



Norges miljø- og biovitenskapelige universitet
Institutt for landskapsplanlegging (ILP)

Masteroppgave
Folkehelsevitenskap 30 stp

Ett år etter frisklvsresept.

- en kvalitativ studie om deltakerens
opplevelse av endring.

Gitte Olesen Anderberg, 15.05.2014

Forord

To år på masterstudiet i folkehelsevitenskap er snart over. Det har vært en lærerik, utfordrende og spennende periode. Jeg er så glad og takknemlig for den kunnskapen jeg har tilegnet meg. Denne masteroppgaven utgjør kronen på verket, og tema representerer min hovedmotivasjon til å begynne på studiet i utgangspunktet; Interessen for helsepsykologi, helseatferd og livskvalitet. Det er mange jeg vil takke som har hjulpet meg i prosessen med å få denne oppgaven på plass.

Takk til frisklivssentralene som stilte opp, og hjalp meg med å rekruttere informanter. En stor takk til informantene mine for delte opplevelser, erfaringer, tanker og følelser.

Takk til min veileder Ruth Kjærsti Raanaas. Du har vært en svært lojal og tilgjengelig veileder som har motivert meg gjennom din hjelp og dine råd.

Tusen takk til min søster Linn som tok på seg jobben å lese korrektur. Til familien min for deres gode ord, støtte og humor i prosessen!

Til sist vil jeg spesielt takke min kjære samboer Mark for din tålmodighet, støtte og kjærlighet. Deg er jeg evig takknemlig for.

15. 05.2014 Gitte Olesen Anderberg

Sammendrag

Bakgrunn: Frisklivssentralen er et kommunalt folkehelseiltak som skal bidra til å fremme helse og forebygge sykdom i befolkningen. Mennesker med risiko for å utvikle livsstilssykdommer tilbys hjelp til å endre atferd og styrke helseressurser. Få evalueringsstudier er gjort som omhandler FLS, og fokus har ofte vært på fysisk form og vektreduksjon. Det finnes imidlertid færre studier som omhandler deltakerens opplevelse og erfaringer vedrørende endringsprosessen på lang sikt, og faktorer som gjør at endringen vedlikeholdes eller ikke.

Formål: Målet med denne studien var å få mer kunnskap om hva slags opplevelse og erfaringer deltakeren innehar ett år etter at reseptperioden er avsluttet, og få økt kunnskap om hvordan en frisklivsperiode kan virke helsefremmende for deltakerne over lenger tid.

Metode: Kvalitativ metode med en fenomenologisk tilnærming ble valgt fordi studien søkte en forståelse av sosiale fenomen ut fra informantens perspektiver. For å innhente informasjon vedrørende deltakerens opplevelse og erfaringer ble semi-strukturerte dybdeintervju utført. Studien inkluderte seks informanter i alderen 44-67 år, hvor tre var menn og tre kvinner, rekruttert fra tre forskjellige FLS i Oslo -og Akershus. For å analysere intervjuene ble systematisk tekstkondensering brukt inspirert av Giorgis fenomenologiske analyse, men modifisert av Malterud.

Resultater: Hovedtemaene som ble funnet å representere hvordan deltakerne opplevde og erfarte sin egen livsstilsendringsprosess og livskvalitet ett år etter frisklivsresept var 'mestringsforventning og ønske om å gjøre helsefremmende aktivitet', 'lært noe nytt', 'opplevelse av fellesskap og anerkjennelse' og 'velvære og livskvalitet'. Under hvert av disse hovedtemaene var det 3-6 subtema. Det syntes også å være en sammenheng mellom oppfølgingen ved FLS i reseptperioden, inkludert motiverende intervju og formulering av konkrete mål, og hvor godt deltakerne opplevde at de fungerte ett år etter. For noen deltakere medførte reseptperioden at de ble bedre rustet til å fortsette livsstilsendringen på egen hånd, og de fortalte om et bedre liv nå både fysisk, sosialt og psykisk.

Konklusjon: Denne studien var basert på kvalitativ metode med få respondenter og mer forskning er nødvendig for å øke kunnskapen om hvordan frisklivssentraler kan

bidra til bedret helse blant sine deltakere på lang sikt. Denne studien tyder på at det er viktig at de ansatte ved FLS er oppmerksomme på at deltakerne mottar de elementer som i henhold til Helsedirektoratet skal være inkludert i en resept. I tillegg synes det særlig viktig å tilby tjenester som ivaretar psykiske og sosiale behov hos deltagerne.

Nøkkelord: frisklivssentral, helsefremmende arbeid, frisklivsresept, endring av livsstil, livskvalitet, velvære

Abstract

Background: A Healthy Living Centre (FLS) is a municipal public health initiative meant to contribute in health prevention and promotion. People at risk of developing lifestyle diseases are offered help to change their behaviour and strengthen their health resources. Few evaluation studies have been implemented about FLS, and attention has often concerned physical activity and weight reduction. However, even fewer studies are conducted concerning the behaviour change process over time, and the factors influencing whether the change is maintained or not.

Purpose: The aim of this study was to gain more knowledge about what kind of experiences the participant holds one year after the prescription period is finished, and to increase the knowledge regarding how a healthy living prescription period could be health promoting to the participants over time.

Methods: Qualitative method with a phenomenological approach was chosen because the study sought an understanding of social phenomena from the perspective of the participant. To gather information regarding the participant's experiences semi-structured interviews were conducted. The study included six informants between the ages of 44-67, three men and three women, recruited from three various FLS in Oslo - and Akershus. Inspired by Giorgi's phenomenological analysis, but modified by Malterud, systematic text condensation was used to analyse the interviews.

Results: The main themes found to represent how the participants experienced their lifestyle change process and quality of life one year after healthy living on prescription was 'self-efficacy and the wish to do health promoting activity', 'learnt something new', 'experience of fellowship and recognition' and 'wellbeing and quality of life'. Underneath every main theme 3-6 sub themes were found.

Furthermore, there seems to be an association between the follow-up at FLS, including the motivational interview and formulation of specific goals, and what they now expressed regarding a better life physically, socially and psychologically.

Conclusion: This is a qualitative study with few respondents and more research is necessary to increase knowledge regarding how FLS can contribute to improved health for participants over time. This study suggests that it is important that the staff at FLS is aware that healthy living on prescription contains what the Norwegian Directorate of Health recommends. In addition it seems to be particularly important to attend to psychological and social needs with the participant.

Key words: healthy living centre, health promotion, healthy living on prescription, lifestyle behaviour modification, quality of life, well being.

Innholdsliste

Forord	2
Sammendrag.....	3
Abstract.....	4
1 Innledning.....	9
1.1 Målsetning og problemstilling	9
2 Bakgrunn og teori	10
2.1 Folkehelsearbeid og relevant lovverk.....	10
2.2 Frisklivssentralen.....	11
2.3 Fokus på fysisk aktivitet.....	12
2.4 Helsefremmende arbeid.....	14
2.5 Velvære og livskvalitet.....	15
2.6 Motivasjon og livsstilsendring	16
2.6.1 Mestringsforventning.....	17
2.6.2 Formulering av konkrete mål.....	17
2.6.3 Den Transteoretiske modell	18
2.6.4 Motiverende intervju.....	20
2.7 Sosial støtte i en livsstilsendringsprosess	20
2.7.1 Deltakelse i meningsfull aktivitet	21
3 Metode.....	23
3.1 Rekruttering	23
3.1.1 Utvalg.....	24
3.2 Intervjuenes utforming og gjennomføring	25
3.2.1 Konteksten for intervjuene.....	27
3.3 Transkripsjon.....	28
3.4 Analyse	29
3.5 Etikk.....	30
4 Resultater	32
4.1 Mestringsforventning og ønske om å gjøre helsefremmende aktivitet	33
Utarbeidelse av konkrete mål.....	33
Struktur på hverdagen	34
Behov for oppfølging	36

Springbrett til andre aktiviteter	38
Mestringsforventning	39
Betydning av andre forhold enn FLS	39
4.2 Lært noe nytt	41
Ny kunnskap eller økt fokus på noe som en kunne i fra før	41
Den rette aktiviteten	42
Økonomi – jeg har råd til å trene	42
4.3 Opplevelse av fellesskap og anerkjennelse	43
Opplevelse av anerkjennelse og respekt blant de som jobber på sentralen	43
Opplevelse av fellesskap med andre der	44
Deltakelse i andre fellesskap som følge av FLS- nye muligheter	46
4.4 Velvære og livskvalitet.....	46
Glede og overskudd	46
Selvtillit og selvverd	47
Å kunne leve med de plagene man har	48
5 Diskusjon	50
5.1. Mestringsforventning og ønske om å gjøre helsefremmende aktivitet	50
5.1.1 Betydningen av motiverende intervju og formulering av mål	50
5.1.2 Struktur på hverdagen og behov for oppfølging	51
5.1.3 Springbrett til andre aktiviteter	53
5.1.4 Mestringsforventning	54
5.2 Lært noe nytt	54
5.3 Opplevelse av fellesskap og anerkjennelse	56
5.3.1 Frisklivssentralen som sosial arena	56
5.3.2 Deltakelse i andre fellesskap	57
5.4 Velvære og livskvalitet – mitt syn på meg selv er forandret	58
6 Metodediskusjon	61
6.1 Validitet.....	61
6.1.1 Deskriptiv validitet.....	61
6.1.2 Fortolkende validitet	62
6.1.3 Teoretisk validitet	64
6.1.4 Evaluerende validitet	65
6.1.5 Generaliserbarhet	65

7 Oppsummering.....	67
8 Konklusjon og implikasjoner for praksis	69
9 Referanseliste.....	71
Vedlegg.....	77
Vedlegg 1: NSD	77
Vedlegg 2: Forespørsel om innhenting av data	79
Vedlegg 3: Informert samtykke.....	80
Vedlegg 4: Intervjuguide.....	81

1 Innledning

På tross av at den norske befolkningen har generelt god helse (Helse-og Omsorgsdepartementet, 2013) har også vi helseutfordringer. Det er ikke lenger smittsomme sykdommer som utgjør den største trusselen, men mange av oss blir syke som følge av livsstilssykdommer som diabetes type II, overvekt, lungekreft, hjerte -og karsykdommer og slag. Hjerte –og karsykdommer og kreft utgjør de vanligste dødsårsakene, og antall mennesker som har diabetes type II fortsetter å øke (Helsedirektoratet, 2011). Livsstilsfaktorer som bruk av tobakk, inaktivitet og usunt kosthold er med på å forårsake disse sykdommene. Tidligere helse og omsorgsminister, Jonas Gahr Støre, påpeker at folkehelsearbeid i dag i høy grad handler om å stanse de ikke- smittsomme sykdommene (Helse-og Omsorgsdepartementet, 2013). For å imøtekomme disse utfordringene har myndighetene tatt initiativ til at det opprettes Frisklivssentraler (FLS) i norske kommuner. Frisklivssentralenes oppgave er først og fremst å bidra til endret livsstil blant sine deltagere (Helsedirektoratet, 2011). Å gjennomføre en atferdsendring er kompleks og sammensatt. Dette byr på en rekke utfordringer, og en slik prosess ser ikke lik ut for alle. Den vil ha forskjellige innvirkninger i en persons liv (Prescott & Børtveit, 2012). Den nye atferden skal ikke kun gjelde for en dag, en uke eller en måned. Den skal holde livet ut. FLS skal være en arena der en skal få hjelp til å endre atferd og tilegne seg kunnskap som en kan ta med seg videre i endringsprosessen.

Få evalueringsstudier er gjort som omhandler FLS og blant disse har det vært mest fokus på fysisk aktivitet, og vektreduksjon (Lillefjell & Oldervoll, 2011). Det finnes langt færre studier som berører hva slags opplevelse og erfaringer deltakeren har om sin egen endringsprosess på lengre sikt, og hva som avgjør om endringen vedlikeholdes (Bratland-Sanda, Lislevatn & Lerdal, 2011).

1.1 Målsetning og problemstilling

Hensikten med denne studien var å få mer kunnskap om hva slags opplevelse og erfaringer deltakeren innehar ett år etter at reseptperioden er avsluttet, og få økt kunnskap om hvordan en frisklivsperiode kan virke helsefremmende for deltakeren over lenger tid. Individuelle egenskaper, sosiale og samfunnsmessige faktorer vil påvirke endringsprosessen, og i ”Veileder for kommunale frisklivssentraler-Etablering og organisering” (2013) uttrykkes det at “det å forstå hvordan slike forhold

virker inn på helse, hvilke valg vi gjør, hvilke vaner vi etablerer og hvorfor vi ofte strever med å endre disse vanene, er av stor betydning for dem som arbeider ved frisklivscentralene” (s. 31).

Den valgte problemstillingen for denne studien var: Hvordan opplever og erfarer deltakeren sin egen livsstilsendingsprosess og livskvalitet ett år etter frisklivsperioden?

2 Bakgrunn og teori

2.1 Folkehelsearbeid og relevant lovverk

I mange år har det vært et utpreget fokus på forebyggende tiltak for å bedre helsen vår. Hensikten er å redusere forekomsten av sykdommer, risikofaktorer, skader, sosiale problemer og død (Espnes & Smedslund, 2009). Det har imidlertid skjedd et skifte de siste årene fra å tenke forebyggende til å ha fokus på helsefremmende arbeid i Norge. Dette ser vi gjennom stortingsmeldinger, lovverk og reformer publisert de siste årene. For eksempel ser vi i “Resept for et sunnere Norge” (St.meld. nr. 16, 2002-2003) at fokus ble rettet mot folkehelsepolitikken, og hvordan vi kunne “brannslukke” mindre, forebygge mer og ha fokus på å fremme helse (Helse –og Omsorgsdepartementet, 2003). Med tanke på å bidra til å forebygge sykdom og fremme helse innførte myndighetene “Grønn Resept” i 2003 (St. Meld. nr.16, 2002-2003). Den “grønne resepten” var ment for mennesker som i hovedsak hadde påvist diabetes type II eller høyt blodtrykk og som på grunn av dette ville kunne bedre sin helse ved å bevege seg mer eller bedre kostholdet sitt. Det var leger som sto for henvisningene, og resepten skulle være et alternativ til medikamentell behandling (Helsedirektoratet, 2011). Den omfattet at legen ble honorert for å kartlegge pasientens helse, kostholds- og aktivitetsvaner, i tillegg til å gi veiledende helsefremmende informasjon om kosthold og fysisk aktivitet (Blom, 2008). Evalueringer av “Grønn resept” viste imidlertid at legene var misfornøyde med tilbudet av mange grunner (Bringedal & Aasland, 2006). Legen skulle gjennom veiledningshefter og tilpasset opplegg følge opp sine pasienter. Oppfølging skjedde på pasientens eget initiativ. Et slikt oppfølgingstilbud var ikke nok i følge legene (Lerdal & Celius, 2011). De uttrykte også bekymring for at den rette pasientgruppen ikke ble nådd (Bringdal & Aasland, 2006).

Helsedirektoratet var enig i at slike oppfølgingstilbud skulle prøves ut i perioden

2004-2007. Båtevik, Aarflot, Barstad, Bergem og Tønnesen (2008) gjennomførte en rapport på oppdrag fra Helsedirektoratet for å evaluere slike oppfølgingsmodeller i fem fylker; Nordland, Buskerud, Troms, Vest-Agder og Oppland. Modellene omfattet frisklivsmodellen, fysiotekmodellen og kompetansemodellen. Det kommer frem i rapporten at 80% av legene er av den oppfatning at reseptordninga dekker brukernes behov. Det ble også konkludert i denne rapporten at det er et behov for ulike lavterskeltilbud som er knyttet til kommunehelsetjenesten. Det har blitt utviklet og etablert ulike kommunale lavterskelmodeller for fysisk aktivitet, kosthold og røykeslutt i Norge etter at “Grønn resept” ble innført i 2003. Alle disse modellene, eksempelvis FYSAK, Fysiotek og frisklivsresept har til felles at de omfatter tre måneders strukturert oppfølging hvor man anvender endringsfokusert samtale, også kalt motiverende intervju, ved start og slutt av resepten. Modellene skiller seg fra hverandre ved at Fysioteket har en funksjon som en formidlingsentral til andre lokale aktivitetstilbud. FYSAK/Frisklivssentralen tilbyr derimot fellestrening to ganger per uke, og omfatter dermed et tettere oppfølgingssystem med bruk av grupper (Lærum, Leijon, Kallings, Faskunger, Börjesson & Ståhle, 2008).

Med ”Samhandlingsreformen” (St. meld. nr. 47, 2008-2009) ble behovet for tverrsektorielt folkehelsearbeid uthevet. De helsefremmende og forebyggende helsetjenestene i kommunene skulle styrkes og bedres. Folkehelseloven ga kommuner, fylkeskommuner og statlige myndigheter ansvar for å fremme helsen. Alle sektorer ble ansvarlig for å fremme folkehelsen, og prinsippet om at det skulle “være helse i alt vi gjør” ble introdusert. Et tiltak i regi av kommunen som nettopp skulle jobbe med det forebyggende og helsefremmende arbeidet ble FLS (Helsedirektoratet, 2012).

2.2 Frisklivssentralen

FLS skal bidra til å styrke de helsefremmende og forebyggende helsetjenestene i kommunene samt jevne ut sosiale ulikheter i helse. Sentralene innehar et strukturert henvisnings -og oppfølgingssystem for personer som har et behov for å endre helseatferd. Fokuset skal ifølge Helsedirektoratet (2011) først og fremst rettes mot fysisk aktivitet, kosthold og røykeslutt. FLS skal være et kommunalt kompetansesenter der det er mulig å få veiledning og oppfølging i sin atferdsendringsprosess som også skal bidra til økt følelse av å mestre egen helse. I dag finnes det omkring 150 FLS i Norge (Helsedirektoratet, 2013).

Sentralen er både et lavterskeltilbud som kan benyttes av alle, samtidig som helsepersonell, eksempelvis fastlege eller fysioterapeut, også kan henvise personer til en FLS gjennom en frisklivsresept. En slik resept er ment for en målgruppe som har økt risiko, eller som allerede har en sykdom eller lidelse. De vanligste risikofaktorene og diagnosene som fører til henvisning er overvekt, fysisk inaktivitet, hjerte-og karsykdommer, muskel-og skjelettlidelser, psykiske lidelser, diabetes type II og kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS) (Helsedirektoratet, 2011). Sentralen utheves altså som et viktig tilbud for utfordringer innenfor både fysisk og psykisk helse (Helsedirektoratet, 2013). En slik frisklivsresept omfatter en periode på tolv uker. Reseptperioden starter alltid med et motiverende intervju (MI). Det motiverende intervjuet er basert på stadiemodellen utviklet av Prochaska, Diclemente og Norcross (Lerdal & Celius, 2011). Underveis i perioden er det mulig å gjennomføre flere samtaler via for eksempel telefon eller e-post dersom dette er ønskelig. Det gjennomføres en ny helsesamtale etter at reseptperioden er over der det blant annet vurderes om en ny reseptperiode er ønskelig eller nødvendig (Helsedirektoratet, 2011).

I følge “Veileder for kommunale frisklivssentraler- etablering og organisering” (2013) er det hensiktsmessig at deltagerne får et innblikk i hva som finnes av lokale tilbud innenfor eksempelvis fysisk aktivitet slik at dette kan benyttes når frisklivsperioden er over. FLS kan presentere deltakerne for treningssenter, lag eller foreninger som kan bidra til at det er lettere å fortsette livsstilsendringsprosessen videre (Helsedirektoratet, 2011). Dersom det er slik at deltakeren ikke føler seg klar for å fortsette på egenhånd etter 12 uker, kan det være aktuelt å begynne en ny resept, noe flere benytter seg av (Helsedirektoratet, 2011).

2.3 Fokus på fysisk aktivitet

Effekten av fysisk aktivitet og vektreduksjon er det som har hatt størst fokus i evalueringsstudier som omhandler FLS (Lillefjell & Oldervoll, 2011). Det er ikke utført så mange studier som omfatter de ulike modellene, og de fleste omhandler ‘trening på resept’ (TpR) som betyr at primærhelsetjenesten gir rådgivning vedrørende fysisk aktivitet. TpR er blant annet brukt i Sverige og Danmark (Bredahl, Skovgaard, Sørensen, Sørensen & Puggaards, 2010; Hellenius, Kallings, Leijon & Ståhle, 2008; Eidthun & Helgerud, 2009; Blom, 2008). Det kommer frem at fysisk aktivitet på resept kan medføre bedring i fysisk aktivitet og helse relatert livskvalitet

hos inaktive mennesker som er utsatt for en livsstilssykdom (Bredal et al., 2010). Det er også viktig å understreke at en studie viser at opp mot halvparten av deltakerne ikke klarer å fortsette den fysiske aktiviteten på samme nivå sammenlignet med i reseptperioden (Eidthun & Helgerud, 2009). Noen studier ser på oppfølging etter ett år, med målinger av livskvalitet ved hjelp av COOP/WONCA skjemaer. En annen studie omfatter oppfølging etter tre måneder og ett år, med det fokus å måle endringer i fysisk form, sykemeldingsandel, KMI, motivasjon for endring av levevaner og deltakelse i type aktivitet (Eidthun & Helgerud, 2009; Blom, 2008; Lerdal, Celius & Pedersen, 2012).

”Fysisk aktivitet, folkehelse og samhandling Inherredsmodellen – Trinn 1” (Oldervoll & Lillefjell, 2011) er en kunnskapsoversikt som presenterer studier innenfor Norge, Sverige og Danmark, med det formål å gi en oversikt over ”beste praksis” for organisering og innhold i en FLS og TpR. Hovedkonklusjonen som kommer frem i denne rapporten er at ”trening på resept” har en effekt på kort og mellomlang sikt (seks til tolv måneder), men at det ikke kan vises til en langtidseffekt (etter tolv måneder) fordi vi enda vet lite om dette. Det utheves også at det i stor grad har vært fokus på å måle effekt på fysisk form og aktivitetsnivå, men at dette kun er enkeltelementer i en livsstilsendring. Det handler imidlertid vel så mye om personens forutsetning for mestring og å ta kontroll over eget liv.

Det er altså et lite antall studier som ser på hvordan deltakerne opplever og erfarer sin livsstilsendingsprosess etter resepten. Rapporten “Ein resept å gå for” (Båtevik et al., 2008) påpeker at det er viktig å undersøke hvorvidt en resept kan bidra til økt livskvalitet og bedre helse hos deltakeren på lang sikt. Denne rapporten har brukt både kvantitative og kvalitative metoder, og ser på blant annet hvordan FLS kan legge til rette for endringer hos deltakerne, og hvordan deltakerne opplever tilbudet. De har fulgt opp deltakerne 6 måneder etter endt resept (Båtevik et al., 2008). Lislevatn og Bratland- Sanda (2012) sin studie ser på videreutvikling av frisklivskonseptet, og er enige i at det trengs ytterligere studier som for eksempel omfatter dybdeintervjuer av deltakerne ved FLS. De påpeker også viktigheten med å følge opp deltakerne inntil 1 år. I tillegg skriver Oldervoll og Lillefjell (2011) i sin rapport at deltakere som blir henvist til frisklivssentralen møter utfordringen om hvordan aktivitet kan økes i hverdagen, og hvordan aktiviteten kan fortsette etter reseptperioden. Det utheves videre at ”tilbudet bør ha et tydelig helsefremmende fokus hvor varig livsstilsendring

er målet, men hvor det også gis rom for bevisstgjøring rundt små og kortvarige effekter, som en motivasjon mot varig endring” (s. 23). Bratland-Sanda, Lislevatn og Lerdal (2014) har gjennomført en tverrsnittundersøkelse fra frisklivssentralen i Modum. Denne studien ser på endringer i aktivitetsnivå to til fire år etter avsluttet frisklivsresept. De utforsket blant annet økt aktivitetsnivå etter resept, barrierer og motiver for fysisk aktivitet blant deltakerne etter resept, og eventuelle forskjeller blant de som ikke har en endring og de som har økt aktivitetsnivå. Viktige funn fra denne studien er at 55% av deltakerne opplevde økt aktivitetsnivå etter reseptperioden. Sosiale aktiviteter utgjør en svært viktig rolle i økt aktivitetsnivå, og helseplager utheves som en stor barriere.

2.4 Helsefremmende arbeid

I følge Helsedirektoratet (2010) kan folkehelsearbeid defineres som “samfunnets totale innsats for å opprettholde, bedre og fremme befolkningens helse gjennom å svekke faktorer som medfører helserisiko, og styrke faktorene som bidrar til bedre helse” (s. 20).

Espnes og Smedslund (2009) forklarer at helsefremmende tiltak “tar sikte på å bedre livskvalitet, trivsel og mulighetene for å mestre de utfordringer og belastninger man utsettes for i dagliglivet” (s. 301). I følge Ottawa Charteret er helsefremmende arbeid “den prosessen som gjør folk i stand til å bedre og bevare sin helse” (World Health Organization, 2013, s.1). Nutbeam og Blakely (1996) definerer helsefremmende arbeid som “prosessen å gjøre den enkelte så vel som fellesskapet i stand til å vinne kontroll over faktorer som virker inn på helsen for derved å forbedre denne” (s, 304). Helsefremmende tiltak tar altså hensyn til at helse omfatter mange dimensjoner som for eksempel den fysiske, sosiale, psykologiske, emosjonelle, seksuelle og spirituelle helsen vår (Naidoo & Wills, 2009).

Empowerment er et viktig element i helsefremmende arbeid, og handler om at det skal mobiliseres en kraft, styrke og kontroll hos mennesket (Mæland, 2012).

Mennesket skal kunne kontrollere sitt eget liv. En slik kontroll vil resultere i mestring og styrket selvbylde (Mæland, 2012). FLS sitt hovedmål er at deltakeren skal kunne føle seg godt nok rustet til å fortsette sin endringsprosess på egen hånd som igjen skal føre til bedre helse og økt livskvalitet (Båtevik et al, 2008). Deltakeren skal i løpet av en frisklivsperiode få veiledning til å bedre forstå sin helseatferd. Dette skal skje

gjennom opparbeidelse av deltakerens mestringsfølelse og kapasitet. FLS skal derfor fokusere på å styrke de positive helsefaktorene til sine deltakere (Helsedirektoratet, 2011). På FLS skal det i følge “Veileder for kommunale frisklivssentraler- Etablering og organisering” (2013) vektlegges at brukermedvirkning står sentralt i tilbudet både på individ og systemnivå. Brukerne innehar erfaringer og opplevelser som kan bidra til å heve kvaliteten på FLS samt en økt innflytelse på egen livskvalitet. Det er derfor viktig at denne stemmen blir hørt. FLS skal også ha en salutogen tilnærming, og fokus skal dermed rettes mot alt som påvirker helsen vår i positiv retning (Lærum, 2005).

2.5 Velvære og livskvalitet

Helse kan i henhold til Per Fugelli og Benedicte Ingstad (2009) defineres som mestring, overskudd/energi, humør, natur, funksjon og trivsel. Denne definisjonen er i tråd med hvordan helsefremmende arbeid kan forstås, og viktigheten av å bringe frem de positive aspektene ved helse. Det betyr også at helse ikke nødvendigvis innebærer at en er “sykdomsfri” eller uten symptomer.

I følge Espnes og Smedslund (2009) kan livskvalitet dermed tenkes som en subjektiv opplevelse. Dette betyr også at opplevelsen ikke er direkte observerbar, og ofte kan livskvalitet beskrives gjennom flere indikatorer (NOU 1999:2, 1999). Næss (2013) definerer livskvalitet som “enkelpersoners psykiske velvære, det vil si opplevelsen eller følelsen av å ha det godt, av å ha en grunnstemning av glede” (s. 18). Videre utheves eksempler på positive og negative vurderinger og følelser. Glede, kjærlighet og engasjement kan være positive følelser. Selvtillit, tilfredshet og opplevelse av selvrealisering kan være positive vurderinger. Ensomhet, angst og tretthet er eksempler på negative følelser og misnøye, skyldfølelse og opplevelse av meningsløshet omfatter eksempler på negative vurderinger (Næss, 2013). For å oppnå en grunnstemning av glede, og å kunne ha det godt, kan det også hevdes at det er viktig med en god selvfølelse. Selvfølelsen vår omfatter både gode og negative følelser, og defineres av Øiestad (2009) som “å ha en nyansert følelse av deg selv, og i tillegg gi det du føler, en verdig plass sammen med andre mennesker” (s.22).

Espnes og Smedslund (2009) understreker også at begreper som glede, det gode liv, sosialt og emosjonelt velvære og livskvalitet har blitt viktig i hvordan mennesker opplever og vurderer sin egen helse. Livskvalitet er svært sentralt i helsefremmende arbeid, og livskvalitetsforskning vil være et viktig element i bekjempelsen av

livsstilssykdommer (Espnes & Smedslund, 2009). Nes og Tambs (2013) skriver at “sammenhengene mellom helse og livskvalitet er kompliserte og mangslunne og vil variere med helsedefinisjoner og med hvilket helsemål, sykdommer eller livskvalitetskomponenter en studerer” (s.120). I empirien finnes det en del studier som omhandler fysisk aktivitet på resept og livskvalitet. Majoriteten av disse er kvantitative studier og evalueringsrapporter. Espnes og Smedslund (2009) forklarer hvordan det kan være problematisk at livskvalitet i kvantitative studier blir målt med måleinstrumenter som operasjonaliserer begrepet på flere måter. Ulike aspekter ved livskvalitet blir målt i forhold til helse som for eksempel funksjon, tilfredshet med livet, sosialt samvær og psykisk forstyrrelse. Kvalitative studier kan bidra til å måle livskvalitet gjennom eksempelvis dybdeintervjuer. I følge Espnes og Smedslund (2009) kan forsker stille direkte spørsmål som omhandler følelser og sinnsstemning. Han kan også stille spørsmål som går på hvordan man vurderer sin egen helse eller glede med sin livssituasjon.

2.6 Motivasjon og livsstilsendring

Atferdsendringer er vanskelig og utfordrende både fysisk og psykisk for en person. (Prescott & Børtveit, 2012). I mange tilfeller er det slik at det ikke er nok å bare bestemme seg, men at vår atferd og motivasjon styres av forskjellige forhold iboende i mennesket og i miljøet rundt. Det er svært subjektivt hvordan en slik livsstilsendring oppleves, og motivasjon og mestringssevne er viktig i denne prosessen (Prescott & Børtveit, 2012). Motivasjon kan defineres som “alt som driver og vedlikeholder atferden vår, eller summen av alt det som stimulerer et individ til å gjøre endringer i en livssituasjon” (Dahl, 2012, s. 298). I følge Mæhlum (2011) er motivasjon for endring hovedsakelig en drivkraft som kommer innenfra. Den indre motivasjonen omfatter at vi gjør noe fordi vi selv har lyst og opplever mestring, glede og mening ved handlingen. Fravær av motivasjon er en stor hindring for endring (Seals, 2006).

Modeller for atferdsendringer har blant annet vektlagt hvordan kunnskap, holdninger og oppfatninger kan påvirke atferden vår (Mæland, 2012). Dette omfatter eksempelvis at dersom vi har nok opplysninger vedrørende atferden, og dens konsekvenser, vil vi foreta helsefremmende og forebyggende avgjørelser. DiClemente, Salazar og Crosby (2013) skriver at Health Belief Model prøver blant annet å vise at kunnskap om for eksempel farer ved atferd er et viktig element for om personen skal endre atferd.

Banduras sosiale kognitive teori beskriver også hvordan kunnskap er en viktig forutsetning i atferdsendringer (DiClemente et al., 2013). Vi vet midlertidig at det er andre psykologiske, sosiale og miljømessige faktorer som også har betydning (Mæland, 2012), og Bandura introduserte blant annet også hvordan mestringsforventning og formuleringer av mål også er viktig i å fremme helse (Bandura, 1986). Disse begrepene vil beskrives mer detaljert i det følgende.

2.6.1 Mestringsforventning

Mestringsforventning er en ressurs som omfatter individets tro på egen evne til å gjennomføre en aktivitet og oppnå et resultat, og utpekes som en svært viktig komponent i atferdsendringer (Bandura, 1977). En slik tro er helt nødvendig for å tørre å prøve noe nytt, og eventuelt lykkes. I tillegg utheves resultatforventning som viktig. Resultatforventning omfatter troen på at atferden vil føre til et resultat personen ønsker. Forventningen om personlig mestring vil påvirke både initiativet for endring og hvorvidt denne endringen fortsetter (Bandura, 1977).

Mestringsforventning kan styrkes gjennom model-læring, tidligere erfaringer, verbal overtalelse eller fysiologisk tilstand. Model-læring omfatter at personen lærer av å se på andre personers atferd, og da gjerne en person som er relativt lik en selv. "Dersom hun klarer å løpe litt lenger, da skal jeg klare det også". Tidligere erfaringer er spesielt viktig fordi de kan hjelpe med å styrke mestringsforventningen ved at personen blir påminnet om en tidligere oppgave vedkommende har mestret. Dersom det er tilfellet for eksempel at en person har lykkes med å gå ned i vekt før, er sjansen stor for at dette kan skje igjen. Verbal overtalelse betyr at en person blir overtalt til å utføre en helsefremmende oppgave. Fysiologisk tilstand betyr at personen må redusere eventuell frykt eller negative emosjoner tilknyttet en spesifikk atferd (Bandura, 1977).

2.6.2 Formulering av konkrete mål

For å motivere seg selv i en endringsprosess slik at en kommer seg trygt videre er det betydningsfullt å formulere hovedmål og delmål (Prescott & Børtveit, 2012).

Delmålene gir personen mulighet til å kunne nå et lite mål innenfor et kort tidsrom. Dette vil igjen føre til en positiv følelse av mestring (Mæhlum, 2011). Dette skjer gjerne etter at personen har tatt en beslutning om å endre atferd, og er bevisst på at vedkommende vil endre noe. Det kan være utfordrende å formulere slike mål fordi personen kanskje har lav mestringsforventning. For å imøtekomme lav

mestringsforventning, og sørge for at personen ikke blir overveldet av uopnåelige mål er det hensiktsmessig å sette delmål (Prescott & Børtveit, 2012). Et slikt delmål kan for eksempel være at hver dag personen går uten å spise sjokolade skal feires med en belønning. Dette gir mulighet for at personen relativt kjapt kjenner på mestringsfølelsen om å klare å holde seg unna en dag (Prescott & Børtveit, 2012).

2.6.3 Den Transteoretiske modell

Mange teorier er utviklet for å forklare hva som ligger til grunn for at mennesker handler slik de gjør, og hva som påvirker motivasjonen vår. En modell som er godt kjent er *Den Transteoretiske modellen* utviklet av Prochaska, Norcross og DiClemente (1992). Denne modellen viser oss hvordan personen kan oppleve ulike endringsprosesser (strategier). Prosessene kan deles inn i to typer; erfaringsmessige og atferdsmessige. Erfaringsmessige prosesser er bevisstgjøring, følelsesmessig reaksjon, revurdering av seg selv, revurdering av omgivelsene, personlig frigjøring og sosial frigjøring (Lerdal & Celius, 2011). For eksempel handler bevisstgjøring om hva personen gjør for å få ny informasjon og danne seg en ny forståelse av sammenhengene mellom fysisk aktivitet og ens egen helse. Revurdering av seg selv sier noe om selvpplevelsen, både som en aktiv og inaktiv person. Revurdering av omgivelsene betyr at personen kjenner igjen nye sammenhenger mellom sin inaktivitet og det fysiske og sosiale miljøet. Personlig frigjøring omhandler at personen er av den oppfatning at det vil gå bra å fortsette med treningen. Sosial frigjøring betyr at personen finner andre muligheter som kan føre til en aktiv livsstil. Atferdsmessige prosesser er å finne erstatninger, stimuluskontroll, endring av betingelser og støttende vennskap. Å finne erstatninger omfatter at personen finner en erstatning for atferden som vil ha de samme godene som tidligere atferd (Prescott & Børtveit, 2012). Støttende vennskap betyr at personen har mennesker rundt seg som kan ha en positiv funksjon ved å gi støtte i endringsprosessen. Ofte vil det rettes fokus mot en eller flere av disse prosessene når en person skal gjennomføre en endring (Lerdal & Celius, 2011).

Det er viktig å forstå at en atferdsendring innebærer at mennesket også beveger seg i ulike faser i en endringsprosess (Prochaska et al., 1992). Noen er kanskje godt i gang ved at vedkommende har klart å bestemme seg for å endre atferd, mens en annen fortsatt ikke har lyst. Personen må forholde seg til nye oppgaver og utfordringer i hver

fase for å kunne fortsette til neste fase. Stages of Change er en del av den transteoretiske modell som prøver å vise at en livsstilsendringsprosess er individuell, og at mennesker befinner seg i forskjellige faser i forhold til egen motivasjon for endring. Motivasjon, handling og intensjon vedrørende endring forteller oss hvilket stadium personen kan plasseres under (Prochaska et al., 1992).

De fem fasene er før-overveielse (ikke klar), overveielse (gjøre seg klar) , forberedelse, handling, opprettholdelse og tilbakefall (Prochaska et al., 1992). Det er viktig å utheve at det i en endringsprosess er vanlig med tilbakefall. Det er normalt å måtte bruke lang tid på å endre helseatferd, og derfor er det essensielt at modellen inkluderer tilbakefall som et naturlig stadium å befinne seg på. Det er normalt å falle tilbake til et hvilket som helst av de andre stadiene underveis i livsstilsendringsprosessen (Espnes & Smedslund, 2009). I følge Byrne, Caltabiano og Sarafino (2008) vil psykososiale karakteristikk hos et menneske variere ut i fra hvilket stadium en befinner seg på. Eksempelvis kan en tenke seg at mennesker som befinner seg på før-overveiellesstadiet har lavere grad av mestringsforventning enn de som befinner seg på forberedelse stadiet. Stages of Change er en modell som kan gjøre det lettere ved intervensjon å finne passende fremgangsmåter i henhold til disse karakteristikkene for å hjelpe personen inn i neste fase. Det er viktig å identifisere hvilket stadium personen befinner seg på for å kunne tilby best mulig veiledning og hjelp (Dahl, 2012; Seals, 2006).

Det utheves i rapporten "Ein resept å gå for" (Båtevik et al., 2008) at deltakerne gir uttrykk for at de i utgangspunktet var motivert for endring da de begynte på resepten, men at sentralen kan bidra med videre motivasjon ved å hjelpe de til å komme i gang, og opprettholde atferden. Trener og personal blir trukket frem som viktige kilder til motivasjon. Det påpekes at ordningen hadde en motiverende effekt på deltakeren fordi den fysiske formen ble bedre og følelsen av å mestre dette økte. Det som utheves som vanskelig og umotiverende i en endringsprosess er arbeidsforhold som eksempelvis påvirker tid og ressurser til å være i aktivitet i tillegg til sykdom (Båtevik et al., 2008). I Birthe Selø (2013) sin masteroppgave kommer det frem at flere faktorer er avgjørende for å øke motivasjonen til en livsstilsendring gjennom en reseptperiode. Blant annet opplever deltakerne at støtte og hjelp i form av faglig kunnskap, tips og råd fra personell er viktig.

2.6.4 Motiverende intervju

I ”Veileder for kommunale frisklivssentraler- Etablering og organisering” (Helsedirektoratet, 2013) utheves det hvordan motiverende intervju er en viktig samtale som har som mål å utforske motivasjon for endring hos personen slik at vedkommende skaper sine egne grunner for endring. Motiverende intervju defineres som “en klientsentrert rådgivning der en i samarbeid mellom klient og rådgiver stimulerer til positiv endring gjennom å lokke frem og forsterke personens egen motivasjon” (Ivarsson, 2012, s. 9). Det er en godt dokumentert metode der fokus rettes mot personens egen oppfatning og tanke omkring egen endring. Det handler om å lete etter ressurser i mennesket som kan motivere til atferdsendring. Det er altså viktig at rådgiver ikke forteller hva personen skal gjøre. En slik samtale kjennetegnes av at rådgiveren er en empatisk person som lytter aktivt. Det kan også formuleres en plan i denne samtalen for gjennomføring av resepten (Lerdal & Celius, 2011). En studie gjennomført av Lislevatn og Bratland-Sanda (2012) om frisklivskonseptet viser at deltakerne var svært godt fornøyd med samtaler på sentralen, og hvordan de ble møtt ved oppstart. Det kommer også frem at deltakerne oppfattet at de som jobbet ved sentralen i stor grad viste aksept, delegerte ansvar og at de var flinke til å lytte. Deltakerne gir uttrykk for at det i liten grad ble stilt forventninger til dem i reseptperioden. Båtevik et al. (2008) påpeker også hvordan denne samtalen var til viktig motivasjon for deltakerne. Deltakerne opplevde at det var rom for å komme med egne oppfatninger, og at sentralen er dyktige til å møte deltakeren på det stadiet personen befinner seg i endringsprosessen. En rekke forslag til tiltak i forbindelse med oppstart av frisklivssentraler på Inherred utheves i rapporten til Oldervoll og Lillefjell (2011). Et av disse tiltakene uthever viktigheten av helsesamtalen. Det er under denne samtalen at behovet for deltakelse skal kartlegges, og den er derfor utgangspunktet for hvordan reseptperioden utvikles for deltakerne.

2.7 Sosial støtte i en livsstilsendringsprosess

Selv om det er personen selv som skal endre atferd behøver ikke dette bety at en er alene i en slik prosess. Menneskene rundt vedkommende utgjør en viktig kilde til motivasjon og støtte i en endringsprosess før, under og etterpå (Prescott & Børtveit, 2012). I følge Schwarzer, Knoll & Rieckmann (2004) kan sosial støtte deles inn i fire typer; følelsesmessig/emosjonell, instrumentell, bekreftende, og informerende støtte. Følelsesmessig/emosjonell støtte omfatter kjærlighet, empati og omsorg fra venner og

familie. Instrumentell støtte handler om å motta praktisk hjelp, og bekreftende støtte innebærer at personen mottar tilbakemelding, bekreftelse og evaluering. Informerende støtte betyr råd, veiledning og anbefalinger. Eksempelvis uthever Seals (2006) hvordan helsepersonell kan fungere som viktig instrumentell støtte for personen i en endringsprosess som omhandler vektreduksjon.

Mengden av sosial støtte er betydningsfull for helse og velvære, men å delta i en meningsfull sosial kontekst er også viktig. Å motta støtte medfører mening i personens liv, og som resultat kan personen bli motivert ved å ville gi det samme tilbake. Det påpekes at dette kan være mer konstruktivt enn å motta hjelp i seg selv (Schwarzer et al., 2004). Knardahl (1998) skriver at undersøkelser har funnet at det som betyr noe for helsen er troen på at emosjonell støtte er tilgjengelig for personen, og ikke støtten som sådan. Dette støttes av Uchino (2009) som kaller dette for *perceived support*. Det hevdes dog av Seals (2006) at fravær av adekvat sosial støtte i en endringsprosess vil gjøre enhver intervensjon ineffektiv. Eksempelvis har en studie vist at personer som opplever en stor grad av sosial støtte fra venner også vil trene mer (Resnick, Orwig, Magaziner & Wynne, 2002). Å fortelle om endringen til noen, altså involvere andre, vil kunne fungere som en forpliktelse for personen som ønsker å endre seg. Det oppstår en avtale mellom personen og de som får vite om endringsplanene. Dette kan fungere som motivasjon ved at avtalen har et positivt fortegn (Prescott & Børtveit, 2012).

I studier om FLS kommer det frem at deltakerne blir motivert av å delta på en frisklivsresept på grunn av at de får være en del av et sosialt fellesskap. Deltakerne opplever at møte med andre og trening gir de mye glede. Det sosiale utbytte utheves som en spesielt viktig ressurs i endringsprosessen (Båtevik et al., 2008). Det kommer også frem i Selø (2013) sin masteroppgave at andre deltakere virker som en støttende faktor, og opplevelse av fellesskap har gjort treningsgleden større. Endringer som har skjedd fysisk, som at de har gått ned i vekt, har resultert i økt motivasjon og mer overskudd i hverdagen.

2.7.1 Deltakelse i meningsfull aktivitet

I henhold til Ommundsen (2011) kan strukturelle faktorer forstås som sosiale, økonomiske og materielle forhold i livet, som på en eller annen måte styrer helseatferden vår. Dette betyr altså at vi har ulike forutsetninger for helsefremmende

atferd. Faktorer som inntekt, utdanning, yrker og bosted kan fortelle oss mye om hvordan helsetilstanden til et menneske er. Forekomst av psykiske lidelser som angst og depresjon henger gjerne sammen med sosioøkonomiske forhold som lav utdanning og lav inntekt. Det gjør også overvekt (St.meld. nr. 20, 2006-2007).

Det å ha en jobb spiller også en stor rolle for helsen vår på mange måter. Det medfører inntekt som gjør at mennesker får flere valgmuligheter til for eksempel sunnere alternativer, men det omfatter også sosiale goder som å ha et sted å gå til og et nettverk utenfor hjemmet. Arbeidsplassen er i tillegg en arena der ferdigheter kan utvikles eller testes som igjen medfører mestring og glede (Knardahl, 1998).

Christiansen og Townsend (2011) uthever at "the occupations people choose influence their lifestyles, their comfort, their productivity, their social relationships, and indeed, their health, wellbeing, and participation" (s. 20). Sitatet antyder at valg av aktivitet påvirker vår livsstil, vårt behag, vår produktivitet, sosiale relasjoner og ikke minst helsen vår. Mennesket vokser når vår personlighet og våre behov kommer sammen med miljøer eller situasjoner der vi får være involvert, interessert og utfordret. Dette er igjen helt avgjørende for menneskets helse og velvære. Å få lov til å delta gjennom en aktivitet, lønnet eller ulønnet, medfører en sterkere følelse av å være en inkludert medborger i samfunnet (Christiansen & Townsend, 2011).

Christiansen og Townsend (2011) skriver også at menneskets selvfølelse i høy grad er resultat av hva vedkommende erfarer daglig over tid. Hvilke aktiviteter mennesket beskjeftiger seg med og som gir de mening er individuelt. Psykiske, sosiale og økonomiske forhold er med på å bestemme hva mennesker kan eller har lyst til å gjøre.

Oldervoll og Lillefjell (2011) skriver i sin rapport at det er utfordrende for deltakerne å vite hvordan en kan fortsette med aktiviteter etter perioden. Mæhlum (2011) uthever at det i livsstilbehandling selvsagt er meningen at fysisk aktivitet skal bidra til at vekten reduseres. Men, det er vel så viktig at deltakeren finner en aktivitet vedkommende liker å holde på med for å kunne opprettholde aktiviteten etter at resepten er avsluttet. I "Veileder for kommunale frisklivssentraler- Etablering og organisering" (2013) anbefales det at fokus også rettes mot tiden etter at frisklivsresepten er ferdig. Sentralen skal ha oversikt over og kontakt med lokale tilbud i kommunen som for eksempel idrettslag, treningssenter, lærings- og

mestringstilbud, likemannsgrupper eller brukerorganisasjoner, slik at terskelen for å kontakte disse aktørene for videre aktivitet, er lav for deltakeren.

3 Metode

For å svare på problemstillingen ble det i denne studien valgt et kvalitativt forskningsdesign med en fenomenologisk tilnærming (Kvale & Brinkmann, 2009). I henhold til Kvale og Brinkmann (2009) ønsket jeg å forstå sosiale fenomener ut fra informantens perspektiver og beskrive verden slik den oppleves av informanten.

Dybdeintervju ble valgt fordi dette er en datainnsamlingsstrategi som passer til temaer som krever ettertanke og trygghet (Malterud, 2002). Kvale og Brinkmann (2009) påpeker at dybdeintervjuer, også kalt semi-strukturerte livsverdensintervju, anvendes når en ønsker at temaer fra dagliglivet skal forstås ut fra intervjupersonens egne perspektiver. Hensikten i kvalitativ forskning er å få så mye kunnskap om fenomenet som mulig, men ikke at denne kunnskapen nødvendigvis skal kunne generaliseres (Johannessen, Tufte & Christoffersen, 2011).

3.1 Rekruttering

Det var vanskelig å vite på forhånd hvor mange informanter jeg fikk rekruttert, og det er viktig å utheve at det innenfor kvalitativ metode er vanlig at forskeren fortsetter å innhente data helt til det ikke kommer frem noen ny informasjon. Tid og økonomiske ressurser gjorde at det måtte foreligge en avgjørelse vedrørende rekrutteringen, og derfor ble det bestemt at seks informanter var tilstrekkelig for studien (Johannessen et al., 2011).

For å rekruttere informanter ble det benyttet strategisk utvelgelse. Jeg visste hvilken målgruppe det var behov å velge fra, og som best mulig kunne medbringe kunnskap som belyste problemstillingen (Johannessen et al., 2011). Jeg tok først kontakt med to frisklivssentraler i regionen Oslo – og Akershus våren 2013. Denne regionen ble valgt av praktiske hensyn for å minimere kostnader knyttet til reisevei. Jeg henvendte meg først til overnevnte to frisklivssentraler via epost for å fortelle om prosjektet. Begge sentralene ville være med i studien, og et møte ble avtalt ettersom dette var ønskelig. Selve rekrutteringen av informanter startet så fort studien ble tilrådt av Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD) (vedlegg 1). Dette var i november 2013.

Etter veiledning fra NSD ble førstekontakt med informantene opprettet mellom frisklivssentralen og informanten. Dette fordi frisklivssentralen var underlagt taushetsplikt, og kunne dermed ikke gi meg en liste med navn slik at jeg kunne ta kontakt med de. Frisklivssentralene mottok en forespørsel om å kunne innhente data med informasjon om studien (vedlegg 2). Potensielle deltakere fikk informasjonsbrev om studien (vedlegg 3) via frisklivssentralene. Informantene tok så kontakt direkte med meg, eller med sentralen, dersom de ville være med i studien.

Inklusjonskriteriene for denne studien var at informantene helst skulle ha en aldersspredning mellom 30 og 60 år, avsluttet sin siste resept for 9-15 måneder siden og at utvalget skulle bestå av menn og kvinner. Fordi det viste seg utfordrende å rekruttere informanter ble inklusjonskriteriene i noen grad utfordret (en deltager var 67 år, og hadde avsluttet sin andre periode høst 2013).

Det har vært svært utfordrende å rekruttere informanter til studien. Det var nødvendig å kontakte ytterligere fire frisklivssentraler for å kunne møte et tilfredsstillende antall informanter. Kun en av disse fire sentralene kunne stille med informanter. Dette betyr at informanter fra tre forskjellige frisklivssentraler i Oslo og Akershus er med i studien. Lederne ved frisklivssentralen sendte ut brev og SMS til informanter som utfylte inklusjonskriteriene. Det første intervjuet ble gjennomført i desember 2013, og det siste i februar 2014.

3.1.1 Utvalg

Utvalget i denne studien utgjorde i alt seks informanter der tre var menn og tre var kvinner i alderen 40-70 år. Utvalget bestod av både etnisk og ikke etnisk norske personer. Tre av informantene var i full jobb, to var uføre og en jobbet deltid. Fem av informantene hadde avsluttet sin siste resept for mer enn ett år siden. En informant skilte seg ut ved at vedkommende avsluttet sin første resept før sommeren, men deltok på en til etter sommeren 2013 (tabell 1). Tre av informantene meldte at de hadde hatt en resept, men at den overgikk tre måneder som er normalt for en frisklivsresept. Eksempelvis hadde en informant til sammen deltatt i seks måneder, men var av den oppfatning at vedkommende kun hadde hatt en resept.

De helsemessige utfordringene informantene hadde bestod av psykiske plager, overvekt, risiko for diabetes type II, muskel –og skjelett plager, hjertesykdom, høyt blodtrykk og høyt kolesterol.

Tabell 1. Oversikt utvalg

Informant	Alder	Ant. resepter	Tid siden siste resept for:
Kvinne	> 60	1	>1 år
Kvinne	50-60	3	>1 år
Kvinne	< 50	4	>1 år
Mann	50-60	1	> 1 år
Mann	> 60	2	Ca. 3 mnd
Mann	50-60	1	>1 år

3.2 Intervjuenes utforming og gjennomføring

Jeg utarbeidet en intervjuguide i forkant av alle intervjuene (vedlegg 4). Denne intervjuguiden skulle kvalitetssikre at intervjuet inneholdt spørsmål og tema som ville hjelpe til å belyse problemstillingen. Det var viktig at spørsmålene skulle være åpne. Åpne spørsmål skulle gi informanten anledning til å gå i dybden om det de hadde å fortelle (Tjora, 2012).

Intervjuguiden var delt opp i tre deler; demografiske spørsmål, informasjon om reseptperioden og informasjon etter reseptperioden. Jeg strukturerte intervjuguiden slik fordi jeg gjerne ville la personen snakke om sin opplevelse av frisklivsresepten før vi begynte å snakke om tiden etter resepten.

Jeg startet hvert intervju med å stille enkle spørsmål. De enkle spørsmålene omhandlet demografiske spørsmål. Dette var for eksempel ”hvor gammel er du” og ”har du deltatt ved en frisklivssentral i mer enn en periode”. Dette var det to grunner til. For det første var det viktig å begynne med spørsmål som var av den karakter at informanten lett kunne svare og for å kunne skape god relasjon til informanten. Vanskelige eller kompliserte spørsmål i begynnelsen av et intervju kunne føre til at informanten ble skremt, og dernest kunne dette ha påvirket innholdet i intervjuet (Johannessen et al., 2011). Den andre grunnen var at jeg ønsket å forsikre meg om at inklusjonskriteriene hadde blitt fulgt av frisklivssentralene i rekrutteringsprosessen.

Deretter gikk jeg nærmere inn på nøkkelspørsmålene (Johannessen et al., 2011). For å få informasjon om reseptperioden spurte jeg eksempelvis ‘hvilke forventninger hadde du til frisklivssentralen før du startet’ og ‘husker du hvilke mål du satte deg i det motiverende intervjuet’. Dette ble gjort for å friske opp deltakerens hukommelse av hvordan deltagelsen ved frisklivssentralen hadde vært. Det var interessant å snakke om tiden før, for så å gå over til hverdagen *i dag*. I delen om informasjon etter reseptperioden fulgte jeg opp spørsmålene som omhandlet mål og forventninger før reseptperioden med eksempelvis å spørre ‘hvis vi går tilbake til målsetningene i ste, hva tenker du om de nå’ og ‘kan du fortelle litt om eventuelle endringer i livet ditt i perioden etter frisklivssentralen som kan relateres til deltagelsen ved frisklivssentralen’.

Sensitive spørsmål forsøkte jeg å avvente til slutt slik at informanten forhåpentlig hadde blitt trygg vår relasjon. Eksempler på sensitive spørsmål kunne være ‘hva er det som er godt i livet’. Det er likevel viktig å utheve at sensitive temaer dukket opp tidlig i intervjuet, eksempelvis da informanten fortalte om sine forventninger til frisklivsresepten. Dette spørsmålet inviterte informanten til å fortelle om sin bakgrunn for resepten, og omhandlet derfor mer sensitiv informasjon for enkelte informanter enn andre. Det var ikke noen som ga meg tilbakemelding på at de ikke ville snakke om eller svare på noe.

Det ble også benyttet refleksjonsspørsmål som ‘kan du utdype det mer’ og bekreftende spørsmål som ‘forstår jeg deg rett’ der hvor det var behov for dette. Jeg prøvde å være en aktiv lytter ved å eksempelvis si ‘ja, ja’ og ‘mm’ for å indikere at jeg fulgte med, og for å vise respekt for det informanten fortalte. Jeg forsøkte i tillegg å repetere det informanten sa ved for eksempel å si ‘forstår jeg deg rett at...’, og å komme med oppfølgingsspørsmål.

Jeg prøvde etter beste evne å tilpasse spørsmålene etter situasjonen fordi hvert intervju ville ha sine forskjeller på grunn av informantens subjektive opplevelser og erfaringer (Johannessen et al., 2011). Dette var viktig å ta hensyn til fordi det er avgjørende i kvalitative studier at informanten skal relatere svarene til sin egen livssituasjon. Dette følte jeg at jeg lyktes godt med da mange livshistorier ble fortalt i relasjon til tema i alle seks intervjuene. Utfordringen oppsto da informanten ved noen anledninger fortalte lengre historier som ikke nødvendigvis omhandlet tema for min

studie. For å skape en komfortabel kontekst for informanten lot jeg alltid vedkommende fortelle ferdig. Slike historier kunne også bringe med seg interessant informasjon, og gi meg et bredere, klarere og bedre bilde av informantens livsverden. Det var også viktig å unngå at informanten følte et tidspress fra min side. Det var absolutt å foretrekke at intervjuet var en konstruktiv opplevelse for både intervjuer og informant (Kvale & Brinkmann, 2009). Derfor var det viktig for meg at informanten gikk fra intervjuet uten å føle seg avbrutt, men at de hadde fått sagt det de hadde på hjertet. Jeg sørget likevel for å navigere informanten tilbake til temaet når det passet seg slik. Fire intervjuer varte i mer enn en time, og to intervjuer varte i cirka femti minutter.

3.2.1 Konteksten for intervjuene

I og med at deltakerne ved en frisklivssentral kan ha sammensatte utfordringer både fysisk og psykisk var det viktig å skape en trygg kontekst da dette er en viktig ramme for kunnskapsutviklingen (Malterud, 2002). Alle seks intervjuene ble utført på de respektive frisklivssentralene. Dette var noe deltagerne selv foreslo i fem av de seks tilfellene.

Jeg håndhilste på vedkommende når vi møttes, og takket for at de hadde tatt seg tid til å være med i studien min. Dette gjorde jeg for at informanten skulle føle seg verdsatt. Dette var viktig for å kunne skape et klima der informanten følte at det var god kontakt og at de kunne snakke fritt om sine opplevelser og tanker.

Når vi satte oss ned begynte jeg med en briefing. Jeg fortalte litt om meg selv, og bakgrunnen for studien. Jeg hadde med et samtykkebrev med informasjon om studien som alle informantene leste igjennom og skrev under på før vi begynte intervjuet (vedlegg 2). Før jeg slo på diktafonen sa jeg i fra til informanten om at jeg gjorde dette. Det var ingen som uttrykte noe problem ved at intervjuet ble tatt opp.

Hvert intervju ble avsluttet med det Kvale og Brinkmann (2009) kaller for debriefing. Dette omhandlet at jeg spurte informanten om de hadde noen spørsmål til meg vedrørende tema eller noe de ville tilføye om sin endringsprosess. Ingen av informantene hadde noen spørsmål, men alle kom med noen tilføyelser som de følte var viktig. Noen brukte ordene ”for å oppsummere så...”. Dette ga informanten mulighet til å snakke fritt om deres opplevelse. Deretter takket jeg igjen informanten for deltakelsen, og slo av diktafonen. Jeg tok meg alltid tid til å snakke med

informantene etter intervjuet. I fem tilfeller kom det da ikke frem noen ny informasjon, men i ett tilfelle åpnet informanten seg opp og kom med mer detaljert informasjon om sitt liv og sin prosess. Jeg sa da at lydopptakeren var slått av, og at denne informasjonen forble mellom informanten og meg. Vedkommende ga meg da muntlig tillatelse til å bruke denne informasjonen dersom det var viktig for studien. Etter hvert intervju satte jeg meg ned for å notere ned mine umiddelbare tanker om selve intervjuet og hvordan det hadde gått.

3.3 Transkripsjon

Jeg valgte å transkribere alle intervjuene dagen etter at de var utført. Dette gjorde jeg for å bedre huske selve intervjusituasjonen. Jeg ville ikke la det gå lang tid fordi dette kunne medføre at jeg eksempelvis ikke husket informantens kroppsspråk når vedkommende fortalte en historie.

Intervjuene ble transkribert ordrett. Enkelte ganger kunne ord være utydelige på lydopptakeren, og dette er notert i transkripsjonen som *uklar tekst*. Latter, tonefall (:::) og ikke-verbale uttrykk ble også notert i den grad jeg husket, for eksempel armbevegelser. Alle 'mm', 'ikke sant' og 'ja' ble tatt med. I kun to intervjuer er enkelte deler av intervjuene ikke transkribert fordi innholdet gikk helt på siden av tema for studien.

I og med at fire intervjuer varte i mer enn en time, og to intervjuer varte i opp mot en time, innebar dette at transkripsjonen var tidkrevende, og det totale antall sider med råmateriale ble 128 sider. Det ga meg en unik mulighet til å bli bedre kjent med råmateriale, og dermed også påbegynne analysearbeidet (Malterud, 2013). I tillegg ga transkripsjonen meg mulighet til å bli kjent med meg selv i den relativt nye rollen som 'intervjuer'. Hver transkripsjon gjorde meg oppmerksom på hva jeg eventuelt måtte huske på til neste intervju eller spørsmål som skulle tas vekk eller formuleres på en annen måte. Eksempelvis la jeg merke til i det første intervjuet at jeg snakket litt fort, og det var vanskelig for meg selv å høre hva jeg sa. Dette kunne jeg rette opp til neste gang. I tillegg var det også viktig å forsikre at selve lydbåndet var av god kvalitet, og at stemmene kunne høres godt. Jeg oppdaget for eksempel at informantens telefon ikke kunne ligge på bordet sammen med diktafonen under intervjuet da dette medførte skurring på lydbåndet. Dette var det fint å finne ut av med en gang, og ikke når alle intervjuene var over (Malterud, 2013).

3.4 Analyse

Analysearbeidet startet allerede under intervjuene og fortsatte under transkriberingen. For eksempel fortolket jeg allerede under intervjuet hva deltakeren fortalte meg. Jeg prøvde å få tak i meningen med det deltakeren sa ved å stille oppfølgingsspørsmål, og på den måten skjedde det allerede en fortolkning (Kvale & Brinkmann, 2009). Jeg leste også igjennom hvert eneste intervju etter at det var transkribert, og dannet meg så et helhetsinntrykk av intervjuet før datainnsamlingen var ferdig. Dette bidro til at jeg allerede da begynte å tenke på eventuelle mønstre i materialet mitt (Christiansen, Schmidt & Dyhr, 2008).

Da alle intervjuene var utført, og transkripsjonen av disse var ferdig, brukte jeg analysemetoden systematisk tekstkondensering for veiledning om hvordan selve analysen skulle forgå for å få mening ut av materialet. Dette er en metode som er inspirert av Giorgis fenomenologiske analyse, og modifisert av Malterud (2013). Systematisk tekstkondensering består av fire steg; Å få et helhetsinntrykk, å identifisere meningsdannede enheter, å abstrahere innholdet i de enkelte meningsdannede enhetene og å sammenfatte betydningen av dette (Malterud, 2013).

Jeg leste igjennom alle intervjuene en gang til etter at de var transkribert for å danne meg et helhetsinntrykk. Allerede da kvittet jeg meg med deler av teksten som ikke var relevant. Deretter leste jeg igjennom intervjuene enda en gang, men denne gangen skrev jeg temaer i margin for å få bedre oversikt over innholdet. Jeg samlet så de temaene som gikk igjen, og som var relevante for problemstillingen, i en liste med hovedtemaer. Sammen med veileder kom vi frem til forslag til tema og subtema som best kunne belyse problemstillingen. Neste steg var å på nytt lese igjennom alle intervjuene for å identifisere meningsbærende enheter som hadde sammenheng med de foreløpige temaene og subtemaene. Det innebar å ordne og redusere datamaterialet. Jeg systematiserte de meningsbærende enhetene med fargekoder, eksempelvis gul farge til et tema, rosa til et annet. Jeg klypte ut alle de fargekodede meningsenhetene, og limte de inn under temaene de tilhørte. Noen ble kodet flere steder, men dette prøvde jeg konsekvent å være mest mulig presis på. Denne prosessen med å kode, og å hente fram meningsbærende enheter innebærer en dekontekstualisering av materialet, og brokkene av tekst blir dermed tatt ut av sin opprinnelige kontekst. Jeg sørget hele tiden for å ha en utskrevet versjon av intervjuene i sin helhet ved siden av meg da jeg jobbet med å plassere de meningsbærende enhetene under temaer for å

være tro mot dataene mine (Malterud, 2013). Deretter fulgte fasen hvor mening skulle trekkes ut av innholdet i de kodede meningsenhetene. Jeg leste igjennom alle de meningsbærende enhetene på nytt, og fant ut at noen enheter sa noe om det samme, mens andre kunne klippes vekk fordi de ikke var relevante. Enkelte temaer hadde flere kodete meningsenheter enn andre. Det dukket også opp noen nye subtemaer fordi jeg oppdaget at relevante meningsbærende enheter ikke passet innunder de temaene jeg hadde kommet frem til på det tidspunktet. Ut ifra de meningsbærende enhetene jeg nå hadde plassert under hvert sitt tema og subtema, begynte jeg å beskrive det deltakerne faktisk uttrykte, og illustrerte dette med sitater til poengene. Sitatene ble til ved ”å skrelle ned” den meningsbærende enheten slik at det som var mest betydningsfullt kom til syne. Noen sitater ble også redigert som ved repetisjon av ord og gjentakelser ble tatt bort. For eksempel ”eh.. eh..” og ”kanskje littegrann sånn, litt sånn”. Dette for å sørge for at informanten ikke fremstår fordømmende (Malterud, 2013; Christensen et al., 2008). Også i denne prosessen var det meningsbærende enheter som ble klipt bort fordi de illustrerte det samme.

Da jeg var ferdig med å gjøre dette, leste jeg igjennom alle intervjuene på nytt for å sørge for at ”resultatene fortsatt gir en gyldig beskrivelse av den sammenhengen den opprinnelig var hentet fra” (Malterud, 2013, s. 107). Jeg forsøkte å legge merke til om noen informanter fikk større plass enn andre, og om viktige aspekter med relevans for problemstillingen var utelatt. Det er ikke et problem at noen informanter får mer plass enn andre, men det var i følge Malterud (2013) lurt å merke seg i forbindelse med studiens overførbarhet. I tillegg var det viktig å lete etter data som eventuelt ville utfordre de konklusjonene jeg hadde kommet frem til.

Til slutt førte analysen til fire hovedtema, og femten subtema (se tabell 2).

3.5 Etikk

I tråd med Helsinkideklarasjonen uthever Kvale og Brinkmann (2009) tre sentrale etiske retningslinjer for forskere. Disse er blant annet informert samtykke, fortrolighet og konfidensialitet. De gjorde seg gjeldene i denne studien på følgende måte.

Informert samtykke omfatter at deltakerne i denne studien fikk informasjon om prosjektets formål og design i forkant av intervjuet. De fikk dermed mulighet til å gjøre seg kjent med prosjektet, og ta stilling til om vedkommende ønsket å være med eller ikke (Malterud, 2013). Deltakerne ble informert om at deltakelse er frivillig, og

at de kunne trekke seg fra prosjektet når som helst. Denne informasjonen fikk de gjennom en samtykkeerklæring. *Konfidensialitet* innebærer at innhentet data ikke ble delt med andre enn med min veileder ved NMBU, samt at deltakeren var fullstendig anonym i studien. All innhentet data ble slettet etter at prosjektet var avsluttet. Student og veileder var underlagt taushetsplikt. *Konsekvenser* omfatter at forskeren tok hensyn til og tenkte igjennom hva slags konsekvenser studiet kunne ha for dets deltakere. Eksempelvis kunne sensitiv informasjon komme frem i samtalen som kunne medføre at personen trengte oppfølging. Dette måtte forskeren være forberedt på. Det var derfor viktig å avslutte intervjuet på en ordentlig måte, og sørge for å spørre om deltakeren hadde spørsmål eller innvendinger ved intervjuets slutt.

Studien ble tilrådt av personvernombudet for forskning ved Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS (NSD) før innsamlingen av data startet.

4 Resultater

Hovedtemaene som ble funnet for å presentere hvordan deltakerne opplevde og erfarte sin egen livsstilsendingsprosess og livskvalitet ett år etter frisklivsresepten, var 'mestringsforventning og ønske om å gjøre helsefremmende aktivitet', 'lært noe nytt', 'opplevelse av fellesskap og anerkjennelse' samt 'velvære og livskvalitet' (Tabell 2). Under hvert av disse hovedtemaene var det 3-6 subtema som er skissert i tabellen og vil bli nærmere beskrevet i det følgende.

Tabell 2. Oversikt over overordnede tema og subtema som er funnet i studien.

Tema	Subtema
Mestringsforventning og ønske om å gjøre helsefremmende aktivitet	<ul style="list-style-type: none">- Utarbeidelse av konkrete mål- Struktur på hverdagen- Behov for oppfølging- Springbrett til andre aktiviteter- Mestringsforventning- Betydning av andre forhold enn FLS
Lært noe nytt	<ul style="list-style-type: none">- Ny kunnskap eller økt fokus på noe som en kunne i fra før- Den rette aktiviteten- Økonomi- jeg har råd til å trene
Opplevelse av fellesskap og anerkjennelse	<ul style="list-style-type: none">- Opplevelse av anerkjennelse og respekt blant de som jobber på sentralen- Opplevelse av fellesskap med andre der- Deltakelse i andre fellesskap
Velvære og livskvalitet	<ul style="list-style-type: none">- Glede og overskudd- Selvtillit og selvverd- Å kunne fortsette som før

4.1 Mestringsforventning og ønske om å gjøre helsefremmende aktivitet

Utarbeidelse av konkrete mål

Deltakerne fortalte om varierende opplevelser omkring formulering av konkrete mål og motiverende intervju. Noen deltakere uttrykte at de skulle ønske at de ansatte på sentralen hjalp til med å sette mer konkrete mål, og til å “rydde” i forventningene deres. På den måten ville det være lettere å holde fokus i reseptperioden deres.

Det var konkrete ting deltakerne savnet i samtalerne, og det var ingen deltakere som beskrev disse som spesielt dyptgående. Noen fortalte at samtalen omhandlet hva vedkommende pleide å spise, og hva som eventuelt kunne være et alternativ til det. En annen fortalte at samtalen dreide seg om å få informasjon om hva slags aktiviteter som kunne passe vedkommende. Det ble satt opp en vektplan i ett tilfelle. Noen deltakere satte også opp treningsplaner med sin kontaktperson på FLS. Noen deltakere formulerte delmål og syntes dette var til god hjelp, mens andre savnet konkrete delmål å forholde seg til.

En deltaker uttrykte at samtalen handlet om å identifisere hvilke aktiviteter som passet for vedkommende. Deltakeren satte sine egne mål for perioden, og fortalte at mye var opp til han selv:

(...) veldig mye gikk jo ut på at nå måtte jeg lære meg å bli selvstendig, og motivere meg selv ut ifra programmene som var satt opp.

Han syntes det var umotiverende at det ikke ble tatt mål av vekt, livvidde eller kondisjon når resepten startet. Deltakeren fortalte:

Nei, altså, det jeg savnet helt konkret var det jeg trodde jeg skulle få. I begynnelsen så ønsket jeg liksom noe livsmål og noe test for kondisjon. Gå en kilometer og telle puls(...) også avslutte med det samme liksom sånn at jeg så at dette faktisk hadde gjort noe med meg.

En deltaker fortalte om en helsesamtale der hun måtte si hva slags mål hun hadde og hva som føltes riktig for henne. Hennes endringsprosess startet med å sette små mål i samarbeid med de ansatte på FLS. Hun fortalte at hun hadde konkrete ting hun skulle gjøre hver uke. Hun sa at en liten forandring etter hvert gjorde henne klar for større endringer. Hun gjennomførte en test på tredemølle som hun også tok underveis i

resepten, og dette var motiverende i og med at det var spennende å se om hun hadde gått ned. Kvinne (44) fortalte:

(...) Etter noen samtaler og sånn om å komme i gang ble vi enige om at jeg skulle begynne å følge datteren min til bussen på morgenen. Og da ble liksom en sånn liten forandring en ny start med å begynne og bevege seg litt mer i hverdagen.

En annen deltaker fortalte at hans helsesamtale omfattet å formulere sine hovedmål. Det ble ikke satt opp en plan, og han uttrykte at han fikk inntrykk av at han måtte stå for endringene av kosthold selv. Han fikk midlertidig tilbud om kurs som han meldte seg på, og hadde mye utbytte av det. Mann (67) fortalte:

Vi skulle bare forandre kost og det måtte jeg nærmest gjøre selv fikk jeg beskjed om. Men, jeg gjorde ikke det, for hun skaffet det kurset så jeg fikk beskjed om det kurset herifra, ikke sant.

En deltaker visste ikke om hun hadde hatt et slikt motiverende intervju da det ble spurt om hvordan hun synes denne samtalen hadde vært for henne. To deltakere fortalte om en resept som kun bestod av tre samtaler. Først en samtale, deretter en ny etter 6 uker og til slutt en avsluttende samtale etter 12 uker. Deltakerne fikk ikke tilbud om å delta på kurs. De beskrev dette som et savn. De følte likevel at samtalene hadde vært motiverende og at de til dels hadde kommet nærmere sine mål. Mann (59) fortalte:

Det mest positive må jeg si.. kanskje si de samtalene.. at du blir litt mer motivert.. ved at du prater med disse jentene(...)Men så har du ikke gjort så mye ut av det da.. fordi at det tok litt tid mellom hver gang du var der.

Struktur på hverdagen

Det kom frem i intervjuene at noen av deltakerne opplevde at reseptperioden hjalp de til å finne rytme og struktur i hverdagen. En deltaker beskrev at han integrerte trening i sitt faste mønster. Det var viktig for han å ha en struktur. Mann (67) forklarte dette slik:

Treningsopplegget er et påbygg. Det er en del av huset, ikke sant. Det er et påbygg, og det skal være det. Så det er en del av livet.

Alle deltakerne ville også anbefalt tilbudet til andre. En kvinne uttrykte dette med et smil og litt latter: *Ja, helt klart. Det gjør jeg til alle jeg prater med. Så det er ganske mange folk jeg har fått til å ringe friskliv og begynt på det. Kvinne (44)*

Det kom også frem at de deltakerne som deltok på flere resepter var veldig glad for å ha kunnet delta i såpass lang tid, og at dette gjorde de tryggere på å fortsette endringsprosessen selv. Kvinne (44) fortalte: *Jeg følte at det gikk greit i og med at jeg hadde vært så heldig å få lov til å være på FLS så lenge, så vanene mine, de hadde blitt forandra.*

Noen deltakere uttrykte at selve deltakelsen betydde mye for livene deres ved at de lærte å takle sine psykiske utfordringer bedre. De fortalte at de ikke ville forandret atferd og lagt om kosten uten FLS og den informasjonen de fikk gjennom kursene de deltok på. En side ved dette som ble nevnt av flere var viktigheten av å komme seg 'opp og ut'. Mann (54) beskriver dette slik:

(...) jeg er ganske sikker på at ved disse aktivitetene så kanskje det rett og slett har forhindret en innleggelse (...) for jeg vet at hvis det virkelig begynner å butte i mot så holder det ikke bare å stå opp av senga, og flytte seg til sofaen. Målet nå er ikke å flytte seg til sofaen, målet er nå å flytte seg fra sofaen og ut på treningen. Så jeg har flytta målet ett skritt. Og det syns jeg er fantastisk egentlig. Det er et ganske stort skritt det fra sofaen og over til fysisk aktivitet.

At deltakelsen påvirket evnen og lysten til å gjøre helsefremmende aktivitet var det også en annen deltaker som forteller om:

Det (FLS) syns jeg var helt suverent. Ja, jeg får ikke rosa det nok jeg altså(...) Det forandra jo veldig mye for meg. Jeg har slitt psykisk i mange år(...) og treninga har gjort masse for meg i forbindelse med sykdommen. Det har bidratt til at jeg klarer å ha et mye mer positivt liv(...) Hadde jeg ikke kommet meg inn i friskliv, og fått den hjelpen jeg fikk der, så tror jeg ikke jeg hadde vært så langt videre.

Andre deltakere fortalte at det de satte pris på med deltakelsen var at man klarte å legge om kosten til en viss grad, men at det likevel ikke ga de så mye med tanke på at de ikke klarte å gå ned så mye i vekt som de ønsket. Mann (59) fortalte følgende om selve deltakelsen:

Det var greit (...) du fikk fokus på litt ting, men at det ga meg ikke så veldig mye.

En annen deltaker fortalte at det viktigste FLS ga henne var motivasjon til å fortsette treningen videre fordi hun skjønte at det gjorde hennes sterkere til å takle sine helseutfordringer, og ga henne mer overskudd. Kvinne (59) fortalte:

Det var den motivasjonen ikke sant. Motivasjonen til å trene videre. Det har vært det viktigste, absolutt(...) Og å ha sett at det som kan hjelpe meg til et bedre liv(...) Ha overskudd, og kunne klare ting. Og ikke ha så mye vondt.

Behov for oppfølging

Deltakerne fortalte at oppfølging var en svært viktig del av deres endringsprosess på mange måter. Det varierte hva som ble beskrevet som oppfølging. Noen opplevde mer oppfølging under resepten enn andre ved å for eksempel delta på/få informasjon om flere kurs, og de hadde regelmessig kontakt med FLS. Andre fortalte at de kunne ønske seg flere møter/kurs. Felles for de alle var at de gjerne skulle hatt mer oppfølging når reseptperioden var ferdig.

Oppfølging under reseptperioden ble beskrevet av en deltaker som positiv forpliktelse ved at hun avtalte med de ansatte på FLS at hun skulle komme dit på faste dager. På den måten følte hun at hun ble fulgt opp, og det var lettere å komme seg ut på trening på grunn av dette. Hun fortalte:

(...) Jeg avtalte meg til et par av de timene som FLS hadde(...) Da kunne de også følge med på at jeg var der (...) Da følte jeg jo en forpliktelse, for jeg er jo liksom sånn når jeg først har gjort en avtale, da holder jeg det.

Denne positive forpliktelsen var det flere deltakere som uttrykte. Det at de skulle tilbake til FLS gjorde at de måtte stå til rette for det de hadde gjort på egenhånd hjemme i forbindelse med sin atferd. De måtte fortelle hva de hadde gjort. Samtidig uttrykte deltakerne at det var motiverende å møte til samtaler på FLS, men at dette forsvant fordi det gikk så lang tid mellom hver gang.

En annen deltaker fortalte at hun ikke opplevde at noe særlig hadde endret seg etter reseptperioden, og at tilbudet kanskje ikke var det rette for henne. Hun sa at hun hadde deltatt på andre kurs (ikke gjennom FLS) tidligere der faste møter hver uke var en del av opplegget, og hun likte dette mye bedre. Hun uthevet at det ble for lenge å

vente 6 uker på nytt møte på FLS, og i tillegg ble det for lite med kun 3 møter. Kvinne (64) forteller:

Altså hvis det skulle være noe sånn helt effektivt så syns jeg det kunne ha vært hver 14 dag for eksempel, for da hadde det vært lettere også holde seg til en diett (...) For at du kan vise til resultat, at du har gått ned (...) Så det hadde vært bedre enn 6 uker. For da tenker jeg sånn som jeg sa i sta.. 'jeg har jo 6 uker'(...) Det var sånn jeg tenkte, kan utsette det litt til da også kan jeg kose meg litt i helga.

En deltaker uttrykte at han opplevde at noen kurs var flinkere til å følge han opp enn andre. Han fortalte blant annet om et kurs som var flinke til å gi hjemmeoppgaver, og dette førte til at det var lettere å komme igjen neste gang. Han fortalte også at noen aktiviteter ikke gjorde dette, og at dette var et savn. En annen deltaker fortalte at han var strålende fornøyd med at FLS sendte ut informasjon til han via epost om kurs som kunne passe for han. Dette deltok han på 6 ganger, og han fortalte at han opplevde å bli fulgt opp fra dag en gjennom kurstilbud og varierte opplegg. Mann (67) uttrykker:

De har ikke bare tatt imot et papir (ref. henvisning)(...) De har tenkt på hva jeg er egnet til. Uten at jeg spurte dem, sendte de tilbud.

En annen deltaker beskrev at FLS gjorde at hun kom inn i et fast treningsopplegg to ganger i uken. Hun følte at hun var litt tvunget til å gå på trening, og at det var dette hun trengte for å bli motivert. Kvinne (59) sa:

(...)To ganger i uka var liksom veldig fint for meg å ha et opplegg (...) for jeg er kanskje litt sånn.. det å trene er ikke så morsomt som veldig mange andre syns, så når jeg hadde en avtale så syns jeg det var veldig greit.

Deltakerne uttrykte at oppfølgingen etter reseptperioden var noe de savnet. De fortalte om at de ville ha mer kontakt etter at resepten var ferdig. En deltaker ønsket at FLS kunne være synlig ved at de for eksempel tok kontakt med deltakeren 6 måneder etter resepten for å høre hvordan det gikk. Dette har med å gjøre at det var motiverende å måtte stå til rette, og at noen fulgte med i prosessen deres. Hun sa samtidig at FLS kunne dratt nytte av dette ved å vite litt mer om hvordan det faktisk gikk med de som deltok.

Noen deltakere beskrev at det oppsto et vakuum når kurset var ferdig og at resepten var for kort. Mann (54) fortalte:

Alle var veldig entusiastiske, og vi rapporterte. Alle hadde vært så flinke fra uke til uke. Og med en gang det var slutt; Hva gjør vi nå? Det vakuemet. 'Vi vil gjerne ha en oppfølging' var liksom en sånn gjenganger der.

Samme deltaker uttrykte også at: *frisklivsresepten er jo egentlig en ganske kort resept. Også vær så god, gå videre selv.*

En deltaker fortalte at han fortsatt ble fulgt opp av andre i helsetjenesten i kommunen, og at han syntes dette var veldig nyttig. Han fortalte at han fikk et ekstra push til å fortsette:

Nå er det jo slik på grunn av at jeg er i (en helsetjeneste) så er det litt push på meg der for å fortsette med fysisk aktivitet. Så jeg har en slags oppfølging som kanskje andre ikke har. Så de har nå en fysioterapeut der nede. Og det syns jeg er veldig bra. For da skal hun hjelpe å finne aktiviteter.

Springbrett til andre aktiviteter

Noen deltakere snakket også om hvordan FLS introduserte de for andre tilbud som for eksempel treningssentre, slik at fysisk aktivitet kunne opprettholdes. Noen deltakere opplevde imidlertid ikke dette. Noen tok med seg de øvelsene de lærte på FLS videre etter resepten samtidig som de fortsatte å lære noe nytt.

Mann (67) fortalte: *(...) så jeg bare vet hva jeg skal gjøre. Jeg har mitt opplegg som jeg delvis finner på selv, og delvis med en som er der nede (treningssenter). Prater med han (treningsinstruktør), og han går igjennom de forskjellige ting.*

Samme person uthev viktigheten av at flere også fortsatte på samme treningssenter, og at dette ga glede:

(...) Det er et pluss at du kan treffe folk du kjenner.. det er alltid et pluss ikke sant. Det er noe å smile til. Du smiler når du treffer folk, og når du smiler så løser det noen hormoner som gjør at du blir litt glad ikke sant.

En deltaker uthev hvordan FLS introduserte henne for treningssenteret hun fortsatte å trene på. Kvinne (44) fortalte:

Jeg begynte å trene der på grunn av at det var et av tilbudene gjennom friskliv.

Mestringsforventning

Noen deltakere uttrykte at de innehadde en tro på at de hadde de verktøyene som skulle til for å endre atferd. De hadde også alle tro på at de selv spilte en aktiv rolle i sin livsstilsendringsprosess. De fortalte at de lagde egne opplegg for trening og kosthold som de fortsatte å følge. Noen sa de alltid har visst om dette, men at FLS hjalp de med å sette mål som gjorde at de klarte å følge oppleggene sine. Andre opplevde som tidligere nevnt at FLS ikke var så delaktige i dette. En deltaker fortalte om hvordan han endret sitt forhold til å spise normale porsjoner, og at det førte til at han lettere tenkte langsiktig:

*(...) nå tenker du **før** (...) Nå er tankene litt endret, nå vet du det før du putter det i deg.*

En deltaker ga uttrykk for at hans tro på å fortsette sitt opplegg var styrket fordi han klarte å bli kvitt diabetes type II som følge av at han la om kostholdet og begynte å trene. Dette gjorde at han opplevde at han ville mestre tiden fremover også. Mann (67) fortalte:

Det er bare å fortsette. Så det, målet mitt er bare å leve sunt. Så trene litt mer, også gå mye, også ha det godt.

En annen deltaker påpekte at han fortsatt ønsket å gå ned ytterligere i vekt. Han fortalte at han motiverte seg selv med å minne seg selv på at han klarte å gå ned mye før, og at det bare var å fortsette. Det at han så resultater tidligere gjorde at han var positiv til veien videre. En annen deltaker fortalte at hun kjente på en bedre mestringsfølelse, og at hun var trygg på at hun skulle klare å vedlikeholde endringen. Kvinne (44) fortalte:

(...) Jeg opplever at det går rette veien (...) jeg får positive tilbakemeldinger på både jobb og med trening, og det bidrar til at jeg føler at jeg mestrer, og at dette klarer jeg.

Betydning av andre forhold enn FLS

Det ble også uttrykt fra deltakere at motivasjon for endring selvsagt ikke bare kom an på FLS, men også for eksempel familieforhold og jobb. En deltaker fortalte om at han hentet motivasjon hos sin ektefelle ved at de var sammen om endringene. Andre

deltakere fortalte at det var motiverende å kunne være i aktivitet med barna sine, og at dette ga de overskudd. En deltaker opplevde at ektefellen holdt vedkommende tilbake fordi han likte å sitte mye stille, og ikke bidro hjemme. Dette fortalte deltakeren at var vanskelig, og hun skulle ønske det var annerledes. Kvinne (64) fortalte:

...han tror han kan gå ned ved å ikke spise (...) Også ikke mosjonere, det er farlig (...) Jeg synes det er veldig vanskelig for jeg får ikke gjort det jeg skal eller har lyst til da.

Deltakerne fortalte at jobb og arbeidsplass var av betydning på mange måter. Det ble fortalt om uregelmessige arbeidstider som for eksempel gjorde at de kom ut av rutine, men at de jobbet med å få til en balanse. Mann (59) fortalte:

(...) Nå er jeg ferdig med overtid (...) Da kan jeg spise litt mer normalt. Da kan jeg spise hjemme.

Noen deltakere fortalte at det å ha en jobb i seg selv hadde betydning for prosessen videre. Det bidro til at de kunne komme seg opp og ut. En annen deltaker fortalte at hun var i gang med trening på jobben med kollegaer. Hun uttrykte også at arbeidsplassen var et sted hun trivdes veldig godt, men den gjorde også at hun ikke fikk trent slik hun ønsket i perioder fordi det ble for mye. Deltakeren fortalte om sin motivasjon rundt trening når hun var tilbake i full jobb:

(...) hadde funnet ut at det her med trening var veldig god hjelp, ikke sant. Og så lenge jeg jobba 60% så hadde jeg liksom overskudd og tid. (...) Det var lettere å motivere seg til trening da enn det var den dagen jeg begynte på 100% stilling og ikke hadde tid på dagene lenger.

En annen deltaker beskrev at treningen ville bety mye for hans rytme i hverdagen når han skulle bli pensjonist. Han var ikke redd for å kjede seg eller å ikke ha noe å finne på fordi han var så godt i gang med opplegget sitt. Han fortalte:

... Å bli pensjonist har vært litt sånn 'hva kommer du til å gjøre, ikke sant' (...) Men, nå har jeg trening (...) jeg har laget en ny ting. Ny del av livet.

4.2 Lært noe nytt

Ny kunnskap eller økt fokus på noe som en kunne i fra før

Alle deltakerne fortalte at de lærte noe nytt gjennom resepten, som de tok med seg videre. De fortalte om oppskrifter de fulgte, og hvordan de gjorde ting før kontra nå. Noen uthev imidlertid at det nødvendigvis ikke var ny kunnskap, og at de hadde lært det samme andre steder. Å lære noe nytt omfattet for noen å få ny kunnskap om for eksempel kosthold eller treningsformer. Noen deltakere snakket om at de ble mye tryggere på at det de gjorde hjemme var riktig, men at de kunne finne noen alternativer til forskjellige produkter for å bli sunnere. For andre innebar det å få mer fokus på og påminnelser om det man egentlig visste ifra før.

Mann (54) fortalte: *Der og da ble jeg mye flinkere til å se alternativer, for jeg er ikke noe glad i frukt. Og alternativ til å prøve å få de fem om dagen, det var jeg veldig flink til veldig lenge. Og fortsatt så henger det med en ting. Den der sjokoladen til ungene som jeg har klart å fjerne med smoothies(...) Det hadde jeg aldri tenkt på at var en måte å få i seg frukt når jeg ikke liker frukt.*

Kvinne (44) fortalte om hvordan hun lærte noe nytt:

(...) Jeg fikk litt sånn påminnelser vil jeg si på ting man allerede visste fra før av, og noe nytt. Så det har jo bidratt til at jeg er litt mer fokusert på at jeg skal spise de riktige tingene i henhold til at maten skal gi meg energi og vitaminer, ting jeg trenger for at kroppen min skal fungere best mulig.

En deltaker uttrykte at han fikk ny kunnskap som hjalp han med å finne en mat-rutine som funket for han, og at dette gjorde det lettere å fortsette endringen. Han fortalte:

Jeg har alltid fått beskjed om at du ikke skal spise etter en viss tid. På det kurset fikk vi beskjed om at hvis du er litt sulten om kvelden da skal du ta en brødkive uansett hvilken tid det er, ikke sant. Og det hjelper veldig mye det.

Noen deltakere uttrykte at FLS ikke ga ny kunnskap i høy grad, men at det positive med kurset var at de ble mer fokusert på sunne alternativer. Mann (59) fortalte:

Jeg synes ikke det ga meg noe sånn for det visste jeg allerede. Hvis jeg skal si noe positivt ved det så var det kanskje det at jeg greide å fokusere mer på det(...) Du veit jo at du kan gå ned ved å endre ostetypen til light-ost istedenfor den vanlige på 18%.

Du veit jo at du kan kutte smør på brødskiva.. Det blir litt mer fokus på det, men det ga ikke så mye informasjon egentlig.. syns jeg.

Den rette aktiviteten

Flere deltakere fortalte om sin opplevelse av at FLS introduserte de for forskjellige treningsformer, og medførte at de fikk muligheten til å finne ut av de aktivitetene de likte og ikke likte. De uttrykte at dette handlet om å finne en aktivitet som ga mening, og som var gøy og engasjerende. Ikke minst var det viktig for noen å forstå at den rette aktiviteten faktisk medførte gode resultater. En aktivitet man kunne fortsette med etter at resepten var ferdig. Kvinne (44) fortalte:

Da hadde jeg liksom kommet frem til de tingene som jeg syns var moro, som jeg gleda meg til å dra på og hadde lyst til å dra på.

En mann uttrykte at han fikk god hjelp til å finne de riktige aktivitetene som passet til han på FLS, og at dette virket motiverende på han:

(...) Jeg begynte med dette for å prøve å lære meg å trene, eller komme i gang, og det har jeg gjort.

Det er også flere som beskrev hvordan det var viktig å komme i gang med fysisk aktivitet på FLS, og at de faktisk selv fikk oppdage at treningen medførte bedre humør og overskudd samt hjalp dem med fysiske helseplager. Kvinne (44) fortalte:

(...) Nå så er det liksom sånn når jeg har gått en halvtime, da er det åh nå begynner jeg å komme i gang, nå begynner det å bli skikkelig deilig, nå kan jeg gå lenger liksom.

En deltaker fortalte om at den største opplevelsen for henne var at den type trening FLS satte henne i gang med gjorde henne sterkere, og dermed ble det lettere for henne å fortsette videre på egen hånd. Hun sa:

Også ga det meg jo et absolutt tegn på det at hvis jeg trener så har jeg det bedre. Så det var vel kanskje den største aha opplevelsen.

Økonomi – jeg har råd til å trene

Gjennom FLS opplevde også flere av deltakerne å få mer informasjon om aktiviteter som de faktisk hadde råd til. En deltaker uthev at det var fint å finne et alternativ til de

dyrere treningskjedene. En annen fortalte at han ikke hadde råd til å trene før, og at FLS gjorde det mulig for han å fortsette med aktivitet. Deltakeren fortalte:

(...) Sånn sett så fant jeg en aktivitet som jeg hadde råd til å fortsette med. Fordi når jeg startet her så hadde jeg veldig dårlig økonomi. Og faktisk økonomi er et insentiv med det her. Og økonomi kan faktisk bremse og bråstoppe aktivitet etterpå fordi det er ikke alle som har råd til å gå på helsestudio. Mann 54

Det ble også uttrykt at det var nyttig økonomisk at de kunne prøve aktiviteter gjennom FLS. En deltaker fortalte at det på den måten var lettere å være trygg på at hun ikke sløste bort penger på noe som ikke fungerte:

(...) Jeg hadde ikke så god råd heller, så da var det jo veldig fint at jeg kunne få lov til å prøve ting utenom at det kosta meg noe.

4.3 Opplevelse av fellesskap og anerkjennelse

Opplevelse av anerkjennelse og respekt blant de som jobber på sentralen

Alle deltakerne opplevde at de ansatte på FLS var imøtekommende og hyggelige. Det kom også frem at deres kompetanse og kvalifikasjoner skapte trygghet hos deltakerne. Kvinne (59) fortalte:

Jeg har fått veldig god hjelp og de har tilrettelagt for meg. Jeg har kunnet spørre hvis det har vært noe jeg har lurt på.

Samme person sa også: *også syns jeg det var trygt å trene med fysioterapeuter(...)som liksom hadde kjennskap til skaden min og sånn ting.*

En deltaker uthevdde at han opplevde at de ansatte kunne være for snille. Han fortalte om en fastlege som satte litt mer krav til han, og dette fikk han til å handle. Han uttrykte derfor at han skulle ønske at FLS var litt mer konsekvente slik som fastlegen. Han fortalte at han var ganske mye eldre enn de ansatte, og at dette kanskje gjorde det litt mer utfordrende å være streng med han. Deltakeren sa:

(...) Hvis man da er litt mer konsekvent i det man spør om ikke sant. 'Nå har du ikke gått ned noe, nå har du gjort noe feil der, og hvorfor'. Det har vel kanskje litt med intervjueren å gjøre igjen da (...) Hvis du er litt forsiktig, og du er kanskje litt redd for å snakke med den gubben der som er dobbelt så gammel som deg liksom.

Deltakerne fortalte at FLS var et sted som ga en følelse av å bli møtt med anerkjennelse og respekt. For noen deltakere gjorde sentralen at de følte at de dugde til noe, og det var viktig for deltakerne å få lov til å ha noe å holde på med i hverdagen. En deltaker uttrykte dette spesielt godt:

Altså når du er der jeg har vært så er det sånn at for å få et menneskeverd så jobber du veldig hardt for å prøve i hvert fall å få en anerkjennelse i samfunnet..(..) For å da lede det tilbake til friskliv. Kanskje det er en slags anerkjennelse at du duger til noe. (...) At den biten må man ikke glemme.. og det er kanskje ikke så mange som vil bruke de ordene rundt det. Men.. at det faktisk det å ha noe å gå til.. Som ikke er en jobb, likevel gir deg en anerkjennelse for da har du noe å snakke med naboene om. Jeg trener.

Opplevelse av fellesskap med andre der

Fellesskapet med andre på FLS syntes å være viktig på mange måter. De som deltok i gruppeaktiviteter beskrev hvordan det var motiverende å trene i grupper, og at dette var til stor støtte og glede i endringsprosessen. Deltakerne uttrykte at det å være i gruppe betydde at en konkurrerte, men at dette var en positiv konkurranse med oppbakking av hverandre. Selv om alle ikke nødvendigvis ble kjent med noen gjennom disse gruppene var de en viktig faktor for å komme seg opp og ut.

Mann (54) fortalte:

Jeg synes det er veldig.. altså positivt.. det er fantastisk flott også kunne trene sammen med andre. Det gir motivasjon(...)Og at det også kanskje er med på å dra deg dit til neste gang(...)

Samtidig så skulle noen ønske at de ble bedre kjent med andre deltakere på sentralen som kanskje kunne ha fungert som en treningskamerat i tiden etter resepten. Kvinne (59) fortalte:

Jeg tenker at det kunne jo vært en motivasjon ikke sant.. til videre trening(...) Bare det at man kan pushe hverandre litt kan være litt motiverende. At du har noen som ringer til deg og sier at du i dag, i dag er det så fint vær, skal vi ta sykkelen også.. men, det ble ikke sånn.

En annen deltaker beskrev hvordan hun også kunne tenke seg videre kontakt etter perioden:

(...) jeg synes det kanskje hadde vært lurt med.. hvis det er flere som går. I hvert fall at vi kunne møtes, kanskje ikke hjemme hos hverandre, men kanskje gå på en kafe og ta et smørbrød eller, sitte å prate liksom om forskjellige ting da (...) 'Hva mitt behov er og hennes behov er og'. Det synes jeg hadde vært veldig alright. For da tror jeg det hadde gått mye bedre. Både med vekta og. For da blei det litt mer sånn konkurranse.

Noen av deltakerne opplevde i midlertidig ikke fellesskap i det hele tatt, mens andre ble introdusert for og tok del i gruppeaktiviteter. De som ikke tok del i gruppeaktivitet fortalte at de ikke ble fortalt om at slike grupper eksisterte eller at det var et tilbud. Tre av deltakerne fortalte at de ikke ble kjent med noen foruten om de som jobbet ved sentralen. De uthev hvordan det kunne vært gunstig med slike grupper, og hvordan deres livsstilsendingsprosess kanskje hadde sett annerledes ut da. Mann (59) fortalte:

Nei, ingen kontakt. Kun jeg og de representantene fra (navn) kommune (...) Visste ikke hvem som var med, visste ikke hvordan det gikk med dem. Det hadde kanskje vært en fordel, for da får du liksom litt sånn konkurranseinstinkt og.. 'han gikk ned fem kilo, da kan du gå ned fem kilo'.

Kvinne (64) fortalte hvordan hun syntes det var vanskelig å være alene i sin prosess om å gå ned i vekt, og at dersom hun skulle delta på noe lignende igjen ville hun valgt noe annet fordi hun savnet å være i en gruppe:

Jeg var alene for det var jo bare meg og henne jeg var hos(...) så da er det ikke så enkelt. Mye enklere når du går på et kurs med flere. For da liksom hvis du stadig kommer dit og ikke har gått ned noe så er jo det flaut, ikke sant.

Konkurransen med de andre i gruppa var gjerne det deltakerne som deltok på grupper formulerte som positiv forpliktelse. Dette var spesielt konstruktivt for de som opplevde det. Kvinne (44) fortalte:

Men absolutt det er jo veldig hyggelig å kunne ha det litt sosialt og sånne ting og, når man trener. Og det der at man pusher hverandre litt, og ser man en i gruppa som er i litt bedre form så pusher man seg sjøl, for man har lyst til å bli like flink eller gå like fort som henne.

Deltakelse i andre felleskap som følge av FLS- nye muligheter

Noen av deltakerne beskrev hvordan FLS fungerte som en døråpner til andre felleskap etter reseptperioden, og at dette var en viktig faktor for de videre i endringsprosessen. Noen deltakere fortalte om hvordan de fikk muligheter, som for eksempel praksisplass på en arbeidsplass, gjennom FLS. De uttrykte at de ikke ville ha fått de samme mulighetene uten FLS, og at dette var enormt betydningsfullt for de.

Mann (54) fortalte følgende om sin nye rolle på en arbeidsplass: (...) *Jeg velger å tro.. hadde det ikke vært for friskliv så hadde jeg jo ikke vært der (på jobben) for da hadde jeg ikke blitt synlig.*

Kvinne (44) beskrev hvordan FLS bidro til at hun etablerte et større nettverk som igjen gjorde at det åpnet seg dører i hennes liv. Hun fikk to praksisplasser, og uttrykte hva FLS ga henne:

(...) *Jeg synes det har bidratt til veldig mye. Det er jo det som har bidratt til at jeg har kommet meg ut i jobb og at jeg da har fått et nettverk der, og at det plutselig skjedde mye mer i livet mitt igjen.*

4.4 Velvære og livskvalitet

Glede og overskudd

Noen deltakere uttrykte at hverdagen deres inneholdt mer glede og overskudd nå enn før reseptperioden. Dette omfattet blant annet at de opplevde at de kunne drive med flere aktiviteter eller fortsette med det de likte å gjøre før, men som ble forhindret på grunn av helseutfordringer. Kvinne (44) sa:

Nå synes jeg det er gøy å komme meg ut, og bevege meg og delta i aktiviteter med ungene. Før så ville jeg helst bare ligge på sofaen å sløve mest mulig.

Noen fortalte at treningen betydde at de fikk mer overskudd til å fungere på jobben, og at en hverdag uten trening innebar smerte og slit. Kvinne (59) forklarte:

(...) *jeg merker det at når jeg kommer (på jobb) så hadde jeg overskudd, men det har jeg ikke når jeg ikke trener for å si det sånn (...) Jeg føler meg veldig tung, og det er veldig smertefullt altså både i hofte og nedover beina og i det hele tatt.*

For noen betydde det også et mer positivt fremtidssyn. De snakket om at både psykisk og fysisk overskudd i hverdagen var viktig for å ha det godt. Kvinne (44) sa:

Jeg har det mye bedre med meg selv, jeg er mye gladere, og lever et bedre liv. Så for min del så har det vært veldig positivt, det var en stor endring i livet mitt, som skjedde sakte men sikkert i mer og mer positiv retning.

En annen deltaker fortalte:

(...) Jeg ble jo sprek egentlig. Jeg ble mye gladere av å gå liksom og.. ikke minst det at foten fungerte veldig bra etter treningen. Så det hjalp veldig.

Noen deltakere beskrev en hverdag som fortsatt var vanskelig både psykisk og fysisk. En deltaker uthevdde at det var praksisplassen han fikk etter FLS som ga han mest glede. Han beskrev at det føltes godt at det var noen som savnet og ventet på han i den jobben. Å fortsette i den jobben var et viktig mål også i fremtiden. Hans sykdom gjorde at han fortsatt ble satt tilbake noen dager, og at det var vanskelig å komme seg ut. Han fortalte at han gjerne skulle ha deltatt på flere timer på FLS fordi han så at det ga veldig mange, mye energi. Med en fleipete tone sa han:

Det ser jeg vel egentlig at veldig mange av de som har gått inn i friskliv.. noen av de henger igjen etterpå. Og de har fått mye mer energi, altså det er det jeg observerer. Tror ikke du får de ut av systemet (...) Fordi det gir så mye.

Det kom frem hos en annen deltaker at sykdom satte henne veldig tilbake den siste tiden, og at hverdagen bestod av mye stress. Hun hadde overskudd til å begynne på et nytt kurs som kunne hjelpe henne med å gå ned i vekt, og komme i gang igjen med fysisk aktivitet. Sykdom holdt henne i midlertidig tilbake. Hun fortalte:

Nå er det egentlig negativt. Det er det. Til jeg får kommet meg opp igjen.

Selvtillit og selvverd

En deltaker beskrev hvordan hverdagen, uka og livet hans var dominert av å finne noe som kunne gi han verdi. Han forklarte at han styrket sitt selvverd gjennom FLS, blant annet på grunn av praksisplassen han fikk. En annen deltaker fortalte om en tidligere hverdag som var full av negative tanker. Deltakeren uttrykte at FLS bidro til å gi henne mer selvtillit og selvverd på mange måter. Det ga henne selvtillit ved at hun greide å endre vanene sine. Hun hadde også god samvittighet når hun slappet av nå

fordi trening var en del av hverdagen. Hun fortalte om en hverdag hvor hun var langt nede før, og ikke følte at hun hadde en verdi. Hun sa:

Masse negative tanker. Angst og deprimert. Følte at jeg ikke var bra nok.. konstant dårlig samvittighet (...) Jeg føler at det har jeg kommet veldig langt med.

Hun beskrev hvordan ting ble bedre, og at hun forsøkte å lytte til de positive tankene: *det er mye enklere å jobbe med det når man føler seg bra på grunn av at man har vært på en treningsøkt eller vært ute og gått en tur, vært en tur på jobb og vært litt sosial. Føler at en har mestret noe der og bidratt til noe godt. Da er det lettere å finne de positive gode tankene.*

Den samme deltakeren uttrykte også at praksisplassen hun fikk som følge av FLS ga henne bedre selvfølelse, og et større nettverk. Hun fortalte at dette var veldig viktig fordi hun nå følte at ting skjedde i livet hennes igjen. Hun mestret noe. Hun fortalte:

(...) noe å gå til. Noe å drive med. Føle at en gjør noe, ikke sant. Man blir jo glad av å være i aktivitet og være sosial og føle at en bidrar.

En deltaker fortalte at det for han var viktig å ha positive tanker, og at han prøvde å tenke lyst på ting. Det gjorde at han fikk det bedre med seg selv. Flere av deltakerne uthev også at de fikk et bedre selvbilde og et annet forhold til kroppen sin i og med at klærne satt bedre, og at en fikk tilbakemelding fra andre om at en var flink. Disse tilbakemeldingene både fra jobben og venner ble uthevet som svært viktige fra deltakerne. Mann (59) fortalte:

Selvbilde er jo bedre. Det at du får kommentarer på jobb er jo bedre.

En deltaker påpekte at treningen for henne omfattet at hun endret fokus fra å ville gå ned i vekt, til å ikke være så opptatt av dette lenger. Nå betydde det mer å bevege på seg slik at man som resultat av dette var mer fornøyd med seg selv.

Å kunne leve med de plagene man har

Alle deltakerne uttrykte at helse for de var å kunne fortsette som før. Å kunne mestre de gjøremålene som hverdagen bestod av. En deltaker påpekte at han var redd for helsa si fordi han fortsatt gikk på medisiner. Noen deltakere fortalte at helse omfattet å ikke ha så vondt, mens andre sa at de lærte seg å leve med de plagene de hadde. To kvinner sa følgende:

Jeg tror faktisk at det er sann at man lærer seg å leve med noen smerter, og ikke på en måte bry seg. Kvinne (59)

Helse for meg er å være helt frisk, men det kommer jeg jo aldri til å bli(...) Men jeg er ikke av den typen som gir meg over så lett. Jeg kan godt ha litt vondt å smile allikevel liksom, og bli med på forskjellige ting. Så det.. jeg gir meg ikke over. Jeg gjør ikke det altså. Kvinne (64)

5 Diskusjon

Resultatene i denne studien viste at deltakelse ved FLS kan ha hatt betydning for livsstilsendring og livskvalitet blant deltakerne. I det følgende vil resultatene i studien bli diskutert etter temaene: formulering av konkrete mål, struktur og rytme, ny kunnskap, opparbeidelse av sosial tilknytning og nettverk og styrket personlige psykologiske ressurser.

5.1. Mestringsforventning og ønske om å gjøre helsefremmende aktivitet

5.1.1 Betydningen av motiverende intervju og formulering av mål

Det første møtet med sentralen syntes å ha betydning for den videre livsstilsendringsprosessen. Resultatene fortalte at deltakerne hadde forskjellige opplevelser av det motiverende intervjuet som hver reseptperiode, etter anbefaling fra Helsedirektoratet (2013), skal starte med.

På den ene siden beskrev deltakere som opplevde motiverende intervju, hvordan samtalen hjalp de til å finne passende aktiviteter, og noen fikk også hjelp til å sette mål for perioden. Viktigheten av at de ansatte bidro med å formulere mål for reseptperioden kom spesielt godt frem gjennom en deltaker som fortalte om at hun sammen med sin kontaktperson på FLS formulerte et delmål om å følge datteren sin til bussen hver morgen, og dette ble fremhevet som et vendepunkt for vedkommende. En liten målsetning som denne gjorde at hun kom i gang. Det å formulere delmål synes å ha betydning i en endringsprosess slik Prescott og Børtveit (2012) beskriver at “et godt formulert mål virker motiverende og styrker troen på egen mestringsevne” (s. 76). Det fremheves også i Lillefjell og Oldervoll (2011) sin kunnskapsoversikt at det må “... gis rom for bevisstgjøring rundt små og kortvarige effekter, som en motivasjon mot varig endring” i forbindelse med etablering av nye FLS (s. 23). I studien til Lislevatn og Bratland-Sanda (2012) svarte deltakerne også at hjelp til å sette mål var viktig for dem. At deltakerne er godt fornøyd med denne samtalen kommer også frem i tidligere studier (Lislevatn & Bratland-Sanda, 2012).

I denne studien forteller noen deltagerne at de ikke kan huske å ha hatt, eller er usikre på om de har hatt, et slikt motiverende intervju. I henhold til Helsedirektoratet (2013) skal denne samtalen legge grunnlaget for resten av reseptperioden, og det er uheldig at for eksempel en deltaker ikke vet om vedkommende har hatt en slik samtale. En av

deltakerne forteller også om at vedkommende skulle ønske at sentralen ryddet litt mer i forventningene hans, og at det ble stilt lite forventninger i reseptperioden. Dette gjaldt i midlertid ikke alle. Det kan hevdes at dette er fordi at hensikten med motiverende intervju er nettopp at personen selv skal sette ord på sin motivasjon for endring, og sette sine mål for endringsprosessen (Lerdal & Celius, 2011). Det er kun en deltaker som kan vise til det Lerdal og Celius (2011) beskriver at trening på resept skal innebære; motiverende intervju 1, kondisjonstest ved start og slutt av resept, trening i gruppe 2 ganger per uke i 12 uker, informasjon om et tema tilknyttet livsstilsendring og trening og motiverende intervju 2.

5.1.2 Struktur på hverdagen og behov for oppfølging

Noen av deltakerne uttrykte også at resepten var en positiv forpliktelse, som gjorde at de kom seg 'opp og ut'. En deltaker fortalte for eksempel at vedkommende var glad for at hun fikk et tilbud som passet for henne, og som gjorde at hun fikk den hjelpen hun trengte for å endre seg. Hun beskrev at hun ga alt fra dag en for å få mest mulig ut av oppholdet. En annen deltaker fortalte at vedkommende trengte å komme i gang med trening, og det lyktes han med gjennom FLS. Dette kan forstås og ses i sammenheng med endringsfasene i modellen Stages of Change (Prochaska et al., 1992). Det kan hevdes at de fleste av deltakerne befant seg på forberedelsesstadiet fordi de opplevde at det innebar en forpliktende beslutning å ta del i en frisklivsresept, og at de trengte denne instansen for å komme i gang med endring.

I resultatene kom det også frem at FLS bidro til å skape rytme og struktur i hverdagen som hjalp deltakeren videre i endringsprosessen. Flere av deltakerne fortsatte å vedlikeholde faste kostholds -og aktivitetsmønstre. De som hadde flere enn en resept påpekte at det var spesielt nyttig å delta i lang tid fordi de ikke følte seg klare til å fortsette på egen hånd etter kun en reseptperiode. Noen deltakere fortalte også om hvordan reseptperioden bidro til at deres psykiske velvære ble bedre, og at de nå klarte å fokusere på positive aspekter ved å ha endret seg. En deltaker fortalte at deltakelsen kan ha forhindret en innleggelse på grunn av at han klarte å etablere nye rutiner. Det kan forstås at disse deltakerne jobbet seg igjennom handlingsstadiet, som i følge Lerdal og Celius (2011) omfatter at personen har fortsatt med aktivitet i inntil seks måneder. Det kan videre forstås at deltakerne nå befinner seg i vedlikeholdsfasen som representerer cirka seks måneder eller mer med endret atferd (Lerdal & Celius, 2011). Denne fasen kjennetegnes ved at personen er kommet inn i en god sirkel der

vedkommende ikke behøver å kjempe så mye for å håndtere fristelser, men kjenner på mestring ved å greie å stå imot. Prescott og Børtveit (2012) hevder at det er viktig at personen har fokus på det som er godt med endringen, samtidig som en husker på det som var negativt ved den gamle atferden. For eksempel ser vi hvordan deltakerne snakker om hvordan det er godt å komme seg ut på trening i istedenfor å sette seg til i sofaen dersom vedkommende føler seg litt nedfor. Før pleide sofaen å være en flukt fra hverdagen, og representerte negativitet ved at personen dermed lukket seg inne.

Noen av deltakerne i denne studien har ikke klart å vedlikeholde endring grunnet forhold som jobb og sykdom. En deltaker fortalte om en vanskelig hverdag der alt fortsatt var negativt fordi sykdom gjorde at hun ikke fikk vært i aktivitet slik hun ønsket. Det kom også frem at de syntes det var vanskelig å fortsette alene. En annen fortalte at hun ikke var i aktivitet på et par måneder, men at hun nettopp hadde funnet et nytt treningsalternativ som passet inn i hennes hverdag, og som ville gjøre det mulig å fortsette med aktivitet fremover. Disse deltakernes fortellinger gir et bilde på hvordan tilbakefall er vanlig i en endringsprosess, og at en endringsprosess er som en spiral der det er vanlig å bevege seg frem og tilbake mellom fasene (Prochaska et al., 1992). Dette er i tråd med evalueringsrapporten til Båtevik et al. (2008) der 73 % forteller at det er helseplager og sykdom som gjør at det er vanskelig å fortsette fysisk aktivitet og 55% synes det er vanskelig å motivere seg.

Deltakerne uttrykte i resultatene hvordan de opplevde at oppfølgingen under resepten var viktig for deres endringsprosess. Dette henger sammen med hvordan aktiviteter og grupper/kurs fungerte som positiv forpliktelse og skapte struktur for deltakeren. Det var lettere å komme seg på trening når en hadde gjort en avtale om å delta og fravær av oppfølging gjorde at de falt tilbake i gamle vaner. Alle deltakerne uttrykte at de ønsket mer oppfølging etter at resepten var ferdig, og at resepten var for kort. Dette er i tråd med andre studier som viser at reseptperioden er for kort, og at deltakerne ønsker lenger oppfølging bestående av blant annet flere motiverende samtaler (Bredahl & Roessler, 2011; Båtevik et al., 2008). Det er likevel viktig å påpeke at resultatene viser at alle deltakerne var fornøyde med sin frisklivsperiode. De fortalte at de gjerne kunne ha anbefalt dette tilbudet til andre. For noen har resepten omfattet en ny start ved at de har fått et nytt liv, mens andre har fått den hjelpen og oppfølgingen de trengte, slik at de nå fortsetter endringsprosessen på egenhånd. I studien til Båtevik et al. (2008) kommer det også frem at mange av

deltakerne er fornøyde med tilbudet på grunn av blant annet den oppfølgingen de har mottatt. I tillegg er de fornøyde med at de er mer aktive etter perioden (opptil et halvt år). En studie utført av Roessler og Ibsen (2008) peker også på hvordan oppfølging i en gruppe og et strukturert opplegg er med på å øke motivasjonen i forbindelse med deltakelse i fysisk aktivitet. I min studie fortalte de som kun hadde individuelle samtaler at de anbefalte tilbudet samtidig som de sa at kvaliteten på tilbudet måtte heves ved å inkludere flere grupper og mer oppfølging både under og etter resept. Dette viser hvordan behovet for oppfølging er individuelt. Disse funnene underbygges i det Lærum et al. (2008) påpeker vedrørende oppfølging:

”reseptordningen skal være en bro mellom behandlende og helsefremmende bruk av virkemiddelet fysisk aktivitet. Det blir derfor viktig at helsepersonell i forbindelse med reseptutskrivning kan differensiere pasienters behov for oppfølging og velge oppfølgingssystem som er riktig dimensjonert i forhold til den enkelte pasients behov og ønske” (s. 80).

5.1.3 Springbrett til andre aktiviteter

I resultatene kom det frem at deltakerne fant en aktivitet de likte å drive på med, og som de fortsatte med i etterkant. Sentralen fungerte altså som et springbrett til andre aktiviteter som for eksempel treningssentre. Noen fortalte at det var fint å møte noen av de samme deltakerne fra frisklvsresepten på treningssenter også i etterkant. Det kom imidlertid også frem at noen deltakere ikke fikk informasjon eller tilbud om andre aktiviteter.

Det er som tidligere nevnt en viktig oppgave for FLS å samarbeide med lokale tilbud i kommunen slik at deltakeren kan settes i kontakt med disse instansene når resepten er avsluttet (Helsedirektoratet, 2013). På tross av at to personer ikke opplevde dette, kan det hevdes at sentralen lyktes med å fungere som et springbrett til andre aktiviteter for resten av deltakerne, og dermed også bidro til at det var lettere for deltakerne å opprettholde ønsket atferd i endringsprosessen. Bredahl og Roessler (2011) fant også at fysisk aktivitet på resept kan ha en slik funksjon for sine deltakere, men i deres studie var det deltakere som ikke mottok treningstilbud, men kun motiverende intervju, som opplevde dette. Dette står i kontrast til resultatene i denne studien. I Båtevik et al. (2008) sin studie kommer det frem at en tredjedel av deltakerne som ikke er aktive 6 måneder etter reseptslutt savner en støttende struktur for trening. Det

er likevel viktig å påpeke i denne forbindelse at en forklaring på at noen mottok mer informasjon vedrørende tilbud enn andre, kan skyldes at det faktisk ikke fantes ved den respektive sentralen. Det er slik at tilbudene varierer stort i forhold til aktivitet (Lislevatn & Bratland-Sanda, 2012).

5.1.4 Mestringsforventning

Denne studien fant at deltakerne hadde tro på at de ville klare å fortsette den gode endringen de startet med FLS. Alle, med unntak av en, sa de hadde et positivt forhold til sin endringsprosess i fremtiden. De fokuserte på det de hadde klart tidligere, og forsøkte gjennom dette å styrke mestring. Det kan derfor forstås at mestringsforventningen til deltakerne økte fra de begynte på resepten til i dag gjennom å fokusere på tidligere erfaringer, som er en av de fire måtene Bandura (1977) hevder at en person kan styrke sin mestringsforventning. Deltakerne snakket også om at de i høy grad ble motivert av å se på andre få til aktivitet i gruppetreninger. ”Dersom hun får det til skal jeg også få det til”. Det Bandura (1977) refererer til som model-læring kan derfor også se ut til å ha hatt nytte. Økt mestringsforventning betyr igjen at sjansen er stor for at livsstilsendringsprosessen fortsetter i en positiv retning. Det støttes av andre studier at sterk mestringsforventning er viktig i forbindelse med eksempelvis bedre spisevaner og økt fysisk aktivitet (King, Glasgow, Toobert & Strycker, 2010; Ayotte, Margrett & Hicks-Patrick, 2010).

Det kan i denne forbindelse hevdes at noen av deltakerne har gått igjennom det Prochaska, Redding og Evers (2008) kaller for personlig frigjøring ved at de fikk en annen oppfatning av at det vil gå bra i fremtiden. Dette hjalp deltakerne til å kunne tenke positivt om tiden fremover.

5.2 Lært noe nytt

Å tilegne seg kunnskap for å lykkes med varig endring ser ut til å ha vært viktig. Deltakerne fortalte at reseptperioden medførte at de lærte noe nytt som ga de mer kunnskap omkring deres atferd. De fortalte at det var nyttig å lære om alternativer til usunne matvaner, og at reseptperioden gjorde at deltakerne fikk rettet mer fokus på sunne livsstilsvalg. En deltaker fortalte eksempelvis at han ikke likte frukt, og hadde problemer med å spise nok av dette. En måte å spise frukt på som FLS introduserte for han var å lage smoothies, og dette fortsatte han med. En annen side av å lære noe

nytt kom frem da en deltaker fortalte at den største opplevelsen for henne var å skjønne at trening faktisk hjalp henne, og gjorde henne sterkere. Det kan ut ifra dette hevdes at flere av deltakerne har gjennomgått det Prochaska et al. (2008) kaller en bevisstgjøring omkring sin egen atferd og sett nye sammenhenger mellom helse og fysisk aktivitet. I tillegg viste resultatene at perioden medførte at noen av deltakerne fant erstatninger for gammel atferd. Prescott og Børtveit (2012) forklarer at det kan være nyttig å finne erstatninger for den gamle atferden for å kunne opprettholde endring. Denne erstatningen skal ha de samme gode sidene som den gamle atferden. Båtevik et al. (2008) fant også i sin evalueringstudie at deltakerne opplever at reseptperioden har gjort at de har tilegnet seg ny kunnskap om sammenhengen mellom fysisk aktivitet og helse, men at dette i mindre grad gjelder for kosthold og helse. Dette skiller seg fra min studie som viste at deltakerne tilegnet seg kunnskap om sammenhengen mellom både fysisk aktivitet og helse, og kosthold og helse. Oldervoll og Lillefjell (2011) peker også på hvordan kunnskap er av betydning i en livsstilsendingsprosess.

I resultatene kom det også frem at deltakerne sa at de lærte mer om hvilken treningsform som passet for vedkommende, og som de synes var meningsfull og gøy. Noen fortalte at det var viktig å finne den rette aktiviteten for å kunne fortsette med den. Dette kan ses i lys av det Christiansen og Townsend (2011) skriver om hvordan valg av aktivitet kan påvirke helsen vår ved å ha innflytelse på vår livsstil, vår produktivitet og sosiale relasjoner. Resultatene til Oldervoll og Lillefjell (2011) viser også at det er viktig at aktiviteten er artig for om personen vil fortsette med denne eller ikke.

I tillegg kom det frem i resultatene hvordan det var bra å finne ut at de hadde råd til å trene, og at dette hjalp de videre i endringsprosessen. Dette er viktig å utheve fordi noen av deltakerne var uføre da de startet på resepten, og økonomi spiller derfor en rolle for å kunne ha et realistisk ønske om å fortsette med en aktivitet de synes er givende og interessant. Andre studier har også funnet at inntekt kan være en vesentlig barriere i å starte og fortsette med en aktivitet, i tillegg til at interesse for og glede av aktiviteten er viktige grunner for å sette i gang (Withall, Jago & Fox, 2011).

5.3 Opplevelse av fellesskap og anerkjennelse

5.3.1 Frisklivssentralen som sosial arena

Resultatene i denne studien tilsa at sosial støtte var viktig på mange måter. For det første fortalte deltakerne om et hyggelig og kompetent personale som fikk de til å føle seg godt tatt i mot. De ansatte bidro med tilbakemeldinger, og deltakerne fortalte at det var viktig å avtale med de ansatte at de skulle komme tilbake neste gang.

Deltakerne uttrykte også hvordan gruppetreningene var viktig for å motivere hverandre gjennom konkurranse. Noen deltakere opplevde også at sosial støtte hos familie og barn var viktig. Andre deltakere fortalte i midlertidig om at de ikke opplevde sosial støtte i noen stor grad, og at dette hadde en negativ virkning på deres prosess videre. Disse resultatene kan ses i sammenheng med hvordan sosial støtte i følge Schwarzer et al. (2004) kan deles opp i instrumentell, bekreftende, informerende og følelsesmessig/emosjonell støtte. De ansatte kan ha utgjort instrumentell støtte for deltakerne ved at de bidro med praktisk hjelp som å introdusere de til aktiviteter personen passet til. I tillegg kan de ansatte på sentralen ha fungert som bekreftende støtte ved at noen deltakere fortalte om at de mottok tilbakemeldinger i for eksempel etterkant av gruppetreninger. Deltakerne fortalte om at det følte motiverende å vite at de hadde avtalt med de ansatte at de skulle komme på gruppetrening eller til samtale da dette fungerte som en positiv forpliktelse der de på en måte ble evaluert. De ansattes råd, veiledning og anbefalinger, som kan forstås som informerende støtte, utgjorde også en viktig faktor, og deltakerne snakket om at de ansatte var flinke til det de driver med. Dette er også i tråd med det Selø (2013) fant i sin masteroppgave. Der kommer det frem at støtte, hjelp og faglig kunnskap fra de ansatte er motiverende.

Noen deltakere fikk også støtte gjennom andre deltakere og familien sin, og dette kan forstås som følelsesmessig/emosjonell støtte. Deltakerne snakket om at det var enormt viktig å kunne delta på gruppetreninger for å kunne motivere hverandre. Noen fortalte også at dette var det som gjorde at de kom på trening, møte andre som er lik en selv. Slike funn støttes også i andre studier. Båtevik et al. (2008) uthever eksempelvis at ”to ting blir framheva som viktige ved å organisere treninga i grupper; gruppa som ein sosial møteplass og gruppa som ei positiv forplikting” (s. 21). Dette er i tråd med Bredahl og Roessler (2011) sin studie der sosial støtte fra gruppa og forpliktelsen til de andre deltakerne var til viktig hjelp for å drive med fysisk aktivitet. I Oldervoll og Lillefjell (2011) sin kunnskapsoversikt om FLS kommer det frem at tilbudet blant

annet skal medføre at deltakerne får en følelse av å delta i et fellesskap. Det skal tilbys gruppeundervisning samtidig som deltakeren får individuell tilpasning. Dette representerer viktigheten av sosial støtte, og hvordan andre mennesker kan bidra som motivasjon i en endringsprosess (Prescott & Børtveit, 2012). At det er sammenheng mellom sosial støtte og den psykiske og fysiske helsen vår ser vi mange eksempler på i tidligere empiri og litteratur (Uchino, 2009; Berkman & Syme, 1978; Mæland, 2012).

Funn i denne studien viste også at to deltakere opplevde en resept som kun omfattet individuelle samtaler, og ikke kurs eller gruppetilbud. Dette visste ikke deltakerne at fantes, og de uttrykte at deres endringsprosess ville sett annerledes ut om de fikk ta del i gruppeaktivitet, og dermed også få litt mer oppfølging. En av disse deltakerne befant seg i tilbakefallsfasen da intervjuet fant sted, og hun fortalte at hun savnet noen å snakke med. Deltakeren mottok mangelfull støtte hjemme, og personen kunne ikke henvise til andre støttende personer i sin prosess. Dette kan derfor ha hatt betydning for personens endringsprosess. Dette er i tråd med andre studier som viser viktigheten av at en person vet om og er opplyst om at det finnes tilgjengelig støtte. Dette kalles for *perceived* støtte, og er viktig for helsen vår. Det er eksempelvis funnet en sammenheng mellom perceived støtte og lavere dødelighetsrater (Uchino, 2009). Det kan også forstås at deltakerne ikke opplevde det Christiansen og Townsend (2011) beskriver som viktig med aktivitet, nettopp at mennesket blomstrer når dets behov og personlighet får komme sammen med andre miljøer der en blir utfordret og får være involvert. At mangel på sosial støtte kan ha negativ innflytelse i en endringsprosess støttes også av andre studier (Seals, 2006; Båtevik et al., 2008). Den sosiale delen av resepten blir av Båtevik et al. (2008) uthevet som den viktigste motivasjonen for deltakerne, og i Lislevatn og Bratland-Sanda (2012) sin studie svarte 50 % av respondentene at gleden ved å være aktive sammen med andre, motiverte de. Ommundsen (2011) skriver også at andre mennesker absolutt har en rolle som atferdsmodeller som blant annet kan medføre støtte i forhold til å nå egne mål. Prochaska et al. (2008) uthever også dette gjennom sine beskrivelser av endringsprosessene som kan utgjøre en forskjell for en person som prøver å endre atferd.

5.3.2 Deltakelse i andre fellesskap

Noen deltakere fortalte om hvordan de som følge av FLS fikk jobb på en praksisplass. Dette omhandlet både ulønnet og lønnet arbeid, og deltakerne beskrev dette som det

mest betydningsfulle som skjedde i deres liv etter at de tok del i frisklivsresepten. De fortalte at dette hjalp de med å håndtere sine psykiske utfordringer, og at deres psykiske velvære var mye bedre nå fordi de følte at de fikk lov til å bidra med noe nyttig, og de følte at de hørte til et sted. Disse resultatene samsvarer med det Christiansen og Townsend (2008) sier om aktivitet, enten det er lønnet eller ulønnet. Å få lov til å delta er det viktigste fordi det gir mennesket en følelse av å være inkludert i samfunnet. Deltakerne har som følge av disse praksisplassene kommet seg inn i et nettverk. Et solid sosialt nettverk er i følge Mæland (2012) svært viktig for helsen vår. Mæland (2012) skriver at flere undersøkelser har kommet frem til at “et velutviklet sosialt nettverk ser ut til å gi en viss beskyttelse mot alle de viktigste grunnene til for tidlig død, f. eks. hjertesykdom, kreft og ulykker” (s. 184). Videre påpeker Mæland (2012) hvordan det i folkehelsearbeidet er betydningsfullt å fremme tiltak som omhandler å styrke folks sosiale nettverk. Vi har sett at for deltakerne som opplevde å styrke sine nettverk gjennom resepten har dette hatt enorm betydning for deres endringsprosess videre. Det kan derfor se ut til at FLS har en viktig rolle som døråpner til andre nettverk, og at dette burde få mer fokus i videre drift av sentralene. En anerkjent studie som støtter at det er en klar sammenheng mellom lav grad av sosiale nettverk og høy dødelighet er studien til Berkman og Syme (1978). Øiestad påpeker at “...vi trenger å kunne medvirke på en måte som gir mening for andre levende organismer, det være seg mennesker, dyr eller natur. Vi er født med et ønske om å være til nytte for noe eller noen” (s. 31).

5.4 Velvære og livskvalitet – mitt syn på meg selv er forandret

Resultatene viste at psykiske lidelser utgjorde noen av plagene deltakerne strevde med, og de beskrev hvordan sykdommen tidligere gjorde hverdagen svart og isolert. Dette var i sterk kontrast til hvordan de hadde det i dag. Nå beskrev deltakerne at på tross av at noen fortsatt opplevde fysiske og psykiske plager, hadde de det likevel godt. Det kan se ut til at flere av deltakerne opparbeidet seg en styrke til å møte utfordringer. Noen deltakere fortalte om endringer som omfattet forandret kosthold eller økning i fysisk aktivitet, og dette resulterte i at de fikk både bedre selvtillit og selvbilde. Andre fortalte med pågangsmot ”det skal jeg greie” om fremtidens utfordringer. Flere av deltakerne beskrev hvordan det var godt å oppleve overskudd i hverdagen, og at trening medførte at de følte seg bedre fysisk og psykisk. Det kan kanskje derfor forstås at flere av deltakerne har en grunnstemning av glede selv om livet fortsatt byr

på utfordringer fysisk og psykisk. Styrket selvtillit, selvbilde og bedre samvittighet var eksempler på kilder til gleden de fortalte om. Dette er viktig å se i lys av det Øiestad (2009) skriver om selvfølelsen, og hvor vesentlig det er for mennesket å lytte til sin indre stemme da denne er avgjørende for handlinger i den ytre verden.

Resultatene i studien er i overensstemmelse med hvordan man forstår betydningen av trivsel og livskvalitet for helse. I følge Fugelli og Ingstad (2009) defineres helse som mestring, overskudd/energi, humør, natur, funksjon og trivsel. Livskvalitet kan i henhold til Næss (2013) defineres som ”enkeltpersoners psykiske velvære, det vil si opplevelsen eller følelsen av å ha det godt, av å ha en grunnstemning av glede” (s. 18).

Båtevik et al. (2008) viser også til fornøyde deltakere i sin studie. Reseptperioden har hatt en positiv effekt på både helse og livskvalitet. 86% forteller at de har opplevd glede ved å mosjonere, 74% uttrykker at de opplever en bedre form og 61 % har mer overskudd som følge av ordningen. Studien til Bratland-Sanda et al. (2014) viser at aktivitet sammen med andre og overskudd scorer høyest som motivasjon etter endt resept. Å ha lært å trene, lært å bruke kroppen, vennskap/felleskap og naturopplevelser påpekes også som viktig. Andre studier har vist at det er en positiv sammenheng mellom fysisk aktivitet, selvtillit og psykisk velvære (Roessler & Ibsen, 2008).

Det er midlertid viktig å understreke at resultatene i denne studien viste at det ikke var fysisk aktivitet alene som bidro til et mer positivt liv for deltakerne. For noen omfattet det likeså at de som følge av FLS fikk mulighet til å blomstre også på andre arenaer. Det kom eksempelvis frem at for to deltakere var det jobbmulighetene de fikk gjennom FLS som gjorde at de klarte å fortsette sin endringsprosess. Fra å ha et relativt isolert liv med psykiske utfordringer, medførte jobben en ny hverdag der de følte at de dugde til noe, fikk positive tilbakemeldinger og et større sosialt nettverk. Dette virket inn på helsen deres ved at de fikk lyst til å invitere positivitet inn i livene sine som for eksempel å fortsette og være i aktivitet. En slik døråpner påvirket deres psykiske velvære. Dette er viktig å utheve fordi det i følge Mæland (2012) er slik at personer som ikke opplever å ha et sosialt nettverk også har større grad av psykiske plager. Det kommer også frem i en annen studie hvordan mennesker som lever med psykiske utfordringer henter støtte og en følelse av å høre til gjennom meningsfull aktivitet eller jobb. Dette har stor betydning for helsen deres (Kantartzis, Ammeraal, Breedveld, Mattijs, Geert, Leonardos, Yiannis, Stefanos & Georgia, 2011). Det kan

derfor hevdes at det er viktig at det rettes fokus mot slike ringvirkninger som følge av deltakelsen, for fremtidig drift av FLS. Fokus kan for eksempel rettes mot et bredere samarbeid med lærings- og mestringssentre. En slik anbefaling kommer også frem i Lislevatn og Bratland- Sanda (2012) sin studie.

Ut ifra dette kan funn i studien ses i lys av det Næss (2013) referer til som positive og negative følelser og vurderinger i forbindelse med livskvalitet. Noen deltakere opplevde mindre grad av negative følelser som ensomhet, angst og tretthet som følge av økt fysisk aktivitet og sosiale nettverk. I tillegg opplevde de ikke lenger en negativ vurdering av skyldfølelse fordi hverdagen nå bestod av aktivitet, og fokus var rettet mot å ta vare på kroppen. Deltakerne opplevde positive følelser ved at de var gladere og følte seg engasjert gjennom aktivitet og deltakelse i andre nettverk som følge av resepten. De innehadde positive vurderinger som bedre selvtillit og tilfredshet med livet. To av deltakerne hadde i høy grad opplevd selvrealisering gjennom praksisplassene de fikk. På bakgrunn av dette kan det forstås at selvfølelsen til noen av deltakerne også økte i og med at det nå ble viet mer plass til å kjenne på egne verdier, hva som var viktig og mindre viktig (Øiestad, 2009).

6 Metodediskusjon

I litteraturen anvendes ulike termer for metodiske rammeverk i kvalitative studier. Maxwell (1992) skriver eksempelvis om fem forskjellige typer validitet som er viktig å drøfte i forbindelse med kvalitativ forskning. Disse er beskrivende validitet, fortolkende validitet, teoretisk validitet, generaliserbarhet og evaluerende validitet (Maxwell, 1992).

6.1 Validitet

6.1.1 Deskriptiv validitet

Deskriptiv validitet omfatter forskerens rapportering av de innsamlede dataene, og hvorvidt en lykkes med å beskrive det som uttrykkes fra informantene (Maxwell, 1992). Jeg brukte en diktafon for å ta opp samtalene med informantene, og jeg transkriberte alle intervjuene selv. Dette ble gjort så fort som mulig etter selve intervjuet fant sted. I og med at jeg gjorde dette selv var det mindre sjanse for at deltakernes fortellinger ble mistolket (Malterud, 2013). Jeg inkluderte også kroppsspråk som for eksempel latter og armbevegelser. Dette kan dermed ha vært med på å styrke den deskriptive validiteten i studien (Maxwell, 1992). På den andre siden ville det eventuelt vært enda bedre å ta opp samtalen på video slik at også kroppsspråk kunne synes, for å kvalitetssikre at dette kom med i transkripsjonen der det var viktig å fremheve. Selve teksten kan imidlertid likevel aldri representere intervjuet i sin helhet, slik det i virkeligheten fant sted (Malterud, 2013). Det er også viktig å utheve at jeg valgte å transkribere hvert intervju ord for ord, med unntak av noen resonnementer jeg vurderte som irrelevante for problemstillingen. Malterud (2013) skriver at dette ikke nødvendigvis er nyttig for å få frem meningen med det informantene forteller fordi "...ordrett skriftliggjøring av muntligheter kan paradoksalt nok gi leseren et annet bilde av samtalen enn det som samtalepartene hørte i situasjonen, særlig hvis en eller begge parter har en dialekt eller en uttrykksmåte med språklig særpreget" (s. 76). Jeg opplevde dette i noen intervjuer, og jeg måtte ta vekk noen ord i gjengivelser av sitater i resultatdelen ved noen anledninger for at uttalelsene skulle bli mer presise. Dette kan ha svekket den deskriptive validiteten. Alle steg og faser ble nøye beskrevet for å ivareta og styrke påliteligheten til studien (Johannessen et al., 2011).

6.1.2 Fortolkende validitet

Først og fremst er det viktig å forklare, erkjenne og problematisere hvordan min rolle kan ha påvirket de forskjellige fasene i denne studien (Maxwell (1992)). Forskerens rolle er viktig i kvalitative studier fordi han selv er studiens viktigste redskap.

Forskeren skal vise integritet med hensyn til sin kunnskap, erfaring, ærlighet og rettferdighet. Det er forskerens ansvar å ta stilling til sin rolle og posisjon gjennom alle ledd i forskningsprosessen (Kvale & Brinkmann, 2009). Målet er at resultatene skal fremkomme av forskningen, og ikke at forskeren påvirker dette med sine subjektive synspunkter vedrørende tema (Johannessen et al., 2011).

Jeg har en bachelorgrad i psykologi, og innehar en genuin interesse for helsepsykologi og helseatferd. Jeg hadde ingen kjennskap til frisklivstilbudet før jeg begynte på masterstudiet i folkehelsevitenskap, men ble mer og mer engasjert i dette gjennom studiet. Jeg hadde derfor endel forkunnskap om forebyggende og helsefremmende arbeid, frisklivssentralens rolle i folkehelsearbeidet og helseatferd, da jeg valgte tema for masteroppgaven.

Christensen et al. (2008) skriver at en av fordelene med å bruke intervjuet som datainnhentingsmetode er nettopp at det gir en unik og detaljert tilgang til fenomenet som studeres. Det er først og fremst viktig å poengtere at min kunnskap og erfaring naturligvis hadde påvirkningskraft på hvordan intervjuet utfoldet seg og hvordan jeg tolket, analyserte og rapporterte data (Malterud, 2013). Jeg forsøkte etter beste evne å legge dette til side, og ikke gjøre min person tydelig under intervjuene for å sikre at informantens opplevelser og erfaringer kom best mulig frem. Dette kalles for bracketing (Malterud, 2013). Det var likevel svært utfordrende å ikke dele informasjon i det første intervjuet jeg gjennomførte da informanten uttrykte opplevelser og erfaringer ved frisklivstilbudet. Jeg lærte mye under første transkripsjon vedrørende min påvirkningskraft ved å for eksempel reagere overraskende på spørsmål. Jeg ble overrasket da vedkommende fortalte at han ikke hadde hatt et motiverende intervju, og viste dette til informanten. Min reaksjon hang sammen med at jeg på grunn av min kunnskap, om eksempelvis hvordan resepten er anbefalt å være, forventet at deltakeren ville fortelle meg at vedkommende hadde erfart dette. Dette kan i verste fall ha påvirket informantens fortellinger. Jeg lærte likevel av dette da jeg hørte på intervjuet rett etterpå, og ble klar over hvor lett det er å påvirke informanten. Dette gjorde meg oppmerksom på viktigheten av å legge min

forforståelse til side, og lytte best mulig til deltakerens historie, og ikke legge føringer (Malterud, 2012). Veileder hadde også tilgang til transkripsjonene under hele prosessen, og jeg forhørte meg også med henne om hvordan hun syntes at første intervju hadde gått både innholdsmessig og i forbindelse med min rolle som intervjuer. Malterud (2013) sier at dette innebærer å ha en “kontinuerlig valideringsholding”, og at det vil gjøre at en lærer av sine feil underveis. Dette kan ha styrket den fortolkende validiteten, og dermed også gyldigheten av resultatene.

Forskerens posisjon i intervjukonteksten må også utheves som viktig da intervjuet er en asymmetrisk samtale mellom intervjuer og informant (Kvale & Brinkmann, 2009). Som tidligere nevnt forsøkte jeg å innta en så ydmyk rolle som mulig under intervjuene. Jeg passet for eksempel på å ikke avbryte, eller ta ordet fra informanten. Noen ganger måtte jeg likevel føre informanten tilbake til tema for studien, og spørsmålene som ble stilt var det jeg som utformet. Jeg opplevde ikke samtalene som det Kvale og Brinkmann (2009) refererer til som en enveisdialog der intervjuer spør ut informanten. Dette kan støttes av at jeg fikk tilbakemelding på at intervjuet hadde vært en god opplevelse for informantene.

Mye kunnskap om det tema du skal undersøke er en fordel for å kunne stille gode spørsmål og for å bedre høre det informanten forteller (Kvale & Brinkmann, 2009). En del av dette er også å kunne stille gode oppfølgingsspørsmål, og dette krever at intervjueren mestrer å lytte aktivt (Kvale & Brinkmann, 2008). Dette følte jeg at min bakgrunn i psykologi hjalp meg med, men det var til tider også vanskelig å få tak i meningen med det informanten fortalte. Jeg oppdaget under transkripsjonen at jeg ved noen anledninger ikke fikk tak i det informanten sa, og måtte da spørre hva vedkommende mente. For å sikre bekreftbarheten i studien ble det etter beste evne etterstrebet å for eksempel ikke stille ledende spørsmål under intervjuene. Dette er i midlertid en svært utfordrende oppgave, og jeg la merke til at jeg kan ha gjort dette da jeg transkriberte det første intervjuet. På denne måten kan resultatene ha påvirket bekreftbarheten i studien. Jeg var likevel oppmerksom på dette tidlig, og valget om å transkribere kontinuerlig var også for å kunne legge merke til slike fallgruver. Det at jeg gjennomførte alle intervjuene og transkripsjonen selv, gjorde at jeg hadde mulighet til å kvalitetssikre at jeg spurte om det jeg ønsket for å kunne svare på problemstillingen. Likevel, for å sikre at det var deltakerens perspektiver, opplevelser og erfaringer som ble formidlet i studien kunne jeg ha sendt en utskrift av intervjuet

eller et utkast av resultatdelen til deltakerne, slik at de kunne hatt mulighet til å validere innholdet (Malterud, 2013). Dette ble imidlertid ikke gjort på grunn av tidsbegrensninger for studien.

Det er viktig å poengtere hvordan mangfoldet av meninger kan være begrenset på grunn av eksempelvis hukommelsen til deltakerne, og hvordan deltakeren kan styre hva som kommer frem av informasjon (Malterud, 2013). Noen deltakere uttrykte noen ganger at de ikke kunne huske så lang tid tilbake. For eksempel sa en deltaker “Ja, jeg har fryktelig dårlig hukommelse altså (...) et stykke tilbake så husker jeg ikke i det hele tatt”. Selv om vi brukte lang tid på å snakke om tema for å få frem det hun husket, kan hukommelse ha påvirket resultatene i studien ved at de ikke husket helt nøyaktig hvordan deres opplevelse var. På lik linje er det også viktig å erkjenne at deltakerne kan ha vært mer positive til sin egen prosess enn det som faktisk var tilfellet, og påvirket resultatene og generaliserbarheten på den måten (Malterud, 2013).

6.1.3 Teoretisk validitet

Teoretisk validitet omhandler hvorvidt forskeren har lyktes med å forklare fenomenet på en tilstrekkelig måte. Dette innebærer at mønster, kategorier og konsepter skal passe sammen slik at informantens historie blir fortalt på best mulig måte (Maxwell, 1992). Malterud (2013) sier at det viktigste med et fenomenologisk perspektiv er at “vår intensjon er da å representere informantens stemme så lojalt som overhodet mulig, med minst mulig forstyrrelse forårsaket av forskerens forforståelse og teoretiske referanseramme” (s. 45).

Studien hadde en induktiv tilnærming ved at deltakerens opplevelse og erfaringer bidro til å forklare et fenomen på et mer generelt nivå (Malterud, 2013). Hovedtema og subtema ble til på bakgrunn av deltakernes fortellinger. Analysearbeidet innebar fire hovedsteg; å få et helhetsinntrykk, å identifisere meningsdannende enheter, å abstrahere innholdet i de meningsdannede enhetene og å sammenfatte betydningen av dette (Malterud, 2013). Dette var ikke en lineær prosess, men jeg jobbet frem og tilbake for å være mest mulig tro mot mine data. Eksempelvis dukket det opp andre subtema etter at jeg i samarbeid med veileder formulerte de første forslagene. Noen hovedtema fikk nye overskrifter, og enkelte subtema fikk plass innunder et annet hovedtema. Dette for å best mulig sikre at mønster, kategorier og konsepter skulle passe sammen slik at informantens historie ble fortalt på best mulig måte (Maxwell,

1992). Sitater fra deltakerne ble inkludert for å vise til viktige opplevelser vedrørende tema og nyansene av disse opplevelsene (Christensen et al., 2008). Jeg etterstrebet å legge min teoretiske referanseramme til side under dette arbeidet, men som Malterud (2013) påpeker er dette en utfordrende og umulig oppgave. Jeg forsøkte å ha dette i bakhodet hele veien, og å formidle deltakernes historie så nært deres egen som mulig. Det er i midlertid ikke realistisk å tenke seg at hver kvalitativ studie er teorifri, og min forkunnskap kan dermed ha hatt en innflytelse på den teoretiske validiteten (Malterud, 2013). Relevant teori ble valgt på bakgrunn av tilknytning til hovedtema og subtema i studien. I denne forbindelse var det også vanskelig å legge den teoretiske forforståelsen til side, men det ble forsøkt å la dataene styre så mye som mulig.

6.1.4 Evaluerende validitet

Evaluerende validitet retter fokus mot hva som er funnet i studien, og evalueringer som er gjort av forskeren i forbindelse med betydningen av mine funn for feltet. (Maxwell, 1992). Resultatene som kom frem i studien kan støttes av andre studier som omhandler frisklivstilbudet og livsstilsendring. Det kan hevdes at studien hadde betydning som en viktig bidragsyter i å medføre mer kunnskap om hvordan deltakerne opplever sin livsstilsendringsprosess på lang sikt. Det er ikke utført mange studier som omhandler langtidseffekter, og sånn sett vil min studie fylle et rom. Studien var basert på en kvalitativ metode, og resultatene kan dermed ikke generaliseres til andre forhold. Det ble likevel løftet frem aspekter vedrørende endringsprosessen som kan overføre kunnskap og ha betydning for deltakere ved FLS. Det er imidlertid viktig å forske videre på dette. En kombinasjon av både kvalitativ og kvantitativ metode, metodetriangulering (Malterud, 2013), kan være nyttig i denne forbindelse.

Det er også viktig å poengtere hva slags kilder som ble brukt i studien. I og med at det ikke er utført så mange studier som omhandler FLS har det i tillegg til publisert empiri og annen litteratur, blitt anvendt prosjektrapporter, veiledere, masteroppgaver og stortingsmeldinger for å kunne svare utførlig på problemstillingen.

6.1.5 Generaliserbarhet

Generaliserbarhet, eller relevans i følge Malterud (2012), omfatter i hvilken grad resultatene i min studie kan overføres til andre felt, miljøer eller kontekster utenfor det som er studert. Kvalitative studier er ikke opptatt av å kunne generalisere til større

populasjoner slik eksempelvis kvantitative studier er (Maxwell, 1992). Generaliserbarhet i denne studien betyr hvorvidt resultatene som kom til syne gjennom deltakernes fortellinger, kan overføres til personer som deltar ved andre FLS enn de som er med i denne studien. I den forbindelse er det viktig å påpeke at rekrutteringen inkluderte tre FLS, og ikke kun en. Alle disse sentralene lå likevel i område Oslo -og Akershus. FLS drives forskjellig rundt om i landet ved å for eksempel inkludere ulikt antall gruppetilbud og ulikt antall ansatte. Noen sentraler er nyetablerte, mens andre har holdt på lenge, og har dermed mer erfaring. Modum FLS er et slikt eksempel (Lislevatn & Bratland-Sanda, 2012). Noen sentraler representerer også flere etnisiteter enn andre. Slike faktorer kan ha hatt betydning for resultatene i studien, og kan derfor også utfordre generaliserbarheten til andre sentraler.

Det er viktig å påpeke at studien kun inkluderte seks informanter, og at dette eventuelt gjorde overførbarheten svakere. På den andre siden representerte informantene et relativt bredt aldersspenn på 44-67 år, bestående av tre menn og tre kvinner. Dette kan ha gjort generaliserbarheten sterkere i og med at majoriteten av deltakerne på FLS som regel er kvinner, og det er viktig at mannens stemme blir hørt (Båtevik et al. (2008). Det kan kanskje i midlertid hevdes at generaliserbarheten hadde blitt sterkere dersom utvalget hadde bestått av flere yngre fordi det kommer frem i studien til Båtevik et al. (2008) at "...det er ei gruppe blant dei unge som har behov for eit lågterskeltilbod på line med det som blir gitt i reseptordninga" (s. 17).

7 Oppsummering

Resultatene i denne studien viste at motivasjon er mangfoldig. Individuelle, sosiale, psykologiske og miljømessige forhold har bidratt til og fortsetter å ha innflytelse i deltakernes endringsprosess. Dette er funn som støttes i andre studier (Ayotte et al., 2010).

Motivasjon i denne studien omfattet blant annet hjelp til å kunne formulere mål. Studien har vist hvordan motiverende intervju og utarbeidelse av mål og delmål var viktig for bevegelse fremover i endringsprosessen. Tett oppfølging både under og etter reseptperioden utgjorde også en forskjell, og det har blitt vist hvordan de som ikke har hatt tett grad av oppfølging opplevde at dette var negativt. Trening sammen med andre var motiverende fordi det opplevdes som positiv konkurranse, og det var godt å møte andre som var i samme situasjon som en selv. Samtidig bidro de ansatte til at deltakerne følte seg velkomne, ivaretatt og at de dugde til noe. Dette er i tråd med Båtevik et. al. (2008) som også viste at det sosiale, gruppetreninger og trenere er viktige motivasjonsfaktorer.

Å lære noe nytt om gammel versus ny atferd så også ut til å ha vært viktig for endringsprosessen i og med at dette medførte verktøy som kunne hjelpe personen videre. Ny kunnskap omhandlet både å lære noe nytt relatert til helse og fysisk aktivitet samt kosthold, men det innebar også å tilegne seg ny kunnskap om hvilke ressurser som finnes i personen. Flere deltakere økte eksempelvis sin mestringsforventning, og opparbeidet et nytt bilde av seg selv. Noen deltakere kjente på sterkere mestring og kontroll i sine liv mer enn andre. For noen handlet det om at FLS var den instansen de trengte for å komme i gang med trening, for andre var det viktig å kunne delta over lengre tid og å motta oppfølging på sentralen gjennom veiledning og kurs. Det er kjent at kunnskap, formulering av mål og mestringsforventning er viktig i forbindelse med endring av atferd, blant annet gjennom Bandura's sosiale kognitive teori. DiClemente et al. (2013) påpeker for eksempel at sosial kognitiv teori legger vekt på at kunnskap er viktig for atferdsendring, men at det likevel ikke er det viktigste. Mestringsforventning utgjør i midlertidig den mest sentrale rollen i denne teorien fordi dette har en påvirkningskraft på hvordan og om mennesket når sine mål (Bandura, 2001). Mestringsforventning hos et menneske vil blant annet styre hva slags utfordringer og kamper vi velger å fronte,

hvor mye innsats vi vil legge inn og i hvilken grad vi klarer å stå i situasjoner der barrierer og tilbakefall regjerer (Bandura, 2001).

Flertallet av deltakerne tilegnet seg kunnskap samt følte seg ivaretatt i en sosial kontekst under endringsprosessen. Noen fikk et nytt liv ved at de opplevde glede og overskudd blant annet gjennom aktivitet. Dette kan ses i lys av det som FLS uthever som målsetningen med tilbudet. FLS skal utgjøre et tilbud som omfatter at deltakeren skal tilegne seg kunnskap og opparbeide seg verktøy, gjennom veiledning og hjelp. Dette skal føre til at personen selv skal kunne fortsette endringsprosessen på egen hånd, og at personen også opplever bedre helse og livskvalitet. Deltakerens mestringsfølelse og kapasitet skal være i fokus, og FLS skal derfor arbeide med å styrke de positive helsefaktorene til sine deltakere (Helsedirektoratet, 2011). Det var spesielt viktig at sentralen hadde en rolle som springbrett og som døråpner til andre aktiviteter hvor følelsen av å mestre noe kunne vedlikeholdes.

8 Konklusjon og implikasjoner for praksis

Denne studien har forsøkt å belyse hvordan deltakerne ved en frisklivssentral opplever og erfarer sin livsstilsendringsprosess og livskvalitet ett år etter frisklivsperioden.

Gjennom temaene ‘mestringsforventning og ønske om å gjøre helsefremmende aktivitet’, ‘lært noe nytt’, ‘opplevelse av fellesskap og anerkjennelse’ og ‘velvære og livskvalitet’, har vi sett hvordan en frisklivsperiode for noen deltakere har hjulpet de til et bedre liv både fysisk og psykisk. For andre har reseptperioden vært mangelfull, og dermed heller ikke hatt like stor rolle i deres endringsprosess. En livsstilsendringsprosess ser ikke lik ut for alle, og hver enkelt deltaker har sin subjektive opplevelse av hva som er viktig i sin prosess. Denne studien viste imidlertid felles elementer som er viktig for FLS å rette fokus mot i videre drift av sentralene. I henhold til “Veileder for kommunale frisklivssentraler- Etablering og organisering” (2013) står det at motiverende intervju skal gjennomføres ved start og slutt av en reseptperiode. Videre står det at deltaker og veileder sammen utarbeider mål og plan for perioden. I denne studien kom det imidlertid frem at slik gjennomføres det ikke alltid, og deltakerne beskrev mangelfulle resepter. Oppfølging under og i etterkant av resepten så ut til å være viktig, og var avgjørende for om endringsprosessen videre gikk i positiv retning. Å kunne ha kontakt med de ansatte på FLS etter avsluttet resept vil for eksempel kunne ha en effekt ved at deltakerne føler at de fortsatt skal stå til rette for noe. Dette betyr ikke at de fortsatt er i systemet ved at de deltar på resept, og dermed aldri “kommer seg ut” av FLS, men at de ansatte holder et øye med dem ved å for eksempel kontakte de via telefon for å imøtekomme individuelle behov for oppfølging. Tilbakefall er regelen, og ikke unntaket i en livsstilsendring. I denne studien kommer det frem at alle deltakerne har hatt flere enn en resept, og det foreslås dermed at lengden på 12 uker på resepten revurderes.

Å endre en livsstil innebærer så mye mer enn å gå ned i vekt eller spise sunnere. For noen av deltakerne handlet det vel så mye om å kunne ha det bedre psykisk for å få et bedre liv og en mer positiv livsstil. FLS betydde eksempelvis at deltakerne hadde et sted å gå til. Funksjonen som døråpner til andre nettverk for deltakerne var viktig i denne forbindelse. Det foreslås derfor at det legges enda mer vekt på denne positive følgen av deltakelsen, og at det er viktig for FLS å holde kontakt med eksterne tilbud

og kontaktpersoner. Det kom frem hvordan deltakerne opplevde sosial isolasjon i forbindelse med sin psykiske helse, og FLS innehadde en sentral rolle som sosial møteplass utover å tilby trenings -og kostholdsgrupper. I henhold til ”Veileder for kommunale frisklivssentraler- Etablering og organisering” (Helsedirektoratet, 2013) beskrives en ambisjon om å tilby kurs i mestring av depresjon som en del av det øvrige tilbudet. Resultatene i denne oppgaven viste at det er behov for slike tilbud, og foreslår at det rettes enda mer fokus mot gruppetilbud som omhandler psykisk helse og livsstilsendringer. Dette var imidlertid en kvalitativ studie med få informanter, og mer forskning burde derfor gjøres på feltet for å få en bedre forståelse for sammenhengen mellom deltakelse ved FLS og bedring av helse.

...det er denne lille sommerfuglen som flyr som kanskje blafrer sånn at det blåser et helt annet sted. (Deltaker)

9 Referanseliste

- Ayotte, B. J., Margrett, J. A. & Hicks-Patrick, J. (2010). Physical activity in middle-aged and young-old adults: The roles of self-efficacy, barriers, outcome expectancies, self-regulatory behaviors and social support. *Journal of Health Psychology*. 15(2), 173-185. doi: 10.1177/1359105309342283
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a Unifying Theory of Behavioral Change. *Psychological Review* 84(2), 191-215
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action- A social cognitive theory*. New Jersey: Prentice- Hall
- Bandura, A. (2001). *Social Cognitive Theory: An Agentic Perspective*. *Annu. Rev. Psychol.* 52,1-26. Hentet fra <http://www.annualreviews.org/doi/pdf/10.1146/annurev.psych.52.1.1>
- Berkman, L.F. & Syme, L. S. (1978). Social networks, host resistance and mortality: a nine/year follow-up study of Alameda county residents. *Am. J. Epidemiol.*109 (2),186-204.
- 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.* (Masteroppgave, Norges Idrettsmedisinske fag, Oslo). Hentet fra <http://www.tromsfylke.no/LinkClick.aspx?fileticket=-z091RflWV4%3D&tabid=710>
- Bratland-Sanda, S., Lislevatn, F. & Lerdal, A. (2014). Frisklivsresept- en tverrsnittsundersøkelse fra frisklivssentralen i Modum kommune. *Fysioterapeuten*, 3 (14), 18-24.
- Bredahl, T. G. & Roessler, K. K. (2011). Prescribed exercise and behavioural Change- The influences of self-efficacy, Stages of Change, and Social Relations. (ISSN 1652-7224). Hentet fra http://idrottsforum.org/articles/bredahl/bredahl_roessler110126.pdf
- Bredahl, T., Puggaard, L., Skovgaard, T., Sørensen, J. & Sørensen, J. B. (2010). Exercise on prescription: changes in physical activity and health –related quality of life in five Danish programmes. *European Journal of Public Health*, 21(1), 56-62. doi:10.1093/eurpub/ckq003

- Bringedal, B. & Aasland, O. G. (2006). Legers bruk og vurdering av grønn resept. *Tidsskr Nor Lægeforen*, 8(126), 1036-1038
- 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* (Arbeidsrapport nr. 226/2008). Volda: Møreforskning Volda.
- Caltabiano, M. L., Sarafino, E.P. & Byrne, D. (2008). *Health psychology-biopsychosocial interactions* (2. utg.). Australia: John Wiley & Sons Australia Ltd
- Christensen, U., Schmidt, L. & Dyhr, L. (2008). The qualitative research interview. I S. Vallgård & L. Koch (Red.). *Research methods in public health* (63-90). København: Gyldendal Akademisk.
- Christiansen, C.H. & Townsend, E. A. (2011). An introduction to Occupation. I Christiansen, C. H. & Townsend, E. A. (Red.), *Introduction to Occupation. The art and science of living* (s. 1-34). (2. utg.). New Jersey: Pearson
- Dahl, A.A. (2012). *Sosial angst og smerte*. Bergen: Fagbokforlaget.
- DiClemente, R. J. Salazar, L. F. & Crosby, R. A. (2013). *Health Behaviour Theory for public health. Principles, foundations, and applications*. Burlington: Jones & Bartlett Learning.
- Espnes, G. A. & Smedslund, G. (2009). *Helsepsykologi* (2. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Fugelli, P. & Ingstad, B. (2009). *Helse på norsk*. Oslo: Gyldendal akademisk
- Helgerud, J. & Eithun, G. (2009). *Evaluering av fysisk aktivitet på resept i Nordland og Buskerud fylkeskommune*. Hokksund/Trondheim: Hokksund rehabiliteringssenter og Norsk Naturvitenskapelige Universitet.
- Hellenius, M. L., Leijon, M., Kallings, L. V. & Ståhle, A. (2007). 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, 154-161. doi:10.1111/j.1600-0838.2007.00678.x
- Helsedirektoratet (2010). *Folkehelsearbeid- veien til god helse for alle*. (Utviklingstrekkrapport IS-1846/2010). Hentet fra <http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/utviklingstrekkrapport-2010-folkehelsearbeidet--veien-til-god-helse-for-alle/Sider/default.aspx>
- Helsedirektoratet (2011). *Veileder for kommunale frisklivssentraler*.

- Etablering og organisering.* (Veileder IS-1896/2011). Hentet fra <http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/veileder-for-kommunale-frisklivssentraler-etablering-og-organisering-/Sider/default.aspx>
- Helsedirektoratet (2011). *Grønn Resept*. Hentet 15. september 2013 fra <http://helsedirektoratet.no/folkehelse/frisklivssentraler/gronn-resept/Sider/default.aspx>
- Helsedirektoratet (2012). *Beskrivelse av folkehelseloven*. Hentet 17. september 2013 fra <http://www.helsedirektoratet.no/folkehelse/folkehelsearbeid/beskrivelse-av-folkehelseloven/Sider/beskrivelse.aspx>
- Helsedirektoratet (2013). *Veileder for kommunale frisklivssentraler. Etablering og organisering.* (Veileder IS- 1896/2013). Hentet fra <http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/veileder-for-kommunale-frisklivssentraler-etablering-og-organisering-/Sider/default.aspx>
- Helse-og Omsorgsdepartementet (2013). *En ny satsing på folkehelse*. Hentet 12. september fra <http://www.regjeringen.no/nb/dokumentarkiv/stoltenberg-ii/hod/taler-og-artikler/2013/en-ny-satsing-pa-folkehelse.html?id=728048>
- Ivarsson, B. H. (2011). *Motiverende Intervju. Praktisk håndbok for helse- og omsorgssektoren*. Stockholm: Gothia Forlag
- Johannessen, A., Christoffersen, L. & Tufte, P. A. (2011). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode* (4. utg.). Oslo: Abstrakt forlag
- Kantartzis, S., Ammeraal, M., Breedveld, S., Mattijs, L., Geert, Leonardos, Yiannis, Stefanos & Georgia. (2011). "Doing" social inclusion with ELSiTO: Empowering learning for social inclusion through occupation. *Work* (41), 447-454. doi:10.3233/WOR-2012-1312
- King, D. K., Glasgow, R. E., Toobert, D. J., Strycker, L. A., Estabrooks, P. A., Osuna, D. & Faber, A. J. (2010). Self-Efficacy, problem solving, and social-environmental support are associated with diabetes self-management behaviors. *Diabetes Care* (33), 751-753. doi: 10.2337/dc09-1746
- Knardahl, S. (1998). *Kropp og sjel- Psykologi, biologi og Helse*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju* (2. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Lerdal, A., Celius, E. H. & Pedersen, G. (2012). Prescribed exercise: A prospective

- study of health related quality of life and physical fitness among participants in an officially sponsored municipal physical training program. *Journal of Physical Activity & Health*, 10(7), 1016-1023
- Lerdal, A. & Celius, E. H. (2011). Trening på resept- en hjelp til å endre levevaner basert på den transteoretiske modellen. I A. Lerdal & M. S. Fagermoen (Red.). (2011). *Læring og mestring- et helsefremmende perspektiv i praksis og forskning* (s161-184). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Lislevatn, F. & Bratland-Sanda, S. (2012). *Videreutvikling av frisklivskonseptet: Friskliv, lærings- og mestringsvirksomhet*. (Rapport 2012). Modum: Modum Bad
- Lærum, G., Leijon, M., Kallings, L., Faskunger, J., Börjesson, M. & Ståhle, A. (2008). 5. Fysisk aktivitet på resept- FaR. I R. Bahr (Red.). *Aktivitetshåndboken* (s.72-83). Oslo: Helsedirektoratet
- Lærum, E. (2005). *Frisk, syk eller bare plaget? Innføring i medisinsk nøkkeltkunnskap*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Malterud, K. (2002). Kvalitative metoder i medisinsk forskning- forutsetninger, muligheter og begrensninger. *Tidsskr Nor Lægeforen*. 25(122), 2468-72
- Malterud, K. (2013). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning* (3. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Maxwell, J. A. (1992). Understanding and validity in qualitative research. *Harvard Educational Review* 62(3), 279-300.
- Mæhlum, S. (2011). Overvekt og fedme I N. C. Øverby, M. K. Torstveit, & R. Høigaard (red). *Folkehelsearbeid*. (s. 99-111). Kristiansand: Høyskoleforlaget
- Mæland, J. G. (2012). *Forebyggende helsearbeid- folkehelsearbeid i teori og praksis* (3. utg.). Oslo: Universitetsforlaget
- Naidoo, J. & Wills, J. (2009). *Foundations for health promotion*. (3. utg.). Baillière Tindall Elsevier.
- Nes, R. B. & Tambs, K. (2011). Helse og Livskvalitet. I J. Eriksen, T. Moum & S. Næss (Red.), *Livskvalitet- Forskning om det gode liv* (s. 120-127). Bergen: Fagbokforlaget.
- NOU 1999:2. (1999). *Livshjelp: behandling, pleie og omsorg for uhelbredelig syke og døende*. Hentet fra <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/nouer/1999/nou-1999-2.html?id=141460>

- Nutbeam, D. & Blakey, V. (1996). The concept of health promotion and aids prevention. A comprehensive and integrated basis for action in the 1990s". *Health Promot. Int.* 5(3), 233-242. Hentet fra www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd68/paho557/s26.pdf
- Næss, S. (2011). Språkbruk, definisjoner. I J. Eriksen, T. Moum & S. Næss (Red.), *Livskvalitet. Forskning om det gode liv* (s. 15-51). Bergen: Fagbokforlaget.
- Oldervoll, L. M. & Lillefjell, M. (2011). *Fysisk aktivitet, folkehelse og samhandling Innherredsmodellen- Trinn 1*. (Hist/NTNU-rapport nr. 2/2011). Trondheim: Senter for helsefremmende forskning
- Ommundsen, Y. (2011). Er det så enkelt å få folk mer fysisk aktive? I N. C. Øverby, M. K. Torstveit & R. Høigaard (red). *Folkehelsearbeid* (s. 257-274). Kristiansand: Høyskoleforlaget
- Prescott, P. & Børtveit, T. (2012). *Helse og atferdsendring*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Prochaska, J. O., Norcross, J. C. & DiClemente, C.C., (1992). In Search of how people change. Applications to Addictive Behaviours. *American Psychologist Association*, 47(9), 1102-1114.
- Prochaska, J. O., Redding, C. O. & Evers, K. E. (2008). The transtheoretical model and stages of change. I K. Glanz, B. K. Rimer & K. Viswanath (Red.). *Health Behaviour and Health Education- theory, research, and practice* (s. 97-121). (4. utg.). San Francisco: Jossey-Bass A Wiley Imprint
- Resnick, B., Orwig, D., Magaziner, J. & Wynne, C. (2002). The effect of social support on exercise behavior in older adults. *Clinical Nursing Research* 11(1), 52-70.
- Roessler, K. K. & Ibsen, B. (2008). Promoting exercise on prescription: recruitment, motivation, barriers and adherence in a Danish community intervention study to reduce type 2 diabetes, dyslipidemia and hypertension. *Journal of Public Health*, 17(3), 187-193.
- Seals, J. G. (2006). Integrating the transtheoretical model into the management of overweight and obese adults. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners* (19), 63-71. doi: 10.1111/j.1745-7599.2006.00196
- Selø, B. (2013). *Deltakeres opplevelser og erfaringer etter endt*

- reseptperiode ved en frisklivssentral*. (Masteroppgave, Høgskolen i Hedmark). Hentet fra http://brage.bibsys.no/hhe/handle/URN:NBN:no-bibsys_brage_41800
- St.meld. nr. 16 (2002-2003). (2002). *Resept for et sunnere Norge*. Hentet fra <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/20022003/stmeld-nr-16-2002-2003-/9.html?id=328711>
- St.meld.nr. 20 (2006-2007). (2007). *Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller*. Hentet fra <http://www.regjeringen.no/pages/1936477/PDFS/STM200620070020000DDDPDFS.pdf>
- St.meld. nr.34 (2008-2009). (2009). *Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted- til rett tid*. Hentet fra <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/2008-2009/stmeld-nr-47-2008-2009-.html?id=567201>
- Schwarzer, R. Knoll, N. & Rieckmann, N. (2004). Social support. I A. Kaptain & J. Weinmann (Red.). *Health Psychology* (s. 158-181). Australia: Blackwell Publishing
- Tjora, A. (2012). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis*. (2. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk
- Uchino, B. N. (2009). Understanding the Links Between Social Support and Physical Health- A life-span perspective with emphasis on the separability of perceived and received support. *Perspectives on Psychological Science* 4(3), 236-255. doi: 10.1111/j. 1745-6924.2009.01122.x
- Whithall, J., Jago, R. & Fox, K. R. (2011). Why some do but most don't. Barriers and enablers to engaging low-income groups in physical activity programmes: a mixed methods study. *BMC Public Health* 11(507), 1-13. doi: 10.1186/1471-2458-11-507
- World Health Organization (2013). *The Ottawa Charter for Health Promotion*. Hentet fra <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en>
- Øiestad, G. (2009). *Selvfølelsen*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag

Vedlegg

Vedlegg 1: NSD

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS

NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES

Ruth Kjærsti Raanaas
Institutt for landskapsplanlegging Universitetet for miljø- og biovitenskap
Postboks 5003
1432 ÅS

Vår dato: 28.10.2013

Vår ref: 35867 / 2 / LMR

Deres dato:

Deres ref:



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

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 11.10.2013. Meldingen gjelder prosjektet:

35867	Brukerens opplevelse av livsstilsendingsprosessen ett år etter frisklivsresept
Behandlingsansvarlig	Universitetet for miljø- og biovitenskap, ved institusjonens øverste leder
Daglig ansvarlig	Ruth Kjærsti Raanaas
Student	Gitte Olesen Anderberg

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, 15.05.2014, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Vigdis Namtvedt Kvalheim

Linn-Merethe Rød

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

Vedlegg: Prosjektvurdering

Kopi: Gitte Olesen Anderberg Nedre Skøyenvei 12B 0276 OSLO

Personvernombudet for forskning



Prosjektvurdering - Kommentar

Prosjektnr: 35867

Ifølge prosjektmeldingen skal det innhentes skriftlig samtykke basert på skriftlig informasjon om prosjektet og behandling av personopplysninger. Personvernombudet finner informasjonsskrivet tilfredsstillende utformet i henhold til personopplysningslovens vilkår.

Rekruttering av informanter skjer via de aktuelle Frisklivssentralene, slik at studenten ikke kjenner brukernes identitet før de eventuelt samtykker til deltakelse, jf. telefonsamtale med prosjektleder av 25.10.13.

Innsamlede opplysninger registreres på privat pc. Personvernombudet legger til grunn at veileder og student setter seg inn i og etterfølger Universitetet for miljø- og biovitenskap sine interne rutiner for datasikkerhet, spesielt med tanke på bruk av privat pc til oppbevaring av personidentifiserende data.

Prosjektet skal avsluttes 15.05.2014 og innsamlede opplysninger skal da anonymiseres og lydopptak slettes. Anonymisering innebærer at direkte personidentifiserende opplysninger som navn/koblingsnøkkel slettes, og at indirekte personidentifiserende opplysninger (sammenstilling av bakgrunnsopplysninger som f.eks. yrke, alder, kjønn) fjernes eller grovkategoriseres slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes i materialet.

Vedlegg 2: Forespørsel om innhenting av data

Gitte Olesen Anderberg
Nedre Skøyenvei 12b
0276 Oslo

Frisklivssentral
Adresse
Postnummer

Oslo, xx.xx.xxxx

Forespørsel om innhenting av data i forbindelse med masteroppgave

Jeg er student ved masterstudiet i Folkehelsevitenskap ved Universitetet for miljø- og biovitenskap. Jeg er nå i gang med å arbeide med den avsluttende masteroppgaven.

Tittelen for oppgaven er *brukerens opplevelse av livsstilsendringssprosessen ett år etter frisklivsresept*. Problemstillingen for studien er: hvordan opplever og erfarer deltagerne sin egen livsstilsendringssprosess ett år etter frisklivsperioden?

Frisklivssentralens hovedmålet er at deltakeren skal kunne føle seg godt nok rustet til å fortsette sin endringssprosess på egen hånd som igjen skal føre til bedre fysisk og psykisk helse, og økt livskvalitet.

Jeg ønsker å snakke med mennesker som har deltatt på en frisklivsresept. Det er ønskelig å snakke med 5-7 mennesker som alle har deltatt på en frisklivsresept for ett år siden. Samtalen vil vare i ca. 1 time. Samtalen vil bli tatt opp med båndopptaker. Jeg ønsker med denne henvendelsen å be om skriftlig godkjenning til å benytte deltakere ved xxx som informanter i studien.

Hensikten med studien er å belyse hva slags opplevelser og erfaringer deltakerne faktisk har om egen livsstilsendringssprosess ett år etter. Målet er å bidra til økt kunnskap om en livsstilsendring, samt hvordan en frisklivsperiode kan virke helsefremmende for deltakerne på lengre sikt.

Det er frivillig å delta i studien, og dataene som blir samlet inn vil bli behandlet konfidensielt. Alle informanter vil holdes anonyme. Dette innebærer at ingen personer vil kunne gjenkjennes i det som publiseres. Informanter kan selvfølgelig når som helst trekke seg fra studien uten å måtte begrunne dette. Dersom dette er tilfellet vil all informasjon fra vedkommende slettes. Organisasjonens navn og dens ansatte vil også holdes anonymt når oppgaven publiseres.

Ta gjerne kontakt med meg dersom der er ønskelig med mer informasjon. Min veileder, Ruth Kjærsti Raanaas, ved Universitetet for miljø- og biovitenskap kan også kontaktes på e-post ruth.raanaas@umb.no.

Med vennlig hilsen
Gitte Olesen Anderberg (Tlf. 970 70 820), gitteoa@gmail.com

Vedlegg 3: Informert samtykke

Informasjonsbrev til deltakere/ informert samtykke

Hei,

Som tidligere deltager ved i Frisklivssentral forespørres du herved om å delta i et forskningsprosjekt i forbindelse med min masteroppgave innen Master i Folkehelsevitenskap. Tittel for oppgaven er *brukerens opplevelse av livsstilsendingsprosessen ett år etter frisklivsresept*.

Jeg er interessert i å høre om dine opplevelser og erfaringer vedrørende din helse og livskvalitet ett år etter endt frisklivsresept. Det er ønskelig å snakke med 6-7 mennesker som alle har deltatt på en frisklivsresept for ett år siden. Samtalen vil vare i ca. 1 time. Samtalen vil bli tatt opp med båndopptaker.

Det er frivillig å delta. Det betyr at du også kan trekke deg underveis i studien uten å måtte begrunne dette. Dersom du trekker deg vil all informasjon fra deg slettes. Opplysningene om deg vil bli behandlet konfidensielt, og du vil holdes anonym. Dette innebærer at ingen personer vil kunne gjenkjennes i det som publiseres. All innsamlet data vil bli slettet etter at prosjektet er avsluttet 15.05.2014.

Dersom du har lyst til å være med på intervjuet kan du ta kontakt med meg ved å ringe eller sende en sms til 97 07 08 20. Du kan eventuelt ta kontakt med din kontaktperson ved frisklivssentralen.

Du kan også sende meg en epost til gitteoa@gmail.com. Min veileder Ruth Kjærsti Raanaas er også tilgjengelig på epost.

Med vennlig hilsen
Gitte Olesen Anderberg
Masterstudent Universitet for miljø- og biovitenskap

Veileder Ruth Kjærsti Raanaas (ruth.raanaas@umb.no)
Førstemanuensis, PhD, Cand.Polit.
Seksjon for Folkehelsevitenskap
Institutt for landskapsplanlegging
Universitet for miljø- og biovitenskap

Vedlegg 4: Intervjuguide

Demografiske spørsmål

Hvor gammel er du?

Har du deltatt ved en FLS i flere enn en periode?

Hvor lenge er det siden du sist deltok?

Informasjon om reseptperioden

Hvilke forventninger hadde du til frisklivsresepten før du startet?

Dette er lenge siden nå, men hvordan synes du det motiverende intervjuet du hadde før du startet fungerte?

Husker du hvilket mål du satte deg i det motiverende intervjuet?

Følte du at du kom nærmere målet du satte deg i det motiverende intervjuet gjennom reseptperioden?

Hvordan synes du det var å delta ved frisklivssentralen?

Informasjon etter reseptperioden

Hvordan opplevde du tiden rett etter reseptperioden?

- Føler du at noe er endret etter frisklivsresepten?
- I så fall hvordan?

Hvis vi går tilbake til målsetningene i ste, hva tenker du om de nå?

Hva opplevde du var til viktig motivasjon for deg etter frisklivsperioden?

- For å få det bedre..
- For å opprettholde vekt, røykeslutt..
- For å trene

Hva vil du si er det mest positive med å ha vært med på en frisklivsresept?

- Hva har du opplevd som negativt?

Har du blitt kjent med noen gjennom frisklivssentralen?

Har du eventuelt hatt kontakt med dem i ettertid?

Kan du si litt om hvordan det har vært?

Kan du fortelle litt om eventuelle endringer i livet ditt i perioden etter frisklivsresepten som kan relateres til deltagelsen ved frisklivssentralen?

Fortell om hva som har vært det viktigste for deg å ta med deg videre nå ett år etter en frisklivsresept?

Hvordan syns du at du har det i dag?

- Tilfredshet
- Glede
- Hva er det som er godt i livet?

Hvordan opplever du din helse i dag?

Er det noe du vil tilføye, eller noe du føler at du ikke har fått sagt om din opplevelse av livsstilsendringsprosessen din? (debriefing)

Refleksjonsspørsmål

- Kan du utdype det nærmere...
- Hva mener du når du sier...
- Kan du klargjøre?

Bekreftende spørsmål

- Forstår jeg deg rett...
- Blir det rett å si...



Norges miljø- og
biovitenskapelige
universitet

Postboks 5003
NO-1432 Ås
67 23 00 00
www.nmbu.no