



## **Forord**

Helse, atferdsendring og fysisk aktivitet er temaer jeg lenge har hatt interesse for. Jeg er takknemlig for at jeg har fått muligheten til å studere og fordype meg i dette gjennom masterstudiet i folkehelsevitenskap. Jeg har fått mange nye kunnskaper som er nyttige og betydningsfulle både privat og i jobben. Og det er ikke bare kunnskapsnivå om ulike folkehelsebegreper som har økt. Jeg har også fått kunnskap om hva en forskningsprosess innebærer, og har blitt oppdatert på hvordan det er å studere «i disse tider». Ikke minst har jeg møtt mange interessante medstudenter og forelesere.

Denne studien vil bidra til større forståelse for deltakere i en frisklivssentral sine opplevelser og erfaringer med frisklivssentralen og tiden etter. Den vil bidra til mer kunnskap om frisklivssentralenes betydning i et langsiktig perspektiv. Den vil gi innsikt i deltakeres motivasjon for å opprettholde sitt fysiske aktivitetsnivå. Den vil få fram deltakeres barrierer for å bli mer fysisk aktive eller trene mer organisert.

Studien er relevant for kommuner som skal opprette frisklivssentraler, for eksisterende frisklivssentraler, for Helsedirektoratet som skal gi råd om frisklivssentraler, og for norsk idretts arbeid for å få flere voksne i fysisk aktivitet.

Jeg vil takke mine veiledere Lisebet Skeie Skarpaas, Høgskolen i Oslo og Akershus, og Ruth Kjærsti Raanaas, Norges miljø- og biovitenskapelige universitet, for positiv og konstruktiv veiledning. Videre vil jeg takke de to frisklivssentralene som jeg gjorde intervjuene ved. De har vært svært imøtekommende og velvillige til å gi meg både informasjon om frisklivssentralen, tilgang til informanter og bruk av deres lokaler til intervjuer. Ikke minst takk til alle informantene som satte av tid til å snakke med meg. Jeg vil takke foreldrene mine som jevnlig har oppmuntret meg og vist interesse for oppgaven. Til slutt vil jeg takke min samboer for å gi meg tid og mulighet til å gjennomføre dette studiet, og til barna mine som har fått meg ut av «masterboblen» hver ettermiddag.

**15.12.2015 Line Hurrød**

## Sammendrag

**Bakgrunn:** Norge står overfor store helseutfordringer med utvikling av sykdommer som i stor grad er knyttet til livsstil, kosthold og fysisk aktivitet. Frisklivssentraler kan være et bidrag til å løse disse utfordringene. En frisklivssentral er en kommunal helsetjeneste som har som mål å hjelpe mennesker til å endre helseatferd og å mestre sine helseplager. I frisklivssentralen får deltakerne tilbud om helsesamtaler og om blant annet fysisk aktivitet i gruppe. Etter frisklivsperioden skal deltakerne være i stand til å fortsette med fysisk aktivitet på eget initiativ. Det er få studier som har undersøkt tidligere deltakere sine opplevelser og erfaringer med fysisk aktivitet over ett år etter endt frisklivsperiode.

**Formål:** Formålet med denne studien var å undersøke hvilke erfaringer tidligere deltakere i en frisklivssentral hadde med fysisk aktivitet over ett år etter frisklivsperioden. Innbefattet hvilken betydning frisklivssentralen hadde på deres forhold til fysisk aktivitet, hva som motiverte dem til fysisk aktivitet og hvilke barrierer de hadde til eventuelt mer (organisert) fysisk aktivitet.

**Metode:** Det er benyttet kvalitativ metode med fenomenologisk tilnærming for å utvikle kunnskap om informantenes erfaringer med fysisk aktivitet i frisklivsperioden og tiden etter. Det ble gjennomført intervjuer etter en semistrukturert intervjuguide på et strategisk utvalg bestående av syv tidligere deltakere fra to frisklivssentraler på Østlandet. Informantene var kvinner over 40 år som hadde avsluttet frisklivsperiode for mellom ett og fem år siden. Materialet ble analysert etter Malteruds systematiske tekstkondensering som igjen er inspirert av Giorgis fenomenologiske analyse.

**Resultater:** Det ble identifisert tre temaer med tilhørende subtemaer som representerte informantenes erfaringer med fysisk aktivitet i frisklivsperioden og tiden fram til intervjutidspunktet. Temaene var: «Frisklivssentralens betydningen for informantenes erfaring med fysisk aktivitet», «informantenes motivasjon for fysisk aktivitet» og deres «opplevde barrierer for å være mer fysisk aktive». Informantene hadde opplevd sosial støtte og tilhørighet i frisklivssentralen, fått god informasjon om fysisk aktivitet og helse og fått erfaring med ulike aktiviteter. Flere av dem hadde fortsatt å trene med aktiviteter som de hadde prøvd ut i frisklivssentralen, enten i treningssenter, ved frisklivssentralen eller på egenhånd. Flere hadde også blitt mer fysisk aktive i perioden i etterkant. Informantene med lengst tid siden

frisklivsperioden oppga mindre betydning av frisklivssentralen for aktivitetsnivå og type aktivitet de bedrev. Informantene var motiverte til fysisk aktivitet for å få bedre helse, oppleve mestring og sosialt samvær og støtte. Helseplager var en barriere for å være mer fysisk aktive, eller aktive med annen type aktivitet, både organisert og på egenhånd. Lav mestringsfølelse ved enkelte aktiviteter, få erfaringer og begrensninger i omgivelsene var også oppgitte barrierer.

**Konklusjon:** Denne studien tyder på at sosial støtte, informasjon og erfaringer som informantene fikk i frisklivssentralen hadde betydning for deres fysiske aktivitetsnivå, type aktivitet de fortsatte med og for motivasjonen til videre aktivitet. Informantene uttrykte både indre og ytre motivasjon for å være fysisk aktive, med helsen som særlig motivasjonsfaktor. Dyktige instruktører, sosial støtte og tilhørighet var med på å fremme fysisk aktivitet. Helseplager og få erfaringer var begrensende faktorer for mer fysisk aktivitet og deltakelse i organisert aktivitet som i idrettslag. Gåturer, styrketrening og gruppetrening i sal var aktiviteter som informantene hadde drevet med i frisklivsperioden, og som de fortsatte med i etterkant. Frisklivssentraler oppfordres til å etablere flere tilbud på ettermiddager, mens idretten oppfordres til å opprette og synliggjøre lavterskelaktivitet i større grad enn i dag. Det anbefales mer forskning, både kvalitativ og kvantitativ, for å få en bedre forståelse for betydningen av frisklivssentraler på lang sikt og for å forstå hva som kan lette overgangen fra frisklivssentralen til egen- og organisert aktivitet.

**Nøkkelord:** Frisklivssentral, fysisk aktivitet, idrett, sosial støtte, sosial tilhørighet, mestring, kompetanse, motivasjon.

## Abstract

**Background:** The increase of diseases largely related to lifestyle, diet and physical activity represents a big health challenge to the Norwegian society. Healthy Living Centres can be a contribution to solve these challenges. A Healthy Living Centre is a municipal public health service, which aims to help people to change their health behavior and manage their health challenges. The Healthy Living Centre conducts intervention consisting of among others motivational interviews and physical activity in groups. After the intervention period, the participants should be able to continue with physical activity on their own initiative. Few studies have examined former

participants' experiences of physical activity over one year after the intervention period.

**Purpose:** The purpose of this study was to examine the experiences previous participants in a Healthy Living Centre had regarding physical activity over one year after the intervention period. Including the significance the Healthy Living Centre had on their physical activity behavior, what motivated them to physical activity and what barriers they had to more (organized) physical activity.

**Methods:** It is used qualitative method with phenomenological approach to develop knowledge of the informant's experiences with physical activity in the intervention period and the time after. Interviews were conducted of seven former participants from two healthy living centers in eastern Norway, using a semi-structured interview guide. The informants were women over 40 years who had completed the follow-up period of between one and five years ago. The interviews were analyzed by Malterud's systematic text condensation, which in turn is inspired by Giorgi's phenomenological analysis.

**Results:** Three themes and related sub- themes were identified representing the informants' experiences with physical activity in the intervention period and the time up to the interview. The themes were: "The Healthy Centre's importance for the informants' experience of physical activity", "informants' motivation for physical activity" and their "experienced barriers to be more physically active". Informants had perceived social support and belonging in the Healthy Living Centre, received good information on physical activity and health, and gained experience with various activities. Several of them had continued with the activities that they had tried in the Healthy Living Centre, either in a fitness center, the Healthy Living Centre, or on their own. Several had also become more physically active after the intervention period. Informants with the longest time since the intervention period gave less importance of the Healthy Living Centre for activity level and type of activity they did. The informants were motivated for physical activity for better health, experience coping and socializing and support. Health problems were a barrier to being more physically active, or active with other types of activity, both organized and individual activities. Low sense of achievement at some activities, few experiences and restrictions in the surroundings were also given barriers.

**Conclusion:** This study suggests that social support, information and experiences that the informants were given in the Healthy Living Centre, had an importance on their level of physical activity, type of activity they continued with and for the motivation to further activity. Informants expressed both intrinsic and extrinsic motivation to be physically active, with health as the particularly motivating factor. Skilled instructors, social support and social belonging promoted physical activity. Health problems and few experiences were limiting factors for more physical activity and participation in organized activities. Walking, strength training and exercise classes were activities the informants did in the intervention period, and what they continued with afterwards. Healthy Living Centers are encouraged to establish more training facilities in the afternoons, while Norwegian sports are encouraged to create and demonstrate low-threshold activities to a greater extent than today. It recommended more research, both qualitative and quantitative, to get a better understanding of the importance of Healthy Living Centers in the long term, and to understand what can ease the transition from Healthy Living Centers to self- and organized activity.

**Keywords:** Healthy Living Center, physical activity, sport, social support, social belonging, coping, competence, motivation.

## **Innholdsliste**

Forord .....	1
Sammendrag.....	2
Abstract.....	3
Innholdsliste .....	6
1 Innledning.....	8
2 Teori .....	9
2.1 Helsetilstand i befolkningen og mål i folkehelsearbeidet .....	9
2.2 Atferdsendring .....	10
2.3 Den transteoretiske modellen- endringshjul.....	10
2.4 Motivasjon.....	12
2.5 Sosial tilhørighet og støtte .....	14
2.6 Frisklivssentraler .....	15
2.7 Idretten i Norge og fysisk aktivitet blant voksne.....	16
2.8 Erfaringer fra frisklivssentraler og trening på resept.....	18
2.9 Behov for mer forskning .....	24
3 Metode .....	25
3.1 Kvalitative intervju.....	25
3.2 Rekrutteringsprosess .....	25
3.3 Om informantene .....	27
3.4 Datainnsamling .....	28
3.5 Analyse av dataene.....	29
3.6 Etikk .....	30
4 Resultater .....	32
4.1 Endring i fysisk aktivitetsnivå.....	32
4.2 Betydning for informantenes erfaring med fysisk aktivitet .....	33
4.3 Motivasjon for fysisk aktivitet.....	37
4.4 Opplevde barrierer for å være mer fysisk aktiv .....	39
5 Diskusjon .....	43
5.1 Fysisk aktivitetsnivå.....	43
5.2 Betydningen av erfaring med aktiviteten og lokale tilbud .....	44
5.3 Betydningen av sosial støtte og tilhørighet.....	46
5.4 Betydningen av kompetanse og mestring.....	50
5.5 Metodediskusjon.....	54

6	Konklusjon og implikasjoner for praksis.....	61
7	Referanseliste.....	64
8	Vedlegg.....	69

<b>Tabell 1:</b>	Beskrivelse av informantene ved de to frisklivssentralene.....	28
------------------	--	----

<b>Tabell 2:</b>	Temaer og subtema som resultatene er strukturert etter.....	32
------------------	---	----



## 1 Innledning

Norge står overfor store helseutfordringer med utvikling av sykdommer som i stor grad er knyttet til livsstil, kosthold og fysisk aktivitet (Meld. St. 34 (2012-2013), 2013). Det er godt dokumentert at fysisk aktivitet bidrar til å forbedre helsen og forebygge fysiske og psykiske lidelser (Henriksson, Karlsson, Larsen & Bahr, 2009). Likevel ser vi at kun 35 % kvinner og 28 % menn mellom 20 og 64 år oppfyller anbefalingene om fysisk aktivitet (Helsedirektoratet, 2014).

Opprettelsen av frisklivssentraler er et tiltak for å fremme helsen og å endre levevaner i befolkningen i positiv retning (Meld. St. 34 (2012-2013), 2013). Dit kan mennesker som trenger hjelp til å endre helseatferd bli fulgt opp over en tre måneders periode (Helsedirektoratet, 2013). Etter det skal deltakerne fortsette prosessen selv for å få til en vedvarende endring. Ifølge veileder for kommunale frisklivssentraler (2013) bør frisklivssentralene samarbeide med blant annet frivillige organisasjoner og andre eksisterende tilbud slik at deltakerne kan fortsette å være fysisk aktive på eget initiativ etter frisklivsperioden.

Det er få studier som har undersøkt tidligere deltakere sine opplevelser og erfaringer med fysisk aktivitet utover ett år etter endt frisklivsperiode (Bratland-Sanda, Lislevatn & Lerdal, 2014).

Formålet med denne studien var å undersøke hvilke erfaringer tidligere deltakere i en frisklivssentral hadde med fysisk aktivitet over ett år etter frisklivsperioden. Dette innbefatter hvilken betydning frisklivssentralen hadde på deres forhold til fysisk aktivitet, hva som motiverte dem til fysisk aktivitet og hvilke barrierer de hadde til eventuelt mer (organisert) fysisk aktivitet.

Problemstillingen for studien var: **Hvordan erfarer tidligere deltakere i en frisklivssentral det å bedrive fysisk aktivitet over ett år etter endt frisklivsperiode?**

## 2 Teori

### 2.1 Helsetilstand i befolkningen og mål i folkehelsearbeidet

I følge Meld. St. 34 (2012-2013) er helsetilstanden i Norge god og har aldri vært bedre. Vi lever lengre, har hatt en reduksjon av for tidlig død på grunn av hjerte- og karsykdommer de siste tiårene og undersøkelser av egenrapportert helse viser positive resultater, ifølge samme stortingsmelding. Likevel står landet overfor store helseutfordringer knyttet til ikke-smittsomme sykdommer, som fører til for tidlig dødsfall (Folkehelseinstituttet, 2014). Kreft, hjerte- og karsykdommer, lungesykdommer, psykiske plager og lidelser, muskel- og skjelettsykdommer og andre smertetilstander har i dag størst betydning for befolkningens helse. Fysisk inaktivitet, usunt kosthold, tobakk og alkohol er de fire viktigste underliggende faktorene for dette, ifølge Folkehelseinstituttet (2014). Samtidig er det sosiale forskjeller i helse. Blant annet viser det seg gjennom at andelen som oppgir god helse øker med høyere utdanning og inntekt (Dahl, Bergsli & van der Wel, 2014).

Det er godt dokumentert at fysisk aktivitet bidrar til å forbedre helsen og forebygge fysiske og psykiske lidelser (Henriksson et al., 2009). Det er i tillegg, ifølge samme kilde, et godt alternativ eller supplement i behandling av oppståtte lidelser. Likevel ser vi at kun 35 prosent kvinner og 28 prosent menn mellom 20 og 64 år oppfyller anbefalingene om fysisk aktivitet om minimum 150 minutters ukentlig fysisk aktivitet med moderat intensitet eller 75 minutter med høy intensitet (Helsedirektoratet, 2014).

Det er et mål for landets myndigheter å få flere leveår med god helse i befolkningen og mindre helseforskjeller mellom sosiale lag (Meld. St. 34 (2012-2013), 2013). Med folkehelseloven er ansvaret for folkehelsearbeidet lagt til kommunene, og de må iverksette tiltak som fremmer helsen og forebygger sykdom (Henriksen, 2012). Tiltak må skje både innenfor og utenfor helsesektoren, og kommunene oppfordres til å samarbeide med frivillig sektor for å nå målene (St.mld. nr. 47 (2008-2009), 2009). Regjeringen ser på frivillige organisasjoner som en viktig bidragsyter i folkehelsearbeidet ved at deltakelse kan bidra til sosial støtte og inkludering, og styrke personers egenmestring (Meld. St. 34 (2012-2013), 2013). Samarbeidet mellom myndigheter og frivillige organisasjoner bør derfor øke, ifølge denne stortingsmeldingen.

## **2.2 Atferdsendring**

Det er et mål at befolkningen generelt har en helseatferd som forebygger sykdomsutvikling og gir best mulig helse og livskvalitet (Henriksen, 2012).

Helseatferd er atferd og levevaner som har stor betydning for helsen, for eksempel innenfor leveområdene fysisk aktivitet, kosthold og tobakksbruk (Helsedirektoratet, 2013). Andelen som rammes av livsstilssykdommer kan reduseres dersom samfunnet legger til rette for at flere gjør en endring mot en bedre helseatferd (Aasheim & Klepp, 2010). En persons atferd avhenger av mange faktorer, som dens fysiologiske egenskaper, dens kunnskap og holdninger, men også av personens sosiale, kulturelle og religiøse miljø (Mæland, 2010). Å endre atferd anses som vanskelig, men ikke umulig, men det er en kompleks prosess som består av å påvirke flere av faktorene, ifølge Mæland (2010).

Naidoo og Wills (2009) legger frem en rekke forhold som bør være til stede for å få til atferdsendring. Endringen må være selvinitiert, endringen må gi tydelige fordeler, endringen må bli en del av personens vaner, atferden bør være en del av personens mestringsstrategier, omstendighetene må ligge til rette for en endring og det må være sosial støtte tilgjengelig.

Atferdsendring av fysisk aktivitetsnivå kan se ut til å ha bedre prognoser enn annen forsøk på atferdsendring, som for røyking, alkoholbruk og kosthold (Prochaska et al., 1994). Har en først kommet i gang og kommet inn i rutinene over en periode, kan det være vanskelig å vende tilbake til en mer passiv hverdag (Prescott & Børtveit, 2004).

## **2.3 Den transteoretiske modellen- endringshjul**

Prochaska og DiClemente (1994) har utviklet den transteoretiske modellen, en modell som beskriver atferdsendring som en prosess bestående av seks trinn. Den har stor utbredelse blant fagfolk, og kan anvendes som generell modell for endring av flere typer atferd (Prescott & Børtveit, 2004). Hvert trinn reflekterer en persons motivasjon til endring. I en veiledningssituasjon er målet å få deltakeren et skritt videre i endringsprosessen, og veilederen må derfor tilpasse veiledningen etter hvor deltakeren er i prosessen (Gammersvik, 2012).

Første fase kalles føroverveiellesfasen, og beskrives som en tilstand der deltakeren ikke helt ser behovet for en endring. Da er det nødvendig å gjøre deltakeren bevisst på konsekvensene av atferden. Bevisstgjøring kan skje gjennom informasjon fra helsearbeidere og egen tilegnelse fra bøker, aviser eller samtale med andre (Prescott & Børtveit, 2004). I overveiellesfasen har deltakeren motstridende følelser for atferden og det er vanlig å utforske denne ambivalensen sammen med helsearbeideren (Hals & helsedirektoratet, 2007). Det gjøres ved å skaffe seg en oversikt over positive og negative sider ved å bevare eller å endre atferden. Dersom en atferdsendring skjer med for lite bearbeidelse av ambivalens, kan den bli mindre forpliktende, og dermed vare i kun kort tid (Prescott & Børtveit, 2004). Deretter kommer personen over i forberedelsesfasen, der personen tar en seriøs avgjørelse på å gjøre en endring og er motivert for det (Hals & helsedirektoratet, 2007). Da aktiverer deltakeren personlige ressurser og søker etter framgangsmåter, hjelpemidler og støtte hos andre mennesker for å gjennomføre. Det er viktig å ta en forpliktende beslutning, og det kan gjøres ved å fastsette et tidspunkt for iverksettelse, prioritere endringen høyt og planlegge godt (Prescott & Børtveit, 2004).

I handlingsfasen starter atferdsendringen, som også er synlig for andre (Hals & helsedirektoratet, 2007). Da må personen ha tiltro til egen evne, finne fram til riktige mål og å ta i bruk de konkrete framgangsmåtene. Målene en setter seg bør være spesifikke, målbare, akseptable, realistiske og tidfestet, såkalte SMART-mål (Prescott & Børtveit, 2004). Eksempler på konkrete framgangsmåter kan være å finne erstatninger til den uønskede atferden, å gi seg selv en belønning når en får til endringen og søke støtte i andre mennesker. I vedlikeholdsfasen kan personen opprettholde sin endring, men også oppleve å falle tilbake. For å opprettholde endringen og forhindre tilbakefall er det viktig å være klar over hvilke tanker som kan lede til tilbakefall, og forsøke å svekke disse tankene (Prescott & Børtveit, 2004). En veileder bør her snakke om hva personen får til og finne strategier for å unngå tilbakefall (Hals & helsedirektoratet, 2007). Vedlikeholdsfasen er estimert til å vare fra seks måneder til fem år (Kerr, Weitkunat & Moretti, 2005). I avslutningsstadiet er personen ikke lenger fristet til å falle tilbake til tidligere atferd, og har høy mestringsforventning i forhold til den endrede atferden (Nutbeam, Harris & Wise, 2010).

Motivasjon er et element som gjennomsyrrer prosessen fra start til slutt, og som stadig må fornyes (Prescott & Børtveit, 2004).

## 2.4 Motivasjon

### 2.4.1 Selvbestemmelsesteorien (self-determination theory)

Selvbestemmelsesteorien (SDT) er en av mange teorier som søker å forstå hva som påvirker individers handlinger og motivasjon, og er anvendbar innen områder som aktivitetsvaner, idrett, utdanning og arbeid (Biddle & Mutrie, 2008). Motivasjon er ifølge SDT en driv til å tilfredsstille menneskelige kjernebehov som autonomi eller selvbestemmelse, kompetanse og sosial tilhørighet (Ryan & Deci, 2000). Teorien skiller mellom indre og ytre motivasjon. Den indre motivasjonen beskrives som at personen føler tilfredsstillelse, iboende nytelse og glede ved en aktivitet i seg selv. Ytre motivasjon handler om et ønske om å oppnå noe med den utøvende handlingen (Ryan & Deci, 2000).

Ryan og Deci (2000) har laget en modell som viser en gradering mellom indre og ytre motivasjon avhengig av blant annet type regulering og grad av autonomi. På den ene enden av modellen er umotivert, hvor en person enten ikke gjør en aktivitet eller gjør den uten å se hensikten. I den andre enden er indre motivasjon, der personen gjør en aktivitet ut i fra en indre lyst og interesse, er indre regulert og føler høy grad av autonomi og selvbestemmelse. Mellom disse to er det beskrevet fire typer ytre motivasjon. «External regulation» er den minst autonome motivasjonen, hvor en persons handling skyldes en ytre belønning, for eksempel penger, og personen er fremmedgjort fra handlingen. «Introjected regulation» er å ta inn en regulering, men ikke fullt akseptere den som sin egen. Handlingen gjøres for å unngå skyld eller for å få egoistiske fordeler. «Identified regulation» er en mer autonom, selvbestemt handling. En handling som gjøres fordi den er akseptert og viktig for personen. Den mest autonome formen for ytre motivasjon er «integrated regulation», der en handling er assimilert eller i overensstemmelse med egne verdier og behov. Den er nær indre motivasjon, men skiller ved at handlingen gjøres for å oppnå et mål og ikke for handlingen i seg selv.

For å kunne opprettholde motivasjonen for en aktivitet, er det ønskelig at en person gjør aktiviteten ut i fra indre motivasjon eller at den har blitt integrert i personen. For

å utvikle et menneskes indre motivasjon og for at integrering skal skje, må miljøet legge til rette for at en person får tilfredsstillende behovene for autonomi, kompetanse og sosial tilhørighet (Ryan & Deci, 2000).

#### 2.4.2 Mestringsforventning

I Albert Banduras sosial-kognitive teori er begrepet «self-efficacy» sentralt (Gammersvik, 2012). «Self-efficacy» kan oversettes med mestringsforventning, det vil si troen en har på å kunne gjennomføre en handling eller aktivitet (Mæland, 2010). Mæland (2010) beskriver at graden av mestringsforventning vil være av betydning for motivasjonen til å velge å delta i en aktivitet. Positive mestringsforventninger til å endre en atferd gjør at en setter seg høyere mål og gjør en større innsats for å nå dem. Lav mestringsforventning kan gjøre at en gir opp et forsøk på å endre livsstil raskt. Tidligere erfaringer i forhold til egen mestring i ulike situasjoner påvirker mestringsforventningen (Mæland, 2010). Å mestre noe i en situasjon kan gjøre at en får troen på seg selv til å mestre i andre situasjoner også (Espnes & Smedslund, 2009). I en veiledningssituasjon kan det være nyttig å trekke fram tidligere vellykkete forsøk på endring. Det vil påvirke utholdenheten i endringsforsøket (*Helsesamtalen*, 2015). I tillegg til tidligere erfaringer finnes det også andre kilder til mestringsstro, ifølge Bandura, gjengitt av Espnes og Smedslund (2009): At en ser at andre klarer det (modellering), at en blir overbevist muntlig og at en tolker kroppslige tilstander. Overkommelige mål og gjennomførbare framgangsmåter styrker troen til mestringssevnen (Prescott & Børtveit, 2004). En frisklivssentral bør tilby fysisk aktivitet som er lagt til rette slik at den enkelte føler mestring (Helsedirektoratet, 2013).

Lazarus og Folkman (1984) definerer mestring som «et kontinuerlig skifte av kognitive og atferdsmessige anstrengelser for å klare spesifikke ytre og/eller indre krav som vurderes til å beslaglegge eller utarme ressursene til personen» (Espnes & Smedslund, 2009). Espnes og Smedslund (2009) skriver videre at hvor god en er til å mestre avhenger av flere faktorer, blant annet ens helse, sosiale evner og sosial støtte.

### 2.4.3 Motiverende intervju

Motiverende intervju (MI) eller motiverende samtale er, ifølge Ivarsson (2010), en utbredt metode innen helsevesenet for å snakke om endring. Metoden brukes innenfor de fleste livsstilsområdene som tobakk, fysisk aktivitet, alkohol, rus, overvekt og spillavhengighet. Motiverende intervju er en målrettet samtale mellom veileder og deltaker, der deltakerens syn på egen situasjon og livsstil er i fokus, og en endring må skje i deltakerens tempo og på deltakerens premisser (Ivarsson, 2010). Målet er å styrke deltakerens tro på egen mestring og skape motivasjon til endring (*Helsesamtalen*, 2015).

Veilederen får deltakeren til å utforske ambivalens i dens nåsituasjon slik at han/hun ser både fordeler og ulemper ved å endre eller ikke endre atferd. Dersom veileder forsøker å styre deltakeren til bestemte valg, kan det føre til motstand hos deltakeren og miste mot til endring (*Helsesamtalen*, 2015). Veileder må få deltakeren selv til å se behovet for endring, få ham/henne til å sette seg realistiske mål og tiltak, og på den måten sannsynliggjøre gjennomføringen av tiltakene (Ivarsson, 2010). Veileder skal vise respekt for deltakerens egne valg av helseatferd (*Helsesamtalen*, 2015).

## 2.5 Sosial tilhørighet og støtte

Å oppleve sosial støtte er en av flere faktorer som er viktig for å kunne endre levevaner (Naidoo & Wills, 2009). Schwarzer, Knoll og Reickmann (2004) skiller mellom sosial integrering og sosial støtte. Sosial integrering refererer størrelsen og tettheten av det sosiale nettverket og frekvensen av samhandlingen, men også til den subjektive vurderingen av tilhørigheten. En indikator på sosial integrasjon er ekteskapsstatus, antall roller i familie og organisasjoner, og frekvensen av kontakt i slike roller (Schwarzer et al., 2004). Sosial støtte er å bli tatt vare på av andre mennesker, og den opplevde tilgjengeligheten og faktiske hjelpen eller støtten, og at man inngår som del av et større sosialt nettverk (Schwarzer et al., 2004; *Sosial støtte* 2015). Sosial støtte kan måles som oppfattelsen av at man har tilgjengelig assistanse, den spesifikke mottatte assistansen eller i hvilken grad en person er integrert i et sosialt nettverk. Støtten kan være i form av emosjonell støtte (som ivaretagelse), instrumentell (som finansiell hjelp), informativ (som råd) eller bekreftende (som tilhørighetsfølelse) (Schwarzer et al., 2004). Støtte kan komme fra mange kilder, som familie, venner, kjæledyr, naboer, kolleger og organisasjoner (*Sosial støtte* 2015).

## 2.6 Frisklivssentraler

En frisklivssentral er et kommunalt opprettet tilbud for mennesker med behov for å endre levevaner, for å forebygge sykdom, eller mestre sykdom de allerede har fått (Helsedirektoratet, 2013). Frisklivssentralene er organisert innenfor kommunens helse- og omsorgstjenester og kan bidra til at kommunen imøtekommer lovpålagte plikter underlagt helse- og omsorgstjenesteloven. Deltakerne kan bli henvist av helsepersonell eller NAV, eller kontakte frisklivssentralen på eget initiativ, og trenger ikke å være syke eller ha en diagnose. Frisklivssentralene bør samarbeide med andre tjenester, NAV, fastleger, arbeidsgivere, frivillige organisasjoner og private aktører (Helsedirektoratet, 2013). Dagens frisklivssentraler bygger på erfaringer gjort i blant annet ordningen «Grønn resept» og en utprøving av ulike ordninger av frisklivssentralen i noen utvalgte kommuner (Båtevik, Tønnesen, Barstad, Bergem & Aarflot, 2008). Båtevik et al. (2008) skriver videre at «Grønn resept» ble innført i 2002, og gikk ut på at leger ga pasienter med diabetes type 2 og høyt blodtrykk veiledning i å endre levevaner i stedet for medikamentell behandling. Det viste seg at disse pasientene hadde behov for mer oppfølging og støtte for å kunne gjennomføre dette. Helsedirektoratet bevilget dermed midler til å prøve ut ulike ordninger av frisklivssentraler i noen kommuner, denne gangen for alle personer som hadde behov for å endre levevaner.

Helsedirektoratet anbefaler i dag etablering av frisklivssentraler i alle landets kommuner, alternativt gjennom interkommunale samarbeid (Helsedirektoratet, 2013). Det finnes om lag 210 kommuner i Norge med frisklivssentraler (*Frisklivssentral* 2014).

Frisklivssentralen tilbyr deltakerne en tre måneders oppfølgingsperiode (også kalt frisklivsperiode eller reseptperiode) som innebærer helsesamtale ved begynnelse og slutt, samt tilbud om deltakelse i blant annet røykesluttkurs, «Bra- matkurs» og gruppetrening (Helsedirektoratet, 2013). Treningen kan bli ledet av enten ansatte i frisklivssentralen, eller av private eller frivillige aktører. Helsesamtelene bør være støttet og strukturert etter endringshjulet og baseres på motiverende intervju som metode, ifølge veileder for kommunale frisklivssentraler (2013).



Deltakerne kan oppleve sosial støtte i frisklivssentralen gjennom helsesamtalen og ved deltakelse i treningsgrupper og kurs (Helsedirektoratet, 2013). Sosiale relasjoner kan oppstå blant deltakerne ved deltakelse i slike grupper. Frisklivssentralene skal veilede deltakerne om etablerte tilbud som finnes i lokalmiljøet slik at de kan bli en del av det sosiale felleskapet som finnes der (Helsedirektoratet, 2013). Målet for frisklivsperioden er å styrke deltakernes helse og livskvalitet, samt å mestre egen sykdom og helseplager. De skal ha kommet et skritt videre i sin endringsprosess, og klare å opprettholde og videreføre endringen i levevaner på egenhånd (*Hva er en frisklivssentral?*, 2015).

## **2.7 Idretten i Norge og fysisk aktivitet blant voksne**

Norges idrettsforbund og olympiske og paralympiske komite (forkortet NIF og forenklet Norges idrettsforbund) er landets største frivillige organisasjon og er en paraplyorganisasjon som samler hele norsk idrett (*IPD 2015-2019*, 2015). Det er rundt 11.400 idrettslag som er tilsluttet Norges idrettsforbund, og det er idrettslag i alle landets kommuner. Det er om lag 585.000 medlemskap blant barn, 330.000 blant ungdom og 1.300.000 blant voksne, og kjønnsfordelingen er ca. 40/60 prosent mellom henholdsvis kvinner og menn (*Spillemidler 2014 rapport*, 2015). Et idrettslag er organisert som et frittstående, selveiende organ med personlige medlemmer (*NIFs lov* 2011).

Norges idrettsforbund har visjonen «idrettsglede for alle», og har ambisjoner om å ha plass til alle innenfor idretten (*IPD 2015-2019*, 2015). De fleste idrettslag har tilbud først og fremst for barn og unge, friske mennesker (Helseetaten i Oslo og Oslo idrettskrets, 2013), men det finnes mange unntak. En rekke særforbund og idrettskretser har opprettet samarbeidsprosjekter hvor idrettslag tilbyr tilpasset aktivitet til «utsatte grupper», som Aktiv på Dagtid, Golf Grønn Glede, Kom i Gang med Friskis & Svettis, Svømming for flerkulturelle og Aktiv med hest (Norges idrettsforbund og olympiske og paralympiske komité, 2014). I tillegg har mange idrettsråd og idrettslag på eget initiativ eller med ekstern økonomisk støtte opprettet lavterskeltilbud for grupper som er lite representert i idrettslag (*Inkludering i idrettslag*, 2015; Meld. St. 34 (2012-2013), 2013).

Enkelte steder er det samarbeid mellom frisklivssentralen og Aktiv på Dagtid eller med idrettslag (Helseetaten i Oslo og Oslo idrettskrets, 2013; Kaurstad, Oterhals & Bachmann, 2013). Aktiv på Dagtid er et treningstilbud for mennesker som mottar trygd eller sosial stønad og koordineres blant annet av en rekke idrettskretser i landet (Meld. St. 26 (2011-2012), 2012). Aktiv på Dagtid eller utvalgte lavterskel treningstilbud i et idrettslag kan enten være en del av frisklivssentralens timeplan eller som «utslusningstiltak» for frisklivssentralene gjennom samarbeidsavtaler (Helseetaten i Oslo og Oslo idrettskrets, 2013). Det finnes flere eksempler på at deltakere i idrettens prosjekter eller deltakere i frisklivssentraler har fortsatt i Aktiv på Dagtid eller de involverte idrettslagenes ordinære tilbud (Hauge, 2014; Helseetaten i Oslo og Oslo idrettskrets, 2013; Kaurstad et al., 2013; Norges idrettsforbund og olympiske og paralympiske komité, 2014).

Idrett har både en nytteverdi og en egenverdi (St.meld. nr. 39 (2006-2007), 2007). Idrettens egenverdi er den opplevelsen som selve idrettsaktiviteten gir, som glede, mestring og det å holde seg i form. Nytteverdien er at deltakelse fremmer helse og trivsel gjennom blant annet sosial tilhørighet og identitet (St.meld. nr. 39 (2006-2007), 2007). Et idrettslag kan være, ifølge Seippel (2006), et sted hvor vennskap og fellesskap bygges og utvikles. Han mener at særlig idrettslag i motsetning til treningssenter kan ivareta behovet for sosialt fellesskap. Og videre at idrettslag er vennskapsdannende, mens treningssentre ser ut til å være et sted hvor etablerte vennskap opprettholdes fremfor et sted der nye vennskap dannes.

Ifølge Norsk Monitor er friluftsliv og egenorganisert trening de mest benyttede arenaene for fysisk aktivitet blant den voksne befolkningen (Meld. St. 26 (2011-2012), 2012). 82 prosent trener på egenhånd, 35 prosent i treningssenter, mens 15 prosent trener i idrettslag og 6 prosent i bedriftsidrettslag (Breivik & Rafoss, 2012). Kvinner driver mer uorganisert trening og mosjon enn menn, mens menn er mer aktive i idrettslag (Meld. St. 26 (2011-2012), 2012).

Når det gjelder motivasjon for å drive fysisk aktivitet oppgir 69 prosent at deres hovedaktivitet har meget stor betydning for å gi fysisk/mentalt overskudd, ifølge Norsk Monitor (Breivik & Rafoss, 2012). Videre er å forebygge helseplager av meget stor betydning for 64 prosent. Gir avstressing og ha det gøy er andre motiver som kommer høyt (hhv. 48 og 40 %). Å oppleve sosialt fellesskap er av meget stor betydning for 29 prosent. Å forebygge helseplager har hatt en sterk oppgang de siste

årene, mens å oppleve sosialt fellesskap og å ha det gøy har hatt en liten nedgang, ifølge Breivik og Rafoss (2012).

## **2.8 Erfaringer fra frisklivssentraler og trening på resept**

Det finnes en rekke studier i og utenfor Norge om trening på resept, intervensjon som innebærer fysisk aktivitet og etter hvert også om frisklivssentraler. De fleste studier viser moderat eller god effekt i løpet av intervensjonsperioden og på kort eller mellomlang sikt. Flere viser også bedre selvopplevd helse og forbedring i andre helseparametere. Få studier har fulgt opp deltakerne ut over ett år etter intervensjonen, men de som har det, viser varierende utfall. Videre presenteres et utvalg relevante studier og rapporter, med deres funn.

### **2.8.1 Studier utenfor Norden**

Både Greaves et al. (2011) og Denison, Vist, Underland og Berg (2012) har laget en oversikt over kunnskapsoppsummeringer og primærstudier som innebærer intervensjon av helseatferd, blant annet fysisk aktivitet. Begge oversiktene viser at intervensjon av fysisk aktivitet fører til økt aktivitetsnivå i løpet av intervensjonsperioden og på kort sikt i etterkant. Denison et al. (2012) sin oversikt innebærer studier med intervensjon på 12 uker, altså lik lengde som frisklivsperioden i norske frisklivssentraler. De fant eksempelvis at henvisning til lokale tilbud med oppfølging trolig førte til en økning av antall personer som gjennomførte 90 minutter med fysisk aktivitet per uke 3 måneder etter avsluttet tiltak. De fant ingen studier med negativt utfall, altså at tiltak for å øke fysisk aktivitetsnivå førte til redusert fysisk aktivitet, kun positivt eller nøytralt utfall. Greaves et al. (2011) fant at å ha sosial støtte og tett oppfølging, samt å benytte veletablerte, selvregulerende atferdsendringsteknikker forbedrer sjansen for å klare en atferdsendring.

Andre internasjonale intervensjonsstudier legger også frem faktorer som gir vellykket intervensjon. Michie, Abraham, Whittington og McAteer (2009) hevder at intervensjon av atferdsendring har mest effekt når ulike atferdsendringsteknikker virker sammen. Teknikker som å sette seg mål, overvåke atferd, få tilbakemelding og gjennomgå mål i lys av tilbakemeldingen skal være sentrale for å få kontroll på atferdsendringen. Eakin, Glasgow og Riley (2000) og Foster, Hillsdon, Thorogood,

Kaur og Wedatilake (2005) fant at intervensjonen var vellykket når den var tilpasset til deltakernes karakteristikk, og hvor de ble tilbudt skriftlig materiale og oppfølging. Smith, Hale, Mulligan og Treharne (2013) viser til at intervensjon er støttende og motiverende, og McKay, Wright, Lowry, Steele, Ryde og Mutrie (2009) fant at intervensjon er mest effektiv når en deltaker er klar for endring, samt når jevnlig støtte er tilgjengelig. De to sistnevnte er kvalitative studier, mens de øvrige overnevnte er kvantitative.

### **2.8.2 Nordiske studier**

Kallings (2010) har forfattet en rapport om erfaringer og anbefalinger om fysisk aktivitet på resept i de fire nordiske landene Danmark, Finland, Sverige og Norge. Fellestrekket er at helsepersonell skriver ut fysisk aktivitet på resept til en pasient, men det er store variasjoner i hvordan tilbudet om fysisk aktivitet i de ulike landene og innad i landet er organisert. Hun beskriver ulike nordiske studier som alle viser god effekt av fysisk aktivitet på resept, både på fysisk aktivitetsnivå og livskvalitet.

Kallings (2010) viser til følgende suksesskriterier for vellykket intervensjon:

Helsearbeideren må ha en pasientsentrert holdning, ta i bruk verktøy som mosjonsdagbok, skritteller mm., hun/han må tilpasse samtalen til brukerens stadium for endring, arbeide med deltakerens mestringstillit og øke frekvensen på kontakt mellom helsearbeider og deltaker. Å ha det moro under gruppetrening påvirket langtidseffekten av intervensjonen.

Roessler, Ibsen, Saltin og Sørensen (2007) har gjennomført en evaluering av «Motion på recept» i København kommune i Danmark. De undersøkte blant annet om ordningen fører til endring i deltakernes livsstil innenfor ett år, og hvilke faktorer som har betydning for om deltakerne fortsetter endringen etter at oppfølgingen har stoppet. De benyttet både kvantitativ og kvalitativ metode. Ett år etter oppfølgingen hadde 33 prosent et høyere fysisk aktivitetsnivå enn året før, mens 18 prosent oppga et lavere aktivitetsnivå. De fleste som var fysisk aktive var det på egenhånd, dernest i treningssenter, mens kun et fåtall trente med idrettslag eller andre foreninger. De organiserte mosjonsformene ble benyttet særlig av kvinner, de høyere utdannede, de med god helse fra starten av og de som hadde gjennomført hele trenings- og veiledningsforløpet. De som hadde drevet med mosjon eller idrett før reseptperioden, var mest fysisk aktive ett år etter. Valg av aktivitet var påvirket av praktisk

tilgjengelighet, hva som passet til den enkelte og at de hadde prøvd det ut på «klinikken». Deltakerne hadde fått god informasjon og veiledning i «klinikken», og ville gjerne fortsette å få oppfølging og kunne trene der. De ville gjerne ha faste treningstider, og en fast mosjonsgruppe som de kjente forpliktelse til for å fortsette å trene. Opplevde barrierer for fysisk aktivitet var blant annet fysiske plager, lav mestringsfølelse, manglende interesse eller lang avstand til treningssteder.

En studie gjennomført av Leijon (2009) av fysisk aktivitet på resept i Östergötland i Sverige viste at 52 prosent av deltakerne som hadde mottatt en slik resept (N=6300), hadde økt sitt fysiske aktivitetsnivå 12 måneder etter henvisningsdato. Og andel inaktive (mindre enn 30 minutter moderat fysisk aktive per dag) hadde blitt redusert fra 33 prosent til 20 prosent i den samme tidsperioden. Disse deltakerne hadde ikke nødvendigvis fått tilbud om fysisk aktivitet i grupper i regi av en frisklivsentral.

Ikke alle studier har god effekt av oppfølging som innebærer gruppetrening. Sørensen (2008) har gjort en randomisert kontrollert studie på «Motion på resept» i flere distrikter i Danmark, der informantene ble delt i to grupper. En gruppe fikk tilbud om trening to ganger i uken og motiverende samtale to, fire, syv og 10 måneder etter en to måneders intervensjonsperiode. Den andre gruppen fikk kun motiverende samtale om fysisk aktivitet ved baseline og ved påfølgende to, fire og 10 måneder. Begge gruppene hadde økt sitt fysiske aktivitetsnivå, men det var ingen signifikante forskjeller mellom gruppene hva fysisk aktivitet og kondisjon angikk ved noen av oppfølgingene (Sørensen, 2008). Sørensen viser altså at intervensjon ikke hadde noe mer effekt enn helsesamtale.

### 2.8.3 Norske studier

Alle tilgjengelige studier på frisklivssentraler i Norge viser positive utfall på fysisk aktivitetsnivå og fysisk form. Flere viser også styrket egenopplevd helse. De fleste har undersøkt effekt på kort og mellomlang sikt, altså rett etter intervensjonen, og f. eks tre, seks og 12 måneder etter. Alle har i stor grad deltakere som har opprettholdt sitt fysiske aktivitetsnivå i løpet av denne tiden, men det er variasjoner. Relevante funn fra et utvalg av norske studier og rapporter presenteres under.

Båtevik et al. (2008) har gjennomført en evaluering av utprøvingen av ulike modeller av frisklivssentraler i kommuner i fem fylker. Det viste seg at 45 prosent av

deltakerne var i regelmessig fysisk aktivitet før frisklivsperioden, 73 prosent ved periodens slutt og 68 prosent seks måneder etter frisklivsperioden. Informantene hadde i gjennomsnitt et høyere aktivitetsnivå seks måneder etter oppfølgingen sammenliknet med før. Informantene var i gjennomsnitt fysisk aktive (minst 30 minutter slik at en var svett og andpusten) 1,9 ganger i uken før frisklivsperioden og i snitt 2,6 ganger rett i etterkant. Gjennomsnittet hadde økt til 2,7 ganger i uka etter seks måneder. De fleste informantene oppga at det var en sammenheng mellom egen aktivitet og den motivasjonen som reseptordningen hadde gitt dem. De hadde også lært seg gode treningsvaner og å sette pris på fysisk aktivitet gjennom oppfølgingen. Det kunne også se ut til at trening i ordinære tilbud utenfor frisklivssentralen i frisklivsperioden var noe fordelaktig med tanke på fysisk aktivitetsnivå i etterkant. Flertallet av de som var fysisk aktive seks måneder i etterkant av oppfølgingen var aktive sammen med andre. Dette var en drivkraft til å opprettholde aktivitet. Flest var fysisk aktive i tilbud gjennom kommunen eller i treningsstudio (hhv. 31 og 25 %). 20 prosent var fysisk aktive i regi av lag og foreninger utenom idrettslag, og kun en liten andel (5 %) var aktive i idrettslag. 11 prosent var fysisk aktive i egenadministrerte grupper, etablert av tidligere deltakere. Videre kom det fram at de som ikke var regelmessig fysisk aktive seks måneder etter reseptperioden oppga grunner som sykdom/helseproblem og manglende motivasjon, samt mangel på støtte.

Lerdal, Celius og Pedersen (2013) gjennomførte en studie av 163 deltakere ved frisklivssentralen i Drammen. Deres fysiske form og helserelatert livskvalitet ble målt før og etter frisklivsperioden i form av en to kilometer gå-test og ved selvrapporing med COOP/WONKA-skjemaer. Slike skjemaer ble også fylt ut ett år etter avsluttet oppfølging, mens svært få møtte opp til gå-testen ved dette tidspunktet. Resultatene var at deltakerne som fullførte treningsprogrammet i frisklivssentralen hadde forbedring i fysisk form og på alle områdene i COOP/WONKA-skjemaene rett etter frisklivsperioden. Informantene hadde bedring i flere av områdene også etter ett år (N=57), men for få møtte opp til den fysiske testen til å konkludere noe om fysisk form. Lerdal et al. (2013) foreslår at individuell rådgiving underveis i frisklivsperioden og konsultasjon under og etter gruppetreningen, som var to ganger i uka, var fordelaktig for de positive resultatene og for motivasjonen til å delta på gruppetreningen.

I Bratland-Sanda, Lislevatn og Lerdal (2014) sin studie hadde deltakere i Modum frisklivssentral fått tilsendt et spørreskjema to til fire år etter avsluttet oppfølging. 34 prosent (N=169) responderte. Det viste seg at 55 prosent av respondentene hadde økt aktivitetsnivå etter avsluttet frisklivsresept. Hyppigste årsak til økt egenaktivitet oppga de å være trening sammen med andre, mens mest oppgitte barriere for egenaktivitet var tiltagende helseplager. Forskerne hevder videre at det at frisklivssentraler tilbyr trening i grupper kan redusere terskelen for å delta i etablerte grupper som turlag, idrettslag og gruppetrening i treningssentre. Fire prosent av respondentene var fysisk aktive i idrettslag, syv prosent i friluftslivsorganisasjoner, fire prosent i brukerorganisasjoner og 10 prosent i lavterskelaktivitet ved frisklivssentralen i etterkant av frisklivsperioden.

Helgerud og Eithun (2010) gjennomførte en evaluering av fysisk aktivitet på resept i fire kommuner i Nordland og Buskerud. 90 deltakere i kommunenes frisklivssentraler ble fulgt gjennom reseptperioden og ett år i etterkant. Det var svært få drop-out i studien. Evalueringen viste at deltakerne forbedret sin fysiske form og egenopplevd helse i etterkant av oppfølgingen. Forbedringene ble i *gjennomsnitt* opprettholdt ett år etter, men det var store individuelle variasjoner. Nær halvparten hadde ikke klart å opprettholde sine treningsvaner på det tidspunktet. 34 prosent informerte om bedre samlet helse ett år etter oppfølgingen. Forskerne etterlyser et individuelt trenings- og oppfølgingstilbud også etter frisklivsperioden.

Kaurstad, Oterhals og Baccmann (2013) har undersøkt 10 deltakeres opplevelse av tilbudet ved Molde frisklivssentral gjennom både kvantitative og kvalitative metode, før og rett etter endt frisklivsperiode. De kvantitative resultatene viste noe økning i fysisk aktivitetsnivå mellom før og etter frisklivsperioden. Deltakerne som fulgte treningen som ble tilbudt i frisklivssentralen hadde en liten forbedring i fysisk form og alle hadde gått ned noe i vekt. Deltakerne oppga selv en forbedret fysisk og psykisk helse.

Intervjuene etter endt frisklivsperiode viste at alle utenom én (syv av opprinnelig 10 informanter deltok) hadde fått til en endring som følge av oppfølgingen. De mente at frisklivssentralen hadde påvirket deres motivasjon til endring gjennom god veiledning og tilbud om trening i frisklivssentralen og kostholdskurs. De hadde blitt mer bevisste om egen atferd og de hadde opplevd mestring. En av deltakerne fortsatte å trene i andre tilbud utenom frisklivssentralen og to fortsatte å trene som Aktiv på

Dagtid-deltakere. Personen som ikke hadde fått til endring, hadde ikke fulgt tilbudene ved frisklivssentralen, og det grunnet arbeid på dagtid.

Flere masteroppgaver med kvalitative undersøkelser av frisklivssentraler har i det siste blitt publisert. Fellesnevneren er at deltakere har positive opplevelser med frisklivssentralen. De hadde fått kunnskap og erfaringer som de hadde tatt med seg videre, og de hadde følt støtte og samhold. Oppfølgingen der hadde bidratt til motivasjon til livsstilsendring og til bedre opplevd helse. Flere hadde gjennomført intervjuene flere år etter frisklivsperioden. Videre gis disse en kort omtale.

Hauge (2014) har sett på faktorer som bidrar til fortsatt fysisk aktivitet etter deltakelse i en frisklivssentral. Hun gjennomførte fokusgruppeintervjuer av 25 deltakere som hadde avsluttet frisklivsresept for mellom ett og fire år siden som fortsatt var fysisk aktive. Hun fant at frisklivssentralen hadde bidratt med kunnskap, ferdigheter og kompetanse som satte deltakerne i stand til å fortsette med fysisk aktivitet etter reseptperioden. Og videre at trening i grupper, samt opplevelse av helsegevinst og mestring bidro til motivasjon til fortsatt fysisk aktivitet. Noen av deltakerne hadde fortsatt å være fysisk aktive i lokale idrettslag eller turistforening.

Selø (2013) intervjuet åtte tidligere deltakere i en frisklivssentral om deres opplevelser av om reseptperioden bidro til økt motivasjon til livsstilsendring. Deltakerne opplevde at støtten og rådene de fikk av de ansatte og andre deltakere i reseptperioden hadde bidratt til økt motivasjon til trening. Dette sammen med fellesskapet, positive opplevelser på treningen, formøkning og vektreduksjon hadde hjulpet deltakerne i sin livsstilsendring. Alle intervjuene ble gjennomført direkte etter informantenes første eller andre reseptperiode.

Sand (2013) fulgte deltakere og aktører rundt opprettelse og nedleggelse av frisklivssentralen i Moss, en periode på ett år. Intervjuer av deltakere viste at de hadde opplevd mestring, samhold, glede, støtte og anerkjennelse under frisklivsperioden. De hadde opplevd økt mestringstro og tok et større ansvar for sin egen helse enn de hadde gjort tidligere.

Anderberg (2014) intervjuet seks tidligere deltakere av tre frisklivssentraler ett år etter endt frisklivsperiode. Hensikten var å finne ut om hvordan en frisklivssentral kan virke helsefremmende over tid. Det syntes å ha en sammenheng mellom oppfølgingen i frisklivssentralen og hvordan informantene opplevde å fungere nå.



Noen opplevde at frisklivssentralen hadde gjort dem bedre rustet til å fortsette en livsstilsendring på egenhånd, og de hadde det bedre både fysisk, psykisk og sosialt.

Eliassen (2014) intervjuet fem tidligere deltakere med overvekt som hadde opprettholdt livsstilsendringen etter minimum ett år og opp til ca. ni år etter avsluttet frisklivsperiode. Hun undersøkte hva som skulle til for at disse hadde opprettholdt livsstilsendringen over tid. Hun fant at deltakelsen i frisklivssentralen var et sentralt vendepunkt, og videre at endringsprosessen var et resultat av sosial tilhørighet i en gruppe, kroppslige erfaringer og opplevelse av mestring.

## **2.9 Behov for mer forskning**

Dette kapitlet har vist at intervensjonsprogrammer med fysisk aktivitet, trening på resept og frisklivssentraler har positive effekter på fysisk form og selvopplevd helse rett i etterkant og i kort tid etter oppfølgingen. Støtte og oppfølging ser ut til å gi motivasjon til atferdsendring. Men forskningen på feltet er mest belyst gjennom kvantitative undersøkelser. Det er lite kunnskap om deltakere i frisklivssentraler sine egne erfaringer og opplevelser om betydningen av oppfølgingen, og det er lite kunnskap om frisklivssentralers betydning på lang sikt. Kunnskapssenteret etterlyser mer forskning på langtidseffekter av intervensjon av helseatferd (Denison et al., 2012), og Helsedirektoratet understreker at det er behov for flere studier om frisklivssentraler i Norge (Sundar, 2014).

## **3 Metode**

### **3.1 Kvalitative intervju**

Det er i denne studien benyttet kvalitativt forskningsdesign med en fenomenologisk tilnærming, da det er menneskelige erfaringer som er kunnskapsgrunnlaget (Malterud, 2011). Det har blitt gjennomført kvalitative intervjuer. Kvalitative intervju kan få fram informantenes erfaringer og konkrete historier til et fenomen, kan skape fortrolighet og ro, og gi en god ramme for informantens erindringer (Malterud, 2011). Hensikten med kvalitative undersøkelser er å få mest mulig kunnskap om et fenomen, i motsetning til kvantitative undersøkelser som ønsker å foreta statistiske generaliseringer (Johannessen, Tufte & Christoffersen, 2010). Individuelt intervju kan få frem den enkeltes synspunkter, i motsetning til et gruppeintervju, der respondenten kan bli påvirket av andres meninger (Malterud, 2011).

### **3.2 Rekrutteringsprosess**

Informantene ble rekruttert fra et strategisk utvalg bestående av tidligere deltakere ved to frisklivssentraler på Østlandet, FLS 1 og FLS 2. Frisklivssentralene ble først forespurt per e-post og telefon om anledning til å rekruttere informanter. De fikk deretter tilsendt skriftlig informasjon om studien (vedlegg 3), samt informasjon som kunne sendes eller opplyses om til tidligere deltakere (vedlegg 2).

Frisklivssentralene tok telefonisk kontakt med tidligere deltakere som de mente passet med inklusjonskriteriene. Dette resulterte i to lister med til sammen 28 deltakere. Disse ble kontaktet fra øverst på listene, og intervjuetid- og sted ble avtalt fortløpende ettersom hvem som svarte på telefonen og som forsto formålet (det viste seg at noen ved FLS 1 ikke hadde forstått informasjonen som frisklivssentralen hadde gitt dem). Det ble inngått personlig avtale med en av informantene i FLS 1 i treningsrommet på frisklivssentralen. Samtidig ble en avtale med en annen informant avlyst da hun ikke hadde anledning ved opprinnelig avtalt tid.

Antall informanter avhenger av oppgavens størrelse, tid og ressurser til rådighet, og når forskeren anser at spørsmålene er besvart (Johannessen et al., 2010). Det ble satt en ramme på seks informanter i forkant av studien, ut ifra tid og kapasitet, men noen flere ble kontaktet for å være sikker på å få stort nok antall dersom noen trakk seg.

Det ble gjort avtale med 10 informanter totalt. Etter gjennomførte syv intervjuer, ble de resterende tre avlyst, da til sammen syv deltakere ble vurdert som tilstrekkelig.

### **3.2.1 Om frisklivssentralene og begrunnelse for valget av disse**

FLS 1 befinner seg i en by og FLS 2 på landet. FLS 1 ble valgt fordi den var den eldste i denne byen, og sannsynligheten for å få informanter med over ett år siden frisklivsperioden var størst i denne. Valget av denne frisklivssentralen var også begrunnet ut i fra at det stadig er frisklivssentraler under opprettelse i området, og de kan ha nytte av erfaringene som kommer fram i denne studien derfra. FLS1 har treningstimer som er åpne for alle i bydelen og egne timer forbeholdt deltakere på resept og eldre. Styrkerommet er åpent to dager i uken for alle over 16 år mot en betaling på kr. 20,- hver gang. Denne frisklivssentralen har et samarbeid med Aktiv på Dagtid som er organisert av idrettskretsen. FLS 1 informerer alle som er på frisklivsresept, samt alle som bruker styrkerommet, om lavterskeltrening i området. Det er ingen idrettslag involvert i FLS 1s timeplan, men idrettskretsen har en time for personer over 60 år en gang i uken.

FLS 2 er en av Helsedirektoratets utvalgte utviklingssentraler, og har vært etablert i lang tid (*Utviklingssentraler*, 2015). Den hadde dermed garantert deltakere som hadde vært til oppfølging for godt over ett år siden. Frisklivssentralen har treningstimer som er for deltakere på resept, samt for alle som kjøper «frisklivskort». Mange av timene er tilbud fra ulike treningssentre og svømmehallen, og disse kan deltakere på resept prøve ut inntil en gang per uke, mens øvrige må eventuelt kjøpe vanlig treningskort for å benytte disse. Fire timer organiseres av to idrettslag og to interesseorganisasjoner. FLS 2 har oversikt over de fleste idretts- og friluftslivsaktiviteter som finnes i kommunen på sin nettside, samt noen utvalgte tilbud ved et stativ ved inngangen til frisklivssentralen.

### **3.2.2 Inklusjonskriterier**

Følgende inklusjonskriterier gjaldt for informantene:

- Voksne fra 20 år og eldre
- Avsluttet frisklivsperioden for ett år siden eller mer

- Kunne snakke og forstå norsk

Inklusjonskriteriene var få, for å kunne få fram varierte opplevelser, erfaringer og meninger, og forhåpentligvis føre til ny kunnskap som kanskje ikke hadde kommet fram med et mer homogent utvalg (Malterud, 2011). Informantenes kjønn, fysiske aktivitetsnivå, organisasjonstilknytning og antall frisklivsperioder var derfor ikke forhåndsbestemt. Det var et kriterium med voksne informanter, siden Norges idrettsforbund regner voksne fra 20 år (*Spillemidler 2014 rapport*, 2015), og denne studien har voksnes idrettsdeltakelse som interessefelt.

Det var foretrukket med informanter som hadde avsluttet sin frisklivsperiode for mer enn ett år eller lenger siden. I følge Denison et al. (2012) er ett år eller mer ansett som en langtidseffekt i forskningsøyemed og det er som sagt få studier som har fulgt opp deltakere over ett år. Det kan være utfordrende å holde seg i vedlikeholdsfasen i lang tid etter en intervensjon (Prescott & Børtveit, 2004), og det var spennende å finne ut om dette gjaldt informantene i denne studien. På den annen side ble det vurdert at det kunne være utfordrende å innhente informanter i for lang tid tilbake. Dette gjaldt særlig FLS 1 som kun hadde vært i drift i noen få år.

Kravet om at informantene burde kunne snakke og forstå norsk var satt for å kunne gjennomføre intervjuene uten tolk. Dette for å lette prosessen, og for å få entydige svar på spørsmålene. Etnisk bakgrunn kunne være åpent.

### **3.3 Om informantene**

Alle informantene var kvinner og mellom 44-62 år (snitt 52,6 år). To av informantene var etnisk ikke-norske, og hadde ikke norsk skolegang. De øvrige informantene hadde enten niårig grunnskole som høyeste fullførte utdanning, videregående skole, eller ettårig handelshøyskole. Tre av informantene jobbet ikke, men hadde gjort det tidligere, mens fire av dem var i arbeid, men kun en hadde full stilling.

Seks av syv informanter hadde avsluttet sin frisklivsperiode for mer enn ett år siden ved intervjutidspunktet. Informantene i FLS 1 hadde avsluttet sin frisklivsperiode for henholdsvis fem måneder siden intervjuet, ett år og to måneder siden og ett år og fem måneder siden. Informantene i FLS 2 hadde avsluttet sin frisklivsperiode for fire eller fem år siden. Fire av informantene hadde hatt to frisklivsperioder, mens tre hadde

hatt en periode Ingen av deltakerne husket når de var inne på frisklivsresept da de ble spurt om dette. Korrekt dato ble oppgitt av ansatt og leder ved de to frisklivssentralene i etterkant av intervjuene. Se tabell 1.

**Tabell 1:** Tabellen viser en beskrivelse av informantene ved de to frisklivssentralene.

<b>Aldersgruppe</b>	<b>Antall informanter</b>
40-59	5
60 +	2
<b>Frisklivssentral</b>	
1	3
2	4
<b>Antall frisklivsperioder</b>	
1	3
2	4
<b>Ferdig i frisklivsperiode for x siden</b>	
5 måneder	1
1-1,5 år	2
4-5 år	4
<b>Høyeste fullførte utdanning i Norge</b>	
Ingen	2
Grunnskole	1
Videregående skole	3
Handelsskole	1
<b>Yrkesaktiv</b>	
Nei	3
Ja, deltid	3
Ja, fulltid	1

### 3.4 Datainnsamling

Intervjuene ble gjennomført i august og september 2014 ved frisklivssentralene der den enkelte informant var til oppfølging. Intervjuene varte i underkant av en time og rommene var skjermet for forstyrrelser.

Det ble benyttet en semistrukturert intervjuguide (Malterud, 2011) med noen få, åpne spørsmål. De gjaldt starten av oppfølgingen i frisklivssentralen, underveis i oppfølgingen og etter, se vedlegg 1. Et eksempel er «kan du fortelle meg hva som skjedde med målet/målene da du sluttet med oppfølging i frisklivssentralen?» Intervjuguiden inneholdt også mer detaljerte, konkrete spørsmål som «hvordan har oppfølgingen i frisklivssentralen påvirket ditt fysiske aktivitetsnivå, slik det er i dag?» og spørsmål av typen «kan du utdype...» «har jeg forstått deg rett når du sier...», som ble stilt ved behov. Det ble også stilt spørsmål utenom intervjuguiden for å følge opp det informantene sa. Informantene fikk først en gjennomgang av formålet med studien, og ble deretter spurt om formaliteter som frisklivsperiode, alder og yrkesstatus før den mer åpne samtalen.

Det ble lyttet med et åpent sinn for å høre det nye og uventede, og forsøkt ikke å ha svarene klare i hodet. Lydbånd ble benyttet og notater ble skrevet underveis. Å skrive notater kan fange opp andre inntrykk og ettertanker som ikke kommer fram på båndet (Malterud, 2011).

### **3.5 Analyse av dataene**

I den analytiske fasen skal de empiriske data systematiseres, sammenfattes og gjenfortelles (Malterud, 2011). Analysearbeidet startet i hodet allerede underveis i intervjuene, for å kunne stille de nødvendige oppfølgingsspørsmålene. Umiddelbart etter gjennomførte intervjuer ble viktige funn og forhold rundt som kunne ha innvirkning på resultatene notert ned. Kort tid etter de tre første intervjuene ble intervjuene transkribert i sin helhet i et dokument. Det samme gjentok seg etter gjennomførte intervjuer ved FLS2. Videre ble Malteruds modifisering av systematisk tekstkondensering benyttet, tilpasset disse data. Malteruds metode er igjen er inspirert av Giorgis fenomenologiske analyse. Metoden er detaljert beskrevet og teoretisk forankret, og egner seg for å utvikle kunnskap om informantens erfaringer og livsverden innenfor et bestemt felt (Malterud, 2011).

I første trinn av analysen, som er å få et helhetsinntrykk, ble det notert ned korte setninger og stikkord uten å systematisere innhold. Det var setninger som «Hva slags type trening de møtte i frisklivssentralen har påvirket i noen grad hva informantene gjør i dag, som styrketrening med apparater og svømming. Turer hadde de gjort

uansett.» Og «For de som ikke jobber er sosial omgang en viktig motivasjonsfaktor.» Foreløpige temaer ble notert ned, som «Betydning av frisklivssentralen» og «Motivasjon for å være fysisk aktiv». Trinn to var å identifisere meningsbærende enheter som de fleste funn kunne plasseres under. De meningsbærende enhetene ble systematisert, eller kodet, og plassert under de ulike temaene/kodene. En av dem var «utprøving av nye aktiviteter i frisklivssentralen». En annen var «sosial tilhørighet og sosialt samvær i frisklivssentralen». Videre ble den transkriberte teksten tilhørende de ulike meningsdannende enhetene markert med fargegoder. I tredje trinn ble innholdet i de meningsbærende enhetene kondensert, det vil si å hente ut mening og abstrahere kunnskapen som ligger i dem. De meningsbærende enhetene fikk mer spesifikke navn og sortert i subtemaer. I fjerde trinn ble det skrevet en analytisk tekst for hver kodegruppe, en rekontekstualisering, for å få fram en sammenfatning av funnene. Teksten ble belyst av informantenes sitater.

I analyseprosessen har det vært bevissthet på at intervjuer er medvirkende i intervjusituasjonen, og at intervjuers fremtoning, kroppsspråk og væremåte har påvirket hva informantene har ønsket å dele (Malterud, 2011). Intervjuer har dermed selv vært delaktig i å utvikle og skape data. Det har vært bevissthet på at etter hvert som data bearbeides, skjer det forandringer som kan påvirke pålitelighet og gyldighet av materialet (Malterud, 2011). Det har blitt forsøkt å la informantenes ord være de gjeldende, og forsøkt ikke blitt lagt til meninger ut i fra oppfatning, forutanelser og fagkunnskaper. Lydbåndopptakene og transkripsjonene har gjentatte ganger blitt gjennomgått for å forsøke å imøtekomme dette. Problemstillingen har hele tiden vært i bakhodet for å få en forsikring om at denne ble besvart. Alle trinn av analyseprosessen har blitt lagret for å kunne gå tilbake noen steg om nødvendig.

### **3.6 Etikk**

Denne studien hadde ikke til hensikt å skaffe til veie ny kunnskap om helse og sykdom, eller vurdere helseforhold. Dermed var det ikke behov for å søke Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk, REK. Det er derimot søkt Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste, NSD, siden gjennomførelse innebar tilgang til personopplysninger som ble lagret på datamaskin, se godkjenning fra NSD i vedlegg 4. Helsinkideklarasjonens etiske prinsipper for forskning har blitt fulgt. Informantenes konfidensialitet har blitt ivaretatt, som betyr at informantene ikke kan

spores opp i oppgaven. Informantene fikk informasjon om studien i forkant intervjuet, om deres rolle, om behandlingen av resultatene og om muligheten til å trekke seg når som helst uten å måtte oppgi grunn. De skrev under på en samtykkeerklæring, se vedlegg 2.



## 4 Resultater

Resultatene er strukturert etter tre temaer med underliggende subtemaer, se tabell 2. Resultatene får frem frisklivssentralens betydning for informantenes erfaring med fysisk aktivitet i dag, deres motivasjon for å være i fysisk aktivitet og deres opplevde barrierer til mer (organisert) fysisk aktivitet. Med organisert trening menes i denne studien trening i regi av treningssenter, arbeidsplassen, idrettslag eller andre foreninger, hvor en trener enten alene eller sammen i gruppe. Først beskrives informantenes fysiske aktivitetsnivå, slik de uttrykker det selv, og type aktivitet de bedrev i forkant av reseptperioden, samt under, rett etter og ved intervju tidspunktet. Fysisk aktivitet er definert som «all kroppsbevegelse som følger av muskelarbeid, og som fører til økt energiforbruk» (Henriksson et al., 2009). I denne studien er det fysisk aktivitet som gange, sykling, jogging, styrketrening, jogging og svømming som er etterspurt, og ikke for eksempel hus- og hagearbeid.

**Tabell 2:** Tabellen viser temaer og subtemaer som resultatene er strukturert etter.

<b>Tema</b>	<b>Subtemaer</b>
Frisklivssentralens betydning for informantenes erfaring med fysisk aktivitet	Utprøving av nye aktiviteter i frisklivssentralen Støtte og kompetanse i frisklivssentralen Sosial tilhørighet og sosialt samvær i frisklivssentralen
Motivasjon for fysisk aktivitet	Bedre helse Sosialt samvær og støtte God følelse og opplevelse av mestring
Opplevde barrierer for å være mer fysisk aktiv	Helsemessige begrensninger Lav mestringsfølelse ved aktiviteten Begrensninger i omgivelsene

### 4.1 Endring i fysisk aktivitetsnivå

Før frisklivsresepten var det nokså stor variasjon i informantenes fysiske aktivitetsnivå, men på det jevne 2-3 ganger i uken. En av dem oppga at hun ikke var noe fysisk aktiv, mens noen gikk turer hver dag. Aktiviteten som var dominerende var gåturer, men også noe sykkel, ski og intervaller.

Informantene var fysisk aktive i frisklivsperioden, og i hovedsak mer aktive enn før. De deltok jevnlig på frisklivssentralens tilbud om gruppetrening som trening i sal, styrkerom og vann, samt gange/jogging og intervalltrening, i tillegg til at de fortsatte å gå turer på egenhånd. Kun en av dem deltok i liten grad i frisklivssentralens tilbud.

Rett i etterkant av deres frisklivsperiode og opp til ett år etter, var de fleste informantene mer fysisk aktive enn før perioden, så å si hver dag. Noen av dem var omtrent like fysisk aktive som før.

Ved intervjuet var fortsatt de fleste informantene mer fysisk aktive sammenliknet med før frisklivsperioden. Men en av de som hadde vært mer fysisk aktiv hadde gått tilbake til nivået som før frisklivsperioden, som var nokså lite aktiv, i hennes mening. Mens en annen hadde blitt noe mer fysisk aktiv enn perioden rett etter frisklivssentralen. Noen var fortsatt nokså like fysisk aktive som før.

Informantene var først og fremst aktive med turer og styrketrening, men trente også gruppetimer i sal, balanse, sykkel, tøying i vann og gange i trapper. Dette gjorde de i treningssenter, i frisklivssentralens åpne tilbud, på egenhånd eller med kolleger. Ingen av informantene trente med idrettslag eller annen forening, men en av dem trente med Aktiv på Dagtid. De uttrykte at det ikke var aktuelt å trene organisert i treningssenter, for de som ikke gjorde det, eller med idrettslag eller forening.

Informantene var fornøyde eller nokså fornøyde med eget aktivitetsnivå, med unntak av hun som hadde gått tilbake til et lite fysisk aktivt nivå.

## **4.2 Betydning for informantenes erfaring med fysisk aktivitet**

Frisklivssentralen hadde hatt stor betydning for de fleste informantenes endring av fysisk aktivitetsnivå, slik de uttrykte det selv. De informantene som hadde avsluttet sin frisklivsperiode for rundt ett år siden, hadde videreført samme type trening og enten økt eller opprettholdt antall treningstimer i uka som under frisklivsresepten. Informantene som hadde avsluttet frisklivsperioden for fire-fem år siden hadde i større grad videreført «gamle» aktivitetsvaner, og oppga noe mindre påvirkning av frisklivssentralen. Måten frisklivssentralen hadde hatt betydning for informantene på presenteres videre som utprøving av nye aktiviteter, støtte og kompetanse, og sosial tilhørighet og samvær.

#### 4.2.1 Utprøving av nye aktiviteter i frisklivssentralen

I frisklivsperioden hadde informantene prøvd ut aktiviteter de ikke hadde drevet med tidligere, hovedsakelig styrketrening med apparater, trening i sal etter musikk, intervaller og svømming. Flere av dem hadde fortsatt med å trene i treningssenter i perioden etter frisklivsresepten og gjorde det ved intervjudagen. Hovedsakelig med styrketrening, men også med timer i sal. Disse informantene uttrykte at de nye aktivitetene kunne tilskrives frisklivssentralen. En av informantene sa: *«Men så var det det året, så ble (navngitt treningssenter), det var med i frisklivssentralen, så jeg fikk jo, jeg testa ut flere ting. Altså blant annet den aktiviteten som er ut å gå på turer og sånt noe på (navngitt sted) her, og jeg var med på spinning, og jeg var med på 4x4, nei, det var jeg etterpå. Men jeg prøvde ut litt sånn forskjellig, men at jeg og klarte også bli med ut på (navngitt treningssenter), og det var mye bedre enn jeg hadde forventa. Så det var der jeg havna.»* En av informantene hadde blitt flinkere til å trene styrke på gulvet hjemme i etterkant, og hadde også fortsatt å tøye i vann, etter at hun hadde prøvd ut dette i frisklivssentralen. Men oppga at hun selv hadde funnet ut hva som passet for henne.

Noen av informantene oppga at utprøvingen av nye aktiviteter i frisklivssentralen hadde hatt mindre å si for deres aktivitetsnivå ved intervjutidspunktet. Det gjaldt hovedsakelig de som hadde endt frisklivsresepten for fire-fem år siden. En av dem hadde jobbet 100 prosent i frisklivsperioden og hadde ikke deltatt på timene i særlig grad. En av informantene oppga at hun var allerede i gang med å gå turer før frisklivsresepten og hadde fortsatt med det i etterkant, uten å være sikker på hva som hadde skjedd uten frisklivsresepten. Gåturen var for øvrig en aktivitet informantene gjorde både før, underveis og etter oppfølgingen.

En av informantene hadde trent på et treningssenter to ganger i uken i opptil ett år etter frisklivsperioden, men så hadde hun sluttet. Det var hun ikke fornøyd med, men hun hadde vanskeligheter med å forklare hvorfor det hadde blitt slik. *«Nei, jeg... Har tenkt på det sjøl, hvorfor, hvorfor faller du ut av noe som du egentlig synes er ok og sånt noe? Jeg veit ikke hvorfor. For det var liksom sånn der, ikke noe som har skjedd sånn enten. Ikke noe hjemme og ikke noe på jobb som gjør at jeg skulle tenke at det på en måte bare glei ut, men det bare glei sånn sakte men sikkert. Ei uke så hoppa du over, så klarte du ikke å ta det inn igjen,»* fortalte hun. Hun hadde ikke

jobbet i frisklivsperioden, og hadde da trent på morgenene i dette treningssenteret. Etter frisklivsperioden hadde hun jobbet igjen, og måtte da trene etter jobb. Treningen ble et ork, formen ble dårligere og «dørstokkmila» gjorde at hun ikke kom tilbake, oppga hun.

#### **4.2.2 Støtte og kompetanse i frisklivssentralen**

Informantene hadde mye positivt å si om frisklivssentralen, og de fortalte om god oppfølging og nytte av å være der. De fortalte at de hadde fått god informasjon om hva som var bra for kroppen. *«Ja, det synes jeg, og de samtale og det synes jeg og hadde veldig nytte av. Veldig flinke de som jeg har vært til samtale hos altså, det må jeg si liksom at dem får deg til å tenke over litt og rett spor og sånn. Det synes jeg.»* En av informantene syntes det var fint at aktiviteten ble registrert og at hun måtte tilbake til oppfølgingssamtale for å høre hvordan det hadde gått. Hun trengte å bli litt kontrollert: *«Noen som på en måte følger deg kanskje eller ser deg kanskje litt hver uke. Ja. At du blir registrert for hva du gjør. For det var jo det fine med det, at du måtte tilbake etter en måned etter du var ferdig med resepten så var du tilbake til oppfølgingssamtale om hva som hadde gått. At du følte at noen på en måte ville gå inn også kontrollere deg litt. Ja.»*

Informantene syntes det var gode tilbud, de hadde lært å trene riktig, deltakelse hadde hindret smerter og det var gode og hyggelige instruktører og personale. En av informantene sa følgende: *«Både med den styrketreninga også det svømmeopplegget, du lærte jo noe om hva du burde styrke og litt, å gjøre ting litt riktig. (...) Jeg synes at jeg hadde veldig nytte av den der frisklivssentralen, altså, jeg synes det, og liksom de to periodene jeg var med så kom borti sånn positive instruktører som jeg synes har mye å si altså, rett og slett.»* En annen sa: *«NN (den ansatte fysioterapeuten) for det første. Hun er veldig spesiell. Veldig god og snill. Og veldig sånn oppfølgende.»* En av informantene mente at flere kommuner burde hatt et slikt tilbud: *«Men nå, nå ser jeg egentlig tilbake igjen på det som veldig positivt. Skulle ønske alle kommuner kunne hatt det så bra som dette her.»*

Noen av dem følte at de ikke ble fulgt opp på samme måte på treningssenteret de trente ved nå, som i frisklivssentralen. En av dem sa: *«Driver med sånn apparattrening. Jeg har fått et sånt program. Også for det skulle være sånn*

*tilrettelagt for meg. Også driver jeg med sånn trening for meg sjøl da. Og så har jeg han treneren da. Som at jeg kan spørre hvis det er noe. Han driver med litt sånn måler meg og sånn innimellom. Men ellers så prøver jeg. Jeg prøver å gå ned litt i vekt ikke sant. Så han driver med måler meg da. Men mest så holder jeg på sjøl.»*

Noen av informantene mente at de kunne fått mer ut av oppfølgingen i frisklivssentralen hvis de hadde vært sykemeldt eller det hadde vært flere tilbud på ettermiddagene etter jobb. Det måtte samtidig være lagt på en tid slik at de rakk å kjøre dit etter jobb. En av dem sa: *«Jeg vil jo si at frisklivssentralen har jo veldig bra tilbud, men at det, hvis du skal klare å nyttiggjøre deg av tilbudet, at, du kanskje må ha mye mere fri enn det jeg hadde, for å få mulighet til å være med de forskjellige tingene. Så ja. Det er, for de hadde veldig fin timeplan. Det er masse å gjøre.»*

Flere av informantene ville gjerne fortsatt å bli fulgt opp og hatt muligheten til å trene videre ved frisklivssentralen. Begge frisklivssentralene i denne studien hadde treningstilbud som var åpne for alle, på etterspørsel fra deltakere. Men det var nokså nytt i FLS 1, og det var kun en av informantene i FLS 1 som benyttet seg av dette tilbudet.

#### **4.2.3 Sosial tilhørighet og samvær i frisklivssentralen**

Flere nevnte det gode miljøet ved frisklivssentralen, samholdet og det å ha noen å prate med. *«Også var det... Vi hadde det veldig hyggelig. Veldig sånn der koselig nærvær. Vi hadde det hyggelig sammen. Og det gjorde det til at vi hadde lyst å gå hit hver eneste gang. Det var veldig hyggelig å komme hit»*, sa en av dem. De hadde følt tilhørighet, unngått ensomhet og hatt et fast holdepunkt. Hun sa videre da hun fortalte om at hun ikke fikk fortsette etter to frisklivsperioder: *«Så var det ikke plass. Så dermed så fikk jeg ikke fortsette. Og da ble jeg kjempelei meg. Jeg tenkte da at jeg mista jeg liksom det der faste holdepunktet.»*

En av informantene syntes det var ålreit å trene i en gruppe der hun visste at de andre var i dårligere fysisk form enn henne. Da slapp hun følelsen av å dumme seg ut: *«Det var nok at det ufarliggjorde det. Den derre følelsen av at en ikke mestrer. Det tenker jeg at det følte... Det var det jeg følte at da jeg kom sammen med den gruppa, så visste jeg jo det at der var det en del som faktisk var enda dårligere fysisk enn meg. Ikke sant at du følte deg, at du var ikke redd for å dumme deg ut.»*

Informanten som hadde sluttet å trene i treningscenteret ett år etter frisklivsperioden, mente at å trene sammen med en gruppe kunne hjelpe på motivasjonen til å komme i gang igjen. Hun ønsket en ny frisklivsresept.

### 4.3 Motivasjon for fysisk aktivitet

Alle informantene var motiverte til å være fysisk aktive, med hovedsakelig helsen, sosialt samvær og støtte som motivasjonsfaktorer. Men også at de fikk mestringfølelse av å være fysisk aktive.

#### 4.3.1 Bedre helse

Informantene oppga helsemessige fordeler som motivasjon til generelt å være fysisk aktive. De hadde fysiske helseplager de måtte ta hensyn til som de forebygget med å trene. De trente for å ta vare på seg selv og å få mindre vondt. De følte at de ble i bedre humør, orket mer på jobb og hjemme og ble positive mot folk. De fikk bedre tanker, sov bedre på natta og ble mindre deprimert. En av dem sa: *«Hvorfor jeg trener? Jeg får lettere helse, jeg får bedre tanker, jeg føler meg sånn lett for alt.»* En annen sa: *«Jeg sover godt om natta merker jeg. Og humøret holder seg oppe da. Og det kjenner jeg jo er viktig, å kunne være positiv. For det er jo det en blir. Både mot folk, og ikke minst bikkja mi, og barnebarna.»*

Informantenes mål med deltakelse i frisklivssentralen var helsemessig begrunnet. De ville få hjelp til å komme i gang med trening, bli i bedre form, finne en treningsform som passet for dem, trene regelmessig eller gå ned i vekt. En av informantene sa: *«Målet det var vel å trene på en måte som gjorde at det vonde på en måte ikke skulle ta overhand.»*

#### 4.3.2 Sosialt samvær og støtte

Flere av informantene trente for å være i et sosialt miljø, eller de ønsket å være i et. Det sosiale hadde stor betydning for å prioritere trening. En av informantene fortalte: *«Jeg synes jeg blir i bedre humør av sånn av å gå på trening. Så har jeg noe å gå til. Eh, jeg lever i grunn sånn litt ensomt liv. Og da synes jeg liksom bare det og så gå dit så ser jeg folk. Det hjelper.»* Noen informanter uttrykte at å være hjemme å tenke

gjorde dem deprimerte. På treningssentrene som noen av informantene trente ved i dag trente de for seg selv, og ikke sammen med en gruppe. Det var ikke det gode sosiale miljøet som ved frisklivssentralen. Noen informanter trente sammen med kolleger på jobben eller gikk turer med mannen og syntes det var trivelig å trene sammen med dem. En av dem kunne tenke seg å trene med en gruppe når hun sluttet å jobbe. Hun sa: *«Jeg vil si at formålet mitt med å skulle møte opp på sånn turistforeningsturer, så er det jo for at en kan slå av en prat, ikke for det at en skal bli så grundig kjent med gud og hvermannen, liksom at en kan slå av en prat sånn litt underveis, altså jeg er ikke sånn helt, helt nødt til å ha masse kontakt, men litt er jo hyggelig da.»*

For andre var ikke det sosiale den viktigste motivasjonen for å trene. Det var hovedsakelig de som hadde jobb, og et sosialt liv på andre arenaer. De syntes det var stille og rolig å komme seg ut. En av dem begynte å gå turer for å være alene i perioden hvor hun opplevde et personlig dødsfall, for da var det så mange mennesker i huset. Hun ville helst ikke trene sammen med andre: *«Men barrierer mi og sperra er jo det der med masse folk da, ikke sant. Jeg trives jeg, blant masse folk, men er ikke komfortabel med det i sånn treningsgreie liksom, og veit ikke hvorfor.»* Hun hadde vært den som dro i gang gåturer med venner tidligere, men det orket hun ikke lenger. Hun var lei av det og ville heller komme seg ut når det passet for henne. *«Jeg liker vel ikke å gå i flokk. Og så det der å måtte avtale med noen og, selvfølgelig hvis jeg går til det offentlige og blir med dem på noe, så er jo det noe som var avtalt i fra før. Men i forhold til mine venner og sånn, så blir det veldig ofte meg som må ta den første telefonen å spørre. Skal vi nå? Og det gidder jeg ikke, da tar jeg heller på meg skoa mine og går aleine.»* Videre fortalte hun: *«Jeg er 110, 15, 20 prosent aktiv i (navngitt organisasjon) og har veldig mye med det å gjøre. Og er på en del møter og kurs og samlinger i forhold til det. Så det sosiale sånn sett trenger jeg ikke utenom det. Og jeg er veldig sosial med venner og er på dansegallaer og jeg og er veldig i farta. Og ja, du er hjemme nå, kan ungene mine si. Er du innom? Så jeg plages vel egentlig ikke på noen måter av ensomhet.»*

Et treningstilbud burde, etter informantenes mening, være et sted hvor en ble fulgt opp og støttet, fått litt veiledning og ros. Positive instruktører hadde mye å si. En av informantene uttalte om treningssenteret hun hadde trent ved: *«Og hun som er leder eller daglig leder der ute, hun var jo og veldig god. På en måte, hun så oss alle*

*sammen når vi var der og var veldig flink til å se, følge opp litt. Kanskje bare bortom en gang mens du var der, bare for å si at du var flink. Og det tror jeg at hun gjorde at en god del... Det var flere som sa det samme som meg at det var mye bedre enn de hadde trodd. Og så fikk vi veiledning første gang vi var der. Så fikk jeg veiledning, jeg tror det var to, et par ganger i den tida jeg var der at jeg skulle øke på da. Ja.»*

### **4.3.3 God følelse og opplevelse av mestring**

Informantene var fysisk aktive fordi de fikk en god følelse, de kjente formøking og mestring: *«Jeg går på ski på åsen bak her, der er det jo masse bakker, ikke sant, men så kommer du på sånn, så får du den utsikten. Når du kommer på toppen der, liksom, den der følelsen av at dette fiksa jeg. Den er kjempegod den følelsen. Den kan jeg ikke helt beskrive hvordan den er, men he he. Den ønsker jeg tilbake til igjen.»* Om å mestre treningen på treningssenteret fortalte en: *«Jeg følte at jeg beherska apparatene, at de var på en måte, det var ikke noen som, skulle fortelle meg hva jeg skulle gjøre. Det var meg og apparatene på en måte.»*

Informantene uttrykte også behovet for å bevege seg, komme seg ut i frisk luft og oppleve stillhet. En av informantene beskrev det slik: *«Men kan du si sånn som etter den verste vinteren liksom sånn i februar, når sola virkelig kommer og lyser og sånt noe, da får jeg veldig sånn utferdstrang. Da må jeg ut i sola, og da går jeg meg veldig gjerne en tur. Det gjør jeg. Jeg tenker at, pf, herregud, litt støv her og der, det er bare meg som må gjøre likevel, så det kan være det samme.»* En av informantene fortalte om en gang at hun måtte være i ro en periode. Det hadde vært tungt å komme i gang igjen, men hun hadde klart det. På spørsmål om hvordan hun kom i gang igjen svarte hun: *«Hvordan kom jeg i gang igjen? Nei det husker jeg ikke helt. Jeg er nok motivert på en måte, ser du. Det nok noe mellom øra som er ganske sterkt. Ja.»*

## **4.4 Opplevde barrierer for å være mer fysisk aktiv**

Dårlig vær, kulde, legebesøk, mye å gjøre på jobb eller hus- og hagearbeid kunne være grunner til at informantene hoppet over *enkeltøkter*. Generelt var det flere forhold som hindret dem i enten å være mer fysisk aktive, drive med hardere fysisk aktivitet, å ville gjøre andre type aktiviteter eller å trene organisert. De hadde helsemessige



begrensninger, lav mestringsfølelse ved aktiviteter, eller det var begrensninger i omgivelsene.

#### 4.4.1 Helsemessige begrensninger

Informantene hadde fysiske plager som høyt blodtrykk, en vond hofta eller stivhet i kroppen. Dette var et hinder for å kunne trene hard styrketrening, gå lange turer, sykle eller å løpe fort på tredemøllen, selv om de egentlig ville. Enkelte øvelser ville rett og slett vært for tøffe for kroppen. En av dem sa: *«Og så veit jeg at hvis jeg går for langt, og det er for bratt så blir det vondt, så det er jo det at blir mye vondt i ettertid. Som egentlig stopper meg veldig. Det blir liksom sånn, ah, jeg orker ikke den, selv om jeg egentlig har veldig lyst for da vet jeg at i ettertid så får jeg så mye vondt noen ganger.»* Hun ville heller ikke delta på noe organisert trening over tid fordi hun visste at hun ikke fikk vært med på alt grunnet «vondter» som ble verre i perioder. Da ville hun heller ikke betale for det.

Flere hadde tidligere prøvd treningsformer som aerobic og styrketrening i treningscenter, men det hadde blitt for hardt for dem og gitt mer vondt i kroppen. En av informantene hadde opplevd dette i tilbudene til frisklivssentralen også. Hun fortalte at tilbudene på ettermiddagen var for fysisk tunge for henne til å kunne delta. Informantene ville ha gode instruktører som kunne fortelle hvordan en skulle trene på rett måte som passet for deres kropp.

#### 4.4.2 Lav mestringsfølelse ved aktiviteten

Det var enkelte aktiviteter informantene ikke hadde interesse av eller lyst til å gjøre. Det gjaldt også enkelte aktiviteter de hadde prøvd i frisklivssentralen. De nevnte at de ikke likte aktiviteter som jogging, ski, ballspill, trening til musikk i sal, svømming og leik. En av informantene sa det med humor: *«Si det. Liksom sånn å gå på ski, det er ikke aktuelt, for det, jeg trives ikke med ski. Og sånne ballspill er heller liksom ikke noe sånn veldig for meg, altså. Så. Det er liksom det der å gå tur. Det er det det handler om da, tror jeg. Jeg har jo prøvd det der med musikk og hopp og sprett og diss og dass, men det liksom, ble ikke noe det heller.»* En av informantene fortalte at hun ikke ville gå med staver med en gruppe, for det følte hun at hun ikke mestret: *«Men der kanskje litt det dere og, litt sånn, dumme seg ut. Vise at du ikke mestrer.»*

*Ja. For jeg ser nok heller at jeg går litt med staver og litt oppover bakker og sånt noe, og da blir jeg helt ferdig. Mens de som går ved siden av meg, på en måte... De sier at nå har du klart det. Jeg ser ikke den følelsen at jeg har klart det fordi at jeg kjenner at jeg... I med at pusten, ikke sant, du kjenner, jeg kjenner mer på den der, at jeg ikke ordentlig mestrer det. Og jeg ser ikke den gleden av jeg skulle gjort det. Nei.»*

Informantene nevnte også at de ville trene forskjellige ting, og ikke være bundet til å trene det som et eventuelt idrettslag tilbød, eller delta i konkurranser. Noen ville ikke trene innendørs når det var fint å være ute. Da ville de ikke betale for et innendørs treningstilbud de kun brukte i perioder av året.

#### **4.4.3 Begrensninger i omgivelsene**

Noen av informantene uttrykte at selv om de kunne tenke seg å delta på en type aktivitet, kunne det være for lang reisevei til at de ville delta, eller heller ville bruke tid til andre fritidsinteresser. Prisen kunne også være en begrensning eller begrunnelse for valg av en type trening, men var ikke den største barrieren. En av informantene tok taxi til treningssenteret en gang i uken for å kunne trene i styrkerommet og ta badstue der.

Informantene hadde ikke mangel på støtte fra menneskene rundt seg til å være fysisk aktive. *«Sånn er det nå også da, at jeg liksom de som er rundt meg som jeg pleier å være sammen med da, de vet liksom når jeg er på trening. Da er det mor skurr av mobilen og er på trening»*, sa en av informantene. Men de kunne selv føle på seg at de ville bruke tiden på nær familie framfor å være borte hjemmefra for å trene selv. *«Altså jeg vil si at det er helsa til mannen min som gjør at jeg på en måte slakker av for at jeg ser at han... Altså hvis han er aleine hjemme en dag, og det er han jo en god del da, så når jeg kommer hjem fra jobb, så åpner han ytterdøra og ser at... (...) jeg ser at han har behov for selskap. (...) Altså han har ikke noe trøbbel med at jeg er med på forskjellige ting. Hadde jeg sagt det til han, ja bare reis, hadde han sagt. Så det er mere meg. Det er min barriere.»* En av informantene oppga at det ikke hadde vært tilrettelagt for trening i arbeidstiden, men at det ville endre seg utover. Noen uttrykte også redsel for å gå alene, slik at lange skogsturer var noe de ikke ville gjøre. Dessuten hadde informantene lyst til å gjøre andre ting enn å trene.

En av informantene fortalte at foreldrene ikke hadde tatt henne med til noe idrettslag som barn, og en hadde aldri vært noe organisasjonsmenneske. De hadde dermed ikke noen erfaring med å trene med et idrettslag. En uttrykte at «tiden var forbi» for å trene noe organisert.

## 5 Diskusjon

Resultatene i denne studien drøftes i denne delen opp mot teori og empiri på fagområdet for å belyse problemstillingen «hvordan erfarer tidligere deltakere i en frisklivssentral det å bedrive fysisk aktivitet over ett år etter endt frisklivsperiode?» Det blir først en kort drøfting om informantenes fysiske aktivitetsnivå. Denne studien kan ikke gi ny kunnskap om nivået av fysisk aktivitet, i og med at det er benyttet kvalitativ metode, men det blir likevel tatt med som bakgrunn for videre drøfting av informantenes erfaringer med fysisk aktivitet. Det blir videre drøftet frisklivssentralens betydning for informantenes erfaringer med fysisk aktivitet, og om informantenes motivasjon og barrierer for mer fysisk aktivitet, hovedsakelig i idrettslag. Diskusjonen struktureres etter betydningen av erfaring med aktiviteten og lokale tilbud, betydningen av støtte og sosial tilhørighet og betydningen av kompetanse og mestring. Sosial støtte, kompetanse og mestring er komponenter som bidrar til motivasjon for atferdsendring, og motivasjon er dermed en rød tråd gjennom hele drøftingen. Det avsluttes med en metodediskusjon.

### 5.1 Fysisk aktivitetsnivå

I denne studien opplyste de fleste informantene at de hadde et høyere aktivitetsnivå etter frisklivsresepten enn før, noe som også gjaldt ved intervju tidspunktet. Noen hadde nokså likt aktivitetsnivå som før frisklivsperioden. Dette var hovedsakelig de informantene som hadde lengst tid siden oppfølgingen. Disse resultatene sammenfaller godt med andre studier på frisklivssentraler (Blom, 2008; Båtevik et al., 2008; Helgerud & Eithun, 2010; Lerdal et al., 2013), på fysisk aktivitet på resept (Roessler et al., 2007) og på studier med fysisk aktivitet som intervensjon (Denison et al., 2012; Greaves et al., 2011). De viser god eller moderat effekt på kort og mellomlang sikt (ett år). Og de få studiene som innebærer måling av effekt utover ett år etter endt intervensjon har varierende resultater (Bratland-Sanda et al., 2014; Greaves et al., 2011; Lawton et al., 2009). Eksempelvis fant Lawton et al. (2009) at en relativ høy andel informanter hadde opprettholdt fysisk aktivitetsnivå ett år etter reseptperioden, men andelen hadde sunket noe etter to år. Bratland-Sanda et al. (2014) viser at over halvparten av tidligere deltakere hadde et fortsatt økt aktivitetsnivå to til fire år etter avsluttet frisklivsresept.

Men både type intervensjon og metode varierer i de refererte studiene, slik at det er vanskelig å konkludere med hvilken metode som gir best utfall. Dessuten kan det, ifølge Kallings og Leijon (2003), være faktorer i samfunnet som påvirker effekten og ikke selve intervensjonen. Og videre, ifølge de samme forskerne, mangler det ofte oppfølging av de som ikke deltar eller dropper ut, noe som kunne gitt minst like viktig kunnskap som de som fullfører.

I henhold til den transteoretiske modellen er en person i vedlikeholdsfasen fra seks måneder til fem år etter en atferdsendring (Kerr et al., 2005). I denne studien hadde tre av informantene fremdeles relativt kort tid siden avsluttet frisklivsresept. Å oppleve å gå tilbake til utgangspunktet slik det var før endringsforsøket er svært vanlig, ifølge Prescott og Børtveit (2004). Det kan dermed ennå være for tidlig å si noe om en vedvarende livsstilsendring for disse.

## **5.2 Betydningen av erfaring med aktiviteten og lokale tilbud**

### **5.2.1 Utprøving av aktiviteter i frisklivssentralen**

Etter frisklivsperiodens slutt kan det være utfordrende å fortsette med fysisk aktivitet på eget initiativ (Båtevik et al., 2008). Veilederen for kommunale frisklivssentraler (2013) anbefaler alle frisklivssentraler til å samarbeide med lokale tilbud som kan enten prøves ut i frisklivsperioden eller lette overgangen i etterkant. Dette var gjennomført i begge frisklivssentralene i denne studien. FLS 2 hadde infiltrert tilbud til andre lag og treningssentre i timeplanen. FLS 1 hadde tidligere hatt et tilbud av en forening på timeplanen, men sluttet grunnet lav deltakelse. Begge frisklivssentraler hadde informasjon om andre tilbud i nærmiljøet synlig for deltakerne og som de informerte deltakerne om.

I denne studien hadde flere av informantene begynt å trene med aktiviteter som de var blitt introdusert for i frisklivsperioden. Enten så fortsatte de med den type aktivitet som de hadde prøvd ut i frisklivssentralen, eller i tilbud som frisklivssentralen hadde informasjon om. Enten gjennom egentrening, i frisklivssentralen, i treningssenter eller med kolleger. En av informantene oppga at hun selv hadde funnet ut hva som passet av trening for henne. Samtidig drev hun med styrketrening på gulvet hjemme og tøyning i vann, noe hun hadde prøvd ut i frisklivsperioden, så slik sett kan det se ut som hun hadde lært noe på

frisklivssentralen som hun hadde tatt med videre. Dette er i tråd med andre studier (Anderberg, 2014; Bratland-Sanda et al., 2014; Båtevik et al., 2008; Hauge, 2014; Helseetaten i Oslo og Oslo idrettskrets, 2013; Roessler et al., 2007). Deltakerne i disse studiene hadde fortsatt med aktivitetene de lærte i frisklivssentralen enten på egenhånd, opprettet likemannsgrupper eller begynt å trene med lærte aktiviteter i tilbud i nærmiljøet. Hauge (2014) opplyser om at lokale tilbud hadde stor betydning for deltakerne, og de hadde fortsatt med aktiviteter som tur-orientering, seniortrim, gåturer og styrketrening i regi av idrettslag, turistforening eller frisklivssentralen. Terskelen for å delta i organisert trening som turlag, idrettslag og gruppetrening i treningssentre, kan altså se ut til å bli lavere dersom deltakerne har prøvd ut liknende aktiviteter i gruppe i frisklivssentralen (Bratland-Sanda et al., 2014).

For informantene i denne studien og i blant annet overnevnte studier, ser det ut til at gåturer, styrketrening og gruppetimer i sal er aktiviteter som deltakere fortsetter med etter frisklivsperioden, og som de kan bli introdusert for i frisklivssentralen. Særlig gåturer er aktuelt, da det er den aktivitetstypen som når flest generelt i befolkningen, og er særlig egnet for de minst aktive (Ingebrigtsen, 2009). Valget av mosjonsform i studien til Roessler et al. (2007) var særlig bestemt av den aktiviteten de hadde vendt seg til i «klinikken», som passet for dem, at det var tilgjengelighet til treningsstedet og at de kunne trene når det passet dem. Deres holdning til treningsstedet (som forening eller kommersiell) og pris var ikke avgjørende. Dette ser ut til å stemme med informantene i denne studien.

### **5.2.2 Overgang til aktivitet i idrettslag**

Det er få tidligere deltakere i frisklivssentraler som er fysisk aktive i idrettslag i forhold til resten av befolkningen (Bratland-Sanda et al., 2014; Breivik & Rafoss, 2012; Båtevik et al., 2008; Roessler et al., 2007). Men ut ifra at utprøving i frisklivssentralen kan ha betydning for senere aktivitet, kan det tenkes at dersom informantene hadde trent med idrettslag i frisklivsperioden, hadde de kanskje trent med idrettslag etterpå også. Frisklivssentralene i denne studien hadde eksempler på dette. For informantene i denne studien blir dette bare en hypotetisk tanke.

I rapporten utarbeidet av Oslo idrettskrets og Helseetaten i Oslo (2013) kom det fram at det var få tilbud i ordinære idrettslag som dekket deltakere i frisklivssentraler sine

ønsker og behov. Men Aktiv på Dagtid passet bra. Informantene oppga at aktivitetene måtte ha lav terskel, både fysisk og sosialt, og være i nærheten av der de bodde. Dette gjaldt informantene i denne studien også. Noen idrettslag tilbyr gang og turmarsj eller andre lavterskelaktiviteter, men de fleste har idretter som fotball, ski og håndball (Ø. Seippel, 2002). Dette er aktiviteter som sannsynligvis har for høy terskel for deltakere i frisklivssentraler. Oslo idrettskrets og Helseetaten i Oslo (2013) foreslår aktiviteter som idrettslag kan tilby dersom omstendighetene tilsier det. Gåturet med ulik lengde i gruppe med instruktør, utholdenhets- og styrketrening i sal, vannaktiviteter og ballaktiviteter (for menn). I tillegg kan idrettslag organisere arrangement, oppmerkede stier i skogen, tur-orientering og åpen svømmehall. De skriver videre at dersom idrettslag skal kunne legge til rette for aktivitet for deltakere i en frisklivssentral, må tilbudet i så fall koordineres og finansieres av det offentlige. Det er ikke gitt at alle frisklivssentraler har slike idrettslag å tilby sine deltakere i nærområdet.

### **5.3 Betydningen av sosial støtte og tilhørighet**

#### **5.3.1 Sosial støtte av de ansatte i frisklivssentralen**

Intensjonen til frisklivssentralen er, i henhold til veilederen for kommunale frisklivssentraler (2013), at deltakerne skal oppleve støtte og tilhørighet under oppfølgingsperioden. Deltakere skal bli fulgt opp blant annet gjennom minst to helsesamtaler basert på endringshjulet og motiverende intervju, og tilbud om fysisk aktivitet i gruppe. I helsesamtalen setter veileder og deltaker sammen opp en plan ut fra deltakerens mål med oppfølgingen, og denne tas opp igjen og vurderes i slutten av oppfølgingen. Det vurderes om deltaker trenger videre oppfølging i frisklivssentralen, eller er motivert for å fortsette endringsarbeidet på egenhånd (Helsedirektoratet, 2013). Sosial støtte og tett oppfølging er motiverende og kan gi bedre effekt av intervensjonen (Greaves et al., 2011). At andre mennesker støtter og oppmuntrer en person som forsøker å gjøre en atferdsendring, kan bidra til at en holder ut og ikke gir opp, ifølge Prescott og Børtveit (2004). De sier videre at anerkjennelse for god innsats og oppnådde resultater kan gi inspirasjon og motivasjon til å fortsette med endringen.

Informantene i denne studien uttrykte at de hadde fått god oppfølging og støtte av de ansatte i frisklivssentralen. En av dem uttrykte at hun likte at aktivitetene hun ble med på ble registrert og at hun ble litt kontrollert. Andre studier på frisklivssentraler viser også at frisklivssentralen var støttende, og at dette var avgjørende for motivasjonen til å bli mer fysisk aktive. Hauge (2014) beskriver at informantene opplevde frisklivssentralen som støttende, at de ble trygget og fikk råd om hvordan de kunne delta i aktivitetene. Kaurstad et al. (2013) trekker frem at samtaler og veiledning i frisklivssentralen ga deltakerne motivasjon og inspirasjon til å delta på aktivitetene. Flere av disse informantene ønsket tettere oppfølging og større krav til forpliktelse for å kunne delta i større grad. Frisklivssentralen var altså organisert slik at informantene i denne studien følte at de ble fulgt opp, noe som var motiverende for å være fysisk aktive i frisklivsperioden.

### **5.3.2 Sosial tilhørighet til en gruppe i frisklivssentralen**

I frisklivssentraler får deltakerne tilbud om å delta i ulike grupper sammen med likesinnede (Helsedirektoratet, 2013). Andre deltakere kan gi og motta støtte, oppmuntring og ros, ifølge Prescott og Børtveit (2004). Informantene i denne studien hadde kjent tilhørighet og støtte blant de andre deltakerne i frisklivssentralen. De hadde hatt et koselig samvær, og gledet seg til å møte opp hver gang. Behovet for sosial tilhørighet er et av de grunnleggende behovene i henhold til selvbestemmelsesteorien for å styrke en persons indre motivasjon til en aktivitet eller atferdsendring (Bratland-Sanda et al., 2014). Dette behovet uttrykte informantene at de fikk dekket i gruppene de var med på i frisklivssentralen. Hauge (2014) fant også at deltakerne der opplevde at det var inspirerende å trene sammen med andre. Å være en del av en gruppe med mye smil og latter var inspirerende og motiverende til å være i regelmessig fysisk aktivitet. Selø (2013) beskriver også at fellesskapet med de andre deltakerne og de positive opplevelsene på treningene gjorde det lettere å møte opp på treningene. Å være sammen med andre i en gruppe i frisklivssentralen kan altså være motiverende for å møte opp på aktivitetene som frisklivssentralen organiserte.

Noen av informantene uttrykte et sterkere behov for sosial støtte, tilhørighet og samvær som motivasjon til å være fysisk aktiv enn andre. Noen oppga at de fikk dekket behovet for sosialt samvær og tilhørighet på jobben, med familien eller med



andre fritidsaktiviteter. Men de understreket viktigheten av instruktører med god kompetanse på trening dersom de skulle trene med en gruppe. Det kan virke som at noen av deltakerne hadde behov for det Schwarzer et al. (2004) kaller for emosjonell støtte, informativ støtte og bekreftende støtte, i motsetning til andre som kun hadde behov for informativ støtte i et treningstilbud. Uansett så det ut til informantene fikk dekket sine behov i frisklivssentralen gjennom både de ansatte og de andre deltakerne der. Hva med betydningen av sosial støtte og tilhørighet for videre fysisk aktivitet etter frisklivsperioden?

### **5.3.3 Sosial støtte og tilhørighet som motivasjon for videre aktivitet**

De fleste av informantene i denne studien uttalte at sosialt samvær, støtte og oppfølging var viktig for motivasjonen for videre aktivitet og for valg av type aktivitet etter oppfølgingen. Andre studier viser også betydningen av å trene sammen med andre. Den hyppigste oppgitte motivasjonsfaktoren i studien til Bratland-Sanda et al. (2014) for økt fysisk aktivitet etter frisklivsperioden var å være fysisk aktiv sammen med andre. Dette støttes av Båtevik et al. (2008) som opplyser at flertallet av de som var fysisk aktive i etterkant av frisklivsperioden var det sammen med andre. Og av tidligere deltakere som ikke var regelmessig fysisk aktive seks måneder etter reseptperioden oppga blant annet at grunnen var mangel på støtte. Kallings et al. (2008) opplyser om at deltakere på fysisk aktivitet på resept som hadde det morsomt på trening fortsatte å være fysisk aktive på sikt. Dette må fortrinnsvis skje sammen med andre. Betydningen av sosialt fellesskap kan illustreres med informanten som hadde trent i et treningssenter sammen med en liten gruppe fra frisklivssentralen i frisklivsperioden. Hun hadde fortsatt med dette uten denne gruppen etter oppfølgingen, men etter ett år hadde hun sluttet der. Hun fortalte at å trene i en gruppe kunne hjulpet på motivasjonen til å trene igjen.

Å trene sammen med andre kan gi en struktur og forpliktelse som gir motivasjon til videre trening (Prescott & Børtveit, 2004). Eliassen (2014) fant at når deltakerne skulle over i aktivitet på eget initiativ, var det viktig for dem med fortsatt faste tidspunkter for treningen eller avtale med venner eller trener for å opprettholde jevnlig frekvens på treningen. Det samme fant Roessler et al. (2007). Informantene ønsket faste treningstider med en fast treningsgruppe- eller partner for å få struktur

og forpliktelse til å delta og en fast person som fulgte dem opp. Dette gjorde at treningssentre og foreninger virket uoverkommelige.

Flere av informantene i denne studien uttalte et ønske om videre oppfølging for å kunne opprettholde fysisk aktivitetsnivå. Noen ville fortsette å trene i frisklivssentralens lokaler, eller ha ny resept. Dette fant Kaurstad et al. (2013) og Roessler et al. (2007) også. Roessler et al. (2007) oppgir at informantene var tilfredse der «klinikken» hadde tilbud om videre trening. De opplevde barrierer ved nye miljø, og ville heller fortsette å trene i miljø de kjente allerede. Begge frisklivssentralene i denne studien hadde opprettet tilbud for alle, slik at tidligere deltakere kunne trene der mot betaling. Til tross for at frisklivssentraler, i henhold til veileder for kommunale frisklivssentraler (2013), kun skal være et tidsbegrenset tilbud, så det ut til at dette var en god løsning i disse frisklivssentralene. Og selv om korte intervensjoner kan ha god effekt har mange personer i en atferdsendringsprosess behov for profesjonell oppfølging over tid for å opprettholde livsstilsendringen (Prescott & Børtveit, 2004). Helgerud og Eithun (2010) anbefaler lenger oppfølging av deltakerne i sin studie på frisklivssentraler i Nordland og Buskerud, basert på sine funn.

#### **5.3.4 Sosial støtte og tilhørighet i et organisert treningstilbud**

Flere av informantene i denne studien uttrykte altså behovet for sosial tilhørighet og støtte i et treningstilbud. Dette var noen av dem ikke fornøyde med i treningssenteret de trente ved nå. Men det kan ikke forventes at organiserte tilbud kan tilby like mye støtte som en frisklivssentral, ifølge Båtevik et al. (2008). Stor grad av støtte kan heller ikke forventes av et gjennomsnittlig idrettslag som er basert på frivillig innsats (*Frivillig innsats i Oslo-idretten* 2006). Men behovet for sosial tilhørighet til en gruppe er det gode grunner til å tro at informantene kunne fått dekket i et idrettslag. Og i større grad enn i et treningssenter, ifølge Seippel (2006). Han forteller om en vesensforskjell mellom treningssentre og idrettslag. Treningssenter skaper ikke nye sosiale nettverk i lik grad som idrettslag. Det er heller et sted som bidrar til å opprettholde gamle nettverk. En bør altså kjenne medlemmene fra før dersom en skal prate med dem. Idrettslag derimot kan tillegges den nytteverdien at det er en arena for sosial tilhørighet (St.meld. nr. 39 (2006-2007), 2007). Seippel (2006) sier videre at i idrettslag er det flere som trener for å oppleve sosial tilhørighet og samvær

enn i et treningssenter. Dessuten viser det seg at de fleste idrettslag vektlegger de sosiale aspektene ved idrettsdeltakelse fremfor resultater og konkurranse (Ø. Seippel, 2002). At informantene likevel ikke trente eller ønsket å trene med et idrettslag lå nok i andre grunner enn det sosiale.

## **5.4 Betydningen av kompetanse og mestring**

### **5.4.1 Opplevelse av kompetanse og mestring i frisklivssentralen**

Frisklivssentralen skal gi kompetanse og motivasjon til at deltakerne kan fortsette å være fysisk aktive på egenhånd etter frisklivsperioden, og bør legge opp til fysisk aktivitet hvor deltakerne føler mestring, ifølge veileder for kommunale frisklivssentraler (2013). Det står videre i veilederen at den skal formidle kunnskap innenfor levevaneområdene og mestring av egen helse. God informasjon kan danne beslutningsgrunnlaget for å gjøre en atferdsendring, og vil videre være viktig for at deltakerne kan ta vare på sin egen helse, ifølge Prescott og Børtveit (2012). Informantene i denne studien ga uttrykk for at de hadde fått god informasjon om fysisk aktivitet og helse og om hvordan de kunne trene riktig. Og de hadde kjent at kroppen mestret ulike aktiviteter. En av dem uttalte at utprøving av treningssentret i frisklivsperioden var bedre enn forventet, og hun opplevde at hun mestret apparatene der. Frisklivssentralen hadde altså gitt informantene kompetanse til å mestre flere aktiviteter enn de kunne fra før. Hauge (2014) fant i sin studie at frisklivssentralen hadde bidratt med kunnskap, ferdigheter og kompetanse som satte deltakerne i stand til å fortsette med fysisk aktivitet etter reseptperioden. Det samme fant Båtevik et al. (2008). Informantene der opplyste om at de hadde lært seg gode treningsvaner og å sette pris på fysisk aktivitet.

### **5.4.2 Utvikling av mestringstro i frisklivssentralen**

Erfaring med å mestre noe, er ifølge Bandura en av fire kilder til mestringstro (Mæland, 2010). Dersom en person opplever aktiviteter som en mestrer, kan en få større tro på at en kan klare tilsvarende aktiviteter senere (Prescott & Børtveit, 2004). Og det som betyr noe, er i hvilken grad en selv opplever å mestre aktiviteten, ikke hvordan den objektivt sett ble mestret (Espnes & Smedslund, 2009). Det ser altså ut til at informantene i denne studien hadde opplevd å mestre i frisklivssentralen, noe som kan ha økt deres mestringstro i forhold til å fortsette med fysiske aktiviteter

senere. Dessuten hadde informantene i denne studien erfaringer fra før frisklivsperioden om at de mestret å gå turer og drive med noen andre aktiviteter. De hadde altså også med seg tidligere gode erfaringer på å mestre, noe som kan ha bidratt med å forsterke mestringstroen som frisklivssentralen bidro med.

Det er også grunn til å tro at informantene opplevde Banduras andre kilder til mestringstro i frisklivssentralen, nemlig modellering (en ser at andre klarer det), tolkning av kroppslige tilstander og muntlig overbevisning (Mæland, 2010). Når en er sammen med andre i en gruppe, ser en at de andre mestrer aktiviteten, og en kan dermed få troen til at en klarer det selv også (Naidoo & Wills, 2009). Det er vesentlig at modellen er mest mulig lik en selv og befinner seg i lignende situasjon, ifølge Mæland (2010), noe som informantenes opplysninger om utdanning, alder, yrkesstatus og helseplager vitner om. I tillegg til at de også ga uttrykk for at de hadde det hyggelig sammen med de andre deltakerne og likte å trene sammen med dem.

Tolkning av kroppslige tilstander kan gi ulike utslag på mestringsforventning og tilhørende atferd (Mæland, 2010). Det kan både øke og senke mestringsforventningene, ifølge forfatteren. For informantene ser det ut til at kroppslige tilstander i form av bekymring for helsen, fysiske plager og engstelse for å gå ute alene var hemmende for fysisk aktivitet, mens den gode følelsen etter en treningsøkt, gjennom å mestre en aktivitet, og å kjenne at smertene ble mindre var fremmende for fysisk aktivitet. Kroppslige tilstander kan dermed enten ha bidratt eller hindret informantene i å være fysisk aktive.

Den fjerde kilden til mestringstro, muntlig overbevisning, er det sannsynlig at informantene hadde opplevd gjennom veiledning og instruksjon i frisklivssentralen. Dette sannsynliggjøres av at økt mestringstro er et mål med helsesamtalen (*Helsesamtalen*, 2015) og at de hadde følt sosial støtte og tilhørighet, som omtalt ovenfor.

At mange av informantene i denne studien fortsatte med å trene styrke i treningscenter eller på egenhånd etter frisklivssentralen, kan nok forklares med stor grad av mestringstro ved aktiviteten, og motsatt. At enkelte aktiviteter ble valgt bort, kan forklares med lav grad av mestringstro.

### **5.4.3 Manglende mestringsfølelse**

Helsen var særlig begrensende for informantene i denne studien. Helseplagene gjorde at de ikke turte å trene så hardt eller så lenge som de ville, eller trene enkelte aktiviteter som de likte. En av informantene oppga at hun ikke ville ikke på noe organisert trening på grunn av helseplagene, for hun ville ikke klart å gjennomføre alle de faste treningsøktene over tid. Da ville hun heller ikke betale for det, og heller drive med den treningen hun selv kjente at hun behersket. Helseplager var også hyppigste oppgitte barriere i Båtevik et al. (2008) og Bratland-Sanda et al. (2014) sine studier. Ifølge Espnes og Smedslund (2009) er blant annet helseressurser en viktig faktor for hvor godt en person føler at en mestrer. Roessler et al. (2007) fant at de deltakerne som hadde best helse var de som var aktive i organiserte tilbud. Helsen var altså en grunn til manglende mestringsfølelse, og var en barriere for blant annet å trene organisert.

### **5.4.4 Manglende mestringserfaring**

På den tiden som informantene var barn var det mer uorganisert lek og færre som trente organisert med idrettslag (Meld. St. 19. (2014-2015), 2015). En av informantene fortalte at hun ikke var medlem i idrettslag som barn, men lekte heller ute. Seippel (2006) forklarer at mennesker rekrutteres inn i idrettslag først og fremst gjennom eksisterende sosiale nettverk. At foreldrene tar med barna eller at en blir med venner. Og videre er det en sammenheng mellom hvor og hvordan en er fysisk aktiv som barn og fysisk aktivitetsnivå som voksen (Ø. Seippel, Abebe & Strandbu, 2012). Forskerne forklarer at trening en driver med i ung alder utvikler kompetanse og ferdigheter som gjør det enklere å trene dette senere. De forteller også at det kan være vanskeligere å gå fra egentrening eller treningscenter til idrettslag enn andre veien.

Sosiale forskjeller gjenspeiler seg i frivillige organisasjoner som idretten (Meld. St. 26 (2011-2012), 2012). I følge Meld. St. 26 (2012) har personer med høy inntekt, høy utdannelse, heltidsansettelse og god helse større sannsynlighet for å være aktivt medlem og yte frivillig innsats i en idrettsorganisasjon enn personer med lav sosioøkonomisk status. Personer med lav inntekt og utdanning og svak tilknytning til arbeidsmarkedet er mindre engasjert i frivillig arbeid enn de med høy utdanning og inntekt. Flere av disse beskrivelsene passer til informantene.

Dette kan bety at informantene bare hadde noen få, ingen eller dårlige tidligere erfaringer å bygge mestringstro på, og kan forklare deres manglende interesse av å trene med idrettslag.

#### **5.4.5 Motivasjon til vedvarende fysisk aktivitet**

I følge selvbestemmelsesteorien avhenger grad av motivasjon blant annet av personens kompetanse (Ryan & Deci, 2000). At miljøet legger til rette for kompetanse og mestring kan lede til økt indre motivasjon for en aktivitet, ifølge de samme forskerne. Som beskrevet ovenfor hadde frisklivssentralen bidratt til å gi informantene kompetanse og dermed motivasjon til videre fysisk aktivitet. Informantene uttrykte videre indre motivasjon for å være fysisk aktive, i betydning i det Ryan og Deci (2000) forklarer som en lyst og interesse av å gjøre aktiviteten for dens egen skyld og ikke for å oppnå noen form for ytre belønning. Det gjaldt særlig det å komme seg ut i frisk luft på tur. Gåturen var aktiviteten som de hadde drevet med også før frisklivsresepten, og det var tydeligvis en aktivitet som informantene klarte å opprettholde over tid.

Ellers var informantene motiverte av blant annet å få bedre helse, overskudd og sosialt samvær. Dette er motiver for å oppnå noe utover selve aktiviteten, og er per definisjon ytre motivasjon (Ryan & Deci, 2000). Ut i fra informantenes uttalelser om disse ytre motivasjonsfaktorene virket det som at de var viktige for dem og i overensstemmelse med egne verdier og behov, og kan tolkes som det Ryan og Deci (2000) kaller «regulation through identification» og «integrated regulation». De ga også uttrykk for at de kunne trene når det passet dem, og de opplevde ingen hindringer fra familien til å være fysisk aktive. Det ser altså ut til at de følte en høy grad av autonomi i deres valg av aktiviteter og hvor ofte de ville trene. Å ha følelse av autonomi er ifølge selvbestemmelsesteorien viktig for å opprettholde motivasjonen for aktiviteten (Ryan & Deci, 2000).

Ifølge Kerr et al. (2005) kan motivasjon deles i to avhengig av når i endringsprosessen de inntreffer. En må ha motivasjon i forkant av endringsprosessen for å kunne ta et valg om endring, og en må ha motivasjon for å kunne opprettholde endringen. Det krever kontinuerlig arbeid for å opprettholde motivasjonen for å holde seg i vedlikeholdsfasen (Prescott & Børtveit, 2004). Opprettholdelsen av

motivasjon avhenger blant annet av den opplevde tilfredsstillelsen av den oppnådde endringen (Kerr et al., 2005). Fishbein og Ajzen (2010) peker på andre faktorer som må være tilstede for at en person skal ønske å fortsette med fysisk aktivitet etter en intervensjonsperiode. En må ha positive holdninger til å trene, det må ikke ligge praktiske hindringer for å delta og en må føle støtte fra betydningsfulle andre. Informantene i denne studien ga uttrykk for at vær og mørketiden var barrierer for å være fysisk aktive, og at de hadde annen motstand som reisevei og pris på aktivitetene de drev med. De følte som sagt begrensninger med helsen, og enkelte ville også prioritere andre ting. Men de opplevde støtte rundt seg til å være i fysisk aktivitet og uttrykte en positiv holdning til å være i fysisk aktivitet. De var stort sett fornøyde med eget aktivitetsnivå og som beskrevet ovenfor var de motiverte for å fortsette å være fysisk aktive. De ville ikke gi opp. Det er altså grunn til å ha positive forventninger til at informantene kan klare å holde på sitt aktivitetsnivå i framtiden.

## **5.5 Metodediskusjon**

Å validere kvalitativ forskning er å stille spørsmål om kunnskapens gyldighet, ifølge Malterud (2011). Forskeren må spørre seg om valgt metode er den relevante veien for å belyse problemstillingen, og må gjøres kontinuerlig i forskningsprosessen. Malterud (2011) skriver videre at en forsker må stille spørsmål om metoden en har brukt har gitt svar på problemstillingen, om problemstillingen var korrekt formulert og om utvalget var relevant for å gi svaret på de spørsmålene en stilte. Videre bør en stille spørsmål om hvilken kunnskap datainnsamlingen har gitt, om en har brukt de rette begrepene og modellene for å forstå det fenomenet forskeren vil lære noe om, og om en har valgt riktig analysestrategi. Til slutt om presentasjonsformen gir svar på problemstillingens spørsmål. Forskningens reliabilitet eller pålitelighet omfatter hvor nøyaktig en har samlet inn data, hvilke data som brukes, måten de ble samlet inn på og hvordan data bearbeides (Johannessen et al., 2010). Videre vil det bli gått inn på noen av disse problemstillingene angående denne studien.

### **5.5.1 Utvalg**

I denne studien har det blitt benyttet strategisk utvelgelse av informanter. Det vil si at forskeren først tenker gjennom hvilken målgruppe som må delta for å få samlet

nødvendige data, for så å velge ut personer fra målgruppen (Johannessen et al., 2010). En forsker bør som sagt spørre seg om utvalget var relevant for å gi svaret på de spørsmålene en stilte. Antallet informanter er ikke lett å bestemme på forhånd, men antallet bestemmes ut i fra hensiktsmessighet og ikke representativitet, som i kvantitativ forskning (Johannessen et al., 2010). Det er grunn til å se kritisk på antall informanter og betydningen dette har for å kunne besvare utførlig problemstillingen i denne studien. To av informantene hadde avsluttet oppfølgingen for noe i overkant av ett år siden, mens en annen hadde avsluttet for fem måneder siden. Dette er kort tid i atferdsendringssammenheng. Informasjon om frisklivssentralens betydning for informantene på lang sikt, ble følgelig basert på kun fire informanter. Det ble vurdert å intervju flere informanter med lengre tid siden frisklivsperioden. Men ut fra informasjonen som hadde kommet fram etter syv intervjuer ble det ansett som tilstrekkelig for å kunne besvare problemstillingen. Det ble vurdert at det var tilstrekkelig bredde i svarene til at det ikke kom til å komme frem ny kunnskap etter disse intervjuene. Masteroppgavens begrensende ramme var også avgjørende. Tiden som var gått siden frisklivsresepten for alle informantene opplyste de respektive frisklivssentralene om etter at intervjuene var gjennomført. Det burde ha vært spurt om dette i forkant av intervjuene, slik at informanten med kortest tid siden frisklivsperioden kunne blitt erstattet.

Utvalgssammensetningen kan også sees på med kritiske øyne. Utvalget besto kun av kvinner, og ingen menn. Menn kunne kanskje ha gitt andre synspunkter og meninger enn kvinnene som ble intervjuet. Dette fordi menn kan ha interesse av andre aktiviteter (Helseetaten i Oslo og Oslo idrettskrets, 2013), og at det generelt er flere menn enn kvinner i idrettslag (*Spillemidler 2014 rapport*, 2015). Det ble ikke gjort noen særskilte tiltak for å rekruttere menn, av den grunn at det er flest kvinner som er deltakere i frisklivssentraler (Båtevik et al., 2008; Helgerud & Eithun, 2010), og de ble da regnet for gode stemmer for denne studien.

En av informantene ble rekruttert med personlig kontakt mens hun trente i treningssenteret på frisklivssentralen, i motsetning til de andre som ble kontaktet per telefon ut i fra en liste tilsendt fra frisklivssentralene. Det var altså garantert at hun hadde erfaring med fysisk aktivitet ved intervjutidspunktet, og at denne erfaringen besto i blant annet trening ved frisklivssentralen. Andre tidligere deltakere kunne kanskje hatt andre erfaringer og kunne bidratt til å endre datamaterialet noe. Noen



ganger er det nødvendig å gjøre et såkalt bekvemmelighetsutvalg for å få tak i informanter (Malterud, 2011). Det er «lov» ifølge Malterud (2011) dersom forskeren gjør rede for eventuelle begrensninger som følger av dette. Det kan også hende at de informantene som var villige til å være med i studien var mer interessert i fysisk aktivitet enn deltakere generelt (Lerdal et al., 2013). Materialet kunne dessuten blitt mer variert dersom det hadde blitt rekruttert informanter fra flere frisklivssentraler. Men, ifølge Johannessen (2010), er det viktigere med informantenes erfaringer enn med deres bosted, noe som ble ansett som holdbart for denne studien.

### 5.5.2 Intervjuene

Det finnes en rekke forhold som kan påvirke et intervju, avhengig av intervjuer-informant- relasjonen (Johannessen et al., 2010). Intervjuerens kjønn, alder, etnisk tilhørighet, oppførsel og utseende kan skape avstand eller nærhet mellom forsker og informant, fortsetter Johannessen et al. (2010). «Forskeren» i denne studien er kvinne og var høygravid ved intervjutidspunktet. Det kan ha bidratt til å skape nærhet med informantene, som også var kvinner, og ha ufarliggjort situasjonen. Informasjonen om studiet som ble gitt før spørsmålene startet og måten den ble gitt på, kan ha vært avgjørende for hvor villige informantene var til å dele informasjon (Johannessen et al., 2010). Informantene i denne studien ble blant annet informert om at de kunne prate utførlig rundt spørsmålene, og at de ikke skulle bli avbrutt med et nytt spørsmål før de ble stille. Forhåpentligvis hadde intervjuer en væremåte og tydelighet som framkalte trygghet i situasjonen i denne studien. Intervjuet ble gjennomført på frisklivssentralene som de respektive informantene hadde blitt fulgt opp ved, noe som kan ha skapt en fortryggende atmosfære. Rommene var dessuten skjermet for forstyrrelser, slik at begge parter fikk konsentrert seg.

Validering underveis i et intervju kan, ifølge Malterud (2011), bestå i at forskeren regelmessig sjekker sin egen oppfatning med spørsmål som «har jeg forstått deg rett når du sier at...?» På den måten kan en sikre en felles forståelse i det som blir sagt mellom forsker og informant om det som informanten forteller. Det kalles dialogisk validering (Malterud, 2011). Det ble gjort i denne studien, men det kan likevel ha skjedd misforståelser. Informantenes dialekt og norskkunnskaper kan ha hatt bidratt til at intervjuer har misforstått deres uttalelser. Fra intervjuers ståsted opplevdes det at spørsmålene måtte tilpasses informantenes språk- og forståelsesnivå. Til

informantene som ikke hadde norsk som morsmål, måtte det benyttes mer konkrete og lukkede spørsmål enn til de andre informantene. Det kan bety at «forskeren» påvirket enkelte av informantenes uttalelser mot sin forforståelse. Det var dessuten flere spørsmål som en av informantene som hadde flyttet til Norge i voksen alder ikke forsto eller misforsto. Det resulterte i noen ubesvarte spørsmål og noe utilstrekkelig informasjon fra denne informanten.

Intervjuet kan også ha blitt påvirket av at informantene svarte det de trodde var mer sosialt akseptabelt (Bratland-Sanda et al., 2014), eller hva de trodde at forskeren var ute etter (Johannessen et al., 2010). Kanskje informantene utelukket informasjon på grunn av dette? En av informantene ga uttrykk for at hun trodde hun ikke var rett person for dette studiet, fordi hun ikke var fysisk aktiv i et organisert tilbud. Det vitner om at hun hadde forventninger til hva hun trodde var hensikten med intervjuet.

Informantene oppga selv hvor fysisk aktive de var, uten noen form for objektiv måling. Det er ofte at informanter oppgir noe forhøyet aktivitetsnivå enn hva som er reelt (Steene-Johannessen et al., 2015). Hvor fysisk aktive informantene til enhver tid var fra før frisklivsperioden fram til intervjudagen kom heller ikke systematisk fram gjennom den benyttede metoden. Til det burde heller et skriftlig spørreskjema vært benyttet (Johannessen et al., 2010). Men nøyaktig fysisk aktivitetsnivå var underordnet informasjon i denne studien, i forhold til informantenes erfaringer med fysisk aktivitet. Informantene ble også spurt om forhold som gjaldt fortiden, og det er sannsynlig at informantene kan ha vært påvirket av hukommelsesbias, noe som er en typisk feilkilde ved retrospektive studier (Bratland-Sanda et al., 2014). At ingen av informantene husket når de var til oppfølging i frisklivssentralen vitner om dette. Og biasen var mest sannsynlig størst blant informantene som hadde vært til oppfølging for fire-fem år siden. En av informantene uttrykte også spesifikt at hun ikke husket så godt tilbake til frisklivsperioden.

Ved kvalitative intervju kan intervjuperson oppleve at tidligere informanter har informasjon som er relevant å ta med seg inn i senere intervjuer, slik at spørsmålene blir justert noe underveis (Malterud, 2011). Forsker kan få erfaringer som kan gi forutanelser til neste intervju, og dermed også påvirke spørsmålene, skriver forfatteren videre. Dette har nok skjedd i denne studien også. Det opplevdes for eksempel at ingen av informantene hadde tydelig erindringer om hva som var målet

med henvisningen til frisklivssentralen. Intervjuguiden innebar flere spørsmål som tok utgangspunkt i disse målene. Spørsmålene måtte da stilles annerledes, og intervjuer fikk mer erfaring i dette for hvert intervju. Ingen av intervjuene ble like, selvsagt. Ifølge Malterud (2011) skal ikke intervjuguiden følges slavisk, men heller sees på som en huskeliste. Hun skriver at intervjuguiden bør revideres underveis i feltarbeidet etter hvert som forskeren lærer mer om hvor fokus bør være, og tilpasses hver enkelt informant. Det betyr at selv om informantene i denne studien fikk noe ulike spørsmål, er det ikke nødvendigvis noen svakhet ved studien. «Forsker» var opptatt av å lytte underveis i intervjuet og tilpasse neste spørsmål til det som tidligere var blitt sagt. Dessuten var intervjuguiden godt gjennomtenkt og forberedelsen før hvert intervju var god.

### 5.5.3 Tolkning

I kvalitativ forskning er forskeren selv aktiv i hele prosessen, og bruker seg selv som instrument (Johannessen et al., 2010). For at forskeren skal kunne hevde at resultatene representerer informantenes erfaringer, må en sørge for at forskerens tolkning er et gyldig bindeledd mellom det empiriske materialet og resultatene (Malterud, 2011). Forskeren må spørre seg om en har gjengitt korrekt hva informantene sa, eller om en har hørt eller transkribert feil. For å unngå at det er forskerens ord som kommer fram og ikke informantenes (Maxwell, 1992). Det ble benyttet båndopptaker i denne studien, slik at informantenes ord kunne bli transkribert ordrett, men det kan likevel ha skjedd transkriberingsfeil på enkelte ord som intervjuer ikke oppfattet korrekt. Dessuten kan informantene ha hatt kroppsspråk som ikke har kommet fram i transkriberingen. Kroppsspråk kan ifølge Johannessen et al. (2010) formidle reaksjoner og følelser, og vise om informanten kjeder seg, har blitt fornærmet eller sint.

Forskeren har alltid med seg erfaringer, hypoteser, faglig perspektiv og teoretisk referanseramme fra tidligere som vil påvirke tolkningen av det som informantene beskriver og dermed igjen resultatene (Malterud, 2011). I folkehelsevitenskap er det en rekke teorier og begreper, som «mestringsforventning», «sosial støtte» og «den transteoretiske modellen». Hele denne studien er basert på denne teoretiske rammen. Et annet perspektiv kunne gitt andre resultater (Johannessen et al., 2010). Flere av subtemaene i denne studien innbefatter noen av begrepene innenfor feltet

folkehelsevitenskap. Noen av informantenes uttalelser som ikke passet inn i disse subtemaene, kan ha blitt utelatt, selv om de muligens var relevante for problemstillingen. Subtemaene ble også noe endret underveis etter veiledning, og meninger kan ha forsvunnet av samme overnevnte grunn. Det kan videre ha forekommet at informantenes meninger ble framstilt ut i fra «forskerens» forforståelse og teoretisk kunnskap i sammenfatningen, da essensen i informantenes fortellinger skulle komme fram. Det er forsøkt i hele analyseprosessen å bøte på dette ved å lytte til informantene med et åpent sinn, og stadig å gå tilbake til lydopptakene og transkriberingen for å få fram det informantene virkelig sa. Ifølge Johannessen et al. (2010) styrkes påliteligheten av at forskeren gir leseren en inngående beskrivelse av konteksten og en detaljert beskrivelse av framgangsmåten for hele forskningsprosessen. Det er forsøkt gjort i denne studien. Det er likevel umulig å unngå at forskeren preger kunnskapsutviklingen, og det viktigste vil være å erkjenne eget ståsted i forskningsprosessen (Malterud, 2011).

#### **5.5.4 Endring i frisklivssentralene**

Informantenes meninger om frisklivssentralen var basert på slik forholdene var ved frisklivssentralene på det tidspunktet de var til oppfølging der. Noen forhold kan ha endret seg i løpet av tiden mellom deres oppfølging og ved intervjudagen. For eksempel kan ansatte ha vært byttet ut, timeplanen ha vært endret, samarbeid med idrettslag eller annen forening kan ha blitt endret og informasjon på nettsidene kan ha endret seg. Det kan bety at noen av informantenes meninger er «utdatert» med tanke på implikasjoner for praksis og en eventuell konstruktiv tilbakemelding til frisklivssentralene. Eksempelvis hadde FLS 1 nylig startet opp et treningstilbud i frisklivssentralen åpent for allmennheten og tidligere deltakere, som ikke var opprettet da informantene var til oppfølging der. Tilbudet var opprettet etter etterspørsel fra andre deltakere. Dersom dette tilbudet hadde eksistert tidligere, kunne informantene fra FLS1 hatt andre meninger og erfaringer om fysisk aktivitet i etterkant av frisklivsperioden. FLS 1 hadde tidligere hatt et samarbeid med en forening om et tilbud om gåtur i skogen en gang i uken for deltakere. FLS 2 hadde tidligere hatt et annet idrettslag på timeplanen som hadde rekruttert flere tidligere deltakere. Dersom denne studien hadde hatt informanter med erfaringer fra disse tilbudene, ville materialet kunne ha sett annerledes ut.

### 5.5.5 Overførbarhet

Sannsynligheten for at funn er gyldig, kan ifølge Malterud (2011) styrkes dersom flere er enige om at konklusjonen er rimelig og at funnene samsvarer i stor grad med annen forskning. Veilederne i denne studien har fulgt prosessen fra forberedelse til tekstskriving, og har et godt grunnlag for å vurdere studien. De har vurdert beskrivelsen som rimelig. Funnene i studien samsvarer også med annen forskning i stor grad, og det er dermed grunn til å mene at funnene er gyldige.

I kvalitativ forskning er ikke målet å generalisere funnene til å gjelde hele populasjonen, da materialet ikke er basert på et representativt utvalg (Johannessen et al., 2010). Det er mer vanlig å snakke om overføring av kunnskap, i den betydning at funnene i en studie kan være nyttige for andre områder enn det som studeres, ifølge Johannessen et al. (2010). Denne studien får først og fremst fram kunnskap om syv informanter i to forskjellige frisklivssentraler på Østlandet, men det kan også være rimelig å anta at funnene kan gjelde for andre frisklivssentraler i landet.

## **6 Konklusjon og implikasjoner for praksis**

Denne studien har belyst erfaringer som tidligere deltakere i frisklivssentral har med fysisk aktivitet over ett år etter frisklivsperioden. Det har blitt sett på hvilken betydning frisklivssentralen har hatt for deres forhold til fysisk aktivitet, hva som motiverte dem til fysisk aktivitet og hvilke barrierer de hadde til eventuelt mer (organisert) fysisk aktivitet.

Resultatene viser at informantene hadde en positiv opplevelse av oppfølgingen de hadde fått ved frisklivssentralen. Frisklivssentralen hadde gitt dem nyttig informasjon om fysisk aktivitet og helse og de hadde deltatt i flere aktiviteter gjennom gode treningstilbud. Informantene hadde fått kompetanse til å mestre flere aktiviteter enn de opprinnelig drev med. De hadde opplevd sosial støtte og tilhørighet i frisklivssentralen, både av de ansatte og med de andre deltakerne. Frisklivssentralen har mest sannsynlig gjennom dette gitt informantene motivasjon til å fortsette å være fysisk aktive.

Flere av informantene hadde fortsatt å trene med aktiviteter som de hadde prøvd ut i frisklivssentralen, som styrketrening, trening i sal og tøying i vann. Noen av dem oppga nytte og positiv opplevelse av frisklivssentralen, men trente ikke med noe av det de gjorde der. Det var i hovedsak de informantene som hadde lengst tid siden oppfølgingen. Informantene trente organisert på treningssenter, med frisklivssentralens åpne tilbud eller med kolleger i arbeidstiden. I tillegg var de fysisk aktive på egenhånd, særlig med gåturer. Ingen av informantene trente med idrettslag, og hadde heller ikke gjort dette i frisklivsperioden. En av informantene trente med Aktiv på Dagtid, et treningstilbud i regi av idrettskretsen.

Informantene uttrykte både indre og ytre motivasjon for å være fysisk aktive. De var motiverte av å ta vare på helsen, av overskuddet treningen ga og mestringsfølelsen. Sosial støtte og tilhørighet til en gruppe, samt god veiledning og dyktige instruktører var viktig i et treningstilbud, var av betydningen. Helsen var informantenes barriere for å være mer fysisk aktive, eller være i annen fysisk aktivitet, både på egenhånd og organisert. Lav mestringsfølelse ved enkelte aktiviteter, få erfaringer og begrensninger i omgivelsene var også oppgitte barrierer.

Det så ut til at ordinære idrettslag ikke passet for informantene i denne studien. Et idrettslag er som regel drevet på frivillig basis, og generelt ikke et sted som kan tilby

personlig oppfølging slik som i en frisklivssentral. For å beherske ulike idrettsaktiviteter krever det en viss erfaring og kompetanse som ofte erverves i barndommen. Det kan også være at en del aktiviteter blir for krevende for mennesker med store helseplager. Samtidig er det noen idrettslag som har gang- og mosjonsgrupper, eller har aktiviteter med lav terskel med vekt på det sosiale framfor konkurranse. I noen tilfeller har også idrettslag kapasitet til å opprette tilbud for særskilte grupper, med forutsetninger om blant annet ekstern finansiering.

I henhold til resultatene i denne studien og andre studier bør frisklivssentraler etablere flere tilbud på ettermiddagene, slik at deltakere som er i arbeid på dagtid i frisklivsperioden kan delta på dem. Det er også ett uttrykt ønske om å kunne fortsette i tilbudene ved frisklivssentralen etter frisklivsperioden, fordi det kan være vanskelig å skifte miljø, og mange har behov for noe oppfølging og veiledning. Vedvarende oppfølging er ikke intensjonen til frisklivssentraler, så det kan være en løsning å åpne for videre trening ved frisklivssentralen mot betaling, slik frisklivssentralene i denne studien har gjort. Lengre oppfølging enn hva som er vanlig bør vurderes individuelt, dersom det er ressurser til det.

Gåturet, styrketrening og gruppetrening i sal ser ut til å være aktiviteter som deltakere bør prøve ut i frisklivssentralen slik at de kan fortsette med dette i etterkant. Deltakere som har motivasjon for å prøve ut ordinære aktiviteter i frisklivsperioden kan gjøre dette. Det er viktig at frisklivssentralene har god oversikt over lokale tilbud om fysisk aktivitet som passer for målgruppen, og gode rutiner på å lette overgangen til disse. Samarbeid med lokale aktører er nødvendig.

Frisklivssentralen bør undersøke om idrettslag har mosjonsgrupper eller treningsgrupper med lav terskel og sosialt fokus. Samtidig må det være forståelse for at ikke alle idrettslag har slike grupper eller ressurser til å følge opp den enkelte i like stor grad som et offentlig tilbud.

Disse implikasjonene vedrørende frisklivssentraler er for øvrig i stor grad gjentakelse på anbefalinger som foreligger i andre studier, samt i veileder for kommunale frisklivssentraler (2013), og blir dermed langt på vei en bekreftelse på at frisklivssentralene fungerer slik de er organisert i dag.

Alle nivåer i norsk idrett kan arbeide for å opprette flere mosjonstilbud for alle aldersgrupper, med fokus på det sosiale, mestring og opplevelser. I tillegg bør

idretten arbeide for å framstå som mer enn å kunne tilby idrett for toppidrettsutøvere, barn og ungdom. Tilbud for voksne kan få mer oppmerksomhet og bli mer synlig, slik at voksne som har lyst til å være fysisk aktive på mosjonsnivå undersøker lokale tilbud i idrettslag. Kanskje blir det naturlig at tidligere deltakere i frisklivssentraler organiserer likemannsgrupper i idrettslag? Det kunne økt sannsynligheten for at likemannsgruppene ble vedvarende. Alle idrettslag skal være åpne for barn, ungdom, unge voksne, voksne og eldre, etter intensjonen i Idrettspolitisk Dokument (*IPD 2015-2019*, 2015). Men det må arbeides mer på informasjons- og kunnskapssiden på alle nivå i norsk idrett for å realisere dette i større grad.

Denne studien har fokus på frisklivssentralens betydning for tidligere deltakers erfaringer med fysisk aktivitet, og hva som har fremmet og hemmet fysisk aktivitet. Studien hadde få informanter fra kun to frisklivssentraler, med ingen eller liten erfaring med å trene i idrettslag, og hvor flere av informantene hadde kort tid siden frisklivsperioden. Det anbefales mer forskning, både kvalitativ og kvantitativ, for å få en bedre forståelse for betydningen av frisklivssentraler på lang sikt og for å forstå hva som kan lette overgangen fra frisklivssentralen til egen- og organisert aktivitet.



## 7 Referanseliste

- Aasheim, A. & Klepp, K.-I. (2010). *Folkehelsearbeidet: veien til god helse for alle* (978-82-8081-204-9). Oslo: Helsedirektoratet.
- Anderberg, G. O. (2014). *Ett år etter frisklivsresept: en kvalitativ studie om deltakerens opplevelse av endring* (Masteroppgave Institutt for landskapsplanlegging, Norges miljø-og biovitenskapelige universitet).
- Biddle, S. & Mutrie, N. (2008). *Psychology of physical activity: determinants, well-being and interventions*. London: Routledge.
- Blom, E. E. (2008). *"Trening på resept": evaluering av et kommunalt, tre måneders individuelt rettet oppfølgingsprogram for pasienter som er blitt henvist til "trening på resept": en prospektiv intervensjonsstudie med ett års oppfølging*. Oslo: [E.E. Blom].
- Bratland-Sanda, S., Lislevatn, F. & Lerdal, A. (2014). Frisklivsresept – en tverrsnittsundersøkelse fra frisklivssentralen i Modum kommune 3, 18-24.
- Breivik, G. & Rafoss, K. (2012). *Fysisk aktivitet; omfang, tilrettelegging og sosial ulikhet- en oppdatering og revisjon* Oslo/Alta Norges idrettshøgskole, Høgskolen i Finnmark. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/728/Fysisk-aktivitet-omfang-tilrettelegging-og-sosial-ulikhet-en-oppdatering-og-revisjon-IS-0366.pdf>
- Båtevik, F. O., Tønnesen, A., Barstad, J., Bergem, R. & Aarflot, U. (2008). *Ein resept å gå for? Evaluering av modellar for fysisk aktivitet, røykeslutt og sunt kosthald* (Møreforskning Volda 225). Volda: Møreforskning Volda
- Dahl, E., Bergsli, H. & van der Wel, K. A. (2014). *Sosial ulikhet i helse: En norsk kunnskapsoversikt* (71490627830002201 ). Oslo Høgskolen i Oslo og Akershus. Fakultet for samfunnsfag/Sosialforsk
- Denison, E., Vist, G. E., Underland, V. & Berg, R. (2012). *Effekter av organisert oppfølging på atferd som øker risiko for sykdom hos voksne* (978-82-8121-497-2). Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten.
- Eakin, E., Glasgow, R. E. & Riley, K. M. (2000). Review of Primary Care-Based Physical Activity Intervention Studies. *The Journal of Family Practice*, 49, 158-168.
- Eliassen, M. (2014). *Frisklivssentralen som utgangspunkt for varige livsstilsendringer: en kvalitativ studie* (Masteroppgave i helsefag, UiT Norges arktiske universitet). Tromsø.
- Espnes, G. A. & Smedslund, G. (2009). *Helsepsykologi*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Fishbein, M. & Ajzen, I. (2010). *Predicting and changing behavior: the reasoned action approach*. New York: Psychology Press
- Folkehelseinstituttet. (2014 ). *Folkehelse rapporten 2014: helsetilstanden i Norge* (ISBN9788280826367 ). Oslo Folkehelseinstituttet
- Foster, C., Hillsdon, M., Thorogood, M., Kaur, A. & Wedatilake, T. (2005). Interventions for promoting physical activity (Review). *The Cochrane Library*, (1).

*Frisklivssentral* (2014). Hentet 12.09.2014 fra <https://helsenorge.no/hjelpetilbud-i-kommunen/frisklivssentral>

*Frivillig innsats i Oslo-idretten* (2006). Hentet 13.08.2015 fra [http://www.samfunnsforskning.no/Aktuelt/Nyhetsarkiv/Ny-rapport-Frivillig-innsats-i-Oslo-idretten/\(language\)/nor-NO](http://www.samfunnsforskning.no/Aktuelt/Nyhetsarkiv/Ny-rapport-Frivillig-innsats-i-Oslo-idretten/(language)/nor-NO)

Gammersvik, Å. (2012). Å fremme helse sett fra et helsepsykologisk perspektiv. I Å. Gammersvik, & T. Larsen (Red.), *Helsefremmende sykepleie- i teori og praksis* (s. 141-158). Bergen: Fagbokforlaget.

Greaves, C., J., Sheppard, K., E., Abraham, C., Hardeman, W., Roden, M., Evans, P. H. & Schwarz, P. (2011). Systematic review of reviews of intervention components associated with increased effectiveness in dietary and physical activity interventions. *BMC Public Health*, 11:119 Hentet 3.09.2015 fra <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/11/119>

Hals, A. & helsedirektoratet, S.-o. (2007). *Å snakke om endring: kommunikasjonsverktøy for helsepersonell som jobber med røykeslutt*. Oslo: Sosial- og Helsedirektoratet.

Hauge, H. C. U. (2014). *Faktorer som bidrar til fortsatt fysisk aktivitet etter deltakelse i Frisklivssentral* (Masteroppgave Nordic School of Public Health NHV).

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

Helsedirektoratet. (2013). *Veileder for kommunale frisklivssentraler – Etablering og organisering* (IS-1896). Oslo Helsedirektoratet

Helsedirektoratet. (2014). *Fysisk aktivitetsnivå blant voksne og eldre i Norge: oppdaterte analyser basert på nye nasjonale anbefalinger i 2014* (IS-2183). Oslo: Helsedirektoratet.

Helseetaten i Oslo og Oslo idrettskrets. (2013). *Samarbeid mellom idretten og frisklivssentralene i Oslo*. Helseetaten i Oslo og Oslo idrettskrets Oslo

Henriksen, S. G. (2012). Samhandlingsreformen og dens konsekvenser for sykepleiere i *Helsefremmende sykepleie- i teori og praksis* (s. 57-75).

Henriksson, J., Karlsson, J., Larsen, B. I. & Bahr, R. (2009). *Aktivitetshåndboken: fysisk aktivitet i forebygging og behandling* (1. utg.). Oslo: Helsedirektoratet.

*Hva er en frisklivssentral?* (2015). Hentet 1.10.2015 fra <https://helsedirektoratet.no/folkehelse/frisklivssentraler/hva-er-en-frisklivssentral>

*Idrettspolitisk Dokument 2015-2019*. (2015). Hentet 31.08.2015 fra [https://www.idrettsforbundet.no/globalassets/1-norges-idrettsforbund/om-nif/idrettspolitisk-dokument-2015-2019/idrettspolitisk\\_dokument\\_2015-2019\\_godkjent\\_manus\\_7\\_aug\\_2015\\_s.pdf](https://www.idrettsforbundet.no/globalassets/1-norges-idrettsforbund/om-nif/idrettspolitisk-dokument-2015-2019/idrettspolitisk_dokument_2015-2019_godkjent_manus_7_aug_2015_s.pdf)

Ingebrigtsen, J. E. (2009). *Fysisk aktivitet- En studie av fysisk aktivitet blant voksne i Møre og Romsdal* (02). Trondheim: NTNU Samfunnsforskning AS Senter for idrettsforskning

*Inkludering i idrettslag* (2015). Hentet 2.11.2015 fra <https://www.idrettsforbundet.no/idrettskretser/oslo-idrettskrets/aktivitet1/inkludering-i-idrettslag/>

Ivarsson, B. H. (2010). *MI - motiverende intervju: praktisk håndbok for helse- og omsorgssektoren*. Stockholm: Gothia.

Johannessen, A., Tuft, P. A. & Christoffersen, L. (2010). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*. Oslo: Abstrakt.

Kallings, L. V. (2010). *Fysisk aktivitet på recept i Norden -erfarenheter och rekommendationer* (På oppdrag av "Nordisk nettverk for fysisk aktivitet, mat og sunnhet").

Kallings, L. V. & Leijon, M. (2003). *Erfarenheter av Fysisk aktivitet på recept-FaR* (2003:53). Stockholm Statens Folkhelseinstitutt.

Kallings, L. V., Leijon, M., Hellénus, M. L. & Ståhle, A. (2008). Physical activity on prescription in primary health care: a follow-up of physical activity level and quality of life. *Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports* 18(2), 154-161.

Kaurstad, G., Oterhals, G. & Bachmann, K. (2013). *Gir deltagelse i frisklivssentralen i Molde et friskere liv? Deltagernes opplevelse av tilbudet, endring i fysiske parametere og helseatferd etter 3 måneder* (1308). Molde: Møreforskning Molde.

Kerr, J., Weitkunat, R. & Moretti, M. (2005). *ABC of behavior change: a guide to successful disease prevention and health promotion*. Edinburgh: Elsevier Churchill Livingstone.

Lawton, B. A., Rose, S. B., Elley, C. R., Dowell, A. C., Fenton, A. & Moyes, S. A. (2009). Exercise on prescription for women aged 40-74 recruited through primary care: two year randomised controlled trial. *Br J Sports Med*, 43, 120-123.

Leijon, M. (2009). *Activating people: physical activity in the general population and referral schemes among primary health care patients in a Swedish county* (Bind 1096). Linköping: Linköpings universitet.

Lerdal, A., Celius, E. H. & Pedersen, G. (2013). Prescribed exercise: a prospective study of health-related quality of life and physical fitness among participants in an officially sponsored municipal physical training program. *J Phys Act Health*, 10(7), 1016-1023 s.

Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning: en innføring*. Oslo: Universitetsforlaget.

Maxwell, J. A. (1992). Understanding and Validity in Qualitative Research *Harvard Educational Review*, 63(3), 21.

McKay, J., Wright, A., Lowry, R., Steele, K., Ryde, G. & Mutrie, N. (2009). Walking on prescription: The utility of a pedometer pack for increasing physical activity in primary care. *Patient Education & Counseling*, 76(1), 71-76.

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

- Meld. St. 26 (2011-2012). (2012). *Den norske idrettsmodellen*. Oslo: Kulturdepartementet.
- Meld. St. 34 (2012-2013). (2013). *Folkehelsemeldingen: god helse - felles ansvar*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Michie, S., Abraham, C., Whittington, C. & McAteer, J. (2009). Effective Techniques in Healthy Eating and Physical Activity Interventions: A Meta-Regression. *Health Psychology, 28*(6), 690–701.
- Mæland, J. G. (2010). *Forebyggende helsearbeid: folkehelsearbeid i teori og praksis*. Oslo: Universitetsforl.
- Naidoo, J. & Wills, J. (2009). *Foundations for health promotion*. Edinburgh: Baillière Tindall/Elsevier.
- NIFs lov (2011). Hentet 28.09.2015 fra <http://lovdata.no/dokument/NIFL/niflov/2011-05-08-1>.
- Norges idrettsforbund og olympiske og paralympiske komité. (2014). *Idrettens folkehelse- og skoleprosjekter Rapport for tilskudd til fysisk aktivitet i et folkehelseperspektiv- Statsbudsjettet 2013 kap. 719.73*.
- Nutbeam, D., Harris, E. & Wise, M. (2010). *Theory in a nutshell: a practical guide to health promotion theories*. Sydney: McGraw-Hill.
- Prescott, P. & Børtveit, T. (2004). *Helse og atferdsendring*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Prochaska, J. O., Velicer, W. F., Rossi, J. S., Goldstein, M. G., Marcus, B. H., Rakowski, W., . . . Rosenbloom, D. (1994). Stages of change and decisional balance for 12 problem behaviors. *Health psychology: official journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association, 13* (1), 39-46.
- Roessler, K. K., Ibsen, B., Saltin, B. & Sørensen, J. (2007). *Fysisk aktivitet som behandling. Motion og Kost på Recept i København Kommune (978-87-7674-262-1)*. København Syddansk universitetsforlag.
- Ryan, R. M. & Deci, E. L. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American Psychologist, Vol 55* (1), 68-78.
- Sand, N. B. (2013). *Et helhetlig blikk på en helhetlig sentral: en kvalitativ studie av frisklivssentralen i Moss* (Masteroppgave Norges miljø- og biovitenskapelige universitet). Ås.
- Schwarzer, R., Knoll, N. & Rieckmann, N. (2004). Social Support. I A. A. Kaptein, & J. Weinman (Red.), *Health Psychology* The British Psychological Society and Blackwell Publishing Ltd.
- Seippel, Ø. (2002). *Norske idrettslag 2002 Kunnskap, ledelse og styring* (2003:7). Oslo Institutt for samfunnsforskning.
- Seippel, Ø. (2006). The Meanings of Sport: Fun, Health, Beauty or Community? *Sport in Society, 9*(1), 51-70.

Seippel, Ø., Abebe, D. S. & Strandbu, Å. (2012). *Å trene, trener, har trent?: en longitudinell undersøkelse av sammenhengen mellom treningsvaner i tenårene og tidlig voksen alder* (Bind 10/12). Oslo: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring.

Selø, B. (2013). *Deltakeres opplevelser og erfaringer etter endt reseptperiode ved en frisklivssentral*. Elverum: Høgskolen i Hedmark.

Smith, C., Hale, L., Mulligan, H. & Treharne, G. (2013). Participant perceptions of a novel physiotherapy approach ("Blue Prescription") for increasing levels of physical activity in people with multiple sclerosis: a qualitative study following intervention. *Disability & Rehabilitation*, 35(14), 1174-1181.

*Sosial støtte* (2015). Hentet 12.10.2015 fra [https://no.wikipedia.org/wiki/Sosial\\_st%C3%B8tte](https://no.wikipedia.org/wiki/Sosial_st%C3%B8tte).

*Spillemidler 2014 rapport*. (2015). Hentet 30.09.2015 fra [https://www.idrettsforbundet.no/globalassets/idrett/idrettsforbundet/om-nif/protokoller\\_rapporter/spillemiddelrapport-2014\\_lr.pdf](https://www.idrettsforbundet.no/globalassets/idrett/idrettsforbundet/om-nif/protokoller_rapporter/spillemiddelrapport-2014_lr.pdf)

St.meld. nr. 39 (2006-2007). (2007). *Frivillighet for alle* Oslo: Kultur-og kirke departementet

St.mld. nr. 47 (2008-2009). (2009). *Samhandlingsreformen: rett behandling - på rett sted - til rett tid*. Oslo: Helse-og omsorgsdepartementet.

Steene-Johannessen, J., Anderssen, S. A., van der Ploeg, H. P., Hendriksen, I. J., Donnelly, A. E., Brage, S. & Ekelund, U. (2015). Are Self-Report Measures Able to Define Individuals as Physically Active or Inactive? *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 10, 35.

Sundar, T. (2014, 19.02.2014). Telefonsamtale med Turid Sundar, seniorrådgiver i Helsedirektoratet.

Sørensen, J. B. (2008). Exercise on prescription: a randomized study on the effect of counseling vs counseling and supervised exercise. *Scandinavian journal of medicine & science in sports*, 18, 288-297.

*Tilbud ved frisklivssentraler* (2015). Hentet 29.09.2015 fra <https://helsedirektoratet.no/folkehelse/frisklivssentraler/tilbud-ved-frisklivssentraler>.

*Utviklingsentraler*. (2015). Hentet 17.09.2015 fra <https://helsedirektoratet.no/folkehelse/frisklivssentraler/etablering-og-organisering-av-frisklivssentraler>.

## **8 Vedlegg**

1. Intervjuguide
2. Informasjonsbrev til deltakere, inkludert samtykkeerklæring
3. Informasjonsbrev til frisklivssentraler
4. Godkjenning fra NSD

# Vedlegg 1

## Intervjuguide

### Jeg gir informasjon om

Min bakgrunn

Formålet med intervjuet

Hva jeg legger i begrepet fysisk aktivitet

Med fysisk aktivitet mener jeg all kroppsbevegelse som følger av muskelarbeid, og som fører til økt energiforbruk (Henriksson et al., 2009). Eksempler er gange, sykling, jogging, styrketrening, jogging, svømming og annet fysisk arbeid.

Rollene våre under intervjuet og varighet

Behandling av opplysningene

### Jeg vil først spørre om følgende opplysninger

Om informanten	Informantens svar
Frisklivssentral	
Frisklivsperiode	
Aldergruppe (19-24, 25-39, 40-59, 60+)	
Kjønn (fyller jeg ut selv uten å spørre)	
Fullført utdanning (grunnskole, vgs, høyere utdanning)	
Yrkesstatus/student/hjemmeværende el.	
Evt. Yrkestittel	

### Under reseptperioden

1. Kan du fortelle om ditt fysiske aktivitetsnivå da du startet oppfølgingen ved frisklivssentralen?
2. Kan du fortelle om hva som var målet ditt eller målene dine da du begynte i frisklivssentralen i forhold til fysisk aktivitet?
3. Kan du fortelle om hvordan du jobbet med målet/målene i frisklivsperioden?

### Etter reseptperioden

4. Kan du fortelle meg hva som skjedde med målet/målene da du sluttet med oppfølging i frisklivssentralen?
  - a. Kan du fortelle meg hva som skjedde med målet/målene rett etter oppfølging?



- b. Kan du fortelle meg hva som skjedde med målet/målene de påfølgende 3-6 månedene?
- c. Kan du fortelle meg hva som skjedde med målet/målene i tiden etter de 3-6 månedene og fram til i dag?

#### **Fra starten av oppfølging i frisklivssentralen og fram til i dag**

5. Kan du fortelle meg om hva som eventuelt har bidratt til å styrke ditt fysiske aktivitetsnivå?
6. Dersom du ikke har økt ditt fysiske aktivitetsnivå, eller dersom du ønsker å øke det ytterligere, kan du fortelle meg om hva som kunne bidratt til å styrke det?
7. Kan du fortelle meg om noe som eventuelt har svekket ditt fysiske aktivitetsnivå?

#### **Utdypende spørsmål basert på det informanten sier**

«Kan du utdype...» «Når du sier... mener du da...» «Har jeg forstått deg rett når du sier...» «Vil det si at...»

#### **Konkrete oppfølgingsspørsmål ved behov**

Kan du fortelle om hvilken hjelp du fikk av frisklivssentralen til å sette opp og gjennomføre målene dine?

Kan du fortelle om hvordan oppfølgingen i frisklivssentralen har påvirket ditt fysiske aktivitetsnivå, slik det er i dag, og dine aktivitetsvalg?

Dersom du er fysisk aktiv i et organisert tilbud, som et treningssenter eller idrettslag, hvordan er din erfaring med dette? Hva er dine krav til dette tilbudet?

Dersom du ikke er fysisk aktiv i et organisert tilbud, som et treningssenter eller idrettslag, hva ville vært dine krav til dette tilbudet for å ville delta?

Hva vil du si er dine barrierer for å være mer fysisk aktiv?

Hva motiverer deg til å være fysisk aktiv?



## Vedlegg 2

### Informasjonsbrev til informanter

Til deg som tidligere deltaker ved frisklivssentralen i ...

Fra Line Hurrød, masterstudent i folkehelsevitenskap ved Norges miljø- og biovitenskapelige universitet (NMBU), Institutt for landskapsplanlegging

Dato: xx.xx.xxxx

### Forespørsel om å delta i intervju i forbindelse med en masteroppgave

#### Bakgrunn

Jeg heter Line Hurrød og er masterstudent ved Norges miljø -og biovitenskapelige universitet. Jeg arbeider for tiden med min avsluttende masteroppgave, hvor målet er å undersøke hvilke erfaringer du som tidligere deltaker i en frisklivssentral har med fysisk aktivitet en stund etter reseptperioden. Jeg er interessert i å intervju deg for å finne ut av følgende: Om oppfølgingen i frisklivssentralen har påvirket ditt fysiske aktivitetsnivå og type aktivitet, om du er fysisk aktiv i et organisert tilbud, hva som er din motivasjon og/eller barrierer for å være fysisk aktiv og hvilke krav du har til et organisert tilbud. Spørsmålene vil i hovedsak dreie seg om perioden under og etter frisklivsperioden og fram til i dag.

Dine svar vil kunne hjelpe frisklivssentralen til å tilpasse sine tilbud ytterligere, samt gi ny innsikt til Norsk idretts arbeid på folkehelseområdet.

Denne henvendelsen er sendt via frisklivssentralen i ..., den frisklivssentralen du var til oppfølging ved. Som tidligere deltaker passer du kriteriene for deltakelse: du må være voksen (20 år eller eldre), du må ha avsluttet din frisklivsperiode og du må kunne snakke og forstå norsk. Du kan være mann eller kvinner, det spiller ingen rolle. Det er interessant å snakke med deg uavhengig om du har økt eller redusert ditt fysiske aktivitetsnivå siden før frisklivsperioden, og om du er fysisk aktiv for deg selv, sammen med andre eller i et organisert tilbud. Du kan ha vært inne til en eller flere frisklivsperioder, og du kan være enten henvist fra helsepersonell eller oppsøkt frisklivssentralen av deg selv.

#### Hva innebærer deltakelse for deg

Intervjuet vil foregå på frisklivssentralen i .... Det vil ta ca. 45 minutter og maks en time. Du trenger ikke forberede deg eller ta med noe spesielt. Dato og tid kan vi avtale per telefon. Jeg håper at vi kan møtes i løpet av august/september 2014. Jeg kommer til å bruke båndopptaker og ta notater underveis i samtalen.

Jeg kommer først til å informere deg om studien min, deretter vil jeg spørre deg om når du var til oppfølging ved frisklivssentralen, din alder, utdanning, yrkesstatus og eventuelt yrkestittel. Ingen av disse opplysningene vil knyttes til deg som enkeltperson i masteroppgaven. Jeg vil videre spørre deg om din erfaring med fysisk aktivitet fra frisklivsperioden og fram til i dag, som jeg skrev innledningsvis. Jeg kommer ikke til å spørre deg om din helsetilstand eller andre sensitive opplysninger.

### Bruk av dine opplysninger

Alle opplysningene du forteller om vil bli behandlet konfidensielt, og ingen andre enn meg og mine to veiledere vil ha tilgang til dine opplysninger. Personopplysninger og øvrige opplysninger du forteller om i intervjuet vil bli lagret separat, og både lydopptak og notater vil bli slettet når masteroppgaven er ferdig, anslått til senest våren 2016. Ingen enkeltpersoner vil kunne bli kjent igjen i masteroppgaven.

Deltakelse er frivillig, og du kan når som helst trekke deg fra studien uten å oppgi grunn. Dersom du trekker deg, vil ikke dine opplysninger bli benyttet i masteroppgaven, og alt du har opplyst vil bli slettet.

Studien er meldt inn til og godkjent av Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS (NSD).

### Spørsmål

Dersom du lurer på noe angående deltakelse, ta kontakt med meg på telefon 416 700 15, eller e-post [line.hurrod@idrettsforbundet.no](mailto:line.hurrod@idrettsforbundet.no). Dersom du har spørsmål om masterstudier generelt eller om andre overordnede spørsmål, ta kontakt med mine veiledere, Ruth Kjærsti Raanaas, Institutt for landskapsplanlegging, Norges miljø- og biovitenskapelige universitet, telefon: 64 96 56 55, eller Lisebet Skeie Skarpaas, ved Høgskolen i Oslo og Akershus, telefon: 97 16 33 37.

### Svar

Dersom du ønsker å delta, vennligst svar på denne e-posten til frisklivssentralen, eller send meg en e-post direkte til [line.hurrod@idrettsforbundet.no](mailto:line.hurrod@idrettsforbundet.no). Jeg setter pris på om du gjør dette innen 3 uker etter at du har mottatt dette brevet. Opplys om ditt telefonnummer. Jeg tar kontakt med deg for å avtale tid og sted for intervjuet. Du kan ta med samtykkeerklæringen under til intervjuet, eller fylle ut en kopi som jeg tar med.

Vennlig hilsen

*Line Hurrød*

Line Hurrød

## Samtykkeerklæring til deltakelse i masterstudie

Jeg har lest informasjonen i dette skrivet, og samtykker til deltakelse.

Mitt navn: \_\_\_\_\_

Mitt telefonnummer: \_\_\_\_\_

Min e-postadresse: \_\_\_\_\_

Underskrift: \_\_\_\_\_

Dato: \_\_\_\_\_

Vennligst ta med denne erklæringen utfylt til intervjuet. Eventuelt har jeg en kopi som kan fylles ut ved oppmøte.

Vennlig hilsen

*Line Hurrød*

Line Hurrød

## Vedlegg 3

### Informasjonsbrev til frisklivssentraler

Til Frisklivssentralen i .....v/ ...

Fra Line Hurrød, masterstudent i folkehelsevitenskap ved Norges miljø- og biovitenskapelige universitet (NMBU), Institutt for landskapsplanlegging

Dato: xx.xx.xxxx

### Forespørsel om å innhente informanter til masteroppgave

#### Bakgrunn

Som tidligere korrespondent sender jeg herved en forespørsel til frisklivssentralen i ... om hjelp til å innhente informanter til min masteroppgave, se vedlagte forespørsel til informantene. Tilsvarende brev sendes til to andre frisklivssentraler.

Jeg er masterstudent i folkehelsevitenskap ved Norges miljø -og biovitenskapelige universitet, og arbeider for tiden med min avsluttende masteroppgave. Målet er å undersøke hvilke erfaringer tidligere deltakere i en frisklivssentral har med fysisk aktivitet en stund etter reseptperioden. Jeg ønsker å gjennomføre kvalitative intervjuer av et lite utvalg informanter, hvor spørsmålene i hovedsak vil dreie seg om perioden under og etter frisklivsperioden og fram til i dag.

Jeg vil finne ut om oppfølgingen i frisklivssentralen har påvirket deres fysiske aktivitetsnivå og type aktivitet, om de er fysisk aktive i et organisert tilbud, hva som er deres motivasjon og/eller barrierer for å være fysisk aktive og hvilke krav de har til et organisert tilbud. Jeg ønsker å se om deltakernes krav til organisert tilbud kan imøtekommes av idrettslag generelt. Se vedlagte intervjuguide.

#### Antall informanter

Det er ønskelig at frisklivssentralen sender forespørsel til minimum 10-15 tidligere deltakere som passer med inklusjonskriteriene, se under. Dersom dere vurderer at dere må sende forespørsel til flere enn 15, og har mulighet til det, så gjør gjerne det.

#### Inklusjonskriterier

Jeg har følgende inklusjonskriterier til informantene:

- Både menn og kvinner. Det er ubetydelig om alle informantene er av samme kjønn.
- Må være voksne fra 20 år og eldre.
- Må ha avsluttet sin frisklivsperiode for fortrinnsvis 3 år eller lengre tilbake. Dvs. avsluttet sommeren 2011 eller tidligere. Dersom dette er vanskelig, kan det sendes forespørsel til deltakere som har avsluttet noe nærmere i dag.
- Må kunne snakke og forstå norsk. Etnisk bakgrunn er ubetydelig.

- Uavhengig om de har økt eller redusert sitt fysiske aktivitetsnivå siden oppstart av frisklivsperioden.
- Uavhengig om de er deltakere av et organisert tilbud eller ikke.
- Uavhengig om de har hatt flere enn én frisklivsperiode.

### Tid og sted for intervju

For at informantene skal være i miljøet de ble kjent med under reseptperioden, vil jeg med dette spørre frisklivssentralen i ... om jeg kan gjennomføre intervjuene ved frisklivssentralen. Det må være et rom som er skjermet for støy og gjennomgangstrafikk. **Vil frisklivssentralen gi meg en tilbakemelding om at dette er greit?** Dersom det passer for dere og informantene vil jeg forsøke å gjennomføre intervjuene i løpet av august/september 2014.

### Respons fra deltakere

Jeg vil også spørre frisklivssentralen om å motta og videresende eventuell respons fra deltakerne til meg på e-post [line.hurrod@idrettsforbundet.no](mailto:line.hurrod@idrettsforbundet.no). Jeg opplyser i informasjonsbrevet deres at de enten kan kontakte frisklivssentralen eller meg direkte. **Vil frisklivssentralen gi meg en tilbakemelding om at dette er greit?**

### Anonymitet og deltakelse

Alt informantene forteller vil bli behandlet konfidensielt, og ingen andre enn meg og mine to veiledere vil ha tilgang til deres opplysninger. Personopplysninger og øvrige opplysninger vil bli lagret separat. Både lydopptak og notater vil bli slettet når masteroppgaven er ferdig, anslått til senest våren 2016. Ingen enkeltpersoner vil kunne bli kjent igjen i masteroppgaven.

Deltakelse er frivillig, og informantene kan når som helst trekke seg fra studien uten å oppgi grunn.

Jeg kommer ikke til å nevne frisklivssentralen ved navn i masteroppgaven, men skrive geografisk område, samt innhente opplysninger som er publisert på nett. **Gi meg gjerne en tilbakemelding på om jeg kan ta kontakt dersom jeg trenger flere opplysninger om f. eks tilbudet i frisklivssentralen eller andre opplysninger som jeg ikke finner offentlig tilgjengelig.** I masteroppgaven vil ikke informantene kunne forbindes til hvilken frisklivssentral de var knyttet til.

Studien er meldt inn til og godkjent av Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS (NSD).

### Veiledere

Min hovedveileder er Lisebet Skeie Skarpaas, Fakultet for helsefag, Høgskolen i Oslo og Akershus, telefon: 97 16 33 37, og min tilleggsveileder er Ruth Kjærsti Raanaas, Institutt for landskapsplanlegging, Norges miljø- og biovitenskapelige universitet, telefon: 64 96 56 55. Ta kontakt med dem om dere har overordnede spørsmål om masteroppgaven.

### Tidsperspektiv

Det er fint om dere gir meg en bekreftelse på at denne henvendelsen er mottatt, og om dere har mulighet til å gjennomføre henvendelsen til tidligere deltakere. Jeg ønsker altså også svar på spørsmålene om intervjusted, respons fra deltakere og innhenting av opplysninger, som jeg har stilt ovenfor. Jeg er takknemlig om dette kan besvares senest innen 2 uker, og at forespørselen til informantene sendes innen 3 uker.

Jeg tar kontakt med dere for å avtale eventuelt tid og sted for intervjuene. Ta kontakt om dere vil ha et møte i forbindelse med gjennomføringen av intervjuene, eller om dere har spørsmål rundt denne henvendelsen eller masteroppgaven.

### Mine kontaktopplysninger

Telefonnummer: 416 700 15. E-postadresse: [line.hurrod@idrettsforbundet.no](mailto:line.hurrod@idrettsforbundet.no).

### Takk

Jeg er svært takknemlig for arbeidet dere må gjøre for å hjelpe meg i min masteroppgave. Resultatene av oppgaven vil forhåpentligvis bidra til mer kunnskap om hvordan det går med tidligere deltakere av frisklivssentraler, og kanskje hvordan frisklivssentralen kan tilpasse sine tilbud ytterligere. Den kan i tillegg gi ny innsikt til Norsk idretts arbeid på folkehelseområdet.

Frisklivssentralen vil selvsagt få tilsendt masteroppgaven når den er ferdig. På forhånd tusen takk!

Vennlig hilsen

*Line Hurrød*

Line Hurrød

Ruth Kjærsti Ranaas

Institutt for landskapsplanlegging Norges miljø- og biovitenskapelige universitet

1430 ÅS

Vår dato: 27.06.2014

Vår ref: 39071 / 3 / LMR

Deres dato:

Deres ref:

## TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 20.06.2014. Meldingen gjelder prosjektet:

<i>39071</i>	<i>Fysisk aktivitet etter endt reseptperiode ved frisiklivssentral</i>
<i>Behandlingsansvarlig</i>	<i>Norges miljø- og biovitenskapelige universitet, ved institusjonens øverste leder</i>
<i>Daglig ansvarlig</i>	<i>Ruth Kjærsti Ranaas</i>
<i>Student</i>	<i>Line Hurrod</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, ombudets 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/meldeplikt/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, 30.06.2016, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Katrine Utaaker Segadal

Linn-Merethe Rød

Kontaktperson: Linn-Merethe Rød tlf: 55 58 89 11

Vedlegg: Prosjektvurdering

Kopi: Line Hurrød [line.hurrod@idrettsforbundet.no](mailto:line.hurrod@idrettsforbundet.no)

*Dokumentet er elektronisk produsert og godkjent ved NSDs rutiner for elektronisk godkjenning.*

Avdelingskontorer / District Offices:

OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. [nsd@uio.no](mailto:nsd@uio.no)

TRONDHEIM: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07. [kyrre.svarva@svt.ntnu.no](mailto:kyrre.svarva@svt.ntnu.no)

TROMSØ: NSD, SVF, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. [nsdmaa@sv.uit.no](mailto:nsdmaa@sv.uit.no)



## Prosjektvurdering - Kommentar

---

Prosjektnr: 39071

Formålet er å undersøke hvilke erfaringer tidligere deltakere i en frisklivssentral har med fysisk aktivitet en stund etter reseptperioden.

Utvalget informeres skriftlig om prosjektet og samtykker til deltakelse. Informasjonsskrivet er godt utformet.

Personvernombudet legger til grunn at forsker etterfølger Norges miljø- og biovitenskapelige universitet sine interne rutiner for datasikkerhet. Dersom personopplysninger skal lagres på privat pc/mobile enheter, bør opplysningene krypteres tilstrekkelig.

Forventet prosjektslutt er 30.06.2016. Ifølge prosjektmeldingen skal innsamlede opplysninger da anonymiseres. Anonymisering innebærer å bearbeide datamaterialet slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes. Det gjøres ved å:

- slette direkte personopplysninger (som navn/koblingsnøkkel)
- slette/omskrive indirekte personopplysninger (identifiserende sammenstilling av bakgrunnsopplysninger som f.eks. bosted/arbeidssted, alder og kjønn)
- slette lydopptak





Norges miljø- og  
biovitenskapelige  
universitet

Postboks 5003  
NO-1432 Ås  
67 23 00 00  
[www.nmbu.no](http://www.nmbu.no)