruppe med en frisklivsveileder (kun to deltakere hadde fått all oppfølging via telefon og pc) og mange av deltakerne hadde kjent på en sterk forpliktelse når det gjelder å delta på treningsøktene. Disse faste avtalene gjorde at det var mye vanskeligere å ty til «dårlige» unnskyldninger, som de kunne ha lett for å bruke når det gjelder å bevege seg mer på eget initiativ, når de hadde denne faste avtalen. De følte at de måtte ha en

ordentlig grunn for ikke å delta på timene, og denne følelsen gjorde at de møtte opp med mindre de virkelig ikke kunne. For noen var det slik at de kanskje ikke direkte hadde en fast avtale om at de skulle møte opp, men de følte selv at de hadde det og dermed satt det langt inne å melde avbud. Denne følelsen av en fast avtale opplevdes altså forpliktende. En kvinne uttrykte det slik:

«Ja, det er derfor jeg lenge var med på de utegruppene kan du si, fordi at det, da hadde vi liksom en avtale da at jeg skulle møte opp der de og de dagene kl. 09.00, eller, jeg lagde en avtale – det var ikke sånn at de hadde sagt at jeg skulle det liksom, men jeg følte at vi hadde en avtale da».

Kvinne, 46 år

En deltaker uttrykker også at disse faste avtalene var svært viktige for hun for å unngå å skeie ut. Når det ble laget en avtale så holdt hun seg til den. Da følte hun at hun hadde et press på seg, og det trengte hun for å klare å gjennomføre. Med en gang hun ikke hadde disse faste avtalene å forholde seg til, så skeiet hun gjerne ut.

Under intervjuene ble det også tydelig at de ulike frisklivssentralene fører litt ulik praksis når det gjelder om deltakerne må gi beskjed dersom de ikke kommer på trening eller ikke. Et par av deltakerne ga uttrykk for at nettopp dette med at de må gi beskjed dersom de ikke kommer gjør terskelen for ikke å delta på treningsøktene enda høyere, det gjør det vanskelig å bare droppe ut. En kvinne fortalte det slik:

«Jeg må ha en motivasjon, føler jeg må stå til ansvar for noen mer enn meg selv. For hvis jeg hadde meldt meg inn i et helsestudio, så hadde jeg liksom: nei, jeg trenger ikke i dag, jeg trenger ikke i dag. Men nå er det sånn at jeg må, jeg må komme dit, for hvis de ser at du har meldt deg på og ikke kommer så sier de at da tror jeg du bare kan la være. Så du kan ikke komme og gå akkurat som du vil altså, du forplikter deg».

Kvinne, 59 år

4.1.2 Motivasjon

Det kom frem i intervjuene at jevnlig samtaler med en frisklivsveileder kunne gi mye motivasjon. Dette har særlig vært tydelig for de to deltakerne som grunnet Covid-19 pandemien ikke har hatt noen fysiske møter, men kun har fått oppfølging og veiledning over telefon. Selv om de ikke møtte

sin frisklivsveileder fysisk så hadde de allikevel opplevd samtalene, og det kost- og aktivitetsopplegget som de sammen hadde kommet frem til at de skulle følge, som forpliktende. I løpet av en samtale ble det samtidig avtalt dato for neste samtale, og det har da vært viktig for deltakerne å ha noe progresjon å vise til når de pratet sammen neste gang. De følte på et press for å vise til at de ikke bare hadde stått på stedet hvil siden sist. De følte at de måtte ha noe vettugt å si og kunne vise til fremgang. En av kvinnene forklarte dette slik:

«... men jeg er også veldig flink til å utsette ting, og hvis noe enda mer fristende dukker opp, så har jeg veldig lett for å sette litt på vent det som er fornuftig, til fordel for det som er fristende da. Det gjelder både mat og trening. Men når jeg hele tiden tenker at den datoen så skal jeg snakke med (ansatt) (...). Jeg ville være flink. Når jeg snakket med (ansatt) så ville jeg kunne vise til resultater, og det styrket min motivasjon (...). Selvfølgelig mest for min egen del, men det var en tilleggsmotivasjon som gjorde at jeg ikke utsatte ting det at jeg snakket med (ansatt)».

Kvinne, 65 år

4.2 Trygghet

Under intervjuene ble deltakerne spurt om hvilken betydning de ansatte hadde hatt for deres deltakelse ved frisklivssentralen. De ansattes kompetanse og væremåte ble i stor grad nevnt, og opplevdes som en trygghet.

4.2.1 Kompetanse

Mange av de ansatte ved frisklivssentralene har bakgrunn som fysioterapeuter, og for deltakerne opplevdes dette som trygt da de hadde stor tiltro til deres kunnskap om trening og kropp. Dette hadde særlig stor betydning for de av deltakerne som har ulike fysiske helseplager. Disse deltakerne kunne oppleve at det var øvelser de ikke kunne utføre på grunn av smerter eller begrensninger for bevegelse, men de forteller at de møter frisklivsveiledere som innehar et stort repertoar av treningsøvelser og tilpasninger som kan gjøres slik at alle kan delta på en trygg og god måte etter beste evne. En av deltakerne beskrev det slik:

«... nei, så derfor så synes jeg det er veldig fint med frisklivssentralen fordi jeg synes det er veldig viktig da, også får du på en måte som sagt riktig trening, og blir anbefalt hvis du ... Ikke ting passer helt da, så har de alternativer og sånne ting da, og da får du også lyst til å

komme tilbake igjen, for der får du den riktige treninga og fungerer da. Så det synes jeg har vært veldig viktig for min del».

Kvinne, 50 år

I kapittel 2.2.1.1 skrev jeg om motiverende intervju som er den metoden mange frisklivsveiledere bruker under helsesamtalen med deltakerne. I flere av intervjuene ble det uttrykt at denne helsesamtalen opplevdes som nyttig da deltakerne opplever at de får en anledning til å fortelle om sine utfordringer, hvorfor de har kommet til sentralen og hva de ønsker å oppnå gjennom deltakelsen. De følte at de ble sett for den de er, og at deres utfordringer blir tatt tak i. De satte også pris på at de har fått være med på å sette egne mål, og i samråd med den ansatte kom de frem til løsninger for å nå disse målene. På denne måten følte de at målene som ble satt var realistiske og de kjente på en følelse av at dette er noe de skal klare å gjennomføre. En 65 år gammel kvinne ga noen kommentarer som kan gi en indikasjon på hvordan det oppleves å ha en slik samtale hvor man tar i bruk prinsippene fra motiverende intervju kontra en annen tilnærming. Hun fortalte dette:

«Hun hører på meg også snakker vi sammen, også finner vi en måte å gjøre det på som funker for meg. Så det aller, aller viktigste er det. Fokus på mitt behov, min motivasjon, mine mål, og min måte: hvordan vil jeg best nå de målene. Det andre er jo oppmuntringen og den jevne samtalen».

Den samme kvinnen sa også dette:

«... men hadde hun vært en veldig, en person som var veldig sånn: ja, nå må du huske og her må du gjøre, og det er veldig viktig at du gjør sånn og sånn og sånn. Da hadde det blitt litt sånn pekefinger-følelse. Eller at noen stod veldig over deg og fortalte deg hva du skal gjøre, da tror jeg ikke jeg hadde, da hadde jeg mistet ... Da hadde jeg kuttet ut ganske fort. For da hadde jeg følt meg ... Ikke følt meg sånn som jeg føler meg når hun, på den måten hun gjør det på. Så den forskjellen på å være en som «vet best», og en som er veldig lyttende, det er ... Den forskjellen er veldig viktig for meg hvert fall».

4.2.2 Væremåte

For svært mange av deltakerne så hadde også de ansattes væremåte vært av stor betydning for deres deltakelse. De ansattes positivitet, glede og sprudlende væremåte, i tillegg til at deltakerne følte seg

ivaretatt, skapte en inkluderende atmosfære som var medvirkende til at deltakerne så frem til å delta på treningsøktene. En av deltakerne uttrykte seg slik:

«De er så positive, og sånne glade, så du gleder deg liksom på en måte til du skal dit da, for det gir deg litt sånn energiboost eller hva jeg skal si».

Kvinne, 50 år

Viktigheten av å bli møtt som menneske, og ikke en deltaker, ble også trukket frem som viktig. De opplevde at de ansatte kunne navnet på, og brukte det, på alle deltakerne. Deltakerne følte seg sett og de ble møtt med respekt, og de opplevde at det hadde stor betydning for hvordan hver enkelt trivdes i gruppa. En deltaker fortalte dette:

«Ja, det, måten de ... Med respekt da på en måte mot hver enkelt, og den, de har en litt sånn positiv, lystig inngang, altså de er ... Du føler at det er mye smil (...). Liksom de ser alle da, man føler seg sett, og det er helt avgjørende at man føler seg sett i gruppa».

Mann, 53 år

4.3 Gruppetilhørighet

Det tredje temaet tar for seg betydningen av å være en del av en gruppe og kjenne på tilhørighet. Dette temaet handler om det sosiale og den støtten deltakerne opplevde fra andre i gruppa. Aktivitetstilbudet ved frisklivssentralen baserer seg på aktivitet i grupper, og derfor har også deltakerne under intervjuet fått spørsmål om hvordan de opplevde det å trene i nettopp gruppe.

4.3.1 Sosial støtte

For en stor andel av deltakerne så har det sosiale vært et trekkplaster. Kanskje spesielt nå den siste tiden hvor Corona-pandemien har medført mindre sosial kontakt enn hva man kanskje ellers ville ha hatt. Den sosiale kontakten man får på gruppetreningene har dermed blitt en motivasjon i seg selv. Det er også slik at flere av deltakerne som har blitt intervjuet står utenfor jobb av ulike grunner. Dette har medført at de i deres daglige liv treffer svært lite mennesker og har et veldig begrenset nettverk. De har derfor satt ekstra stor pris på den sosiale kontakten de har fått med andre via frisklivssentralen, og at det har gitt de en anledning til å treffe igjen en gruppe mennesker flere uker på rad. De opplevde dermed at frisklivssentralen var en nyttig arena for å bli kjent med nye mennesker som de kanskje ikke ellers ville møtt. Et par av deltakerne uttrykte seg slik:

«Jeg har så lite sosialt og voksen ... Treffer så veldig lite voksne, så bare det å komme seg ut og være sammen med de en time en gang iblant så har det mye å si».

Kvinne, 48 år

«... ja, kanskje de er trygdet, kanskje de ikke treffer så mange. Jeg er sykemeldt, så jeg synes det er veldig hyggelig jeg ... Også treffe noen, og ha på en måte litt ... Ha det også som et mål da».

Kvinne, 59 år

Noen fortalte at det ikke nødvendigvis var slik at de alltid pratet så veldig mye med hverandre, men det hadde stor betydning å møte noen og bare si «hei». Andre satt veldig pris på dette med å trene i gruppe fordi man da fikk noen man har kunnet tulle og tøyse litt med under øvelsene, og det ga en ekstra dimensjon til treningsøktene. Mange opplevde også å få mye støtte fra den gruppen de trente sammen med. For selv om det er mange ulikheter i en gruppe i form av bakgrunn, utfordringer og mål med deltakelsen, så føler de at gruppen står sammen i prosessen, og denne oppbakkingen har opplevdes viktig. For noen var det også slik at det sosiale var hovedårsaken bak deltakelsen. En 58 år gammel kvinne uttrykte at det å være en del av en gruppe gjorde det lettere å dra på treningene. Hun beskrev det slik:

«Men det er litt sånn, altså når det er en sånn gruppe som du er på hils og på snakk med de fleste, så er det kanskje litt lettere å dra dit, eller altså det blir en liten sånn gulrot da. Sånn at: ja, nei, nå må jeg dra dit for alle er der liksom, og da må jeg dra dit òg».

4.4 Yte etter evne

Under flere av intervjuene kom det frem at deltakerne ikke opplevde noe prestasjonspress under treningsøktene, og at dette opplevdes som svært positivt. Flere av deltakerne fortalte at de opplevde at treningsøktene kunne tilpasses alle, og at det var rom for at man ikke klarte å gjennomføre alt, at man kunne yte etter evne og at den eneste man trengte å fokusere på var seg selv.

4.4.1 Individuelt tilpasset

Et tema som ble trukket frem av flere av deltakerne handlet om at de opplevde at treningen er for alle, og at økter og øvelser ble tilpasset deltakerne og deres individuelle behov. Under intervjuene

kom det frem at mange av deltakerne på frisklivssentralene har ulike helseplager. De forteller både om egne og at de observerte at andre deltakere hadde sine utfordringer, og for noen var disse begrensende i forhold til hva de klarte å gjøre fysisk. Det opplevde de allikevel at det var rom for på frisklivssentralen. Øktene var mulig å gjennomføre uavhengig av den enkeltes utgangspunkt og forutsetninger. Man deltok på sitt nivå. Det var aksept for at man noen ganger måtte gi seg litt før, eller at det var noen øvelser som man måtte stå over, og dette har vært viktig for flere. En deltaker uttrykte seg slik:

«... det er plass for å ha plager, og det er plass for å si at i dag så har jeg en dårlig dag, men jeg prøver å bli med. Og det har jo hendt, det har jo hendt at noen har sagt nå, nå må jeg ... Stoppe, for nå er det nok for meg i dag, og det er det liksom full ... Altså det er helt greit».

Kvinne B, 67 år

4.4.2 Ingen prestasjonspress

Fordi mange av deltakerne hadde ulike helseplager og dermed ulike forutsetninger for hva man kan klare å gjøre fysisk, så la spesielt et par av deltakerne vekt på dette med å yte etter evne. De opplevde ikke noe press fra frisklivsveilederne når det gjaldt å prestere, det var derimot greit å yte etter evne. Det kommer særlig frem i ett intervju at dette har vært en viktig del av prosessen for den deltakeren. Man har bare trengt å fokusere på seg selv, egen mestring og fremgang. Det har aldri vært slik at man har blitt målt mot noen av de andre deltakerne, og dermed har de unngått å føle på press for å prestere bedre fordi andre har fått til noe man ikke har kapasitet til selv på det tidspunktet. Deltakerne målte seg bare mot seg selv, og det uttrykte enkelte at hadde vært viktig for deres motivasjon til å delta og forbedre sin egen kapasitet. En av deltakerne uttrykte seg på denne måten:

«Også får alle lov til å delta på sitt nivå. Det er ikke sånn at alle må gjøre 12 knebøy, og liksom holde på hele tida, alle gjør sånn som de klarer. Ut ifra sine egne forutsetninger. Så det er veldig ... Ja, du skal liksom ikke prestere noe».

Kvinne, 60 år

5 Diskusjon

Dette diskusjonskapitlet har jeg valgt å dele i to. I den første delen skal jeg se på de resultatene jeg har funnet i datamaterialet og drøfte dette for å forsøke å svare på den valgte problemstillingen som lyder: hvilke faktorer trekker deltakere frem som viktige i gjennomføringen av en livsstilsintervensjon ved frisklivssentralen?

I den første delen vil jeg starte med å se på betydningen av å ha en fast avtale og se dette opp mot fasene i den transteoretiske modellen. Deretter vil jeg se på frisklivssentralen som en arena som oppleves trygg i forbindelse med endring av atferd og diskutere disse resultatene. Videre vil jeg diskutere den nødvendige balansen mellom individ og gruppe. I den andre delen av dette kapitlet skal jeg diskutere den valgte metoden og studiens reliabilitet, validitet, og troverdighet, samt eventuelle implikasjoner av funnene.

5.1 Resultatdiskusjon

5.1.1 Betydningen av faste avtaler

Et tema som har blitt trukket frem av flere av deltakerne, var dette med at de faste avtalene har hatt en stor betydning fordi de har opplevdes forpliktende. For de som har deltatt på gruppetreningene så kan denne pliktfølelsen også oppstå på grunn av selve gruppen. Prescott og Børtveit (2004) skriver at når man har møtt en gruppe og deltatt på trening i gruppa, kan dette oppleves som en slags «offentlig» forpliktelse til å møte opp videre. Flere er nå blitt involvert i den avgjørelsen du har tatt, og det kan styrke beslutningen og gjøre den langt mer forpliktende, og dermed er terskelen for å avlyse treningene blitt langt høyere (Prescott & Børtveit, 2004). Det var også slik at et par av deltakerne jeg intervjuet kun hadde hatt oppfølging en-til-en via telefon, så for deres del hadde ikke gruppekontakten noen innflytelse på deres pliktfølelse. For disse deltakerne, men også for de andre som deltar på gruppeaktivitetene, kan det at de møter opp til de faste avtalene også handle om at de nå befinner seg i handlingsstadiet ifølge den transteoretiske modellen. De er på et stadiet hvor de er tilfredse med det de får til, har energi og fokus på oppgaven (Prescott & Børtveit, 2004). Deltakerne møtes ofte en gang i uken, om ikke to, og for mange kan det oppleves som et overkommelig og kortsiktig mål det å klare seg fra en gang til den neste (Barth et al., 2013).

5.1.2 Frisklivssentralen som en trygg arena

Under intervjuene kom det frem at deltakerne opplevde at de ansatte hadde god kompetanse på kropp, trening og helse. De hadde et repertoar av øvelser inne som gjorde at det føltes trygt for deltakerne å utføre øvelser, særlig var dette viktig for de som hadde utfordringer i forhold til en begrenset bevegelsesbane, men dette opplevde ikke deltakerne som et hinder for fysisk aktivitet da det fantes alternative øvelser de allikevel trygt kunne utføre. En annen kompetanse de ansatte ofte innehar, men som kanskje ikke deltakerne er direkte klar over, er kompetanse innenfor samtalemetoden motiverende intervju. Denne kompetansen har jeg fått inntrykk av at hvert fall noen av frisklivsarbeiderne som deltakerne har vært involvert med har hatt. Kompetanse på endringsarbeid i tillegg til kompetanse på kropp, trening og helse gjør at deltakerne opplever frisklivssentralen som en trygg arena hvor de blir ivaretatt. Deltakerne jeg intervjuet har opplevd at fokuset har vært på dem, deres mål og ønsker. De har ikke kommet med pekefinger og fortalte dem hva de må gjøre, men sammen har de kommet frem til en løsning som deltakerne har hatt tro på og som har føltes overkommelig å gjennomføre. Som tidligere nevnt kan den måten en deltaker blir møtt på i begynnelsen av en atferdsendingsprosess ha stor betydning, og det kan være ganske avgjørende for hele atferdsendringen (Prescott & Børtveit, 2004). I løpet av en atferdsendring er man ifølge den transteoretiske modellen innom flere ulike stadier, og prosessen tar tid (Demmelmaier, 2018). Når en person befinner seg i det andre stadiet i modellen, i det som kalles overveielsesfasen, er det viktig at personen blir mer bevisst på de negative konsekvensene ved atferden, og danner argumenter for endring (Prescott & Børtveit, 2004). På dette stadiet veier de positive sidene ved atferden fremdeles tungt. Prescott & Børtveit (2004) understreker derfor at hvis deltakeren nå møtes av en ansatt som legger opp til en samtale hvor man kan utforske ambivalensen og som er åpen for at atferden også har gode sider, så vil man antageligvis møte mer velvilje fra deltakerens side til også å se på de negative aspektene ved atferden. På den måten kan endringsargumentene, som er essensielle for å komme videre i prosessen, skapes. Dette vil jeg påstå viser hvor avgjørende det kan være for en deltakers videre prosess at de møter ansatte med kompetanse på atferdsendring og samtalemetoden motiverende intervju når de kommer til en frisklivssentral. Dette er riktignok et anerkjent faktum, og i dag er det slik at kompetanse på dette området utgjør en del av grunnmuren i frisklivsarbeidet (Helsedirektoratet, 2019a).

Når deltakeren så beveger seg videre fra overveielsesfasen til forberedelsesfasen vil det igjen være nyttig med en fagperson. I denne fasen hvor personen begynner å lage konkrete planer for hvordan atferdsendringen skal foregå, er de mer mottagelige for råd og tips for veien videre (Prescott & Børtveit, 2004), og dersom en fagperson da er tilgjengelig og kan være behjelpelig med å veilede

personen til å sette realistiske og gjennomførbare mål så vil jeg påstå at man legger et godt grunnlag for det neste stadiet: handlingsfasen. Viktigheten av dette kom frem under intervjuene. Etter samtale med frisklivsarbeideren satt de igjen med en følelse av at de målene som var satt, og hvordan disse målene skulle nås føltes overkommelig. Dette var noe de skulle klare å gjennomføre.

Disse helsesamtalene ved frisklivssentralen utføres ved start, omtrent halvveis og etter de 12 ukene (Helsedirektoratet, 2019a). Samtaletilbudet som deltakerne får underveis, når de etter den transteoretiske modellen befinner seg i handlingsfasen, vil jeg også anse som viktig da dette er en fase som ofte inneholder fremgang, men hvor man også kan oppleve noen tilbakeslag (Prescott & Børtveit, 2004). Prescott & Børtveit (2004) påpeker at det vil være viktig å ha noen verktøy i beredskap når man møter på motgang. Skal man lykkes med endringsprosessen er det viktig at man er bevisst de følelsene, menneskene og situasjonene som kan føre til et tilbakefall (Barth et al., 2013). Vi har alle ressurser i oss som kan brukes til å fremme helse, og en del av arbeidet frisklivsarbeideren gjør er å hjelpe deltakeren med å hente frem de ressursene de allerede har og styrke de i troen på at de kan mestre den situasjonen de står i (Helsedirektoratet, 2019a). Dette kan også knyttes til empowerment-prinsippet nevnt i kapittel 2.2.2. Deltakerne styrkes og kan ta mer kontroll over egen helse ved at de får tilført ny kunnskap og nye ferdigheter, samtidig som de blir styrket i troen på seg selv og egne evner.

5.1.3 Balansen mellom individ og gruppe

Som tidligere nevnt består opplegget ved frisklivssentralen som regel av individuelle samtaler med en frisklivsarbeider, mens treningen foregår i gruppe (Helsedirektoratet, 2019a). Under samtalene forsøker den ansatte å fremkalle endringsargumenter, samt de styrkene og ressursene som deltakeren allerede innehar (Helsedirektoratet, 2019a; Miller & Rollnick, 2013). Under intervjuene ble det tydelig at disse samtalene hvor de opplevde at fokuset var på dem selv, deres mål og hvordan de selv trodde at de skal kunne nå disse målene var svært viktig for deres deltakelse. Dette er i tråd med det Demmelmaier (2018) beskriver som viktig ved en atferdsendring, og som går igjen i forskning angående atferdsendring og økt fysisk aktivitet: dette at fokuset bør rettes mot deltakerens indre motivasjon og mestringstro. Fordi mennesker er forskjellige, og det er ulike årsaker som ligger til grunn for de valgene vi tar og hvorfor vi er der vi er i dag, vil det være hensiktsmessig at disse samtalene tas hovedsakelig mellom deltakeren og den ansatte slik at samtalen vil oppleves mest mulig relevant (Demmelmaier, 2018). Dette gjelder også for det faktum at det kan være svært ulike årsaksfaktorer som ligger bak et ønske om endring, og det er ulikt hvor

man henter motivasjon fra for veien videre når atferden skal endres (Demmelmaier, 2018). Når det er sagt så kan det også være til stor hjelp at man har flere mennesker rundt seg når man står i en atferdsendringsprosess (Prescott & Børtveit, 2004), og da er det viktig å tenke på at det kan være mange som kanskje ikke har så mange mennesker rundt seg i sitt vanlige liv, for eksempel hvis man står utenfor arbeidslivet eller har lite eller ingen familie. Under intervjuene kom det frem at noen av deltakerne hadde et lite sosialt nettverk, og disse satte pris på den sosiale kontakten de fikk via frisklivssentralen. I slike tilfeller vil jeg påstå at de menneskene man møter, og de relasjonene man skaper når man deltar på et opplegg ved frisklivssentralen, kan bli ekstra viktig. For man vil oppleve både gode og dårlige perioder, og i de vanskelige periodene kan oppmuntring og støtte fra andre være viktig for at man ikke gir opp, men fortsetter å kjempe (Prescott & Børtveit, 2004). Barth et al. (2013) påpeker også at når man mottar anerkjennelse og ros fra noen som går igjennom det samme som en selv, så kan dette være med på å styrke endringen.

5.1.4 Er 12 uker nok?

Under intervjuene kom det frem at flere av deltakerne har deltatt på et opplegg ved frisklivssentralen mer enn en gang. Det er ikke uvanlig å oppleve tilbakefall ved atferdsendring, og mange kan oppleve at de vender tilbake til den opprinnelige atferden (Barth et al., 2013). Ser man på de ulike fasene i den transteoretiske modellen så er faren for tilbakefall til stede gjennom alle fasene (Barth et al., 2013). Tar man for seg de som forsøker å slutte å røyke så er det slik at 80 % begynner å røyke igjen etter bare et par måneder, og det tar i snitt fem ordentlige forsøk før man faktisk klarer å slutte og røyke (Prescott & Børtveit, 2004). Dette tilbakefallsmønsteret er mye likt det man finner for de som forsøker å være i mer aktivitet, endrer kosthold og som forsøker å gå ned i vekt (Prescott & Børtveit, 2004). Jeg har ikke funnet noen tall på hvor mange av deltakerne ved frisklivssentralen som deltar flere ganger, eller som får et forlenget tilbud utover de 12 ukene. Veien videre og om tilbudet skal forlenges for deltakeren blir vurdert under den siste helsesamtalen (Helsedirektoratet, 2019a), men når man ser på den transteoretiske modellen og handlingsfasen så er dette en fase hvor man etter definisjonen befinner seg i 6 måneder (Demmelmaier, 2018). Selv om mange opplever fremgang og mye positivt i denne perioden (Prescott & Børtveit, 2004), så er det også en fase som er svært krevende da det krever mye energi og beslutsomhet fra deltakeren å stå i endringsprosessen på dette stadiet da de nye vanene ikke ennå er etablert (Demmelmaier, 2018). Derfor kan man stille spørsmål ved lengden på tilbudet man får ved frisklivssentralen. Når de 12 ukene er gått befinner personen seg antagelig midt i handlingsfasen, og jeg vil påstå at å

avslutte tilbudet for deltakeren i denne fasen vil kunne øke faren for tilbakefall og sette en vellykket atferdsendring i fare.

5.2 Metodediskusjon

5.2.1 Intern validitet

Et kvalitativt forskningsprosjekt blir ikke bedre enn de dataene man har samlet inn i løpet av de første fasene i prosjektet (Jacobsen, 2005). Dermed må man se på hvor man har hentet dataene fra for å kunne vurdere dette videre. Dataenes gyldighet avhenger av om man har fått tak i de rette kildene (Jacobsen, 2005). I dette prosjektet har tidligere og nåværende deltakere ved frisklivssentralen blitt intervjuet, men som forsker må man spørre seg om disse 14 deltakerne har vært de rette for å beskrive dette fenomenet?

Når studien skal valideres er det også viktig å rette et kritisk blikk mot kildens vilje til å fortelle «sannheten» (Jacobsen, 2005). Man må være åpen for at de kildene man bruker ikke gir riktig informasjon, men at de av ulike årsaker velger å gi et fabrikkert bilde av virkeligheten (Jacobsen, 2005). Derfor er det slik at det nærmeste vi kommer en sannhet i den kvalitative forskningen, vil være om flere av intervjudeltakerne uttrykker det samme (Jacobsen, 2005). Når intervjuene ble analysert opplevde jeg at flere av temaene gikk igjen i de ulike intervjuene. Dette kan ses på som en styrke for resultatet, og man kan si at kildene på den måten har kontrollert hverandre (Jacobsen, 2005).

Under intervjuene har det blitt fulgt en semistrukturert intervjuguide som har gitt føringer for samtalen. Dette kan man diskutere om vil være en svakhet for resultatet i denne studien da den informasjonen som har kommet frem under intervjuene, har vært en direkte reaksjon på de spørsmålene som har blitt stilt (Jacobsen, 2005). Hadde denne informasjonen heller kommet spontant fra deltakeren uten noen føringer, så kunne resultatet blitt tillagt større gyldighet fordi man kan se for seg at de spontane reaksjonene vil ligge nærmere intervjudeltakerens egentlige opplevelse av frisklivssentralen (Jacobsen, 2005). Da materialet ble analysert i etterkant ble jeg oppmerksom på at man kunne ha forsøkt å stille flere oppfølgingsspørsmål og «gravd» mer til flere av svarene som ble gitt, for på den måten og komme dypere inn i deltakernes opplevelse av fenomenet. Samtidig er det også slik at de deltakerne som har blitt intervjuet er førstehåndskilder, de har selv vært deltakere ved frikslivssentralen, de har god kunnskap om hva som har vært viktig

for dem selv ved gjennomføringen av en livsstilsendring, de har antagelig ingen motiver for å lyve og kildene har vært uavhengige av hverandre. Dette er alle momenter som ifølge Jacobsen (2005) styrker gyldigheten til den innhentede informasjonen.

5.2.2 Ekstern validitet

Hensikten med denne studien, så som det ofte er med kvalitative metoder, har ikke vært å generalisere de utvalgte enhetene til resten av befolkningen, men formålet har vært å forstå et fenomen bedre (Jacobsen, 2005). Allikevel har jeg sittet under intervjuene og tenkt at «dette tror jeg alle svarer», og min tanke har blitt styrket når flere av de samme temaene har dukket opp i flere av intervjuene. Det er vanskelig å finne et utvalg av enheter som kan være representativt for et større utvalg (Jacobsen, 2005). Utvalget i denne studien har bestått av 14 deltakere fra fire ulike frisklivssentraler plassert på Østlandet, hvorav 11 var kvinner og tre var menn. Den eldste var deltakeren var 67, mens den yngste var 44. Dette har bidratt til et variert datamaterialet da utvalget har hatt ulike erfaringer og opplevelser med opplegget ved frisklivssentralen. Utvalget kunne kanskje blitt enda mer blandet dersom jeg hadde tatt kontakt med flere frisklivssentraler i andre deler av landet, men under de siste intervjuene jeg gjennomførte opplevde jeg at metningspunktet var nådd, og dermed tror jeg ikke et større utvalg ville vært hensiktsmessig. Jeg vil påpeke at av de 14 jeg intervjuet var tre av disse menn, noe som utgjør 21 % av utvalget. I statistikken ser vi at omtrent en av fire deltakere ved frisklivssentralen er menn (Statistisk sentralbyrå, 2020), og dermed kan man si at kjønns sammensetningen i utvalget i hvert fall er representativt.

Til tross for at flere av de samme synspunktene gikk igjen i flere av intervjuene, så kan man aldri være helt sikker på at utvalget er representativt fordi vi aldri kan bevise det, men argumenter for at det sannsynligvis er sånn blir styrket (Jacobsen, 2005). Allikevel bør resultatene tolkes med forsiktighet da det var stor variasjon i hvor utfyllende deltakerne svarte på spørsmålene som ble stilt. Noen hadde lange svar med utfyllende beskrivelser, mens andre kun svarte kort og helt konsist på akkurat det de ble spurt om. Dermed kan informasjonsstyrken i utvalget ha blitt påvirket (Jacobsen, 2005).

5.2.3 Studiens pålitelighet

Hvor pålitelig, eller troverdig, studien er avgjøres av om det kan være faktorer ved studien som kan ha påvirket resultatene jeg har kommet frem til (Jacobsen, 2005). Fordi dette er en kvalitativ studie

hvor dataene er samlet inn ved hjelp av intervju, så er det viktig å være bevisst det faktum at den som intervjuer kan påvirke de som intervjues, og i tillegg kan også intervjueren bli påvirket av den relasjonen som oppstår med intervjuobjektet (Jacobsen, 2005). Dette kalles intervjuereffekten (Jacobsen, 2005). Denne studien har vært min første erfaring med å gjennomføre intervjuer og samle inn kvalitativ data. De innsamlede dataene kan derfor være påvirket av min uerfarenhet. Når man foretar et intervju vil intervjuobjektet bli utsatt for ulike signaler og stimuli som de reagerer på (Jacobsen, 2005). Intervjuene i denne studien er blitt gjort via Teams som videosamtale og over telefon. Dermed har noen deltakere kunnet se og reagere på mitt ansiktsuttrykk og min væremåte i tillegg til måten jeg har stilt spørsmål på og respondert på deres svar. Fordi jeg ikke har hatt noen tidligere erfaring i intervjurollen ønsket jeg å ha en semistrukturert intervjuguide som en rettesnor under intervjuene, og jeg forsøkte å være åpen og ikke påvirke svar. Dette løste jeg ved å lytte aktivt, og når deltakerne beveget seg for langt utenfor temaet i samtalen, lot jeg de fullføre sin tankerekke for så forsiktig å lede de tilbake til temaet. Samtidig legger jeg føringer for deltakernes svar ut ifra de spørsmålene jeg har stilt om de ansatte, det sosiale, gruppen og lignende (se intervjuguide i vedlegg 3). Det var også slik at jeg i noen tilfeller så meg nødt til å komme med eksempler da det var deltakere som ikke forstod noen spørsmål helt, og mine eksempler kan i disse situasjonene ha ledet de inn på sine svar.

Den konteksten intervjuet blir gjort i kan også påvirke resultatet. Forskning viser at mennesker ofte endrer sin atferd avhengig av hvor de befinner seg (Jacobsen, 2005). Intervjudeltakerne har vært i egne hjem når intervjuene er blitt gjort, så dette har vært en naturlig kontekst hvor de føler seg trygge, men samtidig kan denne konteksten være uheldig fordi de kan være omringet av forstyrrelser, slik som familie (Jacobsen, 2005). Man bør også være bevisst på at det kan føles unaturlig for enkelte å ha en videosamtale med en ukjent person, og dette kan også påvirke resultatet. Hadde det ikke vært for Covid-19 pandemien hadde jeg foretrukket å gjøre intervjuene ansikt til ansikt i en kunstig kontekst for å unngå unødvendige forstyrrelser. For eksempel på et kontor i tilknytning til frisklivssentralen de har tilhørt dersom det kunne latt seg gjøre. Det ville da vært ekstra viktig å skape et tillitsforhold til intervjuobjektet for å få de til å åpne seg (Jacobsen, 2005). En annen viktig faktor er at intervjuene har vært planlagt på forhånd med intervjuobjektene, og de har vært kjent med temaet. På den måten har de hatt anledning til å forberede seg. Det er stor sannsynlighet for at man kunne fått litt forskjellige svar dersom personene ikke hadde hatt anledning til å forberede seg på forhånd (Jacobsen, 2005). For denne studien følte jeg at det var hensiktsmessig at deltakerne fikk litt tid på seg til å tenke igjennom sine opplevelser med livsstilsendring og frisklivssentralen, fordi flere av deltakerne hadde avsluttet sine opplegg for en

tid tilbake, og dermed kunne det være nødvendig for de å samle tankene og erfaringene på egenhånd først.

Når det kommer til nedskrivningen av intervjuene er jeg trygg på at jeg har gjort en god og nøyaktig jobb. Intervjuene er blitt tatt opp på båndopptak, og deretter blitt skrevet ned, før jeg så har hørt igjennom opptak og sjekket det opp imot den skrevne teksten. Analyse av data har derimot vært nytt for meg. Kategorisering av data har vært en utfordrende prosess. I ettertid ser jeg at jeg burde alliert meg med en annen forsker, for eksempel en medstudent, for å la de foreta en kategorisering av mine data. På den måten ville det blitt foretatt en kryssjekk av kategoriseringen, og desto større samsvar mellom min kategorisering og den andres, desto større tiltro kan man ha til analysene som er gjort (Jacobsen, 2005).

5.2.4 Implikasjoner av funn i studien

Funnene i denne studien kan bidra med kunnskap og forståelse for hva deltakerne trenger for å gjennomføre en 12 ukers livsstilsintervensjon ved frisklivssentralen. Studien gir imidlertid ingen innsikt i hvordan disse deltakerne har lyktes med sin livsstilsendring, hverken i løpet av de 12 ukene eller i ettertid, kun et inntrykk av hva som har bidratt til at de har gjennomført selve opplegget i minst 12 uker. Dette kan riktignok være nyttig kunnskap for å forhindre frafall ved livsstilsendring i regi av frisklivssentralen.

6 Konklusjon

Formålet med denne studien har vært å få svar på hvilke faktorer som deltakere ser på som viktige når det kommer til å gjennomføre en livsstilsintervensjon ved en norsk frisklivssentral. Bakgrunnen for denne forskningen har blant annet vært det faktum at studier gjort på frisklivssentralen viser at 30 % ikke fullfører intervensjonsprogrammet (Blom et al., 2020), og at det er disse som faller fra som hadde hatt størst helsemessig utbytte av deltakelsen (Følling et al., 2016; Følling et al., 2017).

Det er tydelig at de faste avtalene som gjøres mellom deltaker og ansatt, både eksplisitt og implisitt, angående treningsøkter eller samtaletimer, oppleves som forpliktende for deltakerne, og er en stor motivasjonsfaktor for å følge opplegget. Så fort disse faste avtalene faller bort, har deltakerne lett for å falle tilbake til sitt gamle atferdsmønster.

En annen viktig faktor for deltakerne har vært at de har møtt trygge ansatte som har kompetanse på atferdsendring, trening og helse. Dette oppleves særlig viktig for de som har ulike helseutfordringer som begrenser aktivitet, da de opplever å bli tatt på alvor og de ansatte har god kjennskap til alternative øvelser som vil være mulig å gjennomføre på en trygg måte for deltakerne.

Deltakerne føler seg sett og hørt når fokuset under samtale med de ansatte er på dem, deres utfordringer og egne ønsker for veien videre. De opplever at målene som defineres i samarbeid med de ansatte er deres egne, og de er overkommelige og realistiske å oppnå. Det sosiale aspektet ved gruppetimene på frisklivssentralen er det flere som setter stor pris på, og for mange er dette også en stor motivasjon for å delta.

Funnene jeg har gjort i studien viser at det er flere forhold som har vært viktige for deltakerne ved gjennomføringen av opplegget ved frisklivssentralen, men de sier ikke noe om i hvilken grad de har lykket med en livsstilsendring. Det er nødvendig med mer forskning på området slik at vi kan få en bedre forståelse av hvordan frisklivssentralen kan organiseres, både for å unngå frafall og for å legge til rette for en langvarig livsstilsendring for sine deltakere.

Referanser/litteraturliste

- Barth, T., Børtveit, T. & Prescott, P. (2013). *Motiverende intervju. Samtaler om endring*. Gyldendal Akademisk
- Blom, E. E., Aadland, E., Skrove, G. K., Solbraa, A. K., & Oldervoll, L. M. (2019). Health-related quality of life and intensity-specific physical activity in high-risk adults attending a behavior change service within primary care. *PLoS ONE*, *14* (12).
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0226613>
- Blom, E. E., Aadland, E., Skrove, G. K., Solbraa, A. K. & Oldervoll, L. M. (2020). Health-related quality of life and physical activity level after a behavior change program at Norwegian healthy life centers: a 15-month follow-up. *Quality of Life Research*. DOI: 10.1007/s11136-020-02554-x
- Braun, V. & Clarke, V. (2006). Using thematic analyses in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, *3* (2). s. 77-101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving*. (6. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Demmelmaier, I. (2018). Atferdsendring knyttet til fysisk aktivitet. I M., K. Torstveit, H. Lohne-Seiler, S. Berntsen & S., A. Anderssen (Red.), *Fysisk aktivitet og helse. Fra begrepsforståelse til implementering av kunnskap* (s. 350-373). Cappelen Damm Akademisk.
- Folkehelseinstituttet (2017). *Fysisk aktivitet i Noreg*. Folkehelse rapporten.
<https://www.fhi.no/nettpub/hin/levevaner/fysisk-aktivitet/?term=&h=1>
- Folkehelseinstituttet (2018a). *Kosthaldet i Noreg*. Folkehelse rapporten.
<https://www.fhi.no/nettpub/hin/levevaner/kosthald/>
- Folkehelseinstituttet (2018b). *Sosiale helseforskjeller i Norge*. Hentet 27. april 2022 fra
<https://www.fhi.no/nettpub/hin/grupper/sosiale-helseforskjeller/>

- Folkehelseinstituttet (2019, 17. oktober). *Dette dør Norge og verden av – funn fra det internasjonale sykdomsbyrdeprosjektet*. Hentet 6. mai 2022 fra <https://www.fhi.no/div/forskningssentre/senter-sykdomsbyrde/artikler/dette-dor-norge-og-verden-av---funn/>
- Folkehelseinstituttet (2021, 26. november). *Indikatorer for ikke-smittsomme sykdommer (NCD). Hovudpunkt*. Hentet 7. april 2022 fra <https://www.fhi.no/nettpub/ncd/sammendrag/langt/?term=&h=1>
- Forskningsetikk (2019, 10. februar). *Generelle forskningsetiske retningslinjer*. Hentet 5. desember 2021 fra <https://www.forskningsetikk.no/retningslinjer/generelle/>
- Fugelli, P. & Ingstad, B. (2001). *Helse – slik folk ser det*. (30). 3600-3604. Hentet fra <https://tidsskriftet.no/2001/12/tema-helse-og-kultur/helse-slik-folk-ser-det>
- Følling, I. S., Solbjør, M. & Helvik, A. S. (2015). Previous experience and emotional baggage as barriers to lifestyle change – a qualitative study of Norwegian Healthy Life Centre participants. *BMC Family Practice*, 16 (73). DOI: 10.1186/s12875-015-0292-z
- Følling, I. S., Solbjør, M., Midthjell, K., Kulseng, B. & Helvik, A. S. (2016). Exploring lifestyle and risk in preventing type 2 diabetes – a nested qualitative study of older participants in a lifestyle intervention program (VEND-RISK). *BMC Public Health*, 16 (876). DOI: 10.1186/s12889-016-3559-y
- Følling, I. S., Kulseng, B., Midthjell, K., Rangul, V. & Helvik, A. S. (2017). Individuals at high risk for type 2 diabetes invited to a lifestyle program: characteristics of participants versus non-participants (the HUNT Study) and 24-month follow-up of participants (the VEND-RISK study). *BMJ Open Diabetes Research & Care*, 5. DOI: 10.1136/bmjdr-2016-000368
- Green, J., Tones, K., Cross, R. & Woodall, J. (2015). *Health Promotion. Planning and strategies*. UK: Sage Publications.
- Guldvog, B. (2022, 9. mai). *Hvert eneste minutt teller*. TV 2. <https://www.tv2.no/a/14779787/>

Hanson, A. (2004). *Hälsopromotion i arbetslivet*. Lund: Studentlitteratur AB.

Helsenorge (2021, 29. januar). *Psykisk helse og fysisk aktivitet*. Hentet 04.01.2022 fra <https://www.helsenorge.no/psykisk-helse/psykisk-helse-og-fysisk-aktivitet/>

Helsedirektoratet (2016a). *Hva er en frisklivssentral?* Hentet 22.08.2021 fra <https://www.helsedirektoratet.no/tema/frisklivssentraler/hva-er-en-frisklivssentral>

Helsedirektoratet (2016b). *Samfunnsgevinster av å følge Helsedirektoratets kostråd*.

Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/samfunnsgevinster-av-a-folge-helsedirektoratets-kostrad/Samfunnsgevinster%20av%20%C3%A5%20f%C3%B8lge%20Helsedirektoratets%20kostr%C3%A5d.pdf/> /attachment/inline/aedaf6ba-fa35-4fcf-9e86-cb936ca6ccb4:f43531d1bb8588d090ee55b5d46ddeb4b2da6b23/Samfunnsgevinster%20av%20%C3%A5%20f%C3%B8lge%20Helsedirektoratets%20kostr%C3%A5d.pdf

Helsedirektoratet (2018a). *Ti tiltak for å redusere sykdomsbyrden og bedre folkehelsen*.

Helsedirektoratet [https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/ti-tiltak-for-a-reducere-sykdomsbyrden-og-bedre-folkehelsen/Ti%20tiltak%20for%20%C3%A5%20reducere%20sykdomsbyrden%20og%20bedre%20folkehelsen%20\(NCD\).pdf/](https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/ti-tiltak-for-a-reducere-sykdomsbyrden-og-bedre-folkehelsen/Ti%20tiltak%20for%20%C3%A5%20reducere%20sykdomsbyrden%20og%20bedre%20folkehelsen%20(NCD).pdf/) /attachment/inline/fdeec3bc-0b2f-4370-9ed6-4dcbcd8dbe35:4b883ef837ea70e2dfd217c287163f2d1bc0d1b3/Ti%20tiltak%20for%20%C3%A5%20reducere%20sykdomsbyrden%20og%20bedre%20folkehelsen%20(NCD).pdf

Helsedirektoratet (2018b). *Sosial ulikhet påvirker helse – tiltak og råd*. Hentet 07.05.2022 fra

<https://www.helsedirektoratet.no/tema/sosial-ulikhet-i-helse/sosial-ulikhet-pavirker-helse-tiltak-og-rad>

Helsedirektoratet (2019a). *Veileder for kommunale frisklivssentraler. Etablering, organisering og tilbud*. Hentet 22.08.2021 fra <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/kommunale-frisklivssentraler-etablering-organisering-og-tilbud/Kommunale%20frisklivssentraler%20%E2%80%93%20Etablering,%20organisering%20og%20tilbud%20%E2%80%93%20Veileder.pdf>

<https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/kommunale-frisklivssentraler-etablering-organisering-og-tilbud/Kommunale%20frisklivssentraler%20%E2%80%93%20Etablering,%20organisering%20og%20tilbud%20%E2%80%93%20Veileder.pdf>

<https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/kommunale-frisklivssentraler-etablering-organisering-og-tilbud/Kommunale%20frisklivssentraler%20%E2%80%93%20Etablering,%20organisering%20og%20tilbud%20%E2%80%93%20Veileder.pdf>

Helsedirektoratet (2019b, 29. april). 2. *Voksne og eldre – generelle råd*. Helsedirektoratet.

<https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/fysisk-aktivitet-i-forebygging-og-behandling/voksne-og-eldre>

Helse- og omsorgsdepartementet (2017). *Nasjonal handlingsplan for bedre kosthold (2017-2021)*.

Sunt kosthold, måltids glede og god helse for alle! Helse- og omsorgsdepartementet.

https://www.regjeringen.no/contentassets/fab53cd681b247bfa8c03a3767c75e66/handlingsplan_kosthold_2017-2021.pdf

Helse- og omsorgsdepartementet (2020). *Sammen om aktive liv. Handlingsplan for fysisk aktivitet 2020-2029*. Helse- og omsorgsdepartementet.

<https://www.regjeringen.no/contentassets/43934b653c924ed7816fa16cd1e8e523/handlingsplan-for-fysisk-aktivitet-2020.pdf>

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

(LOV-2011-06-24-30). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>

Jacobsen, D., I. (2005). *Hvordan gjennomføre undersøkelser? Innføring i samfunnsvitenskapelig metode* (2. utg.). Høyskoleforlaget.

Jacobsen, D., I. (2015). *Hvordan gjennomføre undersøkelser? Innføring i samfunnsvitenskapelig metode* (3. utg.). Cappelen Damm Akademisk

Kvåle, G., Kiland, C. & Torjesen, D., O. (2020). Public Health Policy to Tackle Social Health Inequalities: A Balancing Act Between Competing Institutional Logics. I J., L. Denis, J. Waring & H. Dickinson (Red.), *Organizational Behaviour in Healthcare* (s. 149-165). Springer Link. DOI: 10.1007/978-3-030-26684-4_7

Lerdal, A. & Celius, E. H. (2011). Trening på resept – en hjelp til å endre levevaner basert på den transteoretiske modellen. I A. Lerdal & M. S. Fagermoen (Red.), *Læring og mestring – et helsefremmende perspektiv i praksis og forskning*. (s. 161-184). Gyldendal Akademisk.

Macdonald, G. & Bunton, R. (2002). Health promotion: Disciplinary developments. I G.

Macdonald & R. Bunton (Red.), *Health Promotion: Disciplines, diversity and developments* (2. utg, s. 9-27). London: Routledge.

Meld. St. 13 (2018-2019). *Muligheter for alle. Fordeling og sosial bærekraft*. Finansdepartementet.

<https://www.regjeringen.no/contentassets/472d31ff815d4ce7909f5593bf7d79b8/no/pdfs/stm201820190013000dddpdfs.pdf>

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

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

Meld. St. 19 (2014-2015). *Folkehelsemeldingen. Mestring og muligheter*. Helse- og omsorgsdepartementet.

<https://www.regjeringen.no/contentassets/7fe0d990020b4e0fb61f35e1e05c84fe/no/pdfs/stm201420150019000dddpdfs.pdf>

Meld. St. 19 (2018-2019). *Folkehelsemelding. Gode liv i eit trygt samfunn*. Helse- og omsorgsdepartementet.

<https://www.regjeringen.no/contentassets/84138eb559e94660bb84158f2e62a77d/nn-no/pdfs/stm201820190019000dddpdfs.pdf>

Meld. St. 29 (2012-2013). *Morgendagens omsorg*. Helse- og omsorgsdepartementet.

<https://www.regjeringen.no/contentassets/34c8183cc5cd43e2bd341e34e326dbd8/no/pdfs/stm201220130029000dddpdfs.pdf>

Meld. St. 34 (2012-2013). *Folkehelsemeldingen. God helse – felles ansvar*. Helse- og omsorgsdepartementet.

<https://www.regjeringen.no/contentassets/ce1343f7c56f4e74ab2f631885f9e22e/no/pdfs/stm201220130034000dddpdfs.pdf>

Miller, W., R. & Rollnick, S. (2013). *Motiverende samtale. Støtte til endring*. Fagbokforlaget.

- Neumann, C., B. & Neumann, I., B. (2012). *Forskeren i forskningsprosessen. En metodebok om situering*. Cappelen Damm Akademisk.
- Nystad, W. (2021, 3. desember). *Fysisk aktivitet i Norge*. Folkehelseinstituttet. Hentet 04.01.2022 fra <https://www.fhi.no/nettpub/hin/levevaner/fysisk-aktivitet/>
- Prescott, P. & Børtveit, T. (2004). *Helse og atferdsendring*. Gyldendal Akademisk.
- Regjeringen (2017, 7. mars). *Nasjonal handlingsplan for bedre kosthold (2017-2021). Sunt kosthold, måltids glede og god helse for alle!* Regjeringen. Hentet 26. april 2022 fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nasjonal-handlingsplan-for-bedre-kosthold-20172021/id2541870/>
- Regjeringen (u.å.). *Ny folkehelsemelding*. Regjeringen. Hentet 7. april 2022 fra <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/folkehelse/innsikt/folkehelsemeldingen2023/id2900655/>
- Salemonsens, E., Hansen, B. S., Førland, G. & Holm, A. L. (2018). Healthy Life Centre participants' perceptions of living with overweight or obesity and seeking help for perceived "wrong" lifestyle – a qualitative interview study. *BMC Obesity*, 5 (42). <https://doi.org/10.1186/s40608-018-0218-0>
- Senter for alders- og sykehjemsmedisin (2017). *Helsehjelp til eldre. Kunnskapsoppsummering*. Senter for alders- og sykehjemsmedisin. https://www.regjeringen.no/globalassets/departementene/hod/fellesdok/levehelelivet/kunnskapsoppsummering/011017_kunnskapsoppsummering_helsehjelp_sefas.pdf
- Stang, I. (2003). Bemyndigelse. En innføring i begrepet og «empowerment-tenkningens» relevans for ansatte i velferdsstaten. I H. A. Hauge & M. B. Mittelmark (Red.), *Helsefremmende arbeid i en brytningstid: Fra monolog til dialog?* (141-161). Fagbokforlaget.
- Statistisk sentralbyrå (2020). *Frisklivssentraler og tilsvarende helsefremmende tilbud i norske kommuner 2019. Analyse av tilbud for livsstilsendringer og mestring av sykdom*. (Rapporter

2020/54). Statistisk sentralbyrå. https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/_attachment/441034?_ts=17674b5b0a8

St.meld. nr. 47 (2008-2009). *Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid.*

Helse- og omsorgsdepartementet.

<https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf>

Thoresen, L., Rugseth, G. & Bondevik, H. (2020). *Fenomenologi i helsefaglig forskning.*

Universitetsforlaget

Tran, V. (2019, 24. april). *Hjernens utvikling.* Norsk Helseinformatikk. Hentet 7. mai 2022 fra

<https://nhi.no/kroppen-var/fosterets-utvikling-embryologi/hjernens-utvikling/>

WHO. (1986). Health Promotion. Ottawa Charter. Hentet fra

http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/59557/WHO_HPR_HEP_95.1.pdf;jsessionid=06C260EADC81B6438500D713A09BCB28?sequence=1

WHO. (2020). *WHO guidelines on physical activity and sedentary behaviour.* Hentet fra

<https://www.who.int/publications/i/item/9789240015128>

Vedlegg

Vedlegg 1: Godkjenning fra NSD



Vurdering

Referansenummer

864210

Prosjekttittel

Masteroppgave om Frisklivssentralen

Behandlingsansvarlig institusjon

Universitetet i Sørøst-Norge / Fakultet for helse- og sosialvitenskap / Institutt for helse-, sosial- og velferdsfag

Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

Lars Bauger, lars.bauger@usn.no, tlf: 35575449

Type prosjekt

Studentprosjekt, masterstudium

Kontaktinformasjon, student

Ida Margrete Hotvedt, ida.m.hotvedt@gmail.com, tlf: 99106945

Prosjektperiode

08.03.2021 - 31.12.2023

Vurdering (1)

14.03.2021 - 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 14.03.2021 med vedlegg. Behandlingen kan starte.

DEL PROSJEKTET MED PROSJEKTANSVARLIG

Det er obligatorisk for studenter å dele meldeskjemaet med prosjektansvarlig (veileder). Det gjøres ved å trykke på "Del prosjekt" i meldeskjemaet.

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://www.nsd.no/personverntjenester/fyll-ut-meldeskjema-for-personopplysninger/melde-endringer-i-meldeskjema>

Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 31.12.2023.

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 og 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 samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a.

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: Karin Lillevold
Tlf. Personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)

Vedlegg 2: Informasjonsskriv med samtykkeerklæring

Vil du delta i et forskningsprosjekt om Frisklivssentralen?

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å se på ulike faktorer/grunner til at deltakere fullfører Frisklivsresepten. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Jeg tar en master i helsefremmende arbeid og i den anledning er jeg nå i gang med masteroppgaven. Her ønsker jeg å skrive om Frisklivssentralen. Jeg ønsker å intervjuere dere som har deltatt på et 12 ukers oppfølgingstilbud innenfor kosthold og fysisk aktivitet. Undersøkelsen skal se på faktorer/grunner som dere selv anser som viktige for å delta på og fullføre opplegget ved Frisklivssentralen for å få mer kunnskap om nettopp dette.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Prosjektet gjennomføres i forbindelse med en masteroppgave ved Universitet i Sørøst-Norge.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Jeg har tatt kontakt med din Frisklivssentral for å komme i kontakt med deltakere som har fullført et opplegg ved Frisklivssentralen. Etter at de har vært i kontakt med deg har jeg fått din kontaktinformasjon. Jeg ønsker totalt å komme i kontakt med ca. 10 deltakere fra 3-4 ulike frisklivssentraler på Østlandet.

Hva innebærer det for deg å delta?

Hvis du ønsker å delta i prosjektet innebærer det å være med på et intervju med en intervjuer, med en varighet på ca. 1 time. Spørsmålene vil dreie seg om faktorer/grunner som har hatt betydning for deg når det gjelder deltakelse og gjennomføring av opplegget ved Frisklivssentralen. Intervjuet vil bli tatt opp med lydopptak og andre personopplysninger som vil bli registrert er kjønn og alder.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle dine personopplysninger vil da bli slettet. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket.

Dataene samles inn gjennom individuelle intervjuer som blir spilt inn på lydopptaker. Intervjuene vil deretter bli renskrevet ordrett. Intervjuene vil bli avkodet og hver deltaker vil bli tildelt et kodenummer som erstatning for navn. Denne kodelisten vil være utilgjengelig for andre og bli oppbevart innelåst, det samme vil lydopptakene etter renskrivning og gjennomføring.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Under den senere bearbeidingen av data vil materialet være kodet og ikke mulig å spore tilbake til enkeltpersoner. Når prosjektperioden er over, i november 2021, og masteroppgaven er godkjent vil all data bli slettet.

Dine rettigheter

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

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

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra Universitetet i Sørøst-Norge har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Hvor kan jeg finne ut mer?

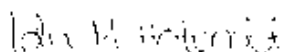
Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

- Masterstudent Ida M. Hotvedt på telefon 99 10 69 45 eller på e-post ida.m.hotvedt@gmail.com. Universitetet i Sørøst-Norge kan også kontaktes ved veileder Lars Bauger på telefon 35 57 54 49 eller på e-post lars.bauger@usn.no.
- Vårt personvernombud: Paal Are Solberg på telefon 35 57 50 53 / 918 60 041 eller på e-post paal.a.solberg@usn.no.

Hvis du har spørsmål knyttet til NSD sin vurdering av prosjektet, kan du ta kontakt med:

- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS på epost (personverntjenester@nsd.no) eller på telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen



Ida M. Hotvedt
(Masterstudent)



Lars Bauger
(Veileder)

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om forskningsprosjektet om Frisklivssentralen og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

å delta i på intervju

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Vedlegg 3: Intervjuguide

Intervjuguide

Hvilke faktorer trekker deltakerne frem som viktige ved gjennomføring av en livsstils intervensjon?

Innledning

1. Takk! – Takk for at du stiller opp på intervjuet.
2. Hvorfor? – Informere om formålet.
3. Anonymitet? – Gå igjennom behandling av dataene. Avklare tillatelse til å ta opp intervjuet på lydopptaker.
4. Innhold – Kort om hva intervjuet skal handle om.
5. Tid – Hvor lang tid det omtrent vil ta.

Hoveddel

- Hvordan ble du introdusert for Frisklivssentralen?
- Hva var motivasjonen din for å delta?
- Hvordan var det for deg å komme dit den første gangen?
- Hvordan ble du tatt imot? Hva har det hatt å si for deg?
- Hvilke faktorer har vært viktige for deg i forhold til deltakelse?
- Hva har de ansatte hatt å si for din deltakelse?
- Hvordan opplevde du samtalene med de ansatte?
- Hvordan er organiseringen? Hva har det hatt og si for deg?
- Hva synes du om treningen/kostholdskurset?
- Hvordan har det vært for deg å være del av en gruppe?
- Hva har vært viktig for din deltakelse?

Avslutning

1. Hvis du skulle trekke ut tre ting som du mener er det viktigste vi har snakket om idag, hva ville det vært?
2. Er det noe mer du vil si eller legge til?
3. Kan vi få kontakte deg igjen hvis det skulle være aktuelt? (teste ideer)
4. Tusen takk for at du stilte opp til intervju!