

ET HELHETLIG BLIKK PÅ EN HELHETLIG SENTRAL.
EN KVALITATIV STUDIE AV FRISKLIVSSENTRALEN I MOSS.

A COMPREHENSIVE VIEW OF A HOLISTIC CENTER.

A QUALITATIVE STUDY OF THE HEALTHY LIVING CENTER IN MOSS

NINA BRØDREMOEN SAND

UNIVERSITETET FOR MILJØ- OG BIOVITENSKAP
INSTITUTT FOR LANDSKAPSPLANLEGGING (ILP)
MASTEROPPGAVE 30 STP. 2013



Forord

I arbeidet med denne oppgaven har jeg oppdaget nye sider ved meg selv, og både egne styrker og svakheter er kommet til overflaten. Jeg har lært at så lenge det finnes refleksjon og læringsutbytte så behøver jeg ikke å stresse med å få til ting feilfritt fra starten av. Denne lærdommen skal jeg ta med meg videre, på andre arenaer i livet.

I tillegg forstår jeg nå hvilken betydning det sosiale miljøet har å si for så mange aspekter av et menneskes liv. Selv om dette ikke er et ukjent fenomen, har jeg i arbeidet med denne oppgaven fått kjenne det som aldri før på egen kropp. Både vedrørende støtten som mitt eget nettverk i form av familie og venner har gitt meg i denne berg- og dalbaneperioden i mitt liv, og i møte med informantenes uttalelser. En stor takk rettes til alle informantene, som gjorde denne studien mulig. Takk for at dere delte åpenhertig, og for at dere tok så varmt imot en fersk forsker. Dere gjorde intervjuene til en positiv erfaring som jeg aldri vil glemme, og som jeg har lært mye av. Folkehelserådgiveren og frisklivskoordinatoren i Moss kommune har vært ekstra tålmodige med meg, og svart på alt av spørsmål som har kommet deres vei. Takk for innblikk i deres arbeid, og for all hjelp dere har gitt.

Min veileder Camilla Ihlebæk har støttet meg hvert skritt på veien, og har med sin faglige kompetanse fått meg til å senke skuldrene og følt meg trygg og ivaretatt. Takk for din uvurderlige hjelp. Takk også til Jorid Grimeland og Ruth Kjærsti Raanaas for nyttige kommentarer til deler av oppgaven, og en takk til alle tre for all kunnskapen dere har gitt videre til oss studenter i deres forelesninger på Folkehelsevitenskap.

Takk til mine studievenner, for alle våre faglige (og ikke fult så faglige) kollokvier. En spesiell takk til Siv Netting Bjørkedal, som har i overmåte delt av all sin realfaglige visdom, og som har oppmuntret meg i mine utfordringer på dette området.

Trine Neset Brødremoen, min kjære kusine og venn, som har gjennom mine 6 år med høyere utdanning vært min klippe, min mentor og en skulder å gråte på, og som jeg har gått til for å få gode akademiske råd på veien. Du har vært helt uvurderlig. Takk for at du leste gjennom oppgaven. Takk til min venn Audun Digerud Berg, som også leste gjennom det ferdige resultatet. Takk for gode råd og for at du tok deg tid i en travel hverdag.

Takk også til min nærmeste familie, som har vært der hele veien. Mine foreldre har gjennom min oppvekst lært meg å vinne og tape med samme sinn, så lenge jeg har gjort mitt beste og ikke gitt opp. Ved å følge disse levereglene, og ved at de har gitt meg kjærlighet, omsorg og oppmuntrende ord, har jeg fått motivasjon og mestringstro til å kunne følge dette løpet helt ut. Staheten til de begge har jeg heldigvis arvet, noe som har kommet godt med. Så til mine fantastiske gutter, som har vist forståelse og tålmodighet, og således gitt meg en utrolig støtte. Spesielt min kjære samboer, som har måttet påta seg en større del av ansvaret hjemme, og som har måttet oppleve alle mine opp og nedturer i forbindelse med denne oppgaven. Den omsorgen og forståelsen som jeg har mottatt har gjort det mer tydelig enn noensinne hvor heldig jeg har vært i valg av partner. Sist, men ikke minst min storesøster, som har hatt en stor påvirkning på denne oppgaven og på andre store valg i livet. Du vil aldri bli glemt.

Sammendrag

Bakgrunn: Utviklingen i både Norge og i flere andre land viser til store utfordringer rundt livsstilssykdommer, og fra statlig hold er det et større fokus på å få befolkningen til å endre levevaner. Et av tiltakene som er iverksatt er Frisklivssentraler (FLS), som er ment å være en del av det forebyggende arbeidet som skal foregå i kommunene.

Formål: Målet med denne studien har vært tredelt. For det første var det et ønske om å følge og beskrive prosessen rundt oppstart, drift og nedleggelse av FLS i Moss. Det andre målet var å få bedre innsikt i hvilke opplevelser og tanker brukerne av FLS i Moss hadde omkring livsstilsendringer før og etter tilbudet på FLS, samt å få innblikk i deres erfaringer med tilbudet. I tillegg var det et mål å undersøke kunnskap og holdninger knyttet til FLS hos ulike aktører fra politikken, forvaltningen og helsesektoren i Moss kommune, og å undersøke hvilke tanker brukerne og de ulike aktørene hadde omkring nedleggelse av FLS i Moss.

Metode: Prosessen omkring oppstart, drift og nedleggelse av FLS ble kartlagt ved å følge møter, gjennomgå offentlige dokumenter og annet relevant materiale og ved samtale med sentrale aktører. Brukernes opplevelser ble undersøkt ved hjelp av kvalitative semi-strukturerte dybdeintervju som ble transkribert. Analysen av brukernes intervjuer er blitt utført ved systematisk tekstkondensering i henhold til Giorgis fenomenologiske metode, modifisert av Malterud. De ulike aktørene ble også intervjuet, og et utfyllende sammendrag ble skrevet for hvert intervju. Det ble gjort en forenklet og overordnet analyse av sentrale tema.

Resultater: Prosessen rundt FLS i Moss kjennetegnes ved en stor grad av personlig engasjement blant de involverte aktørene. Videre har etableringen vært gjennomtenkt og strukturert. De involverte forholdt seg til Helsedirektoratets anbefalinger, og ervervet seg kunnskap fra andre FLS. Nedleggelsen av FLS var en politisk beslutning basert på økonomiske hensyn. Brukerne av FLS opplevde at tilbudet de hadde vært med på hadde gitt opplevelser av mestring, samhold, glede, støtte og anerkjennelse. Dette var faktorer som de fleste brukerne ikke hadde opplevd tidligere, og deres tidligere erfaringer ble beskrevet under tema som behov for endring, andre tilbud i kommunen, skam og manglende støtte. Det var store sprik i holdninger og kunnskap om FLS og tanker om nedleggelse blant de ulike aktørene. Politikerne var de med minst kunnskap om FLS. De viste også mindre kunnskap om

helseutfordringer i Moss generelt og var de eneste av de intervjuede som gav uttrykk av å være for nedleggelse.

Konklusjon: FLS i Moss ble opprettet og nedlagt i løpet av et år. Selv om dette ikke var noen effektstudie så viste resultatene at brukerne opplevde tilbudet som viktig og de opplevde en økt mestringstro ved at de tok et større ansvar for egen helse enn hva de hadde tatt tidligere. Det trengs mer forskning rundt langtidseffekter av FLS tilbud, men studien viser også at det kan være et behov for å se nærmere på rammene rundt beslutningstakeres bestemmelser, kunnskap og holdninger.

Summary

Background: Developments in both Norway and several other countries demonstrates some serious challenges concerning lifestyle, and from a governmental point of view there is a greater focus on getting people to change habits. One of the measures that have been implemented are healthy living centres (FLS), that are intended to promote good health practices at local level.

Purpose: The aim of this study was threefold. Firstly, it was desired to describe the initial start- up, running and closure of the FLS in Moss. Secondly, the objective was to gain insight into the thoughts and experiences of participants both before and after their involvement in the programme. Finally, the aim was to acquire knowledge of the thoughts and attitudes of politicians and people involved in the administration and healthcare in Moss, and to examine what thoughts they and the participants had about the closure of FLS in Moss.

Method: The process surrounding start- up, running and closure of FLS was assessed by following meetings, reviewing public documents and other relevant material, and interviews with key people. Participants' experiences were explored by using a qualitative semi-structured interview which was then transcribed. The analyses of the participant interviews have been conducted according to Giorgi's phenomenological method, modified by Malterud. The politicians and people involved in the administration and healthcare in Moss were also interviewed, and a detailed summary was written for each of these. The analysis was an overall summary of key topics.

Results: The process around FLS in Moss is characterized by a high degree of personal commitment among the people involved. Moreover, their work has been highly structured and well-reviewed. They followed the CMO recommendations and acquired knowledge from other FLS. The closure of FLS in Moss was a political decision based on economic considerations. Participants of the FLS programme experienced mastering, unity, joy, support and recognition. These were factors that most of the participants had not experienced before, and their previous experience was a need for change, shame and lack of support. There were large gaps in attitudes and knowledge about FLS and thoughts of closure among the politicians and people involved in the administration and healthcare in Moss. The politicians were those with the least knowledge about FLS. They also showed less knowledge about health challenges in Moss in general and were the only ones of the interviewed who expressed that they wanted a closure of the FLS.

Conclusion: FLS in Moss was started up and closed within a year. Although this was no impact study, the results showed that the participants experienced the program as important and they experienced an increased self-efficacy by taking more responsibility for their own health than they had been previously. More research is required to ascertain the long term effects of the FLS programme, but the study shows that there may be a need to look into the framework of decision-makers regulations, knowledge and attitudes.

Innholdsfortegnelse

Forord	1
Sammendrag	3
Summary	4
1. Innledning.....	9
2. Bakgrunn	10
2.1. Offentlige dokumenter.....	10
2.2. Fysisk aktivitet	12
2.3. Relevant teori.....	13
2.3.1. Self Determination Theory	14
Indre og ytre motivasjon	14
Fagutøvers rolle.....	17
2.3.2. Salutogenese	18
2.3.3. Empowerment.....	19
2.3.4. Aktør eller brikke.....	20
2.4. Helsedirektoratets anbefalinger over Frisklivssentraler	21
Motiverende samtale	23
Fysisk aktivitet	24
2.5. Tidligere forskning.....	25
2.6. Om Moss kommune	29
2.6.1. Om Frisklivssentralen i Moss.....	30
2.6.2. Andre tilbud i Moss kommune	31
Aktiv på dagtid.....	31
Tjukkasgjengen	31
Frivilligsentralen	32
3. Problemstilling.....	33
4. Metode	33
4.1. Design.....	33
Proessen.....	33
Brukerne og aktørene.....	34
4.2. Rekruttering.....	34
4.2.1. Rekruttering av brukerne	34
4.2.2. Rekruttering av aktørene	35

4.3.	Intervjuguide	36
4.3.1.	Utforming av intervjuguide	36
4.4.	Prosedyre intervju	37
4.5.	Transkribering.....	38
4.6.	Analyse	39
4.6.1.	Analyse av brukerne	39
4.6.2.	Analyse av aktørene	41
4.7.	Etikk	42
5.	Resultater	43
5.1.	Prosesen bak FLS i Moss	43
5.2.	Brukere av Frisklivssentralens tilbud om fysisk aktivitet.....	46
5.2.1.	Brukernes opplevelser før Frisklivssentralen:	46
	Behov for endring.....	47
	Andre tilbud i kommunen	47
	Skam	48
	Manglende støtte	49
5.2.2.	Brukernes opplevelser på Frisklivssentralen:	50
	Mestring	50
	Samhold.....	50
	Glede	51
	Støtte og anerkjennelse fra koordinatorene:.....	52
5.3.	Aktører knyttet til Frisklivssentralen i Moss.....	52
5.3.1.	Kunnskap om FLS:.....	52
5.3.2.	Holdninger til livsstilsendring og helse:.....	54
5.3.3.	Tanker om nedleggelse:	57
6.	Diskusjon	59
6.1.	Kort oppsummering av de viktigste resultatene	59
6.2.	Metodediskusjon: Styrker og svakheter ved studien	60
6.2.1.	Studiens troverdighet.....	61
6.2.2.	Studiens bekreftbarhet.....	64
6.2.3.	Forskningsresultatene overførbarhet	65
6.3.	Resultatdiskusjon	66
6.3.1.	Beskrivelse av kommunens prosess omkring etablering, drift og nedleggelse av FLS i Moss	66

6.3.2.	Hvordan brukere av FLS tilbud om fysisk aktivitet har opplevd tilbudet	68
6.3.3.	Hvilke kunnskaper, oppfatninger og holdninger de ulike aktørene knyttet til FLS i Moss har om FLS, livsstilsendring og helse	71
6.3.4.	Hvilke tanker har brukerne og de ulike aktørene omkring nedleggelse av FLS i Moss .	74
7.	Avslutning.....	77
8.	Litteraturliste.....	79
9.	Vedlegg	86
	Vedlegg 1: Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjekt	86
	Vedlegg 2: Preliminær skisse brukere av Frisklivssentralen i Moss	88
	Vedlegg 3: Preliminær skisse sentrale aktører	90
	Vedlegg 4: Svar fra NSD	93
	Vedlegg 5: Prosjektgruppe	94
	Vedlegg 6: Styringsgruppe.....	94
	Vedlegg 7: Deltakere på dialogmøte 13.03.2012.....	95

1. Innledning

Mange av dagens store folkehelseutfordringer er knyttet til livsstilsfaktorer som inaktivitet og feil ernæring. Ifølge Verdens Helseorganisasjon (WHO) har forekomsten av overvekt mer enn fordoblet seg verden over siden 1980, og i 2008 var mer enn 1,4 milliarder av verdens befolkning overvektige (WHO 2012). Fysisk inaktivitet og et usunt kosthold kan i tillegg til overvekt også føre til diabetes type 2, kardiovaskulære sykdommer, hovedsakelig hjerteinfarkt og slag, og visse typer kreft. Disse helseutfordringene kommer som en konsekvens av at det har vært en økning i inntak av energitette matvarer rike på fett, salt og sukker, og en nedgang i fysisk aktivitet. Nedgangen kan delvis forklares ved mer stillesittende arbeid, økt urbanisering og nye transportmidler (WHO 2012).

I Norge ser vi de samme tendensene som på verdensbasis (Folkehelseinstituttet 2011). Den norske befolkning er blitt gradvis tyngre de siste tiårene (Helsedirektoratet 2009), og av disse blir stadig flere diagnostisert som overvektige. En tredjedel av alle menn og en femtedel av alle kvinner er overvektige, mens en av ti nordmenn har fedme (SSB 2008). Det er også flere tilfeller av diabetes type 2, og sykdommen oppstår hos stadig yngre mennesker (Pedersen & Thonstad 2008). I tillegg er det i store andeler av befolkningen forhøyede risikofaktorer for både diabetes type 2, hjerneslag og hjerteinfarkt (Graff- Iversen et al. 2007). Andelen fysisk inaktive øker (Jenum et al. 2007), og det samme gjør tid brukt på tv- titting (Helsedirektoratet 2009).

Helseminister Jonas Gahr Støre har uttalt at livsstilssykdommer er en av de største utfordringene i samfunnet vårt (Journalen 2012). Ett av de forebyggende tiltakene som er iverksatt er opprettelsen av Frisklivssentraler (FLS), som skal være et tilbud til mennesker som trenger hjelp til å gjennomføre livsstilsendringer. FLS er relativt nytt, og stadig flere kommuner har satt i gang dette tilbudet. Det er gjort lite forskning på FLS, og i denne studien vil derfor relevante aspekter rundt FLS i Moss kommune bli belyst. Prosessen rundt oppstart, drift og nedleggelse av FLS i Moss ble fulgt. Det var også et mål å få bedre innsikt i hvilke opplevelser og tanker brukerne av FLS i Moss hadde samt å undersøke kunnskap og holdninger knyttet til FLS hos ulike aktører fra politikken, forvaltningen og helsesektoren i Moss kommune.

2. Bakgrunn

De siste tiårene har det vært et stadig økende fokus på livsstilssykdommer, og de politiske myndigheter på ulike nivåer forsøker å ta forebyggende grep. Det vil derfor bli sett nærmere på hvilke offentlige styringsdokumenter som er av betydning for det forebyggende arbeidet i Norge, og som har ledet frem til blant annet opprettelsen av FLS.

2.1. Offentlige dokumenter

Stortingsmelding nr.16 (2002-2003) ”Resept for et sunnere Norge” så på hvordan et samspill mellom det offentlige livstilstiltak og enkeltindividets egeninnsats kunne gjennomføres. Livstilstiltak og individets egeninnsats var i sentrum for dette arbeidet, hvor endring av levevaner kunne være både et supplement og et alternativ til medikamentell behandling. Dette var bakgrunnen for at ”Grønn Resept” ble introdusert i 2003 (Engedahl et al. 2008), og var en takst som fastleger kunne velge å benytte seg av hos pasienter med diabetes type 2, høyt blodtrykk og/ eller sykkelig overvekt. Grønn resept skulle sikre at brukergruppen fikk tilbud om hjelp til å foreta en livsstilsendring (Helsedirektoratet 2011/2).

I 2005 kom « handlingsplan for fysisk aktivitet 2005-2009», som presiserte at hver og en var ansvarlig for egen helse. Samtidig ble fysiske omgivelser, sosial bakgrunn og politiske valg anerkjent som betydningsfulle for hvert enkelt individ sine muligheter til å kunne ta dette ansvaret. Handlingsplanen pekte derfor på at ansvar for egen helse ikke foreligger kun på et individplan. Det ligger også på et samfunnsplan, hvor samfunnets organisering og muligheter skaper rammevilkår for den enkelte (HOD 2005).

Visjonen for handlingsplanen var å skape bedre folkehelse gjennom økt fysisk aktivitet i befolkningen, gjennom å øke andelen voksne og eldre som fulgte de norske anbefalingene for fysisk aktivitet i en halvtime hver dag. For å kunne realisere dette var det tre nøkkelpunkter handlingsplanen anså som relevante. Det var å tilrettelegge fysiske omgivelser, hvor oppmerksomheten var på å gjøre det tilgjengelig for alle, å bidra til mulighet for fysisk aktivitet på fritiden, å motivere mennesker til å være i aktivitet, og at det fantes lokale lavterskeltilbud. Lavterskeltilbud ble definert som *[...]aktiviteter som er tilrettelagt for personer som i utgangspunktet er inaktive, ved at ulike barrierer er forsøkt bygget ned.*

Aktivitetene krever lite utstyr og ingen spesielle ferdigheter, de kan være gratis eller ha lav pris og er lett tilgjengelige både fysisk, sosialt og kulturelt (HOD 2005:16).

Det ble lagt vekt på betydningen av at folkehelsen ble utviklet og vedlikeholdt i kommuner og lokalsamfunn, da det er der mennesker lever, bor og utfolder seg i hverdagen (HOD 2005).

I handlingsplanen (2005) ble frivillig arbeid i kommunene anerkjent som en vesentlig kraft i folkehelsearbeidet, blant annet fordi mange frivillige organisasjoner tilrettelegger for og driver fysisk aktivitet. Det samme gjelder for idretts- og friluftsansjoner, og da særlig blant barn og unge. I tillegg er det flere lag, foreninger og bruker- og pasientorganisasjoner som har mye å bidra med i utforming og tilrettelegging av lavterskelaktiviteter for ulike grupper (HOD 2005). Handlingsplanen (2005) la bakteppet for mange politiske endringer, deriblant de vi ser gjennom samhandlingsreformen (HOD 2012) og det nye lovverket vedrørende det forebyggende arbeidet (HOD 2011/1, 2011/2).

I 2012 ble «samhandlingsreformen» iverksatt, som satte søkelys på utfordringer som den norske helse- og omsorgssektoren møter (HOD 2012). Tanken bak reformen var å få aktører i Helse- Norge sammen, for å finne fram til tiltakene som gav bedre pasientforløp og flere samfunnsøkonomiske løsninger. Personer som var i faresonen for å utvikle livsstilsrelaterte sykdommer hadde behov for et tilbud som evnet å samhandle, og som gav individer mulighet for mestring, og således til selv å ta ansvar for egen helse. Det var behov for en helhet i behandlingen og for koordinerte tjenester. Samhandlingsreformen så til kommunene for en ny rolle i dette, slik at de i større grad kunne fylle ambisjonene om forebygging og tidlig innsats. Deriblant ved å etablere lærings- og mestringstilbud i kommunene, som kunne gi brukere verktøy til å håndtere hverdagen på en bedre måte gjennom tettere oppfølging i sitt nærmiljø. Kommunene kunne også på denne måten ha en koordinatorrolle, blant annet ved å samarbeide med lærings- og mestringstilbud og med lokale foreninger. Formålet var å gi inspirasjon, motivasjon og konkret kunnskap til livsstilsendring gjennom læringstilbud og veiledning. Samhandlingsreformen ville med dette sikre en mer tidlig intervensjon mot sykdomsutvikling, og en bredere tilnærming til mestring av sykdom eller funksjonssvikt. Dette gjaldt hos både store diagnosegrupper og diagnoseuavhengige, og hvor mestring skulle være i førersetet (HOD 2008).

Samhandlingsreformen førte til endringer i det norske lovverket i form av helse- og omsorgstjenesteloven (HOD 2011/2) og folkehelseloven (HOD 2011/1).

I den nye folkehelseloven (HOD 2011/1) var kravet til kommunene om å forebygge sykdom og fremme helse tydeliggjort i paragrafene 4,5,6 og 7. Folkehelseloven slo fast at kommunene pliktet å ha kjennskap til folkehelseutfordringene som er særskilte for sin kommune for å kunne sette i gang de nødvendige helsefremmende tiltak, og til enhver tid ha oversikt over helsetilstanden i kommunen og de faktorer som kunne påvirke denne (HOD 2011). Dette muliggjorde Folkehelseinstituttet med sin nettbaserte folkehelseprofil over alle kommunene i Norge (Folkehelseinstituttet 2012). Individuer skulle få rask hjelp på et tidlig stadium innenfor egen kommune, hvor ulike instanser som hvert enkeltindivid hadde å forholde seg til kunne jobbe sammen (HOD 2011/1).

Helse- og omsorgstjenesteloven (HOD 2011/2) gjelder for helse- og omsorgstjenester som tilbys eller ytes av kommunen. I paragraf 3-3 slår den fast at kommunen ved ytelse av helse- og omsorgstjenester skal fremme helse og søke å forebygge sykdom, skade og sosiale problemer. Dette skal blant annet gjennomføres ved opplysning, råd og veiledning, og ved at det blir satt i verk velferds- og aktivitetstiltak for de som har behov for det (HOD 2011/2). Blant annet i form av FLS. Loven har både et individ og et gruppefokus (HOD 2011/2).

FLS kommer innunder både folkehelseloven (HOD 2011/1) og helse- og omsorgstjenesteloven (HOD 2011/2), da den jobber med folkehelse i tillegg til å være en helsetjeneste. Folkehelsearbeid er innsats mot miljøfaktorer som påvirker helsen i befolkningen (HOD 2011/1). Den tar derfor for seg det brede samfunnsrettede folkehelsearbeidet, mens helsetjenesten skal vri innsatsen mot forebygging og tidlig innsats mot risikofaktorer på individ- og gruppenivå (HOD 2011/2).

En av de mest sentrale aspektene vedrørende livsstil er fysisk aktivitet, og siden dette også er et hovedmoment på mange FLS er det i denne oppgaven valgt å se nærmere på denne aktiviteten.

2.2. Fysisk aktivitet

Fysisk aktivitet blir bredt definert som [...] *all kroppslig bevegelse produsert av skjelettmuskulatur som resulterer i en vesentlig økning av energiforbruket utover hvilenivå* (HOD 2005:7).

Fysisk aktivitet kan gi en rekke gunstige helsefordeler, deriblant å være avkoblende og sosialt, gi bedre søvn, hjerte - og lungekapasitet og mage- tarmfunksjon. Videre kan fysisk aktivitet

redusere risiko for å få ulike sykdommer, som hjerte- karsykdommer, kreft, høyt blodtrykk, slitasjegikt og benskjørhet (HOD 2005).

Mange studier viser en høyere risiko for dødelighet hvis man er fysisk inaktiv. Selv den minste forbedring i fysisk aktivitet har positiv effekt, hvor de mest trente har minst fare for tidlig død (Warburton, Nicol & Bredin 2006). Regelmessig fysisk aktivitet er også assosiert med forbedret psykisk velvære gjennom å redusere stress, angst og depresjon (Warburton, Nicol & Bredin 2006). Det har også en positiv effekt ved fedme og diabetes type 2 (Warburton, Nicol & Bredin 2006), fordi kroppens bruk og lagring av energigivende næringsstoffer påvirkes av fysisk aktivitet (Melanson et al. 2007). Blant annet ved å øke kroppens evne til å håndtere karbohydrater (Borer et al. 2009).

De norske anbefalingene for fysisk aktivitet for voksne er 30 minutter hver dag, i enten moderat eller høy intensitet. Moderat intensitet er det samme som rask gange, og kan deles opp i kortere økter hver dag, for eksempel av ti minutters varighet (HOD 2005).

Kun én av fem voksne er minimum i aktivitet i 30 minutter eller mer per dag, og de ti prosent mest aktive er fire ganger mer i aktivitet enn de ti prosent som er minst aktive (Helsedirektoratet 2009). Det kan være mange årsaker til hvorfor man ikke imøtekommer de norske anbefalingene, hvorav motivasjonelle faktorer spiller en nøkkelrolle. Jeg har derfor valgt å ta i bruk teorier som ser nærmere på motivasjon og mestring, og på ulike barrierer.

2.3. Relevant teori

Deci og Ryans Self Determination Theory (SDT) vil være den hovedteoretiske forankringen i denne oppgaven. I tillegg vil andre relevante teorier som underbygger eller er relatert til SDT bli presentert. Antonovkys teori Salutogenese fokuserer på de positive ressursene i et menneske, og hvordan ta i bruk disse. Denne underbygger SDT, som ser på fagutøverens rolle og individers vei mot selvbestemmelse og selvregulering. Empowerment legger stor vekt på hvordan fagutøveren bør være i møte med mennesker som trenger livsstilsendring, og tar for seg en viktig side av SDT. Nygårds teori om aktører og brikker ser derimot på hva slags effekt det kan få for et menneske hvis det ikke blir møtt med prinsippene til de foregående teoriene. Disse teoriene er passende til denne oppgaven, da FLS ønsker å se hele mennesket, og søker etter å fremme motivasjon, mestring og selvbestemmelse (Helsedirektoratet 2011/3).

2.3.1. Self Determination Theory

Deci og Ryans Self Determination Theory SDT (2004) prøver å forklare hvilke faktorer som spiller en rolle ved utviklingen av indre og ytre motivasjon. Ved indre motivasjon er individet styrt av interesse og glede over selve utførelsen av handlingen, mens ved ytre motivasjon er det ikke handlingen i seg selv som er verdifull for individet. Handlingen kan bli betraktet som betydningsfull og noe man kan relatere seg til, eller man er motivert på grunn av de mulige belønningene som handlingen kan gi (Deci & Ryan 2000). Alle mennesker har et iboende ønske om å utnytte sitt potensial, men det er ikke derfor gitt at alle klarer å utvikle seg i ønsket retning. For å kunne vokse må mennesker ha utviklet en positiv selvfølelse, og da må de grunnleggende behovene kompetanse, autonomi og tilhørighet være tilstede. Kompetanse viser først og fremst til individets selvtillit over ferdigheter, men også vedrørende det å mestre det sosiale miljøet. Føler man seg trygg på seg selv og på hva man mestrer, er det lettere å utvikle seg. Følelsen av kompetanse er subjektiv, og kan enten holde individer tilbake eller pushe de fremover. Autonomi er å utføre handlinger ut ifra egne interesser og verdier. Andre kan gi uttrykk for hva det bør være, men hvis man ikke selv kan relatere seg til verdiene og selv ønsker å utføre handlingen, er ikke individet autonom/selvbestemmende. Tilhørighet er behovet alle mennesker har for å motta omsorg, til å være en del av et fellesskap, og til å bli akseptert og satt pris på. Dette skaper en følelse av trygghet som igjen kan ha betydning for opplevelsen av å mestre (Deci & Ryan 2004).

Indre og ytre motivasjon

Indre motivasjon kan bli skapt av valg og av positive tilbakemeldinger, mens kontroll oppleves der hvor belønning kommer før handlingen, og fører til en ytrestyrt motivasjon over handlingen. Belønning i form av positive tilbakemeldinger etter utførelse av en handling betegnes som informativ og styrker følelsen av kompetanse over utførelsen, og således også den indre motivasjonen (Deci & Ryan 1985). Studier har vist at der hvor individer får belønning for å utføre en handling som de i utgangspunktet er indre motivert for å utføre, skifter de ofte fokus og utvikler en ytrestyrt motivasjon (Kruglanski, Friedman & Zeevi 1971, Lepper, Greene & Nisbett 1973). Eksempler på dette er hvor man får trofeer for å vinne, eller

mottar penger hvis man får en god karakter. Belønning i form av ros er derimot vist å styrke den indre motivasjonen såfremt den ikke er blitt gitt på en kontrollerende måte, eller i et stressende miljø (Deci & Ryan 2004). Den indre motivasjonen blir ivaretatt og forsterket når det sosiale miljøet forminsker kontrollen, fremmer valg og viser forståelse for individets følelser (Wild & Enzle 2004).

Det er derfor ikke nok å se på grad av motivasjon, da mennesker kan ha høy grad av motivasjon, men liten grad av de psykologiske behovene tilfredsstilt. Da er det mindre sjanse for at individer velger å være motiverte for de handlinger som fører til en større grad av lykke, velvære og personlig vekst (Deci & Ryan 2004).

Det er fire typer av ytre motivasjon, som befinner seg på et kontinuum hvor det er ulik grad av autonomi og internalisering over handlingen. Ytre regulering er den som har minst grad av autonomi og med størst grad av belønning og straff, og hvor det ikke finnes noen form for internalisering av handlingen. Introjeksjonsregulering er den neste på lista, hvor autonomien er litt større enn ved ytre regulering og hvor aktiviteten er noe internalisert. Årsaken til å utføre en handling kan være fra å få andres godkjenning, for å utvikle egen selvfølelse eller for å unngå skyld. De med denne motivasjonen har ikke en fullt ut eierfølelse over handlingen (Deci & Ryan 2009).

Motivasjon som er styrt av ytre belønning eller straff (kontrollert motivasjon) vil si ytre motivasjon enten i form av ytre regulering eller av introjeksjonsregulering (Deci & Ryan 2009), og kan forklares ved metaforen av at noen holder en pistol mot hodet ditt og sier «løp!» Du er motivert til å løpe, men det er tvang som får beina til å gå, og ikke oppmuntring og støtte. Det er det samme prinsippet som gjelder vedrørende belønning og straff, og ingen av delene er noe man kommer langt med hvis ønsket er å hjelpe mennesker med å foreta en livsstilsendring. Folk vil gjøre aktiviteten, men de vil ikke føle at de får noe igjen for det, eller se noen verdi. Det øyeblikket «pistolen» ikke lenger er siktet på dem, vil de således ikke se noen grunn til å fortsette med aktiviteten (Deci personlig meddelelse 2012).

Ved kontrollert motivasjon får individet en indre stemme som sier til selvet «jeg må», istedenfor «jeg vil gjøre det for meg selv.» Individet kan ha alle forutsetninger for autonom motivasjon, men likevel være under kontrollert motivasjon grunnet tidligere kontroll over aktiviteten. Desto lenger de har vært kontrollert tidligere, jo lenger tid tar det å bli kvitt den indre skyldfølelsen. Leger og andre fagutøvere som insisterer på livsstilsendring gjør derfor ofte vondt verre. Kontrollert motivasjon kan også ha kommet fra selvet, et såkalt indre press:

»Jeg må jo!« Dette kan ha mange utspring, deriblant samfunnets normer og fokus på helse og fysisk aktivitet, eller tidligere belønning og/ eller straff. For disse menneskene er det ifølge Deci (personlig meddelelse 2012) viktig å roe ned deres indre stemme: *Not adding to the guilt*. Det fungerer som nevnt aldri å skremme eller presse noen for å få til varig livsstilsendring.

Identifisert og integrert regulering er de typene av ytre motivasjon som har høyest grad av autonom motivasjon, som er den ønskelige formen av motivasjon. Identifisert regulering har som navnet tilsier en stor grad av identifisering til aktiviteten, som oppleves som betydningsfull for individet grunnet at aktiviteten er en del av et mål og en del av individets verdier, som vedkommende selv har valgt. Integrert regulering har både størst og best grad av internalisering i form av at mennesker identifiserer handlingen som en del av deres innerste selv og verdier, eksempelvis det å holde seg frisk (Deci & Ryan 2009). Ved autonom motivasjon blir den mentale helsen og motivasjonen for en handling økt ved at de grunnleggende psykologiske behovene er tilfredsstilt: Man føler seg kompetent nok til å utføre handlingen, man bestemmer selv handlingen og man har en følelse av tilhørighet til handlingen og til andre mennesker, noe som fører til individets muligheter for selvregulering av atferd. Dette er essensen i SDT, og er hva som bør bli fremmet av fagpersonell for å få mennesker til å ta de riktige valg for seg selv og sitt liv. Felles for oss alle er behovet for å føle tilhørighet, samhørighet og kjærlighet; vi er alle sosiale mennesker (Deci personlig meddelelse 2012), og dette gir et stort ansvar og store muligheter vedrørende å fremme livsstilsendring. Sosiale miljøer kan enten fremme autonom motivasjon eller kontrollert motivasjon, avhengig av om de er støttende eller ei. Både positive tilbakemeldinger og en følelse av selvbestemmelse i handlingen kan føre til autonom motivasjon og fravær av et kontrollerende språk, slik som «du gjorde som du burde» (Deci & Ryan 2009).

For å forklare identifisert eller integrert regulering bruker Deci (personlig meddelelse 2012) sin egen motivasjon for trening som eksempel. Han trener på tross av at han hater det, fordi han har et ønske om å være sunn. Deci utfører med andre ord treningen fordi han ser verdi i å utføre aktiviteten som han kan relatere seg til; en sunn livsstil. Han vet at han mestrer å ta vare på sin egen helse, han føler seg ikke tvunget til å utføre handlingen, og han ser en indre verdi i det å trene. Det betyr ikke at han synes det er morsomt å trene; ofte er det ifølge han selv tvert imot. Det at aktiviteten er morsom; indre motiverende er ikke nok i lengden hvis aktiviteten har vanskelige aspekter. Autonom motivasjon kan ha større eller mindre grad av hver type av motivasjon, men indre motivasjon er som nevnt ikke nok hvis det kommer kneiker man må

over, og i perioder med mindre glede over å utføre handlingen (Deci personlig meddelelse 2012). Der hvor individet ikke føler en autonom motivasjon over atferden er det derimot viktig å fokusere på aktiviteter som gir øyeblikkelig glede over utførelsen, såkalt indre motivasjon (Deci & Ryan 2009).

Fagutøvers rolle

SDT vektlegger at det er viktig å ta individers perspektiv, og anerkjenne følelsene som oppstår ved å gi støtte til disse. Det er en grunn til at folk eksempelvis ikke er fysisk aktive. Dette er det viktig å ha forståelse for, for deretter å kunne hjelpe de til å finne sunne alternativ. Samtidig er det viktig at individer forstår verdien av å gjøre en livsstilsendring. Dette bør gjøres ved å gi meningsfull og veiledende informasjon. For å kunne gjøre dette må fagutøveren først lære individet å kjenne, for å forstå hva som vil få betydning for dem. Det er også viktig å presentere informasjonen på en måte som ikke er kontrollerende. Sykdomsbildet kan være en liten del av støtten, men ikke det fulle bildet, eller det dominerende. Ord som du *bør* eller du *skal* er det viktig å ikke ta i bruk, og å være bevisst på at de ordene som blir brukt er støttende. De fleste trenger flere forsøk på livsstilsendring før de lykkes. Istedenfor å se på tidligere mislykkede forsøk som feiling, bør dette fremheves som et positivt aspekt på veien til en varig livsstilsendring (Deci personlig meddelelse 2012).

Selvregulering og oppfattet kompetanse, såkalt mestringsfølelse, er antatt å spille en viktig rolle ved livsstilsendring, og nødvendig å fokusere på der livsstilsendring er ønskelig. Der hvor fagpersonell har arbeidet målrettet mot å støtte pasienters autonomi har blant annet ekstremt overvektige mennesker vært mer autonomt motiverte, hatt større tro på seg selv og deres evne til å gå ned i vekt, og en høyere grad av opprettholdt vektnedgang (Patrick & Williams 2012). Teixeira et al. (2012) har sett nærmere på forskning over sammenhenger mellom vektreduksjon og motivasjon, og konkluderer med at hva slags motivasjon individet har, er av betydning. Silva et al. (2010) fant at kvinner som fulgte et ettårig program basert på SDT fikk moderate til sterke effekter på selvbestemmelse, indre motivasjon, autonom selvregulering, aktivitetsnivå og vektreduksjon enn hva kontrollgruppa gjorde (Silva et al. 2010).

Salutogenese og Sence of coherence (SOC) er sentrale innen helsefremming (Antonovsky 1986). Deci (personlig meddelelse 2012) ser på Antonovskys SOC og Salutogenese som relatert til SDT, da autonomi og tilstedeværelse er sentrale aspekt i begge teorier.

2.3.2. Salutogenese

Istedenfor å ha en patogenetisk tilnærming, som er opptatt av sykdom og av hvorfor individer blir syke, fokuseres det ved salutogenese på hva det er som gjør at noen holder seg friske. Dette gjøres ved å se på de iboende styrkene som ligger i hvert enkelt individ, og på hvilke mestringsressurser det innehar. En slik tilnærming fører til en følelse av å være i kontroll over eget liv og egne muligheter. Det er blant annet viktig at det ikke trekkes et skille mellom sykdom og helse, slik at dette ses på som ulike kvaliteter (Antonovsky 1986). Blir sykdommen individets identitet, blir det kun sykdommen som oppmerksomheten er rettet mot (Antonovsky 1996). Begge tilstandene; sykdom og helse, lever side om side, og da gjerne også i et og samme individ. Antonovsky (1986) påpeker betydningen av tanken om at så lenge det er liv i oss, er vi friske i større eller mindre grad. Der FLS kommer i kontakt med individer som ønsker en livsstilsendring er det derfor viktig å se hele mennesket, uten en dikotomisk tilnærming (Antonovsky 1986).

Hva som gjør mennesker mer eller mindre friske, mener Antonovsky (1986) handler om stress: Hvilke typer stress man blir utsatt for, og hvordan dette stresset blir taklet, som igjen handler om hvilke mestringsmekanismer hver enkelt har (Antonovsky 1986). »Generaliserte motstandsressurser» («generalized resistance resources»; GSS) er hva som påvirker hvorvidt man beveger seg mot den friske enden eller ei. Det kan være alt fra gjenstander til andre mennesker, som har gitt opplevelser av at verden «henger på greip» kognitivt, emosjonelt og/ eller instrumentalt. Stimuli som mennesker blir utsatt for fra både det indre og det ytre miljøet blir opplevd som informasjon og ikke støy (Antonovsky 1996:15). Denne «følelsen av sammenheng»; sence of coherence (SOC) tenkes å gi en generalisert orientering i individet om at verden oppleves som forståelig, håndterlig og meningsfull. I dette ligger det en tro på å ha forstått utfordringen man står ovenfor, en tro på seg selv og egne resurser til å mestre denne utfordringen, og en motivasjon eller et ønske om å mestre denne utfordringen. En slik mestringsfølelse og mestringsstro kommer av individets opplevelser; jo flere styrkende opplevelser, jo sterkere SOC (Antonovsky 1996). Stress er derfor ikke utelukkende

ødeleggende for menneskers helse. Det kan være helsefremmende såfremt individet har støtte, både hos andre og iboende i seg selv, til å takle det (Antonovsky 1986).

2.3.3. Empowerment

Empowerment er et viktig begrep innen helsefremming, da det handler om å gi enkeltmennesker tilbake selvbestemmelsen over eget liv. Det blir ofte oversatt til bemyndigelse på norsk, og det er dette begrepet som vil bli brukt heretter. Det finnes mange definisjoner og forklaringer på hva bemyndigelse er og hva det bør være, hvorav Stang (1998) sin definisjon favner over mye av kjernen:

Bemyndigelse er en psykososial prosess hvor det skjer en maktoverføring på individ og/ eller systemnivå fra mennesker som har makt og innflytelse og til mennesker som opplever å mangle kontroll over sentrale faktorer i sitt liv, slik at de sistnevnte gjennom erkjennelse av egne ressurser og muligheter blir gjort i stand til å få kontroll over de faktorene som de opplever som viktige for dem, og som dermed gir dem muligheten til å mestre sine liv og sine omgivelser (Stang 1998: 24).

Motsetninger til bemyndigelse er der hvor mennesker føler en kraftløshet og fremmedgjøring, og ved lært hjelpeløshet. Dette har også sammenheng med en manglende opplevelse av kontroll over sitt eget liv (Walseth & Malterud 2004). Visse mennesker forsterker disse negative holdningene hos andre i kraft av sin egen profesjon; de mener selv at de vet hva som er best for andre og hva som trengs å gjøres, og gir derfor uttrykk for dette til enkeltindivider som søker hjelp. For å kunne bygge opp selvfølelse må individer bli møtt på et mellommenneskelig plan. Fagutøveren må opptre støttende og som en brobygger mellom menneskets muligheter og individets forståelse av disse. Dette kan kun bli gjennomført via dialog, hvor felles mål og gjennomføring diskuteres (Stang 2003). Det relasjonelle aspektet er derfor viktig i form av støttespillere og samarbeidspartnere, på tross av at utgangspunktet ligger i individet selv. Det er viktig at fagutøveren ikke har en skjult agenda om å få gjennom eget budskap eller ønsker (Stang 1998).

For å kunne lede mennesker til selvbestemmelse må det jobbes både på individnivå og på et systemnivå. Dette innebærer både det sosiale, politiske og økonomiske plan, og samhandling med samfunnet forøvrig og enkeltindividet. Samfunnet legger føringer og rammefaktorer som styrer mye av fagutøveres spillerom og holdninger. Rammefaktorer kan være noe så konkret

som økonomi, og noe så lite håndgripelig som menneskesyn, verdier, innflytelse og posisjoner (Stang 1998). Fagutøvere bør også gripe inn i samfunnsskapte forhold som kan skape en følelse av maktesløshet (Stang 2003). Det er derimot viktig å ikke bruke bemyndigelse som et talerør for individualistiske samfunn istedenfor det kollektivistiske ansvarlige samfunn. Privatisering og liberalisering i helsetjenesten vil ifølge Stang (1998) føre til den sterkeste rett, hvor avmakt og fremmedgjøring vil bli forsterket. De med lav sosioøkonomisk status vil blant annet bli taperne (Stang 1998). Stigmatisering av en gruppe mennesker i et samfunn kan føre til diskriminering og undertrykkelse, eksempelvis av de som er overvektige. Dette kan i neste omgang føre til at mennesker kan miste troen på seg selv og sine muligheter (Hvas & Thesen 2002).

2.3.4. Aktør eller brikke

En annen relevant teori knyttet til helseatferd er Nygårds Aktør eller brikke. Nygårds (2007) teori ser nærmere på individers selvforståelse og konsekvensene av opplevd handlingskontroll. Han deler individer grovt sett inn i to arketyper: «Aktører» er indrestyrte individer som tar kontroll over egen situasjon, i kraft av at de vet at det er de selv som styrer deres eget liv. «Brikker» derimot, er ytrestyrte mennesker som lar seg styre av andre og av tilfeldigheter, uten troen på seg selv og sine egne evner til å påvirke sitt liv. Denne kontrollorienteringen stammer fra Rotter (1954), som ser på hva som forventes å følge etter handlingene, og er således en forventning- verdi modell over motivasjon.

Det å dele inn individer i aktører og brikker er en grov inndeling av personegenskaper som gjerne opererer i en krysning mellom disse, som kan være situasjonsavhengig eller hvor mennesker tenderer til den ene eller andre siden. Denne tilbøyeligheten blir skapt gjennom personligheten og av opplevelser og erfaringer som enten har styrket eller svekket en følelse av maktesløshet. Miljøets påvirkning utgjør et stort kollektivistisk ansvar til samfunnet vårt, som ifølge Nygård har makt via blant annet de politiske beslutninger til å påvirke hvilken selvforståelse individer utvikler: *Vi kan gjennom vår praksis bidra til å gjøre hverandre til brikker eller til aktører, noe som i neste omgang kan få store konsekvenser for våre liv* (Nygård 2007: 23).

Å føle seg som selvbestemmende eller ei i eget liv kan ha mange konsekvenser, deriblant på hva slags helseatferd man har (Nygård 2007). Forskning viser blant annet at indrestyrte

mennesker er mer positive til fysisk aktivitet og er mer aktive (Sonstroem & Walker 1973). De ytrestyrte setter som regel sin lit til legen, og vil ofte oppleve det som usikkert og truende å ta for stor del i egen behandling. De føler at deres oppgave er gjort ved å ha fått fatt på legen, som skal ta den rette avgjørelsen på deres vegne. Det føles tryggere å overlate ansvaret til andre (Nygård 2007). Dette bør bli sett i sammenheng med bemyndigelse (Stang 2003,1998), da det ikke er alle som er klare for å ta et større ansvar til egen helse. Dette er også noe som bør bli ivaretatt og respektert. Nygård (2007) ser også på hva som kan være årsak til at ikke alle tar et like stort ansvar for egen helse: *I tilknytning til spørsmålet om opplevelse av ansvar for egen helse må det imidlertid tilføyes at mennesker bare kan oppleve slikt ansvar der de har frihet til å ta vare på seg selv. Det er ikke alltid at en slik frihet foreligger på det individuelle planet* (Nygård 2007: 112).

For å kunne bistå menneskers ferd mot å bli mer aktør- og indrestyrt, er motivasjon og frihet to nøkkelbegrep, som kan bli sett på som to sider av samme sak. Føler man ingen frihet rundt egne muligheter, blir også menneskets grunnleggende motivasjon i sterk grad svekket, og man kan oppleve lært hjelpeløshet, som svekker menneskets muligheter til å klare å komme seg gjennom vanskelige perioder. Mangel på innflytelse kan føre til både psykiske og fysiske stressopplevelser, mens en følelse av medbestemmelse; uavhengig av hvor liten denne er, kan ifølge Nygård (2007) svekke stressopplevelser betraktelig.

FLS er et tilbud hvor psykiske og fysiske stressopplevelser kan minskes, og er ment å være et tilbud hvor mennesker med behov for en livsstilsendring skal kunne føle selvbestemmelse rundt sine egne muligheter, og hvor mestring og motivasjon er ment å bli styrket.

2.4. Helsedirektoratets anbefalinger over Frisklivssentraler

FLS er en kommunal forebyggende helsetjeneste med tilbud om hjelp til å mestre levevaner. Tilbudet er ment for personer som har behov for hjelp til livsstilsendring (Helsedirektoratet 2011/3), og tilbyr et rammeverk rundt fysisk aktivitet, kurs i kosthold og røykeslutt, og vedrørende helsesamtale i oppstarten og ved avslutning (Helsedirektoratet 2011/3). FLS kan også velge å ha tilbud som fremmer mestring på andre arenaer i livet, deriblant av depresjon og alkoholvaner (Helsedirektoratet 2011/3). Det kan være et tilbud til mennesker som eksempelvis står i fare for å falle ut av arbeidslivet på grunn av muskel- og skjelettsykdom eller psykiske plager, som står i fare for å utvikle diabetes type 2, eller som har store

utfordringer knyttet til overvekt. FLS kan også være et tilbud til personer i et behandlings- eller rehabiliteringsforløp, eller som et tilbud om tidlig innsats for å forebygge sykdom for mennesker i risikozonen (Helsedirektoratet 2011/3). Den favner derfor over mye av det samme som lærings- og mestringstilbud omtalt i samhandlingsreformen (HOD 2012).

Etablering av FLS må baseres på en grundig kommunal utredning og saksbehandling, og ha forankring i kommunalt budsjett. De ansatte ved FLS skal ha kunnskap om andre tilbud som eksisterer i kommunen, slik at deres brukere kan gå over til disse etter endt tilbud. Det kan også være behov for FLS å samarbeide med de andre tilbudene i kommunen, og samarbeid med kommunal helse- og omsorgstjeneste og med andre aktuelle kommunale, fylkeskommunale og offentlige tilbud som anses avgjørende for en tidlig innsats (Helsedirektoratet 2011/3).

Tilbudet er ikke en lovpålagt oppgave for kommuner, men kan være en organisatorisk måte å oppfylle ansvaret rundt det forebyggende arbeidet som hver kommune har, og som helsetjenesten ikke prioriterer foran behandling. Kommunens ansvar gjelder blant annet de med psykisk sykdom, skade eller lidelse, sosiale problemer eller nedsatt funksjonsevne (HOD 2011/2). Helsedirektoratet (2011/1) mener at FLS kan være en hjelp til kommunene og deres forebyggende arbeid, og anbefaler derfor opprettelse av FLS i alle kommuner i Norge (Helsedirektoratet 2011/1). Har kommuner valgt å ha en FLS plikter de å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere virksomheten, slik at tjenestenes omfang og innhold er i samsvar med krav fastsatt i lovverket (HOD 2011/2).

Frisklivsresept er en henvisningsblankett som mennesker kan ta i bruk for å benytte seg av tilbudene som FLS har i en periode på tre måneder, men det skal også være mulig å kontakte FLS uten en henvisning (Helsedirektoratet 2011/3). Det er ikke lenger kun fastlegene som kan henvise, men også helsepersonell i primær- og spesialisthelsetjenesten eller NAV (Helsedirektoratet 2011/2). Frisklivsresepten blir tilpasset ut fra brukernes egne ønsker, behov og muligheter, og med de rammefaktorene som hver FLS har til rådighet (Helsedirektoratet 2011/3). Reseptperioden starter og avslutter med en endringsfokusert helsesamtale, hvor målet er det samme som i resten av FLS; å hjelpe individer til å starte en endringsprosess og til å mestre nye levevaner (Helsedirektoratet 2011/3). Den baserer seg på motiverende intervju (Helsedirektoratet 2012).

Motiverende samtale

Motiverende intervju (MI) blir brukt der hvor atferdsendring er ønskelig, og er ment å oppmuntre individer til selv å løse utfordringer i eget liv. MI kan bli definert som: ... *en klientsentrert rådgivning der en i samarbeid mellom klient og rådgiver stimulerer til positiv endring gjennom å lokke frem og forsterke personens egen motivasjon* (Ivarsson 2010:9). MI setter store krav til fagutøveren, som for å kunne fremme individets autonomi må være lyttende, respektfull, forståelsesfull og interessert, uten å overtale eller pålegge egne meninger på individet. En av de viktigste komponentene i MI er fokuset på å bekrefte personen. Det handler om å bekrefte personens kompetanse, styrke og anstrengelser. Det er viktig ikke å påskynde prosessen for de som trenger en livsstilsendring, men i det tempoet som individet selv ønsker. Det er ofte ambivalens knyttet til det å endre atferd, og dette er noe som MI ønsker at individet skal nøste opp i. Finner individet ut hva som ligger til grunn, er det lettere å kunne velge en positiv retning. Det er først når en beslutning er tatt at det kan begynne å tenke på hvordan individet skal nå dette målet. Det gjøres ved å sette seg mål og utvikle en handlingsplan (Ivarsson 2010).

Deci (personlig meddelelse 2012) ser på motiverende intervju (MI) som selvbestemmelsesteoriens praksis, noe som understøttes av Patrick og Williams (2012), som ser nærmere på hva som skiller og forener de. Begge har den samme grunnholdningen om at mennesket er søkende etter vekst, velvære og helse (Patrick & Williams 2012).

MI har i likhet med SDT som mål at fagpersonen skal være en aktiv lytter. MI tar ingen side ved ambivalens rundt livsstilsendring, og forsøker heller ikke å overtale individer til å ta det mest helsefremmende valget, hvorav SDT ønsker å fremme det sunneste valget ved som nevnt å gi nyttig informasjon. Dette er derimot en liten distinksjon, da SDT fremhever at kontrollen skal være minimal, og ved at både MI og SDT ønsker å styrke individets iboende styrke til å kunne klare å gjennomføre endringer. Begge ser på sosial støtte og bemyndigelse som viktige faktorer, og ønsker å lede individet til selvinnsikt i egne motivasjonelle faktorer.

Konklusjonen til Patrick og Williams (2012) er at SDT og MI sammen kan frembringe effektive intervensjoner hvor livskvaliteten til den enkelte forbedres.

Helsedirektoratet (2012) har utviklet en veileder over hvordan frisklivssamtalen ved FLS best bør bli gjennomført, basert på MI. Her skal brukeren sette opp ønskede og oppnåelige mål i samsvar med en veileder. Ut fra disse målene settes det opp en plan for hvordan de målene

kan bli nådd. Motivasjon, mestring og brukerens egne tanker og følelser om egen livssituasjon er i fokus. Her blir livsstilsendring sett på som en omfattende prosess som tar tid og hvor man må gjennom ulike faser. Dette blir illustrert ved Prochaska og DiClementes (1994) endringshjul. Denne viser at det ikke er en strak vei fra start til mål, men en sirkulær endring som ofte vil kreve flere runder før målet om varig livsstilsendring kan bli nådd. For å nå dette målet er det viktig at veilederen klarer å se hvor personen befinner seg på endringshjulet, og tilpasse sin rolle etter dette. De ulike stadiene er føroverveielse, overveielse, forberedelse, handling og vedlikehold. I starten er ofte mennesker lite innstilt på endring, og hvor de positive effektene av egen atferd oppleves som større enn de negative. Deretter gjenkjenner individet hva de negative konsekvensene ved atferden er, men er fortsatt usikker på hvor store disse konsekvensene er, og føler ambivalens til hvorvidt endring bør gjennomføres. Deretter tar individet en beslutning om at endring trengs og gjør små forsøk på å få til endring, hvor de deretter blir iverksatt og blir synlige for individet. Det er dermed ikke sagt at varig endring er oppnådd. Det kan fortsatt oppleves som ambivalent og vanskelig å holdes ved like. Neste fase kan derfor bli tilbakefall, hvor individet returnerer til tidligere atferd. Det er her viktig for veileder å forsikre om at dette er naturlig, og å gi støtte og stille spørsmål (Prochaska & DiClementes 1994).

En av de mest sentrale aspektene vedrørende livsstil er fysisk aktivitet, og siden dette også er et hovedmoment på mange FLS er det i denne oppgaven valgt å se nærmere på denne aktiviteten.

Fysisk aktivitet

Fysisk aktivitet blir bredt definert som [...] *all kroppslig bevegelse produsert av skjelettmuskulatur som resulterer i en vesentlig økning av energiforbruket utover hvilenivå* (HOD 2005:7).

Fysisk aktivitet kan gi en rekke gunstige helsefordeler, deriblant å være avkoblende og sosialt, gi bedre søvn, hjerte- og lungekapasitet og mage- tarmfunksjon. Videre kan fysisk aktivitet redusere risiko for å få ulike sykdommer, som hjerte- karsykdommer, kreft, høyt blodtrykk, slitasjegikt og benskjørhet (HOD 2005).

Mange studier viser en høyere risiko for dødelighet hvis man er fysisk inaktiv. Selv den minste forbedring i fysisk aktivitet har positiv effekt, hvor de mest trente har minst fare for tidlig død (Warburton, Nicol & Bredin 2006). Regelmessig fysisk aktivitet er også assosiert med forbedret psykisk velvære gjennom å redusere stress, angst og depresjon (Warburton, Nicol & Bredin 2006). Det har også en positiv effekt ved fedme og diabetes type 2 (Warburton, Nicol & Bredin 2006), fordi kroppens bruk og lagring av energigivende næringsstoffer påvirkes av fysisk aktivitet (Melanson et al. 2007). Blant annet ved å øke kroppens evne til å håndtere karbohydrater (Borer et al. 2009).

De norske anbefalingene for fysisk aktivitet for voksne er 30 minutter hver dag, i enten moderat eller høy intensitet. Moderat intensitet er det samme som rask gange, og kan deles opp i kortere økter hver dag, for eksempel av ti minutters varighet (HOD 2005).

Kun én av fem voksne er minimum i aktivitet i 30 minutter eller mer per dag, og de ti prosent mest aktive er fire ganger mer i aktivitet enn de ti prosent som er minst aktive (Helsedirektoratet 2009). Det kan være mange årsaker til hvorfor man ikke imøtekommer de norske anbefalingene, hvorav motivasjonelle faktorer spiller en nøkkelrolle.

2.5. Tidligere forskning

Det finnes svært lite forskning og evalueringer av FLS i Norge, og det som finnes er i stor grad gjort på lignende enkelttilbud som for eksempel trening på resept.

På bakgrunn av at FLS veileder skulle revideres i 2012, bestilte Helsedirektoratet en systematisk oppsummering av kunnskapsgrunnlaget for FLS tilbud fra Kunnskapssenteret (Denison et al. 2012). Rapporten indikerte at brukerne hadde økt fysisk aktivitet tre måneder etter avsluttet reseptperiode, og påpekte at egenadministrert trening med oppfølging muligens kunne føre til en økning av fysisk aktivitet sammenlignet med kun rådgivning, og muligens en økning av antall minutter per uke med fysisk aktivitet ni måneder etter reseptperioden sammenlignet med ingen behandling. Rapporten manglet dokumentasjon for å kunne si noe om langtidseffektene av alle tilbudene til FLS, og etterlyste mer standardisering av utfall og metoder for å måle fysisk aktivitet (Denison et al. 2012).

I en undersøkelse av Oldervoll og Lillefjell (2011) i regi av Senter for helsefremmende forskning ble det sett på tilgjengelig informasjon over etablerte FLS i Norge. Disse ble

deretter undersøkt nærmere for å finne ut hva som er beste praksis for øyeblikket vedørende organisering og innholdet i en FLS (Oldervoll & Lillefjell 2011).

Resultatene fra denne undersøkelsen peker på at det i arbeid med frisklivsresepten i Norge er viktig med et tett samspill mellom regionalt og lokalt nivå. Det er blant annet viktig med forankring lokalt, spesielt hos kommunelege, da vedkommende har en sentral rolle i å få de andre legene med på ordningen (Oldervoll & Lillefjell 2011).

Det ble også utført en evaluering av fysisk aktivitet på resept i Nordland og Buskerud fylkeskommune. Denne viste også at det trengs et nærmere samarbeid med legene for å nå ut til flere av de som trenger behandlingen aller mest, og for i større grad å kunne se sammenhenger mellom de fysiske og de mer medisinske målene. Deriblant styrke og utholdenhet, og blodtrykk og kolesterol (Helgerud & Eithun 2010).

Fylkene Troms, Oppland, Buskerud, Vest- Agder og Nordland har i samarbeid skrevet en rapport om videreutvikling av tilbud som fulgte Grønn resept, hvor alle hadde alle lignende tilbud og modell som FLS i Moss (Engedahl et al. 2008). Rapporten stilte seg undrende til hvorvidt frivillige lag og foreninger hadde et godt nok kvalitetssikret lavterskeltilbud med gode aktivitetsledere for målgruppene. Svakheten viste seg der hvor brukeren ikke mestret eller fant seg til rette i det aktivitetstilbudet som fantes i kommunen. Rapporten påpekte at lokale lag og foreninger burde være en del av aktivitetstilbudet, men hvor forankringen, det administrative og samtalene burde legges hos for eksempel en FLS, hvor kompetanse ville være tilstede. Dette for å sikre riktig dimensjonering av tiltak ut fra den enkelte brukers behov og ståsted. Videre så rapporten behov for oppfølgingstiltak for pasienter etter behandling i spesialisthelsetjenesten med kommersielle aktører innen trening og kostveiledning om oppfølgingstiltak for målgrupper med betalingsevne. Dette mente de ville åpne opp for en differensiering av de ulike brukerne av tilbudet, da noen brukere har behov for gruppebasert/individuell trening og veiledning over tid før de eventuelt kan delta i aktivitetstilbud i regi av lag og foreninger eller drive egenorganisert aktivitet. For andre vil det være riktig å gå direkte til eksisterende tilbud i frivillig eller kommersiell sektor etter helsesamtalen. Tilsvarende differensiering kan gjelde for tilbud om kostveiledning eller røykeslutt. Det ”riktige trinn på trappen” blir da diskutert, vurdert og tilrådet i helsesamtalen ut fra den enkelte brukers forutsetning og motivasjon (Engedahl et al. 2008).

Engedahl et al. (2008) viste at mange av brukerne var positive da de fikk tilbud om fysisk aktivitet på resept, og var også fornøyd med tilbudet de fikk. Cirka 70 prosent gjennomførte

hele eller store deler av opplegget, og flere av de som ikke gjennomførte kom tilbake i løpet av seks-tolv måneder med en ny resept. Dette kan vise at det for noen er nødvendig med mer enn ett forsøk for å lykkes med å endre levevaner. De som gjennomførte reseptperioden trivdes godt med aktiviteten, og viste til god effekt av treningen. Både fysisk form og selvpoplevd helse ble forbedret i løpet av perioden (Engedahl et al. 2008).

Mange av brukerne syntes det var vanskelig å finne seg andre lignende tilbud etter reseptperioden (Engedahl et al. 2008). Å få FLS til å være et «trappetrinn» for brukerne kan derfor være vanskelig, og det er en fare for at de positive aspektene som brukerne opplever ender ved reseptens slutt. På bakgrunn av denne utfordringen mente Engedahl et al. (2008) at det er viktig å utvikle gode rutiner for oppfølging av reseptdeltakerne etter tre måneders reseptperiode, og hvor en oppfølgingsperiode på seks-ni måneder etter reseptperioden antakeligvis vil hjelpe flere til å holde fast på endringene. FLS i Drammen har blant annet etablert fast ordning med besøk til aktuelle lag og foreninger i reseptperioden for å hjelpe brukere videre etter gjennomført tolv-ukers treningsperiode (Engedahl et al. 2008).

De aller fleste opplevde motstand med å få legene til å bruke resepten (Engedahl et al. 2008). Det ble brukt mye tid på påminnelser og informasjon for at legen skulle ”huske” resepten, noe mange av koordinatorene opplevde som frustrerende. Engedahl et al (2008) mener at leger ikke burde få egen takst for å ta opp spørsmål knyttet til livsstil, da dette kan innpasses i eksisterende takst for tidsbruk. Denne taksten burde heller gå til mottakssentralene, da det ville bety et inntjeningspotensial for sentralene som gjør at det ikke utelukkende er ”kommunen som betaler og staten sparer”. I tillegg burde ytterligere finansiering komme over statsbudsjettet, og kommunene burde stimuleres til å inngå avtale med frivillige lag og foreninger om treningskontakttimer mot en avtalt sum. Dette mener Engedahl et al. (2008) kan stimulere etablering av lavterskeltilbud og styrke mulighetene for å støtte personer med behov for spesielt tett oppfølging i aktivitet. Lag og foreninger kunne også støttes på etablering av nye gruppebaserte lavterskeltilbud, og at kompetansetiltak, informasjonsarbeid og lokale utviklingstiltak burde støttes med fylkeskommunale og statlige midler etter søknad (Engedahl et al. 2008).

Rapporten anbefalte at det skulle være minimum én helsesamtale ved oppstart og avslutning av en reseptperiode, rapport til henvisende instans, aktivitetsveiledning, gruppebasert trening, kurstilbud for røykeslutt og bedre kosthold, og definerte oppfølgingstiltak ut over 12-ukersperioden. Valg av lavterskeltilbud i etterkant av helsesamtalen skulle styres av brukerens

interesser og behov. Det anbefaltes å utforme en anbefaling for oppfølgingstiltak etter gjennomført reseptperiode for å styrke brukernes mulighet for å holde fast på sine endringer i levevaner. Det ble påpekt at det er viktig at sentraler er lett tilgjengelig, godt synlig og gjerne lokalisert i tilknytning til eller i nærheten av legekantor, NAV eller apotek (Engedahl et al. 2008).

En spørreundersøkelse gjennomført av legeforeningens forskningsinstitutt i ledelse av Bringedal & Aasland (2005) viste at leger var svært skeptiske til Grønn resept, da de mente at de allerede gav denne hjelpen til sine pasienter. Ordningen ble oppfattet som et skjemavelde, unødig byråkratisering, og en politisk markering. I tillegg anså de ordningen som for enkel vedrørende de sammensatte utfordringene som den tiltenkte brukergruppen opplevde rundt kosthold, fedme, fysisk aktivitet og andre livsstilsforhold. Dette mente de resulterte i at ordningen traff feil brukergruppe. Legene ønsket at det skulle brukes ressurser på dem, slik at de selv kunne bedre ivareta denne brukergruppen på det de anså som en egnet måte (Bringedal & Aasland 2005).

I Sverige og Danmark har flere doktorgradsavhandlinger og studier de siste fem årene vist at deltakelse i "trening på resept" førte til at pasienter økte sitt aktivitetsnivå, fikk bedre fysisk form, hvor oppfølging etter seks og tolv måneder viste de samme resultatene (SBU 2006, Sørensen et al. 2006).

En engelsk studie har sett nærmere på hva som hindret og hva som muliggjorde deltagelse i organisert fysisk aktivitet for mennesker bosatt i et lavinntekstområde (Whithall et al. 2011). Undersøkelsen viste en høy bevissthet rundt fordelene ved å være fysisk aktiv, uten at dette ble assosiert med deltagelse. Lav mestringsforventning var en av barrierene som ble nevnt, sammen med frykt for å møte opp alene. Sosial støtte, både fra trener, venner og profesjonelle var viktige bidragsyttere til at man møtte opp. Det ble rapportert barrierer som manglende barnevakt, inntekt og mangel på tid, mens moro, fornøyelse og sosialisering ble sett på som sterke muliggjørere (Whithall et al. 2011).

Aerobic og spinningstimer var treningstimer som ble assosiert som lite sosialt og gøy, i motsetning til dansetimer og sportstimer/ idrettstimer, såkalte konkurranseorienterte aktiviteter. Hva slags aktiviteter man gir tilbud om har altså en påvirkning på følelsen av artighet (Whithall et al. 2011) og på den indre motivasjonen (Deci & Ryan 2000), og således på fremmøte (Whithall et al. 2011). Oldervoll og Lillefjell (2011) fant også at opplevelsen av å ha det artig under trening så ut til å være av betydning for om det fortsettes med fysisk

aktivitet på sikt, men at det trengs mer forskning over langtidseffekten (Oldervoll & Lillefjell 2011). Det ble antatt å være viktig med individuell tilpasning og at den fysiske treningen er tilpasset folks hverdag hvis det skulle bli en rutine (Oldervoll & Lillefjell 2011).

Det trengs ytterligere forskning på FLS for å kartlegge hvem som benytter tilbudet, hvem som faller fra, og om det er bestemte grupper eller personer som velger å ikke ta det i bruk.

Likeledes er det et behov for mer kunnskap om hvordan ulike aktører og deltakere opplever tilbudet på FLS. Det har tradisjonelt vært prioritert å måle effekt (outcome) på fysisk form og fysisk aktivitetsnivå, og lite på å måle individets evne til mestring og deltakelse i arbeidslivet eller samfunnslivet. En sentral og viktig utfordring er hvordan øke aktiviteten i hverdagen. En annen utfordring er hvordan få folk til å fortsette med egenaktivitet etter at de er ferdig med reseptperioden (Oldervoll & Lillefjell 2011).

Jeg har valgt å se nærmere på FLS i Moss kommune fordi folkehelserådgiveren og frisklivskoordinatoren i kommunen ønsket å få noen eksterne til å se nærmere på deres arbeid og på hvor eventuelle forbedringspotensialer lå.

Det er relevant å se nærmere hva som er Moss kommune sine helseutfordringer, og å tegne et overordnet bilde av FLS. I neste avsnitt blir disse aspektene redegjort for, i tillegg til å se nærmere på hvilke andre tilbud som eksisterer i kommunen, og som kunne fungere som neste trappetrinn for FLS brukere.

2.6. Om Moss kommune

I Moss kommune er det flere mennesker som har grunnskole som høyeste utdanning og flere husholdninger med lav inntekt enn ellers i landet. I tillegg er andelen arbeidsledige og uføretrygdete under 45 år høyere enn landsgjennomsnittet. Utdanning og inntekt er indikatorer på sosioøkonomisk status, og viser til at Moss kommune mest sannsynlig støter på en del helseutfordringer forbundet med sosiale ulikheter (Folkehelseinstituttet 2012). Særlig de siste ti årene har helseforskjellene økt i Moss, både vedrørende fysisk og psykisk helse, både hos barn og voksne. Hjerte- og karsykdom ser ut til å være mer utbredt enn ellers i landet, vurdert etter antall pasienter behandlet på sykehus (Folkehelseinstituttet 2012). KOLS og astma hos voksne har også høyere forekomst enn ellers i landet, basert på bruk av legemidler i alderen 45 til 74 år. Statistikk rundt overvektige er mangelfull, mens utbredelsen

av type 2 diabetes, målt ved bruk av legemidler, ser ut til å være høyere enn ellers i landet i alderen 30 til 74 år. Dette er derimot statistikk som kan ha konfunderende variabler, deriblant at forskrivningspraksis kan variere mellom kommuner, og at et legemiddel ofte brukes mot flere ulike sykdommer. Dataene kan derimot si noe indirekte om forekomsten av livsstilssykdommer og om utbredelsen (Folkehelseinstituttet 2012).

2.6.1. Om Frisklivssentralen i Moss

Målgruppen for FLS i Moss var personer og grupper med økt risiko for sykdom, eller som allerede hadde utviklet sykdommer og lidelser og som derfor kunne ha helsemessig nytte av økt fysisk aktivitet, endret kosthold eller røykeslutt (Moss kommune 2012).

Folkehelserådgiveren i Moss kommune fikk ansvaret for FLS, og fulgte opp dette arbeidet til det ble ansatt en frisklivskoordinator i hel stilling fra 27. februar 2012. 1. april 2012 ble det også ansatt en frisklivsmedarbeider i 40 prosent stilling i prosjektperioden, som hadde varighet ut året. Både frisklivskoordinatoren og frisklivsmedarbeideren er fysioterapeuter med røykesluttkurs fra A- hus, mens frisklivsmedarbeideren også har tilleggsutdanning i form av kostholdsveiledning og coachutdanning for å veilede type 2 diabetikere. De blir for enkelthets skyld karakterisert som koordinatører der hvor det henvises til dem begge.

FLS åpnet for både helsesamtaler og treningstilbud 1. mai 2012, mens temasamlinger, kostholdskurs og røykesluttkurs startet i september. Bystyret i Moss vedtok 10. desember 2012 å avvikle Frisklivssentralen i Moss innen 1.juni 2013. Det ble startet en nedtrappingsplan frem til avviklingsdato, som ble planlagt å være 22.mars 2013 (Ståhl personlig meddelelse 2013).

I neste avsnitt vil det kort bli sett nærmere på de andre tilbudene i Moss kommune som anses som mest relevante for brukerne å benytte seg av, og som kunne fungere som neste trappetrinn etter FLS.

2.6.2. Andre tilbud i Moss kommune

Aktiv på dagtid

Aktiv på dagtid er et tilbud om ulike treningsaktiviteter for de mellom 18 og 67 år som står helt eller delvis utenfor arbeidslivet, og som mottar sykepenges eller andre ytelser fra NAV. I Moss benytter de seg av Mossehallen og «Ditt Treningscenter». Medlemmene kan velge mellom å benytte seg av utstyret på treningscenteret, svømming, eller av ulike gruppebaserte øvelser som zumba, sirkeltrening, pilates og yoga. For å bli medlem er det nok å møte opp på en aktivitet og henvende seg til instruktøren for å få registreringsskjema med blanket. Det må fremvises kvittering og bevis på at man mottar en trygdeytelse før man benytter seg av tilbudet (Norges Idrettsforbund 2012). For de som mottar sykepenges koster det 800 kr for et kalenderår å benytte seg av tilbudet, mens det for andre ytelser koster kroner 400. Å være medlem i en termin er halve prisen (Norges Idrettsforbund 2013).

Tjukkasgjengen

«Tjukkasgjengen» er et frivillig tilbud for de som ønsker en sosial og gratis gåtur. Konseptet startet i Moss 2.januar 2012, og det er nå cirka 100 mennesker hver dag som går med Tjukkasgjengen på en av de fire avdelingene i Moss. Rundene er på enten tre, fem, sju eller ti kilometer, hvor de fleste tar den på fem kilometer. Turene har frem til nylig foregått på kveldstid rundt kl. sju, men nå er tilbudet utvidet til også å gjelde de som har mulighet på dagtid rundt kl. ett. Dette for at flest mulig skal ha mulighet til å benytte seg av tilbudet. Det er åtte som sitter i hovedstyret, med sete i Moss (Ellefsen personlig meddelelse 2013).

Grunderen av Tjukkasgjengen, Jan Ellefsen, mener at det er tre årsaker til at folk benytter seg av tilbudet: Det er gratis, det er sosialt, og fordi mange ikke føler at de hører hjemme på et treningsstudio: *Der er det bare perfekte mennesker* (Ellefsen personlig meddelelse 2013). Det er derimot flere som har kommet i bedre form av å ha vært medlem av Tjukkasgjengen, og som derfor har blitt medlem av treningsstudio. Når de kommer som ny hos Tjukkasgjengen får de en vest som viser at de er nye medlemmer, og får hjelp til å finne en passende rute (Ellefsen personlig meddelelse 2013).

Alt av penger og av arbeidstimer skjer på frivillig basis og ved dugnader. De har mottatt noen private midler fra sponsorer, men det er kostnadskrevenne å drive Tjukkasgjengen. Bare i vester har de hatt et forbruk på over en halv million kroner. Det er søkt om statlige og kommunale midler, men har ikke mottatt tilskudd. Det legges ned mange timer per dag mellom de åtte styremedlemmene og blant de andre ildsjelene. For Ellefsen er det snakk om 4-5 timer hver dag. Han føler forpliktelse til å fortsette på grunn av alle tilbakemeldingene han får om at dette er av betydning for mange mennesker, både vedrørende det å komme i aktivitet og det å få noen å være sosial med. I tillegg er det fortsatt mer gøy enn det er slitsomt, men han håper på å få noen til å føre stafettpinnen videre til (Ellefsen personlig meddelelse 2013).

Frivilligsentralen

Moss og Omegn Kvinneråd er juridisk eier og ansvarlig for driften av Moss Frivilligsentral (Moss Frivilligsentral 2013). De driver også Velferdssentralen, Home-Start Familiekontakten og «Hverdagsliv for eldre». Velferdssentralen er et aktivitetssenter for eldre, mens Hverdagsliv for eldre er et tiltak rettet mot de eldste eldre (Sørenssen personlig meddelelse 2013).

Frivilligsentralen formidler kontakt mellom frivillige og de som vil ha kontakt med frivillige. Frivilligsentralen driver ikke aktiviteter som likner på Frisklivssentralens aktiviteter, men mener at det kunne være aktuelt for brukere av Frisklivssentralen å delta på frivilligsentralen etter endt frisklivsresept. De har tilbud om møteplasser, deriblant strikkekafe, vennskapsklubb, turvenner, sangkor og ulike selvhjelpsgrupper (Sørenssen personlig meddelelse 2013). De ønsker å formidle kontakt mellom frivillige og brukere, være en arena for selvhjelpsgrupper og frivillig aktivitet, og å være en åpen og inkluderende sosial møteplass (Moss Frivilligsentral 2013). De mottar både statlig og kommunal støtte (Sørenssen personlig meddelelse 2013).

3. Problemstilling

Hovedmålet med denne studien var å følge prosessen rundt oppstart og drift av FLS i Moss, og å få mer innsikt i hvordan brukerne opplevde tilbudet de fikk om fysisk aktivitet. Videre var det et mål å kartlegge ulike aktører i forvaltningen, politikken og i helsevesenet som var knyttet til FLS og beslutninger rundt denne. I løpet av prosjektperioden ble det vedtatt å utvikle FLS, noe som gjorde det aktuelt å se på hva slags tanker brukerne og de ulike aktørene hadde om denne beslutningen.

Problemstillingene for oppgaven:

- Beskrive kommunens prosess omkring etablering, drift og nedleggelse av FLS i Moss.
- Hvilke opplevelser og tanker har brukerne av FLS i Moss omkring livsstilsendringer før og etter tilbudet på FLS?
- Hvilke kunnskaper, oppfatninger og holdninger har de ulike aktørene i Moss kommune om FLS og livsstilsendringer?
- Hvilke tanker har brukerne og de ulike aktørene omkring nedleggelse av FLS i Moss?

4. Metode

4.1. Design

Prosessten

For å sette meg inn i hvordan prosessen rundt oppstarten til FLS hadde gått til, hadde jeg møter med de som hadde ansvaret for gjennomføringen. Først folkehelse­rådgiveren i Moss kommune, og deretter koordinatorene. Jeg var til stede under et møte som prosjektgruppa hadde, for å få et innblikk i hvordan disse møtene fungerte, og ved et åpent informasjonsmøte 13. mars 2012. I tillegg holdt jeg meg oppdatert over hva slags informasjon som ble offentliggjort på Moss kommune sine nettsider. Folkehelse­rådgiveren og frisklivs­koordinatoren sendte meg informasjon i form av rapporter, prosjektdirektiv, og det de anså som relevant informasjon fra Helsedirektoratet. Dette gav en god indikator på hva de vektla i sitt arbeid og hvordan driften var. All informasjon jeg mottok gav et verdifullt innblikk prosessen og driften til FLS. Både hvordan de rent praktisk arbeidet for å få gjennom

en FLS, hva som var i fokus, og folkehelse­rådgiveren og koordinatorenes refleksjoner over eget arbeidet. De har sett gjennom de relevante delene av oppgaven, slik at jeg ikke har misforstått noe av prosessen og således gitt et feil bilde av arbeidet deres. Verken folkehelse­rådgiveren eller frisklivs­koordinatoren var med på å ta avgjørelsen om å legge ned FLS. Jeg mottok derfor informasjon om bakgrunnen for nedleggelse og arbeid mot denne avgjørelsen fra lederen for helse- og sosialutvalget i kommunen.

Brukerne og aktørene

En kvalitativ tilnærming er blitt valgt fordi formålet med denne studien er å få frem menneskers egne erfaringer, tanker og følelser rundt temaet FLS i Moss. Ved et kvalitativt forskningsintervju er det viktig å forholde seg til den intervjuedes livsverden og hvordan individet selv ser på hans eller hennes virkelighet. Dette står i motsetning til kvantitativ metode og forskning, hvor ofte kvantifisering og generalisering er målet. Det er informantens virkelighet som intervjueren streber etter å få tak i, ved å fortolke og registrere det som blir sagt, og hvordan det blir sagt (Johannessen et al. 2006). Det er derimot i kvalitativ forskning viktig å være klar over at all data i større eller mindre grad blir skapt av forskeren og av hans eller hennes forståelse av samfunnet (Thagaard 2003). På bakgrunn av at det er to sett av ulike informanter som er blitt intervjuet, velger jeg å skrive «brukerne» der det henvises til brukerne av FLS, mens det vil bli valgt «aktører» der hvor det henvises til de ulike aktørene i Moss kommune. Både aktørene og brukerne ble valgt fordi de var sentrale ved FLS i Moss; et såkalt strategisk utvalg (Johannessen et al. 2006).

4.2. Rekruttering

4.2.1. Rekruttering av brukerne

Brukerne var etnisk norske kvinner og menn i en alder fra 40 og til 60, hvor tre av de fire informantene var i 40- årene. Det var i denne aldersgruppen og i eldre aldersgrupper hvor det var potensielle informanter på bakgrunn av inklusjonskriteriene. Jeg valgte de som var yngst da det var disse det var mest ønskelig å få tak på fra FLS side, da de har færre tilbud i kommunen. Det var tre kvinner og én mann som ble intervjuet, hvor tre var utenfor

arbeidslivet. Brukerne var ferdige eller på vei til å avslutte reseptperioden, og alle hadde som minimum fulgt aktivitetstilbudet. Presentasjon av brukerne vil ikke bli utført mer inngående, da dette kan gjøre de identifiserbare og kan true konfidensialiteten. Brukerne ble anonymisert og blir benevnt med bokstavene A-D i resultatene.

Rekrutteringen ble utført ved at frisklivskoordinatoren informerte enten personlig eller via e-post. De mottok en skriftlig forespørsel om å være med, hvor forklaring av studien, personvern og frivillig deltakelse ble gjennomgått. (Se vedlegg 1.) De som var interessert tok kontakt med frisklivskoordinator, som gav meg nummeret deres og hvor jeg kontaktet dem for å avtale passende tid og sted.

4.2.2. Rekruttering av aktørene

Aktørene var etnisk norske kvinner og menn, og hadde alle en aktuell stilling i kommunen. Dette ble ansett som å være enten som en del av forvaltningen, i politikken eller i helsevesenet, og som var knyttet til FLS på ulike måter. De ble alle kontaktet av meg over telefon, hvor jeg forklarte hva formålet med studien var, og hvorvidt de ville være interesserte i å svare på noen spørsmål i den forbindelse. Alle de spurte svarte ja på forespørselen, og vi avtalte passende tid og sted.

To sentrale Høyrepolitikere og en sentral SV- politiker i Moss ble intervjuet. Begge Høyrepolitikerne satt i bystyret og stemte for opprettelsen av FLS i Moss, men gikk allikevel imot rådmannens budsjettforslag for videre drift av FLS da nedleggelse ble bestemt i budsjettmøtet. Den ene Høyrepolitikeren er leder i helse- og sosialutvalget i Moss kommune, mens den andre er gruppeleder for Høyres gruppe i bystyret i Moss og leder av organisasjonsutvalget. I tillegg sitter hun i formannskapet og er koordinator med partiene som sitter i posisjon. SV- politikeren er gruppeleder i fylkestinget og Moss kommune for SV. De administrative aktørene fra Moss kommune som ble intervjuet var rådmannen, kommunalsjefen for helse- og sosialavdelingen, en kommunelege, folkehelserådgiveren, en fastlege, en representant fra forebyggende enhet og de to koordinatorene på FLS i Moss.

4.3. Intervjuguide

4.3.1. Utforming av intervjuguide

Jeg hadde utformet en intervjuguide forut for intervjuene, slik at det skulle være noe konkret å forholde seg til, og for å bli minnet om de spørsmålene som det var ønskelig å få svar på. Det ble forsøkt å ikke ha en for detaljert intervjuguide eller å følge den slavisk, da dette ifølge Malterud (2011) kan føre til at man er mindre lydhør for nye aspekter og refleksjoner som kan komme frem i intervjuet. En fallgrube er å lede informanten ut fra sin egen forforståelse, istedenfor å være oppmerksom rundt informantens virkelighet og oppfatninger. Her tar Kvale og Brinkmann (2009) opp ledende spørsmål, som bør unngås så lenge en ikke tar utgangspunkt i informantenes fortellinger. Det ble valgt et delvis strukturert intervju, hvor rekkefølgen på spørsmålene ble bestemt av hvilke svar informantene gav, noe Thagaard (2003) poengterer betydningen av å være oppmerksom på, i tillegg til det å få alle spørsmålene sine besvart.

Hensikten med intervjuene var å få reflekterte svar fra informantene. Det er da ifølge Thagaard (2002) viktig å utforme spørsmålene på en slik måte at man får fyldige svar, og unngå å stille abstrakte og generelle spørsmål. Ved et godt intervju spør intervjueren om konkrete meninger og erfaringer, samtidig som spørsmålene er såpass åpne til at informantene kan snakke fritt rundt dem. Rekkefølgen på spørsmålene trekker Thagaard (2002) frem som betydningsfullt for hvor fortrolige informantene blir. Jeg startet derfor med nøytrale og enkle spørsmål blant brukerne, som alder og type opplegg de hadde fulgt på FLS. (Se vedlegg 2.) Hos aktørene startet jeg med stillingsbeskrivelse og hva slags profesjonelt forhold de hadde til Frisklivssentralen i Moss. (Se vedlegg 3.) Deretter gikk jeg over til mer emosjonelt ladede emner. Ved aktørenes intervjuguide ser jeg i ettertid at jeg burde ha ventet lenger med «hva vet du»- spørsmålene, eventuelt ha nedtonet formuleringen. Dette fordi det kan ha ført til at aktørene følte seg ukomfortable og at de følte jeg skulle sjekke deres kunnskapsnivå. Jeg lot meg lede for mye av aktørenes offentlige stillinger, og stilte de spørsmål mer ut ifra dette og mindre ut ifra at dette er en forskningsrapport og ikke en journalistisk tekst. Jeg vet ikke om dette påvirket resultatet eller aktørenes følelser rundt intervjuet, men det kan ha gjort det. Emnene ble mindre ladede ved de avsluttende spørsmålene, hvor det igjen ble stilt mer

generelle spørsmål blant brukerne (Thagaard 2002). Også her ser jeg i ettertid at jeg lot meg lede av aktørenes stilling, og kan derfor ha stilt ubehagelige spørsmål som er mer å forvente av en undersøkende journalist enn av en forsker.

4.4. Prosedyre intervju

Jeg valgte å gjøre intervjuene med brukerne på FLS lokaler på Peer Gynt senteret, fordi alle brukerne har erfaringer med dette stedet. Det kom også frem i intervjuene at dette var positive erfaringer, da det var der de hadde hatt det første møtet med koordinatorene. Dette gav intervjuene en trygg plattform. Brukerne ble tilbudt kaffe, te, mineralholdig vann og klementiner, da Widerberg (2011) påpeker at det å ha noe å tilby informantene kan ha betydning for hva informantene gir tilbake. Med unntak av én politiker, som ønsket å ha intervjuet på en kafé i Moss, ble alle intervjuene av de ulike aktørene utført på deres arbeidssted. Disse var Moss Rådhus, et fastlegekontor og lokalene til forebyggende enhet. Dette har både positive og negative sider. Jeg fikk se aktørene i deres rette element, i tillegg til at de kunne snike inn intervjuet mellom andre ting i en hektisk hverdag. Samtidig gjorde dette så de ofte var stresset og måtte raskt videre, og at jeg ikke var i en posisjon til å kunne tilby de noe.

Alle intervjuene ble tatt opp på bånd, og det ble tatt fortløpende notater om andre ting som skjedde under intervjuet og som ikke lett fremgår av lydopptak, noe Kvale og Brinkmann (2009) anbefaler. For at verken informantene eller jeg skulle miste fokus på samtalen og på hva som ble sagt (Fog 2005), valgte jeg å skrive minst mulig under intervjuene.

Før hvert intervju og før lydbåndet ble startet hadde jeg en prat med informantene, hvor jeg spurte om de lurte på noe før vi begynte, og hvor jeg forklarte brukerne om taushetsplikten min. Alle informantene ble forklart bakgrunnen for lydbåndet, og om de syntes det var greit at intervjuene ble tatt opp. Jeg informerte alle informantene om at det var ønskelig med en samtale om hvordan de følte at intervjuet hadde forløpt etter at vi var ferdige med intervjuet og etter at lydbåndet var avslått, og hvorvidt det var kommet nye spørsmål i løpet av intervjuet. De fleste av brukerne ønsket å snakke videre også etter at det formelle intervjuet var ferdig, noe jeg tok meg tid til. Det kom ikke frem noe som kunne gi nytt lys til problemstillingen, men jeg følte at det gjorde informantene godt å få avslutte på en uformell

måte. Dialogen var mer likestilt, da det ikke var jeg som kom med spørsmålene og hvor det var de som svarte, og jeg kunne også tillatte å vise mer av meg selv, og således gi mer tilbake.

Under intervjuet gav jeg tilbakemeldinger på svarene de gav ved å nikke eller smile forsiktig, for å vise empati. Jeg gjorde dette der det følte naturlig, men var nøye med ikke å overdrive eller å vise mer eller mindre ved noen svar, da det kan gi inntrykk av at jeg «godtar» eller er mer forståelsesfull overfor noen svar enn over andre. Dette kan føre til at de forfølger de følelser og tanker de tror jeg setter pris på mer enn deres egne. Hvis informantene er pågående og aktive under intervjuet er det ifølge Thagaard (2003) et tegn på at de har en selvstendig posisjon, noe jeg følte at både brukerne og aktørene hadde.

4.5. Transkribering

Problemstillingen og de ulike informantene i denne studien muliggjorde to ulike analysemetoder ut ifra hva slags innsyn og perspektiv som var ønskelig. Prosedyren som blir valgt skal være egnet til å få frem det som skal studeres og til å gi nye beskrivelser, som forhåpentligvis vil føre til ny innsikt (Malterud 2011). Jeg valgte derfor å transkribere intervjuene med brukerne, men bare skrive utfyllende sammendrag av intervjuene med de ulike aktørene. Dette fordi en intervjuutskrift gir større innsikt i informantene og deres virkelighet gjennom en mer omfattende metodisk gjennomgang av materialet. Et sammendrag derimot, kan gi et helhetsbilde og de store linjene (Widerberg 2011), noe som var ønskelig å få fra aktørenes uttalelser. Dette fordi det ville muliggjøre en sammenligning av de ulike aktørenes svar, for å se hvilke ulike tanker og holdninger som eksisterte. Det vil ikke bli brukt sitater fra aktørene, da dette ikke anses som relevant i denne sammenheng, noe Widerberg (2011) påpeker at ikke alltid bør bli tatt i bruk i en kvalitativ analyse for å kunne være empiri.

4.6. Analyse

4.6.1. Analyse av brukerne

Analysen av brukerne vil bli gjennomført i henhold til Giorgis fenomenologiske metode (Giorgi 1985), slik den er modifisert av Malterud (2011). Fenomenologi vil si menneskelig erfaring, hvor formålet ved analyse er å utvikle kunnskap om informantenes erfaringer og livsverden innenfor et bestemt felt. Intervjuene kodes etter visse kategorier eller temaer for å se om de samme utsagnene forekommer flere ganger, eller om det er forskjeller mellom aktørene. Mønstrene som man avdekker kan deretter bli satt sammen med allerede eksisterende teori og forskning. For å få til dette er det viktig å jobbe systematisk med det transkriberte materialet (Malterud 2011).

Giorgis fenomenologiske metode er en analysemetode som går over fire trinn der forskeren først får et helhetsinntrykk av datamaterialet ved gjennomlesning og ved å identifisere aktuelle hovedtema. Deretter klarlegges meningsdannende enheter i teksten, hvor disse danner grunnlag for databaserte kategorier. Til slutt anvendes disse kategoriene for å tydeliggjøre og sammenfatte materialet (Malterud 2011).

I første trinn handler det om å innta et fugleperspektiv, uten noen form for systematisering (Malterud 2011). Intensjonen var ikke å være kritisk, spørrende eller å kategorisere brukernes beretninger. Dette viste seg å være vanskelig, om ikke helt umulig, å utelukke helt. Da alle intervjuene var gjennomlest tre ganger ble de ulike temaene som kunne skimtes i svarene som informantene hadde gitt merket med ulike farger i teksten. Det viste seg at temaene nesten var identiske med intervju spørsmålene, noe som kan tyde på at jeg fulgte min egen forforståelse og ikke var åpen for nye mønstre i teksten (Malterud 2011). Intervjuene ble derfor lest gjennom på nytt for å se om analysen kunne bli løftet. Det kom tydeligere frem hvordan svarene kunne knyttes opp mot relevant teori, og hva som var essensen i svarene de gav; hva som virkelig ble sagt. Temaene ble deretter delt opp i *motivasjon, mestring, sosial støtte, barrierer og samfunnets holdninger*.

I neste trinn ble transkripsjonene gjennomgått for å identifisere de meningsbærende enhetene i informantenes uttalelser. Samtidig ble «muntlige ord» som *eh* og *liksom* tatt bort, da Malterud (2011) påpeker at å ta med seg slike ord i en analyse kan fordumme informantene og således også deres svar. Det er stor forskjell på det skrevne ord og den muntlige samtalen, og det kan

derfor gi et feil inntrykk av informantene hvis man ikke tar hensyn til dette. Dette blir også problematisert av Widerberg (2011) og av Kvale og Brinkmann (2009). Fjerning av muntlige ord gjorde også teksten «roligere», og selve essensen i hva som ble sagt kom tydeligere frem. Teksten ble jobbet systematisk med, linje for linje, for å sikre at alt av relevans ble med videre i analysen. Steder hvor jeg var i tvil tok jeg heller med for mye tekst enn for lite (Malterud 2011).

Mens arbeidet med å finne de meningsbærende enhetene i teksten gikk sin gang, ble det tydelig at det var behov for videre klassifisering av temaene. Jeg begynte å systematisere undertemaer til hovedtemaene jeg alt hadde, noe Malterud (2011) kaller for koding. De meningsbærende enhetene ble klippet ut fra teksten, og limt inn i et eget dokument. Hver meningsbærende enhet ble merket med hvilken bruker det var som hadde kommet med enheten, og hvilken side det var kommet fra i intervjuet, slik at det ville være lett å gå tilbake og finne det igjen. Dette for å kunne validere funnene på slutten av analysen, ved å se om den sammenhengen de meningsbærende enhetene først var en del av fortsatt var gyldig (Malterud 2011). Ved kodingen begynte analysen å bli komplisert, da blant annet temaet *Motivasjon* kunne deles inn i hvorvidt motivasjonen oppstod på FLS, tidligere eller etter. I tillegg ble det tydelig at flere av de meningsbærende enhetene kunne passe under flere temaer og koder, da de hadde ulike egenskaper i seg. Det er ikke noe i veien for at en og samme meningsbærende enhet kommer under flere koder og/ eller temaer, men jeg ble med en gang usikker på om dette var et tegn på at inndelingen ikke var presis nok, noe Malterud (2011) påpeker at kan være tilfellet. I analysens tredje trinn ble derfor både intervjuene og teoriene som var tatt i bruk lest over på nytt. Temaet barrierer var ikke presist nok, og de meningsbærende enhetene som egentlig handlet om noe annet ble klippet ut og plassert under riktig tema og kode. I tillegg ble kodene under temaet motivasjon forenklet, og temaet *samfunnets holdninger* ble endret til kun *holdninger*. Siden det viste seg at temaet *barrierer* var i stor grad satt sammen av mange av de andre temaene, ble dette temaet fjernet helt.

I trinn tre av analysen handler det om å se gjennom på nytt de meningsbærende enhetene, og å rekode de meningsbærende enhetene ved behov (Malterud 2011).

Deretter ble det laget et sitat fra alle kodene. Sitatet er kunstig fordi det står i jeg- form, og fordi det er en sammenfatning og gjenfortelling av de ulike brukernes meninger. Jeg- formen blir brukt for å skape en bevisstgjøring til forskeren om at det er brukernes stemme som skal representeres (Malterud 2011). Jeg håper at dette har gjort det lettere å være tro mot deres

tanker slik de er uttrykt i intervjuene. Denne delen skal bli brukt i det siste analysetrinn (Malterud 2011). De andre kodingene ble gjennomgått på samme måte, og kodegruppene ble justert etter hvert som de gav ny innsikt.

Jeg endte opp med to hovedtemaer; «brukernes opplevelser *før* FLS» og «brukernes opplevelser *på* FLS». Temaene i brukernes opplevelser *før* FLS var *behov for endring, andre tilbud i kommunen, skam og manglende støtte*. Brukernes opplevelser *på* FLS ble delt opp i *mestring, samhold, glede, og støtte og anerkjennelse fra koordinatorene*.

I analysens fjerde trinn ble de ulike delene brukt i analysen gjennomgått for å se om de samsvarte med sammenhengen den var hentet fra. Deretter ble jeg- formen endret til tredjeperson, eller en såkalt «gjenforteller». Her er det viktig ikke å presentere stoffet som tankene fra en person, men som essensen fra flere mennesker (Malterud 2011).

For å være sikker på validiteten til den ferdige teksten ble teksten kritisk gjennomgått, for på nytt å se om de ulike meningsbærende enhetene fra den sammenhengen de var hentet ut fra, fortsatt var gyldige. Alle deler av teksten kan ikke hentes fra alle deltakerne, men det er heller ikke forventet. Det som derimot er forventet er at det ikke kommer noen konklusjoner, eller at begreper blir brukt som det er vanskelig å tilbakeføre til den opprinnelige teksten, og at det ikke er noen data som motsier de konklusjonene som jeg har kommet med (Malterud 2011). Til slutt ble illustrerende sitater for hvert tema plukket ut.

På hvert trinn av analysen har jeg fått god hjelp av min veileder, som har sett gjennom transkripsjonene, mine funn og betraktninger. Dette øker reliabiliteten, og gjør så jeg blir tvunget til å åpne blikket, bort fra mine egne forestillinger og ønsker med analysen.

4.6.2. Analyse av aktørene

Analysen til de ulike aktørene er noe forenklet, da jeg som nevnt skrev utfyllende sammendrag over intervjuene istedenfor en fullstendig transkribering. Dette førte til mye ustrukturert stoff, men gjorde det mulig å sammenligne de ulike svarene, for å se hva som gjentok seg og hva som burde være essensen. Deretter ble temaene plukket ut fra teksten, som ble klippet inn i et nytt dokument og hvor de ulike aktørenes ytringer ble skrevet på en sammenhengende måte. Deretter hørte jeg gjennom lydbåndet på nytt, for å øke validiteten. Aktørenes ytringer ble delt opp i «kunnskap om FLS», «Holdninger til livsstilsendring og

helse» og «tanker om nedleggelse». Dette fordi det var denne sorteringen av materialet som fikk frem de temaene jeg anså som sentrale, og som gjorde så svarene kunne bli sammenlignet (Widerberg 2011). Valget av temaer ble også valgt ut fra et ønske om å ha en blanding av to tilnæringsmåter. Analysen skulle gå ut fra både empirien og teorien, slik at forskningen hadde en teoretisk forankring samtidig som empirien ville se andre tolkninger og sammenhenger i stoffet (Widerberg 2011).

Diskurser er samtalemetodikk på metanivå som alle benytter seg av i ulik grad. Det kan være at man ønsker å få frem et bilde av seg selv ut fra hva man tror er forventet, eller ut fra de tanker og meninger som er ønskelige å ha. Dette kan også si noe om de diskursene som dominerer i samfunnet (Widerberg 2011). Siden alle aktørene er blitt intervjuet i forbindelse med deres stilling i Moss kommune, er det viktig å ta innover seg at de muligens har svart i samråd med dette, og derfor har gitt en annen fremstilling av seg selv enn hva de ville gjort hvis de var uidentifiserbare privatpersoner. Grunnet oppgavens utforming er det ikke gjort en diskursanalyse, det har kun vært en bevisstgjøring rundt betydningen dette kan ha hatt på aktørenes svar, og således på analysen.

4.7. Etikk

Kvale og Brinkmann (2009) setter likhetstegn mellom intervjuundersøkelser og moralske undersøkelser. Alle ledd i forskningen, fra planleggingen og til rapporteringen inneholder etiske overveielser som det er viktig å ta innover seg før man starter. I forkant av intervjuene reflekterte jeg derfor rundt mine egne fordommer og følelser, for å se hvilken betydning de kunne få for forskningsprosessen (Fog 2005). Disse blir redegjort for senere i oppgaven.

Ved planleggingen må det innhentes samtykke samtidig som man sikrer konfidensialitet. Dette prosjektet har forholdt seg til Helsinkideklarasjonen (World Medical Association 2012), og har fulgt de forskningsetiske retningslinjer som foreligger. Skriftlig informasjon om hva det innebærer å delta har blitt gitt til de ulike brukerne, mens de ulike aktørene har mottatt muntlig informasjon. Anonymitet og konfidensialitet er blitt ivaretatt hos brukerne, som også har mottatt en samtykkeerklæring og informasjon om at de kunne trekke seg i løpet av prosjektet hvis de ønsket det. Det ble sendt fremleggsøknad til REK Sør- Øst, som anså prosjektet som utenfor deres ansvarsområde. Det ble også sendt søknad til NSD;

personvernombudet, da båndopptak av intervjuene gjør brukerne indirekte identifiserbare. NSD godkjente studien. (Se vedlegg 4.)

Det er viktig å vurdere hvilke mulige konsekvenser forskningen kan ha for informantene (Kvale & Brinkmann 2009). Det er stor mulighet for at brukerne og aktørene vil lese den ferdigstilte oppgaven, og hvordan de blir fremstilt kan ha mye å si for følelsene deres omkring dette, og hvilke eventuelle konsekvenser den offentliggjorte rapporten kan ha for informantene. Dette er det spesielt viktig å være oppmerksom på der informantene kan kjenne seg selv igjen, og hvis resultatene presenterer informantene på en måte som de selv ikke kjenner seg igjen i. Spesielt hvis forskeren fremstiller tolkningen sin som informantenes egen tolkning av seg selv (Kvale & Brinkmann 2010). Det var derfor et stort fokus på å være tro mot informantenes uttalelser, og å vise tydelig når det var konsensus og når informantene bidro forskjellig.

De ulike aktørene fikk spørsmål om å være identifiserbare i samråd med deres offentlige stilling eller politiske verv i kommunen. Dette var en etisk overveielse, hvor deres arbeidsområde i kommunen gjorde så jeg anså gjenkjennelse som akseptabelt. Det er allikevel viktig å være ydmyk over de mulige følgende dette kan ha, for både intervjupersonene og for gruppen eller institusjonen som de representerer. Forhåpentligvis fører oppgaven til en ny innsikt, slik at det etiske hensynet om å ha et formål som bedrer den menneskelige situasjon som blir utforsket ivaretas (Kvale & Brinkmann 2009). De aktører som har ønsket det har fått sett over benyttet materiale fra deres intervjuer i ettertid.

5. Resultater

5.1. Prosessen bak FLS i Moss

Etablering av frisklivssentral i Moss kommune hadde vært tema fra våren 2011. Det hadde fra administrativt hold vært mye snakk om en mulig etablering, og det ble derfor foreslått for bystyret, som gav sin enstemmige tilslutning i juni 2011. Det ble ikke bevilget driftsmidler i budsjettet, noe som er en forutsetning for videre drift (Mollan personlig meddelelse 2013).

Folkehelse råd giveren startet arbeidet rundt FLS med å søke om tilskudd fra Helsedirektoratet, som bevilget 500 000 kroner i etableringstilskudd. Det ble deretter etablert en prosjektgruppe, som jobbet aktivt med å utforme oppdraget som hadde blitt gitt fra politisk hold. Det ble fulgt Helsedirektoratets anbefalinger over hvilke som burde være medlemmer av prosjektgruppa.

(Se vedlegg 5.) De jobbet utover høsten med å planlegge hvordan driften av FLS skulle se ut, og forholdte seg til veiledere fra Helsedirektoratet. I tillegg gikk de gjennom utviklingen, veien videre, og hvordan motivere og trekke inn andre aktører i det videre arbeidet. Disse var idrettslag, akademia, og frivillige organisasjoner, private organisasjoner og interesseorganisasjoner. Folkehelse­rådgiveren besøkte og ringte andre FLS som hadde vært i drift en stund, og diskuterte med prosjektgruppa gjennom møter. FLS som ble kontaktet var i Tønsberg, Sandefjord, Sarpsborg, Modum, Trondheim, Ski, Askøy og Drammen kommune. Styringsgruppen var sammensatt av mennesker fra ledelsen (se vedlegg 6), som skulle godkjenne arbeidet og som kunne komme inn og styre. De var ikke aktivt med i arbeidet, men ble noe informert. Det ble holdt 2-3 møter med styringsgruppa, og de mottok referat fra alle de 10 møtene som prosjektgruppa gjennomførte. Det ble ikke sendt formell status til politikerne, men kommunalsjefen foretok noe informasjon i møte med helse- og sosialutvalgets politikere. Politikerne hadde også kontakt utover dette med folkehelse­rådgiver, da de arbeider på samme avdeling. Det ble opprettet en egen hjemmeside for FLS i Moss på kommunens hjemmeside, som også var tilgjengelig på kommunens intranettside (Mollan personlig meddelelse 2013). Da frisklivskoordinator ble ansatt trakk folkehelse­rådgiveren seg mer ut av arbeidet, men beholdt en plass i prosjektgruppa.

Frisklivskoordi­natoren tok seg av det administrative arbeidet og oppstart- og avslutningssamtalene; helsesamtalene, mens frisklivsmedarbeideren hadde ansvaret for treningene, Bra Mat kursene og røykesluttkursene (Ståhl personlig meddelelse 2012/1). De var begge tilstede under treningene fordi det gav en tettere oppfølging som de så at brukerne var tjent med, blant annet ved at frisklivskoordi­natoren kunne følge opp de som ikke orket like mye som de andre (Ståhl personlig meddelelse 2012/2). I 2012 ble de begge sertifisert som sluttveiledere i ”Røykfri sammen” og gjennomførte kurs i Motiverende intervju/endringsfokusert veiledning. I tillegg tok frisklivskoordi­natoren kursleder­kurs i Bra Mat.

Koordi­natoren tok i likhet med folkehelse­rådgiveren kontakt med andre FLS for å høre hvilke erfaringer som hadde blitt høstet. Disse var Modum, Drammen og Ski. Hun holdt en halvtimes informasjon til helse- og sosialutvalget i april og et i september i 2012 (Ståhl personlig meddelelse 2012/2). De ble også invitert til å være med på aktivitet i Nesparken forut for et av møtene, og å motta informasjon om treningstilbudet etterpå. Dette ble ikke gjennomført grunnet tidsressurser blant politikerne (Mollan personlig meddelelse 2013).

Det ble foretatt en kartlegging av hvilke tilbud som allerede fantes i kommunen, og av andre offentlige instanser, organisasjoner og frivillig sektor og næringsliv i Moss kommune. Disse ble bedt på et dialogmøte som ble holdt 13. 03.2012, slik at et mulig samarbeid kunne bli etablert og for å få gode innspill og synspunkt (Se vedlegg 7.) (Ståhl personlig meddelelse 2012/1).

FLS ble lagt til Peer Gynt sykehjem, siden lokalene var universelt utformede. Det var allikevel ønskelig fra koordinatorene sin side å bytte lokaler, for at FLS ikke skulle bli assosiert med et sykehjem og således gi en paternalistisk følelse. Prosjektgruppa valgte å fokusere på tre områder; røykeslutt, fysisk aktivitet og kosthold, hvorav alle timene var gruppebasert (Ståhl personlig meddelelse 2012/1). I starten på FLS virke hadde frisklivsmedarbeideren en -til -en veiledning om kosthold. Dette hadde stor verdi for brukerne, men ble vanskelig å gjennomføre når gruppen av brukere vokste og grunnet stillingsstørrelsen til frisklivsmedarbeideren. Naturområdene i Moss kommune ble tatt i bruk tre timer hver uke til utetrening, hovedsakelig i Nesparken, og innetreningen foregikk i Mossehallen to timer i uka. De hadde intervalltrening, gåturer, sirkeltrening og styrke. Det var et ønske om å komme i gang med gå-tester fra brukernes side, noe som det også var tenkt å starte med. Veiing ved oppstart var derimot ikke aktuelt for koordinatorene, i fare for at vekta skulle bli i fokus hos brukerne. De fulgte anbefalingene fra Helsedirektoratet vedrørende røykesluttkurs og Bra Mat kurs. Brukerne betalte ingenting for å være med på treningen, men betalte en egenandel i form av 300 kroner på Bra Mat kurset, og 200 kroner for røykesluttkurset. Røykeslutt og Bra Mat kurs ble lagt på ettermiddagen, slik at de som var i arbeid kunne få dem med seg (Ståhl personlig meddelelse 2012/2).

De fleste brukerne av FLS var derimot ikke i arbeid. Det var noen få som oppsøkte tilbudet på egenhånd, mens de fleste ble henvist fra lege eller fra psykiatrien. Fra mai og til utgangen av 2012 var det totalt 71 mennesker som benyttet ett eller flere av tilbudene hos FLS i løpet av en reseptperiode på 3 måneder, og 16 fikk denne forlenget (Ståhl personlig meddelelse 2012/2). 34 personer deltok på gruppetrening hos FLS, og disse hadde et aldersspenn fra 28 – 70 år. 10 personer fikk individuell kostholdsveiledning, og det ble gjennomført 2 Bra Mat kurs med totalt 19 deltakere (Ståhl & Mollan 2013). Det var 14 brukere som kom fra psykiatrien (Ståhl personlig meddelelse 2012/2). I begynnelsen var det flest eldre som benyttet seg av tilbudet, og et lite antall brukere i forhold til hva som var ønskelig. Dette skiftet derimot drastisk, hvor det ved slutten av året var et overtall av yngre mennesker og hvor gruppene bestod av i gjennomsnitt 10 deltakere. 3 av deltakerne gikk over til Aktiv på Dagtid etter endt

frisklivsresept, hvor frisklivskoordinatoren fulgte flere av sine brukere, slik at de skulle ha noen å gå sammen med og hvor de kunne få informasjon om opplegget. Det var en gruppe på 5- 6 deltakere som fortsatt ønsket å trene sammen etter endt Frisklivsresept, hvor en har påtatt seg å få til dette (Ståhl personlig meddelelse 2013).

Det ble ved bystyrets budsjettmøte 10.12.12 planlagt å avvikle FLS i Moss, uten at dette hadde blitt tatt stilling til tidligere. Årsaken for nedleggelse var at kommunen ikke mottok videre økonomisk støtte fra statlig hold utover prosjektmidler, noe som var forventet og nødvendig for at politikerne skulle videreføre driften av FLS (Kant personlig meddelelse 2013). Koordinatorene hadde mange planer som de ikke fikk realisert grunnet den plutselige avgjørelsen om nedleggelse, deriblant vedrørende minoriteter, overvektige barn og unge, og de med diabetes type 2. De jobbet på mange plan for å få ut det de proklamerte som å være «det gode budskap». Moss Avis ble deriblant kontaktet, hvor FLS tok initiativ til å starte en helseside hvor de kunne komme med helsetips til Moss kommune sine innbyggere (Ståhl personlig meddelelse 2013).

5.2. Brukere av Frisklivssentralens tilbud om fysisk aktivitet

Det vil i dette avsnittet bli sett nærmere på de fire brukernes uttalelser om deres opplevelser og tanker før og etter opplegget på FLS.

5.2.1. Brukernes opplevelser før Frisklivssentralen:

Alle brukerne ble henvist til FLS gjennom sine fastleger på bakgrunn av at det var et behov for livsstilsendring. Brukerne snakket om ulike faktorer som hadde ført til at de ikke hadde fått til å legge om livsstilen og begynt med regelmessig trening tidligere, og hva som gjorde at de hadde tatt i mot tilbudet på FLS.

Behov for endring

Alle brukerne så et behov for endring grunnet egne helseproblemer, mens noen også hadde sykdom i nær familie. Disse følte seg mye alene om ansvaret i hjemmet, og trengte å styrke seg selv. En av brukerne uttrykte dette slik:

[...] etter at jeg ble sykmeldt fra den jobben jeg hadde nå sist, og hadde vært sykmeldt i over et år, så tenkte jeg det at nei, nå er jeg nødt til å gjøre noe. Så ble jo han (mannen) dårlig også, så da var jeg bare nødt til å gjøre noe. For jeg merket jo det at det var mange tunge løft, eller det ER mye tunge løft og sårne ting, og jeg merker jo det at jeg må gjøre noe for å klare dette. Jeg er helt alene med alt som er. (C)

Alle brukerne ønsket på bakgrunn av egen livssituasjon å være i fysisk aktivitet og å komme i bedre fysisk form, noe som var bakgrunnen for at de hadde sagt ja til tilbudet på FLS. En av brukerne hadde trent en del på egenhånd, noe som hadde ført til tilleggsskader grunnet sykdom, som hun sier i intervjuet:

*Jeg har en *sykdom i *, og da må man trene riktig. Så har jeg drevet og trent på helsestudio selv, og nå har jeg blitt sykere. Så da ville jeg ha litt kontroll på treningen min. (D)*

Det å kunne trene riktig og under oppsyn av kvalifisert personell opplevdes som en trygghet for denne brukeren, og noe som var forskjellig fra det hun hadde opplevd før, noe som også blir trukket frem blant noen av de andre brukerne.

Flesteparten av brukerne hadde mange tidligere forsøk på å være aktive uten at dette hadde vedvart. Tidligere har flere følt et press på at trening var noe som de måtte gjøre uten at de egentlig hadde lyst, noe som kan være en medvirkende faktor til at brukernes fysiske aktivitet ikke vedvarte. En av brukerne uttrykte sine følelser rundt tanken på trening tidligere slik:

[...] Bare den tanken med at Åh! Nei, nå må jeg begynne å trene. Eller Åh nei, nå må jeg ut å gå litt.(C)

Andre tilbud i kommunen

En av brukerne fortalte om opplevelser knyttet til tidligere forsøk på å legge om livsstilen, hvor hun hadde følt et press på treningsstudio og på kostholdsveiledning i regi av

treningsstudio. Hun følte at det ble knyttet visse forventninger til henne uten at hun selv ønsket det samme. Hun gir følgende beskrivelser:

[...] på helsestudioene har du det presset med at du skal ha de rette klærne, du skal yte mer enn de andre... det miljøet rundt det også syns jeg ikke er noe... det er i hvert fall ikke meg. (C)

De (tilbud) vil helst at jeg skal spise den maten DE har, ikke kjøpe min egen mat som JEG er vant til. Det blir press. (C)

Flere av brukerne uttrykte en skepsis til det private markedet, men også til andre tilbud som finnes i kommunen. Brukerne opplevde mange av tilbudene som lite helseorientert eller at man blir mer overlatt til seg selv, og at samholdet ikke er tilstede. To av brukerne nevner dette i forbindelse med Tjukkasgjengen:

[...] Når du kommer som ny inn i den Tjukkasgjengen i dag, så kunne du like godt ha startet for deg selv, fordi de har ikke tenkt på hvordan det er for en helt ny en å komme inn i en gruppe. Det blir til at du blir gående bak der, helt bakerst, også går mange andre langt, langt foran deg fordi de har holdt på mye lenger, har en helt annen kondis enn det du har... Da blir det til at de mister folk tilslutt. Det er veldig viktig at man er der og backer opp andre som kommer inn. Kjempeviktig.(C)

Jeg går veldig sakte, så da passer det (Tjukkasgjengen) ikke helt for meg. De går faktisk for fort. Og da blir jeg hengende så langt etter og da er det bedre å finne noen som er på samme nivå som meg. Jeg ville aldri kunne gå fortere heller. Det er ikke derfor jeg går. Jeg skulle ønske at jeg kunne gå fortere, men jeg kan jo ikke det. (D)

Tidligere forsøk på trening har altså for noen av brukerne vært preget av å føle seg utenfor det sosiale miljøet, og av lav mestringsfølelse.

Skam

Flertallet av brukerne har kjent på dårlig samvittighet over egen situasjon, over at de ikke har vært aktive nok og over at de har hatt behov for hjelp til å kunne gjøre en endring. En av brukerne illustrerte dette godt:

[...] Det er jo sånn det er. Enten så er det sånn at du trener nok eller ikke er aktiv nok. Dårlig samvittighet fordi du er dårlig, for å si det sånn. Du tenker kanskje at det er din egen feil. (B)

En av brukerne forteller at hun har hatt fordommer knyttet til bestemmelsen om å ta i mot tilbudet ved FLS. En konsekvens av dette var at hun holdt det hemmelig, fordi hun var redd for hva andre ville tenke, noe en annen bruker også forteller. Følelsen av å måtte ha hjelp for å få til noe var preget av skam:

[...] Det tror jeg handler om fordommer å gjøre; sine egne fordommer; mine fordommer, selv om jeg ser på meg selv som en fordomsfri person så er det litt sånn stigmatiserende... Jeg hadde ikke lyst til å fortelle at jeg gikk der den første måneden. Så jeg skjulte det. (D).

Manglende støtte

Flertallet av brukerne hadde ikke fått til livsstilsendring tidligere fordi de ikke hadde hatt noen å trene sammen med, og derfor ikke opplevd mye støtte. De hadde prøvd å få med seg andre ut for å gå, men ble ofte møtt med unnskyldninger. En av brukerne fortalte hvordan dette påvirket hennes egen motivasjon for trening:

[...] jeg prøvde å få med meg søsteren min å trene. Gå turer, sanne ting, men nei. Det var alltid nei, var støl... hadde vondt der og nei, hadde ikke lyst. Og da ble det litt sånn til at jeg hadde jo ikke lyst til å dra selv heller. (C)

Å oppleve å ha liten støtte for å trene skapte en ekstra terskel for trening blant flere av brukerne. En av brukerne forklarte dette slik:

Når du er skikkelig nede så er det vanskelig å finne på noe på egenhånd. Jeg har jo prøvd å gå turer og sånn før jeg begynte her (FLS) da, men det blir jo veldig ensomt... (B)

Brukerne uttrykte at de trengte noen som både kunne motivere og dytte på for å komme seg ut og å være fysisk aktiv. Videre kom det frem at også det sosiale aspektet ved å ha noen å trene sammen med var viktig, og at dette var vanskelig å få til på egenhånd. En av brukerne sa det slik:

Jeg skulle jo ønske på en måte at noen sa til meg: Skal vi... Har du lyst til å være med på... Jeg inviterer ukentlig med noen på tur, ut å gå, men jeg gjør det åpenbart feil. Eller folk har det travelt, eller det passer ikke...(A)

5.2.2. Brukernes opplevelser på Frisklivssentralen:

Mestring

Alle brukerne kommenterer endringer som de har merket etter at de startet hos FLS. De opplever mestring ved at fremgangen har vært stor og at de føler de kan få til noe selv:

Jeg har gått og løpt mye tøffere på Frisklivssentralen enn jeg har gjort noen gang. Og etter at jeg var ferdig, har jeg også jogget noen ganger selv, og tenkt at det her hadde jeg ikke klart hvis ikke jeg hadde presset meg på Frisklivssentralen.(A)

[...] mye lettere å sette i gang ting når du har en viss form fra før. (B)

Flere av brukerne fortalte at FLS hadde endret deres syn på at trening, fra at det bare var noe andre mente at man burde og måtte gjøre, til noe man fikk til og hadde eget ansvar for:

Det som har endret seg særlig er kanskje min egen følelse av ansvar, og jeg ser på det som å bevege seg, ikke nødvendigvis trene effektivt eller lignende, men det å bevege seg og å bevege barna som et slags livsansvar i likhet med å pusse tenner og spise frukt. (A)

Mestringsfølelsen som flere brukere har opplevd på FLS skiller seg fra deres tidligere opplevelser, og viser hvilken betydning dette har for treningen, og på også andre aspekter av deres liv.

En av brukerne hadde med treningen på FLS fått tro på at hun i hvert fall skal klare å komme ut i deltidsarbeid igjen, og hadde tro på at dette også gjelder andre. Mange opplevde å være i vanskelige og belastende livssituasjoner, og opplevde at FLS hadde gitt de en følelse av å kunne takle livene sine bedre:

[...] det har gitt meg styrke og tro på at det her skal gå, at jeg skal få det til. (C)

Samhold

De fleste av brukerne har opplevd stor grad av samhold i gruppa og påpeker at det har vært av stor betydning for dem og for treningen. Det å være i en felles situasjon og å møtes ofte har blitt opplevd som viktig. Det at det har blitt skapt en trygg og lite prestasjonsorientert ramme rundt treningen har ført til samhold og støtte:

Det var en kombinasjon av den felles mestringsgleden vi hadde, og ren humor, tull og tøys. Felles støtte. (A)

Brukerne gir uttrykk for at de har følt seg som en del av gruppa fra første dag. Det har vært sosialt og morsomt å være sammen, og de har støttet og heiet på hverandre. Det har gitt en sterk følelse av samhold og sosial tilhørighet:

Vi gir jo tilbakemeldinger til alle. Det er jo noe av det som er fint med å være med i en sånn gruppe ... du blir liksom innviet i en gruppe, du har en tilhørighet ... ikke lett å skuffe over ei trening når du vet at du blir savnet.(B)

[...] man føler seg ikke alene når man begynner der, selv om det er en gruppe som har vært der lenger, så blir du tatt inn i gruppa med en gang allikevel.(C)

Flere av brukerne forteller at de kommer til å savne samholdet. Noen av brukerne har planlagt å fortsette å trene sammen med andre brukere etter FLS, og ønsker å beholde den sosiale kontakten etter at de er ferdige. En av brukerne sier for eksempel dette slik:

[...] jeg vil holde litt på det vennskapet som jeg har fått med de i gruppa, fordi jeg har ikke så mye tid til venner og sånt ellers.(C)

Glede

Et gjennomgående trekk som blir trukket frem av alle brukerne er den opplevelsen av glede de har opplevd gjennom tilbudet om trening på FLS:

[...] veldig lystig tone da, så det kan jo hende at det er med å gjøre det (trening) morsomt.(B)

Treningstilbudet på FLS har av brukerne opplevdes som uhøytidelig, og det var vært en god og humoristisk tone både mellom koordinatorene og brukerne og mellom brukerne selv. Dette oppleves å ha gjort opplevelsen av selve treningen annerledes for flestparten av brukerne:

Treningen blir helt annerledes; blir gøy. Du ser at det er gøy å trene ... Det er mye gøyere å gjøre det sammen med noen enn å gjøre det alene.(C)

[...]vi hadde det veldig artig i de gruppene. Jeg tror at jeg var sterk bidragende til det, men jeg klarer jo ikke å skape glede alene.(A)

Støtte og anerkjennelse fra koordinatorene:

Alle brukerne beskriver koordinatorenes støtte som veldig positiv og viktig. Brukerne beskrev koordinatorene som oppmuntrende og kompetente, og flere av brukerne påpeker tryggheten det har gitt at FLS har vært en helsetjeneste, hvor koordinatorene har vært fagfolk med innblikk i deres helsetilstand og med solid kunnskap om hvordan man skal trene riktig. Samtidig opplevde de ikke noen ”pekefinger” holdninger, og følte at de ble møtt på det nivået de befant seg. En av brukerne sa dette:

[...] (opplevde)... koordinator som veldig imøtekommende, ivaretagende, og lite krevende.(A)

Alle brukerne følte seg sett og ivaretatt av koordinatorene. Dette førte også til at de følte at de ønsket å oppnå anerkjennelse fra koordinatorene, og at det ble en viktig motivasjonsfaktor for å endre livsstil. En av brukerne beskrev dette godt:

Det var veldig uventet at vi ble som en sånn skoleklasse som stod og trippet foran læreren og ville fortelle fra helgen. Alle ville fortelle noe, og nærmest få litt ros. Og jeg tok meg i å tenke at det her var jeg ikke forberedt på; at de skulle bli så viktige... For det å bli sett og ville fortelle og dele hva man har gjort og prøve å oppnå anerkjennelse blir viktig, og jeg så det så tydelig i gruppa, også kjente jeg det samme i meg selv, og det ble veldig artig å legge merke til. Men ufarlig.(A)

5.3. Aktører knyttet til Frisklivssentralen i Moss

Det vil videre bli sett på de ulike aktørenes kunnskap om FLS generelt og i tilknytning til FLS i Moss. Videre vil aktørenes kunnskap og holdninger omkring livsstilsendringer og helse bli presentert. Til slutt gjøres det rede for både aktørenes og brukernes holdninger og synspunkter på nedleggelsen av FLS i Moss.

5.3.1. Kunnskap om FLS:

Gruppelederen for Høyre, rådmannen og informanten fra forebyggende enhet var de aktørene med minst kunnskap om FLS generelt. De andre aktørene hadde derimot bred kunnskap om

retningslinjene og veilederne til Helsedirektoratet. Gruppelederen for Høyre var den som også visste minst om opplegget til FLS i Moss blant aktørene, noe som ble begrunnet med lite informasjon fra FLS og at den informasjonen som kom var gjennom media. Lederen for helse- og sosialavdelingen påpekte også det hun anså som liten informasjonsflyt.

SV- politikeren hadde inngående kunnskap om FLS grunnet sitt verv i Østfoldhelsa, som driver forebyggende arbeid i samarbeid med kommuner og FLS. Hun hadde inntrykk av at brukerne av FLS i Moss rapporterte om glede ved å utføre ting sammen, og av å være i aktivitet. Det samme uttalte folkehelserådgiveren, som syntes at det var fornøytelig å følge FLS sitt arbeid, og høre om de mange positive historiene om endringene som skjedde blant brukerne. SV- politikeren likte at FLS hadde tilbud som favnet ulike grupper og på tvers av aldersgrenser og aktivitetsnivå, og påpekte at det ble en møteplass for disse. Også rådmannen, kommunalsjefen for helse- og sosialavdelingen og fastlegen så på FLS i Moss som et lavterskeltilbud for folk flest, og som fungerte etter hensikten. Rådmannen mente at FLS gjorde en god jobb ved å sørge for mestring og for en bedre generell helsetilstand, og at de hadde et opplegg som var egnet for å nå de målene som skulle nås. Kommunalsjefen for helse- og sosialavdelingen hadde ikke hørt om noen negative erfaringer, snarere tvert imot. Fastlegen var engasjert i FLS i Moss ved å sitte i prosjektgruppa, og så på FLS som et lavterskeltilbud for befolkningen, hvor brukerne skulle oppleve å bli ivaretatt og å føle at det var gledelig å motta hjelp til å endre livsstil. FLS kunne ifølge han være et tilbud til veldig mange, da det som er bra for en astmatiker gjerne er bra for en som har diabetes.

Folkehelserådgiveren mente at FLS også hadde en økonomisk begrunnelse, da de skulle forhindre at menneskers helse ble dårligere og at det ble nødvendig med sykehusinnleggelse. Koordinatorene på FLS fortalte at den mest positive erfaringen var å se hvor lite som skulle til for å få til store og gode forandringer, mens de negative var at det har vært liten respons og at det var vanskelig å få budskapet ut. De to ansatte ved FLS i Moss hadde problemer med å få legene til å henvise pasienter, noe både de og fastlegen påpekte tar tid i en oppstartsfase. Det kunne også være tilfeller hvor flere ble henvist fra fastlegene, men som av ulike grunner valgte ikke å ta kontakt. Siden legene ikke hadde rutine for å sende kopi av henvisningen til FLS, ble ikke disse fanget opp. Treningstilbudene og utstyret ble valgt for å gjøre det enklere for brukerne å trene på egenhånd etter reseptperioden, noe koordinatorene også så på som utfordringen for FLS.

Forebyggende enhet, tidligere kalt psykisk helse og rus, henviste flere av sine brukere til FLS i Moss. Grunnet det tette samarbeidet, visste informanten godt om opplegget deres og hva de jobbet for. Hun mente at hele konseptet til FLS var viktig for psykisk helse, og at de derfor henviste mange av sine brukere. FLS ble sett på som et nyttig trappetrinn for forebyggende enhet sine brukere, hvor de eksempelvis kunne starte med å være med på turgruppe hos forebyggende enhet en gang i uka, og hvor neste terskel kunne være å gå over til FLS. Deretter, etter å ha fått støtte og hjelp på FLS, kunne de gå over til Aktiv på dagtid. Hun syntes at FLS sin kvalitet var god, men at det burde vært en større kvantitet i form av flere stillinger, og at FLS burde blitt satset på i kommunen. Dette fordi de tok for seg mennesker som ikke hadde noen andre steder å gå, blant annet de som ikke oppsøkte treningssentre.

FLS ble av koordinatorene sett på som en møteplass og en arena hvor de ensomme og de med liten støtte kunne motta hjelp. Alle som ønsket det fikk tilbudet, men de ønsket å ha fokus på de med lite ressurser og som var dårligst stilt. De jobbet med å skreddersy tilbud på tvers av instansene. De konkurrerte ikke, men koordinerte og samkjørte det som fantes av tilbud i kommunen. De var for kort tid i drift til å kunne vite noe om eventuelle varige endringer. Resultatorientering var også noe kommunalsjefen for helse- og sosialavdelingen anså som problematisk, da FLS var i drift i en for kort tidsperiode til å kunne lage statistiske data på hvorvidt dette hadde en effekt hos brukerne på lang sikt.

I neste avsnitt vil det bli sett nærmere på hvilke holdninger de ulike aktørene hadde til livsstilsendringer og helse generelt, for å se om dette sammenfaller med aktørenes kunnskaper om FLS og FLS i Moss.

5.3.2. Holdninger til livsstilsendring og helse:

Den ene høyrepolitikerens var den eneste blant aktørene som var veldig klar på at ansvar for egen helse ligger hos den enkelte, og at alle har lik tilgang på god helse, noe som ble begrunnet med at alle har lik tilgang på fastlege og frisk luft. Hun mente videre at livsstilsendring handler om egen vilje til å gjøre en endring. Leder for helse- og sosialutvalget var i tvil om alle har lik tilgang til god helse, og at det er viktig at de som mener de har fasiten på et sunt liv ikke stiller seg til dommer over de som ikke har funnet løsningen. Dette var koordinatorene enige i. De mente at hver enkelt selv må få bestemme hva som er «det friske liv.» Kommunelegen påpekte at det hersker en moralisme som fører til at ulikhet i helse

undervurderes betraktelig. Han så i likhet med de andre aktørene på ansvar for egen helse som et felles ansvar mellom individet og samfunnet, hvor de som ikke makter å ta dette ansvaret på egenhånd må ha tilgang på hjelp. Å kunne hjelpe disse mente folkehelserådgiveren nettopp var årsaken til opprettelsen av FLS. Friskliv handlet for koordinatorene om både psykisk og fysisk helse, og er således noe helhetlig. Det var derfor viktig for dem at FLS favnet hele mennesket. FLS handlet for koordinatorene om å være i forkant og å være forebyggende samtidig som det handlet om å gjøre mennesker rakrygget. Å gi dem troen på seg selv og å gjøre de i stand til å oppdage hva de kan og hva de mestrer, og å gå bort fra sykdom og begrensninger. At koordinatorene hadde dette fokuset tror de hjalp brukerne på FLS til selv å skifte fokus. De var i starten av reseptperioden opptatt av hva de ikke kunne, mens de på slutten hadde fokus på hva de mestret. De opplevde ofte at de kunne mer enn de trodde.

Informanten fra forebyggende enhet skulle ønske at kommunen hadde et ansvar om å hjelpe mennesker som ikke har tilgang på god helse. Rådmannen understreket derimot at det offentlige etter helselovgivningen faktisk har et ansvar om å gi denne typen hjelp. Årsaker til hvorfor noen trenger mer hjelp enn andre blir av aktørene sagt å være oppvekstvilkår, sosiale forhold, økonomi, utdanning og tidligere opplevelser av nederlag.

Helseutfordringene til Moss kommune er ifølge gruppelederen for Høyre å få mennesker til selv å ta ansvar for seg selv og sin egen helse. Hun påpekte at ikke alt er kommunens ansvar. Leder for helse- og sosialutvalget så på utbredelsen av snusing og røyking som den største utfordringen, mens SV- politikerene, kommunalsjefen, folkehelserådgiveren og fastlegen nevnte sosial ulikhet som Moss sin største helseutfordring. Koordinatorene mente at Moss sine største helseutfordringer var psykiske lidelser, hjerte- kar og diabetes type 2, mange med minoritetsbakgrunn, lav utdanning, en god del eldre og mange nyinnflyttere. Bygging av lekeplasser og å jobbe med nærværsutvikling og sentrumsutvikling ble av kommunalsjefen for helse- og sosialavdelingen ansett som viktige utviklingsarenaer for å utjevne disse ulikhetene, mens SV- politikerene mente at FLS burde bli sett i sammenheng med å utjevne helseforskjellene.

Gruppelederen for Høyre, SV- politikerene, rådmannen, kommunelegen og informanten fra forebyggende enhet kommenterte medias dekning av helse. Gruppelederen for Høyre mente at oppegående mennesker som leser aviser og som er på internett, blant annet på facebook, twitter og ulike blogger, burde få med seg hvordan man kan forbedre sin egen helse. De andre så derimot på medias dekning som forvirrende og sprikende, og som noe som skaper

ytterligere utfordringer for mange mennesker. Informanten fra forebyggende enhet la til at det som var riktig i går er feil i dag.

Høyrepolitikerne tok opp legers rolle, og gruppelederen satte spørsmålsteget ved om fastlegene var flinke nok til å fortelle sine pasienter om helserisiko og om passende tilbud i kommunen, og således unndrar seg sitt ansvar om opplysning og veiledning. Kommunelegen mente at siden FLS ble lagt ned er ansvaret om å gi helsefremmende og forebyggende informasjon til befolkningen igjen kun opp til fastlegene. Han mente at de gjør en god jobb på dette området, og at fastlegene har et godt nettverk og mye systemkjennskap som gjør så de er i stand til å sende pasientene videre til det tilbudet som passer dem best. Det ble derimot understreket at grunnet nedleggelsen av FLS så gjelder dette kun der pasientene har en diagnose og hvor det finnes pasientorganisasjoner til disse. Samtidig påpekte kommunelegen at det ikke hjelper for alle å få formaninger fra fastlegen om å være i aktivitet, og at det er viktig å ta innover seg at å ta ansvar for egen helse er vanskelig for enkelte. Fastlegen mente han har et ansvar i å forebygge sykdommer og sykdomsutvikling hos sine pasienter. Samtidig så han at egne muligheter begrenser seg når det gjelder å følge opp og å aktivisere pasientene sine. Det er ofte slik at pasientene får muntlig råd hos legen, og så går de ut fra legeværelset uten at det er noen som følger dem opp, noe som fastlegen mente fungerer dårlig for pasienter med behov for livsstilsendring. Det var her FLS skulle komme inn. Han mente at de frivillige tilbudene i kommunen ikke kan sammenlignes med FLS grunnet koordinatorenes faglige nivå.

Det er ifølge gruppelederen for Høyre for lettvisst for legene å skrive ut en henvisning til FLS. Leder for sosialutvalget så på ordningen som byråkratisk, og hvor det blir mange samtaler for pasientene i forbindelse med opplegget og samarbeidet med fastlegene. Dialog var noe Høyrepolitikerne mente at fastlegene kunne ta seg av, for å finne ut hvilket tilbud som passer pasientene best og deretter sende de dit. Fastlegen så på informasjonsutvekslingen med FLS som en viktig forutsetning for å kunne lykkes med livsstilsendring. Ved å henvisne til en FLS fikk fastlegene fortsatt muligheten til å følge opp pasientene sine, blant annet ved at de kunne dele opplysninger som var delvis taushetsbelagte. Det kan blant annet være medikasjon og diagnose som det kan være viktig å ha kunnskap om. Fastlegene fikk tilbakemelding om at de hadde vært på FLS i form av en epikriserapport, og så tok fastlegene pasientene tilbake for å spørre hvordan opplegget fungerte. Denne typen informasjon kan ikke fastlegene utveksle med de andre tilbudene i kommunen, da de ikke kommer innunder helselovgivningen. Gruppelederen for Høyre påpekte at det for mennesker som er avhengige av å gjøre ting i

flokk kan være motiverende å komme inn i en gruppe, deriblant hos Velferdssentralen og Frivilligsentralen. Aktiv på dagtid og Tjukkasgjengen ble av Høyrepolitikerne brukt som eksempler på tilsvarende tilbud brukerne kan benytte seg av nå som FLS er lagt ned, da det ble antatt at Aktiv på dagtid har tilbud om både kosthold og fysisk aktivitet. Disse ble også trukket frem av SV- politikeren, men understreket at Aktiv på dagtid kun er rettet for de som er ute av arbeidslivet og således kun favner over noen. Det var derimot ifølge rådmannen, kommunalsjefen for helse- og sosialavdelingen, informanten fra forebyggende enhet, fastlegen, folkehelserådgiveren og koordinatorene ingen av de eksisterende tilbudene som kunne sies å overta for FLS. Dette fordi det er ingen av de ordinære tjenestene i kommunen som har den samme funksjonen. Dette blir underbygget av fastlegens uttalelser rundt FLS kontra andre tilbud.

I det neste avsnittet vil det bli redegjort for aktørenes tanker om nedleggelse. Her vil også brukerne bli sett på som aktører.

5.3.3. Tanker om nedleggelse:

Høyrepolitikerne ønsket avvikling av FLS fordi de syntes det var feil ressursbruk av Moss kommune, som heller burde prioritere det forebyggende arbeidet som skjer blant barn og unge. Gruppelederen mente at det var små effekter av å forebygge blant voksne mennesker, og at de eksisterende tilbudene i kommunen burde benyttes istedenfor å bruke ressurser på å bygge opp nye. Rådmannen påpekte at pengebruken i Moss kommune er knyttet til de prioriteringer og ønsker som det politiske flertallet har for Moss kommune, blant annet å styrke frivilligheten. Dette er noe av bakgrunnen for at Kvinnerådet mottok penger. De vil totalt motta kroner 2 450 000 i 2013, noe som er en økning på kroner 250 000 fra i fjor, og en økning på kroner 650 000 fra rådmannens forslag, som var å redusere deres beløp med kroner 400 000. FLS i Moss var fra rådmannens side budsjettert inn med kroner 800 000, noe politikerne fjernet. SV- politikeren stilte spørsmål rundt disse pengene som foreningen Kvinnerådet mottok fra kommunen. Hun mente at FLS sine penger ble gitt til disse, da to av politikerne som stemte imot midler til FLS har sentrale stillinger i Kvinnerådet. Dette gjør ifølge SV-politikeren begge inhabile, slik at de ikke burde stemt da saken var oppe i bystyrets budsjettmøte. SV- politikeren er i likhet med Høyrepolitikerne opptatt av forebygging hos barn og unge, men mente det ikke burde gå på bekostning av andre grupper i samfunnet. Moss

kommune har ifølge henne nok midler til å prioritere alt som er bra, og at det er viktig å tenke bredt rundt helse, slik at alle blir inkludert. Brukerne av FLS påpekte det samme, og at FLS var en prioritering som kommunen burde tatt seg råd til. De pekte på at pengene politikerne la inn i FLS ville gitt store besparelser for andre deler av helsebudsjettene, noe også fastlegen påpekte.

Den dårlige økonomien til kommunen ble også brukt som argument for nedleggelse av FLS fra lederen for helse og sosialutvalget, og at det derfor ble nødvendig å prioritere. Blant annet der sykdom alt har oppstått eller der det er prekært behov for hjelp, som i pleiesektoren og russektoren. Rådmannen syntes at intensjonene bak den nye lovgivningen og samhandlingsreformen var god, men at politikerne i et presset kommunebudsjett ikke hadde penger til å prioritere alt når de ikke mottok penger til å styrke det forebyggende arbeidet fra statlig hold. Kommunalsjefen for helse- og sosialavdelingen understreket at det er dyrt for en kommune å være fattig. Fastlegen mente at politikerne så på FLS kun som en utgift i de kommunale budsjettene, og som ikke gav umiddelbare effekter. Han trodde at dette var årsaken til at det var vanskelig å motivere politikerne til å prioritere FLS. Kommunelegen trodde at det var både underskuddet i kommunen og en dårlig markedsføring som førte til nedleggelse, og at markedsføringen gjorde så politikerne ikke forstod hva arbeidet i FLS gikk ut på. At lav kunnskap om opplegget var bakgrunn for nedleggelse uttalte også fastlegen, koordinatorene, og to av brukerne. Fastlegen følte at noen artikler i en avis eller på tv påvirket politikerne mye mer enn fornuftige argumenter. En av brukerne var opprørt over at en politiker i avisen hadde beskrevet FLS opplegg som å «tusle en tur i Nesparken», og syntes dette var stigmatiserende og vitnet om lite kunnskap om hva FLS handlet om. Også andre brukere mente at politikerne manglet kunnskap, og hadde ønsket at politikerne kunne komme og se hvordan de hadde det og hvordan koordinatorene stod på for å få et fungerende opplegg før det ble bestemt nedlagt. Koordinatorene på sin side følte seg alene i kommunen om å mene at FLS var betydningsfull, og fikk heller ikke noen henvendelser fra ledelsen om å høre hva FLS gikk ut på før det ble bestemt avvikling.

Fastlegen forundret seg over at kommunen, etter å ha sagt ja og startet opp FLS, etter så kort tid valgte å legge den ned, uten å kunne trekke konklusjoner over effekten av tilbudet. Også flere av de andre aktørene, deriblant brukerne, satte spørsmålstegn ved dette.

Dersom folkehelsa er viktig for kommunen burde FLS ifølge fastlegen ikke blitt lagt ned. Disse tankene har folkehelserådgiveren støtt på i møte med andre kommuner, som ikke har hatt forståelse rundt nedleggelsen, og som har kommet med kraftige reaksjoner.

6. Diskusjon

6.1. Kort oppsummering av de viktigste resultatene

Folkehelserådgiveren i Moss kommune sikret et solid faglig ståsted ved å etablere en prosjektgruppe med ulike profesjoner, hvor det ble diskutert utformingen til FLS, veien videre, og utfordringer som oppstod. Etter at det ble ansatt en frisklivskoordinator trakk folkehelserådgiveren seg gradvis ut av lederansvaret, men var fortsatt en del av prosjektgruppa og førte dialoger med frisklivskoordinator, og sikret således kontinuitet i arbeidet. Koordinatorene delte opp arbeidet på FLS ut ifra utdanning og tidligere erfaring, slik at brukerne ble best mulig ivaretatt i en oppstartsfase. For å utvikle seg videre og for at folkehelsekoordinatoren kunne ha ansvaret for FLS på egenhånd etter at prosjektperioden var over og når frisklivsmedarbeideren ikke lenger var tilstede, fullførte frisklivskoordinatoren en rekke kurs. Disse var «røykfri sammen», motiverende intervju og kurslederkurs i Bra Mat. Det var en gradvis stigning i antall brukere som benyttet seg av et eller flere av tilbudene til FLS, men få som gikk over i andre tilbud etter endt reseptperiode. Nedleggelse ble bestemt av politikerne i kommunen, som uten forvarsel unnlot å bevilge penger til FLS i budsjettmøtet som ble holdt 10. 12.2012.

De fleste brukerne opplevde FLS som en motsats til tidligere erfaringer rundt mestringsfølelse, mestringsstro, motivasjon og sosialt nettverk, og over tanker om egen situasjon. Flere av brukerne opplevde det å ta kontakt med FLS som flaut, og følte skam over at de ikke selv klarte å gjøre noe med egen situasjon. De fleste hadde tidligere vært alene om fysisk aktivitet, og hadde opplevd vanskeligheter med å få med noen fra nettverket sitt med på å gå tur. Tidligere forsøk på fysisk aktivitet opplevdes som et ork for flere av brukerne, og at andre tilbud i form av treningsstudio, kostholdskurs og Tjukkasgjengen ikke fungerte etter hensikten. Dette er det flere grunner til, deriblant opplevelsen av press på tilbudet, en annen fysisk funksjon hos brukerne, og en lav følelse av samhörighet på tilbudet.

Koordinatorene bidro til de positive effektene på FLS ved å støtte brukerne og å gi dem anerkjennelse, og hvor de hadde en faglig kompetanse som førte til en trygghet i treningen

blant brukerne. Brukerne opplevde at tilbudet på FLS hadde gitt dem mestring, sosial støtte og glede.

Høyrepolitikere var de som hadde minst kunnskap om FLS i Moss, mens kunnskap om FLS generelt var relativt likt fordelt blant alle. De som jobbet tettest på FLS hadde som forventet mest kunnskap. Kunnskap om Moss kommune sine helseutfordringer var det også ulike svar på, men høyrepolitikere var de som mest entydig mente at man må ta ansvar for egen helse, og at det er fastlegene og de frivillige organisasjonene som skal bidra. De andre aktørene viste en større refleksjonsbredde rundt disse spørsmålene. Både fastlegen og kommunelegen så samarbeidet med FLS som viktig for å kunne gi et helhetlig tilbud til de med behov for livsstilsendring.

Når det gjaldt nedleggelsen av FLS i Moss mente Høyrepolitikere at de har måttet gjøre prioriteringer grunnet et presset kommunebudsjett, noe flere av aktørene og brukerne er uenige i. Kommunelegen og fastlegen tror ikke at politikere visste hva FLS gikk ut på før de bestemte det nedlagt, noe som understøttes av kunnskapsnivået og holdningene som ble funnet i denne studien. Uttalelsene til de ulike aktørene viser at kunnskap over FLS i Moss og kunnskap om helseulikheter sammenfaller med hvorvidt det var ønskelig å ha den i videre drift.

6.2. Metodediskusjon: Styrker og svakheter ved studien

Thagaard (2002) bruker i kvalitativ forskning begrepet troverdighet istedenfor reliabilitet, bekreftbarhet istedenfor validitet, og overførbarhet istedenfor generalisering. Dette fordi de representerer i større grad den kvalitative metoden i motsetningen til den kvantitative, som søker kvantifisering og generalisering. Det er begrepene til Thagaard (2002) som vil bli brukt heretter.

6.2.1. Studiens troverdighet

Troverdighet vil si at forskningen er utført på en slik måte at funnene den representerer er troverdige og at kvaliteten er høy. Det er derfor viktig å synliggjøre hvordan forskningsprosessen har vært utført, fra datainnsamlingen og til analyse. Dette viser hvordan dataene er blitt utviklet og hvordan forskeren har kommet frem til resultatene (Thagaard 2002). I denne oppgaven har det vært et høyt fokus på å være transparent gjennom hele arbeidet, og å vise egne tanker rundt hele prosessen. Siden veileder har engasjert seg i arbeidet og gjennomgått hvert trinn av analysen til brukerne, har troverdigheten til disse funnene økt betraktelig enn hvis det var kun forsker som skulle tolke funnene, og uten innspill til resten av arbeidet. Aktørenes sammendrag har derimot en noe lavere troverdighet, da jeg har vært alene om å høre på lydinnspilling og lese sammendrag. For å øke troverdigheten har jeg gjennomgått lydbåndene flere ganger (Thagaard 2001). For å være sikker på at brukernes egne tanker og følelser er kommet frem er det tatt i bruk mange direkte sitat fra intervjuene av brukerne, og en mindre grad av tekst i resultatdelen fra brukerne. Analysen av brukernes intervjuer er blitt utført i henhold til Giorgis fenomenologiske metode (Giorgi 1985), slik den er modifisert av Malterud (2011). Dette er en trinn- for trinn metode som opererer med de generelle prinsippene i den hermeneutiske sirkel om å bruke en kontinuerlig frem og tilbake-prosess til både deler og helhet av teksten. Dette for å sikre en dypere forståelse av meningen (Kvale & Brinkmann 2010). Intervjuene av de ulike aktørene er ikke blitt utført med samme nøyaktighet i analyseprosessen, men det var heller ikke meningen å systematisere og å få tak på det underliggende på samme måte som hos brukerne.

Det er viktig å reflektere omkring de aspektene som kan gjøre at man kommer frem til feil eller til mindre gode data. Både konteksten for datainnsamlingen og relasjonen til informantene er her relevant (Thagaard 2002).

Koordinator fant frem til informantene blant brukerne, noe som kan føre til at kun de som hadde gitt uttrykk av å være positive til FLS ble spurt om å delta. Det var derimot en del inklusjonskriterier som det ble bedt å ta hensyn til, noe som kan ha gjort det vanskelig å plukke ut de som var fornøyde hvis disse var i fåtall. Kriteriene var at de skulle være henvist fra lege, helst begge kjønn, at de som et minimum hadde fulgt tilbudet om fysisk aktivitet, og at de hadde fulgt dette i en reseptperiode på tre måneder. Tre av de fire brukerne hadde fått to reseptperioder, noe som derimot indikerer at det er de som er fornøyde med tilbudet som er

intervjuet. Dette kan derimot gjøre så funnene viser i stor grad hva som fungerer for disse brukerne, mens det ville være nødvendig med ny studie for å kunne få tak på de som ikke gjennomførte opplegget eller som ikke ville ha ny reseptperiode, for å se hva som ikke fungerte for dem.

Det er et asymmetrisk maktforhold i kvalitative forskningsintervjuer, hvor intervjueren er den som stiller spørsmål mens den som blir intervjuet er den som svarer. Intervjueren besitter den vitenskapelige kompetansen, og som bestemmer spørsmålene og retningen på samtalen (Kvale & Brinkman 2010). Dette kan føre til at den intervjuede ikke føler seg like komfortabel som i en vanlig likestilt samtale, og hvor vedkommende derfor kan prøve å få kontroll over samtalen ved å holde tilbake informasjon eller ved å begynne å snakke om noe totalt irrelevant. Andre begynner selv å stille spørsmål, eller stiller seg kritisk til spørsmålene og tolkningen til forskeren, og kan velge å trekke seg helt. Det er viktig å være klar over dette, slik at man opptrer på en ansvarlig måte (Kvale & Brinkmann 2010).

Ved brukerne var det deres opplevelser og livsverden det var ønskelig å vite mer om, noe som gjør det ekstra viktig å gi positive tilbakemeldinger og å være lyttende og støttende. Spesielt der intervjuet omhandler situasjoner som er vanskelige og av privat karakter. Det er viktig at informantene føler seg trygge og at de har lyst til å fortelle om seg selv (Thagaard 2002).

Det var et stort fokus på å få informantene til å føle seg komfortable, i form av væremåte og setting. Jeg følte velvilje, åpenhet og interesse over emnet med en gang, men en noe utilpasshet i starten hos de fleste. Dette endret seg derimot etter hvert i samtalen med unntak av hos en bruker, på tross av at hun gav det jeg opplevde som ærlige svar. Ved samtalen etter intervjuet, hvor båndopptakeren ble slått av, sa hun uoppfordret at hun syntes det var ubehagelig at samtalen ble tatt opp på lydbånd.

Intervjuene med de ulike aktørene hadde et annet formål og derfor en annen utforming enn ved intervjuene av brukerne. Hos aktørene ville jeg ha tak på deres kunnskap rundt FLS, og da spesielt FLS i Moss. I tillegg ønsket jeg å få et innblikk i deres verdier og synspunkt rundt helse og ansvar, for å se hvilke meninger som eksisterte blant de ulike profesjonene. Jeg intervjuet flere mennesker med en høy stilling i kommunen, noe Widerberg (2002) mener kan føre til en omvendt maktrelasjon. Thagaard (2003) presiserer at forskerens innvirkning på situasjonen som studeres er knyttet til den posisjonen hun eller han har til informantene. Widerberg (2011) ser på dette i sammenheng med posisjoner i samfunnet, mens Thagaard (2003) trekker frem alder og kjønn. Med unntak av ett intervju med en politiker, som jeg følte

prøvde å «sette meg på plass», og med hva jeg oppfattet som en nedlatende tone til spørsmålene, kjente jeg ikke noe på dette. Det ble tidlig klart at jeg ikke delte politikerens verdisyn og meninger, og på tross av at jeg under intervjuet hadde et ekstra fokus på å være saklig og å ha en profesjonell tilnæringsmåte (Widerberg 2011), er det ikke sikkert at jeg klarte dette tilstrekkelig. Det kan også være at hun syntes spørsmålene var vanskelige eller ubehagelige å svare på (Kvale & Brinkmann 2010). Ved de andre intervjuene følte jeg at det var en god personkjemi, og at alle var opptatt av å svare utfyllende på spørsmålene mine. I tillegg fikk jeg et innblikk i hierarkiet som er i en kommune, hvor det er politikerne som innehar fullmakten. Kanskje dette var årsaken til at jeg ikke følte at de stod i et maktforhold til meg, da flere grunnet deres egen stilling ble satt i en vanskelig situasjon. Flesteparten unnlot å svare på spørsmål der de måtte være uenige i politikernes beslutninger, deriblant spørsmålet om hva de syntes om at FLS ble lagt ned. Den ene informanten repliserte med at hvis vedkommende ikke hadde respekt for politiske vedtak ville hun være (karrieremessig) død neste dag.

En av de vanligste utfordringene for ferske eller urutinerte intervjuere er at istedenfor å ha fokus på informantene så har man fokuset på seg selv og sin egen usikkerhet rundt settingen. Redsel for ikke å få til intervjuene eller ikke å være flink nok kan føre til at man avbryter og skynder seg gjennom. Blant annet er stillhet noe man som oftest prøver å unngå ved daglige samtaler, og er noe det også er lett å gjøre ved intervjuer (Widerberg 2011). Jeg hadde som mål å la informantene få fortelle om sine erfaringer i sitt eget tempo, uten å la meg bli stresset av settingen eller av min egen uerfarenhet. Jeg følte Widerbergs (2011) anbefaling om å være bevisst informantenes beretninger og det å forfølge disse. Noen ganger førte dette derimot til at jeg forfulgte absolutt alt- også det som i ettertid kom frem ikke var relevant for forskningsspørsmålet. I tillegg fant jeg det ekstra vanskelig å ikke bli stresset der hvor informanten var utilpass, og følte meg ikke komfortabel med å dra intervjuet noe lenger ut enn nødvendig.

Blant de ulike aktørene var det flere hvor jeg hadde lite innblikk i deres virke og arbeidsområder, noe det ifølge Widerberg (2011) er viktig å være ærlig rundt for å kunne vite mer. Jeg var derfor ærlig på dette, uten å gjøre meg selv dum eller ved å fleipe bort egen uvitenhet (Widerberg 2011).

6.2.2. Studiens bekreftbarhet

Studiens bekreftbarhet omhandler hvorvidt ens tolkning av funn kan bli sådd tvil rundt eller ei (Thagaard 2002). Det dreier seg om man har brukt riktig metode til å finne ut det man ønsker, over forskerens kunnskap og hvorvidt det er en logisk utledning gjennom alle faser av forskningsprosessen. Det er vanskelig å vite om informantenes svar er sanne eller ei, men man kan ifølge Kvale og Brinkmann (2009) øke troverdigheten ved de spørsmål man stiller og vedrørende intervjusettingen. Thagaard (200) ser dette i sammenheng med hvorvidt analysen er blitt gjennomført kritisk, og at funnene kan bekreftes av annen forskning (Thagaard 2002), slik det er blitt i denne oppgaven.

Det var ikke tvil om hvilken metode om skulle bli brukt, da det var ønskelig å få subjektive beskrivelser av et fenomen, og hvor det var viktig å kunne forfølge informantenes beskrivelser. Siden noen av spørsmålene kunne være sensitive, og for å unngå at informantene påvirket hverandre, ble individuelle semistrukturerte intervjuer den formen som passet til den eksplorative problemstillingen (Thagaard 2002). Kvale og Brinkmann (2010) påpeker at det er studiens formål som bestemmer hvor mange respondenter man bør benytte seg av, samtidig som færre informanter gir større rom for analysen. Jeg følte et metningspunkt hos både brukerne og aktørene, noe som vitner om at det ble gitt tilstrekkelig informasjon til å besvare problemstillingen og forskningsspørsmålene (Kvale & Brinkmann 2010).

All tolkning skjer i sammenheng med egne erfaringer, og kjennskap til miljøet som studeres kan være både positivt og negativt (Thagaard 2002). Jeg har jobbet med rusavhengig ungdom over flere år, hvor jeg er tett på en utsatt og ofte stigmatiserende gruppe i samfunnet. Jeg har kommet tett på holdninger basert på uvitenhet og utøvelse av makt mot denne gruppen, noe som har gjort meg sensitiv ovenfor makteliters holdninger og maktutøvelse. Det kan derfor hende at jeg har oversett nyanser blant politikernes intervjuer. Pedagogen Dewey (1938) understreker at man lærer via selvopplevde resultaterfaringer og ikke av ytre stimulering. Siden jeg ikke har mye erfaring rundt forskning og forskningspraksis er dette ytterligere et punkt som kan påvirke studiens resultater, og som også har gjort min veileders medvirkning betydningsfull. På samme måte som ved studiens troverdighet så øker det studiens bekreftbarhet at en annen gjennomgår analysen og stiller kritiske spørsmål. Ved i tillegg å være åpen om mitt ståsted, forskererfaring og egne fordommer økes bekreftbarheten

ytterligere, da det gir leseren mulighet til å tolke funnene ut fra forskers posisjon (Thagaard 2002).

Det ble forsøkt å skape en trygg og fortrolig atmosfære, spesielt under intervjuene med brukerne, som skulle fortelle om egen situasjon og følelser, og hvor det var en fare for at vi kom i en maktrelasjon, hvor forsker ble den med makten. Derimot kan min unge alder og kjønn ha hatt en motsatt effekt på dette. Også oppfattelsen av meg som person og hvilke assosiasjoner jeg gav kunne ha påvirkning på informantene og således deres svar (Thagaard 2003), noe jeg håper og fikk inntrykk av at var positiv. Ved brukernes intervjuer følte jeg at de fort ble komfortable på meg, og at vi hadde en god personkjemi. Jeg følte det samme ved de fleste aktørene, om enn en noe mer formell tone enn hva det var med brukerne.

6.2.3. Forskningsresultatene overførbarhet

Forskningens overførbarhet henviser til hvorvidt forskningens resultater er gyldige i en videre ramme, hvor tolkningene sammenfaller eller gir dypere mening til tidligere erfaringer og til andre situasjoner (Thagaard 2002). Kvale og Brinkmann (2010) spør seg hvorfor resultatet alltid skal kunne la seg generaliseres. Ønsket med denne oppgaven har vært å få kunnskap om FLS i Moss og deres aktører og brukere. Dette i seg selv anses som vitenskapelig kunnskap, som ikke behøver å være universelt gyldig og kvantifiserbart (Kvale & Brinkmann 2010). Resultatene fra denne studien vil således bare kunne si noe om hvordan prosessen rundt FLS har vært i Moss og hvilke erfaringer noen av brukerne og aktørene som har vært involvert har. Overførbarhet kan derimot også bli knyttet opp mot gjenkjennelse (Thagaard 2002), noe funnene blir ved å knytte de opp mot relevant teori og forskning. Det ble av gjennomføringshensyn bare intervjuet fire brukere, noe som kan begrense nyanser og bredde i hvilke tema som ble fanget opp på tross av at jeg følte et metningspunkt. Likeledes kan det være viktige aspekter som ikke er fanget opp ved at det ble gjort et utvalg av relevante aktører.

6.3. Resultatdiskusjon

6.3.1. Beskrivelse av kommunens prosess omkring etablering, drift og nedleggelse av FLS i Moss

FLS i Moss var et offentlig tiltak, som sammen med enkeltindivider jobbet om å gjennomføre livsstilsendring. Dette er hva stortingsmelding nr 16 (2002-2003), samhandlingsreformen (HOD 2008) og Helsedirektoratet (2011/1) ønsket å få et tilbud om i kommunene i Norge. Prosessen og driften av FLS vitner om et nøye gjennomtenkt opplegg. Den gav et tilbud på hovedområdene til Helsedirektoratet, og koordinatorene gjennomførte de nødvendige kurs for å kunne følge disse anbefalingene i størst mulig grad. Videre gjorde koordinatorenes profesjon, kursing og holdninger til helsefremmende og forebyggende arbeid det slik at FLS i Moss fikk en bred tilnærming på området. Deres kompetanse i form av hvordan kroppen fungerer og i hvordan fremme livsstilsendring ble trukket frem av brukerne som betydningsfullt for opplegget. Koordinatorene så på helse som helhetlig, og som favnet om både den psykiske og den fysiske delen. Koordinatorene jobbet derfor etter et salutogenetisk perspektiv, som er opptatt av å favne over hele mennesket (Antonovsky 1996). Koordinatorene benyttet seg av MI, som har likhetstrekk med teorien om bemyndiggjørelse (Stang 1998, 2003). Begge handler om å gi enkeltmennesker tilbake selvbestemmelsen over eget liv ved å vise anerkjennelse og å hjelpe mennesker til å bygge opp sin selvfølelse (Ivarsson 2010, Hvas & Thesen 2002). Således bygges også mestringsforventning (Antonovsky 1986, 1996, Deci & Ryan 2004). Koordinatorene møtte brukerne på et mellommenneskelig plan, hvor de opptrådte støttende gjennom dialog. De ønsket å gi brukerne tro på seg selv og på hva de mestret, uten å ilegge brukerne sine egne definisjoner på hva de anså som riktig og feil atferd. På denne måten har de tatt i bruk SDT i sitt arbeid, da både Deci (personlig meddelelse 2012) og Patrick og Williams (2012) ser på MI som selvbestemmelsens praksis. MI setter derimot store krav til fagutøverne, som må være lyttende, respektfulle, forståelsesfulle og interesserte, uten å overtale eller pålegge egne ønsker over på individet (Ivarsson 2012). Begge koordinatorene deltok på kurs i MI i 2012 (Ståhl personlig meddelelse 2012/1), noe som er kort anvendelsestid for en omfattende samtaleteknikk. Det er derfor mulig at aspektene fra MI som er å finne blant resultatene er grunnet personlig egnethet, og vitner om betydningen også dette kan ha hatt for opplegget.

Koordinatorerne har på bakgrunn av dette fremmet autonom motivasjon, i motsetning til kontrollert motivasjon, som det ifølge Silva et al. (2010) er en stor fare for at individer som mottar hjelp til endringer opplever. Dette i form av at fagutøverne gir de oppskriften på hva som trengs å gjøres, uten at brukerne selv ser verdien av disse endringene, eller opplever en tilhørighet til dem. Dette står stikk i strid med SDT sitt ønske for fagutøvere (Deci personlig meddelelse 2012, Deci & Ryan 2009). Texeira et al. (2012) understøtter synet til Silva et. al (2010), som kritiserer mange intervensjoner for å ha et fokus på ferdigheter og utfall. Deci og Ryan (2009) påpeker at dette kan styrke den kontrollerte motivasjonen. Noen av brukerne i denne studien rapporterte at de tidligere hadde opplevd nettopp dette i forbindelse med for eksempel treningsstudio, og at de opplevde at FLS ble et motstykke til dette.

Folkehelse rådsgiveren ønsket å sikre FLS politisk ved å ta opp opprettelsen i bystyret, hvor alle politikerne stemte for. Det ble ikke bestemt hvilke midler FLS skulle ha til rådighet etter prosjektperioden, etter å ha mottatt 500 000 kroner fra staten til oppstart. Dette er ifølge leder for helse- og sosialutvalget årsaken til nedleggelsen, da politikerne ikke hadde noen plan for videre finansiering og antok at de ville motta videre støtte fra statlig hold. Hadde økonomi og finansiering vært tatt opp i forbindelse med opprettelsen, ville kanskje prosessen blitt en annen. FLS i Moss ville enten ikke blitt opprettet, eller de ville fått en plass i budsjettet, og således ville videre drift vært sikret. Først ved en planlagt langvarig drift ville det vært mulig å finne ut hvilken langtidseffekt FLS i Moss kunne hatt på det forebyggende og helsefremmende arbeidet i kommunen, slik flere av aktørene etterspurte. Således vitner politikernes beslutninger i Moss kommune som mer tilfeldig og lite gjennomtenkte enn hva som var tilfelle ved folkehelse rådsgiveren og koordinatorernes prosess rundt FLS. Helse- og omsorgstjenesteloven fastsetter at hvis kommuner har valgt å ha en FLS, plikter de å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere virksomheten (HOD 2011/2). Grunnet den korte levetiden fikk ikke frisklivskoordinatoren eller folkehelse rådsgiveren mulighet til å evaluere langtidseffekter av FLS eller hvordan henvisning og brukergruppe ville utarte seg etter oppstartsfasen, og således korrigere virksomheten etter dette.

Tidligere forskning viser at det er viktig med et tett samarbeid med fastlegene for å kunne nå ut til de som trenger behandlingen mest (Helgerud & Eithun 2010). I Moss kommune satt en fastlege som medlem i prosjektgruppen, og frisklivskoordinatoren holdt møter med fastlegene i kommunen. Dette var for å sikre et godt samarbeid, men de opplevde allikevel problemer med å få nok brukere fra fastlegene. Siden kommunelegen har en sentral rolle for å få fastlegene med på ordningen (Oldervoll & Lillefjell 2011) kunne det derfor være lurt å få

kommunelegen med i større grad enn det som var tilfellet. Han var kun involvert ved å sitte i styringsgruppen, som ikke var direkte involvert i arbeidet. Det kan i følge forskning også hjelpe på markedsføringen å finne et samlet navn på resepten, som per i dag blir omtalt forskjellig. Både FYSAK resepten, Aktivitet på resept, Grønn resept og Opplandresepten er eksempler på ulike navn som er i bruk, og som kan vanskeliggjøre fastlegers deltakelse i tilbudet (Engedahl et al. 2008). Problemene med henvisning kan også være grunnet legers skepsis til reseptordningen (Bringedahl & Aasland 2005), men både fastlegen og kommuneoverlegen mente at fastlegene i Moss kommune var positive til denne. Dette indikerer at problemet med henvisning var grunnet oppstartsfasen, eller fordi flere av de som ble henvist ikke benyttet seg av resepten. Det ville derfor ha vært hensiktsmessig av fastlegene å sende henvisningen direkte til FLS, for å kunne få et eksakt antall over henvisninger, og over antall mennesker som ikke valgte å benytte seg av tilbudet.

6.3.2. Hvordan brukere av FLS tilbud om fysisk aktivitet har opplevd tilbudet

Brukerne uttalte at de opplevde FLS sitt tilbud som positivt grunnet flere forhold. De opplevde en endring over hva de orket, noe som hos flere også førte til endret mestringstro. Dette sammenfaller med Antonovskys (1996) «sence of coherence», hvor mestringsfølelse og mestringstro kommer av individets positive opplevelser. Whithall et al. (2011) fant i sin studie at dette er av betydning vedrørende trening, da lav mestringsforventning er en barriere for å trene.

Brukerne opplevde tilhørighet i form av sosial støtte både fra de andre brukerne og fra koordinatorene. Brukerne ble en del av et fellesskap bestående av mye humor og latter, noe som for flere hadde innvirkning på treningen. Dette blir underbygget av Whithall et al. (2011), hvor sosial støtte fra trener, venner og profesjonelle ble ansett som viktige bidragsyttere til at man møtte opp på trening. Dette var også en motsats til hva de fleste av brukerne var vant til, som hadde lite sosialt nettverk rundt trening fra før. Ved at brukerne mottok omsorg, ble akseptert og satt pris på kan mestringsfølelsen ha blitt styrket, noe som er i overenstemmelse med SDT (Deci & Ryan 2009). Dette, i tillegg til å ha fagfolk tilstede med den nødvendige kompetansen, gjorde så tilbudet følte trygt for flere av brukerne. Både Antonovsky (1996) og Deci og Ryan (2009) underbygger betydningen det sosiale miljøet har for å kunne gjøre

livsstilsendringer, og hvorvidt man opplever verden som forståelig, håndterlig og meningsfull (Antonovsky 1996).

Moro, fornøyelse og sosialisering er funnet å være viktig for å få folk til å trene (Whithall et al. 2011). Opplevelsen av å ha det artig når man trener virker derfor å ha betydning for om man fortsetter med aktivitet på lang sikt, noe som også blir påpekt av Oldervoll og Lillefjell (2011). Dette står i sammenheng med Deci og Ryans (2004, 2009) indre motivasjon, som viser til at indre motivasjon kommer av at handlingen i seg selv er fornøyeelig. Dette er det ifølge Deci og Ryan (2009) viktig å ha et høyt fokus på der individer ennå ikke har utviklet autonom motivasjon. Det virker som om gleden til brukerne har kommet av å utføre treningen sammen med andre, noe man ikke vet om vil vedvare etter at brukerne ikke lenger har nettverket sitt i form av de andre deltakerne og koordinatorene. Whithall et al. (2011) påpekte at treningsformene som ble assosiert som gøyale var dansetimer og sportstimer, noe det ikke ble gitt tilbud om på FLS. Her viser forskning og teori at FLS burde hatt et større fokus på treningsformer som gav indre motivasjon (Whithall et al. 2011, Oldervoll & Lillefjell 2011, Deci & Ryan 2009), slik at brukerne kunne oppleve indre motivasjon fra selve treningsformene i tillegg til fra det sosiale. Å fortsette treningen på egenhånd uten et gledesfylt nettverk kan bli utfordrende selv om noen av brukerne ga uttrykk for at de ønsket å ta vare på vennskapet de hadde fått, og det er derfor usikkert hvorvidt FLS i Moss gav varige livsstilsendringer.

Brukerne har ved å selv administrere og gjennomføre trening tatt ansvar for egen helse, og handlet i tråd med indrestyrte mennesker (Nygård 2007). Dette kan være ytterligere en indikasjon av at de har opplevd selvbestemmelse på FLS. Motsatsen til selvbestemmelse er der mennesker ikke føler kontroll over eget liv, noe Nygårds (2007) teori om aktør og brikke viste de mulige konsekvensene av. Føler man ingen frihet til egne muligheter, kan menneskets grunnleggende motivasjon i sterk grad bli svekket. Dette kan føre til lært hjelpeløshet (Nygård 2007) og kontrollert motivasjon (Deci & Ryan 2009, Deci personlig meddelelse 2012), noe som gjør det vanskelig å kunne ta ansvar for egen helse. Videre påpeker Nygårds (2007) teori at mennesker må føle motivasjon og frihet for å kunne ta ansvar for egen helse, og at det er kun ved opplevelse av kontroll over utfall at individer kan oppleve en kontroll over sine handlinger.

Brukernes opplevelser vitner om at FLS har hjulpet dem på vei til å bli mer indrestyrte mennesker, som kan ta ansvar for egen helse. Mest av alt grunnet det sosiale miljøet de ble en del av og de endringene de opplevde over hva de orket.

Det er derimot flere av brukerne som tidligere har følt seg kontrollert og alene, og som har opplevd skam over egen situasjon. Dette indikerer at de fortsatt er noe kontrollert motivert, på tross av at FLS ble en positiv motsats til dette. Desto lenger de har vært tidligere kontrollert, jo lenger tid tar det å bli kvitt den indre skyldfølelsen (Deci personlig meddelelse 2012). Det kan derfor være for kort tid med en reseptperiode på tre måneder, noe som blir støttet av Silva et al. (2012). Deres studie viste at det ofte er for mange endringer som skal skje. Det samme poenget trekker Engedahl et al. (2008) frem, som fant at det for noen kan være behov for mer enn ett forsøk for å lykkes med å endre levevaner. Ivarsson (2010) viser også til at det ved MI er viktig å ikke påskynde prosessen for de som trenger en livsstilsendring, men å la det gå i det tempoet som individet selv ønsker. Det samme gjelder ved motiverende samtale, hvor Prochaska og DiClementes (1994) endringshjul viser at det ikke er en strak vei fra start til mål. Det er en sirkulær endring som ofte vil kreve flere runder før man klarer å nå målet om varig livsstilsendring. Ved FLS i Moss fikk de som ønsket det en ny reseptperiode, hvor det var tolv personer som benyttet seg av dette (Ståhl personlig meddelelse 2012/2). Det er derimot uvisst hvorvidt seks måneder vil være nok til å endre livsstil. Tidligere forskning understøtter bekymringen om at FLS kun gir korttidseffekter, da trening på resept sier lite om langtidseffektene utover tolv måneder (SBU 2006, Sørensen et al. 2006, Denison et al. 2012). Å få FLS til å være et trappetrinn for brukerne kan derfor være vanskelig, og det er en fare for at de positive aspektene som brukerne opplevde endte ved reseptens slutt. Dette underbygges av det lave antallet av FLS i Moss sine brukere som gikk over til aktiv på dagtid i kommunen, som de fleste av deltakerne hadde mulighet til å begynne på (Ståhl personlig meddelelse 2013).

Engedahl et al. (2008) mener at det er viktig å utvikle gode rutiner for oppfølging av reseptdeltakerne etter tre måneders reseptperiode. De påpeker at en oppfølgingsperiode på seks-ni måneder etter reseptperioden antakeligvis vil hjelpe flere til å holde fast på endringene. FLS i Moss hadde noe oppfølging, men dette var mest blant de som deltok på røykekurs, og noe kortere blant de som deltok på fysisk aktivitet. De som ønsket det fikk hjelp fra koordinatorene til å gå over i eksisterende tilbud, men brukernes uttalelser viser at det ikke fantes noe passende tilbud. Engedahl et al. (2008) fant at svakheten med frivillige tilbud viste seg hvis brukerne ikke fant seg til rette i de eksisterende tilbudene, og at flere i deres studie

syntes det var vanskelig å finne seg andre lignende tilbud etter reseptperioden. Dette sammenfaller med funnene i denne studien. Grunnet tidsaspektet er det også ifølge Texeira et al. (2012) viktig å følge SDT sine prinsipper om de psykologiske behovene kompetanse, autonomi og tilhørighet. Disse prinsippene ble fulgt på FLS i Moss, basert på brukernes og koordinatorenes egne uttalelser.

FLS i Moss har på bakgrunn av dette tilrettelagt mulighet for livsstilsendring for de intervjuede brukerne vedrørende fysisk aktivitet. Det er derimot mye som indikerer at det er vanskelig å holde på de positive virkningene etter at det sosiale nettverket er borte, og når det som gjenstår er det som kan anses for å være lite gøyale treningsformer. På tross av at koordinatorene selv ble med til andre tilbud for å gjøre overgangen lettere, er det uvisst hvorvidt FLS fungerte som et trappetrinn til andre tilbud. Det er derimot flere av brukerne som har begynt med egentrening etter endt resept, men heller ikke her vet man noe om langtidseffektene.

6.3.3. Hvilke kunnskaper, oppfatninger og holdninger de ulike aktørene knyttet til FLS i Moss har om FLS, livsstilsendring og helse

Denne studien peker i retning av at bakgrunnen for avvikling er beslutningstakernes manglende innsikt i hva FLS sitt arbeid bestod av, og hvor avvikling blir muliggjort grunnet et presset kommunebudsjett hvor prioriteringer må bli gjort. Dette på tross av brukernes opplevelser av motivasjon, mestring og sosial støtte.

Høyrepolitikerne begrunner sin lave kompetanse om FLS i Moss ved at de hadde forventet å motta mer informasjon, istedenfor selv å oppsøke den informasjonen de ønsket. Dette er det motsatte av hva som ble forventet av koordinatorene. De følte en lav interesse for FLS blant politikerne, og hadde forventet større interesse før avgjørelsen om nedleggelse ble tatt. Det er derimot uklart i hvilken utstrekning Høyrepolitikerne mente at informasjonen burde vært gitt i, da det er blitt utført møter av både koordinatorene og av folkehelserådgiveren, i tillegg til rundskriv og rapporter. Det ble derimot understreket av Høyrepolitikerne at de jobbet overordnet, og at inngående kunnskap derfor var overflødig.

Det er i Moss kommune flere mennesker enn på landsbasis med lav sosioøkonomisk status (Folkehelseinstituttet 2012), og en høy andel av livsstilssykdommer som følge av dette, noe

Høyrepolitikere var de med minst kunnskap om. Det var flere av aktørene som så på FLS som et viktig trappetrinn for mange mennesker. Deriblant at legene først kunne komme inn og gi anbefalinger, hvor deretter FLS kunne følge dette opp. Gruppelederen for Høyre mente at de største helseutfordringene til Moss kommune er å få alle til å ta ansvar for egen helse. Hun mente også at medias dekning av helse gjorde så alle oppegående mennesker burde være oppdatert, mens de andre aktørene var enige i medias dekning som lite oversiktlig og forvirrende. De var klare på at ansvar for egen helse er for lettvinnet grunnet de sosiale ulikhetene som eksisterer, hvor økonomi, oppvekst og utdanning var noen eksempler på disse. Dette er i samsvar med de offentlige dokumentene.

Stortingsmelding nr.16 (2002-2003) ”Resept for et sunnere Norge” 2002-03 så på hvordan et samspill mellom det offentlige livstilstiltak og enkeltindividets egeninnsats kunne gjennomføres, og viser til en holdning om at ansvar for egen helse ikke kun ligger hos den enkelte. Også handlingsplanen for fysisk aktivitet 2005-2009 presiserer at hver og en er ansvarlig for egen helse, samtidig som fysiske omgivelser, sosial bakgrunn og politiske valg blir anerkjent som betydningsfulle for hvert enkelt individ sine muligheter til å kunne ta dette ansvaret. Det er derfor ikke kun et ansvar på individplan, men også på et samfunnsplan, hvor samfunnets organisering og muligheter skaper rammevilkår for den enkelte (HOD 2005). Helseministeren har i forbindelse med den nye folkehelsemeldingen uttalt hva han mener om ansvar for egen helse i Aftenposten 25.04.13: *Selv om Støre mener at den enkelte har et ansvar for egen helse, mener han også at folkehelse er et samfunnsansvar* (Dommerud 2013).

I tillegg ser Samhandlingsreformen til kommunen for en ny rolle i helhetlig behandling og for koordinerte tjenester, slik at de i større grad enn i dag kan fylle ambisjonene om forebygging og tidlig innsats. Her satser politikerne i Moss på barn og unge, men i mindre grad på den voksne befolkningen, da Høyrepolitikere mener at kommunen ikke har ansvaret for at alle blir favnet over. En av anbefalingene til samhandlingsreformen for å imøtekomme den nye kommunerollen er å etablere lærings- og mestringstilbud i kommunene, som kan gi brukere verktøy til å håndtere hverdagen på en bedre måte gjennom tettere oppfølging i sitt nærmiljø (HOD 2008), noe FLS gjorde. Handlingsplanen for fysisk aktivitet (2005) stadfester også at det bør finnes lokale lavterskeltilbud i kommunene. Det blir fokusert på betydningen av at folkehelsen blir utviklet og vedlikeholdt i kommuner og lokalsamfunn, da det er der mennesker lever, bor og utfolder seg i hverdagen (HOD 2005). Basert på brukernes meninger om de eksisterende tilbudene finnes det som nevnt ikke lenger noe passende lavterskeltilbud for deres brukergruppe.

En av brukerne ble opprørt over måten en politiker hadde beskrevet FLS opplegg i avisen, som for øvrig er den samme Høyrepolitiker som er intervjuet. Brukeren mener at hennes uttalelser om at de kun »tusler en tur i Nesparken» er stigmatiserende, og at det virker som om det er noe de burde ha klart på egenhånd. Brukerne har tidligere følt kontrollert motivasjon ved andre treningstilbud, og de har også hatt dårlig samvittighet og følt skam over egen situasjon, slik en bruker uttrykker det vedrørende sine egne fordommer mot å trene. Dette kan ifølge Deci (personlig meddelelse 2012) oppstå hvor samfunn har et spesielt fokus som man ikke føler man imøtekommer, deriblant det å være i fysisk aktivitet. Hva gjør det med brukerne av FLS og andre mennesker i lignende situasjon at politikerne i kommunen deres ytrer meninger som blir oppfattet som fordommer, og som således kan forsterke deres egne? Fører det til ytterligere skamfølelse, og en stigmatisering av en gruppe i samfunnet? Nygård (2007) trekker frem miljøets påvirkning på utviklingen av ytre eller indrestyrte mennesker. Han mener at dette utgjør et stort kollektivistisk ansvar til samfunnet vårt, som har makt via de politiske beslutninger til å påvirke hvilken selvforståelse individer utvikler. Også handlingsplanen for fysisk aktivitet (2005), samhandlingsreformen (HOD 2008) og folkehelseloven (HOD 2011/1) mener at et menneskes helse er kompleks, og påpeker at et individs muligheter til å ivareta egen helse kan bli forsterket av samfunnsskapte forhold og dets tilrettelegging.

Det er for styringsmakter i et land en fin balansegang mellom å ta ansvar og å gi ansvar. Der hvor man vektlegger i stor grad et personlig ansvar til enkeltindivid, ser man ofte en holdning av å skyldes på ofrene, såkalt «blaming the victim». Blant annet der hvor mennesker ikke tar ansvar for egen helse. Dette kan være en misoppfattet ide om at alle kan ta egne valg over egne liv, når man vet at dette ikke er et reelt valg for alle mennesker. Atferden til den enkelte er langt på vei bestemt av sosiale og økonomiske forhold, slik flere av aktørene påpekte. De som ikke deler denne tanken, ser ofte på mennesker som har fått livsstilsrelaterte sykdommer som uforsvarlige og uverdige til å motta hjelp (Weiner 1995). Politikere er i en maktposisjon, både grunnet de bestemmelser de gjør og vedrørende de ytringene som blir gjort i media. De kan velge å løfte individer opp, og gi dem muligheten til selv å ta ansvar, eller de kan løfte pekefingeren og forsterke en følelse av maktesløshet og avmakt (Stang 1998,2003, Walseth & Malterud 2004), og således bidra til å gjøre mennesker ytrestyrte og ute av stand til selv å ta ansvar for egen helse (Nygård 2007).

6.3.4. Hvilke tanker har brukerne og de ulike aktørene omkring nedleggelse av FLS i Moss

Brukerne av FLS er uenige i politikerne sin beslutning om å legge ned FLS, hvor flere påpekte at politikerne ikke hadde kunnskap om hva FLS egentlig gikk ut på. Det samme mente flere av aktørene. Brukerne skulle ønske at politikerne kunne ha kommet og fått et innblikk før de tok avgjørelsen om å legge det ned. De mente videre at FLS heller ikke fikk nok tid på seg, og at den fortsatt var i en oppstartfase. To brukere trekker frem progresjonen de var vitne til, hvor det på starten var få mennesker tilstede og et overtall av eldre, mens det på slutten kom flere til, og stadig yngre mennesker. Penger ble også nevnt av flere, hvor de var enige i at FLS var noe som det burde prioriteres å bruke penger på, siden de gav kommunen en sjanse til å forminske helseutgiftene, og således spare penger.

Det blir av Høyrepolitikere og flere av de andre aktørene påpekt at årsaken til nedleggelse var Moss kommune sin dårlige økonomi. Det var ikke nok penger til både å hjelpe der hvor sykdom har oppstått og til det forebyggende arbeidet. En mulighet til å få inn mer penger var hvis leger ikke fikk egen takst for å ta opp spørsmål knyttet til livsstil, og at dette var innpasset i eksisterende takst for tidsbruk. Gikk taksten heller til FLS ville det bety et inntjeningspotensial for sentralen (Engedahl et al. 2008). Dette er derimot et statlig anliggende som kommunen har liten innflytelse over. Rådmannen synes at intensjonene bak det nye lovverket var veldig gode, men at kommunene ikke er helt i stand til å gjennomføre det forebyggende arbeidet når de ikke har fått tilstrekkelig med penger til å gjøre det. Antonovsky (1996) påpekte at å bruke kost- nytte i helsefremming er et dårlig argument, og mente at det er verditermer som bør bli brukt: «*Ingen kjemper for at museumer skal gi utbytte i form av penger*» (Antonovsky 1996: 12).

Høyrepolitikere i Moss mente også at FLS arbeid ikke nødvendigvis behøver å være kommunen sitt ansvar, og at også frivillige kan ta dette. Det trengs derimot en stor del av menneskelige ressurser for å få frivillige tilbud til å fungere. Tjukkasgjengen er et eksempel på frivillighet hvor helsefremmende arbeid skjer i stor grad i kommunen, og viser hvor stor innsats som kreves. Kan slike tilbud bestå, når ildsjelene må legge ned utallige timer hver dag? Det blir av Tjukkasgjengens grunnlegger påpekt at det ikke er lett å holde motivasjonen oppe og å drive videre uten midler eller støtte fra statlig eller kommunalt hold (Ellefsen personlig meddelelse 2013).

Begge høyrepolitikerne trekker frem Aktiv på Dagtid, Tjukkasgjengen og generelt det frivillige arbeidet i Moss kommune som tilbud brukerne kan ta i bruk. Ut ifra brukernes egne uttalelser om disse tilbudene er det ikke noe som favner over deres behov, da flere av brukerne ikke føler at de har det samme samholdet som ved FLS. De føler at de blir stående mer alene, uten støtte fra andre. For Tjukkasgjengen blir også kondisjonsnivået til brukerne trukket frem, og at de grunnet dårlig helse ikke klarer å henge med og blir gående langt bak. Det blir også påpekt fra en bruker at de som jobber på et treningsstudio ikke vet alt om deg, noe som blir påpekt at FLS koordinatorene gjorde. Fastlegen mente at kunnskap om brukerne i form av delvis taushetsbelagt informasjon, er en viktig forutsetning for gjennomføring av livsstilsendring. Ved å være en helsetjeneste kunne FLS ha et helt annet samarbeid med fastlegene enn hva andre tilbud har, og de ville hatt en annen kunnskap om brukerne og deres behov.

Andre tilbud i kommunen har heller ikke en helhetlig tilnærming til livsstilsendring i form av flere ulike tilbud, slik som FLS hadde. Frivilligsentralen og velferdssentralen blir trukket frem av Høyrepolitikerne som passende tilbud for brukerne, på tross av at de ikke har tilbud som søker å gjøre noe med livsstilssykdommer. Lavterskeltilbud blir i handlingsplanen for fysisk aktivitet (2005) definert, hvor FLS i Moss oppnådde alle kriteriene. Dette gjør ikke de anbefalte tilbudene fra Høyrepolitikerne.

Handlingsplanen (2005) ser på frivillig arbeid som en vesentlig kraft i folkehelsearbeidet, da de kan tilrettelegge for fysisk aktivitet. Forskning er derimot skeptisk til hvorvidt frivillige lag og foreninger har et godt nok kvalitetssikret lavterskeltilbud med gode aktivitetsledere for målgruppen. Svakheten viser seg hvis brukerne ikke mestrer eller finner seg til rette i eksisterende tilbud i kommunen, noe som er tilfelle blant de intervjuede brukerne i Moss. Det ble derimot påpekt at lokale lag og foreninger burde være en del av aktivitetstilbudet, men at forankringen og samtalen burde legges hos eksempelvis en FLS. Dette fordi noen brukere har behov for gruppebasert/individuell trening og veiledning over tid før de eventuelt kan delta i aktivitetstilbud i regi av lag og foreninger eller drive egenorganisert aktivitet. For andre vil det være riktig å gå direkte til eksisterende tilbud i frivillig eller kommersiell sektor etter helsesamtalen (Engedahl et al.2008). Dette samsvarer også med SV- politikerens tanker om at det er viktig med mange ulike tilbud slik at alle blir favnet over, og fastlegens meninger om kunnskapen til FLS kontra andre tilbud.

For å kunne lede mennesker til selvbestemmelse må det i tillegg til å jobbe på individnivå også jobbe på et systemnivå, på både det økonomiske, sosiale og politiske plan (Stang 1998). Politikere legger føringer for spillerommet til fagutøvere, og kan skape samfunnsskapte forhold som gir en følelse av maktesløshet for fagutøvere, som ikke kan utøve sin fagkunnskap på de som trenger det (Stang 2003), noe som ble tilfellet for FLS koordinatorene i Moss kommune.

Det ble av gruppelederen for Høyre ytret en misnøye over fastlegene, og hevdet at de unndrar seg deres ansvar ved ikke å informere godt nok eller sende mennesker videre til passende tilbud. Fastlegen og kommuneoverlegen poengterer begge at det ikke lenger er noe passende tilbud som de kan henvise videre til der hvor det ikke foreligger sykdom og pasientorganisasjoner, men at de er gode på informasjonsbiten. De understreker imidlertid at deres arbeid stopper opp her, da de ikke har mulighet til å kunne følge opp i den utstrekning som FLS gjorde. De synes derfor det er synd at de ikke lenger kan henvise dit.

Lederen for helse- og sosialutvalget påpeker at det kan bli mye prating, siden det først skulle være en prat med fastlegen, for deretter å fortsette å prate på FLS. Dette er ifølge MI hensiktsmessig og nødvendig, da endring kan ta tid, og at det ofte trengs mange samtaler før varig livsstilsendring kan bli nådd. Dette blir illustrert ved Prochaska og DiClementes (1994) sitt endringshjul. De to Høyre -politikere hadde ikke kjennskap til MI. Noen av aktørene ytret en antagelse om at politikere lot seg påvirke mer av hva de så i aviser enn hva som var reelt, noe som også ble understøttet av gruppelederen for Høyre sin uttalelse om at hun har fått sin informasjon hovedsakelig fra media.

Folkehelseloven slår fast at kommunene plikter å vite om folkehelseutfordringene som er særskilte for sin kommune. Dette for å kunne sette i gang de nødvendige helsefremmende tiltak, og til enhver tid ha oversikt over helsetilstanden i kommunen og de faktorer som kan påvirke denne (HOD 2011). Det står derimot ikke noe i lovverket om hvilke personer i en kommune som skal vite om disse. I Moss kommune bevilget rådmannen penger i samsvar med folkehelseutfordringene til kommunen, noe beslutningstakerne gikk bort fra. Dette har gitt utslag blant en gruppe i samfunnet, som nå står uten et tilrettelagt lavterskeltilbud for deres behov.

7. Avslutning

FLS i Moss har klart å tilrettelegge for livsstilsendring hos de brukerne som er blitt intervjuet. Koordinatorene har forsterket de positive aspektene som hvert menneske innehar og som teoriene i denne besvarelsen vektlegger. Dette er blitt gjort ved å ha skapt et nettverk for brukerne, hvor de har opplevd selvbestemmelse og glede av å være i aktivitet sammen med andre. De har fått utfordret sin egen fysikk og har blitt støttet og oppmuntret, noe som har ført til positive fysiske endringer og en større mestringstro og mestringsfølelse.

Ønsket hos koordinatorene var å få brukerne til å oppleve mestring og en endring i fysikken, slik at de kunne gå videre til et eksisterende tilbud i kommunen. Det er derimot tydelig at det for flesteparten av brukerne ikke er noe passende tilbud, og at årsaken er mangel på det sosiale samholdet som de har fått være en del av på FLS og grunnet en annen fysisk fungering. Derfor har noen av brukerne gått sammen for å kunne fortsette treningen, noe som kan vitne om at de har opplevd en større tro på hva de selv kan få til, og således selv kan ta større ansvar for egen helse. Dette var også hva en av Høyrepolitikere påpekte var en av Moss kommune sine største helseutfordringer. Allikevel ble det bestemt nedleggelse av FLS, på bakgrunn av ressurser. Således er det verdt å spørre seg om kommunen unndrar seg sitt ansvar til det nye lovverket om forebyggende arbeid, samtidig over hvorvidt dette blir muliggjort ved at statlig hold ikke følger opp med økonomiske midler.

Denne studien har argumentert for at nedleggelse av FLS i Moss var feil beslutning ut fra et folkehelseperspektiv, men at det trengs mer forskning rundt langtidseffekter.

Helgerud og Eithun (2010) påpekte at samarbeidet med legene er viktig for i større grad å kunne se sammenhenger mellom de fysiske og de mer medisinske målene. Denison et al. (2012) etterlyste mer standardisering av utfall og metoder for å måle fysisk aktivitet. Dette vil derimot ikke si noe om de motivasjonelle faktorene som denne oppgaven argumenterer betydningen for der hvor livsstilsendring er ønskelig, og hvor videre forskning bør skje. Dette blir underbygget av Oldervoll og Lillefjeld (2011), som mener at det tradisjonelt har vært prioritert å måle effekt på fysisk form og fysisk aktivitetsnivå, og lite på å måle individets evne til mestring og deltakelse i arbeidslivet eller samfunnslivet.

Jeg oppfordrer derfor til videre forskning på FLS i Norge. Både over langtidseffekter, motivasjonelle faktorer, hvilke som velger ikke å benytte seg av tilbudet, arbeidet frem mot

beslutningstakeres bestemmelser, og hvorvidt rammefaktorer og holdninger rammer en stigmatisert gruppe i samfunnet.

8. Litteraturliste

Antonovsky, A. (1986): *Helbredets mysterium. At tåle stress og forblive rask*. Hans Reitzels forlag

Antonovsky (1996): *The salutogenetic model as a theory to guide health promotion*. Oxford University Press: Health Promotion International: 1996: vol 11, No 1: 11-18

Bandura, A. (1986): Bandura, A. (1986): *Social foundations of thought and action: a social cognitive theory*. New Jersey, Englewood Cliffs: Prentice- Hall

Bandura, A. (1997): *Self- efficacy. The exercise of control*. New York: W.H. Freeman and Company

Bandura, A. (1999): *Self efficacy in changing societies*. Cambridge University Press

Borer, K.T., Wuorinen, E.C., Lukos, J.R., Denver, J.W., Porges, S.W., Burant, C.F. (2009): *Two bouts of exercise before meals, but not after meals, lower fasting blood glucose*. *Medicine and science in sports and exercise*, 2009: 1606-1614

Bringedal, B., & Aasland, O.G.(2005): *Legers bruk og vurdering av Grønn resept ordningen*. Legeforeningens forskningsinstitutt.

Deci, E.L., & Ryan, R.M (1985): *Intrinsic Motivation and Self-Determination in Human Behavior*. New York: Plenum Press.

Deci, E.L., & Ryan, R.M (2000): *Self- Determination Theory and the Facilitation of Intrinsic Motivation, Social Development, and Well- Being*. The American Psychological Association. Vol 55, No 1: 68-78

Deci, E.L., & Ryan, R.M (2004): *An overview of self- determination theory: An organismic-dialectical perspective*. I: Deci, E.L., & Ryan, R.M (red.) *Handbook of self- determination research*.(pp.3-36) NY: The University of Rochester Press

Deci, E.L. & Ryan, R.M. (2009): *Self-determination theory: A consideration of human motivational universals*. I: Corr, Philip J. & Matthews, Gerald (Eds.), *the Cambridge handbook of personality psychology* (pp. 441-456). New York: Cambridge University Press.

Deci, E.L. (2012): Personlig meddelelse: *Seminar Helsedirektoratet 02.11.2012*

Denison, E., Vist, G.E., Underdal, V., Berg, R.C.(2012): *Effekter av organisert oppfølging på atferd som øker risiko for sykdom hos voksne*. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten.

Dewey, J. (1938): *Experience and education*. New York: Macmillan.

Dommerud, T.(2013): *Støre inviterer til folkehelseugnad*. Lokalisert 26.04.13 på World Wide Web: <http://www.aftenposten.no/nyheter/iriks/Store-inviterer-til-folkehelseugnad-7185250.html#.UXrIQrW9AWw>

Publisert: 25.apr. 2013 19:26 Oppdatert: 25.apr. 2013

Ellefsen, J (2013): Personlig meddelelse: Telefonsamtale 18.03.2013.

Engedahl, B., Lærum, G., Bjørnsgaard, A., Frøystein, O., Forsberg, K. (2008): *Evalueringsrapport. Oppfølgingsystemer til «Grønn resept» 2004-2008*.

Oslo: Sosial- og helsedirektoratet.

Fog, J.(2005): *Med samtalen som utgangspunkt. Det kvalitative forskningsinterview*. København: Akademisk forlag.

Folkehelseinstituttet (2011): *Overvekt og fedme hos voksne*. Lokalisert 17.09.2012 på World Wide Web:

http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=233&trg=MainLeft_6039&MainArea_5661=6039:0:15,4576:1:0:0:::0:0&MainLeft_6039=6041:70834::1:6043:19:::0:0

Publisert 10.03.2011, Oppdatert: 09.08.2011

Folkehelseinstituttet (2012): *Folkehelseprofil 2012: Moss*. Lokalisert 29.08.12 på World Wide Web: <http://www.moss.kommune.no/Filnedlasting.aspx?Mid1=7550&FilId=9517>

Graff- Iversen, S., Jenum A.K., Grøtvedt, L., Bakken, B., Selmer, R.M., Sjøgaard, A.J. (2007): *Risikofaktorer for hjerteinfarkt, hjerneslag og diabetes i Norge*. Tidsskrift for Den norske legeforening 127: 2537-41

Helgerud, J. & Eithun, G.(2010): *Evaluering av fysisk aktivitet på resept i Nordland og Buskerud fylkeskommune*. Rapport fra Hokksund rehabiliteringssenter og NTNU. 49 s.

Helsedirektoratet (2009): *Fysisk aktivitet blant voksne og eldre i Norge. Resultater fra kartlegging i 2008 og 2009*. Rapport Helsedirektoratet. 105 s.

Helsedirektoratet (2011/1): *Frisklivssentraler*. Lokalisert 26.08.12 på World Wide Web:
<http://www.helsedirektoratet.no/folkehelse/frisklivssentraler/Sider/default.aspx>

Publisert: 27.11.2011 Endret: 27.11.2011.

Helsedirektoratet (2011/2): *Grønn resept*. Lokalisert 09.02.13 fra World Wide Web:
<http://www.helsedirektoratet.no/folkehelse/frisklivssentraler/gronn-resept/Sider/default.aspx>

Publisert: 02.12.2011 Endret: 02.12.2011

Helsedirektoratet (2011/3): *Veileder for kommunale frisklivssentraler*. Utgitt: Februar 2011

Revidert utgave: På høring november 2012

Helsedirektoratet (2011/4): *Bra Mat-kurs og ernæring*. Lokalisert 12.02.2013 fra World Wide Web: <http://www.helsedirektoratet.no/folkehelse/frisklivssentraler/bra-mat-kurs/Sider/default.aspx>

Publisert: 02.12.2011 Endret: 02.12.2011

Helsedirektoratet (2012): *Gjennomføring av frisklivssamtalen*. Lokalisert 18.09.2012 på World Wide Web: <http://www.helsedirektoratet.no/folkehelse/Documents/veiledning-til-gjennomforing-av-frisklivssamtalen.pdf>

HOD: Helse- og omsorgsdepartementet (2005): *Handlingsplan for fysisk aktivitet 2005-2009*.

HOD: Helse- og omsorgsdepartementet (2008): *St. meld. nr 47 (2008-2009)*.

Samhandlingsreformen. Rett behandling- på rett sted- til rett tid. Lokalisert 04.02.2013 fra World Wide Web: <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/2008-2009/stmeld-nr-47-2008-2009-.html?id=567201>.

HOD: Helse- og omsorgsdepartementet (2011/1): *Lov om folkehelsearbeid (folkehelseloven)*. Lokalisert 04.02.2013 fra World Wide Web: <http://lovdata.no/all/hl-20110624-029.html>

HOD: Helse- og omsorgsdepartementet (2011/2): *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (Helse- og omsorgstjenesteloven)*. Lokalisert 26.02.2013 fra World Wide Web: <http://www.lovdata.no/all/hl-20110624-030.html>

Oppdatert 15.02.2013.

- Hvas, A.C., & Thesen, J. (2002): *At styrke patientens egne kræfter og at modvirke undertrykkende kræfter: "Empowerment" I et medicinsk perspektiv*. Ugeskrift for læger 2002; volum 164(46):5361-5365
- Ivarsson, B.H. (2010): *Motiverende intervju. Praktisk håndbok for helse- og omsorgssektoren*. Stockholm: Gothia Forlag.
- Jenum, A.K., Graff- Iversen, S., Selmer, R., Sjøgaard, A. (2007): *Risikofaktorer for hjerte- og karsykdom og diabetes gjennom 30 år*. Tidsskrift for Den norske legeförening 127: 2532-6
- Johannessen, A., Tufte, P.A. & Kristoffersen, L. (2006): *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*. Oslo: Abstrakt forlag
- Journalen (2012): *Satser videre på omstridt kostholdskampanje*. Lokalisert 05.11.2012 fra World Wide Web: <http://journalen.hioa.no/journalen/Innenriks/article86868.ece>
- Publisert: 23.10.12 Oppdatert: 25.10.12
- Kant, G. (2013): Personlig meddelelse: *Telefonsamtale 26.04.2013*.
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2010): *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal
- Kruglanski, A.W. Friedman, I. & Zeevi, G. (1971): *The effects of extrinsic incentive on some qualitative aspects of task performance*. Journal of personality, 39, 606-617.
- Lepper, M.R., Greene, D. & Nisbett, R.E. (1973): *Undermining childrens` s intrinsic interest with extrinsic reward: A test of the "overjustification" hypothesis*. Journal of Personality and Social Psychology, 28, 129- 137.
- Malterud, K. (2011): *Kvalitative metoder i medisinsk forskning- en innføring*. Oslo: Universitetsforlaget.
- McKay, B., Forbes, J.A., Bourner, K. (1990): *Empowerment in general practice. The trilogies of caring*. Australian family physician vol.19, no 4 1990:515-520
- Melanson, E.L., Sharp, T.A., Seagle, H.M., Horton, T.J., Donahoo, W.T., Grunwald, G.K., Hamilton, J.T., Hill, J.O. (2001): *Effect of exercise intensity on 24- h energy expenditure and nutrient oxidation*. Journal of applied physiology.2002:92, 1045-1052
- Mollan, M. (2013): Personlig meddelelse: *Møte 05.03.2013*. Moss Rådhus.

- Moss Frivilligsentral (2013): *Aktiviteter*. Lokalisert 15.03.13 fra World Wide Web:
<http://moss.frivilligsentral.no/?pageslug=aktiviteter-3968>
- Moss kommune (2012): *Prosjektdirektiv. Forprosjekt (for planleggingen)(og hovedprosjekt for gjennomføring.) Etablering av Frisklivssentral*. Dato: Ajourført 01.02.12.
- Norges Idrettsforbund (2012): *Aktiv på dagtid. Timeplan 2012*. Rolvsøy: Møklegaard Printshop.
- Norges Idrettsforbund (2013): *Priser*. Lokalisert 15.03.13 fra World Wide Web:
<http://www.idrett.no/krets/ostfold/aktivpadagtid/Sider/Priser.aspx>
- Nygård, R. (2007): *Aktør eller brikke. Søkelys på menneskets selvforståelse*. Oslo: Cappelen Akademisk forlag
- Oldervoll & Lillefjell (2011): *Fysisk aktivitet, folkehelse og samhandling*.
- Innherredsmodellen - Trinn 1*. Rapportserie fra Senter for helsefremmende forskning, 2011/2. 33 s.
- Patrick, H. & Williams, G. (2012): *Self-determination theory: its application to health behavior and complementary with motivational interviewing*. International journal of behavioral nutrition and physical activity. 2012. 9:18
- Pedersen, A.G., & Thonstad, M. (2008): *Hva skjer med helsen vår midt i livet?* Lokalisert 05.11.2012 fra World Wide Web:
<http://www.ssb.no/samfunnsspeilet/utg/200805/04/index.html>
- Prochaska, J.O., Norcross, J.C. & DiClemente, C.C. (1994): *Changing for good: A Revolutionary Six-Stage Program for Overcoming Bad Habits and Moving Your Life Positively Forward*. New York: Morrow
- Rotter, J.B. (1954): *Social learning and clinical psychology*. New Jersey: Prentice- Hall.
- Ryan, R.M., Patrick, H., Deci, E.L., & Williams, G.C. (2008): *Facilitating health behavior change and its maintenance: Interventions based on Self-Determination Theory*. The European health psychologist.10: 2- 5.
- SBU (Statens beredning för medicinsk utvärdering)(2006): *Metoder för att främja fysisk aktivitet – En systematisk litteraturoversikt*. Stockholm: Rapport nr. 181.

Seeman, M. & Evans, J.W. (1962): *Alienation and learning in a hospital setting*. American Sociological Review, 27, 772-782.

Silva, M.N., Vieira, P.N., Coutinho, S.R., Minderico, C.S., Matos, M.G., Sardinha, L.B., Teixeira, P.J. (2010): *Using self-determination theory to promote physical activity and weight control: a randomized controlled trial in women*. Journal of Behaviour Medicine (2010) 33:110-122.

Sonstroem, R.J. & Walker, M.I. (1973): *Relationship of attitudes and locus of control to exercise and physical fitness*. Perceptual and Motor Skills, 36, 1031- 1034.

Stang, I.(1998): *Makt og bemyndigelse- om å ta pasient- og brukervedvirkning på alvor*. Oslo: Universitetsforlaget.

Stang, I. (2003): *Bemyndigelse: en innføring i begrepet og "empowerment-tenkningen" relevans for ansatte i velferdsstaten*. I: Hauge, H. A. & Mittelmark, M. B. (red.) Helsefremmende arbeid i en brytningstid: fra monolog til dialog? s. 141-161. Bergen: Fagbokforlaget

Statistisk sentralbyrå (2008): *Levekårsundersøkelsen 2008. Helse, omsorg og sosial kontakt*. Lokalisert 24.09.2012 på World Wide Web: <http://www.ssb.no/emner/03/01/helseforhold/>
Frigitt 26.06.2009

Strickland, B.R. (1978): *Internal- external expectancies and health related behaviours*. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 46, 1192-2211.

Strickland, B.R. (1979): *Internal- external expectancies and cardiovascular functioning*. I: Perlmutter, R.I & Monty, R.A (red). Choice and Perceived Control. New Jersey: Lawrence Erlbaum.

Ståhl, K.(2012/1): Personlig meddelelse: *Dialogmøte 13.mars 2012*. Moss: Peer Gynt sykehjem.

Ståhl, K.(2012/2): Personlig meddelelse: *Møte 24.8.2012*. Moss: Peer Gynt sykehjem.

Ståhl, K. (2013): Personlig meddelelse: *E- post korrespondanse 07.03.2013*.

Ståhl, K. & Mollan, M. (2013): *Rapport for 2012. Frisklivssentral i Moss*. Dato: 12.02.13

Sørensen, J.B., Skovgaard, T., Puggaard, L. (2006): *Exercise on prescription in general practice: a systematic review*. Scand J Prim Health Care, Jun; 24(2):69-74.

Sørensen, T. (2013): Personlig meddelelse: *Telefonsamtale 15.04.2013*

Teixeira, P.J., Silva, M.N., Mata, J., Palmeira, A.L., Markland, D. (2012): *Motivation, self-determination, and long-term weight control*. International journal of behavioral nutrition and physical activity 2012, 9:22

Walseth, L.T. & Malterud, K. (2004): *Salutogenese og empowerment i allmennt medisinsk perspektiv*. Tidsskrift for Den norske Legeforening nr. 1, 2004; 124

Warburton, D.E.R., Nicol, C. W., Bredin, S. S.D. (2006): *Health benefits of physical activity: the evidence*. Canadian medical association journal 2006: 174(6)801-809.

Weiner, B. (1995): *Judgments of responsibility. A foundation for a theory of social conduct*. New York: The Guilford Press

Whithall, J., Jago, R., Fox, K.R (2011): *Why some do but most don't. Barriers and enablers to engaging low-income groups in physical activity programmes: a mixed methods study*. BMC Public Health 2011, 11:507: 1-13

Widerberg, K. (2011): *Historien om et kvalitativt forskningsprosjekt*. Oslo: Universitetsforlaget.

Wild, T.C., & Enzle, M.E. (2004): *Social contagion of motivational orientations*. I: Deci, E.L., & Ryan, R.M (red.) Handbook of self-determination research. (pp. 141-160) NY: The University of Rochester Press

Williams, A.F (1973): *Personality and other characteristics associated with cigarette smoking among young teenagers*. Journal of Health and Social Behaviour, 14, 374-380.

World health organization (2012): *Obesity and overweight*. Lokalisert 26.08.12 på World Wide Web: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/index.html>

World Medical Association (2012): *WMA Declaration of Helsinki - Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects*. Lokalisert 20.09.2012 på World Wide Web: <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/index.html>

9. Vedlegg

Vedlegg 1: Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjekt

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

Frisklivssentralen i Moss

Bakgrunn og hensikt

Dette er et spørsmål til deg om å delta i en forskningsstudie for å undersøke brukernes opplevelser med å delta på tilbud gjennom Frisklivssentralen i Moss. Studien inngår i en masteroppgave i folkehelsevitenskap ved Universitetet for miljø- og biovitenskap (UMB) på Ås. Masterstudent Nina Brødremoen Sand er ansvarlig for studien. Veileder er Camilla M. Ihlebæk, professor i folkehelsevitenskap, UMB.

Hva innebærer studien?

Studien innebærer å delta på et intervju og svare på spørsmål som omhandler egne tanker og erfaringer rundt Frisklivssentralen i Moss.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Informasjonen som registreres om deg skal kun brukes slik som beskrevet i hensikten med studien. Alle opplysningene vil bli behandlet uten navn og fødselsnummer eller andre direkte gjenkjennerende opplysninger. En kode knytter deg til dine opplysninger gjennom en navneliste. Det betyr at opplysningene er avidentifisert.

Det er kun autorisert personell knyttet til prosjektet som har adgang til navnelisten og som kan finne tilbake til deg.

Det vil ikke være mulig å identifisere deg i resultatene av studien når disse publiseres. Prosjektet vil avsluttes 31.12.2013, og alle innsamlede opplysninger vil da bli anonymisert.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke til å delta i studien. Dette vil ikke få noen konsekvenser. Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen på siste side. Om du nå sier ja til å delta, kan du senere trekke tilbake ditt samtykke. Dersom du senere ønsker å trekke deg eller har spørsmål til studien, kan du kontakte

Nina Brødremoen Sand på telefon 977 70 002 eller via email: ninab.s@hotmail.com. Veileder Camilla Ihlebæk kan også kontaktes på telefon 64 965108 eller via email: camilla.ihlebak@umb.no.

Ytterligere informasjon om studien finnes i kapittel A – utdypende forklaring av hva studien innebærer.

Ytterligere informasjon om personvern finnes i kapittel B – Personvern.

Samtykkeerklæring følger etter kapittel B.

Kapittel A- utdypende forklaring av hva studien innebærer

- Kriterier for deltakelse:
Fullført opplegget på 3 måneder hos Frisklivssentralen i Moss.
- Bakgrunnsinformasjon om studien:
Studien ønsker å se hvorvidt Frisklivssentralen i Moss har et opplegg som passer sine brukere.
- Tidsskjema:
Intervjuet vil vare i ca en time og vil foregå på Frisklivssentralen i Moss sine lokaler på et avtalt tidspunkt.
- Ved ny informasjon:
Studiedeltakeren vil bli orientert så raskt som mulig dersom ny informasjon blir tilgjengelig som kan påvirke villigheten til å delta i studien

Kapittel B - Personvern

Personvern

Opplysninger som registreres om deg er dine egne uttalelser om ulike tema.

Informasjon om utfallet av studien

Deltakerne har rett til å få informasjon om resultatet av studien.

Samtykke til deltakelse i studien

Jeg er villig til å delta i studien

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om studien

(Signert, rolle i studien, dato)

Vedlegg 2: Preliminær skisse brukere av Frisklivssentralen i Moss

Bakgrunnsinformasjon:

(Kjønn)

Alder

Tilknytning til Frisklivssentralen (type opplegg og varighet)

Innledende spørsmål:

Kan du fortelle litt om forrige gang du var på Frisklivssentralen?

Startfasen:

Hvordan opplevde du det første møtet med Frisklivssentralen? (MI)

- Hva fikk du ut av samtalen?

Hvordan opplevde du å få tilbud om Frisklivssentralen av fastlegen din?

- Hva fokuserte han eller hun på?
- Opplevde du det annerledes enn det første møte med Frisklivssentralen?

Hvorfor valgte du å bli med på opplegget til Frisklivssentralen?

Hvordan tenkte du på trening før du begynte på Frisklivssentralen?

- Hvorfor var det utfordrende?
- Hvordan tenker du om det nå? (Har det endret seg)
- Hvorfor tror du det har endret seg?/ Hvorfor tror du det ikke har endret seg?

Frisklivssentralen i Moss:

Hvilke tanker har du om Frisklivssentralen i Moss?

- Er det noe av FLS opplegg som du ønsker å fortsette med på egenhånd? Hvis ja; hva? Hvorfor? Er det noen treningsformer du synes at du får mer ut av å utføre? Hvis ja; utdyp. Har det vært utelukkende morsomt?
- Er det noe du har savnet hos Frisklivssentralen? (Ved samtalene, treningen, oppfølgingen, støtten)
- Er det noe du skulle ønske at de gjorde mer av?
- Er det deler av opplegget som du ikke ønsker å fortsette med? Hvis ja; Hva? Hvorfor?

Støtte:

Snakker du med andre mennesker om det å endre livsstil? Hvis ja; hvilke er det du snakker med? (Familie, venner, kollegaer..)

Har du fått noe støtte av andre ift å endre livsstil? Hvis ja; Hva slags støtte har du fått?

- Hva slags støtte føler du at de ansatte ved Frisklivssentralen har gitt deg?
- Hva slags støtte føler du at de andre brukerne av Frisklivssentralen har gitt deg?
- Hva slags støtte fikk du fra mennesker rundt deg ift trening før du begynte hos Frisklivssentralen? Familie og/ eller venner?
- Har støtten endret seg etter at du begynte hos Frisklivssentralen?

Nedleggelse av Frisklivssentralen:

Hva synes du om at Frisklivssentralen skal legges ned?

- Kjenner du til andre tilbud? Hvis ja; hvilke?
- Er det noe annet tilbud som du tenker deg kan sammenlignes med det tilbudet som Frisklivssentralen har gitt deg? Hvis ja; hvilke? ligger disse i kommunen? Hvis nei; hva mener du at Frisklivssentralen har vært unike på, som man ikke får andre steder?

Vedlegg 3: Preliminær skisse sentrale aktører

Bakgrunnsinformasjon:

Stilling:

Hva slags profesjonelt forhold har du til Frisklivssentralen i Moss?

FLS:

Hva vet du om Frisklivssentraler generelt?

Hva vet du om Frisklivssentralen i Moss?

Hva tenker du ligger i begrepet »Friskliv«?

- Hva slags opplegg tenker du at frisklivssentraler bør ha for å få til det som ligger i navnet?

Hvem mener du at Frisklivssentralen skal være et tilbud til?

Hvilke erfaringer mener du at Frisklivssentralen har gitt Moss kommune?

- Positive?
- Negative?

Hva legger du i det å være en forebyggende helsetjeneste?

Hvilke ressurser tenker du må til for å få en velfungerende FLS?

Hva tror du skal til for å få til livsstilsendring hos mennesker som trenger det?

Hva tenker du omkring ansvar for livsstilsendring?

- Har alle lik tilgang på god helse? Hvis nei: Hvordan bør kommunen jobbe for å kunne styrke de som ikke har det, deriblant å utjevne sosial ulikhet i helse? Hvis ja: Hva med sosial ulikhet i helse?

Motivasjon og mestring:

Hva tror du må til for at folk skal få en økt motivasjon for fysisk aktivitet?

- Bør det være visse typer treningsaktiviteter som det blir fokusert på? I så fall; hvilke og hvorfor?
- Hvordan bør mestring bli styrket?
- Hva vet du om motiverende intervju, som Frisklivssentralen tar i bruk?
- Hva mener du om motiverende intervju?

Nedleggelse:

Hva tenker du om at Frisklivssentralen i Moss legges ned?

Hva er bakgrunnen for nedleggelsen?

- Vet du om kommunen har et lignende tilbud?
- Kjenner du til tilsvarende lavterskeltilbud?
- Kjenner du til tilsvarende tilbud som har et tversektorielt samarbeid? (Folkehelseloven)
- Vet du om kommunen har andre tilbud som benytter seg av motiverende intervju? Eventuelt andre metoder for å motivere.
- Mener du at de nødvendige tiltak blir iverksatt for å imøtekomme kommunens folkehelseutfordringer når Frisklivssentralen legges ned? (Folkehelseloven) Hvis ja: Hvilke helseutfordringer har Moss kommune? (Folkehelseloven)
- Vet du om det vil bli gitt informasjon om hva den enkelte selv og befolkningen kan gjøre for å fremme helse og forebygge sykdom når Frisklivssentralen blir lagt ned? (Folkehelseloven)

- Vet du om det vil bli gitt råd og veiledning om hva den enkelte selv og befolkningen kan gjøre for å fremme helse og forebygge sykdom når Frisklivssentralen blir lagt ned? (Folkehelseloven)
- Hvordan opplever du at kommunen ivaretar ansvaret de har omkring forebyggende helsearbeid? (Samhandlingsreformen)
- Hvordan skal målgruppen som ikke lenger har et tilbud via Frisklivssentralen bli ivaretatt?
- Føler du at avgjørelsen om å legge ned FLS baserte seg på kunnskap? Utdyp.

Vedlegg 4: Svar fra NSD

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Harald Hårfagres gate 29
N-5007 Bergen
Norway
Tel +47-55 58 21 17
Fax +47-55 58 96 50
nsd@nsd.uib.no
www.nsd.uib.no
Org nr. 985 321 884

Camilla Ihlebæk
Institutt for husdyr- og akvakulturvitenskap
Universitetet for miljø- og biovitenskap
Postboks 5003
1431 ÅS

Vår dato: 30.11.2012

Vår ref:32221 / 3 / SSA

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 26.11.2012. Meldingen gjelder prosjektet:

32221	<i>Frisklivssentraler: Veien til et «friskere» liv?</i>
Behandlingsansvarlig	<i>Universitetet for miljø- og biovitenskap, ved institusjonens overste leder</i>
Daglig ansvarlig	<i>Camilla Ihlebæk</i>
Student	<i>Nina Brødremoen Sand</i>

Personvernombudet har vurdert prosjektet, og finner at behandlingen av personopplysninger vil være regulert av § 7-27 i personopplysningsforskriften. Personvernombudet tilrår at prosjektet gjennomføres.

Personvernombudets tilråding forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, eventuelle kommentarer samt personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, http://www.nsd.uib.no/personvern/forsk_stud/skjema.html. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://pvo.nsd.no/prosjekt>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 31.12.2013, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen


Vigdis Namtvedt Kvalheim


Sondre S. Arnesen

Kontaktperson: Sondre S. Arnesen tlf: 55 58 25 83

Vedlegg: Prosjektvurdering

Kopi: Nina Brødremoen Sand, Folkvangveien 16 B, 1440 DRØBAK

Avdelingskontorer / District Offices

OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. nsd@uo.no
TRONDHEIM: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07. kytte.svarva@svt.ntnu.no
TROMSØ: NSD SVF, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. nsdmas@svt.uit.no

Vedlegg 5: Prosjektgruppe

PROSJEKTGRUPPE	
May Mollan	Prosjektleder, ca. 50%, midlertidig fram til ca. 01.03.12
Kirsten Ståhl	Prosjektleder 100% fra 27.02.12
Marion I. Norum Tillman	Avdelingsleder fysio/ergo/amb.rehab.team Peer Gynt sykehjem, kompetansesenter for rehabilitering og lindrende omsorg
Morten Dag Nilsen	Fastlege
Grete Lind	Avdelingsleder Moss helsestasjon
Nils Petter Nilsen	Moss Idrettsråd
Jane Anita Jensen	Rådet for funksjonshemmede/ Norges Handicapforbund
Vara: Bedir Yiyit	Rådet for funksjonshemmede/ Norges Blindeforbund
Avventes etter avtale til 2012	NAV (kontaktperson Kari Mette Mjønner)

Vedlegg 6: Styringsgruppe

Gruppe/navn	Stilling/sted
STYRINGSGRUPPE	
Tore Ekran	Kommunalsjef helse og social
Knut Michelsen	Kommuneoverlege
Kia Sivertsen	Virksomhetsleder Peer Gynt

Vedlegg 7: Deltakere på dialogmøte 13.03.2012

Røde Kors

Moss Pensjonistforening

Diabetesforbundet Moss & Omegn

Diabetesforbundet Moss & Omegn

Moss Frivilligsentral

KIAS, veileder/jobbkonsulent/kursleder BRA MAT

Natteravnene, Moss

Foreningen for brystkreftopererte i Moss

Moss og omegn revmatikerforening

Moss Skiklubb, Kiwanis

Lokalmedisinsk senter for mosseregionen

Professor folkehelse Universitetet for miljø og biovitenskap

Masterstudent Universitetet for miljø og biovitenskap

Frisklivskoordinator Peer Gynt, Moss kommune

Frisklivsmedarbeider Peer Gynt, Moss kommune

Rådet for funksjonshemmede i Moss kommune, medlem prosjektgruppa for frisklivssentral

Fastlege, medlem prosjektgruppa for frisklivssentral

Moss Idrettsråd, medlem prosjektgruppa for frisklivssentral

Moss Idrettsråd

